

العنوان:	العلاج السلوكي المتعدد المحاور ومشكلات الطفل (2) موجتان من التطور بحركة العلاج السلوكي
المصدر:	علم النفس
الناشر:	الهيئة المصرية العامة للكتاب
المؤلف الرئيسي:	إبراهيم، عبدالستار
مؤلفين آخرين:	إبراهيم، رضوى الدخيل، عبدالعزيز بن عبدالله (م. مشارك)
المجلد/العدد:	س 7, ع 26
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	1993
الشهر:	يونيه
الصفحات:	16 - 25
رقم MD:	170238
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	EduSearch
مواضيع:	التعلم الشرطي ، علم نفس الطفل ، مشكلات الطفولة ، الاضطرابات السلوكية ، العلاج السلوكي ، الأمراض النفسية ، التعلم الفعال ، التعلم الاجتماعي ، التعلم المعرفي ، نظريات التعلم
رابط:	<a href="http://search.mandumah.com/Record/170238">http://search.mandumah.com/Record/170238</a>

# العلاج السلوكى المتعدد المحاور ومشكلات الطفل

( ٢ )

## موجتان من التطور بحركة العلاج السلوكى

ولعلاج هذا الطفل نجد أن المعالج السلوكى قد يدرجه على استخدام أساليب بديلة وجديدة تمكنه من الحصول على المزايا التى يريد بها بطريق مشروع . كما يمكن أن يعلمه طرقاً جديدة من التفكير وحل المشكلات . ويمكن أن يساعده على تغيير توقعاته القديمة أو القيم التى يتبناها نحو بعض الأهداف . أو قد يخضعه لسلسلة من التدريبات الإجتماعية المكثفة حتى تتكون لديه مهارات إجتماعية تساعده فيما بعد على حل مشكلاته بطريقة أكثر إيجابية .

بعبارة أخرى ، فإن نظرتنا لمشكلات هذا الطفل لا يجب أن تجرد هذه المشكلات من طبيعتها المركبة . ولهذا يجىء العلاج ليخاطب جوانب القصور فى المشكلة من زواياها المختلفة .

ويتماثل العلاج السلوكى المتعدد المحاور من حيث تنوع أبعاده مع نفس نظرتنا للسلوك الشاذ والإضطراب . فأى سلوك مرضى - فيما نعتقد - توجد له على الأقل محاور رئيسية هى :

لكى نقوم بعلاج طفل يشكو مثلاً من إضطراب معين كالعجز عن ضبط النزعات العدوانية ، فإن المعالج السلوكى الحديث يمكن أن ينظر إلى هذا السلوك العدوانى من زوايا مختلفة . مثلاً قد يرى أن هذا السلوك العدوانى يمثل أو يعبر عن :

أ - رغبة الطفل العدوانى فى الحصول على مزايا أو اهتمامات خاصة .

ب - خبرات سيئة مر بها هذا الطفل فى مواقف مماثلة كان يشعر خلالها بالتهديد وعدم الطمأنينة والتعدى .

ج - قصور فى المهارات الاجتماعية لهذا الطفل تجعله عاجزاً عن حل صراعاته ومشكلاته الإجتماعية بطرق غير عدوانية .

د - تفسيرات سيئه يفسر بها هذا الطفل الموقف مما يجعله يستنتج أنه غير كفء أو أنه ضحية وموضوع للإتهان .

١ - الموقف أو الحوادث السابقة التي تثيره وتساهم في تشكيله وما تنطوي عليه هذه الحوادث أو المواقف من خبرات سيئة أو ألم أو إحباط .

٢ - السلوك الظاهر أى الأفعال السلوكية التي يعبر الشخص من خلالها عن هذا الإضطراب كالتهته ، أو التبول اللاإرادي . والعجز عن الإحتكاك البصرى ، واحمرار الوجه ، أو شحوبه ، أو هروب من المدرسة .. وتجنب لبعض المواقف .

٣ - المكونات الإنفعالية أو التغيرات العضوية الداخلية التي يحدثها هذا الإضطراب مثل زيادة ضربات القلب ، إزدياد في سرعة التنفس ، النشاط الهرموني .. الخ .

٤ - الجوانب الفكرية أو المعتقدات الخاطئة التي يتبناها الشخص عن نفسه أو عن المواقف التي يمر بها . وينطوى هذا الجانب على ما يصف التفكير من مبالغات أو تطرف ، أو ما يقوله الشخص لنفسه من أفكار سلبية أو إنهماكية .

٥ - ضعف المهارة في التفاعل الإجتماعى ، أو قصور المهارات الإجتماعية ، فالعدوان والخجل ، والإنزواء وغيرها يمكن النظر إليها كدلالة على ضعف المهارات الإجتماعية أو افتقاد للمتطلبات الإيجابية للتفاعل الإجتماعى السليم والتواصل الموجب بالآخرين .

ولأن هذه المحاور السابقة تتفق وتتداخل فيما بينها في إبراز السلوك المرضى ، وتشكله وتعمقه ، فإن المواجهة العلاجية يجب أن تعكس هذه الرؤية المتنوعة المحاور . ونظراً لأن المحاور الخمسة السابقة جميعها - فيما عدا المحور الأول الخاص بالموقف أو الحوادث الخارجية - يمكن أن تكون تحت سيطرة المعالج السلوكى ، فإننا نجد أن من المطالب الحديثة للعلاج السلوكى هى توجيه الجهد لمعالجة هذه الجوانب الأربعة ( أى السلوك الظاهر - الإنفعال - المكونات الفكرية والأساليب المعرفية - ونواحي التفاعل الإجتماعى ) .

ونتناول - مثالا آخر على صدق هذه الرؤية - طفلاً يعانى من القلق الإجتماعى الشديد بصورة تحرمه من التفاعل الجيد مع زملائه أو مدرسية أو أى شخص آخر على درجة من الأهمية أو الجاذبية له . إن قلقه فى الحقيقة يترجم نفسه فى أشكال متعددة ومتصاحبة وتحدث جميعاً فى وقت واحد ، فهو يشعر بالخفقان والغصة ويزداد تنفسه ، ويجف لعابه كدلالة

على الإنفعال . أما ما نراه من سلوك ظاهرى لهذا القلق فقد يظهر فى صعوبات الحديث ( التهته أو الحبسة الصوتية ) أو اللججة فى الكلام وشحوب الوجه والشفقتين ، وانكسار البصر وخفوت الصوت . كما قد لايجد موضوعات مناسبة للحديث لتخرجه من ورطته أو تساعد على استمرار حوارهِ وتفاعله كدلالة على ضعف المهارة الإجتماعية . وإذا سألته عما كان يفكر فيه خلال هذا الموقف المربك فستجد أنه كان يتكلم مع نفسه بصوت غير مسموع ، بأنه ( طفل ) عاجز وسيفشل فشلاً ذريعاً فى أن يحول هذا الموقف لصالحه .

