

6

سلسلة غير العاديين

مدخل
إلى اضطراب التوحد
والاضطرابات السلوكية والانفعالية

أ.د. عادل عبدالله محمد

أستاذ التربية الخاصة
ورئيس قسم الصحة النفسية
كلية التربية جامعة الزقازيق



مدخل
إلى اضطراب التوحد
والاضطرابات السلوكية والانفعالية

بطاقة فهرسة
فهرسة أثناء النشر إعداد الهيئة العامة لدار الكتب المصرية
إدارة الشئون الفنية

محمد ، عادل عبد الله .

مدخل إلي اضطرب التوحد والاضطرابات السلوكية والانفعالية / تأليف عادل عبد الله محمد.

— القاهرة : دار الرشاد للطبع والنشر والتوزيع ، ٢٠١٠ .

٣٢٨ ص؛ ١٧ x ٢٤ سم .

تدمك ١ - ١٢٨ - ٣٦٤ - ٩٧٧ - ٩٧٨ .

١- المعوقون — علم نفس

٢- الاضطرابات النفسية

أ- العنوان ١٥٧

الناشر : دار الرشاد

العنوان : ٤ ا شارع جواد حسنى - القاهرة

تليفاكس : ٢٣٩٣٤٦٠٥

بريد إلكتروني : Dar_alrashad @ hotmail.com

رقم الإيداع : ٢٠١٠/٢٣٠٤٣

الطبع : عربية للطباعة والنشر

العنوان : ٧، ١٠ ش السلام - أرض اللواء- المهندسين

تليفون : ٣٣٢٥٦٠٩٨ - ٣٣٢٥١٠٤٣

الغلاف للفنان : عبادة الزهيري

الطبعة الأولى : ١٤٣٢هـ - ٢٠١١م

جميع حقوق الطبع والنشر محفوظة

مدخل
إلى اضطراب التوحد
والاضطرابات السلوكية والانفعالية

أ.د. عادل عبد الله محمد

أستاذ التربية الخاصة
أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة الزقازيق



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

إهداء

إلى زوجتي .. وأولادي ..
إلى أساتذتي .. وتلاميذي ..
إلى كل المهتمين بالتربية الخاصة ..

مُقَدِّمَةٌ

الحمد لله رب العالمين .. حمداً يليق بجلال فضله .. وعظيم كرمه .. وكريم عطائه .. فنحمده سبحانه حمد الشاكرين لفضله .. والعارفين لجلال قدره .. ونسأله أن يهدينا إلى حسن الظن به سبحانه وتعالى .. كما نطمع في مغفرته .. ونرجو رحمته .. ونعوذ به سبحانه جلت عظمته من شرور أنفسنا .. ومن سيئات أعمالنا .. ونطمع أن يهدينا سواء السبيل .. وأن نكون من المهتدين .. وأن يظلنا بظله يوم لا ظل إلا ظله .. ونسأله سبحانه أن يحسن خلقنا كما أحسن خلقنا .. ونحمده سبحانه على أن عافانا مما ابتلى به كثيراً غيرنا .. ونسأله الهدى والتقى والعفاف والغنى .. وصلوات ربي وسلامه على خير خلقه أجمعين .. وخاتم أنبياءه ورسله سيدنا محمد ﷺ وعلى آله وصحبه وسلم تسليماً كثيراً ..

وبعد،،،

تشهد فئات ذوي الاحتياجات الخاصة وفئات ذوي الإعاقات على وجه التحديد اهتماماً غير مسبوق في وقتنا الراهن حيث وجدنا من ينادي بحقوقهم التي لم تكن نسمع بها كثيراً من قبل، وصدرت موثيق وأحكام تؤكد ذلك، بل وتفرض ضرورة الحصول على تلك الحقوق . كما صدرت قوانين تنص على مثل هذه الحقوق، وتحددها، وتفرضها . كما وجدنا من يحاول دوماً أن يحسن في الخدمات المقدمة لهم، ومن يعمل على الوصول بها إلى الجودة المطلوبة، ومن يعمل على تحقيق القدر المناسب من جودة الحياة بالنسبة لهم .

ومن جهة أخرى فإننا نجد فضلاً عن ذلك أن الهيئات الرسمية كالجمعية الأمريكية لعلم النفس *American Psychological Association APA* قد حذرت صراحة من التحيز ضد فئات ذوي الإعاقات قولاً أو فعلاً؛ فوجدناها توصي بضرورة أن نتعامل معهم أولاً على أنهم أطفال، ثم على أنهم معوقين بعد ذلك وهو

ما يظهر في الكتابة باللغات التي تستخدم الصفة قبل الموصوف كاللغة الإنجليزية .
وبالتالي فقد أضحى تستخدم مثلاً مصطلحاً مثل *children with autism* بدلاً من
autistic children وهكذا الحال بالنسبة للفئات الأخرى إذ نقول *children with*
behavioral or emotional disorders .

كما أنها أيضاً قد أوصت بعدم اللجوء إلى أو استخدام مصطلحات من قبيل " غير
العاديين " أو " غير الأسوياء " للدلالة على هذه الفئات وذلك في مقابل أقرانهم "
العاديين " أو " الأسوياء " أو ما إلى ذلك . ولكنها توصي باستخدام مصطلح "
الأطفال ذوي الإعاقات " *children with disabilities* في مقابل الأطفال الذين لا
يعانون من الإعاقات *children without disabilities* ومن ثم يتم الجمع بين
المصطلحين فنقول *children with and without disabilities* وهنا يمكن أن
نستبدل كلمة *disabilities* بالإعاقاة التي يتم تناولها كأن تكون مثلاً اضطراب
التوحد *autism* أو الاضطرابات السلوكية *behavioral disorders* أو
الاضطرابات الانفعالية *emotional disorders* أو ما إلى ذلك .

ومن هذا المنطلق فقد حدث تطور آخر في مضمار الاهتمام بهذه الفئات وهو ذلك
الأمر الذي يتمثل في الاهتمام بدمجهم مع أقرانهم غير المعوقين دمجاً كلياً *full*
inclusion في مدارس التعليم العام بعد أن كان الأمر يقتصر في الماضي على
الدمج الجزئي فقط والذي كان يستمر لجزء من اليوم، وليس اليوم بأكمله . وفي هذا
الإطار فإننا ينبغي أن نؤكد على أن الأفراد ذوي الاضطرابات السلوكية لا يمكن
دمجهم مع أقرانهم غير المضطربين في مدارس التعليم العام إذ أن دمجهم يمكن أن
يؤدي إلى مشكلات، لا حصر لها بدلاً من أن يؤدي إلى حلول لما يشهده واقعهم من
مشكلات . وهناك في واقع الأمر مدارس خاصة بأعضاء هذه الفئة تزداد تقييداً
بزيادة حدة الاضطراب، وتقل تقييداً كلما قلت حدة الاضطراب أو شدته، وعلى ذلك
فإن مثل هذه البدائل تتراوح بين المدارس النهارية، والفصول القائمة بذاتها أو
المستقلة، والمدارس التي تعمل بنظام الإقامة الداخلية أو حتى الإصلاحيات .

ويتناول الكتاب الذي بين أيدينا ثلاثاً من هذه الفئات هي اضطراب التوحد،
والاضطرابات السلوكية، والاضطرابات الانفعالية بحيث يتناول كلا منها في فصل

مستقل ليصل بذلك إجمالي عدد فصول هذا الكتاب إلى ثلاثة فصول . وفي هذا الإطار يتناول الفصل الأول اضطراب التوحد من حيث مفهومه، وأسبابه، والعوامل التي تساعد في حدوثه، ثم تشخيصه، وتقييمه . وبعد ذلك ننتقل إلى الصورة الكلية الشاملة لاضطراب التوحد، فالخصائص الأولية المميزة لذوي اضطرابات طيف التوحد، ثم نعرض للنظريات التي تتناول هذا الاضطراب، ونحاول أن نصل إلى نظرية موحدة من خلال ذلك يمكننا أن نحدد بموجبها تلك الأجزاء التي تتضمنها والتي يصير من شأنها أن تسهم في تناول المشكلة التي يمكن أن تصادفنا، وأن نصل من خلالها إلى حل مناسب قدر الإمكان لمثل هذه المشكلة وهو ما نوضحه في نهاية الفصل من خلال وجهة نظر حول تلك النظرية المقترحة .

ويتناول الفصل الثاني الاضطرابات السلوكية، ويبدأ بالتمييز بينها وبين المشكلات السلوكية . وننتقل بعد ذلك إلى تصنيف تلك الاضطرابات، وأهم أنماطها وأكثرها شيوعاً وانتشاراً والتي تتمثل في السلوك العدواني، وانتهاك القواعد وجناح الأحداث، والانسحاب الاجتماعي، والنشاط المفرط . ويعرض الفصل عقب ذلك للتفسيرات النظرية المختلفة للاضطرابات السلوكية، فأسبابها، وتقييمها، ثم الخصائص النفسية والسلوكية للأطفال المضطربين سلوكياً، فرعاية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً، وتقديم التعليم اللازم لهم . أما الفصل الثالث فيتناول الاضطرابات الانفعالية مبيناً مفهومها، وتشخيصها، وتقييمها، وأنماطها الأكثر شيوعاً وانتشاراً والتي تتمثل في الفصام ذي البداية المبكرة، والاكتئاب، واضطرابات القلق والتي تضم اضطراب الهلع، واضطراب القلق العام أو المعمم، واضطراب الرهاب أو الخوف المرضي، وانعصاب ما بعد الصدمة، واضطراب الوسواس القهري . وننتقل بعد ذلك إلى رعاية الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات الانفعالية، وينتهي الفصل بعرض لأهم برامج التدخل المستخدمة معهم .

وأخيراً أسأل الله العلي القدير أن أكون قد وفقت في عرضي لهذا الكتاب، وفي تقديمي له بتلك الكيفية، وفي تناولي له بهذا الأسلوب .. كما أسأله سبحانه وتعالى أن أضيف به جديداً إلى المكتبة العربية في التربية الخاصة .. وأن يجد فيه الآباء،

والمعلمون، والأخصائيون، والدارسون، والباحثون، والطلاب عامة ما ينشدون، وأن يفيدهم فيما يسعون إليه، وفيما يودون تحقيقه في هذا المجال الحيوي والهام، وأن يفتح المجال أمامهم لكي يتمكنوا من نفع أعضاء هذه الفئات جميعاً بالشكل الذي يمكن أن يعود بالفائدة على وطننا الحبيب، وعلى أمتنا العربية جمعاء ..

وبالله التوفيق ،،

وعلى الله قصد السبيل ،،،

أ.د./عادل عبدالله محمد

المحتويات

	الفصل الأول :
١١١ - ١٣	اضطراب التوحد
	الفصل الثاني :
٢١٦ - ١١٣	الاضطرابات السلوكية
	الفصل الثالث :
٣١٩ - ٢١٧	الاضطرابات الانفعالية
٣٢٧ - ٣٢١	فهرس الكتاب

* * *

اضطراب التوحد

obeikandi.com

مقدمة

يعد اضطراب التوحد *autism* وهو اضطراب نمائي عام أو منتشر في واقع الأمر شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية حيث يتأثر الأداء الوظيفي العقلي للطفل سلباً من جرائه، ويكون مستوى ذكاء الطفل في حدود الإعاقة العقلية الفكرية البسيطة أو المتوسطة . وهناك شبه إجماع بين الباحثين والعلماء المهتمين بهذا المجال على أن اضطراب التوحد يعتبر إعاقة عقلية معقدة، وأنه من هذا المنطلق يعد إعاقة عقلية واجتماعية في ذات الوقت . ووفقاً لتلك الإحصاءات التي نشرها الاتحاد القومي لدراسات وبحوث اضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية وذلك في يناير عام ٢٠٠٣ فإن نسبة انتشار اضطراب التوحد قد اختلفت تماماً عن ذي قبل حيث ارتفعت بدرجة كبيرة للغاية بحيث أصبح متوسطها ١ : ٢٥٠ حالة ولادة بعد أن كانت قبل ذلك مباشرة وفقاً لتلك الإحصاءات التي نشرتها الجمعية الأمريكية لاضطراب التوحد *Autism Society of America* في عام ١٩٩٩ قد بلغت ٤ - ٥ أفراد لكل عشرة آلاف حالة ولادة، وقد أدى ذلك بطبيعة الحال إلى أن تجاوز اضطراب التوحد متلازمة أعراض داون في الترتيب بعد أن كانت تلك المتلازمة تسبقه، وبذلك أصبح اضطراب التوحد هو ثاني أكثر الإعاقات العقلية انتشاراً، ولا يسبقه في ذلك سوى الإعاقة العقلية الفكرية فقط ، أما متلازمة أعراض داون فتأتي بعده مباشرة .

ويرى هالاهان وكوفمان (٢٠٠٧) Hallahan & Kauffman أن اضطراب التوحد وفقاً لقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات *IDEA* يعد بمثابة إعاقة نمائية أو تطويرية تؤثر سلباً بطبيعة الحال على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي من جانب الطفل، وعادة ما يظهر هذا الاضطراب بشكل عام قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره مما يجعل من شأنه أن يؤثر سلباً على أداء الطفل بشكل عام . وهناك في الواقع خصائص أخرى مصاحبة لاضطراب التوحد هي الانغماس

في أنشطة تكرارية، وحركات نمطية أو مقولبة، *stereotyped* ومقاومة للتغيير الذي قد يطرأ على البيئة أو التغيير في الروتين اليومي، والاستجابة غير العادية للخبرات الحسية المختلفة . ولا ينطبق هذا التشخيص على الطفل إذا كان أداءه التعليمي يتأثر في الأساس تأثيراً عكسياً أو سلبياً من جراء اضطراب انفعالي آخر خطير يعاني منه . ومن جهة أخرى فإن اضطراب التوحد يتسم بوجود أوجه قصور معرفية شديدة مع أن ذلك لم يتضح بشكل محدد في التعريف الذي يقدمه قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات . *IDEA*

ومن الجدير بالذكر أن هذا الاضطراب كاضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر سلباً على العديد من جوانب النمو الأخرى، وليس على الجانب العقلي أو الجانب الاجتماعي فقط ، بل إن الواقع يشهد أن أغلب جوانب النمو تتأثر به . وهو الأمر الذي ينفرد به هذا الاضطراب دون سواه من الإعاقات العقلية الأخرى سواء الإعاقة الفكرية، *intellectual disability* أو متلازمة أعراض داون حيث لا يوجد في أي منهما ما يمكن أن يكون كذلك . ومن بين تلك الجوانب التي يمكن أن تتأثر بمثل هذا الاضطراب ما يلي :

- ١- الجانب العقلي المعرفي .
- ٢- الجانب الاجتماعي .
- ٣- الجانب اللغوي وما يرتبط به من تواصل .
- ٤- الجانب الانفعالي .
- ٥- اللعب .
- ٦- السلوكيات .

هذا وقد شهد اضطراب التوحد من وجهة نظرنا تغيرات متعددة في تصنيفه وتشخيصه، ولا يخفى علينا أن كل تغير من هذه التغيرات يمكن أن يمثل مرحلة معينة من تلك المراحل التي مرت بها عملية التشخيص والتصنيف تلك . ففي البداية لم يكن هذا الاضطراب معروفاً قبل أن يكتشفه ليو كانر *Leo Kanner* عام ١٩٤٣ أثناء دراسته لسلوكيات مجموعة من الأطفال المعوقين عقلياً، ووجد أن ما يصدر من سلوكيات عن أولئك الأطفال يختلف بدرجة كبيرة في جوانب كثيرة منه عما يصدر عن أقرانهم المعوقين عقلياً، وهنا أكد كانر أنهم يمثلون فئة أخرى غير الإعاقة العقلية

الفكرية بطبيعة الحال. وقد تم بعد ذلك النظر إلى هذا الاضطراب وتشخيصه على أنه نمط من فصام الطفولة مع أن الفرق بينهما يكاد يكون واضحاً . وفي عام ١٩٤٤ اكتشف الطبيب النمساوي هانز أسبرجر Hans Asperger متلازمة أعراض مرضية تمثل أحد أنماط اضطراب طيف التوحد سميت باسمه فيما بعد *Asperger's syndrome* ولكنها لا تتفق مع اضطراب التوحد- مع أنها أحد أنماطه- إلا في وجود اضطراب أو قصور في الجانب الاجتماعي للطفل، إلى جانب بعض مشكلات بسيطة في الجانب اللغوي بينما تكون نسبة الذكاء مرتفعة، ومن ثم فإن هناك موهوبين من بين أولئك الذين يعانون من هذه المتلازمة .

ومع ظهور أول إشارة لذلك الاضطراب في دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية وذلك في الطبعة الثالثة منه *DSM- III* في عام ١٩٨٠ ثم في الطبعة الثالثة المعدلة من ذات الدليل-*DSM- III-R* في عام ١٩٨٧ تمت الإشارة إليه على أنه اضطراب سلوكي . ومع أن هناك سلوكيات معينة تدل على ذلك الاضطراب حيث تظهر أعراضه على شكل تلك السلوكيات، ويمكن الاستدلال عليه من خلال مثل هذه السلوكيات حتى وقتنا الراهن، فإن ذلك لم يعد كافياً بالمرّة، وأصبح يتم النظر إلى ذلك الاضطراب منذ ظهور الطبعة الرابعة من ذات الدليل *DSM- IV* في عام ١٩٩٤ على أنه اضطراب نمائي عام أو منتشر *pervasive developmental disorder* له انعكاساته السلبية على العديد من جوانب النمو الأخرى وفي مقدمتها الجانب العقلي المعرفي لدرجة أن هناك كما أوضحنا من قبل شبه إجماع على أنه إعاقة عقلية معقدة، بل إنه يعد أحد ثلاثة أنماط أساسية للإعاقة العقلية بحسب نسب الانتشار، وثانيها انتشاراً على مستوى العالم وذلك بحسب معدلات انتشاره .

وهناك آراء تعتقد أنه لو أننا أضفنا إلى معدلات انتشار مثل هذا الاضطراب تلك المعدلات أو النسب أو الحالات التي تم تصنيفها (بشكل خاطئ) في كل مرحلة من تلك المراحل التي مر بها هذا الاضطراب في تشخيصه على أنها تعاني منه وذلك بحسب ما كان يطلق عليه آنذاك سواء فصام الطفولة، أو اضطراب سلوكي، أو ما إلى ذلك فإننا سوف نلاحظ دون شك أن هناك أعداداً إضافية سوف يتم إضافتها إلى

النسب الحالية وهو ما يمكن أن يغير من الصورة الراهنة إلى درجة كبيرة أو صغيرة بحيث يحدث تغير من جراء ذلك .

وعلى الرغم من أن اضطراب التوحد *autism* يتم النظر إليه في ظل قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات وذلك منذ عام ١٩٩٠ على أنه يمثل فئة مستقلة فإن هناك اضطرابات أخرى شبيهة به يتم تناولها تحت مصطلح أعم هو اضطراب طيف التوحد . *autism spectrum disorder ASD* وهناك مصطلح آخر شبيه به هو مصطلح الاضطراب النمائي العام أو المنتشر . *pervasive developmental disorder* هذا ولا تتضمن اضطرابات طيف التوحد أعراضاً ترتبط بها فحسب، ولكنها تتضمن أيضاً الاضطراب النمائي العام أو المنتشر غير المحدد في مكان آخر .
PDD- NOS

ومن المعروف وفقاً لما يقره المركز القومي للبحوث (٢٠٠١) *National Research Council* أن كلاً من اضطراب طيف التوحد والاضطراب النمائي العام أو المنتشر يتضمنان في الواقع العديد من الأمور المشتركة والتي تتضمن في المقام الأول تأخراً في عدد من الجوانب من أهمها ما يلي :

- ١- نمو العلاقات الاجتماعية .
- ٢- تواصل الأفكار والمشاعر .
- ٣- العناية بالذات .
- ٤- المشاركة في الأنشطة الأسرية أو المدرسية أو المجتمعية .

كذلك فإن أعراض اضطراب التوحد والاضطرابات المشابهة غالباً ما تتم ملاحظتها بعد ميلاد الطفل بفترة وجيزة، وغالباً ما تكون بداية ظهورها لدى معظم الحالات قبل أن يصل الطفل الثانية من عمره، بل إن هناك العديد من الدراسات الحديثة التي أسفرت نتائجها في الغالب عن وجود مؤشرات محددة تدل على اضطراب التوحد وذلك منذ الشهور الستة الأولى من عمر الطفل، كما أن هناك مؤشرات أخرى مشابهة تظهر خلال الشهور الستة الثانية من عمر الطفل وهو ما يدل على أنه لو سارت الأمور على ما هي عليه فسوف يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة له أن يعاني من اضطراب التوحد عندما يكبر (راجع كتاب الإعاقات العقلية للمؤلف) . هذا ويتسم اضطراب التوحد والاضطرابات المرتبطة به ببدايتها في وقت

مبكر من عمر الطفل. وفي واقع الأمر فإن المحك التشخيصي لاضطراب التوحد إنما يتمثل في الواقع كما تحدده الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) *American Psychiatric Association* في تشخيص مثل هذا الاضطراب لدى الطفل قبل أن يصل ثلاثين شهراً من العمر أي خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره . كما أن تلك الآثار التي يمكن أن تترتب على اضطراب التوحد وما يرتبط به من اضطرابات أخرى تستمر مدى الحياة، وعادة ما تتطلب حصول الفرد على المساندة المستمرة إلى جانب حصوله على تلك الخدمات التي يتم تقديمها خلال مرحلتي المراهقة والرشد والتي تعرف بطبيعة الحال بخدمات المرحلة الانتقالية أي التي يتم تقديمها آنذاك وهي ما تعرف أيضاً بالخدمات المرتبطة بالتربية الخاصة .

أسباب اضطراب التوحد

أرجعت أفكار التحليل النفسي على مدى عقود عديدة حدوث اضطرابات التوحد إلى الاتجاهات الوالدية أو سلوك الوالدين. ومع ذلك فنحن نعلم في وقتنا الراهن أن ذلك التفسير الذي قدمه التحليل النفسي لم يكن صواباً بل كان خطأ حيث يرجع اضطراب التوحد إلى اختلال في الأداء الوظيفي للمخ . كما أننا نعلم إلى جانب ذلك أن أسر هؤلاء الأطفال وخاصة والدوهم قد خبروا قدراً كبيراً من الضغوط نظراً لأنهم فوجئوا بإعاقة طفلهم بشكل أقل ما يقال عنه أنه كان مفاجئاً وغير متوقع. وبالنسبة لهذا الطفل فإنه عادة ما يشبه الأطفال العاديين، وغالباً ما يكون قد مر بفترة قصيرة من النمو الطبيعي تتراوح بين بضع شهور إلى عدة سنوات وذلك قبل أن يلاحظ الوالدان حدوث شيء خاطئ بالنسبة له، وبالتالي فإنهما يشرعان في التصرف بأساليب تعكس ما يمران به من ضغوط على أثر ذلك إذ أن هذا الطفل يحتاج إلى مهارات والدية غير تقليدية في سبيل التعامل معه فضلاً عن تلك الخبرة غير العادية أو السينة التي يكون الوالدان قد مرا بها على أثر مثل هذا التغيير أو التحول الذي يكون قد انتاب طفلها .

وجدير بالذكر أن العلماء لا يعرفون بالتحديد حتى الوقت الراهن كما يرى كوفمان (2001) *Kauffman* ما هو ذلك الخطأ الذي يتعرض المخ له في حالة اضطراب التوحد أو حتى اضطرابات طيف التوحد عامة، ولكنهم يرون بشكل جلي

أن السبب في ذلك يعد نيورولوجياً أي عصبياً وليس بين شخصي (اجتماعي) . كما أن تعدد الأعراض الدالة على الاضطراب واختلاف مستويات حدته إنما يدل على أنه ليس هناك سبب عصبي وحيد أو واحد فقط يعد هو المسئول عنه، بل هناك عدة أسباب نيورولوجية لذلك .

ونظراً لأننا نبحث دوماً عن تفسير بسيط لحدوث اضطراب التوحد وما يرتبط به من اضطرابات فقد تمت صياغة العديد من الفروض حول وجود أسباب متباينة مثل التطعيم ضد أمراض الطفولة، أو وجود أو عدم وجود مادة معينة في الدم يرجع إليها حدوثه إلى غير ذلك من الفروض أو الافتراضات التي أثبتت في أوقات مختلفة . كما أن مثل هذه الفروض كانت تدور في بعض الأحيان حول أساليب الوقاية من ذلك الاضطراب أو حول أساليب العلاج . إلا أن الدراسات العلمية الدقيقة قد أثبتت في واقع الأمر وبما لا يدع مجالاً للشك . إلا أن الدراسات العلمية الدقيقة قد أثبتت في أساس وجود سبب واحد فقط للاضطراب تعتبر تفسيرات خاطئة .

ومن الملاحظ أن الزيادة السريعة التي شهدتها معدلات انتشار اضطراب التوحد قد واكبها في الواقع زيادة في محاولات البحث عن تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليه والتي تعد في الواقع هي المسئولة عن تلك الزيادة وهو الأمر الذي أدى إلى تغيير فهمنا لتلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى مثل هذه الحالة مما أدى إلى استبدال النظريات السببية التأملية بعدد من النظريات العلمية أي التي تركز على أسس علمية محددة . والشاهد في هذا المجال كما أشرنا سلفاً يرى أن أفكار التحليل النفسي قد أرجعت على مدى عقود عديدة حدوث اضطرابات التوحد إلى الاتجاهات الوالدية أو سلوك الوالدين في حين أن ذلك التفسير الذي قدمه التحليل النفسي لم يعد صواباً في وقتنا الراهن حيث يرجع الأمر إلى اختلال في الأداء الوظيفي للمخ . ويمكننا في الواقع أن نوضح مثل هذا الأمر، وأن نعمل على إجلائه كما يرى هالاهان وكوفمان (٢٠٠٧) Hallahan & Kauffman على النحو التالي :

النظريات السببية الأولى أو المبكرة *Early Causal Theories*

يذهب هيويتسون (٢٠٠٢) Hewetson إلى أن أسبرجر Asperger يرى أن هناك أساساً بيولوجياً لاضطراب التوحد ، وأن الوراثة تلعب في واقع الأمر دوراً هاماً وحيوياً في حدوث ذلك الاضطراب . ومن جهة أخرى يرى كانر Kanner

أيضاً أن سبب اضطراب التوحد يعد بيولوجياً ، و لكنه ذكر أيضاً أن آباء هؤلاء الأطفال لم يكونوا ودودين أي أنه وفقاً للملاحظات التي أجراها لم يكن غالبية والدي هؤلاء الأطفال - وخاصة أمهاتهم - يتسمون بالود والدفء بل كانوا يتسمون بالبرود الانفعالي أو العاطفي . ووجد إلى جانب ذلك أنه حتى بعض الزيجات الأكثر سعادة كانت هي الأكثر برودة من الناحية العاطفية، وأن العلاقات بينها كانت أكثر رسمية فضلاً عن أن ثلاثة من تلك الزيجات كانت فاشلة تماماً . إلا أن انعزالية الطفل منذ بداية حياته تجعل من الصعب علينا أن نقوم بإرجاع الصورة بكاملها إلى نوع معين من العلاقات التي يمكن لها أن تنشأ بين هؤلاء الأطفال والديهم . ومن ثم يفترض كانر (١٩٤٣، ١٩٧٣) Kanner أن هؤلاء الأطفال قد جاءوا إلى العالم ولديهم عجز فطري عن إقامة تواصل عادي مع الآخرين يتسم بالفاعلية من الناحية البيولوجية .

وعلى الرغم من أن كلا من كانر Kanner وأسبرجر Asperger يؤكدان على وجود أساس بيولوجي لاضطراب التوحد فإن الآراء الخاصة بالتحليل النفسي التي سادت خلال عقد الستينيات كانت هي المسيطرة على فكر العلماء والباحثين على مدى سنوات عديدة . وفي هذا الإطار ركز التحليل النفسي على فكرة أن الآباء وخاصة الأمهات هن السبب الرئيسي في تعرض الأطفال لاضطراب التوحد . وهنا يذهب إيزنبرج وكانر (١٩٥٦) Eisenberg & Kanner إلى أن ذلك قد يرجع في الأساس إلى اعتقادهم في تلك الفكرة التي ساقها كانر من قبل والتي تتعلق بأن آباء أولئك الأطفال لم يكونوا ودودين أو عطوفين إضافة إلى ذلك التقرير الذي تقدم به كانر بعد ذلك والذي يؤكد فيه على أن البرود العاطفي أو الانفعالي *emotional refrigeration* كان هو الصفة السائدة بين الأطفال التوحديين . وعلى ذلك خرج برونو بيتلهيم (١٩٦٧) Bruno Bettelheim بنظرية يرى فيها أن الأم التي تتسم بالبرود الانفعالي، والتي لا تستجيب لطفلها إنما تؤدي في الواقع إلى تعرضه لاضطراب التوحد . وفي الواقع فقد استعار معظم الباحثين مصطلح الأم الثلجة *refrigerator mother* من بيتلهيم Bettelheim واستخدموه كي يشيروا إلى أمهات الأطفال التوحديين . ومن ثم فقد كان يتم توجيه اللوم إلى الآباء على ما يتعرض له أطفالهم من مشكلات . ونحن الآن ندرك مع بيل وهاربر (١٩٧٧) Bell & Harper أن وجهة النظر السببية بين سلوك الطفل والبالغ إنما تعد بمثابة شارع ذي اتجاهين يصير من المعقول في ضوءها أن نستنتج أن والدي الطفل

الرضيع غير المستجيب نسبياً سوف يبديان هما نفسيهما سلوكيات تتسم بالبرود والتباعد .

ومن جهة أخرى يثار تساؤل هام ورئيسي حول إمكانية وجود علاقة بين التطعيم الثلاثي أي تطعيمات الحصبة *Measles* والتهاب الغدة النكفية (النكاف) *Mumps* والحصبة الألمانية *Rubella* من جهة والتي تكتسب اختصاراً *MMR* وبين اضطراب التوحد من جهة أخرى . وتدل الإجابة عن ذلك على وجود خلاف حول ما إذا كانت مثل هذه الأمصال تسبب في الأساس اضطراب التوحد أم لا إذ أن هناك تأكيدات على أن الثيمروزال *themerosal* الذي يحتوي على كميات قليلة جداً من الزئبق يوضع موضع اتهام، أما الجرعات الكبيرة من الزئبق فتؤدي في الواقع إلى أوجه قصور نيورولوجية . إلا أن الأدلة المتاحة في وقتنا الراهن تشير إلى عدم وجود علاقة بين هذا المصل وبين اضطراب التوحد ، وأن مثل هذا الأمر برمته لم يكن سوى ضجة إعلامية واكبت في عام ١٩٩٨ نشر بحث علمي قدمه أندرو ويكفيلد *Andrew Wakefield* واثنى عشر مؤلفاً آخرون في مجلة علمية تسمى *The Lancet* عن اثنتي عشرة حالة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد والمحولين إلى عيادة الأمراض الباطنية في إنجلترا . ووجدوا أو توصلوا إلى استنتاجين أساسيين هما :

١- أن العديد من هؤلاء الأطفال يعانون من نمط معين من الاضطرابات المعدية (التي تتعلق بالمعدة) .

٢- قام الأطباء أو الآباء بعزو بداية ظهور الأعراض الخاصة باضطراب التوحد لدى ثمانية من هؤلاء الأطفال إلى تطعيمات الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية *MMR* حيث كانت هي تلك الأعراض التي ظهرت عليهم فجأة بعد التطعيم بفترة قصيرة تتراوح بين ٤٨ ساعة وأسبوعين .

ومع ذلك فقد انتهى الباحثون إلى عدم وجود علاقة بين تلك التطعيمات أو الأمصال وبين اضطراب التوحد . ومن ثم فقد حذروا عامة الناس من تصديق ما توصل إليه هذا البحث أو الاعتقاد فيه، ولكن مثل هذا التحذير لم يصل رغم ذلك إلى الكثيرين منهم . وعندما تم نشر الارتباط المحتمل بين مثل هذه التطعيمات واضطراب التوحد في وسائل الإعلام انتشر الخوف سريعاً في أوروبا وأمريكا

الشمالية . وانتهى الأمر إلى تراجع ويكفيلد Wakefield ورفاقه عن تفسيرهم السابق مؤكدين أن هدفهم لم يكن يتعلق بمثل هذا الاحتمال . وإلى جانب ذلك أظهر تقرير المعهد الطبي بعد مراجعة الأدلة المتاحة رفضاً لوجود علاقة سببية بين مصل الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية MMR وبين اضطراب التوحد .

النظريات السببية المعاصرة *Today's Causal Theories*

من الجدير بالذكر أنه ليس بمقدور العلماء وفقاً لرؤية المركز القومي للبحوث (٢٠٠١) *National Research Council* وما يذهب إليه ستروك (٢٠٠٤) Strock أن يحددوا بشكل دقيق ذلك الخطأ أو المشكلة التي يشهدها المخ أو التي تحدث فيه ويكون من شأنها أن تؤدي في الواقع إلى حدوث اضطرابات طيف التوحد *autism spectrum disorders* ولكنهم مع ذلك يتفقون على أن مثل هذا السبب يعد عصبياً في أساسه وليس بينشخصي أو اجتماعي . فضلاً عن ذلك فإن لديهم من الأدلة القوية ما يؤكد على أن الوراثة *heredity* تلعب دوراً هاماً في كثير من هذه الحالات، ومع ذلك فإذا ما نظرنا إلى ذلك المدى الكامل للأعراض المميزة لتلك الاضطرابات والتي تدل عليها، وإذا ما نظرنا من جانب آخر إلى تلك المستويات من الحدة التي تبدو بها اضطرابات طيف التوحد فسوف يصير من المعقول أن نحدد أنه لا يمكن أن يكون هناك سبباً نيورولوجياً أو جينياً واحداً أو وحيداً يعد هو المسئول في الواقع عن حدوث مثل هذه الحالات أو الاضطرابات وهو الأمر الذي يؤكد على وجود مجموعة من الأسباب لتلك الحالة .

العوامل المساعدة على حدوث الاضطراب

مما لا شك فيه أن أي اضطراب لا بد أن تتف خلفه مجموعة من العوامل، وعادة ما يكون من الصعب، بل ومن المستحيل أحياناً أن يكون هناك سبب واحد يعد هو المسئول عن اضطراب معين أو يمكن أن نعزو مثل هذا الاضطراب إليه . ومن الجدير بالذكر أن العلماء قد تمكنوا من تحديد سبب معين لحالات اضطراب التوحد وذلك لدى نسبة لا تتجاوز ١٠ % تقريباً فقط من أولئك الذين يعانون من هذا الاضطراب، وعلى هذا الأساس تظل الحقيقة التي باتت مؤكدة أو حتى شبه مؤكدة

تتمثل في أن حوالي ٩٠ % تقريباً أو يزيد من حالات هذا الاضطراب لم يتمكن أحد من تحديد سبب معين يعزو حدوث مثل هذا الاضطراب له . ومع ذلك هناك بعض الحقائق التي تتعلق بتلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى اضطراب التوحد يمكننا كما يرى عادل عبدالله (٢٠٠٤) أن نعرض لها على النحو التالي :

١- أنه ليس هناك سبب واحد فقط يمكن أن يكون هو المسئول عن هذا الاضطراب .

٢- أن هناك مجموعة من الأسباب والعوامل المتباينة تسهم بطبيعة الحال في حدوث هذا الاضطراب على الرغم من عدم قدرتنا على تحديد دور كل منها أو إسهامه النسبي في ذلك .

٣- أن هناك عوامل جينية أو وراثية يمكن أن تسهم في حدوث هذا الاضطراب .
٤- أن هذه العوامل الجينية أو الوراثة هي نفسها التي تؤدي إلى حدوث بعض الإعاقات العقلية أو حتى الحسية الأخرى .

٥- أن العلماء قد حاولوا أن يجدوا أساساً كروموزومياً لاضطراب التوحد، ومع أنهم قد حددوا كروموزومات معينة ترتبط به، فلا توجد هناك أدلة تؤكد صحة تلك الآراء حتى وقتنا الراهن .

٦- أن هناك عوامل بيئية يرجع تأثيرها إلى فترة معينة أثناء الحمل وقبل أن تتم الولادة تسهم بدرجة كبيرة في حدوث ذلك الاضطراب .

٧- أن تلك الحالات التي تمكن العلماء من تحديد سبب معين للاضطراب فيها لم تتجاوز في واقع الأمر ١٠ % في حين بلغت الحالات التي لم يتمكنوا من تحديد سبب معين لها ٩٠ % تقريباً .

وعلى هذا الأساس يمكننا أن نتناول عدداً قليلاً جداً من التساؤلات لا يتجاوز ثلاثة تساؤلات حسب ما تمت الإشارة إليه في النقاط السبع السابقة، وتدور تلك التساؤلات حول النقاط التالية :

١- هل ترجع تلك الأسباب إلى عامل واحد فقط ، أم أنه يمكننا أن نقوم بعزوها إلى مجموعة معينة من العوامل؟

٢- هل هناك تصنيف معين لتلك العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى هذا الاضطراب كأن تكون على سبيل المثال كما يلي :

أ - عوامل وراثية ؟

ب- عوامل عصبية ؟

ج عوامل بيئية ؟

د - عوامل كروموزومية أو خلل كروموزومي ؟

٣- على أي أساس تم تحديد سبب معين لحالات معينة من هذا الاضطراب ولم

يتم التوصل إلى ذلك السبب أو تلك الأسباب في حالات أخرى ؟

وعلى هذا الأساس يصير بوسعنا إذن أن نتناول مثل هذه التساؤلات التي تمت

إثارتها هنا على النحو التالي :

أولاً : سبب واحد أم مجموعة أسباب :

شهدت الساحة العلمية فيما يتعلق بتلك الأسباب التي يكون من شأنها أن تؤدي إلى ذلك الاضطراب جدلاً واسعاً حول تلك الأسباب، فرأى البعض أن هناك سبباً واحداً هو المسئول عنه، ورأى آخرون أن هناك جملة من الأسباب يمكن أن نعزو إليها هذا الاضطراب نظراً لوجود آثار عديدة تترتب عليه، في حين رأى غيرهم أن السبب الذي يؤدي إلى مثل هذا الاضطراب لا يزال غير معروف على وجه التحديد حتى الآن .

ومن هذا المنطلق يؤكد بومر وآخرون (Boomer et al. 1995) أن هناك اعتقاداً بأن خللاً وظيفياً في الجهاز العصبي المركزي من عوامل غير معروفة يعد هو السبب الأساسي الذي يكمن خلف هذا الاضطراب ويؤدي إلى حدوثه، ومن ثم انصب الاهتمام على دراسة متلازمة الأعراض المرتبطة باضطراب التوحد . وكما أوضحنا من قبل فإن هناك من الباحثين والعلماء من يرد هذا الاضطراب إلى أسباب بيوكيميائية في المخ مثل جيلسون (Gillson 2000) وهو الأمر الذي يكون من نتائجه أن يؤدي ذلك إلى اضطراب في بعض الإفرازات المخية مما يؤثر بالتالي على الأداء الوظيفي للمخ . في حين يرده آخرون مثل دونالد وبيرس (1999) إلى Dunlap & Pierce إلى أسباب متعددة وليس إلى سبب واحد فقط حيث يعتقدان أنه لا يمكن أن يكون هناك سبب وحيد يعد هو المسئول عن الاضطراب، بل لابد أن يكون هناك أكثر من سبب واحد يؤدي إلى ذلك من خلال اشتراك كل هذه الأسباب مجتمعة في حدوث الاضطراب .

ويرى كندول (٢٠٠٠) Kendall أن الدراسات الحديثة قد كشفت عن وجود انخفاض نسبي واضح في نشاط النصف الكروي الأيسر من المخ لدى الأطفال التوحديين، ومن المعروف أن ذلك النصف هو الذي يتضمن تلك المنطقة الهامة التي تعد هي المسئولة عن حدوث التواصل . ومع ذلك فلا تزال هناك حقيقة هامة حول أسباب هذا الاضطراب مؤداها أنه لا يوجد أي سبب واضح على وجه التحديد يعد هو المسئول عن حدوث ذلك الاضطراب، أو يمكننا من خلاله أن نفسر السبب الذي يجعل الأطفال التوحديين يسلكون بمثل تلك الأساليب غير العادية، أو الذي يؤدي إلى حدوث تلك الأعراض التي تميز هذا الاضطراب والتي تعتبر بمثابة ملامح أساسية مميزة له . ومع ذلك فهناك شبه إجماع بين الباحثين والعلماء المهتمين بذلك الاضطراب على أنه يعد اضطراباً معرفياً واجتماعياً في الوقت ذاته، وأن هناك أسباباً بيولوجية متعددة – وليس سبباً واحداً - حدثت في وقت ما بين الحمل والولادة وأدت بدورها إلى تلك الآثار السلبية التي تتضمن تلك الملامح الأساسية المميزة للاضطراب . ويضيف روتر وآخرون (١٩٩٤) Rutter et al. أنه ليس هناك سبباً طبيياً محدداً نستطيع أن نعتبره هو المسئول عن مثل هذا الاضطراب وذلك عند فحص غالبية حالات اضطراب التوحد عند عرضها عليهم حيث لم يتوصلوا إلى هذا السبب الطبي المحدد سوى لدى نسبة تتراوح بين ٥ - ١٠ % تقريباً من الحالات التي قاموا بفحصها ودراستها .

ثانياً : وجود تصنيف معين للعوامل التي تسهم في حدوث الاضطراب :

من الجدير بالذكر أن الرأي الأرجح في النقطة السابقة يتمثل في وجود مجموعة من الأسباب والعوامل يمكن لها أن تؤدي إلى حدوث مثل هذا الاضطراب، ويرى البعض أن هذه الأسباب تجمع بين الوراثة والبيئة، ويرى غيرهم أن هناك عوامل عصبية تؤدي إلى ذلك الاضطراب، بل ويضم آخرون إلى ذلك مجموعة أخرى من العوامل تتمثل في العوامل الكروموزومية أو الخلل الكروموزومي . وسوف نتناول هذه الآراء على النحو التالي :

(أ) الأساس العصبي لاضطراب التوحد

من الملاحظ كما يرى فولكمار وبولز (٢٠٠٣) Volkmar & Pauls أن وجود أساس عصبي لاضطرابات طيف التوحد إنما ترجع بطبيعة الحال إلى حقيقة هامة

مؤداها أن الأفراد التوحديين يتعرضون في الواقع لمعدل مرتفع لحدوث الاضطرابات بالمخ فضلاً عن تعرضهم للعديد من أوجه القصور المعرفية . وفضلاً عن ذلك فإن الدراسات التي تقوم على الفحص الطبي للجنة بعد الوفاة *postmortem studies* وتلك الدراسات التي تعتمد على التصوير العصبي إنما تستخدم نفس الأساليب التي يتم اللجوء إليها في اضطرابات أخرى مثل صعوبات التعلم *learning disabilities* واضطراب الانتباه والنشاط الحركي المفرط *ADHD* (من أهمها أشعة البوزيترون، ورسم المخ بالكمبيوتر *CAT scan* ، والتصوير باستخدام الرنين المغناطيسي *magnetic resonance*) وهو ما أدى في الواقع كما يذهب فولكمار (٢٠٠٤) Volkmar وفولكمار وبولز (٢٠٠٣) Volkmar & Pauls إلى تصوير وتحديد عدد كبير من تلك المناطق التي يتضمناها المخ والتي تلعب في الواقع دوراً هاماً في حدوث ذلك الاضطراب .

وفي هذا الإطار يتناول أحد اتجاهات البحث العصبي بشكل خاص حجم المخ أو الرأس لأولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد . وقد شهد مثل هذا الاتجاه إجراء العديد من البحوث من أهمها دراسات كورشين وكاربر وأكشوموف (٢٠٠٣) Courchesne , Carper & Akshoomoff وكورشين وآخرين (٢٠٠١) Courchesne et al. وفومبون وروج وكلافيري وكورتى وفريمويلى (١٩٩٩) Fombonne, Roge, Claverie, Courty, & Fremoile وبايفين وأرنست وبايلى وأندرسون (١٩٩٦) Piven, Arndt, Bailey, & Anderson وبايفين وآخرين (١٩٩٥) Piven et al. وتكشف مثل هذه الدراسات عن أن حجم المخ وحجم الرأس بالنسبة لأولئك الأطفال الصغار الذين يعانون من اضطراب التوحد يعد في الواقع أكبر من الحجم العادي . وقد ذكر كانر Kanner في ورقته البحثية التي قدمها عام ١٩٤٣ أن كثيراً من الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد الذين قام بملاحظتهم ودراساتهم كانت رؤوسهم كبيرة أكثر مما ينبغي . ويرى لاينهارت (٢٠٠٣) Lainhart أنه منذ ذلك الحين أصبح حجم الرأس الكبير أحد أهم النتائج النيوروبيولوجية الأكثر تكراراً بالنسبة لمثل هذا الاضطراب . أما الأدلة الراهنة فتؤكد كما يرى كورشين وآخرين (٢٠٠١) Courchesne et al. على وجود عدة حقائق أو خصائص دالة لدى أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد يمكن تناولها كما يلي :

١- يكون حجم المخ عند الولادة متوسطاً، وربما يكون أحياناً أقل من المتوسط وذلك في بعض الحالات .

٢- يكون نمو المخ فجائياً وبشكل زائد أو مفرط في أول عامين من الحياة .

٣- يبطن معدل نمو المخ بعد سن الثانية و يصل المخ إلى أقصى حجم له في حوالي الرابعة أو الخامسة من العمر .

٤- يتناقص حجم المخ بعد سن الخامسة، ويصبح المخ في مرحلتي المراهقة والرشد في نفس حجم مخ الأفراد غير المعوقين .

وفي واقع الأمر فإن دلالة حدوث المعدلات العالية للنمو غير العادي للمخ خلال العامين الأوليين من العمر إنما تتأكد من خلال حقيقة أن هذا الوقت يعد وقتاً له أهميته الحاسمة والدرجة فيما يتعلق بتنظيم المخ حيث يرى هيرسكوفيتز (٢٠٠٠) Herschkowitz أن الأحداث التنظيمية التي تحدث في المخ خلال العامين الأوليين إنما تضع الأساس للمرحلة النمائية العصبية التي تعمل في سبيل اكتساب اللغة وسعة أو كم الاستدلال أو الاستنتاج ، والشعور بالذات . وتؤثر في النهاية كما يرى منشيو وسويني ولونا (٢٠٠٢) Minshew, Sweeney, & Luna ولاينهارت (٢٠٠٣) Lainhart على تجهيز المعلومات بشكل معقد .

(ب) الأساس الجيني أو الوراثي لاضطراب التوحد

تشير نتائج العديد من الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الإطار إلى أن العوامل ذات الجذور الوراثية أو الجينية تعد أحد أهم العوامل المسؤولة عن حدوث اضطراب التوحد، وأن مثل هذه العوامل إنما ترجع إلى وجود عامل جيني واحد أو أكثر له إسهامه الكبير في مثل هذا الصدد . ومن أهم هذه العوامل نلاحظ ما يثير الكثير من الدهشة حيث نجد عدة عوامل يمكن أن تؤدي في حد ذاتها إلى الإعاقة العقلية الفكرية على سبيل المثال، أو إلى أي إعاقة حسية أخرى، وهو ما يمثل نقطة أخرى مثيرة للدهشة حيث نلاحظ أن نفس العامل في حد ذاته يمكن أن يؤدي إلى أكثر من نمط واحد من أنماط الإعاقة العقلية، كما يمكن أن يؤدي أيضاً في ذات الوقت إلى أكثر من نمط واحد من أنماط الإعاقة الحسية . كما أن هناك عوامل أخرى يمكن أن تؤدي أيضاً إلى الإعاقة الفكرية كنمط أساسي من أنماط الإعاقة العقلية .

ومن أهم العوامل التي يمكن أن تؤدي في الواقع إلى اضطراب التوحد مع أنها يمكن أن تؤدي في الوقت ذاته إلى إعاقة عقلية أخرى كالإعاقة الفكرية على وجه التحديد ما يلي :

١- حالات التصلب الدرني للأنسجة . *tuberous sclerosis*

٢- حالات الفينيلكيتونوريا . *phenylketonuria*

٣- حالات الكروموزوم X الهش . *fragile X chromosome*

ومن المعروف أن مثل هذه العوامل تعد بمثابة حالات وراثية في أساسها، وهي مع اعتبارها كذلك فإنها كحالة هي التي تعد وراثية، أما ما ينتج عنها وهو التلف الذي يلحق ببعض خلايا المخ فهو دون شك لا يعد وراثياً، ولكنه ناتج عن حالة وراثية . ويمكن لمثل هذه النتيجة أن تؤدي إما إلى الإعاقة الفكرية، أو إلى اضطراب التوحد . ومن ناحية أخرى فإن نتائج الدراسات التي أجريت في هذا المجال تؤكد أن احتمالات ولادة طفل آخر للأسرة يعاني من نفس هذا الاضطراب أي طفل توحيدي تعتبر احتمالات مرتفعة إلى حد ما حيث تتراوح بين ٣- ٦ % تقريباً، وهو الأمر الذي يضيف إلى دور العوامل الوراثية تعقيدات أخرى .

وإلى جانب ذلك هناك بعض الحقائق التي تؤكد على الدور الحيوي للعوامل الوراثية في حدوث مثل هذا الاضطراب منها ما يلي :

١- تؤدي بعض حالات الشنوذ الكروموزومي إلى هذا الاضطراب، ويعد الشنوذ في الكروموزوم رقم ١٣ من أكثر هذه الحالات شيوعاً، ومن المعروف أن شنوذ هذا الكروموزوم يرتبط كذلك بمتلازمة أوشر .

Usher`s syndrome

٢- أن هناك عدداً من الجينات يتراوح بين ٣- ٥ جينات تشترك جميعها في حدوث اضطراب التوحد، ويجب أن تتوفر كلها لدى نفس الشخص مع العلم بأنها غير متضمنة في كروموزوم واحد فقط ، بل إنها تتوزع على عدد من الكروموزومات المختلفة، وهي جميعاً تتضمن أنواعاً من الخلل الكروموزومي . وإذا قل هذا العدد عن ذلك قلن يؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب التوحد .

٣- أن محيط الرأس لدى هؤلاء الأطفال يكون أكبر من مثيله لدى أقرانهم العاديين. ومن المعروف أن كبر حجم محيط الرأس أو صغره يعد من العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى الإعاقة العقلية الفكرية .

٤- أن نتائج الدراسات الميكروسكوبية على الأطفال التوحديين تؤكد عدم وجود خلايا بيركنجي *perkinje cells* بالمخيخ لديهم إلى جانب تزايد عدد الخلايا العصبية في مكونات الجهاز الطرفي *limbic* من جانبهم .

٥- نقص طول ومحيط جذع المخ *brain stem* علماً بأن جذع المخ إنما يلعب في الواقع دوراً حيوياً في عمليات التنفس، وتناول الطعام، والتوازن، والتناسق الحركي على سبيل المثال .

٦- عدم وجود جزأين أساسيين من تلك الأجزاء التي يتألف منها جذع المخ يتمثل أولهما في النواة الوجهية *facial nucleus* التي تتحكم في عضلات الوجه، والتي تكون مسؤولة بالتالي عن التعبيرات غير اللفظية . بينما يتمثل ثانيهما في الزيتونة العليا *super olive* وهي التي تلعب دوراً هاماً في توجيه وتوزيع تلك المعلومات المرتبطة بالمشيرات السمعية . ومن المعروف أن هذين الجزأين يتكونان في الأساس من جزء الأنبوب العصبي الذي يتكون الجهاز العصبي المركزي للجنين منه وذلك في الأسابيع الأولى من الحمل .

٧- يوجد إلى جانب غياب النواة الوجهية نقص كبير في عدد الخلايا العصبية التي ترتبط بعضلات الوجه حيث يبلغ عددها أربعمائة خلية عصبية لدى الطفل التوحدي بينما يصل عددها لدى الطفل السليم إلى تسعة آلاف خلية .

٨- أن حوالي ٣٠ % تقريباً من الأطفال التوحديين يوجد لديهم زيادة في تركيز مادة السيروتينين التي تعتبر من الناقلات العصبية وذلك في الصفائح الدموية.

ومن جهة أخرى نلاحظ من الأمور الشائعة في الوقت الراهن كما يرى ستروك (٢٠٠٤) Strock وفولكمار وبولز (٢٠٠٣) Volkmar & Pauls أن الأدلة العلمية التي تؤكد على وجود أساس أو عامل ومكون وراثي في اضطراب التوحد إنما تعد أدلة قوية للغاية حيث أسفرت نتائج تلك الدراسات التي أجريت في هذا

الصدد عن أنه عندما يتم تشخيص أحد أفراد الأسرة على أنه يعاني من اضطراب التوحد فإن احتمالات تعرض عضو آخر من نفس الأسرة لاضطراب التوحد سوف تزداد بمعدلات تتراوح بين ٥٠ إلى ٢٠٠ مرة عما يمكن أن يحدث بصفة عامة بالنسبة لأعضاء المجتمع ككل . وعندما يعاني أحد التوائم المتشابهة *identical*, من اضطراب التوحد فإن احتمال تعرض التوأم الآخر لاضطراب التوحد سوف يزداد كثيراً قياساً بما يمكن أن يحدث للتوائم غير المتشابهة . *fraternal, dizygotic* وفضلاً عن ذلك فإننا نجد أنه حتى إذا لم يتم تشخيص أحد الأفراد على أنه يعاني من اضطراب التوحد فسوف يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لأعضاء أسرة أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد أن يظهروا العديد من الخصائص التوحدية عند المستوى دون السريري *subclinical* كقلة عدد الأصدقاء الحميمين، والانشغال القهري بالاهتمامات الضيقة، وتفضيل الروتين على سبيل المثال . ومن جهة أخرى فإن البحوث التي تم إجراؤها في هذا الإطار لم تتمكن حتى الآن من التحديد الدقيق لتلك الجينات الفعلية المسؤولة عن حدوث ذلك الاضطراب . ومع ذلك يبدو من الأكثر احتمالاً أن توجد هناك جينات عديدة تعد هي المسؤولة في الواقع عن مثل هذه الحالة، وأن مثل هذه الجينات مع ذلك لا تعد هي نفسها المسؤولة عن تلك الحالة لدى كل الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد .

(ج) العوامل البيئية أو الأساس البيئي لاضطراب التوحد

تتعدد العوامل البيئية أو الإيكولوجية التي يمكن أن تؤثر على اضطراب التوحد وتؤدي إليه، ومن بين هذه العوامل مسببات كثيرة تؤدي كذلك إلى الإعاقة الفكرية منها ما يلي :

- ١- التلوث البيئي الكيميائي سواء من خلال الكيماويات المختلفة، أو التلوث بالمعادن كالزئبق والرصاص على سبيل المثال سواء تم ذلك من جانب الأم خلال فترة الحمل، أو من جانب الطفل بعد ولادته .
- ٢- تعرض البويضات أو الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيميائية أو للإشعاعات يمكن أن يؤدي إلى ذلك .
- ٣- التلوث الغذائي وذلك عن طريق استخدام الكيماويات قد يؤدي في الواقع إلى حدوث تسمم عضوي عصبي يسبب اضطراب التوحد خاصة إذا ما

تعرضت له الأم الحامل، أو الطفل بعد ولادته، أو إذا ما تعرضت البويضات أو الحيوانات المنوية أو البويضة الملقحة لذلك .

٤- التلوث الإشعاعي أو التعرض للأشعة سواء الأشعة السينية (X)، أو التسرب الإشعاعي، أو استخدام النفايات النووية في الأسلحة التقليدية، أو دفن تلك النفايات بشكل يجعل من الممكن بالنسبة لها أن تؤثر على الأفراد .

٥- التعرض للأمراض المعدية، وخاصة تعرض الأم الحامل لها، وإصابتها بها، أو تعرض الطفل لها في بداية حياته، أو خلال عامه الأول من عمره . وتعد هذه الأمراض المعدية هي نفسها التي تؤدي إلى الإعاقات العقلية الأخرى، وربما إلى الإعاقات الحسية كذلك .

٦- اضطرابات الأيض، أي حدوث خلل أو قصور في التمثيل الغذائي .

٧- تعاطي الأم الحامل للعقاقير بشكل منتظم وخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل مهما رأت أن العقار المستخدم يعد بسيطاً، فعلى سبيل المثال اتضح أن عقار التاليدوميد *thalidomide* الذي كان يستخدم لتثبيت الحمل يعد من العوامل المؤدية إلى اضطراب التوحد، بل وإلى الإعاقة الفكرية كذلك، وإلى مختلف الإعاقات الحسية أيضاً .

٨- تعاطي الأم الحامل للكحوليات وهو ما يؤدي عادة إلى ما يعرف بزملة تعرض الجنين للكحوليات *fetus alcohol syndrome* وهو الأمر الذي يؤدي به إما إلى الإعاقة الفكرية أو اضطراب التوحد .

٩- تعد البيئة الاجتماعية أو الاقتصادية أو الثقافية التي ينشأ الطفل فيها ذات دور كبير في حدوث هذا الاضطراب، أو منع حدوثه، أو الحيلولة دون تطوره وذلك بما يمكن بطبيعة الحال أن يلقاه فيها من اهتمام، وما يتعلمه من عادات صحية، وما يجده من عناية ورعاية صحية .

١٠- وفضلاً عن ذلك نلاحظ أن العوامل البيئية تؤثر على تطور الاضطراب ومآله إذ أننا يمكن أن نلاحظ ما يلي :

أ- أن الوالدين على سبيل المثال قد يكونا غير مؤهلين للتعامل السليم مع طفلهما التوحدي فلا يستطيعان مساعدته على ما يلي :

- اكتساب سلوك مرغوب، أو

- الحد من سلوك غير اجتماعي، أو
- إكسابه تلك المهارات المطلوبة لأداء نشاط ما .
- ب- قد لا تعمل البيئة التي يوجد الطفل فيها على مساعدته كي يتمكن من القيام بأي من السلوكيات التالية :
 - اكتساب مهارات معينة تساعده على الاندماج مع الآخرين.
 - إقامة علاقات مختلفة معهم .
 - التفاعل الناجح معهم .
- ج- قد لا تشجع تلك البيئة الآخرين المحيطين بالطفل على القيام بما يلي :
 - احتواء ذلك الطفل .
 - مساعدته على الاندماج معهم بدلاً من انسحابه بعيداً عنهم .
 - مساعدته على التفاعل معهم بدلاً من قيامه بالسلوك العدواني سواء ضد نفسه حيث يقوم بإيذاء ذاته، أو ضدهم .
- د - كذلك ينبغي على الوالدين أن يكونا قادرين على تحديد تلك الملامح الأساسية المميزة للاضطراب حتى يتمكنوا من الحد من آثارها السلبية قدر الإمكان .

(د) الخلل الكروموزومي أو الأساس الكروموزومي لاضطراب التوحد

من الجدير بالذكر أن هناك من العلماء من حاول تحديد نمط ما من أنماط الشذوذ الكروموزومي، واعتباره مسئولاً عن حدوث اضطراب التوحد . ومن أكثر الأنماط التي تم التحدث عنها في هذا الصدد تلك الشذوذ في الكروموزوم رقم ١٣ والذي يؤدي إلى حدوث ما يعرف بمتلازمة أوشر. *Usher's syndrome* وإلى جانب ذلك فإن هناك نمطاً آخر من ذلك الشذوذ يتمثل في الكروموزوم X الهش أو ما يشار إليه على أنه الكروموزوم الجنسي الهش . *fragile X chromosome* وإضافة إلى ذلك هناك شذوذ في عدد من الجينات تتراوح في عددها كما أشرنا من قبل بين ٣- ٥ جينات تتوزع على عدد من الكروموزومات، ويجب أن يتوفر هذا العدد لدى الطفل، وإلا فلن يحدث مثل هذا التأثير السلبي .

ومن ناحية أخرى فقد حاول بعض العلماء البحث عن أساس جيني محدد لاضطراب التوحد، ورأى البعض أن الكروموزوم رقم ٧ يعد هو المسئول عنه،

وبالتالي فإن الشذوذ في هذا الكروموزوم يؤدي إليه بالضرورة، في حين رأى غيرهم أن الشذوذ في الكروموزوم رقم ٩ يعد هو المسئول عن ذلك، إلا أن البعض قد استبعد هذا الكروموزوم رقم ٩ ، بينما حدد آخرون الكروموزوم رقم ١٥ ليكون الشذوذ فيه هو المسئول عن حدوث اضطراب التوحد . ورغم كل ذلك لا يوجد هناك رأي قاطع في هذا الخصوص .

ثالثاً : تحديد وعدم تحديد سبب معين للاضطراب في بعض الحالات

أكدت النتائج التي كشفت عنها دراسات عديدة أن حوالي ١٠ % تقريباً فقط من حالات اضطراب التوحد هي التي تم فيها تحديد سبب معين للاضطراب، وأن مثل هذه الحالات تعتبر في الأصل حالات نادرة يكون السبب فيها معروفاً، وربما تكون الحالة متوقعة كأن يتوقع الوالدان أو الطبيب على سبيل المثال ولادة الأم لطفل معوق عقلياً، أو طفل توحيدي وذلك نتيجة لحدوث سبب معين معروف ومحدد بشكل دقيق . أما الحالات الأخرى والتي تمثل الغالبية العظمى من الحالات فلا يكون السبب معروفاً فيها، كما أنه من جانب آخر لا يكون في واقع الأمر سبباً، أو عاملاً، أو جيناً واحداً أو وحيداً فقط بل يكون عادة مجموعة من الأسباب، أو العوامل، أو الجينات . كما أن السبب الرئيسي المسئول عن هذا الاضطراب لا يزال غير معروف على وجه التحديد حتى الآن .

تشخيص اضطراب التوحد

يعد اضطراب التوحد *autism* من الاضطرابات النمائية الحادة التي تصيب الطفل كما أوضحنا سلفاً قبل أن يصل عمره ثلاث سنوات ، وقد كان ينظر إليه من قبل على أنه يعد بمثابة زملة أعراض سلوكية حيث كان يصنف على أنه اضطراب سلوكي، إلا أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة *DSM-IV* قد عرض له على أنه اضطراب نمائي عام أو شامل (منتشر) *pervasive* ويحدد التصنيف الدولي العاشر للأمراض *ICD-10* هذا الاضطراب على أنه منتشر حيث يؤثر على العديد من جوانب النمو الأخرى، وبطبيعة الحال يعد هذا التأثير موضع الاهتمام تأثيراً سلبياً . ومع ذلك فقد أكدت العديد من الدراسات الحديثة كما يرى عادل عبدالله (٢٠٠٤)

على أن بإمكاننا أن نتعرف على اضطراب التوحد وأن نحدده لدى الطفل منذ العام الأول من ميلاده حيث حددت مجموعة من الأعراض تظهر عليه منذ الشهر الستة الأولى من عمره فضلاً عن مجموعة أخرى من الأعراض تبدو عليه منذ الشهر الستة التالية من عمره، وبالتالي يكون من الأكثر احتمالاً في مثل تلك الحالة إذا سارت الأمور كما هي أن يصبح ذلك الطفل توحدياً فيما بعد . ويمكن أن نعرض لتلك الأعراض على النحو التالي :

(أ) الأعراض المميزة للطفل التوحدي خلال الشهر الستة الأولى من العمر

هناك العديد من الأعراض التي يمكن أن تميز الطفل التوحدي خلال الشهر الستة الأولى التالية لولادته مباشرة، أي خلال الشهر الستة الأولى من عمره . ويمكن أن نعرض لمثل هذه الأعراض كما يلي :

- ١- يبدو وكأنه لا يريد أمه، ولا يحتاج إليها أو إلى وجودها معه .
- ٢- لا يبالي بمسألة أن يقبل عليه أحد الراشدين، ويقوم بحمله حتى وإن كان هذا الشخص وثيق الصلة به .
- ٣- تكون عضلاته رخوة أو مترهلة وهو الأمر الذي يتضح من خلال التخطيط الخاص بتلك العضلات .
- ٤- كذلك فهو لا يبكي إلا قليلاً، ولكنه مع ذلك يكون سريع الغضب أو الانفعال بشكل كبير .
- ٥- لا يستطيع الطفل إلى جانب ذلك خلال الشهر الستة الأولى من حياته أن يلاحظ أمه، أو يتابعها ببصره .
- ٦- يكون خلال تلك الفترة قليل المطالب بشكل ملحوظ .
- ٧- لا يبتسم إلا نادراً .
- ٨- تكون تلك الكلمات التي يمكنه أن ينطق بها غير مفهومة .
- ٩- من الأمور الهامة التي تميز استجاباته أنها دائماً ما تكون متوقعة، ومن ثم فهو عادة لا يأتي بأي استجابة يمكن أن نعتبرها غير متوقعة .
- ١٠- لا يبدي ذلك الطفل أي اهتمام بتلك اللعب التي يتم وضعها أمامه .

