

آلات كازدين

سلسلة

ذوي الاحتياجات الخاصة

لا فطره بك السكينة

للأطفال والمراهقين

ترجمة

أ.د/ عادل عبدالله محمد

6



دار الفنون

القاهر	دار الرشاد
المسوان	١٤ شارع حواد حسي - القاهرة
بلمسون	٣٩٣٤٦٠٥
رقم الإبداع	٢٠٠٠ / ٣٠٦١
التقييم الدولي	x 84 - 5324 - 977
الطبع	عربية للطباعة والنشر
المسوان	١٠ ، ٧ ش السلام - أرض اللواء - المهديين
تلمسون	٣٢٥٦٠٩٨ - ٣٢٥٦٠٩٣
التمتع	لوقت
المسوان	٤ شارع سي كعب - مترع من شارع السردان
بلمسون	٣١٤٣٦٣٢
الطبعة الأولى	جميع حقوق الطبع والنشر محفوظة
الطبعة الثانية	١٤٢٠ هـ - ٢٠٠٠ م
مسموم	١٤٢٤ هـ - ٢٠٠٣ م
خطوط	محمد فايد
	لحن فهد

آلات كازدين

اللفظية والكيفية السالكية

للأطفال والمراهقين

ترجمة

أ.د/ عادل عبد الله محمد

أستاذ المصحة النمسية
كلية التربية جامعة القاهرة



Conduct Disorders in Childhood and Adolescence

Second edition

Alan E. Kazdin



مقدمة الطبعة الثانية

الحمد لله رب العالمين على ما لقاء هذا الكتاب في طبعته الأولى من اهتمام كبير من حاش الدارسين والباحثين العرب والمختصين في علوم النفس والصحة النفسية والتربية الخاصة وتأتى هذه الطبعة الثانية من الكتاب لتواكب ذلك الاهتمام المتزايد والملمحوظ على كافة الأصعدة الرسمية وغير الرسمية بمشكلات دوى الاحتياجات الخاصة ، والحد منها أو التعلب عليها ، أو العمل الحاد على تعاديا مد البداية وهو الأمر الذى دفعنا إلى إدخال هذا الكتاب الحاد ضمن سلسلة دوى الاحتياجات الخاصة حيث يتناول محالاً هاماً من محالات التربية الخاصة هو الاصطوانات السلوكية ، ويعرض لفئة من فئات دوى الاحتياجات الخاصة هى فئة المصطربين سلوكياً بما تصمه من أطفال ومراهقين

ولسى إد أحمد الله سبحانه وتعالى على ما لقاء هذا الكتاب في طبعته الأولى من اهتمام وقبول أدعوه سبحانه أن يبال ذلك الاهتمام والقول في طبعته هذه ، وأن يحقق به السمع المشود للدارسين والباحثين والآباء والمختصين وكل من يهتم بهذه الفئة

والله ولى التوفيق ،،،،

أ د / عادل عد الله محمد

الرقاريق في أغسطس ٢٠٠٣

مقدمة

الحمد لله رب العالمين الذى خلق الإنسان وهداه النجدين، والقائل فى محكم تنزيله «ونفس وما سواها فألهمها فجورها وتقواها...» والذى ندعوه دوماً أن يلهمنا رشدنا وأن يهدينا إلى سبيله القويم وطريقه المستقيم، وأن يصلح لنا فى ذرياتنا إلى يوم الدين. والصلاة والسلام على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه وسلم..

وبعد..

يمثل الإضطراب السلوكى مشكلة إكلينيكية وإجتماعية خطيرة، وتعد الأنماط السلوكية التى تعتبر إضطراباً سلوكياً وفى مقدمتها العدوان ذات تكرار مرتفع نسبياً، كما تعد هى المسئول الأساسى عن قدر كبير من الإحالات الإكلينيكية. ومن ناحية أخرى فإن معدلات السلوك المضاد للمجتمع تزداد وتتناقص على مدار مضمار النمر العادى، إلا أنه عندما تكون مثل هذه الأنماط السلوكية متكررة وحادة ومزمنة فإنها تثير مشكلة من نوع خاص تتمثل فى أن الأطفال الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع تتسم بالحدة سوف يستمرون فى الإتيان بها أثناء فترة مراقبتهم ورشدهم وإن اختلف معدلها. وعلاوة على ذلك فإن مثل هذه المشكلات لا تنتهى خلال مرحلة المراهقة أو الرشد، ولكنها بدلاً من ذلك تستمر من خلال الأبناء الذين يستمرون فى الإتيان بسلوكيات مشابهة تسبب مشكلات مشابهة أيضاً، ومن ثم تستمر الدائرة وتندوم.

ومن الجدير بالذكر أن التكاليف الشخصية أو غير المالية لمثل هذه المشكلات

تعد تكاليف باهظة أيضاً مثل التكاليف المادية حيث تمثل كل قصة مستقلة تراجيديا شخصية يثار من جرائها التعاطف للطفل أو المراهق ذى الإضطراب السلوكى بسهولة عن طريق التعرف على تفاصيل المواقف الشخصية وتأثيرها عليه والتي تلعب دوراً أساسياً فى حدوث الإضطراب السلوكى. إلا أن مثل هذا التعاطف غالباً ما يتلاشى خاصة إذا ماعدنا إلى ضحايا مثل تلك الأفعال المضادة للمجتمع الذين تسوقهم ظروفهم السيئة وحظهم العاثر للإلتحام معهم فيتعرضون للضرب أو السرقة أو إحراق ممتلكاتهم وتخريبها وتخطيمها أو تدميرها، أو يعانون من جراء مثل هذه الأفعال بأى طريقة أخرى. فهل نتعاطف فى هذا الإطار مع من يقوم باغتصاب أنثى بريئة أم نتعاطف مع تلك المسكينة سيئة الحظ؟

وتزداد أهمية دراسة الإضطرابات السلوكية وخاصة فى ظل غياب الأساليب العلاجية الفعالة التى يمكن أن نلمس نتائجها وآثارها بوضوح مما يثير لدينا الرغبة الجامحة فى إيجاد الحلول المناسبة لمثل هذه المشكلات عن طريق فهم طبيعة إختلال الأداء الوظيفى، وتحديد الخطوات التى ينبغى علينا أن نبدأ فى تنفيذها مما يسهم فى تحجيم مثل هذه الاضطرابات خلال فترة زمنية معينة.

ويتناول هذا الكتاب الذى بين أيدينا الاضطرابات السلوكية عند الأطفال والمراهقين، فيحدد أهم الملامح والسمات المميزة لتلك الاضطرابات، وكيفية ظهورها وتطورها، والعوامل المساعدة على ذلك. كما يتناول أساليب التشخيص والتقييم التى يتم استخدامها فى هذا الإطار، إضافة إلى البرامج العلاجية والوقائية التى يمكن لنا أن نستخدمها للتغلب على مثل هذه الاضطرابات السلوكية وتجنب حدوثها أو التقليل منها ومن آثارها السيئة. وإلى جانب ذلك فهو يتناول آفاق المستقبل بالنسبة لدراسة الاضطرابات السلوكية وذلك من خلال تقييم الاتجاهات السائدة فى تشخيص وعلاج تلك الاضطرابات وأوجه القصور التى تكتنفها وكيفية تجنبها. ومن هذا المنطلق فهو يتناول فى فصله الأول أهم السمات المميزة للاضطرابات السلوكية، وأنواع الاضطرابات، وأهم الأنماط السلوكية التى يمكن أن تمثل اضطراباً. كما يعرض لجناح الأحداث، وأهم

العوامل التى يمكن أن تساعد على تطور الاضطرابات السلوكية عند الأطفال وتعمل على استمرارها خلال مرحلة المراهقة. ويتناول الفصل الثانى تشخيص وتقييم الاضطرابات السلوكية، والمحكات المستخدمة فى التشخيص، ومدى اختلاف السلوكيات المشكلة طبقاً للعمر الزمنى والجنس. كذلك فهو يتناول الأساليب البديلة التى يمكن من خلالها تحديد أنماط مثل هذه السلوكيات وأنماطها الفرعية، والاستراتيجيات التى يمكن بمقتضاها قياس مدى الاضطراب السلوكى. أما الفصل الثالث فيتناول ظهور الاضطراب السلوكى وذلك من خلال تناول العوامل المساعدة على حدوثه والعوامل التى يمكن أن نقوم من خلالها بمنع حدوثه والوقاية منه، ثم يتعرض بعد ذلك للكيفية التى يمكن بها لمثل هذه العوامل أن تؤدى إلى تطوره خلال مضمار النمو. ويتناول الفصلان الرابع والخامس أساليب الوقاية والعلاج وذلك باستعراض البرامج المستخدمة فى هذا المجال والتى حقق عدد منها نتائج فعالة وواعدة. ويعرض هذان الفصلان أيضاً لأهم البرامج المستخدمة، والبحوث والدراسات التى أجريت فى هذا الميدان والعقبات التى تحول دون التحديد الفعال للعلاجات المؤثرة. ويختتم هذا الكتاب بالفصل السادس الذى يتناول تقييماً للاتجاهات السائدة فى تحديد وتشخيص وعلاج الاضطرابات السلوكية، والأسئلة التى تثيرها الدراسات حول أوجه القصور المتضمنة فى تلك الاتجاهات. وبالتالي يعرض هذا الفصل الأخير لنماذج جديدة مصممة للإسراع بمعدل التقدم الذى يمكن إحرازه فى الحد من الاضطرابات السلوكية عند الأطفال والمراهقين.

وأسأل الله أن أكون قد وفقت فى عرضى لهذا الكتاب وظهوره بالشكل الأمثل، وأطمح أن أضيف به جديداً إلى المكتبة العربية فى علم النفس والصحة النفسية عامة وفى مجال الاضطرابات السلوكية بوجه خاص. والله من وراء القصد وبالله التوفيق،

أ.د/ عادل عبد الله محمد

الاضطرابات السلوكية

الإضطرابات السلوكية

طبيعة المشكلة

تتضمن السلوكيات المضادة للمجتمع مدى كبيراً من الأنشطة التي تصدر عن الأطفال والمراهقين كالأفعال العدوانية، والسرقة، والتخريب المتعمد للممتلكات العامة أو الخاصة Vandalism وإشعال الحرائق، والكذب، والهروب من المنزل. وعلى الرغم من تعدد وتنوع هذه السلوكيات فإنها غالباً ما تحدث مع بعضها البعض. وعلى هذا الأساس نجد أنه من المحتمل بالنسبة للأطفال العدوانيين أن تصدر عنهم بعض هذه السلوكيات الأخرى المضادة للمجتمع إلى جانب سلوكهم العدوانى. ومن المعروف أن مثل هذه السلوكيات جميعاً تخرق القواعد الاجتماعية وتوقعات الآخرين ولا تمثل لها، كما يعكس معظمها أفعالا توجه ضد البيئة سواء المادية بما تتضمنه من ممتلكات، أو الاجتماعية بما تتضمنه من أفراد. وهناك العديد من المصطلحات التي تستخدم للدلالة على السلوكيات المضادة للمجتمع وتتضمن التمثيل الذي يستجيب به الفرد لإحباطاته كتفيس لها acting out والسلوك المنسوب لعوامل خارجية externalizing واضطراب السلوك، ومشكلات السلوك، والجنوح delinquency. ومن بين هذه المصطلحات يوجد مصطلحان توجه إليهما اهتمامنا هنا هما السلوك المضاد للمجتمع والاضطراب السلوكى، وسوف نستخدم مصطلح السلوك المضاد للمجتمع لنشير به بشكل موسع إلى أى نمط سلوكى يمثل أو يعكس خرقاً لقاعدة اجتماعية ما، أو لأفعال معينة توجه ضد الآخرين، أو كليهما معاً. ومن أمثلة هذه السلوكيات العراك أو الشجار، والكذب، وغيرهما من السلوكيات الأخرى سواء كانت تتسم بالحدة أم

لا. وتتضح هذه السلوكيات لدى المراهقين المحالين إكلينيكيًا للعيادات النفسية، كما تتصح بدرجات متفاوتة لدى معظم الأطفال خلال مضمار النمو العادى أو السوى.

ومن ناحية أخرى فسوف يتم استخدام مصطلح الإضطراب السلوكى ليشير إلى أمثلة يوضح فيها الأطفال أو المراهقون نمطًا من أنماط السلوك المضاد للمجتمع وذلك عندما يبدو عليهم اختلال دو دلالة فى الأداء الوظيفى اليومى سواء فى المنزل أو المدرسة، أو عندما يتم الحكم على مثل هذه السلوكيات بأنها لا تقبل الترويض وذلك من قبل الآخرين ذوى الأهمية بالنسبة للطفل. وبذلك فإن الإضطراب السلوكى يستخدم فى هذا الإطار كبديل للسلوك المضاد للمجتمع بماله من دلالة إكلينيكية والذي يتجاوز بوضوح نطاق الأداء الوظيفى العادى. ويعكس الإضطراب السلوكى مستويات مرتفعة أو حادة من اختلال الأداء الوظيفى، ويشير من الناحية الإكلينيكية إلى زمرة أو زملة معينة من السلوكيات تتضح فى التشخيص السيكا ترى للحالة. ومن المحتمل بالنسبة للسلوك المضاد للمجتمع الذى يتم تشخيصه إكلينيكيًا على أنه حاد أن يؤدى بالمراهق إلى أن يظل فى إحتكاك مستمر مع هيئات اجتماعية مختلفة كتلك التى تهتم بتقديم خدمات الصحة النفسية كالعيادات النفسية والمستشفيات، أو تلك التى تتبع النسق الجنائى كأقسام البوليس أو المحاكم.

ومن الجدير بالذكر أنه غالبًا ما تتوفر داخل النظام التعليمى خدمات خاصة، ومعلمين، وفصول لترويض مثل هؤلاء الأفراد على أن يتم ذلك بصفة يومية. وعلى الرغم من أن المشكلات السلوكية التى تشكل الإضطراب السلوكى قد غدت مألوفة لغالبية الناس، فإنه يبقى من المهم أن نوضح مستوى حدتها والظروف المحيطة التى تميز إكلينيكيًا المستويات الحادة من اختلال الأداء الوظيفى.

دراسيًا حالة

وسوف نعرض خلال الصفحات القليلة التالية لدراسى حالة من تلك التى عرضت علينا، إحداها لولد والأخرى لبنت وذلك على النحو التالى:

جريج هذا ولد فى العاشرة من عمره يعيش فى أسرة تتألف من أبيه وأمه وأخويه الأصغر منه وأخته الرضيعة. وقد تمت إحالته للعيادة النفسية بسبب عراكه المفرط، ونوبات الغضب التى تتابته، وسلوكه المزعج الذى يثير القوضى سواء فى المنزل أو المدرسة. وفى المنزل كان يجادل والدته كثيراً ويتشاجر باستمرار مع إخوته الأصغر، ويسرق النقود من والديه، ودائماً ما كان يهدد بإشعال النار فى المنزل عندما يحاول والداه أن يفرضا عليه نوعاً من النظام. وقد قام بالفعل فى ثلاث مناسبات متفرقة بإشعال النار فى السجاد، وفى مفارش السرير، وفى سلة القمامة داخل المنزل. وقد أدت إحدى هذه الحرائق إلى إحداث تلف كبير بالمنزل تكلفت الأسرة من جرائه عدة آلاف من الدولارات. وعلى الجانب الآخر كان يقوم بالكذب بشكل مستمر، وقد أدى ذلك الكذب فى المدرسة إلى وقوع الآخرين فى العديد من المشاكل، كما كان دائم الشجار مع أقرانه، ودائماً ما كان ينكر قيامه بأى فعل خطأ.

وقد أحضره والداه إلى العيادة لأنهما قد أحسا أنه من الصعب عليهما القيام بترويضه بالمرّة، وذكرنا عدة أحداث تدل على خطورة ما كان يقوم به من أفعال منها على سبيل المثال محاولته القيام بخنق أخيه الأصغر الذى كان يبلغ عامين من العمر وذلك بوضع مخدة على وجهه. كذلك فكان فى ذلك الوقت قد بدأ مؤخراً الخروج من المنزل ليلاً والسير فى الشوارع وكان يقوم فى تلك الأثناء بتحطيم نوافذ السيارات الواقفة فى الشارع. وبسبب تعامله المستمر مع الأولاد الأكبر منه سنًا فى الشارع الذى كان يقطن فيه بدأ والداه يشعران بالقلق خوفاً من أن يصبح مجرمًا سفاحاً فكانا يقومان من جراء ذلك بعقابه من وقت لآخر بشكل قاس وذلك باستخدام لوح خشبى أو حزام أو القيام بحبسه فى غرفته لمدة يومين أو ثلاثة. وكان يبدو أن هذا العقاب من جانبهما يحدث كاستجابة لإشعاله الحرائق فى المنزل.

ومن جانبنا اتضح أن العديد من السمات التى تميز الحياة الأسرية لهذا الطفل

تستحق منا جل الاهتمام، فقد كان الأب والأم يعملان طوال الوقت ولذا كانا مشغولين عنه ومن ثم تركا مسئولية رعاية أطفالهما إلى جدتهم لأمهم. وفي العامين السابقين لإحضاره إلى العيادة كان والده يعمل بشكل موسمي حيث كان يقضى معظم وقته في البيت إما نائماً أو جالساً يشاهد التلفزيون. وقد أدى فقده لعمله ودخله والمساعدة التي كان يقدمها في المنزل إلى زيادة التوتر داخل المنزل. وقال الطفل أنه لا يحتمل أن يظل مع والده لأنه - أي الوالد - كان يفقد أعصابه معظم الوقت لآتفه الأسباب. وكانت الأم في المقابل تعمل طوال الوقت وتحاول أن تدير شئون المنزل أيضاً، ومع ذلك لم تكن تتواجد بالمنزل كثيراً. وإلى جانب ذلك فقد كانت الأم تعاني من إكتئاب شديد، ومن ثم حاولت الانتحار مرتين خلال السنوات الثلاث السابقة، ولذا كان يتم حجزها بالمستشفى في كل مرة لمدة شهرين تقريباً، وكان يبدو أن سلوك هذا الطفل خلال تلك الفترات أصبح أسوأ من المعتاد.

أما عن الحالة الدراسية للطفل فقد كان في الصف الرابع الابتدائي؛ وكان ذكاؤه في المدى المتوسط حيث بلغت نسبة ذكائه ستة وتسعون على النسخة المعدلة من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال (WISC - R). ومع ذلك فقد كان أداءه الأكاديمي أقل من مستوى تلاميذ صفه. كذلك فقد تم إلحاقه بأحد الفصول الخاصة بالمدرسة وذلك بسبب سلوكه المضطرب الذي يؤدي إلى الفوضى وهو ما يتضح من تقارير معلميه حيث قرروا أنه كان مفرط الحركة والنشاط ويؤدي سلوكه إلى إحداث الفوضى داخل الفصل. وقد أبلغت إدارة المدرسة والديه بأنهما إذا لم يحاولا إرشاده نفسياً فلن يتم قبوله بالمدرسة في العام التالي وهو ما دفعهم للحضور إلينا.

وقد تلقى هذا الطفل علاجاً عندما كان صغيراً حيث كان يتردد به والده على طبيب الأطفال عندما كان في السادسة من عمره بسبب سلوكه الذي لا يمكن السيطرة عليه سواء في المنزل أو المدرسة، وتم إعطاؤه في ذلك الوقت علاجاً طيباً لضبط نشاطه الزائد، إلا أن الأم قررت أن ذلك العلاج لم يجد معه مما

إضطرها إلى عدم الاستمرار فى إعطائه له بعد ستة شهور من الاستمرار فيه، وتم إحضاره بعد ذلك إلى العيادة الخارجية لإعادة التشخيص والعلاج. وعندما وجدنا أن سلوكه قد أصبح أكثر خطورة فى كل من المنزل والمدرسة لم يعرفا إلى أين يتوجهان به مما إضطرهم بعد ذلك إلى التفكير فى التخلي عنه أو إلحاقه بإحدى المدارس الداخلية الخاصة حيث قد يؤدى النظام المفروض بها إلى إعادة تشكيل شخصيته من جديد.

٢- أن Ann

أن هذه بنت فى الثالثة عشرة من عمرها، كانت إلى وقت قريب تعيش مع أمها ورج أمها وأخيها الذى يبلغ التاسعة من العمر. وكان قد تم إيداعها فى الشهور الستة السابقة إحدى المؤسسات كحجز قضائى بحكم صادر من المحكمة بسبب هروبها المتكرر من المنزل. وبطبيعة الحال كان هذا الإيداع مؤقتاً وذلك لحين الإنتهاء من التشخيص السيكاترى الصادر بأمر من المحكمة. ويتضح من تقرير والديها أنها كانت كثيرة الجدل والمناقشة، وكثيرة المعارضة لأوامرهما، وتكذب، وتسرق كثيراً، وغالباً ما كانت تسرق الملابس والمجوهرات من منازل أقاربها وأصدقائها ومنهما أيضاً مما أدى بهما إلى إغلاق باب غرفة نومهما بمفتاح كلما خرجا منها، وإلى قفل أدراج التريجة أيضاً حتى يحافظان على الأشياء النفيسة التى يمتلكانها. كما أنها كانت تسرق أيضاً أشياء بسيطة من المحلات، ولكن ذلك كان قليلاً قياساً بما كانت تسرقه من الأشخاص.

ومن ناحية أخرى فقد كان هروبها المستمر من المنزل يمثل مشكلة هو الآخر، فقد هربت من المنزل أربع مرات على مدار السنوات الثلاث السابقة، وكانت أسرتها تضطر فى كل مرة أن تبلغ البوليس بهروبها الذى كان يرتبط فى الغالب بفعل آخر سواء السرقة أو تدخين السجائر فى المنزل. وحينما كانت تقوم بالسرقة أو التدخين كانت ترغبها الأسرة على البقاء داخل غرفتها ولكنها مع ذلك كانت عادة ما تهرب على الرغم من أن غرفتها كانت فى الطابق الثانى بالمنزل. وفى

إحدى المرات التى هربت فيها من المنزل تم البحث عنها لمدة ثلاثة أيام حتى عثر عليها البوليس وهى تمشى فى الشارع فى وقت متأخر من الليل فى الجانب الآخر من المدينة وذلك لمسافة تبعد عشرة أميال عن منزلها. وحينما تم العثور عليها لم تخبر البوليس من هى، ولا أين تسكن ومن ثم مرت عدة ساعات حتى تم التعرف عليها وإعادتها لمنزل أسرتها.

وباستعراض تاريخها لوحظ أنها خلال فترة وجودها بالروضة كانت تجد صعوبة بالغة فى إتباع التعليمات وفى تكوين أصدقاء. وعندما بلغت الخامسة تم الطلاق بين والديها، وكانت هذه الفترة كما ترى والدتها هى بداية سلوكها المضاد للمجتمع. واستمرت بعد ذلك فى إفتعال المشاكل داخل المدرسة، واشتكى معلموها من وجود أشياء أو مشكلات تعوقها عن إتمام واجباتها المدرسية أو ما يطلبونه منها داخل المدرسة، فاضطرت والدتها إلى الانتقال لمنطقة جديدة ومن ثم انتقلت ابنتها إلى مدرسة جديدة فى تلك المنطقة. وفى هذه المدرسة الجديدة كان الأداء المدرسى للبنت مقبولا، وكان باستطاعتها أن تسير مستوى صفها الدراسى، وهو ما حدث بالفعل إذ قرر معلموها أن مستواها بشكل عام جيد ويؤهلها كى تؤدي ما يطلب منها بشكل جيد حيث بلغت نسبة ذكائها على النسخة المعدلة من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال مائة وخمسة، ومع ذلك فقد كان إتجاهها نحو الدراسة سلبيا ولم توجد لديها دافعية للدراسة. وعندما تمت إحالتها للعلاج كانت فى الصف الثامن وكان مستواها لا بأس به وذلك فى المواد التى تدرسها.

وعلى الرغم من ظهور العديد من المشكلات السلوكية عبر تاريخ هذه البنت، فإن حدة المشكلات وتكرارها قد تزايد على مدى السنوات الثلاث السابقة. وخلال هذه الفترة كان الخلاف حول رعايتها على أشده بين أمها ووالدها الحقيقى الذى تم قيامه بطلاق أمها وذلك بعد أن كان الأب قد ابتعد عنها لمدة عام بسبب إفراطه فى تعاطى الخمر إذ كان يأخذ آن وأخيها معه بين حين وآخر إلى الحانات لعدة ساعات حيث يحتسى الخمر. وحينما بدأ الخلاف يشتد بين الوالدين على رعاية الأبناء إرداد التوتر بين أعضاء الأسرة مما دفع البنت إلى أن تتهم زوج أمها

كذباً بإساءة معاملتها، وهو ما أدى إلى زيادة الجهود المبذولة من جانب والدها الحقيقي كي يكون مسئولاً عنها، كما أدى أيضاً إلى إجراء تحقيقات رسمية مع زوج أمها، إلا أن تلك الدعوى التي تم رفعها ضده بإساءة استخدام الأطفال قد سقطت. ويبدو أن الضغوط المصاحبة والتوتر المتعلق برعاية الأبناء وإساءة الاستخدام طبقاً لما يرى الوالدان قد دفع البنت إلى الهروب من المنزل بعد أن كان قد أدى إلى تزايد الجدل من جانبها وعدم قدرة والديها على السيطرة عليها وترويضها.

وعندما دخلت البنت المستشفى تم إخضاعها لرعاية سيكاترية فائقة حتى يتم تقييم حالتها، وقد أدت فرصة حجزها بالمستشفى إلى البحث في كل من المصادر الأسرية والمشكلات الناجمة بشكل أدق. وكان الهدف من هذا التقييم هو إعداد تقرير للمحكمة عن وضع البنت وذلك للكشف عن احتمالات العلاج والمساعدة في الإسراع بحل مسألة الخلاف على رعايتها. وأخيراً تم إيداع البنت في دار للرعاية وإحضارها للعيادة لعلاجها فردياً.

تعليق عام

توضح الحالتان السابقتان اللتان انتهينا من عرضهما حدة تلك المشكلات التي يمثلها الاضطراب السلوكي، كما تؤكدان على عدد من النقاط الهامة التي يمكن عرضها على النحو التالي:

١ - يقوم الطفل في كل حالة بالعديد من السلوكيات الحادة التي تمثل في حد ذاتها مشكلات متنوعة وإن كانت لم تبتعد كلية عن الاستجابة لبعض المطالب الوالدية، ولكنها تؤدي بالوالدين إلى الدخول في مجادلات مع الأبناء، وتعرض هؤلاء الأبناء لنوبات مزاجية، كما تؤدي إلى فشلهم في إتمام الواجبات المنزلية التي تحددها المدرسة. وعلى الرغم من أن هذه الأنواع الأخيرة من السلوكيات تظهر لدى كل حالة فإنها مع ذلك لا تمثل أساساً أولياً للبحث عن الاهتمام المهني المطلوب.

٢ - يشعر الوالدان مع كل حالة بأن الطفل لا يمكن ترويضه أو السيطرة عليه،
وأنهما قد استفدوا مصادرهما لمواجهة المشكلة. وقد قامت المدرسة في
إحدى هاتين الحالتين اللتين عرضنا لهما بالمساعدة في العلاج وذلك بإحالة
الطفل إلى العيادة.

٣ - يعاني الوالدان من مشاكلهما الخاصة ومصادر الضغوط والتوتر التي تتضمن
الإنفصال أو الطلاق، وتاريخ مرضى ينم عن اختلال في الأداء الوظيفي
السيكاتري، والبطالة. وقد وجدنا في إحدى هاتين الحالتين أن هناك ثلاثة
أخوة آخرين في المنزل يضيفون إلى تلك المشكلات الناجمة عن الطفل
المشكل نفسه.

٤ - تعكس هاتان الحالتان وجود عدد من المؤسسات المجتمعية التي تعمل لصالح
الطفل تتضمن المدرسة والمحكمة والعيادة النفسية ومراكز رعاية الأحداث.
وغالبًا ما نجد أن الأطفال والمراهقين ذوي الإضطرابات السلوكية يكونوا
على اتصال مباشر بمثل هذه المؤسسات وما تقدمه من خدمات إجتماعية
متعددة.

المغزى الإجتماعى والإكلينيكى للمشكلة

يوضح وصف الحالات السابقة على المستوى الشخصى بعض المشكلات التي
يمثلها الإضطراب السلوكى والظروف غير الملائمة التي قد ترتبط بها. وبمضاغفة
تلك الحالات عدد من المرات وازدياد تنوعها بما يزيد عن مجرد الحالتين اللتين
قمنا بعرضهما للتوفيق ذلك يمكن أن يعكس ويوضح تعدد النتائج والعواقب
سواء على المستوى الشخصى أو على المستوى الإجتماعى. ويمكن أن نؤكد على
أهمية أو مغزى الإضطراب السلوكى إذا ما قمنا بتسليط الضوء على السمات
الأساسية المميزة لتلك المشكلة، وهو ما نعرض له فى النقطة التالية.

السمات المميزة للإضطرابات السلوكية

هناك العديد من السمات التي تميز الإضطراب السلوكى والتي يمكن فى ضوءها

تصوير وتحديد تلك المشكلة. ويمكن تناول مثل هذه السمات على النحو التالي:

١ - مدى الانتشار

عند فحص مدى إنتشار الإضطراب السلوكى أو نسبة أولئك الذين يعانون من إختلال فى الأداء الوظيفى فى عدد من الدراسات وذلك باستخدام محكات تشخيصية مقننة وأساليب مختلفة للتعقيم تراوحت قيم معدلات إنتشار الإضطراب السلوكى بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين أربع سنوات إلى ثمانى عشرة سنة بين ٢٪ - ٦٪ تقريباً وذلك وفقاً للإحصائيات التى أصدرها المعهد الصحى بالولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٨٩ وهذا يعنى أن ما بين ١,٣ - ٣,٨ مليون طفلاً يظهرون اضطرابات سلوكية.

وعندما تم فحص أنماط سلوكية معينة تشكل فى مجملها إضطراباً سلوكياً وذلك باستخدام التقارير الواردة عن المراهقين أنفسهم حول سلوكياتهم كانت معدلات انتشار الإضطراب السلوكى مرتفعة بشكل غير عادى حيث اتضح على سبيل المثال أنه بالنسبة للمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٣ - ١٨ سنة قرر أكثر من ٥٠٪ منهم أنهم يسرقون، و ٣٥٪ منهم أنهم يقومون بالهجوم على الغير وإغتصاب ما بحوزتهم، و ٤٥٪ منهم أنهم يقومون بتدمير الممتلكات، وقرر ٦٠٪ منهم أنهم يشاركون فى أكثر من نمط واحد من أنماط السلوك المضاد للمجتمع كالعدوان، وإساءة استخدام العقاقير، وإحراق المباني والممتلكات عمداً arson، والتخريب المتعمد للممتلكات Vandalism (Feldman et. al., 1983). ومع ذلك فمن الصعب أن نحدد عدد الأطفال الذين يمكن تصنيفهم على أن لديهم إضطرابات سلوكية فى سن معينة.

٢ - الإحالة إلى العيادات النفسية referrals

يرى كازدين وآخرون (١٩٩٠) Kazdin et. al، وروبتز (١٩٨١) Robins أن نسبة إحالات الأطفال والمراهقين إلى العيادات النفسية بسبب السلوك العدوانى، والمشكلات السلوكية، والسلوك المضاد للمجتمع تتراوح بين ثلث إلى نصف

عددهم. وعلى ذلك فإن هذا الإضطراب يعد أحد أهم أسباب الإحالة إلى العيادة النفسية.

٣- ثبات المشكلة

يرى روبرت (Robins ١٩٧٨) أن الإضطراب السلوكي من بين مشكلات الأطفال يميل إلى أن يكون ثابتاً عبر الزمن. ولا ينطبق هذا الثبات على العديد من الأشكال الأخرى من إختلال الأداء الوظيفي التي يتم الشفاء منها على مدار مضمار النمو. وبذلك فعندما يبدى الأطفال نمطاً ثابتاً من أنماط السلوك المضاد للمجتمع كالأفعال العدوانية الموجهة تجاه الآخرين على سبيل المثال يكون من غير المحتمل أن يتخلص هؤلاء الأطفال منها ببساطة.

٤- الـ Prognosis

وإذا ما كان السلوك ثابتاً يصبح احتمال التنبؤ بأى تغير يمكن أن يحدث ضعيفاً. وفي الواقع نلاحظ أن حدوث المشكلات السلوكية من جانب الأطفال والمراهقين تنبئ بحدوث مشكلات تالية فى مرحلة الرشد تشمل السلوك الإجرامى، وتعاطى الكحوليات، والشخصية المضادة للمجتمع أى أنها تنبئ باستمرار حدوث الإضطراب السلوكي. كما أنها تنبئ أيضاً بغير ذلك من الإضطرابات السيكاترية، ورداءة مستوى أداء العمل، ومستوى التوافق الزواجى والمهنى.

٥- الانتقال عبر الأجيال

لا يعد السلوك المضاد للمجتمع ثابتاً عبر الزمن فحسب بالنسبة للأفراد، ولكنه يكون ثابتاً أيضاً بالنسبة للأسر حيث يمكن أن ينبئ خلال مرحلة الطفولة بأنماط سلوكية مشابهة لدى أبناء الفرد. ويعد مثل هذا الاستمرار واضحاً عبر العديد من الأجيال حيث وجد جلوك وجلوك (Glueck & Glueck) منذ أواخر الستينيات أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة للأحفاد أن يبدون أنماطاً سلوكية مضادة للمجتمع إذا كان لأجدادهم تاريخ يضم مثل هذه السلوكيات. ومن ناحية أخرى يرى

هويسمان وآخرون (١٩٨٤) Huesmann et . al أن مدى عدوانية الأب عندما كان فى نفس عمر طفله تعد من أفضل العوامل التى يمكننا من خلالها التنبؤ بما يمكن أن يكون عليه الطفل العدوانى فى طفولته .

٦ - ما يتكلفه المجتمع من جرائها

يعد السلوك المضاد للمجتمع أحد أكثر الإضطرابات النفسية تكلفة للمجتمع . ويرجع السبب فى ذلك إلى أن المراهقين الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع يظلون دائماً فى حالة إتصال مستمر بمؤسسات الصحة النفسية والمؤسسات القضائية وذلك إلى أن يبلغوا مرحلة الرشد . وتتضمن مثل هذه التكلفة العلاج النفسى ، والخدمة الاجتماعية للأسرة ، والأحكام القضائية الخاصة بالأحداث ، وحبسهم ، والبرامج التربوية الخاصة التى يتم إعدادها لهم ، وغير ذلك من أشكال الإتصال بالمؤسسات الاجتماعية التى يصعب حصرها ، وهو الأمر الذى يعد باهظ التكاليف بما لا يدع مجالاً للشك .

٧ - عدم وجود العلاجات الفعالة

يرى بيلر وروبين (١٩٩١) Pepler & Rubin أن مغزى الإضطرابات السلوكية يزداد بسبب عدم وجود التدخلات العلاجية التى تتسم بفاعليتها الواضحة . ويرى دumas (١٩٨٩) ، وبراندت وزلوتنيك (١٩٨٨) Brandt & Zlotnick ، وكازدين (١٩٨٥) Kazdin أننا نستخدم فى هذا الإطار أنماطاً متعددة من هذه العلاجات سواء كانت علاجات فردية أو علاجات جماعية ، أو العلاج السلوكى ، أو علاج لأولئك الذين يتم حجزهم بالمستشفى ، أو عن طريق حجزهم فى مؤسسات خاصة بهم ، أو العلاج بالعقاقير ، أو الجراحة النفسية Psychosurgery إضافة إلى استخدام مجموعة من العلاجات الحديثة التى تتخذ من المجتمع المحلى أو البعد المجتمعى أساساً لها . ومع كل هذا فلا يوجد حتى الوقت الراهن أى أسلوب علاجى استطاع أن يثبت فاعليته فى أن يخفض من حدة الإضطراب السلوكى ، أو يغير من النتائج الضئيلة الخاصة بالتنبؤ به على المدى البعيد . كذلك

فمن المحتمل أن يتم استخدام العديد من العلاجات للطفل والمراهق المضطربين سلوكيًا وذلك خلال مضممار النمو.

وعادة ما يبدأ التاريخ العلاجي لمثل هؤلاء المراهقين بالمشكلات السلوكية التي تظهر مبكرًا في حياتهم وذلك من جانبهم في المدرسة والتي تؤدي إلى وضعهم في فصول أو مدارس خاصة بهم وإحالتهم في النهاية إلى العيادة النفسية لتلقى العلاج النفسى. وبعد ذلك قد يكون الفرد في وقت ما من حياته على اتصال مستمر بالنظام القضائى وذلك اعتمادًا على ما يصدر عنه من أنماط سلوكية معينة مضادة للمجتمع كالسرقة وإشعال الحرائق على سبيل المثال. كذلك قد يصبح أيضًا على صلة بتلك المؤسسات التي تعمل على تقديم خدمات الصحة النفسية إضافة إلى الإحالات الفردية للعلاج من الإضطراب نتيجة لعدم القدرة على ترويضه أو السيطرة عليه. ومن المحتمل في مثل هذه الحالات أن يتم تقديم العديد من أشكال الإرشاد، والعلاج النفسى، والعلاج الطبى للطفل، إلى جانب تقديم العلاج المساند لأسرته. وفي حالات الإختلال الشديد فى الأداء الوظيفى للطفل أو إذا ما كانت الأسرة لا تستطيع أن تقوم بترويضه، أو كليهما معًا يمكن أن تتم إحالة الطفل إلى أحد المستشفيات المتخصصة فى الرعاية النفسية ويتم حجزه به. كذلك فقد يوضع بعض المراهقين المضطربين سلوكيًا فى مؤسسات أو دور خاصة بتقديم الرعاية لهم وذلك بشكل مؤقت أو دائم. ومن الجدير بالذكر أنه ليس من الضرورى أن يمر الطفل بهذا التابع وما يتضمنه من خبرات مختلفة. ومع ذلك فمن المحتمل أن يتم تقديم تلك الرعاية للفرد خلال مضممار العلاج المقدم له وذلك خلال سنوات طفولته ومراهقته وما بعدها، وتأخذ تلك الرعاية شكل العديد من الخدمات المختلفة فى العديد من الجوانب.

ومن الواضح أنه حتى عندما نتناول مثل هذه المشكلة بإيجاز نلاحظ أن الإضطراب السلوكى لدى كل من الأطفال والمراهقين يمثل مشكلة إجتماعية خطيرة. كما أن مناقشة طبيعة ومجال مثل هذه المشكلة الإجتماعية يغفل ما تتضمنه من تراچيديا شخصية يعكسها السلوك المضاد للمجتمع، هذا إلى جانب ما

يعانيه مثل هؤلاء الأفراد من تعاسة وسوء توافق مزمن بسبب حدة المشكلات السلوكية التي يعانون منها. وإضافة إلى ذلك فهناك العديد من الأفراد يقعون ضحايا لما يقترفه مثل هؤلاء الأفراد المضطربين سلوكياً من أفعال مضادة للمجتمع كالقتل، والاعتصاب، والسرقة بالإكراه، وإحراق المباني والممتلكات عمداً، وقيادة السيارات حال تعاطيهم المخدرات أو الكحوليات، وإساءة إستخدام الطفل و القرين والتي تصدر من جانبهم بشكل يفوق بدرجة كبيرة جداً ما يصدر من جانب أشخاص آخرين. وبسبب تعدد الضحايا وكثرتهم فإن السلوك المضاد للمجتمع يلعب دوراً كبيراً على عكس ما تلعبه العديد من المشكلات السيكاثرية كالإكتئاب والإضطرابات الذهانية فى الاستحواذ على القدر الأكبر من البحوث والدراسات فى مجال الإضطرابات النفسية.

تعريف وتحديد الأنماط السلوكية المضادة للمجتمع

بعد تناول تلك الحالات التى عرضنا لها سابقاً والأنماط السلوكية التى تتضمنها يتبقى لدينا بعض الصعوبة فى تحديد الأفعال المضادة للمجتمع والأشخاص الذين يقومون بها. وفى الواقع نلاحظ أنه ليس كل السلوك المضاد للمجتمع يشغل بال الوالدين والمعلمين والمختصين الذين يؤدون عملهم داخل العديد من المؤسسات الإكلينيكية والقانونية حيث نجد أن العديد من تلك الأنماط السلوكية المضادة للمجتمع لا يتم تحديدها على أنها تستحق أن نتناولها وأن نبحث لها عن علاج مناسب إذ أن هناك العديد من الاعتبارات التى ترتبط بعملية تحديد الإضطراب السلوكى.

السلوك العادى كأساس للتقييم

من الملاحظ أن العديد من أنماط السلوك المضاد للمجتمع تظهر بشكل أو بآخر على مدار مضمار النمو العادى. وعلى هذا فإن مدى أهمية الإضطراب السلوكى وملامحه الخاصة كمشكلة إكلينيكية يجب أن يتم الحكم عليها فى ضوء السلوك العادى أو السوى كمحك أو أساس لمثل تلك العملية. وقد تناولت دراسات

عديدة ظهور أنماط السلوك المضادة للمجتمع وأنماط التغير التي تعثر بها خلال مضمار النمو، وأظهرت نتائج تلك الدراسات وجود معدلات انتشار عالية لمثل هذه الأنماط السلوكية بين عينات من الأطفال والمراهقين الأسوياء، حيث نلاحظ على سبيل المثال أن الأمهات قد قررن وجود بعض المشكلات السلوكية لدى أطفالهن الأسوياء منذ طفولتهم الباكرة وحتى بدايات المراهقة أى قبل بلوغ هؤلاء الأطفال الثانية من أعمارهم وحتى وصولهم سن الرابعة عشرة.

كذلك فقد كان من بين ما أظهرته تلك الدراسات من نتائج وجود معدل مرتفع نسبياً لأنماط سلوكية معينة مضادة للمجتمع، فأتضح على سبيل المثال من تقارير الأمهات أنهن قد قررن أن الكذب بالنسبة لأطفالهن الذكور فى السادسة من أعمارهم يعد مشكلة لدى غالبيتهم حيث بلغت نسبة إنتشاره بينهم حوالى ٥٣٪ فى الوقت الذى انخفضت فيه هذه النسبة فى الثانية عشرة من أعمارهم إلى حوالى ١٠٪ أما بالنسبة للبنات فقد وصل معدل إنتشار الكذب بينهن فى سن السادسة إلى ٤٨٪ تقريباً، ولم تتضمن تلك التقارير وجود أى حالة كذب بينهن فى سن الحادية عشرة. كما توصل أكينباتش (١٩٩١) Achenbach فى دراسته للمشكلات السلوكية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٤ - ١٦ سنة إلى وجود معدلات مرتفعة لأنماط سلوكية معينة مضادة للمجتمع كعصيان الأطفال لوالديهم و عدم طاعتهم لهم، وتخطيم ممتلكات الآخرين حيث أوضحت التقارير الواردة من الآباء والأمهات أن هذين النمطين السلوكيين يعدان من أهم المشكلات التى تواجههم مع أطفالهم إذ بلغ معدل إنتشار العصيان وعدم الطاعة ٥٠٪ وبلغ معدل إنتشار تخطيم ممتلكات الآخرين ٢٠٪ وذلك بين الأطفال فى الرابعة والخامسة من العمر. أما بالنسبة للمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٦ - ١٨ سنة فقد انخفضت مثل هذه السلوكيات إلى حوالى ٣٥٪ وصفر على التوالى.

ومن الجدير بالذكر أن مثل هذه المعدلات للسلوك المضاد للمجتمع والتى كشفت عنها تلك الدراسات لا يجب بالضرورة أن نأخذها مع ذلك كقيم دقيقة نظراً لإختلاف تعريفات السلوك المضاد للمجتمع المتضمنة فيها، إلى جانب إختلاف

أساليب القياس المستخدمة أيضاً. وإضافة إلى ذلك فهناك إختلافات هامة بين الثقافات والبلدان المختلفة تجعل تلك المعدلات التى نحصل عليها فى بلد ما لا يمكن القيام بتعميمها على بلد آخر، ومع ذلك فهى تتضمن نقطتين هامتين تشملان بعض التعميم هما:

١ - أن ظهور السلوك المضاد للمجتمع يعد شائعاً نسبياً فى أوقات مختلفة خلال مضمار النمو العادى أو السوى.

٢ - أن العديد من تلك الأنماط السلوكية تقل نسبتها بدرجة كبيرة خلال مضمار النمو أيضاً.

ونظراً لأن العديد من الأطفال لا يظهرون اضطرابات سلوكية خلال مضمار نموهم فإن السلوك المضاد للمجتمع والذى يظهر فى وقت مبكر من حياتهم لا يكون له بالضرورة مغزى إكلينيكى فى هذه الحالة. ومن ناحية أخرى نلاحظ أن المعدلات المرتفعة نسبياً للسلوك المضاد للمجتمع وإستمرار الإتيان بمثل هذا السلوك من جانب الطفل بدلاً من انخفاض معدله يمثل إنحرافاً عن السلوك السوى له مغزاه الإكلينيكى.

ومن الجدير بالذكر أن هناك إعتبارات أخرى للسلوك المضاد للمجتمع يتم النظر إليه من خلالها على أنه يمثل جانباً من النمو السوى، وهذا يتطلب منا أن نتعرض للفروق بين الجنسين فى مثل هذه السلوكيات. وهناك فى ذلك الصدد نمطان من هذه السلوكيات يشار إليهما على أنهما سلوكيات مستدخلة أى تنسب إلى عوامل داخلية internalizing وأخرى مبررة تنسب إلى عوامل خارجية وليس إلى الذات externalizing وكلاهما يضم أنماطاً عديدة من إختلال الأداء الوظيفى الإكلينيكى clinical dysfunction وفى حين تشير السلوكيات التى تنسب إلى عوامل خارجية وليس إلى الذات إلى تلك الأفعال التى تصطدم بالآخرين وتمثل إعتداءات عليهم وتؤدى إلى إيقاع نوع من الفوضى فى البيئة المحيطة، ومن أمثلة هذه الأفعال السرقة، والشجار أو العراك، والهروب من المدرسة، وتدمير الممتلكات، والكذب، تشير السلوكيات المستدخلة أو التى تنسب إلى عوامل

داخلية إلى تلك السمات أو الخصائص التي يزداد التركيز الداخلي عليها كالقلق، والخجل، والإنسحاب والحساسية المفرطة، والشكاوى الجسمية. وبوجه عام نلاحظ أن الأولاد قياساً بالبنات يميلون إلى أن يظهروا كما يرى روتر وآخرون (Rutter et. al ١٩٧٠) مستويات أعلى من السلوكيات التي تنسب إلى عوامل خارجية وذلك خلال مضمار النمو، في حين تميل البنات قياساً بالأولاد إلى أن يظهرن معدلات أكثر ارتفاعاً من أنماط سلوكية مستدخلة أو عصابية من الأعراض كالخجل والحساسية المفرطة والشكاوى الجسمية.

وبوجه عام نلاحظ أن السلوكيات المضادة للمجتمع تعد ذات نمط ينسب إلى عوامل خارجية وأنها تعتبر أكثر انتشاراً بين البنين والمراهقين. ومع ذلك فإن الفروق بين الجنسين في تلك السلوكيات المضادة للمجتمع والإضطرابات السلوكية تعتبر أكثر تعقيداً من ذلك كما سنوضح فيما بعد. ومن ناحية أخرى نلاحظ أن العديد من السلوكيات المضادة للمجتمع تقل مع زيادة العمر الزمني لدى العديد من الأولاد والبنات الأسوياء، وأن هذه السلوكيات تعد أيضاً ثابتة نسبياً. ويشير الثبات في هذا السياق إلى الارتباط بين سلوك الأطفال كما يقاس في مناسبتين أو أكثر كأن يتم قياسه ثانية بعد مرور عدد من السنوات مثلاً. ويعكس هذا الارتباط المدى الذي يبقى عنده الأطفال على وضعهم النسبي فيما يتعلق بالأنماط السلوكية داخل جماعة الأقران الخاصة بهم. ويدل معدل الارتباط المرتفع على أن الأطفال الذين يتم تحديدهم على أنهم عدوانيون في سن معينة يعدون أيضاً عدوانيين نسبياً في سن تالية. وفي هذا الصدد أوضحت العديد من الدراسات الطولية التي تناولت السلوك العدواني في الطفولة والمراهقة وذلك لدى أشخاص تتراوح أعمارهم بين عامين إلى ثمانية عشر عاماً وجود قدر معقول من الثبات بالنسبة للسلوك العدواني حتى سن العشرين والثلاثين وحتى الأربعين (Farrington, 1991). وبذلك نجد أنه على الرغم من أن معدلات السلوك العدواني قد تختلف خلال مضمار النمو فإن الوضع النسبي للفرد بين أقرانه يبدو أنه يظل ثابتاً نسبياً.

هذا ويمكن أن نلاحظ بوجه عام أن تحديد السلوك الخطير المضاد للمجتمع يتطلب أن نضع المعايير النمائية في اعتبارنا حيث نجد أن السلوكيات المضادة للمجتمع تختلف بين الأطفال الذين لم تتم إحالتهم للعيادات النفسية أو النيابة كدالة للعمر الزمني والجنس. ولا يعد وجود أو ظهور بعض السلوكيات كالعراك أو السرقة مثلاً أو غير ذلك كافياً كي نقرر أن هناك مشكلة إكلينيكية.

وصف الإضطراب السلوكي

تحدد العديد من السمات المميزة للأنماط السلوكية المختلفة ما إذا كانت مستويات إكلينيكية معينة من حدة السلوك متوفرة أم لا، ومن ثم يتحدد ما إذا كان السلوك الظاهر يمتد إلى ما وراء السلوك المضاد للمجتمع كجزء من السلوك السوي أم غير ذلك. وفي هذا الإطار هناك عدد من تلك السمات المميزة للإضطراب السلوكي التي تستخدم في هذا الوصف. وتتمثل تلك السمات فيما يلي:

- أ - حدة السلوك واستمراره.
- ب - تكرار السلوك ومدى إزمائه.
- ج - حدوث العديد من الأنماط السلوكية المضادة للمجتمع معاً.
- د - تعطيل الأداء الوظيفي اليومي.

وتعد حدة السلوك واستمراره Frequency and intensity بمثابة أحد أهم تلك الملامح أو الخصائص الأساسية التي يتحدد في ضوئها ما إذا كان الطفل يعد حالة إكلينيكية أم لا، أي أن مدى قيام الطفل بأنماط سلوكية مثل العراك والسرقة والكذب هي التي تحدد مدى إستحقاق السلوك للتركيز عليه ووضعها في الاعتبار.

كذلك فمن الملاحظ أن معظم السلوكيات المضادة للمجتمع تعد قليلة التكرار نسبياً ولكنها في الوقت ذاته تكون شديدة الحدة، وينبع مغزاها من أهمية تلك النتائج التي تترتب عليها وليس من التكرار الفعلي لهذا السلوك أو ذاك. وتعتبر مثل هذه السلوكيات أيضاً أكثر حدة أو متطرفة قياساً بالتباينات التي يمكن للفرد

أن يلاحظها خلال مضمار النمو العادى، فنجد على سبيل المثال أن إشعال الحرائق حتى ولو تم من جانب الطفل مرة واحدة فقط أو مرتين فإنه مع ذلك يشغل إهتمام وفكر القائمين على العيادات الإكلينيكية والمؤسسات القانونية أو النيابة، وبنفس الطريقة نلاحظ أن السلوكيات الخطيرة التى تتضمن العدوان ضد الآخرين كمحاولة من جانب الفرد لإلحاق الأذى أو الضرر بفرد آخر سواء كان هذا الفرد الآخر صغيراً أو كبيراً باستخدام سلاح، أو تعذيبه للغير بشكل قاس، أو قيامه بقتل شخص آخر يمكن أن يمثل أساساً قوياً للبحث عن العلاج.

ويساعد تكرار وإزمان السلوك repetitiveness and chronicity على تحديد المستويات الإكلينيكية للسلوك المضاد للمجتمع. وقد لا يؤدي حدوث السلوك من جانب الطفل لمرة واحدة إلى أن يركز الآخرون انتباههم على هذا الطفل. ويعمل تكرار السلوك والتاريخ المطول لاستمرار هذا السلوك على مدار الزمن وعبر المواقف المختلفة على صوغ السلوكيات الصادرة عن الطفل أو المراهق بمغزى سيكولوجى أكبر. كذلك فإن السلوك المضاد للمجتمع يعكس حقيقة هامة تتمثل فى أن الجهود العادية من جانب الوالدين والمعلمين والأقران والعمليات النمائية غير المحددة لا تحقق الأثر الذى ننشده منها.

ومن ناحية أخرى تساعد الأنماط السلوكية المتعددة والمتنوعة المضادة للمجتمع multiple antisocial كوحدة واحدة على وصف وتحديد الأفراد ذوى المستويات الإكلينيكية المختلفة من السلوك المضاد للمجتمع. هذا ويمكن النظر إلى أى فعل محدد مضاد للمجتمع يديه الأطفال كالعراك مثلاً على أنه عرض فردى أو سلوك مستهدف. ومع ذلك فإن الأنماط السلوكية المضادة للمجتمع بالنسبة للعديد من الأفراد تحدث فى «وحدات» أو «زمرات»، ويشار إلى هذه الوحدات أو الزمرات على أنها زملة Syndrome وهو ما يدل بطبيعة الحال على أن الأنماط السلوكية العديدة المضادة للمجتمع من المحتمل أن تحدث معاً. ويتضمن الإضطراب السلوكى كزملة العديد من السمات الجوهرية مثل العراك، والسرقة، والهروب من المدرسة، وتخطيط الممتلكات، وتهديد الآخرين أو

تحديهم، والهروب من المنزل. ومن غير المحتمل أن تحدث كل هذه الأعراض لدى الطفل الواحد، لكن الفكرة الأساسية التي تدور حولها هنا هي أن تلك الأعراض تمثل جانبًا من زملة يحتمل حدوثها معًا في «زمرة».

ويعتبر تعطيل الأداء الوظيفي اليومي Impairment in everyday Functioning بمثابة أمر حاسم في التمييز بين السلوك «العادي» المضاد للمجتمع والمستويات الإكلينيكية الحادة من السلوك. فالأفراد الذين يتسمون بسوء أدائهم الوظيفي اليومي يعدون في حاجة إلى علاج أو أي نمط آخر من أنماط التدخل. وهناك عدد من الدلائل نستطيع بموجبها الدلالة على تعطيل الأداء الوظيفي اليومي، منها ما يلي:

١ - تكرار المشاكل من جانب الطفل في المدرسة، وهو الأمر الذي يؤدي إلى استعادته أو فصله منها لبعض الوقت، كما قد يؤدي أحيانًا إلى فصله منها نهائيًا.

٢ - عدم القدرة على السيطرة على الطفل في المنزل حيث لا يستطيع الوالدان ترويضه بشكل فعال.

٣ - صدور أفعال خطيرة من جانب الطفل تؤثر على الآخرين كالأخوة والأقران على سبيل المثال.

ومن الجدير بالذكر أن أيًا من هذه السمات الأربع السابقة تؤدي حال توفرها لدى الطفل إلى أن يتم تحديده على أن لديه اضطرابًا سلوكيًا، كذلك فإنه يتم اللجوء إلى هذه السمات عند التحديد الإكلينيكي لمستويات حدة السلوك المضاد للمجتمع. أما في الحالات المتطرفة فيمكن أن نلاحظ أن الأطفال الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع تظهر عليهم كل هذه السمات التي انتهينا من عرضها للتو وهي: الاستمرار والحدة، والإزمان والتكرار، والتنوع في السلوكيات المضادة للمجتمع، وتعطيل الأداء الوظيفي اليومي. وعلى الرغم من أهمية توفر هذه الخصائص أو السمات في السلوك كي يصبح مضادًا للمجتمع،

فإنها فى حد ذاتها لا تعد كافية لإحالة الطفل إلى العيادة النفسية. وإذا كان الأطفال لا يقومون بإحالة أنفسهم للعلاج من الإضطراب السلوكى، وكذلك الحال بالنسبة للكبار وخصوصاً الوالدين على الرغم من معرفتهما أن الطفل يحتاج إلى العلاج حيث لا يشترك الوالدان ولا غيرهما من الكبار فى مجموعة التعريفات أو المحكات التى يقررون بموجبها أنه قد تم الوصول إلى تلك النقطة التى يجب أن يتم عندها تحويل الطفل للعلاج أم أنه لم يتم الوصول إليها بعد فإن إحالة الطفل للمساعدة الإكلينيكية تعتمد على عدد من العوامل مثل:

أ - الأحكام التى تتعلق بمدى خطورة الأنماط السلوكية التى تصدر عن الطفل، وتصدر هذه الأحكام بطبيعة الحال من جانب الكبار.

ب - الأحكام التى تتعلق بمستوى الأداء الوظيفى للطفل أو المراهق.

ج - معدل الضغوط التى تقع على الأطفال والمراهقين الذين تصدر عنهم مثل هذه السلوكيات وذلك من جانب الآخرين كالمدرسة مثلاً وهو ما يحدد إمكانية حدوث التدخل العلاجى.

د - مدى توفر المصادر الأخرى كمساعدة الأقارب على سبيل المثال وذلك فى رعاية الطفل والاهتمام به.

هـ - العجز الفعلى أو المدرك للوالدين عن ترويض الطفل.

وبناء على هذه العوامل يتم كما ذكرنا سلفاً تحديد ما إذا كان سيتم إحالة الطفل إلى العيادة النفسية للحصول على العلاج أم لا.

الاضطراب السلوكى والجنوح

من الجدير بالذكر أن المراهقين الذين ينغمسون فى أنماط سلوكية تدل على وجود إضطرابات سلوكية لديهم قد تتم إحالتهم إلى إحدى عيادات الصحة النفسية حيث يتم التشخيص السيكاترى لهم، ويتم تصنيفهم فى هذه الحالة على أنهم مضطربون سلوكياً، أو تتم إحالتهم إلى محاكم الأحداث ويتم بالتالى

تصنيفهم فى تلك الحالة على أنهم منحرفون أو جانحون. ومن ثم يحدث نوع من التداخل بين هذه التصنيفات لهؤلاء المراهقين الذين تصدر عنهم سلوكيات حادة مضادة للمجتمع، وإن كان الجنوح delinquency يعتمد بشكل أساسى على الإحالة الرسمية إلى المحكمة.

وتتضمن السلوكيات التى يشار إليها على أنها منحرفة أو جانحة تلك الجنح والمخالفات Offenses التى تعد إجرامية لو تم إرتكابها من جانب شخص راشد، بالإضافة إلى مجموعة من الأنماط السلوكية غير القانونية. ويعتمد ذلك على العمر الزمنى لهؤلاء المراهقين وإلا كان الأمر غير ذلك لو أن شخصاً راشداً هو الذى ارتكب تلك الأفعال. ويشار إلى النوع الأول من هذه السلوكيات على أنها مخالفات إجرامية وتتضمن أفعالاً مثل القتل والسطو، فى حين يشار إلى النوع الثانى وهو الأنماط السلوكية غير القانونية على أنه مخالفات غير إجرامية. ويتضمن هذا النوع سلوكيات مثل تعاطى الكحوليات، وقيادة سيارة بدون رخصة نظراً لصغر السن، والتأخر ليلاً خارج المنزل، وعدم الحضور بانتظام إلى المدرسة، وغير ذلك من السلوكيات التى لا تعد جرائم لو ارتكبها شخص آخر. ومن المعروف أن بعض هذه السلوكيات المتضمنة فى كلا النوعين من الجنح كإحراق الممتلكات وإتلافها، والهروب من المدرسة مثلاً يتم تضمينها فى تشخيص الإضطراب السلوكى، فى حين أن بعضها الآخر مثل الإبتجار فى العقاقير، والدعارة، وقيادة سيارة بدون رخصة نظراً لصغر السن لا تعد كذلك.