ويتطلب العلاج الناجح لهذا الطفل توجهاً لتعديل كل هذه المحاور من الاضطراب فمن الممكن أن نُعلمه أساليب جديدة لضبط إنفعالاته ( من خلال المساندة الوجدانية أو تدريبيه على الاسترخاء العضلى مثلاً ) ، كما يمكن أن نعلمه أساليب جديدة من السلوك أو نساعد على التخفف من الأساليب السلوكية المرضية ( من خلال تدريبيه على الطلاقة والتخلص من التهته ) ، كما يمكن أن نعلمه بأن لا يفكر فى نفسه تفكيراً سلبياً والألا يتوقع الفشل ، والألا يضى على الموقف الوشيك الحدوث قيمة إيجابية أكثر مما يجب ( تعديل فى طرق التفكير والقيم ) . ويمكن أيضاً أن نعلمه طرقاً جديدة فى تبادل الأحاديث ، وإختلاق موضوعات للحوار ، وسؤال الاسئلة كهدف من أهداف تعديل طرق التفاعل الإجتماعى ومواجهة جوانب القصور فى المهارات الإجتماعية .

هذه المحاور الأربعة السابقة التى تشكل فى مجموعها العلاج السلوكى المتعدد الأوجه وتميزه ، ترتكز على أربع نظريات رئيسية فى التعلم تمثل بدورها الأسس النظرية الرئيسية للعلاج السلوكى .

## الأسس النظرية للعلاج السلوكى

### المتعدد المحاور

تركز مناهج العلاج السلوكى للطفل - كغيرها من المناهج التى تستخدم فى علاج مشكلات الراشدين - على خمسة محاور كما بينا . وتمثل هذه المحاور الخمسة فى مجموعها النظريات الرئيسية للتعلم وهى :

#### ١ - التعلم الشرطى :

ويطلق العلماء على هذا النوع من التعلم أحياناً إسم نظرية المنبه - الإستجابة ، وهى تتخذ من نظريات . بافلوف

الدعامة الرئيسية بكل ما تتميز به من قواعد وقوانين .

ومن الميسور أن ترد بدايات هذه النظرية إلى دراسات بافلوف للفعل المنعكس ، وهى التى اكتسبته تقديراً واسعاً بين العلماء ، والتي شاعت أن تجعل منه مؤسس الوجهة السلوكية فى علم النفس عندما إستطاع « واطسون » أن يطوعها لوصف الأمراض النفسية وإزالتها .

أثبت « بافلوف » أن الحيوانات فى تجاربه تعلمت أن تستجيب بإفراز اللعاب لمنبهات محايدة كصوت جرس أو رؤية ضوء ، إذا ما اقترن ظهور هذا المنبه بتقديم منبه أصلى هو الطعام . بعبارة أخرى — وإذا استبدلنا الحيوان بالإنسان — فإننا نستجيب ونتصرف نحو كثير من الأشياء المحايدة إذا ما تبينا أن ظهورها شرط من شروط منبهات أخرى تشبع حاجتنا الرئيسية للطعام والجنس والمكانة ، أو تهدد اشباعنا لهذه الحاجات . إن كثيراً من إضطراباتنا وسماتنا الشخصية هى استجابات اكتسبناها بهذا الشكل حتى تحولت إلى عادات مرضية أو صحية — وليست نتاجاً لغرائز طبيعية أو صراعات داخلية . فبالقلق ، والخوف ، والتفاؤل والتشاؤم أمكن تفسيرها — بالاعتماد على نظريات « بافلوف » — على أنها إستجابات شرطية لمنبهات اكتسبت قدرتها على إثارة هذه الجوانب السلوكية بسبب إرتباطها بأحداث تبعث على الضرر أو الألم ، النفع أو الفائدة .

أما عن العمليات الرئيسية والقواعد التى يتم من خلالها التعلم الشرطى ، فقد نجح « بافلوف » فى وضع قائمة منها لم تزل تساهم بشكل مثير فى تطور حركة العلاج السلوكى . فلكى يحدث التعلم الشرطى لابد أن يحدث اقتران<sup>(١)</sup> بين حدوث المنبه الشرطى ( الجرس مثلاً ) والمنبه الأصلى ( الطعام ) . أو أن يكون المنبه الأصلى ( الطعام ) مسبقاً بالمنبه الشرطى بفرق زمنى ضئيل حتى لا تحدث مشتتات أخرى تمنع من إكتشاف الرابطة بين المنبهين .

وعندما نتعلم الإستجابة للمنبه الشرطى يحدث تعميم<sup>(٢)</sup>

(1) Association Conditioning

(2) Generalization

(3) Higherorder Conditioning

(4) Extinction

(5) Spontaneous Recovery

(6) Operant Conditioning

على كل المنبهات المماثلة له . فالطفل الذى تعلم أن يستجيب بجزع لمشهد فأر ، سيستجيب بجزع لكل الفئران المماثلة وربما لكل حيوان ذى فراء .

ونتعلم أن نستجيب لالمنبه واحد شرطى فحسب بل يمكن أن نتعلم الإستجابة لسلسلة من المنبهات الشرطية . فإعطاء جرعة مرة من الدواء للطفل فى المستشفى ، ستجعله يستجيب فى المستقبل بألم لا لمشهد الدواء فحسب ( منبه شرطى ١ ) — بل أيضاً للممرضات ( منبه شرطى ٢ ) — وللأطباء ( منبه شرطى ٣ ) — وللمشهد المستشفى (منبه شرطى ٤) ولرائحة الدواء (منبه شرطى ٥) ويطلق على هذه العملية : المستويات العليا من التشريط<sup>(٣)</sup> التى يتم من خلالها استبدال سلسلة من المنبهات الشرطية بمنبه شرطى واحد . بحيث أن كل منبه منها يؤدي إلى حدوث الإستجابة الشرطية ( الخوف — الغثيان ) .