(ب) الأعراض المميزة للطفل التوحدي في النصف الثاني من العام الأول من

عمره :

مما لا شك فيه أن هناك وفقاً لما أظهرته نتائج الدراسات الحديثة في هذا الصدد العديد من الأعراض أو السمات التي يمكن من خلالها أن نتعرف على الطفل التوحدي وأهم ما يتميز به وذلك خلال الشهور الستة الثانية من العمر أي في النصف الثاني من العام الأول من عمره، وهو ما يساعدنا في اكتشاف الحالة قبل أن يصل ذلك الطفل إلى الثالثة من عمره . وهذه الأعراض أو السمات هي :

- ١- لا يبدي الطفل أي اهتمام بالألعاب الاجتماعية .
- ٢- لا يبدي الطفل أي انفعال نتيجة حدوث أي شئ أمامه .
- ٣- يفترق الطفل بشدة إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي .
- ٤- تكون ردود أفعاله للمثيرات المختلفة إما مفرطة أو قليلة جداً .

الأدلة التشخيصية

من الجدير بالذكر أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة *DSM-IV* الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) *APA* وفي المراجعة النصية *text revision* الخاصة بنفس هذه الطبعة الرابعة *DSM- IV- TR* والتي نشرت عام (٢٠٠٠) والتصنيف الدولي العاشر للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) *WHO* يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص الأمراض والاضطرابات المختلفة في الوقت الراهن . ويرى فولكمار (١٩٩٦) *Volkmar* أنه لا يوجد أي تعارض بينهما في تشخيص الاضطرابات المختلفة بوجه عام وفي تشخيص اضطراب التوحد على وجه الخصوص حيث يعد اضطراب التوحد هو محور اهتمامنا الحالي . وفي هذا الإطار نلاحظ أن محور التركيز الأساسي لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسية هي :

١- البداية :

عادة ما تكون بداية هذا الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره ، حيث يحدد ذلك السن على أنه ثلاثين شهراً على الأقل، أما الحالات الأخرى اللانموذجية

أو اللانمطية *atypical* فتتأخر بداية الاضطراب كثيراً عن هذا السن. وعندما يتأخر اكتشافه عن هذا السن قد يتم استبعاد هذا الاضطراب عند التشخيص. كذلك فإن الأداء الوظيفي للطفل يكون مختلفاً في واحد على الأقل من عدد من الجوانب تتمثل فيما يلي :

- التفاعل الاجتماعي .
- استخدام اللغة للتواصل الاجتماعي .
- اللعب الرمزي أو الخيالي .

٢- السلوك الاجتماعي :

يوجد لدى الطفل قصور كفي في التفاعلات الاجتماعية وذلك في اثنين على الأقل من أربعة محكات هي :

- التواصل غير اللفظي .
- إقامة علاقات مع الأقران .
- المشاركة مع الآخرين في الأنشطة والاهتمامات .
- تبادل العلاقات الاجتماعية معهم .

٣- اللغة والتواصل :

يوجد قصور كفي في التواصل من جانب الطفل يظهر في واحد على الأقل من أربعة محكات تتمثل في المحكات التالية :

- تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة .
- عدم القدرة على المبادأة في إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين .
- الاستخدام النمطي أو المتكرر للغة .
- قصور في اللعب التظاهري أو الخيالي .

٤- الأنشطة والاهتمامات :

- توجد أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة مقيدة وتكرارية وذلك في واحد على الأقل من أربعة محكات يبيدها الطفل هي :
- الانشغال باهتمام نمطي واحد غير عادي .
- الرتابة والروتين .

- إتباع أساليب نمطية للأداء .

- الانشغال بأجراء من الأشياء .

وإذا ما عرضنا لتلك المحكات التي تحدها الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤، ٢٠٠٠) APA في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-IV والمراجعة النصية لها DSM- IV- TR والتي يتم في ضونها تشخيص الأطفال التوحديين فسوف نجد أن ذلك إنما يتضمن بطبيعة الحال حدوث خلل في المجالات أو الجوانب الخمسة التي عرضنا لها عند الحديث عن الملامح الأساسية المميزة للاضطراب إذ أنها هي التي تمثل الملامح أو الخصائص المميزة لهذا الاضطراب بحيث يحدث ذلك الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره. وتتمثل هذه الجوانب فيما يلي :

- التفاعل الاجتماعي .

- اللغة .

- التواصل .

- اللعب .

- السلوكيات .

وذلك على النحو التالي :

أولاً : يشترط أن يتم انطباق عدد من البنود بإجمالي ستة بنود على الأقل كحد أدنى وذلك مما تتضمنه المحكات الثلاثة الرئيسية (١ ، ٢ ، ٣) على أن

تنطبق الشروط الثلاثة التالية على الطفل :

أ - بندان على الأقل من المحك الأول .

ب- بند واحد على الأقل من المحك الثاني .

ج- بند واحد آخر على الأقل من المحك الثالث .

وهذه المحكات هي :

١ - حدوث خلل أو قصور كفي في التفاعل الاجتماعي كما يتضح من انطباق

اثنين على الأقل من البنود التالية على الطفل :

أ - حدوث خلل أو قصور واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة كالتواصل بالعين والتعبيرات الوجهية، والإشارات أو الإيماءات الاجتماعية وذلك لتنظيم التفاعل الاجتماعي .

ب - الفشل في إقامة علاقات مع الأقران تتناسب مع المستوى النمائي.

ج - نقص في البحث أو السعي التلقائي للمشاركة مع الآخرين في الاستمتاع، والاهتمامات، أو الإنجاز كما يتضح مثلاً في نقص القدرة على إيضاح الأشياء موضع الاهتمام، أو إحضارها معه أو الإشارة إليها.

د - نقص في تبادل العلاقات الاجتماعية مع الآخرين أو مشاركتهم انفعالياً .

٢ - حدوث خلل أو قصور كفي في التواصل كما يتضح من انطباق بند واحد على الأقل من تلك البنود التالية على الطفل :

أ - تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة بشرط ألا يصاحبه أي محاولة تعويضية من جانب الطفل لاستخدام الأنماط البديلة للتواصل كالإيماءات، أو التمثيل الصامت .

ب - خلل أو قصور واضح في القدرة على المبادأة في إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين وذلك بالنسبة للأطفال التوحديين نوى المستوى اللغوي المناسب.

ج - الاستخدام النمطي أو المتكرر للغة أو للغة خاصة به .

د - نقص أو قصور في اللعب التظاهري أو الإدعائي التلقائي والمتنوع أو اللعب الاجتماعي القائم على التقليد والمناسب للمستوى النمائي للطفل .

٣ - حدوث أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة متكررة ونمطية كما يتضح من انطباق واحد على الأقل من البنود التالية على الطفل :

أ - انشغال كبير باهتمام نمطي واحد أو أكثر يعتبر غير عادي سواء في مدى حدته، أو بؤرة الاهتمام الخاصة به .

ب - التمسك الصارم وغير المرن بطقوس معينة أو روتين غير عملي وغير فعال .

ج - أساليب أداء نمطية ومتكررة كالتصفيق بالأيدي أو الأصابع، أو تشبيكها، أو ثنيها، أو الحركات العنيفة، أو الحركات المعقدة بكامل الجسم .

د - الانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء .

ثانياً : حدوث تأخر أو أداء غير عادي في واحد على الأقل من المجالات التالية على أن يبدأ ذلك قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره :

أ - التفاعل الاجتماعي .

ب - اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي .

ج - اللعب الرمزي أو التخيلي .

ويضيف المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) أن هناك عدداً من الدلائل التشخيصية التي تستخدم في تشخيص هذا الاضطراب يعرض لها التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-1٠ تتمثل في حدوث نمو غير طبيعي أو مختل أو كليهما وذلك قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره إلى جانب حدوث نوع مميز من الأداء غير السوي في مجالات ثلاثة هي التفاعل الاجتماعي، والتواصل، والسلوك النمطي المقيد التكراري . كما أن هذا الاضطراب يحدث بين الذكور بمعدل ثلاثة أو أربعة أضعاف معدل حدوثه بين الإناث . كذلك فإنه لا تكون هناك في العادة مرحلة سابقة أكيدة من التطور السوي أي العادي، وإن وجدت فإنها لا تتجاوز السنة الثالثة من العمر .

كما توجد دائماً اختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل والتي غالباً ما تأخذ شكل التقدير غير المناسب للتلميحات الاجتماعية والانفعالية، كما تتجلى في فقدان الاستجابات لمشاعر الآخرين أو عدم تعديل السلوك وفقاً للإطار الاجتماعي أو كليهما . إضافة إلى ضعف استخدام الرموز الاجتماعية، وضعف التكامل بين السلوكيات الاجتماعية الانفعالية والتواصلية وخاصة فقدان التبادل الاجتماعي - العاطفي . كذلك تنتشر الاختلالات الكيفية في التواصل، وقد تأخذ شكل عدم الاستخدام لأي مهارات لغوية قد تكون موجودة، إلى جانب اختلال في اللعب الإيهامي *make-believe play* والتقليد الاجتماعي، وضعف المرونة في التعبير اللغوي، وفقدان نسبي للقدرة على الإبداع والخيال في عمليات التفكير ، وفقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية، واستخدام خاطئ للأشكال المختلفة من النبرات وأساليب التوكيد للتعبير عن الرغبة في التواصل . وكذلك عدم استخدام الإيماءات المصاحبة التي تساعد في التأكيد أو التواصل الكلامي.

وإضافة إلى ذلك تتميز الحالة أيضاً بأنماط من السلوك والاهتمامات والأنشطة تتسم بمحدوديتها وتكراريتها ونمطيتها، وقد تأخذ شكل التصلب والروتين في الأداء اليومي والأنشطة وأنماط اللعب . وقد يكون هناك ارتباط معين بأشياء غير عادية، وكثيراً ما تكون هناك انشغالات نمطية ببعض الاهتمامات إلى جانب أنماط حركية أو اهتمام خاص بعناصر غير وظيفية في الأشياء كرائحتها، أو ملمسها على سبيل المثال، إضافة إلى مقاومة أي تغيير في الروتين أو في البيئة المحيطة .
وبذلك فإن هذه المحكات في أي دليل تشخيصي تركز على بداية حدوث الاضطراب وذلك قبل وصول الطفل الثالثة من عمره، ووجود ثلاثة جوانب قصور رئيسية هي :

أ- التفاعل الاجتماعي المتبادل .

ب- اللغة والتواصل .

ج- السلوك النمطي المقيد والتكراري .

ومن ثم يتضح أن هناك تركيزاً على كيف الأداء الوظيفي في تلك المجالات .
وبذلك فنحن نتفق مع ما يراه فولكمار (1996) Volkmar من أنه ليس هناك أي تعارض بين ما يعرضه كل من هذين التصنيفين التشخيصيين سواء DSM- IV أو ICD- 10 حول اضطراب التوحد، بل إنهما يتفقان تماماً في هذا الخصوص.

تقييم اضطراب التوحد

مما لا شك فيه أن تقييم هذا الاضطراب وتحديد من يعانون منه إنما يعتمد على استخدام عدد من المقاييس التي تم إعدادها لمثل هذا الغرض في بيئات مختلفة سواء كانت أجنبية، أو محلية، أو حتى إقليمية . وفي واقع الأمر هناك عدد من المقاييس تم استخدامها في بيئات أجنبية يأتي في مقدمتها ومن أهمها المقاييس التالية :

١ - قائمة ملاحظة السلوك التوحدي التي أعدها كروج (1990) Krug والتي تحدد

ثلاثة عوامل لهذا الاضطراب هي :

أ - القصور في القدرة على التعبير اللفظي .

ب - الانسحاب الاجتماعي .

ج - عدم القدرة على التواصل الاجتماعي .

٢- استمارة الحالة المزاجية للطفل الخاصة بجامعة كاليفورنيا الأمريكية *California Temperament Form* والتي تحدد عدداً من الأبعاد لهذا الاضطراب من بينها الأبعاد الثلاثة السابقة .

٣- مقياس التقييم المختصر للسلوك *Behavior Summarized Evaluation* والذي يكتب اختصاراً *BSE* ويحدد هذا المقياس في الأصل ثمانية أبعاد للاضطراب تتمثل في الأبعاد التالية :

أ - الانسحاب الاجتماعي .

ب- القدرة علي المحاكاة .

ج- التواصل .

د- ضعف الانتباه .

هـ- التعبير اللفظي .

و- التعبير غير اللفظي .

ز- علامات الخوف والتوتر .

ح- الاستجابات الذهنية .

٤- مقياس التقدير السلوكي للأطفال التوحديين وحالات التوحد

اللانمذجي *Behavioral Rating Instrument for Autistic and*

atypical Children BRIAC وهو من إعداد روتن *Rutten*

ويتضمن هذا المقياس ثمانية مقاييس فرعية تسهم جميعاً في التعرف على مثل

هذه الحالات، وتحديدها بشكل دقيق، وتشخيصها . وتتمثل تلك المقاييس الفرعية

فيما يلي :

أ - العلاقة مع الآخرين .

ب- التواصل .

ج- النطق .

د - التخاطب .

هـ - الصوت وفهم الحديث والكلام .

و - التجاوب الاجتماعي .

ز - القدرة الحركية البدنية .

ح - النمو النفسي العضوي .

٥- قائمة ملاحظة السلوك للأطفال التوحديين Behavior Observation System BOS التي أعدها فريمان وآخرون . Freeman et al. وتتكون من تسع فترات ملاحظة مدة كل منها ثلاث دقائق، ويتم خلالها جميعاً في واقع الأمر تسجيل سبع وستين سلوكاً مميزاً لذلك الاضطراب .

٦- المقياس التقديرى لاضطراب التوحد في مرحلة الطفولة Childhood Autism Rating Scale CARS الذي أعده سكوبلر وآخرون . Schopler et al. ويتناول خمسة عشر متغيراً ترتبط بالاضطراب هي :

- أ - قصور العلاقات الاجتماعية .
- ب- التقليد .
- ج- اضطراب الانفعالات .
- د - القدرة الحركية البينية .
- هـ - السلوكيات النمطية .
- و - مقاومة التغيير .
- ز - استجابات غير عادية للمثيرات السمعية .
- ح - عدم التجاوب مع البيئة المحيطة أو الاندماج معها .
- ط - استجابات القلق .
- ي - التواصل اللفظي .
- ك - التواصل غير اللفظي .
- ل - اللعب .
- م - المستوى العام للنشاط .
- ن - الذكاء الوظيفي .
- س - الانطباعات العامة .

٧- اختبارات الذكاء، وينبغي خلالها استخدام الذكاء العملي أو الأدائي والابتعاد عن الذكاء اللفظي مع درجة كبيرة من الصبر والتأني على الطفل . ومن أهم الاختبارات التي يمكن استخدامها لهذا الغرض ما يلي :

- أ - مقياس وكسلر Wechsler لذكاء الأطفال .
- ب- مقياس ستانفورد- بينيه Stanford- Binet للذكاء .
- ج- مقياس جودارد . Goddard

٨- البروفيل النفسي التربوي المعدل Psychoeducational Profile Revised
PEP-R الذي قام بإعداده سكولر وآخرون (١٩٩٠) Schopler et al.
والذي يضم في الأصل سبعة مجالات وظيفية لتشخيص حالات اضطراب
التوحد هي :

- أ - التقليد .
- ب- الإدراك الحسي .
- ج- المهارات الحركية الكبيرة .
- د - المهارات الحركية الدقيقة .
- هـ - المجال المعرفي اللفظي .
- و - المجال المعرفي العملي .
- ز - المجال السلوكي ، ويقاس خلاله أربع مجالات سلوكية كالتالي :
 - العلاقات الاجتماعية .
 - المجال الحسي .
 - اللعب .
 - اللغة .

٩- مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي . Vineland Adaptive Behavior Rating
Scale

وتوجد نسخة عربية من هذا المقياس من إعداد فاروق صادق، كما توجد نسخة
أخرى بجامعة القاهرة تحت عنوان السلوك التوافقي . وإلى جانب ذلك قام
عبدالعزیز الشخص بإعداد مقياس خاص به يسمى بمقياس السلوك التكيفي .
ويمكن استخدام مقياس السلوك التكيفي لتحقيق أكثر من هدف من بينها ما يلي :

- أ - قياس مهارات الحياة اليومية .
- ب- تناول الجانب الاجتماعي .
- ج- تناول بعض المشكلات السلوكية .
- د - قياس معدل الذكاء- وخاصة من خلال التعرف على التأزر integration
البصري الحركي للطفل .

١٠- قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد *Autism Treatment Evaluation Checklist ATEC* وهي القائمة التي قام بإعدادها برنارد ريملاندر وستيفين إيدلسون B. Rimland & S.M. Edelson بمعهد بحوث اضطراب التوحد في سان دييغو *San Diego* بأمريكا وتستخدم في الأساس للتعرف على ما يحدث من تغير أو تحسن في مجالات أربعة أساسية هي جملة المقاييس الفرعية المتضمنة وذلك على أثر اللجوء إلى التدخلات المختلفة، كما يمكن كذلك استخدامها في سبيل تشخيص حالات اضطراب التوحد . وتوجد نسخة عربية لهذه القائمة من إعدادنا . وهذه المقاييس هي :

أ - التواصل اللفظي (اللغة والحديث) .

ب- الاجتماعية .

ج- الإدراك والوعي الحسي/ المعرفي .

د - المشكلات الصحية والحالة الجسمية .

١١- مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد *Gilliam Autism Rating Scale GARS* وقد تم تصميم هذا المقياس ليعمل على تحقيق أهداف عدة من أهمها التوصل إلى تشخيص دقيق لاضطراب التوحد بين مختلف الأفراد والذي يمثل الهدف الأساسي للمقياس، وإن كنا نرى أن هناك أهدافاً أخرى لهذا المقياس أشار إليها جيليام (١٩٩٥) Gilliam من أهمها ما يلي :

- تقييم حالة الأفراد الذين تصدر عنهم مشكلات سلوكية خطيرة . وإن كنا نحن نفضل أن نلجأ في مثل هذه الحالة إلى قوائم المشكلات السلوكية أو مقاييس السلوكيات المختلفة المضادة للمجتمع .

- تحديد وتقييم مدى التطور أو التقدم الذي يمكن أن يطرأ على حالة الطفل التوحدي على أثر خضوعه لبرامج تدخل معينة . ونحن نرى أن قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد *ATEC* قد صممت خصيصاً لتحقيق هذا الغرض .

- المساهمة الفعالة في إعداد، وتقديم، وتنفيذ خطة التعليم الفردية التي يتم تقديمها للطفل على أثر تشخيصه على أنه توحدي .

- تقدير درجة ونسبة أو معدل اضطراب التوحد في البرامج البحثية المختلفة .

وتوجد في الواقع نسخة عربية لهذا المقياس من إعدادنا . ويضم هذا المقياس

أربعة مقاييس فرعية هي :

أ- السلوكيات النمطية .

ب- التواصل .

ج- التفاعل الاجتماعي .

د - الاضطرابات النمائية .

ويعد هذا المقياس في واقع الأمر على درجة كبيرة من المعيارية وهو الأمر الذي ينعكس من خلال تقنيته . كما أنه يهدف في واقع الأمر إلى فرز وتصفية *screening* الأطفال وتقييمهم في سبيل التعرف على مدى معاناتهم من هذا الاضطراب فضلاً عن اضطرابات سلوكية حادة أخرى . كذلك فإن هذا المقياس يزودنا بمعلومات مرجعية المعيار أو المحك *norm- or criterion- referenced information* يمكن أن تسهم في تشخيص اضطراب التوحد بين مختلف الأطفال .

أما على المستوى العربي فلا يوجد هناك ما نأمل في وجوده من الأساليب التشخيصية الكافية ولا أساليب التقييم الكافية أيضاً . وفي حدود علمنا هناك محاولات قليلة تمت بهذا الخصوص في بيئتنا العربية محلياً وإقليمياً تتمثل فيما يلي :

١- هناك محاولة عرض لها عبد الرحيم بخيت (١٩٩٩) وتضمن المقياس ١٦ عبارة يجاب عنها من خلال تحديد أحد اختياريين هما (نعم) أو (لا)، وتمثل تلك العبارات مظاهر أو أعراض لاضطراب التوحد يجب أن تنطبق ثمانى عبارات منها على الطفل حتى يتم تشخيصه كذلك . ولم يعرض هذا المقياس مستقلاً، ولكنه يعد محاولة في هذا الصدد .

٢- مقياس الطفل التوحدي ، إعداد : عادل عبد الله محمد (٢٠٠١)، ويعد بمثابة مقياس تشخيصي يعمل على التعرف على الأطفال التوحديين، وتحديدهم وتمييزهم عن غيرهم من الأطفال ذوى الاضطرابات المختلفة، وعن أقرانهم من الأطفال المعوقين عقلياً وذلك حتى يتم تقديم الخدمات، والخطط ، والبرامج التدريبية والتربوية والتعليمية لهم بما يساعدهم على الاندماج مع الآخرين في المجتمع . وقد تمت صياغة عبارات هذا المقياس في ضوء المحكات الواردة في وصف وتشخيص وتقييم مثل هذا

الاضطراب وذلك في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية *DSM-IV* إلى جانب مراجعة التراث السيكلوجي والسيكاتري حول ما كتب عن ذلك الاضطراب . ويتألف هذا المقياس من ٢٨ عبارة يجاب عنها من خلال الاختيار بين أحد اختياريين هما (نعم) أو (لا) من جانب الأخصائي أو ولي الأمر أو أحد الوالدين . وتمثل هذه العبارات مظاهر أو أعراض لاضطراب التوحد، ويعني وجود نصف هذا العدد من العبارات على الأقل وانطباقها على الطفل أنه يعاني فعلاً من هذا الاضطراب . وفي الغالب لا يتم إعطاء درجة للطفل في هذا المقياس حيث يتم استخدامه بغرض تشخيصي فقط وذلك للتأكد من أن الطفل يعاني فعلاً من ذلك الاضطراب .

٣- النسخة العربية من قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد التي أشرنا إليها سابقاً والتي قمنا نحن بإعدادها باللغة العربية، والتأكد من صدقها وثباتها بشكل عام إلى جانب التأكد من نفس هذه الأمور بالنسبة لكل بعد من الأبعاد الأربعة التي تتضمنها تلك القائمة، والذي يمثل كل منها مقياساً فرعياً مستقلاً يمكن استخدامه في حد ذاته سواء في إطار القائمة، أو استخدامه من جانب آخر بشكل مستقل تماماً عنها . وهو الأمر الذي يسهم بدور فعال في التعرف على أثر مثل هذه البرامج وفعاليتها في الحد من أعراض هذا الاضطراب وذلك من خلال تطبيقها مرة واحدة شهرياً أو خلال فترة زمنية تتراوح بين أسبوعين إلى شهر كامل وتحديد التغيرات التي يمكن أن تكون قد حدثت للطفل بين كل تطبيقين متتاليين خلال تلك الفترة التي يتلقى فيها البرنامج العلاجي أو برنامج التدخل ويخضع له . وتتسم هذه القائمة بإجراءاتها البسيطة التي يمكن من خلالها جمع الدرجات التي يحصل الطفل عليها في المقاييس الفرعية المتضمنة والتعامل معها كذلك أو من خلال الدرجة الكلية التي يتم الحصول عليها عن طريق جمع درجات الطفل في تلك المقاييس الفرعية . ومع ذلك نلاحظ أن الهدف من هذه القائمة لا يقف مطلقاً عند هذا الحد حيث أنه رغم أن الهدف الأساسي من تصميمها إنما يتمثل في الأصل في تقييم فعالية أساليب التدخل أو

العلاج المختلفة للأشخاص التوحديين فإنه قد ثبت في واقع الأمر جدواها أيضاً للعديد من الأعراض الأخرى التي يعتبر تشخيص هذا الاضطراب من أهمها، وبالتالي يمكن أن تستخدم هذه القائمة في سبيل تحقيق العديد من الأعراض من أهمها ما يلي :

١- تشخيص اضطراب التوحد بين الأطفال .

٢- التعرف على مدى حدة أو شدة السلوكيات التوحدية التي تصدر عن الطفل .

٣- تقييم مدى التقدم الذي يمكن أن يكون الطفل قد أحرزه حال خضوعه لأسلوب علاجي معين أو برنامج تدخل محدد حتى يمكن استغلال ما تبقى لديه من قدرات ومهارات مختلفة .

٤- تحديد مدى فعالية أساليب التدخل المختلفة أو الأساليب العلاجية التي يمكن أن نستخدمها مع هؤلاء الأطفال .

ومن هذا المنطلق تعد هذه القائمة ذات فائدة وقيمة كبيرة كأداة تشخيصية حيث يمكن استخدامها في سبيل تمييز الأطفال التوحديين عن أقرانهم غير المعوقين أو غير التوحديين وأقرانهم الذين تم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب الانتباه والنشاط الحركي المفرط ، *ADHD* أو أي نمط من الأنماط الثلاثة التي يتضمنها اضطراب الانتباه، أو عسر القراءة، *dyslexia* أو الإعاقة الفكرية، *intellectual disability* أو ما إلى ذلك .

٤- النسخة العربية من مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد التي أشرنا إليها سابقاً والتي قمنا نحن بإعدادها باللغة العربية، والتأكد من صدقها وثباتها بشكل عام إلى جانب التأكد من نفس هذه الأمور بالنسبة لكل بعد من الأبعاد الأربعة التي تتضمنها تلك القائمة، والذي يمثل كل منها مقياساً فرعياً مستقلاً يمكن استخدامه في حد ذاته سواء في إطار المقياس، أو استخدامه من جانب آخر بشكل مستقل عنه ، أي أن بإمكاننا أن نستخدم المقياس بأكمله، أو أي مقياس فرعي منه . وبذلك لا تختلف الصورة العربية للمقياس عن صورته الأجنبية الأصلية نظراً لأننا نتعامل مع تشخيص للاضطراب وهو الأمر الذي لا يختلف باختلاف البيئة حيث يوجد هناك

دليلان أساسيان للتشخيص يتم الاحتكام إليهما في سبيل ذلك على مستوى العالم بأسره هما التصنيف الدولي للأمراض في طبعته العاشرة أو ما يعرف بالتصنيف الدولي العاشر للأمراض 10- ICD الصادر عن منظمة الصحة العالمية WHO عام (1992) والذي صدرت ترجمة عربية له في عام (1999)، ودليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) APA أو مراجعته النصية (2000) DSM-IV-TR. وقد عملنا عند تعريب هذا المقياس على الاحتفاظ قدر الإمكان بكل المكونات التي يتضمنها نظراً لأن هدفه الأساسي إنما يتمثل في الوصول إلى تشخيص دقيق وصادق للطفل فيما يتعلق باضطراب التوحد فضلاً عن التعرف على إمكانية تعرضه لهذا الاضطراب وهو الأمر الذي يتضح بصورة أكثر جلاء إذا ما وضعنا في اعتبارنا الدرجات المعيارية للفرد، ورتبته الميينية مما يسهم بشكل كبير في التعرف على احتمال تعرضه لذلك الاضطراب .

ومن الجدير بالذكر أن هذا المقياس ليس هو المقياس الوحيد الذي يعمل على تشخيص اضطراب التوحد، كما أنه ليس هو أول هذه المقاييس ولا آخرها، ولكنه دون شك يعد من أفضلها وهذا هو ما دفعنا في الأساس إلى تعريبه وتقديمه للمكتبة العربية حتى تعم الاستفادة منه نظراً لما يشهده هذا الاضطراب في الوقت الراهن من اهتمام متزايد مع عدم وجود أدوات قياس كافية في البيئة العربية محلياً وإقليمياً . ورغم أن لنا مقياساً لتشخيص هذا الاضطراب من تصميمنا هو مقياس الطفل التوحدي إلى جانب مقياس آخر قمنا بتعريبه هو قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد ATEC فإن هذا لا يمنع من تقديم وتعريب مقاييس عالمية كي نرى أين نحن مما يحدث في دول العالم المختلفة لعلنا يمكن أن نستفيد من تجاربهم حيث أن هذا الاضطراب في حد ذاته قد تعرض للعديد من التغيرات في تشخيصه إذ تم النظر إليه في البداية على أنه فصام الطفولة، ثم على أنه اضطراب سلوكي، وأخيراً على أنه اضطراب نمائي عام أو منتشر وهو الأمر الذي ساهم بلا شك في عدم فهمه بالشكل المطلوب منذ البداية .

وبذلك يتضح أن العيادة النفسية المصرية والعربية تعاني من قصور واضح في أساليب تقييم هذا الاضطراب وهو الأمر الذي يحتاج إلى مزيد من الجهد والمتابعة حتى نصل إلى التشخيص والتقييم الصحيح للأفراد الممثلين لهذه الفئة .

الصورة الكلية الشاملة لاضطراب التوحد

من الجدير بالذكر أن التوجهات البحثية المختلفة قد تناولت هذا الاضطراب المعقد من زوايا ورؤى عديدة، كما أن تحديد مثل هذا الاضطراب قد مر كما أسلفنا بمراحل متعددة فبرزت آراء ونظريات عديدة على أثر ذلك لم يلبث الكثير منها أن اندثر ، ولم يعد منه سوى الذكرى وما تركه لدى البعض من بصمات . إلا أن التطور العلمي المذهل الذي نشهده في وقتنا الراهن قد أدى في الواقع إلى تغيير كل هذه التخيلات أو الاعتقادات التي سادت زمنًا ليس بالقصير لنبدأ بذلك عصرًا جديدًا لا يعترف إلا بالأدلة العلمية المحققة وهو الأمر الذي ساهم بدرجة كبيرة في تشكيل فهمنا وتصورنا الصحيح لهذا الاضطراب، وتحديده على النحو الذي يتفق مع طبيعته، وأدى بجانب ذلك إلى ظهور أساليب رصينة وجديدة للتشخيص، وبروز أساليب جديدة للتقييم ساهمت في التعرف الدقيق عليه . وإذا ما حاولنا أن نعرف اضطراب التوحد تعريفًا دقيقًا وشاملاً فإننا نرى أن اضطراب التوحد يعد كما يشير عادل عبدالله (٢٠٠٤) اضطراباً معقداً يمكن النظر إليه على أنه اضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر سلباً على العديد من جوانب نمو الطفل، ويظهر على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في الغالب تدفع بالطفل إلى التوقع حول ذاته . كما يتم النظر إليه أيضاً على أنه إعاقة عقلية، وإعاقة اجتماعية، وعلى أنه إعاقة عقلية اجتماعية متزامنة أي تحدث في ذات الوقت، وكذلك على أنه نمط من أنماط اضطرابات طيف التوحد يتسم بقصور في السلوكيات الاجتماعية، والتواصل، واللعب الرمزي فضلاً عن وجود سلوكيات واهتمامات نمطية وتكرارية ومقيدة . وبذلك فنحن نرى من وجهة نظرنا أن النظرة الشاملة والدقيقة لمثل هذا الاضطراب إنما تتطلب منا أن نقوم في الواقع بالنظر إليه من زوايا متعددة تتفق مع طبيعته المعقدة حتى نتمكن على أثر ذلك من تحديد أساليب مناسبة ودقيقة للتدخل يمكن أن تؤتي بثمارها المرجوة في مثل هذا الصدد . ومن أهم هذه الزوايا ما يلي :

- ١- اضطراب التوحد كاضطراب نمائي عام أو منتشر .
 - ٢- اضطراب التوحد كإعاقة عقلية .
 - ٣- اضطراب التوحد كإعاقة اجتماعية .
 - ٤- اضطراب التوحد كإعاقة عقلية اجتماعية متزامنة .
 - ٥- اضطراب التوحد كأحد أنماط اضطرابات طيف التوحد .
- ويمكن أن نتناول هذه الرؤية التي نقترحها، وأن نقدمها في هذا الإطار بشيء مناسب من التفصيل وذلك على النحو التالي :

أولاً : اضطراب التوحد كاضطراب نمائي عام أو منتشر

يعد اضطراب التوحد في واقع الأمر بمثابة اضطراب نمائي عام أو منتشر *pervasive developmental disorder* ومن المعروف أن مصطلح الاضطراب النمائي العام أو المنتشر يستخدم في الوقت الراهن للإشارة إلى تلك المشكلات النفسية الحادة التي يبدأ ظهورها خلال مرحلة المهد . وعادة ما يتضمن مثل هذا الاضطراب قصوراً حاداً في عدد من المتغيرات التي يكون من شأنها أن تميزه عن غيره من الاضطرابات الأخرى هي :

- ١- نمو الطفل المعرفي .
- ٢- نموه الاجتماعي .
- ٣- نموه الانفعالي .
- ٤- السلوك .

ويعد ذلك بطبيعة الحال هو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث تأخر عام في العملية النمائية بأسرها وهو أمر منطقي حيث أن تأثيره السلبي لا يقف مطلقاً عند حدود جانب معين أو اثنين فقط من الجوانب المختلفة للنمو، بل يتجاوز ذلك بكثير ليؤثر على غالبية مثل هذه الجوانب تأثيراً من شأنه أن يؤدي بها إلى التأخر عما يحدث في الظروف والأحوال العادية وهو الأمر الذي يفسر إطلاق مثل هذا الاسم (عام أو منتشر) *pervasive* عليه إذ يرجع تسمية هذا الاضطراب بالمنتشر إلى أنه إنما يترك في الواقع أثارا سلبية متعددة على الكثير من جوانب النمو المختلفة .

هذا وقد أضحى اضطراب التوحد في الوقت الحالي يمثل أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً في المجالين البحثي والإكلينيكي، واتضح من خلالهما أن الأطفال التوحديين يظهرون أوجه قصور شديدة في عدد من الجوانب المختلفة وذلك على النحو التالي :

١- التفاعل الاجتماعي وإقامة العلاقات مع الآخرين .

٢- اللعب بين الشخصي .

٣- التواصل .

وتعمل أوجه القصور هذه على جعل هؤلاء الأطفال يمثلون فئة تتميز عن غيرها من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة وإن تشابهت مع غيرها من الفئات وخاصة المعوقين عقلياً في كثير من هذه السمات أو أوجه القصور ولكن يظل الفرق بينهما في حالات عديدة هو فرق في الدرجة ليس في هذه السمات فحسب، بل في سمات أخرى عديدة سوف نتناولها على مدى حديثنا عن تلك الفئة وهو الأمر الذي جعل من اليسير كنتيجة لما توصلت إليه العديد من الدراسات أن نصل إلى بروفيل خاص بكل منهما يمكن معه تحديد أوجه الشبه والاختلاف بينهما حتى نتمكن من تقديم البرامج المناسبة لكل منهما .

هذا وقد توصلنا من خلال سلسلة الدراسات التي قمنا بإجرائها على الأطفال التوحديين والتي تندرج في الغالب تحت قسمين رئيسيين يتمثل أولهما في تلك الدراسات التشخيصية الفارقة التي قمنا خلالها بالمقارنة بين هؤلاء الأطفال وبين أقرانهم المعوقين عقلياً، أما القسم الثاني فإنه يمثل تلك الدراسات البرنامجية التي تم خلالها اللجوء إلى برامج مختلفة في سبيل إكسابهم مهارة معينة، أو سلوك معين، أو الحد من سلوك آخر غير مرغوب عادة ما يصدر عنهم توصلنا إلى ما يشبه البروفيل الخاص بكل منهما كفتنتين مستقلتين؛ المعوقون عقلياً، والتوحديون وإن ظل مثل هذا البروفيل محدوداً بتلك المجالات التي تمت دراستها . وتتمثل الخطوط العريضة أو المعالم الرئيسية لمثل هذا البروفيل فيما يلي :

١- يتدنى مستوى النمو اللغوي عامة للأطفال التوحديين وذلك من الناحيتين الكمية والكيفية حيث تتضح تلك الفروق في كم المفردات اللغوية، وكم وكيف التراكيب اللغوية، والاستخدام اللغوي، والمشكلات اللغوية أو حتى الاضطرابات اللغوية .

٢- يتبنى مستوى مهارات الأداء أو التطبيع الاجتماعي بشكل عام للأطفال التوحديين وذلك كما يعكسه أداؤهم الوظيفي الاجتماعي، وما يضمه ويتضمنه من مهارات اجتماعية واهنة أو واهية يغلفها القصور سواء كانت مهارات لفظية أو غير لفظية . وإضافة إلى ذلك هناك قصور من جانب الأطفال التوحديين في التواصل سواء تعلق ذلك بمهارات التواصل التعبيري أو حتى بمهارات التواصل الاستقبالي .

٣- يتبنى المستوى الكلي للسلوك التكيفي للأطفال التوحديين، ولا يخفى علينا أن القصور الدال في السلوك التكيفي وما يرتبط به من مهارات يعد من الشروط الأساسية لتلك الإعاقة حيث ترتبط تلك الإعاقة في أساسها بقصور في السلوك التكيفي عامة وما يتعلق به من مهارات مختلفة .

٤- وجود قصور في الجوانب الأخرى للسلوك التكيفي والتي تتمثل بحسب المقياس المستخدم فيما يلي :

أ- الأداء الوظيفي المستقل، وهو الأمر الذي يتعلق بالاستقلالية في الأداء حيث من المعروف أن هناك قصوراً في هذا الجانب .

ب- أداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية، وهو ما يرتبط بالأداء الوظيفي المستقل، ونظراً لوجود قصور في استقلالية الأداء فإن هناك قصوراً مماثلاً في هذا الجانب أيضاً، إلا أنه من الممكن تحسين ذلك من خلال إتباع برامج سلوكية معينة في إطار التوجهات الحديثة في هذا الصدد .

ج- النشاط المهني - الاقتصادي، وهو ما يرتبط أيضاً بالعنصرين السابقين، كما أن القصور في كل منهما ينعكس عليه هو الآخر، لكن الواقع يشهد أن مثل هذا القصور والمستوى العام له قد يتحسن إلى حد ما إذا ما لجأنا في الواقع إلى البرامج المناسبة .

٥- الأطفال التوحديون أقل تفاعلاً مع الآخرين وهو الأمر الذي يرتبط بالدرجة الأولى بمستوى مهاراتهم الاجتماعية اللفظي منها وغير اللفظي، ويرتبط من ناحية أخرى بمستوى نموهم الاجتماعي .

٦- الأطفال التوحديون يعدون أكثر انسحاباً من المواقف والتفاعلات الاجتماعية عامة، وهو أمر يرتبط في المقام الأول بعدد من المتغيرات ذات الصلة من أهمها ما يلي :

- أ - تدني مستوى نموهم الاجتماعي .
- ب- قصور في مهاراتهم الاجتماعية .
- ج- لامبالاتهم الاجتماعية .
- د - فظاظتهم الاجتماعية .
- هـ - قصور اهتماماتهم الاجتماعية .
- و - قصور في التواصل .

وعلى ذلك يصبح من المنطقي أن يتحرك الطفل بعيداً عن الآخرين، فيتجنبهم، ويعيش في عالمه الخاص، أو الخيالي وهو الأمر الذي دفع الكثيرين إلى إطلاق مصطلح الطفل الذاتي عليه .

٧- يرجع تدني مستوى المهارات الاجتماعية لهؤلاء الأطفال إلى ما يعانيه من قصور في كل من العناصر والمتغيرات التالية :

- أ - الوعي الاجتماعي النسبي .
- ب- القدرة النسبية على التعلق بالآخرين .
- ج- القدرة على استخدام ما لديهم من مفردات لغوية وتراكيب لغوية في سياقات اجتماعية متعددة .

٨- الأطفال التوحديون أقل عدوانية سواء تضمن ذلك العدوان على الذات، أو الغير، أو الممتلكات، وسواء كان ذلك العدوان مادياً، أو لفظياً حيث يقل العدوان اللفظي بينهم بدرجة كبيرة، بل إنه يكاد ينعدم نظراً لافتقارهم الصارخ إلى المفردات والتراكيب اللغوية المختلفة . ومن المعروف أن هذه العدوانية قد ترتفع في مستواها لديهم بعض الشيء وذلك عندما تتم مضايقتهم. ومع ذلك يظل مستوى عدوانيتهم أقل من أقرانهم ذوي الإعاقات الأخرى وخاصة المعوقين عقلياً .

٩- يتسم الأطفال التوحديون بدرجة أكبر من النشاط الزائد حيث هناك العديد من السلوكيات المرتبطة باضطرابهم هذا كالدوران المستمر، والرفرفة بالذراعين أو حتى بالأصابع، والحركة المستمرة في المكان، وغيرها تكشف عن قدر أكبر من النشاط الحركي الزائد، والاندفاعية .

١٠- يتسم هؤلاء الأطفال بنقص أو قصور واضح في انتباههم للمواقف والمثيرات المختلفة . ويمكن العمل على تحسين مستوى انتباههم نوعاً ما عن طريق استخدام المثيرات البصرية سواء المتحركة أو الثابتة .

١١- أن اضطراب طيف التوحد يضم عدة أنماط من الاضطرابات المرتبطة من بينها زملة أو متلازمة أسبرجر *Asperger's syndrome* وأن هذه المتلازمة نادرة جداً ما تصيب طفلاً يقل مستوى ذكائه عن المتوسط ، بل إنها عادة ما تصيب الأطفال من ذوي مستوى الذكاء المرتفع، وحتى المرتفع جداً، ومن ثم فإننا عادة ما نجد أطفالاً موهوبين من بين هؤلاء الأطفال في حين لا يوجد أطفال موهوبون بين الأطفال التوحديين، بل قد يوجد بينهم أطفال يرتفع مستوى بعض القدرات لديهم إلى حد ما وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يمكنهم من أداء ما يرتبط بهذه القدرة أو تلك بشكل متميز عن غيرهم مما يدفع بالبعض إلى أن يعتبر ذلك موهبة مع أن الأمر كله لا يمكن أن نعتبره على هذه الشاكلة وذلك للأسباب التالية :

أ- أن هناك شروطاً معينة ومحددة يتم من خلالها اعتبار الطفل المعوق موهوباً، وأن أول هذه الشروط هو استثناء الإعاقة العقلية من ذلك أو بمعنى أدق استبعاد هذا الطفل من ذلك .

ب- أن المجالات المختلفة للموهبة والتي تتراوح بين ستة وعشرة مجالات بحسب التصنيف المتبع في سبيل ذلك إنما تتطلب في الواقع مستوى مرتفعاً جداً من الذكاء للموهبة العقلية أو الأكاديمية فقط ، ثم مستوى من الذكاء لا يقل عن المتوسط على الأقل بالنسبة لجميع مجالات الموهبة الأخرى وهو الأمر الذي لا ينطبق على الإعاقة العقلية .

ج- أن الموهبة تتطلب الابتكار – بغض النظر عن الموهبة الابتكارية كمجال من مجالات الموهبة – وهو الأمر الذي لا يمكن للطفل المعوق عقلياً أن يقوم به تحت أي ظروف حيث أنه ليس في مقدوره أن يبتكر شيئاً .

د- أن الموهبة قد تتطلب مستوى معيناً من التقبل الاجتماعي، والتكيف مع البيئة، والتوافق مع من فيها من الأشخاص وهو الأمر الذي يصعب على

الطفل المعوق عقلياً أن يقوم به إذ أن أحد الشروط الثلاثة للإعاقة العقلية يتمثل في وجود قصور واضح في السلوك التكيفي للطفل وما يرتبط به من مهارات .

١٢- أن هناك العديد من الاضطرابات التي ترتبط بجانب اللغة والتواصل يعاني منها الأطفال التوحديون. ومن أهم هذه الاضطرابات وأكثرها شيوعاً ما يلي :

أ - اضطرابات اللغة .

ب- اضطرابات النطق .

ج- اضطرابات التواصل .

١٣- لا توجد هناك اضطرابات نطق معينة ترتبط بفئة معينة من الفئات الخاصة عامة حيث تنتشر كل اضطرابات النطق بين كل الفئات تقريباً، ومن ثم لا يوجد هناك اضطراب يميز فئة معينة دون غيرها . إلا أن بعض الأطفال التوحديين قد لا تنمو اللغة لديهم على الإطلاق، وقد يشخصهم البعض خطأ على أنهم من فاقد السمع .

١٤- بالنسبة لاضطرابات التواصل هناك العديد من السمات التي تظل تميز أولئك الأطفال عن غيرهم من الأطفال الآخرين، والتي قد تسهم في جعلهم فئة تكاد تكون فريدة في هذا الصدد . ومن أهم هذه السمات ما يلي :

أ - عدم القدرة على التواصل أو التلاحم البصري كسمة مميزة للأطفال التوحديين دون سواهم من الفئات الخاصة الأخرى .

ب- عدم قدرتهم على إدراك تعبيرات الوجه .

ج- عدم إجادتهم للتواصل عن طريق الإيماءات أو تعبيرات الوجه .

د - فشلهم في استخدام اللغة كوسيلة للتواصل دون تدريب .

هـ - عدم إظهارهم تعبيرات انفعالية مناسبة أو مصاحبة .

و - أنهم قد لا يقوموا باستخدام الإشارات في مواقف أخرى .

ز - ظهور سلوكيات دالة على التحدي والغضب عند استئثارهم .

١٥- فيما يتعلق باضطرابات اللغة فإن الأطفال التوحديين يتسمون بعدد من السمات التي قد تميزهم دون سواهم من أهمها ما يلي :

- أ - ضعف المحصول اللغوي لديهم بدرجة كبيرة .
- ب- تدني مستوى التراكيب اللغوية من جانبهم .
- ج- عدم قدرتهم على استخدام مفرداتهم اللغوية الاستخدام المناسب .
- د - عدم القدرة على استخدام تلك المفردات في إجراء محادثات مع الغير .
- هـ - أن الطفل لا يستخدم معاني الكلمات كي تساعده على استرجاع المعلومات .
- و - أن الطفل لا يستطيع أن يستخدم الكلمات التي لديه في سياقات مختلفة .
- ز - التردد المرضي للكلام المسموع *echolalia* سواء كان ذلك ترديداً لمجرد كلمات فقط أو عبارات .
- ح - أن اللغة قد لا تنمو على الإطلاق لدى بعض هؤلاء الأطفال .
- ١٦- وجود قصور في قدرة الأطفال التوحديين على القيام باللعب التظاهري أو الادعائي إلى جانب قصور واضح في قدرتهم على اللعب الرمزي .
- ١٧- وجود قصور في العمليات الحسية والإدراكية حيث يكون هناك إفراط في ذلك من جانب الطفل التوحدي إذ يمكن أن تكون استجابته الحسية المفرطة سواء ارتفاعاً أو انخفاضاً وذلك من موقف إلى آخر دون قدرة من جانبنا على التوقع بالاستجابة، وقد يرجع ذلك إلى أخطاء في الإدراك من جانب الطفل .
- ١٨- وجود قصور من جانب هؤلاء الأطفال في فهم وإدراك الحالات العقلية لهم ولغيرهم من الأفراد الآخرين . وقد يتمثل مثل هذا القصور في عدم قدرتهم على فهم العديد من الأمور من أهمها ما يلي :
- أ - الاعتقادات .
- ب- النوايا .
- ج- الانفعالات .
- د - البيئة الاجتماعية المحيطة .
- ١٩- يبدي الأطفال التوحديون أنماط سلوكية واهتمامات نمطية، ومقيدة، وتكرارية .

٢٠- يؤدي القصور العقلي المعرفي لأولئك الأطفال وما يرتبط به من متغيرات إلى عدم تجاوز أي من هاتين الفئتين للمرحلة الثانية من تلك المراحل التي حددها بياجيه Piaget للنمو العقلي المعرفي وذلك كحد أقصى .

ومن الناحية التاريخية نلاحظ وجود نمطين للاضطراب النمائي العام و المنتشر

هما :

١- اضطراب التوحد .

٢- فصام الطفولة .

ومن الجدير بالذكر أن فصام الطفولة يتسم بالانسحاب الاجتماعي الحاد ، وعدم القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين، ولكنه في الوقت ذاته يختلف عن فصام المراهقة في غياب الهلوس *hallucinations* والضلالات *delusions* تقريباً وهو الأمر الذي يظهر في حالة فصام المراهقة . ولا يخفى علينا أن مرضى الفصام سواء من الأطفال أو المراهقين يعانون من اضطراب التفكير سواء في محتواه أو مجراه أو التعبير عنه حتى في إطار التفاعلات الأسرية . ويؤكد نيوسوم وهوفانيتز (١٩٩٧) Newsom & Hovanitz أن سن الطفل عند بداية كلا الاضطرابين التوحد والفصام يعد نقطة أساسية للتمييز بينهما حيث نلاحظ أن الأطفال الفصاميين يمرون بفترة من النمو العادي تعكس توافقاً عادياً نسبياً يتبعها بداية أعراض حادة للفصام في حين نجد أن اضطراب التوحد يحدث قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره ، ولا يمر الطفل في الغالب بفترة نمو عادية أو فترة من التوافق العادي نسبياً كما هو الحال بالنسبة لفصام الطفولة .

وفضلاً عن ذلك فإن هذا الاضطراب يتضمن بعض المظاهر السلوكية التي

تميزه في الواقع عن غيره من الاضطرابات الأخرى يمكن إيجازها فيما يلي :

أ- اضطراب في سرعة أو تتابع النمو .

ب- اضطراب في الاستجابة الحسية للمثيرات .

ج- اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية .

د- اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس أو الأحداث .

ففي هذا الإطار نجد أن النمو لا يسير بخطى معروفة وفقاً لمحددات معينة، ولا

يتبع السرعة أو المعدل الذي يحدث به بالنسبة للطفل غير المعوق، ولا يحدث نفس

التتابع المعتاد الذي يمكننا بمقتضاه أن نتنبأ بما يمكن أن يحدث، أو بما يمكن أن يقوم الطفل به . فالأمور في غالبيتها مختلفة من حجم الرأس، وحجم المخ، واستخدام اللغة، والقيام بالعمليات المعرفية، وإدراك الانفعالات، أو الإدراك الاجتماعي، والمهارات الاجتماعية، والتواصل، واللعب، وأخذ الدور، وغير ذلك . وفي الواقع فإن الأمر لا يقف عند سرعة النمو أو تتابعه حيث أننا إذا ما نظرنا إلى كل مبادئ أو قوانين النمو فسوف نواجه بنفس الأمر، وسوف نجد أنه لا توجد هناك قاعدة ثابتة معينة أو قانون معين من تلك القوانين يمكننا أن نحكم به ومن خلاله على مظاهر النمو التي يبديها مثل هؤلاء الأطفال التوحديون .

وفيما يتعلق باضطراب الاستجابة الحسية للمثيرات فسوف نوضح عند تناول اضطراب التوحد كإعاقة عقلية اجتماعية متزامنة وذلك في البند " رابعاً " تطرف الاستجابات الحسية لأولئك الأطفال ارتفاعاً وانخفاضاً وذلك بين عدم سماع الصوت العالي أو عدم الانتباه له والتذمر من الهمس ، وبين عدم المبالاة عند السير على زجاج مثلاً أو الخز بدبوس أو إبرة وبين رفض اللمس أو التلامس الجسدي، إلى غير ذلك . أما الاضطراب الذي يعانيه أولئك الأطفال في الكلام واللغة والسعة المعرفية فيشير إلى وجه آخر من أوجه القصور التي يتسم بها أولئك الأفراد والتي سوف نعرض لها في ذات البند تحت القصور اللغوي وقصور التواصل بينما يشير الجانب الآخر من القضية إلى ذلك القصور الذي يعاني هؤلاء الأطفال منه وذلك فيما يتعلق بالعمليات العقلية المعرفية بداية من الإحساس بالانتباه، ثم الإدراك، والفهم، وحل المشكلات، والاستبقاء، والاسترجاع، والتذكر .

أما الاضطراب في التعلق أو الانتماء للناس أو الأحداث فيظهر جلياً في وحدتهم وعزلتهم، وتفضيلهم التعلق بالأشياء عن الأشخاص ففي دراسة طريفة في هذا الصدد تمت المقارنة بين الأطفال التوحيديين والأطفال المعوقين عقلياً في التعلق، وتم عرض موقنين مسجلين على شريط كاسيت على كل طفل تضمن الأول صوت الأم، وتضمن الثاني أصوات مركبة *complex* متداخلة أي ضوضاء، فكان يميل الأطفال المعوقون عقلياً إلى صوت الأم بينما كان يميل الأطفال التوحيديون إلى الضوضاء . كذلك فقد اتضح من التراث السيكلوجي في هذا الإطار أن الأطفال التوحيديين يميلون في الواقع إلى التعلق بالأشياء، أو حتى بأجزاء من الأشياء، وأن مثل هذه الأشياء

غالباً ما تكون أشياء تافهة . فقد يتعلق الطفل بدمية، ويظل ممسكاً بها طوال الوقت، وقد يمسك بسيارة لعبة ويأخذ إطاراتها كي يحتفظ به، ويترك السيارة، وقد يمسك برباط حذاء، بل بجزء من هذا الرباط فقط . وقد يتعلق أيضاً بنوع من الملابس، أو بنوع من الطعام فلا يأكل إلا هو . ويمكن أن تلعب الاستراتيجيات المصورة دوراً هاماً في هذا الصدد، بل ويمكن أن تلعب الموسيقى بعناصرها ومكوناتها دوراً لا يقل عنه في الأهمية، وهو نفس ما ينطبق على الأنشطة التمثيلية أو الدراما أو حتى السيكودراما .

ثانياً : اضطراب التوحد كإعاقة عقلية

يشير عادل عبدالله (٢٠٠٤) إلى أن اضطراب التوحد كاضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر بشكل سلبي على العديد من جوانب النمو الأخرى لدى الطفل ومنها الجانب العقلي المعرفي بطبيعة الحال لدرجة أن القصور العقلي المعرفي يعد من السمات الأساسية التي تميز اضطراب التوحد حيث نلاحظ وجود قصور في الانتباه، والإدراك، والذاكرة، والتفكير، والتجهيز المعرفي للمعلومات وتناولها، وانخفاض نسبة الذكاء إلى حدود الإعاقة العقلية الفكرية . وبذلك فإن اضطراب التوحد كاضطراب مستقل يتضمن قدراً من الإعاقة العقلية . ونظراً لزيادة انتشار اضطراب التوحد بين الأطفال واعتباره ثاني أكثر الاضطرابات العقلية شيوعاً وفقاً لتقرير الاتحاد القومي لبحوث اضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) *National Alliance for Autism Research* فإنه قد أضحي يمثل ثاني أكثر أنماط الإعاقة العقلية شيوعاً ولا يسبقه سوى الإعاقة الفكرية .

ويرى بومنجر وكاساري (١٩٩٩) Bauminger & Kasari أن الدراسات الحديثة التي تناولت اضطراب التوحد قد أسفرت نتائجها عن أن هؤلاء الأطفال عادة ما يكون لديهم قصور واضح في القدرات المعرفية . ومن ثم فإن هذا الجانب من جوانب القصور يمثل مظهراً آخر من تلك المظاهر المميزة لاضطراب التوحد . ومع ذلك يرى جمع من الباحثين أن حوالي ٧٥ % تقريباً من الأطفال التوحديين لديهم نسب ذكاء في حدود الإعاقة الفكرية البسيطة أو المتوسطة، كما أن بعضهم يتمتع بمستوى ذكاء متوسط ، في حين نجد من جانب آخر أن نسبة تتراوح بين ٥ - ١٠ % من هؤلاء الأطفال لديهم في الواقع قدرات عقلية مرتفعة ونسب ذكاء مرتفعة أيضاً .

والحقيقة أن مثل هذه النتائج تعد على درجة عالية من الأهمية في هذا الإطار، ولكن هذا الأمر إنما يتطلب في الواقع أن نوضح من جانبنا أن بعض هذه النتائج كان سائداً وقت نشر تلك الدراسات وما بعدها، ولكنها قد تغيرت في جانب منها حيث توضح تلك الإحصاءات الحديثة التي نشرها الاتحاد القومي للدراسات والبحوث الخاصة باضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) NAAR عدداً من الحقائق ذات الأهمية في هذا المضمون يمكن أن نعرض لبعضها كما يلي :

١- أن ما يربو على حوالي ٩٠ % تقريباً على الأقل من الأطفال التوحديين يقع مستوى ذكائهم في حدود الإعاقة الفكرية البسيطة أو المتوسطة فقط مع الأخذ في الاعتبار أن هناك دراسات عديدة تحدد هذه النسبة بين ٩٠ - ٩٥ % تقريباً .

٢- أننا ندرأ ما نجد أطفالاً توحديين يقل معدل ذكائهم عن مثل هذا المستوى .

٣- أن جانباً آخر من هؤلاء الأطفال الذين يمثلون النسبة الباقية والتي تتراوح في الواقع بين ٥ - ١٠ % تقل مستويات ذكائهم عن تلك الحدود، وأنهم عادة ما يعانون من الإعاقة الفكرية إلى جانب اضطراب التوحد مع الأخذ في الاعتبار أن وجود الإعاقين معاً إنما يعمل على النزول بمستوى الذكاء ليصير في حدود الإعاقة العقلية الفكرية الشديدة أو الحادة .

٤- أن جانباً لا بأس به من تلك النسبة المتبقية منهم تكون مستويات ذكائهم مرتفعة، وربما مرتفعة جداً، وقد يكون بعضهم موهوباً حيث يكونوا من نوي متلازمة أسبرجر .

وبذلك نلاحظ أن أوجه القصور التي تميز اضطراب التوحد هي أوجه قصور متعددة، وإن كانت جميعها لا تعتبر هي المسئولة عن حدوث الاضطراب إلا أنها في الغالب تعد نتيجة لحدوث هذا الاضطراب حيث أن أيأ منها لا يحدث إلا بعد أن يبدأ الطفل بالفعل في المعاناة من ذلك الاضطراب . وهذا يؤكد فكرة أنها جميعاً تعد بمثابة نتيجة لذلك الاضطراب، وأنها لا ترتبط بتلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى حدوثه من قريب أو بعيد حيث أن مثل هذه الأسباب لا تزال كما أوضحنا سلفاً غير معروفة إذ لا يوجد هناك حتى الآن سبب واحد معروف على وجه التحديد يعد هو المسئول عن حدوث هذا الاضطراب . ومن هذا المنطلق يصور البعض هذا الاضطراب على أنه ذو أوجه قصور أولية متعددة .

ومن الجدير بالذكر أن حوالي ما بين ٧٥% إلى أكثر من ٨٠% من الأطفال التوحديين يقع ذكاؤهم كما أوضحنا في حدود الإعاقة الفكرية سواء البسيطة أو المتوسطة مع وجود نسبة ضئيلة يقع ذكاؤها في حدود الإعاقة الفكرية الشديدة ليصل الإجمالي بذلك إلى حوالي ٩٠% على الأقل من هؤلاء الأطفال يقع مستوى ذكائهم في حدود الإعاقة الفكرية . ومن المعروف أنه لكي يتم تشخيص أي طفل على أنه معوق عقلياً ينبغي أن يكون هناك قصور في مستوى ذكائه بحيث يبلغ ٧٠ أو أقل على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال، وأن يكون هناك قصور دال في اثنين على الأقل من مهارات السلوك التكيفي من جانبه، وأن يحدث ذلك خلال سنوات نموه . وإذا لم يتمكن الطفل من إنهاء الاستجابة على اختبار الذكاء المستخدم يكون من الطبيعي أن نلجأ إلى اختبارات أخرى، وأن نعتمد بجانب ذلك على الملاحظة الدقيقة من جانبنا لتلك السلوكيات التي يديها مثل هذا الطفل ويأتي بها .

وفي هذا الإطار تعرف الإعاقة العقلية بأنها حالة تشير إلى أوجه القصور الأساسية التي يشهدها الأداء الوظيفي الراهن للطفل . وتتسم مثل هذه الحالة في الأساس بانخفاض الأداء الوظيفي العقلي للطفل عن المتوسط بشكل دال إحصائياً، ويتزامن ذلك مع أوجه قصور أخرى ترتبط به وذلك في مجالين اثنين أو أكثر من المجالات التطبيقية التالية للمهارات التكيفية أو التي ترتبط بالسلوك التكيفي، والتي تتمثل في المجالات التالية شريطة أن تحدث الإعاقة العقلية قبل وصول الفرد الثامنة عشرة من عمره . وهذه المجالات هي :

- ١- التواصل .
- ٢- العناية بالذات .
- ٣- الحياة المنزلية .
- ٤- المهارات الاجتماعية .
- ٥- استغلال المصادر المجتمعية .
- ٦- توجيه الذات .
- ٧- الصحة والأمان .
- ٨- الأداء الوظيفي الأكاديمي .
- ٩- قضاء وقت الفراغ .
- ١٠- العمل .

ومن جهة أخرى فإننا حتى وإن وضعنا السلوك التكيفي كمعيار آخر في اعتبارنا فإن مهارات السلوك التكيفي عند الأطفال التوحديين تقل عن مثيلتها لدى أقرانهم المعوقين عقلياً حيث توجد فروق دالة بينهما كما يرى عادل عبدالله (١٩٩٩) في مستوى النمو اللغوي، والأداء أو التطبيع الاجتماعي، والدرجة الكلية للسلوك التكيفي وذلك عند مستوى ٠,٠١ بينما لا توجد فروق دالة بينهما في الأداء الوظيفي المستقل، وأداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية، والنشاط المهني-الاقتصادي. ولما كان غالبية الأطفال التوحديين يبدون قصوراً في مهارات السلوك التكيفي من جانبهم، وأن مثل هذه المهارات قد تقل في بعضها كما أوضحنا عن مثيلتها لدى أقرانهم المعوقين عقلياً، كما أنهم يبدون إلى جانب ذلك قصوراً في قدراتهم العقلية المعرفية يقل على أثره مستوى ذكائهم عن المستوى المتوسط، بل ويكون في الغالب في حدود الإعاقة الفكرية، وأن ذلك يظهر على الطفل قبل أن يصل عمره الزمني إلى الثالثة فإن ذلك يعني بما لا يدع مجالاً للشك أن تلك المحكات الخاصة بالإعاقة العقلية الفكرية تنطبق على هؤلاء الأطفال من ناحية، وأن اضطراب التوحد بذلك يتضمن قدراً كبيراً من الإعاقة الفكرية من ناحية أخرى دون أن يكون هناك تداخل بين الإعاقتين إذ أن التداخل لا يتطلب التلازم لأن الأمر قد يكون كما نرى أن طبيعة أحدهما (اضطراب التوحد) تتضمن جانباً كبيراً من طبيعة الآخر (الإعاقة الفكرية) دون تلازم أي دون شرط لوجوده، أما التلازم فيعني وجود كل منهما جنباً إلى جنب مع الآخر ككيان مستقل لدى نفس الفرد وفي نفس الوقت كما هو الحال بالنسبة للتلازم بين اضطراب التوحد وكل من متلازمة داون، أو الإعاقة السمعية، أو الإعاقة البصرية على سبيل المثال. وبالتالي فإن ذلك من شأنه أن ينفي ما كان يدعيه البعض من أن اضطراب التوحد إنما يمثل درجة على متصل الإعاقة الفكرية أي أنه إعاقة فكرية بدرجة معينة، إلا أن الواقع يشهد أن هذا كيان، وأن ذلك كيان آخر.

وإلى جانب ذلك فإنه يتبقى لدينا الجزء الأخير من تعريف الإعاقة العقلية والذي يشترط أن تحدث تلك الإعاقة خلال سنوات النمو أي قبل أن يصل الفرد الثامنة عشرة من عمره. وإذا ما قمنا بتطبيق هذا الشرط على اضطراب التوحد فإننا نرى أن هذا الاضطراب ينبغي أن يتم تشخيصه لدى الطفل قبل أن يصل عمره ثلاثين شهراً، أي حتى قبل نهاية العام الثالث من عمره، وإذا ما زاد الأمر عن ذلك تكون

هناك شكوك حول مدى تعرض الطفل لمثل هذا الاضطراب وهي المشكلات التي يصادفها الأخصائيون والآباء حال وجود تلازم مرضي بين اضطراب التوحد وغيره من الإعاقات الأخرى إذ يكتشفون الأمر عندما يكون الطفل قد تجاوز هذا السن بكثير مما يجعلهم يستبعدون هذا الاضطراب على أثر ذلك .

