

العلاج النفسي للأطفال

دليل عملي

تحرير | د. سعيد بن سعد الزهراني

تأليف

- أ. حصة بنت مسفر الغامدي
د. سعيد بن سعد الزهراني
د. عبير بنت حسن خياط
د. مجدة السيد الكشكي
د. موزي بنت صالح العويشز
د. نرجس عبدالفتاح بوسعيد



المركز الوطني
لتعزيز الصحة النفسية

العلاج النفسي للأطفال

دليل عملي

ح

المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية، ١٤٤١هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

الزهراني، سعيد بن سعد

العلاج النفسي للأطفال./سعيد بن سعد الزهراني. -
الرياض، ١٤٤١هـ

..ص: .. سم

ردمك: ٩٧٨-٦٠٣-٩١٣٦٠-٠٠-٢

١- العلاج النفسي ٢- الأطفال ٣- أمراض ٤ -علم نفس الطفل
أ- العنوان

ديوي ٦١٦,٩٨١٤ ١٤٤١/١٩٦٤

رقم الإيداع: ١٤٤١/١٩٦٤

ردمك: ٩٧٨-٦٠٣-٩١٣٦٠-٠٠-٢

حقوق الطبع محفوظة للمركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية

لا يجوز إعادة إنتاج أو نقل أي جزء من هذا الكتاب بأي وسيلة

إلا بإذن كتابي من المركز الوطني



مقدمة

العلاج النفسي أحد الوسائل الفاعلة في مساعدة الإنسان على التغلب على معاناته ومشاكله النفسية، وتعتمد فاعليته على العديد من العوامل من بينها المعرفة به والإلمام بتطبيقاته. لذا كان الاتفاق بيني وزميلاتي وزملائي من جانب والمركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية من جانب آخر على إيجاد أدلة علمية تسهم في زيادة المعرفة وتعمق مهارة التطبيق. ونتج عن ذلك تأليف هذا الدليل العملي الذي يوضح وعلى نحو منهجي إجراءات العلاج النفسي مع بعض الاضطرابات النفسية لدى الأطفال. ويُعد هذا الكتاب مع توأمه كتاب العلاج النفسي للكبار من الأعمال القليلة -على حد علمي- التي أجمع فيها عدد من مختصي العلاج النفسي على "قلب كتاب واحد"، وأتمنى أن يتكرر الاجتماع في أعمال وإصدارات أخرى.

ولقد حرصنا على أن نستهل هذا الكتاب بفصل يتطرق لإجراءات التقييم النفسي العيادي للأطفال والتدخلات العلاجية النفسية وهو الفصل الذي نعتقد بإسهامه في تيسير فهم الفصول اللاحقة. وتلته خمسة فصول توضح بشيء من التفصيل العلاج النفسي مع بعض الاضطرابات لدى الأطفال وهي فصل للدكتورة موضي العويش عن اضطراب الاكتئاب. وفصل للدكتورة نرجس بوسعيد والأخصائية حصة الغامدي عن اضطراب ضغط ما بعد الصدمة. وفصل عن الإساءة للأطفال والإهمال للدكتورة مجدة الكشكي. وفصلين عن اضطرابات الأكل لدى الأطفال والتأخر العقلي للدكتورة عبير خياط.

ويتوجب عليّ في هذه المقدمة شكر من دعم ومن عمل؛ فهذا الدليل العملي وغيره من الأدلة العملية والتعريفية ما كانت لتصدر لولا دعم وتعاون المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية بجميع منسوبيه وعلى رأسهم رئيس مجلس الإدارة معالي وزير الصحة الدكتور توفيق الربيعة والأمين العام للمركز الزميل الدكتور عبد الحميد الحبيب الذي أشكره جزيل الشكر على ما قدمه ويقدمه من جهد مخلص للصحة النفسية في جميع المجالات. كما أشكر الزميلات المشاركات في التأليف اللاتي بذلن الكثير من الجهد والوقت.

ختاماً أمل أن يكون هذا الكتاب مفيداً لمقدمي العلاج النفسي للأطفال وللمهتمين بالعلاج النفسي. وسيشعر الزملاء والزميلات في المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية ومؤلفات هذا الكتاب وأنا معهن بأنه يستحق ما بذل فيه من وقت وجهد ومال متى ما استفاد منه ذوي الاختصاص حتى ولو في مساعدة طفل واحد.

المحرر: د. سعيد بن سعد الزهراني

المؤلفون "بحسب ترتيب الحروف"

أ. **حصة بنت مسفر الغامدي:** أخصائية أول علم نفس عيادي بمجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض. ماجستير علم النفس العيادي من كلية الطب بجامعة الإمام عبدالرحمن بن فيصل بالدمام، ودبلوم العلاج المعرفي السلوكي من كلية الطب بجامعة الملك سعود.

د. **سعيد بن سعد الزهراني:** استشاري علم النفس العيادي، دكتوراه في مجال علم النفس العيادي من جامعة نوتجهم، وشهادتي التعليم والتدريب في علم النفس العيادي وعلم النفس العصبي/العيادي من جامعتي مانشستر ونوتجهم بالمملكة المتحدة.

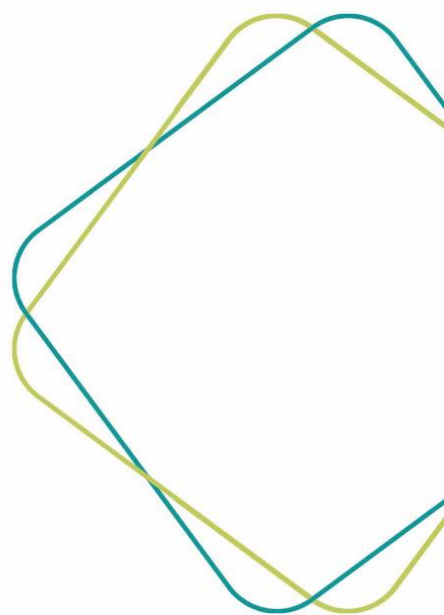
د. **عبير بنت حسن خياط:** أستاذ علم النفس العيادي المشارك بجامعة الملك عبدالعزيز بجدة، واستشاري العلاج النفسي. دكتوراه في علم النفس العيادي من جامعة مارشال بالولايات المتحدة الأمريكية.

د. **مجدة السيد علي الكشكي:** أستاذ علم النفس العيادي بجامعة الملك عبدالعزيز بجدة، واستشاري العلاج النفسي. دكتوراه علم النفس العيادي من جامعة اسيوط بجمهورية مصر العربية.

د. **موضي بنت صالح العويشز:** استشاري وأستاذ علم النفس العيادي المساعد بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض. دكتوراه في مجال علم النفس العيادي من جامعة جورج واشنطن بالولايات المتحدة الأمريكية.

د. **نرجس عبد الفتاح بوسعيد:** استشاري طب نفسي للطفل والمراهق بمجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض. الشهادة الوطنية للدكتوراه في الطب والماجستير في العلاج المعرفي السلوكي وشهادة الماجستير في علم المراهقة من جامعة تونس، والشهادة الوطنية لدكتور متخصص في الطب النفسي للأطفال.

الفهرس



الفصل الأول: التقييمات النفسية والتدخلات العلاجية للأطفال
د. سعيد بن سعد الزهراني

٦٢-١٥

١٦	تمهيد
١٧	التقييمات النفسية
١٨	المقابلات العيادية
٢٠	المقابلة غير-المنظمة
٢٠	المقابلة العيادية المنظمة
٢٣	الملاحظات السلوكية
٢٥	الاختبارات والمقاييس النفسية
٢٥	أدوات التقرير الذاتي
٢٨	مقاييس تقدير السلوك
٢٩	الأساليب الإسقاطية
٣١	صياغة الحالة
٣٢	أنواع صياغة الحالة
٣٣	أغراض صياغة الحالة
٣٤	خطوات صياغة الحالة
٣٥	التدخلات العلاجية
٣٦	العلاج السلوكي
٣٧	التقييمات
٣٧	الاستراتيجيات والتقنيات
٤٣	العلاج الذهني السلوك
٤٤	التقييمات
٤٥	الاستراتيجيات والتقنيات
٤٥	تنمية الوعي بالتغيرات الانفعالية
٤٥	الكشف عن الأفكار التلقائية وتحديد المعتقدات
٤٨	تقييم الأفكار التلقائية والمعتقدات
٤٩	تغيير الأفكار السلبية التلقائية والمعتقدات غير التكيفية
٥٠	اتجاهات علاجية أخرى
٥٠	العلاجات النفسية الدينامية
٥١	العلاج المتمركز حول الشخص
٥٢	العلاج الجشطالتي
٥٣	العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
٥٤	العلاج النفسي البين شخصي
٥٦	مراجع الفصل الأول

٩٦-٦٣

الفصل الثاني: العلاج النفسي لاضطرابات الاكتئاب لدى الأطفال د. ماضي بنت صالح العويشز

٦٤	تمهيد
٦٥	تصنيف اضطرابات الاكتئاب
٦٦	تشخيص اضطراب الاكتئاب الجسيم ومعايير
٦٨	نسبة انتشار الاكتئاب لدى الأطفال وحدوئه
٦٨	الاضطرابات المصاحبة للاكتئاب
٦٨	العوامل المسببة للاكتئاب لدى الأطفال
٦٩	تقييم الاكتئاب لدى الأطفال
٧١	التدخلات العلاجية
٧١	أولاً: العلاج باللعب المتمركز حول الطفل
٧٢	المهارات العلاجية الأساسية لتطبيق العلاج باللعب
٧٤	مواصفات غرفة وأدوات اللعب
٧٥	الوقت المقترح لجلسات العلاج النفسي
٧٥	ثانياً: العلاج الذهني السلوكي
٧٨	دراسة حالة
٧٨	مناهج العلاج الذهني السلوكي
٧٩	العلاج الذهني السلوكي مع المراهقين
٨١	التدخلات العائلية
٨٢	ثالثاً. العلاج النفسي السيكو دينامي
٨٥	رابعاً: العلاج النفسي البين شخصي
٨٧	بداية العلاج النفسي مع الأطفال واستمراريته وإنهائه
٨٧	بناء التحالف العلاجي
٨٩	نقاط مهمة لبناء التحالف العلاجي
٩١	صياغة الحالة وخطة العلاج ووضع أهداف العلاج
٩٢	إنهاء العلاج
٩٢	المتابعة والوقاية من الانتكاسية
٩٤	مراجع الفصل الثاني

١٤٠-٩٧

الفصل الثالث: العلاج النفسي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى الأطفال د. نرجس عبدالفتاح بو سعيد، أ. حصة بنت مسفر الغامدي

٩٨	تمهيد
٩٨	نسب إنتشاره وحدوئه
٩٨	التصنيفات

٩٩	أعراض الاضطراب
١٠٠	المسببات
١٠٠	وسائل الوقاية
١٠١	طرق العلاج
١٠١	العلاج النفسي القائم على البراهين
١٠١	العلاج الذهني السلوكي المركز على الصدمة
١٠٢	العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل
١٠٢	علاج ضغط الصدمة للطفل والأسرة
١٠٣	العلاج النفسي للطفل والوالدين
١٠٣	التقييم
١٠٣	المقابلات
١٠٣	مقاييس التقدير
١٠٤	أدوات التقرير الذاتي
١٠٥	معايير التشخيص
١٠٥	صياغة الحالة
١٠٦	العوامل السلوكية
١١٠	العوامل الذهنية
١١١	رسم خطة العلاج
١١٢	التدخلات العلاجية
١١٢	التثقيف النفسي
١١٩	إدارة الجلسات العلاجية
١٢٠	الجلسة الأولى
١٢٢	الجلسة الثانية
١٢٣	الجلسة الثالثة
١٢٥	الجلسة الرابعة
١٢٧	الجلسة الخامسة
١٢٩	الجلسة السادسة
١٣١	الجلستان السابعة والثامنة
١٣٢	الجلسة التاسعة
١٣٣	الجلسة العاشرة
١٣٣	الجلسة الحادية عشرة
١٣٤	الجلسة الثانية عشرة
١٣٤	إنهاء العلاج
١٣٥	المتابعة والوقاية من الانتكاسة

**الفصل الرابع: العلاج النفسي لاضطرابات الأكل لدى الأطفال
د. عبير بنت حسن خياط**

١٤٢	تمهيد
١٤٢	نسب انتشاره وحدوثه
١٤٣	التصنيفات
١٤٦	أعراض الاضطراب
١٤٧	المسببات
١٤٧	وسائل الوقاية
١٤٧	طرق العلاج
١٤٨	تقييم اضطرابات الأكل لدى الصغار
١٤٨	أبعاد التقييم
١٤٨	طرق التقييم
١٥٠	معايير التشخيص
١٥٠	أعراض إصابة الشخص باضطراب تناول الأطعمة الشاذة
١٥١	أعراض إصابة الشخص بالاضطراب الاجتراري
١٥١	أعراض إصابة الشخص باضطراب تناول الطعام التقييدي/الاجتبابي
١٥٢	أعراض إصابة الشخص باضطراب التغذية أو الأكل المحددة الأخرى
١٥٢	أعراض إصابة الشخص باضطراب فقدان الشهية العصبي
١٥٢	أعراض إصابة الشخص باضطراب الشره العصبي
١٥٢	أعراض إصابة الشخص باضطراب نهم الأكل
١٥٣	صياغة الحالة ورسم خطة العلاج
١٥٣	التدخلات العلاجية لاضطرابات الأكل لدى الصغار
١٥٣	العلاج العائلي
١٥٧	العلاج المعتمد على المعالجة الذهنية
١٥٨	الإجراءات العلاجية وإدارة الجلسات العلاجية
١٥٨	برنامج مادوسلي
١٥٩	المرحلة الأولى: الارتباط وتطوير التحالف العلاجي-المرحلة الابتدائية
١٦٤	المرحلة الثانية: مساعدة الأسرة في إدارة الاضطراب
١٦٦	المرحلة الثالثة: استكشاف قضايا تنمية الفرد والأسرة
١٦٧	المرحلة الرابعة: إنهاء العلاج ومناقشة الخطط المستقبلية
١٦٨	الوقاية من الانتكاسة
١٦٩	العلاج المعتمد على العلاج الذهني الجماعي

١٧٢	التدخلات الوقائية
١٧٥	مراجع الفصل الرابع

٢١١-١٧٧

الفصل الخامس: العلاج النفسي للإساءة والاهمال للأطفال د. مجدة السيد علي الكشكي

١٧٨	تمهيد
١٧٩	نسب انتشار سوء معاملة الأطفال
١٨٠	تصنيف سوء معاملة الأطفال
١٨٢	أعراض سوء معاملة الأطفال
١٨٣	مسيبات سوء معاملة الأطفال
١٨٤	عوامل فردية
١٨٥	عوامل العلاقة
١٨٦	عوامل المجتمع
١٨٦	عوامل مجتمعية
١٨٧	وسائل الوقاية من سوء معاملة الأطفال
١٨٨	طرق العلاج لسوء معاملة الأطفال
١٨٨	تقييم الإساءة إلى الأطفال وإهمالهم
١٨٩	طرق تقييم الإساءة البدنية
٤٨٩	طرق تقييم الإساءة الانفعالية
١٩١	أدوات تقييم الإساءة الانفعالية للطفل
١٩٢	طرق تقييم الإساءة الجنسية
١٩٣	طرق تقييم الإهمال
١٩٤	التدخلات العلاجية
١٩٤	استراتيجيات التدخلات العلاجية
١٩٤	العلاج الذهني السلوكي الذي يركز على الصدمة
١٩٦	العلاج القائم على التفاعل بين الآباء والطفل
١٩٨	العلاج بمساعدة الحيوان
١٩٨	العلاج باللعب
١٩٩	الإجراءات العلاجية وإدارة الجلسات العلاجية
١٩٩	العلاج الذهني السلوكي الذي يركز على الصدمة
١٩٩	التثقيف النفسي وتربية الأطفال
٢٠٠	الاسترخاء
٢٠١	التعبير المؤثر والتعديل
٢٠١	التأقلم الذهني

٢٠٢	تنمية القدرة على سرد الصدمة ومعالجتها
٢٠٢	التعرض الواقعي
٢٠٣	جلسات مشتركة للوالدين والطفل
٢٠٤	تعزيز الأمان والتنمية المستقبلية
٢٠٥	الجلسات الأخيرة
٢٠٥	علاج ضغط الصدمة للطفل والعائلة
٢٠٧	العلاج الذهني السلوكي للأسر التي تعاني من الإساءة البدنية
٢٠٨	العلاج الذي يركز على الصدمة والمعدل ثقافياً
٢٠٩	مراجع الفصل الخامس

الفصل السادس: العلاج النفسي للتأخر العقلي

٢١٣-٢٦٦

د. عبير بنت حسن خياط

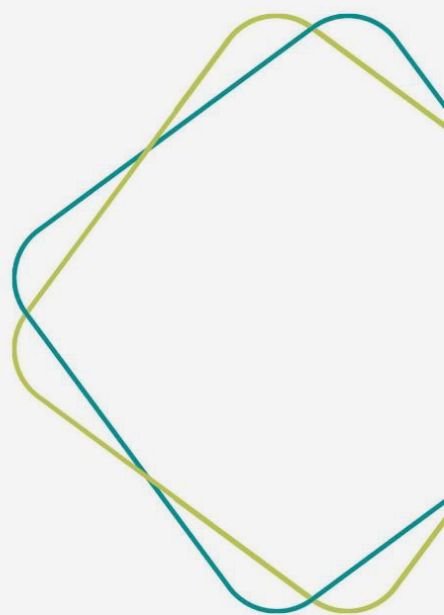
٢١٤	تمهيد
٢١٤	تعريف التأخر العقلي
٢١٥	نسب انتشار التأخر العقلي
٢١٦	تصنيفات التأخر العقلي
٢١٨	أعراض التأخر العقلي
٢١٨	مسببات التأخر العقلي
٢٢١	وسائل الوقاية من التأخر العقلي
٢٢٢	طرق العلاج للتأخر العقلي
٢٢٢	تقييم التأخر العقلي
٢٢٤	طرق التقييم
٢٢٧	معايير التشخيص
٢٢٨	دراسة الحالة
٢٢٩	رسم خطة العلاج
٢٢٩	التدخلات العلاجية
٢٣٠	الاستراتيجيات والمهارات
٢٣٦	إدارة الجلسات العلاجية
٢٣٦	مراحل تخطيط البرامج
٢٣٦	تحديد الهدف من عملية التدريس
٢٣٧	التقييم وتحديد قدرات الطفل في إطار الهدف المحدد
٢٣٩	اختيار البرامج
٢٤٢	تقنين الجرعات التعليمية: "استراتيجيات وضع البرامج"
٢٤٥	تحديد وصياغة الأهداف بعيدة المدى

٢٤٥	تحديد الأهداف الجزئية قريبة المدى
٢٤٦	تصميم الأنشطة التعليمية
٢٤٨	صياغة الأهداف قريبة المدى (الجزئية) والأنشطة التعليمية
٢٥٣	التنفيذ الفعلي للبرامج مع الطفل
٢٥٣	التقييم البيئي
٢٥٤	التقييم النهائي
٢٥٤	طريقة إنهاء العلاج النفسي
٢٥٥	المتابعة والوقاية من الانتكاسة
٢٥٥	تصميم برامج الأنشطة التعليمية للمعوقين عقلياً
٢٥٦	تكوين فكرة عامة عن قدرات الطفل
٢٥٧	تحديد المهارة المراد تعليمها أو تنميتها
٢٥٨	تحديد إجراءات مرتبطة بالمهارة "تستخدم فيها المهارة"
٢٦٤	مراجع الفصل السادس

الفصل الأول:

التقييمات النفسية
والتدخلات العلاجية
للأطفال

د. سعيد بن سعد الزهراني



تمهيد

يعد التقييم والعلاج النفسي للأطفال لاسيما الصغار منهم من المهام الصعبة التي تحتاج إضافة إلى الكفاءة العلمية والمهنية العاليتين مراعاة العديد من الأبعاد الاجتماعية والثقافية. وتكمن الصعوبة في الحصول على المعلومات الموثوقة التي تُعبر عن وظائف وقدرات الطفل ومعاناته كما تكمن في التعامل مع هذه الفئة العمرية ومدى تعاونهم والتزامهم بالعلاج والاستمرار فيه. وغالباً ما يأتي الطفل إلى العيادة النفسية للتقييم أو العلاج بناءً على رغبة ذويه أو من يتولى رعايته وليس من تلقاء نفسه وهو ما قد يكون له تأثير على دافعيته وبالتالي تعاونه والتزامه. وإن كانت عملية التقييم النفسي للأطفال لا تختلف كثيراً عنها لدى الكبار إلا أنها دائماً ما تكون أشمل حيث يتم الحصول على المعلومات من مصادر متعددة وهذا في حد ذاته تحدٍ ولكنه يفضي في نهاية الأمر إلى صياغة جيدة لحالة الطفل وبالتالي إلى تشخيص دقيق وعلاج فاعل. كما أن تعدد مصادر المعلومات يقلل من حدوث التظاهر المتعمد بالمرض أو أية شكل من أشكال الحصول على مكاسب ثانوية (Francis & Haddock, 2016).

ومن المهم وضع مراحل النمو موضع الاعتبار أثناء التقييم والعلاج وذلك لطبيعة تحرك القدرات والاختلافات، فما يستطيع عليه طفل في سن الثامنة لا يستطيع عليه طفل في سن الخامسة بل قد لا يستطيع عليه طفل في نفس سن الثامنة ولكنه قد يستطيع ويتفوق بعد عام أو عامين. ومن المعلوم أن نمو الأطفال لا يتم وفق جدول زمني ثابت وموحد. كما أن ما يُعد سلوكاً غير سوي في سن معين لا يعد كذلك في سن آخر وذلك كما في التبول اللاإرادي. ويؤثر النمو أيضاً على ظهور أعراض الاضطرابات، فعلى الرغم من أن الاضطرابات النفسية لدى الأطفال والبالغين تخضع بشكل عام لنفس فئات التشخيص إلا أن ثمة اختلافات داخل الفئات الخاصة بكل مرحلة عمرية. وتختلف الأعراض حتى بين الأطفال باختلاف العمر، فقد لا تكون أعراض الاكتئاب لدى طفل عمره ست سنوات نفسها لدى طفل عمره إحدى عشرة سنة (Phillips & Gross, 2010).

وإن كان من المهم تكييف الأساليب العلاجية بحيث تكون ملائمة لأعمار الأطفال فإنه يجب في نفس الوقت تحديد زمن جلسات التقييم والعلاج على نحو يناسب سن الطفل مع مراعاة أن الكثير من الأطفال ليس لديهم القدرة على التركيز لفترة طويلة، إضافة إلى حاجتهم إلى وقت طويل لبناء علاقة مع المعالج وحدوث الألفة. وتظل مقاومة الطفل للعلاج النفسي من العقبات الرئيسية التي تحتاج إلى تعامل خاص، لذا فإن مساعدته على الشعور بالأمان والتعبير عن مشاعره أمر غاية في الأهمية، إضافة إلى

تعزيز شعوره بذاته الذي يُعد خطوة حاسمة نحو التعبير الانفعالي السوي والنمو الأمثل (Brems & Rasmussen, 2019; Oaklander, 1997).