وما تعلمناه يمكن أن نتوقف عن تعلمه ، ومن ثم يقدم لنا « بافلوف » مبدأ إنطفاء<sup>(٤)</sup> التعلم . ويتم ذلك عندما تختفى الرابطة بين المنبهات الأصلية والمنبهات الشرطية فالطفل الذى يتكرر ذهابه للمدرسة ، ودون أن تحدث الخبرات المؤلمة السابقة التى أدت إلى تشكيل مخاوفه نحوها فى السابق ستنتفىء وتتلاشى مخاوفه تدريجياً .

على أن مجرد إعادة الرابطة بين المنبه الشرطى ( المدرسة مثلاً ) والمنبه الأصلى ( عدوان أحد الزملاء ) بعد إنطفاء الإستجابة ، سيؤدي إلى ظهورها من جديد وبقوة . ويطلق على هذه العملية التحسن التلقائى<sup>(٥)</sup> ( Levis, 1990 Krasner ) . وسنرى فيما بعد الأساليب السلوكية التى تكونت بتأثير هذه النظرية فى مجالات العلاج السلوكى للطفل .

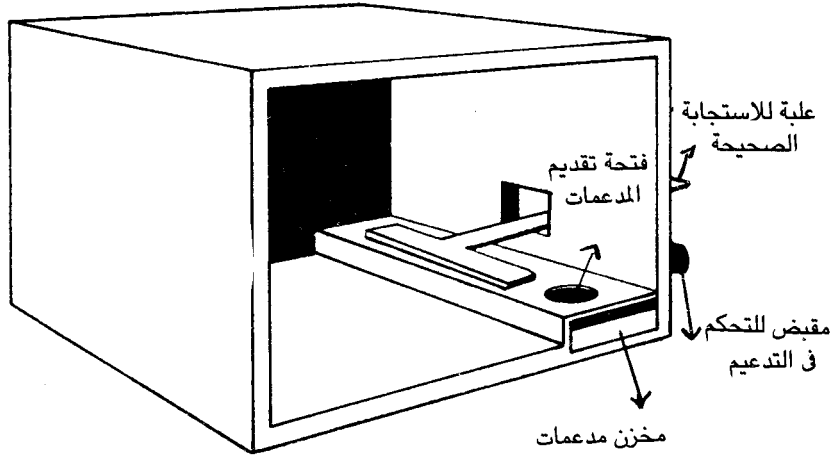
(Adesso, 1990; Eimers & Aitchison, 1977; Eysenck, 1979 Herbert, 1987a; Lazarus, 1971; Wolpe, 1958, 1973; Wolpe & Lazarus, 1966).

## ب - التعلم الفعال<sup>(٦)</sup> :

التعلم عند « بافلوف » يتم على نحو آلى نتيجة للرابطة التى تتكون بين المنبهات الأصلية والمنبهات الشرطية . لكن التعلم الفعال — الذى وضع أسسه المنهجية — العالم الأمريكى الراحل « سكينر » يقوم فى مجمله على قاعدة رئيسية مؤداها أن السلوك هو حصيلة ما يؤدي له من نتائج وآثار . ومن هنا

أو المكافأة) أو سلبية (العقاب) ( أنظر شكل ١ صندوق سكينر للإطلاع على إجراءات تجاربة بهذا الصدد ) .

يسمى « سكينر » نظريته بأسم التشريط الفعال (Skinner, 1957) . للإشارة إلى أن تقوية جوانب معينة من السلوك تتوقف على ما يتبع هذا السلوك من نتائج إيجابية ( كالتدعيم



صندوق سكينر

شكل ١ : صندوق سكينر الذى يبين من خلال استخدامه أن تدعيم استجابة معينة يؤدي إلى تقوية هذه الإستجابة . وقد أصبح التدعيم من المبادئ الأساسية في ضبط كثير من الجوانب المرضية في السلوك لدى الأطفال .

السلوك بدلا من الاهتمام بالجوانب المرضية فقط ، فإنه يتحول إلى وسيلة علاجية تساعد على تقوية كثير من الجوانب الصحية في السلوك الإنساني .

وتتضمن نظرية التعلم الفعال عدداً من المبادئ الرئيسية التى ارتبطت بنمو العلاج السلوكى للطفل من أهمها التدعيم الإيجابى<sup>(١)</sup> ، والتدعيم السلبى<sup>(٢)</sup> ، والعقاب<sup>(٣)</sup> ، والتشكيل<sup>(٤)</sup> .

(Craighead et al., 1976; Eimers & Aitchison, 1977; Franks & Barbrack, 1986; Herbert 1987a; 1987b; Karoly, 1975; Kazdin 1990; Skinner, 1953; 1974).

ولعل من أكثر هذه المبادئ شيوعاً هو مبدأ التدعيم الإيجابى . وهو يعنى أى فعل يؤدي إلى زيادة في حدوث استجابة معينة أو تكرارها . ولهذا فإن التدعيم الإيجابى يستخدم أحياناً للإشارة إلى مختلف المكافآت أو الحوافز التى نستخدمها لتشجيع ظهور سلوك معين . لكن التدعيم الإيجابى يمتد ليشمل بالإضافة إلى الحوافز والمكافآت المادية ( أى ما يسمى بالمدعمات الأولية المباشرة ) يمتد ليشمل ما يسمى بالتدعيم الإجتماعى كالمدح والتقريظ والإبتسام والربت إثر ظهور جوانب مرغوبة من السلوك .

ومن المتفق عليه بين علماء العلاج النفسى — السلوكى — أن كثيراً من جوانب الشذوذ في سلوك الطفل تحكمها ، ويمكن تفسيرها في ضوء هذه النظرية . فالإستجابة للطفل كلما صرخ أو أجهش بالبكاء بعناقه وتقبيله ستؤدى في غالب الظن إلى أن يصبح البكاء أو الصراخ أسلوباً مفضلاً لهذا الطفل كلما احتاج إلى تحقيق رغبة معينة أو إلى إشارة الإنتباه . أضف لذلك أن التدعيم الخاطىء أى الإنتباه وإظهار الإهتمام — عندما تصدر عن الأطفال مشكلات سلوكية معينة كالسباب والتهم على الآخرين ، أو العزوف عن الإتصال ستؤدى إلى تقوية هذه الجوانب المرضية من السلوك وليس إلى اختفائها . ولعل من الأسباب الرئيسية في فشل العلاج النفسى التقليدى ، هذا الإهتمام الذى يبديه المعالج والوالدان بالجوانب المرضية لعلاجها . ولهذا فعندما يستخدم التعلم الفعال بطريقة منظمة بأن يوجه للأشكال الإيجابية من

(1) Positive reinforcement

(2) Negative reinforcement

(3) Punishment

(4) Shaping

أما التشكيل فيستخدم عندما نريد أن نتعلم سلوكاً مركباً يصعب القفز إلى تعلمه دفعة واحدة ، كتعلم الكتابة أو اللغة . ويتطلب هذا المبدأ تقسيم السلوك المركب الذي نريد اكتسابه إلى استجابات أصغر ثم يبدأ التعلم من خلال تدعيم الاستجابات الصغرى المؤدية إلى الهدف النهائي .