وبنظرة سريعة على تعريف الإعاقة العقلية يتضح أنه يتضمن ثلاثة شروط أساسية لمثل هذه الإعاقة تتمثل فيما يلي :

١- أن يوجد قصور في مستوى الأداء الوظيفي العقلي للطفل تقل على أثره نسبة ذكائه عن المتوسط بمقدار انحرافين معياريين على الأقل بمعنى أنها تقل عن ٧٠ .

٢- أن يوجد قصور مترامن في اثنتين على الأقل من مهارات السلوك التكيفي .

٣- أن تحدث الإعاقة خلال سنوات النمو .

وبتطبيق ذلك على اضطراب التوحد نلاحظ انطباق هذه الشروط الثلاثة عليه حيث يعاني معظم هؤلاء الأطفال من قصور واضح في أدائهم الوظيفي العقلي وهو الأمر الذي يعد من الملامح الأساسية المميزة للاضطراب، وتقع نسب ذكاء ما بين ٩٠ - ٩٥ % منهم وفقاً لتلك الإحصاءات الحديثة التي نشرها الاتحاد القومي للدراسات والبحوث الخاصة باضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) NAAR في حدود الإعاقة الفكرية البسيطة والمتوسطة دون حدوث تلازم مرضي بينه وبين الإعاقة الفكرية . ومن جهة أخرى يعاني هؤلاء الأطفال من قصور مماثل في مهاراتهم التكيفية، أو مهارات السلوك التكيفي، أو مهارات الحياة اليومية وذلك بشكل يفوق أقرانهم المعوقين عقلياً وهو ما يعني أن الأطفال المعوقين عقلياً يعدون في وضع أفضل منهم في هذا الصدد وهو ما أكدته تلك النتائج التي أسفرت عنها بحوث ودراسات عديدة . فضلاً عن ذلك فإن هذا الاضطراب يتم تشخيصه لدى الأطفال قبل بلوغهم الشهر الثلاثين من أعمارهم أو على الأكثر قبل أن يصلوا العام الثالث من أعمارهم . ومن ثم فإن الشروط الثلاثة للإعاقة العقلية تنطبق بحذافيرها على اضطراب التوحد، ولم يكن مستغرباً أن يتم اعتباره في ضوء معدلات انتشاره ووفقاً لإحصاءات الاتحاد القومي للدراسات والبحوث الخاصة باضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية ثاني أكثر الإعاقات العقلية انتشاراً ولم يسبقه بذلك سوى الإعاقة الفكرية فقط .

ثالثاً : اضطراب التوحد كإعاقة اجتماعية

من الملامح الأساسية المميزة لاضطراب التوحد أنه يعد بمثابة إعاقة اجتماعية يعاني الطفل على أثرها من قصور واضح في مستوى نموه الاجتماعي فلا يصل غالبية هؤلاء الأطفال إلى المرحلة الثالثة من مراحل النمو الاجتماعي التي حددها إريكسون Erickson وهو الأمر الذي يستتبعه بالضرورة حدوث قصور واضح وصارخ في علاقاتهم الاجتماعية، ونقص أو قصور مماثل في مهاراتهم الاجتماعية اللفظية منها وغير اللفظية ينسحبون على أثره من المواقف والتفاعلات الاجتماعية المختلفة، ويتحركون بالتالي بعيداً عن الآخرين وفقاً لتعبير كارين هورني K. Horney ولا يتمكنون بالتالي من إقامة التواصل معهم، بل إنهم لا يتمكنون من إقامة حوار مع الآخرين، أو تكوين الصداقات معهم . والأكثر من ذلك أنهم لا يتمكنون من الحفاظ على تلك الصداقات التي تكون قد تكونت دون تدخل منهم حيث قد تتكون بعض الصداقات الآلية مع أخوتهم أو أقاربهم أو جيرانهم لكونهم أخوتهم أو أقاربهم أو جيرانهم وذلك نظراً لتفضيلهم العزلة والوحدة، وقيامهم بالترديد المرضي للكلام . وبالتالي فإن هذا الاضطراب كإعاقة اجتماعية يتسم في الواقع بما يلي :

- قصور في النمو الاجتماعي .
- قصور في العلاقات الاجتماعية .
- قصور في التفاعل الاجتماعي .
- قصور في التواصل .
- قصور في السلوكيات الاجتماعية .
- الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية .

وفي هذا الإطار ذاته فإن الطفل التوحدي قد يفشل في التفاعل مع القائمين على رعايته إذا أنه يقضى جزءاً كبيراً من الوقت بمفرده وذلك بدلاً من تواجده مع الآخرين . كما أنه لا تبدو عليه السعادة أبداً إلى جانب أنه يعاني من قصور في الاهتمامات الاجتماعية قياساً بأقرانه في مثل سنه فلا يبدي سوى قدراً ضئيلاً من الاهتمام بتكوين صداقات، وتقل استجابته للإشارات الاجتماعية كالتواصل بالعين أو الابتسام مثلاً . كما أن اختلال الأداء الوظيفي في السلوك الاجتماعي للطفل التوحدي يمثل الخاصية الأساسية المميزة للاضطراب . كذلك فإن النمو الاجتماعي للأفراد

التوحيديين لا يتطور بخطى توازي نموهم العقلي على الرغم من وجود قصور في النمو العقلي أيضاً حيث نجد أن نموهم الاجتماعي يتخلف عن ذلك كثيراً، ومن ثم فإنه أحياناً تتم الإشارة إلى الفرد التوحيدي على أنه غير ناضج اجتماعياً . ويرى جيلسون (٢٠٠٠) Gillson أن هناك ثلاثة جوانب لاختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي للطفل التوحيدي إلى جانب اختلال الوعي الاجتماعي لديه يمكن أن تمثل بشكل واضح بروفياً خاصاً به في الجانب الاجتماعي بشكل عام . وتتمثل هذه الجوانب فيما يلي :

أ - عدم قدرته على فهم أن الآخرين يختلفون عنه في وجهات النظر والخطط والأفكار والمشاعر .

ب - عدم قدرته على التنبؤ بما يمكن أن يفعله في المواقف الاجتماعية المختلفة .

ج - العجز أو القصور الاجتماعي .

ويعد مثل هذا الأمر هو الذي يؤدي في الواقع إلى حدوث العديد من المشكلات في الجانب الاجتماعي، ويجعله بالتالي يمثل أحد جوانب القصور الخطيرة لديهم . وفي هذا الإطار يمكن تصنيف تلك المشكلات التي ترتبط باختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي إلى ثلاث فئات كالتالي :

أ - التجنب الاجتماعي .

ب - اللامبالاة الاجتماعية .

ج - الفظاظة الاجتماعية .

ومن هذا المنطلق نجد أن الطفل يتجنب كل أشكال التفاعل مع الآخرين، ويغضب أو يجرى بعيداً عندما يحاول أحد الأشخاص أن يتفاعل معه . وقد يرجع ذلك إلى أنه يمتلكه الخوف من جراء ذلك، وأنه لا يحب الآخرين، وأن رد فعله هذا يرجع إلى فرط حساسيته لبعض أنواع المثيرات الحسية . وإلى جانب ذلك فهو يرى نفسه الأكثر شعبية بين أقرانه، ولا يبحث عن التفاعل معهم ما لم يلجأوا هم إلى ذلك، ولا يتضايق من وجوده بمفرده أو مع الآخرين . أما فظاظتهم الاجتماعية فتجعلهم على الرغم من رغبتهم في تكوين صداقات مع غيرهم من الأطفال لا يستطيعون الحفاظ عليها وعليهم، ويرتبط ذلك إلى درجة كبيرة بالخلل أو القصور اللغوي الذي يعانون

منه والذي عادة ما يكون من شأنه أن يؤدي بدوره إلى قصور مماثل في التواصل من جانب هؤلاء الأطفال .

وفضلاً عن ذلك فإن الأطفال التوحديين يتسمون بعدم القدرة على المشاركة في العلاقات الاجتماعية، واضطرابات في القدرة على عمل صداقات تقليدية إذ ليس لديهم المهارات اللازمة لذلك . كما ينقصهم التعاطف مع وجهات نظر ومشاعر الآخرين، وهم غالباً لا ينشغلون في التفاعلات والأعمال التعاونية أو المتبادلة مع المحيطين بهم . ومن ناحية أخرى فإنهم لا يبادرون بإجراء حوار مع الآخرين، وإن بدأت المحادثة فإنها تكون محورية ذاتية بعيدة عن مستوى اهتمام المستمع، وربما يهربون من منتصف المحادثة . وجدير بالذكر أن الفرد التوحدي يصبح في حالة تهيج وإثارة عندما يقترب الآخرون منه، أو يتفاعلون معه، كما أنه في الغالب يرفض أي نوع من الاتصال، والتفاعل الطبيعي الاجتماعي حتى البسيط منه . ويمكن أن يشترك الطفل التوحدي في الاتصال بشخص آخر من خلال التحدث بتودد وحب، أو من خلال التحدث بطريقة الطفل الذي يعاني من إعاقة فكرية شديدة .

ومن الأمور التي قد تعوقه عن التواصل الطبيعي مع الآخرين أن كلامه ينقصه الوضوح والمعنى، كما أن لديه نقصاً في التواصل البصري، وفهم التعبيرات الوجهية، والإيماءات الاجتماعية . وقد ترجع أوجه القصور التخيلية، والاجتماعية، والمعرفية، والقصور في التواصل لدى الأطفال التوحديين إلى جانب ما يعانونه من اختلال في التواصل بالعين، وتعبيرات الوجه من خلال العلاقة مع القائم برعايتهم إلى اختلال التفاعل الاجتماعي في الشهور الأولى من عمر الطفل كما يتضح من خلال اختلال أو نقص قدراتهم على الحملقة والتتابع البصري خلال تلك الفترة المبكرة من أعمارهم .

ومن جهة أخرى فإن المتتبع للمؤشرات التي تبدو على الطفل خلال الشهور الستة الأولى من عمره يجد أن جانباً كبيراً منها يعد اجتماعياً في طبيعته، أما المؤشرات الدالة على ذلك خلال الشهور الستة الثانية من العمر فتعد اجتماعية في أصلها . فخلال الشهور الستة الأولى يبدو وكأنه لا يريد أمه ولا يحتاج إليها أو إلى وجودها معه، ولا يبالي بمسألة أن يقبل عليه أحد الراشدين ويقوم بحمله حتى وإن كان هذا الشخص وثيق الصلة به، ولا يبكي إلا قليلاً ولكنه مع ذلك يكون سريع

الغضب أو الانفعال بشكل كبير، ولا يستطيع أن يلاحظ أمه أو يتابعها ببصره، ولا يبتسم إلا نادراً، وتكون تلك الكلمات التي يمكنه أن ينطق بها غير مفهومة، ودائماً ما تكون استجابته متوقعة . أما خلال الشهور الستة الثانية فلا يبدي الطفل أي اهتمام بالألعاب الاجتماعية، ولا يبدي أي انفعال نتيجة حدوث أي شيء أمامه، ويفتقر بشدة إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي، وعادة ما تكون ردود فعله للمثيرات المختلفة إما مفرطة أو قليلة جداً .

وفضلاً عن ذلك هناك أوجه قصور هامة أخرى يتسم بها الطفل التوحدي من أهمها أن لغته تنمو ببطء، أو أنها قد لا تنمو على الإطلاق، كما أنه يستخدم الكلمات دون أن يكون لها معنى محدد وواضح، وغالباً ما يقوم بتكرار غير ذي معنى لكلمات أو عبارات ينطق بها شخص آخر. وفي أغلب الأحيان نجده يستخدم الإشارات بدلاً من الكلمات، ولا يستخدم الحديث للتواصل ذي المعنى، وإلى جانب ذلك فإن الانتباه لديه يتسم بقصر مداه . كما يعد التردد المرضي للكلام *echolalia* بمثابة أحد الأمثلة الصارخة التي تعكس بعض مشكلات التواصل بالنسبة لهؤلاء الأطفال .

ويضيف كندول (٢٠٠٠) Kendall أن الطفل التوحدي بجانب قيامه بتكرار غير ذي معنى للكلمات التي يسمعاها لا يستخدم معاني الكلمات كي تساعده على استرجاع المعلومات، ولا يمكنه أن يعيد ترتيب تلك المعلومات التي يستقبلها حتى يتمكن من الإقلال قدر الإمكان من ذلك التكرار وهذا التردد المرضي للكلام . كذلك فهو لا يستطيع أن يستخدم الكلمات التي لديه في سياقات أو مواقف اجتماعية مختلفة وهو الأمر الذي يحتاج إلى تدريب مستمر حتى يتمكن من ذلك عن طريق استخدام جمل أو عبارات قصيرة وبسيطة يمكنه من خلالها أن يدخل في حوارات أو مناقشات ذي معنى مع الآخرين . وإلى جانب ذلك هناك حقيقة هامة تساعد على حدوث القصور في التواصل من جانب الأطفال التوحديين واستمراره وهي أن مثل هؤلاء الأطفال يعانون من قصور في فهم وإدراك الحالات العقلية سواء الخاصة بهم، أو بغيرهم من الآخرين المحيطين بهم وهو الأمر الذي تؤكد عليه نظرية العقل أو المعرفة .

رابعاً : اضطراب التوحد كإعاقة عقلية اجتماعية متزامنة

لا يعد اضطراب التوحد إعاقة عقلية فقط ، أو إعاقة اجتماعية فقط وإلا كان الأمر أسهل وأيسر من ذلك بكثير، ولكننا نرى في الواقع أن هذا الاضطراب إنما

يجمع بين الإعاقيتين في ذات الوقت أي أنه بذلك يعتبر إعاقة عقلية واجتماعية متزامنة وهو الأمر الذي يعني أن كلتا الإعاقيتين تحدثان في الوقت ذاته وذلك جنباً إلى جنب وإن اختلفت كل منهما عن الأخرى في مستواها أو درجة حدتها بحيث تزيد حدة الإعاقة الاجتماعية عن مثيلتها العقلية، وإذا كان المستوى العقلي للطفل التوحدي يعد متدنياً للغاية فكيف يكون الحال إذن بالنسبة للجانب الاجتماعي ؟ ويتسم مثل هذا الاضطراب بمظاهر معينة هي :

أ- قصور كفي في التفاعل الاجتماعي .

ب- قصور شديد في عملية التواصل .

ج- حدوث أنماط سلوكية نمطية ومقيدة وتكرارية .

وفضلاً عن ذلك هناك عدد من السمات التي تميز الأطفال التوحديين في عدد من المجالات والتي تعتبر جميعاً من الملامح الأساسية المميزة لهذا الاضطراب ، وبالتالي يتم الاعتماد بدرجة كبيرة على وجودها لدى الطفل حتى يتم تشخيصه على أنه يعاني من الاضطراب، وتندرج هذه السمات تحت خمسة مجالات أساسية هي :

١ - العلاقات الاجتماعية .

٢ - التواصل .

٣ - السلوكيات .

٤ - العمليات الحسية وإدراكية .

٥ - اللعب .

ويمكن تناول هذه السمات أو الملامح على النحو التالي :

(١) العلاقات الاجتماعية :

من الجدير بالذكر أن الطفل التوحدي قد يفشل في التفاعل مع القائمين على رعايته إذ أنه يقضى جزءاً كبيراً من الوقت بمفرده وذلك بدلاً من تواجده مع الآخرين . كما أنه لا تبدو عليه السعادة أبداً إلى جانب أنه يعاني من قصور في الاهتمامات الاجتماعية قياساً بأقرانه في مثل سنه فلا يبدي سوى قدر ضئيل من الاهتمام بتكوين صداقات، وتقل استجابته للإشارات الاجتماعية كالتواصل بالعين أو الابتسام مثلاً .

ونحن عندما نفكر في اضطراب التوحد وما يرتبط به من سمات فغالباً ما نجد أن اختلال الأداء الوظيفي في السلوك الاجتماعي للطفل التوحدي يمثل الخاصية الأساسية المميزة للاضطراب . كذلك فإن النمو الاجتماعي للأفراد التوحديين لا يتطور بخطى توازي نموهم العقلي على الرغم من وجود قصور في النمو العقلي أيضاً، فبينما قد يبلغ النمو العقلي المدى الطبيعي لدى البعض منهم أو حتى المدى فوق الطبيعي لدى نسبة ضئيلة منهم وخاصة أولئك الذين يعانون من متلازمة أسبرجر نجد أن نموهم الاجتماعي يتخلف عن ذلك كثيراً، ومن ثم فإنه أحياناً تتم الإشارة إلى الفرد التوحدي على أنه غير ناضج اجتماعياً . وهناك ثلاثة جوانب لاختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي للطفل التوحدي إلى جانب اختلال الوعي الاجتماعي لديه يمكن أن تمثل بشكل واضح وبروفياً خاصاً به في الجانب الاجتماعي بشكل عام وهو ما يتطلب أن نوليه جل اهتمامنا . وتتمثل هذه الجوانب فيما يلي :

أ - عدم قدرته على فهم أن الآخرين يختلفون عنه في وجهات النظر والخطط والأفكار والمشاعر .

ب - عدم قدرته على التنبؤ بها يمكن أن يفعله في المواقف الاجتماعية المختلفة .

ج - العجز أو القصور الاجتماعي .

وهذا يؤدي إلى حدوث عدة مشكلات في الجانب الاجتماعي، ويجعله يمثل أحد جوانب القصور الخطيرة لديهم التي ترجع إلى عدم قدرة الطفل على أخذ دور الآخرين . ويمكن تصنيف المشكلات التي ترتبط باختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي في ثلاث فئات هي :

أ - التجنب الاجتماعي .

ب - اللامبالاة الاجتماعية .

ج - الفظاظة الاجتماعية .

ومن هذا المنطلق نجد أن الطفل يتجنب كل أشكال التفاعل مع الآخرين، ويغضب أو يجرى بعيداً عندما يحاول أحد الأشخاص أن يتفاعل معه . وقد يرجع ذلك إلى أنه يمتلكه الخوف من جراء ذلك، وأنه لا يحب الآخرين، وأن رد فعله هذا يرجع إلى فرط حساسيته لبعض أنواع المثيرات الحسية . وإلى جانب ذلك فهو يرى نفسه الأكثر شعبية بين أقرانه، ولا يبحث عن التفاعل معهم ما لم يلجأوا هم إلى ذلك، ولا

يتضايق من وجوده بمفرده أو مع الآخرين . أما فظاظتهم الاجتماعية فتجعلهم على الرغم من رغبتهم في تكوين صداقات مع غيرهم من الأطفال لا يستطيعون الحفاظ عليها وعليهم، ويرتبط ذلك إلى درجة كبيرة بالخلل أو القصور اللغوي الذي يعانون منه وهو ما تفسره في الواقع نظرية العقل أو المعرفة *theory of mind* فضلاً عن تفسيرها لما يمكن أن يحدث من قصور في التواصل من جانب هؤلاء الأطفال .

ومن المعروف أن الأطفال التوحديين يتسمون بعدم القدرة على المشاركة في العلاقات الاجتماعية، واضطرابات في القدرة على عمل صداقات تقليدية إذ ليس لديهم المهارات اللازمة لذلك . كما ينقصهم التعاطف مع وجهات نظر ومشاعر الآخرين، وهم غالباً لا ينشغلون في التفاعلات والأعمال التعاونية أو المتبادلة مع المحيطين بهم . ومن ناحية أخرى فإنهم لا يبادرون بإجراء حوار مع الآخرين، وإن بدأت المحادثة فإنها تكون محورية ذاتية بعيدة عن مستوى اهتمام المستمع، وربما يهربون من منتصف المحادثة . وفضلاً عن ذلك فإن الفرد التوحدي يصبح في حالة تهيج وإثارة عندما يقترب الآخرون منه، أو يتفاعلون معه، كما أنه في الغالب يرفض أي نوع من الاتصال، والتفاعل الطبيعي الاجتماعي حتى البسيط منه . ويمكن أن يشترك الطفل التوحدي في الاتصال بشخص آخر من خلال التحدث بتودد وحب، أو من خلال التحدث بطريقة الطفل الذي يعاني من إعاقة فكرية شديدة .

ومن الأمور التي قد تعوقه عن التواصل الطبيعي مع الآخرين أن كلامه ينقصه الوضوح والمعنى، كما أن لديه نقصاً في التواصل البصري، وفهم التعبيرات الوجهية، والإيماءات الاجتماعية . ومن جهة أخرى يرى البعض أن أوجه القصور التخيلية، والاجتماعية، والمعرفية، والقصور في التواصل لدى الأطفال التوحديين إلى جانب ما يعانونه من اختلال في التواصل بالعين، *eye contact* وتعبيرات الوجه *facial expressions* من خلال العلاقة مع القائم برعايتهم ترجع إلى اختلال التفاعل الاجتماعي في الشهور الأولى من عمر الطفل كما يتضح من خلال اختلال أو نقص قدراتهم على الحملقة والتتابع البصري خلال تلك الفترة المبكرة من أعمارهم .

ومما لا شك فيه أن الموسيقى يمكن أن تلعب دوراً هاماً في الحد من الآثار السلبية التي يمكن أن تترتب على هذا القصور خاصة في ظل الانجذاب غير العادي للطفل التوحدي نحوها حيث يكون من شأنها أن تساعد الطفل على أن يقيم علاقة مع

الألة الموسيقية التي يعزف عليها أو يمكسك بها، ثم يقيم علاقة بعد ذلك مع المدرب الذي يعلمه العزف عليها، ومن ثم يمكنه على أثر ذلك أن يقيم علاقة مع غيره من الآخرين . ومن جهة أخرى يمكن أن تلعب الأنشطة الفنية، أو الأنشطة الرياضية دوراً مشابهاً لذلك بما تتطلبه من عمل جماعي أو مشاركة جماعية من جانب مجموعة من الأطفال يؤدي كل منهم دوراً محدداً في هذا النشاط أو ذاك . ويمكن من جانب آخر أن تلعب الدراما أو النشاط التمثيلي دوراً مشابهاً في الحد من الآثار المترتبة على هذا القصور وذلك من خلال تشجيع العمل الجماعي في هذا الإطار .

ويمكن أن نلخص قصور العلاقات الاجتماعية لهؤلاء الأطفال فيما يلي :

- يفشل الطفل التوحدي في التفاعل مع الآخرين .
- لا تبدو عليه السعادة مطلقاً .
- يتسم بقصور في الاهتمامات الاجتماعية (صداقة- إشارات- إيماءات).
- يتأخر نموه الاجتماعي عن نموه العقلي .
- يتسم باختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي، وذلك كما يلي :
- أ - عدم إدراك أن الآخرين يختلفون عنه في وجهات النظر، والأفكار، والخطط، والمشاعر .
- ب- عدم القدرة على التنبؤ بما يمكن أن يفعله الآخرون في المواقف المختلفة .
- ج- العجز أو القصور الاجتماعي (العجز الاجتماعي- اللامبالاة الاجتماعية- الفظاظة الاجتماعية).

(٢) التواصل :

من الأشياء الهامة التي يمكن أن نلاحظها بوضوح على الطفل التوحدي والتي تشكل أحد أوجه القصور الأساسية التي يعاني منها أن لغته تنمو ببطء، أو أنها قد لا تنمو على الإطلاق، كما أنه يستخدم الكلمات دون أن يكون لها معنى محدد وواضح، وغالباً ما يقوم بتكرار غير ذي معنى لكلمات أو عبارات ينطق بها شخص آخر. وفي أغلب الأحيان نجده يستخدم الإشارات بدلاً من الكلمات، ولا يستخدم الحديث للتواصل ذي المعنى، وإلي جانب ذلك فإن الانتباه لديه يتسم بقصر مداه .

ويعد تواصل الأطفال التوحديين مع من يحيط بهم مشكلة متعددة الجوانب تظهر في صورة انخفاض في مهارات التواصل، ومشكلات في التعبير عن المشاعر، والانفعالات، والحالات النفسية التي يمرون بها، ومن ثم تظهر لديهم بعض السلوكيات الدالة على التحدي أثناء استنارتهم انفعالياً، أو الغضب مثل الإلقاء ببعض الأشياء بعيداً، أو قذف ما يكون بأيديهم، وما إلى ذلك من السلوكيات العدوانية وهو ما يعد تعبيراً عن رغبتهم في جذب انتباه المحيطين بهم إلى أحداث أو أفكار معينة لا يستطيعون التعبير الصحيح عنها، وقد تعتبر تعبيراً عن إحباطات معينة يمرون بها . وقد يصل الحال بهم نتيجة لذلك إلى جانب عدم قدرتهم المناسبة على التعبير عن أنفسهم إلى إيذاء الذات وهو ما يعد في الواقع نمطاً من أنماط السلوك العدواني، إلا أنه يكون عبارة عن عدوان موجه نحو الذات .

ومن ناحية أخرى تعد اضطرابات اللغة والكلام والجوانب المعرفية من المظاهر الأساسية في اضطراب التوحد، وجميعها بلا شك يترك أثراً سلبية على التواصل من جانب الأطفال التوحديين . ومن المتوقع أن تؤدي تلك الاضطرابات إلى نوع من التشابه بين كل من اضطراب التوحد والاضطرابات اللغوية، وبسبب ذلك يتم الخلط أحياناً بين اضطراب التوحد وتلك الاضطرابات . ومن الممكن التمييز بينهما في عدد من النقاط البسيطة ذات الأهمية حيث نجد أن هناك العديد من الحقائق التي يمكن أن ترتبط بكل فئة من هاتين الفئتين - التوحديين وذوي اضطرابات اللغة والكلام - والتي تميزها بالتالي عن الفئة الأخرى . ويمكن أن نعرض لذلك كما يلي :

- 1- أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية يحاولون دائماً التواصل بالإيماءات وبتعبيرات الوجه .

- 2- أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية عادة ما يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة تسهم في فهم تعبيرات الوجه .

- 3- أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية يمكنهم أن يقوموا باستخدام اللغة جيداً بعد أن يتم علاج مثل هذه الاضطرابات التي يعانون منها .

- 4- أن الأطفال التوحديين في المقابل لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة أو حتى تعبيرات انفعالية مصاحبة وهو ما يضيف تعقيداً جديداً لفهم تعبيرات الوجه .

٥- أن الأطفال التوحديين يفشلون في استخدام اللغة كوسيلة من وسائل الاتصال والتواصل بدون تدريب على ذلك حيث أنهم عادة ما يعانون من قصور لغوي في مفرداتهم، وتراكيبهم اللغوية، كما أن اللغة قد لا تنمو لدى بعضهم على الإطلاق .

٦- أن الأطفال التوحديين يتسمون عادة بما يعرف بالترديد المرضي للكلام وهو الأمر الذي قد يجعل الكثيرين يتجنبون التواصل معهم .

ويعد التردد المرضي للكلام *echolalia* بمثابة أحد الأمثلة الصارخة التي تعكس بعض مشكلات التواصل بالنسبة لهؤلاء الأطفال . ويعنى ذلك قيام الطفل بترديد الكلام الذي يوجهه إليه أحد الأشخاص الآخرين دون أن يكون ذلك في محله المناسب، أو حتى دون أن يعي معناه . فلو افترضنا على سبيل المثال أن الأم تطلب من طفلها التوحدي أن يحضر لها شيئاً ما، أو أن يقوم بفتح باب الشقة مثلاً فتقول له " افتح الباب "، وهنا يرد الطفل عليها مردداً نفس العبارة فيبدو الأمر وكأن الأم تسمع صدى صوتها حيث يرد الطفل قائلًا " افتح الباب " . كذلك فلو طلبت الأم منه أن يشير بإصبعه إلى الراديو مثلاً كأن تقول له : " عليك أن تشير بإصبعك إلى الراديو " ، فيرد الطفل قائلًا " عليك أن تشير بإصبعك إلى الراديو " . ومن ناحية أخرى إذا سألته الأم قائلة " أين قميصك ؟ " مثلاً فإنه يرد عليها مردداً نفس العبارة التي يكون قد سمعها منها للتو فيقول " أين قميصك ؟ " ، وهكذا . وبالتالي فإننا نلاحظ من خلال المثال السابق أن الطفل يقوم بترديد نفس الكلمات التي يسمعها وذلك بطريقة بيغائية مما يجعل الأمر يبدو وكأن الشخص الذي يتحدث إليه لا يسمع سوى صدى صوته *echo* وهو الأمر الذي لا يساعد في إجراء أي حوار أو مناقشة تجمع بينه وبين أحد الأقران، كما يعمل في الوقت ذاته على جعل الآخرين لا يودون إقامة أي علاقة معه، بل إن الأمر قد يصل في بعض الأحيان إلى أنهم ربما ينفرون منه، أو من التعامل معه، وبالتالي قد يعملون على تجنب الاحتكاك به .

وعلى الرغم من أن البعض يرى أن النمو العقلي للطفل التوحدي ربما يتطور بشكل شبه عادي لدى بعض هؤلاء الأطفال مع تسليم الكثيرين بوجود قصور في هذا الجانب، فإن مثل هذا القصور على أي حال يكون أخف وطأة من النمو الاجتماعي . وما يدعم ذلك أن هناك من الباحثين والعلماء المهتمين بدراسة هذا الاضطراب من

يرون أن التريديد المرضى للكلام ربما يرجع إلي قصور في الجانب العقلي للطفل يجعله لا يستطيع التركيز سوى على إشارة أو خاصية واحدة للشيء، ولا يستطيع أن يركز على أكثر من ذلك في ذات الوقت فإذا ما عرضنا عليه صورة لوردة مثلا، وقلنا له إنها وردة، وحاولنا أن نركز كثيرا على حركات الشفاه لتوضيح الصوت له، فسوف نجد أنه قد ينظر إلى الصورة، ويمسكها بيده فقط دون أن ينطق بالصوت، أي دون أن يقول أنها وردة حيث لا يكون بإمكانه أن يولى انتباهه لأكثر من جانب واحد، أو خاصية واحدة للشيء الواحد في نفس الوقت .

وبطبيعة الحال فإن ذلك إنما يعد في واقع الأمر بمثابة حالة متطرفة لخاصية التركيز *centration* التي يتميز بها تفكير الطفل غير المعوق حتى سن السابعة، ووفقا لهذه الخاصية لا يستطيع الطفل أن يضع في اعتباره أكثر من جانب واحد، أو خاصية واحدة للشيء في الوقت ذاته كالطول، أو العرض مثلا، ومن ثم لا يمكنه أن ينظر إليه إلا من زاوية واحدة فقط حيث لا يكون بمقتوره أن يدرك قانون التعويض *compensation law* بعد والذي يعنى أننا عندما نعرض عليه إناءين متشابهين شكلا وارتفاعا، ويوجد بكل منهما نفس الكمية من الماء، ثم نصب الماء من إحداهما في إناء آخر أقل في الارتفاع، ولكنه أكثر اتساعا من الإناء الأول فإن طول الأداء الأول يعوضه اتساع الإناء الثاني، وأننا لم نأخذ من كمية الماء الموجود شيئا، ولم نضف لها أيضا، ومن ثم يدرك أن كمية الماء واحدة في الإناءين . وبالتالي نلاحظ أن ذلك ليس هو المقصود هنا، ولكن المقصود في الأساس هو حالة تنسم بزيادة مستوى تطرفها فالطفل يركز على الوردية ويمسك الصورة بيده، ولكنه لا يستطيع أن يقول إنها وردة على الرغم من التركيز الواضح على حركة الشفاه من جانبنا أثناء النطق بالكلمة .

وتمثل هذه الخاصية على وجه التحديد إحدى الأهداف التي حاول المؤلف من خلال جداول النشاط المصورة *picture activity schedules* أن يعمل على تنميتها لدى الطفل، فكان يقوم بعرض الصورة عليه ويطلب منه أن يشير إليها، وأن يضع إصبعه عليها، وأن يذكر اسم ما تتضمنه تلك الصورة من أدوات، أو ما تدل عليه إذا كان يعرف ذلك، أو ينتظر ليردد ذلك الاسم وراء الباحث . كما قام من جانب آخر بإدخال ذلك على مكونات الأنشطة المتضمنة أيضا وهو أمر يحتاج بما لا يدع مجالاً للشك إلى مزيد من الصبر والمثابرة حتى يمكن أن نعالج مثل هذا الخلل أو

نجد منه إلى الدرجة التي تجعل تلك الحصيلة اللغوية التي يكتسبها الطفل تزداد وتنمو، كما تجعل باستطاعته نتيجة لذلك أن يقيم حواراً، أو مناقشة بسيطة مع أحد الأقران .

ومن ناحية أخرى نلاحظ أن الطفل التوحدي بجانب قيامه بتكرار غير ذي معنى للكلمات التي يسمعها لا يستخدم معاني الكلمات كي تساعده على استرجاع المعلومات، ولا يمكنه أن يعيد ترتيب تلك المعلومات التي يستقبلها حتى يتمكن من الإقلال قدر الإمكان من ذلك التكرار وهذا التردد المرضي للكلام . كذلك فهو لا يستطيع أن يستخدم الكلمات التي لديه في سياقات أو مواقف اجتماعية مختلفة وهو الأمر الذي يحتاج إلى تدريب مستمر حتى يتمكن من ذلك عن طريق استخدام جمل أو عبارات قصيرة وبسيطة يمكنه من خلالها أن يدخل في حوارات أو مناقشات ذي معنى مع الآخرين .

وإلى جانب ذلك هناك حقيقة هامة تساعد على حدوث القصور في التواصل من جانب الأطفال التوحديين واستمراره وهي أن مثل هؤلاء الأطفال يعانون من قصور في فهم وإدراك الحالات العقلية *mental states* سواء الخاصة بهم، أو بغيرهم من الآخرين المحيطين بهم . وهناك ما يعرف بنظرية العقل أو المعرفة *theory of mind* تعرض لذلك حيث تتناول قدرة الفرد على إدراك الآخرين، وفهمهم من خلال حالاتهم العقلية الداخلية *internal mental states* كالاتقادات، والنوايا، والانفعالات، وفهم البيئة الاجتماعية، والقدرة على الإتيان بسلوك اجتماعي مناسب، وهو الأمر الذي نرى أنه يرتبط بما نسميه في هذا المجال بالقدرة على أخذ الدور *role-taking ability* عقلياً، واجتماعياً، وانفعالياً . وبالنسبة للأطفال التوحديين نجد أنه ليس بمقدورهم تكوين اعتقادات معينة، أو أدراك ما يعتقدونه الآخرون، كما تكون النية غير واضحة في سلوكياتهم، ولا يمكنهم من ناحية أخرى إدراك نوايا الآخرين، وتقييم ما يصدر عنهم من سلوكيات في ضوء ذلك . وفضلاً عن ذلك فإنهم لا يستطيعون التعبير عن انفعالاتهم بشكل مقبول، ولا يكون بإمكانهم التمييز بين الانفعالات المختلفة . أما بالنسبة للبيئة الاجتماعية فليس من السهل عليهم فهم تلك البيئة، وإدراك مكوناتها، وما يمكن أن يوجد بينها من علاقات . كما أن سلوكياتهم الاجتماعية في أغلبها تكون غير مقبولة اجتماعياً . ولذلك فإننا إذا ما أردنا

أن نقوم بتنمية قدرتهم على التواصل يصبح لزاماً علينا أن نهتم بهذه الجوانب المختلفة والمتعددة التي عرضنا لها حيث يكون علينا أن ننمي المستوى اللغوي لهؤلاء الأطفال، وأن ندرّبهم على التمييز بين الانفعالات المختلفة، وأن نساعدهم على إجراء الحوارات المختلفة مع الأقران، وأن نساعدهم على الإتيان بسلوكيات اجتماعية مقبولة وذلك من خلال تنمية بعض مهاراتهم الاجتماعية وهو ما يؤدي بطبيعة الحال إلى تحسين مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية، وهو ما كشفت عنه نتائج تلك الدراسة التي أشرنا إليها حيث تحسنت المظاهر السلوكية المتضمنة .

ويرى البعض أيضاً أن الدراسات الحديثة التي تناولت هذا الموضوع قد أثبتت أن هؤلاء الأطفال لديهم قصور واضح في تلك الجوانب أو القدرات، وأن جميعها كما نعلم يرتبط بالقدرات المعرفية . ومن ثم فإن هذا الجانب من جوانب القصور يمثل مظهراً آخر من تلك المظاهر المميزة لاضطراب التوحد . ومع ذلك يرى جمع من الباحثين أن هناك حوالي ما بين ٩٠ - ٩٥ % تقريباً من الأطفال التوحديين لديهم نسب ذكاء تقع في حدود الإعاقة الفكرية البسيطة أو المتوسطة، كما أن بعضهم الآخر يتمتع في الواقع بمستوى ذكاء متوسط ، في حين نجد أن نسبة ضئيلة جداً من هؤلاء الأطفال لديهم قدرات عقلية مرتفعة ونسب ذكاء مرتفعة أيضاً .

والحقيقة أن هذه النتائج تعد على درجة عالية من الأهمية في هذا الإطار، ولكن الأمر يتطلب أن نوضح من جانبنا وكما أشرنا إلى ذلك من قبل أن بعض هذه النتائج كان سائداً وقت نشر تلك الدراسات وما بعدها، ولكنها قد تغيرت في جانب منها حيث كما أسلفنا فإن أهم ما توضحه تلك الإحصاءات الحديثة التي نشرها الاتحاد القومي للدراسات والبحوث الخاصة باضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) NAAR أن ما يربو على حوالي ٩٠ % تقريباً على الأقل من الأطفال التوحديين يقع مستوى ذكائهم في حدود الإعاقة الفكرية البسيطة أو المتوسطة فقط ، وأننا نادراً ما نجد أطفالاً توحديين يقل معدل ذكائهم عن مثل هذا المستوى . وقد يعاني بعض هؤلاء الأطفال من الإعاقة العقلية الفكرية إلى جانب اضطراب التوحد وهم بذلك يختلفون عن أقرانهم ذوي متلازمة أسبرجر .

وبذلك نلاحظ أن أوجه القصور التي تميز اضطراب التوحد هي في أساسها عبارة عن أوجه قصور متعددة، وإن كانت جميعها لا تعتبر هي المسؤولة عن حدوث

الاضطراب إلا أنها في الغالب تعد نتيجة لحدوث هذا الاضطراب حيث أن أياً منها لا يحدث إلا بعد أن يبدأ الطفل بالفعل في المعاناة من هذا الاضطراب . وهذا يؤكد فكرة أنها جميعاً تعد بمثابة نتيجة لذلك الاضطراب، وأنها لا ترتبط في الواقع بتلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى حدوثه من قريب أو بعيد حيث أن مثل هذه الأسباب لا تزال كما أوضحنا سلفاً غير معروفة على وجه التحديد إذ لا يوجد هناك حتى الآن سبب واحد معروف بشكل دقيق ومحدد يعد هو المسئول عن حدوث هذا الاضطراب. ومن هذا المنطلق يصور البعض هذا الاضطراب على أنه ذو أوجه قصور أولية متعددة .

وجدير بالذكر أن التراث السيكلوجي في هذا الإطار يتضمن العديد من الدراسات والأدلة التي ظهرت على أثرها والتي تؤكد على أن الموسيقى بما تضمه وتتضمنه من مكونات مختلفة يمكن أن تلعب دوراً لا بأس به في علاج جانب كبير من هذا القصور حيث أسفرت نتائج العديد من الدراسات في هذا الجانب عن أن الكلمات المنغمة كأحد هذه العناصر أو المكونات، والغناء كمكون آخر يلعبان دوراً كبيراً في إكساب الطفل العديد من المفردات والتراكيب اللغوية من ناحية، وفي الحد من ترديده المرضي للكلام من ناحية أخرى . كما أنها يمكن أن تسهم أيضاً في إكسابه مهارة الحوار مع الآخرين، وأن تصقلها وتنميتها لديه وذلك من خلال قيام أكثر من طفل واحد بالغناء أو إلقاء الأناشيد كما هو الحال بالنسبة للدويتو أو الغناء في مجموعة إذ يكون لكل طفل دور معين عليه أن يقوم به فيتنغى بكلمات معينة في وقت معين، أو يلتزم في ذلك بدور محدد بعد الطفل فلان أو قبله، وهكذا . وكذلك يمكن أن تلعب الدراما أو التمثيل الدرامي دوراً مشابهاً لذلك حيث يكون على الطفل آنذاك أن يقوم بالتمثيل أو الحوار أثناء قيامه بدور معين في العمل الدرامي يتم تحديده مهما كان مثل هذا الدور صغيراً أو محدوداً، ولا ينبغي عليه أن يخرج عنه، أو يأتي بأي أحاديث أخرى أو كلمات يكون من شأنها أن تخرج به عن تنفيذ المطلوب منه في هذا الإطار وذلك على الرغم من عدم سهولة مثل هذا الأمر .

وبالنسبة للتواصل يمكننا أن نخلص فيما يتعلق بالطفل التوحدي إلى ما يلي :

- أن اللغة تنمو لدى غالبتهم ببطء شديد أو لا تنمو على الإطلاق .

- يستخدم الطفل الكلمات دون أن يكون لها معنى محدد .

- يكرر الكلمات أو العبارات التي ينطق بها شخص آخر أو التي قد يسمعا وذلك بشكل لا معنى له . *echolalia*
- لا يستطيع استخدام الكلمات التي لديه في سياقات مختلفة .
- لا يمكنه أن يعيد ترتيب المعلومات التي يستقبلها .
- لا يستخدم معاني الكلمات كي تساعده على استرجاع المعلومات المختلفة .
- لا يستطيع أن يدخل في حوارات مع الآخرين .
- لا يستخدم الحديث للتواصل ذي المعنى .
- كثيراً ما يستخدم الإشارات بدلاً من الكلمات .
- مدى انتباهه ومعدل احتفاظه بالانتباه قصير .
- يتجنب التقاء العيون أو التواصل البصري .
- عادة ما يتسم الطفل بقصور في فهم الحالات العقلية له ولغيره (اعتقادات- نوايا- انفعالات- بيئة اجتماعية) .
- يعاني من مشكلات عديدة تتعلق بالتواصل :
- أ - انخفاض مهارات التواصل (لفظي- غير لفظي - ... تعبيرية- استقبالي) .

ب- مشكلات في التعبير عن المشاعر والانفعالات .

ج- ظهور سلوكيات دالة على التحدي والغضب عندما تتم استثارتة .

أما فيما يتعلق بالفرق بين الأطفال التوحديين ومن يعانون من اضطرابات لغوية فيمكن إيجازه فيما يلي :

- يحاول ذوو الاضطرابات اللغوية التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجوه .
- يستخدم ذوو الاضطرابات اللغوية اللغة جيداً بعد علاجهم .
- لا يظهر الأطفال التوحديون تعبيرات انفعالية مناسبة أو مصاحبة .
- يفشل الأطفال التوحديون في استخدام اللغة كوسيلة للتواصل دون تدريب .
- يتسم الأطفال التوحديون بالترديد المرضي للكلام .

(٣) السلوكيات :

تمثل السلوكيات النمطية المقيدة والتكرارية المظهر الثالث من تلك المظاهر المميزة لاضطراب التوحد والتي تعد بمثابة أحد أوجه القصور البارزة التي يمكن

لوالدين أو لأي شخص يتعامل مع الطفل التوحدي أن يلاحظها بسهولة حيث يحدث سلوك متكرر من جانب الطفل بداية من العام الثاني من عمره كان يستمر مثلاً في إضاءة الأنوار وإطفائها، أو يستمر في نقل دمية من إحدى يديه إلى اليد الأخرى، أو يمشى في أرجاء الحجرة يتحسس الحوائط . كما قد يقوم بتكرار اللعب بشيء واحد أو مع شخص واحد . وقد تتضمن الحركات الجسمية العامة التي يأتي بها مثل هذا الطفل تشبيك الأيدي أو ثنيها مثلاً، أو ضرب الرأس في الحائط، وقد يبدي سلوكيات عدوانية أو عنيفة أو يجرح أو يؤذي نفسه، كما يفتر بشكل واضح إلى الوعي بالأمان، وتنتابه نوبات بكاء أو غضب مستمرة دون أن يكون هناك سبب واضح ومحدد لذلك . وإذا ما حاولنا أن نقوم بإيقاف تلك السلوكيات فإنه غالباً ما يستجيب لذلك بنوبة مزاجية تتمثل في أغلب الأحيان في البكاء، والصراخ، والتخبيط باليد في أي شيء ثابت أمامه إلى جانب الغضب .

كذلك فإن الطفل التوحدي كثيراً ما يأتي بحركات جسمية غير عادية، وتكون مثل هذه الحركات الجسمية بمثابة حركات غريبة، وكثيرة، ومتكررة في بعض الأحيان حيث نجده على سبيل المثال يرفرف بيديه وذراعيه وكأنه حمامة تحلق في الفضاء، كما يكثر من القفز في المكان، ويميل إلى أن يمشى على أطراف أصابعه، أو يشد ساقيه في أحيان أخرى بصورة تجعلهما تبدوان وكأنهما متصلبتان، ويدور كثيراً في المكان ويستمر على ذلك لفترة غير قصيرة، وتكثر حركات يديه ورجليه عند استثارته، أو عندما يعنى النظر في شيء معين . إلا أن حركاته بشكل عام لا تتسم بالرشاقة سواء حركاته في المشي أو التسلق أو الاتزان، وقد تتسم حركاته بالتصلب، وقد يقف على درجات السلم بالقدمين معاً دون تبديل وذلك عند صعود السلم . وبوجه عام يفتر غالبية هؤلاء الأطفال إلى الرشاقة الحركية، واستخدام كلتا اليدين بنفس الدرجة .

وفضلاً عن ذلك فإن السلوكيات والأنشطة والاهتمامات المختلفة التي يبديها هؤلاء الأطفال غالباً ما تتسم بأنها مقيدة وذو مدى ضيق، وأنهم عادةً ما يعانون من حركات متكررة للجسم، أو حركات غير طبيعية سواء بالأصابع أو اليدين، أو غير ذلك مما قد يؤدي إلى استثارة من حولهم، إلا أنهم أحياناً ما يصل بهم الأمر إلى الإيذاء الجسدي لأنفسهم وهو الأمر الذي يعد بمثابة عدوان موجه نحو الذات . ومن

جهة أخرى قد يكون الطفل التوحدي مفرط الفاعلية أو السلبية حيث قد يظل ساكناً في مكانه وكأنه يخشى من حدوث شيء ما، أو يهاب أن يتحرك من مكانه . كما قد يصل به الأمر من جهة أخرى إلى حد النشاط الحركي الزائد أو المفرط حيث أن الأمر عندما يبدأ بنقص الحركة فإنه عادة ما ينتهي بعد ذلك بفراط الحركة . وجدير بالذكر أنه عند المقارنة بين الأطفال التوحديين من ناحية وأقرانهم المعوقين عقلياً من ناحية أخرى وذلك في النشاط الحركي المفرط اتضح أن الأطفال التوحديين يتفوقون على الأطفال المعوقين عقلياً في هذا الجانب حيث كانت الفروق دالة لصالحهم في النشاط الحركي المفرط وأبعاده .

وهناك إلى جانب ذلك سمة أخرى لها أهميتها في هذا الصدد تتمثل في الثبات على روتين معين، ومقاومة أي تغيير قد يطرأ عليه حتى وإن كان ذلك التغيير طفيفاً. ومن المعروف أن هؤلاء الأطفال يبدون في البداية عدم استقرار على أي نظام سواء في الأكل أو النوم أو اللعب، أو أي أداء سلوكي آخر، إلا أنهم عندما يتعلمون نظام معين لأداء أي شيء فإنهم يتمسكون بهذا النظام بشكل صارم، ويعملون على تطبيقه بحذافيره دون أن يطرأ عليه أدنى تغيير حتى يصل بهم الأمر إلى أن يصبحوا عبدة لهذا الروتين العقيم . وقد تحدث هذه المشكلة بطرق عديدة فقد يرفض الطفل تغيير مكان أي قطعة أثاث في المنزل ولو لبضع سنتيمترات، أو تغيير الطريق الذي يسلكه للوصول إلى مكان معين على سبيل المثال، أو تغيير الأكل الذي يتناوله حيث قد يرفض أن يأكل أكثر من نوعين أو ثلاثة من الأطعمة، أو يصر على أن يوجد شيء معين كلعبة أو زجاجة مثلاً برفقته طوال اليوم، وهكذا . وعندما يتعلم الطفل هذا الروتين، ويتمسك به، ويصر عليه فإنه يصبح مسيطراً على حياة الأسرة بأكملها وليس على حياته هو فقط .

ولا يخفى علينا ما لجداول النشاط المصورة من أهمية ملحوظة في هذا الجانب حيث يمكن من خلالها أن نحد من ذلك ، وسوف نرى أننا بعد أن نقوم بتعليم الطفل استخدام جدول النشاط المصور وإتباعه، وبعد أن يجيد الطفل القيام بذلك فإننا نقوم عادة بإعادة ترتيب الصور والأنشطة المتضمنة بالجدول فتتغير أماكنها بالتالي، ثم نعمل بعد ذلك على إضافة صور وأنشطة جديدة أو نؤلف جدولاً جديداً من جدولين موجودين معنا، ثم نقوم على أثر ذلك بتغيير أماكن الأدوات على الرف أو المنضدة ،

وهكذا . ومن جهة أخرى يمكن أن تلعب الإيقاعات الحركية المختلفة التي تتضمنها الموسيقى دوراً لا بأس به في هذا الإطار حيث قد يتطلب الأمر تغيير مكان الطفل، أو تغيير الأسلوب، أو تغيير الإيقاع، أو غير ذلك وهو ما يمكن أن يسهم كثيراً في الحد من تمسكهم الصارم بمثل هذا الروتين العقيم، أو عدم السماح بتعرضه لأي تغيير .

ويمكن أن نخلص فيما يتعلق بسلوكيات الطفل التوحدي إلى أنها عادة ما تتضمن في الغالب ما يلي وتتسم به :

- غير هادفة .
- مقيدة ذو مدى ضيق .
- حركات متكررة بالجسم .
- حركات غير طبيعية بالجسم .
- العدوان (على : الذات- الغير- الممتلكات) .
- فرط الفاعلية أو السلبية .
- التمسك بالروتين .
- الاهتمام بأشياء تافهة وبأجزاء من الأشياء .

(٤) العمليات الحسية والإدراكية :

يعتمد الأطفال التوحديون كثيراً في استكشافهم للعالم على حواسهم المختلفة وخاصة اللمس، والتذوق، والشم وإن كانوا مع ذلك يميلون إلى كل من الطعوم الكريهة من جانب، وإلى الروائح الكريهة من جانب آخر . ومن الغريب أنهم قد يستمتعون بتلك الألعاب التي تنطوي على التلامس الجسدي على الرغم من أنهم لا يحبون في الغالب أن يلمسهم أحد . ويمكن أن نرى من خلال دراستنا لجداول النشاط المصورة كيف يمكننا أن نتغلب على تلك الخاصية التي تتمثل في أنهم لا يحبون غالباً أن يلمسهم أحد . ويتضح من خلال هذه السطور القليلة السابقة أن حواسهم قد تتأثر بالمشيرات المختلفة إلى درجة أقل أو أكبر بكثير من أقرانهم وهو ما يعد بمثابة ردود فعل غير عادية للإحساسات المادية .

وإلى جانب ذلك فإن الطفل التوحدي قد يبدو وكأنه أصم حتى وإن كانت قدرته على السمع عادية، فنجد أنه على سبيل المثال يعبر الشارع غير عابئ بتلك السيارة المسرعة التي تسير نحوه، أو بصوت آلة التنبيه التي يطلقها سائق تلك السيارة، وقد لا يكثر بالأصوات المختلفة من حوله، ولا يلتفت إليها مهما كانت درجة حدتها أو شدتها، ويبدو وكأنه لا يسمعها جميعاً، بينما نجده في مواقف أخرى يسمع صوتاً منخفضاً بدرجة غير قليلة . كذلك إذا ما تمت مصادفته فإنه قد يلجأ إلى الضوضاء الشديدة وهو الأمر الذي قد يضايق المحيطين به إلى درجة كبيرة، وقد يجعل أقرانه يبتعدون عنه ويفضلون عدم الاختلاط به . كما أنه من جانب آخر قد يضع أصابعه في أذنيه، أو يغطيها بيديه وذلك عند سماع أصوات معينة حيث أن مثل هذه الأصوات ربما لا تروق له، أو أنه لا يميل إليها، ولا يفضل أن يستمع لها . ومع ذلك فإنه غالباً ما ينجذب إلى الموسيقى خاصة الخفيفة منها إلى جانب التراكيب الغريبة، إضافة إلى ما أوضحنه سلفاً من انجذابه إلى الطعوم والروائح الكريهة . وقد يكون الطفل فضلاً عن ذلك إما مفرط الحساسية للألم أو لديه نقص في حساسيته للألم فلا يشعر به بسهولة، ويخبره وكأنه لم يمر به، ولم يجربه ولذلك نجده يضرب رأسه في الحائط ، أو يضرب يده في أي شيء ثابت أمامه، أو يجرح أو يؤذي نفسه، أو يطأ بقدميه الأرض بما عليها من مصادر ألم كالشوك، أو الزجاج، أو المسامير، أو ما إلى ذلك، وهكذا . ويعتبر ذلك أيضاً تعبيراً عن ردود فعل غير عادية للإحساسات المادية وذلك عند مقارنته بأقرانه غير المعوقين أو حتى أقرانه من فئات الإعاقة الأخرى .

ومن ناحية أخرى يرى البعض أن هذا الاضطراب في جوهره إنما يعد اضطراباً في الإدراك، وأن هؤلاء الأطفال لا يستطيعون إدراك الموقف الذي يوضعون فيه، ولا حتى إدراك الخطر الحقيقي في أي موقف من تلك المواقف فقد يحاول الطفل على سبيل المثال أن يمشى على حافة السلم (الدرازين)، أو النافذة، أو أي مكان مرتفع بكل ثقة وبلا أدنى خوف من ذلك الموقف، وقد يحاول إذا ذهب إلى الشاطئ أن يدخل عرض البحر حتى وهو يرتدى ملابسه وذلك لرغبته في السباحة دون أدنى شعور بالخوف من ذلك . وقد يرجع كل هذا إلى عدم إدراك الطفل للخطر الحقيقي في تلك المواقف المختلفة التي يمكن أن يتعرض لها على مدار اليوم بأكمله .

ويمكن للوالدين أن يقوموا بعلاج كل موقف على حدة نظراً لأن الطفل التوحدي يجد صعوبة في التعميم من موقف لآخر، وبالتالي عليهما أن يعلمانه مثلاً كيفية عبور الشارع، والبعد عن النار، وأن يضعوا شبكة من القضبان الحديدية على كل نافذة، وأن يضعوا أقفالاً على الخزائن والمطبخ، وهكذا حتى يتمكنوا من إبعاده عن الخطر. وبعد العمر من الثانية إلى الخامسة هو أسوأ وقت لذلك حيث يحاول الطفل أن يقوم بكل هذه الأشياء مما يسبب إزعاجاً شديداً لوالديه، وقد يعد ذلك استكشافاً للبيئة المحيطة من جانبه. أما بعد هذا السن فيقل الخطر حيث يصبح الطفل أكثر انتباهاً للخطر، وأكثر استعداداً لطاعة الأوامر وذلك قياساً بما كان عليه من قبل، وبالتالي يمكن أن يقوموا بتعليمه التصرف في تلك المواقف المختلفة.

ويمكن أن نخلص إلى أن الطفل التوحدي عادة ما تكون ردود فعله غير عادية للإحساسات المادية حيث أنه دائماً ما يتسم بما يلي :

- يكون مفرط الحساسية للألم أو يكون لديه قصور في ذلك .
- ردود فعله للمثيرات المختلفة تكون أقل أو أكثر من غيره (إفراط - قصور).
- يبدو وكأنه أصم .
- يلجأ إلى الضوضاء الشديدة عندما يضايقه أحد .
- قد يضع أصابعه في أذنيه أو يغطيها عند سماع أصوات معينة .
- قد يستمتع ببعض الألعاب التي تتضمن التلامس الجسدي .
- ينجذب إلى الموسيقى خاصة الخفيفة منها .
- لا يحب في الغالب أن يلمسه أحد .
- لا يقدر الخطر أو يهابه .

وفيما يتعلق بتلك الفروق التي يمكن أن توجد بين الأطفال التوحديين وأقرانهم الصم والتي يكون بوسعنا أن نقوم بموجبها بالتمييز بينهما فإن بإمكاننا أن نوجزها في عدد من النقاط على النحو التالي :

- الأطفال الصم لا يسمعون في كل المواقف .
- الأطفال التوحديون يسمعون في مواقف ولا يسمعون في أخرى .
- عند استثارة الأطفال التوحديين فإنهم عادة ما يعمدون إلى الضوضاء وإصدار أصوات عالية .

- يميل الأطفال التوحديون إلى سماع الموسيقى وخاصة الخفيفة منها، وعادة ما يكون للموسيقى تأثير إيجابي كبير عليهم .
- يضع الأطفال التوحديون أصابعهم في أذانهم عند سماع أصوات معينة .

(٥) اللعب :

من الجدير بالذكر أن الطفل التوحدي يفتقر في السنوات الأولى من عمره إلى الكثير من أشكال اللعب الاستكشافي . وعندما يتناول اللعب والأشياء المختلفة فإنه يلعب بها بطريقة غير مقصودة، وبقليل من التنوع والإبتكارية والتخيل . كما تقل المظاهر الرمزية في ألعابه إلى حد كبير حيث يتسم الطفل التوحدي بنقص أو قصور في اللعب التلقائي أو التخيلي، ولا يبدي أي مبادرات للعب التظاهري أو الإيهامي *make- believe* كما أنه لا يستطيع من ناحية أخرى أن يقلد أفعال الآخرين، أو يقلدهم في ألعابهم حيث يتم لعب الطفل هنا بشكل نمطي، وتكراري، ويسير على وتيرة واحدة . كذلك فهو يحاول أن يستكشف الأشياء المختلفة بغرض الشعور بالمشاعر البسيطة التي تبعث فيه سعادة كبيرة؛ فالسيارة (اللعبة) ليست سوى شيء بارد، وصلب، وتصدر صوتاً عندما تسير على الأرض .

وإذا كان الطفل غير المعوق يكتشف العالم عن طريق اللعب حيث تنمو لغته وفهمه للعالم من حوله، ثم يبدأ في استخدام الألعاب لترمز إلى ما حوله من أشياء حقيقية (اللعب الرمزي)، فإن الأمر لا يكون كذلك بالنسبة للطفل التوحدي فهو عندما يمك باللعبة لا يتخيلها على أنها ترمز إلى الشيء الحقيقي من حوله، ولكنه يرميها لسمع صوت ارتطامها بالأرض، أو ليضعها في صف مع غيرها من اللعب، أو يمسكها دون أن يعرف كيف يلعب بها . وعندما يكبر الطفل قليلاً فإنه يجد بعض المتعة في ألعاب التركيب أو ما تعرف بالألعاب التركيبية حيث يستمتع بتركيب القطع معاً دون النظر إلى ماذا يبني . ولذلك فإن مثل هذا الأمر قد دفع بالكثيرين إلى القول بأن الطفل التوحدي لا يتجاوز في نموه العقلي المعرفي المرحلة الفرعية السادسة (بداية التفكير) من المرحلة الأولى التي حددها بياجيه Piaget في نظريته عن النمو العقلي والتي تعرف بالمرحلة الحس حركية *sensorimotor stage* حيث أن المرحلة الفرعية الأولى (ما قبل الفكر الإدراكي) *pre conceptual* من المرحلة الثانية (مرحلة ما قبل العمليات) *pre operations* تعني بالتفكير الرمزي،

وتسود خلالها الألعاب الرمزية فإذا كان الطفل يواجه قصوراً في مثل هذه الألعاب، وهذا التفكير فإنه في الغالب لا يمكن أن يكون قد وصل إلى مثل هذه المرحلة وإلا كان من الممكن له أن يتغلب على تلك الأمور. وإذا كانت اللغة هي ذلك النسق الرمزي أو ذلك النسق العفوي من الرموز فإن القصور اللغوي الذي يعانيه الطفل منه إنما يعكس في الواقع ذلك القصور الرمزي لدى الطفل التوحدي. ومن جهة أخرى فنحن نرى أنه إذا كان الطفل التوحدي يمسك باللعبة ويلقي بها على الأرض لا لشيء إلا لسمع صوت ارتطامها بالأرض فإن ذلك إنما يتشابه مع ما يحدث خلال المرحلة الفرعية الثالثة من المرحلة الأولى وهي ما تعرف برود الفعل الدائرية الثانوية والتي عادة ما تحدث بين سن أربعة شهور إلى سن ثمانية شهور من العمر والتي يقوم الطفل خلالها بتكرار نفس الفعل مرة أخرى حتى يحصل على نفس الآثار الشيقة التي قد تترتب عليه كما هو الحال عندما يمسك بالشخصيخة ويهزها فإن تكرار الفعل آنذاك إنما يتمثل في الحصول على ذلك الصوت الشيق الذي يترتب على هزها. ومن جهة أخرى فإن نظرية العقل أو المعرفة تثبت أن هذا الطفل لا يمكنه أن يضع نفسه موضع شخص آخر، أو ينظر إلى الأمور من هذه الزاوية، أو يدرك وجهات نظر الآخرين، أو نواياهم، أو انفعالاتهم، أو الحالات الانفعالية الخاصة بهم وهو الأمر الذي يؤكد على قصور واضح في قدرتهم على أخذ الدور وفقاً لما يراه وروبرت سيلمان Robert Selman في نظريته عن أخذ الدور والتي يرى فيها أن الطفل غير المعوق عادة ما يصل إلى مرحلتها الرابعة والأخيرة في سن الثانية عشرة فيضع نفسه بذلك موضع شخص آخر، وينظر إلى الأمور بعيني هذا الشخص الآخر، ويحكم على الأمور المختلفة من هذا المنطلق. وعلى هذا الأساس فنحن نرى أن مستوى النمو العقلي للطفل التوحدي قد يتراوح بين المرحلة الفرعية الثالثة من المرحلة الأولى إلى المرحلة الفرعية الأولى من المرحلة الثانية. إلا أن الأمر لا يزال في حاجة إلى إجراء المزيد من الدراسات حتى يمكننا أن نتحقق من ذلك، وأن نتبين حقيقة هذا الأمر.

ومن ناحية أخرى وبسبب ضعف اللغة، والتخيل لدى الطفل التوحدي فإنه غالباً لا يستطيع الاندماج في اللعب مع الأطفال الآخرين. وعندما يؤدي الطفل لعبة معينة ويجيدها ويصبح بارعاً في أدائها فإنه يؤديها كل مرة دون أي محاولة لتطوير طريقة اللعب حيث يتسم الطفل بعدم القدرة على اللعب الإبتكاري من ناحية، ويتمسكه

الصارم بالروتين من ناحية أخرى . هذا ويمكن استغلال تفاعل أعضاء الأسرة أثناء اللعب مع الأطفال كجانب تعويضي للقصور الذي يبديه الأطفال التوحديون في اللعب وحتى يتمكنوا (أي الطرفان) من خلال ذلك من تنمية السلوك التكيفي والأداء الاجتماعي بشكل عام للأطفال التوحديين حيث يمكن لتلك التفاعلات الأسرية مع الأطفال التوحديين أثناء اللعب أن تساعد هؤلاء الأطفال على أن يبادروا بالتفاعلات خلال مواقف اللعب وهو ما يعد تعويضاً عن القصور الذي يبديه مثل هؤلاء الأطفال في هذا الجانب بطبيعة الحال . كذلك فإن من شأنها أن تؤدي أيضاً إلى حدوث تحسن في السلوك التكيفي والأداء الاجتماعي لهؤلاء الأطفال بشكل عام . فضلاً عن ذلك يمكن أن تلعب الموسيقى كما أوضحنا منذ قليل دوراً هاماً وبارزاً في هذا الصدد .