التقييمات النفسية

التقييم عملية منظمة يتم من خلالها جمع المعلومات وتفسيرها واستخدامها للوصول إلى وصف عيادي لحالة المفحوص (Hunsley, 2002). وللتقييم أهمية في التدخلات العلاجية بدءاً بأخذ المعلومات الأولية الخاصة بالمريض ومروراً بمراحل العلاج وحتى الانتهاء. ويمكن استخدام التقييم للعديد من أغراض العلاج النفسي التي منها- على سبيل المثال لا الحصر- التشخيص والتخطيط للعلاج وبناء صياغة الحالة ورصد وتقييم نتائج العلاج. ولاشك في أن التعرف على ما يعاني منه الطفل بشكل دقيق يُسهم في كفاءة وفعالية ما يتلو ذلك من تدخلات علاجية، لذا لا بد من توفر أدوات تقييم متنوعة تتسم بالموثوقية والصلاحية لاستخدامها خلال مراحل العلاج المختلفة (McLeod, Jensen-Doss, & Ollendick, 2013). كما أن للتقييم دورٌ في تشكيل التحالف العلاجي بين المعالج والطفل أو ذويه، فالتحالف أكثر من مجرد أن يكون المعالج مقبولاً أو محبوباً، بل أنه ينطوي على الحوار من أجل تحديد الأهداف العلاجية المشتركة (Green, 2006). ويمكن الحصول على المعلومات التي تساعد في التقييم عبر مصادر متعددة منها ما هو مباشر وذلك من خلال الطفل نفسه، ومنها ما هو غير مباشر مثل مقابلة الوالدين أو أعضاء من الأسرة أو من يتولى رعايته أو المعلمين أو أي عضو من أعضاء المجتمع ذا علاقة. ونتطرق في المقاطع التالية إلى هذه المصادر وذلك قبل الحديث عن استراتيجيات جمع المعلومات.

المعلومات من الطفل: يُعد الحصول على المعلومات من الطفل مباشرة أكثر الأساليب شيوعاً في عملية التقييم، وتسهم مقابلة الطفل والحصول على المعلومات منه في بناء الألفة والتحالف وإيصال رسالة ضمنية تتعلق بدوره الفاعل في التقييم والعلاج وفي اتخاذ قراراته (Watson & Flamez, 2014). وقبل المقابلة يمكن استكمال استبيان تاريخ حياة الطفل من قبل ذويه أو من يتولى رعايته، وغالباً ما يتضمن الاستبيان وصفاً للمشكلة، ومعلومات شخصية أساسية، وأنشطة الحياة اليومية، والهوايات والاهتمامات. ووصفاً للعلاقات والتفاعلات الأسرية. ومعلومات أخرى خاصة بالتقييم أو العلاج. ويعتمد في الحصول على المعلومات بشكل مباشر من الطفل على نوع الأسئلة التي عادةً ما تكون

أسئلة مفتوحة تتطلب الإجابة عليها الإسهاب والتفصيل وقد تكون الأسئلة مغلقة بحيث تتم الإجابة بنعم أو لا (Phillips & Gross, 2010).

المعلومات من مصادر أخرى: لا تقل أهمية المعلومات التي يتم الحصول عليها من ذوي الطفل لاسيما الوالدين عن تلك التي يتم الحصول عليها من الطفل خصوصاً في حالة الأطفال الصغار الذين يجدون صعوبة في وصف حالاتهم. ويحدث أيضاً في بعض الأحيان الحصول على المعلومات -سواءً بالمقابلات أو الاستبيانات- ممن يُعتقد أن لديهم معلومات تفيد في فهم حالة الطفل على نحو أفضل وبالتالي الوصول إلى التشخيص الأصح والعلاج الأمثل ومن أولئك الأجداد والأعمام والأخوال والأشقاء والأقران، وكذلك من المختصين الآخرين في المجالات التعليمية والاجتماعية والطبية (Francis & Haddock, 2016).

وتتنوع استراتيجيات جمع المعلومات التي تتمثل في المقابلات العيادية بأنواعها المختلفة والملاحظات السلوكية والاختبارات والقوائم وأدوات التقرير الذاتي والتقدير. ونورد في المقاطع والصفحات التالية وبيجاز تلك الاستراتيجيات التي تُساعد المختص في عملية التقييم العيادي الشامل.

المقابلات العيادية

المقابلة Interview إجراء عيادي يستخدم لأغراض مختلفة، فهي إما تشخيصية Diagnostic وإما علاجية نفسية Psychotherapeutic. وتعد المقابلة التشخيصية -تسمى أيضاً مقابلة التقييم العيادي- الوسيلة الأساسية المستخدمة لجمع المعلومات عن المريض بهدف الوصول إلى تشخيص حالته (Lewis et al., 2014). وفي المقابل؛ تهدف المقابلة العلاجية النفسية إلى تخفيف التوتر الانفعالي وتعزيز تبصر الفرد وتشجيعه على إحداث التغيير في سلوكه أو في مشاعره مما يؤدي إلى تحسين أوضاعه الحياتية (McConaughy, 2013). وفي هذا السياق نشير إلى المقابلة الدافعية Motivational التي هي في حقيقتها محادثة علاجية تستخدم أسلوباً توجيهياً في التواصل بهدف إحداث تغيير في السلوك وتحسين الحالة الصحية. فهي بهذا المعنى أسلوب محادثة تعاونية تعتمد على الفرد لتقوية دافعيته والتزامه بالتغيير حيث تُعطى لغة التعبير اهتماماً خاصاً وسط مناخ من القبول والرفقة (Miller & Rollnick, 2013). على أية حال؛ فإن موضوعنا في هذا الجزء هي مقابلة التقييم العيادية أو التشخيصية التي ينظر إليها على أنها مهارة يُمكن تعلمها ولكنها في ذات الوقت فنٌّ عند ممارستها، وهي إن كانت كذلك في عمومها فإن مقابلة الأطفال

والمراهقين تتطلب مجموعة من المهارات الخاصة سواءً فيما يتعلق بالجوانب العيادية أو البراعة الشخصية (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2009).

وبشكل عام؛ يظل خلق علاقة تركز على الثقة والألفة أمراً ضرورياً للحصول على معلومات موثوقة. ومن الضروري عند تقييم الأطفال أن يكون مكان التقييم ملائماً وأن تكون لغة التخاطب مناسبة كما يستحسن أن تكون ملابس المختص التي يرتديها غير رسمية مع الحرص على بذل كل ما من شأنه ردم الفجوة النفسية بين الطفل والمختص وجعله مرتاحاً بحيث يتمكن من إعطاء أفضل ما لديه والتعبير عن حقيقة ما يعانيه. وعادةً لا تختلف مكونات مقابلة الأطفال والمراهقين عن مكونات مقابلة الكبار (Francis & Haddock, 2016).

ويتم إجراء المقابلة العيادية بعدة طرق منها طريقة المقابلة غير-المنظمة Unstructured أو غير-المقننة، كما يُمكن أن تتم عن طريق المقابلة المنظمة Structured أو المقننة التي يُمكن تمييز نوعين منها هما: المقابلة عالية-التنظيم Highly-Structured التي تُستخدم فيها نفس صيغ الأسئلة بالترتيب التي هي عليه، حيث يتوجب على المختص قراءة كل سؤال قراءة حرفية دون اختلاف أو إضافات. والمقابلة نصف-المنظمة Semi-Structured التي تُوفر إرشادات عامة ومرنة لإجرائها مما يتيح للمختص حرية أكبر في تعقب العديد من البدائل والتحقق منها، وقد يضيف المختص في بعض الحالات أسئلة من عنده الأمر الذي تبدو عليه المقابلة على أنها محادثة أكثر من كونها مقابلة (Rogers, 2001; Miller, 2019). ولكل نوع من أنواع المقابلة العيادية استخدامات تحدها عوامل عديدة منها: الأغراض، ومصدر وسبب الإحالة، والشكوى.

ونشير في البدء إلى المقابلة العيادية الأولية Initial Clinical التي يُقصد بها أول مقابلة مع المراهق أو الطفل ووالديه والتي تتمثل أغراضها فيما يلي: استيضاح ما يتعلق بإحالة الطفل، الحصول على التاريخ النمائي والأسري، جمع معلومات حول العوامل الوراثية والحيوية والثقافية والاجتماعية والعائلية والمدرسية التي قد تكون ذات صلة بطلب الإحالة، وجهة نظر الوالدين والطفل فيما يتعلق بالمشكلة التي تم إحالته بسببها، الملاحظات السلوكية فيما يتعلق بالتفاعل بين الطفل والوالدين، صياغة الانطباعات التشخيصية الأولية أو الفرضيات العيادية، تحديد إجراءات التقييم النفسي المطلوبة، وضع خطة لجمع معلومات إضافية، الحصول على موافقة الوالدين بشأن التقييم أو العلاج أو الحصول على معلومات أخرى (Huberty, 2012).

المقابلة غير-المنظمة: يمكن للمختص في هذه المقابلة صياغة أسئلته في ضوء المشاكل التي يعاني منها المريض، كما يسمح له بتسجيل الإجابات بطريقة ذاتية (Rogers, 2001). وتعتمد هذه المقابلة على المختص فهو مسئول بشكل كلي عن تحديد نوعية الأسئلة التي يتوجب طرحها على المفحوص كما أنه مسئول عن الكيفية التي تُستخدم فيها المعلومات المتحصل عليها للوصول إلى التشخيص الملائم (Summerfeldt & Antony, 2002). ولكونها مقابلة غير مُقننة فإن توجيهها يتطلب من المختص الاعتماد على العديد من العوامل التي من بينها شكوى المريض، والحدس العيادي، والنموذج النظري الذي يتبعه، والمعلومات التي يمتلكها (Segal & Coolidge, 2007). وإن كانت المقابلة غير-المنظمة تتسم بالمرونة التي تُمكن من الحصول على كمية وافرة من المعلومات عن المريض وبالتالي فهم أعمق عن حالته (Segal, Maxfield, & Coolidge, 2008)، إضافة إلى إسهامها في إنشاء ألفة أو علاقة مهنية جيدة معه (Sattler, 1998)، إلا أنها تتسم بانخفاض موثوقيتها وصلاحيتها (Rogers, 2001).

المقابلة العيادية المنظمة: في هذا النوع من المقابلات دائماً ما يتم طرح أسئلة معيارية بدقة وبنفس التسلسل وذلك كما في دليل التعليمات، وتُسجل الإجابات في ضوء تعليمات محددة ومن ثم تُقدر وفقاً لتقييمات مُقننة (Segal & Coolidge, 2007). وتتسم هذه المقابلة بالعديد من المزايا الإيجابية من أهمها موثوقيتها وصلاحيتها العاليتين، إضافة إلى تغطيتها للكثير من الفئات التشخيصية والتمكين من تقدير حدة الأعراض ومستويات العجز، وسهولة إجرائها (Rogers, 1995). وعلى الرغم من المزايا الإيجابية للمقابلة المنظمة إلا أن لها بعض العيوب، منها تأثير بنيتها غير المرنة على طبيعة التواصل بين المختص والمفحوص، هذا بالإضافة إلى بعض الشواهد التي تُشير إلى إقرار المفحوص بأعراض كثيرة في بداية المقابلة. كما يُعتقد بحدوث إساءة فهم الأسئلة وبالتالي الحصول على إجابات غير ملائمة. ومن عيوبها أنها قد تحتاج في بعض الحالات إلى وقت طويل للتدريب على تطبيقها (Loney & Frick, 2003). والمقابلة العيادية المنظمة ليست ذات صيغة واحدة بل هي ذات صيغ متنوعة، وعلى الرغم من السمات المشتركة بين أنواعها إلا أنه يُوجد اختلافات كبيرة بينها، وهي ما يُمكن حصرها في ثلاثة أبعاد رئيسة أولها التشخيص، حيث تذهب بعضها إلى مسح العديد من الاضطرابات عن طريق التقليل من الأسئلة في حين يذهب البعض الآخر إلى التعمق في أعراض اضطراب واحد، وثاني تلك الأبعاد سهولة الاستخدام، ويتمثل ثالثها في درجة التنظيم الذي أشرنا إليه في الصفحة السابقة. وتوجد العديد من المقابلات المنظمة الشائع

استخدامها للتقييم العيادي للأطفال والمراهقين ومنها ما يلي:

جدول تقييم الطفل Child Assessment Schedule: يُعد هذا الجدول من ضمن المقابلات المنظمة التي تُستخدم من قبل مختص ذو خبرة، وهو من جزئين حيث يتكون الجزء الأول من أكثر من سبعين سؤالاً ذات صلة بوظائف الطفل في مجالات عدة، هي: الأسرة، المخاوف، المدرسة، الأصدقاء، الصورة الذاتية، المزاج، التعبير عن الغضب، المخاوف الجسدية، الأنشطة والهوايات، وأعراض اضطراب التفكير. ويتكون الجزء الثاني من أكثر من خمسين بنداً مخصصة للجوانب التالية: القدرة الذهنية، التناسق الحركي، مستوى النشاط، التواصل اللفظي، التعبير العاطفي، والانطباعات العيادية للتفاعلات بين شخصية (Whitcomb & Merrell, 2013).

جدول المقابلة التشخيصية للأطفال Diagnostic Interview Schedule for Children: مقابلة تشخيصية عالية التنظيم تستخدم لتقييم العديد من الاضطرابات الشائعة لدى الأطفال والمراهقين ومنها اضطرابات القلق مثل المخاوف والقلق العام، واضطرابات المزاج مثل الاكتئاب والهوس، واضطرابات النمو والسلوك، وتعاطي المخدرات، واضطرابات الأكل، والفصام. ويوجد منها صيغتان إحداهما مخصصة للأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين ست سنوات إلى سبع عشرة سنة والأخرى مخصصة للآباء. ويمكن استكمالها من قبل المختصين أو من قبل آخرين لديهم تدريب عليها، كما يمكن استكمالها ذاتياً (Shaffer et al., 2000).

التقييم الطبنيقي للأطفال والمراهقين Child and Adolescent Psychiatric Assessment: هذا التقييم مقابلة منظمة مخصصة للأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين تسع سنوات إلى سبع عشرة سنة حيث تزود المختص بمعلومات عن بدء الأعراض ومدتها وترددتها وشدتها. وهي تنقسم إلى وحدات مخصصة لاضطرابات السلوك التخريبي، واضطرابات المزاج، واضطرابات القلق، واضطرابات الأكل، واضطرابات النوم، واضطرابات الاخراج، وتعاطي المخدرات، واضطرابات التشنج اللاإرادي، واضطرابات أخرى مثل متلازمة الضغط اللاحق للصدمة وأعراض الجسدية والفصام. ويسمح نظام الوحدات هذا للمختص بتطبيق كل وحدة على انفراد دون الحاجة إلى إجراء كامل المقابلة التي قد تستغرق ساعة أو أكثر. ويوجد منها صيغتين واحدة تستخدم مع الأطفال وتستخدم الأخرى مع الوالدين (Angold et al., 1995).

المقابلة التشخيصية للأطفال والمراهقين :Diagnostic Interview for Children and Adolescents

هي مقابلة منظمة على الرغم من صياغة أسئلتها بدقة إلا أنها تُعد بحسب مُعديها مقابلة نصف-مُنظمة. وهي تغطي ثمانية وعشرون تشخيصاً ذا علاقة باضطرابات الأطفال النفسية والنمائية والعقلية، ويوجد منها ثلاث صيغ، إحداها تستخدم مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ست سنوات إلى اثني عشرة سنة، والأخرى للذين أعمارهم ما بين ثلاث عشرة سنة إلى سبع عشرة سنة، والصيغة الثالثة مخصصة للوالدين (Reich, 2000).

جدول المقابلة للأطفال والمراهقين Interview Schedule for Children and Adolescents

هذا الجدول مقابلة شبه منظمة وهو مخصص لتقييم اضطرابات المزاج بشكل رئيس لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ثمان سنوات إلى سبع عشرة سنة. ويوجد منه صيغتان إحدهما لأخذ المعلومات أولياً، والصيغة الأخرى للمتابعة حيث تستخدم لإعادة تقييم الذين أعمارهم ثمان عشرة سنة فأكبر. ويتكون الجدول من أقسام مخصصة للأعراض والعلامات، الحالة العقلية، الملاحظات السلوكية، انطباعات المختص، ومعالم النمو. هذا بالإضافة إلى بنود مخصصة لتقييم الأداء الشامل والضعف العام (Sherrill & Kovacs, 2000).

وبشكل عام؛ تتضمن المقابلة مع الوالدين بشأن طفلها السؤال عما يلي: وجهة نظرهما حول المشكلة، البيئة المنزلية، الجوار، علاقته مع إخوته وأقرانه، علاقاته معهما ومع وغيرهما من البالغين، اهتماماته وهواياته، نظام حياته اليومي، قدراته الذهنية، مستواه في المدرسة، سلوكه وانفعالاته، مهاراته الحركية، تاريخه الصحي، خصائص الأسرة أو مشاكلها، توقعاتها للطفل. وغالباً ما تتضمن المقابلة مع الطفل السؤال عن الجوانب التالية: معلومات عن المشكلة، أموره المدرسية، انتباهه وتركيزه في المدرسة، حياته في المنزل، اهتماماته، أصدقائه، مزاجه ومشاعره، مخاوفه وهمومه، مفهومه عن ذاته، مشاكله الجسدية، وساوسه وأفعاله القهرية، اضطرابات تفكيره، وذكرياته وخیالاته (Sattler & Hoge, 2008). ويوجد في نماذج المقابلات أسئلة مقترحة لكل جانب من هذه الجوانب، والتي يمكن تعديلها بحسب الحالة، ويُعد هذا المحتوى مثلاً للمقابلة التي توفر معلومات شاملة عن مشكلات الإحالة والعوامل ذات العلاقة والمحتملة.

الملاحظات السلوكية

تُعد الملاحظة السلوكية Behavioral Observation جزءاً مهماً من عملية التقييم العيادي، ويهدف هذا الإجراء المنظم إلى جمع المعلومات عن الطفل بشكل مباشر من خلال ملاحظة سلوكه أثناء المقابلة العيادية، ومن خلال فحص الحالة العقلية Mental Status Examinations وتفاعله مع ذويه أو من يتولى رعايته، وكذلك أثناء استكمال أدوات التقرير الذاتي. ودائماً ما توفر الملاحظة معلومات تشخيصية مهمة قد لا يتم الحصول عليها من خلال الإجراءات الأخرى (Merrell, 2008a; Vanderploeg, 2000). وخلال هذا الإجراء العيادي التقييمي يمكن ملاحظة العديد من مظاهر السلوك والانفعالات التي لا يمكن التعبير عنها لفظياً ومنها التفادي واليقظة المفرطة وردود الفعل المفاجئة أثناء المقابلة. وتساعد العديد من الملاحظات في جعل جلسات التقييم والعلاج أكثر ملاءمة للطفل، وعادةً ما يُلاحظ مصاحبة سلوكيات التيقظ المفرط ميل الطفل إلى الجلوس في مواجهة الباب أو عدم الارتياح إذا تم إغلاق الباب. كما يمكن ملاحظة بعض السلوكيات التجنبية كالاستخدام الزائد للفكاهة أو الحديث في مواضيع أخرى للحد من مناقشة خبرات أو أعراض محددة مرتبطة بمخاوف أو صدمات نفسية، إضافة إلى تجنب التواصل البصري (Smith & Rauch, 2010). وكذلك التعبير الانفعالي غير الملائم، وسوء التحكم في المزاج، وضعف الحس العام، والحساسية النفسية، والإحباط، والمثابرة، والسيطرة على الانفعالات، والكمالية (Plante, 2011). هذه المظاهر السلوكية قد يكون لها انعكاس على تفاعل الطفل أو المراهق أثناء جلسات التقييم كما قد تتداخل مع استجابته للعلاج وتؤثر على تكيفه وتفاعله الحياتي.

ويمكن أن تكون ملاحظة الطفل مباشرة في بيئته الطبيعية للحصول على المعلومات ذات صلة بالواقع، بحيث تتم في الفصل الدراسي أو المنزل، وهذا ما يتيح للمختص تحديد المثيرات التي تساهم في حدوث السلوك المضطرب واستمراره. كما قد تتيح له تحديد العوامل المسببة للمشكلة التي لا يلاحظها الآباء أو المعلمين. هذا بالإضافة إلى أن مراقبة السلوك داخل السياق الذي يحدث فيه يمنح المختص أفكاراً حول أفضل الأساليب العلاجية الممكن استخدامها مع الطفل (Phillips & Gross, 2010).

ويختلف محتوى فحص الحالة العقلية لدى الأطفال عنه لدى الكبار قليلاً ولكنه لا يختلف من حيث الإجراء. وفي جميع الأحوال فإن لهذا الإجراء مع الأطفال أهمية بالغة في عملية التقييم والتشخيص كونه يعد حجر الزاوية الذي تركز عليه ملامح

السياغة والعلاج والمآل (Goodman & Sours, 1998). ويركز الفحص على ملاحظة العديد من الجوانب النفسية والعقلية الرئيسية، وهي: المظهر العام، تفاعل الطفل مع والديه، التوجه أو الاهتمام، اللغة والتخاطب، المزاج والوجدان، عمليات التفكير ومحتواه، العلاقات الاجتماعية، السلوك الحركي، وظائف الذاكرة، القدرة على الحكم والبصيرة (Sadock & Sadock, 2009). كما يمكن ملاحظة وضعية الجسم وحركاته وتعابير الوجه وعلاقة الطفل بالمختص (Vanderploeg, 2000). ويمثل فحص الحالة العقلية من الناحية النظرية الفحوصات الطبية الأولية التي يُجرىها الأطباء على المرضى بأمراض عضوية (Groth-Marnat, 2009). ويحتاج هذا الإجراء إلى مهارة عالية حيث ينبغي على المختص الاستماع والتركيز بعناية إلى ما يقوله الطفل وما لم يقله والتمعن في التباين بين الأعراض من وجهة نظر المفحوص والأعراض التي يُلاحظها الآخرون عليه (Sbordone, 2000). وعلى الرغم من اعتماد العديد من المختصين على الأسلوب غير المنظم للفحص إلا أن البعض يعتمد على الأسلوب المنظم ونصف المنظم (Rozenblatt, 2011)، وذلك بسبب ميل بعض الفاحصين إلى إهمال معلومات مهمة ذات علاقة بالمريض. وفي هذا السياق يُشار إلى إسهام استبيانات فحص الحالة العقلية المفصلة في التحسين الكبير للتقييم وتسجيل الملاحظات السلوكية (Sbordone, 2000).