وهناك مبادئ أخرى لا يتسع المجال لذكرها هنا ، لكن الذي لا شك فيه أن حركة العلاج السلوكي إمتدت وزادت عمقاً وانتشاراً بفضل هذه المبادئ التي صاغتها نظرية التعلم الفعال . وسنرى فيما بعد كيف أمكن التحكم بفاعلية في كثير من الاضطرابات السلوكية بين الأطفال بسبب هذه المبادئ بما في ذلك الاضطرابات البسيطة كقضم الأظافر ، أو التبول اللاإرادي إلى الهلوس ، والهواجس والجريمة .

(Gonzales et al., 1986; Harris, 1986; Ingersoll, 1988; Kaslow & Racusin, 1990; Kazdin, 1990; O'Leary & Wilson, 1975; and Schaefer et al., 1987).

### ج - التعلم الإجتماعي :

تعتبر نظرية التعلم الإجتماعي كما صاغها « باندورا » (Bandura, 1969) من أكثر النظريات المعاصرة تأثيراً في تطور حركة العلاج السلوكي للطفل . وقد ركز « باندورا » دراساته وتجاربه على الأطفال لكي يثبت أن كثيراً من الجوانب المرضية من سلوك الأطفال — كالعُدوان الذي كان من الموضوعات الرئيسية له — تتكون بفعل القدوة<sup>(1)</sup> ومشاهدة الآخرين وهم يقومون بها . (Bandura, 1966, 1977)

وقد بين « باندورا » أن عملية التعلم الإجتماعي عملية نشطة وتحتاج لشروط تضمن نجاحها منها : إعطاء تعليمات لفظية خلال ملاحظة النموذج . ومنها الدوافع والإهتمامات الشخصية للطفل التي تدفعه لأن يتعلم بسرعة الأشياء التي تتفق مع هذه الحاجات . وأيضاً يساعد الأداء الفعل للسلوك على سرعة تعلمه خاصة إن كان يتضمن استجابات مركبة نسبياً . وكذلك تزداد القدرة على التعلم الإجتماعي من خلال بعض الشروط العقلية كارتفاع الذكاء ، وقدرة الشخص على تنظيم ذاته وبيئته ، كما سنرى عند العرض لبعض فنيات العلاج السلوكي التي اعتمدت على مبادئ التعلم الإجتماعي .

أما التدعيم السلبي فيتضمن التوقف عن إظهار منه منفر أو كرية عند ظهور الإستجابة المرغوبة فالتوقف عن حرمان الطفل من لعبه أو من أداء نشاط معين بأن نسمح له باللعب ، أو بالخروج عندما يبدو منه ما يدل على التغير الإيجابي في سلوكه يعتبر نوعاً من التدعيم السلبي . والتدعيم السلبي والإيجابي يتشابهان من حيث أن كليهما يؤدي إلى شيوع جوانب مرغوبة من السلوك .

ولكي يكون التدعيم فعالاً أي لكي يؤدي إلى النتائج المرغوبة تبين دراسات « سكينر » عدداً من الشروط منها : أن يكون المدعم محبوباً ومرغوباً من الكائن ، وأن تكون له قيمة تحدها ما يبذله الكائن من جهد للحصول عليه . وأن يكون فورياً أي يجب أن يقدم فور ظهور الإستجابة المرغوبة وأن يكون متقطعاً أي أن يقدم أحياناً ويحجب أحياناً أخرى ، لأن تجارب سكينر تثبت أن السلوك الذي يكتسب بفعل التدعيم المتقطع يكون استمراره أكثر وأقوى من السلوك الذي يكتسب بفعل التدعيم المستمر . ولا يتعارض التدعيم المتقطع مع فكرة التدعيم الفوري ، فقد يكون التدعيم فورياً ومتقطعاً في نفس الآن .

أما العقاب فهو يعنى إظهار سبه مؤلم إثر ظهور سلوك غير مرغوب . فضرب الطفل أو حرمانه من اللعب ( عندما يهمل في أداء واجباته أو عندما يعتدى بالضرب على أحد أفراد الأسرة ) يعتبر نموذجاً جيداً لاستخدام العقاب في تعديل السلوك . ومن أشكال العقاب الحرمان ، والجزاءات التي توقع على الكائن إثر ارتكاب خطأ معين . وينظر علماء التعلم من أمثال « سكينر » و« ثورنديك » - (Levis, 1991) Thorn-dike بشك إلى قيمة العقاب في التوقف عن السلوك المرضي . فبينما كان « ثورنديك » يعتقد أن المكافأة والعقاب من شأنهما أن يؤديا إلى زيادة السلوك المرغوب واختفاء السلوك غير المرغوب تراجع — فيما بعد — عن هذا الرأي ليثبت أنه بالرغم من أن المكافأة تؤدي إلى زيادة في شيوع السلوك المرغوب ، فإن العقاب يؤدي إلى قمع الإستجابة وتجنبها . ومن عيوب العقاب أيضاً أن تأثيره مؤقت ، فعادة ما يعود السلوك المرضي إلى الظهور في مواقف أخرى ( ابراهيم ، ١٩٨٧ ، 1990, Milan, 1990, Levis ) .

(1) Modelling

(Argyle, 1973; 1986; Bandura, 1969; 1977; Herbert 1987b; Morrison, 1990; weiss, 1990).