ويمكن أن نخلص في هذا الإطار إلى أن الطفل التوحدي عادة ما يتسم بما يلي :

- يفتقر إلى الكثير من أنواع اللعب الاستكشافي .
- تقل المظاهر الرمزية في أعباءه إلى حد كبير .
- لا يبدي أي مبادرات للعب التظاهري أو الإيهامي .
- لا يستطيع أن يقلد أفعال الآخرين أو أعباءهم .
- يلعب بشكل نمطي وتكراري .
- يتناول اللعب بطريقة غير مقصودة وبقليل من التنوع والابتكارية والتخيل .
- لا يتناول اللعبة كي ترمز إلى شيء آخر بل ليرميها مثلاً ويسمع صوت ارتطامها، أو ليضعها مع اللعب الأخرى في صف .
- عندما يكبر يجد متعة في اللعب التركيبي دون إدراك لما يقوم به .
- يرفرف بالذراعين أو حتى بالأصابع .
- يميل إلى الحركات الدائرية .
- يجد متعة في تدوير الأشياء .

خامساً : اضطراب التوحد كأحد أنماط اضطرابات طيف التوحد

يعد اضطراب التوحد بمثابة اضطراب نمائي عام أو منتشر، وعادة ما تكون بدايته قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره، أما الاضطرابات المرتبطة به فيتم تشخيصها بعد ذلك أي بعد هذا السن، كما أنه غالباً ما يحدث عدم تأكد في البداية

حول طبيعة هذا الاضطراب الذي يعاني الطفل منه . هذا ويدل اضطراب طيف التوحد *autism spectrum disorder ASD* في الأساس على وجود إعاقة نوعية للتفاعل الاجتماعي والتواصل. وغالباً ما يتسم بوجود أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة نمطية مقيدة وتكرارية . وإلى جانب ذلك فإن اضطراب التوحد واضطرابات طيف التوحد تتضمن عدداً من الاضطرابات المحددة وهي ما يمكننا أن نحددها كما يلي :

١- الاضطراب التوحدي *autistic disorder* هو أول أنماط اضطرابات طيف التوحد ويعد هو أكثرها انتشاراً، ويمثل محور الحديث حول ذلك الاضطراب . وقد اكتشفه كانر Kanner عام ١٩٤٣ ولكن كان يتم النظر إليه على أنه شيء آخر .

٢- متلازمة أو زملة أسبرجر *Asperger syndrome* وهي ما تعرف كذلك باسم اضطراب أسبرجر *Asperger`s disorder* وعادة ما نجد أن مثل هذه المتلازمة تشبه اضطراب التوحد ذي المستوى البسيط ، ولكنها مع ذلك لا تتضمن أي تأخر ذي دلالة في الجانب المعرفي واللغوي . وقد اكتشفه هانز أسبرجر H. Asperger, عام ١٩٤٤ .

٣- اضطراب ريت *Rett`s disorder* ويصيب البنات فقط ، وفيه تمر البنات بفترة نمو طبيعية تستمر ما بين خمسة شهور إلى أربع سنوات يتبعها حدوث نكوص تفقد البنات على أثره كل ما اكتسبته سابقاً من مهارات حتى الاستخدام الغرضي لليدين، كما أنه يكون مصحوباً بالإعاقة العقلية الفكرية .

٤- اضطراب الطفولة التفككي أو النفسخي *childhood disintegrative disorder* ويمر الطفل فيه بفترة نمو عادية منذ ولادته، وعادة ما تستمر تلك الفترة لمدة تتراوح بين عامين إلى عشرة أعوام يتبعها عادة فقد دال لتلك المهارات التي يكون قد اكتسبها من قبل .

٥- اضطراب نمائي عام أو منتشر غير محدد في مكان آخر *Pervasive developmental disorder nototherwise specified PDD-NOS* وفيه يحدث تأخر عام أو منتشر في النمو لا يمكن تشخيصه تحت أي فئة تشخيصية أخرى.

وهناك فئة فرعية أخرى من اضطراب طيف التوحد كما يرى هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman ٢٠٠٧) تعرف بالعالم التوحدي أو الذي يعاني من اضطراب طيف التوحد *autistic savant*. وقد يعاني هذا الشخص في الواقع من مستوى شديد نسبياً من اضطراب التوحد فيبدو عليه تأخر نمائي خطير في الأداء الوظيفي العقلي والاجتماعي الكلي . ومع ذلك فإن الفرد الذي يعاني من تلك الحالة غالباً ما يبدي قدرة متميزة في تلك المهارات التي تتعلق بجزئية صغيرة أو شريحة من مجال معين، وهي تلك المهارات التي يتم عزلها عن باقي قدرات الفرد . وقد تكون لدى هذا الفرد قدرات غير عادية في عزف الموسيقى، أو الرسم، أو الحساب . ونظراً لأن كل هذه الاضطرابات تعتبر نادرة الحدوث حتى عندما نضمها معاً في فئة واحدة، ونظراً لتداخل تلك الخصائص المميزة لها مع بعضها البعض بشكل كبير فإننا لم نتعرض لها بالمناقشة تحت عناوين مستقلة . هذا وتقدم الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA محكات تشخيصية معينة لاضطراب التوحد والاضطرابات الأخرى المرتبطة به وذلك في دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي الذي أصدرته تلك الجمعية. ورغم ذلك فإن المركز القومي للبحوث (٢٠٠٠) NRC يحذر من أن اضطراب التوحد يمكن النظر إليه ووصفه بشكل أفضل على أنه يعد بمثابة طيف من الاضطرابات التي تختلف في مدى حدة أعراضها، وعمر الطفل عند بداية الاضطراب، والارتباط مع الاضطرابات الأخرى كالإعاقة الفكرية، أو التأخر اللغوي، أو الصرع على سبيل المثال. كذلك فإن أعراض اضطراب التوحد قد تختلف من طفل إلى آخر حتى أنها قد تختلف عند نفس الطفل من وقت إلى آخر حيث لا يوجد سلوك واحد معين عادة ما يعتبر هو الذي يدل على ذلك الاضطراب، كما أنه لا يوجد من جانب آخر أي سلوك معين يمكن من خلاله استبعاد تشخيص اضطراب التوحد عند الطفل على الرغم من وجود شروط عامة ثابتة تستخدم في سبيل تشخيص هذا الاضطراب لدى الأطفال وخاصة فيما يتعلق بأوجه القصور الاجتماعية . وقد تتراوح بذلك الأعراض الدالة على اضطراب التوحد من المستوى البسيط وحتى المستوى الشديد حيث تتفاوت درجات هذا الاضطراب من فرد إلى آخر مثلما يحدث مع تفاوت درجات الاضطرابات السلوكية بين مختلف الأفراد، أو بالنسبة للشلل الدماغي، *cerebral palsy CP* أو الإعاقة

الفكرية، أو أي قدرة أخرى خاصة لدى مختلف الأفراد، أو غيرها من حالات الإعاقة الأخرى .

وجدير بالذكر أن الأفراد التوحديين يختلفون ويتباينون بدرجة كبيرة فيما يتعلق بقدراتهم الخاصة أو حتى بجوانب القصور التي يعانون منها حيث يعاني معظمهم من الإعاقة الفكرية كإعاقة إضافية . ومع ذلك فهناك الكثيرون ومعظمهم من متلازمة أسبرجر على وجه التحديد يعدون مرتفعي الذكاء وحتى مرتفعي التحصيل . وحتى وقت قريب كان الأطفال الذين يعانون من مستوى شديد من اضطراب التوحد يعدون هم محور الاهتمام عند الحديث عن اضطراب طيف التوحد . ومن المعروف أن مثل هؤلاء الأطفال يتسمون بإعاقتهم الفكرية، وانشغالهم الزائد بالأشياء، والإثارة الذاتية، والإيذاء الشديد للذات، والقصور الاجتماعي . ومع ذلك فإن هناك عدداً كبيراً من الأطفال التوحديين يعانون من أنماط بسيطة من الاضطراب ذات مستويات بسيطة في شدتها، ويكونوا بالتالي قادرين على القيام بأداء وظيفي شبه عادي في المجتمع . هذا وقد شهد المستوى البسيط من اضطراب طيف التوحد اهتماماً وتركيزاً كبيرين منذ منتصف التسعينيات من القرن الماضي أي منذ منتصف العقد الماضي . وعلى وجه الخصوص فقد شهد ذلك النمط من اضطراب طيف التوحد المعروف بمتلازمة أسبرجر AS الاهتمام الأكبر.

الخصائص الأولية المميزة لذوي اضطرابات طيف التوحد

مع وضع مثل هذا الأمر الذي أشرنا إليه في النقطة السابقة في أذهاننا يمكننا أن نقوم كما يشير هالاهان وكوفمان (٢٠٠٧) Hallahan & Kauffman بتلخيص بعض الخصائص الأولية المميزة لأولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد والاضطرابات المرتبطة به وهو ما يعرف باضطراب طيف التوحد . ومن أهم هذه الخصائص ما يلي :

- أوجه القصور الاجتماعية :

من الجدير بالذكر أن أوجه القصور الاجتماعية إنما تعد في الأصل بمثابة الخاصية الأساسية المميزة لاضطراب التوحد وذلك منذ العام الأول من حياة أولئك الأطفال حيث غالباً ما يلاحظ آباء هؤلاء الأطفال أنهم لا يستجيبون بشكل طبيعي

عندما يقبل أحد الوالدين على أي منهم ويقوم بحمله أو بمداعبته . كذلك فإنهم قد يبدون اهتماماً ضئيلاً بالآخرين، وقد لا يبدون أي اهتمام بهم، ولكنهم ينشغلون بتلك الأشياء التي غالباً ما تكون تافهة . كذلك فإنهم عادة لا يتعلمون اللعب بطريقة طبيعية. وفي الواقع تستمر مثل هذه الخصائص لدى الطفل وتدمج فتمنعه بالتالي من تطوير أو إقامة أي تعلق بوالديه، أو تكوين صداقات مع أقرانه حيث يظل تعلقه بالأشياء هو السائد، ومن ثم يترك الطفل بالأشياء لا الأشخاص . ومع ذلك فإن بعض الأطفال التوحديين وليس كلهم قد تتحسن قدرتهم على الارتباط بالآخرين مع زيادة عمرهم ووصولهم إلى مرحلة الطفولة المتأخرة أو المراهقة . وبالرغم من ذلك فإنه حتى أولئك الأطفال الذين قد تتحسن قدرتهم هذه يبدون في واقع الأمر غير قادرين على إدراك تلك الفروق الدقيقة في العلاقات الاجتماعية، أو إدراك العديد من المعاني الاجتماعية العادية، ومن ثم فإنهم بطبيعة الحال يبقون بعيدين عن الآخرين من الناحية الاجتماعية، ولا يكونوا قادرين على إقامة علاقات حميمة معهم، ولا حتى الاحتفاظ بما يكون قد تم تكوينه من علاقات والإبقاء عليها .

- قصور التواصل :

غالباً ما يتضمن اضطراب التوحد حدوث قصور في التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي. وفي هذا الصدد فإننا نلاحظ أن حوالي نصف الأطفال التوحديين لا تنمو لديهم اللغة على الإطلاق حتى يتمكنوا من استخدامها بشكل وظيفي، أو أن هذا الكم من الأطفال لا يتمكن من القيام بالاستخدام الوظيفي للغة . كما يتسم الأطفال التوحديون أيضاً بعدم قدرتهم على التواصل البصري، وعجزهم عن إدراك وتفسير الانفعالات المختلفة أو النوايا التي يمكن التعبير عنها من خلال أعين الآخرين وتعبيرات وجوههم . كما أنهم لا يتمكنون من استخدام تعبيرات الوجه للتعبير الفعال أو الدقيق عن مشاعرهم . ومن ناحية أخرى فإن بعض هؤلاء الأطفال قد تتطور لديهم اللغة ويمكنهم بالتالي أن يعرفوا بعض المفردات اللغوية، ومع ذلك توجد لديهم بعض أوجه القصور العديدة في اللغة الشفوية وذلك من حيث المحتوى، وارتفاع الصوت، ومعدله، وطريقة النطق . وقد يبدو حديثهم وكأنه آلي، كما أنهم قد يبدون ما يعرف بالترديد المرضي للكلام *echolalia* أي التكرار الببغائي لما يستمعون إليه من كلمات متعددة ومختلفة .

وفضلاً عن ذلك فقد يعكس مثل هؤلاء الأطفال الضمانر المختلفة إذ أنهم على سبيل المثال قد يخلطون بين (أنا) و (أنت)، وقد يشير الواحد منهم بجانب ذلك إلى نفسه مستخدماً ضمير الغائب (هو) أو (هي) بدلاً من ضمير المتكلم (أنا). كما أن استخدام اللغة كأداة للتفاعل الاجتماعي يعتبر بطبيعة الحال أمراً صعباً بالنسبة لمعظم الأطفال التوحديين. ومع أن بعض هؤلاء الأطفال قد يكتسبون اللغة أو على الأقل بعض المفردات اللغوية *vocabulary* فإنهم قد لا يستخدمونها بشكل صحيح، وقد يجدون صعوبة كبيرة في استخدامها في التفاعلات الاجتماعية المختلفة نظراً لعدم قدرتهم على الوعي بردود فعل من يستمعون إليهم، وإدراكها بصورة صحيحة فقد لا يدركون في هذا الصدد على سبيل المثال أن أولئك الأفراد الذين يتحدثون إليهم لا يهتمون بكل هذه التفاصيل التي يتحدثون عنها والتي يحفظونها عن ظهر قلب .

- السلوك النمطي المحكوم بطقوس معينة :

يعتبر السلوك النمطي الذي تحكمه طقوس معينة من أهم الخصائص المميزة للأطفال التوحديين، وكذلك الحال بالنسبة للعدوان الموجه نحو الآخرين والعدوان الموجه نحو الذات أي الذي يؤدي إلى إيذاء الذات . وفي واقع الأمر فإن مشكلات السلوك التي ترتبط باضطراب التوحد تعد كثيرة ومتنوعة، كما أنها تصبح ثابتة ودائمة بالنسبة للحالات الشديدة من هذا الاضطراب مما يؤدي إلى الحد بدرجة كبيرة للغاية من تلك الخيارات التي تتاح أمام الطفل للتعلم والتفاعل الاجتماعي . ومع ذلك فإننا ينبغي ألا ننسى أن المشكلات السلوكية لا تعد أمراً مميزاً للأطفال التوحديين فحسب حيث أننا في الواقع نلاحظ أن هناك العديد من هذه المشكلات تظهر في العديد من الحالات المختلفة للإعاقة .

- الانشغال بالأشياء وتقييد الاهتمامات :

تعد هذه الخاصية كما يرى أدريون وستيلا (٢٠٠١) Adreon& Stella ومايليز وسمبسون (٢٠٠١) Myles& Simpson من أهم الخصائص المميزة للأطفال التوحديين حيث قد يلعبون بشيء معين لعدة ساعات في المرة الواحدة أو يظهرون اهتماماً مفرطاً بالأشياء المصنوعة من شيء معين، وقد يتغير هذا الحال

على أثر حدوث أي تغيير في البيئة المحيطة كحدوث شيء معين في المكان الذي يوجد الطفل فيه أو في المنزل أو الفصل، أو حدوث أي تغيير ولو طفيف في الروتين المعهود . وبذلك فإن بعض الأفراد التوحديين يبذون تمسكاً كبيراً بالإبقاء على نفس الشيء أو الروتين، ويواجهون صعوبة كبيرة للغاية حال حدوث أي تغيير أو حتى تحرك أو انتقال في المكان .

متلازمة أسبرجر

تتمثل المشكلة الأساسية أو المحورية في متلازمة أسبرجر كغيرها من أنماط الاضطرابات التي تندرج تحت اضطرابات طيف التوحد في الإعاقة الكيفية للتفاعلات الاجتماعية . ومن ثم فإن المشكلة الرئيسية بالنسبة لأولئك الأفراد ممن يعانون من هذه المتلازمة إنما تبدو في واقع الأمر في أن التلميذ قد لا يفهم ما يسميه *hidden curriculum* أي تلك المهارات الاجتماعية التي لا يتم تعليمها للأطفال بشكل مباشر، ولكنه يكون من المفترض أن يعرف كل منهم تلك القواعد الاجتماعية أو التقاليد التي يتعلمها غالبيتنا بشكل عرضي وهو الأمر الذي يجعلهم أكثر عرضة للغضب من الراشدين، والرفض من الأقران وخاصة أولئك الأقران الذين لا يكون بمقدورهم أن يفهموا مثل هذا السلوك غريب الأطوار من جانبهم أو ذلك السلوك الذي يعكس قصوراً اجتماعياً يميز أولئك الأطفال، أو المراهقين الذين يعانون من تلك المتلازمة . ومن الأمثلة المتعددة لما أطلق عليه المنهج الخفي والتي قد يحتاج الأطفال من ذوي متلازمة أسبرجر أن يتعلموها ما يتعلق بكيفية التعامل مع الأطفال الآخرين، وتكوين الصداقات، والحفاظ على الأصدقاء، وعدم التدخل في شئونهم الخاصة، وإجراء الحوارات والمحادثات مع الآخرين والنظر في أعينهم .

ومما لا شك فيه أن التلاميذ ذوي متلازمة أسبرجر يحتاجون إلى أن يتعلموا المهارات الاجتماعية بشكل صريح وهو الأمر الذي يتم بالنسبة للأطفال العاديين بشكل غير مباشر أو عرضي . ومما يؤكد على ضرورة أن يتم تعليم مثل هذه المهارات لمن يعانون من تلك المتلازمة بشكل مباشر أنهم يخرقون القواعد المختلفة التي تحكم مختلف السلوكيات، ويدخلون على أثر ذلك في مشاكل متعددة مع

الراشدين ومع الأقران مما قد يعرضهم للعزلة بعد ذلك . وعلى هذا الأساس فإن مثل هذا الأمر ينبغي أن يمثل جانباً أساسياً في برنامج تعليم هؤلاء الأطفال والمراهقين وذلك من خلال الاستعانة بأنماط معينة من الأنشطة التي يمكنهم أن يفهموها، وأن يقوموا بالتالي بالأداء الوظيفي المتوقع في البيئة المحيطة .

ومن الجدير بالذكر أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد يخبرون في الواقع كما يرى جرودين وآخرون (Grodén et al. 1994) القلق، والضغط، وغيرهما من الحالات الداخلية التي نشترك فيها جميعاً كبشر. وفي واقع الأمر فإننا عادة ما نجد أن كلا من القلق والاكتئاب يعدان كما يشير وليامز (Williams 2001) من أكثر تلك الحالات شيوعاً بين ذوي متلازمة أسبرجر. ونظراً لأن عدداً لا بأس به من هؤلاء الأفراد يمكنهم أن يقوموا بوصف خبراتهم الشخصية فإن ذلك يصبح من شأنه كما يرى والتر- توماس (Walther- 2001) Thomas وجراندين (Grandin 1995) وساكنس (Sacks 1995) أن يساعدنا على فهم الكثير عن طبيعة هذا الاضطراب أيضاً .

أما عن معدلات الانتشار فقد كانت هناك تقارير عن معدلات انتشار اضطراب التوحد تؤكد أنه ينتشر بمعدل سبع حالات ونصف لكل عشرة آلاف طفل، إلا أن التقارير الحديثة أكدت أنه ينتشر بمعدل حالة واحدة لكل مائتين وخمسين حالة ولادة، وأنه يحدث بين البنين بشكل يفوق معدل حدوثه بين البنات بمقدار أربعة أضعاف أي بنسبة ٤ : ١ ، كما أنه لا يعد ظاهرة خاصة ببلد معين فحسب حيث يتعرض له الأطفال من كل أنحاء العالم، كما أنه يحدث بين الأطفال من ذوي نسب الذكاء المختلفة وإن كان غالبية الأطفال التوحديين وذلك بنسبة تزيد عن ٨٠ % بل وتزيد عن ٩٠ % بحسب التقارير الحديثة في هذا الصدد يعد مستوى ذكائهم في حدود الإعاقة الفكرية . وهناك اضطرابات أخرى إلى جانب الإعاقة الفكرية كصعوبات التعلم، أو الصرع، أو الاضطرابات السلوكية يمكنها في الواقع أن تصاحب اضطراب التوحد أي أن تتزامن معه . كما تشير التقارير أيضاً إلى أن كل اضطرابات طيف التوحد مجتمعة تحدث بمعدل أربعين حالة لكل عشرة آلاف طفل أي بنسبة تصل تقريباً إلى حوالي ٠,٥ % من المجموع العام للسكان، أما متلازمة أسبرجر فتحدث بمعدل حالة واحدة أو حالتين لكل عشرة آلاف طفل. ومع ذلك فهناك

زيادات واضحة في معدلات انتشار اضطراب التوحد والاضطرابات المرتبطة به وهو الأمر الذي يعكس جودة في فهمنا لذلك الاضطراب وفي تشخيصنا له وهو الأمر الذي أدى إلى اختلاف معدلات الانتشار الخاصة بتلك الاضطرابات فأصبحت كما تشير التقارير الحديثة أمراً مختلفاً حيث وصلت عام ٢٠٠٣ بالنسبة لاضطراب التوحد إلى حالة واحدة لكل مائتين وخمسين حالة ولادة .

أهم الخصائص المميزة لمتلازمة أسبرجر

يذهب هالاهان وكوفمان (٢٠٠٧) Hallahan & Kauffman إلى أن هناك بعض الأمور الهامة التي تمثل أهم الخصائص المميزة لمتلازمة أسبرجر . ووفقاً لما يرياه فإن من أهم هذه الأمور أو الخصائص ما يلي :

١- قصور التفاعلات الاجتماعية

يتمثل السبب الرئيسي في أن أولئك الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر يجدون صعوبة أكبر في إقامة التفاعلات الاجتماعية في عدم مهارتهم في قراءة تلك الإشارات الاجتماعية إذ يبدو أنهم أحياناً ما يظهرون في الحقيقة وكأنه لا توجد أمامهم أي إشارات يمكن أن تسهم في تشكيلهم للسلوك الاجتماعي الملائم . ونظراً لأنه عادة ما يكون بإمكانهم أن يستخدموا اللغة فضلاً عن كونهم أذكاء يصبح من السهل أن يأخذ الآخرون الانطباع بأنهم لا يراعون إرادتهم آداب المعاشرة الاجتماعية أو ما يعرف بقواعد الذوق والتصرف أو الإتيكيت . *etiquette* وعندما يبتعد مثل هؤلاء الأطفال الذين يعانون من متلازمة أسبرجر عن المحيطين بهم فإنهم يصبحون منبوذين أكثر من جانب جماعة الرفاق مما يجعل من الصعب عليهم تكوين الأصدقاء، والاحتفاظ بهم وبمثل هذه الصداقات، والتفاعل مع الآخرين في مكان العمل .

ويذهب مايليز وسمبسون (٢٠٠١، ٢٠٠٣) Myles & Simpson إلى أن أساس المشكلات الاجتماعية التي يتعرض لها الأفراد الذين يعانون من اضطراب أو متلازمة أسبرجر *Asperger* إنما يرجع في الأساس إلى ما يعرف بفكرة المنهج أو المنهاج الخفي . ويشير المنهاج الخفي *hidden curriculum* إلى تلك الأوامر

والنواهي التي تتضمنها حياتنا اليومية والتي يتعلمها معظم الأفراد بطريقة عرضية *incidentally* أو عن طريق قدر محدود من التعليم من قبل الآخرين . وتمثل تلك الأوامر والنواهي سلوكيات أو أساليب للتصرف يأخذها معظمنا كمسلّمات .

ومن الملاحظ أن مثل هذه القواعد في كيفية التفاعل أو إقامة التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين بالنسبة لأولئك الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر *Asperger* تبقى أو تظل خفية، وما يجعل الأمر برمته يبدو أكثر صعوبة لهؤلاء الأفراد إنما يتمثل في أن ذلك المنهج الخفي يمكن أن يختلف في العديد من المواقف المختلفة أي أنه يختلف بذلك باختلاف المواقف التي يوجد الطفل فيها ولا يظل هو نفسه في كل هذه المواقف . ومن هذا المنطلق فإن المنهج الخفي خارج المدرسة إنما يعد في واقع الأمر بمثابة موضوع أكبر من ذلك بكثير حيث يختلف بطبيعة الحال من موقف إلى آخر حتى إذا ما كان محتوى كثير من تلك المواقف متشابه في جوهره .

وبإلى جانب الخجل الاجتماعي فإن الأفراد ذوي متلازمة أسبرجر يميلون أيضاً إلى تفسير ما يقوله الآخرون حرفياً . ويقول أحد الأشخاص الذي كان يعاني من متلازمة أسبرجر أنه عانى كثيراً من التفسير الحرفي للكلام حيث يقول إن أحد أصدقائه قال أنه يشعر بميل إلى البيّنزا، فتساءل عما يمكن أن يعنيه ذلك، ولكنه لم يفهم المقصود منه إلى أن التحق بالكلية فأدرك أن صديقه كان يشعر بميل إلى أن يأكل البيّنزا . وهنا أدرك أن المصطلحات كانت تمر عليه في ذلك الوقت ولكنه كان يتركها حتى يقوم بدراستها قبل أن يقول شيئاً سخيفاً، ولكنها كانت تتطلب تفكيراً إضافياً من جانبه كي يحدد ماذا يعني المصطلح، وكيف يمكنه أن يفسره .

٢- قصور مهارات التواصل

يرى ميسيبوف وشيا وآدمز (٢٠٠١) Mesibov, Shea, & Adams أنه طبقاً للمعايير التشخيصية التي تحددها الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA فإن متلازمة أسبرجر لا تتضمن تأخراً عاماً في اللغة ذا دلالة من الناحية الإكلينيكية، ومع ذلك فإن العديد من الممارسين *practitioners* والباحثين يؤكدون على أن هذه العبارة مضللة إذ أن أولئك الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر عادة ما يكون بوسعهم التعبير عن أنفسهم باستخدام تلك المفردات اللغوية والقواعد النحوية التي

تناسب أعمارهم، ولكنهم مع ذلك يستخدمون العديد من المفردات اللغوية الخاصة والسلوكيات المرتبطة باللغة . كذلك فإنهم غالباً ما يعانون من مشكلات تتعلق بالاستخدام الاجتماعي للغة، فقد يتحدثون مثلاً باستخدام الصوت غير العادي مثل النغمة المفردة الوتيرية، *monotone* ويتحدثون بصوت مرتفع جداً، أو بسرعة كبيرة جداً، أو ببطء شديد جداً، ولا يكونوا ماهرين في أخذ الأوار في المحادثة، ويستخدمون المونولوج *monologue* أو يكررون نفس الشيء مراراً وتكراراً . وفي هذا الإطار فإن المهارات الخاصة بالاستخدام الاجتماعي للغة لدى الأفراد الذين يعانون من متلازمة أسبرجر تتنابها الكثير من المشكلات الحادة والعامّة أو المنتشرة. كما أن مثل هذه المشكلات تمتد أيضاً كما يرى مايليز وسمبسون (٢٠٠٣) Myles & Simpson إلى مهارات التواصل غير اللفظي، ومن أمثلة ذلك الوقوف بالقرب من شخص آخر بصورة أكثر من المعتاد قبولها، والنظر أو الحملقة في شخص معين لفترة طويلة، والإبقاء على وضع غير عادي للجسم، وعدم القدرة على الاتصال بالعين، أو إظهار الوجه بصورة غير معبرة مما قد يترتب عليه الفشل في إبداء الاهتمام، أو إبداء التقبل وعدم التقبل فضلاً عن الفشل في استخدام أو فهم الإيماءات والتعبيرات الوجهية المختلفة .

نحو نظرية موحدة لاضطراب التوحد

وفقاً لما يراه ويذهب إليه هالاهان وكوفمان (٢٠٠٧) Hallahan & Kauffman يشير كل من فريث (٢٠٠٣) Frith والمركز القومي للبحوث (٢٠٠١) *National Research Council* وفولكلمر وبولز (٢٠٠٣) Volkmar & Pauls إلى أنه على الرغم من وجود العديد من الخصائص السلوكية والبيولوجية والسلوكية التي يتم عزوها إلى أولئك الأفراد ذوي اضطرابات طيف التوحد فإن بعض الباحثين قد حاولوا تقديم نظريات يمكن أن تفسر كثيراً من السلوكيات التي تصدر عنهم . وهناك ثلاث نظريات رئيسية تتناول أوجه القصور التي يمكن أن تحدث من جراء المشكلات المختلفة في كل مما يلي :

١- الوظائف التنفيذية .

٢- الترابط أو التماسك المركزي الضعيف .

٣- نظرية العقل أو المعرفة .

ومع أنه من غير الممكن أن يتم من خلال أي واحدة فقط من هذه النظريات الثلاث في حد ذاتها ودون غيرها تفسير جميع المشكلات العديدة التي يبديها هؤلاء الأفراد، إلا أننا إذا ما عدنا إلى هذه النظريات معاً فإنها سوف تساعدنا في البدء بتكوين صورة مركبة لاضطرابات طيف التوحد .

١- الوظائف التنفيذية *Executive Functions*

ذكرنا أن الكثير من الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الحركي المفرط *ADHD* يواجهون العديد من المشكلات في السلوكيات الموجهة ذاتياً . وعادة ما يشار إلى مثل هذه السلوكيات الموجهة ذاتياً على أنها وظائف تنفيذية تتضمن أشياء عديدة مثل الذاكرة العاملة، والتنظيم الذاتي للانفعالات، والقدرة على التخطيط للأمام . وباستخدام فنيات التصوير النيورولوجي (الأشعة) تم التوصل إلى وجود شذوذ في مناطق ثلاث بالمخ وذلك لدى أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب الانتباه والنشاط الحركي المفرط . ويأتي الشذوذ في الفصوص الأمامية في مقدمة هذه المناطق الثلاث، وتقع الفصوص الأمامية في مقدمة المخ، وتعد مثل هذه الفصوص وخاصة الجزء الأمامي منها والذي يعرف بالفصوص الواقعة في مقدم التكوين الجبهي *prefrontal lobes* مسنولة عما نشير إليه على أنه وظائف تنفيذية . وتتضمن الوظائف التنفيذية العديد من الأشياء من أهمها قدرة الفرد على تنظيم سلوكه . ومن هذا المنطلق يعتبر الكف السلوكي *inhibition* هو المفتاح الرئيسي في هذا الأمر إذ أن تلك المشكلات التي تتعلق بالكف السلوكي ترسي الأساس للمشكلات التي تحدث في الوظائف التنفيذية والتي يكون من شأنها أن تؤثر سلباً في قدرة الفرد على الانغماس في سلوك يتم توجيهه نحو تحقيق هدف معين . ويشير الكف السلوكي إلى قدرة الفرد على كبح استجابة ما، ثم التخطيط لها أو الإمساك عنها، أو الكف عن استجابة تكون قد بدأت بالفعل، أو إبعاد الأنشطة الأخرى عن ذلك السلوك الذي يحدث حتى لا تقاطعه، أو القدرة على تأخير أو تأجيل حدوث استجابة معينة . وجدير بالذكر أن ذلك التأجيل الذي يسمح به الكف السلوكي للاستجابات المختلفة من جانب الفرد يؤدي به إلى أن يقوم بالتنظيم الذاتي لسلوكه

وهو الأمر الذي عادة ما يعرف في واقع الأمر بالوظائف التنفيذية *executive functions* أي القدرة على الاشتراك في مجموعة من السلوكيات الموجهة ذاتياً . وتتفق الأدلة المتاحة والتي كشفت عنها الدراسات المختلفة التي تم إجراؤها في هذا الخصوص والتي ترى أنه يمكن ضبط تلك الوظائف التنفيذية عن طريق الفصوص الأمامية بالمخ والفصوص المخية الواقعة في مقدم التكوين الجبهي مع نتائج تلك الدراسات التي تعتمد في هذا الصدد على صور الأشعة النيورولوجية والتي ترى أن تلك المناطق من المخ تعد شاذة أو غير طبيعية لدى أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطراب الانتباه والنشاط الحركي المفرط .

وجدير بالذكر أن مثل أولئك الأفراد يظهرون مشكلات تتعلق بالوظيفة التنفيذية وذلك بأربع طرق أو أساليب عامة هي :

١- أنهم يعانون من مشكلات في الذاكرة العاملة والتي تشير إلى قدرة الفرد على الاحتفاظ بالمعلومات في ذهنه بحيث يمكن أن توجه سلوكه إما في الوقت الراهن أو في المستقبل القريب . ويمكن أن يؤدي القصور في الذاكرة العاملة لديهم إلى النسيان، والإدراك المؤخر أي إدراك الشيء بعد وقوعه، والتروي ، ومشكلات في إدارة الوقت .

٢- أن أولئك الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب عادة ما يتعطل لديهم الحديث الداخلي *inner speech* والذي يعد بمثابة ذلك الصوت الداخلي الذي يسمح لهم بالتحدث إلى أنفسهم عن تلك الحلول المتعددة لمشكلة معينة أثناء قيامهم بحل إحدى المشكلات فتواجههم مشكلات في توجيه سلوكهم في تلك المواقف التي تتطلب منهم القدرة على إتباع القواعد أو التعليمات .

٣- أن هؤلاء الأطفال والمراهقين يواجهون العديد من المشكلات في ضبط انفعالاتهم ومستويات الإثارة بالنسبة لهم حيث غالباً ما يتسمون بفرط النشاط فيما يتعلق بخبراتهم السلبية أو الإيجابية .

٤- أنهم عادة ما يجدون صعوبة في تحليل المشكلات التي تواجههم، وفي توصيل الحلول المختلفة للآخرين .

وفيما يتعلق بتلك السلوكيات التي يتم توجيهها باستمرار نحو تحقيق هدف معين فإن المشكلات المتعددة التي تتعلق بالوظائف التنفيذية والتي يخبرها الأطفال

والمراهقون الذين يعانون من هذا الاضطراب تؤدي إلى حدوث قصور في اشتراكهم في تلك الأنشطة التي يتم توجيهها نحو تحقيق هدف معين وهو ما يعني قصور في الانتباه ينتج عن انخفاض مستوى الكف السلوكي مما يؤثر بالتالي على التنظيم الذاتي لدى الفرد . كذلك فإن التشتت الذي يظهر لديهم ينتج في الغالب عن حدوث قصور في ضبط المقاطعة التي تحدث للسلوكيات الراهنة مما يؤثر على مجراها ويسمح لتلك الأحداث سواء الخارجية أو الداخلية أن تقطع استمرار حدوث الوظائف التنفيذية وهو ما يرجع أيضاً إلى قصور في الضبط الذاتي والإصرار على أداء المهمة حيث لا يستطيع الفرد من جراء ذلك أن يصر على أن يقوم ببذل أي مجهود في سبيل أداء مهمة معينة لا تعود عليه بالإثابة الفورية، فينتقل بالتالي من نشاط إلى آخر دون أن يكمل في الأساس أيًا من هذين النشاطين وذلك مع حدوث ما يمكن أن يقطع استمرارية مثل هذه الأحداث .

ويمكن النظر حالياً إلى قصور الانتباه في حالة اضطراب الانتباه والنشاط الحركي المفرط على أنه ليس عرضاً أولياً بل على أنه عرض ثانوي حيث أنه يعد نتيجة لتلك الإعاقة التي تنتاب الكف السلوكي والتحكم في التداخل أو التصادم بالنسبة للسلوكيات المختلفة وذلك في التنظيم الذاتي أو في ضبط السلوكيات التنفيذية المختلفة. ومع انخفاض معدل التنظيم الذاتي أو القدرة على ضبط السلوكيات التنفيذية يجد أولئك الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب أنه من الصعب عليهم أن يحافظوا على تركيزهم أو يبقوا عليه في تلك المهام التي تتطلب منهم أن يقوموا ببذل المجهود أو التركيز فيها، ولكنها مع ذلك لا تكون مثيرة بطبيعتها كمعظم الأنشطة المدرسية أي التي يخبرها هؤلاء الأطفال في الفصل أو المدرسة على سبيل المثال .

ويرى أوزونوف (١٩٩٧) Ozonoff أن نتائج البحوث التي تم إجراؤها في هذا الصدد تدل في الواقع على أن العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد يواجهون مشكلات عديدة في كل الوظائف التنفيذية، وأن مثل هذه المشكلات غالباً ما تكون أكثر في حدتها أو شدتها قياساً بتلك التي يخبرها الأفراد ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الحركي المفرط . *ADHD*

٢- الترابط أو التماسك المركزي *Central coherence*

يشير فريث (٢٠٠٣) Frith إلى أن بعض الباحثين يرون أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد عادة ما يكون لديهم ترابط أو تماسك مركزي ضعيف .

وطبّقاً لهذه النظرية فإن الترابط المركزي يعد هو الميل الطبيعي لمعظم الأفراد لإضفاء النظام أو الترتيب والمعنى على تلك المعلومات التي توجد في بينتهم وذلك عن طريق إدراكها ككل ذي معنى ومغزى بدلاً من إدراكها كأجزاء متباينة . إلا أن الأفراد التوحديين يعدون من ناحية أخرى على العكس من ذلك فهم يدخلون في تفاصيل بطريقة كلاسيكية ولا يستطيعون رؤية الغاية كأشجار، أو أعضاء الجسم كوحدة واحدة وهو ما يعني من وجهة نظرنا أنهم يعانون من قصور في الإدراك الجشطلتي للأشياء .

ويذهب فريث (٢٠٠٣) Frith إلى أن هناك نزوعاً أو ميلاً في النظام المعرفي العادي نحو تكوين ترابط بين نطاق واسع قدر الإمكان من المثيرات، وتعميم ذلك على أكبر عدد من السياقات قدر الإمكان . وهذا الدافع هو الذي يؤدي إلى حدوث أنساق فكرية كبيرة، كما أن هذه القدرة على الترابط هي التي تقل أو تختفي عند الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد . ومن المهم أن نعلم أنه لا يبدو على بعض الأفراد التوحديين أنهم يدركون أن طريقتهم في معالجة المعلومات أو تجهيزها غير مترابطة، ولا يبدو كذلك أن لديهم أي رغبة أو حاجة لتحقيق الترابط بين إدراكاتهم غير المترابطة وهو ما يظهر نقصاً تاماً في فهم أنه من المتوقع أن يتم تفسير الميول على سبيل المثال أو تبريرها كجزء من نمط مترابط لما يحبه الشخص وما لا يحبه، وأن ذلك النمط لا يمكن أن يكون بالتالي نمطاً عفويًا .

٣- نظرية العقل أو المعرفة *Theory of Mind*

تشير نظرية العقل أو المعرفة إلى قدرة الشخص على أخذ منظور أو دور أناس آخرين، وهي بذلك إنما تشير إلى القدرة على قراءة عقل الآخرين فيما يتعلق بأشياء معينة كالنوايا والمشاعر والمعتقدات والرغبات . وقد أوضحنا من قبل ذلك في موضع سابق من الفصل الراهن مدى الصعوبة التي يواجهها الكثير من الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد أو حتى من متلازمة أسبرجر عند قراءة الإشارات الاجتماعية المختلفة . وتعد قراءة الإشارات الاجتماعية في الواقع بمثابة طريقة أخرى للقول بأن الشخص يمكن أن يتوقع ويفهم ما يفكر فيه شخص آخر . وفي هذا الإطار فإن معظمنا لديه القدرة على استنتاج الحالة الانفعالية لأولئك الأفراد الذين

نتحاور معهم من خلال تفسير الإشارات المختلفة مثل نبرة الصوت وتعبيرات الوجه على سبيل المثال . كما أننا قادرون من ناحية أخرى على قياس كيف يكون رد فعل الآخرين لما نقول وذلك باستخدام إشارات مشابهة . وفي واقع الأمر فإن أولئك الأفراد الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد إنما يبدون درجات متباينة ومختلفة من الصعوبة في استنتاج أفكار الآخرين أو الاستدلال عليها . كما أن بعضهم في الواقع لا يفهمون أن أفكارهم تختلف عن أفكار الآخرين وهو ما يجعلهم غير قادرين على أن يقوموا بأخذ دور الآخرين .

وعند الدراسة الكلاسيكية لمشكلات نظرية العقل أو المعرفة درس بعض الباحثين أمثال بارون- كوهين و ليسلي وفريث (١٩٨٥) Baron- Cohen, Leslie, & Frith ما إذا كان الأطفال التوحديون ممن تتراوح أعمارهم بين ٦ - ١٦ سنة قادرين على إدراك أن الآخرين لديهم اعتقادات مزيفة تؤثر على أحكامهم، وفي ضوء ذلك استخدم فريث (٢٠٠٣) Frith دميئين كان مع الأولى سلة بينما كان مع الثانية صندوق وذلك في دراسته التي أجراها على ثلاث مجموعات من الأطفال تضم الأولى أطفالاً توحديين *autistic* وتضم الثانية أطفالاً من ذوي متلازمة أعراض داون *Down syndrome* بينما تضم الثالثة أطفالاً غير معوقين . وتضمنت الإجراءات المتبعة أن يقص عليهم أن سالي (الدمية الأولى) كان لديها سلة بينما كان لدي أن *Anne* (الدمية الثانية) صندوق . وضعت سالي بلية في سلتها، ثم خرجت، فقامت أن بأخذ البلية من السلة ووضعتها في الصندوق، وعندما عادت سالي وأرادت أن تلعب بالبلية التي كانت قد وضعتها في سلتها فلم تجدها . وعند هذه النقطة يقوم الباحث بتوجيه السؤال الحاسم التالي للأطفال في كل مجموعة وهو أين ستبحث سالي عن البلية ؟ وستكون الإجابة بالقطع أنها سوف تبحث عنها في السلة . وكانت النتيجة التي حصل عليها أن غالبية الأطفال غير المعوقين وحتى الأطفال من ذوي متلازمة أعراض داون *Down syndrome* قد أجابوا عن ذلك السؤال إجابة صحيحة بينما لم يتمكن سوى عدد بسيط جداً من الأطفال التوحديين من التوصل إلى الإجابة الصحيحة لذلك السؤال حيث لم يكن غالبيتهم قادرين على فهم أن سالي لم يكن أمامها أي وسيلة كي تعلم أن البلية قد انتقلت من مكانها، وبالتالي فإن أسلوبها في التفكير قد قادها إلى البحث عنها في المكان الذي تركتها فيه . ونحن نرى وفقاً لذلك

ونؤكد من جديد أن هذه النتيجة إنما تدعم فكرة أن اضطراب التوحد إنما يعد في أحد جوانبه بمثابة إعاقة عقلية حيث أننا إذا ما عدنا إلى ما أطلق عليها بياجيه Piaget في الواقع مكتسبات يحققها الطفل خلال المرحلة الأولى من نموه العقلي المعرفي، وما أشار إليه عادل عبدالله (٢٠٠٦) على أثر ذلك أن من أهم هذه المكتسبات ما يعرف بمفهوم بقاء الشيء أو دوامه *object permanence* حيث أن الطفل وفقاً لذلك يبحث عن الشيء الذي اختفى من أمام ناظريه في آخر مكان ظهر فيه .

وجهة نظر حول النظرية المقترحة

نحن نرى بعد استعراض وجهات النظر السابقة والتي تستهدف الوصول إلى نظرية موحدة يمكننا من خلالها أن نتناول اضطراب التوحد أو غيره من اضطرابات طيف التوحد الأخرى أن الأمر سيظل غير يسير في وضع أساس معين لنظرية واحدة أو وحيدة في هذا الإطار نظراً لأن كل واحدة من النظريات الثلاث التي عرضنا لها أو غيرها إنما تبحث في الواقع جانباً معيناً من تلك الجوانب التي تميز اضطراب التوحد، وتقدم بطبيعة الحال تفسيراً مقنعاً لذلك إلى حد بعيد . ومن ثم فعندما نتناول أمراً معيناً فإننا سوف نفسره حتماً في ضوء هذه النظرية أو تلك، لكننا مع ذلك يمكن أن ننظر إلى هذا الاضطراب نظرة كلية شاملة كما عرضنا من قبل، ويمكن تفسير القصور الذي قد يحدث في ضوء إحدى هذه النظريات التي سوف تمثل آنذاك جوانب معينة في النظرية المقترحة .

وهنا سيظهر على السطح مثلاً أن الطفل التوحدي يعاني على سبيل المثال من قصور في العمليات العقلية المعرفية . وفي الواقع فإن هذا القصور هو ما سوف نحاول توضيحه بالرجوع إلى جانبيين أساسيين من النظرية المقترحة يتعلق أولهما بالوظائف التنفيذية وما ينتابها من قصور، وقد نلجأ في سبيل ذلك فضلاً عن هذا الأمر إلى جانب الترابط أو التماسك المركزي أيضاً، بينما يتعلق الثاني بما يمكن توضيحه عن طريق نظرية العقل أو المعرفة . أي أن الأمر بذلك إنما يعني أن نقوم بدمج وجهات النظر الثلاث معاً وصهرها في بوتقة واحدة على أن تختص كل وجهة نظر منها رغم ذلك بتفسير جانب معين أو قصور ما في سلوك الطفل التوحدي مع عدم إغفال ما يمكن أن يحدث بينها من تداخل نظراً لأن الشخصية الإنسانية إنما تمثل

في واقع الأمر وحدة كلية واحدة تتكامل في جوانبها المختلفة لتعكس بذلك هذا الكيان المعقد . وعلى هذا الأساس فنحن نتصور أن مثل هذا الأمر يمكن أن يتم بطبيعة الحال على النحو التالي :

أولاً : الوظائف التنفيذية؛ وتختص بتفسير ما يلي :

- ١- القصور في العمليات العقلية المعرفية .
- ٢- القصور في القدرة على توجيه وتنظيم السلوك .
- ٣- القصور في القدرة على إدراك الانفعالات وضبطها (وهو ما قد يفسر الاستجابات الحسية المفرطة من جانبهم) .
- ٤- القصور في القدرة على التنظيم الذاتي للانفعالات .
- ٥- القصور في الكف السلوكي .

ثانياً : الترابط أو التماسك المركزي؛ ويسهم المستوى الضعيف الذي يبديه هؤلاء الأطفال في مثل هذا الجانب في تفسير ما يلي :

- ١- القصور في العمليات العقلية المعرفية .
- ٢- القصور في تنظيم المواقف وترتيبها .
- ٣- القصور في استخدام المفردات اللغوية في حديث ذي معنى .
- ٤- قصور النظام والترتيب وإضفاء المعنى على الأشياء .
- ٥- القصور في إدراك الأشياء ككل موحد، أو القصور في الإدراك الجشطلتي للأشياء، أي عدم القدرة على إدراك الشيء على أنه جشطلت معين .

ثالثاً : نظرية العقل أو المعرفة؛ وتختص في الأساس بتفسير ما يلي :

- ١- قصور أو تأخر مستوى النمو العقلي المعرفي .
- ٢- القصور في العمليات العقلية المعرفية .
- ٣- القصور في الجانب الاجتماعي اعتماداً على ما يحدث من قصور معرفي .
- ٤- القصور في أخذ دور أو منظور شخص آخر، وبالتالي القصور في إدراك النوايا والمشاعر والمعتقدات والرغبات سواء للشخص ذاته أو للغير .
- ٥- القصور في قراءة الإشارات الاجتماعية المختلفة .

ومما لا شك فيه أن هذه الرؤية إنما تؤكد على أنه من غير اليسير أن نركز في تفسيرنا لشيء ما على وجهة نظر محددة أو واحدة دون سواها لأننا إذا ما قمنا بتفسيره وفقاً

لوجهة النظر هذه فقط سوف يكون تفسيرنا هذا في تلك الحالة قاصراً إلى حد بعيد في حين أن التفسير وفق هذا النموذج المقترح أو النظرية المقترحة إنما يوفر أمامنا مساحة كبيرة تمكننا من الرجوع إلى البدائل المختلفة التي تسهم كثيراً في التوصل إلى تفسير مقنع للحالة التي نكون بصددنا حيث تجمع هذه النظرية بين أربع وجهات نظر على الأقل إذ يضاف إلى وجهات النظر الثلاث المقدمة نموذج باركلي Barkley في الكف السلوكي الذي يستخدمه مع الأطفال ممن يعانون من اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي المفرط مما يسهم في توجيه وتنظيم السلوك من جانب أولئك الأطفال . ويرى هالاهان وكوفمان (٢٠٠٨) Hallahan & Kauffman أن روسيل باركلي (١٩٩٧، ١٩٩٨) Russell Barkley قد اقترح نموذجاً لاضطراب قصور الانتباه والنشاط المفرط يرى من خلاله أن الكف السلوكي هو المفتاح الرئيسي فيه . ويقترح هذا النموذج في أبسط صورته أن تلك المشكلات التي تتعلق بالكف السلوكي ترسي الأساس للمشكلات التي تحدث في الوظائف التنفيذية والتي يكون من شأنها أن تؤثر سلباً في قدرة الفرد على الانغماس في سلوك يتم توجيهه نحو تحقيق هدف معين . وإذا كان الكف السلوكي يشير إلى قدرة الفرد على كبح استجابة ما، ثم التخطيط لها أو الإمساك عنها، أو الكف عن استجابة تكون قد بدأت بالفعل، أو إبعاد الأنشطة الأخرى عن ذلك السلوك الذي يحدث حتى لا تقاطعه، أو القدرة على تأخير أو تأجيل حدوث استجابة معينة، فإن ذلك يمكن أن ينعكس بطبيعة الحال في قدرة الفرد على أن ينتظر حتى يأتي دوره، وألا يقوم بمقاطعة تلك المحادثات التي تدور، وأن يقاوم التشتت المحتمل أثناء أداء العمل المطلوب، أو الإشباع الفوري في سبيل تحقيق مكافآت أفضل وأكثر وأكبر على المدى البعيد . ويمكن لذلك التأجيل الذي يسمح به الكف السلوكي للاستجابات المختلفة من جانب الفرد أن يؤدي به إلى أن يقوم بالتنظيم الذاتي لسلوكه وهو الأمر الذي يعرف بالوظائف التنفيذية *executive functions* أي القدرة على الاشتراك في مجموعة من السلوكيات الموجهة ذاتياً .

* * *

obeikandi.com

مراجع الفصل الأول

دانيال هالاهان، وجيمس كوفمان (٢٠٠٨). سيكلوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم : مقدمة في التربية الخاصة (ترجمة عادل عبدالله محمد) . عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع (الكتاب الأصلي منشور ٢٠٠٧).
عادل عبدالله محمد (١٩٩٩) . السلوك التكيفي كأحد المؤشرات التشخيصية للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقلياً . مجلة بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية، ٣٩ .

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢- أ) . الأطفال التوحديون : دراسات تشخيصية وبرامجية . القاهرة : دار الرشاد .

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢- ب) . جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكاتية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً . القاهرة : دار الرشاد .

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٤) . الإعاقات العقلية . القاهرة : دار الرشاد .

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٦) . النمو العقلي للطفل (ط ٣) . القاهرة : دار الرشاد .

منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) . المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD- 10 تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية : الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية (ترجمة وحدة الطب النفسي بكلية الطب جامعة عين شمس بإشراف أحمد عكاشة) . الإسكندرية : المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية (الكتاب الأصلي منشور ١٩٩٢) .

Adreon, D.,& Stella, J. (2001). Transition to middle and high school : Increasing the success of students with Asperger syndrome. *Intervention In School and Clinic*, 36, 266- 271 .

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

- Bauminger, N., & Kasari, C. (1999). Theory of mind in high-functioning children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disabilities*, 29 (1), 39- 51.
- Boomer, L. et al. (1995). Legal issues concerning children with autism and pervasive developmental disabilities. *Behavioral Disorders*, 21 (1), 58- 71.
- Borden, M., & Ollendick, T. (1992). The development and differentiation of social subtypes in autism. In B. Lahey, & A. Kazdin (Eds.). *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
- Center for Disease Control and Prevention. (1999). *Autism : causes, prevalence, and prevention*. Washington, DC.: Medical Knowledge Systems, Inc.
- Dunlap, G., & Pierce, M. (1999). *Autism and autism spectrum disorder (ASD)*. New York: The Council for Exceptional Children.
- El-Ghoroury, N., & Romanczyk, R. (1999). Play interactions of family members towards children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (3), 245- 260.
- Gillson, S. (2000). *Autism and social behavior*. Bethesda, MD: Autism Society of America.
- Gordon, C. et al. (1993). A double-blind comparison of clomipramine, desipramine, and placebo in the treatment of autistic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50, 231- 239.
- Groden, J., Cautela, J., Prince, S., & Berryman, J. (1994). The impact of stress and anxiety on individuals with autism and developmental disabilities. In E. Schopler, & G.

- Mesibov (Eds.). *Behavioral issues in autism* (pp. 177-194). New York: Plenum .
- Hallahan, D., & Kauffman, J. (2007). *Exceptional Learners: An introduction to special education* (10th ed.). New York: Allyn & Bacon .
- Hauck, M. et al. (1995). Social imitations by autistic children to adults and other children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25 (3), 273- 285.
- Herbert, M. (1998). *Clinical child psychology: Social learning development and behavior* (3rd ed.). UK, Chichester.
- Kauffman, J. (2001). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ : Prentice- Hall .
- Kendall, P. (2000). *Childhood disorders*. UK, East Sussex: Psychology Press Ltd, Publishers.
- Lord, C., & Rutter, M. (1994). Autism and pervasive developmental disorders. In M. Rutter, & L. Hersov (Eds.). *Child and adolescent psychiatry*. Oxford, UK: Blackwell Scientific Publications.
- Lovaas, O. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (1), 78- 91.
- Mazzocco, M. et al. (1997). Autistic behaviors among girls with fragile X chromosome. *Journal of Autism and Developmental Disabilities*, 27 (3), 256- 269 .

- Mesibov, G., & Shea, V. (1996). Full inclusion and students with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26 (2), 211- 222 .
- Myles, B., & Simpson, R. (2001). Understanding the hidden curriculum: An essential social skill for children and youth with Asperger syndrome. *Intervention In School and Clinic*, 36, 279- 286 .
- National Alliance for Autism Research (NAAR). (2003). *NAAR autism poll show Americans want more action on autism*. Washington, DC : NAAR, January 21.
- National Research Council. (2001). *Educating children with autism*. Washington, DC : National Academy Press .
- Newsom, C. (1998). Autistic Disorder. In E. Mash, & R. Barkley (Eds.). *Treatment of childhood disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Newsom, C., & Hovanitz, C. (1997). Autistic disorder. In E. Mash, & L. Terdal (Eds.). *Assessment of childhood disorders* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Quintana, H. et al. (1995). Use of methylphenidate in the treatment of children with autistic disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25 (2), 311- 325.
- Rutter, M. et al. (1994). Autism and Known medical conditions: Myth and substance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35 (2), 253- 264 .
- Schreibman, L., & Koegel, R. (1996). Fostering self-management: Parent delivered pivotal response training for children with autistic disorders. In E.

Hibbs,& P. Jensen (Eds.). *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: empirically based strategies for clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association .

Stone, W. et al. (1999). Can autism be diagnosed in children under 3 years of age? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (2), 276- 289 .

Trepagnier, C. (1996). A possible origin for the social and communicative deficits of autism. *Focus on Autism and Developmental Disorders*, 11 (3), 345- 357.

Volkmar, F. (1996). Brief report: Diagnostic issues in autism, results of DSM-IV field trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26 (1), 74- 86 .

Williams,K. (2001). Understanding the student with Asperger syndrome: Guidelines for teachers. *Intervention In School and Clinic*, 36, 287- 292 .

World Health Organization. (1992). *The ICD- 10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, author.

* * *

الفصل الثاني

الاضطرابات السلوكية

obeikandi.com

مقدمة

مما لاشك فيه أن موضوع الاضطرابات السلوكية يعد من الموضوعات الشائكة، والشيقة التي تستحق أن نوليها جل اهتمامنا بما يمكن أن يعود بالنفع على المجتمع بما فيه . وتتضمن مثل هذه الاضطرابات جملة من السلوكيات اللااجتماعية أو المضادة للمجتمع والتي تصدر من الفرد إلى البيئة الخارجية سواء البيئة المادية أو الاجتماعية وهو الأمر الذي يجعل من الأفراد المضطربين سلوكياً صداغاً مزمناً للمجتمع حيث يعمل الآخرون على تجنبهم، وعدم الاختلاط بهم، أو التفاعل معهم وهو الأمر الذي يجعلهم في عزلة . وما يساعد على ذلك أن استمرارهم في الاعتداء على الآخرين، واستخدام القسوة معهم، وغير ذلك يجعل هؤلاء الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً يتسمون بعدم قدرتهم على تكوين واتخاذ الأصدقاء، وإنهم عادة ما يفضلون في إقامة علاقات انفعالية حميمة ومشبعة مع الآخرين، وقد يكون من الأسهل بالنسبة لهم أن يخفوا مشاعرهم، بينما نجد أنه إذا ما تمكن هؤلاء الأفراد من تكوين صداقات فإنها غالباً ما تكون مع الأقران المنحرفين .

ومن الطبيعي أن نجد أن هؤلاء الآخرين بناء على ذلك يفضلون عدم قضاء أي وقت مع أطفال من هذا القبيل ما لم يكونوا مضطربين إلى ذلك في حين يميل أفراد آخرون منهم إلى اللجوء للأطفال الأصغر سناً الذين يبديون مثل هذه الخصائص. وليس من الغريب إذن أن نجد أن هؤلاء الأطفال والمراهقين عادة ما يبديون وكأنهم في معركة مستمرة مع كل شخص من حولهم مما يسهم بالتالي في تشكيل ردود فعل الآخرين تجاههم فينسحبون بعيداً عنهم حتى يتجنبوا تلك المعارك التي يحاول أن يفرضها هؤلاء الأفراد، وبالتالي فإنهم يرفضونهم ويتعدون بطبيعة الحال عنهم وهو الأمر الذي يحرمهم من أي فرصة يمكن أن يتعلموا من خلالها كيف يتصرفون بشكل مقبول إذ أننا عادة ما نلاحظ في حالة الطفل المرفوض أو المنبوذ أن الوالدين والمعلمين والأقران عادة ما ينسحبون بعيداً عنه مما يؤدي بالتالي إلى انخفاض معدل

تلك الفرص التي يمكن أن تتاح أمامه للتعلم فضلاً عن انخفاض معدل تلك الفرص التي يمكن أن تتاح أمامه أيضاً كي يبرئ نفسه في أعين الوالدين والمعلمين والأقران، أو غيرهم .

ومن الطبيعي أن نجد أن بعض هؤلاء الأفراد كما يرى هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffman ٢٠٠٨) ينسحبون من المواقف والتفاعلات الاجتماعية المختلفة، وأن هناك العديد من الأطفال والمراهقين الذين يحاولون أن ينضموا إليهم وأن يلحقوا بهم، إلا أن جهودهم عادة ما يغلفها الخوف وعدم الاهتمام . ويستمر هذا الرفض الهادئ من جانبهم في العديد من الحالات حتى يستسلم أولئك الأطفال ويكفوا عن محاولة اتخاذهم أصدقاء لهم، وينصرفوا عن هذا الموضوع . ونظراً لأن العلاقات الانفعالية الحميمة تقام استناداً على الاستجابات الاجتماعية المتبادلة فإن الناس عادة ما يفقدون اهتمامهم بأولئك الأفراد الذين لا يستجيبون لتلك العروض الاجتماعية المقدمة لهم والتي يكون من الممكن بالنسبة لهم أن يقيموا من خلالها مثل هذه العلاقات . فضلاً عن ذلك فإنهم يتسمون بالعديد من السمات التي لا تشجع أحداً على التقرب منهم مطلقاً حيث نجدهم على سبيل المثال يتسمون بالأذى الجسدي، والتدمير، وعدم القدرة على التنبؤ بما سوف يفعلونه في المواقف المختلفة، وعدم المسؤولية، والدكتاتورية، والميل إلى السيطرة، والميل إلى الشجار وإثارة المشاكل، كما يمثلون مصدراً للضيق والقلق بالنسبة للآخرين، ويتسمون كذلك بالغيرة، والانحراف، وغير ذلك من السمات المشابهة إلا أن يكونوا مصدراً للسرور والسعادة.

وتعد فئة المضطربين سلوكياً أو انفعالياً إحدى فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، وعادة ما يتم التعامل مع هذه الفئة تعليماً، وتدريباً، وتأهيلاً، وعلاجاً في إطار نسق التربية الخاصة حيث يتلقى أعضاؤها على أثر ذلك تربية خاصة تتناسب معهم فضلاً عما يرتبط بها من خدمات مختلفة . وتعكس مثل هذه الاضطرابات في الواقع خلافاً معيناً في السلوك بشقيه الموجه من الفرد صوب الخارج والذي يعبر عن الاضطرابات السلوكية، والموجه من الفرد نحو الداخل والذي يعبر عن الاضطرابات الانفعالية . وبذلك فإن الاضطرابات الانفعالية *emotional disorders* إنما تدل في واقع الأمر على ما قد يتعرض له الفرد من خلل في الجانب الوجداني نتيجة عدم قدرته على تحمل ما قد يتعرض له من ضغوط مختلفة فتجعل

الأمر بذلك يتجاوز سريعاً العتبة الفارقة التي تمثل ذلك الحد الفاصل لمدى قدرته على تحمل مثل هذه الضغوط أو الإحباطات فضلاً عما يلعبه الجانب البيولوجي من دور بارز في حدوث مثل هذه الاضطرابات . ومن ثم فإن العلاج النفسي بمدارسه المختلفة، وتوجهاته العديدة إنما يمثل علامة بارزة بالنسبة لمثل هذه الفئة . ومن المعروف أن الفرد يعاني من أحد هذين الشقين، أي أنه إما أن يكون مضطرباً انفعالياً أو سلوكياً، ونادراً للغاية ما يجمع فرد واحد بين الاثنين . أما الاضطرابات السلوكية على الجانب الآخر فتعكس كما أسلفنا خلافاً في جانب السلوك الموجه من الفرد للآخرين بما في ذلك نمطي السلوك وهما السلوك العلني أو الصريح *overt* كالعدوان على سبيل المثال، والسلوك الخفي *covert* كالسرقة، وتعاطي المخدرات أو الاتجار فيها، والدعارة على سبيل المثال .

المشكلات السلوكية والاضطرابات السلوكية

قبل أن نتطرق إلى الاضطرابات السلوكية المختلفة لابد أن نشير إلى أمر غاية في الأهمية يختلف عن الاضطرابات السلوكية اختلافاً كبيراً وواضحاً، ومع ذلك فإن الكثيرين يخلطون بينه وبين تلك الاضطرابات هو المشكلات السلوكية . والمشكلة السلوكية *behavior problem, behavioral problem* أو السلوك المشكل *misbehavior, misconduct* ما هي إلا سوء سلوك *Problematic behavior* يمثل خروجاً على عادة، أو عرف، أو تقاليد، أو نظام، أو قانون بما يجعل منه سلوكاً لا تكيفياً يمكن أن يصدر عن أي شخص حتى من جانب غير المعوقين، ومن ثم فهو قد يؤثر سلباً على علاقة الفرد بالآخرين . فقد لا يمثل الفرد للعادات أو التقاليد السائدة في مجتمعه مما يجعل من الصعب عليه التفاعل مع الآخرين، وقد لا يمثل للقانون في بعض الأمور البسيطة، وقد يخرج الطفل على ذلك النظام الذي تفرضه المدرسة ولا يلتزم به، وهنا فإنه يصبح تلميذاً مشكلاً ولكنه تحت أي ظروف لا يمكن أن يكون مضطرباً بناءً على ذلك وهو ما يعني أن المدرسة العادية ليس بها مضطربين بل مشكلين .

وحيثما يزداد معدل تكرار المشكلة السلوكية وتصبح مزمنة، ويزداد مستوى حدتها أو شدتها، وتحدث غالباً مع غيرها من السلوكيات المضادة للمجتمع معاً على هيئة زمرة أو زملة، وتعمل على تعطيل الأداء الوظيفي اليومي للطفل، ويقر الوالدان

أو أحدهما على الأقل إلى جانب المعلم أنه قد تم بذل العديد من المحاولات الجادة في سبيل ترويض ذلك الطفل، وتعديل سلوكه، وتهذيبه ولكنه رغم كل هذه المحاولات كان غير قابل للترويض فإبنا بذلك نجد أن شروط الاضطراب السلوكي *behavior disorder, conduct disorder* تكون قد انطبقت عليه، ويمكن لنا أن نصفه آنذاك بأنه مضطرب سلوكياً . وعلى هذا الأساس فإن الاضطراب السلوكي هو ذلك السلوك اللااجتماعي أو المضاد للمجتمع *antisocial* الذي إذا ما صدر عن شخص يقل عمره الزمني عن ثماني عشرة سنة فإنه يعد جنوحاً *delinquency* يؤدي به إلى أن يودع إصلاحية الأحداث إذ أنه يكون آنذاك حدثاً جانحاً *juvenile delinquent* أما إذا ما صدر عن شخص يزيد عمره الزمني عن ثماني عشرة سنة يتم بطبيعة الحال إيداعه السجن . ووفقاً لذلك فإننا لا يمكن أن نجد في المدارس العادية أي طلاب مضطربين سلوكياً لأن مكانهم في الواقع هو إصلاحية الأحداث وليس أي مدرسة تتبع نسق التعليم العام . فضلاً عن ذلك فإن هناك مدارس خاصة بمثل هؤلاء الأطفال والمراهقين في أوروبا وأمريكا تقل تقييداً كلما كان مستوى الاضطراب السلوكي بسيطاً، وتزداد تقييداً بزيادة مستوى حدة أو شدة الاضطراب السلوكي . وتعتبر المدارس النهارية التي تعمل في إطار نسق التربية الخاصة، والفصل التام أو المستقل في ذاته، والمؤسسات التي تعمل بنظام الإقامة الداخلية من أهم البدائل التيسيرية الخاصة بمثل هؤلاء الأطفال والمراهقين، بل وتمثل متصل البدائل التيسيرية الخاصة بهم .