ويتطلب الإضطراب السلوكى استمرار حدوث نمط من السلوكيات المتعددة من جانب الفرد خلال فترة زمنية معينة كأن تكون سنة مثلاً على الأقل، فى حين يختلف الانحراف أو الجنوح عن ذلك من حيث أن فعلاً منفصلاً واحداً أو اثنين من جانب الفرد يمكن أن يؤدى إلى القبض عليه، فسرقة سيارة على سبيل المثال تعد أمراً كافياً لإلقاء القبض على الشخص الذى قام بسرقتها وليس لتشخيصه سيكائياً على أنه مضطرب سلوكياً، فالمرآهقون المضطربون سلوكياً قد يقومون أو لا يقومون بأنماط سلوكية تشخص على أنها إنحراف أو جنوح بمعنى أنها قد يكون

وقد لا يكون لها علاقة بكل من البوليس والمحاكم. ومن غير المحتمل فى هذا الصدد أن يحدث الإتصال الرسمى بالبوليس من جانب الأطفال أو يتم إحتجارهم بأقسام الشرطة أو تدوين أسمائهم فى السجلات الخاصة بذلك حيث يتم التعامل مع الأفعال المنحرفة من جانب الأطفال فى مرحلة الطفولة المبكرة أو المتوسطة بشكل غير رسمى. ومن ناحية أخرى فإن تحديد الإضطراب السلوكى والتركيز عليه ووضعها فى الاعتبار قد يتم فى وقت مبكر من حياة الطفل وذلك عندما يصطدم سلوكه اليومى مع توقعات الوالدين والمعلمين.

وتعكس خصائص التحديد السيكاثرى والقانونى للسلوك العديد من مصادر الغموض وعدم الدقة تستحق أن نوليها اهتمامنا، ويمكن أن نردها هنا على النحو التالى:

١ - يختلف تحديد السلوك فى هذا الصدد باختلاف الإتجاهين السيكاثرى والقانونى، فبالنسبة للإتجاه السيكاثرى هناك محكات معينة للتشخيص منها على سبيل المثال عدد الأعراض التى تبدو على الفرد، والمدة الزمنية التى يستمر خلالها الإضطراب، وقد خضعت تلك المحكات للتمحيص والمراجعة فى مناسبات عديدة (Robins, 1991). ومن الناحية القانونية نلاحظ أن الإنحراف أو الجنوح لا يعد تعريفاً معيارياً محدداً نظراً لأن العديد من الأفعال التى يتم النظر إليها على أنها غير قانونية تختلف من حالة إلى أخرى داخل الدولة الواحدة، كما تختلف أيضاً من دولة إلى أخرى.

٢ - يعد كلا التعريفين أو التحديدين السيكاثرى والقانونى للسلوك بمثابة تعريفات عامة حيث أنه إذا ما علمنا أن شخصاً ما تنطبق عليه محكات الإضطراب السلوكى أو أنه يعتبر جاحاً أو منحرفاً فإننا قد لا نعلم بالضرورة ما الذى فعله هذا الشخص على وجه التحديد. كما أن هناك العديد من الأساليب التى يتم اللجوء إليها فى هذا الصدد كظهور عدة أعراض معاً أو القيام بالعديد من الأفعال غير القانونية على سبيل المثال، وهو الأمر الذى نستطيع بموجبه أن نتناول أحد هذه التعريفات.

ولا تعد هذه الأمور التى تتعلق بالتعريفات أو المصطلحات أمراً هيناً نظراً لأن ما نعرفه عن اضطراب السلوك أتى من دراستنا للمراهقين الذين نصفهم بأحد هذين المصطلحين أو التعريفين السيكا ترى أو القانونى، أو من خلال دراستنا لأولئك الذين يتواجدون فى مواقف معينة كالعبادات النفسية أو يتم احتجازهم فى أقسام البوليس والذين ينطبق عليهم هذا التعريف أو ذاك. وهنا نلاحظ أن العديد من سلوكيات المراهقين الجانحين أو من ذوى الإضطرابات السلوكية تتداخل، ومن ثم فإن مصطلح «الإضطراب السلوكى» يشير إلى أولئك الذين ينغمسون فى أنماط سلوكية خطيرة مضادة للمجتمع سواء تم تشخيصهم إكلينيكياً على أنهم مضطربون سلوكياً ويعانون بالتالى من اضطراب سلوكى معين، أو تم تشخيصهم من الناحية القانونية على أنهم جانحون، أو لم تتم إحالتهم بالمرة إلى إحدى العيادات النفسية.

المراهقون المضطربون سلوكياً وأسرهـم

من المحتمل بالنسبة للسلوكيات المضادة للمجتمع والتى تحدث خلال مضمار النمو العادى أن تكون منفصلة وقصيرة المدى، وأن تكون ذات حدة متوسطة نسبياً. أما عندما تكون مثل هذه السلوكيات متطرفة فإنه لا يمكن أن تخف حدتها خلال مضمار النمو، كما تؤثر على الأداء الوظيفى اليومى للطفل، وتترك العديد من الانطاعات الهامة لدى الآخرين كالآباء والمعلمين والأقران مثلاً، وأنها غالباً ما تؤدى بالطفل أن يلجأ إلى طلب الرعاية الطبية النفسية. وبذلك تعد هذه السلوكيات المضادة للمجتمع إنحرافاً عن السلوك السوى له دلالة ومعزاه، وأن مثل هؤلاء الأطفال الذين تصدر عنهم تلك السلوكيات ينتهى بهم الحال إلى العيادات النفسية أو إلى المحاكم.

المتلازمات والخصائص المرتبطة بالإضطرابات السلوكية

من الجدير بالذكر أن الأنماط السلوكية التى يتحدد الإضطراب السلوكى فى ضوئها أو التى تعد ضرورية أو أساسية للإضطراب السلوكى ومنها العراك،

والسرقة، والهروب من المدرسة أو المنزل، والكذب، وإشعال الحرائق على سبيل المثال، وغيرها من السلوكيات لا تعد هي الخصائص الوحيدة لمثل هؤلاء المراهقين حيث توجد هناك خصائص أخرى تؤثر على الجوانب المختلفة لأدائهم الوظيفي يشار إليها على أنها متلازمات Correlates أو خصائص مرتبطة. ومن بين تلك الأعراض البديلة المرتبطة بالاضطراب السلوكي نجد تلك الأعراض التي ترتبط بالنشاط الزائد hyperactivity والتي تتضمن الإفراط في النشاط الحركي، والإستياء، والإندفاعية، وعدم الانتباه أو الغفلة، وزيادة النشاط بشكل عام. وفي حقيقة الأمر نلاحظ أن التلازم بين النشاط الزائد وإضطراب السلوك قد جعل من تناول هذا الموضوع وقياسه أو تقييمه أمراً يستحق البحث والدراسة. كذلك فهناك العديد من السلوكيات الأخرى التي ينظر إليها على أنها سلوكيات مشكلة تنتشر بين المراهقين الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع منها الإسترسال في المرح الصاخب boisterousness واستعراض القوة أو ما يعرف بالفتونة، وتوجيه اللوم للآخرين. ويبدو أن العديد من تلك الأفعال تعد بمثابة أنماط من السلوك الجامح صعب المراس قياساً بالعدوان أو السرقة أو التخريب المتعمد للممتلكات سواء العامة أو الخاصة أو غير ذلك من الأفعال التي تؤدي إلى إلحاق الأذى سواء بالأشخاص أو الممتلكات.

ومن جانب آخر نجد أنه من المحتمل بالنسبة للأطفال والمراهقين الذين تصدر عنهم أنماط سلوكية تنم عن اضطراب سلوكي أن يظهروا قصوراً أكاديمياً كما تعكسه مستويات تحصيلهم ودرجاتهم في المدرسة ومهاراتهم في مجالات معينة وخاصة القراءة كما يرى كل من ليدنجهام وسكوارتزمان (١٩٨٤) Ledingham & Schwartzman، ستورج (١٩٨٢) Sturge. ويرى معلمو مثل هؤلاء الأطفال أنهم لا يبدون إهتماماً بالمدرسة، ولا يبدون حماساً يحقق لهم التقدم الأكاديمي، وأنهم يهملون عملهم وواجباتهم ودروسهم ولا يبالون بها. وكما هو متوقع في حالة وجود مثل هذه الخصائص فإنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة للأطفال الذين يبدون إضطرابات سلوكية كما يرى باتشمان وآخرون

(١٩٧٨) Bachman et.al أن يتخلفوا فى نفس الصف الدراسى وييقون به أكثر من عام، وأن يبدون مستويات أقل من التحصيل، وأن ينهون حياتهم المدرسية أسرع من أقرانهم المتجانسين معهم فى العمر الزمنى، والمستوى الاقتصادى الاجتماعى، وغير ذلك من المتغيرات الديموجرافية الأخرى.

ويرى كارلسون وآخرون (١٩٨٤) Carlson et. al أنه من المحتمل أن ترتبط العلاقات السيئة بين الشخصية بالسلوك المضاد للمجتمع حيث غالباً ما نجد أن الأطفال العدوانيين أو الذين تصدر عنهم أى أنماط أخرى من السلوكيات المضادة للمجتمع منبذون من أقرانهم، كما يظهرون مستويات أدنى من المهارات الاجتماعية والتي تتسم فى الغالب بأنها أكثر سوءاً. كذلك فإن مثل هؤلاء الأطفال أو المراهقين يعدون غير مؤثرين اجتماعياً فى تفاعلاتهم مع أى جماعات من الكبار كالوالدين أو المعلمين أو أى أعضاء فى المجتمع حيث ينغمسون فى أنماط سلوكية تعزز النتائج بين الشخصية الضارة بالنسبة لهم.

ومن ناحية أخرى نلاحظ أن متلازمات السلوك المضاد للمجتمع لا تتضمن السلوك الظاهر فحسب، بل تتضمن أيضاً كما يرى كريك ودودج (١٩٩٤) Crick & Dodge العديد من العمليات المعرفية وعمليات العزو حيث أوضح المراهقون الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع قصوراً فى مهارات حل المشكلات المعرفية التى تشكل الأساس للتفاعلات الاجتماعية. وفى هذا الإطار نجد على سبيل المثال أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لمثل هؤلاء الأفراد قياساً بأقرانهم أن يفسروا الإشارات التى تصدر عن الآخرين على أنها عدوانية، وأن يكونوا غير قادرين على تعيين حلول للمواقف التى تتضمن مشكلات بين شخصية، أو أن يضعوا أنفسهم مكان الآخرين وينظرون إلى الأمور المختلفة من هذا المنطلق.

ومن المعروف أن مثل هذه الأعراض والتى تعرف بالسلوكيات المتلازمة وغيرها من جوانب اختلال الأداء الوظيفى تشير إلى مشكلات متلازمة يحتمل ظهورها

فى سلوك الأطفال الذين يتم تشخيصهم إكلينيكياً على أنهم يعانون من اضطرابات سلوكية. وبذلك نلاحظ أن هناك عدداً من الخصائص تستمر فى الظهور لدى هؤلاء الأطفال مع مرور الوقت كما سنوضح فيما بعد.

الخصائص الوالدية والأسرية للأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً

يرى كاردين (١٩٩٣) Kazdin أن معظم خصائص أسر وآباء الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات السلوك ترتبط بمفهوم إختلال الأداء الوظيفى لأبنائهم المضطربين سلوكياً، إضافة إلى التقييم المتعلق بهؤلاء الأبناء والتدخلات العلاجية المختلفة الموجهة إليهم. ويأتى فى مقدمة هذه الخصائص الهامة سيكوباثولوجيا الوالدين وسوء توافقهما إذ يعانى الوالدان من معدلات مرتفعة من إختلال الأداء الوظيفى. ومن ناحية أخرى نجد أن السلوك الإجرامى وتعاطى الكحوليات وخاصة من جانب الأب يمثلان اثنتين من الخصائص المرتبطة بالوالدين والتي غالباً ما ترتبط بالاضطراب السلوكى للأبناء. كما أن أساليب وممارسات والدية معينة تتعلق بالنظام، إضافة إلى الإتجاهات ترتبط أيضاً بالاضطراب السلوكى للأبناء إذ من المحتمل بالنسبة للوالدين أن يتبعوا أساليب وممارسات معينة تتسم بالقسوة، أو عدم الصرامة، أو الخطأ والشذوذ، أو التناقض. كما أن العلاقات الأسرية المختلة تجعل الوالدين أقل تقبلاً لأطفالهما بمعنى أن يكونا أقل دفء، وأقل عاطفة، وأقل فى مساندتهما الإنفعالية لهم، كما يقل التعلق أيضاً فى مثل هذه الأسر قياساً بآباء الأطفال والمراهقين الأسوياء. وفيما يتعلق بمستوى العلاقات الأسرية نلاحظ أن التواصل أو العلاقات بين أعضاء الأسرة تتسم بانخفاض مستوى المساندة، وزيادة الجانب الدفاعى فيها، وانخفاض مستوى المشاركة فى الأنشطة بين أعضاء الأسرة، والسيادة أو الهيمنة الزائدة والواضحة من جانب عضو واحد من أعضاء الأسرة وهى ما تمثل جميعاً سمات تميز مثل هذه الأسر. وإضافة إلى ذلك فإن العلاقة بين الوالدين داخل أسر الأطفال الذين تصدر عنهم أنماط سلوكية مضادة للمجتمع تتسم بالعلاقات

الزوجية غير السعيدة وغير السارة، والصراع بين الشخصى، والعدوان. وبالتالي فهي تعد خصائص سالبة تميز العلاقات الوالدية.

الظروف البيئية

ترتبط العديد من الظروف التى يعيش فيها الأطفال والمراهقون بكل من مفهوم إختلال الأداء الوظيفى والتدخلات العلاجية المختلفة. ومن أمثلة العوامل المرتبطة بذلك الحجم الكبير للأسرة، والزحام الشديد داخل المنزل، والظروف السيئة للسكنى، والمستوى المتردى للإشراف الوالدى على الأسرة، وإرتفاع معدل الجريمة بين الجيران، والموقع المعوق للمدرسة الذى يفتقر إلى الخدمات المختلفة. كما تساهم العديد من المواقف الصعبة التى تعيش فيها مثل هذه الأسر فى وضع وفرض المزيد من الضغوط على الوالد أو تقلل من قدرته على مواجهة الضغوط اليومية المختلفة. ومن الممكن أن يتضح أثر ذلك فى العلاقة بين الوالد والطفل والتى يقوم الوالدان فيها عن غير قصد أو بتغافل منهما بإتباع أنماط معينة من التفاعلات تدعم السلوكيات العدوانية والمضادة للمجتمع أو تسرع بها. كما أن بعض العوامل البيئية كسوء الأحوال المعيشية على سبيل المثال تسبب تأثيرات سلبية هى الأخرى كإنضمام الطفل مثلاً إلى جماعات أقران عدوانية ومنحرفة، أو تردى مستوى إشراف الوالدين على الطفل بما لذلك من آثار سيئة عليه، وكنتيحة لذلك نجد أن البعض منهم قد يحمل معه سكيناً أو حتى مسدساً فى بعض الأحيان حيث يعتبر أن حمل السلاح فى مثل هذه الحالة يعد أمراً ضرورياً بالنسبة له حتى لا يتمكن الآخرون من التمر عليه. ويعد قبول مثل هذا التفسير مشكلة فى حد ذاته حيث من المعروف أن المسافة التى تفصل بين حمل سلاح وبين استخدام هذا السلاح لا تعد كبيرة.

ثلاث صور موجزة للسياقات التى يظهر فيها الإضطراب السلوكى

يلقى كل من الطفل والوالد والأسرة والخصائص البيئية إهتماماً زائداً، ويتم تركيز الإنباه عليهم حتى يتم وضع الإضطراب فى منظور أعم. وفى نفس

الوقت لا تقدم لنا المناقشة الحالية نتائج دراسة الحالات التي تم تقديمها للعلاج، ولكننا بدلاً من ذلك سوف نركز على ثلاث صور موجزة تعبر بصدق عن تلك السياقات والمواقف التي ينشأ فيها الإضطراب السلوكي. وقد نقلنا هذه الصور من دراسة حالات إضطرابات سلوكية للأطفال الذي تتراوح أعمارهم بين الثالثة حتى الثالثة عشرة.

١ - القيم السائدة في الأسرة

أنت أم إلى العيادة ومعها تحويل من مدرسة ابنها بسبب إرتفاع معدل عراكه مع الأطفال الآخرين وقيام إدارة المدرسة من جراء ذلك بحرمانه المتكرر من الذهاب للمدرسة حرماناً مؤقتاً في كل مرة. فاتصلت الأم تليفونياً بالعيادة وتم تحديد موعد يمكنها خلاله إصطحاب طفلها إلى العيادة، إلا أن الأم لم تأت في الموعد المحدد ولم تتصل لتلغى الموعد أو تطلب موعداً آخر. ولم يحدث أى اتصال بيننا خلال ذلك الوقت. وبعد أربعة شهور اتصلت الأم بالعيادة مرة أخرى وأخذت موعداً آخر ثم أتت بعد عدة أيام ومعها ابنها الذي يبلغ عشرة أعوام، وأكملت الأوراق المطلوبة والتي تضمنت أداء الإبن على بعض المقاييس. وخلال الحوار الذي أجراه الأخصائي معها كجزء من عملية التقييم سألها عن عدم حضورها في الموعد الذي كان قد تم تحديده منذ أربعة شهور، فاعتذرت عن عدم حضورها، وقالت إنه لم يكن بمقدورها أن تأتى في ذلك الموعد لأنها قامت بخرق قاعدة أسرية معينة مما دفع الأخصائي أن يسألها عن ذلك فردت قائلة بأنها هى وزوجها وعددًا من أقاربهما غالباً ما يتراشقون بالرصاص فيطلقونه على بعضهم البعض، ومع ذلك فإنهم يلتزمون بقاعدة أسرية لا تجيز لهم مطلقاً أن يقوم أى منهم بإطلاق الرصاص على أى فرد آخر منهم أمام عامة الناس، ولكنها اضطرت إلى خرق هذه القاعدة وعدم الإمتثال لها فقامت بإطلاق الرصاص على زوجها ورآها بعض الجيران فأبلغوا البوليس بذلك مما ترتب عليه أن تقضى ثلاثة أشهر في السجن، وبعد أن انتهت مدة السجن أصبحت جاهزة لتبدأ علاج طفلها.

٢- المصادر المتعددة للضغط واختلال الأداء الوظيفي

وفي حالة أخرى من تلك الحالات التي عرضت علينا كانت أم تعيش بمفردها مع ولديها الذين كان أحدهما في الثانية من عمره وكان الثاني في الرابعة، وأتت إلينا بحثًا عن علاج لابنها الأكبر الذي كانت تصدر عنه أنماط سلوك عدوانية حادة نسبيًا ولا يمكن السيطرة عليها، وكانت تتضمن تلك السلوكيات ضرب وركل وعض أخيه الأصغر. وكانت الأم في ذات الوقت تعاني من الإكتئاب وتخضع للعلاج، وقد حاولت الانتحار من قبل، وكان يخشى عليها عند تردها على العيادة أن تقوم بمحاولة أخرى للانتحار وذلك طبقًا للتقارير الطبية والاكلينيكية. وكان صديقها وهو والد الطفلين يعيش بالقرب منها ويقابلها مرتين في الأسبوع، وقد طلب منها أن تأتي إليه بالطفلين حتى يراها، وأثناء تلك المقابلات كان يجبرها على ممارسة الجنس معه وهو ما أشارت إليه على أنه إغتصاب. وكان أثناء ذلك يصر على أن يبقى الطفلان معهما ويشاهدا ما يفعله بها. ومن ناحية المبدأ كان باستطاعة الأم أن ترفض تلك المقابلات ولكن صديقها قام بتهديدها بأنها إذا لم تستجب له فإنه سيتوقف عن الإنفاق عليها هي والطفلين، أو سيقوم بأخذ الطفلين منها لكفالتهم وذلك عن طريق المحكمة، أو يقتل نفسه، أو يذهب إلى منزلها ويقتلها هي والطفلين. وكان عليها أن تأخذ تلك التهديدات العنيفة مأخذ الجد حيث كان لصديقها هذا ملف لدى البوليس حيث تم القبض عليه من قبل في جرائم قتل وتهديد بالسلاح. وكانت الأم قد إمتلأت بالرعب خشية أن تفقد طفلها وذلك عندما أخبرها بأنه سوف يأخذهما منها عن طريق المحكمة لكفالتهم فقررت وكانت تتلقى علاجًا نفسيًا في ذلك الوقت من الإكتئاب ومن الأفكار الانتحارية أن تضع نهاية لكل ذلك بأن تأخذ طفلها معها في السيارة وينتحرون جميعًا في تلك السيارة من أعلى صخرة ما. أما تدخلنا نحن فقد كان لعلاج الطفل الأكبر من السلوك العدواني.

٣- العنف داخل المنزل

من الجدير بالذكر أن الأمور الأسرية يكون لها دور كبير في إحالة الطفل

للعلاج وفى تشخيصه كحالة إكلينيكية أيضاً. وكانت إحدى الحالات التى تمت إحالتها إلينا لولد فى الثانية عشرة من عمره قام بطعن والده بسكين وسرق سيارته. وكان لهذا الولد تاريخ من السلوك المضاد للمجتمع وخاصة الكذب والعراك فى المدرسة والسرقة، ومن ثم كان فى مشاكل مستمرة مع إدارة المدرسة ومع البوليس. وقد اتضحت تفاصيل عديدة عن سبب إحالته لنا خلال المقابلة التشخيصية التى قمنا بإجرائها معه حيث اعترف خلالها بأنه قد طعن والده فى رجله بسكين، إلا أن القصة قد تضمنت بعض التفاصيل الشيقة التى لم نسمع عنها من قبل والتى تضمنت أن هذا الطفل وأخوته الإثنيين كانوا جميعاً فى غرفة نوم والديهما عندما قام أبوهم بممارسة الجنس مع أمهم عنوة وهو ما قال عنه أن الأب قام بإغتصاب الأم التى ظلت تصرح طلباً للنجدة، وكان هذا الولد فى حالة من الرعب فذهب إلى المطبخ وأحضر سكيناً ليطعن بها أبيه وحاول أخواه أن يمنعانه من ذلك دون جدوى فقام بطعن أبيه فى سماعة رجله وتسبب له ذلك فى حدوث جرح غائر كبير. وعندما حدث ذلك شعر الولد أن أباه سيقوم بضربه حيث أن الأب له تاريخ سابق طويل فى إساءة الاستخدام الجسمى للأولاد، فهرب إلى بيت جده وأخذ معه مفاتيح السيارة دون إذن أو وعى، وقادها إلى أحد الحقول حيث قام بتحطيمها هناك. وعندما ألقى البوليس القبض عليه أحاله إلينا حيث أنه تحت كل الظروف قام بطعن والده بسكين وسرق السيارة.

تعليق عام

لا تمثل تلك الصور الثلاث السابقة أمثلة متطرفة فيما يتعلق بالشئون اليومية لنا داخل العيادة التى نقوم من خلالها بتقديم العلاج والمساعدة لكل من الأطفال مضطربى السلوك وأسرههم. وتؤكد تلك الصور السابقة على نقطة رئيسية تمثل فى أن إختلال الأداء الوظيفى للطفل يتم تضمينه فى سياق أكبر لا يمكن لنا أن نتجاهله سواء فى إطار مضمار تطور الإضطراب السلوكى أو فى التلقى الفعلى للعلاج.

ويمكن النظر إلى الإضطراب السلوكى على أنه إختلال فى الأداء الوظيفى

للطفل أو المراهق. كذلك فإن الأدلة التراكمية التي تتعلق بزملة الأعراض المرتبطة به، والعوامل المساعدة على حدوثه، ومضمار تطوره من الطفولة إلى المراهقة تعد بمثابة دليل يشهد على القيمة الموجهة والمشجعة للتركيز على الأطفال كأفراد، وما قد يعود على المجتمع من جراء ذلك على المدى البعيد. وفي نفس الوقت يمكن لنا أن نستفيد عند علاج الإضطراب السلوكي من السياق الجشطلتي الكلي الذي يتضمن الطفل والوالد والأسرة، والذي يتضمن أيضاً العديد من المؤثرات أو العوامل ذات التأثيرات المتبادلة التي تترك أثراً واضحاً على كل من يشارك في ذلك السياق كالطفل أو الوالد مثلاً، إلى جانب الأنساق التي ينشأ فيها كل من الطفل والإضطراب كالأسرة أو المدرسة على سبيل المثال..



تشخيص وتقييم الإضطرابات السلوكية

تشخيص وتقييم الإضطرابات السلوكية

من الطبيعى عند تناولنا للإضطرابات السلوكية أن نهتم بكيفية تشخيص الأعراض التى نحكم من خلالها على مدى وجود إضطراب سلوكى من نوع ما. كذلك يجب أن نهتم بأساليب التقييم المناسبة التى تمكنا من أن نتعرف على تلك السلوكيات التى تعد إضطراباً نظراً لأن القياس يعد أمراً ضرورياً وجوهرياً للبحث فى هذا المجال بهدف فهم طبيعة الإضطراب السلوكى وعلاجه والوقاية منه، وهذا ما سوف نعرض له خلال هذا الفصل.

أولاً: تشخيص الإضطراب السلوكى

تعتمد المعلومات التى تتعلق بكيفية حدوث اضطراب السلوك، وما يجب أن نقوم به فى سبيل العلاج، والمضمار المحتمل طويل المدى الذى يسلكه الإضطراب على تحديد الحالات وتعيينها أى تعتمد على الأفراد الذين يظهرون إختلالاً فى الأداء الوظيفى. ومن الممكن أن يتباين الأفراد بشكل كبير فى كل من حدة ونمط إختلال الأداء الوظيفى لدرجة أن وجود أو عدم وجود الإضطراب السلوكى بأى شكل لا يكون دائماً واضحاً. ومع ذلك فبسبب التقدم العلمى يصبح من الضرورى تحديد وتخصيص محكات معينة يتحدد فى ضوءها إختلال الأداء الوظيفى من الناحية الإكلينيكية، كما تتحدد أيضاً فى هذا الإطار أنماط الأعراض المختلفة. وتمثل هذه الأهداف خطوطاً متشابكة فى سبيل تشخيص وتقييم الإضطراب السلوكى. ويتم النظر خلال الفصل الحالى إلى الإضطراب السلوكى على أنه يعد بمثابة تشخيص سيكاترى رسمى يتضمن أنماطاً فرعية من الإضطراب.

المحككات التشخيصية للإضطراب السلوكى

يتمثل الهدف من تطوير محككات تشخيصية للإضطراب السلوكى فى فهم أنماط إختلال الأداء الوظيفى، وكيفية ظهورها، ومضمار تطورها، وكيفية علاجها، والوقاية منها. وحتى يمكننا أن نحقق هذه الأهداف فإننا نأمل فى تطوير أساليب يمكننا بمقتضاها تحديد تلك الانماط حتى نتمكن من علاجها بالشكل المرغوب. وفى نفس الوقت الذى يتم فيه تناول ودراسة هذا النمط أو ذاك يتم التأكد مما إذا كانت الأساليب التى يتم بمقتضاها تحديده تعد مناسبة أو غير مناسبة، أم أنها غير كافية أو تحتاج إلى مراجعة وتمحيص، أم أنها تعتبر على أسوأ الظروف مضللة ولا تكشف عن الحالة كما هى فى الواقع، وهنا تتمثل المشكلة فى تحديد نمط إختلال الاداء الوظيفى قبل أن نتاح لنا كل المعلومات المتعلقة به. ويعتبر تشخيص المشكلات الإنفعالية والسلوكية أصعب من تشخيص العديد من المشكلات الجسمية على الرغم من أن المشكلات الجسمية هى الأخرى تثير العديد من الأمور المحيرة أيضاً وإن كان الأمر فى النهاية يتضح من خلاله سهولة تشخيص المشكلات الجسمية قياساً بنظيراتها الإنفعالية والسلوكية حيث لا يوجد أى اختبار موضوعى بالنسبة للعديد من المشكلات الإنفعالية والسلوكية يمكن من خلاله تحديدها على غرار ما يحدث فى حالة المشكلات الجسمية إذ يوجد العديد من تلك الاختبارات الموضوعية كسلاسل فحوص الدم على سبيل المثال، كما لا يوجد أيضاً بالنسبة للمشكلات الإنفعالية والسلوكية أى تتابع محدد للأحداث على غرار ما يحدث حال حدوث مشكلة جسمية فعضة الكلب على سبيل المثال فى حالة داء الكلب rabies يتبعها نزول رغاوى من فم المريض ثم تحدث الوفاة. ومن ثم فمنذ بداية ذلك التتابع يظهر جلياً أن هناك إضطراباً معيناً.

وتتضح المزايا التى يمكن أن نحققها من خلال التشخيص من تلك الخبرة التى نكتسبها والمعلومات التى نحصل عليها من معرفتنا بالإضطرابات المختلفة فى الحياة اليومية. فنحن نعرف على سبيل المثال بالنسبة للعديد من الأعراض التى لنا خبرة عامة بها كاحتقان الحلق، وارتفاع درجة الحرارة، والأوجاع والآلام المختلفة على

سبيل المثال أن التشخيص يتضمن دلالات هامة للعلاج كإعطاء المضادات الحيوية مثلاً. وفوق كل ذلك فإن فهم طبيعة إضطراب معين وجذور أو أصول ذلك الإضطراب يمكن أن يؤدي إلى الوقاية منه كأن نمتنع عن التدخين مثلاً كي نقلل من احتمالات الإصابة بسرطان الرئة.

ويرجع الهدف من تشخيص المشكلات الإنفعالية والسلوكية إلى تحقيق العديد من هذه المزايا على الرغم من الجدل الدائر حول ما إذا كان تشخيص مثل هذه المشكلات في الحياة اليومية يناظر ما يحدث بالنسبة للمرض الجسمي أم لا. ويرى أكينباتش (١٩٩٣ - أ) Achenbach أن تشخيص الإضطرابات الإنفعالية والسلوكية يتم بشكل عام في إطار تصنيفي معين حيث هناك إتجاهان تشخيصيان في هذا الصدد، يتمثل أحدهما في الإتجاه التصنيفي الفئوي Categorical (وهو ما سوف نتناوله بالمناقشة هنا)، بينما يتمثل الآخر في الإتجاه التصنيفي البعدوي وهو الإتجاه المخصص لتحديد وتقييم درجة أو مدى ظهور سمات معينة لدى الأفراد مثل الأعراض الفردية أو أنماط الأعراض. ويعمل التشخيص التصنيفي الفئوي على تعيين وتحديد مجموعات مستقلة من الأنماط السلوكية أو الزملات. ويتوقف وجود اضطراب معين (أي تشخيصه) على العديد من الظروف التي تتضمن مدى ظهور أعراض مختلفة، ومدى وجود أعراض كافية تتطابق مع المحكات الخاصة بذلك الإضطراب، وكذلك مدى استمرار تلك الأعراض لفترة زمنية كافية، ومدى تعطيلها للأداء الوظيفي اليومي أو تسببها في إختلاله. ويصبح التشخيص تصنيفياً لأن الشخص تنطبق عليه أو لا تنطبق عليه المحكات الخاصة بهذا الإضطراب أو ذاك. ومع ذلك فإن الوصول إلى قرار معين في هذا الخصوص يعد مسألة درجة. وبذلك نجد أن شخصاً ما قد تنطبق عليه محكات معينة كالحزن بالنسبة للإكتئاب على سبيل المثال، ولكننا في الوقت ذاته نحتاج إلى اتخاذ قرار معين حول مدى حدة هذا المحك حتى نعتبره عرضاً، كأن نساءل مثلاً عما إذا كان يؤدي إلى إختلال الأداء الوظيفي أم لا، ومن ثم نعتبره عرضاً مرضياً إذا كان كذلك. وإلى جانب ذلك فهناك العديد من المقاييس التي تساعدنا في الوصول إلى مثل هذه القرارات.

ومن الجدير بالذكر أن هناك العديد من الأنساق التصنيفية، إلا أن أكثر نسقين يتم استخدامهما في هذا الصدد هما دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders والذي يعرف اختصاراً DSM والصادر عن رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية APA وكانت آخر طبعة صدرت منه هي الطبعة الرابعة - DSM 1V وذلك في عام ١٩٩٤. أما النسق الثاني فيتمثل في التصنيف الدولي للأمراض International Classification of Diseases والمعروف اختصاراً ICD والصادر عن منظمة الصحة العالمية WHO وكانت آخر طبعة منه قد صدرت عام ١٩٩٢ وهي الطبعة العاشرة ICD - 10. ويتشابه كلا هذين النسقين في تركيزهما على الاضطرابات المختلفة وفي تحديدهما للعديد من هذه الاضطرابات. إلا أنه مع هذا هناك فروق تظهر بينهما وذلك من خلال التطور الذي شهده كل منهما، وكذا من خلال الاختلاف في كيفية استخدامهما.

ويعتبر دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية أو ما يعرف DSM هو أكثر الأنساق التصنيفية استخداماً على مستوى العالم، وقد تمت مراجعته عدة مرات وتمثل في معظمها طبعات جديدة إذ تعرض للتطوير عدة مرات فكانت الطبعة الثانية منه عام ١٩٦٨، والطبعة الثالثة عام ١٩٨٠، والطبعة الثالثة المعدلة عام ١٩٨٧، ثم الطبعة الرابعة عام ١٩٩٤، وتعكس كل طبعة من تلك الطبعات تغيرات يشهدها المجتمع حول التفكير في الانحراف، وما يجب أن نطلق عليه المرض العقلي.

وفيما يلي توضيحاً للأعراض المتضمنة في الإضطراب السلوكي:

- أولاً: العدوان على الأفراد والحيوانات:

- ١ - غالباً ما يتنمر على الآخرين، ويهددهم، ويسبب الخوف والرعب لهم.
- ٢ - يبدأ في الغالب بالعراك مع الآخرين.
- ٣ - يستخدم سلاحاً قد يسبب صرراً جسيماً خطيراً للآخرين كأن يستخدم على

سبيل المثال عصا غليظة، أو قالب طوب، أو زجاجة مكسورة، أو سكينًا، أو مسدسًا.

٤ - يتسم بالقسوة على الآخرين من الناحية الجسدية.

٥ - يقسو على الحيوانات بدنيًا.

٦ - يقوم عند مواجهة أحد الضحايا بمهاجمته من الخلف بقصد السلب، أو يقوم بختطف أكياس النقود، أو الإبتزاز، أو السرقة تحت تهديد السلاح.

٧ - يقوم بإجبار الغير على ممارسة الجنس.

- ثانيًا: تدمير الممتلكات:

٨ - يقوم عن عمد بإشعال الحرائق بنية إحداث أضرار خطيرة.

٩ - يتعمد تدمير ممتلكات الآخرين وذلك بطريقة أخرى غير إشعال الحرائق.

- ثالثًا: الخداع أو السرقة:

١٠ - يتسلل إلى منزل شخص آخر، أو المبنى الخاص به، أو سيارته ويقوم بالسرقة.

١١ - غالبًا ما يكذب حتى يحصل على الأغراض التي يبتغيها، أو يحصل على خدمات، أو حتى يتجنب تعهدات والتزامات معينة يكون قد قطعها على نفسه.

١٢ - يقوم بسرقة أشياء ذات قيمة دون أن يتعرض لضحية معينة كأن يقوم بسرقة المحلات ولكن دون إقتحام أو تعرض لأحد، أو يقوم بالتزييف على سبيل المثال.

- رابعًا: عدم الامتثال للقواعد وخرقها:

١٣ - غالبًا ما يتأخر ليلاً خارج المنزل قبل أن يصل عمره إلى ثلاث عشرة سنة على الرغم من التنبيهات المتكررة من جانب الوالدين حول ذلك.

١٤ - يهرب من البيت أثناء الليل مرتين على الأقل، أو يهرب مرة واحدة ولا يرجع لمدة طويلة.

١٥ - غالبًا ما يهرب من المدرسة قبل أن يصل إلى سن الثالثة عشرة.

ويلاحظ أن هذه القائمة مأخوذة من DSM - IV وأن عدد الأعراض المطلوب كي ينطبق على المحكات اللازمة لتشخيص الإضطراب السلوكي هو ثلاثة أعراض على الأقل تحدث خلال الشهور الإثني عشر السابقة، ويشترط أن يكون أحدها على الأقل قد حدث خلال الشهور الستة السابقة.

ويعتبر الإضطراب السلوكي هو أهم تصنيف تشخيصي في DSM - IV فيما يتعلق بالسلوك المضاد للمجتمع حيث يعد تحديد أو تعيين الإضطراب أحد المهام الأساسية للتشخيص إستناداً على DSM وخاصة في طبعته الرابعة (١٩٩٤) DSM - IV والتي يعرض خلالها لتشخيص يعتمد على تعدد المحاور axes أو الأبعاد على النحو التالي:

١ - إضطرابات المحور الأول axis I وتتضمن وجود إضطرابات إكلينيكية ترجع إلى اضطراب الإنتباه.

٢ - إضطرابات المحور الثاني axis II وتتضمن إضطرابات الشخصية والتخلف العقلي.

٣ - إضطرابات المحور الثالث axis III وتتضمن تلك الإضطرابات التي ترجع إلى ظروف صحية.

٤ - إضطرابات المحور الرابع axis IV وتتضمن المشكلات البيئية أو النفس إجتماعية.

٥ - إضطرابات المحور الخامس axis V وتتضمن تلك الإضطرابات التي ترجع إلى الإختلال الكلى في الأداء الوظيفي اليومي.

وتتمثل الملامح الرئيسية لإضطراب السلوك في نمط السلوك الذي يقوم الطفل من خلاله بتجاهل حقوق الآخرين، أو لا يمثل للمعايير والأدوار التي ترتبط بالعمر الزمني. وحتى يتم القيام بتشخيص معين لابد أن تظهر مجموعة من السلوكيات المشكلة، ويجب أيضاً أن تستمر لعدة شهور على أن يكون لها مجموعة من الأعراض المتضمنة كتلك التي عرضنا لها للتو. وطبقاً لما هو وارد

فى DSM - IV يتم تشخيص الإضطراب على أنه إضطراب سلوكى فى الحالات التالية :

أ - إذا ظهرت على الشخص ثلاثة أعراض على الأقل من تلك التى تتضمنها القائمة .

ب - إذا ظهرت تلك الأعراض خلال الإثنى عشر شهراً السابقة .

ج - إذا كان أحد هذه الأعراض على الأقل قد ظهر خلال الشهور الستة السابقة .

هذا وقد تتضح السمات المميزة للإضطراب السلوكى فى فئات تصنيفية أخرى إذ أن هناك عدداً من هذه التشخيصات التى قد تتضح من خلالها أيضاً سلوكيات مشابهة، كما أن هناك عدداً من المتغيرات أو السمات تختلف فى كل من هذه التشخيصات المرتبطة بالإضطراب السلوكى مثل عمر الطفل عند بداية الإضطراب أو مدى حدة الإضطراب ومدة دوام السلوك . ومن بين هذه التشخيصات يبرر إضطراب العناد والتحدى *Oppositional defiant disorder* ويتطلب مريداً من التركيز والاهتمام نظراً لأن السلوكيات النمطية المتضمنة فى تشخيصه يحتمل ظهورها فى الإضطراب السلوكى، ومع ذلك فإن الأطفال الذين يتم تشخيصهم على أنهم يعانون من ذلك الإضطراب لا يتضح لديهم بصفة أساسية عدم الإمتثال للقانون أو القواعد، ولا يبدو أن تلك السلوكيات الخطيرة المضادة للمجتمع والتى تعد جلية أو تظهر بوضوح تام لدى أولئك الذين يتم تشخيصهم على أن لديهم إضطراب سلوكى .

وهناك بعض الفئات التشخيصية غير الإضطراب السلوكى تتضمن السلوكيات المضادة للمجتمع منها :

- أولاً: **إضطراب العناد والتحدى: *Oppositional defiant disorder***

وهو نمط من السلوك السلبى، والمنحرف، والمتمرد، والعدوانى تجاه الأشخاص الممثلين للسلطة . ويتضح فى العديد من الأنماط السلوكية مثل النوبات المزاجية،

والولع بالجدل، ورفض الإذعان للمطالب المختلفة، وتعتمد مضايقة الآخرين وإزعاجهم. وعادة ما نجد أن العدوان الموجه نحو الآخرين، وتدمير الممتلكات، والسلوكيات الأكثر حدة المتضمنة في الإضطراب السلوكي لا تتضح في هذا الإضطراب. وتكون بداية هذا الإضطراب عادة قبل وصول الطفل إلى الثامنة من عمره.

- ثانياً: إضطراب التوافق المصاحب بإضطراب السلوك:

Adjustment disorder with disturbance of conduct

وعادة ما تبدو على الطفل أعراض سلوكية وإنفعالية ذات دلالة كاستجابة لبعض الضغوط المعينة مثل الطلاق، أو فقد قريب أو عزيز على سبيل المثال. وتتطور الأعراض خلال ثلاثة شهور من بداية هذا الظرف الضاغط، ويبدو أنه يعتبر رد فعل مباشر لذلك الحدث. وينطبق هذا التشخيص على تلك الظروف التي تتضمن الأعراض فيها أعراض الإضطراب السلوكي مثل العراك، وتخطيم الممتلكات العامة أو الخاصة وتخريبها، والهروب من المدرسة.

- ثالثاً: إضطراب الشخصية المضادة للمجتمع

Antisocial personality disorder

هو نمط يشيع فيه تجاهل حقوق الآخرين أو عدم إحترام وتقدير تلك الحقوق. ويتضمن ذلك أفعالاً مثل الهجوم على الآخرين والإعتداء عليهم، والاعتصاب، وتخطيم الممتلكات، والعدوان المستمر على الغير، والسرقه، والنشاط غير القانوني سواء تم إكتشافه أم لم يتم ذلك، وقيادة السيارة تحت تأثير المخدر، وما يرتبط بذلك من أنشطة. ويتضمن هذا التشخيص نمطاً مستمراً من السلوك المضاد للمجتمع. وحتى يتم هذا التشخيص يجب أن يبلغ الفرد من العمر ثمانية عشر عاماً على الأقل، كما يجب أن يكون لديه تاريخ سابق من الإضطراب السلوكي قبل أن يصل الخامسة عشرة من عمره.

- رابعاً: حالات أخرى قد تنال التركيز والإهتمام الإكلينيكي:

ومن هذه الحالات السلوكيات المنعزلة أو المستقلة المضادة للمجتمع فى مرحلة الطفولة أو المراهقة والتي لا تشخص على أنها نمط السلوك المضاد للمجتمع الذى يفترض توفر مدة أطول من الإضطراب النفسى. وتنطبق هذه الفئة على تلك الأفعال المنعزلة أو المستقلة عندما لا تتوفر المحكات التشخيصية الأخرى.

تعليق على المحكات التشخيصية وما قد يكتنفها من غموض

يرى روبرت (Robins ١٩٩١) أن دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية DSM يعرض محكات واضحة تم تطويرها لتسمح بدراسة العديد من الإضطرابات حتى يحدث التطور فى فهم وتعيين تلك الإضطرابات فى حد ذاتها. ومن الأهمية بمكان أن نضع ذلك فى إعتبارنا بسبب ما يكتنفه من صعوبة حيث لا توجد مجموعة دفاعية متكاملة من محكات التحديد يمكن أن يقال عنها أنها تحدد الإضطراب السلوكى بشكل واقعى. وقد حدثت تغيرات عديدة لتلك المحكات على مدى العديد من التعديلات التى تعرض لها هذا النسق. ومن الجدير بالذكر أن التعديلات التى تمت فى وقت مكر لم تتناول الإضطراب السلوكى على أنه إضطراب مستقل، بينما نلاحظ حدوث تغير للعديد من المحكات فى التعديلات التى تمت فى وقت لاحق، ولم تكن تلك المحكات وحدها هى التى تعرضت للتغير بل تغيرت بعض الأنماط الفرعية للإضطرابات بناء على ذلك. ومع هذا فمن الملاحظ أن هناك إتفاقاً فى مجال الإضطراب السلوكى - أى مستويات السلوك المضاد للمجتمع الأكثر حدة من الساحة الإكلينيكية - على أنه يمثل مشكلة محددة خلال مرحلتى الطفولة والمراهقة. إلا أن هناك الكثير من الجدل والنقاش الدائر حول التشخيص المعاصر فيما يتعلق بالمحكات التى يتم من خلالها تحديد مثل هؤلاء الأفراد. وتمثل هذه النقطة مع غيرها أموراً أساسية لها أهميتها التى تدفعنا إلى تركيز الإنتباه عليها والإهتمام بها حيث تمثل تحديات عديدة فى هذا المجال يمكن تناولها على النحو التالى:

- أولاً: أن المحركات التي يمكن بمقتضاها الوصول إلى تشخيص للإضطراب السلوكي تدور حولها بعض التساؤلات كأن نسأل مثلاً:

- لماذا تعد ثلاثة أعراض هي الحد الأدنى المطلوب حتى ينطبق التشخيص على الفرد وذلك بدلاً من أربعة أو خمسة أعراض مثلاً؟

- ولماذا تعد فترة الإثنى عشر شهراً المحددة بالدليل هي المطلوبة حتى تعد الأعراض موجودة لدى الفرد وليست مثلاً فترة زمنية أطول أو أقصر من ذلك؟

ومن الجدير بالذكر أن مثل هذه الأسئلة لا تعد من قبيل الأمور التافهة التي تهدف إلى المراوغة نظراً لأنها تهدف إلى تحديد ما يمكن أن يتضمنه البحث في الإضطراب السلوكي، وبالتالي نتمكن من أن نحدد بدقة ما نعتبره خصائص أو سمات ثابتة لمثل هؤلاء الأفراد.

- ثانياً: يشير تداخل الإضطرابات المرتبطة بالإضطراب السلوكي العديد من الأسئلة الجوهرية حول كيفية تصنيف المشكلات الإنفعالية والسلوكية.

فعلى سبيل المثال نلاحظ أن الإضطراب السلوكي غالباً ما يحدث مع إضطراب العناد والتحدى أى أنه يوجد نوع من التلازم المرضي بينهما. ويرى كل من هنشو وآخرون (۱۹۹۳) Hinshaw et. al أنه من بين المراهقين الذين تمت إحالتهم إكلينيكياً إلى العيادة النفسية والذين تنطبق عليهم محركات الإضطراب السلوكي كان ما بين ۸۴٪ - ۹۶٪ منهم تنطبق عليهم محركات إضطراب العناد والتحدى. وعلى نفس المتوال فقد كشفت الدراسات التي أجريت على عينات مرضية كدراسات فرجسون وآخرين (۱۹۹۱) Fergusson et. al، وأوفرده وآخرون (۱۹۹۱) Offord et. al أن نسبة كبيرة من المراهقين الذين تم تشخيصهم على أن لديهم إضطراباً سلوكياً أو إضطراب عجز أو قصور الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد attention deficit / hyperactivity disorder تنطبق عليهم أيضاً المحركات الخاصة بالإضطرابات الأخرى. ويشير مثل هذا التداخل العديد من الأسئلة حول فئات التصنيف نفسها، وحول أفضل وأنسب الأساليب لتحديد أنماط السلوك المحدث للفوضى.

- ثالثاً: يتم تعيين الأعراض بطريقة محددة وثابتة لدرجة أنها تنطبق بشكل يكاد يتساوى لدى الأفراد خلال مرحلتى الطفولة والمراهقة. ومع ذلك فربما نجد أن الأعراض المطلوب أن تنطبق على الفرد حتى يتم تشخيصه على أنه مضطرب سلوكياً تختلف مع زيادة العمر الزمنى. فليس من المحتمل مثلاً أن يقوم طفل فى الرابعة من عمره بالسرقة، أو مواجهة ضحية أو فريسة له، أو يمارس الجنس بالقوة مع شخص آخر. وهذا فى حد ذاته يشير تساؤلاً آخر إذ هل يعنى ذلك أن الإضطراب السلوكى لا يظهر قبل سن الرابعة أم أنه يجب أن تكون هناك محركات مختلفة تتناسب مع طفل الرابعة؟

هذا وسوف نعرض خلال الفصل الحالى لتباين المشكلات السلوكية واختلافها كدالة للجنس والعمر الزمنى للفرد، ومن ثم العمل على فحص وتمحيص هذا الجانب، وهو ما ستناوله فى النقطة التالية.

التباين بين الأطفال والمراهقين فى الإضطراب السلوكى

هناك عدد من الأسئلة الهامة التى تجذب الإنتباه إليها وتدفعنا بالتالى إلى التركيز عليها فى محاولة من جانبنا لنصل إلى إجابات دقيقة عليها. ومن أمثلة هذه الأسئلة ما يلى:

- هل ينتشر الإضطراب السلوكى بسبب تتساوى بين الأطفال والمراهقين أو بين البنين والبنات؟

- هل يجب بالضرورة أن يبدأ الإضطراب السلوكى مع الفرد منذ مرحلة الطفولة؟

- ما مغزى إختلاف السن التى يحدث عندها الإضطراب السلوكى؟

وسوف نتناول ذلك بالتفصيل على النحو التالى:

١ - الفروق بين الجنسين

تبلغ نسبة إنتشار الإضطراب السلوكى بين المراهقين العاديين ما بين ٢ - ٦٪.

ويرى زوكوللو (١٩٩٣) Zoccolillo أن إحدى النتائج المتكررة التى كشفت عنها

مثل هذه الدراسات هي إرتفاع معدلات الإضطراب السلوكى بين الأولاد قياساً بالبنات إذ من الملاحظ بوجه عام أن الإضطراب السلوكى بين البنين يتضاعف من ثلاث إلى أربع مرات قياساً بالبنات، ومع ذلك فإن النسبة الدقيقة التى يمكن أن تعود إلى جنس الفرد لا يزال من الصعب تحديدها بسبب تباين المحركات المستخدمة، إلى جانب تباين مقاييس الإضطراب السلوكى التى يتم إستخدامها فى هذا الجانب، إضافة إلى تباين الأعمار الزمنية التى يتم خلالها قياس مثل هذه الإضطرابات السلوكية بين المراهقين. ومن الجدير بالذكر أنه قد تم التوصل إلى وجود فروق بين الجنسين وذلك بالنسبة للعينات المرضية وعينات المراهقين العاديين والتى استخدم معها العديد من المقاييس مثل تقارير الوالدين، وتقارير المراهق حول سلوكه المضاد للمجتمع.

ويرى أكينباتش (1991) Achenbach، وماكوبى (1986) Maccoby أن الفروق بين الجنسين تخضع للعديد من التفسيرات المتباينة التى قد تتضمن نوعاً من الإنحياز بالشكل الذى يتم من خلاله تحديد الإضطراب السلوكى. وسوف نعرض بإيجاز لبعض هذه الأمور. بداية نلاحظ أن كلا الجنسين يختلفان خلال مضمار النمو العادى فى مجموعة من السلوكيات منها على سبيل المثال القيام باللعب الخشن والعنيف، والألعاب البهلوانية، والتنمر على من هم أضعف منه وتخويفهم، وعدم طاعة الأوامر أو الامتثال لها، والقيام بالمشاجرات. كذلك ترتفع المعدلات القاعدية base rates بالنسبة لهذه السلوكيات لدى البنين. ويعنى إرتفاع مثل هذه المعدلات القاعدية بالنسبة لتلك السلوكيات وغيرها لدى البنين أن العديد من الأمثلة الانحرافية تحتاج إلى توضيح حتى يتم تحديدها وتصبح ذات أهمية من الناحية الإكلينيكية. ومن المحتمل أن تنخفض معدلات انتشار مثل هذه السلوكيات بين البنات وذلك بالنسبة للعينات التى تمت إحالتها إكلينيكياً إلى العيادة أو بالنسبة للعينات العادية. وربما عندما تظهر بعض الأمثلة البسيطة والقليلة من أنماط السلوك المضاد للمجتمع لدى البنات فإنها تصبح ذات درجة أكبر من الأهمية من الناحية الإكلينيكية. وإذا أخذنا مثلاً المشاجرات كأحد هذه الأمثلة

فإننا نلاحظ أن دخول البنت فى مشاجرة أو اثنتين يختلف عن دخول الولد فى مثل تلك المشاجرات وذلك فى ضوء التوقعات الثقافية والمعدلات القاعدية المختلفة. فدخل البنت قياساً بقريناتها من البنات فى مشاجرة أو اثنتين يعد أمراً أكثر تطرفاً من نفس الأفعال من جانب الولد. ويمكن تفسير ذلك فى ضوء التحيز الثقافى، والتوقعات المختلفة، وما إلى ذلك. والحقيقة أن لدينا معدلات قاعدية تختلف بالنسبة لمثل هذه السلوكيات، وأن إختلاف تلك المعدلات القاعدية يضى عليها دلالات مختلفة فيما يتعلق بظهور تلك السلوكيات. وبوجه عام يتضح عند تشخيص الإضطراب السلوكى كما يرى زوكوللو (Zoccolillo ١٩٩٣) أن الأعراض التى يتم تحديدها تكون فى جانب البنين أو تعمل على التحيز لهم لأنها تركز على الأفعال العنيفة وتلك التى تتضمن التحدى والمجابهة والتى يزداد احتمال حدوثها بين البنين وليس البنات.

وتشير الدلائل المختلفة ونتائج الدراسات التى تم إجراؤها فى هذا الإطار وذلك بشكل متزايد إلى وجود فروق بين الجنسين فى جوانب عديدة من تلك الجوانب المتضمنة فى الإضطراب السلوكى. كما أن العوامل التى يمكن من خلالها التنبؤ ببداية أو ظهور الإضطراب السلوكى عند البنين تختلف عن مثيلاتها بالنسبة للبنات. وعندما يظهر الإضطراب السلوكى لدى الفرد يميل النمو هو الآخر لأن يأخذ عطاءً مختلفاً. كذلك فمن الأكثر احتمالاً بالنسبة للإضطراب السلوكى أن يحدث فى مرحلة الطفولة بالنسبة للبنين فى حين يحتمل حدوثه فى مرحلة المراهقة بالنسبة للبنات. هذا إلى جانب حدوث إختلاف فى الآثار قصيرة المدى وتلك الآثار طويلة المدى حيث يرى روبرت وروتر (Robins & Rutter ١٩٩٠) أن البنين مضطربى السلوك يزداد احتمال مشاركتهم فى سلوك إجرامى عندما يصبحون مراهقين وذلك قياساً بالبنات مضطربات السلوك، ومن ثم يصبح من الأكثر احتمالاً بالنسبة للبنين أن يتم إلقاء القبض عليهم نتيجة لذلك. ومع الوصول إلى مرحلة الرشد يصبح من الأكثر احتمالاً بالنسبة للبنين الذين لديهم تاريخ من الإضطراب السلوكى أن يستمروا فى القيام بالسلوك المضاد للمجتمع،

فى حين يكون من الاكثر احتمالاً بالنسبة للبنات اللاتى لديهن تاريخ من الإضطراب السلوكى أن تبدو عليهن بدلاً من ذلك حالات من الإكتئاب والقلق عند وصولهن إلى سن الرشد.

٢ - الفروق المرتبطة بالعمر الزمنى

يتم تعريف الإضطراب السلوكى على أنه إضطراب يحدث خلال مرحلة الطفولة. ومن المفيد من المنظور النمائى أن نلاحظ أن نمط السلوك العدوانى، والسلوك المضاد للمجتمع، والسلوك الفوضى يمكن أن يظهر فى أى وقت على مدار حياة الفرد. وترجع الصعوبة فى تحديد مثل هذه الأنماط إلى تغير الأساليب التى تنتهجها مثل هذه السلوكيات وتظهر من خلالها مع نمو الفرد. فعلى سبيل المثال نلاحظ أن قيام الفرد بالسرقة من الآخرين، أو بالسطو على أحد المحلات، أو ممارسة الجنس بالقوة مع شخص آخر يمكن أن يحدث من جانب الأفراد فى العمر الزمنى من ٧ - ١٢ سنة ولا يمكن بأى حال من الأحوال أن يحدث قبل هذا السن. وهنا يثار سؤال يمثل بؤرة الاهتمام عند هذه النقطة مؤداه كالتالى:

- ما هى الأنواع الأخرى من مثل هذه السلوكيات التى تتوقع حدوثها فى سن أقل ومن ثم نبحث عنها فى هذا السن وعلى وجه الخصوص فى السن المبكر جداً أى منذ العام الأول من العمر إن جاز ذلك؟

ومن المؤكد علمياً أن اختلاف العمر الزمنى يرتبط بظهور أنماط سلوكية متباينة، فنلاحظ بوجه عام أن معدلات الإضطراب السلوكى تميل إلى الإرتفاع بالنسبة للمراهقين فتصل نسبتها تقريباً إلى حوالى ٧٪ وذلك بالنسبة للأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ - ١٦ سنة قياساً بالأطفال إذ تصل تلك النسبة إلى حوالى ٤٪ وذلك بالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٤ - ١١ سنة، وهى النتيجة التى يؤكدتها أوفورد وآخرون (١٩٩١) Offord et. al ويبدو أن البنات المراهقات اللاتى يشتركن فى أشكال غير عدوانية من السلوك المضاد للمجتمع كالهروب من المدرسة أو الهروب من المنزل على سبيل المثال يعتبرن مسئولات إلى حد كبير عن هذه الزيادة فى النسبة.

ومن الجدير بالذكر أن الفروق بين الجنسين تبدو جلية في السن التي يبدأ عندها الإختلال في الأداء الوظيفي، إذ وجد روبنز (1966) Robins أن متوسط العمر الذي يبدأ عنده الإختلال في الأداء الوظيفي بالنسبة للأطفال الذين تمت إحالتهم إلى العيادة النفسية بسبب سلوكهم المضاد للمجتمع كان يتراوح مداه بين ثمانى إلى عشر سنوات. وكان قد بدأ الإختلال في الأداء الوظيفي لدى غالبية البنين (57%) قبل بلوغهم من العاشرة وكان متوسطهم العمرى يقدر بسبع سنوات. أما بالنسبة للبنات فقد تركزت بداية سلوكهن المضاد للمجتمع فى المدى العمرى من 14 - 16 سنة، وكان متوسطهن العمرى يقدر بثلاث عشرة سنة. ومن ناحية أخرى اختلفت أنماط الأعراض هى الأخرى لدى كل منهما، فكان من الأكثر احتمالاً بالنسبة لكل من السرقة والعدوان أن يكونا هما الأساس الذى يتم فى ضوءه تحويل الطفل إلى العيادة النفسية وذلك بين البنين الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع، فى حين كان من الأكثر احتمالاً أن يتضمن السلوك المضاد للمجتمع من جانب البنات سوء سلوك جنسى.

وقد كشفت نتائج الدراسات التى أجريت خلال عقد التسعينيات أن السن الذى يبدأ عنده الإضطراب السلوكى له دلالة ومغزاه إذا أردنا أن نربطه بالجانب الإكلينيكى حيث اتضح على سبيل المثال أن ظهور أعراض الإضطراب السلوكى فى مرحلة الطفولة يجعل من المحتمل أن تكون أنماط هذا الإضطراب هى العدوان، أما إذا ظهرت تلك الأعراض خلال مرحلة المراهقة فيكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لها أن ترتبط بالسرقة. كما أن ظهور أعراض الإضطراب السلوكى خلال مرحلة الطفولة يقلل نسبياً من إمكانية التنبؤ بها، فى حين يميل ظهورها خلال مرحلة المراهقة إلى أن يجعل التوقع أو التنبؤ بها أفضل. وتوضح هذه الفروق خلال مناقشتنا التالية للأنماط الفرعية التى يتضمنها الإضطراب السلوكى.

الأنماط الفرعية للإضطراب السلوكى

من الممكن بالنسبة للأطفال الذين يتم تشخيصهم على أن لديهم إضطراباً

سلوكيًا أن يختلفوا بدرجة كبيرة فيما يتعلق بالأعراض الخاصة بكل نمط من أنماط الإضطراب إضافة إلى ما يرتبط بها من سمات مثل تردى الأداء الأكاديمي، وسبب إختلال الأداء الوظيفي على سبيل المثال. ويتمثل السؤال الرئيسى الذى يثار هنا فى السؤال عن تلك الأساليب ذات الأهمية التى يمكن استخدامها فى سبيل تقسيم تلك الفئة إلى مجموعات فرعية. وقد ركزت دراسات عديدة فى هذا الإطار على تحديد الكيفية التى يتم بها الإضطراب السلوكى، والمظاهر المختلفة الخاصة به، والأساليب التى يتخذها. ومن منطلق التشخيص ترمى المحاولات المبذولة فى هذا المجال أيضاً إلى تحديد الأنماط الفرعية من المراهقين الذين تتباين لديهم بشكل منتظم تلك السمات، وبداية ظهور الإضطراب، ومضماره، واستجاباتهم للعلاج، وما إلى ذلك. وفيما يلى أهم هذه الأنماط الفرعية.