وتُوجد بعض قوائم واستبيانات الحالة العقلية التي يُمكن أن تكون جزءاً من المقابلة الاستهلاكية أو قد لا تكون جزءاً منها، حيث يتم استكمالها في أوقات أخرى. كما يوجد عدد كبير من الأدوات والأنظمة التي تستخدم للملاحظة المباشرة في البيئة الحقيقية سواء في المدرسة أو المنزل أو تلك التي تستخدم في العيادة، وتطرق في المقاطع التالية وبإيجاز شديد لبعض منها، وهي:

نموذج الملاحظة المباشرة Direct Observation Form: يستخدم هذا النموذج للملاحظة الأطفال في الفصول الدراسية والأنشطة الجماعية الأخرى. وعلى نقيض أنظمة الملاحظة الأخرى فإن هذا النموذج يعتمد جزئياً على مقياس تقدير السلوك حيث يُقدر كل بند من بنوده الستة والتسعون بحسب مقياس من أربع نقاط. ودائماً ما يتم استكمال بنود النموذج بناءً على ما تم ملاحظة من سلوك خلال فترة الملاحظة وليس بناءً على ما عرفه الفاحص عن الطفل أو ما يُعرف عنه (Achenbach, 2009).

تفاعل الأسرة Family Interaction: هو نظام لتسجيل الملاحظة في المنزل مع التركيز على

بعض السلوكيات المنفرة أو غير المرغوبة. ويستهدف هذا النظام بالملاحظة تسع وعشرون فئة سلوكية مختلفة. ويجب استخدامه من قبل مختص على درجة عالية من الخبرة والتدريب (Weinrott & Jones, 1984).

مقياس الانطباعات Impression Measure: تستخدم هذه الأداة في العيادة أو مكان العلاج لتقييم التفاعلات الأسرية والممارسات الوالدية التي تشجع على تطوير السلوكيات المضادة للمجتمع واستمرارها. كما تستخدم لقياس استخدام الوالدين لأساليب الانضباط، وتشجيع المهارات، وحل المشكلات، والمشاركة الإيجابية، والمراقبة (DeGarmo, Patterson, & Forgatch, 2004).

نظام التفاعل بين الوالدين والطفل Dyadic Parent-Child Interaction System: طريقة موثوقة وفعالة للتقييم من خلال الملاحظة المباشرة لسلوكيات المرتبطة بالمشاكل الخارجية Externalizing لدى الطفل في سياق تفاعله مع والديه في مكان العلاج (Eyberg, Chase, Fernandez, & Nelson, 2014).

الاختبارات والمقاييس النفسية

يوجد عدد كبير من اختبارات التقييم النفسي Psychological Assessment Tests التي يمكن استخدامها مع الأطفال والمراهقين لتقييمهم على نحو موضوعي. ونقصد بتلك الاختبارات مقاييس التقرير الذاتي، ومقاييس تقدير السلوك، وقوائم الأعراض وتقييم الحدة، والتقنيات والمقاييس الإسقاطية Projective. ومهما يكن نوع الأداة فإنه من المهم أن يكون لدى المختص دراية بها وبما يتعلق بها من خصائص قياسية وجوانب القوة والقصور فيها (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2011). وتتمثل جوانب القوة في موضوعيتها، وعدم تحيزها، وموثوقيتها وصلاحيتها، ولفتها الاصطلاحية المفهومة، ونتائجها التي تساهم بشكل جيد في علميتي التقييم والعلاج. أما جوانب القصور فهي تكلفتها الباهظة، واستهلاكها الوقت، ومحدودية قيمتها التقييمية والعلاجية (Francis & Haddock, 2016).

أدوات التقرير الذاتي Self-Report Instruments: يوجد عدد كبير من هذه الأدوات التي تُستخدم لاستكمال التقييم العيادي أو لتتبع تطور العلاج وفعاليتها، ومنها ما هو شامل يُستخدم لتقييم خصائص شخصية واضطرابات انفعالية عديدة، ومنها ما هو مخصص لتقييم وظيفة انفعالية محددة، وغالباً ما تستكمل هذه الأدوات من قِبَل

المريض في مراحل التقييم الاستهلاكية، وبالنسبة للأطفال يمكن استكمالها من طرف ثالث في بعض الأحيان (وللاطلاع أكثر على معظم أدوات التقرير الذاتي المخصصة للأطفال والمراهقين انظر: Verhulst & van der Ende, 2006). ونورد في المقاطع التالية بعض من أهم تلك الأدوات.

قائمة سلوك الأطفال Child Behavior Checklist: يوجد من هذه القائمة صيغتان إحداهما قائمة الوالدين التي تتكون من مائة وثمانية عشر بنداً تستخدم لتقييم مجموعة كبيرة من السلوكيات والأعراض بما في ذلك أعراض الاكتئاب والقلق لدى الأطفال. أما القائمة الثانية فهي قائمة المعلم التي تتكون من مائة وعشرين بنداً وتقيس نفس ما تقيسه قائمة الوالدين (Achenbach & Rescorla, 2001).

قائمة بيك للاكتئاب للفتيان Beck Depression Inventory for Youth: تتكون هذه القائمة من عشرين بنداً تقيس شدة الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين سبع سنوات إلى ثمان عشرة سنة. وتدرج الأعراض التي تقيسها القائمة تحت الأفكار السلبية المتعلقة بالذات والحياة والمستقبل، والحزن، والمؤثرات الفسيولوجية للاكتئاب. ويستغرق تطبيقها في العادة ما بين خمس إلى عشر دقائق (Beck et al., 2005).

قائمة اكتئاب الأطفال Children's Depression Inventory-2: تتكون القائمة من ثمان وعشرين بنداً تقيس أعراض الاكتئاب، وهي تستخدم على نطاق واسع مع الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين سبع سنوات إلى سبع عشرة سنة. ويحصل من خلاله على درجتين للمشاكل الانفعالية والمشاكل الوظيفية، وأربع درجات فرعية للحالة المزاجية/الأعراض الجسدية، والثقة السلبية بالنفس، والمشاكل البين شخصية، وعدم الفعالية. ويستغرق تطبيقها في العادة ما بين خمس إلى عشر دقائق. ويوجد منها صيغة قصيرة تتكون من اثني عشر بنداً تستخدم لأغراض المسح ومراقبة التحسن. إضافة إلى صيغتين إحداهما للوالدين وتتكون من سبعة عشر بنداً والأخرى للمعلم وتتكون من اثني عشر بنداً (Kovacs, 2010).

مقياس قلق الأطفال الصريح المنقح Revised Children's Manifest Anxiety Scale-2: يتكون هذا المقياس من تسعة وأربعين بنداً مخصصة لتقييم مظاهر القلق الصريح لدى الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين ست سنوات إلى تسع عشرة سنة. وهو يُعد أكثر مقاييس القلق استخداماً في أوساط هذه الفئة العمرية. وتدرج بنوده تحت

أربعة مقاييس فرعية، هي: القلق الفسيولوجي، والهم، والقلق الاجتماعي، والدفاعية. ويستغرق تطبيقه في العادة خمس عشرة دقيقة تقريباً. ويوجد صيغة قصيرة من المقياس تتكون من عشرة بنود فقط (Reynolds & Richmond, 2008).

مقياس القلق متعدد الأبعاد للأطفال-2 Multidimensional Anxiety Scale for Children-2:

يتكون هذا المقياس من تسعة وثلاثين بنداً تقيس العديد من مظاهر القلق، وهي: قلق الانفصال/الرهاب، القلق الاجتماعي، مؤشر اضطراب القلق العام، الوسواس والقهر، الأعراض الجسدية، وتجنب الأذى. إضافة إلى مؤشر عدم الاتساق للكشف عن الاستجابة غير المتسقة. وهو يستخدم مع الذين تتراوح أعمارهم ما بين ثمان سنوات إلى تسع عشرة سنة. ولا يستغرق تطبيقه في العادة أكثر من خمس عشرة دقيقة (March, 2013).

قائمة القلق والرهاب الاجتماعي للأطفال Social Phobia and Anxiety Inventory for Children:

تتكون هذه القائمة من ستة وعشرين بنداً تستخدم لتقييم ثلاثة عوامل، هي: التوكيدية/المحادثة العامة، اللقاءات الاجتماعية التقليدية، والأداء الاجتماعي. وهي مخصصة للذين تتراوح أعمارهم ما بين ثمان سنوات إلى سبع عشرة سنة. ولا يستغرق تطبيقه في العادة أكثر من خمس عشرة دقيقة (Beidel, Turner, & Morris, 1995).

مقياس القلق المصور Picture Anxiety Test: يقيس هذا الاختبار عدد من مظاهر القلق

وأنماط التجنب باستخدام إحدى وعشرون صورة افتراضية تحتوي على مواقف وأشياء يُرجح أنها تثير خوف الأطفال الصغار. وهو يستخدم مع الذين تتراوح أعمارهم ما بين أربع إلى ثمان سنوات (Dubi & Schneider, 2009).

قائمة فلوريدا للوسواس القهري لدى الأطفال Children's Florida Obsessive-Compulsive Inventory:

تتكون هذه القائمة من سبعة عشر بنداً لتقييم وجود الأعراض، وخمسة بنود لتقييم شدة الأعراض وتأثيرها على الوظائف الحياتية حيث خصصت لتقييم مستوى التحكم، مقدار الوقت، درجة التداخل، مستوى الشدة أو الكرب، ومدى سيطرة الأعراض في الشهر الماضي. وهي مخصصة للأطفال المراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين ثمان سنوات إلى ثمان عشرة سنة. وعادةً لا يتجاوز تطبيق خمس عشرة دقيقة (Storch et al., 2009).

قائمة الوسواس القهري للأطفال Children's Obsessional Compulsive Inventory: تتكون

القائمة من جزئين مخصصين لتقييم محتوى وشدة أعراض الوسواس القهري. وتعلق بنود

الجزء الأول بالمشاكل القهرية في حين تتعلق بنود الجزء الثاني بمشاكل الوسواس. ويتضمن كل جزء عشرة بنود لتقييم الأعراض وخمسة بنود لتقدير الخلل المرتبط بالأعراض. وهي تستخدم مع الذين تتراوح أعمارهم ما بين سبع سنوات إلى سبع عشرة سنة. ويستغرق تطبيقها في العادة خمس عشرة دقيقة تقريباً (Shafran et al., 2003).

مقاييس تقدير السلوك Behavior Rating Scales: أصبحت هذه المقاييس شائعة الاستخدام في السنوات الأخيرة كطريقة لتقييم السلوك الاجتماعي والانفعالي للأطفال. ويُشار إليها بمقاييس الطرف الثالث Third-Party حيث لا يتم استكمالها من قِبَل المختص أو الطفل الذي يتم تقييم سلوكه بل من قِبَل الأشخاص الذين على دراية تامة به وأُتيحت لهم فرصة ملاحظة سلوكه في ظل ظروف مختلفة مدد زمنية طويلة، وغالباً ما يكون أولئك الأشخاص الوالدين أو المعلمين أو الذين يقومون على رعايته. ولا تختلف مقاييس تقدير السلوك كثيراً عن أدوات التقرير الذاتي من حيث المحتوى (Merrell, 2008a). ونورد في المقاطع التالية بعض من أهم هذه المقاييس وأكثرها شيوعاً.

نظام تقييم السلوك للأطفال 3-3 Behavior Assessment System for Children-3: تُعد هذه الأداة نظام شامل لتقييم مجموعة متنوعة من المشاكل السلوكية والمدرسية والاختلالات الاجتماعية النمائية والمهارات التكيفية وأمور وظيفية تنفيذية لدى الأطفال والمراهقين. وهو يتكون من مقياسين لتقدير السلوك أحدهما مخصص للوالدين والآخر مخصص للمعلمين، إضافة إلى نماذج خاصة بالتقرير الذاتي للشخصية، ونموذج للملاحظة المنظمة، وقائمة للمسح، ونموذج لمقابلة التاريخ النمائي. ويوجد منه ثلاثة أنظمة بحسب المراحل العمرية حيث خصص النظام الأول للأطفال دون سن الخامسة وخصص الثاني للأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ست سنوات إلى إحدى عشرة سنة فيما خصص النظام الثالث للذين تتراوح أعمارهم ما بين اثنتي عشرة سنة إلى إحدى وعشرين سنة (Kamphaus & Reynolds, 2015; Reynolds & Kamphaus, 2015).

التقييم العيادي للسلوك Clinical Assessment of Behavior: أداة تقييم شاملة حديثة مخصصة للأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين سنتين إلى ثمان عشرة سنة ممن هم بحاجة إلى تدخلات علاجية نفسية أو سلوكية أو تربوية. وهو يتكون من ثلاثة مقاييس للتقدير أثنان منهما للوالدين والمعلمين حيث يتكون كل واحد منهما من سبعين بنداً، أما الثالث فهو مقياس للوالدين مطول أو ممتد ويتكون من مائة وسبعين بنداً. وتركز مقاييس هذا التقييم على المشكلات المدرسية والسلوكية

والانفعالية مثل: الاكتئاب، القلق، الغضب، العدوان، التمر، التوحد، نقص الانتباه، صعوبات التعلم، والتخلف العقلي. إضافة إلى بنود لتقييم الوظيفة التنفيذية والموهبة (Bracken & Keith, 2004).

مقاييس تقدير كونرز Conners Rating Scales: نظام شامل يستخدم لتقييم اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط والمشكلات النفسية الخارجية Externalizing مثل اضطراب التحدي والمعارضة واضطراب المسلك. كما يتضمن بنود لتحديد مدى اختلال السلوك في البيت ومع الأقران، وبنود لمسح الاكتئاب والقلق، وأخرى للتعرف على السلوكيات المختلة التي تحتاج إلى عناية فورية. ويتوفر منه صيغة خاصة بالوالدين وصيغة خاصة بالمعلم إضافة إلى صيغة التقرير الذاتي. ويمكن استخدام هذه المقاييس مع الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين ست سنوات إلى ثمان عشرة سنة. ويوجد منه صيغ مختلفة الأطوال منها الصيغ الكاملة التي تتضمن من ٩٩ إلى ١١٠ بنداً، ومجموعة من الصيغ القصيرة التي تتضمن من ٤١ إلى ٤٥ بنداً، إضافة إلى صيغتين قصيرتين جداً تتكون من عشرة بنود (Conners, 2009, 2014).

ويوجد نوع آخر من مقاييس تقدير السلوك وهي تلك التي تستخدم من قِبَل مختص على درجة محددة من التدريب وليس من قِبَل الطفل أو طرف ثالث وذلك على هيئة مقابلة عيادية منظمة أو نصف-منظمة ومن أمثلتها جدول تقييم الطفل، جدول المقابلة التشخيصية للأطفال، التقييم الطبني لس الأطفال والمراهقين، والمقابلة التشخيصية للأطفال والمراهقين. وهي التي أشرنا إليها في سياق الحديث عن المقابلات العيادية.

الأساليب الإسقاطية Projective Techniques: يجد بعض الأطفال والمراهقين صعوبات في التعبير عن مشاعرهم الراهنة والسابقة والمعاناة التي مروا بها، لذا قد يكون من المناسب استخدام الأساليب والاختبارات الإسقاطية للتعرف على الجوانب الانفعالية العميقة لهذه الفئة العمرية. وتشمل الأساليب الإسقاطية مجموعة كبيرة من الأدوات غير المباشرة والغامضة التي يُعتقد أنها تُمكن الطفل أو المراهق من التعبير بحرية عن نفسه (McGrath & Carroll, 2012). وبشكل عام؛ تظل هذه الأدوات وسيلة تساهم في فهم أفضل عن شخصية وحالة المريض. ونادراً ما - إن لم يكن من غير الممكن- يتم تشخيص حالته في ضوء نتائجها فقط، ومن أهم تلك الأساليب ما يلي:

اختبارات الرسم Drawing Tests: غالباً ما يفضل الأطفال الرسم بما فيهم الذين يعانون من اضطرابات، هذا التفضيل الذي عُرف عنهم جعل من استخدام الرسم وحداً من

الأساليب الإسقاطية الأقدم لتقييمهم في المجال النفسي العيادي (Whitcomb, 2018). وكثيراً ما تحتوي رسوم الطفل على تلميحات غير لفظية تتعلق بمشاعره العميقة ومشاكله الانفعالية أو العاطفية (Watson & Flamez, 2014). وفي هذه التقنية قد يطلب من الطفل رسم أي شيء يخطر على باله. كما قد يُطلب منه رسم أشياء محددة وذلك كما في اختبار رسم الشخص Draw-a-Person حيث يُعطى الطفل ورقة وقلم رصاص ويُطلب منه رسم صورة لشخص كامل، ودائماً ما يُترك للطفل اختيار نوع الشخص المراد رسمه وذلك من حيث العمر والجنس والعرق، وبعد الانتهاء من الرسم يُعطى الطفل ورقة أخرى ويُطلب منه رسم شخص آخر ولكن في هذه المرة من الجنس المغاير لجنس الشخص الذي رسمه أول مرة (Koppitz, 1983). واختبار رسم الأسرة المتحركة Kinetic Family Drawing الذي يُطلب فيه من الطفل رسم صورة لجميع أفراد أسرته بما فيهم الطفل نفسه وهم يقومون بعمل شيئاً ما (Burns & Kaufman, 1970). واختبار رسم المنزل - الشجرة - الشخص House-Tree-Person Drawing وفيه يُطلب من الطفل رسم منزل وشجرة وشخص بنفس الترتيب على أوراق منفصلة ومن ثم يتم طرح سلسلة من الأسئلة على الطفل من أجل وصفه وتفسيره للأشياء التي تم رسمها (Cummings, 1986).

الاختبارات الموضوعاتية أو الإنشائية Thematic Tests: تستند هذه الاختبارات على المفاهيم الإسقاطية لتقييم الشخصية والاضطراب النفسي. وفيها يُعرض على المفحوص سلسلة من الرسوم أو الصور التي تحتوي على شخصيات ومواقف غامضة ويُطلب منه سرد قصة عن كل صورة. ومن أشهر هذه الاختبارات اختبار تفهم الموضوع Thematic Apperception Test الذي يتكون من صور مطبوعة بالأبيض والأسود على إحدى وثلاثين بطاقة. ولأن هذا الاختبار مخصص للكبار فإنه غير ملائم للاستخدام بالكامل مع الأطفال، ولكن يمكن استخدام بعض البطاقات المحددة معهم (Teglasi, 1993, 2010). وفي مقابل اختبار الكبار يوجد واحدٌ مخصص للصغار هو اختبار التفهم للأطفال Children's Apperception Test الذي يستهدف الذين تتراوح أعمارهم ما بين ثلاث إلى عشر سنوات وهو يتضمن عشر بطاقات تحتوي على صور لحيوانات مثل الأسود والديبة والشمبانزي والكلاب وذلك بدلاً من الشخصيات البشرية الموجودة في اختبار تفهم الموضوع. ويوجد صيغة موازية لاختبار التفهم تحتوي على صور بشرية بدلاً من صور الحيوانات وهي أكثر ملاءمة للأطفال الأكبر سناً. ودائماً ما يُطلب من الطفل أن يقص ما حدث قبل الموقف الذي تحتويه الصورة وما يحدث في الصورة والنحو الذي سوف تنتهي عليه (Bellak, 1975). ومن الاختبارات المخصصة للأطفال أيضاً اختبار تفهم

روبرتس Roberts Apperception Test الذي يُستخدم مع الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين ست سنوات إلى خمس عشرة سنة. وهو يتكون من سبع وعشرين بطاقة تتضمن موضوعات مختلفة مثل الخلافات الوالدية والانسجام والعدوان ورفض الأقران. وتكشف الاستجابة عليها عن التفاعلات البين شخصية والأفكار والمخاوف والصراعات وأساليب التكيف (McArthur & Roberts, 1982). ويوجد إصدار ثانٍ من هذا الاختبار أكثر حداثة من حيث محتوى الصور والمدى العمري ويمكن استخدامه مع الأطفال والمراهقين الذين تمتد أعمارهم إلى سن الثامنة عشرة (Roberts, 2005).

اختبارات تكملة الجمل Sentence Completion Tests: تُستخدم هذه الطريقة لتقييم الشخصية والوظائف الانفعالية والاجتماعية، وفيها يُعطى الطفل جملة منقوصة ويُطلب منه إكمالها، وغالباً تتمثل طريقة إجراء هذه الاختبارات في الطلب من المفحوص قراءة الجملة المنقوصة ومن ثم الاستجابة بواسطة كتابة التكملة أو قولها. وتتراوح أطوال هذه الاختبارات من عشر جمل إلى أكثر من خمسين جملة. ومن أكثرها استخداماً مع الأطفال اختبار هارت لتكملة الجمل Hart Sentence Completion Test الذي يتكون من أربعين جملة، وهو مناسب للذين تتراوح أعمارهم ما بين ست سنوات إلى ثمان عشرة سنة (Hart, 1986). واختبار جامعة واشنطن لتكملة الجمل Washington University Sentence Completion Test الذي يُستخدم مع المراهقين والكبار. ويُعد من أكثر اختبارات تكملة الجمل التي تستند على مفاهيم نظرية، ويهدف إلى تقييم نمو الأنا (Gregory, 2010).

صياغة الحالة

توجد العديد من التعريفات التي تتطرق لجوانب وأبعاد صياغة الحالة Case Formulation، فهي في شكلها العام فرضية أو تفسير مؤقت للكيفية التي يظهر فيها الاضطراب في وقت معين (Weerasekera, 1996)، وتُعرف صياغة الحالة في العلاج النفسي على أنها فرضية حول الأسباب والتبعات ذات العلاقة بمشكلات الفرد النفسية والشخصية والسلوكية (Eells, 2007). كما تُعرف من قِبَل شعبة علم النفس العيادي بجمعية علم النفس البريطانية (Division of Clinical Psychology, 2010) على أنها جمع ومكاملة المعلومات التي تم الحصول عليها من عملية التقييم والتي قد تتضمن عوامل وإجراءات نفسية وحيوية "بيولوجية" ومنهجية، وهي تعتمد على النظرية النفسية والبحث لتزويد المختص بإطار يوصف حاجات المريض ومشاكله وكيفية تطورها

واستمرارها. ولا تتناقض صياغة الحالة مع التشخيص Diagnosis كما أنها لا تتطابق معه بل أنهما يكملان بعضهما البعض، مع ملاحظة أن صياغة الحالة تتضمن مجموعة من المعلومات أكثر من تلك التي يتضمنها التشخيص، وبالتالي فإنها تزود المختص بفهم أوسع وأكمل بالمشاكل والصعوبات التي يعاني منها الطفل (Manassis, 2014). وإن كان يُنظر إلى صياغة الحالة وملخص الحالة Case Summary على أنهما مترادفان إلا أن ثمة اختلافات دقيقة بينهما ولكنها مهمة فالمخلص وصف موجز لجميع الجوانب المهمة المتعلقة بالحالة، في حين أن الصياغة هي تقييم للحالة وليس إعادة تأكيد للحقائق. وعادةً ما يتضمن الملخص ما يلي: البيانات الديموغرافية مثل الاسم والعمر والجنس، أسباب الإحالة، تاريخ المرض الحالي، تاريخ الأمراض السابقة، التاريخ العائلي، التاريخ الشخصي، الشخصية قبل المرض، الفحص الجسدي، التشخيص، العلاج، المآل، والخطط اللاحقة (Kuruville & Kuruville, 2010).