وفي حين يمكن إدارة المشكلات السلوكية وعلاجها إذا ما توفرت لدينا برامج علاجية ناجحة وخاصة إذا ما اشترك الوالدان في العلاج فإن الأمر قد يختلف بالنسبة للاضطرابات السلوكية إذ أن هناك تكاليف مادية وأخرى غير مادية أو شخصية لكل اضطراب سلوكي . فما يتكبده المجتمع من تكاليف باهظة نظير التخلص مما قد يترتب على جريمة معينة من آثار يعد أمراً كبيراً، أما الآثار الشخصية غير المادية فتشير إلى ما يتحمله الضحايا الذين أوقعهم حظهم العاثر في طريق هؤلاء الأفراد فحدث لهم ما حدث، ولنا أن نسرح بخيالنا لتخيل ذلك فهو أمر قد يكون غير يسير على الإطلاق . كما أن مسألة علاج الاضطراب السلوكي في حد ذاتها مسألة صعبة، ومعقدة، وتحتاج إلى برامج متميزة، وأفراد متمرسين، وعدم استعجال النتيجة، وتكاليف باهظة في العديد من الاتجاهات سواء الخاصة بالبرنامج أو غيرها

كمساعدتهم على امتحان أعمال شريفة، أو غير ذلك . والأدهى من ذلك كله أن الاضطراب لا يتوقف عند مرحلة المراهقة، أو الرشد، أو عند حدود الفرد المضطرب ذاته بل يتعداه إلى أبنائه الذين يقومون نتيجة للطبع والتطبع بإصدار مثل هذه الاضطرابات وكاننا نبدأ ما أطلق عليه إريكسون *Erickson* دورة حياة *life cycle* جديدة ولكنها تختلف بطبيعة الحال عما كان يقصده إريكسون في نظريته إذ أننا ندور معها بالتالي في حلقة مفرغة حيث نحتاج إلى مزيد من الجهود ولكنها تكون آنذاك للأبناء إلى جانب أبائهم بطبيعة الحال .

تعريف الاضطرابات السلوكية

ذكرنا منذ قليل أن الاضطراب السلوكي هو ذلك السلوك اللاجتماعي أو المضاد للمجتمع *antisocial* الذي إذا ما صدر عن شخص يقل عمره الزمني عن ثماني عشرة سنة فإنه يعد جنوحاً *delinquency* يؤدي به إلى أن يودع إصلاحية الأحداث إذ أنه يكون آنذاك حدثاً جانحاً *juvenile delinquent* أما إذا ما صدر عن شخص يزيد عمره الزمني عن ثماني عشرة سنة يتم بطبيعة الحال إيداعه السجن . وعادة ما تتضمن القواعد أو الضوابط المختلفة التي تنظم قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات (*IDEA* ١٩٩٧) بعض الظروف المميزة للاضطراب كما يرى روزنبرج وآخرون (٢٠٠٨) *Rosenberg et al.* وذلك كما يلي :

١- يعني المصطلح حالة معينة تظهر فيها واحدة أو أكثر من الخصائص التالية وذلك على مدى فترة زمنية طويلة وبصورة واضحة تؤثر عكسياً على الأداء التعليمي للفرد :

- أ- عدم قدرة على التعلم لا ترجع إلى عوامل عقلية، أو إدراكية، أو صحية .
- ب- عدم قدرة على إقامة علاقات بين شخصية أو اجتماعية مشبعة مع الأقران أو المعلمين، والإبقاء عليها والاحتفاظ بها .
- ج- ظهور أنواع غير مناسبة من السلوكيات أو المشاعر في ظل ظروف عادية.
- د- مزاج عام أو شامل يغمره عدم السعادة أو الاكتئاب .
- هـ وجود ميل إلى ظهور وتطور أعراض جسمية أو مخاوف عادة ما تكون مصحوبة بمشكلات شخصية أو مدرسية .

٢- لا يشمل هذا المصطلح أولئك الأطفال الذين يعانون في الواقع من سوء التوافق الاجتماعي إلا إذا كان قد تم تشخيصهم على أنهم يعانون من خلل انفعالي أو اضطراب سلوكي (IDEA, ١٩٩٧) .

ومن الملاحظ في هذا المضمار أن ذلك التعريف الذي يتضمنه قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA ليس جديداً بالمرّة في مجال الاضطرابات السلوكية إذ نلاحظ في حقيقة الأمر أن ما تم إدخاله على طبعته الأصلية التي صدرت في عام ١٩٦٠ من تغييرات قليلة حدثت على مدى العديد من السنوات لم يتم إدراكها كلية على أنها تحسينات حيث أضيفت بعض التعديلات عليه مؤكدة على التأثير العكسي الذي يتعرض له الأداء التعليمي، وعلى استبعاد من يعانون من سوء التوافق الاجتماعي طالما لم يوجد خلل انفعالي أو اضطراب سلوكي . وهناك ميزة أساسية نتجت عن استخدام هذا التعريف تتمثل في أنه قد أضحى متضمناً في القانون، ويسمح بالفهم العام للاضطراب .

وعلى الرغم من اختلاف المصطلحات المستخدمة في هذا المجال والتي تشير إلى الاضطراب السلوكي، واختلاف التركيز النسبي على نقاط معينة تميز ذلك الاضطراب وتحده وذلك من تعريف إلى آخر فإنه من الممكن أن نستنبط العديد من السمات العامة التي تميز التعريفات الراهنة حيث هناك اتفاق عام على أن الاضطراب السلوكي إنما يشير إلى أشياء محددة على النحو التالي :

- ١- سلوك يصل إلى حد التطرف أو إلى حالته الطرفية بمعنى أنه لا يختلف بشكل طفيف عن السلوك العادي، بل إنه يختلف عنه في الواقع بشكل كبير .
- ٢- وجود مشكلة مزمنة بمعنى أنها لن تختفي بسرعة تحت أي ظروف .
- ٣- سلوك غير مقبول وفقاً للتوقعات الثقافية أو الاجتماعية المختلفة لتلك الجماعة الاجتماعية التي ينتمي الفرد إليها .

وقد اشتقت تسمية الاضطراب السلوكي *behavior disorder* في الواقع من مركز الأطفال المضطربين سلوكياً *Council for Children with Behavioral Disorders* الذي يعدّ قسماً من مركز الأطفال غير العاديين *Council for Exceptional Children* ويهتم هذا القسم بطبيعة الحال بالتركيز على ذلك الجانب الظاهر من مشكلات هؤلاء الأطفال. ويرى معظم

المختصين أن هؤلاء الأطفال إما أن يعانون من الاضطرابات الانفعالية، أو الاضطرابات السلوكية، وأنهم نادراً ما يعانون من كليهما . ويضيف كوفمان (٢٠٠١) Kauffman وواكر وآخرون (١٩٩٨) Walker et al أن تصنيف المشكلات السلوكية للأطفال لم يظهر سوى مؤخراً فقط عندما كشفت نتائج البحوث في هذا الميدان عن ذلك . كما أن العدد الأكبر من النظريات والآراء التي تتعلق بتلك الأسباب التي تكمن خلف هذه الاضطرابات، وأفضل الأساليب التي يمكن أن تتبع في علاجها يجعل من الصعب القيام بتصنيف تلك المفاهيم ذات الأهمية في هذا المجال. ومن هذا المنطلق فإن دراسة ذلك الجانب من التربية الخاصة يتطلب ما هو أكثر من الكم العادي من المثابرة والتفكير الناقد حيث أن الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً أو حتى انفعالياً عادة ما يأتون بمشكلات اجتماعية تعد غاية في الصعوبة، ومع ذلك ينبغي على المجتمع أن يجد لها حلولاً مناسبة .

وهناك في الواقع مجموعة من العوامل تجعل من الصعب الوصول إلى تعريف جيد للاضطرابات الانفعالية والسلوكية تتمثل فيما يلي :

- ١- عدم وجود تعريفات محددة ودقيقة لكل من الصحة النفسية والسلوك العادي .
- ٢- وجود فروق بين النماذج التصورية المختلفة .
- ٣- وجود صعوبات عديدة في قياس الانفعالات والسلوك .
- ٤- وجود علاقات عديدة بين الاضطراب الانفعالي أو السلوكي والاضطرابات الأخرى.

٥- وجود فروق بين المختصين الذين يقومون بتشخيص الأطفال والمراهقين وتقديم الخدمات المختلفة لهم .

وإذا ما عدنا إلى كل عامل من هذه العوامل أو إلى كل مشكلة منها فإتنا سنجد بطبيعة الحال أنه من الصعب علينا أن نضع تعريفاً محدداً ودقيقاً للصحة النفسية أو للسلوك العادي وهو الأمر الذي يجعل من تعريف الاضطراب السلوكي أو الانفعالي تحدياً لنا . كذلك فإن المختصين الذين يتعاملون مع الأطفال والمراهقين الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية يسترشدون في الواقع بمجموعة من النماذج التصورية والتي قد تتمثل في بعض الافتراضات أو النظريات حول تلك الأسباب التي تدفع مختلف الأفراد إلى أن يسلكوا وفق هذه الكيفية أو تلك التي يبدو عليها

سلوكهم، والتي تدور أيضاً حول ما يجب علينا أن نفعله تجاه ذلك وهو الأمر الذي قد يتضمن عرضاً لأفكار متصارعة حول نفس المشكلة، وبالتالي فإن المختصين الذين يتبنون نماذج تصورية مختلفة يمكن أن يعرفوا الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية من خلال استخدام تعريفات تختلف تماماً عن بعضها البعض. وإذا كان القياس يعد بمثابة مسألة أساسية بالنسبة لأي تعريف فإن الانفعالات والسلوك التي تعد هي أساس الاضطراب في هذه الحالة يصعب تماماً قياسها مما يجعل من الصعب الوصول في هذا الإطار إلى تعريف محدد ودقيق، ومن ثم فإن ذلك يفسح المجال أمام الأحكام الذاتية حتى في ظل وجود أفضل الأساليب لقياس الانفعالات والسلوك.

ومن ناحية أخرى فإن الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية تميل إلى أن تتفاعل بدرجة كبيرة مع غيرها من الاضطرابات الأخرى وخاصة صعوبات التعلم والإعاقة العقلية، وبالتالي يصبح من الصعب تعريف الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية كإعاقات أو اضطرابات تستقل تماماً عن الاضطرابات الأخرى. وأخيراً فإن كل جمعية مهنية لديها أسبابها الخاصة التي تكمن خلف قيامها بتقديم الخدمات المختلفة لأولئك الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية حيث نجد على سبيل المثال أن لكل من الأخصائيين النفسيين الإكلينيكين، والأخصائيين النفسيين بالمدارس، والأخصائيين الاجتماعيين، والمعلمين، والمختصين بمحاكم الأحداث اهتماماتهم ولغتهم الخاصة. ومن المعروف أن الفروق في الجوانب المختلفة للتركيز ووجهته من جانب أصحاب المهن المختلفة يؤدي إلى حدوث فروق واختلافات في التعريف أيضاً. وتعد تلك العوامل كلها أمور تسترعي الانتباه، وتستحق الاهتمام.

وفضلاً عن ذلك يشير كازدين (٢٠٠٣) Kazdin إلى أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM- IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA وفي مراجعته النصية *text revision* الصادرة عام (٢٠٠٠) DSM- IV- TR يعرض أهم المحكات التشخيصية التي يتم في ضونها وبموجبها تشخيص الاضطرابات السلوكية لكل من الأطفال والمراهقين وذلك على النحو التالي:

أولاً: العدوان على الأفراد والحيوانات :

١- غالباً ما يتنمر على الآخرين، ويهددهم، ويسبب الخوف والرعب لهم .

- ٢- يبادر في الغالب بالعراك مع الآخرين .
- ٣- يستخدم سلاحاً قد يسبب ضرراً جسيماً خطيراً للآخرين كأن يستخدم عصا غليظة، أو قالب طوب، أو زجاجة مكسورة، أو عنق تلك الزجاجاة المكسورة، أو سكيناً، أو مسدساً على سبيل المثال .
- ٤- يتسم بالقسوة على الآخرين من الناحية البدنية .
- ٥- يقسو على الحيوانات بدنياً .
- ٦- يقوم عند مواجهة أحد الضحايا بمهاجمته من الخلف بقصد السلب، أو يقوم بخطف أكياس النقود، أو الابتزاز، أو السرقة تحت تهديد السلاح .
- ٧- يقوم بإجبار الغير على ممارسة الجنس .

ثانياً : تدمير الممتلكات :

- ٨- يقوم عن عمد بإشعال الحرائق بنية إحداث أضرار خطيرة .
- ٩- يتعمد تدمير ممتلكات الآخرين وذلك بطريقة أخرى غير إشعال الحرائق .

ثالثاً : الخداع أو السرقة :

- ١٠- يتسلل إلى منزل شخص آخر، أو المبنى الخاص به، أو سيارته ويقوم بالسرقة .
- ١١- غالباً ما يكذب حتى يحصل على تلك الأغراض التي يبتغيها، أو يحصل على خدمات، أو حتى يتجنب تعهدات معينة والتزامات يكون قد قطعها على نفسه .
- ١٢- يقوم بسرقة أشياء ذات قيمة دون أن يتعرض لضحية معينة كأن يقوم بسرقة المحلات ولكن دون اقتحام أو تعرض لأحد، أو يقوم بالتزييف على سبيل المثال.

رابعاً : عدم الامتثال للقواعد وانتهاكها أو خرقها :

- ١٣- غالباً 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 منه مرة واحدة ولا يرجع لمدة طويلة .
- ١٥- غالباً ما يهرب من المدرسة قبل أن يصل إلى سن الثالثة عشرة .

خامساً : يتحدد عدد الأعراض المطلوبة كي تنطبق المحكات اللازمة لتشخيص الاضطراب على الطفل بثلاثة أعراض على الأقل تحدث خلال الشهر الاثنى عشر السابقة، ويشترط أن يكون أحدها على الأقل قد حدث خلال الشهر الستة السابقة .

وإلى جانب ذلك فإن هناك فروقاً بين الأطفال والمراهقين في معدلات انتشار الاضطرابات السلوكية، وأنماط الاضطرابات المنتشرة بينهم، كما توجد فروق بين الجنسين أيضاً . فحينما يبدأ الاضطراب في مرحلة الطفولة يصبح من الأكثر احتمالاً أن تكون السلوكيات العدوانية هي السائدة، وأن يزداد انتشاره بين البنين . أما عندما يبدأ الاضطراب في مرحلة المراهقة فإنه يتوزع بشكل يميل إلى التساوي بين الجنسين، وتكون أنماط الاضطراب الأكثر انتشاراً هي السرقة بالنسبة للجنسين، والانحرافات الجنسية بالنسبة للبنات . وتضم العوامل المساعدة التي عادة ما يكون من شأنها أن تؤدي إلى زيادة احتمال حدوث الاضطرابات السلوكية ثلاث فئات رئيسية يتمثل أولها في العوامل التي ترجع إلى الطفل وتضم الحالة المزاجية للطفل، والمشكلات وأوجه القصور النفس عصبية، والمستويات دون الإكلينيكية *subclinical* للاضطراب، والأداء الأكاديمي للطفل ومستوى ذكائه . أما ثانياً هذه الفئات فهي العوامل التي ترجع إلى الأسرة وتضم الوراثة، والمرض النفسي والسلوك الإجرامي في الأسرة، والتفاعل بين الطفل والديه، والانفصال بين الوالدين والطلاق والخلافات الزوجية، والترتيب الميلادي وحجم الأسرة، وتدني المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة . وتضم الفئة الثالثة والتي تعرف بالعوامل التي ترجع إلى المدرسة خصائص الوضع المدرسي . ويمكن أن توجد هناك فئة رابعة تعرف بالعوامل المساعدة الأخرى والتي قد تضم الإعاقة العقلية الفكرية لأحد الوالدين أو كليهما، والحمل أثناء مرحلة المراهقة، ونقص اهتمام الوالدين بالأداء المدرسي للطفل، وانخفاض مستوى مشاركة الأسرة في القيام بالأنشطة الترفيهية والدينية فضلاً عن إصابة الأم الحامل بمرض معد، والولادة المبكرة، والإصابات البسيطة التي قد يتعرض لها الطفل عند ميلاده .

تصنيف الاضطرابات السلوكية

نظراً لأن الاضطرابات السلوكية تتضح من خلال العديد من الأساليب فإنه يبدو من المنطقي أن نتوقع أن يتم تجميع الأفراد المضطربين في فئات فرعية وفقاً لأنماط

المشكلات التي يعانون منها . ومع ذلك لا يوجد لأن أي نسق معين مقبول عالمياً يتم في ضوئه تصنيف الاضطرابات السلوكية في إطار التربية الخاصة . أما أنساق التصنيفات الطبية النفسية المتبعة فقد تعرضت للنقد الشديد على مدى عدة عقود حيث أن الفئات التشخيصية المعتادة على سبيل المثال والتي حددتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي ليس لها سوى مغزى ضئيل جداً بالنسبة للمعلمين . ومن ثم فقد أوصى العديد من الأخصائيين النفسيين والمعلمين بالاعتماد بدرجة أكبر على القياس الفردي لسلوك الطفل والعوامل الموقفية المؤثرة فيه في مقابل تلك التصنيفات التشخيصية التي يستخدمها الأطباء .

ومن جانب آخر يذهب كل من ريتشاردسون وآخرون (١٩٩٥) Richardson et al. وأكينباتش (١٩٨٥) Achenbach إلى أن هناك بديلاً للتصنيفات الطبية النفسية يمكن استخدامه في هذا الصدد يتمثل في استخدام التحليلات الإحصائية للخصائص السلوكية حتى يتم التوصل إلى مجموعات أو أبعاد للسلوك المضطرب . ويمكن للباحثين باستخدام مثل هذه الإجراءات الإحصائية المعقدة البحث عن أنماط سلوكية تميز الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية مختلفة . كما يمكنهم عن طريق مثل هذه الأساليب أيضاً أن يصلوا إلى فئات وصفية أقل عرضة للتحيز أو عدم الثبات وذلك قياساً بتلك التصنيفات الطبية النفسية التقليدية التي انتشرت من قبل . هذا ويميز العلماء بين بعدين عامين للسلوك المضطرب هما البعد التجسدي الخارجي *externalizing* والبعد الداخلي أو المستدخل *internalizing* وفي حين يتضمن السلوك التجسدي الخارجي الهجوم على الآخرين وإلحاق الأذى بهم أي أنه يكون بذلك موجهاً إلى خارج الفرد فإن السلوك المستدخل على الجانب الآخر يتضمن الصراعات الانفعالية أو العقلية مثل الاكتئاب والقلق ويكون بذلك موجهاً إلى داخل الفرد . ومع أن بعض الباحثين قد توصلوا إلى وجود مزيد من الاضطرابات النوعية فإنها جميعاً تتضمن نفس البعدين الأساسيين للسلوك . وإذا ما وجدنا في بعض الأحيان - وهذا ليس القاعدة بل الاستثناء - أنه إذا كان بإمكان بعض الأفراد أن يظهروا سلوكيات تتعلق بكلا البعدين فإن هذا لا يعني مطلقاً أنه يتم استبعاد البعدين بالتبادل بالنسبة لهم . فقد يظهر أحد الأطفال أو المراهقين العديد من تلك السلوكيات التي ترتبط بالمشكلات الداخلية أو المستخلّة كقصر مدى الانتباه، أو ضعف التآزر مثلاً إلى جانب العديد من السلوكيات التي ترتبط بالمشكلات التجسدية

الخارجية أيضاً كالتشاجر، أو السلوك الفوضوي، أو مضايقة الآخرين على سبيل المثال كما تتضح لدى الأحداث الجانحين . وتعرف مثل هذه الحالة بأنها تزامن *comorbidity* أي حدوث الحالتين معاً لدى نفس الفرد في ذات الوقت وهو أمر غير مستبعد في تلك الحالة . وإلى جانب ذلك فإن العديد من الأفراد الذين يعانون من الاضطراب الانفعالي أو السلوكي قد يظهرون نمطاً واحداً فقط من السلوك اللاتكفي. وتؤكد الحكومة الفيدرالية كما تشير وزارة التربية الأمريكية (٢٠٠٠) أن حوالي ثلث الأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية أو سلوكية يعانون في ذات الوقت من إعاقة أخرى أيضاً .

وفضلاً عن ذلك فإنه يمكن للأطفال أن يظهروا أنماطاً سلوكية معينة بدرجات متفاوتة من الحدة أو الشدة بمعنى أن أيّاً من نمطي السلوك يمكن أن يظهر لدى أي طفل منهم بدرجة أعلى أو أقل من غيره، وقد يمتد مدى حدة الاضطراب من العادي إلى الشديد حيث قد يبدي أحد الأشخاص على سبيل المثال اضطراباً سلوكياً شديداً يتمثل في إحدى المشكلات التجسيدية الخارجية *externalizing* والتي إما أن تكون سلوكاً علنياً صريحاً *overt* كالسلوك العدواني أو الفوضوي، أو تكون سلوكاً خفياً *covert* مضاد للمجتمع كالسرقة، أو الكذب، أو إشعال الحرائق، أو الاتجار في المخدرات، أو الدعارة في حين قد يبدي غيره اضطراباً سلوكياً أقل في حدته، وهكذا.

ومن الجدير بالذكر أن الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية الشديدة تتضمن تلك الحالات الطرفية لأي مشكلة تجسيدية خارجية أو أخرى مستدخلة، أي أنها بذلك تضم جانبي السلوك الخارجي والداخلي بحيث يكون أحدهما فقط هو السائد لدى الفرد مع أن هناك بعض الحالات التي يجمع الفرد فيها بين هذين الجانبين في ذات الوقت . فالأفراد الذين يعانون من الفصام عادة ما يكون لديهم اضطراب شديد في التفكير، وقد يعتقدون في واقع الأمر أن هناك قوى خارجية أو غريبة تسيطر عليهم، أو تكون لديهم بعض الهلوسات أو الضلالات . كما أن مشاعرهم وانفعالاتهم لا تتناسب في الواقع مع المواقف الفعلية المختلفة، ومن ثم فإننا نجدهم يفضلون على أثر ذلك الانسحاب إلى عالمهم الخاص . ومع ذلك فإن الحالات الأكثر انتشاراً إما أن تتضمن اضطراباً سلوكياً، أو انفعالياً دون الجمع بينهما حيث قد يستبعد أحدهما

الأخر في معظم الحالات، وبالتالي فإننا نلاحظ أنه عادة ما يطلق على مثل هذه الفئة " الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية " .

أهم أنماط الاضطرابات السلوكية

ذكرنا من قبل أن الاضطرابات السلوكية إنما تمثل في جوهرها ذلك النمط من السلوك الذي يتم توجيهه من الفرد صوب الآخرين أي صوب البيئة الخارجية سواء كانت تلك البيئة هي البيئة المادية أو الاجتماعية، وأن مثل هذه السلوكيات إنما تتسم بأنها سلوكيات لاجتماعية أو مضادة للمجتمع، وبالتالي فإنها تتوزع على مدى كبير من السلوكيات في هذا المضمار حيث تتراوح أيضاً بين ما يمكن أن نعتبره جنحة، وما يمكن أن نعتبره جنائية . ومن المعروف أن كلا النوعين غير جائزين قانوناً . وسوف نعرض لأكثر هذه الأنماط شيوعاً وانتشاراً بين الأطفال والمراهقين .

أولاً : السلوك العدوانى *aggressive behavior*

يعد السلوك العدوانى بمثابة أحد أنماط السلوك اللاتكفي، أو السلوك غير المناسب، أو السلوك المضطرب . وقد يأخذ السلوك العدوانى عدة أشكال حيث قد يكون موجهاً ضد الذات، أو ضد الآخرين، أو ضد البيئة بما فيها من ممتلكات بقصد إيحاق الأذى والضرر ، وقد يكون لفظياً، كما قد يكون بدنياً، وقد يتضمن التهمك والسخرية، أو قد يتخذ شكل النقل أو الإزاحة *displacement* بحيث ينقل الفرد عدوانه إلى موضوع آخر غير ذلك الموضوع الذي ينبغي أن ينصب عليه نظراً لعجز الفرد أو عدم قدرته على توجيهه إليه بصورة مباشرة، أو صبه عليه بهذه الكيفية . ومن أمثلة ذلك أن المرأة قد لا تستطيع (أحياناً) أن تصب غضبها على زوجها فتصبه على أولادها بدلاً من ذلك، أي أنها تخبر النقل أو الإزاحة حينئذ . وفضلاً عن ذلك فإن مثل هذا السلوك يتباين في شدته من فرد إلى آخر، ومن موقف إلى آخر، وما إلى ذلك .

وعادة ما يتم تفسير السلوك العدوانى في إطار نظريات العدوان السيكودينامية، والإحباط — العدوان، والتعلم الاجتماعى . وفي هذا الإطار تركز النظرية السيكودينامية *psychodynamic* على غريزة العدوان، وترى أن العادات

الباثولوجية التي ترتبط بتنشئة الطفل عادة ما تسهم في حدوث الفشل في حل الصراعات النفسية الداخلية المختلفة التي يكون من شأنها أن تعوق تطور الضبط أو السيطرة التكيفية (وظائف الأنا والأنا الأعلى) على تلك القوة للأخلاقية الغريزية التي تبحث عن الإشباع الذاتي (الأنا). وعلى الجانب الآخر تركز نظرية الإحباط – العدوان *frustration- aggression* على تخفيض الدافع، وترى أن السلوك العدواني يعد بمثابة استجابة تكيفية يثيرها الإحباط عندما يقوم الكائن العضوي في محاولته لتلبية حاجاته الأولية المختلفة كالجوع، والأمان، والسعادة بإنكار ما يكون قد تحقق من إنجاز. وترتكز نظرية التعلم الاجتماعي *social learning theory* على الحتمية البيئية، وتذهب في الواقع إلى أن تعلم السلوك العدواني يتم في الأساس عن طريق التعلم بالملاحظة، والتحكم في المثير، والتعزيز.

ويذهب روزنبرج وآخرون (Rosenberg et al. ٢٠٠٨) إلى أن بإمكاننا أن نقوم بتمييز السلوكيات العدوانية عن غيرها من السلوك اللاتكفي، أو السلوك غير المناسب، أو السلوك المضطرب وذلك عن طريق الرجوع إلى محكين اثنين وتطبيقهما على تلك السلوكيات. ويتمثل هذان المحكان فيما يلي:

١- أن الأحداث السابقة على السلوك عادة ما تدل على أن الهدف منه إنما يتمثل أساساً في إلحاق الأذى بالآخرين.

٢- أن السلوك عادة ما يتم توجيهه نحو ضحية معينة.

وعلى ذلك يتضح بجلاء أن السلوك العدواني يتضمن في الواقع ثلاثة عناصر يمكن تحديدها فيما يلي:

١- سلوك معين يمكن ملاحظته.

٢- نية لإلحاق الأذى بالغير والإضرار بهم.

٣- ضحية محددة.

وتنقسم السلوكيات العدوانية إلى فئتين أو مجموعتين متميزتين هما العدوان اللفظي *verbal* والعدوان البدني *physical* وعلاوة على ذلك فإن السلوكيات العدوانية يمكن أن نعتبرها أولية أو ثانوية بالنسبة للاضطراب. وتتضمن الخصائص الأولية العديد من السلوكيات العلنية *overt* من أهمها العض، والركل، ورمي الأشياء، والسب أو اللعن، وتهديد الآخرين. وتتضمن الخصائص الثانوية على

الجانب الآخر العديد من السلوكيات من أهمها جناح الأحداث، والنوبات المزاجية، والغضب، والافتقار إلى اللياقة أو اللياقة اللفظية، والسرقة .

(١) الخصائص السلوكية الأولية للعنوان

تتمثل الخصائص الأولية للسلوك العدوانى فى تلك الأفعال التى تتضمن العنف، والبذاءة، والتهديد، والتدمير، والتى تجعل المعلمين والوالدين يقومون بتقييم مثل هذه السلوكيات على أنها رقم واحد فى الاهتمامات غير الأكاديمية داخل الفصل . وعند دراسة العدوانية أو السلوك العدوانى عند الأطفال أو حتى المراهقين لابد من تحديد معلومات معينة عن السلوك العدوانى تعد ذات أهمية بالغة فى مثل هذا المضمار ، وهى :

١- مدى وجود قائمة كبيرة من السلوكيات المؤذية أو الضارة التى يأتى بها الأطفال والمراهقون العدوانيون .

٢- مدى تكرار السلوكيات المؤذية أو الضارة التى يأتى بها الأطفال والمراهقون العدوانيون .

٣- مدى تكرار السلوكيات المؤذية أو الضارة التى يأتى بها الرفاق غير العدوانيين .

وكغيره من الأنماط السلوكية الأخرى يمكن أن يتم الحصول على وصف تفصيلي دقيق للسلوك العدوانى عن طريق استخدام التصوير بالفيديو لآلاف الحالات من التفاعلات الأسرية . ويوضح تحليل الأنماط السلوكية التى يأتى بها أعضاء الأسرة أن السلوكيات العدوانية والسلوكيات المرتبطة بها يمكن أن يتم تصنيفها فى أربع عشرة فئة من السلوكيات المؤذية أو الضارة . *noxious* ويتضمن الجدول (١) هذه السلوكيات حيث يتم تعريفها من خلال أمثلة مما يمكن أن يحدث فى إطار الفصل أو المنزل .

جدول (١) السلوكيات المؤذية أو الضارة المرتبطة بالعدوان

التعريف	السلوك
يرفض الطفل ذلك السلوك الذي يقوم به شخص آخر سواء بالكلام أو الإيماءات .	١- الرفض
يستخدم الطفل نغمة صوت سلبية للدلالة على المحتوى المحايد للكلام .	٢- السلبية
يفشل الطفل في أداء أو إنجاز ما يطلب منه نظراً لعدم التزامه بما يتم توجيهه إليه من تعليمات .	٣- عدم الإذعان
يصيح الطفل ويصرخ ويرفع صوته عالياً بدرجة كبيرة (يزعق) أثناء الحديث .	٤- الصياح والزعيق
يسخر الطفل لفظياً من تلك الأفعال التي يأتي بها شخص آخر .	٥- المضايقة
يأتي الطفل على نطاق واسع بالعديد من الأفعال التي تضايق الآخرين فضلاً عن الأفعال المنفرة .	٦- المستوى المرتفع من النشاط
يأتي الطفل بالعديد من الأفعال العنيفة أو المؤذية جسدياً، كما يقصد أو ينفذ سلوك الهجوم البدني على الآخرين كالركل والعض والضرب .	٧- الأفعال البدنية السلبية
يصدر الطفل أصواتاً مختلفة ذات نغمة عالية، أو أنفية، أو يأتي بتعليقات أنفية .	٨- الأنين
يحاول الطفل أو يقوم بالفعل بإتلاف الأشياء أو الممتلكات .	٩- التدمير
يعمل الطفل على إحراج الآخرين، وإخجالهم، والسخرية منهم .	١٠- الإذلال
أي صراخ يمكن أن يقوم به الطفل ويكون من شأنه مضايقة الآخرين .	١١- الصراخ

١٢- الأوامر السلبية	يقوم الطفل بإصدار الأوامر والتهديدات للآخرين .
١٣- الاعتماد	يطلب الطفل المساعدة عندما لا يكون في حاجة إليها .
١٤- التجاهل	لا يستجيب الطفل لما يصدر عن الآخرين من سلوكيات .

(٢) الخصائص السلوكية الثانوية للعدوان

هناك الكثير من الخصائص السلوكية التي عادة ما ترتبط بالعدوان، فالسلوكيات المؤذية أو الضارة التي تمت الإشارة إليها عادة ما تظهر بصورة متكررة عند الأطفال والمراهقين العدوانيين وذلك بشكل يفوق معدل ظهورها عند الأطفال والمراهقين غير العدوانيين، ومع ذلك فليست كل هذه السلوكيات تعتبر عدوانية حيث قد ينظر المعلمون إلى معظمها على أنه فوضوي، *disruptive* أو يدل على عدم الطاعة أو الإذعان لأنها توقع الغضب والسخط والإثارة أكثر من كونها عدوانية .

ومن جهة أخرى يذهب إينون وبوتيجال (١٩٩٤) Einoon & Potegal إلى أن تلك السلوكيات التي يعرض لها الجدول (١) ليست هي الخصائص الثانوية الوحيدة التي ترتبط بالأطفال والمراهقين العدوانيين حيث اتضح أن هناك خصائص أخرى تنتشر بينهم من أهمها السلوك الفوضوي، وجناح الأحداث، والكذب والسرقة، والافتقار إلى اللباقة أو اللياقة اللفظية، والغضب، والنوبات المزاجية فضلا عن النشاط المفرط والاندفاعية .

١- السلوكيات الفوضوية *disruptive behaviors*

تعتبر السلوكيات الفوضوية شكلا من أشكال السلوك اللاتكفي، ولكنها عادة ما تكون في الواقع أقل حدة من السلوكيات العدوانية . ومن أمثلة السلوكيات الفوضوية داخل الفصل التحدث بصوت مرتفع، وعدم البقاء في المقعد، والقيام بالضوضاء، والإتيان بإيماءات غير مناسبة، ولمس ممتلكات الآخرين، واللعب . ويمكن تحديد العديد من هذه السلوكيات وقياسها في مواقف تعليمية مختلفة . ويعرض الجدول (٢) لمجموعة تضم ثمانية من السلوكيات اللاتكفية التي تحدث داخل الفصل مع تعريفاتها الإجرائية . ومن جهة أخرى فإن مقاييس الملاحظة المباشرة لتلك السلوكيات داخل

الفصل من جانب الأطفال والمراهقين الذين تم وصفهم بأنهم مزعجين ومثيرين للشغب *disturbed* تكشف عن أن بعض هؤلاء الأطفال والمراهقين يأتون بتلك السلوكيات بمعدلات مرتفعة وبصورة متكررة، كما أن البرامج العلاجية التي يتم تطبيقها بعناية عادة ما يكون من شأنها أن تقلل من حدوثها بدرجة كبيرة .

ويذهب روزنبرج وآخرون (Rosenberg et al. ٢٠٠٨) إلى أنه من المهم بالنسبة لنا أن نميز السلوك الفوضوي عن السلوكيات العدوانية الأكثر خطورة وذلك للعديد من الأسباب كما يلي :

١- إذا كانت هذه السلوكيات متداخلة في نسق قياس معين يعتمد على الملاحظة المباشرة *direct observation* فإن الطبيعة الحقيقية لتلك المشكلة التي يأتي بها الطفل أو المراهق سوف تكون غامضة . فمثلاً إذا نصت إحالة الطفل أو المراهق للحصول على خدمات التربية الخاصة على أنه يبدي يومياً اثني عشر سلوكاً من تلك السلوكيات التي تسبب الإزعاج والشغب فإن الفريق المسئول عن التشخيص لن يتمكن بذلك من معرفة ما إذا كان مثل هذا الطفل أو المراهق يقوم باثنتي عشرة مشاجرة يومياً، أم أن الأمر لا يعدو عن كونه يتحدث بصوت مرتفع داخل الفصل اثنتا عشرة مرة يومياً .

٢- أن العلاج الذي يتم اختياره يجب أن يتناسب في الواقع بشكل جيد مع ذلك السلوك اللاتكفي الذي يأتي به الطفل أو المراهق . فبعض إجراءات العلاج التي يتم إقحامها عنوة دون حاجة إليها مثل الإبعاد لبعض الوقت *time out* قد تكون مناسبة في سبيل الحد من بعض أنماط سلوكية كالضرب والركل، ولكنها في ذات الوقت لا تكون مناسبة أبداً للإقلال من سلوك القيام بالضوضاء، أو السلوكيات غير المناسبة الأخرى التي لا ترتبط بالمهمة .

جدول (٢) تعريفات السلوك الفوضوي المستخدم في الملاحظة المباشرة

- ١- الابتعاد عن المقعد؛ *out- of- chair* تحرك التلميذ بعيداً عن مقعده دون أن يحصل على إذن من المعلم بذلك أو دون أن يطلب منه المعلم القيام بذلك . ويلاحظ أنه لا يوجد أي جزء من جسم الطفل يلمس المقعد آنذاك .
- ٢- الابتعاد المعدل عن المقعد ؛ *modified out- of- chair* ابتعاد الطفل عن مقعده مع بقاء جزء ما من جسمه ملامساً للمقعد، ويستثنى من ذلك

- الجلوس بالأقدام عليه .
- ٣- لمس ممتلكات الآخرين؛ *touching others' property* تعني الاقتراب من الممتلكات الخاصة بتلميذ آخر وملامستها دون أن يحصل على إذن يسمح له بذلك . ويتضمن مثل هذا الأمر خطف ممتلكات الغير واغتصابها، أو إعادة تنظيمها، أو تكسيرها، وملامسة المقعد الخاص بتلميذ آخر .
- ٤- التلطف ؛ *vocalization* أي سلوك صوتي مسموع غير مسموح به يخرج من الفم .
- ٥- اللعب ؛ *playing* استخدام الأيدي للعب بممتلكاته الخاصة أو بالممتلكات العامة وذلك بطريقة تتعارض مع عملية التعلم وتعوقها .
- ٦- التوجه ؛ *orienting* تحويل أو توجيه الاستجابة اللازمة للنهوض أو الجلوس وذلك باستخدام المقعد كنقطة مرجعية .
- ٧- إصدار الضوضاء ؛ *noise* إتيان الطفل دون إذن بأي ضوضاء مسموعة غير التلطف .
- ٨- قضاء الوقت في أمور لا ترتبط بالمهمة المطلوبة ؛ *time off- task* لا يؤدي العمل الذي يتم تكليفه به، كأن لا يقوم التلميذ بالقراءة أو الكتابة على سبيل المثال عندما يتم تكليفه بذلك .

٢- جناح الأحداث *juvenile delinquency*

من الملاحظ أننا عادة ما نستخدم مصطلح " الحدث الجانح " *juvenile delinquent* مع أولئك الأطفال والمراهقين الذين يرتكبون المخالفات والذين يتهمون بارتكاب الجرائم . ويتوقف اعتبار الطفل أو المراهق حدث جانح على عدد من الشروط الأساسية في هذا الإطار تتمثل فيما يلي :

- ١- أن يتراوح سن الحدث بين ٧ - ١٨ سنة .
- ٢- ضرورة أن يتم إلقاء القبض عليه من جانب الشرطة .
- ٣- أن تتم محاكمته في إحدى محاكم الأحداث .
- ٤- أن تتم إدانته على ما يكون قد ارتكبه من مخالفات .
- ٥- أن يتم إيداعه إحدى مؤسسات الأحداث أي الإصلاحية .

أما إذا لم يحدث ذلك أي لم يتم إلقاء القبض عليه، ومحاكمته، وإيداعه الإصلاحية، أو لم يتم على الأقل إيداعه الإصلاحية فلا يمكننا أن نعتبره آنذاك حدثاً جانباً على الرغم من أن سلوكه قد يعكس الجنوح . ويبدو أن الجمع بين جناح الأحداث والعدوان يعتبر في واقع الأمر دالة لنمط الجريمة التي يقوم الفرد بارتكابها. وعادة ما تتضمن العديد من الجرائم التي يرتكبها الأحداث كالهجوم على الآخرين، والاغتصاب، والقتل، والضرب أعمال عنف وعدوان . وتشير التقارير الحديثة إلى انخفاض معدلات جرائم العنف من جانب الشباب الذين تقل أعمارهم عن ١٨ سنة إذ أن أكثر الجرائم شيوعاً في هذه الفئة العمرية وذلك بحسب معدلات تكرارها كما يشير سكاليا (١٩٩٧) Scalia إنما تتمثل في جرائم الممتلكات (كسرقة السيارات ، والسطو، *burglary* والسرققة بالإكراه)، وجرائم النفس (كالإغتصاب بالقوة، والهجوم متفاقم الخطورة، والقتل)، وجرائم النظام العام، وجرائم المخدرات .

٣- الكذب والسرققة *lying and stealing*

يعد الكذب والسرققة أكثر شيوعاً وانتشاراً بين الأطفال العدوانيين قياساً بأقرانهم غير العدوانيين . وفي الوقت الذي توجد فيه تفسيرات منطقية للعلاقة بين السلوك العدواني والكذب والسرققة (إذ نجد على سبيل المثال أننا عندما نلوم طفلاً على ضرب زميله فإنه قد يكذب حتى يتمكن من تجنب العقاب) فإن الأهم من ذلك هو استخدام العلاج الناجح في هذا الصدد . وهناك في الواقع بعض الأدلة على أن فئات الاستجابة (كفئات السلوكيات المرتبطة مثلاً) تتأثر بشكل متزامن بأساليب العلاج المختلفة . وقد أثبت علاج الأطفال والمراهقين العدوانيين على وجه الخصوص أنه عادة ما يكون أقل فعالية إذا كان الأطفال والمراهقين يسرقون أيضاً . ولهذا فمن المحتمل أن تكون هناك علاقة بين العدوان والسرققة، وأن العلاج الناجح يجب أن يستهدف كلا من هذين النمطين السلوكيين اللاتكفيين معاً .

٤- الافتقار إلى اللياقة اللفظية *lack of verbal mediation*

من الجدير بالذكر أن الأطفال والمراهقين العدوانيين يستخدمون قدرأ أقل من اللياقة أو اللباقة اللفظية في سبيل السيطرة على سلوكهم الصريح . ومن الناحية

النظرية فإن الفرد المتروى الذي يتسم بضبط النفس أو التنظيم الذاتي يتوقف حتى يفكر قبل أن يسلك في العديد من المواقف . ومع ذلك فإن الأطفال والمراهقين العدوانيين عادة ما يستخدمون نمطاً معرفياً للأداء الوظيفي يتضمن في الغالب أسلوباً سريعاً للاستجابة وعادة ما يفتقر إلى اللباقة أو اللياقة اللفظية . ويمكن الاستفادة من هذا الأمر في العلاج بتدريب الطفل أو المراهق العدوانى على اللباقة أو اللياقة اللفظية وهو الأمر الذي عادة ما يكون من شأنه أن يقلل من السلوك العدوانى الذي يصدر عنه .

٥- الغضب والنوبات المزاجية *anger and temper tantrums*

من الملاحظ أن المعلمين والآباء الذين يعملون مع الأطفال والمراهقين العدوانيين يعرفون أن هؤلاء الأطفال والمراهقين عادة ما يبديون الغضب والنوبات المزاجية . ويذهب إينون وبوتيجال (١٩٩٤) Eimon & Potegal إلى أن تلك النوبات المزاجية عادة ما تحدث عندما يواجه الأطفال والمراهقين العدوانيين أشخاصاً راشدين يمنعونهم من القيام بسلوكيات معينة، أو يقوم هؤلاء الأشخاص بفرض قيود عليهم يكون من شأنها أن تكبح سلوكياتهم . فالمعلمون الذين يحاولون منع المراهقين من العراك قد يتعرضون هم أنفسهم للهجوم من جراء ما يبذلونه من جهود في هذا الصدد . كما قد يكون من المتوقع أيضاً حدوث نوبات عنف مطولة تشمل الصياح، والصراخ، والسب أو اللعن، والضرب، والركل، وغيرها من السلوكيات الأخرى المؤذية جسدياً . وعندما يستخدم المعلمون علاجات تتضمن المواجهة الجسدية مع الأطفال والمراهقين الفوضويين (كالتصحيح الزائد للممارسات الإيجابية، أو التوجيه الجسدي نحو مركز ترفيهي) فإن النتيجة قد تتمثل بطبيعة الحال في حدوث سلوكيات عنيفة من جانب هؤلاء الطلاب . ولذلك ينبغي على المعلمين أن يختاروا بين فرض قواعد للعلاج قد يكون من شأنها أن تؤدي إلى حدوث مواجهة عنيفة وبين السماح لهؤلاء الأطفال والمراهقين بالهروب من تلك النتائج التي يمكن أن تترتب على أفعالهم والتي قد تعمل على إضعاف وتقويض البرنامج المستخدم لترويض السلوك .

٦- خصائص أخرى *other characteristics*

عادة ما يخبر الطلاب ذوو الاضطرابات السلوكية عموماً إلى جانب الطلاب الذين يبدون السلوكيات العدوانية مشكلات أخرى ترتبط بالمدرسة . وفي هذا الإطار فإننا قد نجد أنه عادة ما يقل متوسط أدائهم على اختبارات الذكاء والاختبارات التحصيلية عن المتوسط بدرجة دالة إحصائية، وأن هذا القصور في الأداء يوجد في جميع المقررات الأكاديمية وهو ما يؤدي إلى أن يكون بروفيل الأداء العقلي والتربوي الخاص بهم مشابهاً لذلك البروفيل الخاص بالطلاب ذوي صعوبات التعلم . ومع ذلك يجب أن يتم تفسير مثل هذه النتائج بحذر شديد حيث لا يوجد هناك أي دليل قاطع على أن انخفاض مستوى التحصيل على سبيل المثال يؤدي إلى حدوث اضطرابات سلوكية معينة، أو العكس . وفي الوقت الذي يمكننا فيه أن نتصور أو ندرك أن إحدى الحالتين يمكن أن تسبق الأخرى وتؤدي إليها فإن النتائج التي أسفرت عنها البحوث الراهنة تدعم تلك النتيجة التي ترى أن وجود الاضطرابات السلوكية عادة ما يكون مصحوباً بمستوى تحصيل أقل من المتوسط . وعلاوة على ذلك فإن توزيع جميع الطلاب ذوي الاضطرابات السلوكية يتداخل إلى حد كبير مع توزيع الأطفال والمراهقين الذين لا يعانون من أي إعاقات . ولهذا فمن الممكن أن نقرر فقط أننا في المتوسط نجد أن المستوى العقلي والتحصيلي للأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية عادة ما يكون أقل من مثيله لدى أقرانهم الذين لا يعانون من أي إعاقات . وعلى هذا الأساس لن يكون من الممكن أن نلجأ فقط إلى استخدام تلك البيانات الخاصة بمستوى التحصيل ونسبة الذكاء في سبيل القيام بتحديد طفل أو مراهق معين يعاني من الاضطرابات السلوكية والتعرف عليه بأي درجة من الدقة .

ثانياً : انتهاك القواعد وجناح الأحداث

Rule - Breaking and Juvenile Delinquency

غالباً ما نجد أن أولئك الأطفال والمراهقين الذين ينتهكون تلك القواعد التي تحكم التفاعل الاجتماعي يثيرون الخوف عند الراشدين المسؤولين عن تقديم الخدمات التربوية المختلفة . ومن المعلوم أن مثل هذا الخوف لا يخبره المعلمون فحسب إذ

نلاحظ في كثير من الأحيان أن الأخصائيين الاجتماعيين، والرفاق، والأخوة، والوالدين، وحتى أعضاء الهيئة القضائية يشتركون جميعاً في نفس مشاعر الخوف أو الذعر، والغضب أو السخط .

(١) الخصائص المميزة لسلوك انتهاك القواعد

من الجدير بالذكر أننا عادة ما ننظر إلى أولئك الأطفال والمراهقين الذين ينتهكون المعايير المجتمعية والقواعد المنظمة للاداء الوظيفي القانوني والاجتماعي على أنهم جانحون، أو مضطربون سلوكياً، أو على أنهم أفراد لا اجتماعيين أو مضادين للمجتمع . وبغض النظر عن المصطلح الذي نستخدمه في هذا الصدد فإن هذه الفئة تتضمن عدداً ضخماً من المراهقين الذين يقومون غالباً بمخالفة القاتون، والوالدين، والأقران فضلاً عن قيامهم في الغالب بمخالفة أنفسهم وهو الأمر الذي يكون من شأنه أن يجعلهم على اتصال واحتكاك دائم بالسلطات القضائية للأحداث . وعادة ما يتراوح سوء السلوك هذا بين المخالفات البسيطة إلى جرائم العنف . ومع ذلك فإن الغالبية العظمى من هؤلاء المراهقين ليسوا ما نتصوره عادة بصفة رسمية على أنهم جانحون، فهم في الأساس أطفال أو مراهقون ينمون بشكل عادي، ويتعلمون العديد من أدوار المراهقين المعقدة وغير المميزة .

(٢) التعريف القانوني للجنوح

يشير الجنوح إلى أي فعل يعد سوء سلوك أو سلوك مضاد للمجتمع يصدر عن أفراد في سن الأحداث، أو يستخدم للإشارة إلى كل هذه الأفعال . وعادة ما يطلق هذا النعت على أي طفل أو مراهق ذكر أو أنثى تقوم السلطات القضائية بإلقاء القبض عليه . ولا يزال الحدث الجانح من الناحية الرسمية وذلك بالمعنى القانوني التقليدي هو ذلك الشخص الذي ينتهك القواعد ولا يمثل لها، ويتم اتهامه بذلك، ويصدر حكم ضده من محكمة الأحداث . وعلى هذا الأساس فإن الطفل لا يمكن أن يكون جانحاً إلا إذا تمت إدانته، ورأت المحكمة ذلك، وأصدرت حكماً ضده . ومن ثم فإن التعريف القانوني للجنوح يهمل أو يتغاضى عن ما يشار إليه على أنه " الجنوح الخفي "، فالجانحون المتخفون هم تلك الأعداد الكبيرة من المراهقين الذين يأتون بأفعال تعتبر

سوء سلوك، ومخالفة للقانون، ولم يتم اكتشافهم بعد . وفي الوقت الذي تعد فيه الكثير من السلوكيات غير الملائمة التي تصدر عن مثل هؤلاء الأفراد بسيطة فإن بعضها الآخر خطير للغاية، وذو تكلفة عالية . فعلى سبيل المثال غالباً ما نجد أن المسؤولين في قطاع النقل العام يشتكون من التكلفة الباهظة التي يتطلبها إصلاح التخریب المتعمد للمركبات . ومن المعروف أن القليل جداً من المجرمين هم الذين تتم إدانتهم على ما يرتكبونه من مخالفات .

ويعتقد كثير من الخبراء أن وجود محك قانوني معين لتحديد الجنوح من شأنه أن يجعل عملية التقييم الخاصة بمثل هؤلاء الأفراد سهلة نسبياً (كأن نقوم مثلاً بإحصاء أعداد أولئك الأحداث فقط الذين تقوم محاكم الأحداث بإدانتهم)، ولكن التعريف القانوني الدقيق للجنوح لا يعرفنا سوى القليل عن تلك الكيفية التي يختلف بموجبها الشخص الجانح عن غير الجانح . ونظراً لأن عملية توجيه الاتهام بالجنوح تعد بمثابة خطوة متقدمة في تتابع طويل من السلوكيات المشككة فإن نقطة الانطلاق التصورية الأكثر ملاءمة لتعريف الجنوح قد تتمثل في وصف وتفسير السلوك المضاد للمجتمع أو سلوك انتهاك القواعد .

ويشير روزنبرج وآخرون (Rosenberg et al. ٢٠٠٨) إلى ضرورة أن نضع ثلاثة عوامل أساسية في اعتبارنا، وأن نلاحظها جيداً إذا ما أردنا أن نصف سلوك انتهاك القواعد . وتتمثل هذه العوامل فيما يلي :

- ١- تكرار الفعل .
 - ٢- مدى خطورة الفعل .
 - ٣- موقف الحدث الذي يرتكب المخالفة من ذلك الفعل أو اتجاهه نحوه .
- ويشير تكرار الحدث إلى ما إذا كان هناك نمط معين ومحدد من سوء السلوك أم لا كأن نحاول أن نتعرف على ما إذا كان مرهق ما على سبيل المثال يجرب العقاقير المحظورة قانوناً أو الكحوليات أم أنه يسيء استخدام المواد بشكل ثابت . أما خطورة سوء السلوك فهي مؤشر ذاتي يعتمد على تلك الكيفية التي ينظر بها المجتمع المحلي إلى سوء سلوك الحدث . ومن أمثلة ذلك أيضاً الاغتصاب، والدعارة، أو الترويج لها، والاتجار في المخدرات، أو تعاطيها، أو القيام بالسلوكيات الاندفاعية التي قد تسفر في الواقع عن تدمير الممتلكات العامة، أو حتى تلك الأفعال المزمنة والمتكررة التي يأتي بها المرهق والتي تتعلق بتدمير الممتلكات العامة والخاصة .

ووفقاً لذلك فعادة ما يتم تصنيف المراهقين في فئتين متميزتين أو فئتين مستقلتين أحياناً يتمثلان في المخالفات الإجرامية *criminal offenses* والجنح *status offenses* ويعد المجرمون هم الأحداث الذين يقومون بمخالفة القوانين بالشكل الذي يمكن أن يترتب عليه محاولة إيداعهم السجن أو إيداعهم السجن بالفعل إذا ما كانوا قد بلغوا سن الرشد . وهناك جرائم تعد من أخطر الجرائم هي القتل، والاعتصاب، والعنف غير المشروع، والسرقه، وإساءة استخدام العقاقير . ويتمثل العنصر الأساسي فيها في قيام الحدث المجرم بانتهاك قوانين الراشدين، ومع ذلك فنظراً لصغر سنه فإنه غالباً ما تتم معاملته بقدر أكبر من اللين في حين أنه عادة ما تتم محاكمة الراشدين في المحاكم، ويتم عقابهم بإيداعهم السجن لفترات زمنية معينة، أما الأحداث الذين يرتكبون جرائم مماثلة فيتم في الواقع الحكم الرسمي عليهم بالجنوح، ومن ثم يتم إيداعهم الإصلاحيات للعلاج . وعلى العكس من ذلك فإن الجنح في هذا الإطار إنما تعد بمثابة سلوكيات يأتي بها الأحداث وتوصف بأنها غير قانونية فقط ، وإن كانت مثل هذه المخالفات لا تعتبر في ذات الوقت إجرامية إذا ما أتى بها شخص راشد . وتتباين الجنح بطبيعة الحال من مجتمع إلى آخر، ولكنها عادة ما تتضمن الهروب من المنزل، أو الهروب من المدرسة، والممارسات الجنسية غير الشرعية، وتعاطي الكحوليات، والتدخين، وعدم طاعة الوالدين والمعلمين وعصيانهم.

(٣) بعض المتغيرات المرتبطة بالجنوح وانتهاك القواعد

من الجدير بالذكر أن سلوك انتهاك القواعد والذي يؤدي في النهاية إلى تحديد حالة الجنوح غالباً ما يرتبط مع العوامل الجسمية (الفيزيائية)، والاجتماعية، والمعرفية، والبيئية . وفيما يلي نعرض لأهم هذه العوامل .

١- الجنس أو النوع *Gender*

عادة ما يتم النظر في الأساس إلى جناح الأحداث على أنها مشكلة ذكرية أي يتعرض لها الذكور فقط إذ غالباً ما تبلغ نسبة الأولاد الذين تتم إحالتهم إلى محاكم الأحداث أربعة أمثال البنات، ثم تتم إحالتهم بعد ذلك إما إلى العيادات النفسية للعلاج

أو إلى الإصلاحات وذلك بمعدل أكبر . ومن ثم فإن الجنوح يمكن أن يكون في الأصل مشكلة تخص الأولاد فقط وذلك لنفس السبب الذي يجعل الجريمة مشكلة تخص الذكور بالدرجة الأولى حيث من المتوقع أن يكون الذكور أكثر عدوانية، ومع ذلك فإن إلقاء القبض على الأفراد في جرائم العنف إنما يشمل البنات أيضاً . وعادة ما يتم إلقاء القبض على البنات مقارنة بالبنين في أنواع مختلفة من الجرائم إذ أن معظم المخالفات التي يرتكبها غالباً ما تكون جنحاً في طبيعتها، وهذه الجنح تشمل بطبيعة الحال الهروب من المنزل، والعصيان أو عدم الطاعة، وإساءة استخدام المواد، وسوء السلوك الجنسي . أما الأولاد على الجانب الآخر فغالباً ما يتم إلقاء القبض عليهم بسبب تدمير الممتلكات العامة والخاصة، والعنف غير المشروع، وسرقة السيارات .

٢- السلالة أو العرق والعوامل الإثنية *Race and Ethnic factors*

هناك تنوع كبير في معدلات الجنوح بين الجماعات الإثنية *ethnic* والعرقية *racial* المختلفة، وقد توصل الباحثون إلى العديد من النتائج بعد دراسة تأثير العوامل الإثنية والعرقية في هذا الإطار حيث وجدوا أن العرق أو السلالة يعد عاملاً أساسياً في التنبؤ بالاحتكاك بالشرطة والهيئات القضائية . وفضلاً عن ذلك يتم إلقاء القبض على المراهقين الأمريكيين من ذوي الأصول الأفريقية كثيراً بسبب سوء السلوك نظراً لأن الشرطة تراقب الأفراد الأمريكيين من ذوي الأصول الأفريقية بصرامة وبصورة متكررة مما يوقعهم في ذلك كثيراً . ومن ثم يكون ضباط الشرطة على دراية بالسجلات المتباينة الخاصة بإلقاء القبض على المتهمين وذلك فيما يتعلق بالمراهقين الأمريكيين من ذوي الأصل الأفريقي فضلاً عن المراهقين البيض . كما وجدت معدلات تورط أو جنوح مشابهة في التقارير الذاتية بين مجموعات من المراهقين الأمريكيين البيض من ذوي الأصل الياباني، ومن المراهقين الأمريكيين من ذوي الأصول الأفريقية . وبذلك يتضح أن الفرق بين معدلات الجنوح الرسمية ومعدلاته المستمدة من التقارير الذاتية قد ترجع في واقع الأمر إلى التحيز من جانب المختصين، أو مدى وضوح تلك المخالفات التي تتعلق بانتهاك القواعد، أو اتجاه الأفراد عندما يواجهون شخص راشد في موقع السلطة .

٣- الحالة الاجتماعية الاقتصادية والفروق الاجتماعية

socioeconomic status and community differences

مما لا شك فيه أن البيانات الرسمية المتاحة والتي تتعلق بالجنوح إنما تعكس في الواقع معدلات ارتباطات عالية بين الحالة الاقتصادية الاجتماعية والجنوح . ومع ذلك فلا يزال هناك العديد من الباحثين لم يتوصلوا بعد إلى وجود علاقة مباشرة بين الطبقة الاجتماعية والجنوح الذي تعكسه التقارير الذاتية . ومن الأكثر احتمالاً بالنسبة للمراهقين من الطبقة الدنيا مثلهم في ذلك كالأقلية من المراهقين أن ينالوا الانتباه والاهتمام من السلطات القضائية . وعلى العكس من ذلك فإن استخدام البيانات المستقاة من التقارير الذاتية تزيد من احتمال قيام المراهقين من الطبقة الدنيا قياساً بأقرانهم من الطبقة الوسطى بارتكاب مخالفات أكثر خطورة وأكثر عدداً .

٤- تركيب الأسرة *family structure*

يرتبط استقرار الحياة الأسرية وجودتها في الغالب بالجنوح . ففيما يتعلق باستقرارها اتضح أن الأطفال الذين ينحدرون من أسر مفككة *broken* عادة ما يبدون معدلات أعلى من الجنوح قياساً بأقرانهم الذين ينحدرون من أسر متماسكة . *intact* ومع ذلك فعند ضبط متغيرات معينة مثل كيف العلاقة بين الوالد والطفل، والعمر الزمني للطفل عند حدوث الانفصال بين الوالدين لم تتمثل المسألة في الغالب في أن غياب أحد الوالدين هو الذي يرتبط بالجنوح . كما كانت العلاقة بين الجنوح والتفكك الأسري تتأثر بعدم الاستقرار الأسري كعلاقة وسيطة وليس بغياب الأب . وفي الواقع فإن جودة العلاقة بين الطفل والوالد الواحد واستقرار الأسرة تبدو هي العامل الأكثر تنبؤاً بالجنوح في المستقبل . وبذلك فإن الوالد الوحيد المستقر الذي يوفر الدفء تكون لديه فرصة أفضل لتربية طفل غير جانح وذلك بشكل يفوق ما يمكن أن يفعله الوالدان اللذان يعيشان في صراع . وعلاوة على ذلك فإن عمر الطفل وقت الانفصال الذي يحدث في الأسرة له أهميته حيث نجد أن الأطفال قبل مرحلة المراهقة *preteen* عادة ما يتأثرون سلباً بالانفصال وتلك بدرجة أكبر من المراهقين .

٥- الذكاء والتحصيل *intelligence and achievement*

تعد نسبة الذكاء أكثر أهمية من العرق أو السلالة والطبقة الاجتماعية في التنبؤ بالسلوك الجانح حيث أنه عند ضبط الحالة الاقتصادية الاجتماعية كانت هناك فروق طفيفة في الحالة العقلية بلغت ثماني نقاط من نسبة الذكاء بين الجانحين وغير الجانحين . وبعد ضبط السلالة والحالة الاقتصادية الاجتماعية وجدت فروق دالة بين الجانحين وغير الجانحين باختلاف السلالة والمجموعات الدالة على الحالة الاقتصادية الاجتماعية وهو ما يدل على أن نسبة الذكاء المنخفضة بدأت سلسلة من الأحداث التي أدت في النهاية إلى الجنوح . وعندما تمت دراسة التحصيل الأكاديمي كأحد المتغيرات التي ترتبط بالسلوك الجانح اتضح أن الانخفاض المزمن في التحصيل *chronic underachievement* والسجل المدرسي الضعيف ينبئان بدرجة عالية بانتهاك القواعد والجنوح حتى أنهما ينبئان بذلك بدرجة تفوق نسبة الذكاء، والسلالة، والعوامل الإثنية، والحالة الاقتصادية الاجتماعية . وعندما تمت مقارنة السجلات الأكاديمية للمراهقين الجانحين وغير الجانحين اتضح أن الجانحين كانوا أكثر ضعفاً وقصوراً من الناحية الأكاديمية . كذلك فإن ضعف القراءة يرتبط بالجنوح، ولكن لا توجد هناك بيانات قاطعة رغم ذلك تدل على أن ضعف القراءة أو رداءتها من شأنه أن يسبب الجنوح ويؤدي إليه . ولكن رداءة القراءة غالباً ما تكون هي بداية دورة الفشل الذي يمكن أن يتعرض له الطفل في المدرسة وهو الأمر الذي يكون من المفترض بالنسبة له أن ينبئ بدرجة كبيرة بكل من السلوك الجانح والسلوك الإجرامي .

٦- صعوبات التعلم *learning disabilities*

قد يعتقد الوالدان والمعلمون أن جناح الأحداث ما هو إلا نتيجة محتملة لصعوبات التعلم . ونتيجة لمثل هذه التوقعات غير الرسمية حاول كثير من الباحثين منذ سبعينيات القرن المنصرم تحديد العلاقة بين صعوبات التعلم وجناح الأحداث . وذهب البعض إلى أن الأساس المنطقي للارتباط السببي بين صعوبات التعلم وجناح الأحداث كان يتمثل في الاعتقاد بأن صعوبات التعلم لها آثارها التوسطية التي عادة ما يكون من شأنها أن تؤدي إلى حدوث سلوك جانح . وكان من المفترض أن يحدث الجنوح من خلال أحد أسلوبين محتملين وذلك على النحو التالي :

- ١- تؤدي صعوبات التعلم إلى الفشل في الدراسة، وبالتالي يصبح من شأنها أن تؤدي إلى التسرب من المدرسة، ثم تؤدي في النهاية إلى السلوك الجانح .
- ٢- تعد أنواع معينة من مشكلات التعلم ومجموعات منها في الأساس بمثابة ميول سلوكية من شأنها أن تسهل من حدوث القابلية المتزايدة للسلوك الجانح أو لسلوك انتهاك القواعد .