وتتيح لنا نظرية التعلم الإجتماعى أن نتعامل مع كثير من جوانب السلوك مرضياً كان أو عادياً — على أنها تكونت بفعل ما نتعلمه من الآخرين وما نلاحظه بينهم . وفي مجال الأطفال — بشكل خاص — بنيت الدراسات المبكرة لهذه النظرية (Bandura 1977) على أساس أن كثيراً من جوانب الإضطراب النفسى بما فيها العدوان والقلق تكتسب لدى الطفل بفعل تأثير الآخرين وملاحظته لهم . وتشير نتائج مبكرة في العلاج السلوكى أنه من الممكن علاج الأطفال من المخاوف المرضية إذا لاحظوا أشخاصاً آخرين يتفاعلون بطمأنينة وبدون خوف مع الموضوعات المرتبطة بخوف هؤلاء الأطفال (Nietzel & Susman, 1990) . وتؤيد ملاحظات المرضى العاديين أننا نكتسب بالفعل رصيداً سلوكياً هائلاً من خلال ملاحظتنا للآخرين ومحاكاتنا لما يفعلون .

لكن ما نكتسبه من الآخرين لا يكون بالضرورة إيجابياً . فالطفل الذى تحيط به أسرة خائفة جزعة سيكتسب بالفعل منها مخاوفها وموضوعات جزعها . والأب الذى يهرب من الضغوط لتناول المهدئات والعقاقير يرسم أمام الطفل نموذجاً سلوكياً يشجع على الهروب وعدم مواجهة المشكلات وحلها في وقتها المناسب .

وقد رأينا أن من الأسباب التى تجعل بعض فنيات العلاج بالعقاب أسلوباً مقوقاً هي أنها ترسم أمام الطفل نموذجاً عدوانياً يشجع على استخدام العدوان ويؤدى إلى عكس ما يهدف إليه الوالدان تماماً .

وتوضح نظرية حديثة في العلاج الأسرى (Madanes, 1988) أن هناك دائماً ارتباطاً قوياً بين مخاوف الأطفال ومخاوف آبائهم . ولهذا فقد نجد أسرة كاملة تخاف من حيوانات معينة ، أو تتحكم فيها إضطرابات كالقلق الإجتماعى ، أو تنتشر في أفرادها إضطرابات سيكوسوماتية خاصة بها كالصداع والأرق ، وقرحة المعدة .. الخ . ونظراً لأن كثيراً من هذه الإضطرابات لا تخضع للوراثة بكاملها ، فإنها في الغالب قد أمكن اكتسابها بفعل ملاحظة أفراد الأسرة الآخرين أو بسبب ما يخلقه كل منهم أمام الآخر — خاصة

(1) Sociel Skills Deficit

أمام الصغار — من نماذج سلوكية وتدعيمات لهذه الشكاوى .

وتساهم عمليات التعلم الإجتماعى في نمو بعض أنماط الإضطراب بين الأطفال والبالغين من المرضى العقلين . وفي الحالات الأخرى الأقل خطورة من الأمراض العقلية تظهر الإضطرابات الإجتماعية بدرجات متفاوتة فتضعف قدرة الشخص على التفاعل الإجتماعى في المنزل أو المدرسة .

إن من أحد الجوانب الرئيسية لفهم الإضطراب النفسى لدى الأطفال هو قصور المهارات الإجتماعية (1) بكل ما يرتبط بها من جوانب ضعف في التفاعل الإجتماعى الإيجابى . وقد يجيء قصور المهارات الإجتماعية مستقلاً في شكل إضطرابات يلعب فيها هذا القصور الدور الأساسى وذلك كما في حالات القلق الإجتماعى والخجل ، والتعبير عن الإنفعالات الإيجابية ( كالعجز عن إظهار الحب والمودة والإهتمام ) أو السلبية ( كالعجز عن التعبير عن الإحتجاج أورد العدوان ) .

وقد يجيء مصاحباً لكثير من الإضطرابات الأخرى . فقد تبين أن فئات كثيرة من الإضطراب السلوكى بين الأطفال — بما فيها الإضطرابات العصائية والذهانية والسيكوفيزيولوجية — يظهر فيها قصور واضح في المهارات الإجتماعية بما فيها العجز عن الإحتكاك البصرى ، أو تبادل الحوار ، والجمود الحركى ، وعدم الإستجابة للتفاعل الإجتماعى .

وتعتبر نظرية التعلم الإجتماعى من أخصب النظريات في الوقت الحالى التى تسمح لنا بتدريب المهارات الإجتماعية . وقد تطورت منها أساليب متعددة من أهمها : التعلم من خلال ملاحظة النماذج ( أو التعلم بالقدوة ) ، تدريب القدرة على توكيد الذات ، لعب الأدوار . ومن المهم أن نتدرب على كيفية استخدام هذه الأساليب وحدود تطبيقاتها ، وشروط الفاعلية فيها ، وأهم النتائج العلاجية المرتبطة باستخدامها .

#### د - التعلم المعرفى :

تسلم نظريات التعلم المعرفى (Beck, 1960 ingram & Scott, 1990) بأن الناس لا يتعلمون فقط من خلال القواعد التشريعية ، أو التعلم الإجتماعى ، بل وأيضاً من خلال التفكير في المواقف ، ومن خلال إدراكاتنا وتفسيراتنا للحوادث التى نمر بها .

وبالرغم من بعض الاختلافات الرئيسية بين التعليم اللطف والعلاج السلوكي ، فإن هناك نقاط تماثل تجعل أوجه الشبه بينهما أكثر من أوجه الاختلاف . فالتعليم اللطف مثله مثل العلاج السلوكي يبدأ بتحديد المشكلة تحديداً نوعياً ويرسم أهدافاً مسبقة للعلاج ، ويستخدم كثيراً من الفنيات الشائعة عن العلاج السلوكي كالتدعيم والتجاهل . ومن ثم فإننا نراه مكماً - وليس بديلاً - للعلاج السلوكي . لكن التعليم اللطف يختلف عن المناهج السلوكية التقليدية في جوانب منها :

- ١ - أنه يرفض استخدام العقاب تماماً .. ويتجنب استخدام الأساليب التنفيرية في تعديل السلوك . بما في ذلك كل أشكال العقاب كتكاليف الإستجابة والإبعاد المؤقت .
- ٢ - يرفض عملية الضبط والتحكم كهدف من الأهداف العلاجية .. ويبشر بأن أهداف العلاج يجب أن تكون متجهة لتكوين رابطة وجدانية بين المريض والقوة المعالجة .
- ٣- يتبنى فلسفة ديمقراطية في مقابل الفلسفة التسلطية (التي يرى أصحاب التعلم اللطف أنها تميز حركة العلاج السلوكي) . بعبارة أخرى فعملية العلاج في ضوء هذا المنهج تتجه الى تكوين صلات وجدانية قوية بالمريض ، وتتبنى وجهة نظر تربوية نحو مشكلاته ، وترتكز على التبادل والأخذ والعطاء بين الطفل والمعالج خلال عملية العلاج .
- ٤ - يراعى العلاج اللطف الجوانب الوجدانية ويجعل لها موقفاً قوياً في أى خطة علاجية بما في ذلك التركيز على الحب والتقبل والتسامح والدفء واحترام المريض .. وذلك كما سنرى تفصيلاً فيما يلي .