أنواع صياغة الحالة: تتنوع صياغة الحالة ويمكن تحديد أربعة أنواع، هي: التشخيصية، والعيادية، والثقافية، والعلاجية. فالصياغة التشخيصية Diagnostic عبارة عن بيان وصفي عن طبيعة وشدة الأعراض النفسية. حيث تُساعد في الوصول إلى ثلاث مجموعات من الاستنتاجات، هي: ما إذا كانت أعراض الاضطراب ذهانية أو عصابية أو ذات علاقة بالشخصية، وما إذا كانت أسبابها عضوية أو نفسية، وما إذا كانت تلك الأعراض حادة وشديدة بدرجة تتطلب التدخل الفوري. ودائماً ما تجيب هذه الصياغة عن سؤال "ماذا حدث؟". وتتاسب الصياغة التشخيصية مع تصنيفات ومعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. أما الصياغة العيادية Clinical فهي في طبيعتها طويلة وتوضيحية أكثر، وتحاول تقديم الأساس المنطقي لحدوث الاضطراب وتطور الأعراض واستمرارها وأنماط الحياة غير التكيفية. وهي تُجيب على سؤال "لماذا حدث ذلك؟". وتختلف هذه الصياغة باختلاف المدرسة النفسية التي تنتمي إليها (Sperry, 2015)، فالصياغة بحسب الاتجاه الذهني السلوكي عملية بموجبها يعمل المعالج والمتعالج بشكل تعاوني على وصف ثم شرح المشكلات التي قدم المتعالج من أجل التخلص منها. وتتمثل وظيفتها الأساسية في توجيه العلاج نحو تخفيف معاناة المتعالج ورجوعه إلى حالته الطبيعية (Tarrier & Calam, 2002). وتهدف الصياغة الذهنية السلوكية إلى ما يلي: تلخيص خبرات المتعالج، تسهيل عرض المشاكل والتحقق من صحتها، تعزيز مشاركة المتعالج في العملية العلاجية، جعل المشاكل المعقدة أكثر قابلية للتعامل

معها، توجيه اختيار التدخلات وتركيزها وتسلسلها، تحديد نقاط قوة المتعالج واقتراح طرقاً لرجوعه إلى حالته الطبيعية، اقتراح التدخلات الأبسط والأكثر فعالية من حيث التكلفة، توقع مشاكل العلاج ومواجهتها، فهم أسباب عدم الاستجابة للعلاج واقتراح طرقاً بديلة للتغيير، و إتاحة الإشراف والتشاور على نحو عالٍ من الجودة (Kuyken et al., 2009). وهي بحسب الاتجاه الدينامي النفسي نظم لأعراض المريض وخبراته وعلاقاته الهامة وأحداثه الحياتية في صياغة مركزة و متماسكة بحيث توضح كيف ولماذا أصبح توازن المريض مضطرباً وكيف نشأت المشاكل أو الأعراض واستمرت (Aveline, 1999).

وتُعد الصياغة الثقافية Cultural مراجعة منهجية وشرح للعوامل والديناميات الثقافية التي تُسهم في حدوث الاضطراب وتفاقمه. حيث تجيب على سؤال "ما هو الدور الذي تلعبه الثقافة؟" فهي وعلى نحو أكثر تحديداً تحتوي على مكونات تصف الهوية الثقافية للمريض ومستوى ثقافته، كما تقدم شرحاً لحالته من منظور ثقافي، مع توضيح تأثير العوامل الثقافية على شخصيته وأدائه الحياتي، كما تتناول العوامل الثقافية التي قد تؤثر على العلاقة بين المريض والمعالج (Lewis-Fernández & Díaz, 2002; Sperry, 2015). وتتبع الصياغة العلاجية Treatment الصياغات التشخيصية والعيادية والثقافية وتعمل كخريطة توجه التدخلات العلاجية وتساعد المعالج على تنظيم أفكاره بشأن المريض وتحديد كيفية تقدم العلاج على نحو أفضل. وتتناول الصياغة العلاجية سؤال "ما الذي يمكن عمله حيال ما حدث، وكيف؟" (Sperry, 2015).

ويمكن جمع الصياغات الأربع السابقة في صياغة تكاملية للحالة Integrative Case Conceptualization تكون أكثر شمولية وفائدة (Sperry & Carlson, 2014)، بحيث تركز على صياغة فرضيات وتفسيرات مؤقتة توضح كيفية حدوث الاضطراب في وقت معين وتطوره واستمراره. مع استيضاح العوامل التي قد تساعد في فهم أسباب الاضطراب، سواءً كانت حيوية أو نفسية أو اجتماعية أو ثقافية وفهم كيفية تفاعلها في ظل ظروف معينة مما ينتج عنها الاضطراب، وتحديد أفضل أساليب التدخل العلاجي وتصويبها وتوجيهها على نحو مستمر وفاعل (Johnstone & Dallos, 2014).

أغراض صياغة الحالة: قدم بتلر (Butler 1998) ملخصاً تفصيلياً للأغراض الرئيسية لصياغة الحالة -الاسيما العلاجية- وهو ما يلخصه جونستون ودالوس (Johnstone and Dallos (2014) في النقاط التالية: استيضاح الفرضيات والأسئلة، الفهم من خلال

تقديم رؤية أو خريطة شاملة، تحديد الأولويات من خلال التمييز بين ما هو أساسي وما هو ثانوي لاسيما فيما يتعلق بالمشكلات التي يتوجب التعامل معها، التخطيط لاستراتيجيات العلاج واختيار تدخلات محددة، التنبؤ بالاستجابات للاستراتيجيات والتدخلات إضافةً إلى التنبؤ بالصعوبات والعقبات المختلفة التي يمكن أن تظهر أثناء العلاج، تحديد معايير نتائج التدخلات الناجحة، فهي توفر الأساس لفرضيات المتعلقة بما يجب تغييره حتى يشعر المريض بالتحسن، والتعرف على أسباب عدم تقدم العلاج وتحسن حالة المريض واستكشاف الأخطاء وإصلاحها، وتجنب التحيز أو التغلب عليه. وتضيف شعبة علم النفس العيادي (2011) Division of Clinical Psychology بجمعية علم النفس البريطانية إلى ما سبق أغراض أخرى، هي: ملاحظة الثغرات الموجودة في المعلومات، تأطير التدخلات الطبية، ضمان دمج الفهم الثقافي، مساعدة طالب الخدمة والقائم بالرعاية على الشعور بالفهم والاحتواء، مساعدة المعالج على الشعور بالاحتواء، تعزيز التحالف العلاجي، تشجيع العمل التعاوني بين طالب الخدمة ومقدم الرعاية، التأكيد على نقاط القوة والاحتياجات، تطبيع المشكلات والحد من اللوم الذاتي لطالب الخدمة والقائم بالرعاية، وزيادة إحساس طالب الخدمة بالمعنى والأمل. وتشارك جميع صياغات الحالة -بغض النظر عن الاتجاه العلاجي الذي تنشأ منه- في عدة عناصر مشتركة، هي: أنها تصف الحالة المرضية للمريض باستخدام مفردات إجرائية سهلة، وتقدم إرشادات واضحة في العلاج، وأنها تتطور بمرور الوقت مع الحصول على المزيد من المعلومات (Bieling & Kuyken, 2003).

خطوات صياغة الحالة: حدد بيرسون وتومبكينس (2007) Persons and Tompkins سبع خطوات متسلسلة تقضي إلى صياغة فعالة في العلاج الذهني السلوكي، وتوفر كل خطوة من الخطوات السبع فرصة للمعالج لإعادة تقييم الحالة التي لا تتحسن على نحو ملحوظ وسلس، تلك الخطوات هي: ١- تتضمن الخطوة الأولى ومن خلال استخدام قائمة المشاكل وصفاً شاملاً للأعراض النفسية والمشاكل التي يعاني منها المريض. ٢- في الخطوة الثانية يتم تحديد التشخيص بحسب المحاور الخمسة للتشخيص في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية. ٣- في الخطوة الثالثة يتم اختيار التشخيص الأولي كي يُستخدم كمرشد لاختيار نموذج معياري لصياغة الحالة. ٤- اختيار الصياغة المعيارية من بين الصياغات المبنية على البراهين لاستخدامها كنموذج لصياغة الحالة. ٥- في هذه الخطوة يتم أخذ الصياغة المعيارية المختارة وتطبيقها على المريض بعينه وذلك بعد جمع التفاصيل الخاصة بمشكلته

والتي تتعلق بالعوامل الذهنية والعوامل السلوكية والعوامل الجسدية والحيوية، هذا بالإضافة إلى تفاصيل عن العلاقة التفاعلية بين تلك المشاكل. ٦- يتم في هذه الخطوة إيجاد فرضيات حول منشأ الآليات النفسية التي يعتقد أنها تبقى على الاضطراب، والتعرف على الكيفية التي طور فيها المريض مخطوطاته، وكيف تعلم السلوكيات المختلفة أو فشل في تعلم السلوكيات الفاعلة، وكيف حدث ضعف التنظيم الانفعالي، وكيف تم اكتساب الخلل الحيوي أو الوراثي. ٧- في هذه الخطوة الأخيرة يتم وصف مسببات نوبة الاضطراب الحالية أو مسببات تفاقم الأعراض، وكما في الخطوة السابقة فإن الهدف منها ليس معرفة أسباب الاضطراب بل التعرف على المحفزات المحتملة والمواقف المنشطة لحدوثه كي يتمكن المريض من تعلم كيفية تقليلها مستقبلاً (انظر: الزهراني، ٢٠١٩؛ Teachman & Clerkin, 2010).

التدخلات العلاجية

العلاج النفسي عملية منظمة تهدف إلى إحداث تغييرات إيجابية في سلوك الإنسان وعلاقاته الاجتماعية. ودائماً ما يركز العلاج النفسي الفعال على نظرية نفسية محددة. ويتضمن مجال علم النفس مجموعة كبيرة من نظريات العلاج النفسي التي توضح كيفية نمو الشخصية وظهور الاضطراب النفسي وتطوره. ويُلاحظ غالباً أن نظريات العلاج النفسي للأطفال قد نشأت من نماذج علاج البالغين التي يوجد منها ما يتجاوز المائة من الأساليب والأشكال والمدارس العلاجية التي تستند على قناعات فلسفية ونظرية محددة، ومن أهمها: السلوكية، الذهنية، الذهنية السلوكية، الوجودية، الأنظمة الأسرية، الإنسانية، الجشطالتيّة، التحليلية النفسية، الدينامية النفسية، والبين شخصية (انظر: الزهراني، ٢٠١٩؛ Tapia, 2012).

وبشكل عام؛ ينتمي العلاج النفسي إلى فئة من الممارسات العلاجية التي تعتمد على الكلام كوسيلة للعلاج. وهو يُعد ممارسة غير متبلورة لأنه يُقدم من قِبَل مجموعة متنوعة من المهنيين، فبالإضافة إلى المختصين في علم النفس يُقدم من قِبَل المختصين في العلاج الأسري والزوجي والخدمة الاجتماعية والأطباء النفسيين (Wampold, 2019). وإن كان لا يوجد تعريف كافٍ ومقبول تماماً إلا أن التعريف التالي يمكن أن يكون محدداً للممارسة: "العلاج النفسي في المقام الأول علاج بين شخصي، (أ) يعتمد على مبادئ نفسية، (ب) يجمع بين مختصٍ مدربٍ ومعالجٍ يبحث عن المساعدة

من اضطراب أو مشكلة أو شكوى نفسية، (ج) هدف المختص هو أن يكون معالماً لاضطراب أو مشكلة أو شكوى المتعالج، (د) ويتم تكييف العلاج أو ملاءمته للمتعالج ولاضطرابه أو مشكلته أو شكواه" (Wampold & Imel, 2015, p. 37).

ويمكن القول إن العلاج النفسي للأطفال يعتمد على نفس مبادئ العلاج النفسي للكبار مع اختلاف في الطريقة حيث يفضل معظم المعالجين استخدام اللعب في عملية العلاج. واختيار نوع العلاج مع الأطفال يتوجب على المعالج طرح العديد من الأسئلة التي من أهمها: ما هو الأساس النظري الذي يعتمد عليه هذا النموذج من العلاج باللعب؟، ما هي المفاهيم الفريدة لهذا النوع من العلاج؟، هل يمكن تطبيق العلاج على كل الاضطرابات أم فقط على اضطرابات محددة؟، لأي عمر تم تصميم هذا التدخل العلاجي؟، هل مشاركة الوالدين ضرورية لتنفيذ هذا العلاج؟، هل الواجبات المنزلية ضرورية لنجاح العلاج؟، هل أجريت أبحاث كافية لدعم فعالية هذه النوع من العلاج (Tapia, 2012).

ونورد في المقاطع والصفحات التالية بعض من أهم الطرق العلاجية التي أثبتت فعاليتها مع الأطفال. ولكن قبل ذلك نشير إلى الأهمية البالغة للتفاعل بين المعالج والطفل خلال العلاج النفسي الذي يؤثر على عملية العلاج وفي نهاية المطاف على نتائج العلاج، حيث يحتاج المعالج إلى إنشاء علاقة علاجية جيدة مع الطفل واستحثاث دافعيته. فقد يكون لدى بعض الأطفال خوف أو عدم ثقة في البالغين، كما قد لا يدركون أن لديهم مشكلة ولا يفهمون الغرض من العلاج، أو يرون المعالج كمعلمين أو والدين. وبإيجاز؛ تُعد إقامة علاقة علاجية جيدة وصحية مع الطفل أثناء العلاج النفسي أمراً ضرورياً وركيزة لنجاح العلاج. كما نشير إلى أهمية وضع مراحل نموه ومتطلباتها موضع الاعتبار قبل وأثناء العلاج بما في ذلك نمو شخصيته، إضافة إلى التنبيه إلى مستوى نضج لغته وقدرته على التحكم في بيئته. ويختلف علاج المراهق عن علاج الطفل والبالغ في عدة جوانب أبرزها صعوبة التنبؤ بطبيعة علاقته بالمعالج والاندفاعية وعدم التحمل والتحفيز (انظر: Prout, 2007).

العلاج السلوكي

يُعد العلاج السلوكي Behavior Therapy من أفضل الطرق العلاجية التي يمكن استخدامها مع الأطفال حيث يركز على إحداث تعديل في سلوك الطفل باستخدام

مفاهيم المدرسة السلوكية مثل جداول التعزيز الإيجابي لتقوية السلوكيات المرغوبة أو أساليب الإطفاء مع السلوكيات غير المرغوبة. وتعود جذور هذا العلاج إلى بدايات القرن الميلادي الماضي حيث أسهم العديد من المنظرين والباحثين والممارسين العياديين في نشأته وتطوره (Wilson, 2008). ومن أبرز علماء العلاج السلوكي إيفان بافلوف Ivan Pavlov، وجون واتسون John Watson الذي ينظر إليه على أنه أب السلوكية Behaviorism، وجوزيف ولب Joseph Wolpe الذي يعتبره البعض مؤسس العلاج السلوكي، وإدوارد ثورنديك Edward Thorndike وبورهوس سيكنر Burrhus Skinner (Spiegler, 2016). ويتم اكتساب السلوك السوي والسلوك المختل من خلال عمليتي الاشرط التقليدي والاشراط الاجرائي. ويُنظر إلى السلوك المختل على أنه مشكلة حياتية أو معاشة وليس مرض، حيث يتمثل في الفشل في اكتساب السلوكيات المطلوبة (D'Zurilla & Nezu, 2006). وبحسب العلاج السلوكي فإن تغيير الشخصية يتضمن تعلم التخفيف من الاستجابات غير السوية أو التخلص منها وإحداث أو زيادة الاستجابات المرغوبة سواءً كانت تلك الاستجابات جلية أو ضمنية. لذا فإن العلاج السلوكي هو تطبيق خبرات تعلم تصحيحية تهدف مباشرة إلى حدوث استجابات جلية محددة غالباً ما تكون مرتبطة باستجابات ضمنية وذلك من خلال تعديل الاستجابات المتعلمة سابقاً أو اكتساب استجابات جديدة بدلاً من تلك المختلة (Fall, Holden, & Marquis, 2017).

التقييمات Assessments: يختلف التقييم السلوكي عن التقييم التقليدي في أنه يركز على السلوك المستهدف علاجه وليس التقييم الشامل للشخصية، إضافة إلى تركيزه على تحديد السوابق والعواقب الراهنة ذات العلاقة باستمرار السلوك المستهدف وليس تحديد الأصل الماضي للسلوك. وعندما يُستخدم التقييم في المرحلة الأولى من العلاج فإنه يهدف إلى وضع خطة علاج تحدد الأهداف السلوكية ووسائل تحقيقها، كما يُستخدم التقييم خلال عملية العلاج وذلك بهدف التحقق من إحراز تقدم نحو الأهداف وللحصول على معلومات جديدة أو إضافية لتعديل وضبط خطة العلاج إن احتاج الأمر ذلك (Spiegler, 2016).

الاستراتيجيات والتقنيات Strategies and Techniques: يعتمد هذا العلاج على مبادئ الاشرط الاجرائي Operant Conditioning الذي يحدث عندما يُتبع السلوك في موقف معين بنتيجة معززة مما يجعل حدوثه في ظروف مماثلة مستقبلاً أكثر احتمالاً

(Miltenberger, 2008). ونورد فيما يلي الاستراتيجيات التي تعتمد على الاشراف الاجرائي بدءاً بالاستراتيجيات التي تساعد على زيادة السلوك التكيفي المرغوب فيه ثم الاستراتيجيات المستخدمة للتقليل من السلوك غير المرغوب.

النمذجة Modeling: يقوم المعالج بالتصرف بطريقة معينة رغب المتعالج التصرف بها ولكنه لم يفعل ذلك أبداً ومن ثم يحاكي المتعالج المعالج. ويمكن أن يكون النموذج أشخاصاً غير المعالج سواءً ممثلين في الأفلام أو ناشطين. وتستخدم النمذجة على نطاق واسع لتطوير المهارات الاجتماعية وتأكيد الذات. وعادةً ما تُستخدم عندما يتجنب المتعالج سلوكاً تكيفياً نتيجة لتوقع عواقب سلبية، فإذا راقب المتعالج شخص ما يؤدي السلوك دون عواقب سلبية فمن المرجح أن يقلد ذلك السلوك (Spiegler & Guevremont, 2010).

لعب الدور Role-Play: تقنية تُستخدم في التقييم كما تُستخدم في العلاج وفيها يُطلب من المتعالج التصرف كما لو كان في مشكلة فعلية. ودائماً ما تكون ممارسة ذلك السلوك في مكان العلاج ومن ثم ممارسته خارجه. وغالباً ما يزود هذا التصرف المعالج بملاح من سلوك المتعالج في مواقف الحياة الواقعية مما يساعده في عملية التقييم، ومن جانب علاجي تساعد هذه التقنية المتعالج على ممارسة السلوكيات التكيفية الفاعلة، كما تمكن المعالج من توجيهه نحو تحسين تلك السلوكيات (Fall, Holden, & Marquis, 2017).

واجبات المهام المتدرجة Graded Task Assignments: في هذه التقنية يتم وضع خطوات صغيرة متتالية تؤدي إلى الأهداف العلاجية. وفيها يشجع المعالج على تنفيذ تلك الخطوات بشكل منتظم من الأبسط إلى الأكثر تعقيداً أو من الأسهل إلى الأصعب. وغالباً ما تساعد هذه التقنية المتعالج على أن يكون أكثر نشاطاً كما تمده بخبرات نجاح تكون دليلاً على أن اعتقاده بنفسه غير صحيح، وبالتالي قدرته على رؤية نفسه بطريقة مختلفة. وقد تمنحه هذه الرؤية الجديد فرصة تجربة سلوكيات جديدة تتماشى مع الاعتقاد بأنه قادر مما ينتج عنه انخفاض اكتتابه على سبيل المثال (Spiegler & Guevremont, 2010).

جدولة النشاط Activity Scheduling: يقوم المعالج والمتعالج بجدولة الأنشطة لمعظم ساعات يوم المتعالج وذلك بوضع خطة، وهو مفيد على نحو خاص للذين يعانون من القلق والاكتئاب. حيث يساعد المريض الذي يعاني من القلق على الشعور بالاهتمام

والتحكم، فهو يتصدى لمشاعر عدم التنظيم والارتباك من جانب كما يعمل على إشغال المريض عن الأفكار المثيرة للقلق من جانب آخر. ويوفر للمريض بالاككتاب الذي يفتقد غالباً للنشاط ويجد صعوبة في أداء المهام البسيطة أساساً يشجعه على الانخراط في سلوكيات نشطة طوال اليوم (Spiegler & Guevremont, 2010). كما يُستخدم مع الأطفال والبالغين المصابين بإصابات في الرأس والذين يعانون من الفصام حيث يقوم المعالج بوضع ترتيبات ينخرط بموجبها المتعالج في سلوكيات مرغوبة فاعلة وذلك في المواقف التي يكون حدوث السلوك المختل خلالها محتملاً مما يقلل من حدوث السلوك غير السوي (Bigelow & Lutzker, 1998).

تقدير التمكن والسرور Mastery and Pleasure Rating: توفر هذه التقنية للمتعالج تغذية راجعة تتعلق بالإنجاز والسرور الذي يخبره بالفعل. ويُقصد بالتمكن الإحساس بالإنجاز حتى من دون الكمال، ويُقصد بالسرور مشاعر المتعة أو الرضا أثناء أداء المهمة. وفي هذا الإجراء يُطلب من المتعالج تقدير كل نشاط بواسطة مقياس يمتد ما بين صفر إلى خمسة بحيث يُعطى صفر لعدم الإنجاز والسرور وخمسة لأعلى إنجاز وسرور، هذا التقدير يساعده على التعرف على الإنجازات الجزئية والاستمتاع بالقليلة. وتُعد هذه التقنية مفيدة بشكل خاص مع مرضى الاكئاب الميالون إلى تجاهل نجاحاتهم ونسيان المواقف التي تجلب لهم الرضا (Beck, 1976). فالمتعالج الذي يقول "لا يمكنني فعل أي شيء بشكل صحيح" و"لا يوجد شيء ممتع" قبل الانخراط في نشاط تكيفي قد يُفقد انجازه واستمتاعه بعد ذلك بتقدير يفوق الصفر، هذا التقدير الذي يعبر عن نجاح واستمتاع - حتى وإن كانا قليلين - يمكن توظيفه كدليل واقعي لدحض معتقداته بأنه لا يستطيع تحقيق أي شيء، وأنه لا توجد متعة على الإطلاق في أي شيء يفعله (Spiegler & Guevremont, 2010).

الاستجابة المنافسة Competing Response: تُستخدم هذه التقنية عندما يُراد إيقاف المتعالج من القيام بسلوك غير مرغوب فيه. حيث يتم تعليمه استجابة محددة لا يمكن تأديتها في نفس الوقت مع الاستجابة غير المرغوب فيها، الأمر الذي يجعل من المستحيل عليه القيام بالسلوك غير المرغوب فيه. ومن أمثلة ذلك قبض كلتا اليدين لمنع مص الإصبع أو نتف الشعر أو شد الجلد (Crosby & Twohig, 2011). ويمكن توظيف هذه التقنية في علاج إدمان الكحول، فعندما يشعر الفرد برغبة في شرب الكحول فإنه بدلاً من ذلك يجتمع مع آخرين في مكان لا يمكن الشرب فيه. وعادةً ما يعمل التفاعل الاجتماعي والتسلية كمعززات لهذه الاستجابة المنافسة البديلة (Fall, Holden, & Marquis, 2017).