وعلى الرغم من ذلك فلم يتوصل الباحثون إلى وجود أدلة قوية تؤيد أو تدعم وجود علاقة سببية بين صعوبات التعلم وجناح الأحداث حيث كانت مثل هذه الأدلة ضعيفة . ومع وجود استثناءات قليلة اكتشف الباحثون في المركز الأمريكي للبحوث أن الدراسات والبحوث الإمبريقية التي أجراها المؤيدون لوجود مثل هذه العلاقة كان تصميمها التجريبي ضعيفاً لدرجة أنه لا يمكن استخدامها حتى في حساب التقديرات التقريبية لقوة تلك العلاقة . وقد تمثل الأمر الأكثر دهشة من ذلك في النقص الكامل لتلك البيانات التي تتعلق بما إذا كان معدل انتشار صعوبات التعلم يزداد بين المراهقين الجانحين أم بين أقرانهم غير الجانحين حيث أسفرت معظم الدراسات التي تم إجراؤها في هذا المضمار عن أن الأداء المدرسي للجانحين عادة ما يكون أقل من المتوسط مما يكون من شأنه أن يؤدي إلى الاعتقاد في وجود صعوبة محددة من صعوبات التعلم بينهم أيضاً .

إلا أن الدراسات الحديثة في هذا الميدان والتي تعتمد على الملاحظة وتمتاز بوجود قدر أكبر من الدقة والضبط التجريبي بها لم تسفر في الواقع عن وجود علاقة بين صعوبات التعلم وجناح الأحداث وهو الأمر الذي يعني أن وجود صعوبات التعلم لدى المراهقين لا ينبئ باحتمال حدوث الجنوح بينهم في المستقبل . والأهم من ذلك أنه قد اتضح أن المراهقين المضطربين سلوكياً يبدون سلوك انتهاك القواعد بشكل يفوق أقرانهم ذوي صعوبات التعلم . وقد يرجع ذلك إلى أن خبرة التربية الخاصة بغض النظر عن حالة الإعاقة قد تكون مصحوبة بانتهاك القواعد والجنوح إذ وجد زابل ونيجرو (Zabel & Nigro ، ١٩٩٩ ، ٢٠٠١) أن نسبة كبيرة تتجاوز ٣٧ % من الأحداث الجانحين ممن تمت إحالتهم إلى الإصلاحيات كانوا قد تلقوا خدمات التربية الخاصة . وفيما يتعلق بالتحصيل الأكاديمي اتضح أن المراهقين الذين خيروا التربية الخاصة وتلقوا خدماتها قد حصلوا على درجات تقل بصورة دالة إحصائياً

عن الأحداث الجانحين الآخرين ممن لم يخبروا التربية الخاصة وذلك على المقاييس المقننة للأداء في كل من القراءة والرياضيات فضلاً عن الأداء اللغوي .

ثالثاً : الانسحاب الاجتماعي *social withdrawal*

يعد الانسحاب الاجتماعي في الواقع بمثابة مصطلح يستخدم في سبيل وصف تلك السلوكيات التي يكون من شأنها أن تؤدي إلى حدوث انفصال بدني وانفعالي بين الفرد وغيره من الآخرين . فالأطفال المنسحبون اجتماعياً أو المنعزلون يتسمون في واقع الأمر بانفقارهم إلى التفاعل الاجتماعي المناسب، *social interaction* وفشلهم في تحقيق الإشباع من التبادل الاجتماعي، *social reciprocity* وتفضيلهم اللعب الفردي *solitary* على الأنشطة الجماعية . وتعتبر المشكلة الجوهرية بالنسبة للعزلة الاجتماعية *isolation* هي وجود خلل في النمو الاجتماعي فضلاً عن العلاقات بين الشخصية أو الاجتماعية التي ترجع إلى أوجه القصور أو الإفراط السلوكية . ويؤدي مثل هذا الخلل أو الاختلال في الأداء الوظيفي بالفرد المنعزل إلى أن يتجنب التفاعلات مع الآخرين أو يفشل فيها، كما يمنع حدوث نضج العلاقات الاجتماعية العادية .

وهناك في الواقع فئتان من الانسحاب الاجتماعي هما عدم التفاعل *noninteraction* والرفض أو النبذ . *rejection* فالأطفال غير المتفاعلين يفشلون في المبادأة بالتفاعلات مع الآخرين، أو الإبقاء عليها والاستمرار فيها، أو تعزيزها، ويفضلون الأنشطة الفردية عليها، ويتجنبون الأنشطة الاجتماعية المختلفة . أما الأطفال المرفوضون أو المنبوذون فإنهم عادة ما يبادرون بالتفاعل الاجتماعي، ولكن سلوكهم غير المناسب وإفراطهم فيه يجعلهم منبوذين من الأقران .

وتتمثل الخاصية الأساسية المميزة للأطفال غير المتفاعلين في قصور المخزون الاجتماعي أو الذخيرة الاجتماعية بما فيها عدم الكفاءة في تناول السلوكيات المختلفة الدالة على الإقدام والقيام بها، والاستجابة لمبادرات الآخرين لتحقيق التواصل الاجتماعي ، وقصور أساليب التعزيز الاجتماعي . وعلاوة على ذلك فإن مثل هؤلاء الأطفال قد يغمسون في سلوكيات تبعدهم عن الآخرين أو تعمل على تثبيط تفاعلهم الاجتماعي . وبالتالي فإنهم قد يفضلون اللعب الفردي على سبيل المثال، ولا يتألفون

عندما يكونوا بمفردهم . أما الأطفال المنبوذون فإنهم يتسمون في الأساس بتلك السلوكيات التي تبعد أقرانهم عنهم، ومن بينهما النزعة إلى السيطرة، والغيرة، وعدم النضج، والعدوانية .

(١) الخصائص السلوكية الأولية للانسحاب الاجتماعي

من الجدير بالذكر أن هناك وصفاً معيناً يشبه البروفيل عادة ما يتم استخدامه في سبيل تحديد سلوك الانسحاب الاجتماعي عند الطفل، وذلك على النحو التالي :

- ١- يبقى مع نفسه، ويظل منعزلاً عن الآخرين وبعيداً عنهم .
 - ٢- يفشل في اللعب مع الأطفال الآخرين .
 - ٣- يرفض المشاركة في الأنشطة عندما يكون ذلك ضرورياً .
 - ٤- عادة ما تكون تعبيراته حزينة ومكتئبة، ويبدو كئيباً، ونادراً ما يضحك .
 - ٥- يحملق بشدة في الفضاء .
 - ٦- هناك أوصاف أخرى للسلوك المنسحب يتضمنها التراث السيكلوجي تتمثل في العزلة، والأفعال القهرية أو الانشغال المرضي بالأشياء، وأحلام اليقظة، والخمول، والخجل، والخوف، والاكتئاب، والحياء، والإذعان الزائد، والسلبية، واللامبالاة، والحساسية الزائدة، والتعاسة، والقلق، والانطواء .
- وعلاوة على ذلك فإننا قد نجد بعض الخصائص الهامة التي يمكننا من خلالها أن نتعرف على الأطفال من هذا النمط حيث تعد ذات أهمية بالغة في هذا المضمار . ووفقاً لذلك يمكن النظر إلى أن الطفل المنسحب على أنه :
- ١- من الصعب التعرف عليه .
 - ٢- يظهر القليل من العاطفة للآخرين .
 - ٣- يفضل العمل الفردي واللعب الفردي .
 - ٤- يفشل في إظهار مشاعره تجاه الآخرين .
 - ٥- يتجنب الاتصال بالعين أو التلاحم البصري .
 - ٦- لا يهتم بما يؤديه الآخرون من أعمال .
 - ٧- يبدي معدلاً منخفضاً من التفاعلات الاجتماعية مع الأقران .

ويشير ماثور وروزرفورد (١٩٩٤) Mathur & Rutherford إلى أن تلك الخصائص الأولية للانسحاب الاجتماعي تعتبر بمثابة أوجه قصور في السلوكيات الاجتماعية المحددة التي تعد ضرورية لنمو المهارات الاجتماعية، وخصوصاً تلك المهارات التي تدعم حدوث التفاعل الاجتماعي أو تبقى عليه مثل مهارات المحادثة . وكما لاحظنا فإن الأطفال المنعزلين غالباً ما يبدون أوجه قصور في سلوكيات الإقدام والاقتراب من الأشياء ومن بينهما الفشل في النظر إلى الأقران، أو التحدث إليهم، أو اللعب معهم، أو ملامستهم، أو القيام بذلك كله بشكل مناسب . وبالمثل فإن هؤلاء الأطفال لا يستجيبون للمبادرات الخاصة بالاتصال الاجتماعي مع الآخرين، ويظهرون نقصاً في التبادل الاجتماعي *social reciprocity* الذي يتم تعريفه على أنه تبادل التعزيز التبادلي والمنصف الذي يميز النمو الاجتماعي العادي . وعلاوة على ذلك فقد اتضح أن الأطفال المنسحبين والمنعزلين يواجهون صعوبة في القيام بالمهارات الاجتماعية المحددة والمطلوبة لاتخاذ الأصدقاء والحفاظ عليهم . وباختصار فإن العزلة الاجتماعية تتضمن في الواقع قدراً أقل من التفاعلات من الناحية الكمية، وقدراً من التفاعلات غير الملائمة من الناحية الكيفية فضلاً عن فشل عام في فهم التفاعلات المتبادلة، والمشاركة في مثل هذا التفاعل المتبادل بين الأفراد . ومن أهم الخصائص المميزة للعديد من الأطفال المنبوذين الإفراط أو التفريط السلوكي الذي يثبط التفاعلات الاجتماعية أو يحول دون حدوثها . ومن الملاحظ أن هناك سلوكيات مثل أحلام اليقظة، وأنشطة الإثارة الذاتية تتداخل مع التبادلات الاجتماعية المناسبة فتشتت انتباه الطفل للإشارات الاجتماعية، وتحد من حدوث التعلم الاجتماعي . وهناك سلوكيات أخرى مشكلة تتضمن الوقوف بالقرب من الآخرين بدرجة كبيرة جداً، والاتصال غير الملائم بالعين (كأن يكون كثيراً جداً أو قليلاً جداً)، واللمس المتكرر للأقران، واستخدام اللغة أو التعليقات غير الملائمة .

(٢) الخصائص السلوكية الثانوية للانسحاب الاجتماعي

يذهب ميلر (١٩٩٤) Miller إلى أن هناك العديد من الخصائص الثانوية التي تظهر لدى كل الأطفال غير المتفاعلين والأطفال المنبوذين من أهمها وجود عدد قليل من الصداقات المشبعة أو انعدام مثل هذه الصداقات كلية، والكآبة والنكد، والشعور

بالذات، والقلق، وانخفاض تقدير الذات، والحط من قدر الذات، وقد يصل الأمر في الحالات المتطرفة إلى حد الانتحار . فضلاً عن ذلك فإن هؤلاء الأطفال غالباً ما يصبحون أهدافاً للسخرية أو التوبيخ من قبل أقرانهم .

ومن المعتقد أن الأطفال الذين يفشلون في إقامة العلاقات الاجتماعية (أو أي مهارة أخرى في أي جانب أو مجال) يشعرون بعدم الملاءمة أو عدم الكفاءة . ونتيجة لذلك فإنهم قد يفقدون تقديرهم لذواتهم، ويشعرون بعدم القيمة، وتظهر عليهم أعراض أخرى للاكتئاب كالكسل والخمول، وفقدان الشهية، وفقدان الأمل . كذلك فإن مشكلات التعلم أيضاً عادة ما تصادف مثل هؤلاء الأطفال المنسحبين أو المنعزلين والتي يكون من المحتمل بالنسبة لها أن ترجع إلى فشلهم في الاستفادة من تلك التفاعلات التي تحدث مع معلمهم وأقرانهم في المدرسة . وعلى الرغم من هذه الارتباطات فقد لا يكون من الممكن التحقق من أن الخصائص الثانوية تحدث نتيجة تفاعل الخصائص الأولية مع البيئة . وبدلاً من ذلك فإن بعض الخصائص الثانوية قد تكون بمثابة ترابطات *correlates* مع الخصائص الأولية وليست ناتجة عنها .

رابعاً : النشاط المفرط (*hyperactive behavior (ADHD)*)

يشير روزنبرج وآخرون (٢٠٠٨) Rosenberg et al. إلى أنه عادة ما يتم النظر إلى بعض الخصائص المصاحبة للنشاط المفرط على أنها أولية بالنسبة لهذا الاضطراب في حين يتم النظر إلى بعضها الآخر على أنها ثانوية نظراً لأنها تنتج عن تفاعل الخصائص الأولية للاضطراب مع الأحداث البيئية المختلفة . وتتمثل الخصائص الأولية في النشاط الحركي الزائد أو التملل، وتشتت الانتباه أو قصور الانتباه، والاندفاعية أو قصور الأحكام، والإثارة أو الوجدان السلبي . أما الخصائص الثانوية فمن أهمها مشكلات التعلم أو قصور الأداء الأكاديمي، والسلوك العدواني والسلوكيات المضادة للمجتمع، وانخفاض مفهوم الذات، وتدني تقدير الذات.

(١) الخصائص السلوكية الأولية للنشاط المفرط

من الجدير بالذكر أنه قد تمت ملاحظة خليط من الخصائص السلوكية لدى معظم الأطفال والمراهقين ذوي النشاط المفرط حيث لاحظ هانت وباجوين وبايتون

(Hunt, Paguin & Payton, 2001) وجود العديد من هذه الخصائص من بينهما النشاط الحركي الزائد، وقصور الانتباه، والانداغية وذلك بدرجات مختلفة من الحدة. ويصور جمع من الباحثين النشاط الزائد *overactivity* على أنه أحد الخصائص السلوكية الأولية للنشاط المفرط *hyperactivity* حيث يقوم هؤلاء الأفراد الذين يعانون منه بالتحرك في المكان بصورة مستمرة، وبشكل أسرع، ولا يعملون آنذاك سوى على تحقيق قدر أقل من الأهداف قياساً بأقرانهم من الأطفال الذين لا يعانون منه. وغالباً ما نراهم في المدرسة لا يجلسون في مقاعدهم معظم الوقت، وعندما يجلسون في تلك المقاعد فإنهم يغمسون في التخبيط بالقدم أو الأصابع فضلاً عن شعورهم بالتململ.

ومن المهم في هذا الإطار أن النشاط المفرط *hyperactivity* غالباً ما يتم تحديده على أساس النشاط الزائد *overactivity* الذي يبديه الطفل سواء كان ذلك في سلوك الأطفال ذوي النشاط المفرط الحقيقي *true* أو الأطفال ذوي النشاط المفرط الموقفي *situational* وهو ما يمكن تمييزه عن طريق تقديرات المعلم، أو تقديرات الأقران أثناء مواقف اللعب الحر واللعب المنظم. ويعد تشتت الانتباه *distractibility* بمثابة ثاني خاصية محددة للنشاط المفرط بينما يستخدم البعض الآخر أمثال الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (2000) *American Academy of Pediatrics* مصطلح قصور الانتباه *inattention* للإشارة إلى نفس الظاهرة. ومن الملاحظ في هذا الصدد أن الأطفال والمراهقين الذين يعانون من النشاط المفرط يتسمون على وجه الخصوص بمدى قصير للانتباه، وأن انتباههم لا يتأثر بتلك الأنشطة التي يراها العديد من الطلاب منهكة كالألعاب والقصص والتلفزيون. وفضلاً عن ذلك فإن محور انتباههم يتغير بسرعة دون أي اعتبار للأهمية النسبية للمثيرات المختلفة. وبذلك يصبح من المحتمل بالنسبة للطفل أو المراهق ذي النشاط المفرط أن ينتبه إلى كلب ينبح بنفس الطريقة التي ينتبه بها إلى ما تطلبه أمه منه. ويعد الانتباه في إطار المدرسة بمثابة سلوك حاسم وخرج رغم ما يتضح من احتمال حدوث قدر قليل من التعلم بدونه إذ أن العلاقة بين هذه الخاصية السلوكية الأولية المتمثلة في الانتباه وبين الخاصية الثانوية المتمثلة في انخفاض مستوى الأداء المدرسي تبدو واضحة وجلية حيث يكون من المحتمل بالنسبة لأولئك الطلاب

الذين يجدون صعوبة في الإبقاء على انتباههم والاحتفاظ به، وتوجيهه نحو مثيرات أساسية أن يجدوا من الصعب عليهم أن يتمكنوا من إجادة المواد الدراسية المختلفة . ويجب أن نلاحظ هنا أن زمن الرجوع *reaction time* والذي يعد بمثابة مفهوم يشبه الانتباه لم يتضح أنه يكون أبطأ أو أسرع بالنسبة لأولئك الأطفال والمراهقين ذوي النشاط المفرط .

أما الاندفاعية *impulsivity* فتمثل الخاصية الأولية الثالثة من تلك الخصائص التي تميز النشاط المفرط . كما يعد قصور الأحكام *judgment deficits* أيضاً خاصية أولية أخرى في هذا الصدد . ويعبر هذان المصطلحان في الواقع عن ميل من جانب الطالب ذي النشاط المفرط إلى الانغماس في السلوك بشكل متسرع وغير منظم دون مراعاة لتلك النتائج التي يمكن أن تترتب على ذلك . وعلى هذا الأساس يصبح من الأكثر احتمالاً بالنسبة لأولئك الأطفال والمراهقين ذوي النشاط المفرط أن يجدوا أنفسهم في مأزق أو ورطات عديدة فقد يتسلقون شجرة يكون من الصعب النزول من فوقها، وقد يقومون بالجري بين سيارات متوقفة بحثاً عن كرة مفقودة، أو قد يتجهمون على شخص ما بشكل قاس لا لزوم له، ولا طائل منه .

وتعد الإثارة *excitability* هي الخاصية الرابعة والأخيرة من تلك الخصائص الأولية المميزة للنشاط المفرط في حين يضيف البعض إلى ذلك خاصية أخرى هي الوجدان السلبي. *negative affect* وتؤكد كلتا الخاصيتان على أن الأحداث اليومية التي لا تتضمن أي إثارة كبيرة عادة ما يكون من شأنها أن تثير هؤلاء الأطفال والمراهقين بسهولة وبساطة . ومن المهم أن نلاحظ أن الإثارة إنما تتضمن في واقع الأمر جانبين يعد أحدهما موجبا جزئياً، ويبدو في تلك الإثارة التي لا يمكن التحكم فيها والتي تنشأ عند توقع الأحداث اليومية في إطار المدرسة مثل التراجع أو التقهقر . *recess* ويتمثل الجانب الآخر من الإثارة في عدم سهولة كل من الفهم والتسامح أو التحمل، والذي يبدو في النزق أو سرعة الغضب والانفعال *irritability* فضلاً عن انخفاض مستوى تحمل الإحباط ، *low frustration tolerance* والتغيرات السريعة والدراماتيكية في المزاج . ويسهم عدم إمكانية التنبؤ بسلوك الأطفال والمراهقين ذوي النشاط المفرط بطبيعة الحال في تلك الصعوبة التي يخبرونها في التعامل مع الرفاق والراشدين .

(٢) الخصائص السلوكية الثانوية للنشاط المفرط

من غير المدهش أن نجد أن جوانب القصور في التحصيل الأكاديمي بل وفي الأداء الأكاديمي عامة يتم النظر إليها على أنها خصائص ثانوية للنشاط المفرط نظراً لأن كثيراً من تلك السلوكيات المصحوبة بالنشاط المفرط عادة ما تتعارض مع التعلم داخل الفصل . ومع ذلك فعلى الرغم من وجود اتفاق عام على انتشار مشكلات التعلم بين الأطفال والمراهقين ذوي النشاط المفرط فإن هناك بعض الشك حول ما إذا كانت أوجه القصور هذه تتعارض مع تلك التوقعات الخاصة بالتحصيل أو الإنجاز عامة القائم على الدرجات التي يحصل عليها مثل هؤلاء الأفراد في اختبارات الذكاء أم لا حيث اتضح أن الطلاب ذوي النشاط المفرط عادة ما يكون أدائهم أقل من المتوقع قياساً بما يحصلون عليه من درجات على اختبارات الذكاء، بينما لم تتضح مثل هذه الفروق في المستوى التحصيلي في كل من القراءة، والتهجي، والرياضيات .

وفضلاً عن ذلك فإن الوصف الإكلينيكي للطلاب ذوي النشاط المفرط يوضح بجلاء وجود السلوك العدواني والسلوكيات المضادة للمجتمع في مجموعات فرعية صغيرة منهم حيث عادة ما نجد أن نسبة كبيرة منهم يتشاجرون، ولا يستجيبون للنظام، ويتصرفون بنوع من التحدي . ومن جانب آخر فإن نسبة كبيرة من هؤلاء الأطفال والمراهقين ذوي النشاط المفرط عادة ما يأتون بسلوكيات عدوانية، كما يبدون السلوكيات المضادة للمجتمع بشكل متكرر كالعناد، والعراك، والسرقة، كما يتم إلقاء القبض عليهم من جانب الشرطة مما يجعلهم على احتكاك دائم بالشرطة .

وفضلاً عن ذلك فإن المراجعات المختلفة التي تم إجراؤها على التراث السيكلوجي في هذا المضمار كالدراسة المسحية التي أجريت في الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (٢٠٠٠) *American Academy of Pediatrics* ودراسة بليشكا وكارلسون وسوانسون (١٩٩٩) *Pliszka, Carlson, & Swanson* توضح أن العدوان والسلوكيات المضادة للمجتمع تعد في الواقع شائعة بين المراهقين ذوي النشاط المفرط .

ومن جهة أخرى تتمثل الخاصية الثانوية الثالثة التي تشيع بين هؤلاء الأطفال ذوي النشاط المفرط نظراً لأنها عادة ما تصاحب النشاط المفرط في انخفاض مفهوم الذات *poor self - concept* وتدني تقدير الذات. *low self - esteem* وكما هو الحال بالنسبة للخصائص الثانوية الأخرى نجد أنه من السهل أن نفهم تلك الكيفية التي يمكن أن يتطور بها انخفاض مفهوم الذات وذلك كدالة للتفاعل بين الخصائص الأولية والبيئة حيث نجد أن أي طفل أو مراهق يتم إعداده بصورة غير مناسبة أو يكون غير مهياً أو معد كي يقوم بأدائه الوظيفي في المدرسة بصورة فعالة، ويكون من المحتمل أن يتم عقابه على فشله من جانب المعلمين والرفاق على حد سواء سوف يفكر في نفسه على أنه سيء ، أو سيفكر في نفسه بصورة غير مناسبة . ومن جهة أخرى فإن مفهوم الذات لدى الطلاب مفرطي النشاط الذين لم يتم ترويضهم أو تم ترويضهم بشكل غير مناسب عادة ما يكون أكثر انخفاضاً من أقرانهم مفرطي النشاط الذين تم ترويضهم بشكل مناسب . ومن ثم يكون من غير المدهش كما يرى بيدerman (١٩٩٨) أن تتلازم التقلبات المزاجية *mood swings* مع الاكتئاب أي يتواجدان مع بعضهما البعض في ذات الوقت عند أعداد كبيرة من الأطفال والمراهقين ذوي النشاط المفرط .

تنوع التفسيرات النظرية للاضطرابات السلوكية

من الجدير بالذكر أن تعدد التفسيرات النظرية التي تتناول تطور الاضطرابات السلوكية وتنوعها يعد كما يشير روزنبرج وآخرون (٢٠٠٨) Rosenberg et al. أمراً ملحوظاً . وفي الواقع فإن كل تفسير من هذه التفسيرات إنما يشق من مجموعة من الفرضيات، والأفكار العامة، والمبادئ التي تتعلق بسلوك الإنسان وشخصيته . وتختلف الأفكار العامة عن المبادئ في أنها لا يمكن إثباتها أو نفيها حيث أنها افتراضية . أما المبادئ التجريبية فهي حقائق تقوم على أساس التحقق العلمي . ومن الواضح أن التفسيرات التي تعتمد على الأفكار العامة الافتراضية عادة ما يمكن الاعتقاد فيها وتصديقها عندما يكون منطقتها الداخلي ثابتاً، وعندما تتطابق مع الخبرة الإنسانية . بينما يكون من الممكن الاعتقاد في تلك التفسيرات التي تتضمن المبادئ التجريبية وتصديقها سواء اتسقت مع خبراتنا أم لم تتسق معها وذلك بسبب الأسلوب

العلمي المستخدم في سبيل التوصل إليها . فضلاً عن ذلك فإن لكل منظور منها مؤيديه ومناصريه الذين يتمسكون بتعريف للاضطرابات السلوكية يتسق ويتفق مع تلك النظرية التي تكمن خلف منظورهم المفضل . وعلى الرغم من أننا سوف نعرض فيما بعد لوجهات النظر هذه ببعض التفصيل فقد يكون من المهم هنا أن نصف تلك الكيفية التي يمكن أن تبدو عليها التعريفات المتضاربة .

ومن الملاحظ أن المنظور البيولوجي ينظر إلى الأمر بدرجة زائدة من التبسيط ويقرر أن الاضطرابات السلوكية تعد بمثابة أعراض لبعض الاضطرابات الجسمية الأولية، أو بعض الخلل والقصور الذي قد يتعرض الفرد له مع أن تحديد سبب جسمي *physical* أولي لاضطراب معين قد يؤدي بنا إلى العلاج الذي يكون من شأنه أن يصحح كلاً من اختلال الأداء الوظيفي البيولوجي والأعراض السلوكية الدالة عليه . ويختلف المنظور السلوكي بشكل مميز عن المنظور البيولوجي في أن الاضطراب السلوكي يمكن أن نفهمه على أساس أنه يعد بمثابة نمط متعلم للاستجابة حيث يتعلم الأفراد السلوك أثناء تفاعلهم مع بيئاتهم، كما يتعلمون بعضه الآخر في ضوء احتمالات التعزيز .

ولكي نتمكن من تصحيح تلك المشكلات المصاحبة للاضطرابات السلوكية يقوم المعالجون السلوكيون بتعديل تلك الاحتمالات أو الارتباطات حتى تضعف السلوكيات المنحرفة ويتم تعلم السلوكيات المنافسة المقبولة اجتماعياً . ومن خلال البحوث الحديثة في مجال النمذجة، والتعليم الذاتي، وحل المشكلات، والضبط الذاتي أو ضبط النفس أصبح إضافة النموذج المعرفي السلوكي أمراً ضرورياً . ومن وجهة النظر السيكودينامية *psychodynamic* فإن الاضطرابات السلوكية إنما تنشأ عن التطور النفس اجتماعي *psychosocial* الخاطئ . كذلك فإن المكونات الهامة للشخصية تفشل في التطور أو تتطور بشكل غير مناسب بسبب الخبرات الضاغطة التي يمر الفرد بها ويواجهها خلال المراحل النمائية المختلفة . و نتيجة لذلك يصبح الأفراد محدوديْن فيما يمكنهم أن يقوموا بفرضه من تحكم في رغباتهم، وفي دوافعهم الأولية والغريزية . وطبقاً لهذا المنظور فإن السلوكيات المنحرفة إنما تعد نتاجاً لشخصية غير كاملة النمو . وعلى ذلك فإن المعالج عادة ما يبحث عن التحسن المحتمل وذلك بالعمل على تقوية مثل هذه الشخصية التي تعاني ذلك الخطأ .

Biophysical Explanation of Disturbed Behavior

يذهب ساجور (١٩٧٤) Sagor إلى أن النموذج البيوفيزيقي يعلل حدوث الاضطراب السلوكي بتعرض الفرد لمرض معين أو يعلله وفق توجه نموذج طبي معين . ومن المعتقد وفقاً لذلك أن نوعاً من الأمراض أو الحالات المرضية إنما توجد داخل الفرد . وعلى أي حال فإننا لا ينبغي أن نتصور ما نسميه بالنموذج البيوفيزيقي على أنه مجرد نظرية وحيدة للسلوك البشري ، بل ينبغي أن ننظر إليه بدلاً من ذلك على أنه يجمع بين عدة نظريات تختلف كثيراً في عدد من الأبعاد، ومع ذلك فهي ترتبط مع بعضها البعض بموضوع واحد مشترك يتمثل في الاعتقاد بأن الاضطرابات السلوكية إنما تعد في الواقع ذات أسباب بيوفيزيكية .

ووفقاً لذلك فإن بوسعنا أن نبدي بعض الملاحظات على النماذج البيوفيزيكية التي تعمل على تفسير الاضطرابات السلوكية وذلك كما يلي :

١- من المعتقد أن بعض الاضطرابات السلوكية إنما تحدث من خلال عملية الانتقال الجيني أو الوراثة .

٢- من الجدير بالذكر أننا نجد فيما يتعلق بالعدوان ومخالفة القواعد أو عدم الامتثال لها أن الاهتمام يتركز في الأساس على وجود خلل كروموزومي في الكروموزوم الجنسي يجعله ثلاثياً وليس ثنائياً مع تضاعف الكروموزوم الذكري ليصبح XYY بدلاً من XY وهو ما يوجد في الواقع عند ٠,٢% تقريباً من الذكور . وقد ازداد الاعتقاد بأن هناك ارتباط بين الجرثومة الذكرية *Y gonosome* الزائدة والعدوانية المفرطة نتيجة لتلك الدراسات التي تؤكد على أن الشذوذ الجيني أو الوراثة يحدث بمعدلات أعلى بين السجناء قياساً بما يحدث بين عامة الناس .

٣- اعتقد البعض لفترة طويلة أن تلف المخ، وإصابته، واختلال أدائه الوظيفي يعد بمثابة الأسباب الحقيقية للاضطراب السلوكي . ويتفق المختصون في تناولهم للمشكلات السلوكية على أن أي درجة من الحدة لأي نوع من تلف الجهاز العصبي المركزي قد يؤدي إلى حدوث أنماط سلوكية شاذة .

٤- أن التفسيرات البيوكيميائية للسلوك المضطرب إنما تتبع من الاعتقاد بأن كيمياء الجسم ترتبط بالسلوك الذي يصدر عن الفرد . وعلى الرغم من هذا الاعتقاد السائد على نطاق واسع بأن الشذوذ البيوكيميائي يؤثر على السلوك فإن هناك قدراً قليلاً من الاتفاق حول أي العمليات بالتحديد عندما تضطرب هي التي تسبب الاضطراب السلوكي وتؤدي إليه . وهنا ركزت البحوث والدراسات بصفة أساسية على ذلك الدور الذي تلعبه الناقلات العصبية والنظام الغذائي أو الرجيم في هذا الصدد .

٥- يتضمن المزاج عدداً من فئات السلوك المختلفة تضم مستوى النشاط الحركي، والنمط العادي والمنظم للأكل والنوم، والقابلية للتكيف مع المثبرات الجديدة، وجودة الطبع أو الحالة النفسية، ومدى الانتباه . ومن أمثلة المشكلات المزاجية المختلفة التي قد يتعرض العديد من الأفراد لها المغص، وسرعة الغضب أو الانفعال، والنشاط المفرط، والإيقاع غير المنتظم للأداء الوظيفي . وعلى الرغم من أن معظم الأطفال الذين يتسمون بصعوبة المراس قد لا تتطور لديهم فيما بعد مشكلات تعلم ومشكلات أو حتى اضطرابات سلوكية فإنهم يعملون في الواقع على توتر العلاقة بينهم وبين والديهم، ويبدأون كذلك مرحلة التباين في التغذية فضلاً عن تعرضهم لمعدلات عالية من الصراع .

٦- ربما تكون أكثر وجهة نظر يمكن الدفاع عنها بالنسبة للنماذج البيوفيزيائية تتمثل في أن المتغيرات البيولوجية المختلفة تسهم بالفعل في حدوث إعاقات سلوكية معينة، وغالباً ما يحدث ذلك عند التعامل مع الأحداث المختلفة في البيئة . كما أن بعض الاضطرابات تستجيب للتدخلات العلاجية التي تتم وفقاً لمثل هذه الاتجاهات التي يتم اشتقاقها من تلك النماذج .

٧- على الرغم من ذلك فإننا كمعلمين يجب أن نضع في اعتبارنا أن مسئوليتنا عن تعليم الأطفال والمراهقين لا تنتهي بتشخيص الشذوذ البيوفيزيقي لديهم، أو بوصف تدخل طبي معين يمكن اللجوء إليه واستخدامه معهم .

Psychodynamic Explanation of Disturbed Behavior

يتضمن النموذج السيكودينامي في الواقع عدداً من النظريات التي تحاول تفسير الدافع أو القوى الدافعة التي تكمن خلف السلوك البشري والانفعال . وهناك اعتقاد راسخ بأن السلوك إنما يعد دالة للأحداث الداخلية، وأن بإمكاننا أن نفهمه فقط في إطار مثل هذه الأحداث . ومن المعلوم أن جوهر الاضطرابات السلوكية لا يعد هو السلوك في حد ذاته، ولكنه يتمثل في عدم التوازن بين مكونات تلك الشخصية التي تصدر مثل هذا السلوك غير المناسب . ووفقاً لذلك فإن بوسعنا أن نبدي بعض الملاحظات على النماذج السيكودينامية التي تعمل على تفسير الاضطرابات السلوكية وذلك كما يلي :

١- تفترض نظرية فرويد للتحليل النفسي والتي تعد أشهر منظور يتضمنه النموذج السيكودينامي أن شخصية الإنسان إنما تتألف من ثلاثة قوى متفاعلة تتمثل في الهو والأنا والأنا الأعلى . وتقوم ميكانيزمات الدفاع عن الذات التي يطورها الأنا بوظيفة توافقية . ومع ذلك فإن الفشل في تطوير ميكانيزمات مناسبة للدفاع عن الذات، أو الاعتماد المفرط على ميكانيزم دفاعي معين واحد أو اثنين يمكن أن يصير مرضياً أو باثولوجياً *pathological* نظراً لأن تحريف الواقع إنما ينتج بسهولة عن الحماية المدركة للذات . وعادة ما تنتج الأنماط غير العادية للسلوك عندما يكون النمو غير مكتمل أو غير متوازن . كما أن الاضطراب الذي يحدث في مراحل أخرى من مراحل النمو يمكن أن يؤدي إلى حدوث السلوك المنحرف . وقد يتطور الأنا المنحرف بشكل ملائم ولكنه مع ذلك يلعب الدور الخاطئ حيث يمكن أن يدافع عن الفرد ضد الرغبات الاندفاعية للهو ويحول دون حدوثها، ولكنه عادة ما يستخدم مهاراته كي يجد مبرراً لسوء السلوك، ويبطل أي سيطرة للأنا الأعلى .

٢- أن النظريات التي ظهرت بعد نظرية فرويد تتباين وتتعدد إلا أنها مع ذلك تتبع اتجاهين عامين يتضمن أولهما تركيزاً أقوى على الأداء الوظيفي للأنا، وتأكيذاً أقل من نظرية فرويد على الهو . وفي هذا الإطار يؤكد يونج Jung

وأدler Adler وإريكسون Erikson على طاقة الأنا واستقلاليتها . ووفقاً لما يراه إريكسون Erikson فإن النمو الاجتماعي يتم بوساطة وكلاء اجتماعيين يتمثلون في الوالدين، والأخوة، وجماعة الرفاق، والمعلمين، والأزواج على سبيل المثال . وتتضمن كل مرحلة من مراحل النمو النفس الاجتماعي صراعاً بين الفرد وهؤلاء الوكلاء الاجتماعيين . ومن خلال الحل الناجح لمثل هذا الصراع تتطور هوية الأنا وتقوى، فإذا لم تتجح الأنا في حل أي من هذه الصراعات تتعرض آنذاك تلك العملية المستمرة لبناء وتكوين هوية الأنا للإعاقة، وتحدث العديد من المشكلات النفسية التي ينبغي على الفرد أن يواجهها حينئذ . ويهتم الاتجاه الثاني في الفكر الذي يلي فرويد Freud بالديناميات الاجتماعية أو بين الشخصية وهو ما يمثل الفكرة الأساسية عند العديد من علماء النفس الذين ينتمون إلى هذا الاتجاه أمثال كارين هورني Karen Horney وهاري ستاك سوليفان Harry stack Sullivan اللذان ينتميان إلى حركة الفرويديين الجدد . *Neo - Freudian movement* ووفقاً لهذا المنظور فإن العلاقات مع الآخرين تحدد الثبات السيكولوجي الراهن للفرد، وتعمل على التنبؤ بالأحداث السيكولوجية المستقبلية . وفي هذا الإطار تمثل التفاعلات الصعبة بين الآباء والأبناء أحد أهم المصادر الرئيسية للاضطرابات السلوكية .

٣- يمكن من وجهة النظر التربوية توجيه النقد للنظريات السيكدينامية على قلة ما تقدمه في سبيل تصميم وتطوير استراتيجيات مفيدة لإدارة سلوك الطفل غير الملائم داخل الفصل وترويضه . كما أن العلاج المقدم آنذاك يقوم على تلك الرغبات اللاشعورية والصراعات التي يتم مناقشتها وتفسيرها وحلها خلال العملية العلاجية . وعادة ما تكون هذه الأنشطة غير عملية، ومستهلكة للوقت بدرجة كبيرة من وجهة نظر المعلمين الذين يعملون في مواقف التربية الخاصة التي تتسم بكثافتها العددية .

Behavioral Explanations of Disturbed Behavior

يعتقد مؤيدو النموذج السلوكي أن السلوك الإنساني سواء العادي منه أو المضطرب يعد في الواقع متعلماً، ومن ثم فهو مكتسب. وعلى الرغم من أن النظريات السلوكية تؤكد على ذلك الدور الذي يلعبه التكوين الوراثي والتعزيز في تحديد السلوك فإن اهتمامها الأساسي إنما ينصب على الظروف البيئية الراهنة التي يمكن أن تؤثر عليه. وفي هذا الإطار يؤكد النموذج السلوكي على تحديد تلك الأحداث الخارجية المسؤولة عن بقاء السلوكيات التي تصدر عن الفرد، وعلى تخطيط الإجراءات المناسبة التي يكون من شأنها أن تخفف من حدة مثل هذه السلوكيات. كما يتم النظر إلى الأحداث التي يمكن أن تكون قد أدت إلى اكتساب السلوك اللاتوافقي على أنها ليست متصلة بالعلاج لأنه لم يعد بالإمكان ملاحظة مثل هذه الأحداث أو تغييرها. ووفقاً لذلك فإن بوسعنا أن نبدي بعض الملاحظات على النماذج السلوكية التي تعمل على تفسير الاضطرابات السلوكية وذلك كما يلي:

- ١- يعد الاشتراط الاستجابي *respondent conditioning* والاشتراط الإجرائي *operant conditioning* بمثابة عمليات رئيسية في النموذج السلوكي يمكن من خلالهما تفسير السلوك حيث تعتبر السلوكيات الاستجابية في الواقع استجابات انعكاسية غير مشروطة.
- ٢- يحدث التعلم عندما يقترن مثير جديد بذلك المثير الذي يكون قد أدى في البداية إلى حدوث الفعل الاستجابي. ويمكن لتلك السلوكيات التي تحدث في ظل مثل هذه السيطرة من جانب المثير أن تستمر في الحدوث حتى عندما تحدث النتائج المرغوبة بصورة غير متكررة أو غير منتظمة. وبذلك فإن الظروف الماضية هي التي تؤدي إلى اكتساب السلوك غير المناسب.
- ٣- وفقاً لهذا النموذج يعمل العديد من البدائل على الحد من قوة السلوك المستهدف أو إضعافه، ويعتبر العقاب هو أقوى هذه البدائل، إلا أن استخدامه في المدارس وحتى تأثيره الدائم يعد موضع أو محل جدل.
- ٤- يقدم الباحثون السلوكيون العديد من الأساليب الفعالة لإدارة وعلاج مجموعة كبيرة من المشكلات السلوكية عند الطلاب من مختلف الأعمار، كما أنهم

يقدمون في ذات الوقت عدداً من الاستراتيجيات التعليمية التوجيهية التي تزيد من مستوى التحصيل الأكاديمي بفعالية وكفاءة . وفي الحقيقة لا يوجد نموذج نظري آخر له في الأصل أساس من الدعم التجريبي الذي يحظى به هذا النموذج .

التفسير المعرفي السلوكي للسلوك المضطرب

Cognitive - Behavioral Explanations of Disturbed Behavior

اندمجت الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية معاً بطرق ابتكارية على مدى العقود الماضية، وتم استخدامها مع أولئك الأفراد الذين يبدون مشكلات أكاديمية واجتماعية. ومن الملاحظ أن التأثير المعرفي على الأساليب السلوكية التقليدية عادة ما يركز على الدور الوسيط الذي يلعبه الجانب اللفظي في التعلم، وكيف تؤثر مثل هذه العمليات الداخلية على السلوك . وقد تم النظر إلى جوانب القصور في الدور الوسيط للجانب اللفظي على أنها تفسيرات لمجموعة من المشكلات الأكاديمية والسلوكية . ومن المعتقد أن تطور ذلك الدور الوسيط للجانب اللفظي عادة ما يصاحب الوظيفة الكابحة للغة حيث يسمح هذا الدور للأفراد بمنع حدوث الاستجابات الاندفاعية، كما يسمح لهم بالتفكير قبل أن يشرعوا في السلوك أو الفعل . ومن ثم فإن أولئك الأفراد الذين لا يطورون ذلك الدور يميلون للاستجابة بشكل اندفاعي وليس بشكل مترو . ونتيجة لاندفاعيتهم فإنهم عادة ما يفشلون في تصور مدى الأفعال البديلة التي تتم إتاحتها أمامهم لحل المشكلات . ومن أهم ما يميز التعديل المعرفي السلوكي هو تأكيده المستمر على التفكير، وعلى تلك الكيفية التي يمكن بها للاحتتمالات السلوكية أن تسهل من حدوث التغييرات في التفكير والسلوك وتبقي عليها . وتعتمد التدخلات المعرفية السلوكية في الواقع على نجاح التعديل التقليدي للسلوك الذي يقوم على دمج الاستراتيجيات المعرفية وتضمنها فيها . وقد أكد العلماء الذين يتبعون المنحى المعرفي السلوكي على أن هذا التوسع في مجال استخدام النموذج السلوكي يعطي في الواقع للمختصين بالعمل مع الأفراد ذوي السلوك المضطرب تفسيراً أكثر شمولاً للتعلم والمشكلات والاضطرابات السلوكية .

ووفقاً لذلك فإن بوسعنا أن نبدي بعض الملاحظات على النماذج المعرفية السلوكية التي تعمل على تفسير الاضطرابات السلوكية وذلك كما يلي :

١- يتمثل الهدف الأساسي الذي يكمن خلف استخدام النموذج المعرفي السلوكي في تعليم الأطفال استخدام العمليات ما وراء المعرفية وذلك في سبيل تناول مجموعة من المواقف التي تدور حول ضبط النفس (الضبط الذاتي) وحل المشكلات .

٢- أن هذا النموذج يعتمد على الفهم الأفضل لدور اللغة في ضبط السلوك إذ أن سلوك الأطفال قد يخضع للتحكم اللفظي من خلال عملية تتألف من ثلاث مراحل كالتالي :

- أن كلام الآخرين وخاصة الراشدين يعمل على توجيه السلوك .

- أن كلام الأطفال العنفي ينظم سلوكهم .

- أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة للكلام الذي يتم التعبير عنه بأسلوب نون صوتي أن يقوم بالدور الأكثر أهمية في هذا المضمار .

٣- أنه من المعتقد أن تقوية الآليات أو الميكانيزمات الخفية لضبط أو تنظيم الذات يجعل أولئك الطلاب الذين يعانون من العجز في العمليات ما وراء المعرفية يصبحون أكثر نجاحاً وأكثر قدرة على حل المشكلات المختلفة في كل من المواقف الأكاديمية والاجتماعية .

٤- أن التدخل المعرفي السلوكي الذي يأتي على هيئة التعلم الذاتي يتم اللجوء إليه عامة في الأمور التي تتعلق بالضبط الذاتي وحل المشكلات فمعظم برامج التعلم الذاتي عادة ما تستخدم الأساليب والفنيات الأساسية التي استحدثها ميثشنيوم وجودمان (١٩٧١) Meichenbaum & Goodman أو تعدل فيها بعض الشيء وهي تلك البرامج التي كان يتعلم الأطفال المندفعون فيها ضبط سلوكهم من خلال الجمع بين فنيات التلقين والتدريب، والإشارات الدالة على التذكرة، والتغذية الراجعة .

Sociological Explanations of Disturbed Behavior

تركز النماذج السوسولوجية (الاجتماعية) للانحراف على تلك الكيفية التي يتم بموجبها إدراك سلوك الفرد في سياق اجتماعي معين . وعلى الرغم من أن هذه النماذج لا تقدم تفسيرات لأمتلة معينة من السلوك أو لإرشادات مادية ملموسة يتم استخدامها في برنامج التدخل فإنها مع ذلك تعطينا رؤية قيمة للكيفية التي تؤثر بها العوامل الاجتماعية في طريقة تفكيرنا حول أولئك الأفراد الذين يختلفون عنا . وعند تحديدنا للسلوك غير المناسب وتعليم السلوكيات المقبولة اجتماعياً فإننا عادة ما نغفل حقيقة أن الفرق بين السلوك المناسب وغير المناسب إنما يتأصل في سياق اجتماعي متغير . ولا يحتاج الإنسان في ذلك أن ينظر إلى أبعد من تغيير الاتجاهات وذلك نحو التعلم الذي يوجهه المعلم وبنية الفصل أو حجرة الدراسة على سبيل المثال .

وعلى هذا الأساس فإن وجهات النظر السوسولوجية بذلك تسمح لنا بالتراجع عن منظورنا الراهن للاضطرابات السلوكية والنظر إلى أسلوبنا في علاج الأفراد المشكلين في سياقه الاجتماعي والثقافي الكامل . وقد تم تحديد أربعة منظورات سوسولوجية أساسية ترتبط بشكل مباشر بالسلوك المضطرب تتمثل فيما يلي :

- خرق القواعد أو الخروج عليها وعدم الامتثال لها . *rule breaking*
- عدم الاستقرار الاجتماعي أو اللامعيارية . *anomie*
- قصور التنشئة الاجتماعية . *socialization failure*
- النعت أو التسمية (الوصم) . *labeling*

ووفقاً لذلك فإن بوسعنا أن نبدي بعض الملاحظات على السوسولوجية

(الاجتماعية) التي تعمل على تفسير الاضطرابات السلوكية وذلك كما يلي :

- 1- خرق القواعد أو الخروج عليها وعدم الامتثال لها : قد يتم النظر إلى السلوك المضطرب على أنه مخالفة القواعد الاجتماعية، أو الخروج عليها وخرقها وعدم الامتثال لها . وقد تكون بعض القواعد واضحة وصريحة مثل القوانين التي يتم إقرارها بصورة رسمية، والقوانين التي يتفق أفراد المجتمع على طاعتها والالتزام بها . وإذا ما تمت مخالفة مثل هذه القواعد يترتب على ذلك الإقرار الرسمي للعقوبات من جانب المؤسسات المجتمعية . فضلاً عن ذلك

هناك قواعد أخرى ضمنية عادة ما تتضمن التوقعات المشتركة وغير المكتوبة التي تأتي بها إلى تفاعلاتنا الاجتماعية المختلفة . فمثلا مع أنه لا توجد هناك قواعد واضحة تحكم مدى التواصل أو التلاحم البصري الذي يجب على الفرد القيام به خلال المحادثة فإن أي فرد ينحرف في أي اتجاه عما نعتبره عادياً إنما يعد خارجاً عن القاعدة الضمنية . وفي هذا الإطار فإننا نشعر بعدم الراحة عندما نقوم بالمناقشة مع هؤلاء الأفراد الذين لا ينظرون إلى أعيننا أو يحملون فينا، وبالتالي فإننا نحاول أن نقوم على الفور بإنهاء المناقشة (أي إنهاء عدم الراحة من جانبنا) . إذن فإن مخالفة القواعد الصريحة والضمنية تمثل انحرافاً عن التوقعات المعيارية يشترك مرتكبوها في مصير واحد هو الانحلال أو التفسخ، والنفي أو الإبعاد من المجتمع .

٢- عدم الاستقرار الاجتماعي أو اللامعيارية : *anomie* ينتج عدم الاستقرار الاجتماعي أو اللامعيارية عندما يكون النسق الاجتماعي غير قادر على مواكبة التغير السريع عن طريق التكيف مع المعايير الاجتماعية . ومن المعتقد أن الفجوة بين التغير السريع والتكيف مع المعايير إنما تؤدي بأفراد المجتمع إلى حالة من الإحباط والضغط النفسي . وعلى الرغم من أن هناك القليل من الأدلة هي التي تؤيد العلاقة بين حالات عدم الاستقرار الاجتماعي أو اللامعيارية ومعايير الصحة النفسية *mental health norms* فمن الممكن أن ترتبط عدم الثقة التي تنشأ عندما تضطرب التوقعات المعيارية في نسق اجتماعي *social system* معين بمعدلات متزايدة من السلوك المضطرب .

٣- قصور التنشئة الاجتماعية : *socialization failure* تعد التنشئة الاجتماعية هي تلك العملية التي يتعلم الطفل من خلالها إتباع القواعد الاجتماعية المختلفة، ويتعرف على قيمة القيام بذلك . وتعد التنشئة الاجتماعية بمثابة عملية حاسمة إذ أنها تضمن بقاء واستمرار أسلوب الحياة الذي يتم اختياره . وقد تم تحديد عشرة مؤثرات على التنشئة الاجتماعية تتمثل في المدارس، ودور العبادة، والمؤسسات التربوية، والمؤسسات العلاجية، والنسق القانوني ، ووسائل الإعلام، والقادة السياسيين، وأصحاب

الأعمال، والرفاق، والوالدين . ويعتبر والودون هم الأكثر تأثيراً على التنشئة الاجتماعية حيث يقومون بصورة مستمرة بنمذجة تلك السلوكيات والاتجاهات المقبولة اجتماعياً، ويقدمون الإثابة اللازمة عند الامتثال لها، كما أنهم يقومون أيضاً بنقل القيم والأهداف الثقافية إلى أطفالهم . وهناك العديد من العوامل التي يمكن أن تسهم بصورة أساسية في قصور التنشئة الاجتماعية هي :

- أوجه القصور البيولوجية التي تحول دون اكتساب بعض المهارات الاجتماعية .

- النمط غير المناسب من النمذجة الوالدية أو التعليم الوالدي، أو الإهمال الصريح للمسئولية الوالدية، أو القصور في فهم أو قبول التوقعات الثقافية المختلفة .

- الغموض والارتباك الذي يسببه وجود تعريفات متعارضة للسلوك المناسب بين الوكلاء المختلفين للتنشئة الاجتماعية مما يضع الأطفال في مواقف من الضغط النفسي يكون من شأنها أن تعوق عملية التبادل الثقافي للمعايير المجتمعية .

٤- النعت أو التسمية (الوصم) : *labeling* أصبح إضفاء نعت معين أو تسمية معينة على أولئك الأطفال والمراهقين الذين يتميزون بأنماط مختلفة من السلوك الأكاديمي والاجتماعي بمثابة ممارسة عامة أو مشتركة فضلاً عن كونها تمثل اهتماماً جاداً من جانب معلمي التربية الخاصة . وعلى الرغم من وجود نقص واضح في النتائج الحاسمة التي تربط النعت أو التسمية أو الوصم بانخفاض وتدني مفهوم الذات فإن هناك أدلة قوية على أن عامة الناس عادة ما يقوموا بإدراك أولئك الأفراد الموصومين وغير الموصومين بطريقة مختلفة . وطبقاً لنظرية الوصم فإن الفرد لا يعتبر منحرفاً لمجرد قيامه فقط بمخالفة القواعد الاجتماعية والخروج عليها وعدم الالتزام بها ، بل ينبغي أن يتم وصمه بأنه منحرف قبل أن يتم تنشيط التوقعات الاجتماعية المختلفة . وهناك عوامل معينة تحدد الوصم الذي يوصف الفرد به تتضمن في الواقع ما يلي :

- مدى حاجة المجتمع لأن يقوم بتحديد الدور المنحرف وشغله .
- مدى تكرار ووضوح القواعد التي تتم مخالفتها والخروج عليها .
- مدى التساهل المجتمعي مع تلك القواعد التي تتم مخالفتها .
- التباعد الاجتماعي أو وجود مسافة اجتماعية بين الشخص الذي لا يمثل مثل هذه القواعد ومن لديهم السلطة على وصمه بالمنحرف .
- القوة النسبية لذلك الشخص الذي لا يمثل لتلك القواعد .
- مدى إشباع اهتمامات معينة وتلبيةها عن طريق اللجوء إلى هذا الوصم.

٥- يزيد هذا النموذج من فهمنا للانحراف عن طريق تغطية جميع قطاعات المجتمع والثقافة، كما يؤثر على تلك الكيفية التي يتم بموجبها تقديم الخدمات التربوية للأطفال والمراهقين ذوي السلوك المضطرب . ويمكن توضيح ذلك كما يلي :

أولاً : يلقي هذا النموذج الضوء على الطبيعة الاجتماعية للسلوك المضطرب عن طريق افتراض أن السلوك المشكل أو المشكلات السلوكية ما هي إلا انحراف عن القواعد الاجتماعية التي يتم تحديدها بشكل عفوي .

ثانياً : أن نظرية الوصم قد جعلت المشاركين في عملية الإحالة إلى العيادة النفسية، والتقييم، والتسكين ينظرون بقدر من الحساسية إلى أخطار الوصم وأنساق التصنيف فأحجم المختصون الذين يعملون مع الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية عن استخدام مصطلح الاضطرابات الانفعالية لأنه يزيد من الوصم في المواقف الأكاديمية والاجتماعية .

ثالثاً : يعطي هذا النموذج للمعلمين إرشادات هامة لتنظيم الفصول مع الإقلال من الوصم الذي يخلفه تسكين الطفل في أحد فصول التربية الخاصة .

Ecological Explanations of Disturbed Behavior

تركز النظرية الإيكولوجية على تلك التفاعلات التي تنشأ بين الأفراد وبيئاتهم التي يحيون فيها . وبناء على ذلك فإن السلوك المضطرب من المنظور الإيكولوجي لا يمكن أن يتم تعريفه في ضوء سبب واحد فقط ، أو عزوه وإرجاعه إلى ذلك السبب الواحد أو الوحيد حيث يعمل التفسير الإيكولوجي للسلوك المضطرب بدلاً من ذلك على نقل التركيز والاهتمام إلى التكيف المتبادل بين الأفراد والمواقف المجتمعية المختلفة . ويتم النظر إلى الأفراد على أنهم غير مشكلين أو غير مضطربين عندما يعملون هم والعناصر الاجتماعية لأنساقهم البيئية *ecosystems* معاً بطريقة متوازنة فيصبح هناك تناسب أو توافق بين سلوك الفرد ومتطلبات البيئة . وإذا لم يتم تحقيق التوازن يحدث تناسب أو توافق خاطئ حيث يتم وصم الأفراد آنذاك على أنهم إما أن يكونوا منحرفين أو غير أكفاء .

ويعمل المنظور الإيكولوجي مثله في ذلك كالنموذج السوسولوجي على تزويد المعلمين برؤية محددة للسلوك المضطرب في سياقه الاجتماعي الكلي . ويؤكد المنظور الإيكولوجي بصفة خاصة على أهمية النظر إلى السلوك المضطرب باعتباره دالة لتلك الأحداث التي تقع في الأنساق البيئية التي يعيش فيها الأطفال أو يقومون فيها بأدائهم الوظيفي . ونادراً ما يتم النظر إلى الأطفال المضطربين سلوكياً على أنهم يعدون هم السبب الوحيد لمشكلاتهم السلوكية المختلفة . ومع ذلك فإن المنظور الإيكولوجي على خلاف المنظور السوسولوجي يقدم أساليب وإجراءات مبرمجة يمكن الاستفادة منها في سبيل تحسين خدمات التربية الخاصة . *special education services* وقد قدم هذا المنظور أساليب محددة لتدعيم التغيير السلوكي العام والدائم من أهمها الاندماج في البيئة المنزلية للطفل، وتدريب الوالدين، وجماعات التأييد والمساندة .

وهناك العديد من الملامح التي تميز المنظور الإيكولوجي عن الاتجاهات الأخرى في علاجه للسلوك المضطرب يمكن إجمالها فيما يلي :

أولاً : أن الأطفال ليسوا هم الوحيدون الذين يعدون محل تركيز لإجراءات التقويم أو العلاج حيث ينصب الاهتمام والانتباه على الأنساق البيئية التي تحدث فيها

المشكلات السلوكية . وعلى العكس من ذلك فإن التدخلات التربوية والنفسية التقليدية إنما تركز في الأساس على أولئك الأطفال الذين يأتون بالمشكلات السلوكية، وبالتالي فإن معظم الجهود العلاجية يتم تصميمها في الواقع في سبيل إجبار هؤلاء الأطفال على الامتثال لمتطلبات وتوقعات النسق البيئي . وعلى أثر ذلك ينصب القدر القليل فقط من الانتباه على تلك العناصر الموجودة في البيئة والتي تسهم في حدوث الاضطراب السلوكي .

ثانياً : يعمل المنظور الإيكولوجي بمقتضى تأكيده على حل المشكلات الموجودة في السياق البيئي على دعم تعميم التغيير السلوكي والإبقاء عليه . ومع ذلك فالعلاج يحدث في مواقف وبيئات مقيدة وليس في تلك المواقف والبيئات العادية التي عادة ما تحدث فيها المشكلات السلوكية . وبالتالي فإن العلاج قد يكون ناجحاً في البيئة العلاجية إلا أن التغيير الذي يحدث قد لا ينتقل إلى البيئات الأخرى . ويعد هذا هو السبب الذي يجعل أولئك الأفراد الذين يعودون إلى بيئاتهم المحلية غالباً ما يرتدون إلى معدلات عالية من السلوكيات غير الملائمة . ونظراً لأن المنظور الإيكولوجي يرفض حدوث أي فصل عفوي بين الأفراد الذين يعودون في حاجة إلى العلاج وبين الأنساق البيئية المحيطة، كما يشجع على حدوث التدخل الذي يركز على المجتمع فإنه يسهم بدرجة كبيرة في تسهيل الإبقاء على التغييرات السلوكية وتعميمها .

ثالثاً : يختلف هذا المنظور عن غيره في عدم وجود تدخلات إيكولوجية خالصة أو نقية إذ نجد بدلاً من ذلك أن المنظور الإيكولوجي يعد بمثابة مظلة واسعة وجامعة تجمع في الواقع بين فنيات من كل التوجهات النظرية بشرط أن يكون مدى التدخل متسعاً ليصير على امتداد النسق البيئي أو الإيكولوجي بأسره .

اتجاه بديل لتفسير الاضطرابات السلوكية *an alternative approach*

يقوم هذا الاتجاه البديل على النظر إلى الاضطرابات السلوكية في ضوء وجود أنماط محددة من الانحراف والاستراتيجيات التي يتم استخدامها في سبيل إدارة المشكلات السلوكية المصاحبة لها وذلك بدلاً من تناول تلك الاضطرابات في إطار أي اتجاه عام . وقد تناولنا في سبيل ذلك خمسة أنماط للانحراف هي النشاط المفرط

والعدوان، والانسحاب الاجتماعي (وما يمكن أن يصاحبه من سلوكيات كعدم الكفاءة، وعدم النضج)، وجناح الأحداث (وأمثلة أخرى لسلوك انتهاك القواعد والخروج عليها وعدم الامتثال لها)، والاضطرابات السلوكية الشديدة .

معدل انتشار الاضطرابات السلوكية

يشير روزنبرج وآخرون (Rosenberg et al. ٢٠٠٨) في هذا الخصوص إلى أن معدلات انتشار الاضطرابات السلوكية أو الانفعالية بين الأطفال والمراهقين تتباين بشكل كبير نظراً لعدم وجود معيار أو تعريف ثابت أو أداة فرز وتصفية يمكن استخدامها في هذا الإطار. وقد حددت الحكومة الفيدرالية لعقود طويلة أن حوالي ٢ % تقريباً من الأطفال في سن المدرسة مضطربين انفعالياً، وكانت هذه النسبة ثابتة إلى حد كبير للغاية . ومع ذلك فقد أسفرت نتائج العديد من الدراسات الحديثة سواء في الولايات المتحدة الأمريكية أو غيرها من دول العالم كما يرى كوفمان (٢٠٠١) Kauffman عن نتائج هامة مغزاها أن ما بين حوالي ٦ - ١٠ % تقريباً على الأقل من الأطفال والمراهقين في سن المدرسة يبدون العديد من المشكلات الانفعالية أو السلوكية الثابتة والخطيرة . وعلى الرغم من ذلك فإن حوالي ١ % فقط من أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأمريكية وفقاً لما تشير إليه وزارة التربية الأمريكية (٢٠٠٠) قد تم تشخيصهم على أنهم مضطربون انفعالياً وذلك في سبيل تحقيق أهداف معينة للتربية الخاصة . كذلك فإن هناك تقريراً عن الصحة النفسية للأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية أصدره مكتب الصحة والخدمات الإنسانية (٢٠٠١) *US Dep. Of Health and Human Services* يوضح أن نسبة ضئيلة للغاية من أولئك الأطفال الذين يعانون من اضطرابات انفعالية أو سلوكية خطيرة يتلقون خدمات الصحة النفسية .

وتتمثل أكثر أنماط المشكلات شيوعاً التي يظهرها أولئك الأطفال الذين تم تسكينهم في التربية الخاصة بسبب الاضطرابات السلوكية كما يرى كازدين (١٩٩٧) Kazdin وتالبيت وكالاهان (١٩٩٧) Talbett & Callahan في النمط التجسدي الخارجي للسلوك أي السلوك العدواني والسلوك الفوضوي . كذلك فمن المعروف أن أعداد البنين تزداد كثيراً عن أعداد البنات حيث تصل النسبة بينهما

٥ : ١ وربما أكثر من ذلك . وبوجه عام يميل البنون بشكل أكثر إلى العدوان، واضطراب السلوك قياساً بالبنات بالرغم من أن السلوك المضاد للمجتمع لدى البنات يعد ذا شأن متزايد .

ويمثل جناح الأحداث *juvenile delinquency* والسلوك المضاد للمجتمع وهما ما يعرفان بالاضطراب السلوكي مشكلات خاصة في تقدير معدل الانتشار حيث يمثل المراهقون الجانحون كما يشير ميلر (١٩٩٧) Miller نسبة لا بأس بها من المجتمع، كما أنه يتم إحالة حوالي ٣ % تقريباً من المراهقين الأمريكيين سنوياً إلى محاكم الأحداث، وأن الذكور الأمريكيين ذوي الأصل الأفريقي يمثلون العدد الأكبر منهم. كذلك فهناك أعداد كبيرة أخرى من الأطفال والمراهقين الذين يرتكبون سلوكيات خطيرة مضادة للمجتمع، ولكن لم يتم القبض عليهم أو حتى التبليغ عنهم، وبالتالي لم تتم إحالتهم سواء إلى المستشفيات والعيادات النفسية أو إلى محاكم الأحداث . وعلى ذلك فإن البعض كما يرى كوستنباذر وبونتايين (١٩٩٩) Costenbader & Buntaine قد طرح وجهات نظر تنادي بأن يتم اعتبار كل الجانحين الأحداث فضلاً عن أولئك الأطفال والمراهقين الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع مضطربين سلوكياً أو انفعالياً في حين يرى البعض الآخر أن معظم المراهقين الذين يرتكبون سلوكيات متعددة مضادة للمجتمع إنما هم في الغالب يعانون من سوء التوافق الاجتماعي وليسوا من المضطربين انفعالياً، ومع ذلك لا يمكننا في الواقع أن نميز سوء التوافق الاجتماعي عن الاضطراب الانفعالي. إلا أن مثل هؤلاء الأطفال والمراهقين لا يعدون في الواقع مضطربين انفعالياً إنما هم مضطربون سلوكياً حيث أن النمط الخارجي للسلوك - أي النمط الموجه من الفرد صوب الآخرين - هو الذي يمثل اضطراباً من جانبهم .