#### الفلسفة العامة للعلاج اللطف :

(١) كل التفاعلات الإنسانية - ناجحة أو فاشلة - تعتمد أساساً على إتجاهاتنا ومعتقداتنا وأحكامنا الأخلاقية المتبادلة . فالإتجاه الذي يحمله كل منا نحو الآخر وما نحمله من أحكام أو آراء متبادلة من شأنها أن تحكم عملية التفاعل وتكتب لها إما النجاح أو الفشل . ومن ثم . فإننا إذا كنا نعتقد أن الطفل المشاغب (مثلاً) هو شخص قد أفسدته التربية والتدليل ، فإن تفاعلاتنا مع هذا الطفل ستتجه في الغالب الأعم الى الحزم والعقاب وإملاء الأوامر . وقد يساهم أسلوبنا هذا بدوره في تكوين معتقدات وأحكام لديه يرانا بمقتضاها أننا لا نفهمه وأننا نتسلط عليه ، ولا نصغي لمشاعره .. ولهذا

ومن الممكن أن نحدد مع « ميشيل » (Mischel, 1973) «إنجرام» و «سكوت» (Ingram & Scott) أربعة أبعاد معرفية رئيسية يجب الإنتباه لها عند التعامل مع المشكلات النفسية بشكل عام .

١ - الكفاءة أو القصور المعرفي : أى المهارات والقدرات الخاصة والذكاء . فالشخص الذكي ، المرن عقلياً ، والذي لديه رصيد جيد من المعلومات عن موضوع معين يتعلم بسرعة وبطريقة أفضل من الشخص المتصلب ، والمحدود المعرفة ، والأقل ذكاءً .

٢ - مفهوم الذات وما نحمله من إعتقادات خاصة عن إمكانياتنا الشخصية وقدراتنا . فالطفل الذي يعتقد مفهوماً عن نفسه بأنه أقل كفاءة من غيره أو بأنه غير محبوب عادة ما سيتبنى جوانباً من السلوك المرغى كالقلق والإكتئاب أكثر من الطفل الذي يعتقد أنه محبوب وعلى درجة عالية من الجاذبية والكفاءة .

٣ - القيم والإتجاهات التي نتبناها عن المواقف أو الأشخاص الذين نتفاعل معهم . فالطفل الذي يعتقد أن الجاذبية الإجتماعية وتقبل الأطفال الآخرين له أهم لديه من النجاح الأكاديمي والإنجاز سيشعر بالإحباط الشديد أو التعاسة عندما يوضع في موقف يشعر فيه برفض الآخرين له .

٤ - التوقعات التي نتبناها عند التفاعل مع المواقف الخارجية تحدد نوع المشاعر التي تنتابنا في هذه المواقف وشدتها ، واستمرارها . ويؤكد «البرت اليس» (Ellis, 1962) و«بيك» (Beck, 1976) أن كثيراً من الإضطرابات النفسية والعقلية تتكون بفعل توقعاتنا غير العقلانية ، وغير الواقعية خلال التفاعلات المختلفة مع الآخرين : (Beck, 1977; 1987; Ellis, 1987; Golfried & Goldfried; 1975; Hawton, 1991; Ingram & Scott, 1990; Kendell et al., 1986)

#### هـ - المؤازرة الوجدانية (حركة التعليم اللطف)<sup>(١)</sup>

تطورت في السنوات الأخيرة حركة جديدة من العلاج يراها أصحابها (McGee, Menolascino, Hobbs, & Menousek, 1987) بديلاً للعلاجات السلوكية التقليدية في مجال التعامل مع المشكلات النفسية والسلوكية بين المتخلفين عقلياً والمضطربين . ويطلق أصحاب هذه الحركة عليها أسم التعليم اللطف (Ibrahim & Ibrahim, 1990) .

1- Gentle teaching



فإن التفاعل الصحي ستبتره منذ البداية الأحكام والآراء المتبادلة للأشخاص موضوع هذا التفاعل . ويطلق أصحاب التعليم اللطف على هذه المجموعة من القيم الشخصية اسم الوضعية العقائدية أو الإطار المرجعي الشخصي الذي نسترشد به خلال عملية التفاعل ، والذي من شأنه أن يحكم نشاطاتنا اليومية .

والوضعية القيمية شيء غير محدد بدقة .. فهي كإطار مرجعي تتغير دوماً بحسب ما نواجهه من الشخص الذي نتفاعل معه . ومن ثم فهي تتعدل وتتغير عندما نواجه شخصاً عدوانياً أو إنسحابياً .

ومن المهم الإنتباه الى الجهاز القيمي لكل شخص خلال عملية العلاج والتفاعل .. هذا الإنتباه كفيلاً بالآ يجعل هدفنا هو التركيز على تعديل جانب محدد من السلوك الشاذ ، أو القفز الى استخدام الأساليب الفنية الجاهزة . إن معرفتنا بالجهاز القيمي للطفل العدواني أو المنسحب، تساعدنا بآديء ذى بدء على إقامة إطار عمل يمكننا من خلاله تقدير نتائج التفاعل ، ومدى أستناده على المبدأ الرئيسى من مبادئ العلاج اللطف وهو التبادل الإنسانى بين الطرفين (المعالج والطفل) .

(٢) العلاج بالتعليم اللطف يتبنى قيماً لا تسلطية . بعبارة أخرى فهو يراعى بدقة أن لا يؤدى التفاعل العلاجى الى خسارة ما للطفل . ومن ثم يؤكد التعليم اللطف مساندة الطفل ، والصداقة ، والإعتماد المتبادل بدلاً من التركيز على الإنصياع والطاعة والخضوع .

والهدف الرئيسى من العلاج اللطف هو تكوين رابطة وجدانية قائمة على مساندة المريض . ومن ثم يهدف المعالج هنا إلى تطوير علاقة علاجية بالطفل قبل الدخول فى خطة العلاج . ولهذا يبذل المعالج جهداً كبيراً فى تطوير علاقة إيجابية بالطفل قائمة على الدفء والتقبل والتبادل .