١ - الأنماط العدوانية والجانحة

يمثل تحديد وتعيين الأنماط العدوانية والجانحة أحد الأساليب الهامة التى تمت دراستها وذلك فى سبيل تصنيف وتحديد الأنماط الفرعية من الإضطرابات السلوكية. وقد ظهرت الأنماط المختلفة للإضطرابات كنتيجة لتلك المحاولات المبذولة فى سبيل تحديد أنماط الأعراض التى ترتبط ببعضها البعض وبمجموعة الأعراض ككل. هذا ويمكن استخدام الأساليب الإحصائية كالتحليل العاملى على سبيل المثال فى تحديد مجموعات الأعراض التى ترتبط ببعضها البعض والتى قد تستخدم فيه عبارات من المقياس المستخدم على سبيل المثال. ويمكننا من خلال هذه المجموعات من الأعراض أن نقوم بتحديد أو تعيين مدى وجود أنماط معينة بين الأفراد كما يرى أكينباتش (١٩٩٣ - ١) Achenbach من خلال تحليل الزمرات. analysis of clusters وتظهر من خلال مثل هذه التحليلات الأنماط العدوانية والجانحة من الأعراض. ومن المحتمل بالنسبة للمراهقين ذوى الإضطراب السلوكى العدوانى أن يقوموا بالعراك، وتحطيم الممتلكات، وأن يظهروا القسوة فى تعاملاتهم سواء مع الأفراد الآخرين أو مع الحيوانات، أما المراهقون الجانحون فيقومون بالسرقة، والهروب من المنزل، والكذب، وإشعال

الحرائق، والهروب من المدرسة. ومن الجدير بالذكر أنه كان يتم النظر إلى هذين النمطين العدواني والجانح من بعد آخر كما يرى أكينباتش (١٩٩٣) - ب) Achenbach وهو ذلك البعد الذى يرتبط بما إذا كان مثل هؤلاء المراهقون يأتون بالسلوك المشكل بشكل فردى أو جماعى. ومع ذلك فإن تقسيم السلوك بحسب الفردية أو الجماعية فى الأداء لم ينل نفس التأييد القوى الذى ناله الشكل الذى نحن بصدد الحديث عنه الآن حول تقسيم الإضطراب السلوكى.

ومن جانب آخر فقد أيدت نتائج الدراسات تقسيم الإضطراب السلوكى إلى النمط العدواني فى مقابل النمط الجانح. وقد نال النمط الفرعى الأول وهو النمط العدواني تأييداً قوياً قياساً بالنمط الفرعى الثانى وهو النمط الجانح. كما أن النمط الفرعى العدواني من الإضطراب السلوكى يبدو أكثر ثباتاً فى ظهوره خلال مضمار النمو. كذلك فإن كلا النمطين لا يتم استبعادهما بالتبادل. وعلى الرغم من أن العديد من المراهقين قد لا يبدوون سوى واحداً فقط من هذين النمطين، فإن نسبة قليلة منهم قد يبدوون كلا النمطين معاً.

٢ - العدوانيون واللصوص aggressors and stealers

هناك جهود أخرى تبذل فى سبيل تطوير أنماط فرعية جديدة للإضطرابات السلوكية ولكنها تتداخل بطبيعة الحال مع الأنماط الفرعية القائمة وخاصة النمطين العدواني والجانح، إلا أنها مع ذلك تتضمن بعض الاختلاف الذى يستحق الملاحظة. وتتمثل إحدى صور التقسيم فى تلك التى تركز على الأعراض الهامة أو الأساسية، وتميز بالتالى بين المراهقين الذين يتمثل العرض الأساسى عندهم فى العدوان (العدوانيين) وبين أولئك الذين يتمثل العرض الأساسى عندهم فى السرقة (اللصوص). ويرى باترسون (١٩٨٢) patterson أن لهؤلاء العدوانيين بطبيعة الحال تاريخ من العراك، والإشتراك فى السلوك العدواني القائم على مهاجمة الغير، وربما الإغتصاب، فى حين نجد أن اللصوص لديهم تاريخ طويل من السرقة المتكررة، والإتصال الدائم بالمحكمة نتيجة إلقاء القبض عليهم

ومحويهم إليها. وعلى الرغم من ظهور مثل هذه السمات أو الخصائص معا فإن الجماعات الفرعية الخالصة التي تضم العدوانيين فقط أو اللصوص فقط يمكن تحديدها بشكل جيد. ومن جانب آخر نجد أن الأطفال العدوانيين ينغمسون في أنماط سلوكية منفرة وقسرية وذلك في تفاعلاتهم داخل المنزل، وأنهم يعدون أقل إزعاجاً لمطالب الوالدين وأوامرهما قياساً بالأطفال الذين يقومون بالسرقة. ويبدى آباء الأطفال اللصوص قدراً أكبر من التنافر الإنفعالي في علاقتهم بأطفالهم كأن يكونوا قليلي الاستجابة لهم، كما يبدو قدراً أقل من الرفض والاستهجان، ومن المطالب أو الأوامر قياساً بآباء الأطفال العدوانيين. ويرى مور وآخرون (Moore et. al ١٩٧٩) أن التنبؤ بالأطفال الذين يصدر عنهم السلوك المضاد للمجتمع قد يختلف كدالة لتحديدهم على أنهم عدوانيون أو لصوص، إذ أن الإحتكاك المستمر بالمحاكم بعد بضع سنوات يكون هو الأمر الأكثر احتمالاً بالنسبة للأطفال اللصوص وذلك قياساً بأقرانهم العدوانيين.

ومن ناحية أخرى هناك بعض الأطفال الذي يجمعون بين هاتين الفئتين الفرعيتين بمعنى أنهم يكونوا عدوانيين ولصوص في نفس الوقت، إلا أن هؤلاء الأطفال كمجموعة فرعية لم ينالوا القدر الكافي من الدراسة.

٣- السلوك الظاهر وغير الظاهر المضاد للمجتمع.

يرى لوبر وآخرون (Loeber et. al ١٩٩١) أن التركيز على العدوانيين واللصوص قد اتسع نطاقه ليشمل بعداً أعم وثنائي القطب هو السلوك الظاهر Overt والسلوك غير الظاهر Covert. وتتألف السلوكيات الظاهرة في هذا الصدد من تلك الأفعال المضادة للمجتمع والتي تتضمن المجابهة والتحدى كالعراك، والولع بالجدل، والنوبات المزاجية على سبيل المثال، في حين تتألف السلوكيات غير الظاهرة من جانب آخر من تلك الأفعال التي تعتمد على الإخفاء والكتمان مثل السرقة، والهروب من المدرسة، والكذب، وإساءة استخدام المواد، وإشعال الحرائق. ومن هنا يتضح أن العدوانيين واللصوص من الأطفال

والمراهقين يمكن أن يتم تمثيلهم باستخدام هذا البعد الذى يقسم السلوك إلى ما هو ظاهر أو علنى وما هو غير ظاهر أو خفى، وذلك على الرغم من أن هذا الاتجاه قد يجذب الانتباه إلى جانب يختلف نوعاً ما يخص المراهقين.

ومن الحدير بالذكر أن هذا الاتجاه قد نال تأييداً قوياً كما يرى كل من لوبر وشمالنج (Loeber & Schmalning ١٩٨٥) وذلك من تحليل عدد كبير من الدراسات التى تناولت السلوك المضاد للمجتمع لدى الأطفال فى سن المدرسة الابتدائية. وتؤيد التحليلات الإحصائية تصنيف الأنماط السلوكية المضادة للمجتمع إلى مجموعات أو فئات وفقاً لبعد السلوك الظاهر وغير الظاهر، إذ يظهر لدينا فى هذا الصدد مجموعة تضم السلوكيات الظاهرة وأخرى تضم السلوكيات غير الظاهرة. وعلى ذلك فإن ظهور نمط سلوكى واحد فى المجموعة يعنى احتمال حدوث الأنماط السلوكية الأخرى التى تتضمنها المجموعة. ومع ذلك فإن بعض السلوكيات مثل عدم الطاعة أو الإزعاج والإزدراء تميل إلى التواجد مع كلا المجموعتين من السلوك المضاد للمجتمع.

ويعتمد الفصل بين السلوك إلى ظاهر وغير ظاهر بدرجة كبيرة على تلك الأدلة والنتائج التى تتعلق بالعدوانيين واللصوص والتى تعرضنا لها من قبل. وهناك دراسات أخرى كشفت عن أن مشكلات السلوك الظاهر وغير الظاهر ترتبط بالسماة المختلفة لكل من الطفل والأسرة، فىرى كازدين (Kazdin ١٩٩٢ - ١) على سبيل المثال أن الأطفال الذين يحصلون على درجات أعلى فى مشكلات السلوك الظاهر يعدون أكثر قابلية للإثارة، وأكثر سلبية، وأكثر إمتعاضاً واستياء وذلك فى ردود أفعالهم للمواقف العدوانية، كما أنهم يخبرون صراعات والدية بدرجة أكبر. أما الأطفال الذين يحصلون على درجات أعلى فى السلوك غير الظاهر المضاد للمجتمع فيعدون أقل اجتماعية، وأكثر قلقاً، ويصورون الآخرين بكثير من التشكك أى الشك والريبة، كما أنهم ينحدرون من أسر ينخفض بينها التماسك الأسرى.

وإذا ما وضعنا فى اعتبارنا تعقد وتشعب أو تنوع الأنماط السلوكية المضادة

للمجتمع فإننا قد نتوقع أنه من المحتمل بالنسبة لبعض الأطفال أن يأتوا بكل النماطين السلوكيين الظاهر وغير الظاهر أى يعكسون مجموعة مختلطة من السلوكيات. كما أنه من الممكن بالنسبة لنا أن نقوم بالتمييز بين الأنماط المختلطة من الأطفال أى الذين يأتون بمجموعة مختلطة من السلوكيات وبين أقرانهم الذين يأتون بمجموعة خالصة من تلك السلوكيات أى ليست مختلطة بمعنى أنها إما أن تكون ظاهرة أو غير ظاهرة وذلك من خلال عدد من العوامل منها الاختلال الشديد فى الأداء الوظيفى الأسرى، والتوقع طويل المدى الذى يتسم بالضعف والذى يتضح فى الاحتكاك أو الاتصال المستمر بالبوليس وفى تطور سلوكهم المضاد للمجتمع. وبذلك فإن الأطفال الذين تتسم سلوكياتهم المضادة للمجتمع بأنها متنوعة أو مختلطة أى تجمع بين ما هو ظاهر وما هو غير ظاهر من السلوك يصبحون كما يرى روبنز (Robins ١٩٧٨) أكثر عرضة لاختلال الأداء الوظيفى على المدى البعيد.

ويرى لوبر وآخرون. (Loeber et. al ١٩٩٣) أن الأنماط المختلطة من السلوكيات المضادة للمجتمع تتضمن إتحاداً أو إئتلاًفاً متعددًا بين السلوك الظاهر والسلوك غير الظاهر فقط، أو بين السلوك الظاهر والسلوك غير الظاهر مقترناً بسمات أخرى من إختلال الأداء الوظيفى كالصراع مع السلطة على سبيل المثال.

٢ - بداية الإضطراب السلوكى

شهد العقد الماضى والسنوات القليلة السابقة له تركيزاً للإنتباه على الفترة الزمنية التى تشهد بداية ظهور الإضطراب السلوكى، وتم إجراء العديد من الدراسات فى هذا الصدد منها دراسات هنشو وآخرين (Hinshaw et. al ١٩٩٣) وموفيت (Moffitt ١٩٩٣-أ)، وباترسون وآخرين (Patterson et.al ١٩٨٩) وكان من جراء استخدام مثل هذه الطريقة فى تصنيف الأنماط الفرعية للإضطراب السلوكى أن تم الأخذ بها فى الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية DSM - IV كأنماط مختلفة للسلوك المضاد للمجتمع، فتم تحديد نطتين للإضطراب السلوكى اعتماداً على ظهور أعراضه سواء فى مرحلة الطفولة أو فى مرحلة المراهقة.

أ - بداية الإضطراب السلوكى فى مرحلة الطفولة:

ويضم هذا النمط المراهقين الذين بدأ لديهم إختلال الأداء الوظيفى فى وقت مبكر من طفولتهم بداية من إضطراب العناد والتحدى Oppositional defiant disorder أو إضطراب النشاط الزائد المصحوب بقصور الإنتباه / attention deficit hyperactivity disorder وتبدأ الأعراض فى التطور إلى أعراض الإضطراب السلوكى وذلك على الرغم من أن العديد من المراهقين يبقون على مثل هذه الأعراض بمعزل عن أى إضطراب آخر. وتعد بداية الإضطراب السلوكى فى مرحلة الطفولة هى الشكل الأكثر حدة من أشكال الإضطراب السلوكى. ومن الأكثر احتمالاً بالنسبة للمراهقين الذين يعانون من مثل هذا الشكل من أشكال الإضطراب أن يأتوا بأعماط سلوك عدوانية وإجرامية، كما أنه من المحتمل بالنسبة لهم أن يستمر الإختلال فى أدائهم الوظيفى خلال مرحلة الرشد.

ب - بداية الإضطراب السلوكى فى مرحلة المراهقة:

ويعد هذا النمط أكثر عمومية من النمط السابق إذ يأتى العديد من المراهقين خلال مرحلة المراهقة بالسلوك الإجرامى. وفى حين تحدث العديد من هذه الأفعال من جانب الكثير من المراهقين بشكل منعزل، مجدها بالنسبة لبعضهم الآخر ينطبق عليها محكات الإضطراب السلوكى. ومن ناحية أخرى نلاحظ أن الأفراد الذين مروا ببداية الإضطراب السلوكى خلال مرحلتى الطفولة والمراهقة يأتون بأفعال غير قانونية خلال مرحلة المراهقة، فإننا مع ذلك نجد أن أولئك الذين بدأ الإضطراب السلوكى لديهم خلال مرحلة الطفولة يصبح من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يأتوا بأفعال عدوانية، كما يصبح أيضاً من الأكثر احتمالاً بأن يكونوا من البنين وليسوا من البنات، فى حين نجد أن النمط الثانى والذى يبدأ فيه الإضطراب السلوكى خلال مرحلة المراهقة يتوزع بشكل يميل إلى التساوى بين البنين والبنات، وهذا يعنى من جانب آخر أنه من الأكثر احتمالاً أن تكون بداية الإضطراب السلوكى بين البنات خلال مرحلة المراهقة والتى يلعب الأقران خلالها دوراً أساسياً فى ظهوره.

ويعطى مكجى وآخرون (McGee et. al (١٩٩٢)، وباترسون (patterson (١٩٩٢) أدلة تؤيد زيادة حدوث الإضطراب السلوكى القائم على السلوكيات غير العدوانية فى حوالى الخامسة عشرة من العمر دون أن يصاحبها زيادة مماثلة فى الإضطراب السلوكى القائم على السلوكيات العدوانية. وهذا يؤيد الفكرة التى ترى أن الإضطراب فى مثل هذه الحالة قد شهد بدايته خلال مرحلة المراهقة. ويرى كل من هنشو وآخرين (Hinshaw et. al (١٩٩٣، وموفيت (Moffitt (١٩٩٣) أن هناك فروقاً ترتبط بهذين النمطين الفرعيين تتعلق بالأداء الوظيفى النفس عصبى neuropsychological وبالأداء الوظيفى الخاص بالجهاز العصبى السمبثاوى Sympathetic وما يتعلق كذلك بالأداء الوظيفى الغدى العصبى وخاصة ما يرتبط بوظائف الغدد الصماء.

ويرى باترسون وآخرون (patterson et. al (١٩٩١ أن هناك من الأدلة والنتائج ما يؤيد أن أساليب المعاملة الوالدية قد تسهم فى الأخرى فى بداية الإضطراب السلوكى خلال مرحلة المراهقة وذلك بالعمل عن غير قصد أو إنباه على تعزيز سلوك بغيض لدى الطفل. كما أن التعزيز السلبى للسلوك المنحرف، وعدم الإلتفات إلى السلوك الإيجابى أو تجاهله، وإغفال أو تجاهل السلوك الإجتماعى، والتفاعل القسرى أو الجبرى بين الوالد والطفل يؤدى إلى زيادة حدة السلوك العدوانى لدى الطفل، وهو ما يؤدى بدوره إلى أنماط ثابتة من العدوانية لدى الطفل يترتب عليها العديد من النتائج أو العواقب الأخرى مثل ضعف أو فتور العلاقة بين الأقران، وزيادة التماسك بين الأقران المنحرفين، والفتل فى المدرسة، وهو ما يؤكد على الدور السلبى للأساليب الوالدية غير المناسبة فى هذا الصدد.

٥ - أنماط أخرى

يقترح دودج (Dodge (١٩٩١ أساليب أخرى لتصنيف الأنماط الفرعية للإضطراب السلوكى عند الأطفال، ويركز فى تصنيفه الذى يقدمه على السلوك

العدواني ويرى أن هناك غطين أساسيين للعدوان فى ضوء ذلك هما العدوان التفاعلى reactive أى الذى يحدث كاستجابة للآخرين أو ما يفعله هؤلاء الآخرون، أما النمط الثانى فيتمثل فى العدوان الوسيطى الموجه لتحقيق هدف ما proactive أى الذى يتم إتخاذه كأسلوب أساسى أو أولى لتحقيق هدف معين. ويرى داي وآخرون (١٩٩٢) Day et. al أن الأطفال الذين يصدر عنهم العدوان من النمط الثانى (الوسيطى) يتخذون من العدوان وسيلة لتحقيق أهداف معينة وذلك بالسيطرة على الآخرين وإجبارهم على فعل ما يريدونه منهم، أما الأطفال الذين يصدر عنهم العدوان من النمط الأول (التفاعلى) فيكون من السهل إثارتهم، ويتم ذلك جزئياً بإدراك أن للآخرين نوايا عدوانية، ومن ثم تتسم الاستجابة لهم بشكل عدوانى. وقد كشفت نتائج الدراسة التى أجراها داي وآخرون (١٩٩٢) Day et. al أن الاقران والمعلمين يدركون المراهقين العدوانيين سواء من النمط الأول أى التفاعلى أو من النمط الثانى أى الوسيطى، أو كليهما بشكل مختلف، ويرون أيضاً أنهم كمجموعات ثلاث مستقلة يختلفون فى قدرتهم على حل المشكلات بين الشخصية المختلفة. وهو ما يؤيد فكرة وجود هذين النمطين وهى تلك الفكرة التى طرحها دودج (١٩٩١) Dodge.

ومن ناحية أخرى يرى شاتمارى وآخرون (١٩٨٩) Szatmari et. al أن هناك اضطرابات مركبة إذ نلاحظ على سبيل المثال أن الإضطراب السلوكى غالباً ما يوجد مع إضطراب النشاط الزائد المصحوب بقصور الإنتباه، وفى مثل هذه الحالة نجد أن الإضطراب السلوكى تصبح له طبيعة معينة وسمات خاصة تختلف عن طبيعته هو وسماته هو إذا ما قارناه فى هذه الحالة بنفس الإضطراب مستقلاً أو إذا ما قارناه بالإضطراب الآخر أى إذا ما قمنا بإجراء المقارنة بينه وبين إضطراب النشاط الزائد المصحوب بقصور الإنتباه مستقلاً أو منعزلاً. وهذا يؤكد بطبيعة الحال أن ذلك الإقتران قد يشكل غمطاً مستقلاً من إختلال الاداء الوظيفى. ويؤكد زوكوللو (١٩٩٢) Zoccolillo أن هذا الإقتران بالشكل السابق يمثل مجرد حالة واحدة فقط من تلك الحالات التى يمكن أن تحدث إضطرابات مركبة حيث يمكن

للإضطراب السلوكى أن يرتبط بالعديد من الحالات الأخرى ويشكل معها إضطراباً جديداً له طبيعته الخاصة وسماته الفريدة. وكما يتضح من دليل التشخيص الدولى للأمراض International Classification of diseases الصادر عن منظمة الصحة العالمية WHO فى طبعته العاشرة التى صدرت عام ١٩٩٢ (ICD - 10) فإنه يمكن عن طريق التلازم أو الإقتران المرضى التوصل إلى أنماط فرعية جديدة من الإضطراب السلوكى، وهو الأمر الذى يجعل فحص المجموعات المترابطة من الإضطراب أمراً مهماً فى حد ذاته، إلا أن ذلك يختلف عن تلك المحاولات التى تبذل فى سبيل تحديد الأنماط المختلفة التى تتضمنها فئة الأعراض الخاصة بالإضطراب السلوكى.

ويعد بذل الجهود المتضافرة فى سبيل تحديد أنماط فرعية مختلفة للإضطراب السلوكى أمراً فى غاية الأهمية حيث تعتبر الجهود الفردية بمثابة الأساس الذى يبنى عليه تطور الإختبارات الإمبريقية التى تتناول السمات الأخرى المميزة للإضطراب كتاريخه، ومضماره على المدى الطويل على سبيل المثال. ويمكن النظر إلى تعدد الأنماط الفرعية المقترحة على أنها تعد بمثابة مؤشر لحدوث بليلة مفاهيمية بين المهتمين به، وأنه لا يعنى هذا الأمر بدقة سوى القليل فقط، أو أن نماذج متعددة مختلفة وقابلة للإختبار أو التحقق منها قد تم بالفعل تطويرها لتعمل كمنطلق وأساس لتطورات أخرى. ومع هذا يظل من المهم أن نميز بين نمط عدوانى كالعراك مثلاً ونمط جانح كالسلوك الإجرامى، أو الهروب من المنزل، أو الكذب مثلاً، وعلى ذلك يصبح تحديد السمات المميزة لكل منها، والتنبؤ به وتوقع حدوثه، وتطور كل منهما كنمطين فرعيين للسلوكيات المضادة للمجتمع أمراً فى غاية الأهمية.

ويرى جيسور وآخرون (١٩٩١) Jessor et. al، واليوت وآخرون (١٩٨٨) Elliott et. al أن البحث فى أنماط فرعية معينة من السلوك المضاد للمجتمع لا يعد هو الوسيلة الوحيدة التى يمكن بمقتضاها توجيه الإهتمام إلى الإضطراب السلوكى حيث يوجد أمر آخر يحتاج إلى أن نوجه إليه الإهتمام أيضاً

ويتمثل هذا الأمر فى تقييم السلوك المضاد للمجتمع وذلك نظراً لأن السلوكيات المشكلة غالباً ما تحدث معاً وذلك بالدرجة التى يصبح عندها من المحتمل بالنسبة للفرد الذى يبدى سلوكاً واحداً كالأفعال الجانحة على سبيل المثال أن يبدى أيضاً سلوكيات أخرى كالنشاط الجنسى المبكر، أو إساءة استخدام العقاقير على سبيل المثال.

ومن الجدير بالذكر أن النموذج الذى يتعلق بذلك والمعروف بنظرية السلوك المشكل problem behavior theory والتى قدمها جيسور وجيسور (١٩٧٧) Jessor & Jessor تقترح أن السلوكيات المشكلة تتجمع معاً لأنها تؤدي وظائف متشابهة فيما يتعلق بالنمو. ويعتبر الإستقلال عن الوالدين والإرتباط بالأقران بمثابة وظيفتين يمكن لتلك السلوكيات أن تؤديهما. وهناك العديد من الأدلة التى تؤيد فكرة تجمع أو تعقد السلوك المضاد للمجتمع وذلك فى كل من العينات المرضية والعيّنات العادية. وفى هذا الإطار يرى مكجى ونيوكمب (١٩٩٢) McGee & Newcomb أن أحد الإتجاهات التى تتناول مفهوم الإضطراب السلوكى يتمثل فى تناول فئة عريضة أوزملة إنحرافية عامة general deviance syndrome تتضمن مجموعة من السلوكيات المنحرفة تمثل مشكلات سلوكية تحدث معاً وتتمايز خلال مضمار النمو.

وفىما يتعلق بتطور نمط شدة أو حدة أعراض الإضطراب السلوكى خلال مضمار النمو يرى كل من لاهى وآخرين (١٩٩٢) Lahey et. al ولوبر وآخرين (١٩٩٣) Loeber et. al أن هناك ثلاثة مستويات للإضطراب السلوكى تبدأ بأعراض العناد كالجموح والنوبات المزاجية، يليها المشكلات السلوكية معتدلة أو متوسطة الحدة كالعراك والكذب والسرقة على سبيل المثال، وأخيراً المشكلات السلوكية الأكثر خطورة مثل إقتحام المنازل والمحلات والسطو عليها والسرقة تحت تهديد السلاح. وبذلك نلاحظ وجود تطور للأعراض من الأقل حدة إلى الأكثر حدة، وظهور كل منها وذلك خلال مضمار النمو وما يتبعها من إختلال فى الأداء الوظيفى وإستمرار هذا الإختلال. إلا أنه لا يجب بالضرورة أن يحدث

نفس هذا التطور لدى كل فرد بحيث يكون من المستويات الأدنى إلى المستويات الأعلى إذ من المحتمل أن يكون إختلال الأداء الوظيفي أمراً تراكمياً cumulative كما يرى باترسون (١٩٩٢) pattern وأن الأعراض الأكثر حدة قد تتبعها أعراض أقل حدة.

وغنى عن البيان أن الأساليب المختلفة لتحديد الأنماط الفرعية أو السمات المميزة للإضطراب السلوكي لا يتم استبعادها بالتبادل حيث نلاحظ وجود العديد من النتائج والأدلة المؤيدة لكل أسلوب من تلك الأساليب بالدرجة التي تجعلنا غير قادرين على إستبعاده.

ثانياً: تقييم السلوك المضاد للمجتمع

يشير التشخيص إلى مختلف أساليب تصنيف وتحديد الإضطرابات. وتعتمد الأساليب التشخيصية على نوع ما من القياس. ومع ذلك فإن هدف القياس يمتد إلى أبعد من التشخيص حيث قد يستخدم القياس بغرض تحقيق أهداف متعددة مثل ربط أنماط معينة للأعراض بسمات أخرى كالاداء الدراسى، أو أساليب المعاملة الوالدية على سبيل المثال، أو يهدف إلى تقييم آثار البرامج العلاجية أو البرامج الوقائية. أما التقييم فيمكن أن يستند على مجموعة من أساليب وأنماط القياس، ومن ثم فهذا يدفعنا إلى تناول ومناقشة مختلف أساليب التقييم، ونط البيانات التي قد نحصل عليها من خلال تلك الأساليب. وهذا ما سنفعله هنا من خلال تناول الأساليب المختلفة لقياس الإضطرابات السلوكية.

أساليب التقييم

هناك العديد من أساليب التقييم التي تستخدم في مجال الإضطرابات السلوكية بوجه عام، والسلوك المضاد للمجتمع بصفة خاصة والتي نعرض لها خلال الصفحات التالية. ومن أهم هذه الأساليب ما يلي:

١ - مقاييس التقرير الذاتى Self - Report measures

تعد مقاييس التقرير الذاتى من أكثر المقاييس المستخدمة شيوعاً بين عينات

المراهقين من المرضى وذلك للتعرف على الأعراض المرضية المختلفة. ومع ذلك فنادرًا ما يقرر الأطفال والمراهقون أنهم يعانون من مشكلة معينة أو أنهم في حاجة إلى علاج من نوع معين. وبذلك فليس من الضروري أن نتوقع وجود إختلال في الأداء الوظيفي لدى أى من الأطفال أو المراهقين يتم تقريره ذاتيًا كما يحدث مع الراشدين مثلاً. ومن جانب آخر نجد أن قدرة الأطفال على أن يقرروا أن هناك إختلالاً في أدائهم الوظيفي تعد أقل وضوحاً مما هي عليه لدى المراهقين أو الراشدين. ولهذه الأسباب نجد أن التقرير الذاتي كأسلوب من أساليب التقييم لم ينل كثيراً من الإهتمام في تقييم إضطرابات الطفولة قياساً بما يحدث في مرحلتى المراهقة والرشد حيث نجد مثلاً أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة للمراهقين قياساً بالأطفال أن نطبق عليهم مقاييس التقرير الذاتي إذ من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يدركوا ما نسألهم عنه، كما يمكنهم أيضاً أن يقوموا بتكملة تلك المقاييس التى نستخدم فيها الورقة والقلم مع قليل من المساعدة من جانبنا أوحتى في حالة عدم تقديمنا لى مساعدة لهم. وهناك سبب آخر يجعل من الأكثر احتمالاً بالنسبة للمراهقين أن نستخدم معهم مقاييس التقرير الذاتي يرجع إلى توفر أدوات القياس التى يمكن استخدامها حيث نجد أن المقاييس التى يتم إعدادها بغرض استخدامها مع الراشدين غالباً ما نستخدمها كما هي مع المراهقين دون الحاجة إلى استخدام نسخة معدلة منها تنطبق عليهم كما هو الحال بالنسبة للأطفال.

وعلى الرغم من أن التقرير الذاتي لا يستخدم عادة كأسلوب قياس أساسى لتقييم إختلال الأداء الوظيفي في مرحلة الطفولة، فإنه يمكننا من خلاله مع ذلك أن نحصل على معلومات لها أهمية كبيرة في هذا الصدد، حيث من الممكن بالنسبة للأطفال أن يقرروا وجود أعراض معينة لديهم، وأن يحددوا جوانب معينة من المشكلة قد لا يفصحون عنها لوالديهم أو قد لا تكون ظاهرة أو لا تبدو جلية للوالدين. وإلى جانب ذلك فمن المتوقع أن ينكر الأطفال وجود أى مشكلة سلوكية، ومن ثم لا يبدون من المعلومات ذات الأهمية سوى القليل الذى قد لا يجدى وذلك على مقاييس التقرير الذاتي للسلوك المضاد للمجتمع.

ومع هذا فإن التقييم الذاتى قد يكون له قيمته وأهميته الخاصة فى قياس المشكلات السلوكية التى يحتمل أن يتم إخفاؤها أو حجبها عن الوالدين. ويرى إليوت وآخرون (١٩٨٥) Elliott et. al أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة للمعلومات والبيانات التى تتعلق بمثل هذه السلوكيات غير الظاهرة التى يتم إخفاؤها كإتلاف الممتلكات، والسرقة، وإساءة استخدام العقاقير على سبيل المثال أن يقرها الأطفال والمراهقون بإرادتهم قياساً بغيرهم، أو أن تتم معرفتها بالرجوع إلى تلك السجلات الموجودة فى مؤسسات معينة. وبوجه عام فقد أوضحت الدراسات التى أجريت فى هذا الميدان أن الأطفال يمكنهم استخدام التقارير الذاتية لإبداء معلومات تتعلق بسلوكهم المضاد للمجتمع، كما أنهم قد يفعلون ذلك بمحض إرادتهم. ومن ناحية أخرى توجد إرتباطات دالة بين العمر الزمنى، ونوع الأداة المستخدمة فى القياس، والأساليب التى يتم بمقتضاها البحث عن المعلومات من جانب، وبين ما يمكن أن نحصل عليه من خلال التقرير الذاتى من جانب آخر.

ومع هذا فإن التباين بين تلك الأبعاد لم تتم دراسته بالشكل المناسب أو لم ينل القدر الكافى من الاهتمام فى الدراسات المختلفة. وإلى جانب ذلك فقد إهتمت دراسات عديدة مثل دراسات باتشمان وآخرين (١٩٧٨) Bachman et. al، وفارنجتون (١٩٨٤) Farrington بالتحقق من مدى صدق الأنماط السلوكية التى تعد بمثابة إضطرابات أو مشكلات سلوكية والتى كشفت عنها مقاييس التقرير الذاتى حيث أوضحت تلك الدراسات أن مثل هذه السلوكيات يمكن أن تنبئ بشكل جيد بما يمكن أن يحدث فيما بعد من جانب أفراد العينة من حيث المخالفات المرتكبة وإمكانية إلقاء القبض عليهم، إضافة إلى أنها تنبئ أيضاً بتوافقهم الدراسى والمهنى والزواجى.

٢ - تقارير الآخرين ذوى الأهمية Reports of significant others

تعد تقارير الآخرين ذوى الأهمية بالنسبة للفرد كالوالدين والمعلمين والمعالجين على سبيل المثال من أكثر المقاييس شيوعاً عند تناول إضطرابات الأطفال. ولهذه

المقاييس وضعها الفريد فى تحديد إختلال الأداء الوظيفى للطفل ومدى التغير الذى يتباه مع مرور الوقت.

ويعتبر الوالدان أهم المصادر التى يتم الإستناد إليها باستمرار فى الحصول على المعلومات. وعلاوة على ذلك فقد أوضحت الدراسات مراراً أن تقييم الوالدين للطفل يرتبط بالتشخيص الإكلينيكى المتعلق باضطراب الأداء الوظيفى للطفل. وتعد المقاييس التى يتم الرجوع فيها إلى الآخرين ذوى الأهمية بالنسبة للطفل كأحد الأساليب المستخدمة فى التقييم على درجة كبيرة من الأهمية حيث تعتبر ذات مزايا عديدة. ومن ناحية أخرى يوجد العديد من مقاييس التقدير من هذا القبيل والتى تغطى مدى متسعاً من الأعراض المرضية والمشكلات المختلفة. ومع ذلك فقد يكون هناك تحيز جزئى فى أنماط السلوكيات المضادة للمجتمع والتى يمكن أن تقيسها مثل هذه المقاييس، إذ من المحتمل أن يكون من الصعب تقييم بعض الأنماط السلوكية مثل إغاضة الآخرين ومضايقتهم، والعراك، والصراخ وإحداث الضجيج، والولع المستمر بالجدل، وغيرها من الأفعال غير الظاهرة أو الخفية كالسرقة، وإشعال الحرائق، وإساءة استخدام المواد، والسلوك المرتبط بالثلة أو العصابة كتكوين العصابات ومهاجمة الغير على سبيل المثال. ووفقاً للطبيعة الخفية أو السرية لتلك الأفعال فإنها تكون أكثر حجماً عن مدى بصر ورؤية أو فهم وإدراك الراشدين.

٣- تقديرات الأقران Peer Evaluations

على الرغم من أنه دائماً ما يتم النظر إلى الأقران على أنهم من بين الآخرين ذوى الأهمية، فإن تقديراتهم تستحق بما لا يدع مجالاً للشك أن تتميز عن غيرها. كذلك فإن مقاييس الآخرين ذوى الأهمية عادة ما تعكس طريقة أو أسلوباً للقياس يختلف عن مقاييس التقييم التى يتم استخدامها أو إعدادها للاستخدام من قبل الوالدين والمعلمين. وعادة ما تتألف تلك المقاييس التى تعتمد على الأقران من أساليب مختلفة تحدد وصف الأقران ومعاييرهم لأشخاص

يبدون سمات معينة كالعدوانية على سبيل المثال. ومن المحتمل أن يعكس تكوين جماعة الرفاق ثباتاً في الأداء من جانب الفرد إلى جانب سمات ثابتة تميزه عن غيره. وفي الغالب نلاحظ كما يرى كواي وآخرون (Coie et. al ١٩٩٢)، وهويسمان وآخرون (Huesmann et. al ١٩٨٤) أن تقديرات الأقران في المدرسة الابتدائية - كاستجاباتهم على مقاييس الكره، أو الرفض، أو السلوك العدواني مثلاً - يمكن من خلالها التنبؤ بالمشكلات السلوكية التي قد تحدث من جانب الفرد بعد ذلك بعدد من السنوات.

وعادة ما تتألف مقاييس الأقران من تقديرات سوسيومترية لتحديد سمات معينة مثل الشعبية، والقبول، والمرغوبة، والرفض، ومدى حب الآخرين للفرد، والكفاءة الاجتماعية. ويبدو أن مثل هذه السمات ترتبط ببعضها البعض، وتتاثر ببعضها البعض إذا حدثت أي مشكلات من جانب الأطفال الذين يصدر عنهم السلوك المضاد للمجتمع وذلك في أي من تلك الجوانب التي تمثلها هذه السمات. كما ترتبط أيضاً تقديرات الأقران للأبعاد الاجتماعية بالتقدير المستقل للتوافق. وعلاوة على ذلك فإن تقديرات الأقران غالباً ما يكون لها حساسيتها في التنبؤ بالتوافق قياساً بتقديرات المعلمين والمعالجين.

٤ - الملاحظة المباشرة direct observation

يرى مكماهون وفورهاند (McMahon & Forehand ١٩٨٨) أن سلوكيات أي مراهق سواء في المنزل أو المدرسة أو المجتمع المحلي يمكن أن تتم ملاحظتها بشكل مباشر، ويتمثل الأساس لمكونات الملاحظة المباشرة في تحديد السلوك بدقة، وفي تحديد المواقف التي سوف تتم فيها ملاحظة السلوك، وفي إرسال الملاحظين لتسجيل الأنماط السلوكية المختلفة، وفي التأكد من أن السلوك تتم ملاحظته بدقة وبشكل ثابت.

وتختلف متطلبات الملاحظة المباشرة كدالة المدى تعقد إجراءات القياس، حيث من المعروف أنه غالباً ما تتم ملاحظة سلوكيات متعددة في البحث الإكلينيكي

خلال فترة زمنية قصيرة أو وجيزة وذلك أثناء تفاعل الطفل مع أسرته في المنزل كما فعل باترسون (١٩٨٢) patterson. وفي مثل هذه الحالات نجد أنفسنا في حاجة إلى ملاحظين على درجة عالية من التدريب والكفاءة وذلك لملاحظة السلوكيات المختلفة. وعلى الطرف الآخر نجد أنه من الممكن أن نقوم بتقييم نمط سلوكي معين أو اثنين كالسرقة، أو العراك، أو الانتظام في المدرسة على سبيل المثال وذلك في المنزل أو في المدرسة. ومع استخدام إجراءات بسيطة نسبياً للملاحظة باستخدام نظام التشفير يمكن أن يحل الوالدان أو المعلمون محل الملاحظين المدرسين.

وهناك العديد من المزايا التي تميز الملاحظة المباشرة من أهمها أنها تزودنا بمجموعة من التكرارات الواقعية أو الفعلية لسلوكيات معينة سواء كانت اجتماعية أو مضادة للمجتمع. وبذلك يتميز هذا الأسلوب عن أسلوب التقارير الذاتية، أو أسلوب التقارير من جانب الآخرين ذوى الأهمية بالنسبة للفرد حيث قد يتأثر هذا الأسلوب الأخير كثيراً بالأحكام والانطباعات من جانب هؤلاء الآخرين. إلا أن هناك العديد من العوائق التي قد تصادف الملاحظة المباشرة وتعرضها بين حين وآخر حيث نجد أن العديد من السلوكيات وخصوصاً الأفعال غير الظاهرة أو الخفية كالسرقة، وإساءة استخدام العقاقير، والاتصالات الجنسية غير الشرعية على سبيل المثال لا تتم ملاحظتها بشكل مباشر. كذلك فعندما تتم ملاحظة السلوكيات المختلفة يمكن للملاحظة في حد ذاتها أن تؤثر على الأداء. ومع هذا فإن الملاحظة يمكنها أن تضيف لنا العديد من المعلومات الفريدة التي لا تتاح إلا بواسطتها وذلك عن طريق اختبار سلوكيات معينة بشكل مباشر.

٥ - السجلات الخاصة بالمؤسسات الاجتماعية Institutional records

يستند تقييم المراهقين الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع على السجلات الخاصة بالمؤسسات الاجتماعية وذلك بشكل مستمر. ومن الأمثلة العديدة لتلك السجلات سجلات الشرطة التي توضح مدى الإحتكاك والاتصال

بالبوليس، والسجلات الخاصة بإلقاء القبض على الأشخاص، والسجلات المدرسية سواء تلك السجلات الخاصة بمدى الانتظام فى المدرسة، أو بالدرجات التى يحصل عليها الطالب، أو سجلات التخرج من المدرسة، إلى جانب السجلات القضائية سواء سجلات الإيقاف للأحكام، أو سجلات تنفيذ الأحكام، والإيداع بالسجون.

وتعد السجلات الخاصة بالمؤسسات الاجتماعية على درجة كبيرة من الأهمية لأنها تعتبر بمثابة مقاييس حول آثار المشكلة وتأثيراتها المختلفة، ومن ثم تعد ذات دلالة اجتماعية كبيرة. وتعكس العديد من الهيئات الحكومية على مستوى البلد الواحد أو على المستوى القومى تلك المواقف والأحداث مثل عدد الجانحين الأحداث الذين يتم القبض عليهم، أو عدد القضايا التى يتم عرضها على محكمة الأحداث على سبيل المثال. ويمكن أن تشكل مثل هذه المعلومات اتجاهات اجتماعية وتسهل من عملية إتخاذ القرار حول تخصيص المصادر والخدمات اللازمة لمواجهة مشكلة معينة.

وهناك العديد من المشكلات يمكن تناولها من خلال السجلات الخاصة بالمؤسسات الاجتماعية المختلفة والتى يمكن إتخاذها كمقياس للسلوك المصاد للمجتمع. إلا أننا فى واقع الأمر نلاحظ أن غالبية الأفعال المضادة للمجتمع أو الأفعال المنحرفة لا تتم ملاحظتها أو تسجيلها أى لا يتم وضعها فى سجلات معينة خاصة بها. وتوضح البحوث والدراسات التى أجريت فى هذا المجال كما يرى إمبى (Empey ١٩٨٢) أن تسعة من بين كل عشرة أفعال غير قانونية لا يتم إكتشافها، أو إذا تم إكتشافها أو إكتشاف بعضها فلا يتم التعامل معها بالشكل الرسمى، وهو ما تؤيده نتائج الدراسات التى تعتمد على توجيه الأسئلة للأطفال والمراهقين ليقرروا ويعلقوا على سلوكياتهم المختلفة المنحرفة والمضادة للمجتمع كدراسات إليوت وآخرين (Elliott et. al ١٩٨٥)، ووليامز وحولد (١٩٧٢) Williams & Gold. ومن ثم فإن السجلات الرسمية تقلل بدرجة كبيرة من حدوث السلوكيات المضادة للمجتمع وذلك بسبب نسبة التفويت Slippage أو

الفارق بين نسبة حدوث السلوك المضاد للمجتمع وتسجيل مثل هذه الأفعال فى أحد السجلات التى يتم الاحتفاظ بها فى الأرشيف. فعلى سبيل المثال نجد أن القبض على الأفراد وتقديرات الإتهام والإدانة الموجهة إليهم تعد أمورا هامة، ولكنها فى الوقت ذاته لا تعتبر مقاييس حساسة للسلوك المنحرف حيث يرى إمبى (١٩٨٢) Empey أن هناك العديد من الجرائم لا يتم إكتشافها كتلك الجرائم التى لا تؤدى إلا نادرا إلى القبض على مرتكبها، أو تلك التى تؤدى بالفعل إلى القبض على مرتكبها ولكن لا تتم إحالته إلى المحكمة، أو تلك التى يتم فيها إحالة مرتكبها إلى المحكمة ولا تؤدى بالضرورة إلى توجيه الإتهام إليه أو إدانته.

وعلى الرغم من أوجه القصور تلك فإن السجلات الخاصة بالمؤسسات الاجتماعية تعد مع ذلك مقاييس لها فاعليتها وأهميتها فى تقييم السلوك المضاد للمجتمع، ذلك السلوك الذى يترك بطبيعة الحال وفقا لطبيعته بصماته الواضحة على المجتمع كتنحطيم الممتلكات العامة أو الخاصة، وإشعال الحرائق، وإرتكاب الجرائم على سبيل المثال. وغالبا ما يتم استخدام مثل هذه السجلات فى قياس وتقييم السلوك الصادر عن الأحداث الجانحين، وفى تقييم التدخلات العلاجية التى تهدف إلى خفض نسبة الإضطراب السلوكى كما سنرى فيما بعد.

تعليق عام على أساليب التقييم

من الجدير بالذكر أن لكل أسلوب من تلك الأساليب التى تمت مناقشتها نقاط قوته ونقاط ضعفه المنهجية، ومصادره التى تؤدى إلى حدوث تحيز فى التقييم. فنجد على سبيل المثال أن تقييم الوالدين لسلوك الطفل المنحرف يعطى منظورا فريدا وهاما حيث يكون الوالدان فى موقع ممتاز بالنسبة للطفل يمكنهما من التعليق على أدائه الوظيفى، ومع ذلك فإن تقييمهما هذا يتأثر بما يقع عليهما أو ما يتعرضان له من ضغوط وقلق، أو ما يعانيان منه من أمراض وإضطرابات نفسية حيث نجد أنهما غالبا ما يفشلان فى إكتشاف المشكلات التى يحددها الطفل فى تقريره الذاتى، أو التى يمكن تحديدها عن طريق الملاحظة المباشرة. وب نفس الطريقة نجد أن الملاحظة المباشرة تعكس أداء سلوك معين بعيدا عن أحكام وذاكرة

الوالدين والمعلمين. ومع هذا فإن السلوكيات موضع الاهتمام قد تكون قليلة في تكرارها أو قد يتم القيام بها عندما لا يكون الملاحظون موجودين في المكان. ومن ثم فإن الملاحظة المباشرة قد تبتعد عن العديد من السلوكيات موضع الاهتمام، ومع ذلك يرى كازدين (Kazdin - ١٩٩٢) أن الاهتمام بأي أسلوب معين للتقييم يمكن أن يتضاعف.

ومن الجدير بالذكر أنه إذا تم تحديد أهداف التقييم يصبح أسلوب معين للتقييم هو المناسب في تلك الحالة. إلا أنه من الممكن في العديد من الحالات أن نستخدم بطارية للتقييم تتضمن أساليبًا متعددة للتقييم. ويرجع السبب في ذلك إلى أن المعلومات التي يمكن الحصول عليها، والنتائج التي يمكن التوصل إليها حول مدى حدة أو نمط إختلال الأداء الوظيفي، وعلاقة الأعراض المرضية بالمقاييس الأخرى، والتغيرات التي تحدث مع مرور الوقت سوف تتغير كدالة لإختلاف المقاييس.

أمثلة لبعض مقاييس الإضطراب السلوكي

سوف نعرض خلال الصفحات التالية لأمثلة مختارة من تلك المقاييس التي يتم استخدامها في تقييم الإضطرابات السلوكية. وقد آثرنا أن تكون مجرد أمثلة لذلك حيث لا يسعها المقام هنا. وتعد تلك المقاييس هي الأكثر شيوعًا في استخدامها. ومن هذه المقاييس ما يلي:

١ - مقاييس السلوك المضاد للمجتمع

هناك العديد من المقاييس التي تستخدم لهذا الغرض منها مقاييس التقرير الذاتي، إلا أنه لا يوجد أي مقياس منها يعد هو الأوسع إنتشاراً. ويستخدم مقياس التقرير الذاتي للجنوح Self - Report Delinquency Scale مع الأطفال والمراهقين في الأعمار بين ١١ - ١٧ سنة، ومع ذلك فقد تم استخدامه فيما بعد هذا المدى العمرى. ومن خلال هذا المقياس يتم توجيه السؤال مباشرة للمفحوص حول مدى حدوث أفعال إنحرافية جانحة من جانبه في المنزل أو في المدرسة أو في المجتمع المحلى. وتشمل عبارات المقياس سلوكيات السرقة،

وإتلاف الممتلكات، والأفعال غير القانونية مثل بيع الأدوية بالتجول، والإضطراب الاجتماعى العام كالإتصالات التليفونية التى تتضمن ألفاظاً نابية، أو القيام بالمخالفات غير الإجرامية كالهروب من المنزل، أو القيام بالمخالفات الإجرامية كالقتل أو الإغتصاب. وأحياناً يتم حذف عبارات مختارة من المقياس كاستخدام التعنيف بشكل غير قانونى، وتهديد الآخرين فى سبيل ممارسة الجنس على سبيل المثال وذلك إذا لم ترتبط تلك العبارات بالأطفال الأصغر سناً ولم تكن مناسبة لهم. ويتم تصحيح عبارات هذا المقياس وفقاً لمقياس متدرج من أربع نقاط طبقاً لتكرار حدوث الفعل، فإذا كان الفعل قد حدث مرة واحدة فقط نحصل على درجة واحدة، وتتدرج حتى نحصل على أربع درجات إذا كان الفعل قد حدث خمس مرات أو أكثر خلال السنة السابقة. وتعكس الدرجة الكلية للانحراف مدى حدة السلوك المنحرف. كذلك يمكن الحصول على درجة كلية للمقاييس الفرعية للأنواع المختلفة من الأنشطة غير القانونية محور الإهتمام أيضاً.

أما بالنسبة للمقاييس التى تطبق على الآخرين ذوى الأهمية بالنسبة للفرد فقد نالت إهتماماً أكبر من مقاييس التقرير الذاتى. ومن أكثر هذه المقاييس شيوعاً على الإطلاق مقياس آيبرج لسلوك الطفل Eyberg Child Behavior Inventory والذي يكتب إختصاراً (ECBI) (Eyberg & Robinson, 1983; Eyberg et. al, 1980) ويستخدم هذا المقياس لتقييم المشكلات السلوكية للطفل فى المنزل كما يقررها الوالدان. ومن بين العبارات التى يتضمنها هذا المقياس تلك التى تتضمن الشجار اللفظى مع أصدقاء فى نفس عمر الطفل، ورفض الطفل القيام بالعمل النظامى الروتينى اليومى فى المنزل عندما يطلب منه القيام بذلك، وإنخفاض مستوى آداب المائدة لدى الطفل، والصراخ أو الزعيق. وتعكس معظم العبارات سلوك الرفض والمعارضة التى تعد مقلقة أو مزعجة للوالدين وذلك بدلاً من الأفعال الخطيرة المضادة للمجتمع. ومع ذلك فهناك بعض الإستثناءات حيث نلاحظ وجود بعض العبارات التى تتناول السرقة، وتخطيط الأشياء على سبيل المثال. ويتم تقييم كل

عبارة من جانب الوالد على أنها تمثل مشكلة أم لا وذلك بوضع علامة تحت (نعم) أمام العبارة إذ كانت تمثل مشكلة، أو وضعها تحت (لا) إذا كانت لا تمثل مشكلة. كما يقرر عدد مرات حدوثها، ومن ثم تتراوح درجة العبارة بذلك بين درجة واحدة (لا تحدث إطلاقاً) إلى سبع درجات (تحدث دائماً). ويعطى هذا المقياس بذلك درجتين تعكسان عدد المشكلات ومدى حدة أو شدة تلك المشكلات، تمثل الأولى وهى عدد المشكلات فى تلك العبارات التى يتم إقرارها بالإيجاب، بينما تمثل الثانية وهى مدى حدة أو شدة تلك المشكلات فى الدرجة الكلية للمقياس بعد جمع درجة كل العبارات.

وفيما يتعلق بأساليب الملاحظة المباشرة نجد أن مقياس نسق التفاعلات الأسرية The Family Interaction Coding System الذى يكتب إختصاراً (FICS) والذى أعده ريد وآخرون (١٩٨٨) Reid et. al يأتى فى المقدمة ويستحق أن نوليه اهتمامنا حيث يستخدم لتسجيل السلوكيات المضادة للمجتمع التى تصدر عن الأطفال أثناء تفاعلاتهم مع الوالدين والأخوة فى المنزل. وقد تم تصميم هذه الأداة بشكل خاص لقياس السلوكيات العدوانية وما يرتبط بها من مقدمات ونتائج أى العلاقات الأسرية. ويتميز هذا المقياس بأنه يعد مقياساً دقيقاً نسبياً ويتم من خلاله تسجيل تسعة وعشرين سلوكاً مختلفاً عن طريق الملاحظين على أن كلاً من تلك السلوكيات موجود أو غير موجود فى كل الفترات الزمنية الوجيزة والمتعددة التى تتم فيها الملاحظة والتى قد تستغرق ثلاثين ثانية مثلاً وذلك على مدى فترة زمنية تمتد إلى حوالى ساعة واحدة تقريباً. وتتضمن تلك السلوكيات التى تتم ملاحظتها سلوكيات اجتماعية وأخرى منحرفة يأتى بها الطفل كالإذعان للمطالب، والهجوم على شخص ما، والصراخ على سبيل المثال، إلى جانب سلوكيات والدية كالاستجابة للطفل، واللعب معه، وإذلاله أو إحتقاره على سبيل المثال.

ويتطلب مقياس نسق التفاعلات الأسرية عدداً من المطالب الهامة والاساسية يمكن إيجازها فيما يلى:

١ - يجب أن يكون الملاحظون الذين نعهد إليهم بتسجيل الملاحظات قد تم تدريبهم بعناية، وأن يعملوا على تصوير السلوكيات التي يلاحظونها بشكل دقيق حتى يتأكدوا أن الدرجات التي يقدرونها لما يتم تدوينه من خلال التشفير تتم بطريقة ثابتة.

٢ - يجب أن تتم السيطرة الجزئية على تلك المواقف التي يعمل الملاحظون على ملاحظتها وتقييمها وذلك بغرض تقليل احتمال حدوث تقلب أو تغير في الموقف. فعندما نستخدم هذا المقياس في المنزل على سبيل المثال يتم إصدار التعليمات لأعضاء الأسرة بالبقاء في حجرات محددة خلال الفترة التي تجري فيها عملية الملاحظة. وقد لا يقوم أعضاء الأسرة في تلك الأثناء بمشاهدة التلفزيون أو القيام بالاتصالات التلفونية وذلك تنفيذًا لما يصدر إليهم من تعليمات من جانب الملاحظين.

ومن الجدير بالذكر أن مثل هذه القيود تعمل على مساعدة الملاحظين في إعطاء الدرجات للتفاعلات التي تحدث بين الطفل والديه. ويرى مكماهون وفورهماند (١٩٨٨) McMahon & Forehand أنه يتم استخدام هذا المقياس وغيره من المقاييس الأقل تعقيدًا التي تعتمد على تشفير الملاحظة المباشرة بشكل مستمر وذلك في تقييم السلوكيات المضادة للمجتمع سواء في المنزل أو في المدرسة.

ومع ذلك فإن عددًا قليلًا نسبيًا من المقاييس التي تم إعدادها لقياس أو تقييم السلوك المضاد للمجتمع بين الأطفال أو المراهقين هو الذي يستخدم على نطاق واسع. كذلك فقد تم تصميم واستخدام مقاييس معينة لأغراض خاصة كجزء من مشروعات بحثية، ومع هذا فلا توجد بيانات كافية توضح المستويات المعيارية للسلوك المضاد للمجتمع على المقياس وذلك خلال مضمار النمو.

٣ - مقاييس عامة للاضطرابات النفسية

تستند معظم الدراسات التي تناول السلوك المضاد للمجتمع إلى مقاييس تعمل

على تقييم جوانب مختلفة من الإضطرابات النفسية (السيكوباتولوجية) والأداء الوظيفي. وتعد الأسباب التي تكمن خلف ذلك متعددة حيث تزودنا مثل هذه المقاييس بمعلومات عن المجال موضع الاهتمام والعديد من المجالات الأخرى أيضاً. وتعتبر هذه الخاصية ذات أهمية كبيرة نظراً لأن الأطفال الذين يصدر عنهم السلوك المضاد للمجتمع قد يبدون إلى جانب ذلك إختلالاً في أدائهم الوظيفي في مجالات أخرى كان يبدو عليهم النشاط الزائد hyperactivity والقلق على سبيل المثال. وبالإضافة إلى ذلك فإن مثل هذه المقاييس العامة للإضطرابات النفسية تزودنا بعدد من مقاييس التقدير الخاصة بالوالدين والمعلمين التي نالت قسطاً كبيراً من البحث وتم التأكد من صدقها.

وهناك أنواع عديدة من هذه المقاييس تستخدم في قياس مدى متسع من الأعراض المرضية والسلوكيات. فتستخدم المقابلات التشخيصية - diagnostic inter-views على سبيل المثال في تقييم إختلال الأداء الوظيفي للأطفال والمراهقين. وفي مثل هذه المقابلات تتم مقابلة الوالد والطفل كل على حدة وذلك بغرض تقييم مدى وجود الأعراض المرضية، أو مدى حدتها، أو كليهما معاً أي وجود تلك الأعراض ومدى حدتها. ويكمن الهدف خلفها في السماح لمن يجرى تلك المقابلة بالتوصل إلى تشخيص للحالة في ضوء نسق تشخيصي معين، وعادة ما يكون هذا النسق التشخيصي هو الطبعة الثالثة المعدلة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية DSM - III - R الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA عام ١٩٨٧ أو الطبعة الرابعة من نفس الدليل DSM - IV الصادرة عام ١٩٩٤. كذلك هناك العديد من المقابلات التشخيصية التي يمكن استخدامها لنفس الغرض منها على سبيل المثال كما يرى هودجز وزيمان (١٩٩٣) Hodges & Zeman:

- دليل المقابلة التشخيصية للأطفال.

Diagnostic Interview Schedule for Children.

- دليل الإضطرابات الانفعالية (الوجدانية) والفصام للأطفال فى سن المدرسة.

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School - age Children.

- دليل تقييم الطفل . The Child Assessment Schedule

وتعد المقاييس التقديرية للوالدين والمعلمين parent and teacher rating Scales أفضل المقاييس التى تم تصميمها لتقدير جوانب أو مجالات متعددة من إختلال الأداء الوظيفى للطفل والمراهق. وتتضمن مثل هذه المقاييس عدداً كبيراً من العبارات التى يقوم كل من الوالد والمعلم بتقديرها أو تقييمها فى ضوء وجود أو عدم وجود إختلال فى الأداء الوظيفى أو مدى حدته. وتعد قائمة السلوك للأطفال Child Behavior Checklist التى تكتب إختصاراً (CBCL) والتى أعدها أكينباتش (١٩٩١) Achenbach بمثابة أداة يقوم الوالدان بتقييم العبارات المتضمنة فيها والتى تصف مجموعة من السمات قد تنطبق على أطفالهم. ويتضمن هذا المقياس ١١٨ عبارة تشير إلى مشكلات سلوكية يتم تقييمها على مقياس متدرج من ثلاث نقاط تتراوح بين صفر (لا تنطبق) إلى اثنين (تنطبق تماماً). ومن أمثلة هذه العبارات ما يلى:

١ - القسوة على الآخرين، أو التمر بهم والإستئساد عليهم، أو الخسة والدناءة معهم.

٢ - كثرة الجدل والنزاع.

٣ - إشعال الحرائق.

ويتضمن هذا المقياس عوامل عديدة تمثل مجموعة من الأعراض المرضية تضم العدوان، والجنوح، والنشاط الزائد، والقلق، والإكتئاب، والتحفظ وعدم الإتصال بالآخرين Uncommunicativeness والفصام، وغير ذلك من الأعراض المرضية. ويتم تقييم الإستجابات على هذا المقياس بشكل منفصل ومستقل بالنسبة للمفحوصين فى المستويات العمرية المختلفة مثل أولئك الذين تتراوح أعمارهم

بين ٤ - ١١ سنة أو بين ١٢ - ١٨ سنة على سبيل المثال، وكذلك بالنسبة للعينات المرضية التي تمت إحالتها للمستشفى، أو تلك العينات التي لم تتم إحالتها. وبذلك نجد أنه باستخدام قائمة السلوك للأطفال CBCL يمكننا تقييم وضع الطفل بمفرده على مختلف مقاييس الأعراض أو العوامل قياساً بأقرانه من نفس سنه وجنسه الذين لم تتم إحالتهم للعلاج.

كذلك فهناك العديد من مقاييس التقدير rating Scales وقوائم السلوك يتم تطبيقها على الوالدين. ومن أكثر أمثلتها شيوعاً كما يرى باركلي (١٩٨٨) Barkley، ومكونوفى (١٩٩٢) McConaughy:

- قائمة المشكلات السلوكية. The Behavior Problem Checklist.

- استبيان الأعراض المرضية من وجهة نظر الوالدين.

The parent Symptom Questionnaire.

- قائمة لويسفيل للسلوك. The Louisville Behavior Checklist.

- قائمة السلوك التي أعدها معهد بحوث الجانحين.