الإطفاء Extinction: في هذه الإجراء يتم إيقاف حدوث السلوك الذي تم تعزيزه مسبقاً وذلك عندما لم يعد ينتج عن حدوثه عواقب معززة. أنه ببساطة سحب أو حجب المعززات من أجل تقليل السلوك غير التكيفي. ولقد أثبتت العديد من الدراسات فعالية الإطفاء في تقليل السلوكيات غير السوية لدى الأطفال والبالغين (Miltenberger, 2008). وعادةً ما يتم استخدام هذا الإجراء عندما لا يكون إجراء الاستجابة المنافسة قابلاً للتطبيق للحد من السلوك غير المرغوب فيه.

العقاب Punishment: يُشير هذا الإجراء إلى عواقب Consequences السلوك التي تقلل من احتمال حدوثه في المستقبل (Azrin & Holz, 1966). وتتمثل العواقب في حدوث مثير مكروه أو منفر Aversive بعد السلوك غير المرغوب فيه وهو ما يُعرف بالعقاب الإيجابي Positive، أو سحب العواقب المعززة أو المحببة وهو ما يُعرف بالعقاب السلبي Negative. ويجب أن يكون العقاب معقولاً ومناسباً وأقل إزعاجاً قدر الإمكان، لأن الهدف من العقاب هو التحكم في السلوك وليس إلحاق الألم أو عدم الراحة بالمعالج. ويُستخدم في بعض الأحيان مصطلح العلاج بالنفور Aversion Therapy للإشارة إلى التطبيقات العيادية للعقاب الإيجابي (Jena, 2008). أما التطبيقات العيادية للعقاب السلبي فيشار إليها بالوقت المستقطع وتكلفة الاستجابة.

الوقت المستقطع Time Out: أحد أشكال العقاب السلبي الأساسية التي تتلو السلوك غير الملائم، وفيه يُطلب من الفرد قضاء فترة زمنية قصيرة في بيئة أقل تعزيزاً إلى حد ما مقارنة بالبيئة الأصلية التي حدث فيها السلوك غير الملائم. وغالباً ما يُستخدم هذا الإجراء مع الأطفال والمراهقين. ويكون للوقت المستقطع فعالية متى ما عرف الطفل سبب العقاب ومدته، وهي المدة التي يجب أن تكون قصيرة نسبياً، أي في حدود خمس دقائق، ولا تقتصر الفعالية على ذلك بل ينبغي عدم تقديم معززات إيجابية خلال هذا الوقت الذي ينتهي بانتهاء فترته المحددة التي يجب أن يتصرف خلالها الطفل بشكل ملائم (Spiegler & Guevremont, 2010).

تكلفة الاستجابة Response Cost: إجراء آخر من إجراءات العقاب السلبي وفيه يتم سحب كمية محددة من المعزز عند حدوث السلوك غير الملائم مما يؤدي إلى انخفاض احتمالية حدوث ذلك السلوك في المستقبل (Miltenberger, 2008). ولكي يكون هذا الإجراء فعالاً عند استخدامه في المجال العيادي فإنه يتوجب أن يكون للمعزز المسحوب خصائص تحفيزية، وأن يساهم المتعالج في تحديد نوع المعزز كي لا يشعر بعدم

العدل، ويجب أن يكون للمعززات المراد سحبها صفة التكرار بحيث يمكن سحبها بسهولة عند حدوث السلوك غير المرغوب فيه، ويجب أن تكون تكلفة الاستجابة مرتبطة مباشرة بسلوك، كما يجب أن تكون تكلفة الاستجابة محددة بوضوح قبل حدوث السلوك، وأن يتعلم المتعالج فرضها على نفسه ذاتياً (Jena, 2008).

اقتصاديات المنح Token Economies: نظام لتحفيز المريض على أداء السلوك المرغوب والامتناع عن أداء السلوك غير المرغوب فيه. وفي هذا الإجراء يمكن للمريض الحصول على معززات رمزية مثل شرائح أو نقاط مقابل السلوك التكيفي كما يمكن فقدها نتيجة لسلوكه غير التكيفي، ويمكن له لاحقاً استبدال تلك المعززات الرمزية بأخرى حقيقية. ودائماً ما يتم اطلاعه على كيفية كسب تلك المعززات الرمزية وكيفية مصادرتها، وكيف يمكنه استبدالها بمعززات حقيقية. وعادةً ما يُستخدم هذا الإجراء مع الأطفال والمرضى البالغين الذين يعانون من اضطرابات عقلية. وتحدد العناصر الأساسية لاقتصاديات المنح في وضع قائمة بالسلوكيات المستهدفة وعدد الرموز التي يمكن للفرد كسبها أو خسارتها عند حدوثها، ووضع قائمة بالمحفزات الحقيقية والتكلفة الرمزية لكل واحد منها، ونوع الرمز المستخدم، والقواعد والإجراءات المحددة لاستخدام هذا النظام (Spiegler & Guevremont, 2010).

كما يعتمد العلاج السلوكي على مبادئ الاشراف التقليدي Classical Conditioning الذي هو في حقيقته عملية يقترن فيها المثير الطبيعي بمثير غير شرطي مما يؤدي إلى أن يحدث المثير غير الشرطي استجابة غير شرطية. ونتيجة لربط المثير الطبيعي بالمثير غير الشرطي يصبح المثير الطبيعي مثيراً شرطياً يؤدي إلى استجابة مماثلة للاستجابة غير الشرطية، والتي تسمى استجابة شرطية (Miltenberger, 2008).

التعرض Exposure: يُستخدم للتقليل أو التخلص من السلوكيات غير المرغوب فيها، لاسيما استجابات التجنب الشرطية مثل الرهاب والوساوس والأفعال القهرية. ويتم ذلك من خلال تعريض المريض للمثيرات المستحثة لتلك الاستجابات المضطربة. ولهذا الغرض تُستخدم ثلاثة إجراءات رئيسية، هي: الانفجار الضمني Implosion الذي يُستخدم فيه التخيل بدلاً من تعريض المريض للمثير المخيف في الواقع، والغمر Flooding، والتحرر بالنفور Aversion Relief، وعادةً ما يُشار إلى هذه الإجراءات بمستحاثات القلق Anxiety-Induction. ويُعد إزالة التحسس التدريجي Systematic Desensitization من أساليب التعرض، على الرغم من أنه لا يتوافق تماماً معه (Jena, 2008). وخلال العلاج

بالتعريض يمكن استخدام إجراءات إضافية منها منع الاستجابة Response Prevention حيث يُمنع المتعالج في هذه التقنية من ممارسة السلوكيات غير التكييفية التي تُستخدم عادةً لتخفيف القلق ومنها غسل اليد مراراً وتكراراً بسبب احتمال لمس شيء يحتوي على الجراثيم، ومن الإجراءات الإضافية الاستجابة المناقصة التي تطرقنا لها في صفحة سابقة (Spiegler & Guevremont, 2010).

الغمر Flooding: في هذا الإجراء وبدلاً من مواجهة المثير الشرطي المخيف على نحو تدريجي يتم تعريض المتعالج بشدة للمثير المخيف لفترة طويلة، ودائماً ما يعاني في البداية من قلق شديد خلال وجود المثير المخيف، ولكن مع مرور الوقت يتناقص مستوى القلق ويحدث الطفء (Barrios & O'Dell, 1989). وغالباً ما يكون إجراء منع الاستجابة عنصر أساس في الغمر الواقعي In Vivo Flooding لاضطراب الوسواس القهري الذي يكون فيه المريض منشغلاً ذهنياً بأحداث معينة تثير القلق الذي يحاول تخفيفه من خلال ممارسة طقوس غير تكييفية (Franklin & Foa, 2008).

العلاج بالتنفير Aversion Therapy: فيه يقدم مثير منفر أثناء أداء المتعالج سلوك غير مرغوب، ويتم إنهائه بمجرد توقف المتعالج عن ممارسة ذلك السلوك. والهدف هو الربط بين ممارسة السلوك المستهدف والمثير المنفر بحيث تصبح ممارسة السلوك منفرة. وبنفس عملية الربط بين السلوك والمثير المنفر التي تُستخدم لأغراض علاجية تحدث عملية الربط في الحياة العادية مما يؤدي إلى ظهور سلوكيات تجنبية معينة. فعلى سبيل المثال؛ قد يتعرض الفرد إلى دوار الجو عندما تواجه الطائرة مطبات هوائية تفقدها التوازن مما يجعله يتجنب السفر بالطائرة، حيث ارتبطت السفر بالطائرة بعدم الارتياح من دوار الجو. ويربط أثناء العلاج بين المثير المنفر والسلوك المستهدف بشكل واقعي ومباشر، أو بشكل رمزي من خلال عرض صور أو السرد، أو خلال تخيل ممارسة السلوك المستهدف (Spiegler & Guevremont, 2010).

إزالة التحسس التدريجي Systematic Desensitization: يُعد أول أساليب العلاج بالتعريض، وفيه يتخيل المريض المواقف المثيرة للقلق أثناء انخراطه في سلوك منافس للقلق مثل الاسترخاء العضلي وهذا ما يؤدي به وعلى نحو تدريجي إلى أن يصبح أقل حساسية لتلك المواقف. ويتضمن هذا الأسلوب ثلاث خطوات، هي: تعليم المتعالج استجابة منافسة للقلق، وترتيب الأحداث التي تسبب القلق بحسب مقدار القلق الذي تسببه، وجعل المتعالج يتصور مراراً وتكراراً الأحداث المثيرة للقلق بهدف زيادتها أثناء

أداء الاستجابة المنافسة التي غالباً ما تكون الاسترخاء (Spiegler & Guevremont, 2010).

العلاج الذهني السلوكي

جاء ظهور العلاج الذهني السلوكي Cognitive Behavior Therapy في ضوء مفاهيم العلاج السلوكي والعلاج العقلاني الانفعالي الذي أسس له ألبرت إليس Albert Ellis ومتماشياً مع الاتجاه السائد في الولايات المتحدة في ستينيات القرن الميلادي الماضي المناهض للاتجاه النفسي الدينامي والذي يرى أيضاً قصور في العلاج السلوكي وقلة فعالية للعلاج الروجرزي (Fall, Holden, & Marquis, 2017). وإن كان يعود ظهور أولى تطبيقات العلاج الذهني السلوكي إلى أوائل ستينيات القرن الميلادي الماضي إلا أن معظم ما كتب فيه كان في سبعينيات ذلك القرن، حيث عبر فيها آرون بيك Aaron Beck عن عدم رضاه عن التحليل النفسي والعلاج السلوكي (Rosner, 2012). على أية حال؛ يُنظر إلى العلاج الذهني السلوكي على أنه هجين من مجموعة من الاستراتيجيات السلوكية والمفاهيم والعمليات الذهنية التي تهدف إلى إحداث تغيير في السلوك والذهن (Dobson & Dozois, 2001). ويرتكز العلاج الذهني نظرياً على مفاهيم السلوكية مثل الاشارات التقليدية والاشراط الاجرائي إضافة إلى نظرية التعلم الاجتماعي ونظرية التثمين الذهني اللتان تؤكدان على دور الذهن في استهلال سلوكيات معينة والابقاء عليها. ولا يمكن إغفال التماثل بين المبادئ النظرية لدى كل من بيك وإليس في القول بأن الذهن هو لب المعاناة الإنسانية، وأن مهمة المعالج تتمثل في مساعدة المتعالج على تعديل أفكاره التي تسبب له الضيق (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2018).

وبحسب العلاج الذهني فإن السمة الرئيسية للاختلال هي المعتقدات الأساسية المتحيزة، أي المخطوطات التي تنطوي على تصورات مبالغ فيها والتي لا تصمد أمام الأدلة ولا تخدم بقاء الشخص ومصالحه. هذه المعتقدات الأساسية المتحيزة تهيئ الفرد للسمة الثانية المتمثلة في التشريط المزمن لواحد أو أكثر من الأوضاع البدائية. وثالث السمات هي عمل الفرد بشكل مزمن من خلال وضع بدائي واحد أو أكثر، حيث يصبح خاضعاً للتفكير الجامد والمطلق والمنحاز والتلقائي الذي يميز هذه الأوضاع، وبالتالي يصبح أقل قدرة على الوصول إلى نظام التحكم الواعي. والنتيجة هي السمة الرابعة المتمثلة في الجمود، حيث الانزلاق بسهولة إلى الوضع البدائي وصعوبة الوصول إلى نظام التحكم الواعي (Beck & Weishaar, 2014). ويحدث التغيير من المنظور الذهني

عندما تتغير المعتقدات الأساسية للفرد وتزال التحيزات منها، وتصحح أخطاء التفكير. ويكون هذا التغيير أكثر قوة عندما يتعلم الفرد أيضاً إدراك الكيفية التي تحدث بها معالجة المعلومات المتحيزة وكيفية إزالة التحيز. ويكون حدوث التغيير أقل احتمالاً بشكل تلقائي في سياق الحياة العادية وأكثر احتمالاً في ظل الظروف العلاجية (Fall, Holden, & Marquis, 2017). ويتم التغيير من خلال توظيف نموذج ذهني لتعليم المريض استخدام التحكم الواعي للتعرف على الاستجابات غير التكيفية والتغلب عليها (Beck & Weishaar, 2014).

وبمثل أهداف العلاج الذهني السلوكي لدى البالغين فإنه يهدف لدى الأطفال أيضاً إلى مساعدتهم على تحديد التحريفات الذهنية واختبارها أثناء الجلسات العلاجية تحت إشراف المعالج ومن خارج الجلسة من خلال الواجبات المنزلية، كما يهدف إلى زيادة التفكير العقلاني. ومن المهم مراعاة العوامل النمائية عند إجراء العلاج مع الأطفال لاسيما مع الأطفال الصغار الذين أعمارهم دون سن المراهقة، فالأطفال الصغار قد لا يميزون بين ما هو عقلائي وغير عقلائي. لذا يتوجب تعديل أو تكييف هذا العلاج كي يناسبهم وذلك من خلال استخدام التقنيات الأقل تعقيداً بما في ذلك التقنيات السلوكية وتلك الأقل اعتماداً على الوظائف اللفظية، والاستعانة بالوالدين لتقوية المفاهيم التي تمارس في الجلسات، والاعتماد على العلاج باللعب لإيصال المفاهيم الذهنية (Minde, Roy, Bezonsky, & Hashemi, 2010).

التقييمات Assessments: يُستخدم في العلاج الذهني التقييمات الموضوعية وغير الموضوعية قبل وأثناء عملية العلاج. فبالإضافة إلى التقييمات التي أشرنا إليه في الجزء الأول من هذا الفصل، يتعمق هذا العلاج في تقصي التاريخ النمائي للمعالج والمعاني المنفردة التي ينسبها للخبرات. وعادةً ما يُطلب من المتعالج استكمال بعض البيانات قبل الجلسة الأولى وقبل وبعد كل جلسة. وكثيراً ما تُستخدم أدوات التقرير الذاتي للتعرف على الأعراض وتقدم العلاج مثل السجل اليومي للأفكار غير التكيفية (Brown & Clark, 2015). ولصياغة الحالة أهمية قصوى في العلاج الذهني السلوكي بل أنها إحدى ركائز الأساسية، ففيها يتم إيجاد فرضيات تتعلق بالعوامل الذهنية والانفعالية والسلوكية والموقفية التي تسهم في حدوث اضطراب المريض واستمراره وتفاقمه (Wenzel, Brown, & Karlin, 2011). وتشتمل الصياغة في العلاج الذهني السلوكي على ستة أجزاء تم تحديدها فيما مضى بإنشاء قائمة بالمشاكل، ووصف الآليات الأساسية، والطريقة التي تُحدث بها الآليات المشاكل، وتحديد

مسببات المشاكل الحالية، وأسس الآليات في حياة المريض المبكرة، وتوقع العقبات التي يمكن أن تعترض العلاج بناءً على الصياغة (Persons, 1989). وحديثاً أُضيف إليها صياغة تصور مُفصّل لنظام الخلل الوظيفي لا سيما فيما يتعلق بالعوامل التي تسهم في الإبقاء على الخلل، والخلفية التاريخية المتعلقة بالقابلية للاضطراب، ودور السلوك الاجتماعي والبين شخصي في حدوثه (Tarrier & Calam, 2002).

الاستراتيجيات والتقنيات Strategies and Techniques: عادةً ما يُستخدم نهجان أساسيان في العلاج الذهني السلوكي لإحداث التغيير أولهما إعادة بناء الأحداث الذهنية، وثانيهما التدريب على المهارات الاجتماعية والبين شخصية. هذان النهجان يعتمدان على طريقتين للتعزيز، الأولى تقوية الأفكار التي تؤدي إلى سلوكيات إيجابية، والثاني تقوية السلوك. وللطريق الأول جذور في العلاج الذهني وللثاني جذور في العلاج السلوكي (Milkman & Wanberg, 2007). ودائماً ما تُستخدم التقنيات السلوكية وذلك في ضوء فرضية أن استمرار الصعوبات النفسية غالباً ما تكون نتيجة لأنماط السلوك المختلفة بما في ذلك التجنب. لذا فإن لتلك التقنيات والإجراءات السلوكية أهمية في العلاج الذهني السلوكي ولقد أوردنا في الصفحات السابقة في سياق الحديث عن العلاج السلوكي الكثير من الاستراتيجيات والتقنيات السلوكية التي توظف أيضاً في العلاج الذهني السلوكي. ونورد فيما يلي أهم الاستراتيجيات والتقنيات الذهنية، وبعض الاستراتيجيات السلوكية التي لم نشير إليها أثناء الحديث عن العلاج السلوكي. ومن الملاحظ أن كثير من هذه التقنيات تقييمية وعلاجية. ونوردها تحت عناوين عريضة تمثل الخطوات الرئيسة للعلاج الذهني السلوكي.

تنمية الوعي بالتغيرات الانفعالية: من المهم أن يكون لدى المتعالج وعي بالتغيرات الانفعالية والربط بينها وبين المظاهر الذهنية والسلوكية. ويُستخدم لهذا الغرض المخطط الانفعالي Emotional Pie المخصص لتحديد حالات مزاجية مختلفة خلال فترة زمنية محددة. والترمومتر الانفعالي Emotional Thermometer الذي يتوجب فيه تحديد المواقف التي قد يتعرض لها المتعالج والمشاعر المرتبطة بها. وكذلك بطاقات وسجلات المشاعر Feeling Charts and Cards التي تُستخدم مع الأطفال والمراهقين (Merrell, 2008b).

الكشف عن الأفكار التلقائية وتحديد المعتقدات: في هذه الخطوة العلاجية يكون التركيز على تحديد أنماط تفكير المتعالج سواءً الإيجابية أو السلبية، ونظام معتقداته الأساسية الذي يكمن خلف عمليات التفكير ويؤثر على الانفعالات. وبحسب

المفاهيم النظرية للعلاج الذهني فإن العديد من أفكار الإنسان تحدث على نحو تلقائي كاستجابة لمواقف أو مثيرات محددة وكنتيجة لذلك يتم تطوير أنماط من التفكير دون وعي. وإن كان هدف العلاج معارضة وتغيير تلك الأفكار والمعتقدات فإن أولى الخطوات هي التعرف عليها، ولتحقيق هذا الهدف تُستخدم العديد من التقنيات ومنها:

جدول الأفكار Thought Charts: إجراء بسيط يتكون من ثلاثة أعمدة يُستخدم لتحديد الأفكار التلقائية، وفيه يقوم المتعالج بتسجيل المواقف التي تحدث بين كل جلستين علاجيتين وتقدير حدة المشاعر المرتبطة بكل موقف من تلك المواقف والأفكار المصاحبة لها. ويمكن في بعض الأحيان أن يكون لدى المعالج نفس السجل حيث يدون فيه ما يستبطنه من الحوار أثناء الجلسة العلاجية (Wilkes et al., 1994).

الإعادة الذهنية Cognitive Replay: قد لا يشعر بعض المتعالجين بالراحة عند تسجيل أفكارهم أو قد يسجلون ما يرون أن المعالج يريد منهم كتابته وفي أحيان أخرى قد لا يكونوا متعاونين، لذا يمكن استخدام أسلوب الإعادة الذهنية الذي يتم فيه تحديد الأفكار خلال الجلسة العلاجية حيث يقوم المعالج بتعليم المريض ذلك من خلال تحديد موقف يستثير أفكار الاكتئاب ومن ثم الطلب منه إعادة تدويرها في ذهنه وخلال ذلك يمكن للمعالج إرشاده نحو الأفكار التلقائية التي خبرها. ويمكن استخدام هذا الأسلوب أيضاً للكشف عن المعتقدات التي تكمن خلف تلك الأفكار (Merrell, 2008b; Wilkes et al., 1994).

تنبؤ الأفكار Thought Forecasting: هذه التقنية ماثلة للإعادة الذهنية فيما عدا أن التركيز هنا على المستقبل بدلاً من الماضي. وعادةً ما تُستخدم مع المريض الذي يقاوم استعادة الخبرات الماضية أو مناقشة المشاكل الراهنة حيث يمكن لهذه التقنية أن تكون بديلاً مفيداً للكشف عن الأفكار التلقائية. وفيها يتم تخيل موقف منطقي ومن ثم يطلب من المريض التنبؤ بما يمكن حدوثه وكيف يفكر خلال ذلك. ويمكن أيضاً الذهاب أبعد من التعرف على الأفكار التلقائية إلى الكشف عن المعتقدات التي تكمن خلفها (Merrell, 2008b).

اقتراح فرضيات Offering Hypotheses: في هذه التقنية المستخدمة أيضاً للكشف عن الأفكار التلقائية والمعتقدات يقترح المعالج فرضيات تتعلق بما يمكن أن يشعر به المريض في موقف ما أو يفكر فيه، أو المعتقدات الكامنة المرتبطة بتلك الأفكار أو المشاعر. ويتوجب أن يكون لدى المعالج معرفة جيدة بالمريض كي يمكنه التنبؤ بما

يمكن للمريض الشعور به أو التفكير فيه أو اعتقاده في ذلك الموقف على نحو صحيح. ويمكن للمريض التصديق على فرضيات المعالج متى ما كانت صحيحة وإضافة أفكار أو تفاصيل إليه، أما إذا كانت غير صحيحة فبإمكان المريض إنكارها أو تصحيحها. وقد يكون من الصعب استخدام هذه التقنية متى ما كان المريض غير متعاوناً أو دفاعياً (Merrell, 2008b).

السهم المتجه للأسفل Downward Arrow: هذه التقنية مقتبسة من تقنية السهم العمودي Vertical Arrow التي أعدها بيرنز (Burns 1980) لعلاج الاكتئاب. وعلى غير ما هو في التقنيات السابقة المخصصة للتعرف على الأفكار التلقائية فإن هذه التقنية مخصصة للتعرف على المعتقدات، حيث يتم مساعدة المريض من خلال سلسلة من الأسئلة للوصول إلى المعتقدات الأساسية المرتبطة بالأفكار التلقائية السلبية والمزاج المكتئب. وعادةً ما يقوم المعالج وعلى نحو مستمر بطرح أسئلة "وماذا في ذلك؟" "لماذا؟" "ماذا يعني ذلك؟" للمساعدة في توجيه المريض إلى ما هو أبعد من ظواهر الأحداث والأفكار إلى المعتقدات الأساسية التي تُغذي الأفكار السلبية والمزاج المكتئب. ومن المهم ألا يتحدى المعالج أفكار المتعالج لأن هذا سيمنع "السهم" من النزول إلى العمق. وألا يطرح أسئلة طويلة من شأنها صرف انتباه المتعالج، كما ينبغي عليه عدم إضافة تفسيراته الخاصة المتعلقة بمشكلة المتعالج (Neenan & Dryden, 2004).