وفي واقع الأمر فإن الظروف المعوقة ذات الأنواع المتعددة تعتبر أكثر شيوعاً بين الجانحين الأحداث قياساً بأقرانهم في المجتمع ممن لا نعتبرهم كذلك . ومن الواضح أن التكاليف الاجتماعية والاقتصادية التي يتكبدها المجتمع بسبب الجنوح والسلوك المضاد للمجتمع تعد كبيرة للغاية حيث يرتكب المراهقون الذكور في المجتمع الأمريكي نسبة كبيرة من الجرائم العنيفة والخطيرة . وإضافة إلى ذلك فإن من يرتكب سلوكيات مضادة للمجتمع يعد عرضة بدرجة كبيرة للفشل في المدرسة

إلى غير ذلك من الآثار أو النتائج السلبية الأخرى التي يمكن أن تترتب على ذلك .
وإذا لم تتناول المدارس المشكلات التربوية للجانحين ومن يأتون بالسلوكيات
المضادة للمجتمع وتعمل على حلها بصورة مقنعة فإن تلك الأعداد التي سوف تتلقى
خدمات التربية الخاصة بسبب هذا الاضطراب سوف تتعرض بطبيعة الحال لزيادة
هائلة .

الأسباب والعوامل المؤدية للاضطرابات السلوكية

يشير كازدين (٢٠٠٣) Kazdin إلى أن هناك العديد من الأسباب التي يكون من
شأنها أن تؤدي إلى حدوث الاضطرابات السلوكية، وأن مثل هذه الأسباب يمكن أن
تندرج في إطار ثلاث فئات أساسية هي :

١- عوامل ترجع إلى الطفل .

٢- عوامل ترجع إلى الوالدين والأسرة .

٣- عوامل ترجع إلى المدرسة .

ويرى أن العوامل التي ترجع إلى الطفل عادة ما تضم الحالة المزاجية للطفل أو
المزاج، والمشكلات وأوجه القصور النفس عصبية *neuropsychological* التي
يعاني منها، والمستويات دون الإكلينيكية *subclinical* للاضطراب (تلك الحالات
التي تشير إلى اللاسواء إلى حد ما والتي يتعذر اكتشافها بالفحوص الإكلينيكية نظراً
لانخفاض مستوى حدتها، وهي ما يمكن أن تنتبأ بالاضطراب السلوكي اللاحق)،
والقصور الأكاديمي للطفل وانخفاض مستوى الأداء الوظيفي للذكاء من جانبه .
وتضم العوامل التي ترجع إلى الوالدين والأسرة كلا من الوراثة، والمرض النفسي
والسلوك الإجرامي في الأسرة، والتفاعل بين الطفل ووالديه، والتفكك الأسري،
والترتيب الميلادي (المتوسط) وحجم الأسرة، وتدني المستوى الاجتماعي
الاقتصادي . أما العوامل التي ترجع إلى المدرسة فتتضمن خصائص الوضع
المدري . ومع ذلك فهو يضيف إلى هذه العوامل مجموعة أخرى من العوامل
أسمها بالعوامل المساعدة تتضمن جميع الظروف غير المواتية التي عادة ما يكون
من شأنها أن تسهم في زيادة احتمال مخاطر التعرض للاضطرابات السلوكية .

ومن جانب آخر يذهب روزنبرج وآخرون (٢٠٠٨) Rosenberg et al. إلى أن بوسعنا أن نقوم بعزو تلك الأسباب التي تكمن خلف الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية إلى أربعة عوامل أساسية على النحو التالي :

- ١- العوامل البيولوجية؛ والأمراض والاضطرابات البيولوجية .
- ٢- العوامل الأسرية؛ العلاقات الأسرية الباثولوجية، والتركيبة الأسرية الشاذة .
- ٣- العوامل المدرسية؛ الخبرات المدرسية غير المرغوبة .
- ٤- العوامل الثقافية؛ المؤثرات الثقافية السلبية .

وعلى الرغم من عدم وجود دليل إمبريقي قاطع في أغلب الأحيان على أن أيًا من هذه العوامل يعد هو المسئول المباشر عن الاضطراب لدى معظم الحالات فإن بعض هذه العوامل يمكن أن يوفر لدى الطفل الاستعداد لحدوث المشكلة السلوكية، وأن غيرها من العوامل يمكن أن تثير تلك المشكلة أي أنها بذلك تعد بمثابة عوامل من شأنها أن تعرض الطفل لخطر مثل هذه الاضطرابات . وهذا يعني أن بعض العوامل كالوراثة تؤثر في السلوك على المدى الطويل، وتزيد من احتمال قيام مجموعة من الظروف بإثارة تلك الاستجابات اللاتكيفية . ويشير كازدين (٢٠٠٣) Kazdin إلى أن المشكلات أو حتى الاضطرابات السلوكية التي يبديها الطفل في سن معين إنما تعكس ما كان يبديه والده من اضطرابات مماثلة عندما كان في نفس ذلك السن . كما أن تنشئة الطفل في كنف والد بديل لم يلغ صدور مثل هذه الاضطرابات عن الطفل وذلك على طريقة والده البيولوجي . وهناك عوامل أخرى كروية أحد الوالدين مثلا وهو يضرب الوالد الآخر قد يكون لها أثر فوري، وقد تثير الاستجابات اللاتكيفية لدى ذلك الفرد الذي يكون لديه بالفعل استعداد للمشكلة السلوكية. هذا وتتنوع العوامل المساعدة على حدوث الاضطراب السلوكي، وتطوره عن طريق مثل هذه العوامل ومن خلالها حيث يؤدي عامل معين إلى استجابة لاتكيفية معينة، وتؤدي هذه الاستجابة اللاتكيفية بدورها إلى استجابة أخرى مماثلة، وهكذا حتى يحدث الاضطراب . ومن أهم العوامل الأسرية المساعدة على حدوث مثل هذه الاضطرابات الفقر، وانخفاض المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي، وأساليب المعاملة الوالدية الفظة وغير الثابتة، وتعاطي القائم بالرعاية للعقاقير والكحوليات، وإساءة المعاملة الانفعالية والجسدية والجنسية، والتفكك الأسري، والإجرام الوالدي،

واتجاه الأسرة السلبي نحو التعليم . كما أن الثقافة السائدة في المجتمع تلعب دوراً هاماً في هذا الصدد حيث نجد هناك نمذجة العدوان وتعزيزه، واعتباره سلوكاً مميزاً لمن يرتكبه، والعنف في وسائل الإعلام . ومن ثم فإن مثل هذه العوامل تعد بمثابة عوامل مساهمة *contributing factors* عادة ما يكون من شأنها أن تزيد من مخاطر التعرض للاضطراب حيث من المستحيل أن نجد سبباً وحيداً يمكن أن يؤدي بشكل مباشر إلى حدوث الاضطراب أي يكون هو المسؤول بمفرده عن حدوثه، بل يجب أن تسهم مجموعة من العوامل مع بعضها البعض في تطور المشكلة أو الاضطراب .

أولاً : العوامل البيولوجية

تتأثر السلوكيات والانفعالات بالعوامل الوراثية، أو النيورولوجية (العصبية)، أو الكيميائية العضوية، *biochemical* أو بكل هذه العوامل معاً حيث توجد علاقة بين الجسم والسلوك . ومن المعقول أن نبحث عن عامل سببي بيولوجي من نوع معين يعد مسؤولاً عن الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية، أو يسهم في حدوثها . وفي هذا الإطار فإن التعرض قبل الولادي للكحوليات مثلاً يمكن أن يسهم في حدوث عدة أنماط من الإعاقة من بينها الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية . ومع ذلك يظل من النادر جداً أن تثبت وجود علاقة بين سبب بيولوجي محدد واحد من جهة واضطراب انفعالي أو سلوكي من جهة أخرى .

ويميل الكثيرون إلى فكرة وجود عوامل بيولوجية معينة لدى العديد من الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً تعد هي المسؤولة عما يأتون به من سلوكيات مختلفة، كما أن هناك على الجانب الآخر العديد من الأطفال غير المضطربين أو حتى غير المشكلين من الناحية السلوكية يعانون من أوجه قصور بيولوجية خطيرة . وعلى ذلك فلا يوجد بالنسبة لغالبية الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً أي دليل حقيقي على وجود عوامل بيولوجية تعد بمفردها هي سبب ما يبدونه من مشكلات . كذلك فإن كل الأطفال يولدون ولديهم أسلوب سلوكي معين يتحدد بيولوجياً ويعرف بالطبع والمزاج . وعلى الرغم من أن الحالات المزاجية الولادية للأطفال قد تتغير تأثراً بذلك الأسلوب الذي تتم تنشئتهم به فإن البعض يعتقد أن أولئك الأطفال ذوي الحالات

المزاجية الصعبة أو من يتسمون بصعوبة المراس أي يكون من الصعب مراسهم يكون لديهم في الواقع الاستعداد لتطوير اضطرابات انفعالية أو سلوكية. ومع ذلك فلا توجد هناك علاقة تطابق أي واحد إلى واحد بين الحالة المزاجية والاضطراب، فقد نحسن معاملة الطفل صعوب المراس أو نسيء على الجانب الآخر معاملة الطفل سهل المراس فتكون النتائج بالتالي مختلفة تماماً عما نكون قد توقعناه على أساس الأسلوب السلوكي المبديني . وهناك عوامل بيولوجية أخرى بجانب الحالة المزاجية يمكن أن تلعب دوراً في هذا الصدد هي المرض، وسوء التغذية، والصدمات الدماغية على سبيل المثال، وكلها بلا شك يمكنها أن تجعل لدى الطفل الاستعداد لتطوير مشكلات انفعالية أو سلوكية . كذلك فإن إساءة استخدام المواد يمكن أن تسهم في الأخرى في حدوث المشكلات الانفعالية والسلوكية . ومع ذلك فليس من المحتمل باستثناء بعض الحالات النادرة أن نحدد أن مثل هذه العوامل تعتبر أسباباً مباشرة في حدوث المشكلات السلوكية .

ومع تعدد البحوث البيولوجية والسيكولوجية يتضح أن العوامل البيولوجية ترسي الأساس للعديد من الاضطرابات التي كان يعتقد على نطاق واسع في الماضي أنها ترجع إلى التفاعلات الاجتماعية والتي يعتبر الفصام هو أحد الأمثلة الدالة عليها . وهناك مثال آخر يتمثل في متلازمة أعراض توريت *Tourette* التي تتسم بالزلمات الحركية المتعددة كالحركات التكرارية والنمطية، والزمات اللفظية كأن يقوم الفرد بإحداث ضوضاء غريبة أو يتحدث بكلمات أو عبارات غير مناسبة . وعلى الرغم من أننا ندرك الآن أن كلا من الفصام، واضطراب توريت، واضطراب الانتباه والنشاط الحركي المفرط ، وبعض أشكال من الاكتئاب، والعديد من الاضطرابات الأخرى يرجع السبب في حدوثها كلياً أو جزئياً إلى المخ، أو إلى الاختلالات الوظيفية الكيميائية العضوية (البيوكيميائية) *biochemical* فإن فهمنا لمثل هذه العوامل السببية البيولوجية يظل ضعيفاً أو غير مناسب حيث أننا لا نعرف في الواقع على وجه الدقة كيف يمكن لمثل هذه العوامل الجينية، أو النيورولوجية، أو العوامل البيوكيميائية الأخرى أن تسهم بالتحديد في حدوث مثل هذه الاضطرابات (أي الاضطرابات السلوكية)، كما أننا لا نعلم أيضاً كيف يمكننا أن نصحح المشكلات البيوكيميائية المتضمنة في مثل هذه الاضطرابات .

ومع ذلك يظل من المهم بالنسبة لنا أن نتذكر أربع نقاط هامة حول الأسباب البيولوجية ودورها في حدوث الاضطرابات السلوكية أو حتى الاضطرابات الانفعالية يمكن أن نعرض لها على النحو التالي :

١- أن حقيقة وجود أسباب بيولوجية للاضطرابات لا تعني مطلقاً أن مثل هذه الاضطرابات ليست انفعالية أو سلوكية . وإذا ما كان هناك بجانب ذلك سبب بدني للاضطراب الانفعالي أو السلوكي فإن سوء الأداء الوظيفي البيولوجي يعد مشكلة نظراً لما يحدثه من اضطراب في انفعالات الفرد أو سلوكه .

٢- نادراً ما تكون أسباب الاضطراب على وجه الحصر بيولوجية أو سيكولوجية حيث أنه بمجرد أن يبدأ الاضطراب البيولوجي فإنه دائماً ما يسبب مشكلات سيكولوجية تسهم بدورها في حدوث الاضطراب الانفعالي أو السلوكي أيضاً .

٣- أن العلاج الطبي أو البيولوجي للاضطراب نادراً ما يكون كافياً لحل المشكلة . وإذا ما كان العلاج الطبي ذات أهمية بالغة في هذا الصدد فإنه نادراً ما يكون هو التدخل الوحيد الذي نحتاج إليه أو يتطلبه الموقف إذ يجب أن نتطرق إلى الجوانب النفسية والاجتماعية للاضطراب وأن نتناولها هي الأخرى .

٤- أن المداخل البيولوجية أو الطبية أحياناً ما تكون عديمة أو محدودة الفائدة، كما أن التدخلات الأولية ينبغي أن تكون سيكولوجية أو سلوكية حتى وإن كنا نعلم أن هناك سبباً بيولوجياً يعد هو الأساس فيه . وإذا كان للعلاج الطبي أهميته فإنه لن يكون بنفس الفعالية لكل الحالات، كما أن هناك رغم ذلك بعض الاضطرابات لا نعلم لها حتى الآن علاجاً طبياً فعالاً .

ثانياً : العوامل الأسرية

يرى أخصائيو الصحة النفسية أن المشكلات السلوكية تتبع في الأساس من تلك العلاقات التي تنشأ بين الوالد والطفل نظراً لأن الأسرة النووية *nuclear family* التي تضم فقط الأب والأم والأطفال لها تأثيرها الشديد على النمو المبكر. ويعتقد بعض المؤيدين للتحليل النفسي أن كل مشكلات الأطفال الشديدة إنما تتبع من تلك التفاعلات السلبية المبكرة بين الأم والطفل، كما أنها ترجع إليها أيضاً .

ومع ذلك فإن نتائج البحوث الإمبيريقية التي أجريت على العلاقات الأسرية توضح أيضاً أن الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً يمكن أن يكون لهم تأثيرهم على والديهم بما يوازي تأثير والديهم عليهم . ومن ثم فإن تلك الآثار التي يمكن أن يتركها الوالدان والأطفال على بعضهما البعض تعد تبادلية حيث أن النتائج المترتبة على ذلك النظام الوالدي لا تعتمد على أساليب معينة يستخدمها الوالدان فحسب، بل تعتمد أيضاً على تلك الخصائص المميزة للطفل. ومع ذلك فإن الحساسية لحاجات الأطفال، والأساليب التي يوجهها الحب والتي تستخدم في سبيل التعامل مع سوء السلوك، والتدعيم الإيجابي الذي يتمثل في الانتباه والمدح أو الثناء للسلوك الملائم يميل بما لا يدع مجالاً للشك إلى تدعيم ذلك السلوك المرغوب لدى الأطفال. كذلك فإن الوالدين الذين يتسمان باللين والتسامح والتساهل في التعامل مع أطفالهما ولكنهما يتسمان في ذات الوقت بالعدائية، والرفض، والقسوة، وعدم الثبات في التعامل مع سوء السلوك يكون من المحتمل أن يصبح أطفالهما عدوانيين وجانحين على أثر ذلك. أما البيوت المتصدعة وغير المنظمة على الجانب الآخر والتي يكون للوالدين نفسيهما سجلاً لإلقاء القبض عليهما من جانب الشرطة، أو أنهما يتسمان بالعنف يكون من المحتمل بالنسبة لهما أن يؤدي ذلك من جانبيهما بالأطفال إلى الجنوح، ونقص الكفاءة الاجتماعية .

وفضلاً عن ذلك فإن بمقدور الآباء أن يسهموا في حدوث المشكلات الانفعالية والسلوكية لأطفالهم وذلك من خلال أساليب عدة أشار إليها شو وآخرون (Shaw et al. ٢٠٠١) مثل هذه الأساليب غير الملائمة للتنشئة الاجتماعية التي يمكن لهم أن يقوموا باتباعها كتلك التي تقوم على التعسف، أو الإهمال، أو التذبذب وهو الأمر الذي عادة ما يكون من شأنه أن يؤدي إلى حدوث مشكلات سلوكية من جانب الأبناء منذ طفولتهم المبكرة، وغير ذلك من المشكلات المتعددة التي غالباً ما تنتج في واقع الأمر عن العديد من العوامل المساعدة على ذلك والتي يبدأ تأثيرها في سن مبكرة وذلك منذ مرحلة المهد . فضلاً عن ذلك فمن المحتمل جداً أن يؤدي سوء المعاملة المزمنة للأطفال الصغار إلى السلوك العدواني من جانبهم، وإلى رفض الأقران لهم .

ثالثاً : العوامل المدرسية

يعاني بعض الأطفال حال التحاقهم بالمدرسة من مشكلات انفعالية أو سلوكية رغم أن مثل هذه الاضطرابات تتطور خلال سنوات المدرسة وهو ما قد يرجع في جانب منه إلى ما يخبرونه داخل الفصل ذاته من خبرات مدمرة . وعلى الرغم من ذلك فإن أولئك الأطفال عند التحاقهم بالمدرسة قد تتحسن حالاتهم، وقد تسوء وفقاً لتلك الطريقة التي يتم بها ترويضهم في الفصل حيث تعتبر الخبرات المدرسية دون شك ذات أهمية كبيرة بالنسبة للأطفال ولكننا مع ذلك لا نستطيع أن نبرر تلك الكيفية التي يمكن لمثل هذه الخبرات بموجبها أن تسهم في تطور مشكلات الطفل السلوكية، أو الحد منها . فقد تتفاعل الحالة المزاجية للطفل وكفاءته الاجتماعية مع تلك السلوكيات التي يصدرها زملاؤه بالفصل ومعلموه فتتأثر مشكلاته الانفعالية أو السلوكية بذلك سلباً أو إيجاباً . كذلك فعندما يلتحق طفل صعب المراس بالمدرسة وهو يفتقر إلى المهارات الأكاديمية والاجتماعية فإنه يصبح من المحتمل بالنسبة له أن يتلقى استجابات سلبية من أقرانه ومعلميه على حد سواء . وهناك خطر حقيقي من أن يجد الطفل نفسه وهو يقع في دوامة التفاعلات السلبية والتي تتزايد خلالها إثارته لأقرانه ومعلميه من ناحية وإثارته له من ناحية أخرى . ومن هذا المنطلق فإن المدرسة يمكن أن تسهم في تطور وزيادة المشكلات الانفعالية بطرق متعددة حيث قد يفتقر المعلمون على سبيل المثال للحساسية لتفرد الطفل، وقد يطلبون منه مثلاً أن يلتزم بالقواعد المدرسية وما يتبع في المدرسة من أساليب روتينية دون أدنى تفكير من جانبه. وقد يكون للمعلمين من جانب آخر وذلك كالأباء تماماً توقعات مرتفعة جداً أو منخفضة جداً من الطفل تتعلق بتحصيله الأكاديمي أو سلوكه عامة، وبالتالي فإنهم قد ينقلون إليه عندما يخيب آمالهم فكرة أنه لا يتسم بالكفاءة، أو أنه غير مرغوب فيه .

ويرى كوفمان وآخرون (٢٠٠٢) Kauffman et al. وكوفمان (٢٠٠١) أن النظام السائد في المدرسة قد يتسم أحياناً بالتساهل الشديد، أو قد يتسم في أحيان أخرى بالصرامة الشديدة، أو عدم الثبات، وقد يتعلم التلميذ في المدرسة تنمية المهارات التي لا يعد في حاجة حقيقية أو حتى متخيلة لها . وقد تكون

البيئة المدرسية من ذلك النوع الذي يكافئ التلميذ سيئ السلوك وذلك بتسليط الأضواء عليه، أو إعطائه اهتمام خاص حتى وإن كان مثل هذا الاهتمام على هيئة نقد أو عقاب في حين يتم تجاهل الطفل حسن السلوك . وقد يمثل المعلمون والأقران نماذج لسوء السلوك مما يدفع الطفل إلى السلوك السيئ تقليداً لهم . ومن ثم فقد يسهم المعلمون في حدوث السلوك المشكل من جانب الطفل، ولذلك فإن عليهم أن يقوموا بتوجيه بعض الأسئلة لأنفسهم تتعلق بما يتوقعونه من الطفل، وما يتبعونه من مداخل مختلفة في سبيل إدارة سلوك الطفل وتوجيهه الوجهة السليمة . كذلك فإنهم ينبغي أن يقوموا أيضاً بتقديم اللوم على ذلك السلوك المضطرب الذي قد يأتي الطفل به والذي قد لا يكون لهم أنفسهم دور في حدوثه . وباختصار فإن عليهم أن يعملوا على الحد من حدوث أي أثر من جانبهم يمكن أن يسهم في حدوث سوء السلوك من جانب الطفل .

رابعاً : العوامل الثقافية

يدخل كل من الأطفال والأسر والمداخل المتبعة جميعاً في إطار الثقافة التي يمكن أن تؤثر على الأطفال أو تترك أثراً كبيراً عليهم في أي اتجاه . وهناك العديد من الظروف البيئية التي يمكن لها أن تؤثر على ما يتوقعه الراشدون من الأطفال، وما يتوقعه الأطفال من أنفسهم ومن أقرانهم . كما أن القيم ومعايير السلوك تنتقل إلى الأطفال عن طريق العديد من الظروف الثقافية، والحاجات، وأساليب الكف، والنماذج المقدمة وهو الأمر الذي يعني وجود العديد من المؤثرات الثقافية المختلفة التي يمكن أن يكون لها أثر كبير في ذلك . ومن هذه المؤثرات على سبيل المثال ما يلي :

- 1- مستوى العنف الذي تعرض له وسائل الإعلام وخاصة التلفزيون والصور المتحركة .
- 2- استخدام الإرهاب كوسيلة للقسر أو الإكراه .
- 3- التساهل في الحصول على العقاقير الطبية، واستخدامها لأغراض ترفيهية وهو ما يرتبط بمستوى إساءة استخدام العقاقير .
- 4- تغيير المعايير التي ترتبط بالسلوك الجنسي .

٥- المعايير الدينية والقيود التي تفرض على السلوك .

٦- الخوف من الحرب النووية وما يتعلق بها من كوارث .

كذلك يذهب فارمر وآخرون (Farmer et al. (٢٠٠١) إلى أن الأقران يعدون بمثابة مصدر آخر هام من مصادر التأثير الثقافي وخاصة بعد أن يصل الطفل إلى الصفوف العليا بالمرحلة الابتدائية . كما أن تلك الثقافة التي ينشأ الطفل فيها تؤثر على نموه الانفعالي والاجتماعي والسلوكي وهو الأمر الذي تكشف عنه دراسات الحالة لتلك الثقافات سريعة التغيير. وهناك من الدراسات الأخرى ما تؤكد نتائجها على وجود أثر لتلك المؤثرات الثقافية على كل من القلق، والاكتئاب، والعدوان لدى هؤلاء الأطفال . كما أن مستوى العنف الذي يعرض له التليفزيون والسينما يعد عاملاً مساعداً وعادة ما يكون من شأنه أن يسهم في زيادة مستوى العنف بين الأطفال والمراهقين بشكل عام . وإلى جانب ذلك فإن إساءة الاستخدام *abuse* أو إساءة المعاملة كما يحلو للبعض أن يسميها، والأشكال الأخرى من الصدمات الحادة يمكن أن تسهم أيضاً في حدوث الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية لعدد كبير من الأطفال.

تقييم الاضطرابات السلوكية

من الأسهل بالنسبة لنا أن نقوم بتحديد وتشخيص السلوكيات المضطربة عن أن نقوم بتحديد أنماطها وأسبابها، وتصنيفها في ضوء ذلك . ومع أننا غالباً ما نفشل في تقدير جوانب القوة لدى الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً يظل من المهم أن يتضمن تقييم أولئك الأطفال تحديد جوانب القوة المميزة لهم وعدم الاقتصار فقط على تحديد نواحي القصور أو جوانب الضعف التي يعانون منها .

ويعتبر اضطراب السلوك هو أكثر أنماط الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية شيوعاً، ويعد بمثابة مشكلة سلوكية تجسدية خارجية أي موجهة إلى خارج الفرد *externalizing* ويعمل مثل هذا الاضطراب على جذب الانتباه الفوري تجاه الفرد مما يندر معه وجود أي مشكلة حقيقية تواجهه من يقوم بتشخيصه . أما أولئك الأطفال الذين يعانون من النمط الداخلي من الاضطراب السلوكي *internalizing* فإن الأمر بالنسبة لهم يكون أقل وضوحاً، ولكن لا يكون من الصعب تحديدهم والتعرف عليهم . وعادة ما يتم تحديد وتشخيص الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً من قبل

الأخصائيين، وقد يتم اللجوء في سبيل ذلك إلى استخدام بعض الإجراءات المنظمة للفرز والتصفية . *screening* كذلك فإن توفير خدمات التربية الخاصة لمثل هؤلاء الأطفال المضطربين لا يضاهي حاجاتهم مطلقاً، ومع ذلك لا توجد إشارات في إجراءات الفرز والتصفية حول عدم توفر تلك الخدمات اللازمة للتعامل مع المشكلات التي يعاني الطفل منها .

وجدير بالذكر أنه كلما كان الطفل أصغر في عمره الزمني ازدادت صعوبة تشخيصه على أنه مضطرب انفعالياً أو سلوكياً إذ تكون هناك صعوبة في تحديد ما إذا كان سلوكه يمثل مشكلة خطيرة أم لا، وما إذا كان مثل هذا السلوك ثابتاً ومستمراً أم متغيراً أي ازدادت صعوبة تقييمه من ناحية، وصعوبة تقييم سلوكه أيضاً من ناحية أخرى . كذلك فإنه قد لا يتم اكتشاف بعض الأطفال المضطربين بالفعل وهو الأمر الذي قد يرجع إلى أن الكبار أو الراشدين المحيطين بهم لا يبدون حساسية لتلك المشكلات التي يثيرها الأطفال، أو أن الأطفال لا يختلفون بشكل ملفت عن غيرهم من الأطفال في ذات البيئة أو الثقافة . كذلك فإن الكبار الذين يبدون حساسية لما يبدر عن أطفالهم من سلوكيات قد يخطنون أحياناً في حكمهم على أولئك الأطفال .

وفضلاً عن ذلك فقد عرف سالفيا وإيسلديك (٢٠٠١) *Salvia & Ysseldyke* التقييم على أنه تلك العملية التي يتم بموجبها جمع المعلومات بغرض اتخاذ القرارات التربوية . وإلى جانب ذلك يرى كلاهما أن هناك على الأقل خمسة قرارات مميزة ينبغي على المعلمين أن يقوموا باتخاذها بشكل روتيني وذلك بخصوص أولئك الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية أو مشكلات التعلم هي :

١- أنه يجب على المعلمين أن يقوموا بجمع تلك المعلومات التي تتعلق بالتقييم حتى يتمكنوا من اتخاذ القرارات التي تتعلق بالفرز والتصفية . وهذا يعني أنه يجب أن تقوم الهيئة التدريسية بالمدرسة في الغالب بتطبيق اختبارات مقننة على مجموعات كبيرة من الأطفال حتى يتسنى لهم تحديد أولئك الأطفال الذين يعتبرونهم من المعرضين لخطر المشكلات السلوكية أو الأكاديمية أو كليهما . وقد تتضمن أوجه القصور الخاصة بتحديد هؤلاء الأطفال أوجه القصور الجسمية (مثل ضعف حدة الإبصار، أو فقدان السمع، أو القصور الحركي)، أو مشكلات التعلم المكتسبة . ويكمن القصد

من ذلك هنا في اكتشاف تلك المشكلات التي لم تتضح بعد بصورة جلية، وتقديم العون والمساعدة بأسرع ما يمكن للحيلولة دون حدوث أو تطور مشكلات التعلم اللاحقة .

٢- يتمثل الغرض الثاني للتقييم في التعرف على وتحديد أولئك الأطفال والمراهقين الذين ينحرفون بشكل دال عن ذلك المعيار الذي يستخدم في سبيل تحديد من يمكنهم تلقي خدمات التربية الخاصة، وتخصيص تصنيف تشخيصي متميز من أجلهم (مثل المعوقين تعليمياً، أو المضطربين سلوكياً، أو المعوقين عقلياً القابلين للتعلم) . وتعد هذه العملية في الأساس عملية ذات خطوتين يتم تحديد الأطفال في الخطوة الأولى على أنهم قابلين للاستفادة من خدمات التربية الخاصة، ثم يتم في الخطوة الثانية تصنيفهم في فئة معينة . ويمكن اتخاذ تلك القرارات الخاصة بالأهلية *eligibility* في الواقع عن طريق مقارنة أداء الطفل بأداء عينة مماثلة من الأقران . وعلى هذا الأساس يتم استخدام المقاييس المقننة مرجعية المعيار بصفة منتظمة في سبيل اتخاذ مثل هذه القرارات .

٣- يرجع السبب الثالث الذي يقوم المعلمون من أجله بجمع المعلومات الخاصة بالتقييم إلى إعداد البرامج التعليمية لأولئك الأطفال والمراهقين الذين يعانون من المشكلات السلوكية أو مشكلات التعلم . وتتضمن هذه العملية تحديد المهارات الخاصة التي ينبغي أن يتم تعليمها، والكيفية التي يمكن أن يتم بها ذلك . ومن المهم في هذا الصدد أن نشير إلى أن تلك القرارات التي تتعلق بالتخطيط التعليمي لا تتطلب بالضرورة استخدام اختبارات مرجعية المعيار . وفي المقابل فإن اتخاذ القرارات التعليمية غالباً ما يركز على أداء الأطفال والمراهقين على مقاييس غير رسمية ومقاييس أخرى ترتبط بالمنهج .

٤- يتمثل الغرض الرئيسي الرابع من أغراض التقييم في قياس مدى التقدم الذي يمكن أن يحققه الطفل إذا لم تكن تلك الخدمات التي يتم تقديمها في إطار التربية الخاصة لأولئك الأطفال الذين يفشلون في ذلك غير كافية . وفضلاً عن ذلك يجب أن يتأكد المعلمون أيضاً كما يرى جيرستين وآخرون (Gersten et al. (١٩٩٥) أن الأطفال يحققون قدرًا كافيًا من التقدم نظراً

لذلك القدر الذي يتلقونه من مثل هذه الخدمات، ونتيجة لها أيضاً . وبهذا المعنى فإن تلك المعلومات التي تتعلق بالتقييم التي تؤدي في الواقع إلى حدوث تقدم جوهري من جانب الطفل إنما تثبت أهميتها في الأصل لاتخاذ القرارات التعليمية .

٥- ينبغي على المعلمين أن يقوموا بجمع تلك المعلومات التي تتعلق بالتقييم حتى يتمكنوا من تقييم أو تقدير فعالية البرنامج المستخدم وذلك حتى يتأكدوا من أن نمطاً معيناً من المواقف التعليمية (كغرفة المصادر، أو الفصل المستقل في ذاته على سبيل المثال)، أو المدخل التعليمي المستخدم (كالتركيز على اللغويات عند القراءة، أو كتابة العملية مثلاً)، أو أسلوب التدخل الذي يتم استخدامه في الفصل الخاص (مثل الاستبعاد لجزء من الوقت، أو تكلفة الاستجابة)، أو كل هذه المتغيرات مجتمعة تعد فعالة بالنسبة لمجموعة مختارة أو منتقاة من الأطفال . وفي هذا الإطار فإن التقييم المنظم للبرنامج يعد أمراً ضرورياً بالنسبة لمعظم البرامج التي يخصص لها مخصصات مالية قومية أو مخصصات مالية من المجتمع المحلي الذي يتم تقديمها فيه .

وعلى الرغم من أن المعلمين يجب أن يكونوا على وعي ودراية بأغراض التقييم، وخياراته المتعددة التي تتاح أمامهم وتكون تحت تصرفهم فمن الأمور الأكثر أهمية بالنسبة لهم في هذا الصدد أن يدركوا متى يمكنهم أن يقوموا باستخدام إستراتيجية معينة للتقييم . وجدير بالذكر أن تلك القرارات التي تتعلق بالتقييم يجب أن تحركها حاجتنا للإجابة على سؤال محدد أو حل مشكلة معينة تتعلق بالأطفال وهو ما يعني أن إجراءات التقييم يجب أن يملئها ما يريد أن يعرفه ذلك الشخص الذي يقوم بإحالة الطفل إلى العيادة النفسية . ومن جهة أخرى فإن القائمين على التقييم مع اختلافهم يودون كما يشير والدون (١٩٩٦) أن يعرفوا العديد من الأشياء أو الأمور المختلفة من تلك التقييمات التي يتم إجراؤها على الأطفال. فعلى سبيل المثال يود الوالد أو المرشد أن يعرف ما إذا كان أداء الطفل يعد أعلى أو أقل من المتوسط المتوقع بالنسبة لصفه، وبالتالي يتم إجراء نوع من المقارنة تعتمد على استخدام اختبارات مقننة مرجعية المعيار . ومن ناحية أخرى فإن معلم التعليم العام يريد هو الآخر أن يعرف أيضاً كيف يتم تحسين سلوك معين يصدر عن الطفل سواء

في المنزل أو المدرسة . وبذلك فإن الملاحظات المباشرة في إطار الموقف المشكل إلى جانب القيام ببعض المواءمات البيئية سوف تكون هي طريقة التقييم الأكثر ملاءمة .

وللأسف فإن عملية التقييم التي يتم الأخذ بها في الوقت الراهن لا تعكس دائماً مثل هذه الحكمة التقليدية . وكما أشار سالفيا وإيسلديك (١٩٩١) Salvia & Ysseldyke فإن بطاريات الاختبارات المقننة كاختبارات الذكاء، والاختبارات التحصيلية، والاختبارات الحس حركية، ومقاييس الشخصية غالباً ما يتم تطبيقها بغض النظر عن ذلك السبب الذي يتم من أجله تحويل أطفال معينين إلى العيادة النفسية . وفي واقع الأمر فإننا نجد مع فوكس وآخرين (١٩٩١) Fuchs et al. أن الأخصائيين النفسيين غالباً ما يقوموا عندما تتم إحالة الأطفال إلى العيادة النفسية من جراء المشكلات السلوكية بتطبيق نفس بطاريات الاختبارات التي يتم تطبيقها على أقرانهم الذين يخبرون مشكلات أكاديمية معينة، كما يقومون أيضاً بتحديد مدى التقدم الذي يحرزه الأطفال في هذا الإطار، ويتخذون القرارات التي تتعلق بتقييم البرنامج المستخدم عن طريق استخدام اختبارات معيارية معينة يتم تطبيقها قبل وبعد تطبيق البرنامج (التقييم التراكمي) وذلك عندما يكون من الأفضل استخدام مقاييس تركز على المنهج يتم تطبيقها بشكل متكرر على مدار الوقت (التقييم التكويني) . وأخيراً فإن المعلمين غالباً ما يقوموا بتحويل الأطفال إلى العيادة النفسية كي يتلقوا الاقتراحات ذات الأهمية التي يكون من شأنها أن تؤدي إلى تحسين أدائهم الأكاديمي والسلوكي إذ أن هناك قدراً كافياً من البيانات التي تدل على أن الاختبارات التقليدية مرجعية المعيار لا تسفر إلا عن قدر ضئيل من التوصيات التربوية ذات الصلة . ومن ثم فإن المشكلة التي تشهدها مثل هذه المواقف إنما تتمثل بطبيعة الحال في سوء المزاجية جوهرياً بين الغرض الذي ينبغي أن يتحقق من التقييم والأسلوب الذي يتم استخدامه في ذلك التقييم حيث قد لا يتفق مثل هذا الأسلوب بذلك مع هذا الغرض . وإلى أن يتم حل مثل هذا الخلاف أو التباين فإن العديد من المشاركين في العملية التقليدية لإحالة الأطفال إلى العيادة النفسية حتى يتم اختيار البديل التسكيني المناسب لهم سوف يواجهون قدراً لا بأس به من الإحباط بسبب نسق التقييم غير الملائم الذي لا يسهم مطلقاً في تحقيق ذلك الغرض الذي ينشدونه من ذلك .

وإذا كان التشخيص يشير إلى مختلف أساليب تصنيف وتحديد الاضطراب فإن التقييم يستند على مجموعة من أساليب وأنماط القياس . وهناك مجموعة من أساليب التقييم المختلفة التي تستخدم في سبيل قياس الاضطرابات السلوكية من أهمها ما يلي:

١ - مقاييس التقرير الذاتي : *self- report measures*

وتعد هي الأكثر شيوعاً، وفيها يقرر الفرد ما يعانیه من أعراض أو مشكلات، أو ما يراه غير موات . ونادراً ما يقرر الأطفال أو المراهقون أنهم يعانون من مشكلة، أو أنهم في حاجة إلى علاج ما . كما أن قدرة الطفل على أن يقرر أن هناك اختلالاً في أدائه الوظيفي تعد أمراً غير واضح مما يجعل تلك المقاييس أقل فائدة مع الأطفال. ومن أهم المقاييس المستخدمة لذلك ما يلي :

- مقياس الميل للسلوك عند الأطفال . *children`s action tendency scale*
- مقياس التقرير الذاتي للجنوح . *self- report delinquency scale*
- مقياس العدائية للأطفال . *children`s hostility inventory*

٢ - تقارير الآخرين ذوي الأهمية : *reports of significant others*

تعد تقارير الآخرين ذوي الأهمية بالنسبة للفرد كالوالدين، والمعلمين، والمعالجين على سبيل المثال من أكثر المقاييس شيوعاً في هذا الصدد . وعلى الرغم من ذلك فإننا يجب أن ننظر إلى تقارير الوالدين بكثير من الحذر حيث أنهم قد لا يرون ابنهم كذلك، كما قد يصعب على تلك المقاييس تقييم بعض الأنماط السلوكية مثل إغاضة الآخرين ومضايقتهم، والعراك، والصراخ وإحداث الضجيج، والولع بالجدل، وكثير من الأفعال الخفية كالسرقة، وإشعال الحرائق، وإساءة استخدام المواد، والتهجم على الغير، وغيرها . ومن أهم المقاييس المستخدمة وفق ذلك ما يلي :

- مقياس آيبرج لسلوك الطفل . *Eyberg child behavior inventory*
- استبيان الأعراض المرضية من وجهة نظر الوالدين . *the parent symptoms questionnaire*

٣- تقديرات الأقران : *peer evaluations*

على الرغم من أن الأقران يعدون من بين الآخرين ذوي الأهمية فإن تقديراتهم لها وضعها الذي يميزها عن غيرها من التقديرات الأخرى، وأهميتها التي لا يخطئها أحد حيث قد يكون الأقران هم الأكثر دراية بالطفل، ويمكن من هذا المنطلق أن يتم استخدامها للتعرف على المشكلات السلوكية اللاحقة . ولذلك فإنها عادة ما يتم تناولها كأسلوب مستقل وليس في إطار الآخرين ذوي الأهمية . ومن أهم المقاييس المستخدمة وفق ذلك ما يلي :

- مقياس تقدير الأقران للعدوان . *peer nomination of aggression*

٤- الملاحظة المباشرة : *direct observation*

ويتم فيها ملاحظة السلوك المستهدف بشكل مباشر . وعادة ما تتمثل مكونات الملاحظة في تحديد السلوك بدقة، وتحديد المواقف التي ستتم فيها ملاحظة السلوك، وإرسال الملاحظين لتسجيل الأنماط السلوكية المختلفة، والتأكد من أن السلوك تتم ملاحظته بدقة وبشكل ثابت . وينبغي أن تكون الملاحظة غير مباشرة لأن الملاحظة المباشرة لا تصلح في الغالب لقياس السلوك . وتعمل الملاحظة على تزويدنا بمجموعة من التكرارات الواقعية أو الفعلية لسلوكيات معينة أياً كان نمطها . ومن أهم المقاييس المستخدمة وفق ذلك ما يلي :

- قائمة سلوك المراهقين المضاد للمجتمع . *adolescent antisocial*

behavioral checklist

- مقياس نسق التفاعلات الأسرية . *the family interaction coding*

system

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 أمثلة ذلك تلك السجلات الخاصة بالشرطة، والسجلات الخاصة بإلقاء القبض على الأشخاص، والسجلات

المدرسية، والسجلات القضائية سواء سجلات الإيقاف للأحكام، أو سجلات تنفيذ الأحكام، أو سجلات الإيداع بالسجون .

الخصائص النفسية والسلوكية للأطفال المضطربين سلوكياً

يمثل استعراض الخصائص المميزة للأطفال والمراهقين المضطربين انفعالياً أو سلوكياً تحدياً غير عادي لمن يقوم بذلك نظراً لتنوع مثل هذه الاضطرابات بشكل كبير للغاية . وسوف نتحدث عن ذلك على النحو التالي :

- الذكاء والتحصيل

أسفرت نتائج البحوث التي تم إجراؤها في هذا المجال عن أن الطفل المتوسط المضطرب انفعالياً أو سلوكياً عادة ما يكون معدل ذكائه في حدود المستوى العادي إذ يكون حوالي ٩٠ نقطة مع وجود بعض النقاط القليلة نسبياً والتي يمكن أن تزيد عن هذا المعدل . وقياساً بالتوزيع العادي للذكاء فإن معظم الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً يقعون في فئتي بطيء التعلم، والإعاقة العقلية البسيطة . وبطبيعة الحال فإننا حينما نشير إلى هؤلاء الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً إنما نشير إليهم كمجموعة وليس كحالات فردية وإن كان ذلك لا يمنع من وجود بعض الحالات الفردية التي تختلف عن ذلك إذ أن بعض هؤلاء الأطفال قد يحصلون على درجات مرتفعة جداً في اختبارات الذكاء . ولذلك فنحن نحذر من أن التدخل السلوكي المبكر والمكثف *early and intensive intervention* قد يكشف عن بعض القدرات المعرفية التي لا تكون قد اتضحت بعد، ويسهم أحياناً في تطورها وهذا يعني أنه قد توجد أوجه قصور معرفية لدى بعض الأطفال يمكن للتدخل المبكر والمكثف أن يتغلب عليها بدرجة كبيرة، ومع ذلك فقد يتم تشخيص هؤلاء الأطفال بشكل خاطئ على أنهم يعانون من أوجه قصور معرفية دائمة .

ومن ناحية أخرى يرى كوفمان (٢٠٠١) Kauffman أن العديد من الأطفال المضطربين انفعالياً وسلوكياً يعدون في الواقع من منخفضي التحصيل كما تكشف عن ذلك الاختبارات المقننة التي يتم استخدامها للتأكد من ذلك حيث لا يتمكن الطفل المضطرب انفعالياً أو سلوكياً عادة من التحصيل الأكاديمي في المستوى المتوقع منه

والذي يتفق مع عمره العقلي، وجماعته الثقافية، كما أن مثل هؤلاء الأطفال نادراً ما يحققون تقدماً ملموساً في المجال الأكاديمي . كذلك فإنهم غالباً ما يفتقرون إلى المهارات الأساسية في القراءة والحساب، وأن القليلين منهم فقط هم الذين يبدون كفاءة في القراءة أو الحساب، وأن هذه الأعداد القليلة منهم غالباً ما نجد أنهم في الواقع لا يتمكنون من تطبيق مهاراتهم على المشكلات اليومية المختلفة .

- الخصائص الاجتماعية والانفعالية

يتميز البعد الخارجي للسلوك بالسلوك العدواني فضلاً عن السلوك التظاهري التنفيسي *acting out* أما النمط الداخلي فيتسم بالقلق والانسحاب . ومن الواضح أن طفلاً معيناً يمكنه في أوقات مختلفة أن يأتي بالسلوك العدواني والسلوك الانسحابي حيث أن غالبية هؤلاء الأطفال غالباً ما يبدون مشكلات متعددة . ومعظم الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً غير محبوبين من الأطفال الآخرين، وأنهم غالباً ما يصادقون الأقران المنحرفين، كما قد يتم رفضهم اجتماعياً . كذلك أن الرضا المبكر من الأقران إضافة إلى ما يبديه الطفل من سلوك عدواني يعرضه فيما بعد لقدرة كبير من مخاطر المشكلات الاجتماعية والانفعالية . وإلى جانب ذلك فقد كانت هناك علاقة واضحة بين الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية من ناحية واضطرابات التواصل من ناحية أخرى . وفضلاً عن ذلك فإن العديد من الأطفال والمراهقين المضطربين انفعالياً أو سلوكياً يواجهون صعوبات كبيرة في فهم اللغة واستخدامها في المواقف الاجتماعية المختلفة .

ومن ناحية أخرى فإن المكافآت الخارجية التي يحصل الطفل عليها كالمكانة الاجتماعية، والقوة، ومعاناة الضحية، والحصول على الأغراض المرغوبة، والمكافآت المتنوعة كروية الآخرين وهم يحققون نتائج مرغوبة من عدوانهم، والتعزيز الذاتي كتهنئة الذات، أو تعزيز صورة الذات تعمل جميعاً على تشجيع حدوث العدوان. وإذا ما استطاع الأطفال أن يجدوا تبريراً للعدوان في أذهانهم وذلك بالمقارنة بسلوك الآخرين أو بتجريد ضحاياهم من السمات الإنسانية فسوف يصبح من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يكونوا عدوانيين. كذلك فإن العقاب يمكن أن يؤدي في الواقع إلى زيادة العدوان وذلك في ظل ظروف معينة تعتبر الظروف التالية من أهمها ومن أكثرها شيوعاً :

- ١- إذا كان غير متسق مع الفعل .
- ٢- إذا أتى متأخراً عنه .
- ٣- إذا لم يوجد أي بديل إيجابي لذلك السلوك الذي يعاقب عليه .
- ٤- إذا ما كان العقاب يعد مثالا للعدوان .
- ٥- إذا ما حقق الهجوم المضاد على القائم بالعقاب النجاح المنشود، أو كان من المحتمل بالنسبة له أن يحقق ذلك النجاح .

- السلوك العدواني

يعد اضطراب السلوك هو الأكثر شيوعاً بين تلك المشكلات التي يبديها الأطفال المضطربون انفعالياً أو سلوكياً . فالضرب، والشجار، والإغاضة، والصياح، ورفض الانصياع للأوامر، والصراخ، والتدمير، والابتزاز، والتخريب المتعمد للممتلكات العامة أو الخاصة *vandalism* ما هي إلا سلوكيات إذا ما أبدى الطفل أيًا منها أو بعضها فإنه غالباً ما يكون من الأكثر احتمالاً أن نطلق عليه أنه مضطرب . وإذا كان الأطفال غير المضطربين يصرخون، ويصيحون، ويضربون، ويتشاجرون، ويصبحون سلبيين، ويفعلون تقريباً كل ما يفعله أولئك الأطفال المضطربون انفعالياً أو سلوكياً فإن ذلك الأمر من جانبهم لا يتسم بالاندفاعية، ولا بالتكرار. ومن المعروف أن الأطفال الذين يتصفون بهذا النمط من الاضطرابات أي بوجود مشكلات تتعلق بالنمط الخارجي للسلوك لديهم يسببون الكثير من الحيرة والذهول للراشدين المحيطين بهم حيث أنهم لا يكونوا مشهورين بين أقرانهم ما لم تتم تنشئتهم كجانحين يحترمون أقرانهم الجانحين، ولا يعتدون عليهم . كما أنهم من جانب آخر لا يستجيبون بسرعة ولا بصورة إيجابية لأولئك الراشدين ذوي الأهمية الذين يخافون ويحرصون عليهم، ويحاولون تقديم المساعدة لهم .

- السلوك الانسحابي أو غير الناضج

نادراً ما يبدي هؤلاء الأطفال سلوكاً غير ناضج، أو يتأتون بسلوك انسحابي . ومع ذلك فإن أولئك الأطفال الذين ينطبق عليهم النمط المنسحب أو غير الناضج يعتبرون طفوليين في أساليب تفاعلهم مع الآخرين، كما أنهم يترددون دوماً في التفاعل مع

الأخرين . كذلك فإنهم يتسمون بالعزلة الاجتماعية، وقلة عدد أصدقائهم، وندرة اللعب مع أقرانهم في مثل سنهم، وافتقارهم إلى المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق المتعة. ومن جانب آخر فإن بعضهم ينسحبون إلى الخيال أو إلى أحلام اليقظة، وتتطور المخاوف لدى بعضهم الآخر وإن كانت لا تتعلق تماماً بتلك المواقف التي يمرون بها، كما يشكو البعض أيضاً من أوجاع وآلام مختلفة، وأمراض مزخيلة قد تمنعهم من الاشتراك في الأنشطة العادية . وإضافة إلى ذلك فإن بعضهم الآخر قد يرتد إلى المراحل الأولى من النمو، ويتطلب بالتالي الحصول على المساعدة المستمرة والانتباه الدائم من الآخرين، بينما قد يصبح البعض الآخر مكتئباً مع عدم وجود أي سبب ظاهر لذلك .

ومن جانب آخر فإن التحليل الذي يتم في إطار التعلم الاجتماعي يعزو الانسحاب وعدم النضج في الواقع إلى البيئة غير الملائمة . أما العوامل السببية التي ترتبط بذلك فقد تتضمن العديد من الأسباب منها :

- ١- النظام الوالدي المفرط التقييد .
- ٢- العقاب على الاستجابات الاجتماعية الملائمة .
- ٣- الإثابة على السلوك الانعزالي .
- ٤- نقص فرص التعلم .
- ٥- نقص الفرص اللازمة لممارسة المهارات الاجتماعية .
- ٦- تقديم أمثلة أو نماذج للسلوك غير الملائم .

هذا ويمكن للأطفال المنسحبين أو غير الناضجين أن يتعلموا تلك المهارات التي يفتقرون إليها عن طريق ترتيب الفرص المواتية لتعليم وممارسة الاستجابات الملائمة، ورؤية النماذج التي تقوم بأداء السلوك المناسب، وتقديم المكافآت للسلوك الملائم .

رعاية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً

يرى كوتنهو وآخرون (Coutinho et al. ٢٠٠٢) وأوسوالد وآخرون (Oswald et al. ١٩٩٩) أنه عادة ما يحصل الأطفال المضطربون انفعالياً أو سلوكياً على درجات منخفضة في المدرسة، وتكون نتائجهم الأكاديمية عامة غير

مرضية، وتزداد معدلات التسرب بينهم، وتقل معدلات إنهماءهم للمدرسة وذلك قياساً بغيرهم من التلاميذ، كما أنه عادة ما يتم وضعهم في بدائل تسكينية أو مواقف أكثر تقييداً، وأنهم كثيراً ما يتعرضون لمواجهات مع ذلك النسق القضائي الخاص بالأحداث . وعلى ذلك فإن تقديم البرامج التربوية الناجحة لهؤلاء الأطفال يعد كما يرى لاندروم وكوفمان (٢٠٠٣) Landrum & Kauffman وإيشي- جوردان (٢٠٠٠) Ishii- Jordan من أهم المهام التي تواجه التربية الخاصة الآن وتمثل تحدياً لها فضلاً عن أن التوصل إلى واستخدام استراتيجيات فعالة للتدخل *effective intervention strategies* بالنسبة لهؤلاء الأطفال المتباينين يتساوى مع ذلك في الأهمية، ولا يقل عنه مطلقاً تحت أي ظروف .

ونحن نرى أن هؤلاء الأطفال لا يتم تعليمهم في مدارس التعليم العام، بل إن البدائل التسكينية الخاصة بهم تقل تقييداً كلما قلت حدة الاضطراب، وتزداد تقييداً كلما زادت حدته . وعادة ما تتمثل تلك البدائل في المدارس النهارية الخاصة بهم، والفصول الملحقة، والمؤسسات التي تعمل بنظام الإقامة الداخلية . ومن ناحية أخرى فإنه لا يوجد تلاميذ مضطربين سلوكياً بمدارس التعليم العام بل إنه لا يصلح أن نقوم بدمج الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً مع أقرانهم غير المضطربين في مدارس التعليم العام حيث ستكون النتيجة هي إشاعة الفوضى في تلك المدارس، وزيادة أعمال الشغب، والعنف، والسلوكيات غير المناسبة، وربما زيادة أعداد الضحايا، أو المضطربين .

وهناك العديد من النماذج المختلفة التي يمكن لها أن تقوم بتوجيه عمل الأخصائيين في هذا الصدد . وكما يشير كوفمان (٢٠٠١) Kauffman فإن القليل من الممارسين هم الذين يتبعون نموذجاً واحداً فقط . ومع ذلك فإن الأخصائي يجب أن يقف على أرض صلبة تقوم على توجه معين وترتكز عليه في توجيه ما يقوم به من ممارسات . وهناك في الوقت الراهن نموذجان هما اللذان يوجهان غالبية البرامج التربوية حيث تسير تلك البرامج على الأقل وفق أحد هذين النموذجين أو وفقاً لهما معاً . وهذان النموذجان هما :

١- النموذج النفسي التربوي *psychoeducational*

يهتم هذا النموذج بالدوافع اللاشعورية، ويركز على الصراعات الداخلية للفرد، كما أنه يركز في ذات الوقت على تلك المطالب أو الحاجات الواقعية اللازمة للأداء الوظيفي اليومي من جانب الفرد في المنزل والمدرسة والمجتمع المحلي. ومن الافتراضات الأساسية التي يقوم عليها هذا النموذج أنه ينبغي على المعلمين أو الأخصائيين أن يفهموا الدوافع اللاشعورية إذا ما أرادوا أن يتعاملوا بشكل أكثر فعالية مع الفشل الأكاديمي للطفل وسوء سلوكه. ولكي يقوموا بذلك فنحن لا نتوقع منهم أن يركزوا على حل الصراعات اللاشعورية كما يفعل المعالجون النفسيون، ولكنهم بدلاً من ذلك يركزون على كيفية مساعدة الأطفال على اكتساب الضبط الذاتي أو ضبط النفس عن طريق الانعكاس والتخطيط. وبالتالي فقد يتضمن التدخل مناقشات علاجية، أو مقابلات يتم تصميمها بغرض مساعدة الطفل أو المراهق على تحقيق العديد من الأهداف من أهمها ما يلي:

- ١- أن يفهم أن ما يفعله يمثل مشكلة.
 - ٢- أن يدرك دوافعه التي تكمن خلف ما يقوم به من أفعال.
 - ٣- أن يلاحظ تلك النتائج التي تترتب على ما يقوم به من أفعال.
 - ٤- أن يخطط ويصمم طرقاً بديلة يستجيب بها لظروف مشابهة في المستقبل.
- هذا ويتمثل التركيز في ذلك النموذج على اكتساب الطفل أو المراهق ما نطلق عليه البصيرة *insight* وهو الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى حدوث التغييرات السلوكية، وبالتالي فإن التركيز هنا لا يكون على تغيير السلوك بشكل مباشر. ومن جهة أخرى تمثل استراتيجيات الضبط السلوكي في هذا الإطار جزءاً أساسياً من البرامج التربوية للأطفال الذين يعانون من النمط الخارجي للمشكلات السلوكية *externalizing* حيث يكون من غير المحتمل بالنسبة لهم أن يحدث التعلم الأكاديمي والاجتماعي دون وجود أساليب فعالة لضبط السلوك الفوضوي. كذلك فإن التعليم الأكاديمي المتميز سوف يؤدي من جانب آخر إلى الحد من العديد من المشكلات السلوكية المختلفة إضافة إلى تعليم أولئك الأطفال المهارات الأكاديمية الهامة. وعلى الرغم من ذلك فإنه حتى أفضل البرامج التعليمية لن تؤدي إلى الحد من السلوكيات الفوضوية لكل التلاميذ، وبالتالي يجب على معلمي الأطفال

المضطربين انفعالياً أو سلوكياً أن يستخدموا استراتيجيات الضبط الفعالة وخاصة تلك الأساليب التي تقوم في الواقع على تعليمهم الضبط الذاتي أو ضبط النفس وذلك في سبيل الحد من سلوكياتهم الفوضوية . فضلاً عن ذلك فإنه ينبغي عليهم أن يوفروا قدراً أكبر من التعليم الفعال للمهارات الأكاديمية والاجتماعية التي يمكن أن تسمح لأولئك الأطفال أن يتعلموا، ويعيشوا، ويعملوا مع الآخرين .

٢- النموذج السلوكي Behavioral

يعد النموذج السلوكي هو ثاني النماذج التي تقوم غالبية البرامج التربوية عليها في الوقت الراهن، ويتم تصميمها في ضوءها . وهناك في الواقع افتراضان أساسيان يكمنان خلف هذا النموذج السلوكي هما :

- أ- أن جوهر أي مشكلة إنما يتمثل في السلوك في حد ذاته .
 - ب- أن السلوك يعتبر دالة للأحداث البيئية .
- ويتم في هذا الإطار النظر إلى السلوك اللاتكيفي على أنه استجابات متعلمة لا تتناسب مع مواقف أو متطلبات معينة . وعلى هذا الأساس فإن التدخل المتبع ينبغي أن يتألف من إعادة ترتيب تلك الأحداث التي تسبق سلوك معين إلى جانب ما يمكن أن يترتب عليه من نتائج وذلك حتى تتمكن من تعليم الطفل سلوكاً أكثر تكيفاً . وبذلك يعد النموذج السلوكي كما يرى كوفمان وآخرون (٢٠٠٢) Kauffman et al. في واقع الأمر بمثابة مدخل العلوم الطبيعية للسلوك، ويركز على التعريف الدقيق للمشكلة، ويستخدم مقاييس ثابتة لقياسها وتقييمها، ويلجأ إلى الضبط الدقيق للمتغيرات التي يعتقد أنها تساعد في الإبقاء على السلوك أو تؤدي إلى تغييره، وتحديد علاقات السبب والنتيجة التي يمكن أن تنشأ . وبالتالي فإن التدخل المتبع يضم اختيار الاستجابات المستهدفة، وقياس مستوياتها الراهنة، وتحليل الأحداث البيئية التي يحتمل السيطرة عليها أو ضبطها، وتغيير المقدمات أو النتائج حتى تحدث تغيرات ثابتة في السلوكيات المستهدفة من جانب الطفل .

أهم الاستراتيجيات الفعالة

يشير روزنبرج وآخرون (٢٠٠٨) Rosenberg et al. إلى أنه بغض النظر عن ذلك النموذج الذي يقوم بتوجيه عملية التربية التي يتم تقديمها إلى هؤلاء الأطفال

فإن بوسعنا أن نشير إلى العديد من الاستراتيجيات الفعالة في هذا الصدد علماً بأن غالبية تلك الاستراتيجيات تتبع النموذج السلوكي في حين يكون من الممكن أن نجد هناك نماذج أخرى قد تتضمن بعض هذه الاستراتيجيات أيضاً . ومن الواضح أن الاستراتيجيات الناجحة في كافة المستويات منذ التدخل المبكر وحتى الانتقال إلى مرحلة الرشد تعمل على إيجاد توازن بين التعليم الأكاديمي وتقديم خدمات متكاملة لهؤلاء الأفراد . وعادة ما تتضمن عدداً من العناصر كما يلي :

- ١- التدخلات المنظمة التي تستند على قواعد بيانات معينة، ويتم تطبيقها بشكل منتظم وثابت، وتعتمد على النتائج الثابتة التي أسفرت عنها نتائج البحوث التي أجريت في هذا الميدان، ولا تستند إلى نظريات واهية أو ضعيفة .
- ٢- تقييم مستمر لمدى التطور الذي يحدث حيث يتم قياس الأداء بشكل مباشر ويومي مع وجود تخطيط لذلك التطور يستند على تصوير ما تسفر عنه نتائج القياس والتقييم .
- ٣- توفير الفرص اللازمة لممارسة المهارات الجديدة وهو الأمر الذي يتم بشكل مباشر في مواقف يومية من خلال النمذجة والتكرار والممارسة التي تقوم على التوجيه .
- ٤- تقديم العلاج المكافئ للمشكلة إذ يتم تصميم واختيار التدخلات المناسبة التي يكون من شأنها أن تعمل على إشباع حاجات هؤلاء الأفراد على المستوى الفردي، وتراعي ظروفهم المعيشية الخاصة، ولا يتم اللجوء إلى أي صيغ عامة تتجاهل طبيعة المشكلة، ومدى تعقدها، وشدتها .
- ٥- العلاج متعدد المكونات *multicomponent* حيث يتم استخدام العديد من التدخلات المختلفة التي تعد ضرورية لإشباع تلك الحاجات المتعددة للأطفال كالتدريب على المهارات الاجتماعية، والتعليم الأكاديمي، والعلاج الطبي، والعلاج النفسي أو الإرشاد، والإرشاد الأسري أو التدريب الوالدي .
- ٦- برامج الإبقاء على النتيجة والانتقال إلى أثرها الذي تخلفه حيث يتم استخدام بعض التدخلات في سبيل تدعيم انتقال أثر التعلم إلى مواقف جديدة مع العلم بأن العلاج السريع قد يؤدي إلى الفشل في التوصل إلى تغير عام .
- ٧- اللجوء إلى تلك التدخلات ذات الأثر الثابت والتي يتم استخدامها مع اضطراب محدد وهي تلك التدخلات التي يتم اللجوء إليها أو تصميمها على

أساس أن العديد من الاضطرابات الانفعالية أو السلوكية عبارة عن إعاقات نمائية وسوف لا يمكن أن نعالجها تماماً أو نحد منها بشكل كلي .
ومن المتفق عليه أن المنهج الأكاديمي الذي يتم إعداده وتقديمه للأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً يوازي ذلك المنهج الذي يتم تقديمه لغالبية التلاميذ حيث تعتبر المهارات الأكاديمية الأساسية ذات قيمة كبيرة لأي فرد في المجتمع يكون في إمكانه أن يتعلمها، كما أن الفشل في تعليم الطفل القراءة والكتابة وأداء العمليات الحسابية الأساسية يحرمه من أي فرصة لتحقيق التوافق الناجح مع المطالب الحياتية اليومية . كما أنه من المحتمل بالنسبة لأولئك الأطفال الذين لا يكتسبون المهارات الأكاديمية التي تسمح لهم بمنافسة أقرانهم أن يتم رفضهم اجتماعياً .

هذا وقد يحتاج الأطفال المضطربون انفعالياً أو سلوكياً إلى تعليم خاص في المهارات الاجتماعية أيضاً . وهنا فنحن نؤكد على نقطتين هامتين هما :

١- الحاجة إلى أساليب فعالة في سبيل تعليم هؤلاء الأطفال المهارات الأكاديمية.

٢- أن المهارات الاجتماعية والخبرات الانفعالية لا يقلان في أهميتهما عن

المهارات الأكاديمية .

كذلك فإن كيفية إدارة المشاعر والسلوك وتهذيبهما، وكيفية مسابرة الآخرين تعد كما يرى فارمر وآخرون (٢٠٠١) Farmer et al. من الملامح الأساسية التي تميز المنهج الدراسي الذي يتم تقديمه لهؤلاء الأطفال المضطربين انفعالياً أو سلوكياً حيث من غير المتوقع أن يتعلم أولئك الأطفال مثل هذه المهارات دون أن يحصلوا على التعليم اللازم في هذا الإطار والذي ستؤدي العمليات العادية المتضمنة في التنشئة الاجتماعية عملها من خلاله، ويصبح لها أثرها الفعال . ومن جانب آخر يمكننا أن نحقق ما نصبو إليه من أهداف بموجب تلك الاستراتيجيات الفعالة، ومن خلالها . ولذلك يصير من أهم هذه الاستراتيجيات التعامل مع الأقران المضطربين انفعالياً أو سلوكياً والذين يكونوا هم أنفسهم قد تعلموا تلك المهارات الاجتماعية الهامة .

ومن ناحية أخرى سوف نجد أنه من الصعب علينا أن نصف حتى ولو بشكل عام تلك الترتيبات التربوية التي يتم إعدادها لجانحين الأحداث نظراً لأن الجنوح يعتبر مصطلحاً قانونياً وليس تربوياً، كما أن تلك البرامج التي يتم تقديمها للمراهقين ذوي مستوى الجنوح المرتفع جداً تتباين كثيراً من مكان إلى آخر. وأحياناً ما تكون هناك

فصول خاصة أو مدارس في إطار التربية الخاصة تستقبل أولئك المراهقين الذين يكون لهم تاريخ مرضي يتضمن قيامهم بسلوكيات التهديد، أو العنف، أو السلوك الفوضوي . *disruptive behavior* وتتم إدارة بعض هذه المدارس والفصول في إطار قانون التربية الخاصة وهو الأمر الذي قد لا ينطبق على البعض الآخر من هذه المدارس نظراً لأن التلاميذ الذين يحضرون إليها لا يعتبرون مضطربين انفعالياً .