ومن خلال الرابطة الوجدانية التى تتكون تدريجياً مع الطفل ، يمكن أن يتعلم ثلاثة أشياء هى :

(١) أن وجودنا يرتبط لدى الطفل بالأمان والطمأنينة .  
(٢) أن كلماتنا وإيساءاتنا (بما فيها اللمس . والابتسام ، والعناق) تعنى الإثابة والمكافأة فى ذاتها ، وليس التحكم والرغبة فى الضبط .

(٣) أن مكافأة الطفل تأتى من مساهمته وليس من مجرد خضوعه أو إخضاعه لرغباتنا .

ويفترض أنه بتطور الرابطة بالطفل وفق المبادئ الثلاثة السابقة سيكون من المسور علينا أن نحقق تغيرات إيجابية فى تفاعلاتنا مع الطفل . فمن ناحية سيتمكن المشرف أو المعالج فى مثل هذه الأحوال من الدخول فى علاقات متبادلة ، ومتكافئة ، ومدعمة للطفل ، ومن ثم سيكون بإمكانه أن يستيق الأمور ، وليس أن تكون خطته قائمة على رد الفعل ومجرد درء الخطر . فالمعالج الذى استطاع أن يبنى علاقة دافئة ، واستطاع أن يجعل هذه العلاقة هى صاحبة التدعيم الرئيسى للطفل سيكون بإمكانه التنبؤ بالسلوك قبل حدوثه ، وسيكون بإمكانه الاستفادة بهذه الرابطة فى أكثر المواقف خطراً أو حرجاً ، أى عندما يكون المريض فى فترات هياج ، وعنف ، وغضب . ولهذا نجد أن العلاج اللطف يحقق نجاحاً كبيراً فى مثل هذه الحالات بالذات .

وتكوين علاقة قائمة على الترابط والموازنة ومساندة الطفل فن له قواعده وشروطه التى يصفها أصحاب هذه النظرية على النحو الآتى :

أ - إجعل وجودك مدعماً للطفل .. بعبارة أخرى . يحتاج الوالدين والمشرفون على تربية الطفل أن يجعلوا حضورهم أو تواجدهم مع الطفل مرتبطاً بالدفء والرعاية والتقبل والاهتمام .

ب - تشجيع الطفل على المساهمة والتبادل .. ومن ثم يجب أن ترتبط استجابات الطفل الدالة على التفاعل والمساهمة والتواصل بالنجاح والتدعيم دائماً .. ومن هنا تجيء الاستفادة المعالج بالتعليم اللطف من المبادئ السلوكية المرتبطة بالتدعيم الإيجابى (كالتبسم والعناق) . لكن استخدام التدعيم هنا يرتبط بالنجاح فى العلاقة الإيجابية ، والإتصال وليس كمجرد استجابة لسلوك يصفه المعالج السلوكى بأنه سلوك جيداً أو غير مرض .

ج - أن تكون تفاعلاتنا مع الطفل مرتبطة بنفس المبادئ .

د - عندما يعزف الطفل عن المساهمة والتفاعل لأى سبب ، يجب على المعالج (أو الأبوين) أن يخلقا الظروف الملائمة التى من شأنها أن تجعل المساهمة والتفاعل ضروريان للطفل (للمزيد عن التعلم اللطف واستخداماته فى البيئة العربية ) أنظر : (Ibrahim & Ibrahim, 1990; Ibrahim, Glick & Ibrahim, 1991)

هذه هى فيما يبدو النظريات الرئيسة للتعلم والتى ساعدت

الإفاضة<sup>(٢)</sup> ونظرية «أيزنك» (Eysenck) التي ركزت على دور الفروق المزاجية في الاستجابات الشرطية .. لكن المحاولات الأكلنيكية للاستفادة بهاتين النظريتين في مجال علاج مشكلات الطفل لاتزال محدودة مما يدفعنا الى تجنب التعرض لهما في هذا المقام .

الإتجاه السلوكي في العلاج النفسي للطفل على النمو والتطور . ولا يجب بالطبع أن نفهم من ذلك أن هذه هي النظريات الوحيدة للتعليم . فهناك - على الأقل - نظريتان أخريتان هما نظرية «ستامفل» (Stample, 1976) عن التشبع بالمنبه<sup>(١)</sup> والتي ساهمت في تكوين ما يسمى بالعلاج بالغمر أو

## المراجع العربية

٣ - الدخيل ، عبد العزيز بن عبد الله (١٩٩٠ م) سلوك السلوك : مقدمة في أسس التحليل السلوكي ونماذج من تطبيقاته . القاهرة : مكتبة الخانجي .

١ - إبراهيم ، عبد الستار (١٩٨٧ م) ، علم النفس الأكلنيكي : مناهج التشخيص والعلاج النفسي ، الرياض : دار المريخ  
٢ - إبراهيم ، عبد الستار (١٩٨٧ م) أسس علم النفس الرياضي : دار المريخ

## المراجع الأجنبية

- 4- Adesso.V.J. (1990) Habit disorders. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.) International handbook of behavior modification and therapy. (2nd Ed. pp. 857-868). New yor: Plenum press.
- 5- Argyle, M. (1973). Psychology and Social problems. London: Methuen & Co.
- 6- Argyle.M.(1986). Social behavior. In M. Herbert (Ed). Psychology for Social Workers (2 nd edn.) B. P.S.:Methuen
- 7- Bandura,A. (1969). Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart & Winston. -
- 8- Bandura,A. (1977). Social Learning theory. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice- Hall.
- 9- Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and emotional disorders. New York: International Universities press.
- 10- Beck, A.T. (1987). Cognitive therapy. In J. k. Zeig (Ed). The evolution of psychotherapy. New York, N. Y.: Bruner/ Mazel, Inc.
- 11- Craighead, W. E., Kazdin, A. E., & Mahoney , M. J. (1976). Behavior modification: principles, issues, and applications, Boston, MA: Houghton Mifflin.
- 12- Eimers, R., & Aitchison R. (1977). Effective parents, responsible children. N w York: McGraw Hill.
- 13- Ellis, A. (1961). Reason and emotion in psychotherapy, New york: Lyle stuart.
- 14- Ellis, A. (1987). The evolution of rational- emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy (CBT). In J. K. zeig (Ed.) The evolution of psychotherapy. New York, N.Y.: Bruner/ Mazel, Inc.
- 15- Eysenck, H.J. (1979). The Conditioning model of neurosis. Behavioral and Brain Sciences. 2, 155-166.
- 16- Franks, C.M. & Barbrack, C.R. (1986). Behavior therapy With adults: an integrative perspective. In M. Hersen, A.E. Kazdin, & A.S., Bellack(Eds). The Clinical psychology handbook, New York: pergamon (507-524).
- 17- Golfried, M.R. & Goldfried., A.P. (1975). Cognitive change methods. In F. H. Kanfer, and A. P. Goldstein (Eds)., Helping people change. New York: Pergamon.
- 18- Gonzales, L., Hays, R.B., Bond, M. A: & Kelly, J. G. (1986). In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds)