المراقبة Monitoring: في هذا الإجراء يطلب من المريض مراقبة نشاط ذهنه مع إعطاء اهتمام خاص لما يدور فيه في اللحظات التي يخبر فيها مشاعر غير سارة، لاسيما تلك المشاعر التي جعلته يطلب العلاج. وتعتبر المراقبة والتسجيل المناسبين للأفكار أو المعتقدات أو التصورات المزعجة ضرورية، ويجب أن تتم قبل أي محاولة تحدي للأنشطة الذهنية غير التكيفية (Keegan & Holas, 2009).

الاكتشاف الموجه Guided Discovery: يتضمن محاولة فهم وجهة نظر المريض للأشياء ومساعدته على توسيع آفاق فكره ليصبح واعياً بافتراضاته الأساسية، واكتشاف أفكار وحلول بديلة لمشكلته بنفسه. وإحدى الطرق المستخدمة لذلك الاستفسار السقراطي Socratic Questioning الذي يساعد المريض على توجيه انتباهه نحو أمور خارج نطاق تركيزه الراهن. وعادةً ما يُستخدم المعالج الأسئلة للتحقق من افتراضات المريض، ولتقصي أسباب معتقداته والأدلة عليها، ولتسليط الضوء على أفكار أخرى والتحقق من مضمانيها (Overholser, 2011).

تقييم الأفكار التلقائية والمعتقدات: بعد الكشف عن الأفكار التلقائية وتحديد المعتقدات الأساسية يذهب العلاج الذهني السلوكي إلى تقييم ما إذا كانت تلك الأفكار والمعتقدات منطقية أو غير منطقية، تكيفية أو غير تكيفية. فالمنطقية أو التكيفية هي تلك التي تستند على أدلة أما غير المنطقية وغير التكيفية فهي التي تناقض تلك الأدلة. ويتمثل هدف العلاج في العمل على تغيير الأفكار والمعتقدات غير المنطقية واستبدالها بأخرى منطقية أو تكيفية وليس العمل على التخلص منها حيث قد يكون بعض تلك الأفكار والمعتقدات السلبية منطقية وتكيفية. ولهذا الهدف تُستخدم التقنيات التالية:

تحديد التحريفات الذهنية Identifying Cognitive Distortions: في هذه الاستراتيجية يتم تعليم المريض كيفية التعرف على أخطاء تفكيره الناجمة عن عدم معالجة المعلومات على نحو صحيح. ويمكن إعطاء المريض قائمة التحريفات الذهنية ومن ثم سؤاله عما إذا كان بإمكانه تحديد ما يوجد منها لديه. ومن التحريفات المرتبطة بالاكتمال على سبيل المثال الاستدلال التعسفي، التجريد الانتقائي، والمبالغة في التعميم، والتضخيم والتقليل، والشخصنة، والتفكير الكوارثي. ويُعد تحديد هذا الأفكار ومعارضتها أمر أساسي في العلاج الذهني (Leahy, Holland, & McGinn, 2012). ويوجد العديد من أدوات التقرير الذاتي المخصصة للتعرف على التحريفات الذهنية، ومن أهمها مقياس التحريفات الذهنية (Briere, 2000)، واستبيان التحريفات الذهنية (de Oliveira, 2015).

فحص الأدلة Examining the Evidence: تُستخدم هذه التقنية لتحديد ما إذا كانت الأفكار التلقائية والمعتقدات الأساسية منطقية أم لا. ومن السهل تطبيق هذه التقنية أثناء الجلسة وتعليم المتعالج استخدام بعض الأسئلة التي تساعد على ذلك، ومنها: ما هو الدليل؟ وهل يوجد أدلة بديلة؟ وماذا لو...؟ وتُعد هذه التقنية أكثر التقنيات شيوعاً في إعادة البناء الذهني (Neenan & Dryden, 2004). وإن كان يُستخدم الحوار أو الاستفسار السقراطي خلال معظم خطوات العلاج إلا أن لاستخدامه عند فحص الأدلة أهمية خاصة (Beck & Weishaar, 2014).

تقييم الإيجابيات والسلبيات Evaluating Positives and Negatives: تقنية مفيدة لتقييم الأفكار التلقائية والمعتقدات الأساسية من خلال قائمة يسجل فيها المريض إيجابيات وسلبيات مواقف محددة. وحالما تستكمل هذه القائمة يمكن تقييمها منطقياً. وتُعد هذه التقنية مفيدة عندما يتبنى المريض وجه نظر متحيزة تركز بشكل كلي على

المظاهر السلبية للموقف (Neenan & Dryden, 2004).

إعادة البناء الذهني Cognitive Restructuring: استراتيجية مصممة لمساعدة المريض على التعرف على أنماط تفكيره وتحديدّها. فمن خلال العمل التعاوني بين المعالج والمتعالج يتم تحديد التصورات المشوهة، والتعرف على الأفكار السلبية والبحث عن أفكار بديلة واقعية، والعثور على أدلة على الأفكار السلبية والبديلة، وإيجاد أفكار أكثر دقة ومنطقية مرتبطة بالمواقف (Beck, 1995). وتتضمن تقنيات تحدي الأفكار السلبية وإجراء تجارب، وتقييم السلبيات والإيجابيات، وتحديد الاحتمالات الواقعية فيما يتعلق بحدوث عواقب سيئة فعلياً.

التجارب السلوكية Behavioral Experiments: تسمح هذه التقنية للمريض باختبار تنبؤاته الكارثية، كما تساعده أيضاً على تعلم تحمّل القلق. ويعمل المعالج مع المريض على إيجاد سلسلة من المهام المتدرجة بدءاً من أقل المهام إثارة للقلق وانتهاءً بأكثرها إثارة له. ودائماً ما يُطلب منه التنبؤ قبل البدء في كل مهمة تسجيل ما إذا كان تنبؤه تحقق أم لا. ومع مرور الوقت يستطيع المريض تقييم أفكاره الكارثية من خلال الوصول إلى أدلة ضد توقعاته. وتُستخدم هذه التقنية بشكل رئيس مع اضطراب القلق، كما تُستخدم لمساعدة المتعالج على جمع الأدلة ضد سلوكيات الأمان المتمثلة في التجنب السلوكي والهروب (Salkovskis, 1996).

تغيير الأفكار السلبية التلقائية والمعتقدات غير التكيفية: لا يقتصر العلاج الذهني السلوكي على التعرف على الأفكار التلقائية السلبية والمعتقدات غير التكيفية ودحضها بل يمتد إلى محاولة تغييرها واستبدالها بأخرى منطقية وتكيفية. ولكون تغييرها واستبدالها أمرٌ ليس ببسيط لذا تم إعداد العديد من التقنيات والإجراءات الذهنية للمساعدة في هذه الخطوة، ومنها ما يلي:

سجل الأفكار اليومي Daily Thought Record: يُستخدم هذا السجل لتوعية المريض بأفكاره السلبية التلقائية، ولتمييز بين الأفكار والحقائق، ولمعرفة الكيفية التي تؤثر بها تلك الأفكار على مزاجه، وهو من إعداد بيك وزملائه (Beck and Colleagues (1979). وغالباً ما يساعد هذا السجل المريض على إيجاد أفكار بديلة تؤدي إلى تغيير مشاعره ومزاجه، كما يساعده على تحدي تلك الأفكار السلبية والتغلب عليها. ويتوجب على المريض ملء سجل الأفكار الذي يتكون من سبعة أعمدة مخصصة للمواقف، والحالة المزاجية، والأفكار السلبية التلقائية، والأدلة عليها، والأدلة التي تعارضها، والاستجابات

العقلانية البديلة، وإعادة تقييم الحالة المزاجية (Greenberger & Padesky, 1995).

الأعمدة الثلاثة Triple Column: تم إيجاد هذه التقنية من قبل بيرنز (Burns 1980) حيث يُستخدم لتحديد الأفكار السلبية التلقائية وأخطاء التفكير واستبدالها بأخرى أكثر منطقية، وهو مشابه لسجل الأفكار اليومي الذي يتكون من ستة أعمدة ولكنه لا يتضمن الكثير من التفاصيل. ودائماً ما يتم تسجيل الفكرة السلبية التلقائية في العمود الأول، وفي الثاني خطأ التفكير، وفي الثالث الفكرة المنطقية (Merrell, 2008b).

إعادة الصياغة وإعادة التسمية Reframing and Relabeling: تُستخدم هذه التقنية لاستبدال الأفكار والمعتقدات غير التكيفية بأخرى تكيفية، وتتسم بأنها مباشرة حيث يعمل المعالج مع المتعالج لمساعدته في التوصل إلى تسمية للمواقف التي يرى أنها مزعجة أو كوارثية. ويمكن أن يُسهم وضع تسمية جديدة للمشكلة في جعلها تبدو أكثر إمكانية للتعايش وبالتالي لا يصبح الموقف المرتبط بها مرعباً (Merrell, 2008b).

المران الذهني Cognitive Rehearsal: تهدف هذه التقنية إلى اكتساب وثبيت الأفكار والمعتقدات التكيفية الجديدة من خلال المران عليها وممارستها خلال جلسات العلاج. وهي تُستخدم مع العديد من الاضطرابات مثل الرهاب الاجتماعي والاكْتئاب والاندفاعية (Merrell, 2008b).

اتجاهات علاجية أخرى

بالإضافة إلى الاستراتيجيات والتقنيات العلاجية التي أشرنا إليها في الصفحات السابقة والتي ينتمي بعضها إلى الاتجاه السلوكي الذي يُعد أكثر ملاءمة للأطفال في حين ينتمي بعضها الآخر إلى الاتجاه الذهني السلوكي الأكثر مناسبة للمراهقين، بالإضافة إليهما يوجد اتجاهات علاجية أخرى يمكن أن تُستخدم بدرجات متفاوتة من الفعالية مع هذه الفئات العمرية. وهي التي يندرج بعضها تحت الاتجاهات العلاجية النفسية الدينامية أو الاتجاهات العلاجية الإنسانية أو اتجاهات أخرى. ونورد في المقاطع والصفحات التالية تعريفات موجزة بهذه الأساليب.

العلاجات النفسية الدينامية Psychodynamic Therapies: تعود جذور هذه العلاجات إلى سيغموند فرويد Sigmund Freud الذي يعتقد بوجود ثلاث قوى مركزية تُشكل الشخصية، هي: الاحتياجات الغريزية، والتفكير العقلاني، والمعايير الأخلاقية التي

تعمل على مستوى اللاوعي، وهو يفترض ديناميكية أو تفاعل هذه القوى التي يسميها الهو والأنا والأنا العليا. وبحسب فرويد فإن كل إنسان عرضه للاضطراب النفسي إذا تعرض لنوع ومقدار محدد من الضغوط (Comer, 2015). ولقد أدى الاختلاف بين فرويد وزملائه إلى ظهور العديد من النظريات التي من أبرزها في وقتنا الحاضر نظرية الأنا Ego Theory التي تشدد على دور الأنا وتعتبره أكثر قوة واستقلالية مما هو في مفاهيم فرويد (Sharf, 2012). ونظرية الذات Self Theory التي تولي الذات أو الشخصية الموحدة الاهتمام الأكبر، حيث يعتقد علماء هذه الاتجاه أن الدافع الإنساني الأساس هو تعزيز تكامل الذات (Berzonsky, 1988). ونظرية العلاقة بال موضوع (الآخر) Object Relations Theory التي تفترض أن الدافع الأساس لدى الإنسان هو الحاجة إلى إقامة علاقات مع الآخرين وأن المشاكل الحادة في العلاقة بين الطفل ومن يقوم على رعايته قد تؤدي إلى نموه غير السوي (Kernberg, 2005). وبشكل عام؛ تهدف إلى الكشف عن الصدمات السابقة والصراعات الداخلية الناجمة عنها، ومن ثم مساعدة الإنسان على حل تلك الصراعات واستئناف نموه الشخصي وذلك من خلال توجيه حوارات العلاج بمهارة حتى يتمكن المريض من اكتشاف مشاكله الأساسية بنفسه. ولهذا الغرض يعتمد المعالج على بعض التقنيات مثل التداعي الحر الذي يتم فيه تشجيع المريض على الحديث عن أي شيء يرد في ذهنه، والتفسيرات Interpretations التي تستخدم للبحث عن أدلة واستخلاص استنتاجات مبدئية، وتقنية التنفيس Catharsis التي يستعيد فيها المريض مشاعره المكبوتة (Comer, 2015). ويمكن توظيف بعض مفاهيم هذه العلاجات النفسية الدينامية لفهم البنية النفسية للأطفال والمراهقين لاسيما في استخدامهم آليات الدفاع الأولية التي تتجاهل العالم الخارجي مثل التفكير السحري أو الاعتقاد بأن الأشياء تحدث بطريقة سحرية عندما يردون ذلك (Henderson & Thompson, 2011).

العلاج المتمركز حول الشخص Person-Centered Therapy: يُستخدم هذا العلاج مع الأطفال والمراهقين وهو يعتمد على مفاهيم علم النفس الإنساني لدى كارل روجرز Carl Rogers التي طرحها في أوائل أربعينيات القرن الميلادي الماضي، وهو يشترك مع العلاج الوجودي في العديد من المفاهيم. وبإيجاز؛ يفترض روجرز أن الاضطراب النفسي يبدأ من مرحلة الطفولة، فكل إنسان لديه حاجة أساسية للاحترام من قِبَل الأشخاص المهمين في حياته. فالإنسان الذي يتلقى احتراماً غير مشروط في وقت مبكر من حياته ينمي احترامه غير المشروط لذاته، فهو يدرك قيمته كإنسان حتى وإن لم يكن مثالياً. أما في حالة النقيض أي الاحترام المشروط فإن الإنسان يكوّن رؤية مشوهة عن نفسه

وخبراته، فهو لا يعرف ما الذي يشعر به وما الذي يحتاج إليه حقاً، كما لا يعرف ما هي القيم والأهداف ذات المعنى بالنسبة له (Raskin, Rogers, & Witty, 2014). وفي هذا العلاج يتوجب على المعالج توفير مناخ داعم يُمكن المتعالج من النظر إلى نفسه بطريقة عادلة ومقبولة مما يؤدي به إلى تقدير مشاعره وأفكاره وسلوكه وتحرره من عدم الأمان والشكوك التي تحول دون تحقيقه لذاته. ويتعارض اعتقاد روجرز بقدرة المتعالج على التغيير والشفاء الذاتي مع العديد من الاتجاهات العلاجية التي ترى أن تقنيات المعالج أقوى العوامل التي تؤدي إلى التغيير. فهو يرى أن الناس جديرون بالثقة بشكل أساسي، وأن لديهم إمكانيات هائلة لفهم أنفسهم وحل مشاكلهم الخاصة دون تدخل مباشر من جانب المعالج، وأنهم قادرون على النمو الذاتي متى ما كانوا مشاركين في نوع معين من العلاقة العلاجية الجيدة. ولقد أكد روجرز منذ البدء على اتجاهات المعالج وخصائص شخصيته ونوعية علاقته بالمتعالج باعتبارها المحددات الرئيسة لنجاح العملية العلاجية مُعلِّياً هذه الجوانب على الحصيلة النظرية والمعرفة بالتقنيات العلاجية (Rogers & Russell, 2002). وبشكل عام؛ يركز العلاج المتمركز حول الشخص مع الأطفال الذي يُسمى أحياناً بالمتمركز حول الطفل على خلق بيئة تُمكنه من استكشاف نفسه وعلى علاقة تركز على الطفل بدلاً من التركيز على المشكلة وعلى الحاضر بدلاً من الماضي، وعلى المشاعر بدلاً من الأفكار والسلوكيات، وعلى الفهم بدلاً من التفسير، وعلى القبول بدلاً من التصويب (Landreth, 2009). إنه يركز بإيجاز على فهم الطفل بدلاً من تشخيصه أو معالجته أو تغييره، فالهدف الرئيس للعلاج هو مساعدة الطفل على أن يصبح أكثر استقلالية وتلقائية وثقة (Rogers, 1983).

العلاج الجشطالتي Gestalt Therapy: تعود نشأته إلى أربعينيات القرن الميلادي الماضي بواسطة فريدريك بيرلز Frederick Perls ولورا بيرلز Laura Perls وبول قودمان Paul Goodman، ويؤكد العلاج الجشطالتي على وحدة العقل والجسم مع التركيز بشدة على الحاجة للتكامل بين التفكير والشعور والتصرف. فالإنسان بهذا المعنى حالة كلية وليس أجزاء منفصلة من الانفعالات والأفكار والسلوكيات. ويهدف هذا العلاج إلى إكساب المتعالج وعياً ذاتياً وقبولاً بالعمليات الجسدية والانفعالات المحجوبة عن الوعي، ومن خلال هذا الوعي الذاتي يحدث التغيير تلقائياً، ولا يقتصر الوعي بالذات بل أيضاً بالطرق التي يهزم بها الإنسان نفسه، ودائماً ما يتم الوصول إلى الوعي من خلال التعبير عما يشعر به الآن (Zahm & Gold, 2002). ورغم تركيز هذا العلاج على الوعي اللحظي أو الآن، إلا أنه في حقيقته مزيج غير متجانس من التقنيات والأفكار،

وهو ما يتضح من عدم اتفاق علمائه، حيث يبدو في بعض الأحيان أنهم يفضلون الاختلاف على الاتفاق. ويُعد الوعي اللحظي من المفاهيم الرئيسية للعلاج الجشطالتي، فبحسب بيرلز فإن الواقع الآن والسلوك الآن والخبرة الآن. ويُنظر إلى البحث عن إجابات في الماضي كالتعامل مع شيء لم يعد موجوداً. لذا فإنه لا يمكن تحقيق قدرة الإنسان على النمو إلا عن طريق مهاجمة أي شيء يعمل على تحويل وعيه عن اللحظة الراهنة. وهذا ما يلخصه بيرلز (1970, p.14) في القول: "بالنسبة لي، لا يوجد شيء إلا الآن. الآن = الخبرة = الوعي = الواقع. الماضي لم يعد موجوداً والمستقبل لم يأت، فقط الآن موجود". فالقلق بحسب هذا المفهوم هو الفجوة بين الآن ولاحقاً، أي الانشغال بما قد يجلبه المستقبل، كما إن الانشغال بالماضي يؤدي أيضاً إلى مجموعة من المشاعر السلبية. فالتركيز على الماضي أو المستقبل بحسب مفاهيم العلاج الجشطالتي يجعل الإنسان يعيش حاضره مشلولاً (Trull & Prinstein, 2013). ويستخدم العلاج الجشطالتي مع الأطفال والمراهقين وغالباً ما يكون في سياقات العلاج باللعب ورواية القصة حيث تهدف إلى زيادة الوعي الذاتي للطفل، كما تستخدم بعض الطرق العلاجية ومنها ما يُعرف بطريقة الكرسي الفارغ (Oaklander, 1993).

العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي Rational Emotive Behavior Therapy: يُنسب هذا العلاج إلى ألبرت إليس Albert Ellis الذي أوجده في بداية خمسينيات القرن الميلادي الماضي. وهو يفترض أن الانفعالات السلبية مثل القلق والاكتئاب تنتج عن الطرق غير العقلانية التي يفسر بها الفرد الأحداث أو يحكم عليها وليس بسبب الأحداث نفسها. ويلاحظ معارضة هذا العلاج لمفاهيم وتطبيقات التحليل النفسي الذي يعتقد إليس أنه في بعض الأحيان غير فعال بل أنه قد يضاعف مشاكل المريض بدلاً من حلها (Ellis, 1999). ويُعد هذا العلاج أول العلاجات الذهنية ولديه الكثير من القواسم المشتركة مع العلاجات الموجهة نحو الذهن والسلوك لأنه يشدد مثلها على التفكير والحكم واتخاذ القرار والتحليل والتصرف (Wolfe, 2007). ويفترض إليس العديد من الافتراضات الرئيسية التي يركز عليها العلاج، ومنها: أن الإنسان يولد بإمكانية أن يكون عقلانياً أو غير عقلاني. وأنه يميل إلى التفكير غير العقلاني والعادات المدمرة للذات والتفكير بالتمني والتعصب نتيجة لعوامل ثقافية وأسرية. وأن لوم النفس لب معظم الاضطرابات الانفعالية لذا يتوجب القبول غير المشروط للذات وللآخرين وللحياة (انظر: Ellis, 2001; Ellis & Blau, 1998). ويضع إليس نموذجاً يُعرف بنموذج (A-B-C) ويُعد هذا النموذج أساسياً من الناحية النظرية والتطبيقية فهو أداة مفيدة لفهم مشاعر المتعالج

وأفكاره وأحداث حياته وسلوكه. وفي هذا النموذج يمثل (A) وجود الحقيقة، أو حدث منشط، أو سلوك الفرد أو اتجاهاته. ويمثل (B) اعتقاد الفرد حول (A) الذي يؤدي إلى (C). ويمثل (C) النتيجة الانفعالية أو السلوكية أو رد فعل الفرد سواءً كان صحيحاً أو غير صحي. كما أورد إليس العديد من الأفكار اللا عقلانية مثل الشخصية والكمالية والتركيز على السلبيات (Ellis & MacLaren, 1998). ويشير إليس إلى أن لدى الإنسان ميل قوي ليس إلى تقييم عمله أو سلوكه بأنه جيد أو سيء، يستحق أو لا يستحق، بل أيضاً تقييم نفسه في ضوء انجازه. هذا التقييم أحد المصادر الرئيسة للاضطراب، لذا يتمثل الهدف العام للعلاج في تعليم المتعالج كيفية فصل تقييم سلوكه عن تقييم نفسه وكيفية تقبل نفسه على الرغم من عيوبه. ويُستخدم في هذا العلاج العديد من التقنيات السلوكية والذهنية ومنها: إعادة البناء الذهني، دحض الأفكار اللاعقلانية، التخيل الانفعالي العقلاني، لعب الدور وتمارين مهاجمة الخجل، واستخدام القوة والنشاط (Ellis & Harper, 1997). ويستخدم العلاج العقلاني الانفعالي مع الأطفال والمراهقين حيث يُشار إلى فعاليته مع هذه الفئات العمرية ولكن بعد إحداث تعديلات على تقنياته التي تعتمد على القدرات اللفظية والمفاهيمية المجردة (DiGiuseppe, 2007).