The Institute for Juvenile Research Behavior Checklist.

- مقياس الشخصية للأطفال. The personality Inventory for Children.

ومن ناحية أخرى يلعب تقييم المعلم هو الآخر لسلوك الطفل دوراً هاماً في تحديد إختلال الأداء الوظيفي خلال مرحلة الطفولة، إذ يقوم المعلم بملاحظة الأطفال لفترات طويلة وخلال مدى كبير من المواقف كالأنشطة اللامنهجية، والمواقف الأكاديمية، والاجتماعية، والترفيهية على سبيل المثال. وعلاوة على ذلك يمكن للمعلم أن يقوم بتقييم الأطفال في ضوء مستويات أقرانهم، ومن ثم فإن درجة انحراف طفل معين عن أقرانه كما يلاحظها المعلم تعد بمثابة منظور أو وجهة نظر لا تتوفر للوالدين. وعادة لا تختلف أدوات القياس التي يتم إعدادها للمعلمين والوالدين في بنيتها أو شكلها، كما نجد في الواقع أن العديد من هذه المقاييس مثل قائمة المشكلات السلوكية The Behavior problem Checklist يتم

تطبيقها على الوالدين، والمعلمين، وغيرهم من الراشدين كالمعالجين على سبيل المثال. أما بالنسبة للمقاييس الأخرى فيوجد منها نسخ متكافئة للمعلمين وأخرى للوالدين. ومن أمثلة هذه المقاييس ما يلي:

- استمارة تقرير المعلم على مقياس قائمة السلوك للأطفال.

CBCL Teachers Report Form.

- إستييان كونرز للمعلمين . The Conners Teachers Questionnaire

- قائمة السلوك المدرسى . The School Behavior Checklist

ومن الملاحظ أن جميع هذه المقاييس تكافئ النسخ التي ذكرناها سلفاً والتي يتم تطبيقها على الوالدين.

وتعتبر مقاييس التقدير للوالدين والمعلمين كأحد الأساليب المتبعة في التقييم من بين المقاييس التي يتم استخدامها على نطاق واسع، وتشتق قيمتها من تمثيلها لمدى متسع من الأعراض المرضية في الجوانب المختلفة، ومن سهولة تطبيقها. كذلك فإنه يتم من خلال استخدام تلك المقاييس الحصول على بيانات على قدر معقول من الأهمية، كما أنها ذات خصائص سيكومترية تدفع إلى استخدامها حيث تتسم بقدر معقول من الصدق والثبات. ومن ناحية أخرى توجد بيانات معيارية بالنسبة للعديد من المقاييس تسمح بإجراء المقارنات بين عينات مرضية وأخرى من الأسوياء أو العاديين، وبين مختلف الأعراض المرضية في الجوانب المختلفة كدالة للعمر الزمني، والجنس، والطبقة الاجتماعية، وغيرها من المتغيرات الديموجرافية الأخرى.

وسوف نعرض خلال الصفحات التالية لأهم المقاييس المستخدمة للأطفال والمراهقين وذلك لتقدير وقياس السلوكيات المضادة للمجتمع بشيء من التفصيل على النحو التالي:

- أولاً: التقارير الذاتية:

- مقياس الميل للسلوك عند الأطفال: Children's Action Tendency Scale

أعد هذا المقياس ديلوتى (Deluty (١٩٧٩، ويتألف من ثلاثين عبارة ذات اختيار محدود يختار الطفل من بينها ما يفعله فى المواقف الاجتماعية. ويتم تطبيقه على المفحوصين فى المدى العمرى ٦ - ١٥ سنة، وتعطى الدرجات للأبعاد المتضمنة فى المقياس والتى تضم العدوانية، والتوكيدية، والخنوع.

- قائمة السلوك المضاد للمجتمع كتقرير ذاتى للمراهقين:

Adolescent Antisocial Self - Report Behavior Checklist.

وقد أعدها كوليك وآخرون (Kulik et. al (١٩٦٨، وتتألف من اثنتين وخمسين عبارة على مقياس متدرج من خمس نقاط تتراوح بين (أبداً) إلى (كثيراً جداً) يختار المفحوص أحدها. ويتم تطبيقه على المراهقين أى خلال المدى الزمنى لمرحلة المراهقة. ويتضمن المقياس مدى متسعاً من السلوكيات تتراوح بين سوء السلوك ذى المستوى المتوسط إلى الأفعال الخطيرة المضادة للمجتمع. وتشبع عبارات هذا المقياس على أربعة عوامل هى:

أ - الجنوح وانتهاك القانون.

ب - إساءة استخدام العقاقير.

ج - تحدى السلطة الوالدية.

د - التهجم على الآخرين والإنقضاخ عليهم وإغتصاب حقوقهم.

- مقياس التقرير الذاتى للجنوح: Self - Report Delinquency Scale وقد

أعده إليوت وآخرون (Elliott et. al (١٩٨٧، ويتألف من سبع وأربعين

عبارة تقيس الجنوح وانتهاك القانون الذى يقوم الفرد بمقتضاه بإرتكاب

مختلف الجنح. وتشير إستجابات المفحوصين على المقياس إلى مدى تكرار

مثل هذا السلوك من جانبهم خلال السنة السابقة للتطبيق. ويتم تطبيق هذا

المقياس على المفحوصين فى المدى العمرى ١١ - ٢١ سنة. وقد تم تصميم

المقاييس الفرعية المتضمنة فى المقياس كجزء من مسح قومى أجرى على

الشباب بالولايات المتحدة الأمريكية National Youth Survey تم بمقتضاه

إجراء دراسة طويلة تناول السلوك الجانح، وتعاطى الكحوليات، وإساءة استخدام العقاقير، والمشكلات السلوكية المرتبطة بهؤلاء الشباب.

- إختار مينسوتا للشخصية المتعدد الأوجه:

Minnesota Multiphasic personality Inventory Scales (MMPI)

وأعدده ليفكاوتز وآخرون (١٩٧٧) Lefkowitz et.al، وقد اشتقت عباراته التي تقوم الاستجابة عليها على تحديد المفحوص لما إذا كانت العبارة تنطبق عليه أم لا وذلك من مقاييس الأنوثة، والانحراف السيكوباتي، والهوس. ويتم جمع درجات المفحوص في كل منها لتعطى درجة كلية عن العدوانية والجنوح. ويعد هذا المقياس جزءاً من مقياس أكثر شمولاً يقيس جوانب متعددة من الإضطرابات النفسية (السيكوباتولوجية). ويتم تطبيق هذا المقياس على المفحوصين في مرحلة المراهقة.

- مقابلة العدوان: Interview for Aggression

وهي تلك المقابلة التي أعدها كازدين وإسفلدت - داوسون (١٩٨٦) Kazdin & Esveldt - Dawson، والتي تتألف من ثلاثين عبارة تقيس العدوان من جانب الطفل كالدخول في عراك مع الآخرين مثلاً أو البدء بالنزاع. وهناك مقياس متدرج من خمس نقاط لتقدير مدى حدة العدوان، وآخر من ثلاث نقاط لتقدير مدة دوام هذا العدوان. ومن ثم يعطى هذا المقياس درجة لحدة العدوان ودرجة أخرى لمدة دوامه، ودرجة كلية (تضم كلا من حدة العدوان ومدته). كما أنه يقيس السلوكيات الظاهرة وغير الظاهرة، ويتم تطبيقه على المفحوصين في المدى العمري من ٦ - ١٣ سنة. وتوجد نسختان من هذا المقياس، إحداهما تطبق على الأطفال وهي التي عرضنا لها هنا، أما الثانية فتطبق على الوالدين لتقدير السلوك العدواني للطفل.

- مقياس العدوانية للأطفال: Children's Hostility Inventory

وقد أعده كاردين وآخرون (١٩٨٧) Kazdin et. al، ويتألف من ثمان

وثلاثين عبارة تقيس جوانب مختلفة من العدوان والعداونية لدى الأطفال يختار المفحوص منها بين (تنطبق) و(لا تنطبق). وقد تم اشتقاق هذا المقياس في الأصل من مقياس بوس - دوركي للشعور بالذنب المرتبط بالعدوانية. Buss - Durkee Hostility Guilt وتمثل المقياس الفرعية لهذا المقياس عوامل ترتبط بالأفعال الظاهرة كالعدوان، والأفكار والمشاعر العدائية. ويطبق هذا المقياس على المفحوصين في المدى العمري ٦ - ١٣ سنة، وتوجد منه نسختان إحداهما للأطفال وهي تلك التي عرضا لها هنا، أما الأخرى فتطبق على الوالدين لتقدير السلوك العدواني لطفلهما.

- ثانياً تقارير الآخرين ذوي الأهمية للطفل؛

ومن أهم المقاييس المستخدمة فيها ما يلي:

- مقياس آيرج لسلوك الطفل: Eyberg Child Behavior Inventory

وأعده آيرج وروبينسون (١٩٨٣) Eyberg & Robinson، ويتكون من ست وثلاثين عبارة على مقياس متدرج من سبع نقاط لتقدير مدى تكرار السلوك ومعرفة ما إذا كان ذلك السلوك يمثل مشكلة أم لا. ويطبق هذا المقياس على المفحوصين من سن ستين وحتى سبع عشرة سنة. ومن الجدير بالذكر أنه قد تم تصميم هذا المقياس في الأساس لقياس وتقدير مدى كبير من المشكلات السلوكية في المنزل.

- مقياس سوتر - آيرج لسلوك التلاميذ:

Sutter - Eyberg Student Behavior Inventory

وقد أعده كل من فوندربونك وآيرج (١٩٨٩) Funderbunk & Eyberg لقياس مدى من الأنماط السلوكية التي تعد بمثابة مشكلات في المدرسة، ويطبق على المفحوصين من سن عامين وحتى السابعة عشرة من العمر. ويتألف المقياس من ست وثلاثين عبارة تتشابه في تكوينها مع عبارات مقياس آيرج لسلوك الطفل وإن كانت تختلف عنها في المحتوى.

Peer Nomination of Aggression

وأعده ليفكاوتز وآخرون (١٩٧٧) Lefkowitz et. al، ويضم عبارات تطلب من الأطفال أن يقوموا بتقييم الآخرين الذين يبدوون سمات معينة كأولئك الذين يبدأون بالعراك أو الشجار دون سبب، ويطبق على المفحوصين منذ الصف الثالث وحتى الصف الثالث عشر. وتعكس تلك العبارات سمعة الطفل بين أقرانه فيما يتعلق بالسمة المقصودة وهي العدوان. وهناك عدة نسخ متكافئة من تقييم الأقران يتم إستخدامها في هذا الصدد.

- ثالثاً: الملاحظة المباشرة:

ومن أهم المقاييس المستخدمة فيها ما يلي:

- قائمة سلوك المراهقين المضاد للمجتمع:

Adolescent Antisocial Behavioral Checklist

وأعدها كورتس وآخرون (١٩٨٣) Curtiss et. al، وتضم سبعاً وخمسين عبارة لتقدير وقياس السلوك المضاد للمجتمع أثناء الإقامة في المستشفى. ويتم تقدير السلوك من جانب المعالجين بالمستشفى على أنه يتكرر من النزيل أم لا. ويطبق هذا المقياس على المراهقين، ويمكن إعطاء الدرجات للعبارات المتضمنة باستخدام مجموعة مختلفة من المقاييس الفرعية. وتركز إحدى هذه المجموعات على نمط المشكلة كان تعمل على إلحاق الأذى الجسمي في مقابل الأذى اللفظي على سبيل المثال، في حين تركز مجموعة أخرى على موضوعات العدوان كأن يكون موجهاً ضد الذات، أو الآخرين، أو الممتلكات على سبيل المثال. وهناك عدة نسخ من هذا المقياس يمكن استخدامها ولكنها تختلف في طريقة تقدير الدرجات.

Family Interaction Coding System (FICS)

وقد أعده ريد (١٩٧٨) Reid ويعد بمثابة نسق لتقدير مدى حدوث أو عدم حدوث تسعة وعشرين نمطًا سلوكيًا معينًا من التفاعلات بين الوالد والطفل، ويقوم هذا النسق على الملاحظة المباشرة. ويتم تقدير درجة لكل نمط سلوكي خلال فترات زمنية قصيرة تستمر كل منها لمدة ساعة واحدة يوميًا (ملاحظة) وذلك لعدة أيام. ويتم تطبيق هذا المقياس على الأطفال من سن الثالثة وحتى الثانية عشرة من العمر. ومن الجدير بالذكر أنه تتم ملاحظة كل نمط سلوكي من الأنماط المتضمنة بشكل مستقل، وعادة ما يتم إعطاء صورة عن هذا النمط السلوكي أو ذاك وذلك بإعطاء درجة كلية للمفحوص فيه، مع إعطاء درجة كلية للسلوك البغيض. ويمكن إتباع هذا الإجراء العام مع بعض أو كل الأنماط السلوكية المتضمنة في المقياس.

- مقياس التقرير اليومي للوالدين: Parent Daily Report

وأعده تشامبرلين وريد (١٩٨٧) Chamberlain & Reid، ويقوم خلاله الوالدان بتحديد أعراض السلوك المضاد للمجتمع. وبعد تحديد الأعراض يتم الإتصال بالوالد على مدى عدة أيام ويطلب منه في كل مرة أن يحدد ما إذا كان كل نمط سلوكي قام هو بتحديد من قبل قد حدث أم لا خلال الأربع والعشرين ساعة السابقة. ويطبق هذا المقياس على الأطفال من سن الثالثة وحتى الثانية عشرة من العمر. إلا أن هذا المقياس لا يعكس مجموعة معيارية من العبارات ولكنها تشير بدلاً من ذلك إلى اتجاه تقييمي لجمع البيانات عن سلوكيات الطفل في المنزل.

بعض القضايا الهامة في دراسات الإضطراب السلوكي وأوجه القصور بها

وهناك عدد من تلك القضايا الأساسية وأوجه القصور تحتاج إلى مزيد من الانتباه إليها، ومن بينها ما يلي:

١ . تحديد الإضطراب السلوكى

شهد تشخيص الإضطراب السلوكى بصفة خاصة وغيره من الإضطرابات بشكل عام العديد من التطورات. فنجد على سبيل المثال فى الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية DSM - IV أنه قد تم تحديد محكات التشخيص بشكل أفضل مما هى عليه فى الطبقات السابقة. ومع ذلك فلا يزال هناك نقص فى المحكات الإجرائية لتحديد إستراتيجيات قياس معينة، والدرجات الفاصلة Cut off Scores لتحديد المجموعات التشخيصية. وبذلك لم يتحدد بشكل دقيق كيف نقيس الإضطراب السلوكى إذ أنه على الرغم من استخدام المقابلات التشخيصية بغرض الوصول إلى تشخيصات رسمية محددة فإن النقطة التى يتم عندها تحديد المشكلة السلوكية على أنها تمثل عرضاً مرضياً لم يتم التثبت منها جيداً باستخدام محكات معينة.

ومن ناحية أخرى نلاحظ فى البحوث المعاصرة أن تحديد الإضطراب السلوكى يعد أمراً متضارباً ويتعارض أحياناً مع ما يعلن من آراء، إذ نجد على سبيل المثال أن الدرجات المرتفعة نسبياً على مقاييس تقديرية معينة يتم تطبيقها على الآباء مثل نسخة قائمة السلوك للأطفال CBCL المعدة للوالدين، والتشخيص الإكلينيكي الذى يتم التوصل إليه بشكل غير رسمى أثر تطبيق مقابلة منظمة أو من مراجعة السجلات الخاصة بالمؤسسات الاجتماعية، والإحالات التى تتم من جانب المعلمين للأطفال الذين يعد سلوكهم مشكلاً، والاستجابات الوالدية للإعلانات التى تتعلق بإجراء المقابلات على أطفالهم غير القابلين للترويض نجد أن كل هذه الإجراءات أو الوسائل تستخدم فى تحديد الأطفال ذوى الإضطرابات السلوكية. ومن المحتمل أن تنطبق على بعض الأطفال الذين يتم إختيارهم فى ضوء أى من هذه الإجراءات المحكات التشخيصية للإضطراب السلوكى كتلك المحكات الواردة فى دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM - IV.

ومن ناحية أخرى فإنه حتى لو انطبقت المحركات التشخيصية للإضطراب السلوكي على كل الأطفال الذين يمثلون عينة معينة فإن هذا في حد ذاته لا يعنى أن مثل هذه العينة تعتبر متجانسة. ويرجع ذلك إلى أن تشخيص الحالة على أنها مضطربة سلوكيًا يتطلب توفر عدد قليل فقط من الأعراض المرضية حيث يتطلب توفر ثلاثة أعراض فقط من بين مجموعة أكبر من الأعراض. وقد يختلف الأفراد المضطربون سلوكيًا في الأعراض التي تبدو عليهم مما يؤدي إلى أنه في الوقت الذي قد يتم فيه تشخيص حالة أو اثنتين من تلك الحالات بنفس التشخيص فإنه قد تبدو عليهما مجموعتان غير متداخلتين من الأعراض. ومن ثم فإذا كان التشخيص يعد أمرًا ضروريًا حتى تبدأ عملية البحث وتتناول مثل هذه الأمور سالفة الذكر فإنه تظل هناك أسئلة جوهرية تحتاج إلى التناول والمعالجة.

كذلك فقد ذكرنا من قبل أن هناك تداخلًا في التشخيص بين الإضطراب السلوكي وإضطراب العناد والتحدى وإضطراب النشاط الزائد المصحوب بقصور الإنتباه، وهذا بطبيعة الحال يؤكد بدرجة أكبر على الحاجة إلى النظر للنسق المستخدم والشائع على أنه غير نهائي. ومن الجدير بالذكر أن أهمية القياس الدقيق للأفراد والمدى الكامل لسماتهم الإنفعالية والسلوكية تتأكد من خلال مشكلات التشخيص. ويوفر القياس الدقيق الأساس لتطوير الأسلوب أو الطريقة الأكثر فائدة لتحديد الأنماط المختلفة للأعراض المرضية. إلا أنه في غالبية الدراسات التي تناولت السلوك المضاد للمجتمع لم تسمح إجراءات القياس المستخدمة بالتحديد الدقيق للعينة نظرًا للتداخل في التشخيص الذي أشرنا إليه سلفًا. ومن ثم لم يكن من السهل تحديد ما إذا كانت السلوكيات المضادة للمجتمع كمشكلة قائمة بالفعل متوسطة، أو حادة، أو أولية، أو تحديد ما إذا كان أفراد العينة من الأطفال رائدى النشاط يمثلون إزعاجًا للمعلمين أو للوالدين أو لكليهما. ويعمل مثل هذا التحديد الغامض والمتضارب للعينات المستخدمة في البحث الإكلينيكي على أن يصبح من الصعب معرفة السمات الخاصة بعينة معينة، كما يجعل مقارنة العينات المستخدمة في الدراسات المختلفة أمرًا صعبًا أيضًا.

وعلى هذا يبدو من المهم أن نقوم بتطوير محركات إضافية يمكن استخدامها في تعريف وتحديد الإضطراب السلوكي، وتحديد الطريقة التي يمكن بمقتضاها تقييم مثل هذه المحركات. ولتحقيق المزيد من التطور فإن الحاجة يجب ألا تقتصر فقط على الإتفاق على العديد من الأسئلة المعقدة كالأنماط الفرعية للإضطراب السلوكي، وتنظيم أنماط الأعراض المرضية على سبيل المثال، ولكن يمكن بدلاً من ذلك الاستفادة بمثل هذه الأسئلة بشكل أفضل عن طريق محاولات استخدام مقاييس معيارية ومحركات واضحة وأكثر تحديداً لاختيار العينات في البحوث المستقبلية.

٢ - مدى الارتباط بين المقاييس المختلفة

يرى كازدين (Kazdin ١٩٩٤)، وأكيباتش وآخرون (Achenbach et. ١٩٨٧) أننا نلاحظ بصفة عامة أن العديد من المقاييس التي تناول سلوك الطفل كذلك التي يتم تطبيقها على المعلمين أو الوالدين، أو مقاييس التقرير الذاتي، أو الملاحظة المباشرة قد لا يبدو بينها أي ارتباط على الإطلاق، أو قد يبدو لنا وجود قدر ضئيل فقط من الارتباط. فعلى سبيل المثال يوجد قدر ضئيل من الإتفاق أو قد لا يوجد إتفاق على الإطلاق بين تقارير الوالدين وتقارير الأطفال أنفسهم عندما نطق على كل منهما مقياساً مشابهاً لتقييم سلوك الطفل المضاد للمجتمع أو غير ذلك من اختلالات الأداء الوظيفي. ومن غير المحتمل أن يدرك الأطفال العديد من السلوكيات وخاصة السلوكيات المصادة للمجتمع كإشعال الحرائق، والسرقة، والهروب من المنزل، وعدم الإلتزام بالقواعد المدرسية، ومحاولة قتل شخص ما على سبيل المثال على أنها مشكلة وذلك على العكس من إدراك والديهم لها. وبوجه عام نجد أن هناك إنخفاض في نسبة الإتفاق بين المصادر المختلفة للمعلومات كالأم أو الأب أو الطفل على سبيل المثال، ووجهات النظر المختلفة كوجهات نظر الوالدين أو المعلمين أو العاملين في مجال الصحة النفسية، وأنماط السلوك كان يكون السلوك ذاتياً في مقابل الإشارات العلنية الظاهرة.

ويرى كازدين (Kazdin ١٩٩٤) أن الأساليب المختلفة للتقييم والقياس تتأثر بالعديد من العوامل عند استخدامها لقياس السلوكيات موضع الاهتمام مما يجعل القياس يتم بشكل غير تام، فنلاحظ على سبيل المثال أن النتائج التي يتم التوصل إليها من تقارير الوالدين عن سلوك طفلهما المنحرف تعتمد على حالة التوتر والضغط التي يعيشها الوالد والأعراض السيكوباتولوجية التي يعاني منها (وخاصة الاكتئاب والقلق)، ومدى التوافق الزواجي، وتوقعاته عن سلوك الطفل، وتقدير الوالد لذاته، ومدى الضغط والتوترات في المنزل كما يقرر الوالد. ومن الملاحظ أن التوتر والضغط الزائدة للوالد وإختلال أدائه الوظيفي يرتبطان بتقديره للطفل على أنه أكثر إنحرافاً. وبالتالي فإن الدرجات التي يعكسها مقياس التقدير الذي يتم تطبيقه على الوالدين يقيس جزئياً إختلال الأداء الوظيفي لديهما بالإضافة إلى إختلال الأداء الوظيفي لطفلتهما. وهذا بطبيعة الحال لا يخالف أو يناقض القيمة التنبؤية للمقاييس والقيمة الدالة على الإتفاق الخاصة بها، ولكنه في الوقت ذاته يقوى التفسير الذي تعكسه ويدعمه.

ولا يوجد في الوقت الحالي أسلوب بسيط لتحديد أي المقاييس هو الذي يعكس الأداء الحقيقي للطفل. كما أن نقص المحكات الموضوعية التي يمكن بمقتضاها تقييم مختلف المقاييس يجعل من الصعب تقييم أسلوب معين للقياس. هذا وقد جرت بعض المحاولات للتحقق من صدق مقاييس مختلفة في مقابل الملاحظة المباشرة للسلوك الظاهري، إلا أن التناقضات بين تقارير الوالدين أو المعلمين ومقاييس السلوك الظاهري تعتبر شائعة. ومع ذلك فإن الملاحظة المباشرة تثير العديد من المشكلات في هذا الصدد حيث لا يتم دائماً عمل تصنيف على نطاق واسع للسلوكيات أو المواقف، كما أن نظام التشفير المطبق في تلك المقاييس لا يعكس مدى أهمية أو مغزى العرض المرضي، فإذا ما نظرنا إلى بعض السلوكيات كإشعال الحرائق أو السرقة على سبيل المثال نلاحظ أن معدل تكرارها يكون منخفضاً في حين ترتفع درجة أهمية أو مغزى مثل هذا السلوك. وعلى الرغم من أن الملاحظة المباشرة قد تمهدنا بمحكات واضحة وملموسة في إطار تحديد

درجات معينة للسلوك فإنه لا يوجد أى مقياس أو أسلوب للقياس يمدنا بمحك لا عيب أو نقص فيه يمكن بمقتضاه التأكد من صدق غيره من المقاييس وذلك عن طريق استخدامه كمحك خارجى لغيره من تلك المقاييس. ونتيجة لذلك يتم استخدام مقاييس متعددة لتحديد أوجه مختلفة ووجهات نظر متعددة فى التقييم الإكلينيكي وفى البحث فى الإضطراب السلوكي.

تعليق عام

من الجدير بالذكر أن هناك قدرًا كبيرًا من الغموض يتضح فى كل من تشخيص وتقييم الإضطراب السلوكي. ويعد التداخل بين تشخيصات عدة مثل الإضطراب السلوكي وإضطراب النشاط الزائد المصحوب بقصور الإنتباه، إضافة إلى النقص الكبير فى المحكات الإجرائية من الأمور ذات الأهمية التى يجب أن نضعها فى إعتبارنا عند تناولنا للإضطراب السلوكي. كذلك فإن استخدام أساليب متعددة للتقييم وما يمكن أن تكشف عنه من نتائج مختلفة فيما يتعلق بالسّمات الخاصة بطفل معين تثير هى الأخرى الكثير من الغموض، ومن ناحية أخرى تعمل التقديرات التى نحصل عليها من المصادر المختلفة كالطفل، والوالدين، والمعلمين على سبيل المثال على تزويدنا بمعلومات صادقة قياسًا بمحكات أخرى. ومع ذلك يوجد قدر ضئيل من الارتباط بين كل مصدر من هذه المصادر وغيره منها. ولا يوجد فى الوقت الراهن أى مقياس موضوعي للإضطراب السلوكي يخلو من بعض مصادر التحيز، أو التصنع، أو الحكم. ويعد استخدام العديد من المقاييس المختلفة أمرًا ضروريًا للتغلب على أوجه القصور الخاصة بأى أسلوب للقياس أو أى مقياس معين.

ومع أننا قد ركزنا خلال هذا الفصل إضافة إلى الإضطراب السلوكي على تقييم السلوك المضاد للمجتمع والمقاييس المتعددة التى يمكن استخدامها لهذا الغرض فإن الإضطراب السلوكي للأطفال والمراهقين يرتبط بمدى كبير من السّمات الأخرى التى يمكن أن تكون موضع اهتمام وذلك لتحقيق أغراض معينة ترتبط

بالتقييم، فنجد على سبيل المثال أن مقاييس العمليات المعرفية، والقدرات الاجتماعية، والأداء الأكاديمي لعينات من الأفراد ذوي المشكلات السلوكية تكشف عن جوانب أو مجالات واضحة للإضطراب تتبادر إلى الذهن. وقد يكون سلوك الطفل في تلك الجوانب أو المجالات وفي غيرها من المجالات التي ترتبط بها على نفس درجة الأهمية وعلى نفس درجة اختلال الأداء الوظيفي كالسلوك المضاد للمجتمع والذي يكون هو الأساس الذي يتم بمقتضاه تحويل الطفل للعلاج. وبفس الطريقة نجد أنه بسبب الارتباط القوي للمتغيرات الأسرية بالسلوك المضاد للمجتمع خلال مرحلة الطفولة فإن مقاييس التوافق الزواجي، وسيكوباثولوجيا الوالدين، وأحداث الحياة ترتبط هي الأخرى بالإضطراب. وبسبب عمومية إختلال الأداء الوظيفي لكل من الطفل والوالدين والأسرة في الحالات الشديدة من السلوك المضاد للمجتمع يصبح من الصعب علينا أن نحدد المقاييس التي يمكن أن ترتبط بهذا السلوك في إطار مجموعة محددة من المقاييس.

ملخص واستنتاجات

يتناول الفصل الحالي المحكات المستخدمة في تشخيص الإضطراب السلوكي كتلك المحكات التي تتضمنها الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية DSM - IV الصادرة عام ١٩٩٤، إضافة إلى إضطرابات أخرى تظهر فيها السلوكيات المضادة للمجتمع كأعراض مرضية. ومن الممكن بالنسبة لتلك المحكات كنسق محدد أن تتغير مع مرور الزمن وأن تخضع للمراجعة المستمرة وهو ما حدث بالفعل مع الأنساق المستخدمة في هذا الصدد. ومن ناحية أخرى تختلف هذه المحكات من نسق إلى آخر كأنساق مستقلة تستخدم في ذات الوقت أي في نفس الفترة الزمنية كما هو الحال بالنسبة للطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية DSM - IV في مقابل التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD - 10 وهو ما يعنى ضرورة النظر إلى مثل هذه المحكات على أنها

غير نهائية. كذلك فقد تعرضنا أيضاً في هذا الفصل إلى أنماط من المشكلات السلوكية حيث تختلف تلك الأنماط وتتغير كدالة للجنس البيولوجي للفرد وعمره الزمني.

وتمثل البحوث التي يتم إجراؤها لتحديد أنماط فرعية للمشكلات السلوكية وسيلة لوضع أنساق معينة للأفراد غير المتجانسين بدرجة كبيرة والذين يرتكبون مثل هذه السلوكيات أو المشكلات السلوكية. وتفترض الخطوط الأساسية في هذه البحوث وجود أنماط فرعية تبنى على السلوك العدواني والسلوك الجانح، وأخرى على العدوانيين والصلوص، وثالثة على السلوك الظاهر وغير الظاهر، ورابعة على بداية ظهور الأعراض المرضية على الطفل والمراهق. وربما يكن أفضل تصنيف مقترح. هو ذلك التصنيف الذي يميز بين الأنماط العدوانية والأنماط الجانحة. ومع ذلك فكما رأينا ربما تتضمن مثل هذه الأنماط أنماطاً أخرى أيضاً إذ نجد على سبيل المثال أن النمط العدواني يتضمن مشكلات سلوك ظاهرة من الأكثر احتمالاً أن تكون بداية حدوثها قد تمت خلال مرحلة الطفولة. ومن الواضح أن التجانس التام بين تلك الأنماط الفرعية لا يزال غير متوفر بالقدر الكافي مما يدل على أن البحث في هذا المجال لا يزال في مرحلة مبكرة وهو ما يستوجب إجراء المزيد من الدراسات والتحقيق من صدق تلك النتائج.

ويعتمد تقييم السلوك المضاد للمجتمع على عدد من المقاييس تتضمن المقابلات، والتقارير الذاتية، وتقديرات الوالدين أو المعلمين أو الأقران، والملاحظة المباشرة، والسجلات الخاصة بالمؤسسات الحكومية. وقد تم بشكل مقتضب تحديد أنواع البيانات والمعلومات التي يمكن أن تزودنا بها مثل هذه المقاييس، وكذا المشكلات التي يمكن أن تثار من جراء تفسير تلك المعلومات وما يتم الترصل إليه في ضوءها من نتائج.

ويعتبر التشخيص والتقييم من الأمور الجوهرية في البحث والتي تم تصميمها وتطويرها حتى يتمكن من فهم طبيعة السلوك المضاد للمجتمع، وأسبابه،

والتلازمات المرتبطة به، ومضماره الإكلينيكي. وقد نالت المقاييس التي يتم تطبيقها على مختلف الإضطرابات في مرحلتى الطفولة والمراهقة قسطاً كبيراً من الاهتمام علماً بأن مثل هذه المقاييس قد تم تصميمها بشكل جيد. وفي المقابل تبقى هناك حاجة لتصميم وتطوير مقاييس تركز على مدى واسع من السلوكيات المضادة للمجتمع بحيث يمكن لها أن تلمحس تلك الأنماط السلوكية. وربما يؤدي ذلك بنا إلى تعيين أنماط فرعية للسلوك المضاد للمجتمع تكون لها دلالاتها الهامة التي تساعدنا في الكشف المبكر عن هذا السلوك، وفي الوقاية منه، وفي تطوير العلاج المناسب له..



إختلال الأداء الوظيفي

إختلال الأداء الوظيفى

العوامل المساعدة. البداية. مضمار التطور

من الجدير بالذكر أن الإضطراب السلوكى لا يظهر من تلقاء نفسه ولا يكون ظهوره عشوائياً فى أى عينة غير مختارة من الأفراد فى أى مجتمع. ومن ثم يغدو هناك سؤال يجذبنا إليه فى الحال يتمثل فيما يلى:

ما هو سبب الإضطراب السلوكى؟

وفى الواقع نجد أن هذا السؤال يحمل فى طياته غمطاً بسيطاً بعض الشيء من التفكير حول تلك المشكلة، فالبحوث الراهنة لم تجر بفرض البحث عن سبب بسيط أو سبب وحيد للإضطراب السلوكى إذ أن مدى تعقد السلوك الإنسانى، وإتساع نطاق التأثير عليه حيث يتأثر بالعديد من الجوانب منها على سبيل المثال الجانب البيولوجى والجانب النفسى والجانب الاجتماعى، وإختلاف الأنماط السلوكية التى يشملها الإضطراب السلوكى يحول دون تقديم إجابات بسيطة لتلك المشكلة.

وتميل تلك البحوث الراهنة إلى التركيز على العوامل التى تؤثر على احتمال الوصول إلى نتيجة معينة قد تتمثل فى الإضطراب السلوكى على سبيل المثال. وبدلاً من أن تؤدى هذه العوامل إلى نتيجة معينة بأسلوب معين فإنها تعمل على زيادة أو نقص احتمال حدوث هذه النتيجة. وفى ضوء هذه النظرة نلاحظ أنه لا يمكن أن يؤدى حدث وحيد إلى حدوث ذلك الإضطراب السلوكى، بل إن هناك طرقاً وأساليباً متعددة ومؤثرات عديدة أيضاً هى التى يمكنها أن تؤدى إلى

حدوث تلك النتيجة. وفي هذا الإطار توجد بعض المفاهيم التي تستحق الذكر والدراسة حيث تعكس كيفية التأثير على النتائج التي من بينها الإضطراب السلوكي.

وتتمثل العوامل المساعدة على حدوث الإضطراب السلوكي risk Factors في السمات، والأحداث، والعمليات التي تزيد من احتمال بداية المشكلة أو إختلال التوازن الذي يتمثل في الإضطراب السلوكي. ونحن بالفعل على علم ودراية بالعوامل المساعدة بوجه عام لأننا قد تناولناها بالمناقشة مع الوسائط والوسائط المتعددة والمختلفة في مختلف السياقات والتي قد تؤدي إلى الإضطراب. فنحن نعلم على سبيل المثال أن إرتفاع نسبة الكلوسترول في الدم، وعط الحياة الذي يعتمد على الجلوس معظم الوقت، والتدخين، وزيادة التعرض للضغط تزيد من احتمال حدوث أمراض القلب. وهناك فكرة ترتبط بمثل هذه العوامل المساعدة هي سرعة التأثر والقابلية للإصابة vulnerability أو الحساسية لنتائج معينة. Susceptibility فمهما تعمل العوامل المساعدة إلى جانب ذلك فإنها تجعل الفرد أكثر قابلية للتعرض للإضطراب وأكثر حساسية لتلك العوامل. فسرعة التأثر أو القابلية تستتبع كنتيجة حتمية إنخفاض القدرة على تجنب المؤثرات الأخرى.

وتشير العوامل الوقائية إلى السمات، والأحداث، والعمليات التي تقلل من أثر العوامل المساعدة. فربما يتعرض الأفراد لمجموعة من العوامل المساعدة بينما قد تخفف أو تقلل مؤثرات أخرى من تأثير تلك العوامل المساعدة. وسوف تتركز مناقشة العوامل المساعدة على مفهوم المرونة أو القدرة على الرجوع للحالة الأصلية Resilience والتي تمثل المفهوم المضاد لسرعة التأثر بتلك العوامل أو قابلية الإصابة. Vulnerability وتشير المرونة أو القدرة على الرجوع للحالة الأصلية إلى القدرة على التكيف بشكل إيجابي في مواجهة المؤثرات الخطيرة. وتركز المحاولات المبذولة لفهم تطور إختلال التوازن على العوامل المساعدة على حدوثه والعوامل التي تساعد على الوقاية منه، وهو الأمر الذي نال جل الإهتمام فيما يتعلق بإختلال الأداء الوظيفي بوجه عام لكل من الطفل والمراهق.

العوامل المساعدة على حدوث الإضطراب السلوكي

خضعت العوامل التي تؤدي إلى تعرض الأطفال والمراهقين للإضطرابات السلوكية إلى الدراسة بشكل موسع في سياق الإحالات الإكلينيكية والجنانحين الأحداث الذين صدر بحقهم حكم قضائي. وهناك دراسات عديدة في هذا المجال منها على سبيل المثال دراسات هينجلر (Henggeler, ١٩٨٩)، وروبنز وروتر (Robins & Rutter, ١٩٩٠)، وباترسون وآخرين (Patterson et al., ١٩٩٢). وهناك قائمة طويلة تضم مثل هذه العوامل، إلا أن الفئات الأساسية في تلك القائمة تضم ما يلي:

أ - عوامل ترجع إلى الطفل.

ب - عوامل ترجع إلى الوالدين والأسرة.

ج - عوامل ترجع إلى المدرسة.

وسوف نتناول هذه العوامل على النحو التالي:

أولاً: عوامل ترجع إلى الطفل

وهناك العديد من هذه العوامل والتي يمكن أن نعرض لها في تلك النقاط

التالية:

١ - الحالة المزاجية للطفل Child temperament

يشير المزاج إلى الجوانب السائدة في الشخصية والتي تظهر بعض الثبات أو الإتساق عبر المواقف المختلفة وعبر الزمن. ويعد أساس تلك السمات وراثيًا أو بنيويًا، وهي فكرة ترجع جزئيًا إلى حقيقة أن الفروق يمكن تحديدها بين الأطفال في وقت مبكر من حياتهم. وغالبًا ما تركز الفروق بين الأطفال في المزاج على بعض السمات مثل مستويات النشاط، والاستجابات الإنفعالية، ونوعية الطباع moods، والقابلية للتكيف الاجتماعي. فعلى سبيل المثال يرى بلومين (Plomin, ١٩٨٣) أن أحد أبعاد المزاج والذي يستخدم في التمييز بين الأطفال هو

بعد السلاسة والصعوبة فى التعامل easy - to - difficult . فالأطفال الذين يسمون بالسلاسة easy children يسمون بالطبع mood الإيجابى ، والتوجه نحو المثيرات الجديدة، وقابلية التكيف للتغير، وإنخفاض مستوى الحدة فى ردود أفعالهم للمثيرات الجديدة. فى حين نجد أن الأطفال الذين يسمون بصعوبة التعامل معهم difficult children يدون أنماطاً عكسية لتلك السمات التى ذكرناها، ويكون من المحتمل بالنسبة لهم أن يظهروا مشكلات سلوكية بشكل متزامن أو أن تتطور لديهم هذه المشكلات فيما بعد كما يرى ريتسما - ستريت وآخرون (1985) Reitsma - Street et. al . ومن الأكثر احتمالاً بالنسبة لمثل هؤلاء الأطفال أيضاً أن تتم إحالتهم للعلاج من السلوك العدوانى ونوبات الغضب .

٢ - المشكلات وأوجه القصور النفس عصبية neuropsychological

تشير المشكلات وأوجه القصور النفس عصبية إلى الجوانب المختلفة من الأداء الوظيفى التى تعكس الأداء الوظيفى للجهاز العصبى المركزى وتؤثر على مجموعة من مجالات الأداء الخاصة . وتشمل هذه المجالات القدرات المختلفة مثل العمليات المعرفية، واللغة والكلام، والتآزر الحركى، والإندفاعية، والانتباه، والقدرات العقلية أى الذكاء . وتعكس مثل هذه العمليات من المنظور النفس عصبى الأداء الوظيفى للمخ، كما تعكس نمو المخ أيضاً .

وتؤكد نتائج الدراسات التى تم إجراؤها فى هذا المجال أن المشكلات وأوجه القصور العصبية neurological التى تحدث مبكراً فى حياة الفرد تضعه كما يرى موفيت (1993 - أ، ب) Moffitt فى مازق وتعتبر بمثابة عامل مساعد بالنسبة له فى حدوث مشكلات سلوكية تالية وحدث الجنوح وعدم التقيد أو الإلتزام بالقانون . ومن الجدير بالذكر أن تحديد العديد من هذه المشكلات وأوجه القصور يتم باستخدام مقاييس نفس عصبية مقننة . فعلى سبيل المثال نجد أن أوجه القصور فى الوظائف المختلفة المرتبطة باللغة مثل التعلم اللفظى، والطلاقة اللغوية، ونسبة الذكاء اللفظى، أو أوجه القصور المرتبطة بالذاكرة، والتآزر الحركى،

وتكامل الإشارات السمعية والبصرية، والوظائف الإجرائية التنفيذية مثل التفكير المجرد، وتكوين المفاهيم، والتخطيط، والتحكم فى الإنتباه تعد من العوامل التى يمكن من خلالها التنبؤ بالإضطراب السلوكى اللاحق. وتعتبر هذه العوامل وما يرتبط بها من إختلال فى الأداء الوظيفى موضع إهتمام لأن العديد من المقاييس تعكس الأداء الوظيفى لأبنية معينة من المنح، ومن ثم تعكس الدعامات العصبية المحتملة للإضطراب السلوكى. كذلك فإن أى إختلال عصبى قد يعكس - ومن ثم يفسر جزئياً - الأثر الذى تسببه المؤثرات الأخرى على سلوك الطفل كالتعرض على سبيل المثال قبل الولادة أو بعدها لمواد سامة ناتجة مثلاً عن إساءة استخدام العقاقير من جانب الأم، والتغذية غير الجيدة للأم، والتعرض لرابع إيثيل الرصاص. وتمثل أهم الأمور التى يجب أن نلاحظها ونضعها فى الاعتبار فى أن إختلال الأداء الوظيفى النفس عصبى الذى يحدث فى وقت مبكر من الحياة يمكن من خلاله التنبؤ بالإضطراب السلوكى اللاحق أى الذى يحدث فى مرحلتى المراهقة والرشد.

٣ - المستويات دون الإكلينيكية للإضطراب السلوكى

يشير الإضطراب السلوكى دون الإكلينيكى Subclinical إلى اللاسواء إلى حد ما، كما يعكس حالة من الإضطراب الذى يتعذر إكتشافه بالفحوص الإكلينيكية المألوفة. وقد أوضحت العديد من الدراسات كما يرى فارنجتون (١٩٩١) Far-rington، ولوبر (١٩٩١) Loeber أن مستويات الإضطراب السلوكى دون الإكلينيكى يمكنها التنبؤ بالإضطراب السلوكى اللاحق. كذلك يمكن لتلك المقاييس التى يتم تطبيقها على المعلمين والأقران والتى يمكن من خلالها قياس العدوانية وعدم قابلية الطفل للترويض وذلك فى وقت مبكر أو متأخر من سنوات الدراسة بالمدرسة يمكنها أيضاً التنبؤ بالإضطراب السلوكى اللاحق. ويطلق على مثل هذه السلوكيات مستويات دون إكلينيكية Subclinical levels لأنها ليست فى حدة تلك السلوكيات التى تؤدى إلى الإحالات الطبية للطفل إلى العيادة النفسية. وعلى الرغم من استمرار السلوك المشكل بشكل واضح فإن هذا لا يعنى أن كل

المراهقين أو حتى معظمهم من ذوى السلوك الجامح يتم تحديدهم فيما بعد على أنهم يصدر عنهم سلوك مضاد للمجتمع، ومن ثم يصبحون هم أنفسهم مضادين للمجتمع. ومع ذلك فإن السلوك الذى يحدث فى وقت مبكر من حياة الطفل يعد واحداً من تلك العوامل التى يمكن من خلالها التنبؤ بالإضطراب السلوكى اللاحق.

وفى الواقع نجد أن مجرد ظهور سلوك غير قابل للترويض من جانب الطفل لا يعد عاملاً مساعداً على حدوث الإضطراب السلوكى بل يحتاج الأمر إلى أكثر من ذلك حتى يمكن إعتباره عامل مساعد. ويرى لوبر (Loeber ١٩٩٠) أن عمر الطفل عند بداية الإضطراب السلوكى، وعدد الأنماط المختلفة من السلوكيات المضادة للمجتمع التى تصدر عنه، وعدد المواقف التى تحدث فيها السلوكيات المضادة للمجتمع كأن تحدث فى المنزل أو المدرسة أو المجتمع المحلى على سبيل المثال تعد عوامل مرتبطة هى الأخرى بحدوث الإضطراب. ومن ثم فإنه كلما كانت بداية الإضطراب فى وقت مبكر من حياة الطفل، وكانت المشكلات التى تصدر عن الطفل أكثر حدة كان من الأكثر احتمالاً بالنسبة للطفل أن يتعرض لمثل هذه الإضطراب السلوكى.

٤ - الأداء الأكاديمى للطفل ومستوى ذكائه

يرتبط القصور الأكاديمى وإنخفاض مستوى الأداء الوظيفى للذكاء بالإضطراب السلوكى. ومن الجدير بالذكر أن هذه العلاقة تتضح من خلال تطبيق مقاييس عديدة للذكاء والأداء المدرسى مثل إختبارات الذكاء اللفظية وغير اللفظية، والدرجات التى يحصل عليها الطفل فى المدرسة، وإختبارات التحصيل، وكذلك من خلال تطبيق مقاييس الإضطراب السلوكى مثل التقرير الذاتى للمراهقين، وتقارير المعلمين، والسجلات الرسمية للجنوح. إلا أن مثل هذا الارتباط لا يعنى بالضرورة أن إختلال الأداء الأكاديمى يمثل عاملاً مساعداً على حدوث الإضطراب السلوكى. كذلك فإنخفاض معدل الوقت الذى يقضيه الطفل بالمدرسة نتيجة هروبه من المدرسة أو وقف قيده، إلى جانب نقص الإنتباه من جانب

المعلمين قد يؤدي إلى انخفاض معدل التحصيل الأكاديمي. ومع ذلك يرى فارنجتون (١٩٩١) Farrington، وموفيت (١٩٩٣) Moffitt أن أوجه القصور الأكاديمي وانخفاض نسبة الذكاء غالباً ما يمكن من خلالهما التنبؤ بالاضطراب السلوكي اللاحق.

ومن المعروف أن الأداء الأكاديمي ومستوى الذكاء يرتبطان بمتغيرات أخرى مثل المستوى الإقتصادي الاجتماعي وحجم الأسرة. ولكننا نلاحظ مع ذلك كما يرى وست (١٩٨٢) West أنه حتى عندما يتم تثبيت مثل هذه المتغيرات فإنه يمكن أيضاً من خلال الأداء الأكاديمي ومستوى الذكاء التنبؤ بالاضطراب السلوكي. وبالرغم من أن إختلال الأداء الوظيفي الأكاديمي يعد عاملاً مساعداً على حدوث الإضطراب السلوكي التالي أو اللاحق فإن العلاقة بينهما ليست مجرد علاقة أحادية الاتجاه إذ يرى كل من ليدنجهام وسكوارتزمان (١٩٨٤) Ledingham & Schwartzman، وباتشمان وآخرين (١٩٧٨) Bachman et. al أنه يمكن من خلال الإضطراب السلوكي التنبؤ بالفشل التالي أو اللاحق في المدرسة وانخفاض مستوى التحصيل الدراسي.

ثانياً: عوامل ترجع إلى الوالدين والأسرة

وهناك عدد من العوامل التي تساعد على حدوث الإضطراب السلوكي للأطفال والمراهقين وإن كانت ترجع في أساسها إلى الوالدين والأسرة وليس إلى الطفل نفسه. ومن هذه العوامل ما يلي:

١- الوراثة

يرى ديلالا وجوتسمان (١٩٨٩) DiLalla & Gottesman أن نتائج العديد من الدراسات توضح أن العوامل الوراثية تلعب دوراً هاماً في تعرض الأفراد للإضطرابات السلوكية. وفي هذا الإطار غالباً ما يتم استخدام دراسات التوائم لتوضيح دور المؤثرات الوراثية لأن التوائم المتشابهة يعدون في الواقع أكثر شبهاً من الناحية الوراثية قياساً بالتوائم غير المتشابهة أو حتى بالأخوة العاديين.

وتوضح دراسات التوائم وجود معدلات إتفاق أكثر إرتفاعاً بين التوائم المتشابهة فى مقابل التوائم غير المتشابهة حيث يزداد مثلاً إحتمال تعرض التوأم الآخر فى حالة التوائم المتشابهة لنفس الإضطراب إذا ما تعرض له التوأم الأول. وتكون مثل هذه المعدلات أكثر ثباتاً فى حدوثها وإرتفاعها مع حدوث الإنتقال الجينى أو الوراثة. Genetic transmission وقد كشفت مثل هذه الدراسات عن حدوث معدلات كبيرة من الإتفاق فى حدوث الجنوح، والجريمة، والإضطرابات السلوكية بين التوائم المتشابهة قياساً بالتوائم غير المتشابهة. وتوضح نتائج دراسات الجريمة بين الراشدين والمراهقين أن العامل الوراثة يعد هو الأقوى فى هذا الإطار حيث يرى جوتسمان وآخرون (١٩٨٣) Gottesman et. al أن معدل الإتفاق كان أكثر من الضعف بين التوائم المتشابهة قياساً بالتوائم غير المتشابهة. وأوضحت من جانب آخر الدراسات التى أجريت على المراهقين كدراسة بلومين (١٩٩١) Plomin أن معدلات الإتفاق فى حالة الجنوح قد بلغت ٨٧٪ بين التوائم المتشابهة، وبلغت ٧٢٪ بين التوائم غير المتشابهة. وهذا بطبيعة الحال يوضح وجود تأثير للعامل الوراثة لدى المراهقين ولكنه ليس تأثيراً قوياً نظراً لأن هذا المعدل يرتفع كما نرى قليلاً فقط فى حالة التوائم غير المتشابهة.

ويشير عزو الفروق فى الإتفاق بين التوائم المتشابهة والتوائم غير المتشابهة إلى عوامل وراثية فكرة تساوى أو توازن البيئتين للنمطين المختلفين من التوائم ومع ذلك فإن العوامل البيئية تعد أكثر تشابهاً بالنسبة للتوائم المتشابهة قياساً بالتوائم غير المتشابهة نظراً لأن والدى التوائم المتشابهة قد يعاملانهم بشكل أكثر تشابه. وتميز دراسات التبنى بشكل أفضل بين التأثيرات الوراثية والتأثيرات البيئية لأن الطفل عادة ما يكون قد تم إفصاله عن والده البيولوجى عند الميلاد. ومع حدوث التبنى فى وقت مبكر جداً من حياة الطفل لا يمكن عرو التشابه التالى أو اللاحق بين سلوك الوالد والطفل إلى تلك الأساليب التى يتبعها الأب البيولوجى فى تربية الطفل وتنشئته وما يرتبط بذلك من مؤثرات بين شخصية.

وتوضح نتائج دراسات التبنى كدراسات كادوريت (١٩٧٨) Cadoret، وكراو

(Crowe ١٩٧٤) أن الإضطراب السلوكى للأبناء وإرتكابهم للجرائم المختلفة يجد الفرصة سانحة أمامه كى يزداد معدل إحتمال حدوثه خاصة إذا ما أظهر أحد الأقارب السيولوجيين للطفل مثل هذه السلوكيات. وبطبيعة الحال تدعم هذه النتيجة دور الوراثة فى الإسهام فى ظهور الإضطراب السلوكى. ومع ذلك فإن العوامل الوراثية بمفردها لا تعد هى المسؤلة عن النتائج التى كشفت عنها تلك الدراسات. ومن ناحية أخرى يرى كادوريت وكاين (١٩٨١) Cadoret & Cain أن نتائج دراسات التبنى تؤكد أيضاً على تأثير العوامل البيئية التى تعمل كعوامل معاكسة أو غير ملائمة فى المنزل كالاختلافات الزوجية وإختلال الأداء الوظيفى السيكاترى للوالدين أو أحدهما، إلى جانب تعرض الطفل لعناية متقطعة من جانب الأم قبل أن يستقر فى وضع التبنى كوضع نهائى، وعمر الطفل عندما تم التبنى. ومن ثم فإن مثل هذه النتائج تؤكد على وجود دور مشترك لكل من العوامل البيئية والوراثية. ويرى برينان وآخرون (١٩٩١) Brennan et. al أن مثل هذا الإسهام المزدوج للمؤثرات الوراثية والبيئية يتضح بشكل جلى فى الدراسات التى أوضحت أن الإضطراب السلوكى لدى كل من الأب البيولوجى أو الأب بالتبنى يزيد من إحتمال ظهور إضطرابات سلوكية لدى الطفل، وذلك على الرغم من أن تأثير الأب البيولوجى يعد هو الأقوى. ومع ذلك فإن إحتمال إظهار الطفل للإضطراب السلوكى يزداد بدرجة كبيرة كما يرى كادوريت وآخرون (١٩٨٣) Cadoret et. al عندما تتوفر كل من المؤثرات الوراثية والبيئية.

وبوجه عام يبدو أن تأثير الوراثة يكون هو الأقوى والأكبر على الإضطرابات السلوكية فى مرحلة الرشد قياساً بما يمكن أن يكون عليه بالنسبة لكل من الأطفال والمراهقين. ومع ذلك يرى كل من فريك وجاكسون (١٩٩٣) Frick & Jackson أن الدراسات التى تم إجراؤها فى هذا المجال لا تعد كافية كى نقرر بموجبها أن تأثير الوراثة يكون بالضرورة هو الأقل بالنسبة للأطفال قياساً بالراشدين. فرما يكون التأثير الوراثى فى مرحلة المراهقة أقل مما هو عليه فى مرحلتى الطفولة والرشد إذ أنه خلال مرحلة المراهقة يأتى العديد من المراهقين بأنماط سلوكية تنم

عن الإضطراب السلوكى، ولكنهم مع ذلك لا يستمرون فى الإتيان بتلك السلوكيات خلال مرحلة الرشد. وقد تقل زيادة مثل هذه الأنماط السلوكية بالنسبة لنمط سلوكى معين ويقل بالتالى عزوها إلى التأثيرات الوراثية باستثناء المجموعة الفرعية من المراهقين الذين يستمرون فى الإتيان بهذا النمط السلوكى خلال مرحلة الرشد، أى لا تقل لديهم زيادة الأنماط السلوكية المنحرفة ولكنها تستمر بما هى عليه حتى خلال مرحلة الرشد.

٢ - المرض النفسى والسلوك الإجرامى فى الأسرة

يرى فيرنر وسميث (Werner & Smith ١٩٩٢)، وروتر وآخرون (Rutter et. al ١٩٧٠) أن إصابة الوالدين أو أحدهما بمرض نفسى يزيد من احتمال تعرض الطفل لإختلال الأداء الوظيفى النفسى بوجه عام ويعد فى الوقت ذاته من العوامل المساعدة على ذلك. وكما هو متوقع فإن احتمال حدوث الإضطراب السلوكى للطفل يرتبط بدرجة أكبر بوجود إختلال فى الأداء الوظيفى لدى أى من الوالدين. ومن ناحية أخرى يرى وست وبريتز (West & Prinz ١٩٨٣)، وروتر وجيلر (Rutter & Giller ١٩٨٣) أن قيام أحد الوالدين بالسلوك الإجرامى، أو تعرضه لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، أو تعاطيه للكحوليات يزيد من احتمال تعرض الطفل للإضطراب السلوكى. فالأطفال الذين يتعاطى والدوهم الكحوليات على سبيل المثال تزداد احتمالات إحتكاكهم بالبوليس، ويصبحون أكثر إساءة لاستخدام المواد، وتزداد معدلات هروبهم من المدرسة وتسربهم منها.

وتركز معظم الدراسات التى تتناول إختلال الأداء الوظيفى الوالدى على والدى الطفل الذى يعانى من الإضطراب السلوكى. وتوضح نتائج تلك الدراسات أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لأجداد كل من الأطفال والمراهقين الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع - أجدادهم لأبائهم وأمهاتهم - أن يبدون إضطرابات سلوكية كالسلوك الإجرامى، وتعاطى الكحوليات على سبيل المثال

وذلك قياسًا بأجداد أقرانهم من الأطفال والمراهقين الذين لا تصدر عنهم مثل هذه السلوكيات المضادة للمجتمع. كذلك فقد أوضحت الدراسات الطولية أن السلوك العدواني يكون ثابتًا عبر الأجيال في الأسرة الواحدة. ويرى هويسمان وآخرون (١٩٨٤) Huesmann et. al أن مستوى العدوانية لدى الوالد عندما كان في نفس العمر الزمني لطفله في الوقت الراهن يعد هو أفضل مؤشر أو منبئ لدى عدوانية ذلك الطفل. وبوجه عام نرى أن وجود تاريخ للسلوك العدواني أو المضاد للمجتمع في أسرة الطفل يزيد من احتمال قيامه بمثل هذه السلوكيات، ويعد بالتالي من العوامل المساعدة على حدوث ذلك.

٣ - التفاعل بين الطفل ووالديه

تعتبر العديد من السمات التي تتعلق بالتفاعل بين الوالدين وأطفالهما من العوامل المساعدة على حدوث الإضطرابات السلوكية لهؤلاء الأطفال. وقد نالت أساليب المعاملة الوالدية واتجاهات الوالدين على وجه الخصوص القسط الأكبر من تلك الدراسات إذ كان من المعروف لبعض الوقت أن درجة عدوانية الطفل وذلك في العينات غير المرضية ترتبط بمدى حدة ما يناله من عقاب في المنزل. ويشير كازدين (١٩٨٥) Kazdin، وفارنجتون (١٩٧٨) Farrington أن أساليب العقاب في الأسر التي ينحدر منها الأفراد ذوو الإضطرابات السلوكية غالبًا ما تكون متطرفة. ويميل مثل هؤلاء الآباء والأمهات في الواقع إلى تبني اتجاهات جافة حيال أطفالهم إلى جانب أساليب معاملة قاسية لهم. ويرى وندوم (١٩٨٩) Windom أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة للأفراد المضطربين سلوكيًا قياسًا بأقرانهم غير المحالين إكلينيكيًا للعلاج دون أن يكون لديهم إضطرابات سلوكية أن يكونوا ضحايا لإساءة استخدام الأطفال وأن ينحدروا من أسر يسود فيها إساءة استخدام القرين.

وبعيداً عن العقاب القاسي فقد أوضحت الدراسات أن التساهل الزائد من جانب أحد الوالدين أو كليهما، والأساليب الغريبة وغير الثابتة أو غير المتسقة من

جانب أحدهما أو كليهما ترتبط بجنوح الأبناء. فعلى سبيل المثال نلاحظ أن قسوة العقاب من جانب الأب والتساهل مع الأطفال من جانب الأم يعد من العوامل المسؤولة عن السلوك الجانح الذي يحدث فيما بعد أو متأخراً من جانب الأبناء، بينما يقل احتمال تعرض الأطفال للجنوح حينما يكون هناك إتساق فى أساليب المعاملة الوالدية من جانب كلا الوالدين حتى وإن كانا يتسمان بالعقاب الشديد للأطفال. وعلى الرغم من أن قسوة العقاب والإتساق فيه يعد مسئولاً عن السلوك العدوانى كما يرى باترسون وآخرون (١٩٩٢) Patterson et. al فإن هناك من الأدلة كما يرى إيرون وآخرون (١٩٩١) Eron et. al ما يؤكد على أن العقاب من جانب أحد الوالدين قد يكون استجابة لعدوان الطفل أكثر من كونه يسبق هذا العدوان ويؤدى إليه حيث من المحتمل أن يستجيب الوالدان للسلوك المزعج والمنحرف من جانب الطفل، ويؤديان فى هذا الإطار بتجاهلها وإهمالها له إلى تفاقم السلوك المنحرف من جانبه ومن ثم سلوكه العدوانى. ويبدو من المحتمل أن العلاقة بين إنحراف الطفل والعقاب من جانب الوالدين تتمثل فى أن كلا منهما يسبب الآخر ويعززه أو يدعمه، ومن ثم يصبح كلاهما أكثر تطرفاً.