- 1- Stimulus Satiation
- 2- implosive or Flooding Therapy

- The Clinical Psychology handbook. New York, N. Y. Pergamon Press.
- 19- Harris, S.L. (1986). Behavior therapy with children. In M. Hersen, A.E. Kazdin, & A. S. Bellack, (Eds.) The clinical psychology handbook. New York: pergamon. (525-542).
  - 20- Hawton, K. & Kirk, J. (1991), Problem- Solving. In K. Hawton, P.M. Slakovskis, J. Kirk, and D. M. Clark (Eds.) Cognitive behavior therapy for psychiatric problems. Oxford: Oxford University press.
  - 21- Herbert, M. (1987 a) Behavioural treatment of children with problems: A practice manual. London: Academic press.
  - 22- Herbert, M. (1987b). Conduct disorders of childhood and adolescence: A Social learning perspective. Chichester: John Wiley.
  - 23- Ibrahim, A. & Ibrahim R (1990). The behavioral non aversive (gentle) teaching approach and its therapeutic applications in severe behavioral problems. I: Techniques and theoretical foundations. The Arab Journal of psychiatry. 1, No 3, 201-210.
  - 24- Ibrahim, A., Glick, J. & Ibrahim, R. (1991) The behavioral non aversive (gentle) teaching approach and its therapeutic applications in severe behavioral problems. II An applied case study of severe aggression The Arab Journal of psychiatry. Vol. 2, No. 1, 44-52.
  - 25- Ingersoll, B. (1988). Your hyperactive child. New York: Doubleday.
  - 26- Ingram, R.E., & Scott, W.D. (1990). Cognitive behavior therapy. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds) International handbook of behavior modification and therapy. (2nd Ed., pp. 53-66); New York: plenum press.
  - 27- Karoly, p. (1975). Operant methods. In F. Kanfer and A.P. Goldstein (Eds) Helping people change. New York: Pergamon.
  - 28- Kaslow, N.J., & Racusin, G. R. (1990) Childhood depression. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E., Kazdin (Eds) International handbook of behavior modification and therapy. (2 nd Ed., PP. 547-565). New York: Plenum Press.
  - 29- Kazdin, A. E. (1990) Conduct disorders. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds) International handbook of behavior modification and therapy. (2 nd Ed., pp. 669- 706). New York: plenum press.
  - 30- Kendell, P. C. & Bemis, K.M. (1986). Thought and action in psychotherapy: The cognitive-behavioral approaches, In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds) The clinical psychology handbook. New York. N. Y.: pergamon press.
  - 31- Krasner, L. (1990). History of behavior modification. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.), International handbook of behavior modification and therapy. (2 nd Ed. pp., 3-20), New York: Plenum press.
  - 32- Lazarus, A.A. (1971). Behavior therapy and beyond. New York: McGraw Hill.
  - 33- Levis, D. J. (1990). The Experimental and theoretical foundations of behavior modification. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds) International handbook of behavior modification and therapy. (2 nd Ed., pp. 27-52). New York: Plenum press.
  - 34- McGee, J. Menolascino, F. J, Hobbs, D.C., & Menousek, p. E. (1987). Gentle Teaching: A non aversive approach to helping persons with mental retardation. New York: Human Sciences press.
  - 35- Mischel, W. (1968). personality and assessment. New York: John Wiley & Sons.
  - 36- Mischel. W. (1979). On the interface of cognition and personality. American psychologist, 39, 351-364.
  - 37- Morrison, R. .L. (1990). Interpersonal dysfunctions. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds) International handbook of behavior modification and therapy. (2 nd Ed., pp. 503-522). New York: Plenum press.
  - 38- O'leary, K. D., & Wilson, G. T. (1975). Behavior therapy: Application and outcome. Englewood Cliffs, NJ.: prentice-Hall, Inc.
  - 39- Schaefer, C.E. Millman, H.L., Sichel, S., & Zwilling, J. R. (1987). Advances in therapies for children. San Francisco, CA: Jossey- Bass Publishers.
  - 40- Schmalig, K. B. Fruzzetti, A.E., & Jacobson, N. (1991). Marital problems. In K. Hawton, p.M. Slakovskis, J. Kirk, and D.M. Clark (Eds.), Cognitive behavior therapy for psychiatric problems. Oxford: Oxford University press.
  - 41- Skinner, B. F. (1953). Science and human behavior. New York: Macmillan.
  - 42- Skinner, B.F. (1974). About behaviorism. New York: Knopf.
  - 43- Spiegler, M.D. (1983) Contemporary behavior therapy. Palo Alto. CA.: Mayfield Publishing Company.
  - 44- Stampfl, & Levis, D. J. (1976). Implosive therapy: A behavioral therapy. In J.T. Spence, R. C. Carson, & J. W. Thibaut (Eds.) Behavioral approaches to therapy (pp. 89- 110). Morris town, NJ, General Learning press.
  - 45- Weiss, R. L., Heyman, R.E. (1990) Marital distress. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) International handbook of behavior modification and therapy. (2 nd Ed., PP. 475-502). New York: Plenum press.
  - 46- Wolpe, J. (1958) Behavior therapy by reciprocal Inhibition. Stanford, CA: Stanford University Press.
  - 47- Wolpe, J. (1973). The Practice of behavior therapy (2 nd ed.) New York: Pergamon.
  - 48- Wolpe, J. (1987). The promotion of Scientific psychotherapy. In J. K. Zelig (Ed) The evolution of psychotherapy. New York, N. Y. : Bruner/ Mazel, Inc.
  - 49- Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neurosis, New York: Pergamon.