العلاج النفسي البين شخصي Interpersonal Psychotherapy: أسلوب علاجي محدد زمنياً تمت صياغته في ستينيات القرن الميلادي الماضي لعلاج الاكتئاب لدى الكبار، ولاحقاً تم تعديله وتكييفه لاستخدامه في علاج الاكتئاب لدى المراهقين. كما يستخدم أيضاً لعلاج العديد من الاضطرابات النفسية منها القلق والاضطراب تنائي القطب واضطرابات الأكل (Young, Mufson, & Benas, 2014). وتعود جذور هذا العلاج إلى المفاهيم النظرية لكل من هاري سوليفان (Sullivan (1953) وأدولف ماير (Meyer (1957)، إضافة إلى نظرية التعلق Attachment Theory التي ربطت جميعها بين الاكتئاب والتفاعل البين شخصي، حيث تفترض أن نوعية العلاقات البين شخصية يمكن أن تتسبب في حدوث الاكتئاب أو تمنع حدوثه، لذا يركز العلاج على تحسين العلاقات كآلية لتخفيف أعراض الاكتئاب (Bowly, 2008; Hollon & Ponniah, 2010). ويُستخدم هذا العلاج مع المراهقين الذين يعانون من اضطراب اكتئابي خفيف إلى متوسط، وعادةً ما يمتد بين اثني عشرة إلى خمس عشرة جلسة تدرج تحت ثلاث مراحل. وعلى الرغم من أنه علاج فردي إلا أنه يمكن للأباء حضور جلسة واحدة في كل مرحلة من المراحل الثلاث لتثقيفهم ودعم المراهقين (Young et al., 2014).

وخلال المرحلة الأولية يتم تقييم أعراض الاكتئاب لدى المراهق وتثقيفه بشأن الاضطراب مع شرح العلاقة بين أعراضه والصعوبات الشخصية التي يواجهها، كما يتم التعرف على علاقاته مع أفراد أسرته وأقرانه وتحديد المشكلة أو المشاكل التي سوف يركز عليها العلاج. ولا يقتصر التثقيف على المراهق بل أيضاً الوالدين. ويستخدم في هذه المرحلة القائمة البين شخصية Interpersonal Inventory التي تُعد تقييماً مفصلاً لعلاقات المراهق المهمة حيث يتم تحديد العلاقات أو أنماط العلاقات الشخصية التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً باكتتابه (Mufson, Dorta, Moreau, & Weissman, 2004). ومن ثم تتم صياغة الحالة بحيث تصف وتشرح بالتفصيل الصعوبات البين شخصية للمراهق وفقاً لنتائج التقييمات، ليتم بعدئذ إبرام إتفاقية مرنة بين المعالج والمراهق بشأن العلاج (Stuart & Robertson, 2012).

ويعمل المعالج والمريض خلال مرحلة العلاج الوسطى معاً لحل الصراعات البين شخصية، أو للتكيف أو للتعامل مع مشكلات الحزن والخسارة. وبشكل عام؛ بعد تحديد واحدة أو أكثر من المشكلات البين شخصية خلال مرحلة التقييم، يقوم المعالج بجمع مزيد من المعلومات حول مشكلات المريض البين شخصية. ومن ثم يعمل مع المتعالج وعلى نحو تعاوني على إيجاد حلول لتلك المشكلات، وعادةً ما يتم ذلك من خلال تعلم مهارات حل المشكلة وتحسين مهارات المريض التواصلية أو تعديل توقعاته حول الصراعات. وتتسم هذه المرحلة بالكثير من الإجراءات والممارسات والمثابرة. ومن التقنيات المستخدمة التعبير عن الوجدان، تحليل التواصل والقرار، حل المشكلات، لعب الأدوار، والواجبات المنزلية. وفي المرحلة الأخيرة وهي مرحلة إنهاء العلاج يتم الحديث عن نوبات الاكتئاب المستقبلية، وتحديد الاستراتيجيات الناجحة المستخدمة في المرحلة الوسطى، واستخدام المهارات في المواقف المستقبلية، والتأكيد على إتقان المهارات البين شخصية الجديدة، ومناقشة الحاجة لمزيد من العلاج. كما يتم مراجعة التحسن لاسيما فيما يتعلق بالمشكلات التي سبق تحديدها. إضافةً إلى تحديد الاستراتيجيات التي كانت مفيدة أكثر من غيرها والتأكيد على أهمية استمرار استخدام تلك الاستراتيجيات مستقبلاً. وخلال الجلسة الأخيرة يتم مناقشة إنهاء العلاقة العلاجية ووضع خطة للتعامل مع الاضطراب في حالة عودته (Young et al., 2014).

المراجع

- الزهراني، سعيد بن سعد (٢٠١٩). التقييمات النفسية والتدخلات العلاجية وأطرها المهنية. في سعيد الزهراني (محرر)، *العلاج النفسي للكبار: دليل عملي*. الرياض: المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية.
- Achenbach, T. M. (2009). *The direct observation form of the child behavior checklist* (Rev. ed.). Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington: University of Vermont Research Center for Children, Youth & Families.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Aveline, A. (1999) The advantages of formulation over categorical diagnosis in explorative psychotherapy and psychodynamic management. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 2, 199-216.
- Azrin, N. H., & Holz, W. C. (1966). Punishment. In W. K. Honig (Ed.), *Operant behaviour areas of research and application* (pp. 380-447). New York, NY: Appleton-Century.
- Barrios, B. A., & O'Dell, S. L. (1989). Fears and anxieties. In E. J. Mash, & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (pp. 167-221). New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (2014). Cognitive therapy. In D. Wedding, & R. J. Corsini (Eds.), *Current psychotherapies* (10th ed., pp. 231-264). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, J. S., Beck, A. T., Jolly, J. B., & Steer, R. A. (2005). *Beck Youth Inventories, Second Edition manual*. San Antonio, TX: Harcourt Assessments.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological Assessment*, 7, 73-79.
- Bellak, L. (1975). *The T.A.T., C.A.T., and S.A.T. in clinical use* (3rd ed.). New York, NY: Grune & Stratton.
- Berzonsky, M. D. (1988). Self-theorists, identity status, and social cognition. In D. K. Lapsley & F. C. Power (Eds.), *Self, ego, and identity: Integrative approaches* (pp. 243-262). New York, NY: Springer-Verlag.
- Bieling, P. J., & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 52-69.
- Bigelow, K. M., & Lutzker, J. R. (1998). Using video to teach planned activities to parents reported for child abuse. *Child & Family Behavior Therapy*, 20, 1-14.
- Bowlby, J. (2008). *Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bracken, B. A., & Keith, L. K. (2004). *Clinical Assessment of Behavior*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Brems, C., & Rasmussen, C. (2019). *Comprehensive guide to child psychotherapy and counseling* (4th ed.). Long Grove, IL: Waveland.
- Briere, J. (2000). *Cognitive Distortion Scales professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Brown, G. P., & Clark, D. A. (Eds.). (2015). *Assessment in cognitive therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York, NY: New American Library.
- Burns, R. C., & Kaufman, S. H. (1970). *Kinetic family drawings (K-F-D)*. New York, NY: Brunner-Mazel.
- Butler, G. (1998). Clinical formulation. In A. S. Bellack, & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology*. Oxford: Pergamon.
- Comer, R. J. (2015). *Abnormal psychology* (9th ed.). New York, NY: Worth Publishers.
- Conners, C. K. (1997). *Conners Rating Scales-Revised technical manual*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.
- Conners, C. K. (2014). *Conners 3rd edition (Conners 3) DSM-5 update*. Canada: Multi-Health Systems.
- Crosby J. M., & Twohig, M. P. (2011). Habit reversal. In S. Goldstein, & J. A. Naglieri (Eds.), *Encyclopedia of child behavior and development* (pp. 719-721). New York, NY: Springer.
- Cummings, J. A. (1986). Projective drawings. In H. M. Knoll (Ed.), *The assessment of child and adolescent personality* (pp. 199-244). New York, NY: Guilford Press.

- D'Zurilla, T., & Nezu, A. M. (2006). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3rd ed.). New York, NY: Springer.
- de Oliveira, I. R. (2015). Introducing the Cognitive Distortions Questionnaire. In I. R. de Oliveira (Ed.), *Trial-based cognitive therapy: A manual for clinicians* (pp. 25-40). New York, NY: Routledge.
- DeGarmo, D. S., Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (2004). How do outcomes in a specified parent training intervention maintain or wane over time? *Prevention Science*, 5, 73-89.
- DiGiuseppe, R. (2007). Rational emotive behavioral approaches. In H. T. Prout & D. T. Brown (Eds.), *Counseling and psychotherapy with children and adolescents: Theory and practice for school and clinical settings* (4th ed., pp. 279-331). Hoboken, NJ: Wiley.
- Division of Clinical Psychology. (2010). *The core purpose and philosophy of the profession*. Leicester: The British Psychological Society.
- Division of Clinical Psychology. (2011). *Good practice guidelines on the use of psychological formulation*. Leicester: The British Psychological Society.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2001). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapies* (pp. 3-39). New York, NY: Guilford Press.
- Dubi, K., & Schneider, S. (2009). The Picture Anxiety Test (PAT): A new pictorial assessment of anxiety symptoms in young children. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1148-1157.
- Eells, T. D. (Ed.). (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Ellis, A. (1999). *How to make yourself happy and remarkably less disturbable*. Atascadero, CA: Impact.
- Ellis, A. (2001). *Feeling better, getting better, and staying better*. Atascadero, CA: Impact.
- Ellis, A., & Blau, S. (Eds.). (1998). *The Albert Ellis reader*. New York, NY: Kensington.
- Ellis, A., & Harper, R. A. (1997). *A guide to rational living* (3rd ed.). North Hollywood, CA: Melvin Powers.
- Ellis, A., & MacLaren, C. (1998). *Rational-emotive behavior therapy: A therapist's guide*. San Luis Obispo, CA: Impact Publishers.
- Eyberg, S. M., Chase, R. M., Fernandez, M. A., & Nelson, M. M. (2014). *Dyadic parent-child interaction coding system: Comprehensive manual for research and training* (4th ed.). Gainesville, FL: PCIT International.
- Fall, K. A., Holden, J. M., & Marquis, A. (2017). *Theoretical models of counseling and psychotherapy* (3rd ed.). New York, NY: Routledge.
- Francis, J. D., & Haddock, L. R. (2016). Effective strategies for assessing DSM-5 disorders. In B. Flamez, & C. J. Sheperis (Eds.), *Diagnosing and treating children and adolescents: A guide for mental health professionals* (pp. 28-54). Hoboken, NJ: Wiley.
- Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2008). Obsessive-compulsive disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 164-215). New York, NY: Guilford Press.
- Goodman, J. D., & Sours, J. A. (1998). *The child mental status examination* (Expanded ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Green, J. (2006). The therapeutic alliance- A significant but neglected variable in childmental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47, 425-435.
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1995). *Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think*. New York, NY: Guilford Press.
- Gregory, R. J. (2010). *Psychological testing: History, principles, and applications* (6th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Hart, D. H. (1986). The sentence completion techniques. In H. M. Knoff (Ed.), *The assessment of child and adolescent personality* (pp. 245-272). New York, NY: Guilford Press.
- Henderson, D. A., & Thompson, C. L. (2011). *Counseling children* (8th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning.
- Hollon, S. D., & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*, 27, 891-932.
- Huberty, T. J. (2012). *Anxiety and depression in children and adolescents: Assessment, intervention, and prevention*. New York, NY: Springer.
- Jena, S. P. K. (2008). *Behaviour therapy: Techniques, research and applications*. New Delhi: Sage.

- Johnstone, L., & Dallos, R. (2014). Introduction to formulation. In L. Johnstone, & R. Dallos (Eds.), *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (2nd ed., pp. 1-17). London: Routledge.
- Kamphaus, R. W., & Reynolds, C. R. (2015). *Behavior assessment system for children-third edition (BASC-3): Behavioral and emotional screening system (BESS)*. Bloomington, MN: Pearson.
- Keegan, E., & Holas, P. (2009). Cognitive-behavior therapy. Theory and practice. In R. Carlstedt (Ed.), *Integrative clinical psychology, psychiatry and behavioral medicine* (pp. 605-643). New York, NY: Springer.
- Kernberg, O. F. (2005). Object relations theories and technique. In E. S. Person, A. M. Cooper, & G. O. Gabbard (Eds.), *The American psychiatric publishing textbook of psychoanalysis* (pp. 57-75). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Koppitz, E. M. (1983). Projective drawings with children, and adolescents. *School Psychology Review*, 12, 421-427.
- Kovacs, M. (2010). *The Children's depression inventory, Second Edition (CDI-2)*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Kuruville, K., & Kuruville, A. (2010). Diagnostic formulation. *Indian Journal of Psychiatry*, 52, 78-82.
- Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Landreth, G. (2009). *Child Parent Relationship Therapy (CPRT)*. New York: Routledge.
- Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2012). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Lewis, A., Bertino, M. D., Bailey, C. M., Skewes, J., Lubman, D. I., & Toumbourou, J. W. (2014). Depression and suicidal behavior in adolescents: A multi-informant and multi-methods approach to diagnostic classification. *Frontiers in Psychology*, 5, 1-24.
- Lewis-Fernández, R., & Díaz, N. (2002). The cultural formulation: A method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatric Quarterly*, 73, 271-295.
- Loney, B. R., & Frick, P. J. (2003). Structured diagnostic interviewing. In C. R. Reynolds, & R. W. Kamphaus (Eds.), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior, and context* (2nd ed., pp. 235-247). New York, NY: Guilford Press.
- Manassis, K. (2014). Case formulation with children and adolescents. New York, NY: Guilford Press.
- March, J. S., Parker, J. D. A., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor, structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 554-565.
- McArthur, D. S., & Roberts, D. E. (1982). *Roberts apperception test for children*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- McConaughy, S. H. (2013). *Clinical interviews for children and adolescents: Assessment to intervention* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- McGrath, R. E., & Carroll, E. J. (2012). The current status of "projective" "tests". In H. Cooper (Ed.), *APA handbook of research methods in psychology: Vol. 1. Foundations, planning, measures, and psychometrics* (pp. 329-348). Washington, DC: American Psychological Association.
- McLeod, B. D., Jensen-Doss, A., & Ollendick, T. H. (2013). Overview of diagnostic and behavioral assessment. In B. D. McLeod, A. Jensen-Doss, & T. H. Ollendick (Eds.), *Diagnostic and behavioral assessment in children and adolescents: A clinical guide* (pp. 3-33). New York, NY: Guilford Press.
- Merrell, K. W. (2008a). *Behavioral, social and emotional assessment of children and adolescents* (3rd ed.). New York, NY: Lawrence Erlbaum.
- Merrell, K. W. (2008b). *Helping students overcome depression and anxiety: A Practical guide* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Meyer, A. (1957). *Psychobiology: A science of man*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Milkman, H., & Wanberg, K. (2007). *Cognitive-behavioral treatment: A review and discussion for corrections professionals*. Washington, DC: National Institute of Corrections.
- Miller, C. (2010). Interviewing strategies, rapport, and empathy. In D. L. Segal, & M. Hersen (Eds.), *Diagnostic interviewing* (4th ed., pp. 23-37). New York, NY: Springer.
- Miller, C. (2019). Interviewing strategies, rapport, and empathy. In D. L. Segal (Ed.), *Diagnostic interviewing* (5th ed., pp. 29-54). New York, NY: Springer.

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Miltenberger, R. G. (2008). *Behavior modification principles and procedures* (4th ed.). Belmont, CA: Thompson Wadsworth.
- Minde, K., Roy, J., Bezonsky, R., & Hashemi, A. (2010). The effectiveness of CBT in 3-7 year old anxious children: Preliminary data. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 109-115.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Moreau, D., & Weissman, M. M. (2004). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Neenan, M., & Dryden, W. (2004). *Cognitive therapy: 100 key points and techniques*. New York, NY: Routledge.
- Oaklander, V. (1993). From meek to bold: A case study of Gestalt therapy. In T. Kottman, & C. Schaefer (Eds.), *Play therapy in action: A casebook for practitioners* (pp. 281-300). Northvale, NJ: Aronson.
- Oaklander, V. (1997). The therapeutic process with children and adolescents. *Gestalt Review*, 1, 292-317.
- Overholser, J. C. (2011). Collaborative empiricism, guided discovery, and the Socratic method: Core processes for effective cognitive therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 62-66.
- Perls, F. S. (1970). Four lectures. In J. Fagan, & I. L. Sheperd (Eds.), *Gestalt therapy now*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York, NY: Norton.
- Persons, J. B., & Tompkins, M. A. (2007). Cognitive-behavioral case formulation. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (2nd ed., pp. 290-316). New York, NY: Guilford Press.
- Phillips, M. A., & Gross, A. M. (2010). Children. In D. L. Segal & M. Hersen (Eds.), *Diagnostic interviewing* (4th ed., pp. 423-442). New York, NY: Springer.
- Prout, H. T. (2007). Counseling and psychotherapy with children and adolescents: Historical developmental, integrative, and effectiveness perspectives. In H. T. Prout & D. T. Brown (Eds.), *Counseling and psychotherapy with children and adolescents: Theory and practice for school and clinical settings* (4th ed., pp. 1-31). Hoboken, NJ: Wiley.
- Raskin, N. J., Rogers, C. R., & Witt, M. C. (2014). Client-centered therapy. In D. Wedding & R. J. Corsini (Eds.), *Current psychotherapies* (10th ed., pp. 95-150). Independence, KY: Cengage Publications.
- Reich, W. (2000). Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 59-66.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2015). *Behavior assessment system for children, third edition*. San Antonio, TX: Pearson.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (2008). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale, Second Edition (RCMAS-2)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Roberts, G. E. (2005). *Roberts apperception test, 2nd edition*. Los Angeles, CA: Western Psychological Service.
- Rogers, C. R. (1983). *Freedom to learn for the 80's*. Columbus, OH: Merrill.
- Rogers, C. R., & Russell, D. E. (2002). *Carl Rogers: The quiet revolutionary*. Roseville, CA: Penmarin Books.
- Rogers, R. (1995). *Diagnostic and structured interviewing: A handbook for psychologists*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resource.
- Rogers, R. (2001). *Handbook of diagnostic and structured interviewing*. New York, NY: Guilford Press.
- Rosner, R. I. (2012). Aaron T. Beck's drawings and the psychoanalytic origin story of cognitive therapy. *History of Psychology*, 15, 1-18.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (Eds.). (2009). *Kaplan and Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry*. Philadelphia, Lippincott.
- Salkovskis, P. (1996). *Trends in cognitive and behavioural therapies*. Chichester: John Wiley.
- Sattler, J. M. (1998). *Clinical and forensic interviewing of children and families: Guidelines for the mental health, education, pediatric, and child maltreatment fields*. San Diego, CA: Jerome M Sattler.
- Sattler, J. M., & Hoge, R. D. (2008). *Assessment of children: Behavioral, social, and clinical foundations* (5th ed.). San Diego, CA: Sattler Publishing.
- Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2007). Structured and semistructured interviews for differential diagnosis: Issues and applications. In M. Hersen, S. M. Turner, & D. C. Beidel (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (5th ed., pp. 78-100). New York, NY: Wiley.

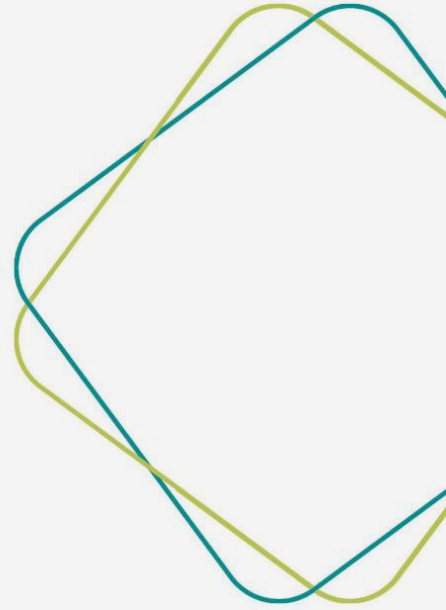
- Segal, D. L., Maxfield, M., & Coolidge, F. L. (2008). Diagnostic interviewing. In M. Hersen, & A. M. Gross (Eds.), *Handbook of clinical psychology* (Vol. I: Adults, pp. 371-394). Hoboken, NJ: Wiley.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children-Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.
- Shafraan, R., Frampton, I., Heyman, I., Reynolds, M., Teachman, B., & Rachman, S. (2003). The preliminary development of a new self-report measure for OCD in young people. *Journal of Adolescence*, 26, 137-142.
- Sharf, R. S. (2012). *Theories of psychotherapy and counseling: Concepts and cases* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Sherrill, J. T., & Kovacs, M. (2000). Interview schedule for children and adolescents (ISCA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 67-75.
- Smith, M., & Rauch, S. A. M. (2010). Posttraumatic stress disorder. In D. L. Segal & M. Hersen (Eds.), *Diagnostic interviewing* (4th ed., pp. 371-395). New York, NY: Springer Science and Business Media.
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (2009). *Clinical interviewing* (4th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (2018). *Counseling and psychotherapy theories in context and practice: Skills, strategies, and techniques* (3rd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Sperry, L. (2015). Diagnosis, case conceptualization, culture, and treatment. In L. Sperry, J. Carlson, J. D. Sauerheber, & J. Sperry (Eds.), *Psychopathology and psychotherapy: DSM-5 diagnosis, case conceptualization, and treatment* (3rd ed., pp. 1-14) New York, NY: Routledge.
- Sperry, L., & Carlson, J. (2014). *How master therapists work*. New York, NY: Routledge.
- Spiegler, M. D. (2016). *Contemporary behavior therapy* (6th ed.). Boston, MA: Cengage.
- Spiegler, M. D., & Guevremont, D. C. (2010). *Contemporary behavior therapy* (5th ed.). Belmont, CA: Cengage Learning.
- Storch, E. A., Khanna, M., Merlo, L. J., Loew, B. A., Franklin, M., Reid, J. M.,... Murphy, T. K. (2009). Children's Florida Obsessive Compulsive Inventory: Psychometric properties and feasibility of a self-report measure of obsessive-compulsive symptoms in youth. *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 467-483.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York, NY: Norton.
- Summerfeldt, L. J., & Antony, M. M. (2002). Structured and semistructured diagnostic interviews. In M. M. Antony, & D. H. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (pp. 3-37). New York, NY: Guilford Press.
- Tapia, R. (2012). *Child psychotherapy: Integrating developmental theory into clinical practice*. New York, NY: Springer.
- Tarrier, N., & Calam, R. (2002). New developments in cognitive-behavioural case formulation. Epidemiological, systemic and social context: An integrative approach. *Cognitive & Behavioural Psychotherapy*, 30, 311-328.
- Teachman, B. A., & Clerkin, E. M. (2010). A case formulation approach to resolve treatment complications. In M. W. Otto, & S. Hoffman (Eds.), *Resolving treatment complications in anxiety disorders* (pp. 7-30). New York, NY: Springer.
- Teglass, H. (1993). *Clinical use of story telling: Emphasizing the T.A.T. with children and adolescents*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Teglass, H. (2010). *Essentials of TAT and other storytelling assessments* (2nd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Trull, T. J., & Prinstein, M. J. (2013). *Clinical psychology* (8th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Verhulst, F. C., & van der Ende, J. (2006). *Assessment scales in child and adolescent psychiatry*. UK: Informa Healthcare.
- Wampold, B. E. (2019). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.
- Watson, J. C., & Flamez, B. (2014). *Counseling assessment and evaluation: Fundamentals of applied practice*. Thousand Oaks, CA: SAGE.