ومن الجدير بالذكر أن هناك تبايناً كبيراً في تلك البرامج والممارسات التربوية التي يتم تقديمها لهؤلاء الأطفال والمراهقين في السجون والإصلاحيات والوحدات الأخرى التي يتم احتجازهم فيها حيث نجد أن تعليم الأطفال والمراهقين المسجونين تحكمه نفس القوانين التي يتم تطبيقها على أقرانهم غير المسجونين، إلا أن مثل هذه القوانين لا يتم تطبيقها بالشكل المناسب . كذلك فإن العديد من الأطفال المسجونين لا يتم تقييمهم بشكل مناسب، ولا يتلقون ذلك التعليم الذي يتناسب مع احتياجاتهم نظراً لعدم وجود المصادر اللازمة لذلك إلى جانب الانخفاض الكبير في مستوى التعاون بين الهيئات المختلفة، والاتجاه السائد الذي يتم من خلاله النظر إلى الجانحين والمجرمين على أنهم لا تتاح لهم نفس الفرص التعليمية التي تتاح لمن يمثلون للقانون من أقرانهم .

وإلى جانب ذلك هناك التقييم الوظيفي للسلوك وتدعيم السلوك الإيجابي حيث يجب أن يتم تقييم للسلوك ذات مغزى ودلالة كي يساعد على تطوير العديد من التدخلات الفعالة علماً بأنه ليست هناك حاجة لتغيير إجراءات التقييم في العديد من الحالات . ويشير التقييم الوظيفي للسلوك إلى مجموعة محددة من الإجراءات تهدف إلى تحديد ذلك السلوك غير الملائم الذي يصدر عن الطفل. ويشهد الوقت الراهن تأكيداً كبيراً على تدعيم السلوك الإيجابي *PBS* وخطط التدخل السلوك *BIP* للتلاميذ المضطربين سلوكياً . ويتضمن ذلك الأمر تلك الجهود التي يتم بذلها بغرض التركيز على تدعيم السلوك الإيجابي بدلاً من عقاب الطفل على سلوكه السلبي . كذلك فهو يتضمن كما يرى شتاين ودافيز (٢٠٠٠) *Stein & Davis* التعليم الفعال للمهارات الأساسية كوسيلة للتدعيم الإيجابي للسلوك وهو ما ساهم في زيادة إدراك الباحثين أن المشكلات السلوكية يقل حدوثها في الفصل عندما يقوم المعلم بتقديم التعليم الفعال .

ينص قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات IDEA على ضرورة أن يكون لكل طفل يعاني من إعاقة معينة كالأضطراب السلوكي أو الانفعالي، أو صعوبات التعلم، أو الإعاقة البصرية على سبيل المثال برنامج تربوي فردي IEP معين خاص به . كما يجب أن يتم تدوين مثل هذا البرنامج التربوي الفردي في وثيقة معينة، وأن تتضمن تلك الوثيقة خطة تعليم فردية يتم ذكرها تفصيلاً فيها، وتقع المسؤولية القانونية لتنفيذها على عاتق كل هيئة تربوية محلية . وفي واقع الأمر فإن الطفل أو المراهق الذي يعاني من الاضطرابات السلوكية يحتاج كغيره من الأطفال ذوي الإعاقات إلى خطة تعليم فردية تلائم حالته وحاجاته، وقدراته وإمكاناته، وتعمل في ذات الوقت على تلبية مثل هذه الحاجات وإشباعها، ومن ثم فهي تراعي من هذا المنطلق جوانب قوته ونواحي ضعفه . ولإعداد هذه الخطة يجب أن تتم مراعاة العديد من الإجراءات ذات الأهمية في هذا الصدد من أهمها ما يلي :

- ١- قراءة وتحليل سجل الطفل أو المراهق بكل عناية حيث من المتعارف عليه أن كل فرد من هؤلاء الأفراد يجب أن يكون له سجل معين يتضمن كل المعلومات اللازمة عنه والتي لا غنى عنها في سبيل إعداد هذه الخطة .
- ٢- التعرف على مستوى مهاراته الحالية وتحديد شكل دقيق حتى نبدأ من هذا المستوى الذي يمثل القاعدة الأساسية التي ننطلق منها .
- ٣- تحديد البرنامج أو البرامج اللازمة للطفل حتى يتمكن من مسابرة الأقران (وقد تتعدد تلك البرامج لتشمل أكثر من برنامج واحد) .
- ٤- عقد اللقاءات المستمرة بين المعلم والوالدين بخصوص الطفل والتي يتم فيها التشاور حول تلك الأمور ذات الأهمية التي تتعلق به .
- ٥- تحديد تلك المواد والمصادر المختلفة التي يمكن الرجوع إليها خلال البرنامج المستخدم والاستفادة منها بالصورة المنشودة .
- ٦- تحديد البرنامج الملانم للطفل وفقاً لحالته الراهنة بما تتضمنه من جوانب قوة ونواحي قصور محددة .

- ٧- تحديد الخدمات المطلوبة له وفقاً لحالته وهي بطبيعة الحال تلك الخدمات المرتبطة بالتربية الخاصة عامة .
- ٨- المواظبة على التدريب وعدم التوقف عنه إلا عند انتهاء البرنامج مع عدم التوقف كلية بعد ذلك، بل ينبغي أن يتم القيام بتطبيق ما يكون قد تم تعلمه خلاله وذلك في المواقف العملية المختلفة .
- ٩- التكامل بين الأسرة والمدرسة وتحديد دور معين ومحدد لكل طرف حيث ينبغي أن تتكامل تلك الأدوار مع بعضها البعض في سبيل مصلحة الطفل، وبالتالي لا ينبغي أن يعمل أي منهما بمعزل عن الآخر .
- ١٠- تكثيف التدريب اللازم للطفل حتى نتمكن من تحقيق نتائج إيجابية على أثر ذلك لأن مثل هذا التكثيف له أهمية كبيرة بالنسبة لمثل هؤلاء الأفراد .
- ١١- التركيز على التدريب المقدم فقط ، وعدم الالتفات لأي شيء آخر يخرج عن نطاق ما يتم تدريب الطفل عليه، وتعليمه إياه .
- ١٢- التعليم المباشر لما نود أن نقوم بتعليمه للطفل، والابتعاد عن التعليم العرضي حتى لا نشتت انتباه الطفل في أمور قد لا يحتاج إليها آنذاك .

المتطلبات القانونية للبرنامج التربوي الفردي

جاء مصطلح *IEP* في لغتنا التربوية اليومية كي يرمز إلى تلك الوثيقة التي تصف الخطة التعليمية للطفل أو المراهق في مجال التربية الخاصة . ومع ذلك فإن هذا المصطلح في الواقع يتجاوز ذلك بكثير حيث أن كل خطة تعليم فردية يجب أن تصف برنامجاً شاملاً يتضمن جميع المكونات المنصوص عليها قانوناً والتي سنعرض لها في النقاط التالية . وهذا يعني أنه لا يجب أن يتلقى كل طفل أو مراهق من المضطربين سلوكياً برنامجاً تعليمياً يكون من شأنه أن يشبع حاجاته الأكاديمية، وحاجاته التي تتعلق بإدارة السلوك فحسب، بل يجب أيضاً أن يتضمن كل برنامج تربوي فردي *IEP* العديد من العناصر الأخرى وذلك على النحو التالي :

١- تقرير عن مدى إمكانية مشاركة الطفل في تلك البرامج التي يتم تقديمها في مدارس التعليم العام

يشير هيو فـنر (٢٠٠١) Huefner إلى أنه ينبغي أن يتم تحرير وتوثيق مدى مشاركة كل طفل في مناهج التعليم العام، ومدى تقدمه فيها . ويتضمن هذا المطلب بطبيعة الحال مفاهيم معينة مثل البيئة الأقل تقييداً، والدمج . وفي هذا الإطار تقع مسؤولية ضمان تلقي الأطفال المضطربين سلوكياً تعليمهم في ذلك الموقف الذي يعد هو الأقل تقييداً (أي الموقف الذي يشبه إلى حد كبير برنامج التعليم العام) على عاتق الهيئة التربوية المحلية . LEA ومن الملاحظ أن معظم الولايات الأمريكية فضلاً عن معظم الدول تعمل في واقع الأمر على توفير الخدمات المرتبطة بالتربية الخاصة في المواقف المختلفة والتي يعرض الشكل (١) للعديد منها .

وجدير بالذكر أن الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً عادة ما يكونوا موجودين في بدائل التسكين التي يعرض لها الشكل (١) . ومن الناحية المثالية يتم وضع الأطفال والمراهقين في المواقف المختلفة كدالة لمستوى حدة اضطراباتهم السلوكية بمعنى أنه كلما كان مستوى الاضطراب أكثر حدة أو شدة كان البديل التسكيني المحدد أكثر تقييداً . وعلى هذا الأساس فإن الأطفال والمراهقين الذين يعانون من المشكلات السلوكية البسيطة غالباً ما يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يتلقوا تعليمهم في مدارس وفصول التعليم العام، أو في غرفة المصادر وفقاً لنسق التربية الخاصة . أما الأطفال والمراهقون الذين يعانون من المشكلات السلوكية المتوسطة فإنهم عادة ما يوضعون طوال الوقت في فصول خاصة، أو في المدارس النهارية، في حين نجد أنه غالباً ما يتم تعليم الأطفال والمراهقين الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والذين يتم الحكم عليهم في جنح مختلفة في مواقف تعمل بنظام الإقامة الداخلية . ومع ذلك فلا يزال بوسعنا كما يرى كاتسيانيس وماج (١٩٩٨) Katsiyannis & Maag أن نستنتج تلك الآثار التي يكون من شأنها أن تترتب على بدائل التسكين الخاصة بمثل هؤلاء الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً أو انفعالياً والتي حددها ونص عليها قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات (١٩٩٧) . IDEA .

شكل (١) متصل الخدمات المقدمة للأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً

*** الخدمات الأقل تقييداً :**

- أ- تسكين الطفل طوال الوقت في فصل من فصول التعليم العام .
- ب- تسكين الطفل طوال الوقت في فصل من فصول التعليم العام مع توفير الخدمات الاستشارية الخاصة بالمعلمين .
- ج- تسكين الطفل في فصل من فصول التعليم العام لا يغادره إلا للحصول على الإرشاد اللازم، أو التدريب، أو لتلقى برنامج معين للتدخل حال حدوث أزمة معينة .
- د- تسكين الطفل لجزء من الوقت في فصل من فصول التعليم العام، وتسكينه لجزء آخر من الوقت في فصل من فصول التربية الخاصة أو في غرفة المصادر مثلاً .
- هـ- تسكين الطفل طوال الوقت في فصل من فصول التربية الخاصة .
- و- تسكين الطفل طوال الوقت في مدرسة نهائية للتربية الخاصة .
- ز- تسكين الطفل طوال الوقت في مدرسة داخلية، أو إيداعه في مؤسسة .

*** الخدمات الأكثر تقييداً :**

- ح- تسكين الطفل في موقف محدد أو مقيد بالمنزل، أي التعليم المنزلي .

وجدير بالذكر أن من قاموا بوضع قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات *IDEA* قد قصدوا منه في الأساس أن يتم تحديد البديل التسكيني المناسب للأطفال والمراهقين وفقاً لخصائصهم وحاجاتهم، وليس أن يتم تسكين الطفل أو المراهق في أنسب المواقف المتاحة لدى هيئة تربوية محلية *LEA* معينة . فإذا ما احتاج الطفل أو المراهق الذي يعاني من اضطراب سلوكي شديد أن يحصل على إحدى الخدمات التي ترتبط بالتربية الخاصة وهو القرار الذي يتم اتخاذه في البداية من قبل ذلك الفريق المسنول عن تنفيذ البرنامج التربوي الفردي فإن الهيئة التربوية المحلية لا بد أن تعمل فوراً على تنفيذ تلك الخدمة، أو تخصص لها مخصصات مالية محددة تضمن توفيرها وتقديمها لذلك الطفل أو المراهق .

٢- التقييم الشامل الذي يتسم بالحياد وعدم التحيز

ينص قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات *IDEA* على أن يتلقى كل طفل أو مراهق يعاني من اضطراب سلوكي أو انفعالي *EBD* تقييماً تربوياً وسلوكياً موضوعياً، وشاملاً، وغير متحيز يتوقف عليه اختيار البديل التسكيني المناسب له، وتلقي الخدمات المرتبطة بالتربية الخاصة والمخصصة للأفراد المضطربين سلوكياً أو انفعالياً. كما ينص قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات *IDEA* أيضاً على أن ترتبط جميع الاختبارات، والمقالات، ومقاييس التقدير، وأساليب الملاحظة والتي يتم استخدامها في سبيل تحديد مدى وجود اضطرابات سلوكية لدى الفرد بالإرشادات التالية :

أ- يجب أن يتم اختيار أدوات القياس والتقييم، وتطبيقها، وتفسير ما يمكن أن تسفر عنه من نتائج دون أي تمييز أو تفرقة ثقافية، أو عنصرية، أو جنسية، أو تفرقة من أي نوع آخر .

ب- يجب أن يتم استخدام لغة الطفل الأصلية أو لغته الأم خلال عملية التقييم .

ج- يجب أن يتم تطبيق اختبار متعدد الأوجه وليس اختباراً فردياً أو إجراء فردياً للتقييم .

د- يجب أن تتسم أدوات التقييم بالثبات والصدق، ويجب أن يتم تطبيقها وتفسيرها من قبل أشخاص يكونوا قد تدربوا على ذلك بشكل مناسب .

وجدير بالذكر أن مثل هذه التدابير التي يحددها قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات *IDEA* تعتبر ذات أهمية خاصة بالنسبة للممارسين الذين يشاركون في تنفيذ البرنامج التربوي الفردي *IEP* للأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً . ولكي يتمكن الفريق المسنول عن البرنامج التربوي الفردي *IEP* من تحديد وجود واحدة أو أكثر من تلك الخصائص التي يعرضها الجدول (٣) لدى الأطفال أو المراهقين المضطربين سلوكياً فإنهم يجب أن يقوموا بتطبيق واستخدام اختبارات الذكاء، واختبارات التحصيل، والملاحظة المباشرة، والتقييمات الطبية، والتقييمات النفسية، ومقاييس التقدير، وغيرها من الاختبارات بشكل مناسب . هذا وتتطلب الطبيعة المختلفة والمتنوعة لتلك الخصائص المميزة للاضطرابات السلوكية أن يتم اللجوء في سبيل ذلك إلى التقييم متعدد الأوجه *multifaceted* حيث يعد هو

المضمار الأساسي للعمل المطلوب في هذا الصدد نظراً لأن اللجوء إلى مقياس واحد فقط لن يفي بالمطلوب .
جدول (٣) المتغيرات التربوية والسيكولوجية المصاحبة لمحكات التحديد والتشخيص .

المتغيرات التي يجب قياسها	خصائص الطفل
١- التحصيل الأكاديمي، والذكاء، والبصر، والسمع، وعوامل أخرى.	١- عدم القدرة على التعلم والتي لا يمكن تفسيرها عن طريق العوامل العقلية، أو الحسية، أو الصحية .
٢- المهارات الاجتماعية، والأنماط الاجتماعية .	٢- عدم القدرة على تكوين علاقات بين شخصية أو الاحتفاظ بها .
٣- السلوك الذي يصدر عنه داخل الفصل، والأفكار، والاتجاهات، والانفعالات .	٣- إبداء سلوك غير مناسب أو مشاعر غير مناسبة في الظروف أو الأحوال العادية.
٤- الانفعالات و السلوك .	٤- شعور عام بالتعاسة أو الاكتئاب .
٥- الحالة الجسمية، والفوييا، والاضطرابات العصبية أو الأعصاب .	٥- أعراض جسمية معينة أو مخاوف .
أنماط السلوك	
١- المدة الزمنية التي تستمر تلك الحالة خلالها .	١- يبدي واحدة أو أكثر من الخصائص السابقة خلال فترة زمنية طويلة .
٢- التكرار النسبي للحالة أو المستوى النسبي لشدها .	٢- يبدي واحدة أو أكثر من تلك الخصائص بدرجة محددة وواضحة.
٣- السلوك الذي يبديه الطفل في الفصل، والتحصيل الأكاديمي .	٣- تؤثر واحدة أو أكثر من الخصائص المميزة للطفل سلبياً على أدائه التربوي.

٣- الحق في القيام بالعمليات الملائمة

يتمثل أحد أهم التدابير الأساسية التي يتضمنها قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات *IDEA* في أن الوالدين، والمدارس العامة فضلاً عن الأطفال والمراقبين الحاليين والمتوقعين المقيدتين في التربية الخاصة لهم حقوق قانونية محددة . وعادة ما تبدأ مثل هذه الحقوق قبل تسكين الطفل مباشرة، وتشمل حق أي طفل نشك في أنه يعاني من اضطراب سلوكي في إبلاغه بالتقييم النفسي التربوي، والحق في تعريفه بقبوله في ذلك التقييم، والحق في أن يشترك فيه . ومع ذلك فإذا ما تجاهل الوالدان أو رفضا الموافقة على إجراء مثل هذا التقييم فإن المنطقة التعليمية سوف تظل تحتفظ لنفسها بخيار متابعة الحصول على الموافقة أو تصريح يجيز لها القيام بذلك عن طريق جلسات الاستماع والإجراءات المختلفة التي يتم إتباعها في المحاكم وهو الأمر الذي يعني أنه إذا ما كان الطفل يحتاج إلى مثل هذا التقييم فلن يكون من حق أي إنسان حتى ولي أمره أن يمنعه من ذلك .

ومن جانب آخر يشير روزنبرج وآخرون (٢٠٠٨) *Rosenberg et al.* إلى أن للوالدين الحق أيضاً في حضور المؤتمر الخاص بالبرنامج التربوي الفردي والذي يتم فيه اتخاذ القرارات التي تتعلق بالتشخيص والتسكين إلى جانب حقهم في إحضار محام أو مستشار قانوني معهم . وعلاوة على ذلك فإذا ما اختلف الوالدان مع أي قرار يتخذه الفريق الخاص بالبرنامج التربوي الفردي لطفلهما ولم يتفقا معه فإن ليهما الحق في الاستئناف حيث يمكنهما أن يقوموا بذلك في البداية وذلك في جلسة أو أكثر من جلسات الاستماع التي تعقد أمام ضابط استماع محايد (والذي قد يكون محامياً في بعض الولايات، أو خبيراً في التربية الخاصة في ولايات أخرى)، ثم يقوموا بذلك الأمر بعد ذلك في إحدى المحاكم . ومن المعلوم أن المنطقة التعليمية المحلية تتمتع هي الأخرى بنفس هذه الحقوق .

وفضلاً عن ذلك فإن هناك العديد من الحقوق المماثلة التي ترتبط ببرامج التدخل التي يتم استخدامها مع أولئك الأطفال والمراقبين المضطربين سلوكياً أو انفعالياً . ويذهب بيل (١٩٩٤) *Yell* إلى أنه عادة ما يتم توجيه النصيحة إلى أولئك المعلمين الذين يستخدمون إجراء الوقت المستقطع الذي يتم فيه سحب الطفل بعيداً عن أقرانه

أو عزله عنهم مثلاً وذلك كتدخل عقابي يتم استخدامه في حالة القدرة على المواجهة البدنية بضرورة أن يحصلوا على موافقة الوالدين على القيام بذلك، وأن يشتركوا في الفريق المسئول عن البرنامج التربوي الفردي للطفل أو المراهق . وفي حقيقة الأمر فإن مجلس الأطفال المضطربين سلوكياً *the Council for Children with Behavior Disorders* والذي يعد بمثابة أكبر منظمة مهنية متخصصة تمثل معلمي الأطفال المضطربين سلوكياً أو انفعالياً قد أوصي في عام ١٩٩٠ بضرورة أن تتم كتابة جميع الأساليب التي يمكن استخدامها في سبيل الحد من تلك السلوكيات اللاتكيفية التي تصدر عن هؤلاء الأطفال في البرنامج التربوي الفردي لكل طفل . وعلاوة على ذلك يذهب ميلز ودوف- مالايمز (٢٠٠٠) Mills & Duff- إلى أن تلك التعديلات التي تم إدخالها على قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات (١٩٩٧) IDEA تهدف إلى توفير الإرشادات الطبية حتى يتم جزئياً تجنب حدوث جلسات الاستماع التي تتعلق بمثل هذه الحقوق .

ومن أهم الأمور التي تتعلق بتلك الحقوق الخاصة بأولئك الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً ما يختص بمسألة الحرمان المؤقت *suspension* والطرْد أو الحرمان النهائي . *expulsion* وفي هذا الإطار فقد شارك كل من الهيئات التربوية المحلية، والمعلمين، والمحاكم في اتخاذ القرارات التي عملت مع مرور الوقت على تشكيل تلك السياسات والممارسات التي تعمل على تحديد حقوق الطفل والوالدين إلى جانب تحديد تلك المسئوليات التي يجب أن تضطلع بها الهيئة التربوية المحلية .

٤ - إكمال الوثيقة التي تتضمن خطة التعليم الفردية *IEP* بشكل مناسب

بعد أن يتم إخبار الوالدين بما آلت إليه الأمور، والقيام بجمع تلك البيانات الخاصة بتقييم الطفل، وتفسيرها يتم عقد مؤتمر خاص بالبرنامج التربوي الفردي لتحديد مدى إمكانية استفادة الطفل من تلك الخدمات المرتبطة بالتربية الخاصة، ونوع الخدمات التي ينبغي أن يتم تقديمها له . وتتمثل أهم المسئوليات التي تقع على عاتق المشاركين في ذلك المؤتمر في إعداد وثيقة لذلك البرنامج تصف عملية تقييم الطفل، واختيار البديل التسكيني المناسب له . ومن الجدير بالذكر أن قانون تعليم الأفراد ذوي

الإعاقات يتطلب أن تتضمن كل وثيقة يضمها البرنامج التربوي الفردي العناصر التالية :

أ- إعداد تقرير عن مستويات الأداء التربوي الراهنة :

نظراً لأن المحكات الخاصة بالاضطرابات السلوكية يمكن أن تتضمن أموراً عقلية، وأكاديمية، وطبية، وحركية، واجتماعية، وانفعالية، وسلوكية فضلاً عن مساعدة الذات يصبح من الضروري أن يتم تحديد المستوى التربوي الراهن للطفل في كل عامل من هذه العوامل . وبصفة عامة فإن المعلومات التي تتعلق بالمستويات التربوية الراهنة تندرج في واقع الأمر تحت فئتين اثنتين تتمثل الأولى في البيانات المعيارية الرسمية، وتتمثل الثانية في البيانات غير الرسمية، والبيانات المستمدة من الملاحظة، والبيانات مرجعية المحك، والبيانات التي تركز على المنهج . وعادة ما يتم الحصول على النوع الأول من البيانات عن طريق تطبيق الاختبارات المعيارية . فعلى سبيل المثال يتم الحصول على البيانات الأكاديمية على هيئة درجات مكافئة للصف الدراسي عن طريق تطبيق اختبارات التحصيل الفردية أو الجماعية مثل بطارية ودكوك - جونسون للاختبارات النفسية التربوية *Woodcock- Johnson Psychoeducational Battery* التي تعطي درجات مرجعية المعيار في كل من القراءة والرياضيات واللغة المكتوبة . أما النوع الثاني من البيانات فيتم الحصول عليه باستخدام طرق وأساليب الملاحظة المباشرة، أو الاختبارات مرجعية المحك كأن نستخدم مثلاً اختبار القراءة غير الرسمية أو اختبار الرياضيات غير الرسمي وذلك في سبيل تحديد معدلات أداء الأطفال على مجموعة معينة من المهام الأكاديمية مثل إعادة التصنيف، أو فهم واستيعاب قطع القراءة الخاصة بصف دراسي معين، أو كليهما .

ب- إعداد تقرير عن الأهداف السنوية :

يقوم الأعضاء المشاركون في البرنامج التربوي الفردي للطفل بناء على المستوى التربوي الراهن لذلك الطفل بتحديد الأهداف السنوية في تلك المجالات التي سيتلقى فيها ما يرتبط بالتربية الخاصة من خدمات (كالمهارات الاجتماعية، أو

القراءة، أو الرياضيات، أو السلوك داخل الفصل على سبيل المثال) . ونظراً لأن المستويات التربوية الراهنة يمكن أن تتحدد إما عن طريق استخدام اختبار معياري، أو اختبار مرجعي المحك فإن الأهداف السنوية التي تركز على تلك المستويات سوف تتبع تلك الصيغة التي يتم اختيارها . وعلى ذلك فإن الهدف السنوي مرجعي المحك قد يتمثل في إتقان مجموعة من المهام التعليمية مثل الحقائق التي تتعلق بالضرب، أو المهارات الاجتماعية، أو العادات الطيبة أو الجيدة التي تتعلق بالنظافة. أما الأهداف السنوية المعيارية فقد تشير إلى زيادة الدرجات المقابلة للصف الدراسي أو الدرجات المعيارية التي قد يحصل الطفل عليها في اختبار القراءة الرسمي، أو إلى حدوث تحسن في الدرجات التي يحصل الطفل عليها في مقياس تقديري للسلوك .

ج- تحديد قائمة بالأغراض قصيرة المدى :

من الجدير بالذكر أن أولئك الأعضاء المشاركين في البرنامج التربوي الفردي للطفل عليهم أن يقوموا أيضاً بإعداد وتطوير عدد من الأغراض التعليمية قصيرة المدى لكل هدف سنوي . ويكمن الغرض من مثل هذا الإجراء في تحديد تلك المهام التي يكون من المتوقع أن يجيدها الطفل خلال العام الدراسي . ووفقاً لذلك فعادة ما يكون من المتوقع بالنسبة لأولئك الأطفال الذين تتحدد الأهداف السنوية الخاصة بهم في مجال الجمع أن يجيدوا مهاماً محددة مثل تلك الحقائق التي تتعلق بالنواتج حتى الرقم (١٠)، وتلك الحقائق التي تتعلق بالنواتج من الرقم (١١) حتى الرقم (١٨)، والحقائق التي تتعلق بالأرقام حتى الرقم (١٠٠) دون أن يقوم بإعادة التجميع . كما يكون من المتوقع بالنسبة لأولئك الأطفال الذين تتحدد الأهداف السنوية الخاصة بهم في مجال تنمية مهاراتهم الاجتماعية أن يجيدوا مهارات معينة مثل التواصل بالعين مع الآخرين أثناء المحادثة، والاستمرار على تلك الشاكلة، وتقديم التعليقات الإيجابية للأقران، والابتسام للمعلمين والأقران .

د- إعداد تقرير بالخدمات التربوية المحددة التي سيتلقاها الطفل بعد تسكينه

المبدئي :

مما لا شك فيه أن أولئك الأعضاء المشاركين في البرنامج التربوي الفردي للطفل يجب عليهم أن يقوموا من جهة أخرى بتحديد الوقت والمواد التي سيتم

دراستها في برنامج التعليم العام، ومحتوى الخدمات المرتبطة بالتربية الخاصة، والوقت الذي سيتم تقديمها فيه، والوقت الذي سيتم فيه تقديم الخدمات ذات الصلة ونمطها (مثل خدمات التربية البدنية، وخدمات التمرير)، والوسائل التعليمية التخصصية أو المواد المطلوبة في سبيل ذلك (مثل الكتب ذات خطوط الكتابة الكبيرة، وقارئ برايل ، والكتب الناطقة) .

هـ- تحديد جدول زمني معقول لتقديم الخدمات وإعداد تبريرات مقبولة لذلك :

ينبغي على أولئك الأعضاء المشاركين في المؤتمر الخاص بالبرنامج التربوي الفردي للطفل أن يحددوا كتابة متى سيبدأ برنامج التربية الخاصة بالنسبة للطفل على وجه التحديد، وطول المدة بالتقريب التي سيظل خلالها مثل هذا الطفل في حاجة إلى تلك الخدمات التي ترتبط بالتربية الخاصة .

و- إعداد تقرير بالموافقة أو عدم الموافقة على القرار الخاص بإمكانية استفادة الطفل من التربية الخاصة وتسكينه فيها :

من الأمور الهامة في هذا المضمار والتي تتطلب ضرورة الأخذ بها أنه يجب أن يقوم الأعضاء المشاركون في المؤتمر الخاص بالبرنامج التربوي الفردي للطفل بالتوقيع على تلك الوثيقة التي تبين موافقتهم أو عدم موافقتهم على ذلك القرار الخاص بإمكانية استفادة الطفل من التربية الخاصة، وتسكينه في أحد البدائل المتاحة بها . وإذا ما أبدى بعض الأعضاء عدم موافقتهم على ذلك يصبح عليهم أن يقدموا تقريراً يوضحوا فيه تلك الأسباب التي تكمن خلف عدم موافقتهم .

هـ- ضرورة اللجوء إلى إجراء إعادة التقييم

من الأمور ذات الأهمية في هذا الصدد أن إعادة التقييم التي تتم في هذا الإطار إنما تندرج في الواقع تحت نمطين اثنين يتمثل أولهما في ضرورة إجراء تقييم سنوي وهو ما يتم عادة بصورة تقليدية عن طريق قيام المعلم بتقديم خدمات مباشرة للطفل لتحديد ما إذا كانت تلك الأهداف السنوية أو الأهداف قصيرة المدى سوف يتم تحقيقها أم لا . أما النمط الثاني للتقييم فإنه يتمثل في ضرورة القيام علاوة على ذلك بإجراء إعادة تقييم شامل وذلك بواقع مرة واحدة على الأقل كل ثلاثة أعوام حتى يمكن تحديد

ما إذا كانت متطلبات قابلية الاستفادة من التربية الخاصة لازالت تنطبق على الطفل أم لا .

٦- ضرورة إعداد وتطوير خطة انتقالية

توضح التعديلات التي تم إدخالها على قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات *IDEA* في عام ١٩٩٧ تلك المتطلبات التي يحددها البرنامج التربوي الفردي والخاصة بالخطط الانتقالية . فإذا ما وصل الطفل المضطرب سلوكياً أو انفعالياً إلى الرابعة عشرة من عمره أو أكثر من ذلك (أو كان أصغر من ذلك وكان أعضاء فريق البرنامج التربوي الفردي يرون أن ذلك مناسباً له) صار من الضروري أن يتضمن البرنامج التربوي الفردي الخاص به تقريراً عن تلك الخدمات الانتقالية ذات الصلة بالتربية الخاصة والتي يعد مثل هذا الطفل في حاجة ضرورية إليها . وينبغي أن ترتبط مثل هذه الحاجات بأي جانب من البرنامج التربوي الفردي، كما يجب أن يتم من ناحية أخرى تحديثها سنوياً . وإذا كان تقديم مثل هذه الخدمات المتنوعة (مثل برنامج دراسة متطلبات العمل) يتطلب مشاركة هيئات أخرى فإن جميع المسؤوليات والجهود المشتركة التي تتعلق بمثل هذا الأمر يجب أن يتم آنذاك تحديدها وتوثيقها بصورة مناسبة .

٧- تناول المشكلة السلوكية بطريقة توقعية

من الملاحظ أن تلك التعديلات التي تم إدخالها على قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات *IDEA* في عام ١٩٩٧ تنص كما يرى درازجاو وييل (٢٠٠١) *Drasgow & Yell* على أن يتناول البرنامج التربوي الفردي الخاص بطفل معين بطريقة فعالة وتوقعية أي سلوك يصدر عنه ويكون من شأنه إما أن يتعارض مع قيامه بالتعلم ويعوقه عن ذلك، أو أن يعوق الآخرين عن التعلم . ويمكن تحقيق ذلك عن طريق استغلال إجراءات التقييم الوظيفي للسلوك والاستفادة منها .

٨- ضرورة تحقيق أي متطلبات أخرى

مما لا شك فيه أن قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات *IDEA* يفرض العديد من المتطلبات الإضافية ذات الصلة والتي يجب أن يتضمنها ذلك البرنامج التربوي

الفردى الخاص بطفل معين وهو الأمر الذى يتضمن الثقة فى كل من الاختبار، والمقابلة، والنتائج المكتوبة الخاصة بالإحالة إلى العيادة النفسىة، والتقىيم، واختيار البديل التسكرينى المناسب . وقد يتضمن ذلك بطبيعة الحال تعيين بديل والذى للأطفال الذين ليس لهم والء، أو ولى أمر أو وصى ، واستمرار حدوث التطور والنمو لأعضاء الفريق الخاص بالبرنامج التربوى للطفل حتى يتمكنوا من تنفيذ ما يتضمنه ذلك البرنامج من تكليفات مختلفة .

تقديم التعلیم اللازم للأفراد المضطربین سلوكياً

من الأمور الهامة فى هذا الإطار أن أى محاولة لدمج الأطفال أو المراهقين نوى الاضطرابات السلوكية مع أقرانهم فى الفصول العادية يكون لها العديد من السلبيات التى تفوق ما قد يترتب عليها من إيجابيات إن وجدت حيث عادة ما يكون من شأن مثل هذا الإجراء حال حدوثه أن يسهم فى إشاعة الفوضى فى الفصل . ولذلك فإن أولئك المعلمين الذين يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يقوموا بتقديم التعلیم الفعال، وبالتالى يتضاعف مستوى تحصيل طلابهم على أثر ذلك يعدون هم أنفسهم الذين يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يقاوموا وجود أى طلاب مشكلين فى فصولهم . وبذلك نجد أن أولئك الأطفال والمراهقين الذين تكون لديهم حاجات تعليمية وإدارية مكثفة يجدون من الصعب عليهم أن يقتربوا من أولئك المعلمين الأكثر مهارة.

وقد حاول كل من معلمى التعلیم العام ومعلمى التربية الخاصة على مدى ما يربو على الثلاثين عاماً الماضية أن يقوموا بتحديد تلك العوامل التى يكون من شأنها فى الواقع أن تسهم فى حدوث التعلیم الفعال . وقد حاول الباحثون والممارسون على وجه الخصوص أن يقوموا بعزل سلوكيات معينة للمعلم ترتبط بمستوى تحصيل الطفل، وأسفر ذلك عن وجود سلسلة من الممارسات التى تتعلق بإدارة الصف وإدارة المدرسة عادة ما يكون من شأنها أن تحسن من مستوى الأداء الأكاديمى للطفل . وقد اشتقت كل واحدة من هذه الممارسات من بيانات تجريبية تم جمعها من عدد كبير من الدراسات الكلاسيكية التى تم إجراؤها على نطاق واسع فى الولايات المتحدة الأمريكية والتى تتمثل الفكرة الرئيسية التى تدور حولها مثل هذه الدراسات وغيرها

من الدراسات المشابهة في أن الجهود التعليمية المختلفة يمكن أن تصل إلى درجة عالية جداً من الفعالية وذلك عندما يستخدم المعلمون طرقاً للتدريس يكونوا قد أحسنوا التخطيط لها وتنظيمها .

وجدير بالذكر أنه من الصعب تحديد تلك العناصر الفعالة التي يمكن أن تتضمنها طريقة التدريس المنظمة (والتي يشار إليها على أنها التعليم المنظم *structured instruction*) نظراً لأن المتغيرات موضع الاهتمام تتقاطع عبر جميع مسارات أو خطوط التعليم . وقد تم في التراث السلوكي الخاص بالمدارس الابتدائية والثانوية تصنيف تلك البحوث التي تناولت السلوكيات الفعالة للمعلم تحت عنوان " الحركة الفعالة أو النموذجية للمدارس " . ويقع في وسط أو قلب هذه الحركة تلك الفرضية التي ترى أن حدوث التغيير في تلك المتغيرات الصفية القابلة للتغيير يعد حالة ضرورية لتطوير المدارس النموذجية، وتحسين جودة التعليم . أما في مجال تحليل السلوك فيتم تصوير التعليم المنظم على أنه الاستغلال الكامل للنموذج الإجرائي . وغالباً ما كان استخدام النتائج أو المترتبات السلوكية يسود الاتجاهات الإجرائية للتعليم الأكاديمي حيث تقوم أساليب التعليم المنظم بتسليط الضوء على تلك المثيرات السابقة *antecedent* التي تتضمنها السياقات التعليمية مع إعطاء اهتمام خاص لتلك الكيفية التي يقوم المعلمون بموجبها بتنظيم بينتهم التعليمية الفريدة، وتقديم المحتوى الأكاديمي، واختيار المواد *materials* التعليمية اللازمة، وإتاحة الفرص الجيدة للاستجابة . وأخيراً يتم تعريف التعليم المنظم كما ورد في تراث التربية الخاصة على أنه تلك الأحداث الصفية دائمة التغير والمنظمة بعناية، والسلوكيات التي تصدر عن المعلم في الفصل بهدف الوصول إلى تغيرات معينة في أداء المتعلم يكون قد تم التخطيط لها سلفاً بحيث تتضمن مثل هذه التغيرات تعلم المفاهيم، والمهارات، والعمليات، والسلوكيات التكيفية .

وبغض النظر عن التسمية فإن أساليب التعليم المنظم تعد حاسمة في فصول التربية الخاصة التي تقوم بتقديم الخدمات المختلفة للأطفال والمراهقين المشكلين أي الذين تصدر عنهم المشكلات السلوكية المختلفة إذ أنه إلى جانب حاجة هؤلاء الأطفال والمراهقين إلى إدارة واضحة وثابتة، وتعلم السلوكيات الاجتماعية الانفعالية فإنهم يحتاجون أيضاً إجراءات متدرجة لاكتساب المهارات الأكاديمية . فضلاً عن

ذلك فإن التعليم الفعال والتعليم الذي يتسم بالكفاءة يعدان من الضروريات للأطفال والمراهقين الذين يجب أن يكتسبوا مفاهيم ومهارات جديدة بمعدل سريع إذا ما أرادوا أن يصلوا إلى مستويات الأداء المتوقعة في المواقف التعليمية الأقل تقييداً أو مواقف الدمج .

الاعتبارات الخاصة بحجم المجموعة

هناك اعتبارات خاصة بحجم المجموعة يجب أن تتم مراعاتها عند تعليم أو تدريب أو تأهيل هؤلاء الأطفال . وعادة ما تكون تلك الأمور التي ترتبط بحجم المجموعة مصحوبة حتماً بمفهوم الفردية، والموضوع الخلفي الذي يتعلق بحجم الفصل . وفي هذا الإطار فإن الفردية *individualization* والتي تعد بمثابة مصطلح له جذوره العميقة في قاموس التربية الخاصة إنما تقوم على افتراض أن تكييف التعليم مع الخصائص الفريدة للمتعلمين سوف يكون من شأنه أن يؤدي إلى تحقيق مستويات أعلى من التحصيل . وفي حين لم تكن معرفة الخصائص المحددة أو العلامات المميزة للأطفال والمراهقين في نسق التربية الخاصة مؤثرة في سبيل تمييز الحاجات التعليمية (أي التفاعلات العلاجية التي ترجع إلى الاستعداد الفطري *apititude treatment interactions*) فإن الفردية في تلك المهارات التي يحتاج هؤلاء الأطفال والمراهقون إلى تعلمها تعد واعدة في هذا الإطار . ومن الملاحظ أن الفردية ليست مرادفة للتعليم واحد إلى واحد *one- to- one* ولكنها تشير بدلاً من ذلك إلى هذا التعليم الذي يتم توجيهه صوب الحاجات الحالية للطفل الواحد أو الفرد بغض النظر عن حجم المجموعة التي يتم فيها تقديم مثل هذا التعليم .

وغني عن البيان أن الطبيعة الجدلية لحجم الفصل تصير واضحة وجلية عندما نضع في اعتبارنا عدد المدارس أو المناطق التعليمية وجمعيات المعلمين التي تتناقش حول أعداد الأطفال الذين يتم قيدهم بالفصل وذلك كجزء من تلك الاتفاقات التي تشهد الكثير من الشد والجذب بينهم في هذا الصدد . وللأسف فإن تلك البحوث والدراسات التي تتناول حجم الفصل إنما تتضمن الكثير من الخلط ، فعلى الرغم من أن أولئك الباحثين الذين أجروا المراجعات على ما يتضمنه التراث السيكولوجي في هذا المضمار قد استنتجوا أن جميع الأمور الأخرى متساوية حيث يتم تعلم الكثير عندما

يكون حجم الفصل أصغر، كما أن تأثير صغر حجم الفصل يبدو واضحاً فقط عندما يقل عدد الأطفال فيه عن ثمانية عشرة . وفي الواقع فإننا نلاحظ أن أسرع زيادة في مستوى تحصيل الأطفال إنما تحدث عندما يقل حجم المجموعة أو حجم الفصل من عشرة أطفال إلى طفل واحد فقط . وتدفعنا مثل هذه النتائج إلى أن نستخلص أن حجم الفصل أو حجم المجموعة أثناء تلك الحصص التي يتم فيها التعلم في مجموعات صغيرة وذلك بالنسبة للأطفال والمراهقين ممن يعانون من مشكلات التعلم البسيطة أو من المشكلات السلوكية البسيطة قد يكون من أهم المتغيرات التي ترتبط بمستوى التحصيل، بل إنه قد يكون أكثر أهمية من حجم الفصل أو المجموعة ذاته .

وعلى الرغم من أن التعليم واحد إلى واحد *one-to-one* قد يبدو من شأنه أن يؤدي إلى حدوث أكبر قدر من التعلم على المدى القصير من جانب الأطفال فرادى فإن بعض البيانات المتاحة إنما تدل على أن ذلك التعليم الذي يوجهه المعلم بالنسبة للمجموعة قد يكون بمثابة ترتيب تعليمي أكثر فعالية وكفاءة عندما يقوم المعلم بتقديمه إلى أولئك الأطفال ذوي الإعاقات البسيطة . وعلى العكس من التعليم واحد إلى واحد فإن التعليم في مجموعة صغيرة إنما يوفر للأطفال في الواقع فرصاً متزايدة من التعلم العرضي *incidental* أو التعلم بالملاحظة *observational* والتفاعلات المناسبة مع الأقران . ومن جهة أخرى فإننا نلاحظ بالنسبة للأطفال والمراهقين الذين تصدر عنهم المشكلات السلوكية أن التعليم في مجموعات صغيرة يسمح بتعليم ومناقشة السلوكيات المناسبة داخل الفصل مثل أخذ الدور والإصغاء للآخرين على سبيل المثال . كما أنه يسمح للمعلمين فضلاً عن ذلك باستخدام أساليب متميزة للتعزيز مثل القيام بتعزيز سلوك مناسب معين من جانب طفل واحد ما لكي نجعل طفلاً آخر يمثل لقواعد المجموعة أو الفصل .

وأخيراً فإننا نجد من حيث الكفاءة أن التعليم في مجموعة صغيرة يسمح لعدد أكبر من الأطفال بأن يتلقوا تلك الدروس التي يوجهها المعلم . فإذا ما كان المعلم لديه على سبيل المثال في أحد الفصول عشرة أطفال ممن يعانون من مشكلات التعلم أو المشكلات السلوكية، ووفر لكل منهم تعليماً بنظام واحد إلى واحد فإن كل طفل بذلك سوف يتلقى تعليماً مباشراً يوجهه المعلم لا يتجاوز في مقداره ست دقائق فقط في الساعة، وسوف يكون عليه أن يعمل بصورة مستقلة خلال الدقائق الأربع والخمسين

الباقية وهو الأمر الذي يعد في الواقع غير مرغوب نظراً لأن أولئك الأطفال منخفضي التحصيل *underachievers* يميلون في الغالب إلى أن يكونوا أقل مشاركة أثناء الحصص وذلك عندما يتم تكليفهم بأداء بعض الأنشطة التي تتطلب الأداء المستقل من جانبهم .

وعندما نقوم بتجميع الأطفال الذين يعانون من مشكلات التعلم أو المشكلات السلوكية كي نقوم بتعليمهم فيجب أن يتأكد المعلمون من أن عملية تحديد تكاليفات معينة للمجموعة سوف لا يكون من شأنها أن تؤدي في الواقع إلى حدوث تسلسل هرمي أكاديمي . *academic pecking- order* وبالتالي فإنه سوف يسهم في انخفاض تقدير الذات من جانب هؤلاء الأطفال ذوي المستوى السيئ من الأداء . وهناك أسلوب يعمل على تسهيل حدوث الحد الأقصى من التحصيل من جانب الطفل، والحد الأدنى من المخاطر فيما يتعلق بمفهوم الذات هو تجميع الأطفال معاً وفقاً لمهارة معينة وهو الإجراء الذي يقوم على افتراضين أساسيين يتمثلان فيما يلي:

- 1- أن الأطفال يتسمون بوجود مجموعة متباينة من جوانب القوة ونواحي الضعف .

- 2- أن وضع هؤلاء الأطفال في مجموعات تعليمية يجب ألا يظل ثابتاً على مدى العام الدراسي دون أن ينتابه أي تغيير .

ومن الملاحظ أن المعلمين يقومون عند تجميعهم للأطفال على أساس مهارة معينة بوضعهم معاً وفقاً للحاجات المهارية المتشابهة التي تميزهم، وعندما يكتسب الأطفال مهارات قاصرة أي تتسم بالقصور، أو عندما تؤثر المعدلات المتباينة لاكتساب المحتوى المقدم لهم سلباً على تجانس المجموعة تحدث إعادة التجميع آنذاك .

وجدير بالذكر أن حجم المجموعات التعليمية ينبغي أن يقوم على أساس مستويات الأداء المميزة للأطفال، ومعدلات اكتساب المهارات من جانبهم . وهناك توصيات في هذا الإطار ترى ضرورة أن يتم استخدام مجموعات من الأطفال تتراوح في عددها بين ستة إلى عشرة أطفال إذا كانت مستويات أدائهم تتراوح بين المستوى المتوسط والمستوى العالي، وأن تتضمن كل مجموعة من تلك المجموعات ما بين ثلاثة إلى خمسة أطفال إذا كان مستوى أداء مثل هؤلاء الأطفال منخفضاً . أما بالنسبة للأنشطة التعليمية المنفردة *tutorial* والثابتة والتي غالباً ما يحتاجها الأطفال ذوو

مستوى الأداء المنخفض جداً فإنه يوصى بأن يتراوح حجم المجموعة بين طفل واحد إلى طفلين . وقبل أن يتم تجميع الأطفال في مجموعات صغيرة بغرض تعليمهم يجب أن يقوم المعلم بفحص طبيعة ذلك المحتوى الذي سيتم تقديمه لهم . أما في تلك المواقف الخاصة بالفصل التام أو المستقل في ذاته فيكون من الأفضل أن نقصر استخدام المجموعات الصغيرة على تلك المجالات التي تكون ذات طبيعة بنائية، أو تكون المهام المتضمنة فيها ذات صبغة تحليلية . ووفقاً لذلك فإن الكثير من المهارات الأساسية في الحساب والقراءة تركز بشكل منظم على بعضها البعض، وتسهل من تحديد نظام مرن في الفصل لتجميع المهارات . وفي المقابل فإن بعض المواد الدراسية كالعلوم والدراسات الاجتماعية على سبيل المثال لا يمكن تقسيمها بسهولة إلى موضوعات محددة في سياق مهارة معينة، وربما يكون من الأفضل أن يتم تقديمها لمجموعة كبيرة من الأطفال، أو للأطفال جميعاً على هيئة مجموعة واحدة .

ووفقاً لذلك فإننا ننهي حديثنا بالتأكيد على أن تعليم الأطفال ذوي الإعاقات بصورة عامة إنما يتم بصورة فردية حيث يعد تفريد التعليم هو الأساس هنا . إلا أننا قد نلجأ أحياناً إلى التعليم في مجموعات، وفي مثل هذه الحالة ينبغي علينا أن نتأكد من عدة شروط أساسية يتمثل أولها في أنه يجب أن تكون المجموعة صغيرة، ويتمثل الشرط الثاني في ضرورة أن يتم العمل فيها فردياً أولاً، ثم يأتي الشرط الثالث والذي يتطلب ضرورة أن ننقل بعد ذلك إلى التعامل التدريجي مع المجموعة ككل . ومع ذلك يظل حجم المجموعة هو محور الاهتمام، ومن الملاحظ أنه يعتمد على شدة الإعاقة حيث يتراوح عدد أفراد المجموعة بين ١ - ٢ في حالة الإعاقات الشديدة، وبين ٣ - ٥ في حالة الإعاقات المتوسطة، كما يتراوح ذلك العدد بين ٦ - ١٠ في حالة الإعاقات البسيطة .

* * *

مراجع الفصل الثاني

الآن كازدين (٢٠٠٣) . الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين (ط ٢)
(ترجمة عادل عبدالله محمد) . القاهرة : دار الرشاد (الكتاب الأصلي منشور
١٩٩٦) .

دانيال هالاهاان، وجيمس كوفمان (٢٠٠٨) . سيكولوجية الأطفال غير العاديين
وتعليمهم : مقدمة في التربية الخاصة (ترجمة عادل عبدالله محمد) . عمان
: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع (الكتاب الأصلي منشور ٢٠٠٧) .
مايكل روزنبرج، وريتش ويلسون، ولاري ماهيدي، وبول سنديلار (٢٠٠٨) . تعليم
الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات السلوكية (ترجمة عادل عبدالله
محمد) . عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع (الكتاب الأصلي منشور
٢٠٠٤) .

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٧) . دراسات في سيكولوجية غير العاديين . القاهرة : دار
الرشاد .

Achenbach, T. (1974). *Developmental Psychology*. New
York: Ronald Press.

American Academy of Pediatrics. (2000). Clinical Practice
guideline: Diagnosis and evaluation of the child with
attention deficit hyperactive disorder. *Pediatrics*, 96,
1158- 1170.

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

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

- Biederman, J. (1998). Attention deficit/ hyperactivity disorder: A life- span perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 4- 16.
- Costenbader, V.,& Buntaine, R. (1999). Diagnosis discrimination between social maladjustment and emotional disturbance: An empirical study. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 7, 1- 10.
- Coutinho, M., Oswald, D., Best, A.,& Forness, S. (2002). Gender and socio- demographic factors and the disproportionate identification of minority students as emotionally disturbed. *Behavioral Disorders*, 27, 109- 125.
- Drasgow,E.,& Yell, M.(2001). Functional behavioral assessments: Legal requirements and challenges. *School Psychology Review*, 30 (2), 239- 251.
- Einon, D.,& Potegal, M. (1994). Temper tantrums in young children. In M. Potegal& J. Knutson (Eds.). *The dynamics of aggression*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Farmer, T., Quinn, M., Hussey, W.,& Holahan, T. (2001). The development of disruptive behavioral disorders and correlated constraints: Implications for intervention. *Behavioral Disorders*, 26, 117- 130.
- Fuchs, L., Fuchs, D., Hamlett, C.,& Stecker, P. (1991) Effects of curriculum- based measurement and consultation on teacher planning and student

- achievement. *American Educational Research Journal*, 28, 617- 641.
- Gersten, R., Keating, T., & Ervin, L. (1995). The burden of proof: Validity as improvement of instructional practice. *Exceptional Children*, 61, 510- 519.
- Huefner, D. (2001). The risks and opportunities of the IEP requirements under IDEA 97. *Journal of Special Education*, 33 (4), 195- 204.
- Hunt, R., Paguin, A., & Payton, K. (2001). An update on assessment and treatment of complex attention deficit hyperactive disorder. *Pediatric Annals*, 30, 162- 172.
- Individual with Disabilities Education Act Amendments of 1997, Pub. L. 105- 17 (1997).
- Ishii- Jordan, S. (2000). Behavioral interventions used with diverse students. *Behavioral Disorders*, 25, 299- 309.
- Katsiyannis, A., & Maag, J. (1998). Disciplining students with disabilities: Issues and considerations for implementing IDEA 97. *Behavioral Disorders*, 23 (4), 276- 289.
- Kauffman, J. (2001). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.
- Kauffman, J., Bantz, J., & McCullough, J. (2002). Separate and better: A special public school class for students with emotional and behavioral disorders. *Exceptionality*.

- Kazdin, A. (1997). Conduct disorder. In R. Morris & T. Kratochwill (Eds.). *The practice of child therapy* (3rd ed., pp. 199- 270). Boston: Allyn & Bacon.
- Landrum, T. & Kauffman, J. (2003). Education of emotionally disturbed. In J. Guthrie (Ed.). *Encyclopedia of education* (2nd ed., pp. 726- 728). New York: Macmillan Reference.
- Mathur, S., & Rutherford, R. (1994). Teaching conversation social skills to delinquent youth. *Behavioral Disorders*, 19 (4), 294- 305.
- Miller, J. (1997). African American males in the criminal justice system. *Phi Delta Kappan*, 79, k1- k12.
- Mills, G., & Duff- Mallams, K. (2000). Special education mediation: A formula for success. *Teaching Exceptional Children*, 32 (4), 72- 78.
- Oswald, D., Countiho, M., Best, A., & Singh, N. (1999). Ethnic representation in special education: The influence of school- related economic and demographic variables. *Journal of Special Education*, 32, 194- 206.
- Pliszka, S., Carlson, C., & Swanson, J. (1999). *ADHD with comorbid disorders: Clinical assessment and management*. New York: Guilford Press.
- Richardson, G., McGahey, P., & Day, N. (1995). Epidemiologic considerations. In M. Hersen & T. Ammerman (Eds.). *Advanced abnormal child psychology* (pp. 37-48). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Sagor, M. (1974). Biological bases of childhood behavior disorders. In W. Rhodes & M. Tracey (Eds.). *A study of child variance. Vol.1: Conceptual models* (pp. 37-94). Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Salvia, J., & Ysseldyke, J. (1991). *Assessment in special and remedial education* (5th ed.). Boston: Houghton Mifflin.
- Salvia, J., & Ysseldyke, J. (2001). *Assessment in special and remedial education* (8th ed.). Boston: Houghton Mifflin.
- Scalia, J. (1997). Juvenile delinquents in the federal criminal justice system. *Bureau of Justice Statistics Special Report*, 1- 4.
- Shaw, D., Owens, E., Giovannelli, J., & Winslow, E. (2001). Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 66, 367-379.
- Stein, M., & Davis, C. (2000). Direct instruction as a positive behavioral support. *Beyond Behavior*, 10 (1), 7- 12.
- Talbett, E., & Callahan, K. (1997). Antisocial girls and the development of disruptive behavior disorders. In J. Lloyd, E. Kame`ennui & D. Chard (Eds.). *Issues in educating students with disabilities* (pp. 305-322). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- U.S. Department of Education. (2000). *Twenty- second annual report to Congress implementation of the Individuals with Disabilities Education Act*. Washington, DC: author.

- U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A National Action Agenda*. Washington, DC: author.
- Waldon, K. (1996). *Instruction to a special education: The inclusive classroom*. Albany, NY: Delmar Publishers.
- Walker, H., Kavanagh, K., Stiller, B., Golly, A., Severson, H., & Feil, E. (1998). First step to success: An early intervention approach for preventing school antisocial behavior. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 6, 66- 80.
- Yell, M. (1994). Time-out and students with behavior disorders: A legal analysis. *Education and Treatment of Children*, 17 (3), 293- 301.
- Zabel, R., & Negro, F. (1999). Juvenile offenders with behavioral disorders, learning disabilities, and no disabilities: Self-reports of personal, family, and school characteristics. *Behavioral Disorders*, 25, 22- 40.
- Zabel, R., & Negro, F. (2001). The influence of special education experience and gender of juvenile offenders on academic achievement scores in reading, language, and mathematics. *Behavioral Disorders*, 26, 164- 172.

* * *

الفصل الثالث

الاضطرابات الانفعالية

obeikandi.com

مقدمة

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

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

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

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

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

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

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

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

مفهوم الاضطرابات الانفعالية

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

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

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

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

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

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

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

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

تشخيص الاضطرابات الانفعالية

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

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

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

تحديد السلوك المضطرب وتصنيفه وتقييمه

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

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

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

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

(١) أساليب الفرز والتصنيف

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

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

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

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

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

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

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

(٢) أساليب التعرف على المضطربين انفعالياً أو سلوكياً وتحديدهم

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

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

أولاً : أساليب القياس والتقييم الموجهة بالشخصية

personality- oriented assessment methods

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

(أ) المقاييس العامة للشخصية والنمو الانفعالي :

- مقياس كاليفورنيا السيكلوجي (جوف ١٩٨٧ ، Gough) .

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

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

(ب) الأساليب الإسقاطية :

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

(ج) مقاييس مفهوم الذات :

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

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

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

١- مقاييس الشخصية والنمو الانفعالي

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

أ- اختبار مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية

Minnesota Multiphasic personality Inventory (MMPI)

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

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

ب- اختبار كاليفورنيا السيكولوجي (الطبعة الثالثة)

California Psychological Inventory

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

ج- مقياس الشخصية للأطفال *Personality Inventory for Children*

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

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

٢ - الأساليب الإسقاطية

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

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

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

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

ب- اختبار رسم الأشخاص *Human Figures Drawing Test*

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

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

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

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

٣- مقاييس مفهوم الذات *Self- concept Measures*

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

- مقياس بيرز- هاريس لمفهوم الذات للأطفال

Piers - Harris children's self - concept

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

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

ثانياً : أساليب القياس والتقييم ذات التوجه السلوكي

Behaviorally Oriented Assessment Methods

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

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

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

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

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

- مقياس ديفيرو و *Devereux* لتقدير السلوك للأطفال (١٩٦٦ Spivack & Swift).

- قائمة المشكلات السلوكية المعدلة (كواي وبيترسون ١٩٨٧ Quay & Peterson).

- مقياس سلوك الأطفال (فينتر وآخرون ١٩٦٦ Vinter et al.).

- مقاييس السلوك الاجتماعي المدرسي (ميريل ١٩٩٣ Merrell).

- نسق تقدير المهارات الاجتماعية (جريشام وإليوت ١٩٩٠ Gresham & Elliot).

- مقياس واكر — ماكونيل للكفاءة الاجتماعية والتوافق المدرسي (واكر وماكونيل ١٩٩٥ Walker & McConnell).

- قائمة واكر لتحديد المشكلات السلوكية (واكر ١٩٨٣ Walker).

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

أ- قائمة واكر لتحديد المشكلات السلوكية

Walker Problem Behavior Identification checklist

أعد هذه القائمة واكر (١٩٨٣) Walker وقد تم تصميمها وإعدادها في الأساس في سبيل معرفة وتحديد المشكلات السلوكية والانفعالية للأطفال من الصف الرابع وحتى الصف السادس . وتتألف هذه القائمة من خمسين سلوكاً يتم في الواقع ملاحظتها في المواقف المدرسية المختلفة . ويقوم بعض الأفراد الذين يألفون الطفل الذي يتم إحالته إلى العيادة النفسية بتحديد ما إذا كانت قد تمت ملاحظة ذلك الطفل وهو يبدي مثل هذه السلوكيات أم لا . ويعمل هذا المقياس على قياس وتقييم خمس فئات من المشكلات السلوكية والانفعالية تتمثل فيما يلي :

١- السلوك التنفيسي أو التمثيلي . *acting out*

٢- الانسحاب .

٣- تشتت الانتباه .

٤- اضطراب العلاقة مع الأقران .

٥- عدم النضج .

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

ب- قائمة المشكلات السلوكية المعجلة

Revised Behavior Problem Checklist RBPC

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

١- الاضطرابات السلوكية .

٢- العدوان الجماعي .

٣- مشكلات الانتباه - عدم النضج .

٤- القلق - الانسحاب .

٥- السلوك الذهاني .

٦- الحركة المفرطة .

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

ج- قائمة سلوك الأطفال *Child Behavior Checklist CBC*

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

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

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

د- تقييم العلاقات بين الشخصية أو الاجتماعية

Assessment of Interpersonal Relations AIR

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

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

هـ - مقياس التقدير السلوكي والانفعالي

The Behavior and Emotional Rating Scale (BERS)

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

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

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

و- مقاييس السلوك الاجتماعي المدرسي

The school Social Behavior Scales SSBS

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

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

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

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

ز- مقياس بيك للاكتئاب *Beck Depression Inventory*

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

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

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

ط مقياس الاكتئاب للمؤلف Depression Scale

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

أنماط الاضطرابات الانفعالية

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

أولاً : الشيزوفرينيا ذات البداية المبكرة (فصام الطفولة)

early-onset schizophrenia

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

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

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

(١) الخصائص الأولية للفصام ذي البداية المبكرة

تقع الخصائص الأولية للشيزوفرينيا ذات البداية المبكرة في أربع فئات رئيسية

هي :

١- اضطرابات اللغة والكلام .

٢- اضطرابات العلاقات .

٣- اضطرابات الانفعال .

٤- الاعتقادات الضالة (الضلالات) والهالوس .

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

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

أ- اضطرابات اللغة والكلام

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

ب- اضطرابات العلاقات

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

ج- اضطرابات الانفعال

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

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

د- الاعتقادات الضالة (الضلالات) والهلاوس

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

١- أنها تكرر أفكار الأطفال بصوت عال ، أو

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

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

(٢) الخصائص الثانوية للفصام ذي البداية المبكرة

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

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

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

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

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

أسباب اضطراب الفصام ذي البداية المبكرة

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

أ- التفسيرات التي تركز على الطبع

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

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

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

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

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

ب- التفسيرات التي تركز على التطبع

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

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

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

مسار الاضطراب ومآله

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

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

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

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

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

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

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

ثانياً : الاكتئاب *depression*

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

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

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

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

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

طبيعة الاضطراب الاكتئابي

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

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

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

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

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

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

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

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

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

تشخيص الاضطراب الاكتئابي

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

(١) الاضطراب الاكتئابي البسيط *dysthymic disorder*

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

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

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

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

(٢) الاضطراب الاكتئابي الشديد *major depressive disorder*

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

أ- النوبة الواحدة *single episode*

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

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

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

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

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

٤- الشعور بالأرق أو الإفراط في النوم .

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

٦- فقد الطاقة والحيوية وسرعة الشعور بالتعب .

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

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

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

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

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

ب- الاضطراب الاكتئابي الشديد الدوري *recurrent*

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

أهم الخصائص المميزة للاضطراب الاكتئابي

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

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

٦- النزعة أو الميل للقلق .

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

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

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

ثالثاً : اضطرابات القلق *anxiety disorders*

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

القلق المرضي

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

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

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

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

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

١- اضطراب الهلع *panic disorder*

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

طبيعة اضطراب الهلع

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

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

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

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

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

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

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

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

تشخيص اضطراب الهلع

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

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

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

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

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

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

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

طبيعة اضطراب القلق العام

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

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

١- المخاوف .

٢- عصاب الأعضاء .

٣- قلق الهستيريا .

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

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

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

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

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

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

تشخيص اضطراب القلق العام

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

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

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

٣- اضطرابات الرهاب أو الخوف المرضي *phobic disorders*

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

طبيعة اضطرابات الرهاب

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

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

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

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

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

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

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

تشخيص اضطرابات الرهاب

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

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

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

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

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

(٢) المخاوف الاجتماعية (اضطراب القلق الاجتماعي)

social phobia (social anxiety disorder)

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

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

(٣) المخاوف النوعية المحددة *specific phobia*

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

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

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

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

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

طبيعة الاضطراب

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

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

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

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

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

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

١- أن يسبب الضيق والكرب للفرد من الناحية النفسية .

٢- أن يسبب الضيق والغنت لكل فرد تقريباً .

٣- أن يكون خارج نطاق الخبرة الإنسانية العادية .

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

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

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

تشخيص انعصاب ما بعد الصدمة

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

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

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

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

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

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

٥- اضطراب الوسواس القهري *obsessive compulsive disorder*

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

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

طبيعة اضطراب الوسواس القهري

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

محكات تشخيص الوسواس القهري

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

(١) الوسواس *obsessions*

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

(٢) الأفعال القهرية *compulsions*

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

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

رعاية الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات الانفعالية

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

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

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

التدخل المبكر

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

الانتقال إلى مرحلة الرشد

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

استراتيجيات التدخل الفعالة

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

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

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

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

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

إرشادات عامة لاختيار استراتيجيات وبرامج التدخل

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

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

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

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

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

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

أهم برامج التدخل المستخدمة

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

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

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

أ- التدريب على تقليد الأقران

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

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

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

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

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

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

ب- المبادرات الاجتماعية للأقران

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

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

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

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

جـ قيام الأقران بالتلقين والتعزيز

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

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

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

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

د- الاحتمالات التي توجهها الجماعة

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

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

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

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

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

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

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

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

هـ قيام الأقران بالتدريب والتعلم التعاوني

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

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

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

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

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

* * *

obeikandi.com

مراجع الفصل الثالث

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* * *