وبعيداً عن أساليب العقاب فقد أكدت نتائج الدراسات التى أجريت فى هذا المجال أن الأساليب الأخرى المتبعة للسيطرة على سلوك الطفل تعد فى حد ذاتها من المصادر التى تثير العديد من المشكلات بين والدى المراهقين الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع. ويرى باترسون وآخرون (١٩٩٢) Patterson et. al أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لوالدى الأطفال الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع أن يصدرا العديد من الأوامر لأطفالهما وأن يقوموا بعقاب الطفل على سلوكه المنحرف وذلك بشكل مباشر من خلال لفت إنتباهه وجعله يطيع الأوامر التى يصدرانها له، ولكنهما فى ذات الوقت يتجاهلان ما يصدر عنه من سلوك اجتماعى مما يعمل على تعزيز النتائج المعاكسة لمثل هذا السلوك. وتوضح التحليلات الدقيقة للتفاعلات التى تحدث بين كل من الوالدين والأطفال أن السلوك المضاد للمجتمع - وخاصة العدوان - يتم التدريب عليه بشكل منظم فى

منازل الأطفال الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع وإن كان مثل هذا التدريب لا يحدث عن عمد.

كذلك فإن عملية الإشراف على الطفل كجانب آخر من جوانب العلاقة بين الوالدين والطفل تنعكس هي الأخرى بشكل مستمر في الإضطراب السلوكي إذ أنه من الأقل احتمالاً بالنسبة لوالدي الأطفال الجانحين أو الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع أن يقوموا بمراقبة الأماكن التي يتواجد فيها أطفالهم أو أن يقوموا بعمل الترتيبات اللازمة للعناية بأطفالهم وتوفير الرعاية لهم حينما يغيبون عن المنزل مؤقتاً. وهناك عوامل أخرى تعكس الإشراف غير الجيد من جانب الوالدين على أطفالهما، ومن ثم تمثل عوامل مساعدة للإضطراب السلوكي تتضمن عدم وجود قواعد في المنزل تحدد تلك الأماكن التي يمكن للأطفال أن يذهبوا إليها، والوقت الذي يجب أن يعودوا فيه للمنزل، وسماع الوالدين للأطفال بالتجول في الشوارع، والقيام كذلك بالعديد من الأنشطة المستقلة والتي لا يتم فيها الإشراف عليهم.

وإضافة إلى ذلك فإن الخصائص التي تعكس نوعية العلاقة بين الوالدين والأطفال والتي تعكس نوعية العلاقات الأسرية أيضاً تعد هي الأخرى بمثابة عوامل مساعدة لحدوث الإضطراب السلوكي، فوالدو المراهقين الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع قياساً بوالدي أقرانهم غير المحالين للعلاج يعدون كما يرى هنجلر (Henggeler ١٩٨٩) أقل تقبلاً لأطفالهم، ويبدون لهم قدراً أقل من الدفء الوالدي، والعاطفة، والمساندة الإنفعالية، كما يبدو إلى جانب ذلك قدراً أقل من التعلق. وعلى مستوى العلاقات الأسرية نلاحظ أن مثل هذه العلاقات تعكس قدراً أقل من المساندة وقدراً أكبر من الدفاع عن الذات بين أعضاء الأسرة، كما أنهم كأعضاء في الأسرة يعدون أقل مشاركة في الأنشطة، ومن ثم فإن الأسرة كوحدة تعد هي الأخرى أقل مشاركة في الأنشطة، وتتم بوجود قدر رائد من السيطرة أو الهيمنة الواضحة لعضو واحد من أعضاء الأسرة

على باقى الأعضاء. ومن ناحية أخرى فإن مثل هذه العلاقات أيضاً تميز أسر المراهقين ذوى الإضطرابات السلوكية.

٤ - الانفصال بين الوالدين والطلاق والعلاقات الزوجية

قد يرجع الانفصال من جانب أحد الوالدين أو كليهما إلى عدد من العوامل مثل الوفاة أو الإيداع فى إحدى المؤسسات أو الطلاق. وبوجه عام نلاحظ أن حدوث هذا الانفصال خلال طفولة الفرد يزيد من خطر تعرضه لخلل سيكاترى من خلال إصابته أو تعرضه للعديد من إضطرابات الطفولة. وفيما يتعلق بالإضطرابات السلوكية فإن نتائج الدراسات التى أجريت فى هذا المجال تؤكد بما لا يدع مجالاً للشك أن العلاقات الزوجية السيئة، والصراعات بين الشخصية، والعدوان تميز العلاقات الوالدية للأطفال الجانحين وأولئك الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع. وسواء حدث الانفصال بين الوالدين أو لم يحدث فإن مدى الخلافات الزوجية والصراع الظاهر هو الذى يرتبط بمخاطر تعرض الطفل للإضطرابات السلوكية واختلال الأداء الوظيفى خلال مرحلة الطفولة وبعد بالتالى من العوامل المساعدة على ذلك. ويرى جافيه وآخرون (١٩٩٠) Jaffe et. al أن تطرف الصراع بين الوالدين وزيادة حدته وعلانيته ينم عن إساءة الاستخدام الجسمى بينهما ويؤدى إليه، وأن رؤية الأطفال لمثل هذا العنف يزيد من احتمال أن يظهر هؤلاء الأطفال أنفسهم العنف فى تعاملاتهم.

٥ - الترتيب الميلادى وحجم الأسرة

يرى إيرون وآخرون (١٩٩١) Eron et. al أن الترتيب الميلادى للطفل يرتبط ببداية حدوث الإضطراب السلوكى لديه حيث تزداد الإضطرابات السلوكية بين الأطفال ذوى الترتيب الميلادى المتوسط قياماً بالطفل الوحيد The only child أو الأطفال ذوى الترتيب الميلادى الأول أو أقرانهم ذوى الترتيب الميلادى الأخير على الرغم من وجود بعض الإستثناءات. وتعد مثل هذه العوامل وما يترتب عليها من آثار بمثابة عوامل معقدة، كما أنها قد تختلف وخاصة فى حالة الجنوح

كدالة لنمط الجنتحة المرتكبة، والمدة التى يبقى فيها الطفل الوحيد وحيداً أى طول الفترة الزمنية المنقضية قبل أن يولد أخ له. ومع ذلك نلاحظ بوجه عام أنه كلما طالت المدة الزمنية التى يبقى فيها الطفل الوحيد وحيداً أو الطفل الأصغر هو الأصغر قبل أن يولد أخ له تقلل من مخاطر تعرضه للجنوح.

ومن ناحية أخرى يزيد الحجم الأكبر للأسرة أى تضمناها لعدد كبير من الاطفال من مخاطر تعرض الاطفال للجنوح. ويرتبط حجم الأسرة بوضوح بتلك النتائج التى تم التوصل إليها فيما يتعلق بالترتيب الميلادى وأثره فى هذا المجال. وقد تمت بالفعل محاولات عديدة لفصل أو عزل هذه العوامل والتأكد من مدى تأثيرها، فنخضع كل من حجم الأسرة، والترتيب الميلادى للدراسة واتضح أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة للأطفال الذين لهم أخوة أكبر منهم سنّاً أن يكونوا جانحين، وكلما ازداد الفاصل الزمنى بين مثل هؤلاء الأفراد وأخوتهم الأكبر منهم سنّاً ازداد بالتالى احتمال تعرضهم للجنوح. كذلك فإن احتمال مخاطر التعرض للإضطرابات السلوكية يرتبط بعدد الأخوة الذكور فى الأسرة كما يرى أوفورد (١٩٨٢) Offord وليس بعدد الأخوات الإناث. كذلك إذا كان هناك من الأخوة الذكور من تصدر عنه سلوكيات مضادة للمجتمع يزداد بالتالى احتمال مخاطر تعرض الأخوة الآخرين للإضطرابات السلوكية.

٦- تدنى المستوى الاقتصادى الاجتماعى

يشير هاوكنز وآخرون (١٩٩٢) Hawkins et. al إلى أن الفقر، والإردحام الزائد بالمنزل، والبطالة، والعيش على المعونات الاجتماعية، والظروف المنزلية السيئة تعد من أهم العوامل التى تنم عن سوء المستوى الاقتصادى الاجتماعى للأسرة والتى تزيد من مخاطر تعرض الأبناء للإضطرابات السلوكية والجنوح. ويبدو أن الآثار التى تخلفها مثل هذه العوامل تكون مستمرة إذ نجد على سبيل المثال أن إنخفاض دخل الأسرة أثناء طفولة الإبن يمكن من خلاله كما يرى كلوفين وآخرون (١٩٨٨) Klovina et. al التنبؤ بالسلوك الإجرامى من جانب الراشدين بعد ذلك بثلاثين عاماً. ومن ناحية أخرى فإن تفسير أثر إنخفاض

الدخل وما يرتبط به من مؤشرات لسوء المستوى الاقتصادى الاجتماعى يزداد تعقيداً من جراء إرتباطه بالطبقة الاجتماعية وبغيرها من العوامل العديدة الأخرى التى تعد عوامل مساعدة على حدوث الإضطراب السلوكى وتزيد من احتمال تعرض الأطفال له كالحجم الكبير للأسرة، والازدحام الزائد للمنزل بالأفراد، والإشراف غير الجيد على الطفل، وغير ذلك من عوامل. إلا أنه عندما يتم تثبيت أثر مثل هذه العوامل فإن سوء المستوى الاجتماعى فى حد ذاته لا يرتبط دائماً بالإضطراب السلوكى.

كذلك فمن المحتمل أن يؤدي سوء المستوى الاقتصادى الاجتماعى إلى تفاقم أثر العوامل الأخرى فنجد على سبيل المثال أن المصادر المالية المحدودة للأسرة تقلل من احتمالات الإشراف الجيد على الطفل والرقابة الجيدة عليه ورعايته خصوصاً أثناء غياب الوالدين عن المنزل، كما تزيد أيضاً من الضغوط الواقعة على الأسرة فلا تستطيع مثلاً أن تقوم بإصلاح أى شىء فى المنزل يحتاج إلى إصلاح. ومن ثم يعد سوء المستوى الاقتصادى الاجتماعى من بين تلك العوامل التى تزيد من احتمال تعرض الأطفال للإضطرابات السلوكية. ومع ذلك فعندما يتم تثبيت أثر العوامل الأخرى ذات الصلة فإن الدور المحدد الذى تلعبه الأمور الاقتصادية لا يتم دوماً تقييم أثره.

ثالثاً: عوامل ترجع إلى المدرسة

هناك عوامل أخرى ترتبط بالمدرسة وتمثل مجموعة مستقلة من تلك العوامل التى تساعد على حدوث الإضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين. ومن أهم هذه العوامل ما يلى:

- خصائص الوضع المدرسى

تمت دراسة خصائص الوضع المدرسى كأحد المصادر التى تزيد من احتمال مخاطر تعرض الطفل للإضطرابات السلوكية. ويمكن فى هذا الإطار تحديد وصف مناسب للمدارس فى ضوء عدة أساليب تتضمن التنظيم، والموقع أو

المكان، ونسبة المعلمين إلى الطلاب، وغيرها من الخصائص. ومع ذلك يصعب عزل العديد من هذه الخصائص عن بعضها وعن سمات التلاميذ والأسر التي تقدم لهم المدرسة خدماتها. فعلى سبيل المثال نجد أن المدارس الموجودة في بعض مناطق من المدينة قد تضم نسبة أعلى من الأسر الفقيرة، والتي تستخدم أساليب جافة وقاسية في تربية الأطفال وتنشئتهم، ويكون إشرافهم على أطفالهم ورعايتهم غير جيد. وفي مثل هذه الحالة قد تكون تلك العوامل الأخيرة وليست الظروف المدرسية هي المسئولة عن القدر الأكبر من المخاطر التي تحدث بالتلاميذ وتعد من العوامل المسئولة عن حدوث الإضطرابات السلوكية. وحتى مع وجود مثل هذه التعقيدات يبدو أن خصائص المدرسة هي الأخرى تعد عاملاً مساعداً يزيد من مخاطر تعرض الأطفال للإضطرابات السلوكية

هذا وقد قام روتر Rutter وزملاؤه (١٩٧٩)، Rutter, Maughan, Mortimore & Ouston بدراسة خصائص إثنى عشرة مدرسة ثانوية مختلفة ومدى إرتباطها بما يتضح في سلوك الطلاب ويشمل الانتظام في الحضور للمدرسة، والإستمرار في الدراسة، ومعدلات الجروح، والأداء الأكاديمي. واتضح أن العديد من الخصائص المرتبطة بالمدرسة لها تأثير كبير على النتائج التي تم التوصل إليها كما يعكسها سلوك الطلاب. كما تضمنت هذه الخصائص تأكيداً على العمل الأكاديمي، والوقت الذي يستغرقه المعلم في شرح الدروس، واستخدامه للمدح والثناء، ومدى ثقله واستحسانه للعمل المدرسي، والتأكيد على المسئولية الفردية للطلاب، والظروف الجيدة للعمل المتاحة أمامهم كالفصول النظيفة والأثاث الجيد على سبيل المثال، ومدى استفادة الطلاب من المعلم ومحاحه في التعامل مع مشكلاتهم، واتساق توقعاته. وتوضح النتائج الكلية وجود فروق ثابتة بين تلك المدارس على مقاييس السلوك المستخدمة والتي لا يمكن أن يتم تفسيرها ببساطة عن طريق المروق بين تلك المدارس في الخصائص الفيزيائية كالحجم والفراغ المتاحة، أو عن طريق الأنماط المختلفة من الأطفال والأسر ذات الصلة بتلك المدارس. وعلاوة على ذلك فقد أوضحت النتائج أن الإرتباط بين العديد من

هذه العوامل - وليس أى متغير بمفرده - يسهم فى الوصول بالطالب إلى النتيجة التى يعكسها سلوكه . وعلى أى حال فإن خصائص المدرسة قد تسهم فى حدوث الإضطرابات السلوكية وتزيد من احتمال مخاطر التعرض لها .

رابعاً: عوامل أخرى

يرى يوشيكافا (Yoshikawa ١٩٩٤) ، ولوبر (Loeber ١٩٩٠) ، وروتر وجيلر (Rutter & Giller ١٩٨٣) أن العوامل التى ترتبط بالطفل ، ومثيلاتها التى ترتبط بالوالدين والأسرة ، أو المدرسة والتى انتهينا للتو من مناقشتها وإستعراضها تعد بوجه عام هى أهم المؤشرات التى يمكن من خلالها التنبؤ بالإضطرابات السلوكية . ومع ذلك فإن قائمة العوامل تلك لا تعد كاملة فى ضوء هذا الإطار حيث توجد هناك عوامل أخرى تسهم فى زيادة احتمال مخاطر التعرض للإضطرابات السلوكية ومن ثم تعتبر عوامل مساعدة فى هذا الصدد . ومن بين مثل هذه العوامل هناك عوامل إضافية ترتبط بالوالدين وبالأسرة مثل التخلف العقلى لأحد الوالدين أو كليهما ، والحمل أثناء مرحلة المراهقة ، والزواج المبكر للوالدين ، ونقص إهتمام الوالدين بالأداء المدرسى للطفل ، ونقص مشاركة الأسرة أو إنخفاض مستوى مشاركة الأسرة فى القيام بالأنشطة الدينية والترفيهية .

كذلك هناك عوامل أخرى تمثل مجالات إضافية تشمل على سبيل المثال تلك التعقيدات التى تحدث قبل الميلاد Prenatal وقرب الميلاد Perinatal كإصابة الأم بمرض معد ، والولادة المبكرة وإنخفاض وزن الوليد ، وحدث خلل فى التنفس عند الميلاد ، والإصابات البسيطة التى قد يتعرض لها الطفل عند ميلاده وهو ما يزيد من احتمال مخاطر قيام الطفل بالسلوك المضاد للمجتمع والسلوك الجانح . ويضيف مرازيك وهاجرنى (Mrizek & Haggerty ١٩٩٤) إلى ذلك المرض المزمن خلال مرحلة الطفولة ، والتلف الذى قد يصيب الجهاز العصى المركزى وهو ما قد يحدث أثناء الولادة . ومن ناحية ثانية هناك عوامل أخرى مؤثرة كمشاهدة أفلام العنف والعدوان فى التلفزيون خلال مرحلة الطفولة والتى

يمكن أن تؤدي هي الأخرى كما يرى ليفكاوتز وآخرون (Lefkowitz et. ١٩٧٧) إلى زيادة احتمال مخاطر القيام بالسلوك العدواني خلال مرحلتى المراهقة والرشد. وإلى جانب الدور الذى يمكن أن تلعبه أفلام العنف التى تعرض على شاشات التلفزيون فقد أوضحت الدراسات التى تناولت وسائل أخرى من وسائل الإعلام تعرض للعنف كالسينما وألعاب الفيديو أنها لا تقل فى تأثيرها عن التلفزيون إذ يرى ستراسبورجر (Strasburger ١٩٩٥) أنها تزيد هي الأخرى من احتمالات حدوث مشكلات سلوكية.

وإذا كانت نتائج البحوث التى أجريت فى هذا المجال تؤكد على وجود مصفوفة كبيرة من العوامل المساعدة على حدوث الإضطرابات السلوكية، فإن السؤال الذى يطرح نفسه هنا يجب أن يتمثل فيما يلى:

أى من هذه العوامل يعد هو الأكثر أهمية، وكيف تعمل مثل هذه العوامل وتؤدي دورها المتوقع؟

ويرى يوشيكارا (Yoshikawa ١٩٩٤)، وروتر وجيلر (Rutter & Giller أن تراكم هذه العوامل يزيد من احتمال مخاطر التعرض لإختلال الأداء الوظيفى الإكلينيكى. أما الأسلوب الذى يتم به تراكم هذه العوامل ويجعلها تؤثر بالتالى على حدوث النتائج أى تؤدي إلى حدوث الإضطرابات السلوكية فلا يزال يحتاج إلى تعليق، إذ أن مجرد وجود عامل واحد فقط من هذه العوامل قد لا يؤدي إلى زيادة احتمال مخاطر حدوث الإضطراب فى كل الأحوال أو على الأقل فى أغلبها. وعندما يتواجد عدد قليل فقط من هذه العوامل يحدث إسراع وزيادة فى معدل احتمال حدوث الإضطرابات حيث يؤدي إضافة المزيد من العوامل إلى زيادة فى هذا المعدل وتكون هذه الزيادة كبيرة وربما تكون مضاعفة أو أكثر من ذلك. وباختصار عندما تبدأ تلك العوامل فى التراكم لا يكون معدل الخطر هنا خطياً ولكنه يرتفع بشكل حاد. ولتوضيح ذلك نرى أن المراهق الذى يتعرض لأربعة من هذه العوامل المساعدة لا تتضاعف لديه المخاطر التى يتعرض

لها قرينه الذى يتعرض لعاملين منها فقط، ولكن كليهما يكون أمام مخاطر أكبر لحدوث الإضطرابات السلوكية. وقد أوضح المراهقون الذى تضمنتهم العينات الإكلينيكية (المرضية) العديد من هذه العوامل المساعدة حيث أقروا بوجود ما بين ثمانية إلى عشرة عوامل. وعلى الرغم من أن عدد هذه العوامل بشكل عام يقبل الجدل والمناقشة فإن بعضها يسهم فى حدوث الإضطرابات السلوكية بشكل يفوق غيره من العوامل. ومن الجدير بالذكر أن إصابة أحد الوالدين أو كليهما بإضطرابات سيكاترية، إضافة إلى أساليب المعاملة الوالدية، وسوء الحالة الإقتصادية تعد من أهم هذه العوامل. ومع ذلك فإن التعقيدات التى تواجهنا عند تقييم مثل هذه العوامل تجعل من الصعب تحديد أهم مجموعة فرعية من هذه العوامل فى إحداث الإضطرابات السلوكية.

مشكلات تقييم العوامل المساعدة

من المفيد أن نعدد هذه العوامل بطريقة فردية لتحقيق من علاقتها ببداية حدوث الإضطراب السلوكى، ونحدد الأساليب البديلة التى يتم بواسطتها تحديد تلك العوامل بمفردها ونقوم بدراساتها إلا أنه فى الوقت ذاته يظل هناك العديد من التعقيدات والمشكلات أو الصعوبات التى تترك بصماتها على تفسيرنا للنتائج التى يتم التوصل إليها، وفهمنا للإضطراب، وتحديد الأطفال الذين يحتمل تعرضهم لهذا الإضطراب حتى تتمكن من التدخل كى نقيهم ذلك. ومن أهم تلك المشكلات والتعقيدات ما يلى:

١ - العلاقة بين العوامل المساعدة

تتمثل إحدى التعقيدات التى تصادفنا عند تقييم تلك العوامل المساعدة فى وجود علاقة بين هذه العوامل، حيث أنه على الرغم من إمكانية تحديد أى من هذه العوامل بمفرده فإنها مع ذلك تميل إلى أن تأتى فى زمرات packages. وبذلك نلاحظ فى فترة زمنية معينة أن العديد من هذه العوامل مثل إنخفاض الدخل، وكبر حجم الأسرة، والإزدحام الزائد فى المنزل، والظروف المنزلية

السيئة، والإشراف الوالدى غير الملائم على الأطفال، وقيام الوالدين أو أحدهما بارتكاب الجرائم، والخلافات الزوجية كلها قد تتوفر ومن ثم تترك آثارها السلبية على الطفل. هذا التزامن بين تلك العوامل يجعل من الصعب إلى حد ما تعيين مدى الإسهام النسبى الذى يقوم به كل عامل من هذه العوامل على حدة.

وإذا لم تتواجد هذه العوامل على شكل زمرة فى وقت معين فإنها قد تتراكم معاً. ومع مرور الوقت قد تتشابك العديد من هذه العوامل مع بعضها البعض لأن وجود أحدها يشير ويؤدى إلى تراكم غيره من العوامل معه. فنجد على سبيل المثال أن إختلال الأداء الوظيفى الأكاديمى المبكر قد يؤدى إلى الهرب من المدرسة أو التسرب منها، وقد تعمل هذه العوامل على زيادة احتمال حدوث الإضطراب السلوكى. ويعنى تراكم العوامل المساعدة أن الدور المحدد المناط بعامل معين من تلك العوامل يؤدى من جراء التابع السببى إلى الإضطراب السلوكى الذى يكون من الصعب إدراكه وتمييزه.

ويرى بويلى وأوفورد (Boyle & Offord ١٩٩٠) أنه بمعزل عن تزامن حدوث هذه العوامل فإن أيًا منها بمفرده قد يتفاعل مع غيره من المتغيرات، كما أن تلك العوامل قد تتفاعل مع بعضها البعض. ويعنى التفاعل أن عاملاً معيناً من هذه العوامل يتأثر بمتغير آخر فتم إثارته من جراء ذلك أو يزداد أثره. ولتوضيح ذلك نسوق هذا المثال البسيط ومؤداه أنه من المعروف أن الحجم الكبير للأسرة يعد أحد تلك العوامل المساعدة على حدوث الإضطراب السلوكى، ومع ذلك فإن أهمية حجم الأسرة كمؤشر أو عامل منبئ بالإضطراب السلوكى يتوقف على تفاعله مع دخل الأسرة أو تأثيره بذلك. فإذا ما كان حجم الأسرة والتجهيزات المعيشية الموجودة فيها مناسبة يقل احتمال أن يكون حجم الأسرة عاملاً مساعداً على حدوث الإضطراب السلوكى. ومن ثم يصبح لحجم الأسرة كما يرى وست (West ١٩٨٢) تأثير أكبر على حدوث الإضطراب السلوكى فى الأسر ذات الدخل المنخفض حيث توجد أيضاً مشكلات أو عوامل أخرى مثل زيادة الإزدحام وغيره.

لا يزال تفاعل العوامل المساعدة مع السن والجنس فى حاجة إلى تعليق ومناقشة. هذا إلى جانب أنه قد تختلف نوعية العوامل المساعدة وقوة الارتباط بين تلك العوامل التى يمكنها أن تنبئ ببداية حدوث إختلال الأداء الوظيفى عند النقطة أو المرحلة التى يتم تقييمها فيها كأن يكون الطفل فى مرحلة المهد أو الطفولة المبكرة أو المتوسطة على سبيل المثال. ويرى وادزويرز (١٩٧٩) Wadsworth أن الخلافات الزوجية أو الانفصال بين الوالدين يعد بمثابة عامل مساعد على حدوث الإضطراب السلوكى إذا ما حدث فى وقت مبكر من حياة الطفل أى خلال السنوات الأربع أو الخمس الأولى من عمره. وبالإضافة إلى ذلك فإن العوامل المساعدة تتباين فى الوقت الذى يمكن أن تظهر فيه، فبعضها يتضح مبكراً فى حياة الطفل ويستمر خلال مرحلة الطفولة كالفقر والأحوال المعيشية السيئة على سبيل المثال، وبعضها الآخر يظهر فى أوقات معينة كالآداء المدرسى مثلاً. وهذا يعنى أن العوامل التى يمكن استخدامها أو اللجوء إليها لتعيين الأطفال الذين يحتمل تعرضهم لإضطرابات سلوكية والورن النسبى المحدد لهذه العوامل يتباين وفقاً للعمر الزمنى للطفل.

ويرى فارنجتون وهاوكنز (١٩٩١) Farrington & Hawkins أن العمر الزمنى كعامل يزيد من احتمال التعرض للإضطراب السلوكى ويعمل بطريقة أخرى حيث يصبح من الممكن التنبؤ بالسلوك فى أوقات زمنية مختلفة مثل البداية المبكرة فى مقابل البداية المتأخرة للإضطراب السلوكى أى ما بين سن ١٠ - ١٣ سنة مقابل ما بين سن ١٤ - ٢٠ سنة، إضافة إلى استمرار الإضطراب السلوكى أى خلال العمر من سن ٢١ - ٣٢ سنة وذلك من جراء مختلف العوامل المساعدة. فالفقر على سبيل المثال يعتبر كما يرى أوفورد وآخرون (١٩٩١) Offord et. al، وروتر (١٩٨١) Rutter يعتبر بمثابة أحد العوامل المساعدة على بداية حدوث الإضطراب السلوكى بالنسبة للطفل وليس بالنسبة للمراهق. وبذلك يعد تحديد العمر الزمنى

الذى يحدث فيه السلوك الذى يتم تقييمه ذى تأثير على العوامل المساعدة التى يتم استخدامها فى التعيين المبكر للإضطراب السلوكى.

ومن ناحية أخرى تتباين العوامل المساعدة على حدوث الإضطراب السلوكى كدالة لجنس الطفل . وفى بعض الحالات نجد أن كلا الجنسين يتأثران بعامل واحد على الرغم من أن قوة الارتباط قد تختلف بين الجنسين . وفى حالات أخرى قد يكون التأثير عاملاً مساعداً لأحد الجنسين فقط دون الآخر . فنجد على سبيل المثال أن تقديرات المعلمين للعدوان فى الصف الأول تنبئ بالجنوح بعد ذلك بعدة سنوات بالنسبة للبنين وليس للبنات كما يرى ترمبلاى وآخرون (١٩٩٢) Tremblay et. al . وبشكل عام قد يتباين بروفيل العوامل المساعدة بشكل ملحوظ بين كل من البنين والبنات كما توضحه نتائج الدراسات التى تناولت أثر العوامل البيئية والوراثية . كذلك فقد أوضحت الدراسات التى تناولت الأطفال بالتبنى أنه إذا كان أحد أقارب الطفل البيولوجيين مدمناً للكحوليات ، وكانت الظروف فى المنزل الذى يعيش فيه حال التبنى معاكسة ، وعانى من الرعاية المتقطعة للأم فإنه يمكن من خلال هذه العوامل كما يرى كادوريت وكاين (١٩٨٠ ، ١٩٨١) Cadoret & Cain التنبؤ بالإضطرابات السلوكية بين البنين المراهقين . ومع ذلك فإن الوضع يختلف بالنسبة للبنات المراهقات حيث كان التخلف العقلى للأب البيولوجى أو قيامه بسلوكيات مضادة للمجتمع هو العامل الوحيد الذى يمكن من خلاله التنبؤ بالإضطرابات السلوكية لديهن . كما كانت العوامل البيئية كالظروف المنزلية وأساليب الرعاية الوالدية بمثابة مؤشرات يمكن من خلالها أيضاً التنبؤ بالإضطراب السلوكية لدى البنين فقط حيث أوضحوا تأثيراً كبيراً بمثل هذه العوامل . وقد توصلت دراسات أخرى إلى وجود فروق بين الجنسين فى مدى الحساسية للعوامل البيئية التى قد تزيد من احتمال تعرض الطفل للإضطرابات السلوكية وتصبح بالتالى عوامل مساعدة لذلك ، ومن هذه العوامل الطلاق أو الحجر بإحدى المؤسسات . ومع ذلك يرى كل من كلوننجر وآخرين (١٩٧٨) Cloninger et. al ، وروتر (١٩٧٣) Rutter أن العديد من هذه التأثيرات تعد مسألة درجة فقط وبالتالي فهى لا تعد ظاهرة .

من العرض السابق تتضح لنا أهم التعقيدات والمشكلات التي تصادفنا عند تناولنا للعوامل المساعدة في علاقتها ببداية حدوث الإضطرابات السلوكية. إلا أن هناك إثنيين من هذه التعقيدات تحتاج إلى بعض التوضيح والمناقشة نعرض لهما على النحو التالي:

١ - تزيد العوامل المساعدة من احتمال حدوث الإضطراب السلوكي، ولكنها في الوقت ذاته لا تضمن حدوثه. ويجب مع ذلك أن نلم بالفوائد وأوجه القصور المتعلقة بوجود تلك العوامل. ويرى ريتشرز ومارتنيز (١٩٩٣) Richters & Martinez أنه حتى في ظل الظروف المعاكسة ووجود العديد من هذه العوامل فإن العديد من الأفراد يمكنهم مع ذلك التكيف مع تلك الظروف ولا يصدر عنهم سلوكًا معاكسًا. وبذلك فإن العوامل المساعدة لا تحدد ولا تؤدي بالضرورة إلى إضطراب سلوكي معين.

٢ - أن مثل هذه العوامل المساعدة لا تحدد كيف يحدث اختلال الأداء الوظيفي. وبذلك فإن هناك حاجة ملحة إلى إجراء بحوث ودراسات تركز على كيفية قيام تلك العوامل بدورها، وكيفية ترابطها أو اتحادها معًا، ولماذا تؤثر على بعض الأفراد دون سواهم. ومن الجدير بالذكر أنه بدون إجراء مثل هذه الدراسات سيظل فهمنا لأثر تلك العوامل محدودًا للغاية. كذلك فإن تعيين ماهية تلك العوامل المساعدة، وكيفية تفاعلها مع بعضها البعض، والأساليب التي يمكن بمقتضاها أن تؤدي دورها تعد كلها مسائل هامة لتطوير الأساليب والوسائل التي يمكننا بموجبها تحقيق الوقاية من الإضطرابات السلوكية.

العوامل الوقائية Protective factors

من الواضح أنه لن يبدى كل الأطفال الذين يخشى عليهم من احتمال تعرضهم للإضطراب السلوكي إختلالاً في الأداء الوظيفي فيما بعد إذ من الممكن أن يعد ذلك نتيجة لعدم دقة القياس أو التقييم والذي يتضمن تقدير المخاطر (أي

المؤشرات) وتقييم الإضطراب (أى المحك) وتقييم التغير فى مدى الخطورة (أى الوضع المساعد لحدوث الإضطراب) وذلك بالنسبة لعامل معين مع مرور الزمن. وهناك مجموعة من العوامل يمكن أن تؤثر على ظهور الإضطراب يشار إليها على أنها عوامل وقائية. وتشير مثل تلك العوامل إلى التأثيرات التى يمكن أن تلغى أو تضعف من أثر عوامل مساعدة معينة، وأن تعمل بطريقة ما على زيادة القدرة على المرونة أو التكيف وفقاً للتغير الحادث. وكما ذكرنا سلفاً فإن العوامل الوقائية لم تتل حظها من الدراسة مثلما نالت العوامل المساعدة على حدوث الإضطراب السلوكى، ومع ذلك يرى سيثيتى وجارمزي (١٩٩٣) Cicchette & Garnezy أنه قد حدث تطور هام فى دراسة تلك العوامل خلال السنوات القليلة الماضية.

التأثيرات الهامة للعوامل الوقائية

من الجدير بالذكر أن تحديد العوامل الوقائية قد تم من جانب العديد من الباحثين بطريقتين على النحو التالى:

أولاً: عن طريق دراسة الأفراد الذين يحتمل إظهارهم لإضطرابات سلوكية بسبب توفر العديد من العوامل المساعدة على ذلك من نوع تلك العوامل التى تمت مناقشتها سلفاً.

ثانياً: عن طريق تحديد المجموعات الفرعية لأولئك الذين يظهرون إضطرابات سلوكية فيما بعد فى مقابل أقرانهم الذين لا يظهرون مثل تلك الإضطرابات.

وفى هذا الإطار وجد كل من فيرنر وسميث (١٩٩٢) Werner & Smith فى دراسة طويلة إستمرت منذ ميلاد أفراد العينة وحتى بلوغهم بداية مرحلة الرشد كان يتم خلالها تحديد الأفراد الذين يحتمل أن يأتوا بسلوكيات جانحة بناء على توفر عدد من العوامل المساعدة لذلك. ومع هذا فلم يحدث أن أصبح كل الأفراد الذين كان يحتمل بناء على ذلك أن يكونوا جانحين أن أصبحوا جانحين. وكان من الأكثر احتمالاً بالنسبة لأولئك الأفراد الذين لم ينزلقوا إلى براثن الجنوح

خلال مرحلة المراهقة أن يكونوا من ذوى الترتيب الميلادى الأول، وأن يتم إدراكهم من جانب أمهاتهم على أنهم ودودون، وأن يكون لديهم تقدير مرتفع لذواتهم، وأن يكون لديهم بدلاء عن الوالدين يقومون برعايتهم والاهتمام بشئونهم فى الأسرة، إلى جانب وجود نموذج مساند للدور الجنسى من نفس الجنس البيولوجى يلعب دوراً هاماً فى نموهم. ويرى راي جرانت وآخرون (Rae Grant et. al ١٩٨٩) أن هناك عوامل أخرى تقلل أو تضعف من أثر تعرضهم للعوامل المساعدة على حدوث الإضطرابات السلوكية تضم من بينها مستوى ذكاء فوق المتوسط، وكفاءة فى الجوانب المختلفة للمهارات، وقدرة على مسايرة الأقران والتوافق معهم، ووجود العديد من الأصدقاء.

وفى العديد من الأحيان تتمثل العوامل الوقائية فى غياب العوامل المساعدة للانحراف أو للإضطرابات السلوكية، أو فى وجود عوامل عكس تلك العوامل المساعدة. وبالتالي فإن لين الجانب easy temperament والنجاح الأكاديمى، والعلاقات الطيبة مع الوالدين تقلل من احتمال التعرض لمخاطر الإنزلاق فى الإضطرابات السلوكية، إضافة إلى عامل آخر غالباً ما يتمثل فى إقامة علاقة طيبة مع شخص راشد يتسم بالاستجابة الانفعالية ويقوم على رعاية الطفل والاهتمام بشئونه سواء كان هذا الشخص هو أحد الوالدين أو أى شخص آخر غيرهما.

ومن ناحية أخرى فإن تحديد العوامل التى يمكن أن تقوم بوظيفة وقائية كل منها على حدة قد يحمل فى طياته إما نمط التأثيرات الأكثر عمومية أو كيفية ظهور تلك العوامل وقيامها بأداء عملها خلال مضمار النمو. ويرى كل من فيرنر وسميث (Werner & Smith ١٩٩٢)، وجارمزي (Garnezy ١٩٨٥) أنه يمكن فى سبيل تنظيم النتائج التى كشفت عنها الدراسات التى أجريت فى هذا المجال تصنيف تلك العوامل الوقائية فى ثلاث فئات عامة كالتالى:

١ - مجموعة العوامل التى تتعلق بالسمات الشخصية للفرد والتى تبدأ منذ مرحلة المهد وتستمر خلال مضمار النمو. وتضم هذه المجموعة عدداً من العوامل

مثل لين الجانب، وحب الاختلاط بالآخرين والتعامل معهم، والشعور بالكفاءة فى المجالات المدرسية المختلفة، والتقدير المرتفع للذات.

٢ - مجموعة العوامل التى تتعلق بالأسرة، وتضم أنماط الرعاية الوالدية، ومستوى تعليم الوالدين، والكفاءة الاجتماعية للوالدين.

٣ - مجموعة العوامل التى تتعلق بالمساندة أو الدعم الخارجى، وتضم الصداقة، والعلاقات مع الأقران، والمساندة التى يحصل عليها الطفل من شخص راشد له أهمية كبيرة بالنسبة لذلك الطفل.

وتمثل هذه التصنيفات أساليب هامة فى تحديد العوامل الوقائية الرئيسية، إلا أنها مع ذلك وبما لا يدع مجالاً للشك تشوه من الكيفية التى تعمل بها تلك العوامل. ويرجع السبب فى ذلك إلى أن هذه العوامل تميل إلى الاعتمادية المتبادلة والتبادل، فنجد على سبيل المثال أن تعلق الطفل بأحد الوالدين له أهميته كعامل وقائى، ومن المحتمل أن يعكس فى الوقت ذاته سمات شخصية للطفل فى ارتباطه بسمات الوالد. إلا أن وضع مثل هذه العوامل الوقائية فى قائمة بهذا الشكل يجب ألا يشوه أو يفسد طبيعتها الدينامية والمتبادلة. وفى هذا الإطار من المهم أن ندرك ونحدد العديد من هذه العوامل كجزء من التفاعلات التى تحدث بين الطفل والبيئة.

تعليق عام على العوامل الوقائية

بعد كل ما تم تناوله نلاحظ أننا لا نعرف الكثير عن العوامل الوقائية قياساً بالعوامل المساعدة وذلك فى علاقتها بالإضطرابات السلوكية. وعلاوة على ذلك فإن تفسير هذه العوامل والوسائل أو الأساليب التى تقوم بمقتضاها بعملها ليست أمراً واضحاً حتى الوقت الراهن. ومع ذلك يرى مكورد وترمبلای (McCord & Tremblay ١٩٩٢) أن العوامل المساعدة تعد هى بؤرة الاهتمام التى تنصب عليها غالبية الجهود التى تهدف إلى تحقيق الوقاية وريادة القدرة على المرونة والتكيف من جانب الأفراد الذين يحتمل أن ينزلقوا إلى الإضطرابات السلوكية. وتركز مثل هذه الجهود والتى سوف نتعرض لها فيما بعد على المهارات

التي تعمل على الوقاية من التأثيرات السلبية أو المعاكسة التي يمكن أن تؤدي إلى سوء التوافق. ومن المعلوم أن البناء النفسي العام الذي يعتمد على الكفاءة قد يمنع أو يقى من الإضطراب السلوكي. وبصورة تبادلية يمكن للتعقيدات التي تعترض العوامل الوقائية أن تجعل منها عوامل يصعب حلها تمامًا مثل العوامل المساعدة على حدوث الإضطرابات السلوكية. أى أنه يمكن أن يكون هناك العديد من العوامل المختلفة التي يمكن أن تقى من العوامل المساعدة أو تقف أمامها. ويمكن أن تختلف مثل هذه العوامل وتباين وفقًا لعمر الطفل، وجنسه البيولوجي، وتأثير العوامل الوقائية الأخرى. ويحتاج تقييم العوامل الوقائية إلى إجراء العديد من الدراسات والبحوث لأن تطوير مثل هذه العوامل يمثل إتجاهًا حيويًا في مواجهة الإضطرابات السلوكية ومنع حدوثها والوقاية منها.

الميكانيزمات والعوامل المؤدية إلى الإضطراب السلوكي

تمثل العوامل المساعدة على حدوث الإضطرابات السلوكية والعوامل الوقائية إطاراً أولية تتعلق بما يتم تضمينه في بداية ظهور الإضطراب السلوكي واستمراره. ومن الضروري بالنسبة لنا أن نفهم ونذكر أوجه القصور التي تتعلق بها. ويرجع إهتمامنا بمثل هذه العوامل المساعدة والعوامل الوقائية إلى محاولتنا فهم الكيفية التي يتطور بها الإضطراب حتى نتمكن من منع حدوثه، وأن نوفر له العلاج الملائم إذا ما حدث ذلك الإضطراب. وليس من الضروري أن يتضمن تعيين أحد العوامل المساعدة فهمًا متعمقًا له حتى وإن كان ذلك يمثل خطوة أولية هامة في هذا الإطار. ويشير الفهم في هذا السياق إلى الكيفية التي يتضح من خلالها تأثير هذا العامل أو إلى العملية التي يؤدي ذلك العامل من خلالها إلى السلوك الانحرافي من جانب الطفل، كأن ندرك على سبيل المثال كيف تؤدي الصراعات الزوجية أو سوء الإشراف على الطفل إلى العراك أو الشجار من جانبه، والسرقة، والهروب من المدرسة، وإشعال الحرائق. ومن ذلك يتضح أن ما نود أن ندركه ونفهمه في هذا السياق هو تلك العملية التي تكمن خلف العوامل المساعدة. وبدون هذا الفهم وذلك الإدراك سوف تذهب الجهود التي نبذلها في

سبيل العلاج أدراج الرياح إذ لن تكون بذلك فى مكانها المناسب . وكتوضيح لذلك نذكر أن كون الفرد قصيراً وذكراً وأصلع الرأس قد يجعله عرضة للإصابة بأمراض القلب . وقد يكون من المحتمل فى هذا الصدد أن نتدخل بالعلاج لواحد أو أكثر من تلك العوامل وذلك باستخدام خصلة من شعر مستعار تعلو قمة الرأس أو بتوفير حذاء مرتفع يزيد من طوله بعض الشيء على سبيل المثال . ومع ذلك فإن مثل هذه التدخلات العلاجية يحتمل أن تعكس سوء فهم للأسباب والكيفية التى تساعد تلك العوامل بمقتضاها الفرد فى أن يصاب بالمرض أو تعرضه لخطر الإصابة .

ومن الجدير بالذكر أن البحث فى تلك الميكانيزمات أو العمليات التى قد تعمل من خلالها مثل هذه العوامل المساعدة قد تطور كثيراً فى الآونة الأخيرة ، فوجدنا على سبيل المثال أن الإختلال النفس عصبى قد يعرض المراهقين للإتيان بالسلوك العدوانى ، ولكن كيف يتم ذلك؟ وللإجابة عن هذا السؤال نرى أن ميكانيزماً معيناً يحتمل أن يكمن خلف تلك العملية وقد يتمثل فى أن الإختلال النفس عصبى يغير من عتبة ردود فعل الطفل أو المراهق للبيئة إذ ينتج عنه حالة مزاجية أكثر تطرفاً ، وهذا قد يغير بالتالى من تلك الإستجابات التى قد يثيرها الطفل من الآخرين فتؤدى إلى ردود فعل سلبية من جانب الوالد تتضمن أساليب قاسية وجافة للمعاملة الوالدية . وبهذه الطريقة يبدأ تتابع العمليات والنتائج التى تربط بين العوامل المساعدة فى توضيح الكيفية التى يتطور بها الإضطراب السلوكى .

هذا ويمكن تفسير السمات التى تميز المراهقين الذين تصدر عنهم إضطرابات سلوكية وأقرانهم الذين لا تصدر عنهم مثل هذه الإضطرابات وذلك من خلال إتجاهات بحثية معينة يمكن أن تعمل على إيضاح الكيفية التى تؤدى بها مثل هذه السمات إلى حدوث الإضطراب أو مدى إسهامها فى حدوثه . وسوف نتناول بإختصار فى هذا الصدد ثلاثة إتجاهات عامة تعمل على تعيين الأسس المحتملة للإضطراب السلوكى والكيفية التى تعمل بها ، وذلك على النحو التالى :

أولاً: يتمثل الاتجاه الأول فى الفروق السيکوبیولوجية psychobiological التى
يحتمل أن تؤدى إلى الإضطراب السلوكى إما من خلال تأثيرها المباشر أو
بطريقة غير مباشرة وذلك من خلال زيادة قابلية التعرض للمؤثرات غير
المباشرة. وتعد الفروق بين المراهقين فى الجانب التشريحي للمخ كما يرى
كوای (Quay ١٩٩٣) من بين العوامل التى تفسر السلوك العدوانى بين
هؤلاء المراهقين. كذلك تؤكد نتائج الدراسات التى أجريت فى هذا الصدد
أن الأنساق المخية المتعلقة بالكف السلوكى والإثابة تؤثر على استجابات
الفرد، إضافة إلى الفشل فى التعلم من البيئة بطرق أو أساليب حاسمة
كالفشل فى الاستجابة بشكل جيد لخبرات العقاب التى تؤدى إلى منع
حدوث الإستجابة. ومن المفترض أن أى نقص فى كف السيطرة على
السلوك العدوانى وأى زيادة أو إفراط فى إثابة السيطرة على السلوك
العدوانى يعد أمراً غاية فى الأهمية. وتتضمن إختبارات صحة هذه الفروض
تقيماً أولياً للموصلات العصبية والنشاط البيوكيميائى للمخ كهرمونات
النورادرنا لين Noradrenalin والسيروتونين Serotonin والذى يعكس حدوث
إختلال فى الكف والإثارة وعلاقة هذا الإختلال بمقاييس أخرى للعدوان
مثل تقديرات المعلمين والوالدين أو المقابلات الشخصية كما يرى كل من
لاهى وآخرين (Lahey et. al ١٩٩٣) وكوای (Quay ١٩٩٣) وروجينيس
وآخرين (Rogeness et. al ١٩٩٢) وهناك من الأدلة ما يؤيد ذلك فيما
يتعلق بتشخيص الإضطراب السلوكى فى مقابل مجموعات تشخيصية
أخرى، إضافة إلى ما أظهرته الدراسات التى كشفت عن أن الفروق
البيوكيميائية عند الأطفال كتلك التى تتعلق بالتغيرات الكيميائية فى هرمون
السيروتونين يمكن من خلالها كما يرى كروزى وآخرون (١٩٩٠)،
(Kruesi et. al ١٩٩٢) التنبؤ بمستويات العدوان حتى بعد ذلك بعامين.

ثانياً: يتمثل ثانى الاتجاهات البحثية البيولوجية التى تركز على الميكانيزمات فى
«الأنساق العصبية». وقد تناول روتر وجيلر (Rutter & Giller ١٩٨٣)

الأسس البيوكيميائية للعدوان، ووجدوا على سبيل المثال أن بلازما التستوستيرون testosterone (وهو هرمون تفرزه الخصية يعرف بهرمون الذكورة) أو مكوناته تزداد بشكل كبير بين الجانحين الذين يتسمون بالعنف قياساً بمجموعة ضابطة من أقرانهم العاديين، كما يرتبط إيجاباً بانخفاض معدل مواجهة الإحباط، وبالتقارير الذاتية للعدوان اللفظي والجسمي بين العينات غير المرضية خاصة كاستجابة للإستفزاز والتهديد. وربما يلعب التستوستيرون دوراً رئيسياً في حدوث العدوان قياساً بالدور الذي يلعبه في حدوث الإضطراب السلوكي بشكل عام نظراً لأنه لم يتضح بعد أنه يرتبط بالسلوكيات المضادة للمجتمع كالسرقة، والهروب من المنزل أو المدرسة، وتخطيط الممتلكات. ومع ذلك فإن علاقة التستوستيرون بالعدوان لا تكون موجودة بشكل دائم. وبناء على ذلك يرى كونستاتينو وآخرون (Constatino et. al ١٩٩٣) أن كلاً من الأسئلة المحورية في هذا الصدد والدور المحتمل للوسائط الأساسية التي تؤثر في هذه العلاقة لا تزال في حاجة إلى التحقق منها.

ثالثاً: من الجدير بالذكر أن الاتجاه الثالث في هذا الصدد يتناول تلك الميكانيزمات التي يفترض أن تركز على العوامل بين الشخصية التي تؤدي إلى ظهور الإضطراب السلوكي. ويرى باترسون وآخرون (Patterson et. al ١٩٩٢) أن أبرز هذه العوامل تتمثل في العلاقة بين الطفل ووالديه، كما يرون أن السلوك العدواني يولد لدى الطفل بمقتضى هذه العلاقة حيث نجد من وجهة النظر التي تتناول التفاعلات الاجتماعية أن الأسلوب بين الشخصى للطفل يتم تعلمه داخل الأسرة ويمتد إلى الآخرين خارج نطاق الأسرة كالأقران والمعلمين على سبيل المثال. ويتضمن نمط التفاعلات الأسرية في مثل هذه الحالة أساليب المعاملة الوالدية غير الملائمة والتغيرات القسرية التي تؤدي إلى زيادة حدة العدوان من جانب الطفل. وقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن آباء الأطفال العدوانيين يقومون بشكل غير متعمد بتعزيز ذلك •

السلوك العدواني وذلك من خلال مهاراتهم الوالدية الضعيفة . وبالمقارنة بآباء الأطفال العاديين كان آباء الأطفال العدوانيين يعاقبونهم بشكل غير ثابت وغير متسق ولكنه فى الوقت ذاته كان عقاباً يتسم بالكثرة والشدة وعدم الفاعلية، فكانوا يولون إهتماماً كبيراً للسلوك غير الملائم من جانب الطفل ويشيرون عليه، كما كانوا يقومون بتعزيز السلوكيات القسرية والبعيضة التى يأتى بها الطفل كالصراخ والصياح على سبيل المثال.

وبعد استخدام العقاب القاسى فى المنزل حدثاً سابقاً للسلوك العدواني من جانب الطفل ويرتبط به . ومن المحتمل أن تكون هناك آثار جانبية لاستخدام العقاب البدنى تتضمن العدوان الموجه ضد الآخرين . ومن ثم فليس من الغريب أن يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة للأطفال الذين يتم عقابهم بشكل قاس أن يصبحوا عدوانيين . وعلى أى حال فإن نتائج الانحطاط التفاعلية المبكرة يبدو أنها تمتد إلى جوانب أخرى . ومن الجدير بالذكر أن السلوكيات المنحرفة من جانب الطفل خلال مرحلة الطفولة المتوسطة تقريباً تؤدي إلى رفض الأقران غير المنحرفين لذلك الطفل، وإلى فشله دراسياً . وكلاهما يؤدي بالتالى خلال مرحلتى الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة إلى التفاعل مع الأقران المنحرفين ثم إلى الإضطراب السلوكى والجنوح . وقد لقي هذا التابع المحتمل تأييداً من تلك النتائج التى كشفت عنها الدراسات الطولية حيث توضح مثل هذه الدراسات الكيفية التى يتطور بها السلوك المنحرف، والتأثير المحتمل الذى يمكن أن يتعرض له من قبل العديد من العوامل المختلفة كما يرى باترسون وآخرون (١٩٩١)، Patterson et. al (١٩٩٢) وذلك على إمتداد مضمار التطور هذا.

هذا وقد أوضحت دراسات أخرى حول الميكانيزمات أو العمليات المؤدية إلى الإضطراب السلوكى كتلك التى أجراها كريك ودودج (١٩٩٤) Crick & Dodge ودودج (١٩٨٥) Dodge دمجاً للنتائج التى تتعلق بتجهيز المعلومات الاجتماعية . ويمثل المكون الذى يتضمن إنحيازاً فى عملية العزو بين الأطفال والمراهقين العدوانيين مكوناً أساسياً من تلك المكونات الهامة المتضمنة فى هذا

الجانب إذ يميل المراهقون العدوانيون إلى التركيز على المواقف الغامضة كتلك التي لا تتسم نوايا الآخرين فيها بالوضوح الذي يمكننا من تصنيفها على أنها مواقف عدوانية أو عدائية. ويساعد عزو العدائية إلى الآخرين على التعجيل بحدوث الأفعال العدوانية والإندفاع في القيام بها إذ أنها تعد في هذا الصدد بمثابة أعمال تأرية أو إنتقامية وذلك من وجهة نظر الطفل العدوانى. ومع ذلك فلا يبدو أن هناك ما يبرر مثل هذه الأفعال وذلك من وجهة نظر أقران هذا الطفل، ومن ثم فإن رفض الأقران للطفل العدوانى وما يبدى منه من سلوكيات عدوانية يمثل أمراً يلى قيام الطفل بمثل تلك السلوكيات. إلا أن ردود فعل هؤلاء الأقران تجاه الطفل العدوانى وكراهيتهم له وعزلتهم عنه تعطيه إشارات ودلائل إضافية على أن البيئة تعتبر عدائية بالنسبة له. وبذلك يتم تعزيز تلك الحلقة المفرغة من السلوك العدوانى وردود الفعل المعاكسة من جانب الأقران.

ويساعد التركيز على سمات معينة كأساليب تنشئة الطفل وتربيته، وعمليات العزو على تمحيص تلك الأساليب التى يمكن أن تعمل بها المتلازمات والعوامل المساعدة. وفى كل حالة من تلك الحالات نلاحظ أن هناك بنية أو بناء أساسياً يعد بمثابة نقطة الإنطلاق لتعيين العلاقات بين المظاهر الحالية والتالية للإضطراب السلوكى. وتعد فكرة نقطة الإنطلاق هذه فكرة أساسية وذات أهمية نظراً لأن فهم الميكانيزمات التى لها تأثير معين تؤدى إلى طرح فروض معينة وإلى التحقق من الكيفية التى يمكن أن تعمل بها مؤثرات أخرى. وهنا نلاحظ وجود تفاعل بين المؤثرات البيولوجية والاجتماعية، وأن فهم أحدهما يمكن أن يخبر عن الآخر إذ نجد على سبيل المثال أن العقاب القاسى يمكن أن يزيد من خطر التعرض للإضطراب السلوكى. وهذا بطبيعة الحال يمكن أن يعمل من خلال التعلم الاجتماعى كنمذجة السلوك العدوانى، ونقل أو إزاحة العدوان على سبيل المثال، إضافة إلى أنه أيضاً يمكن أن يعمل من خلال العمليات الفسيولوجية داخل الفرد كزيادة إفراز الهرمونات مثلاً أو إستجابة الموصلات العصبية للتوتر والذي يمكن أن يزيد كما يرى لويس (1992) Lewis من احتمال حدوث

السلوك المشكل أو زيادة القابلية للتأثر بمؤثرات أخرى. ومن ثم تتمثل المهمة الأساسية للبحوث والدراسات المختلفة في هذا الصدد في تعيين الكيفية التي تعمل بها مؤثرات معينة، والكيفية التي ترتبط بها بمؤثرات أخرى، وتأثير بها، وتتفاعل معها وذلك فيما يتعلق بحدوث الإضطراب السلوكي.

الإضطراب السلوكي على امتداد الحياة

لقد ركزنا في الجزء السابق على تلك العوامل المساعدة على حدوث الإضطراب السلوكي، لكن لا تزال مع ذلك هناك بعض الأسئلة العامة موضع الاهتمام والتي تتضمن أسئلة من قبيل:

- ما الذي يحدث للأفراد ذوي الإضطرابات السلوكية عند بلوغهم سن الرشد؟

- ما هي السمات التي تميز الإضطراب السلوكي على امتداد الحياة بكليتها أو منذ الميلاد وحتى الوصول إلى سن الرشد؟

وسوف نحاول على امتداد الصفحات التالية أن نجيب عن مثل هذه الأسئلة.

استمرار الإضطراب السلوكي خلال مرحلة الرشد

تناولت دراسات عديدة نواتج الإضطراب السلوكي الذي يحدث في مرحلة الطفولة، وأوضحت الدراسات الطولية بشكل متسق وثابت أن الإضطراب السلوكي الذي يحدث في مرحلة الطفولة أو المراهقة يبنى باستمرار مضمار اختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي، والسلوك المشكل، والتوافق السيئ للمدرسة أو سوء التوافق المهني وذلك كما يرى فارنجتون (1991) Farrington. وتمثل الدراسة الكلاسيكية التي أجراها روبرت (1966) Robins أفضل الأمثلة التي توضح التكهن طويل المدى بمآل الأطفال المحالين إكلينيكيًا للعلاج والذي عمد فيها إلى تقييم وضعهم بعد ذلك بثلاثين عامًا. وأوضحت نتائج تلك الدراسة أن السلوك الذي يصدر عن الطفل ذي السلوك المضاد للمجتمع يمكن من خلاله التنبؤ بالعديد من المشكلات التي يمكن أن يواجهها هذا الطفل عندما يصل إلى

مرحلة الرشد. كما أن الراشدين الذى تمت إحالتهم للعلاج من قبل بسبب الإضطرابات السلوكية قياساً بأقرانهم الذين تمت إحالتهم للعلاج من جراء مشكلات إكلينيكية أخرى أو بأقرانه العاديين الذين لم تتم إحالتهم للعلاج والذين يمثلون المجموعة الضابطة كانوا يعانون كراشدين من أعراض سيكاترية، ومن السلوك الإجرامى، واختلالات فى الأداء الوظيفى تتعلق بالصحة الجسمية، وسوء التوافق الاجتماعى. أما فى الوقت الراهن فتوجد دراسات عديدة تتناول إختلال الاداء الوظيفى للأطفال أو المراهقين ذوى الإضطرابات السلوكية مع تقدمهم فى مضمار النمو ووصولهم إلى مرحلة الرشد. وتوضح مثل هذه الدراسات أن الدلائل المبكرة عن الإضطراب السلوكى سواء تم تحديدها من خلال تقديرات الوالدين أو المعلمين أو الأقران يمكن من خلالها التنبؤ بالإضطراب السلوكى اللاحق والذى قد يمتد إلى عشر سنوات أو عشرين سنة وحتى ثلاثين سنة بعد ذلك (Farrington, 1991).

ويوضح العرض التالى السمات التى يحتمل أن يتصف بها الأفراد المضطربون سلوكياً عندما يصلون إلى مرحلة الرشد وأهم الأعراض التى تبدو عليهم.

١ - الحالة السيكاترية:

وتتميز بوجود خلل سيكاترى واضح يتضمن الشخصية المضادة للمجتمع، وإساءة استخدام العقاقير والكحوليات. إلى جانب أعراض مستقلة كالقلق، والشكاوى الجسمية المختلفة، إضافة إلى تاريخ مرضى للحجز فى المستشفى وذلك من جراء الإضطرابات السيكاترية.

٢ - السلوك الإجرامى:

توجد معدلات مرتفعة لقيادة السيارات تحت تأثير المخدر، وإرتكاب الجرائم، وإلقاء القبض على الفرد من جانب البوليس، والإدانة فى جرائم مختلفة، وقضاء فترات زمنية داخل السجن، مع وجود قدر كبير من الخطورة للأفعال الإجرامية التى يرتكبها.

٣- التوافق المهني:

هناك احتمال ضعيف في أن ينجح الفرد في الإلتحاق بوظيفة معينة، إلى جانب وجود تاريخ قصير للإستمرار في عمل معين، وأداء أو الإلتحاق بوظائف ذات وضع منخفض، وعدم الإستمرار في أى وظيفة أو عمل لفترة طويلة، والحصول على أجر منخفض، والإعتماد الدائم على الإعانات المالية التى توفرها الدولة، بالإضافة إلى التهرب من أداء الخدمة العسكرية، وإن إلتحق بها الفرد لا يكون أداؤه خلال الفترة التى يمكنها فيها على ما يرام.

٤- المجال الأكاديمي:

ويتميز هؤلاء الأفراد في هذا الجانب بارتفاع معدلات تسربهم من المدرسة، وانخفاض معدلات الإجاز أو التحصيل بشكل عام وذلك قياسًا بأقرانهم الذين يقعون بالمدرسة.

٥ - الحالة الاجتماعية:

وتتميز بارتفاع معدلات الطلاق، إلى جانب إرتفاع معدلات الزواج مرة ثانية أو ثالثة أى الزواج من جديد، إضافة إلى ارتفاع معدلات الانفصال.

٦ - المشاركة الاجتماعية:

ويميزها إنخفاض معدلات التواصل مع الأقارب، والأصدقاء، والجيران، مع إنخفاض معدلات المشاركة فى المنظمات أو المؤسسات المجتمعية المختلفة.

٧ - الصحة الجسمية:

وتتسم بارتفاع معدلات الوفيات، وإرتفاع معدل الحجز بالمستشفيات من جراء العديد من المشكلات أو الإضطرابات الجسمية المختلفة أو من جراء الإضطرابات السيكاترية.

ويرى كل من فارنجتون (١٩٩١) Farrington ولوبر (١٩٩٠) Loeber وروتر وجيلر (١٩٨٣) Rutter & Giller وروبنز (١٩٧٨) Robins أن هذه السمات والأعراض قد تم تحديدها إستنادًا إلى المقارنة بين المحالين إكلينيكيًا للعلاج بسبب

الإضطرابات السلوكية مقارنة بمجموعة ضابطة من المحالين إكلينيكيًا للعلاج بسبب إضطرابات أخرى، أو مقارنة بمجموعة ضابطة أخرى من الأفراد العاديين، إلى جانب الاستناد إلى المقارنة بين الجانحين وغير الجانحين.

وعلى الرغم من أنه يمكننا من خلال الإضطراب السلوكي خلال مرحلة الطفولة التنبؤ بعدد من المشكلات الهامة الأخرى خلال مرحلة الرشد، فإنه ليس كل الأطفال الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع يعانون من خلل أو إختلال في الأداء الوظيفي خلال مرحلة الرشد حيث وجد روبرت (1978) Robins من بين العديد من العينات المختلفة التي قام بدراستها أن أقل من 50% من الأطفال ذوي السلوك العنيف المضاد للمجتمع يظلون على سلوكهم هذا المضاد للمجتمع خلال مرحلة الرشد. وتوضح بعض الأدلة الأخرى وجود فروق هامة تتعلق بالجنس كما يتضح من نتائج دراسة كوينتون وآخرين (1990) Quinton et. al لها أثرها في استمرار الإضطراب السلوكي خلال مرحلة الرشد حيث من الأكثر احتمالاً بالنسبة للبنين أن يستمروا في الإضطراب السلوكي خلال مرحلة الرشد وذلك على هيئة إضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. وعلى النقيض من ذلك يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة للبنات أن ينتقلن إلى أنماط مستدخلة أو داخلية من الإضطراب internalizing types كالإكتئاب والقلق وذلك خلال مرحلة الرشد.

وعلاوة على ذلك فإننا نلاحظ فيما يتعلق بعينات الذكور والإناث أن أقل من نصف الأفراد قد استمر معهم الإضطراب السلوكي خلال مرحلة الرشد. وإذا ما وضعنا في إعتبارنا التشخيصات المختلفة وليس مجرد استمرار الإضطراب السلوكي فحسب فإننا نلاحظ أن صور الخلل خلال مرحلة الرشد تعد أكثر سوءاً حيث نجد أن من بين الأطفال المحالين للعلاج من جراء الإضطراب السلوكي كان 84% منهم عند وصولهم لمرحلة الرشد قد تم تشخيصهم على أنهم يعانون من إضطراب سيكاتري خلال مرحلة الرشد. وعلى الرغم من أن مثل هذه التشخيصات تتباين في درجة الخلل (كالعصاب والذهان على سبيل المثال) فإن النتائج التي تم التوصل إليها توضح أن غالبية الأطفال الذين يعانون من

الإضطراب السلوكى يعانون فى الوقت ذاته من الخلل فى الأداء الوظيفى بدرجة لها دلالتها ومغزاها. وبذلك يعد التكهن بالنتائج فيما يتعلق فقط بالخلل السيكا ترى اللاحق غير ملائم نسبياً وذلك إلى حد ما. ومن المحتمل أن يرتبط مثل هذا الخلل بالأداء فى المجالات الأخرى كما يتضح من العرض السابق للسّمات والأعراض التى يحتمل أن تميز الأفراد المضطربين سلوكياً عندما يصلون إلى مرحلة الرشد.

وكما لاحظنا سلفاً فإنه ليس كل الأطفال الذين يعانون من الإضطراب السلوكى يستمرون فى هذا النمط من إختلال الأداء الوظيفى مع تقدمهم فى النمو إلى مرحلة الرشد. وكما هو الحال بالنسبة لبداية حدوث الإضطراب السلوكى فإنه قد تم تعيين العديد من العوامل المساعدة على استمرار حدوث مثل هذه السلوكيات المضطربة. وسوف نعرض بعد قليل للعوامل الأساسية التى تؤثر فى احتمال استمرار الإضطراب السلوكى خلال مرحلة الرشد. ومن الجدير بالذكر أن هذه العوامل تماثل تلك العوامل التى ترتبط ببداية ظهور الإضطراب السلوكى. ولا يتضح من مجرد ذكر العوامل المساعدة كل على حدة مدى تعقد عملية التكهن بالنتائج إذ نجد على سبيل المثال أن احتمال استمرار الإضطراب السلوكى على المدى الطويل ووصوله إلى مرحلة الرشد يتزايد عندما يكون للأب تاريخ فى الإضطراب السلوكى وتعاطى الكحوليات، أما إذا كان كلا الوالدين يصدر عنهما سلوكيات مضادة للمجتمع، وكان كلاهما من متعاطى الكحوليات فإن مثل هذا الاحتمال يتزايد بدرجة أكبر. ومع ذلك فإنه عندما تكون الأم فقط هى التى تفعل ذلك فإن احتمال أن يصبح الطفل شخصية مضادة للمجتمع لا يتزايد بنفس القدر. وبذلك نجد أنه فيما يتعلق بمتغير واحد معين، أو بعدد من المتغيرات البديلة فإن العلاقات التى يحتمل حدوثها قد تكون معقدة نسبياً. وكذلك من المحتمل أن تكون بعض العوامل المساعدة أكثر أهمية من غيرها. وفى هذا الصدد نجد على سبيل المثال أن الدلائل المبكرة للإضطراب السلوكى أى التى تظهر فى وقت مبكر من حياة الطفل تعد من بين العوامل الأساسية التى يمكن

من خلالها التنبؤ باستمرار الإضطراب السلوكى خلال مرحلة الرشد. كذلك فإن عدد العوامل المساعدة يعد ذو أهمية هو الآخر، ومن ثم فإن تراكم أو تجمع عدد أكبر من هذه العوامل يزيد من احتمال المخاطر فى هذا الصدد.

أما فيما يتعلق بالسّمات أو العوامل التى يمكن من خلالها التنبؤ باستمرار حدوث الإضطراب السلوكى خلال مرحلة الرشد فيمكننا أن نعرض لها على النحو التالى:

١ - العمر عند بداية حدوث الإضطراب:

عندما يكون الإضطراب السلوكى قد بدأ فى سن مبكرة أى قبل العاشرة أو الثانية عشرة من عمر الفرد ترتبط تلك البداية المبكرة للإضطراب أيضاً بمعدل ومستوى خطورة الإضطراب السلوكى الذى يحدث بعد ذلك.

٢ - مدى الانحراف:

يوجد عدد ضخم من الأنماط المختلفة للسلوكيات المضادة للمجتمع، ومجموعة كبيرة من المواقف التى يظهر فيها السلوك المضاد للمجتمع كالمواقف المنزلية أو المدرسية، إلى جانب وجود مدى كبير من الأفراد أو المنظمات التى يتم توجيه هذه السلوكيات ضدها.

٣ - تكرار السلوك المضاد للمجتمع:

يوجد عدد كبير من الأحداث المختلفة المضادة للمجتمع بغض النظر عن تضمينها لعدد من السلوكيات المختلفة.

٤ - مدى خطورة السلوك:

يحدث سلوك مضاد للمجتمع خطير نسبياً فى مرحلة الطفولة وخاصة إذا ما كان هذا السلوك يمثل الأسس أو الدعائم التى يرتكز عليها إصدار حكم قضائى.

٥ - نهط الأعراض:

تتكرر سلوكيات معينة مضادة للمجتمع كالكذب، والاندفاعية، والهروب من

المنزل أو المدرسة، والسرقه، والتأخر ليلاً خارج المنزل. كما يمكن أن تظهر من خلالها أيضاً أعراض ليست مضادة للمجتمع كالقذارة سواء تعلقت بالجسم أو الملابس، والتبول اللاإرادي enuresis وذلك بعد سن السادسة.

٦ - السمات الوالدية:

يتعرض الوالدان أو أحدهما لبعض الأمراض النفسية وخاصة ما يتعلق منها بالإضطراب السلوكي. كما يوجد سجل للقبض على الوالد من جانب الشرطة، والبطالة، وتعاطي الكحوليات، وسوء الإشراف الوالدي على الطفل كالصرامة الظاهرة أو التسبب أو عدم الإتساق والثبات في استخدام أساليب المعاملة الوالدية.

٧ - الأسرة:

يوجد عدد كبير من المضطربين سلوكياً يتحدرون من أسر يسود فيها الانفصال بين الوالدين، ومن أسر ذات حجم كبير.

ومن الجدير بالذكر أن هذه السمات أو العوامل تتركز كما يرى كل من باترسون وآخرين (١٩٩٢) Patterson et. al وفارنجتون (١٩٩١) Farrington وهنجلر (١٩٨٩) Henggeler وكازدين (١٩٨٥) Kazdin على تلك المقارنات التي أجريت بين الأطفال المحالين إكلينيكياً للعلاج بسبب إضطرابهم سلوكياً ومجموعة ضابطة من أقرانهم المحالين إكلينيكياً للعلاج لأسباب غير الإضطراب السلوكي أو مجموعة ضابطة من الأقران العاديين، أو تتركز على المقارنات التي أجريت بين الجانحين وأقرانهم غير الجانحين.

منظور حياتي (مدى الحياة) للإضطراب

وبما أن الإضطراب السلوكي يستمر حتى خلال مرحلة الرشد وذلك بالنسبة للعديد من الأفراد فإن ذلك يعني أنه يعد بمثابة إختلال خطير في الأداء الوظيفي يستمر مدى الحياة. ويكمن الهدف من النظرية والبحث في هذا المجال في فهم الدلائل والأعراض ومضمار الإضطراب السلوكي على مدى الحياة بأكملها وذلك

بالتحديد أو على وجه الخصوص منذ الميلاد وحتى خلال مرحلة الرشد. وتزودنا البحوث التى تم إجراؤها على المراهقين فى المدارس والتى تتناول الإضطرابات السلوكية والجنوح بقدر كبير من النتائج والأدلة التى تتعلق باختلال الأداء الوظيفى فى هذا المدى العمرى.

كذلك فمن المحتمل بالنسبة للعديد من الأعراض التى تميز الإضطراب السلوكى وتعد فى الوقت ذاته بمثابة تشخيص له أن تظهر على الأطفال فى مرحلة الطفولة المتأخرة وعلى المراهقين خلال المراهقة المبكرة أى من سن السابعة وحتى الثانية عشرة من العمر. إلا أننا نأمل أن نلم بالإضطراب السلوكى ونفهمه جيداً وذلك على مدى مضمار النمو بكلية، وذلك من خلال الإجابة الوافية عن العديد من الأسئلة منها على سبيل المثال ما يلى:

١ - متى يبدأ الإضطراب السلوكى؟

٢ - ماذا يشبه هذا الإضطراب فى مخزون الأفراد على مدى مضمار نموهم؟

٣ - كيف يتطور ذلك الإضطراب؟

ومن الجدير بالذكر أنه من المحتمل بالنسبة للسمات التى تميز الإضطراب السلوكى أن تبدو مختلفة جداً بالنسبة لشخص معين على مدار مضمار نموه بأكمله. وهناك فكرة هامة لتناول هذه الفروق قدمها كاجان (Kagan ١٩٦٩) يطلق عليها الإستمرار العروى أو النصفى heterotypic Continuity ويدل هذا المفهوم على أن دلائل معينة للسلوك كالإضطراب السلوكى مثلاً يحتمل أن تتغير خلال مضمار النمو. ومع ذلك فهناك إستمرار فى الصفة أو السمة الظاهرة التى تميز هذا السلوك المعين كأن نجد على سبيل المثال أن الأطفال ذوى المشكلات السلوكية قد يكونوا عنيدين ويقومون بكسر لعب الأطفال الآخرين، ويأخذون أشياء تخص أصدقائهم. ومع ذلك فإن العناد، وتكسير الأشياء، وأخذ الأشياء من الأطفال الآخرين وذلك بين الأطفال الأصغر سناً الذين تتراوح أعمارهم بين ثلاث وأربع سنوات قد لا يمكن من خلالها التنبؤ بنفس هذا السلوكيات بعد ذلك بعشر سنوات. ومع هذا فإن مثل هذه السلوكيات التى تظهر فى وقت مبكر من

حياة الطفل قد يمكن من خلالها التنبؤ بالسلوكيات التي ترتبط بها أو تنتمى إلى نفس الفئة العامة من السلوكيات كالسرقة من المحلات مثلاً ومجابهة الغرباء أو الهجوم عليهم مستخدماً سلاح.

ويرى جيسور وآخرون (Jessor et. al. ١٩٩١) أن وجهة النظر التي تتعلق بالسلوك المشكل التي ذكرناها سلفاً تعد بمثابة أحد الأساليب التي يتم بمقتضاها اللجوء إلى سمة رئيسية ثابتة لإيجاد أو إتساق الأنماط المختلفة من السلوك المضطرب خلال مضمار النمو. وتسلم وجهة النظر تلك بأن السلوكيات المنحرفة المتعددة كإساءة استخدام العقاقير والنشاط الجنسي المبكر على سبيل المثال قد تحدث معاً، وأن هذه الأنماط السلوكية قد تم إتحادها أو إتساقها من قبل نظراً لأنها تعد أساليب بديلة للقيام بوظائف معينة كت تحقيق الإستقلال عن الوالدين مثلاً.

ويرى نيوكمب ومكجى (McGee & Newcomb ١٩٩٢) أن هناك وسيلة أخرى للإشارة إلى وجهة النظر هذه في علاقتها بالمناقشة الراهنة تتمثل في أن نضع في اعتبارنا احتمالاً بأن هناك زملة إنحرافية عامة تضم مجموعة من السلوكيات المنحرفة أو المشاكل السلوكية. وفي الواقع تؤكد الأدلة التي تم الحصول عليها على وجود سمات عديدة تحدث معاً كزمرة مثل تعاطي الكحوليات وإساءة استخدام العقاقير، والسلوك الإجرامى، والإنغماس فى النشاط الجنسي، ونقص فى درجة الإمتثال للمجتمع بعباداته وتقاليده وقوانينه، وأن زمرة السلوكيات المنحرفة والتي لا يجب بالضرورة أن تكون هى نفس السلوكيات تستمر خلال مضمار النمو من الطفولة إلى المراهقة فالرشد. وطبقاً لوجهة النظر الخاصة بوجود زملة إنحرافية عامة قد يكون من المهم تعيين الأفراد الذين تصدر عنهم مثل هذه السلوكيات اعتماداً على هذا النمط الأساسى. وقد يكون من المهم أيضاً أن ننظر من خلال هذا النمط العام إلى إستمرارية تلك السلوكيات خلال مضمار النمو. وإضافة إلى ذلك فإنه قد يكون هناك أنماط فرعية يمكن إكتشافها بشكل ثابت.

وتركز معظم الدراسات التي تتناول الإضطراب السلوكى على مسارات تطويرية معينة وانتقالات أو تحولات وتحويلات تحدث خلال مضمار النمو. وتتمثل المهمة

الرئيسية فى ضوء هذه البحوث كما يرى بىترز وآخرون (١٩٩٢) Peters et. al فى تعيين السمات والإشارات أو الدلائل الخاصة باختلال الأداء الوظيفى خلال مضمار النمو، وفى تحديد الوقت والكيفية التى تنتقل بها هذه المظاهر أو تتحول. وقد تم فى هذا الإطار إجراء دراسات طويلة تمت من خلالها دراسة مجموعة من الأفراد خلال عدة سنوات تراوحت بين عدد معين من السنين تغطى مرحلة نمائية معينة أو أكثر إلى دراستهم على مدى مضمار النمو بأكمله أى منذ الميلاد مروراً بالمراهقة حتى مرحلة الرشد (Farrington, 1991; Werner & Smith, 1992). وقد عملت تلك الدراسات التى أجريت على هؤلاء الأفراد خلال مضمار النمو بأكمله على تقسيمهم وتصنيفهم إلى عينات فى أوقات متعددة أى كل بضع سنوات حتى يمكن تعيين العوامل التى يمكن من خلالها التنبؤ فى وقت مبكر من عمر الفرد بالسلوك الذى يمكن أن يحدث فيما بعد، كأن نتعرف على سبيل المثال على ما كان عليه المراهقون الجانحون عندما كانوا فى طفولتهم المبكرة وما بعدها.

ومن المحتمل أن تظهر المسارات المحتملة لتطور الإضطراب السلوكى من خلال مثل هذه الدراسات. وقد ذكرنا بعضاً مما كشفت عنه هذه الدراسات من نتائج من قبل، ومنها على سبيل المثال أن بداية حدوث الإضطراب السلوكى عند الطفل والمراهق تعتمد على الدراسات التى تفترض وجود نمطين لذلك لكل منهما ظروفه التى تسبقه، والسمات التى تميزه، والنواتج التى تحدث بناء عليه. وبالنسبة للإضطراب السلوكى نلاحظ بشكل عام أنه توجد مسارات عديدة له حيث نجد على سبيل المثال أن العناد، وعدم الطاعة، والتحدى الذى يحدث فى وقت مبكر من مرحلة الطفولة يميل كما يرى لاهى وآخرون (١٩٩٢) Lahey et. al إلى أن يسبق الإضطراب السلوكى، وهو ما يؤيده لوبر وآخرون (١٩٩٣) Loeber, Keenan et. al.

أما فيما يتعلق بالتشخيص فىرى باترسون (١٩٩٢) Patterson أن إضطراب العناد والتحدى Oppositional defiant disorder يميز النمط الأول، وقد يسبق تشخيص هذا الإضطراب لدى العديد من الراشدين تشخيص الإضطراب

السلوكى لديهم أى يحدث لديهم قبل أن يحدث الإضطراب السلوكى. ومع ذلك فإن العديد من الراشدين من ذوى إضطراب العناد والتحدى لا يتطور لديهم الأمر إلى حدوث الإضطراب السلوكى، كما أن العديد من الراشدين من ذوى الإضطرابات السلوكية ليس لديهم تاريخ مرضى سابق يتعلق بإضطراب العناد والتحدى. ومع ذلك فإن الأدلة والنتائج التى كشفت عنها الدراسات فى هذا المجال تشير إلى وجود قدر كبير من الثبات خلال مضمار النمو يتعلق بحدوث وتطور الإضطرابات السلوكية، فالسلوكيات التى تحدث فى وقت مبكر من عمر الفرد مثل عدم الطاعة ونوبات الغضب على سبيل المثال من المحتمل أن تعد مقدمة أو تمهيد لسلوكيات أخرى مثل العدوان البدنى، وبالتالي تبدأ هذه السلوكيات فى التشعب بشكل عام إلى سلوكيات أخرى فى مجالات عديدة كالعلاقة مع الأقران مثلاً أو الأداء المدرسى. ويرى بيترز وآخرون (١٩٩٢) Peters et. al أن البحوث والدراسات فى هذا المجال قد بدأت فى تصوير مثل هذه التطورات ليس خلال مرحلة نمائية بعينها فحسب، ولكن خلال مضمار النمو بأكمله أى منذ ميلاد الفرد وحتى وصوله إلى مرحلة الرشد.

ملخص واستنتاجات

هناك العديد من العوامل التى تعد بمثابة عوامل مساعدة على حدوث الإضطراب السلوكى لدى الأطفال فتجعلهم بالتالى عرضة لحدوث الإضطراب. وتعتبر الدلائل المبكرة للسلوك المشكل سواء فى المنزل أو المدرسة بمثابة عوامل أساسية يمكن من خلالها التنبؤ بحدوث الإضطراب السلوكى. وإضافة إلى ذلك فهناك مجموعة من العوامل التى تتعلق بالوالدين والأسرة قد تم تعيينها على أنها عوامل مساعدة على حدوث الإضطرابات السلوكية للأطفال حيث تجعلهم أكثر عرضة لمثل هذه الإضطرابات. ومن أمثلة تلك العوامل نجد العوامل الوراثية، والسلوك الإجرامى فى الأسرة، والإضطرابات السلوكية لكلا الوالدين أو أحدهما، وتعاطى الكحوليات، والخلافات الزوجية، والإنفصال بين الوالدين، وأساليب المعاملة الوالدية الصارمة وغير المتسقة أو غير الثابتة.

ومع قلة أو ندرة الدراسات التى تناولت العوامل الوقائية فقد تم تحديد عدد من هذه العوامل يمكن من خلالها تقديم العون والمساعدة للأطفال وتجنبهم إياها. ومن ناحية أخرى فإن الدراسات التى تناولت الميكانيزمات والوسائل التى تعمل من خلالها العوامل المساعدة توضح تلك العمليات التى تؤدى إلى حدوث الإضطرابات السلوكية. ويمكن من خلال النتائج التى كشفت عنها مثل هذه الدراسات بالإضافة إلى العوامل الوقائية أن نحدد الكيفية التى يمكننا بها أن نتدخل للعلاج. ومن بين التحديات التى تواجه إجراء البحوث فى هذا المجال ضرورة تعيين الكيفية التى تعمل بها مختلف المؤثرات منفردة أو مجتمعة، والكيفية التى تعمل بها خلال المراحل النمائية المختلفة، إضافة إلى الكيفية التى تعمل بها بين الأفراد وفقاً للجنس، والسلالة، والأنماط الفرعية للمشكلات السلوكية.

وتكشف الدراسات التى تناول العوامل المساعدة، وبداية حدوث الإضطراب، والتدخل الإكلينيكى عن وجود قدر كبير من الثبات والاتساق فى الإضطراب السلوكى ليس فقط من الطفولة إلى المراهقة فالرشد، بل أيضاً فى إستمراره عبر الأجيال. وتساهم دراسات التبنى والدراسات التى تناولت إختلال الأداء الوظيفى لوالدى وأجداد الراشدين ذوى الإضطرابات السلوكية فى دراسة إستمرارية الإضطرابات السلوكية عبر الأجيال. وعلى الرغم من أن الأسس الدقيقة لهذه الإستمرارية مثل مدى تأثير جينات معينة، وأثر العوامل الإجتماعية البيئية لم يتم إدراكها وفهمها كما ينبغى، فإن حقيقة حدوث إستمرار للإضطراب السلوكى تعد بمثابة نقطة هامة تستحق البحث والدراسة. ومن الجدير بالذكر أن ثبات وإستمرار الإضطراب السلوكى يعنى أن التدخل العلاجى بهدف تخفيف حدة تلك السلوكيات يعد أمراً على درجة كبيرة من الأهمية..



علاج الإضطرابات السلوكية

علاج الإضطرابات السلوكية

يشير مصطلح العلاج إلى تلك الجهود والمحاولات المنظمة التي ترمى إلى خفض حدة مشكلة ما، أو تخفيفها، أو التخلص منها. وفي ضوء ما تمت مناقشته من قبل تصبح المهمة الأساسية للعلاجات المختلفة التي تستخدم مع الإضطرابات السلوكية عظيمة وكبيرة إذ من المحتمل بالنسبة للأفراد الذين تصدر عنهم تلك الإضطرابات أن يخبروا مدى كبيراً من الاختلالات في الأداء الوظيفي كأعراض السلوك المشكل أو التقصير الكبير فيما يتعلق بالسلوك الاجتماعي والسلوك الأكاديمي على سبيل المثال. وعلاوة على ذلك فإن والديهم وأسرهم قد يظهرون هم أيضاً بعض المشكلات التي تؤثر على أولئك الأطفال وتتأثر بهم، ومنها مثلاً إصابة أحد الوالدين أو كليهما بمرض نفسي أو عقلي، أو حدوث الانفصال بين الوالدين.

ويمكن استخدام مجموعة كبيرة من التدخلات العلاجية مع الأفراد الذين تصدر عنهم إضطرابات سلوكية منها على سبيل المثال العلاج النفسي - Psycho-therapy والعلاج الطبي medication والبرامج العلاجية الأسرية والمدرسية والمجتمعية home -, School -, and community - based programs والعلاج أثناء الإقامة داخل المستشفى أو المصحة residential and hospital treatment والخدمات الاجتماعية social services إلا أن عدداً قليلاً فقط من هذه الأساليب العلاجية هو الذي أثبت فعالية في خفض حدة الإضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين. وسوف نتناول خلال الفصل الحالي تلك الأنواع الفعالة من الأساليب العلاجية التي تستخدم في علاج الإضطرابات السلوكية.

تحديد الأساليب العلاجية ذات الفاعلية

سوف تتركز مناقشتنا خلال الفصل الراهن على العلاجات النفسية أو أنماط العلاج النفسى التى تستخدم على نطاق واسع حيث تم إجراء العديد من الدراسات والبحوث فى ضوءها، ومن ثم تركز عليها الدراسات التى تجرى فى هذا الميدان، كما أنها تعد أساليب علاجية فعالة وواعدة وذلك فى ضوء النتائج التى كشفت عنها تلك الدراسات.

وسوف نعرض خلال الصفحات التالية للفئات الأساسية للعلاج النفسى والتركيز العلاجى لكل منها أو ما يتم التركيز عليه أثناء العلاج. وتعد هذه الفئات أو الأساليب العلاجية بمثابة طريقة هامة لتحديد الفروق بين تلك الأساليب العلاجية المستخدمة. ومع ذلك يمكن تحديد العديد من الفروق والتباينات فى أى نمط علاجى معين، إذ نجد على سبيل المثال أن العلاج النفسى الفردى individual psychotherapy يضم العلاج السيكوندينامى psychodynamic therapy والعلاج غير الموجه nondirective therapy والعلاج باللعب play therapy وغيره من الأساليب العلاجية الأخرى. وبنفس الطريقة يتضمن العلاج السلوكى behavior therapy العديد من الفنيات مثل التدريب على المهارات الاجتماعية Social skills training وإدارة الإحتمالات أو الطوارئ contingency management والاقتصاد الرمضى token economies وعند مستوى فنيات معينة غير تلك التى تتعلق بالجنس بدرجة كبيرة فإن عدد الإجراءات سيكون كبيراً. ويرى كازدين (Kazdin ١٩٨٨) أنه يمكننا فى الواقع أن نحدد أكثر من مائتى فنية علاجية مختلفة تستخدم فى الممارسات الإكلينيكية. ويمكن إستخدام العلاجات ككل بشكل جيد، كما يمكن أن تأتى بنتائج طيبة، إلا أن بعضها فقط هو الذى تكون نتائجه معقولة. كما أن العديد منها يحتكم إلى الفطرة السليمة أو الحكم على الأمور بصورة صائبة إذ نجد على سبيل المثال أن الأفراد ذوى المشكلات السلوكية يتسمون بالفضب ويحتاجون إلى التحدث عن مشاعرهم. وأنها لحقيقة مؤكدة أنه لا توجد نتائج أو أدلة كافية تؤكد فاعلية معظم أنواع العلاجات المستخدمة. وبذلك نلاحظ أن السؤال الأساسى الذى يتعلق بذلك الكم الهائل من العلاجات المتاحة يتمثل فى

كيفية تحديد أى نوع من هذه العلاجات على أنه هو الذى سيعطى النتائج المرجوة.

ومن الجدير بالذكر أنه يمكننا وفقاً للتركيز العلاجي والعمليات المتضمنة فى الأساليب العلاجية الأساسية للسلوك المضاد للمجتمع أن نصنفها إلى فئات متعددة على النحو التالى:

أولاً: الأساليب العلاجية المتمركزة حول الطفل

child - Focused treatments

١ - العلاج النفسى الفردى individual psychotherapy

أ. التركيز:

يركز هذا الأسلوب العلاجي على الأسس النفسية الداخلية للسلوك المضاد للمجتمع وخاصة الصراعات والعمليات النفسية التى تتأثر سلباً خلال مضمار النمو.

ب. العمليات الأساسية:

تمثل العلاقة مع المعالج الوسيلة الأولية التى يتم التغير من خلالها. ويوفر العلاج خبرة انفعالية تصحيحية أو تعديلية من خلال الاستبصار واكتشاف أساليب جديدة للسلوك.

٢ - العلاج النفسى الجمعى: Group psychotherapy

أ. التركيز:

يتناول هذا الأسلوب العلاجي عمليات العلاج الفردى كما لاحظناها من قبل. ويتم التركيز خلاله على عمليات إضافية، إلى جانب التغذية الرجعية، والمكاسب البديلة التى يحققها الأقران. كما يتم التركيز أيضاً على العمليات الجماعية كالتماسك، والقيادة على سبيل المثال.

ب. العمليات الأساسية:

تمثل العلاقة بين المعالج والأقران كجزء من الجماعة إحدى هذه العمليات.

وتزود العمليات الجماعية الأطفال بخبرات ومشاعر الآخرين التي تعد أساسية في هذا الجانب، كما أنها في الوقت ذاته توفر لهم الفرص اللازمة لإختبار وجهات نظرهم وأنماطهم السلوكية.

٣ - العلاج السلوكي behavior therapy

أ - التركيز:

يتم التدريب خلال هذا الأسلوب العلاجي على مواجهة السلوكيات المشكلة التي تعرض على أنها أعراض مستهدفة، أو التدريب على السلوكيات التي تستهدف مخالفة أو مناقضة تلك الأعراض كالتدريب على السلوكيات الاجتماعية مثلاً.

ب - العمليات الأساسية:

يهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى تعلم سلوكيات جديدة من خلال التدريب المباشر وذلك عن طريق النمذجة، والتعزيز، والممارسة، ولعب الدور. وكذلك التدريب في المواقف التي يحدث فيها السلوك المشكل كتلك المواقف التي تحدث بالمنزل أو المدرسة أو المجتمع المحلي.

٤ - العلاج المعرفي Cognitive therapy

أ - التركيز:

يركز هذا الأسلوب العلاجي على العمليات المعرفية المختلفة، وعلى المهارات المعرفية اللازمة لحل المشكلات بين الشخصية التي تركز على السلوك الاجتماعي.

ب - العمليات الأساسية:

يهدف هذا النمط العلاجي إلى تعليم الأطفال مهارات حل المشكلات باستخدام أسلوب التعرض خطوة خطوة للمواقف بين الشخصية. كما يعتمد أيضاً على استخدام النمذجة، والممارسة، والإعادة والتجربة، ولعب الدور وذلك بغرض تنمية المهارات. ويعمل كذلك على تنمية الحوار

الداخلي أو الحديث الخاص الذى يقوم على استخدام عمليات تعيين أو تحديد تلك الحلول الإجتماعية للمشكلات المختلفة التى قد يتعرض لها الفرد.

٥ - العلاج بالعقاقير Pharmacotherapy

أ - التركيز:

يركز العلاج بالعقاقير على التأثير على المواد البيولوجية التى لها تأثير على السلوك، ومن أمثلتها فى ضوء النتائج التى كشفت عنها الدراسات المعملية التأثير على الأخلط العصية neurohumors التى تعد بمثابة عوامل كىماوية تتوسط فى النشاط المستحث بتنبية الأعصاب، أو على سلسلة التغيرات الدورية، أو المتلازمات الفسيولوجية الأخرى للسلوك العدوانى والإنفعالى.

ب - العمليات الأساسية:

يهدف هذا الأسلوب العلاجى إلى تطبيق العوامل النفسية والمتعلقة بالعقاقير للسيطرة على السلوك المضاد للمجتمع. وتستخدم كربونات الليثيوم Lithium Carbonate والهالوبيريدول Haloperidol فى هذا الإطار وذلك بسبب تأثيرها المضاد للعدوانية.

٦ - العلاج أثناء الحجز داخل المستشفى أو المصحة residential treatments

أ - التركيز:

يتم التركيز من خلال هذا الأسلوب العلاجى على إتباع أساليب تطبيق فنيات عديدة فى العلاج اليومى أو المكان المحجوز به الفرد. ويتم التركيز فى هذا الإطار على تطبيق الفنيات المستخدمة فى بعض الأساليب العلاجية الأخرى.

ب - العمليات الأساسية:

يعمل هذا النمط العلاجى على تطبيق العمليات المستخدمة فى العديد من الفنيات العلاجية الأخرى. ويتم خلاله عزل الطفل عن الوالدين أو إبعاده

عن المنزل وهو الأمر الذى قد يساعد فى خفض حدة العمليات المعاكسة أو الأزمات التى تسهم فى حدوث المشكلة الإكلينيكية .

ثانياً: الأساليب العلاجية المتمركزة حول الأسرة

Family - focused treatments

١ - العلاج الأسرى Family therapy

أ - التركيز

يركز هذا الأسلوب العلاجى على الأسرة كنسق للأداء الوظيفى بدلاً من التركيز على المريض . كما يتم أيضاً التركيز على العلاقات بين الشخصية، والتنظيم، والأدوار، وديناميات الأسرة.

ب - العمليات الأساسية:

ويعتمد هذا النمط العلاجى فى ذلك على عمليات غاية فى الأهمية هى الاتصال والتواصل، والعلاقات، وتركيب الأسرة، والعمليات التى تحدث بداخلها كالاستقلال، وحل المشكلات، والمبادرة.

٢ - تدريب الوالد على إدارة الأسرة Parent management training

أ - التركيز:

يركز على التفاعلات التى تحدث داخل المنزل وخاصة تلك التفاعلات التى تتضمن التغير القسرى أو الجبرى للسلوك.

ب - العمليات الأساسية:

يتم استخدام التدريب المباشر للآباء على تنمية السلوك الاجتماعى لأطفالهم . كما يتم الإستخدام الصريح لفنيات التعلم الاجتماعى وذلك للتأثير على الطفل.

ثالثاً: الأساليب العلاجية المتمركزة حول المجتمع المحلى

Community - based treatments

ومن أهم هذه الأساليب:

– التدخلات العلاجية على مستوى المجتمع المحلي:

Community - wide interventions

أ. التركيز:

يتم التركيز على الأنشطة والبرامج المجتمعية لتنمية الكفاءة والعلاقات مع الأقران.

ب. العمليات الأساسية:

ويعمل هذا الأسلوب العلاجي على تنمية السلوك الإجتماعي والعلاقات مع الأقران. ويتم النظر إلى الأنشطة المختلفة على أنها تدعم السلوك الإجتماعي وتعارض أو تتنافر مع السلوك المضاد للمجتمع.

ولكى يتم هذا العدد الضخم من الأساليب العلاجية من المفيد أن نحتكم إلى محركات معينة يتم فى ضوئها تحديد أى من هذه الأساليب العلاجية يمكن أن يأتى بالنتائج المرجوة، ومن ثم تعد أساليب واعدة وفعالة فى هذا المجال. وفى هذا الإطار يتم الإحتكام إلى العديد من المحركات لتعيين أو تحديد ومن ثم إختيار تلك الأساليب العلاجية. ومن هذه المحركات ما يلى:

١ – المحك المفاهيمي:

ويحتكم إلى إطار نظري يتعلق بالميكانيزم أو الميكانيزمات التى تسهم من الناحية الإكلينيكية فى حدوث إختلال الأداء الوظيفى كالميكانيزمات النفسية الداخلية أو تلك التى توجد داخل الأسرة.

٢ – محك البحوث والدراسات:

ويعتمد على وجود نتائج وأدلة تؤكد أن هذا الميكانيزم أو ذاك يمكن قياسه، كما يمكن ربطه بإختلال الأداء الوظيفى وذلك بمعزل عن نتائج العلاج التى كشفت عنها الدراسات.

٣- محك الأدلة التي تستند إلى النتائج التمهيديّة:

وتوضح الأدلة في البحوث المماثلة أو تلك التي تكشف عنها الدراسات الإكلينيكية أن هذا الاتجاه يؤدي إلى حدوث تغيرات على المقاييس المرتبطة من الناحية الإكلينيكية

٤- محك العلاقة بين العملية المتضمنة والنتيجة:

وتوضح الأدلة التي كشفت عنها الدراسات التي تناولت النتائج التي تم التوصل إليها من قبل في هذا الصدد وجود علاقة بين التغير الذي يحدث نتيجة للعمليات المتضمنة في هذا الأسلوب العلاجي أو ذاك والتي يعد لها دوراً أساسياً في هذا التغير وبين النتائج الإكلينيكية التي يتم التوصل إليها. وبمنظرة سريعة على هذا المحك نجد أن المحك الأول يتطلب أن يكون للعلاج منطق نظري معين يستند عليه ويحدد من خلاله كيف يحدث إختلال الأداء الوظيفي والذي يتمثل هنا في الإضطراب السلوكي، وكيف يتناول الأسلوب العلاجي هذا الإختلال في الأداء الوظيفي. وهنا نجد الميكانيزمات التي تؤدي إلى الإضطراب السلوكي وتلك التي تؤدي إلى التغير الناتج عن العلاج تعد مطلوبة وذات أهمية في ضوء هذا المحك.

أما المحك الثاني فينظر إلى ما إذا كانت هناك أي بحوث أو دراسات أساسية تؤيد الأساس المفاهيمي. وتشير البحوث الأساسية في هذا السياق إلى تلك الدراسات التي تقوم بفحص المشكلات السلوكية والعوامل التي تؤدي إلى ظهور هذه المشكلات، وبدايتها، أو استمرارها، أو تفاقمها، أو تحسن الحالة أو التخفيف من حدة هذه المشكلات أو القضاء عليها. ومن أمثلة هذه الدراسات تلك التي تتناول الأسرة والتي تؤكد أن أنماطاً معينة للعلاقة بين الوالدين والأطفال تؤدي إلى تفاقم أو زيادة العدوان داخل المنزل. وتقدم مثل هذه الدراسات وجهة نظر مفاهيمية توضح أهمية ومغزى تلك الأنماط وتقدم أساساً مفاهيمياً ونظرياً لتطوير أساليب علاجية يتم توجيهها إلى أنماط العلاقات تلك.

ويتناول المحك الثالث ما إذا كان هناك أى دليل قائم على نتيجة يبرهن على أن هذا الأسلوب العلاجي أو ذاك يمكن أن يؤدي إلى حدوث تغير من أى نوع. ومن الواضح أن المحاولات الإكلينيكية العشوائية بفضل أن يتم إجراؤها فى هذا الإطار. ومع ذلك فإنه نظراً لأن معظم الأساليب العلاجية التى تم استخدامها مع الأطفال والمراهقين لم يتم اختبارها فى دراسات محكمة يصبح من المهم ألا نتشدد فى تطبيق هذا المحك. وإذا ما وجدت هناك أى نتائج حول تطبيق فنية علاجية معينة تدل على أن استخدام مثل هذه الفنية يمكن أن يؤدي إلى حدوث تغير، فإن مثل هذه المعلومات يجب أن تعمل على عزل هذا الأسلوب العلاجي الذى استخدمت فيه تلك الفنية عن غيره من الأساليب العلاجية الأخرى التى لم تتوفر عنها بيانات أو نتائج.

وأخيراً فإن المحك الرابع والأخير فى قائمة المحكات تلك يعرض للأدلة التى توضح أن العمليات الحاسمة تتغير من جراء الأسلوب العلاجي المستخدم، وأن هذه العمليات ترتبط بالنتائج التى يتم التوصل إليها. ويدل ذلك فى ضوء هذا المحك على أن هذا الأسلوب العلاجي أو ذاك يعد واعدًا وفعالاً فى الواقع. فقد نجد فى هذا الإطار على سبيل المثال أن أسلوباً علاجياً معيناً قد يفترض أن التغيرات فى المعارف Cognitions تعد من الأمور المطلوبة حتى يتم حدوث تغير فى المشكلات السلوكية. وتوضح دراسة هذا الأسلوب العلاجي أن التغيرات فى هذه العمليات تحدث وترتبط بالتغيرات فى نتائج العلاج (كالسلوك المنحرف فى المدرسة مثلاً) ويؤدي ذلك إلى حدوث تقدم لدى الحالة يرجع إلى هذا الأسلوب العلاجي. إلا أن هذا المحك يعد صارماً أو متشدداً، ومن ثم يجب وضعه فقط فى الاعتبار عند الحكم على أى أسلوب علاجي.

ومن الجدير بالذكر أنه لا يوجد أى أسلوب علاجي من بين تلك الأساليب تنطبق عليه هذه المحكات تمام الإنطباق. ومع ذلك فقد تم تحديد عدد من الأساليب العلاجية التى تأتى بنتائج طيبة عند استخدامها فى علاج الإضطرابات السلوكية، ومن ثم تعد واعدة وفعالة فى هذا الإطار. وتنطبق المحكات السابقة

على هذه الأساليب إلى حد كبير، وتتضمن تلك الأساليب التدريب على المهارات المعرفية لحل المشكلات، وتدريب الوالد على إدارة الأسرة، والعلاج الأسرى الوظيفي، والعلاج متعدد الأنساق.

الأساليب العلاجية الواعدة ذات الفاعلية

أولاً: التدريب على المهارات المعرفية لحل المشكلات

Cognitive Problem - Solving Skills training

أ- الخلفية والأساس المنطقي:

تشير العمليات المعرفية إلى فئات عديدة من الأبنية تتعلق بالأسلوب الذي يمكن للفرد من خلاله أن يدرك، ويشفر، ويخبر العالم. وقد اتضح أن الأفراد الذين تصدر عنهم سلوكيات تدل على الإضطراب السلوكي وخاصة العدوان لديهم تشويهاً وقصور في عمليات معرفية متعددة. ولا تعد أوجه القصور هذه بمثابة إنعكاسات للأداء الوظيفي العقلي فحسب. وعلى الرغم من أن عمليات عقلية متفاعة مثل الإسترجاع وتجهيز المعلومات ترتبط بالأداء الوظيفي العقلي، فإن أثرها قد تم تحديده منفصلاً واتضح أنه يسهم في حدوث التوافق السلوكي والسلوك الإجتماعي.

هذا وقد تمت دراسة مجموعة من العمليات المعرفية تتضمن القدرة على تعميم الحلول البديلة على المشكلات بين الشخصية (مثل الأساليب المختلفة لتناول المواقف الإجتماعية)، والقدرة على تحديد الوسائل اللازمة لتحقيق غايات معينة (مثل تكوين الصداقات)، أو تحديد نتائج الأفعال (مثل ما الذي يمكن أن يحدث بعد القيام بسلوك معين)، أو القدرة على أن ينسب الفرد للآخرين دافعية القيام بأفعالهم، وأن يدرك كيف يشعر الآخرون، وأن يتوقع الآثار التي يمكن أن تنجم عن تلك الأفعال التي يقوم بها شخص ما. ويرى لوتشمان ودودج (Lochman & Dodge ١٩٩٤) وروبن وآخرون (Rubin et al ١٩٩١) أن أوجه التشابه بين هذه العمليات وكذا أوجه القصور ترتبط بتقديرات المعلم للسلوك

الفوضى أو المستهجن، وتقديرات الأقران، والقياس المباشر للسلوك العلنى أو الصريح.

وإذا ما أردنا أن نسوق مثالا لتوضيح ذلك فإننا نرى أن العدوان لا تتم إثارته فقط عن طريق الأحداث البيئية، ولكنه يثار أيضاً عن طريق الأسلوب الذى يتم به إدراك هذه الأحداث وتجهيزها. ويشير مصطلح التجهيز Processing إلى تقييم الطفل للموقف وردود الفعل المتوقعة من جانب الآخرين والتقارير الذاتية للطفل فى إستجابته لأحداث معينة. فعلى سبيل المثال نجد أن عزو النية للآخرين يمثل تنظيمًا أو ميلاً معرفيًا أساسيًا له أهميته الكبيرة فى فهم السلوك العدوانى. وكما ذكرنا سلفًا فإن المراهقين العدوانيين يميلون إلى عزو النية العدائية للآخرين وخاصة فى المواقف الاجتماعية التى غالبًا ما تكون فيها كما يرى كريك ودودج (Crick & Dodge ١٩٩٤) الإشارات الدالة على النية الفعلية غامضة. ومن المعروف أنه عندما يتم إدراك المواقف على أنها عدائية يصبح من الأكثر احتمالاً بالنسبة للمراهقين أن يسلكوا بطريقة عدوانية.

وعلى الرغم من أن العديد من الدراسات قد كشفت عن أن المراهقين المضطربين سلوكيًا يخبرون العديد من أوجه النقص والتشوهات المعرفية فإنه لا يزال هناك العديد من الأسئلة الجوهرية تحتاج إلى حلول مناسبة لها. ومن بين تلك الأسئلة ما يتعلق بتعيين أوجه النقص المعرفية بين المجموعات التى يتم تشخيصها على أن ما تتضمنه من أعضاء يعانون من الإضطراب السلوكى، وأن المراهقين المضطربين سلوكيًا الذين تتضمنهم تلك المجموعات هم فى الأصل من أعمار مختلفة فى مرحلة المراهقة، وأن العمليات المعرفية التى تصدر عنهم تعد أكثر مركزية أو جوهرية عن غيرها. كذلك فمن هذه الأسئلة أيضاً ما يتعلق بالكيفية التى تتطور بها تلك العمليات من الناحية النمائية. ومع ذلك فإن البحوث التى تم إجراؤها عن العمليات المعرفية بين الأطفال العدوانيين لا تزال تعمل كأساس موجه لإدراك وتحديد الأسلوب العلاجى الملائم من ناحية، ولتطوير استراتيجيات علاجية معينة من ناحية أخرى.

ب- أهم السمات المميزة

يعمل أسلوب التدريب على مهارات حل المشكلات PSST على تطوير المهارات المعرفية بين الشخصية لحل المشكلات. وعلى الرغم من تطبيق العديد من النسخ الخاصة بهذا الأسلوب على الأطفال المضطربين سلوكيًا فإن هناك العديد من السمات التي تعد مشتركة بين تلك النسخ، ونذكر منها ما يلي:

أولاً: تركز مثل هذه النسخ على الكيفية التي يتناول بها الأطفال تلك المواقف وذلك على الرغم من أنه من الواضح أن الأطفال ينتقون الوسائل الملائمة للسلوك في الحياة اليومية، ويكون التركيز في الأساس على عمليات التفكير بدلاً من النتائج أو الأفعال السلوكية المعينة التي تتج من جراء ذلك.

ثانياً: يتعلم الأطفال تناول تلك المواقف بأسلوب الخطوة خطوة وذلك لحل المشكلات بين الشخصية. ومن ثم يقررون لأنفسهم أن التركيز المباشر على جوانب معينة من المشكلة أو المهام يؤدي إلى التوصل لحلول فعالة.

ثالثاً: يستخدم هذا الأسلوب العلاجي مهاماً منظمة تتضمن ألعاباً، وأنشطة أكاديمية، وقصص. وعلى إمتداد مضمار العلاج يتزايد تطبيق المهارات المعرفية لحل المشكلات وذلك على مواقف الحياة الفعلية.

رابعاً: عادة ما يلعب المعالجون دوراً مباشراً وفعالاً في العلاج فيقومون بنمذجة العمليات المعرفية وذلك بتقديم تقارير ذاتية لفظية، كما يقومون بتطبيق مبدأ تتابع الحالات على مشكلة معينة، ويعملون على توفير الإشارات اللازمة لإثارة استخدام المهارات، ويؤكدون منها تغذية راجعة، ويمتدحون الأطفال عند الضرورة وذلك لتطوير الإستخدام الصحيح للمهارات.

خامساً: عادة ما يضم العلاج العديد من الإجراءات التي تتضمن النمذجة، والممارسة، ولعب الدور، والتعزيز، والعقاب المعتدل أو المعقول mild كفقد النقاط أو العلامات على سبيل المثال.

ج - نظرة عامة على الأدلة المتاحة

يرى باير ونتريل (Baer & Nietzel ١٩٩١) ودورلاك وآخرون (١٩٩١) Durlak et. al أنه قد تم إجراء العديد من الدراسات التي اهتمت بالعواقب التي يتعرض لها الأطفال والمراهقون المندفعون والعدوانيون والمضطربون سلوكيًا. وقد أوضحت نتائج مثل هذه الدراسات أن العلاج الذي يستند على أساس معرفي قد أدى إلى خفض السلوك العدواني والسلوك المضاد للمجتمع سواء في المنزل أو المدرسة أو المجتمع المحلي وذلك بدرجة دالة، وأن هذه المكاسب التي تحققت قد استمرت لمدة عام بعد العلاج. ويرى كاردين (Kazdin ١٩٩٣) وكندول (Kendall ١٩٩١) وبيلر وروبن (Pepler & Rubin ١٩٩١) أن العديد من الدراسات المبكرة في هذا المجال والتي تم إجراؤها في السبعينيات والثمانينيات قد ركزت على الأطفال الذين يتسمون بالاندفاعية، وعلى عينات الأطفال غير المرضى. ومنذ هذا الوقت أوضحت نتائج العديد من الدراسات وجود آثار لهذا العلاج على المراهقين المحالين إكلينيكيًا للعلاج. ويضيف دورلاك وآخرون (١٩٩١) Durlak et. al أن الأطفال الأكبر سنًا يستفيدون من العلاج بدرجة تفوق ما يستفيد به أقرانهم الأصغر منهم سنًا، وربما يرجع ذلك إلى تقدمهم عليهم في النمو المعرفي. ومع ذلك فلم يتم اختبار أو التحقق من صحة الأساس الذي تستند عليه الإستجابة الفارقة للعلاج كدالة للعمر الزمني أو مدى حدة الأعراض المرضية التي تبدو على الأطفال.

ويرى كاردين (Kazdin ١٩٩٥) أن الأطفال المضطربين سلوكيًا الذين ينحدرون من أسر ذات مستويات مرتفعة من الإختلال كإصابة أحد الوالدين أو كليهما بمرض نفسي أو عقلي، أو الإنعصاب، أو إختلال الأداء الوظيفي الأسري على سبيل المثال تقل إستفادتهم من العلاج قياسًا بأقرانهم الذين ينحدرون من أسر تقل فيها مستويات الإختلال. ومع ذلك فلم يتم التحقق مما إذا كانت تلك العوامل تختص فقط بالتدريب على مهارات حل المشكلات أو ما إذا كانت تؤثر

على مدى فاعلية الأساليب العلاجية عامة والتي يتم استخدامها مع الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيًا.

د- تقييم شامل

في حقيقة الأمر توجد ملامح أو سمات عديدة في أسلوب التدريب على مهارات حل المشكلات تجعل منه إتجاهًا علاجيًا واعدًا وفعالاً للغاية. وقد يرجع ذلك إلى عدة أسباب منها:

أولاً: أن العديد من النتائج التي كشفت عنها الدراسات المحكمة والتي تم إجراؤها على عينات مرضية قد أوضحت أن العلاج الذي يستند على أسس معرفية يؤدي إلى حدوث تغير علاجي في الإتجاه المنشود.

ثانيًا: لا تزال البحوث الأساسية في علم نفس النمو تمحّص العمليات المعرفية الدالة على سوء التكيف بين الأطفال والمراهقين إلى جانب مشكلات السلوك التي تعمل كأسس أو دعائم للعلاج.

ثالثًا: يرى فينش وآخرون (١٩٩٣) Finch et. al وشور (١٩٩٢) Shure أنه على المستوى التطبيقي نلاحظ أن العديد من التغيرات التي تحدث من جراء استخدام هذا الأسلوب العلاجي متاحة الآن على شكل كتيب يسهل من عملية التدريب عليها.

ومن هذا المنطلق يمكن أن يتم تقييم العلاج سواء تم ذلك في دراسات أو من خلال التطبيق الإكلينيكي. ومع ذلك فلا تزال هناك أسئلة جوهرية حول هذا الأسلوب العلاجي تحتاج إلى حلول وفي مقدمتها الدور الذي تلعبه العمليات المعرفية في حدوث إختلال الأداء الوظيفي الإكلينيكي وكيفية استخدام العلاج في مثل هذه الحالة، وهو الأمر الذي لا يزال يحتاج إلى تقييم. كذلك فإن الأدلة التي توضح أن نمطًا معينًا من العمليات المعرفية التي تميز المراهقين ذوي المشكلات السلوكية وليس مشكلات التوافق بشكل عام ليست أدلة قاطعة أو واضحة بجلاء تام. كما أنه وبالرغم من أن الأدلة

التي توضح أن التغير الذي يحدث فى العمليات المعرفية من جراء العلاج لم تقرر أن التغير فى مثل هذه العمليات يرتبط بالتحسن الذى يحدث بسبب العلاج، وهو ما يترك أسس التغير الذى يرجع إلى استخدام العلاج غير واضحة. ومن ناحية أخرى فإن الأبنية النمائية، والسمات التى تميز الأطفال وأسرهم، ومحددات العلاج بشكل عام لم يتم تناولها فيما يتعلق بعلاقتها بالنتائج التى تترتب على العلاج.

رابعاً: مع أنه قد تم التوصل إلى التغيرات الثابتة التى تحدث من جراء العلاج فإن مقدار أو أهمية هذا التغير لا تزال تثير التساؤلات، حيث نجد أن العديد من المراهقين يتحسنون إلا أنهم مع ذلك يظلون بعيداً عن الأداء الوظيفى الطبيعى قياساً بأقرانهم من نفس العمر الزمنى والجنس كما يرى كازدين وزملاؤه ١٩٨٩، ١٩٩٢ (Kazdin, Bass, Siegel, & Thomas, 1989) (Kazdin, Siegel & Bass, 1992) وعلى الرغم من أن هذه التساؤلات الأساسية حول هذا الأسلوب العلاجى لا تزال فى حاجة إلى حلول لها فإنه مع ذلك يعد أسلوباً علاجياً واعدأً وفعالاً بدرجة كبيرة وذلك لأن الآثار العلاجية المترتبة عليه قد تضاعفت فى العديد من الدراسات المحكمة التى تناولت الإضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين.

ثانياً: تدريب الوالد على إدارة الأسرة Parent management training

أ - اخلفية والأساس المنطقي

يشير تدريب الوالد على إدارة الأسرة PMT إلى تلك الإجراءات التى يتدرب عليها الوالدان حتى يتسنى لهما تغيير سلوك طفلهما فى المنزل. ويتقابل الوالدان مع المعالج أو المدرب الذى يقوم بتعليمهما استخدام إجراءات معينة حتى يقوما بتغيير تفاعلاتهما مع طفلهما، ويقومان بتدعيم أو تعزيز سلوكه الإيجابى، ومن ثم يقللان من سلوكه المنحرف. ويعتمد التدريب هنا على فكرة عامة مؤداها أن السلوك المشكل أو المضطرب يتطور ويعزز فى المنزل بشكل غير متعمد وذلك من

خلال التفاعلات اللاتوافقية بين الوالدين والطفل، إذ أن هناك أوجه أو مظاهر متعددة للتفاعل بين الوالدين والطفل تدعم وتعزز السلوك العدواني والسلوك المضاد للمجتمع من جانب الطفل، وتتضمن مثل هذه الأنماط التعزيز المباشر للسلوك المنحرف، والاستخدام المستمر وغير الفعال للأوامر، والعقاب القاسى، والفشل فى العناية بالسلوك الملائم والإهتمام به (Patterson et. al, 1992).

وقد يكون الأمر غير حقيقى ومضللاً إذا قلنا أن الوالد هو المسئول الوحيد عن نتائج التفاعلات التى تحدث بينه وبين الطفل وهو الذى يوجد بها إذ أن مثل هذه المؤثرات تعد ثنائية الاتجاه كما يرى لايتون (Lytton ١٩٩٠) حيث يؤثر الطفل هو الآخر على الوالد أيضاً تماماً مثلما يؤثر الوالد عليه. ويبدو فى بعض الحالات أن الأطفال ينغمسون فى السلوك المنحرف حتى يعملوا على استمرار التفاعل مع الوالدين وتعزيزه. فنجد على سبيل المثال أنه عندما يتصرف الوالدان بطريقة غير ثابتة وبشكل لا يمكن التنبؤ به كأن لا يهتموا بالطفل بالطرق العادية مثلاً نجد أن الطفل قد يأتى بسلوك منحرف كالإنتحاب والانىن مثلاً أو إلقاء بعض الأشياء على الأرض. وتكون النتيجة بطبيعة الحال هى جعل الوالد يستجيب بطريقة يمكن التنبؤ بها إلى حد كبير (Wahler & Dumas, 1986). وبعد السلوك غير الثابت الذى يصدر عن الوالد والذى لا يمكن التنبؤ به بمثابة ظرف معاكس للطفل إذ أن السلوك المنحرف من جانب الطفل يتم تعزيزه سلبياً بانقضاء هذا الموقف. ومع هذا تكون النتيجة إلى جانب ذلك هى زيادة عقاب الوالد للطفل.

ومن بين أنماط التفاعل العديدة بين الوالدين والطفل حظت تلك الأنماط التى تتضمن القسر أو الإجبار بالإهتمام الأكبر. ويشير القسر أو الإجبار Coercion إلى سلوك منحرف من جانب شخص معين هو الطفل يتم مكافأته من جانب شخص آخر هو الوالد. فالأطفال العدوانيون على سبيل المثال تتم مكافأاتهم بشكل غير متعمد على تفاعلاتهم العدوانية، وعلى زيادتهم وتصعيدهم لحدة سلوكياتهم القسرية. أما الدور الحاسم لأساليب المعاملة الوالدية للطفل فى السلوك المضاد للمجتمع من جانب الطفل فهو لا يعد بمثابة نموذج معقول أو مقبول ظاهرياً على المستوى النظرى فحسب، بل على المستوى التطبيقى أيضاً إذ

أيدت نتائج الدراسات الارتباطية ذلك حيث ربطت أساليب معاملة معينة بالسلوك المضاد للمجتمع، كما أيدت الدراسات التجريبية هي الأخرى ذلك كما يرى ديشيون وآخرون (١٩٩٢) Dishion et. al حيث أوضحت أن تغيير مثل هذه الأساليب بشكل مباشر يقلل من كم السلوك المضاد للمجتمع من جانب الطفل.

وتمثل الهدف العام لهذا الأسلوب العلاجي في تغيير نمط التفاعلات بين الوالد والطفل حتى يتسنى تعزيز السلوك الإيجابي للطفل - وليس سلوكه القسري - بشكل مباشر وتدعيمه داخل الأسرة. وهذا يتطلب تطوير العديد من السلوكيات الوالدية المختلفة كوضع القواعد للطفل على سبيل المثال حتى يتبعها، وتعزيز الإيجابي للسلوك الملائم الذي يأتي به، وإتباع أشكال معتدلة من العقاب لقمع السلوكيات غير الملائمة التي تصدر عنه، والمبادرة بتقديم الحلول الوسط، وغير ذلك من إجراءات. ومن ثم يصبح لأساليب المعاملة الوالدية غير الملائمة والتفاعلات القسرية دلالتها المباشرة على التدخل العلاجي.

ب- أهم السمات المميزة

على الرغم من وجود العديد من الأشكال التي تنتمي إلى هذا الأسلوب العلاجي فإنه يمكن تحديد العديد من السمات العامة أو المشتركة التي تميزه، ومنها:

أولاً: أن العلاج يجرى في الأساس مع الوالد أو الوالدين الذين يقومون بتنفيذ العديد من الإجراءات في المنزل. ويتقابل الوالدان مع المعالج الذي يقوم بدوره بتعليمهما استخدام إجراءات معينة يتسنى لهما بمقتضاها تغيير الكثير من تفاعلاتهما مع طفلهما، وأن يعزرا من سلوكه الاجتماعي، وأن يقللا من سلوكه المنحرف. ولا يوجد في الواقع أي تدخل مباشر من جانب المعالج مع الطفل، وإن وجد مثل هذا التدخل فإنه يكون بقدر ضئيل جداً.

ثانياً: يتم تدريب الوالدين على تعيين السلوكيات المشكلة من جانب طفلهما،

وتحديدها، وملاحظتها وذلك بأساليب جديدة. ويعد التحديد الدقيق للمشكلة أمراً في غاية الأهمية حتى يتم التعزيز أو العقاب على ما يترتب عليها من نتائج، وحتى يتسنى لهما تقييم ما إذا كان البرنامج قد حقق الأهداف المحددة له والمرجوة من تنفيذه أم لا.

ثالثاً: تغطي الجلسات العلاجية مبادئ وأساسيات التعلم الإجتماعى والإجراءات التى تنتج عنها أو تصبح بمقتضاها ضرورية. وتتضمن مثل هذه الإجراءات التعزيز الإيجابى كاستخدام الثناء الإجتماعى وبيونات التعزيز (فيشات) للسلوك الإجتماعى على سبيل المثال، كما تتضمن الإجراءات أيضاً استخدام القدر المعتدل من العقاب كاستخدام أسلوب الإبعاد أو الحرمان لبعض الوقت، وفقد الإمتيازات على سبيل المثال. إلى جانب إجراءات أخرى كالتفاوض أو المناقشة، والتقليص الطارئ.

رابعاً: توفر تلك الجلسات الفرص أمام الوالدين ليتمكنوا من ملاحظة كيفية استخدام الفنيات المختلفة التى يتم اللجوء إليها، وأن يراجعا أو يستعرضا برامج التغير السلوكى فى المنزل. وبذلك فإن الهدف المباشر للبرنامج يتمثل فى تنمية مهارات معينة لدى الوالدين. ومع استيعاب الوالدين لذلك وإحرازهما تقدماً فى هذا الصدد يمكن للبرنامج أن يتناول السلوكيات المشكلة الأكثر حدة التى تصدر عن الطفل، وأن يمتد ليعطى جوانب أخرى من المشكلة كالسلوك المدرسى على سبيل المثال.

جـ - نظرة عامة على الأدلة المتاحة

وبنظرة عامة على تلك الأدلة المتاحة من خلال إستقراءنا للتراث نجد أنه طبقاً لما يراه كازدين (Kazdin ١٩٩٣) وباترسون وآخرون (Patterson et. al ١٩٩٣) وميلر وبريتز (Miller & Prinz ١٩٩٠) فإنه من المحتمل أن تدريب الوالد على إدارة الأسرة يعد هو أكثر الفنيات العلاجية التى نالت قسطاً كبيراً من البحث والدراسة وذلك فى علاج الأطفال والمراهقين ذوى الإضطرابات السلوكية

الذين يختلفون فى العمر الزمنى وفى مدى حدة أو شدة إختلال الأداء الوظيفى كاضطراب العناد والتحدى، والإضطراب السلوكى، والجنوح على سبيل المثال.

وقد اتضحت فاعلية العلاج فى التحسن الذى طرأ على سلوك الطفل وذلك من خلال ما يعكسه عدد كبير من المقاييس المستخدمة والتي تتضمن تقارير الوالدين والمعلمين عن السلوك المنحرف للطفل، والملاحظة المباشرة لسلوكيات الطفل فى المنزل والمدرسة، والعديد من السجلات المجتمعية كتلك التى تناول القبض على الطفل أو المراهق من جانب الشرطة مثلاً. ومن ناحية أخرى فإن آثار العلاج تتضح أيضاً فى جعل السلوكيات المشكلة للأطفال الذين يتلقون هذا العلاج تنحصر فى المستويات المعيارية لأقرانهم العاديين أو الذين لم يتعرضوا لإختلال الأداء الوظيفى. كما أوضحت نتائج المتابعة أن آثار هذا العلاج يمكن أن تانى بشارها فى غضون فترة تتراوح بين سنة واحدة إلى ثلاث سنوات بعد العلاج. أما المتابعات التى تستمر لمدة زمنية أطول فنادرًا ما يتم اللجوء إليها وذلك على الرغم من أن أحد البرامج التى تم استخدامها قد تحققت نتائجها كما يرى لونج Long وزملاؤه (١٩٩٤، ١٩٨٨) بعد إنتهاء البرنامج العلاجى بمدة زمنية تتراوح بين عشر سنوات وأربع عشرة سنة.

ويعتبر أثر هذا الأسلوب العلاجى كبير نسبياً ويغضى جانباً كبيراً من سلوكيات الطفل حيث تظهر مثل هذه الآثار على السلوكيات التى تصدر عن الطفل والتى لم يتم تدريب الوالدين عليها بشكل مباشر. كما أن أخوة مثل هؤلاء الأطفال الحاليين للعلاج يبدون تحسناً أيضاً حتى عندما لم يتعرضوا للعلاج بشكل مباشر. ومن ثم فإن مثل هذا الأثر يعد على درجة كبيرة من الأهمية نظراً لأن أخوة الأطفال المضطربين سلوكياً يعدون معرضون للإتيان بسلوك مضاد للمجتمع بشكل حاد. وإضافة إلى ذلك فإن إصابة الأم بأحد الإضطرابات أو الأمراض النفسية وخاصة الإكتئاب يقلل كما يرى كازدين Kazdin (١٩٨٥) من فرص إتباع

هذا الأسلوب العلاجي. وبذلك يتضح أن استخدام أسلوب تدريب الوالد على إدارة الأسرة يؤدي إلى تغير مظاهر متعددة تتعلق بالأسر التي يظهر فيها إختلال الأداء الوظيفي.

وتسهم العديد من السمات التي تميز هذا الأسلوب العلاجي في حدوث النتائج المرجوة منه. ومن هذه الملامح أو السمات ما يلي:

أولاً: تؤثر المدة الزمنية التي يستغرقها العلاج على النتائج التي يمكن الحصول عليها إذ أن البرامج العلاجية القصيرة أو ذات المدة الزمنية المحدودة أي التي تقل عن عشر ساعات يقل معها كما يرى كازدين (Kazdin ١٩٨٥) احتمال أن تأتي بنتائج إيجابية مع العينات المرضية. أما البرامج العلاجية التي تستمر لفترة طويلة والتي تمتد إلى خمسين أو ستين ساعة علاجية فتكون آثارها كبيرة وقوية.

ثانياً: تسهم مكونات معينة من تلك التي تدخل في التدريب كتزويد الوالدين بمعلومات عميقة عن دعائم وأساسيات التعلم الإجتماعي واستخدام أسلوب الحرمان لبعض الوقت time out من التعزيز في المنزل تسهم بدور فاعل في تحقيق النتائج المرجوة من العلاج.

ثالثاً: تؤكد نتائج بعض الدراسات أن تدريب المعالج ومهارته يرتبطان بمقدار التغيرات العلاجية وقدرتها على الإستمرار وذلك على الرغم من الحاجة إلى التحقق من صدق مثل هذه النتائج.

رابعاً: تميل النتائج العلاجية الإيجابية في الأسر التي تسهم بوجود العديد من العوامل المساعدة التي ترتبط باختلال الأداء الوظيفي خلال مرحلة الطفولة كانهخفاض المستوى الإقتصادي الإجتماعي، والإنفصال الزوجي، وإصابة الوالدين أو أحدهما بإضطرابات أو أمراض نفسية، وتدنى مستوى المساندة الإجتماعية تميل كما يرى دادز ومكهوف (Dadds & McHugh ١٩٩٢) إلى أن تكون أقل وأن يكون استمرار مثل هذه النتائج لفترة زمنية أقل

قياساً بالأسر التي لا تتوفر فيها مثل هذه العوامل المساعدة. وقد أدت بعض المحاولات والجهود التي بذلت في سبيل تناول إختلال الأداء الوظيفي للوالدين وللأسر أثناء إتباع تدريب الوالد على إدارة الأسرة إلى تحسن نتائج العلاج بالنسبة للطفل. ومع ذلك فلا يزال هذا الأمر يحتاج إلى إجراء المزيد من الدراسات.

ويرى باترسون وآخرون (١٩٩٢) Patterson et. al أن العمليات المتضمنة في التفاعل بين الوالدين والطفل تتطور، وكذلك الحال بالنسبة للعمليات الداخلة في الإضطراب السلوكي. كما أن البحوث الحديثة حول العمليات المتضمنة في العلاج تمثل تقدماً هاماً يرتبط بذلك، حيث أوضحت سلسلة من الدراسات تم إجراؤها حول التفاعل بين المعالج والوالدين في إطار جلسات تدريب الوالد على إدارة الأسرة PMT وجود بعض العوامل التي تسهم في المقاومة التي يبديها الوالد كأن يقول مثلاً أنني لا يمكنني القيام بذلك، أو لن أفعل ذلك. وتكمن أهمية الدراسات كما يرى باترسون وتشامبرلين (١٩٩٤) Patterson & Chamberlain في توضيح أن ردود فعل الوالد خلال العلاج ترتبط بأساليب المعاملة الوالدية التي تتم ممارستها في المنزل، وأن التغيرات التي تطرأ على تلك المقاومة التي يبديها الوالد خلال العلاج تنبئ بالتغير في سلوكه، كما أن حيلاً معينة يتبعها المعالج كإعادة التشكيل reframing والمواجهة Confronting على سبيل المثال يمكنها أن تساعد في التغلب على مثل هذه المقاومة أو أنها يمكن أن تسهم في ذلك.

ويؤدى هذا المنحى البحثي إلى توسيع فهمنا لهذا الأسلوب العلاجي بدرجة كبيرة وذلك من خلال ربط التفاعلات التي تحدث خلال الجلسات بين المعالج والوالدين باختلال الأداء الوظيفي من جانب الطفل وبتائج العلاج.

د- تقييم شامل

ربما تكون النقطة الأكثر أهمية في هذا الصدد أنه لا يوجد أى أسلوب علاجي آخر أو أى فنية علاجية أخرى من تلك التي يتم من خلالها تناول الإضطرابات

السلوكية قد نالت هذا القسط من الدراسة مثل تدريب الوالد على إدارة الأسرة . ومن ثم فإن نتائج مثل هذه الدراسات تجعل من هذا الأسلوب العلاجي واحداً من أكثر الأساليب العلاجية المبشرة أو الواعدة والفعالة في هذا المضمار . وقد أجريت مثل هذه الدراسات في الأساس على أنماط التفاعل الأسرى والمؤثرات الموجودة خارج المنزل والتي يمكن أن تؤثر على نتائج العلاج . وليس من المحتمل فقط بالنسبة لمثل هذه الدراسات أن تسهم بشكل مباشر في تحسين نتائج العلاج ، بل من الممكن أن تنمى أيضاً فهمنا لظهور السلوك المضاد للمجتمع .

ويرى ساندرز ودادز (١٩٩٣) Sanders & Dadds أن من المزايا الأساسية لهذا الأسلوب العلاجي وجود كتيبات عن العلاج ، والأدوات المستخدمة في التدريب بالنسبة للوالدين والمعالجين المتخصصين . ومن الجدير بالذكر أيضاً أن هناك شرائط فيديو عن إجراءات العلاج مطبقة ذاتياً . وفي سلسلة من الدراسات البرامجية على الأطفال الذين تصدر عنهم مشكلات سلوكية وتتراوح أعمارهم بين ثلاث إلى ثمانى سنوات قامت وبستر - ستراتون Webster - Straton وزملاؤها (١٩٩٤ ، ١٩٨٩) بتطوير وتقييم مواد مصورة على شرائط فيديو تقدم إجراءات هذا الأسلوب العلاجي للوالدين على شكل تطبيق ذاتى فردى أو جمعى يلحق به مناقشة حول هذا الإطار . وأوضحت هذه الدراسات حدوث تغيرات لها دلالتها الإكلينيكية في القياسين البعدى والتبعى وذلك باستخدام العديد من الفنيات العلاجية المسجلة على شرائط الفيديو . وتمثل هذه الخاصية أى تقديم فنيات علاجية مسجلة على شرائط الفيديو سمة فريدة في علاج الإضطرابات السلوكية للأطفال .

إلا أنه مع ذلك توجد العديد من أوجه القصور التى تتعلق بهذا الأسلوب العلاجي والتي يمكننا تحديدتها على الوجه التالى :

أولاً: قد لا تستجيب بعض الأسر للعلاج حيث يفرض هذا الأسلوب العلاجي العديد من المطالب على الوالدين مثل فهم وإجادة استخدام الوسائل التعليمية أو المساعدة التى تنقل الأسر والدعائم الرئيسية للبرنامج ،

والملاحظة المنظمة للسلوك المنحرف الذى يصدر عن الطفل، وتطبيق إجراءات معينة فى المنزل، وحضور جلسات أسبوعية، والرد على التليفونات المتكررة من المعالج. وتعد مثل هذه المطالب بالنسبة لبعض الأسر كثيرة جداً ومزعجة مما لا يمكنهم من الإستمرار فى العلاج.

ثانياً: وإضافة إلى ذلك فإن هذا الأسلوب العلاجى قد تم تطبيقه فى الأساس على آباء الأطفال الأصغر سناً وآباء الأطفال فى مرحلة ما قبل المراهقة، ونادراً ما تم استخدامه مع آباء المراهقين. وعلى الرغم من أن هذا الأسلوب العلاجى له فاعليته مع المراهقين كما يرى بانك وآخرون (Bank et. al (١٩٩١) فإن نتائجه كما يرى ديشيون وباترسون (Dishion & Patterson (١٩٩٢) تعد أكثر فاعلية مع الأطفال الأصغر سناً. وربما يرجع ذلك إلى أن آباء المراهقين قد يكونوا أقل قابلية لتغيير أساليب معاملتهم الوالدية مع أبنائهم المراهقين، كما تزداد بالتالى معدلات نسرتهم من حضور جلسات العلاج. ومن المهم أن نلاحظ أن برامج قليلة تتعلق بهذا الأسلوب العلاجى هى التى تم تطويرها خصيصاً للإستخدام مع المراهقين.

ومع ذلك يعد هذا الأسلوب العلاجى - تدريب الوالد على إدارة الأسرة - من الأساليب العلاجية الواعدة والفعالة، ولم ينل أى أسلوب علاجى آخر يتناول الإضطرابات السلوكية مثل هذا القسط من الدراسة الذى ناله تدريب الوالد على إدارة الأسرة.

ثالثاً: العلاج الأسرى الوظيفى Functional Family Therapy

أ- الخلفية والأساس المنطقى

يعكس العلاج الأسرى الوظيفى FFT كما يرى إلكسندر وآخرون (Alex- (١٩٩٤) ander et. al إتجاهاً متكاملأً فى العلاج يستند على أنساق وآراء سلوكية ومعرفية حول إختلال الأداء الوظيفى. ويتم من خلاله إدراك المشكلات الإكلينيكية وتناولها من وجهة نظر تتعلق بالوظائف التى تؤديها فى الأسرة كنسق، إضافة إلى

أعضاء الأسرة فرادى. ومن مسلمات هذا الإتجاه العلاجي أن السلوك المشكل الذى يصدر عن الطفل يعد هو الوسيلة الوحيدة التى يمكن بموجبها الوفاء ببعض الوظائف بين الشخصية كالألفة، والفتور أو البرود، والمساندة بين أعضاء الأسرة. وتعتبر العمليات اللاتوافقية داخل الأسرة هى التى تعوق تحقيق الإشباع لمثل هذه الوظائف.

ويتمثل الهدف الرئيسى من العلاج فى تغيير أنماط التفاعل والتواصل بهذه الطريقة وذلك لرعاية نمط من الأداء الوظيفى أكثر توافقاً. ويستند هذا العلاج أيضاً على نظرية التعلم، ويركز على مشيرات معينة واستجابات معينة يمكن إستخدامها فى إحداث التغيير. ويتم إستخدام عدد من المفاهيم والإجراءات السلوكية التى يتم بمقتضاها إحداث التغيير فى سلوكيات معينة وتعزيز أساليب توافقية جديدة للإستجابة. كما يتم إمبيريقياً من خلال تلك الإجراءات المتبعة ملاحظة وتقييم التغير الحادث فى السلوك. وتشير العمليات المعرفية إلى عمليات العزو التى تتعلق بالأسرة، والإتجاهات، والمسلمات، والتوقعات، والإنفعالات الأسرية. ويمكن لأعضاء الأسرة أن يبدأوا العلاج بعمليات العزو التى تركز على لوم الآخرين أو لوم أنفسهم. إلا أن الأمر يحتاج إلى وجهات نظر جديدة تعمل كأساس لتطوير أساليب جديدة للسلوك.

ويركز الأساس المنطقى النظرى لهذا الأسلوب العلاجي على إتجاه أنساق الأسرة. وإذا كانت بعض الإستراتيجيات العلاجية تُستمد من النتائج التى تتعلق بتدريب الوالد والطفل والتى تم تناولها فى النقطة السابقة، فإن العلاج الأسرى الوظيفى ينظر إلى أنماط التفاعل نظرة أوسع تتعلق بالأنساق وتركز أيضاً على أنماط التواصل ومعناها ومغزاها. وكتوضيح للأسس الهامة لهذا الأسلوب العلاجي كشفت الدراسات التى تناولت العلاج الأسرى الوظيفى كما يرى ألكسندر وبارسونز (١٩٨٢) Alexander & parsons أن أسر الجانحين قد أظهرت معدلات أكثر إرتفاعاً للدفاعية defensiveness فى تواصلاتهم وذلك على مستوى التفاعل بين الوالد والطفل أو بين الوالد والوالد الآخر، ومعدلات أكثر إرتفاعاً من اللوم والعزو السلبى، ومعدلات أكثر إنخفاضاً من المساندة المتبادلة قياساً بأسر

غير الجانحين. ومن ثم فإن هدف العلاج فى هذا الإطار يتمثل فى تحسين وظائف التواصل والمساندة.

ب- أهم السمات المميزة

يتطلب هذا الأسلوب العلاجى من الأسر أن تنظر إلى المشكلة الإكلينيكية من منطلق الوظائف المرتبطة التى تؤديها داخل الأسرة. ويشير المعالج إلى الاعتمادية المتبادلة والأمور العارضة بين أعضاء الأسرة فى أدائهم الوظيفى اليومى مع إشارة خاصة إلى المشكلة التى تعمل فى هذا الإطار كأساس للبحث عن العلاج. وبمجرد أن تنظر الأسرة إلى أساليب بديلة لرؤية المشكلة يزداد الحافز للتفاعل فيما بين أعضائها بشكل أكثر بنائية.

وتتمثل الأهداف الأساسية للعلاج فى زيادة التبادلية والتعزيز الإيجابى بين أعضاء الأسرة لإقامة تواصل واضح فيما بينهم لا لبس فيه، وفى المساعدة على تحديد السلوكيات التى يرغبها أعضاء الأسرة من بعضهم البعض، وأن يتم التفاوض والنقاش فيما بينهم بشكل بنائى، وفى المساعدة على تعيين حلول لمشكلاتهم بين الشخصية. ويقوم أعضاء الأسرة أثناء العلاج بتحديد السلوكيات التى يرغبون أن يأتى بها الآخرون. وتندمج الإستجابات فى نسق تعزيز يتم إستخدامه فى المنزل لتدعيم السلوك التكىفى فى مقابل الحصول على بعض الإمتيازات. ومع ذلك يظل التركيز الأساسى منصباً على جلسات العلاج التى تتغير خلالها أنماط التواصل الأسرى بشكل مباشر. ويقدم المعالج أثناء الجلسات تعزيزاً اجتماعياً كالثناء اللفظى أو غير اللفظى مثلاً وذلك لتحقيق التواصل الذى يعمل على تقديم الحلول للمشكلات المختلفة، أو الذى يعمل على تجسيد تلك المشكلات، أو الذى يقدم تغذية راجعة لأعضاء آخرين من الأسرة.

ج - نظرة عامة على الأدلة المتاحة

يرى الكسندر وآخرون (١٩٩٤) Alexander et. al أنه قد تم إجراء تقييم للدراسات القليلة التى تناولت هذا الأسلوب العلاجى. ومع ذلك فالدراسات

المتاحة تركّز على العينات التي يصعب التعامل معها كالمراهقين الجانحين الذين صدر ضدهم حكم قضائي، أو المراهقين متعددي الجناح على سبيل المثال. وقد كشفت مثل هذه الدراسات عن آثار واضحة نسبياً. كما كشفت نتائج المقارنات في الدراسات التي استخدمت مجموعات ضابطة أن استخدام هذا الأسلوب العلاجي قد أدى إلى حدوث قدر أكبر من التغير قياساً بما كشف عنه استخدام فئتين علاجيتين أخريين هما المجموعات الأسرية المتمركزة حول العميل Client - Centered Family groups والعلاج الأسري السيكودينامي الموجه. Psychodynamically oriented وقد انعكست نتائج العلاج في تحسين التواصل الأسري والتفاعلات الأسرية، وإنخفاض معدلات الإحالة للعلاج، وإنخفاض معدل تقديم هؤلاء المراهقين للمحاكمة. وعلاوة على ذلك فإن نتائج العلاج تظل واضحة حتى عامين ونصف بعد العلاج، وهذا ما أوضحت نتائج العديد من الدراسات التي استخدمت هذا الأسلوب العلاجي.

ويرى نيوبري وآخرون (١٩٩١) Newberry et. al أن البحوث التي أجريت في هذا المجال قد تناولت العمليات المتضمنة في العلاج وذلك لتحديد سلوكيات المعالج خلال الجلسات وكيف تؤثر على استجابة أعضاء الأسرة. فعلى سبيل المثال نجد أن توفير المساندة والتنظيم بالإضافة إلى إعادة التشكيل reframing أى إعادة صياغة العزو وأسس المشكلة يمكن لها أن تؤثر على استجابة أعضاء الأسرة ولومهم للآخرين. ومن ناحية أخرى فإن العلاقة بين مثل هذه المتغيرات تعد معقدة ويمكن أن تتغير كدالة لجنس المعالج وعضو الأسرة. وتعد الأدلة على حدوث تغيير في العمليات بمثابة أمر حاسم للعلاج الأسري الوظيفي حيث يحدث تحسن في التواصل أثناء العلاج، وتحدث المناقشة بشكل أكثر تلقائية. كما أنها من جانب آخر تدعم الأساس النظري للعلاج.

د- تقييم شامل

هناك العديد من النقاط التي يمكن أن نلاحظها على هذا الأسلوب العلاجي نعرض لها على النحو التالي:

أولاً: توضح نتائج الدراسات أن هذا الأسلوب العلاجي يمكن أن يحدث تغييراً وتعديلاً في المشكلات السلوكية بين المراهقين الجانحين. وقد أظهرت دراسات عديدة آثار ثابتة له.

ثانياً: يمثل تقييم العمليات الداخلة في العلاج والتي تسهم في حدوث إستجابة عضو الأسرة خلال الجلسات إضافة إلى حدوث النتيجة يمثل منحى معيناً في البحث نادراً ما نلاحظه بين فنيات العلاج المستخدمة مع الأطفال والمراهقين. وقد تناولت بعض الدراسات العملية كدراسة موريس وآخرين (Morris et. al ١٩٩١) مثل هذه العمليات حتى يتم التحقق بدقة من كيف يمكن لأنماط معينة من تلك الفنيات التي يستخدمها المعالج مثل إعادة التشكيل أو الصياغة على سبيل المثال أن تقلل اللوم بين أعضاء الأسرة.

ثالثاً: توجد الإجراءات العلاجية لهذا الأسلوب العلاجي في كتيب مثله في ذلك كغيره من الأساليب العلاجية الأخرى. ومن ثم يمكن أن يتسع هذا الأسلوب العلاجي ليتناول أو يضم العلاج بواسطة الآخرين. كما يمكن أن يستخدم لتحديد ما يحدث من تقدم آخر في هذا الإطار خلال العلاج، وهو ما توضحه البحوث والدراسات التي تناولته. وقد استخدمت بعض الدراسات هذا الأسلوب العلاجي مع الأطفال والعينات المرضية، ولم تكثف باستخدامه مع المراهقين الجانحين فقط كما كان متبعاً. كذلك فقد تم استخدامه أيضاً في دراسات برامجية مع الأطفال، والوالدين، والأسرة وهو ما يعد خطوة منطقية في البحث في هذا الصدد.

رابعاً: العلاج متعدد الأنساق Multisystemic therapy

أ- الخلفية والأساس المنطقي

يرى هنجلر وبوردوين (Henggeler & Borduin ١٩٩٠) أن العلاج متعدد الأنساق MST يعد بمثابة إنجاء علاجي يستند إلى الأنساق الأسرية. وترى الإنجهايات الأسرية أن المشكلات الإكلينيكية للطفل تظهر في السياق الأسري، ومن ثم يتم التركيز على العلاج في هذا المستوى. إلا أن العلاج متعدد الأنساق

يتوسع على هذا الرأى باعتبار أن الأسرة كلها لا تمثل سوى نسق واحد له أهميته القصوى. ويظهر الطفل فى عدد من الأنساق تتضمن الأسرة (سواء أعضاء الأسرة الممتدة أو المباشرة أى الصغيرة)، والأقران، والمدرسة، والجيران، وما إلى ذلك. فنجد على سبيل المثال أنه قد يحدث فى السياق الأسرى تحالف أو إتحاد ضمنى بين أحد الوالدين والطفل مما قد يسهم فى حدوث خلاف ونزاع على النظام فيما يتعلق بالطفل. وفى مثل هذه الحالة يجب أن يمتد العلاج ليشمل التحالف ومصادر النزاع كمحاولة لتغيير سلوك الطفل. ومن ناحية أخرى قد يتضمن الأداء الوظيفى للطفل فى المدرسة علاقات محدودة وغير جيدة مع الأقران، ومن ثم يجب أن يتناول العلاج تلك الجوانب أيضاً. وأخيراً فإن إتجاه الأساق يركز على السلوك الخاص بالفرد كما يؤثر فى الجوانب المختلفة للنسق، ولذلك يجب أن يتضمن البرنامج العلاجى المستخدم العلاج الفردى للطفل أو للوالدين.

ونظراً لأن التأثيرات المتعددة تحدث بالتركيز عليها خلال العلاج فإنه يتم استخدام العديد من الفنيات العلاجية المختلفة. وبذلك فإن العلاج متعدد الأنساق يمكن أن ننظر إليه على أنه زمرة أو مجموعة من التدخلات العلاجية التى تستخدم فى ذات الوقت مع الأطفال وأسرهم. أما إجراءات العلاج فيتم إستخدامها على أساس الحاجة إليها أى كلما دعت الحاجة إليها، وتوجه نحو تناول أمور أو موضوعات تتعلق بالفرد أو الأسرة أو النسق قد تسهم فى حدوث السلوك المشكل. ويمثل الأساس النظرى والمفاهيمى لهذا الأسلوب العلاجى الذى يركز على أنساق متعددة ومدى تأثيرها على الفرد أساساً لاختيار إجراءات علاجية متعددة ومختلفة تماماً أو بدرجة كبيرة.

ب- أهم السمات المميزة

ويرتبط بهذا الأسلوب العلاجى إتجاه علاجى آخر هو الإتجاه المتمركز حول الأسرة. ويتم خلال العلاج متعدد الأنساق إستخدام العديد من فنيات العلاج الأسرى مثل الحفاظ على الترابط، وإعادة التشكيل أو الصياغة، والتشريع أو سن القوانين، والتناقض، وتحديد مهام معينة وذلك حتى يتسنى تحديد

المشكلات، وزيادة التواصل، وإيجاد التواصل الأسرى، وتغيير الكيفية التي يتفاعل بها أعضاء الأسرة مع بعضهم البعض. ومن بين الأهداف التي يسعى هذا الأسلوب العلاجي لتحقيقها مساعدة الوالدين على تطوير سلوكيات المراهق وتنميتها، والتغلب على المشكلات الزوجية التي قد تعوق قيام الوالدين بأدائهما الوظيفي كوالدين، وتقليل التفاعلات السلبية بين الوالد والمراهق، وتحقيق وتطوير التماسك الأسرى والدفع العاطفي بين أعضاء الأسرة.

ويعتمد العلاج متعدد الأنساق أيضاً على العديد من الفنيات الأخرى حسب الحاجة إليها وذلك لتناول المشكلات على مستوى الفرد، والأسرة، وخارج نطاق الأسرة. ومن الأمثلة الواضحة على ذلك ما يحدث من اللجوء أحياناً إلى العديد من الأساليب العلاجية الأخرى كالتدريب على مهارات حل المشكلات، وتدريب الوالد على إدارة الأسرة، والعلاج الزوجي marital therapy ويتم بالتالي استخدامها في العلاج لتعديل مخزون إستجابات المراهق، والتفاعلات بين الوالد والطفل في المنزل، والتواصل الزوجي على التوالي. وفي بعض الحالات يتألف العلاج من مساعدة الوالدين على تناول أحد المجالات الهامة من خلال النصيحة العملية والتوجيه كمساعدة المراهق على الانغماس في الأنشطة الاجتماعية للأقران بالمدرسة، أو الحد من أنشطة معينة مع جماعة أقران منحرفة على سبيل المثال.

وعلى الرغم من أن العلاج متعدد الأنساق يتضمن فنيات علاجية متميزة تتم الإستعانة بها من جانب الإتجاهات العلاجية الأخرى فإنه لا يعد بمثابة دمج لتلك الفنيات معاً. ويكون التركيز العلاجي هنا على الأنساق المترابطة وكيف تؤثر في بعضها البعض. كذلك فقد يتم تناول مجالات متعددة من خلال العلاج كالمشكلات التي يتعرض لها الوالد أو الوالدين مثلاً لأنها تثير أموراً معينة في واحد أو أكثر من تلك الأنساق كالتوتر الوالدي، وزيادة تعاطي الوالد للكحوليات على سبيل المثال، وهو ما يؤثر على كيف الأداء الوظيفي للطفل نتيجة للصراعات الزوجية التي قد تحدث بين الوالدين، وأساليب المعاملة الوالدية للطفل. وبذلك نجد أنه على الرغم من تعدد الفنيات العلاجية في هذا الأسلوب العلاجي فله حدوده في الاختيار من بينها إذ أنه ليس إنتقاء بلا حدود.

ج- نظرة عامة على الأدلة المتاحة

يتضح من خلال إستقرائنا للتراث أن هناك عددًا قليلًا من الدراسات هي التي قامت بتقييم العلاج متعدد الأنساق عند إستخدامه مع الجانحين من المراهقين الذين لديهم تاريخ فى القبض عليهم وإيداعهم السجن، ويتضمن هذا التاريخ إرتكابهم لجرائم بشعة مثل القتل، والهجوم الشرس على الآخرين بنية القتل. وبذلك يمثل هؤلاء المراهقون مجموعة من المفحوصين ذوى السلوك المتطرف المضاد للمجتمع والعدوان. وتوضح نتائج تلك الدراسات أن العلاج متعدد الأنساق يعد هو الأسلوب العلاجي الأفضل فى التقليل من الجنوح وخفض حدته، وفى التقليل من المشكلات الإنفعالية والسلوكية، وفى تحسين الأداء الوظيفي الأسرى قياسًا بإجراءات أخرى تتضمن «الخدمات العامة» التي يتم تقديمها لهؤلاء المراهقين كالإعاشة، والأنشطة التي تنظمها المحكمة كالسماح لهم بحضور المدرسة مثلاً، إلى جانب إجراءات أخرى كالإرشاد الفردي، والعلاج الإنتقائي eclectic المتمركز حول المجتمع المحلي أى الذى يقوم على إنتقاء فنيات علاجية متعددة من أساليب علاجية أخرى كما يرى هنجلر وآخرون (١٩٩٢)، Henggeler et. al (١٩٨٦). ويضيف هنجلر (١٩٩٤) Henggeler أن الدراسات التبعية والتي استمرت لمدة عامين أو أربعة أعوام أو خمسة بعد العلاج وذلك على عينات مختلفة قد أوضحت أن المراهقين الذين تلقوا العلاج متعدد الأنساق كانوا هم الأقل فى معدلات إلقاء القبض عليهم قياسًا بأقرانهم الذين تلقوا خدمات أخرى.

ويرى مان وآخرون (١٩٩٠) Mann et. al أن نتائج الدراسات أوضحت أيضاً أن هذا الأسلوب العلاجي يؤثر على العمليات الحاسمة التي يفترض أن تسهم فى حدوث السلوك المنحرف، حيث أوضح الوالدون والمراهقون إنخفاضاً فى معدلات الإندماج إذ قلت أنشطتهم اللفظية، وصراعاتهم، وعدائيتهم. كما أوضحت تلك النتائج من ناحية أخرى حدوث زيادة فى المساندة، كما أوضح الآباء زيادة فى التواصل اللفظي ونقصاً فى الصراع. وعلاوة على ذلك فقد

إرتبط النقص فى الأعراض التى بدت على المراهقين إيجاباً بالزيادة فى المساندة وبالنقص فى الصراع بين الأم والأب. وبذلك فإن مثل هذه الدراسات تمثل رابطاً هاماً بين الأسس النظرية للعلاج وآثار هذا العلاج كما تعكسها النتائج.

د- تقييم شامل

تتفق الدراسات العديدة التى إستخدمت هذا الأسلوب العلاجى على أن هذا العلاج يؤدى إلى حدوث تغير لدى المراهقين، وأنه يتم تعزيز هذا التغير مما يؤدى إلى استمراره وبقائه ربما لوقت طويل. ومما يعطى قوة لمثل هذه الدراسات أن العديد من المراهقين الذين خضعوا للعلاج من خلالها كانوا يعانون من خلل حاد فى الأداء الوظيفى إذ أنهم كانوا من المراهقين الجانحين الذين كان لهم تاريخ فى إلقاء القبض عليهم. وهناك نقطة أخرى تعطى قوى لتلك الدراسات تتمثل فى إدراك المشكلات السلوكية فى مستويات متعددة؛ أى كخلل فى الأداء الوظيفى فيما يتعلق بالنسق الخاص بالفرد، والنسق الأسرى، والنسق خارج الأسرى، والتفاعل بين مثل هذه الأنساق. وفى الواقع نجد أن المراهقين ذوى الإضطرابات السلوكية يخبرون إختلال الأداء الوظيفى فى مستويات متعددة فيخبرونه على مستوى الأقران، والمدرسة، والعمل بين المراهقين فى مرحلة المراهقة المتأخرة. وتقوم الأساليب العلاجية البديلة باختيار أحد هذه المستويات وتجعله الهدف الأساسى للعلاج والذى يقوم بالتركيز عليه، أما العلاج متعدد الأنساق فيبدأ من منطلق أنه قد يكون من المحتمل بالنسبة للمجالات المختلفة أن تترابط فيما بينها، ومن ثم يقوم بتقييم مثل هذه المجالات ثم يتناولها بالعلاج.

أما الصعوبة التى تواجهنا عند إستخدام هذا الإتجاه فتتمثل فى تحديد أى الأساليب العلاجية هى التى يجب أن نستخدمها مع حالة معينة وذلك من بين تلك التدخلات العلاجية التى يشملها العلاج متعدد الأنساق. ويرى هنجلر (Henggeler ١٩٩٤) أنه على الرغم من وجود العديد من الموجهات التى يمكن بمقتضاها توجيه المعالج فإنها لا تزال عامة إلى حد ما، إذ أنها تركز على تطوير

التابعات الإيجابية للسلوك بين الأنساق المختلفة كالوالد والمراهق، وتقييم التدخلات أثناء العلاج حتى يمكن أن يحدث التغير أو التعديل.

وإذا ما كانت التدخلات التي تستدعيها الحاجة تعد مسألة صعبة جداً دون وجود أسلوب ثابت لتقييم ما نحتاجه وذلك إذا ما وضعنا في إعتبارنا الحدود اللازمة لإتخاذ القرار والإدراك حتى بين لمختصين المدربين. ومع ذلك فهناك زيادة في استخدام العلاج متعدد الأنساق أبعد من البرامج الأصلية المستخدمة في السحوث والدراسات مما يوضح أن هذا الأسلوب العلاجي يمكن استخدامه في العديد من المواقف. وبذلك فالعلاج متعدد الأنساق يعد مباشراً وواعداً وفعالاً إلى حد كبير إذا ما نظرنا إلى كم وكيف الأدلة المتاحة وثبات النتائج التي تم التوصل إليها. ويأتى كونه واعداً وفعالاً من فكرة أنه يتناول مجالات أو أنساقاً متعددة ومدى ما تسهم به في إختلال الأداء الوظيفى، والعمليات التي تدخل في العلاج وعلاقتها بالنتائج التي يتم التوصل إليها. كذلك فالتراث السيكلوجى يعج بالدراسات التي تتناول العلاج متعدد الأنساق بما يضمه من فنيات علاجية متعددة مأخوذة من أساليب علاجية أخرى كالتمرير على مهارات حل المشكلات، وتدريب الوالد على إدارة الأسرة، وجميعها يندمج بطبيعة الحال فى أسلوب العلاج متعدد الأنساق أو فى الإطار النظرى الذى يتعلق به، وهو ما يزيد بطبيعة الحال من إمكانية الاستفادة منه.

خامساً: الأساليب العلاجية الأخرى Other treatments

من الجدير بالذكر أن الأساليب العلاجية الأربعة التي انتهينا من مناقشتها للتو قد تم إختيارها فى ضوء عدد من المحركات ذكرناها فى بداية هذا الفصل. كذلك فبالنسبة لكل أسلوب علاجي فإن نتائج العلاج التي كشفت عنها الدراسات وذلك فيما يتعلق بالمراهقين المضطربين سلوكياً قد تم إثباتها فى دراسات إكلينيكية تضم عينات عشوائية، وكذلك الحال لما تم فى دراسات متعددة، وهو ما يمثل تطوراً هاماً لعلاج الإضطرابات السلوكية وخاصة للأطفال والمراهقين بشكل عام. كذلك

فقد أوردنا هنا دراسات أخرى تناولت علاج الإضطرابات السلوكية بسبب إسهاماتها الفردية ونتائجها الواعدة على الرغم من أن مثل هذه الدراسات لم تنطبق عليها المحكات التي ذكرناها من قبل. ومن الملاحظ أن هناك غزارة في نتائج هذه الدراسات تمتد إلى أبعد من تلك الأساليب العلاجية التي عرضنا لها سلفاً.

وقد قام فيلدمان وآخرون (Feldman et. al ١٩٨٣) بإجراء برنامج على نطاق واسع يندمج مع الأنشطة التي يقدمها مركز المجتمع Community Centre والذي كان يحضره المراهقون خارج المدرسة. وقد ضمت عينة تلك الدراسة سبعمائة مراهقاً تتراوح أعمارهم بين ثمانى سنوات إلى سبع عشرة سنة تمت إحالتهم لهذا المركز للعلاج بسبب سلوكهم المضاد للمجتمع، كما كان بعضهم ممن يحضرون بصفة عادية برامج الأنشطة المنتظمة التي يقدمها المركز ولكنهم لم يكونوا من المحالين للمركز للعلاج أى أنهم كانوا من العاديين. وقد هدفت هذه الدراسة إلى تقييم آثار ثلاثة أنماط علاجية، ومستويين من الخبرة بالنسبة للمعالجين، وثلاثة أساليب مختلفة لتكوين الجماعات. وقد تمثلت الأساليب العلاجية الثلاثة في هذه الدراسة فيما يلي:

أ - الخدمة الإحتتماعية والأسلوب التقليدى لخدمة الجماعة traditional group social work وهو ما يركز على عمليات الجماعة، والتنظيم الاجتماعى، والمعايير السائدة فى الجماعة.

ب - تعديل السلوك: behavior modification ويقوم هذا الأسلوب على استخدام أساليب التعزيز، والتركيز على السلوك الاجتماعى.

ج - أسلوب الحد الأدنى من العلاج: minimal treatment ولا يوجد خلاله تطبيق صريح لخطة علاجية مظمة، أو تفاعلات تلقائية بين أعضاء الجماعة.

هذا وقد تم تشكيل جماعات النشاط داخل المركز وتقييمها فى ضوء واحد من هذه الأساليب العلاجية الثلاثة. وتولى مدربون أمر هذه الجماعات، وكان

بعضهم من ذوى الخبرة حيث كانوا من خريجي الخدمة الاجتماعية ولديهم خبرة سابقة، فى حين لم يكن بعضهم الآخر من ذوى الخبرة حيث كانوا فى ذلك الوقت لا يزالون طلاباً بالجامعة ولم يتخرجوا بعد. وإضافة إلى ذلك فقد تم تكوين جماعات النشاط (مجموعات الدراسة) فى ضوء واحد من ثلاثة أساليب على النحو التالى:

أ - كان كل أعضاء المجموعة من المراهقين المحالين للعلاج بسبب سلوكهم المضاد للمجتمع.

ب - كان كل أعضاء المجموعة من المراهقين العاديين أى ممن لم يتم تحويلهم للعلاج.

ج - كان أعضاء المجموعة عبارة عن خليط من المراهقين المحالين للعلاج وغير المحالين.

هذا وقد تم تنفيذ البرنامج على مدى عام حضر خلاله هؤلاء المراهقون جلسات العلاج وشاركوا فى كم كبير من الأنشطة سواء الرياضية، أو الفنية، أو الحرفية، أو الإقتصادية، أو المناقشات. وتم تحديد الأسلوب العلاجى المستخدم فى ضوء التركيب العادى للنشاط فى المركز، وتراوح عدد الجلسات بين ٨ - ٢٩ جلسة بمتوسط ٢٢,٢ جلسة استمرت كل منها ما بين ساعتين إلى ثلاث ساعات.

وأوضحت النتائج أن كلاً من نمط العلاج، وخبرة المدرب، وتكوين الجماعة أو تركيبها له تأثيره على السلوك المضاد للمجتمع حيث أوضح المراهقون نقصاً كبيراً فى السلوك المضاد للمجتمع عندما كان يقوم بالإشراف عليهم مدرب ذو خبرة وذلك قياساً بالمدرّب الذى لم تكن لديه خبرة. كذلك أوضح المراهقون المحالون للعلاج أى الذين كانت تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع وذلك فى الجماعات المختلطة أى التى كانت تضم إلى جانبهم أطفالاً ومراهقين لم تتم إحالتهم للعلاج تحسناً كبيراً قياساً بأقرانهم فى المجموعة التى ضمت فقط أقرانهم ذوى الإضطرابات السلوكية. ومن ناحية أخرى اختلف أثر نمط العلاج على

تعديل السلوك إذ كانت المجموعة التي تلقت العلاج الجماعي التقليدي هي أقل المجموعات التي أبدت إنخفاضاً في معدل السلوك المضاد للمجتمع علماً بأن العلاج التقليدي قد أدى إلى حدوث بعض النقص في ذلك السلوك قياساً بما أبدته المجموعة التي تلقت الحد الأدنى من الإتصال minimal Contact. ومع ذلك فلم تكن الفروق الناجمة عن عطف العلاج كبيرة وذلك فيما يتعلق بتائجها. وعلاوة على ذلك فقد إستفاد هؤلاء المراهقون والأطفال من البرنامج المقدم إليهم وخاصة في ظل توفر أفضل الظروف العلاجية في ذلك البرنامج والتي تمثلت في أولئك الذين قام بالإشراف عليهم مدرب ذو خبرة، وتلقوا أسلوب تعديل السلوك، وكانوا من أعضاء المجموعة المختلطة التي ضمت أطفالاً ومراهقين تمت إحالتهم للعلاج إلى جانب أقران لهم من العاديين.

هذا وقد تمت متابعة نسبة قليلة من أعضاء العينة تقل عن ١٥٪ منهم وذلك في دراسة تتبعية استمرت لمدة عام، ومن ثم لم يكن من الممكن في ضوء ذلك الحكم على مدى إستمرارية آثار العلاج، أو معرفة كيف صارت أحوال الغالبية العظمى من هؤلاء الاطفال والمراهقين الذين شملتهم عينة هذه الدراسة.

وربما تمثل أكثر النتائج حسماً خلال تلك الدراسة في أن نمط الأقران المتضمن في العلاج الجماعي يؤثر على النتائج إذ لم يبد المراهقون ذوو الإضطرابات السلوكية تقدماً ملحوظاً وخاصة إذا كانوا في مجموعة تضم أقراناً لهم ذوي إضطرابات سلوكية أيضاً، في حين أبدى المراهقون ذوو الإضطرابات السلوكية الذين صمت مجموعتهم أقراناً لهم غير مضطربين سلوكياً تحسناً ملحوظاً.

ويمكن تفسير ذلك بأنه من المحتمل أن يؤدي الارتباط بأقران لا تصدر عنهم أى سلوكيات مضادة للمجتمع إلى حدوث تحسن في سلوك أولئك الذين يبدون سلوكيات مضادة للمجتمع إذا اشتركوا معاً في أنماط مختلفة من السلوك المعيارى، في حين يدعم الارتباط بجماعة منحرفة السلوك ويعززه. وتعد هذه النتيجة ذات أهمية ومغزى كبير نظراً لأن العديد من الأساليب العلاجية السائدة

والتي يتم تقديمها لذوى الإضطرابات السلوكية فى العديد من المواقف كالمستشفيات، والمدارس، ومراكز الإصلاح والتأهيل، والعيادات الخارجية بالمستشفيات تقدم فى شكل علاج جماعى يأتى خلاله العديد من ذوى المشكلات السلوكية معاً ليتحدثوا عن مشكلاتهم ويناقشونها ويحاولون إيجاد الحلول المناسبة لها، أو يخرجون سويًا بعيداً عن ذلك المكان لإكتساب خبرات جديدة تساعدهم على حل تلك المشكلات.

وتؤكد النتائج التى توصل إليها فيلدمان (Feldman ١٩٩٢) أن وضع العديد من المراهقين ذوى الإضطرابات السلوكية معاً من المحتمل أن يؤدى إلى إعاقة حدوث التغير أو التعديل المنتظر فى السلوك والذي يرجى من حراء استخدام الأساليب العلاجية المختلفة. وتستند أهمية الأقران فى حدوث النتائج العلاجية المرجوة خلال هذه الدراسة على تلك النتيجة التى تقرر أن أفضل متغير للتنبؤ بحدوث التغير المنتظر فى السلوك وذلك داخل المجموعات المختلفة هو خبرة التغير السلوكى السابق للأقران داخل المجموعة. وعلى الرغم من ذلك فإن هذا المشروع البحثى يوضح أن التدخلات العلاجية المختلفة يمكن استخدامها على نطاق كبير نسبياً، ويمكن مع ذلك أن تحقق نتائج جيدة للمراهقين ذوى الإضطرابات السلوكية وأقرانهم العاديين وذلك فى مواقف وأماكن مجتمعية مختلفة.

تعليق عام

من الجدير بالذكر أن الأساليب والفنيات العلاجية التى تمت مناقشتها خلال هذا الفصل لا تقدم لنا أو لا تعبر عن كل البدائل المتاحة فى هذا الصدد حيث لا يزال هناك فنيات وأساليب علاجية أخرى متعددة مثل العلاج النفسى الفردى، والعلاج النفسى الجماعى، والعلاج بالعقاقير، والعلاج السلوكى، والعلاج عن طريق إستبقاء الفرد وحجزه فى أماكن معينة كالمستشفيات أو غيرها على سبيل المثال، وغيرها الكثير. إلا أنه لا يوجد للآن سوى القليل من الأدلة التى

تؤكد فاعلية تلك الفنيات والأساليب العلاجية فى تعديل أو إحداث التغيير فى مثل هذه الإضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين. وعلى الرغم من قلة النتائج التى تتعلق بأثر تلك الأساليب العلاجية على الإضطرابات السلوكية فسوف يكون من الخطأ أن نحدد وضع كل الأساليب العلاجية المستخدمة بنفس هذه الطريقة.

ومن ناحية أخرى هناك القليل من العموميات التى يتأكد من خلالها أن مسح نتائج الدراسات التى أجريت فى هذا المجال واستعراضها يدعم أنماطاً علاجية معينة، إذ نجد على سبيل المثال أن العلاج النفسى الفردى والجماعى لم تتم دراستهما فى هذا المجال بشكل جيد، وأن العلاجات الأسرية مع إستبعاد غط العلاج الأسرى الوظيفى الذى تناولناه فى الفصل الراهن لم تتم دراستها إلا نادراً فى دراسات محكمة يكون فيها المريض من ذوى السلوك المضاد للمجتمع. وفى المقابل يوجد قدر كبير من التراث السيكولوجى حول أساليب العلاج السلوكى يوضح أن الفنيات المختلفة كبرامج التعزيز، والتدريب على المهارات الاجتماعية مثلاً يمكن أن يؤدى إلى تعديل السلوكيات العدوانية والسلوكيات المضادة للمجتمع. ومع ذلك فلا يزال التركيز فى هذا الجانب يميل إلى السلوكيات المنفردة بدلاً من التركيز على مجموعة من الأعراض. وكذلك فإن التغييرات المستمرة أو التى تدوم لمدة طويلة من جراء إستخدام تلك الأساليب العلاجية بين العينات المرصية لم تظهر سوى نادراً.

ويمثل العلاج بالعقاقير Pharmacotherapy منحى للبحث والعلاج ينال بعض الاهتمام حيث نجد على سبيل المثال أن عقاراً مثل methylphenidate يتم إستخدامه عادة مع الأطفال الذين يتم تشخيصهم على أنهم يعانون من إضطراب النشاط الزائد المصحوب بقصور الإنتباه. ويرجع ذلك كما يرى هنشو وآخرون (١٩٩٢) Hinshaw et. al وهنشو (١٩٩١) Hinshaw إلى سبب أساسى يتمثل فى أن لهذا العقار تأثيراً فعالاً على السلوك العدوانى والسلوكيات المضادة للمجتمع. ويرجع الاهتمام بذلك جزئياً إلى أن مثل هؤلاء الأطفال غالباً ما

يتلازم لديهم تشخيص الإضطراب السلوكى أى يكون متلازمًا مع نشاطهم الزائد وقصور الإنتباه. ومع ذلك فلا يزال الدليل القوى على أن مثل هذا العلاج الطبى يمكنه تعديل أو تغيير زملة الأعراض المصاحبة تلك كالشجار والسرقة على سبيل المثال والتي ترتبط بالإضطراب السلوكى غير موجود للآن.

ويرى ستورات وآخرون (Stewart et. al (١٩٩٠ أن مسحًا واستعراضًا حديثًا للعلاجات الطبية (العقاقير) المختلفة التى تستخدم لعلاج العدوان لدى الأطفال والمراهقين قد أثار عددًا من الأدلة المحتملة فى هذا الصدد، ولكن يتبقى أن يتم إجراء دراسات محكمة حول علاج السلوك العدوانى على وجه الخصوص والإضطراب السلوكى عامة وذلك باستخدام هذا المنحى. وحتى مع ذلك فإن كل الأدلة التى تجمعت لدينا تستحق أن نوليها جل الإهتمام وأن نتناولها بكل دقة لأنه لم يتوفر لدينا للآن من إجابات حول أثر هذا الأسلوب العلاجى سوى القليل.

وهناك نوع من التدخل العلاجى فى هذا الصدد يستحق الذكر، إلا أنه لم يتم تقييمه للآن على نفس المستوى الذى تم به تقييم أساليب علاجية أخرى كالعديد من العلاجات النفسية والعلاجات الطبية (العقاقير). ويرتكز هذا الأسلوب العلاجى فى الأساس على إرسال المراهقين المضطربين سلوكيًا إلى أحد المعسكرات فى الريف حيث يتعلمون كيف يشذبون الأرض، أو يعتنون بالحياد، أو يخبرون نظامًا عسكريًا يتلقون فيه تدريبات أساسية. إلا أن الأسس النظرية لمثل هذه العلاجات، والبحوث التى تحدد العمليات المتضمنة فى بداية ظهور الإضطرابات السلوكية وما يرتبط بها من محكات، وهو ما تناولناه فى بداية هذا الفصل نادرًا ما تقترب من هذا النمط العلاجى وتنطبق عليه. ومن ثم فلم تتعرض مثل هذه البرامج للتقييم الإمبريقى، وقد يرجع ذلك إلى عدة أسباب حيث نجد من ناحية أن تطوير أساليب علاجية مثل هذا الأسلوب يظهر خارج نطاق العلاجات المعروفة فى الصحة النفسية ويجب أن يتم تشجيعه لأن العلاجات التقليدية لم تقدم حلولاً قاطعة للمشكلة. ومن ناحية أخرى يميل هذا النوع من العلاج إلى تجنب التقييم مع أن التقييم يعد هو المفتاح الأساسى لاي برنامج

حيث تتكلف بعض البرامج كثيراً كما يرى ويز وآخرون (Weisz et al ١٩٩٠) ومع ذلك لا يكون لها تأثير على المراهقين الذين يتم تقديمها لهم، وإن ظهر لها تأثير يكون هذا التأثير ضئيلاً. وعلاوة على ذلك فإن بعض التدخلات العلاجية قد تؤدي كما سنرى في الفصل السادس إلى زيادة السلوكيات المضادة للمجتمع.

بعض الأمور الهامة في الدراسات العلاجية

هناك العديد من الأمور الجوهرية التي يكون من المهم أن نلاحظها ونراعيها عند تطوير أساليب علاجية فعالة لعلاج المراهقين المضطربين سلوكياً. وتتعلق مثل هذه الأمور بنمط الأسلوب العلاجي الذي نقوم بتطويره، وبؤثر إهتمامنا، وكيفية تقييم أثر البرنامج. وسوف نتناول بعضاً من هذه الأمور الهامة والجوهرية على النحو التالي:

١ - مقدار التغير الحادث نتيجة للعلاج

من الجدير بالذكر أن الأساليب العلاجية الواعدة والفعالة التي تناولناها سلفاً تحدث التغير في سلوك العميل، ولكن هل يعد التغير أو التعديل الحادث في سلوك هذا العميل نتيجة للعلاج كافياً كي يحدث تأثيراً واضحاً في حياة ذلك العميل وغيره من العملاء الذين يتلقون ذلك العلاج ومن ثم يحدث فرقاً ظاهراً في حياتهم اليومية؟

ومن الملاحظ في هذا الإطار أن فكرة المغزى الإكلينيكي للتغير الحادث تشير كما يرى كازدين (Kazdin ١٩٩٢ - ١) إلى القيمة العملية لذلك أو أهمية الأثر الذي يحدثه هذا الأسلوب العلاجي المستخدم، بمعنى أنه يؤدي إلى حدوث اختلاف وفرق حقيقى لدى هؤلاء العملاء أو الآخرين أم لا، ويمكن بالتالى قياسه بالعديد من الأساليب.

وهناك طريقة لتقييم المغزى الإكلينيكي للتغير تتمثل في مقارنة المدى الذى يقوم فيه المراهقون الذين يتلقون العلاج بأدائهم الوظيفى قياساً بالمستويات

المعيارية. وتشير المستويات المعيارية هنا إلى مستويات الأقران في نفس العمر الزمني ومن نفس الجنس والذين يعد أداؤهم الوظيفي في الحياة اليومية جيداً أو معقولاً. فلو قلنا على سبيل المثال أننا نود من الأفراد الذين يخضعون للعلاج أن يعودوا مثلاً إلى الانتظام في المدرسة وألا يدخلوا في شجار مع بعضهم البعض أو يكثروا الجدل، وأن يحاولوا ألا يودعوا مرة أخرى بالحجز أو السجن، وأن تكون مستوياتهم في أداء مثل هذه السلوكيات شبيهة بأقرانهم الذين يتسم أداؤهم الوظيفي في الحياة اليومية بأنه جيد. ومن الجانب الإيجابي نريد أيضاً من الأفراد الذين يخضعون للعلاج أن يصلوا إلى المستويات المعيارية في أدائهم الوظيفي الاجتماعي أي في سلوكهم الاجتماعي كما ينعكس في قيامهم بالأنشطة الاجتماعية مع الآخرين. إلا أن نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الصدد توضح أنه يمكن من خلال استخدام مثل هذه الأساليب العلاجية أن تعود بالأفراد الذين يتلقون العلاج إلى المستويات المعيارية ولكن هذا لا يكون بالضرورة حقيقةً لمعظم هؤلاء الأفراد الذين يتلقون العلاج كما يرى كاردين (١٩٩٣) Kazdin وباترسون وآخرون (١٩٩٣) Patterson et. al حتى مع استخدام أفضل هذه الأساليب العلاجية.

ومع ذلك فإن حدوث التغيرات الواضحة في حد ذاته قد لا يكون كافياً في العلاج، حيث لاحظنا على سبيل المثال في إحدى الحالات التي عرضت علينا أن العلاج قد أدى إلى تقليل عدد المرات التي يقوم فيها ولد يبلغ إثنتى عشرة سنة من العمر بالتحرش الجنسي بالبنات داخل المستشفى علماً بأن ذلك الولد كان تحت الملاحظة طوال الوقت ولكنه مع ذلك كان يتمكن من الهرب لفترات وجيزة. وقد أدى العلاج إلى تقليل عدد مرات التحرش الجنسي من حوالي ثلاثين مرة شهرياً إلى مرتين فقط. ومع ذلك فقد كان آخر ما قام به هو مراقبة إحدى المريضات ومداعبتها ومحاولة إغتها في المرحاض. وإذا ما افترضنا أن العلاج كان هو المسئول عن تقليل عدد مرات التحرش الجنسي التي كان يقوم بها هذا الولد، وأن التقييم الذي قمنا به كان ثابتاً، فإننا مع ذلك نريد أن يحدث تغير أو

تعديل فى السلوك أكثر من ذلك حتى يكون هذا الأسلوب العلاجى مؤثراً بقدر أكبر من ذلك وذا فاعلية .

وهناك حالة أخرى أدى العلاج الذى تلقته إلى خفض المدى الذى كان فيه ولد فى العاشرة من عمره يصطدم مع إدارة المدرسة، ومع ذلك كان لا يزال يتسم بالعدوانية اللفظية المفرطة التى كان من عواقبها فصله من المدرسة من جراء ما وجهه لمدير المدرسة من سباب والطريقة السيئة التى كان يكلمه بها. ومن الجدير بالذكر أن الموضوع هنا يتعلق بأهداف العلاج، ومن ثم يصبح السؤال الذى يطرح نفسه هو: ما الذى يمكن أن نحققه من إستخدامنا للأساليب العلاجية الشائعة، وما هى الأهداف الملائمة التى نبغى تحقيقها من جراء ذلك؟ وهنا قد ندخل فى جدال حول أبسط الأهداف التى نريد أن نحققها، فإذا ما افترضنا مثلاً أننا لو تركنا بعض المراهقين بدون تدخل علاجى سوف تزداد أحوالهم سوءاً، فسوف يصبح أمامنا فى هذه الحالة هدف هام وأثر علاجى له أهميته فى حالة هؤلاء الأفراد يتمثل فى أن نمنعهم من أن تصبح أحوالهم أكثر سوءاً.

وبشكل عام نلاحظ أن مقدار أو كم التغير الحادث نتيجة للتدخل العلاجى يعد أمراً ذا أهمية كبيرة فى تقييم الأسلوب العلاجى المستخدم. فنحن لا نريد أن نحقق مثل هذا التعديل أو التغير فحسب، بل نريد أيضاً أن نحقق أو نحرز مكاسب تجعل هناك فرقاً واختلافاً فى حياة مثل هؤلاء الأفراد الذين يتلقون العلاج، ولأولئك الذين يتصل بهم مثل هؤلاء الأفراد، وللمجتمع ككل. ونظراً لأن العديد من الدراسات العلاجية لم تتحقق مما إذا كان مثل هؤلاء الأفراد قد تغيروا بالشكل الذى يضعهم فى المدى المعيارى للأداء الوظيفى يصبح من الصعب علينا فى الوقت الراهن أن نتناول مثل هذا السؤال.

٢ - الإبقاء على التغير وإستمراره

عند تناول الآثار بعيدة المدى لآى أسلوب علاجى نلاحظ أننا نحتاج إلى الكثير والكثير من المعلومات فى الوقت الذى لم تكشف فيه معظم الدراسات عن نتائج

للمتابعة توضح مدى التحسن فى الأداء الوظيفى لهؤلاء الأفراد بعد إنتهاء العلاج بفترة طويلة. وتعد دراسة كازدين وآخرين (١٩٩٠) Kazdin et. al من بين الدراسات التى تضمنت متابعة وتقييم للأفراد الذين كانوا يتلقون العلاج وذلك بعد إنتهاء البرنامج العلاجى بفترة تتراوح بين خمسة إلى ستة شهور. ويرى كازدين (١٩٨٨) Kazdin أن التقييم التبعى يكتسب أهمية بالغة نظراً لأنه قد لا تحدث تغيرات بعد العلاج مباشرة. وعند مقارنة أسلوبيين علاجيين أو أكثر على سبيل المثال فإننا نلاحظ أن الأسلوب العلاجى الذى يكون هو الأكثر فاعلية بعد العلاج مباشرة قد لا يكون دائماً هو الأفضل أو الأكثر فاعلية على المدى الطويل. وبناء على ذلك قد تكون النتائج التى تتعلق بالأسلوب العلاجى المستخدم مختلفة تماماً اعتماداً على الوقت الذى تم فيه تقييم النتائج. وبغض النظر عن تلك النتائج المترتبة على الأسلوب العلاجى فإن الدراسة التبعية قد تمدنا بمعلومات هامة تسمح بالتمايز بين المراهقين. ومع مرور الوقت نلاحظ إختلاف الأفراد الذين استفادوا من البرنامج العلاجى فى العديد من الجوانب الهامة قياساً بأقرانهم الذين لم يستفيدوا منه. ومن ثم تصبح معرفتنا بمن يمكن أن يستجيب للعلاج، ومن يستجيب بشكل أفضل أو أقل لأسلوب علاجى معين يمكن أن تفيدنا بدرجة كبيرة فى فهم الإضطراب السلوكى، وعلاجه، والوقاية منه.

ومن الواضح أن دراسة الآثار بعيدة المدى للعلاج تعد أمراً صعباً إذ أن أسر الأفراد المضطربين سلوكياً يتسمون بإرتفاع معدلات تسربهم خلال العلاج وخلال فترة التقييم التبعى بعد إنتهاء البرنامج العلاجى. ومع تقلص حجم العينة مع مرور الوقت يصبح من الصعب تصور النتائج المتعلقة بأثر العلاج. ومع ذلك فإن تقييم الآثار بعيدة المدى للعلاج لا تزال تمثل أولوية كبيرة فى البحوث والدراسات.

٣- أمور أخرى

بعد أن تناولنا فى النقطتين السابقتين بعضاً من الأمور التى تتعلق بالدراسات

العلاجية والتي تكتسب أهمية كبيرة فى هذا الصدد يتبقى لدينا العديد من الأمور الأخرى يأتى فى مقدمتها تلك المحكات التى تستخدم فى تقييم العلاج، وهو ما قد يشير العديد من التساؤلات إذ يرى كازدين وآخرون (١٩٩٠) أنه إذا كان التركيز العادى على الأعراض التى تظهر على الطفل له أهمية كبيرة فى هذا الصدد فإن معظم الدراسات لم تستطع تقييم أو علاج مجالات أخرى مثل السلوك الاجتماعى والأداء الأكاديمى وهو الأمر الذى يتعلق بالتوافق المتزامن أو التوافق على المدى الطويل. ولذا يصبح من المهم أن يتضمن العلاج مدى من الأداء الوظيفى للطفل أكبر من مجرد ظهور أعراض معينة فقط.

ومن الملاحظ أن الأداء الوظيفى للوالد أو الأداء الوظيفى للأسرة قد يكون مرتبطاً هو الآخر بهذا الأمر، إذ أن والدى الأفراد المضطربين سلوكياً وأعضاء أسرهم أيضاً غالباً ما يخبرون إختلالاً فى أدائهم الوظيفى كالإضطرابات أو الأمراض النفسية والخلافات الزوجية. ومن ثم يصبح الأداء الوظيفى للوالد. والأداء الوظيفى الأسرى، وكيف الحياة التى يحيها أعضاء الأسرة بمثابة متغيرات وثيقة الصلة باختلال الأداء الوظيفى لمثل هؤلاء الأفراد، كما قد تتأثر مثل هذه المتغيرات بالعلاج وبذلك تصبح بمثابة أهداف ملائمة تتحقق من خلال العلاج. وعلاوة على ذلك قد يكون من الضرورى أن نركز على الأداء الوظيفى الوالدى والأسرى حتى نستطيع أن نقوم بتعزيز وتدعيم ما نقدمه للطفل من علاج، والنتائج التى يمكن أن تتحقق من خلال هذا العلاج.

وبوجه عام هناك العديد من المتغيرات ذات الأهمية فى تقييم العلاج. فنحن نعرف من خلال البحوث القائمة أن النتائج التى تم التوصل إليها فيما يتعلق بأسلوب علاجي معين يمكن أن تختلف اعتماداً على المحكات التى تم استخدامها أو الإحتكام إليها. كذلك فقد نلاحظ فى دراسة معينة أن مجموعة معينة من المقاييس كتلك التى تناول الأداء الوظيفى للطفل على سبيل المثال قد لا توضح فروقاً بين أسلوبين علاجيين، فى حين يمكن لمقياس آخر كمقياس الأداء

الوظيفى الأسرى على سبيل المثال أن يظهر أن أحد هذين الأسلوبين العلاجين يعد أفضل من الآخر كما يرى شابوزنيك وآخرون (١٩٨٩) Szapocznik et. al وكازدين وآخرون (١٩٩٢) Kazdin et. al وبذلك نلاحظ أنه عند التحقق من النتائج ذات الأهمية يجب أن نكون مؤهلين لتقبل حدوث نتائج مختلفة أو مغايرة تنجم عن الأسلوب العلاجي المستخدم.

ملخص وخاتمة

على الرغم من استخدام العديد من الأنماط العلاجية المختلفة مع المراهقين ذوى الإضطرابات السلوكية فإنه لا يوجد سوى القليل من الأدلة التى تتعلق بمعظم هذه الأساليب وما يستخدم فيها من فنيات علاجية مختلفة.

وقد قمنا خلال الفصل الراهن بمناقشة أربعة أساليب علاجية واعدة وفعالة مع ما كشفت عنه الدراسات التى استخدمتها من نتائج. ومن المعروف أن مثل هذه الأساليب تعد هى الأكثر شيوعاً واستخداماً، وتمثل تلك الأساليب العلاجية فى الأساليب التالية:

١ - التدريب على مهارات حل المشكلات.

٢ - تدريب الوالد على إدارة الأسرة.

٣ - العلاج الأسرى الوظيفى.

٤ - العلاج متعدد الأنساق.

ومن الجدير بالذكر أن أول هذه الأساليب وهو التدريب على المهارات المعرفية لحل المشكلات يركز على تلك العمليات المعرفية التى تقبع خلف السلوك الاجتماعى. أما الأسلوب الثانى والذى يتمثل فى تدريب الوالد على إدارة الأسرة فيتم توجيهه لتغيير أو تعديل التفاعلات التى تحدث بين الوالد والطفل فى المنزل وخاصة تلك التفاعلات التى تتعلق بأساليب تنشئة الطفل والتفاعلات القسرية التى تعتمد على إجبار الطفل على أن يقوم بأشياء معينة. فى حين يستخدم الأسلوب الثالث المتمثل فى العلاج الأسرى الوظيفى أساسيات نظرية

الأنساق وتعديل السلوك كأساس لتعديل التفاعلات، والتواصل، وحل المشكلات بين أعضاء الأسرة. بينما يركز الأسلوب العلاجي الرابع والذي يمثل العلاج متعدد الأنساق على النسق الفردي، والنسق الأسري، والنسق خارج الأسري، والتفاعل بين هذه الأنساق معاً وذلك بغرض تطوير وتحسين السلوك الاجتماعي للفرد. هذا ومن الممكن استخدام فنيات متعددة لتناول تلك المجالات التي قد تسهم في حدوث السلوك المضاد للمجتمع. كذلك قد تمت خلال هذا الفصل أيضاً مراجعة وإستعراض الأدلة والنتائج المتعلقة بهذه التدخلات العلاجية وذلك من خلال الدراسات التي تناولتها كأساليب علاجية أو التي تناولت بعض الفنيات التي يتم استخدامها خلالها.

والى جانب ذلك فقد تمت مراجعة بعض الأمور التي قد تسهم في الإسراع بحدوث التقدم فى المجال الذى يتم علاجه، ومنها مقدار التغير الحادث نتيجة للعلاج، والإبقاء على آثار هذا العلاج وإستمراره وذلك من خلال التعرض لمدة دوام آثار ذلك العلاج وكيفية تقييمه. ومع هذا فإنه لا يمكننا أن نقرر أنه يمكن باستخدام أسلوب علاجي واحد معين أن نتخلص من الإضطراب السلوكى أو نتغلب على حقيقة تواضع المآل المتعلق به على المدى القريب. ومن ناحية أخرى فإن إمتداد إختلال الأداء الوظيفى ليشمل المضطربين سلوكياً وأسرهـم يصعب من مهمة تطوير أساليب علاجية فعالة. إلا أن هناك أسلوباً آخر بديلاً يمكننا من خلاله القضاء على مثل هذه الإضطرابات يستوجب التدخل المبكر قبل أن تتبلور الأعراض أو يتبلور الإضطراب كاملاً..



الوقاية من الإضطرابات السلوكية

الوقاية من الإضطرابات السلوكية

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

نظرة عامة على البرامج الوقائية

١ - الأساس المنطقي

تمثل أوجه القصور التي يمكن أن تظهر في البرامج العلاجية حافزاً أساسياً لتطوير البرامج الوقائية. وتعد الأساليب العلاجية التي يمكن بمقتضاها التصدي

للإضطرابات السلوكية وغيرها من مشكلات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين والتي يمكن أن تأخذ شكل العلاج النفسى أو الحجز فى المستشفى وتقديم العلاج الطبى، أو الإيداع فى السجن مكلفة وغير كافية. ومن الأكثر احتمالاً بالنسبة للعديد من المراهقين المضطربين سلوكياً أن نستخدم العديد من التدخلات كالعلاج أو التربية الخاصة أو السجن وذلك على إمتداد حياتهم. كذلك فنظراً 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 (U. S. Congress 1991) 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 جزئياً 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 الأشخاص الذين النفسين الذين يقومون بتقديم تلك الخدمات سوف لا يكون كافياً لذلك بآى حال من الأحوال.

ويرى ويسبرج وآخرون (Weissberg et. al 1991) 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 أيضاً إلى التأثير سلباً 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

الوقائي يركز بدرجة كبيرة على الكفاءة أو المقدرة الاجتماعية وعلى المرونة وسهولة التكيف وذلك كأسلوب لتدعيم الأداء الوظيفي التواؤمي . وأحياناً يتحدد الفرق بين النموذجين بشكل آخر يتمثل في أن العلاج يميل إلى التركيز على المرض النفسي في حين تركز الوقاية على الصحة النفسية . وفي ضوء ذلك يتم توجيه العلاج نحو خفض إختلال الأداء الوظيفي أو التخلص منه في حين يتم توجيه الوقاية نحو تطوير أداء اجتماعي إيجابي تواؤمي .

وإذا ما اعتبرنا هذا الفرق بمثابة نقطة الإنطلاق فإنه يصبح ذا درجة أكبر من الأهمية، ولكنه مع ذلك يعد بسيطاً للغاية نظراً للإرتباط بين الصحة النفسية والمرض النفسي، وبساطة مصطلحي الصحة والمرض، والآثار الكبيرة التي قد تترتب أحياناً 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 والتي سوف تساعد بالتالي في منع أو خفض تلك الآثار المترتبة على العديد من المشكلات وذلك بدلاً من التدخل الجراحي لمجرد تجنب الإضطراب السلوكي أو أى مشكلة أخرى . ومن ثم فالوقاية توفر فرصاً عديدة وخاصة لا يوفرها العلاج ويتضمن ذلك إمكانية الوصول بها إلى عدد كبير من الأفراد، والتدخل المبكر لخفض أو تقليل عدد الحالات الجديدة التي يمكن أن تضطرب سلوكياً، وتدعيم الأداء الوظيفي التواؤمي للإسهام في تجنب حدوث العديد من المشكلات .

٢ - نطاق البرامج الوقائية

يتسع نطاق البرامج الوقائية التي يتم إعدادها بغرض تحسين الصحة النفسية ومنع حدوث إختلال في الأداء الوظيفي للأطفال والمراهقين وذلك في ضوء السمات أو الملامح الرئيسية المميزة لمثل هذه البرامج والأهداف التي تسعى أو ترمى إلى تحقيقها والتي يمكن تناولها على النحو التالي :

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

يختلف نوع الوقاية طبقاً 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 خصيصاً 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. وغالباً ما يكون الفرق بين هذين النوعين من البرامج غير واضح نظراً لأن أيّاً منهما قد يتم تقديمه إلى مجموعات من الأطفال والمراهقين تتضمن أولئك الذين لا يزال أداؤهم الوظيفى جيداً 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 أحياناً 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 أهمية نظراً لأنه يضع كلاً من الوقاية
والعلاج على متصل Continuum من النقاط التى تتعلق بالتدخل .

ثانياً: 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 الإلتحار على سبيل المثال . وبوجه عام نلاحظ أن مثل هذه البرامج تميل
إلى التركيز على التقليل من أثر العوامل المساعدة على حدوث الإضطراب
السلوكى كإخفاض 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 .

ثالثاً: 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 حياً سكنياً معيناً ، أو
الذين يعيشون فى مدينة معينة ثم يتم التقييم بعد ذلك حتى يتم تحديد أثر
مثل هذه البرامج . أما البرامج المختارة أو المتتقة فتتمثل فى تلك البرامج
التي 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.

رابعاً: 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 جميعاً كأساس للوقاية. فى حين نجد هناك برامج 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 الاتصال الجنىسى. 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 (Goldston et. al (١٩٩٠) وبرائس وآخرون (Price et. al (١٩٨٨) وريكلى وآلان (Rickel & Allen (١٩٨٧) أنه قد تم إثبات فاعلية البرامج الوقائية فى العديد من مجالات الأداء الوظيفى وذلك بالنسبة لكل من الأطفال والمراهقين. ويضيف مكورد وترمبلای (McCord & Tremblay (١٩٩٢) وآخرون (Zigler et. al (١٩٩٢) 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، والاتصال المستمر بالأسرة والطفل فى السنوات القليلة الأولى من عمر الطفل، بالإضافة إلى الإرشاد خلال مرحلتى الطفولة والمراهقة له آثاره الفعالة فى خفض احتمالات قيام الطفل بالسلوكيات اللاتواؤمية (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 تعترضها بدرجة أكبر من الدقة، وأن يتم استخدام أنماط متعددة من البرامج طبقاً لما يتم التركيز عليه فى البرنامج الوقائى المقدم. وسوف نستعرض فيما يلى أنماطاً منتقاة من البرامج الوقائية الواعدة والفاعلة.

بعض أنماط البرامج الوقائية الفاعلة

أولاً: البرامج الوالدية والأسرية المبكرة

ربما يعتبر أهم التساؤلات التى تواجهنا فى إطار الوقاية من الإضطرابات السلوكية هو متى نتدخل لهذا الغرض. وتعد الإجابة على هذا التساؤل واضحة أيضاً 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، وانخفاض 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 الانتظار 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 (Olds ١٩٨٨) 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 إعتادهن 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 المبكرة 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 اللاتى كن فى خطر واللاتى تم تحديدهن بأنهن كن صغيرات نسبياً 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 اللاتى تتوفر لديهن إحدى هذه السمات على الأقل وذلك من منطقة شبه ريفية، وتم توزيعهن على إحدى المجموعتين اللتين تضمنتهما الدراسة حيث تلقت أولى المجموعتين برنامجاً إرشادياً فى حين تلقت الثانية ما يعرف بالحد الأدنى من التدخل الإرشادى. وقد تضمنت إجراءات

الدراسة قيام محاضرات بزيارات منزلية مستمرة للمجموعة التي تلقت البرنامج الإرشادي 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. فأتناء فترة الحمل مثلاً تم تعليم هؤلاء الأمهات كيف يعملن على تحسين وجباتهن الغذائية، وأن يقللن من تعاطى الكحوليات والعقاقير وتدخين السجائر، 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 الإرشادي فقد تلقت خدمات عديدة مثل أجرة الانتقال، والخدمات المرتبطة بالعناية الجيدة بالطفل، إلا أنهن لم يتلقين برنامج الزيارات المنزلية الذى تلقتة 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 الإرشادي قد أقللن من تدخين السجائر، 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 الإرشادي، وقلت مرات الحمل قياساً بقريناتهن اللائى تلقين ما يعرف بالحد الأدنى من التدخل الإرشادي.

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 الإرشادي 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 برنامجاً إرشادياً 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 والذي 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 وبنية والإتصال بالعاملين فيه.

وفى دراسة تتبعية استمرت عشر سنوات وجد سبتر وآخرون (١٩٨٥) Seitz et. al عند مقارنة مجموعة ضابطة من الأمهات بمجموعة تجريبية تلقت الأمهات فيها برنامجاً إرشادياً بغرض الوقاية أنه كان من الأكثر احتمالاً 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 للمجموعة

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

كذلك فقد قام لالى وآخرون (Lally et. al (١٩٨٨ بتقديم برنامج للتدخل المبكر للأمهات ذوات المستوى الاقتصادي المنخفض واللائى تطوعن للإشتراك في ذلك البرنامج وذلك خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل. وتضمن البرنامج الإتصال المستمر مع المختصين الذين قاموا بتقديم خدمات عديدة تتعلق بالأم ورعاية الطفل كال تغذية، 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 الوظيفي 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 تقريباً. 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 - 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 قياساً 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 عاماً واحداً 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 سنوياً للإشتراك فى الدراسة وذلك على مدى ثمانى سنوات، وتم تقسيم تلك الأسر عشوائياً 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 مضيئة 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 التبعى 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 ونزى 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 تركز 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 والتي تركز في الأساس على تلك التدخلات التي تركز على المدرسة، وغالبًا ما يكمل مثل هذه البرامج إتصالات إضافية بالوالدين.

ويرى شوينهارت وويكارت (Schweinhart & Weikart أن من بين البرامج التي نالت إهتمامًا كبيرًا في هذا المجال ذلك البرنامج الذي تم تصميمه لمساعدة الأطفال الذين يعدون في خطر يعرضهم للفشل المدرسي. وقد إستند خطر التعرض للفشل المدرسي في هذا البرنامج على إنخفاض المستوى التعليمي 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 الوقائي برنامجًا يقدم في الفصل وذلك على مدى سنتين بواقع خمس جلسات أسبوعية صباحية لمدة سبعة شهور في كل سنة، مع زيارات أسبوعية من جانب المعلم لمنازل الأطفال خلال تلك الفترة. وقد تم تصميم محتوى البرنامج والأنشطة التي تجمع بين المعلم والطفل لتلبية الحاجات المتنوعة للتلاميذ والتي تتضمن الحاجات العقلية والاجتماعية والجسمية وذلك في 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، في حين استمرت القياسات التتبعية على مدى سنوات عدة. وكشف القياس التتبعي الذي تم إجراؤه عندما بلغ أفراد العينة التاسعة عشرة من أعمارهم عن نتائج لها أهميتها ومغزاها منها أن المراهقين الذين إشتركوا في هذا البرنامج قبل المدرسي (عندما كانوا أطفالاً) قد أبدوا مستويات أقل من التأخر العقلي، ومعدلات أقل للتسرب من المدرسة، إضافة إلى مستويات أقل من الإعتماد على المساعدات التي تقدمها الحكومة لرفع المستوى المعيشي قياسًا

بأقرانهم من المجموعة الضابطة. كما أظهروا أيضاً مستويات أعلى من التقف، ومن التوظيف، ومن الإلتحاق بالكليات أو المدارس الفنية Vocational Schools والحضور إليها بانتظام. كما كشفت النتائج أيضاً عن أن أمهات أفراد المجموعة التجريبية فى هذا السن عند ذلك القياس التبعى 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 للتوظيف 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 إنخفاضاً من السلوك المضاد للمجتمع، كذلك فقد أوضحت تقارير مؤسسات الأحداث وملفات البوليس أن نسبة قليلة منهم قد تمت إدانتهم فى سلوكيات مضادة للمجتمع وذلك قياساً 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 كالأسرة 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 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 تركز فى الأساس على التربية المهنية والإرشاد المهنى.

هذا وقد تم تطوير البرنامج مع مجموعات من التلاميذ مقبدين بالمدرسة وذلك فى أوقات مختلفة، وتم تقسيمها عشوائياً 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 قدماء للتلاميذ يركز على مساعدتهم فى تحقيق التكيف عند الانتقال من مدرسة إلى أخرى. وقد إرتكز البرنامج فى الأصل على تلك النتائج التى تكشف عن أن الانتقال من مدرسة إلى أخرى يرتبط بانخفاض مستوى الأداء الأكاديمى، وبزيادة معدلات الفصل من المدرسة، وبزيادة الأعراض النفسية، ويتضمن ذلك بطبيعة الحال الإضطرابات السلوكية حيث قد يزيد الانتقال من مدرسة إلى أخرى من احتمالات التعرض لإختلال الأداء الوظيفى بسبب الضغوط التى يشيرها، وبسبب تباين مهارات الأفراد فى مواجهة مثل هذه الضغوط.

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

أولاً: إعادة تنظيم النسق الاجتماعى للمدرسة الجديدة حتى يتمكن الطلاب من الانضمام إلى جماعة أقران ثابتة. إضافة إلى مزايا أخرى تعمل على إيجاد بيئة أكثر ثباتاً قياساً 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.

ثانياً: إعادة تحديد دور المعلم على أنه ليس فقط معلماً يقوم بشرح الدروس لهم فحسب، بل على أنه مرشداً لهم أيضاً. كذلك فعليه أن يتعامل مع الاطفال 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 إحداها تجريبية تلقى

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

كذلك فقد قام الباحثان بعمل نسخ مطابقة من نفس البرنامج مستخدمين العديد من المقاييس. وتم تطبيقها في العديد من المدارس، وفي مناطق ريفية، وفي الأحياء التي تقع بالضواحي. وأوضحت نتائج القياس التبعي بعد سنة وستين على مجموعات مختلفة من الطلاب أثر ذلك البرنامج على أدائهم الأكاديمي، وعلى إختلال الأداء الوظيفي الإنفعالي والسلوكي، فتأثرت إساءة استخدام المواد والسلوك الجانح من قبل أعضاء المجموعة التجريبية بالبرنامج قياساً بأقرانهم في المجموعة الضابطة. ومن ناحية أخرى أثبت التقييم المستمر لهذا البرنامج الحصول على نتائج محددة وطويلة المدى لها أهميتها ومغزاها في ذلك الوقت، كما كانت له آثاره المباشرة على الإضطرابات السلوكية.

ومن البرامج المدرسية الجديدة في هذا الصدد ذلك البرنامج الذي أعده أولويوس (Olweus ١٩٩١) والذي تم تطبيقه في النرويج كجزء من تدخل إرشادي على مستوى القطر يهدف إلى الحد من السلوك العدواني في المدارس والذي يتمثل في 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 أمثله العدوان اللفظي أو البدني من جانب أحد الأقران الذي يتمتع بقوة فارقة أو مختلفة من نوع ما كأن يتمتع بفرق في 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 التي تهدف إلى زيادة المعرفة والإلمام بمشكلة التنمر بالآخرين. أما داخل المدرسة فقد تم سن القوانين ووضع القواعد التي تتعلق بهذه المشكلة، إضافة إلى جهود أخرى مقصودة تهدف إلى مساندة الضحايا وحمايتهم. ومن نقاط القوة التي يتفرد بها هذا البرنامج وتميزه عن غيره من البرامج في هذا المجال بذل الجهود على مستوى واسع النطاق وانتقال التأثير إلى أطر أو مناطق عديدة على المستويات الصغيرة والكبيرة أي واسعة النطاق أيضاً.

هذا وقد تم تقييم أثر البرنامج من خلال تصميم شبه تجريبي 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 أيضاً العديد من السلوكيات المضادة للمجتمع والتي لم يركز عليها البرنامج بشكل مباشر مثل السرقة والهروب من المدرسة وتدمير الممتلكات العامة أو الخاصة. وما يضيف إلى أهمية مثل هذا البرنامج أنه ينقل تلك الجهود التي يتم بذلها في هذا الصدد إلى المستوى الرسمي داخل المؤسسات الاجتماعية والتي تتمثل في المدرسة في هذه الحالة ويجعلها هي المسؤولة عن مثل ذلك التدخل الإرشادي. كما أنه إلى جانب ذلك يضم كلاً من المعلمين والوالدين والطلاب وذلك بأسلوب ثابت ومركز يتحدد من خلاله الدور المناط بكل طرف.

ثالثاً: 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 فغالباً 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 تقييداً كالمستشفيات النفسية، أو مؤسسات وإصلاحات 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 - ١٧ سنة تم تحويلهم للعلاج من قبل عدد من الهيئات كالمدارس العامة، والمحاكم، وهيئة الرعاية الاجتماعية وذلك بسبب مشكلاتهم السلوكية والأكاديمية. ونظراً 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 جانباً علاجياً 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 فردياً 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 أيضاً 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 التبع لهؤلاء المراهقين وهى المدة التى استغرقتها الدراسة التبعية كشفت سجلات الشرطة فيما يتعلق بالقبض على غير المنضبطين عن حدوث تحسن للمراهقين الذين تلقوا الشق العلاجى من البرنامج (المجموعة التجريبية) وذلك قياساً بأقرانهم فى المجموعة الضابطة. ومع ذلك فقد اختلفت آثار البرنامج كدالة لوجود سجل سابق من الجنج لهؤلاء الافراد عندما كانوا أطفالاً أم لا إذ اتضح أن المراهقين الذين اكملوا البرنامج ولم يكن لديهم سجل سابق للقبض عليهم قد أصبحوا أسوأ مما كانوا عليه سابقاً كما تعكس زيادة معدلات ارتكابهم للجنج والمخالفات، وهو ما أرجعه أودونيل (١٩٩٢) O'Donnell إلى زيادة العلاقات والصداقات بين المراهقين الأقل إنحرافاً وأقرانهم الأكثر إنحرافاً 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

انتكاسة تتمثل فى الارتداد إلى الإجرام مرة أخرى من جانب المراهقين . وقد تم تطبيق هذا البرنامج المصمم خصيصاً للمراهقين على المراهقين الجانحين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ - ١٦ سنة والذين تمت إحالتهم إلى محاكم الأحداث ولم يصدر ضدهم حكم قضائى رسمى بعد . وكانت قد تمت إحالة معظم هؤلاء المراهقين للمحكمة بسبب ارتكابهم جنح ومخالفات تتعلق بالملكات كافتحام المنازل أو المحلات، والسرقه، وسرقه السيارات .

هذا وقد تضمن البرنامج إتصالاً وثيقاً 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 . واستمر هذا الإتصال الوثيق بينهما ما بين ست إلى ثمانى ساعات أسبوعياً لمدة ثمانية عشر أسبوعاً . كذلك فقد تضمن البرنامج العمل على تقليص السلوكيات المشككة من جانب المراهق، ومساعدته على الإستفادة من مصادر للجمع، ومساعدته أيضاً 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 الارتداد 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 كالأجراءات التقليدية بالمحكمة . كذلك فقد عمد البرنامج إلى تقسيم الأنماط البديلة للأماكن والمتطوعين (كطلاب الجامعة وأعضاء عاديين فى المجتمع) والمختصين كالأخصائين الاجتماعيين . وتؤكد النتائج التى تم الحصول عليها على أن لهذا البرنامج آثار مضاعفة على

خفض حدة إختلال الأداء الوظيفى للمراهقين المعروفين بارتكابهم للجناح والمخالفات .

تقييم أثر البرامج الوقائية المختلفة

تدل نتائج الدراسات التى عرضنا لها سلفاً بالإضافة إلى غيرها مما سوف نعرض له بعد ذلك، ومن أمثلتها دراسات مكورد وترمبلای (McCord ١٩٩٢) & Tremblay وزيجلر وآخرين (١٩٩٢) Zigler et. al ويوشيكافا (١٩٩٤) Yoshikawa على أن البرامج التى تمثل تلك التدخلات الوقائية قد أدت إلى التقليل من حدوث الإضطرابات السلوكية. كما تضمنت نتائجها أيضاً حدوث نقص فى معدلات العدوان تجاه الوالدين والأخوة، والهروب من المدرسة، والفصل المؤقت أو النهائى من المدرسة، والقسوة، وإساءة استخدام المواد، والجناح 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 احتمال 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 تؤدي إلى الحد من أهمية النتائج التي تم التوصل إليها، ومنها:

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

ثانياً: أن عدداً 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 أيضاً 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.

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

البرامج التي تم استخدامها في هذه الدراسات في 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 نشبت من مدى فاعليته في تحقيق الهدف المحدد له سلفاً. وفي 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 أموراً أخرى إذ أن الإشتراك في برنامج وقائي خاص بمعزل عن محتوى هذا البرنامج يكون له آثاره المحتملة التي يجب أن نتداركها ونحددها. ومن ناحية أخرى فإن الترتيبات الخاصة التي تتخذ في المدرسة وتحديد المكان الذي سيتم تطبيق البرنامج فيه يعنى أن المجموعة التجريبية التي سيتم تطبيقه عليها لها متطلبات خاصة يمكن أن تسهم في حدوث النتائج. كما أن تقييم مثل هذه النتائج على نطاق ضيق كجزء من المحاولات الوقائية قد يتطلب اللجوء إلى شروط الضبط التي تستخدم في أسلوب الانتباه الوهمي attention - placebo أو التباين في البرامج الفعالة كما يرى كل من بيرسون (1988) pierson ودافيدسون وآخرين (1987) Davidson et. al وبين وبراي (1980) Bien & Bry وسوف يعمل تقييم الوضع الخاص للمجموعات التي تتلقى مثل هذه البرامج وما إذا كان ذلك يمكن أن يسهم في حدوث التغير أم لا على المساهمة في التمكن من تنمية فهمنا لأسس مثل هذا التغير.

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

السلوكى. وسوف يدفعنا ذلك إلى مراجعة ما نركز عليه تلك البرامج ومدى الحاجة إلى التدخل بأسلوب معين كالتدخل على نطاق المجتمع المحلى بأسره. ومن الجدير بالذكر أن التراث السيكولوجى 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 أيضاً 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 للمحد من أثر تلك العوامل المساعدة على حدوث الإضطراب السلوكى وعلى حدوث السلوكيات التى يتضمنها هذا الإضطراب أى التى تمثلها. 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 منصباً على مجالات متعددة وعوامل مساعدة متعددة أيضاً كال تغذية، والتفاعل بين الوالد والطفل، والنمو المعرفى للطفل. إضافة إلى حدوث مثل هذا التدخل فى أماكن ومواقف مختلفة كالمدرسة والمركز الرعاية النهارية أو اليومية على سبيل المثال، إلى جانب العمل مع عينات تعتبر معرضة لدرجة أكبر من الخطورة مما يزيد من احتمال حدوث الإضطرابات السلوكية بين أعضائها كان تنمى تلك العينات على سبيل المثال إلى مستويات اقتصادية اجتماعية منخفضة.

ومع ذلك يتبقى لدينا العديد من الأسئلة التي لا تزال تحتاج إلى إجابات حاسمة، إلا أن الإجابة المبدئية للسؤال الأساسي والأهم من بين تلك الأسئلة والذي يتمثل في ما إذا كان من الممكن أن يؤدي 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 يؤدي 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 بشمارها المرجوة فلماذا إذن لا نتوسع فى مجال البرامج القائمة لتغطى المجتمع بأسره؟

وعند الإجابة عن هذا السؤال سوف يتبادر العديد من العوائق إلى الئدس. وفى مقدمتها التكلفة التى يتطلبها تطبيق مثل هذه البرامج على نطاق واسع، والصعوبات التى تتعلق بانتهاك الحقوق الفردية إستناداً 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 أموراً جوهرية يجب أن نضعها فى إعتبارنا وأن نوليها الإهتمام الذى يتناسب معها. ومن هذه الأمور ما يلى:

١ - 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 سلفاً تكشف عن العوامل

المتعلقة بالطفل، والوالدين، والأسرة، وغيرها من العوامل كذلك التى تتعلق بالمدرسة مثلاً والتي 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 المشككة والسلوكيات المضادة للمجتمع تعد جميعاً ذات معدلات إنتشار عالية نسبياً 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، وبالتالي 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 معاً فإنها قد لا تساعدنا فى إختيار كل أو حتى معظم الأطفال الذين قد يدون إضطرابات سلوكية فيما بعد. وفى محاولة لتقييم أنساق مختلفة لدمج العوامل المساعدة معاً بغرض التنبؤ بمن يمكن أن يصبح جانحاً قام فارنجتون (Farrington ١٩٨٥) بمقارنة أساليب بديلة لدمج المتغيرات المرتبطة بالطفل، والمتغيرات المرتبطة بالوالدين، وتلك المتغيرات المرتبطة بالأسرة معاً بغرض تحقيق نفس الهدف وهو التنبؤ بمن يمكن أن يصبح جانحاً. 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٪ تقريباً فقط من المراهقين الجانحين تحديداً دقيقاً. 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 الاختيار 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 تعرضهم للإضطرابات السلوكية ويظهرون بالفعل تلك الإضطرابات فيما بعد.

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

والتي يمكن أن تعد هي أفضل مجموعة من العوامل التي يمكن من خلالها التنبؤ بالإضطرابات السلوكية تختلف كدالة لعدد من المتغيرات كالتالي:

أ - العمر الزمني الذي يتم فيه تقييم الطفل كأن يتم ذلك في الطفولة المبكرة أو المتوسطة على سبيل المثال.

ب - المحكات التي تستخدم في التنبؤ بذلك كالإتصال المستمر بالشرطة والمحكمة، والإدانة وثبوت التهمة، والتقارير الذاتية المتعلقة بالأفعال الجانحة.

ج - خصائص العينة وسماتها المميزة كمستوى دخل أفراد العينة وهو ما يحدد أي هذه العوامل تبدو عوامل مساعدة وأيها لا يبدو كذلك.

وفي أفضل الظروف فإن تحديد الأطفال الذين يزداد معدل خطر تعرضهم للإضطرابات السلوكية على أساس وجود مجموعات عديدة من المتغيرات التي ترتبط ببداية حدوث إختلال الأداء الوظيفي يحتمل أيضاً أن يؤدي إلى إختيار مجموعات من الأفراد لا يتعرضون مطلقاً للإضطرابات السلوكية أي الحالات الإيجابية غير الحقيقية، وأن يؤدي إلى عدم إختيار أو تجاهل مجموعات أخرى من الأفراد يتعرضون بالفعل فيما بعد لتلك الإضطرابات أي الحالات السلبية غير الحقيقية.

ومن المحتمل أن تبدى نسبة كبيرة من الأطفال الذين يزداد معدل خطر تعرضهم للإضطرابات السلوكية إضطراباً في مرحلتى المراهقة والرشد. ومع ذلك فلا تزال هناك نسبة منهم لا تبدى مثل هذا الإضطراب. وعلاوة على ذلك فمن المحتمل كما يرى فينار (۱۹۸۴) wenar أن يبدى العديد من الأطفال الذين لا يعدون في خطر يعرضهم للإضطرابات السلوكية العديد من المشكلات السلوكية لاحقاً ولكن نظراً لأنهم لم يبدو أيًا من هذه المشكلات عند بداية تطبيق البرنامج الوقائي فإنهم لا يتلقون ذلك البرنامج. وتؤدي حقيقة نمو الأطفال بمعزل عن تلك المشكلات أو حتى عنهم ومعهم تلك المشكلات إلى الإقلال من فاعلية وكفاءة البرامج الوقائية في التصدي لمشكلة معينة والحد منها أو حتى في القضاء عليها.

وغالباً 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 تعرضهم للإضطرابات السلوكية ولكنهم يبدوون تلك الإضطرابات لاحقاً.

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

٢- مدى فاعلية البرامج الوقائية

هناك سؤال جوهري فى هذا الصدد يعد محكاً له أهميته أيضاً إذ يمكن فى ضوءه أن نحكم على فاعلية البرنامج المستخدم. ويتمثل هذا السؤال فى الصياغة التالية: ماذا يعنى أن نقول أن برنامجاً وقائياً معيناً قد ثبتت فاعليته؟

ومن الجدير بالذكر أن البرنامج الفعال هو الذى يؤدي 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.

فلاحظ على سبيل المثال فى البرنامج الذى عرضنا له من قبل الذى تم تطبيقه على الأطفال بمرحلة ما قبل المدرسة وذلك فى الدراسة التى أجراها كل من ويكارت وشوينهارت (١٩٩٢) weikart & Schweinhart أن القياس التبعى لأفراد العينة قد تم بعد إنتهاء البرنامج بالعديد من السنوات وذلك عندما كانت أعمار هؤلاء الأفراد تتراوح بين ١٥ - 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 تأثيراً فعالاً على حياة العديد من الأفراد، ومع ذلك فإنه لم يقض كلية على حالات القبض عليهم أو إعتمادهم على المعونات الاجتماعية. ويعتبر الرد على ذلك بسيطاً 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 - الذين يعدون فى خطر يعرضهم للإضطرابات السلوكية - تلك المشكلة، ولا يجب بالضرورة أن تجنب الغالبية العظمى من هؤلاء الأفراد هذه المشكلة أيضاً. ولا يعد ذلك نقطة ضعف فى هذه البرامج إذ أن التأثير فى عدد كبير من الأطفال يعد أمراً ضرورياً وغاية فى الأهمية. وإلى جانب ذلك فإن التأثير الاجتماعى للبرامج متوسطة الفاعلية يمكن أن يكون كبيراً 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 يدون 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.

٣- 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 إفتراضاً 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 تؤدي أحياناً إلى آثار خطيرة وضارة. ومن الأمثلة المشهورة فى هذا الصدد ذلك البرنامج الذى قدمه باورر وويتمر (Powers & Witmer ١٩٥١) والمعروف باسم كامبردج - سومرفيل Cambridge - Somerville والذى تم تطبيقه على خمسمائة من البنين فى مرحلة المراهقة المبكرة بفرض 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 برنامجاً إرشادياً يستند على أسس عريضة لم يتم التخطيط لها بعناية. وقد تضمنت تلك الأسس الرعاية الصحية والسيكاثرية، والمساعدات الأكاديمية، والاتصال المستمر بأحد المرشدين، والبرامج المجتمعية. وقد أظهرت نتائج الدراسة التبعية بعد ثلاثين سنة تقريباً من إنتهاء البرنامج

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

والى جانب ذلك هناك أدلة أخرى قد أثبتت ودعمت خطورة الآثار الضارة الناجمة عن التدخلات البرامجية 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 أيضاً خبراتهم فى الحياة، وعملوا على تخويف هؤلاء الجانحين من مغبة الإستمرار فى السلوك الإجرامى. ويرى كل من بوكسر وتشزنى - لند (١٩٨٣) - Buckner & Chesney Lind وفينكينور (١٩٨٢) Finckenauer أن النسخ المختلفة من هذه البرامج مثل تلك النسخ المسماة «الإستقامة خوفاً» أو «أن تبقى مستقيماً» توضح وجود آثار ضارة وخطيرة لتلك البرامج حيث أظهر الأفراد الذين تلقوا هذه البرامج زيادة فى معدلات القبض عليهم لاحقاً وذلك قياساً 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 يؤدي 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 أيضاً إلى نتائج دالة وخطيرة حيث أصبحت المجموعات التى تلقت تلك البرامج أكثر سوءاً مما كانت عليه من قبل أو قياساً 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 - 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 مشترك 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 بجللاء تام بالنسبة لبعض المشكلات الأخرى كتلك العلاقة القائمة بين إرتفاع ضغط الدم hypertension وحدث نوبة قلبية. إلا أنه قد يكون من الصعب إيضاح مثل هذه العلاقة بالنسبة للمشكلات النفسية والسيكاثرية والسلوكية.

وبمجرد توضيح هذه القضية وإقناع الأفراد بها تصبح هناك حاجة إلى التدخل الوقائى، لكن يظل إقناع أعضاء المجموعة الضابطة بمدى الحاجة للتدخل الوقائى أمراً صعباً. ومن الجدير بالذكر أن الدراسات التى تتناول الوقاية يجب أن تكون دراسات طويلة، وبالتالي 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 ستخفض معدلات الإضطراب السلوكى، والإحالات الإكلينيكية للعلاج والجروح، 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 تؤكد تلك النتائج غير المثيرة من أن البرامج الوقائية الناجحة تعد فى الحقيقة برامجاً واعدة (Glidewell, 1983) حيث أنه إذا ما كان التدخل البرامجى ناجحاً فإنه سوف يؤدي بالضرورة إلى عدم ظهور مشكلات معينة أو يؤدي بشكل عام إلى تحسين التوافق. ومن ثم يمكننا القول أنه قد لا تظهر المشكلة بأى شكل من الأشكال وذلك بالنسبة لأى طفل معين، وبالتالي لن يكون أثر مثل هذا التدخل واضحاً. وعلى النقيض من ذلك قد يؤدي التدخل الوقائى فى أى شكل آخر إلى تحقيق آثار مثيرة للإهتمام كما يعكسها الاختفاء التام للأعراض. وتعد الفروق بين القياسين القبلى والبعدى فى التقييم الخاص بأى فرد تعرض لأحد برامج الوقاية بشكل ناجح أمراً مغرياً وباعثاً على الاهتمام لما يمكن أن نجنه من مثل هذه البرامج. ومن هنا يتضح أن نظير البرنامج الوقائى الناجح يتمثل فى الوصف الدقيق لنتائج القياسين القبلى والبعدى والذي يتضح من خلاله أنه لم تكن هناك مشكلة فى الأساس حتى نهتم بالبدا فى علاجها، وأنها لم تظهر بعد ذلك أو لاحقاً.

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

أن يؤدي 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 اضطرابات سلوكية. ومن ثم فإن تحديدهم فى وقت مبكر على أنهم مشكلين أو فى خطر يمثل الأساس لوصفهم بذلك إستناداً على تفاعلاتهم مع معلميه 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 أيضاً. ومن الجدير بالذكر أن مثل هذا التحديد وتلك التسمية قد يحدثان فى حالة الدراسات العلاجية أيضاً، 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 وصفناهم 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 غالباً ما كانوا ممن يتميز أداؤهم الوظيفى بأنه فى مستوى أفضل أى أنهم كانوا من هذا المنطلق أقل تعرضاً للخطر وذلك قياساً بمن لم يوافقوا على الإشتراك فى البرنامج وهو ما أوضحه ليفينشتاين (Levenstein ١٩٩٢). أما ترمبلاى وآخرون (Tremblay et. al ١٩٩٢) فيرون أن هناك أيضاً حالات متطرفة فى حدة الإضطراب كانوا غالباً ما يوافقون على الإشتراك فى البرنامج المستخدم

ليكونوا من أعضاء المجموعة التجريبية وذلك قياساً بأقرانهم الذين كانوا ضمن أعضاء المجموعة الضابطة والذين لم تصل حالاتهم إلى مثل تلك الحدة في الإضطراب. وعلى هذا الأساس يرى هاوكتز وآخرون (Hawkins et. al ١٩٩١) أن المجموعات المستخدمة في بداية البرنامج الوقائي لم تكن في الغالب متساوية في حدة الخلل. ويضيف بوث وآخرون (Booth et. al ١٩٩٢) أنه كانت هناك حالات أكثر حدة تميل غالباً 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 في تقييم مدى فاعلية البرنامج المستخدم وفي تحديد إمكانية تطبيق مثل هذه البرامج على نطاق واسع.

تعليق عام

قمنا في الفصل السابق وهو الفصل الخاص بعلاج الإضطرابات السلوكية بتحديد العديد من العقبات والصعوبات التي قد تحول دون إجراء البحوث الجيدة في هذا الصدد، ومن ثم غالباً ما تصبح المهام المناطة بإجراء البحوث الوقائية أكثر صعوبة. وقد تم في العديد من الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الإطار والتي عرضنا لها خلال الفصل الراهن استخدام متخصصين كمدرسين وكانوا من أولئك الذين سبق لهم تطبيق برامج متعددة الجوانب وذلك في أماكن متعددة كالمدرسة والمدرسة على سبيل المثال، وقد قاموا بتطبيق مثل هذه البرامج في الغالب في بحث واحد، كما أنهم قد قاموا أيضاً 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 التي تناولت الوقاية. ويرجع السبب في ذلك إلى أن البرامج الوقائية تميل إلى أن يتم تطبيقها على نطاق واسع بحيث تشمل في هذا الإطار العديد من

الفصول، والمدارس، والمدن. ويرى آلان وآخرون (Allen et. al ١٩٩٠) وبوتفين وآخرون (Botvin et. al ١٩٩٠) وهاوكتز ولام (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 أيضاً.

ويرى كازدين (Kazdin - ب ١٩٩٢) أن الاختلافات الكبيرة فى تطبيق البرنامج المستخدم تؤدي إلى حدوث العديد من المشكلات التى تتعلق بتقييم ما يترتب عليه من آثار. ومن المحتمل أن يكون الأمر الأكبر أهمية فى هذا الصدد هو الاهتمام 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 الاعتبارات فقد حققت البرامج الوقائية فى مجال الإضطرابات السلوكية آثاراً 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 (Zigler et. al ١٩٩٢) وأولويوس (Olweus ١٩٩١) 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 نسبياً. كذلك فقد تعددت أيضاً أساليب تطبيق وتقييم مثل هذه البرامج. ولكن لا تزال هناك بعض الصعوبات والعقبات التى قد تحول دون التطبيق الجيد لهذه البرامج. ومن الصعوبات التى يعجز 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 أهدافاً 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 برامجاً عدة تعتبر بمثابة مرجع خاص للوقاية من الإضطرابات السلوكية والجنوح.

كذلك فمن الجدير بالذكر أن الوقاية من الإضطراب السلوكى تعد هدفاً 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 يشير 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 متقاة، 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..



آفاق جديدة للبحث في الإضطرابات السلوكية

آفاق جديدة للبحث فى الإضطرابات السلوكية

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

تشخيص وتقييم الإضطرابات السلوكية

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

١ - تزايد الخصوصية فى دراسة المشكلات السلوكية

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

أ - قد تركت هناك بعض التساؤلات دون إجابة، مثل لماذا يصبح طفل معين عدوانياً بدلاً من أن يصبح أخاً لغيره ويتصرف من هذا المنطلق.

ب - قد تجاهلت أن تقوم بتجسيد مؤثرات هامة على السلوك العدوانى كالمؤثرات الوراثية، والعنف الذى يعرضه التلفزيون.

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

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

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

٢ - إتساع نطاق التشخيص

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

ولتوضيح هذه النقطة نسوق مثالاً لطفلين يتشابهان فى مجموعة من الأعراض

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

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

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

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

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

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

- من هم الذين يعانون من هذا الإضطراب السلوكى؟

- كيف وصلوا إلى هذه الدرجة؟

- ما هى السمات الوالدية والأسرية المختلفة التى ترتبط بذلك؟

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

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

بعض الأمور والقضايا المرتبطة باختيار العينات

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

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

١ - نطاق إختلال الأداء الوظيفى

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

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

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

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

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

٢- إختيار العينة من بين الحالات التى تتسم بخصائص معينة

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

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

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

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

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

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

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

٣- نطاق العوامل المساعدة على حدوث الإضطراب

هناك بعض القضايا أو الأمور الأخرى المرتبطة بإختيار العينات والتى تظهر

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

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

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

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

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

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

* تطبق تلك النتيجة على المجتمع الأمريكى والمجتمعات الأوربية فى حين يعتر العكس هو الصحيح فى مجتمعاتنا العربية (المترجم)

** تشابه هذه النتيجة عدداً مع تآكل السجاير على سبيل المثال فى الجلسات المختلفة التى تجمع الأقارب أو حتى فى تلك الجلسات التى تجمع العرد بآحربن لا يعرفهم وتستخدم فيها السجاير كوسيلة لإقامة واستمرار العلاقات الاجتماعية (المترجم)

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

تعليق عام

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

إتساع نطاق النماذج الخاصة بتصميم وتقييم برامج التدخل الوقائى والعلاجى

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

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

١ - نموذج التدخل شديد القوة أو التأثير high - Strength

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

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

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

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

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

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

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

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

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

٢- نموذج القابلية للعلاج Amenability - to - treatment model

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

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

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

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

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

ومن الجدير بالذكر أن هناك دراسات قليلة قد حاولت بشكل منظم التعرف على القابلية الفارقة للعلاج من جانب الأطفال. فنجد على سبيل المثال فى إحدى هذه الدراسات وهى التى أجراها آدمز (١٩٧٠) Adams أنه قد قام بشكل عشوائى بإخضاع عينة من الجانبين المودعين بمؤسسات الأحداث تضم أربعمئة جانباً من المراهقين للأساليب العلاجية المختلفة كالإرشاد، والعلاج الجماعى. كما استخدم إلى جانب هذه المجموعة مجموعة أخرى لم يتلق أعضاءها أى أسلوب علاجى وبذلك فإنهم يمثلون المجموعة الضابطة بطبيعة الحال. وقد أظهر المراهقون الذين خضعوا للعلاج والذين تم تصنيفهم على أن لديهم قابلية وإستجابة للعلاج وكانوا هم الأكثر ذكاءً، والأعلى فى القدرة اللفظية أو العددية، والأكثر حرصاً على العلاج، والأكثر إستبصاراً، ووعياً بمشكلاتهم، والأكثر إهتماماً بحدوث التغير أظهروا قدراً من الإنتكاسة أو الإرتداد إلى السلوك الإحرامى يقل بدرجة دالة عن أقرانهم فى المجموعة الضابطة. وفى المقابل كان المراهقون الذين خضعوا للعلاج ولكن لم تكن لديهم القابلية للعلاج أو الإستجابة له أسوأ من أقرانهم بالمجموعة الضابطة. ومن ثم فقد أوضحت هذه الدراسة فوائد وأهمية تعيين المراهقين طبقاً لقابليتهم المحتملة للعلاج فى التنبؤ بالنتائج الفارقة لهذا العلاج.

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

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

٣- برامج التدخل التى تستند على أسس عامة

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

تعليق عام

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

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

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

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

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

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

السياسة الاجتماعية فى مجال الإضطرابات السلوكية وخطوات تنفيذها

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

١ - الإلتماد على المعرفة Knowledge كأساس لبرنامج التدخل

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

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

- كيف تعمل العوامل المساعدة وعوامل الوقاية فى هذا الصدد؟

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

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

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

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

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

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

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

- ١ - توجيه برامج التدخل خلال مرحلة الطفولة المبكرة إلى الوالدين، والمهتمين بشئون الطفل، والقائمين على رعايته صحياً وذلك للإسهام فى بناء الأساس الحاسم للإنجازات والمعارف والسلوك التى ترتبط جميعها بالعدوان.
- ٢ - اللجوء إلى البرامج الوقائية التى يتم تقديمها فى المدرسة وذلك لمساعدة المدرسة على توفير بيئات آمنة وبرامج فعالة تعمل على منع إنتشار العنف بين الطلاب والوقاية منه.
- ٣ - زيادة المعرفة والإلمام بالتنوع الثقافى وإنغماس أعضاء المجتمع فى تخطيط وتنفيذ وتقييم برامج التدخل المختلفة.
- ٤ - ضرورة أن تأخذ وسائل الإعلام دوراً فعالاً فى حل مشكلة العنف وتطويقها وتطوير ما تقدمه من برامج حتى لاتكون مجرد عامل مساعد على حدوث تلك المشكلة بين الشباب.
- ٥ - وضع حدود وقيود لإستعمال الأسلحة النارية الصغيرة من جانب الأطفال والمراهقين، وتعليمهم كيفية تجنب العنف الذى يترتب على إستخدام مثل هذه الأسلحة النارية.
- ٦ - الحد من إنغماس المراهقين فى تعاطى الكحوليات وغيرها من العقاقير التى تعمل عملها حيث تعد عاملاً مساعداً على حدوث العنف بين المراهقين، وكذلك الحد من العنف الموجه نحو المراهقين من جانب الأسرة.
- ٧ - تقديم خدمات الصحة النفسية لمرتكبي الجرائم من صغار السن، وضحاياهم، وشهود العنف حتى يتم تجنب سيرهم باتجاه الإنغماس فى العنف فيما بعد وذلك بشكل أكثر خطورة.
- ٨ - تقديم البرامج التربوية الملائمة education Programs بغرض الحد من إلحاق الأذى بالآخرين والإعتداء عليهم، وهى البرامج التى تتناول العوامل المؤدية إلى التنفير من الجريمة والعنف ضد الجماعات الإجتماعية المختلفة.
- ٩ - بذل الجهود وتضافرها لتعزيز قدرة البوليس وقادة المجتمع على منع العنف

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

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

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

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

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

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

ب - الوقاية والعلاج والمستولية الاجتماعية

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

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

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

ثابت، وكذلك فى مدى الاثر الذى يتركه على الاطفال والمراهقين. ومع ذلك فلا يزال يوجد الكثير من المراهقين ممن يقدم لهم البرنامج بشكل جيد وفعال ينغمسون فى الافعال المختلفة الدالة على الاضطراب السلوكى حتى وان حدثت بمعدلات اقل مما يحدث بين اقرانهم المشاركين فى المجموعة الضابطة التى لم تخضع لبرنامج التدخل. ومن الجدير بالذكر ان هناك نواحى قصور توجد فى الاساس وتتضح عند الممارسة والتطبيق وتتجلى فيما يتركه البرنامج من اثر على اولئك الاطفال والمراهقين الذين يتم تطبيقه عليهم. وهذا بطبيعة الحال لا يمثل جدلاً ضد الوقاية ولكنه بدلاً من ذلك يعمل على توضيح أن الأمر لا زال يحتاج إلى جهود إضافية تتطلبها برامج الوقاية حتى تكون لها آثارها ذات الدلالة التى نرغب دوماً فى تحقيقها.

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

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

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

ج - ما وراء الوقاية والعلاج

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

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

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

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

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

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

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

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

بالمناقشة إلى ما وراء ذلك. وفى هذا الإطار نجد أن هناك العديد من العوامل التى يتم تنحيها جانباً لأنها ذات قدر قليل من التأثير، ومع ذلك فقد يصبح لها تأثير قوى فى الواقع، وهو ما يزيد من أهمية التركيز عليها، ومن أهمية التدخل سواء كان هذا التدخل وقائياً أو علاجياً. فعلى سبيل المثال نجد أن الجهود المبذولة لقمع العنف السائد والمستمر والمعرض تفصيلياً فى وسائل الإعلام يواجهه بمجموعة أخرى من المجادلات التى تركز على فوائد التليفزيون مثل التعليم، وعلى مسئوليات الآخرين كالوالدين فى تحديد ما يشاهده الأطفال على شاشات التليفزيون. ومع ذلك فإن أى مجموعة من هذه المجادلات لا تناقض المجموعات الأخرى إذ أن أثر وسائل الإعلام على السلوك المضاد للمجتمع والسلوك العدوانى قد تم تحديده كما يرى ستراسبورجر (Strasburger ١٩٩٥) من خلال الوثائق، وأن هذا الأثر لا يعد بسيطاً أو قليلاً. ويمكننا فى هذا الإطار أن نقول أن تسمية أو تصنيف الأنواع المختلفة من الأفلام أو العروض التليفزيونية القائمة على أساس مستوى العنف المعروض من غير المحتمل أن يكون بمثابة تدخل يمكنه أن يؤثر على أثر تلك الأفلام أو العروض، أو يؤثر على المشاهدين الذين تصل إليهم تلك الأفلام والعروض. ولا تعنى مهمة الحد من العنف خلال مرحلتى الطفولة والمراهقة أن هذا المستوى فقط هو الذى يمثل بؤرة الاهتمام إذ أنه من المحتمل بالنسبة لمهمة الحد من العنف فى كل المستويات الأخرى مثل إساءة استخدام القرين، ووسائل الإعلام التى يتعرض لها الراشدون أن يكون لها أثر أكبر وأعم. ومع ذلك فإن هذا النمط من المناقشة يتجاوز ما وراء المسموح به أو حتى المرغوب بالنسبة للكثيرين فى مجتمع يقوم على الحرية مثل المجتمع الأمريكى على سبيل المثال.

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

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

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

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



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

New York: John Wiley.

Alexander, J. F., & Parsons, B. V. (1982). *Functional family therapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

Allen, J. P., Philliber, S., & Hoggson, N. (1990). School-based prevention of teen-age pregnancy and school dropout: Process evaluation of the national replication of the Teen Outreach Program. *American Journal of Community Psychology*, 18, 505-524.

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

American Psychiatric Association, Commission on Violence and Youth. (1993). *Violence and youth: Psychology's response* (Vol. 1). Washington, DC: Author.

Bachman, J. G., Johnston, L. D., & O'Malley, P. M. (1978). Delinquent behavior linked to educational attainment and post-high school experiences. In L. Otten (Ed.), *Colloquium on the correlates of crime and the determinants of criminal behavior* (pp. 1-43). Arlington, VA: The MITRE Corp.

Baer, R. A., & Nietzel, M.T. (1991). Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: A meta-analytic review of the outcome literature. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 400-412.

Bangert-Drowns, R. L. (1988). The effects of school-based substance abuse education: A meta-analysis. *Journal of Drug Education*, 18, 243-264.

Bank, L., Marlowe, J. H., Reid, J. B., Patterson, G. R., & Weinrott, M. R. (1991). A comparative evaluation of parent-training interventions for families of chronic delinquents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 15-33.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

antisocial behavior: Yet another reinterpretation. *Journal of Clinical Child Psychology*. 22, 410-419.

Funderburk, B. W., & Eyberg, A. M. (1989). Psychometric characteristics of the Sutter- Eyberg Student Behavior Inventory: A school behavior rating scale for use with preschool children. *Behavioral Assessment*, 11, 297-313.

Galloway, D. (1985). *Schools and persistent absentees*. Oxford, UK: Pergamon.

Garmezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. In J. E. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology* (pp. 213-233). Oxford, UK: Pergamon.

Glidewell, J. C. (1983). Prevention: The threat and the promise. In R. D. Felner, L. A. Jason, J. N. Moritsugu, & S. S. Farber (Eds.), *Preventive psychology: Theory, research and practice* (pp. 310-312). New York: Pergamon.

Glueck, S., & Glueck, E. (1968). *Delinquents and nondelinquents in perspective*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Goldston, S. E., Yager, J., Heinicke, C. M., & Pynoos, R. S. (Eds.). (1990). *Preventing mental health disturbances in childhood*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gottesman, I. I., Carey, G., & Hanson, D. R. (1983). Pearls and perils in epigenetic psychopathology. In S. B. Guze, E. J. Earls, & J. E. Barrett (Eds.), *Childhood psychopathology and development* (pp. 287-300). New York: Raven.

Graham, J. R. (1990). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology*. New York: Oxford University Press.

Greven, P. (1992). Exploring the effects of corporal punishment. *Child, Youth, and Family Services Quarterly*, 15(4), 4-5.

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

Carolina, South Carolina Health and Human Services Finance Commission.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

psychiatric inpatient children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 16, 320 - 328.

Kazdin, A. E., Siegel, T. C., & Bass, D. (1990). Drawing upon clinical practice to inform research on child and adolescent psychotherapy: A survey of practitioners. *Professional psychology: Research and practice*, 21, 189 - 198.

Kazdin, A. E., Siegel, T., & Bass, D. (1992). Cognitive problem - solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733 - 747.

Kendall, P. C. (Ed). (1991). *Child and adolescent therapy: Cognitive - behavioral procedures*. New York: Guilford.

Kolko, D. J., & Kazdin, A. E. (1986). Conceptualization of firesetting in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child psychology*, 14, 49 - 61.

Kolko, D. J., & Kazdin, A. E. (1992) The emergence and recurrence of child firesetting: A one - year prospective study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 17 - 37.

Kolvin, I., Miller, F. J. W., Fleeing, J., & Kolvin, P. A. (1988). Social and parenting factors affecting criminal offense rates: Findings From the Newcastle thousand family study (1947 - 1980). *British Journal of psychiatry*, 152, 80 - 90.

Kruesi, M. J. P., Hibbs, E. D., Zahn, T. P., Keysor, C. S., Hamburger, S. D., Bartko, J. J., & Rapoport, J. L. (1992). A two - year prospective follow - up study of children and adolescents with disruptive behavior disorders: Prediction by cerebrospinal fluid 5 - hydroxyindoleacetic acid, homovanillic acid, and autonomic measures. *Archives of General Psychiatry*, 49, 429 - 435.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(1990). Arrests among emotionally disturbed violent and assaultive individuals following minimal versus lengthy intervention through North Carolina's Willie M. Program. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 58, 720-728.

Wenar, C. (1984). Commentary: Progress and problems in the cognitive approach to clinical child psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 57-62.

Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable, but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.

Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, New York: Cornell University Press.

West, D. J. (1982). *Delinquency: Its roots, careers and prospects*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

West, M. O., & Prinz, R. J. (1987). Parental alcoholism and childhood psychopathology. *Psychological Bulletin*, 102, 203-218.

Widom, C. S. (1989). Does violence beget violence? A Critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 106, 3-28.

Williams, J. R., & Gold, M. (1972). From delinquent behavior to official delinquency. *Social Problems*, 20, 209-229.

Wilson, H. (1980). Parental supervision: A neglected aspect of delinquency. *British Journal of Criminology*, 20, 203-235.

Wolfgang, M. E., Figlio, R., & Sellin, T. (1972). *Delinquency in a birth cohort*. Chicago: University of Chicago Press.

Wolkind, S., & Rutter, M. (1973). Children who have been "in care" - An epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 14, 97-105.

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