- Weerasekera, P. (1996). *Multiperspective case formulation. A step toward treatment integration*. Malabar, FL: Krieger.
- Weinrott, M. R., & Jones, R. R. (1984). Overt versus covert assessment of observer reliability. *Child Development*, 55, 1125-1137.
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Karlin, B. E. (2011). *Cognitive behavioral therapy for depression in veterans and military servicemembers: Therapist manual*. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs.
- Whitcomb, S. A. (2018). *Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents* (5th ed.). New York, NY: Routledge.
- Whitcomb, S. A., & Merrell, K. W. (2013). *Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents* (4th ed.). New York, NY: Routledge.
- Wilkes, T. C. R., Belsher, G., Rush, A. J., & Frank, E. (1994). *Cognitive therapy with depressed adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Wilson, G. T. (2008). Behavior therapy. In R. Corsini, & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (8th ed., pp. 223-262). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Wolfe, J. L. (2007). Rational emotive behavior therapy (REBT). In A. B. Rochlen (Ed.), *Applying counseling theories: An online case-based approach* (pp. 177-191). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.
- Young, J. F. Mufson, L., & Benas, J. S. (2014). Interpersonal psychotherapy for youth depression and anxiety. In J. Ehrenreich-May, & B. C. Chu (Eds.), *Transdiagnostic treatments for children and adolescents: Principles and practice* (pp. 183-202). New York, NY: Guilford Press.
- Zahm, S. G., & Gold, E. K. (2002). Gestalt therapy. In M. Hersen & W. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of psychotherapy* (Vol. 1, pp. 863-872). San Diego, CA: Academic Press.

الفصل الثاني:

العلاج النفسي
لاضطرابات الاكتئاب
لدى الأطفال

د. موضي بنت صالح العويشز



تمهيد

يعد الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة، إذ يعاني أكثر من ٣٠٠ مليون شخص حول العالم من جميع الأعمار والفئات من الاكتئاب. وطبقاً لمنظمة الصحة العالمية World Health Organization فإن الاكتئاب هو السبب الرئيس للعجز في جميع أنحاء العالم، وهو المسهم الأساسي في العبء العالمي الكلي للمرض. وللاكتئاب تأثير سلبي شديد على حياة الإنسان، وعلى أداء الشخص في الأسرة أو في العمل أو في المدرسة. وقد تؤدي حالات الاكتئاب الشديدة -حتى ضمن الأطفال- إلى الانتحار. ويموت حول العالم ما يقارب ٨٠٠٠٠٠ شخص بسبب الانتحار الذي يمثل ثاني سبب رئيس للوفيات بين الفئة العمرية ١٥-٢٩ عاماً.

توجد طرق علاج معروفة وفعالة لعلاج الاكتئاب، ولكن حسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية فإن أقل من نصف عدد المتضررين في العالم (أقل من ١٠٪ في كثير من البلدان) يتلقون هذا العلاج، ومن العوائق التي تمنع الحصول على الرعاية الفعالة: نقص الموارد، وعدم كفاية مقدمي الرعاية الصحية المدربين، والوصمة الاجتماعية المرتبطة بالاضطرابات النفسية، وعدم دقة التقدير؛ حيث لا يتم في كثير من البلدان تشخيص حالة من يعانون من الاكتئاب بشكل صحيح.

ومن الملاحظ أن دراسات الاكتئاب وأبحاثه على الراشدين تفوق كثيراً من حيث العدد دراسات الاكتئاب وأبحاثه على الأطفال والمراهقين لأن الاكتئاب يعرف بشكل أقل عند الأطفال والمراهقين مقارنة بالراشدين؛ حيث لم يتم الاعتراف بأن الاكتئاب يصيب الأطفال والمراهقين إلا بعد أبحاث نشرت في سبعينيات القرن الميلادي الماضي أكدّت على أن الاكتئاب له تأثير كبير على الأطفال والمراهقين (Martinez, Zychinski & Polo, 2012). وقد توصلت الدراسات إلى زيادة نسبة الاكتئاب في كل جيل لاحق عن سابقه؛ وكذلك في مراحل عمرية أصغر. وفي هذا الفصل سيتم التركيز على اضطراب الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين. وسيتضمن المواضيع التالية:

- تصنيف اضطرابات الاكتئاب.
- تشخيص اضطراب الاكتئاب الجسيم ومعايير.
- نسبة انتشار الاكتئاب لدى الأطفال وحدوثه.

- الأمراض المصاحبة للاكتئاب.
- العوامل المسببة للاكتئاب لدى الأطفال.
- تقييم الاكتئاب لدى الأطفال.
- تفاصيل التدخلات العلاجية.
- بداية العلاج النفسي مع الأطفال واستمراريته وإنهائه.

تصنيف اضطرابات الاكتئاب

من الصعب الإتيان بتعريف شامل للاكتئاب حيث يعد الاكتئاب من الاضطرابات المتعددة الجوانب والتصنيفات، وعددها تسع تصنيفات. وطبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5) فإن السمة المشتركة في اضطرابات الاكتئاب Depressive Disorders هي وجود مزاج حزين، فارغ، أو عصبي بالإضافة إلى تغيرات جسدية ومعرفية تؤثر بشكل كبير على قدرة الإنسان على الأداء، والذي يفرق بين هذه الاضطرابات هو المدة الزمنية، التوقيت، والمسببات المفترضة، ويتم تشخيص كل اضطراب حسب أعراض ومعايير معينة. وتُصنف اضطرابات الاكتئاب كالآتي:

الاضطراب باللغة العربية	الاضطراب باللغة الانجليزية
اضطراب المزاج المتقلب المشوش	Disruptive Mood Dysregulation Disorder
اضطراب الاكتئاب الجسيم	Major Depressive Disorder
اضطراب اكتئابي مستمر (سوء المزاج)	Persistent Depressive Disorder (Dysthymia)
اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث	Premenstrual Dysphoric Disorder
الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة/ دواء	Substance/Medication-Induced Depressive Disorder
اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى	Depressive Disorder Due to Another Medical Condition
اضطراب اكتئابي محدد آخر	Other Specified Depressive Disorder
اضطراب اكتئابي غير محدد	Unspecified Depressive Disorder
اضطراب المزاج المتقلب المشوش	Disruptive Mood Dysregulation Disorder

وللحصول على تفاصيل هذه الاضطرابات؛ فإنه يمكن الرجوع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، وتشمل الآتي:

- الأعراض الخاصة بكل اضطراب.
- ميزات التشخيص.
- نسبة انتشار الاضطراب.
- تطور الاضطراب ومساره.
- عوامل الخطورة والتكهن.
- قضايا تشخيصية متعلقة بالجنس أو الثقافة.
- خطر الانتحار.
- العواقب الوظيفية للاضطراب.
- تشخيص تمييزي للاضطراب.
- الأمراض المصاحبة للاضطراب.
- إجراءات الترميز والتسجيل للاضطراب.

وسيتم التركيز في هذا الفصل على اضطراب الاكتئاب الجسيم Major Depressive Disorder؛ لأهميته وكثرة انتشاره.

تشخيص اضطراب الاكتئاب الجسيم ومعايير

إن معظم معايير تشخيص الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين والراشدين متماثلة، مع وجود بعض الاختلافات المهمة في أعراض الاكتئاب المتعلقة بالأطفال. وحسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية فإنه يتم تشخيص الطفل باضطراب الاكتئاب الجسيم إذا وُجد خمسة أو أكثر من أعراض الاكتئاب الآتية مع ضرورة وجود مزاج منخفض معظم اليوم وكل يوم تقريباً، يمكن وجود مزاج مستثار عند الأطفال أو المراهقين، أو انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها معظم اليوم وكل يوم تقريباً. أما باقي الأعراض فهي فقدان وزن أو انخفاض الشهية أو كسب وزن أو زيادة الشهية، وأرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً، وهياج نفسي حركي أو خمول كل يوم تقريباً، وتعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريباً، وإحساس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب كل يوم تقريباً، وانخفاض القدرة على التفكير أو التركيز أو عدم الحسم كل يوم تقريباً، وأفكار متكررة عن الموت أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة

محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار. ويجب أن توجد هذه الأعراض لمدة أسبوعين على الأقل، وتسبب انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء المهمة الأخرى، ويجب ألا تكون هذه الأعراض نتيجة لتأثيرات فيزيولوجية لمادة معينة أو بسبب حالة طبية أخرى. وتجدر الإشارة إلى أن الاستجابة لخسارة كبيرة في حياة الطفل قد تشابه نوبات الاكتئاب؛ ولكن هذه الأعراض مفهومة وتعد ردة فعل طبيعية للخسارة.

الأعراض المشتركة بين الأطفال والمراهقين: يوجد العديد منها ومن أهمها: المزاج المتصف بالحزن المستمر أو سرعة التهيج، وشكاوى جسدية غامضة وغير محددة ومتكررة، والغياب المتكرر عن المدرسة أو ضعف الأداء المدرسي، والشعور بالملل، واستخدام الكحول أو تعاطي المخدرات، وزيادة التهيج/ الغضب/ العدا، أو وجود سلوك متهور (Stark, Wang & Banneyer, 2017). بالإضافة إلى المشكلات البدنية الخاصة بوزن الجسم وصورة الجسد، والتوتر الحركي العام وعدم الارتياح، والشكاوى الجسدية أو البدنية، مثل: آلام المعدة والصداع (Merrell & Isava, 2005). وتختلف بعض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين على أساس المراحل العمرية (Cash, Valley-Gray, Worton & Newman, 2017) كما هو مبين في الجدول الآتي:

المرحلة العمرية	أعراض الاكتئاب
أقل من سنتين	مشاكل في التغذية، أو قلة ممارسة اللعب، أو نوبات غضب، أو انخفاض عام في التعبير عن مشاعر إيجابية.
٣ إلى ٥ سنوات	انتكاس في مراحل النمو، أو الاعتذار بشكل مفرط عن الأخطاء الطفيفة.
٦ إلى ٨ سنوات	عدوانية بشكل مفرط، أو التشبث بالوالدين بشكل مفرط، أو تجنب الأشخاص الجدد.
٩ إلى ١٢	إظهار المخاوف بشأن العمل المدرسي، أو وجود صعوبات النوم، أو وجود اللوم الذاتي، أو إظهار أفكار مرضية.
مرحلة المراهقة	معارضة الآخرين وتحديهم، أو وجود مشاكل سلوكية في المدرسة، أو ضعف في التركيز، أو مشاكل في التعلم، أو تكرار الغياب عن المدرسة، أو تجنب الآخرين، أو الانسحاب من الأنشطة التي تم الانخراط بها سابقاً، أو افتعال الشجار بكثرة مع الأشخاص المقربين منهم، أو القلق المستمر، أو استخدام المواد التي تسبب الأذى للنفس.

تجدر الإشارة إلى أن هذه الأعراض المذكورة أعلاه قد تكون موجودة لدى المراهقين الذين لا يعانون من الاكتئاب. ولكن ما يميز هذه السلوكيات لدى المراهقين المصابين بالاكتئاب هو كثافتها واستمرارها، وتسببها في إحداث الخلل في الأداء أكثر من المزاجية الموجودة عادة في سنوات المراهقة.

نسبة انتشار الاكتئاب لدى الأطفال وحدثه

بناءً على مراجعة الدراسات الوبائية المتعلقة باضطراب الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين، فإن نسبة الانتشار تختلف من دراسة لأخرى. وحسب التقديرات فإن النسبة التقريبية لانتشار الاكتئاب لدى الأطفال يتراوح بين ١٪ إلى ٣٪، ويصل إلى ٨.٣٪ لدى المراهقين (Stark, et al., 2017) مع تطابق النسبة لدى الذكور والإناث خلال مرحلة الطفولة (١:١)، وزيادتها إلى الضعف لدى الإناث مقارنة بالذكور خلال فترة المراهقة (٢:١). وبعد سن البلوغ فإن معدلات الإصابة بالاكتئاب تزداد ما بين ضعفين إلى أربعة أضعاف خاصة لدى الإناث (Birmaher & Brent, 2007).

الاضطرابات المصاحبة للاكتئاب

في العادة يصاحبُ الاكتئابُ اضطرابات نفسية أخرى، وتشير الدراسات إلى أن ما بين ٤٠٪ إلى ٩٠٪ من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات الاكتئاب يعانون أيضاً من اضطرابات نفسية أخرى، وأن ما يصل إلى ٥٠٪ منهم لديهم اثنان أو أكثر من التشخيصات النفسية المصاحبة، والتي تعد اضطرابات القلق Anxiety Disorders الأكثر شيوعاً منها، تليها اضطرابات التشوش Disruptive Disorders، واضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder، ولدى المراهقين اضطرابات استعمال المواد Substance Use Disorders (Birmaher & Brent, 2007).

العوامل المسببة للاكتئاب لدى الأطفال

لا يوجد عامل واحد يمكن الاعتماد عليه لفهم أسباب الإصابة بالاكتئاب؛ ولهذا السبب يُعدُّ النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial Model النموذج الأشمل لتفسير مسببات الاكتئاب، وتحليل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية يمكن الوصول إلى صورة أشمل عن حالة الاكتئاب لدى الطفل توضح أن مسببات الاكتئاب لكل طفل فريدة، ومن الصعب تحديد عامل رئيسي؛ لأن معظم

الحالات تتكون نتيجة تفاعل بين عوامل مختلفة حسب الظروف الحياتية ومصادر الدعم الموجودة لكل طفل.

وتتمثل العوامل البيولوجية بوجود رابط جيني خاص بالجينات الوراثية تجعل بعض الناس أكثر استعداداً للإصابة بالاكتئاب من غيرهم (Merrell & Isava, 2005). وتشير الدراسات إلى أن الاكتئاب اضطراب عائلي يسببه التفاعل بين العوامل الوراثية والبيئية. ويعد وجود الاكتئاب في الأسرة بنسب عالية العامل الأكثر تنبؤة بارتباط خطر الإصابة بالاكتئاب (Birmaher & Brent, 2007).

وتتمثل العوامل الاجتماعية بالعلاقات الأسرية الجافة، والصراعات والخلافات الأسرية المستمرة، وقلة علاقات التواصل الأسرية، ووجود الاكتئاب لدى أحد أفراد الأسرة (خصوصاً أحد الوالدين)؛ لأنه يؤثر على سلوكيات الأم أو الأب وتعاملهما مع الطفل. ومع تزايد تعقيدات الحياة وزيادة الضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تتعرض لها الأسرة فإنه من غير المستغرب وجود الاكتئاب لدى الأطفال.

وتعد العوامل النفسية الأكثر تأثيراً على الطفل، ومن المسببات الرئيسة في حدوث الاكتئاب؛ ولهذا فإن تعرض الطفل لأزمة شديدة، مثل: فقدان عزيز، أو انتقال العائلة من مكان لآخر، أو ظهور مشكلات صحية، أو تعرض الطفل للعنف أو الأذى الجسدي أو النفسي أو الجنسي أو الإهمال وعدم تلبية احتياجاته الأساسية؛ تجعله أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب. وتجدر الإشارة إلى أن وجود الضغوط النفسية وحدها لا يعني وجود اكتئاب لدى الطفل في حال وجود مساندة اجتماعية وانفعالية من المحيطين به أو في حال قدرة الطفل على التكيف مع هذه الضغوط.

تقييم الاكتئاب لدى الأطفال

يختلف تقييم الطفل أو المراهق عن تقييم الراشد؛ لأنهما لا يسعيان عادةً إلى طلب العلاج وحدهما، ولا يدركان غالباً سبب وجودهما في عيادة المعالج النفسي؛ ولذلك فإنه من المهم معرفة شعور الطفل والصورة الذهنية لديه عن أسباب وجوده عند المعالج النفسي، ولا بد من الأخذ في الحسبان عدم مقدرة الطفل - في الغالب - على التعبير عن مشاعره وأفكاره بطريقة واضحة ودقيقة، وضرورة طمأنة الطفل وتبديد مخاوفه قدر الإمكان أثناء المقابلة، وتوضيح الأمور التي ستحصل فيها مع مراعاة مستوى فهم الطفل. وقد لوحظ أن خوف الطفل أثناء المقابلة قد ينتج عنه

إجابة الطفل بالطريقة التي يسعى إليها المعالج عوضاً عن الحقيقة. وللحصول على معلومات أكثر عن حالة الطفل فإن المعالج يحتاج إلى التواصل مع أشخاص آخرين لهم ارتباط وثيق بالطفل، مثل: الأهل، والمعلمين، والأطباء، وغيرهم بعد الحصول على موافقة الوالدين، وعلى الرغم من أهميتها إلا إنه من المهم أيضاً الحصول على موافقة الطفل أو المراهق، وهذا بدوره سيساعد على بناء الثقة والاحترام بين المعالج والطفل أو المراهق (Trull & Prinstein, 2013). ويحتاج المعالج أيضاً إلى إجراء تقييم لعائلة الطفل للإحاطة الكاملة بطبيعة الطفل وملاحظة سلوكه أثناء المقابلة وتفاعلاته مع أهله.

ومن المهم أيضاً عند تقييم حالة الطفل تقدير طبيعة المشكلة وشدتها، ومعرفة سبب البحث عن المساعدة، ومعرفة وقت بدايتها، والخطوات التي تم اتخاذها سابقاً لمحاولة حلها. ويتضمن التقييم الشامل جمع معلومات من مصادر مختلفة باستخدام أساليب تقييمية متنوعة، مثل: قوائم التقرير الذاتي، وقوائم الشطب السلوكية، والاستبانات، والملاحظة، والمقابلات، واختبارات الذكاء أو القدرة، واختبارات الشخصية، وغيرها. ولا بد أن تكون هذه الأدوات مقننة وذات ثبات وصدق عالية مناسبة لبيئة وثقافة الطفل أو المراهق. ويحتوي الجدول الآتي ملخصاً للأمور التي يجب مراعاتها عند إجراء تقييم الاكتئاب لدى الأطفال:

١	معرفة شعور الطفل والصورة الذهنية لديه عن أسباب تواجده عند المعالج
٢	طمأنة الطفل وتبديد مخاوفه وإجراء تقييم لعائلة الطفل لفهم الحالة بشكل أكبر
٣	التواصل مع أشخاص آخرين لفهم الحالة مثل الأهل، المعلمين، الأطباء وغيرهم بعد الحصول على موافقة الوالدين والطفل
٤	تقدير طبيعة المشكلة وشدتها، ومعرفة سبب البحث عن المساعدة، ومعرفة وقت بداية المشكلة، والخطوات التي تم اتخاذها سابقاً لمحاولة حل المشكلة
٥	استخدام عدة أساليب تقييمية مختلفة مثل قوائم التقرير الذاتي، قوائم الشطب السلوكية، الاستبانات، الملاحظة عند جمع المعلومات

التدخلات العلاجية

أولاً: العلاج باللعب المتمركز حول الطفل

تشير العديد من الأبحاث والدراسات إلى فاعلية علاج الأطفال باستخدام العلاج باللعب (Bratton, Ray, Rhine & Jones, 2005): حيث يُعدّ طريقة فعّالة للتواصل مع الأطفال وفهم تجاربهم، ويقابله مع الراشدين استخدام الكلام لفهم عالمهم. ويعدّ العلاج باللعب أيضاً وسيلة للأطفال لاستكشاف العلاقات، وبناء مهارات الإتقان، وإطلاق الطاقة، والتنفيس، وتطوير استراتيجيات التكيف، وتطوير المهارات الاجتماعية (Bratton, Purswell & Jane, 2015). وقامت فرجينيا أكسلين Virginia Axline بتطوير نظرية العلاج باللعب المتمركز حول الطفل Child-Centered Play Therapy وذلك بناء على نظرية كارل روجرز Carl Rogers والمسمّاة بالعلاج المتمركز حول الشخص Person-Centered Therapy.

وعلى الرغم من أن العلاج باللعب قد تطور كثيراً منذ نشأته قبل قرن تقريباً ليشمل طرق علاج مختلفة مبنية على القوة التتموية والعلاجية للعب، فإن طريقة العلاج باللعب المتمركز حول الطفل تعد الأكثر استخداماً وفاعليةً مدعومة بنتائج سبعين عاماً من البحوث وأكثر من تسعين دراسة ضابطة تبحث في فاعلية هذا العلاج (Bratton et al., 2015).

وقامت أكسلين Axline بتطوير طريقة غير موجهة للعلاج باللعب (Bratton, Purswell & Jane, 2015): لا اعتقادها أن الأطفال لديهم قدرة على حل مشاكلهم والشفاء منها من خلال نمو الذات. وتركز هذه الطريقة على أهمية العلاقة بين الطفل والمعالج النفسي باعتبارها آلية التغيير الأساسية. وتعزو هذه النظرية إلى أن عدم الملاءمة بين هيكل الذات Self-Structure وتجارب الطفل الحقيقية هو المسبب للأمراض النفسية. وأن عدم التوافق النفسي Psychological Maladjustment يحدث عندما يعجز الطفل عن دمج تجاربه الحقيقية ضمن مفهومه لذاته، وينكر هذه التجارب، أو يحرفها أو يتجاهلها. ومن الممكن تطبيق العلاج باللعب المتمركز حول الطفل مع المراهقين والأطفال دون عمر الثالثة بالاستعانة بالوالدين، واستخدامه كعلاج جماعي كاستخدامه في المدارس؛ ولكن في الغالب يتم تطبيقه كعلاج فردي.

إن الهدف الأولي للعلاج باللعب المتمركز حول الطفل هو توفير بيئة ذات أمان وقبول تجعل الطفل يجرب التكامل وتوجيه الذات والنمو، ويستطيع المعالج النفسي من

خلال لعب الطفل وأي تعبير لفظي الدخول إلى خبرات الطفل والوصول إلى مشاعره واحتياجاته ورغباته. وقد قامت أكسلاين بوضع ثمانية مبادئ توجيهية لاتباعها خلال عملية العلاج باللعب غير الموجه كالاتي (Bratton, Purswell & Jane, 2015):

٧	٤	١
العلاج عملية تدريجية ولا بد من التريث	تعريف وعكس مشاعر الطفل من أجل مساعدته على اكتساب مهارة الاستبصار Insight بسلوكه	تطوير علاقة دافئة وودية مع الطفل
٨	٥	٢
إنشاء الحدود اللازمة لإرساء الطفل في عالم الواقع وجعل الطفل على علم بمسئوليته في العلاقة العلاجية	إحترام قدرة الطفل الطبيعية على حل مشاكله الخاصة	قبول الطفل تماماً كما هو
	٦	٣
	السماح للطفل بتوجيه العلاج	تسهيل جو من التسامح بحيث يكون للطفل حرية التعبير عن النفس

المهارات العلاجية الأساسية لتطبيق العلاج باللعب

تضمن المهارات العلاجية الأساسية لتطبيق العلاج باللعب مهارات لفظية وغير لفظية (Bratton, Ray, Edwards & Landreth, 2009)، ومنها:

١. **عكس السلوك غير اللفظي:** وهي مهارة تتضمن الرد لفظياً على سلوك اللعب لدى الطفل، ومثال ذلك عندما يقوم الطفل بترتيب مجموعة من السيارات من الأكبر إلى الأصغر فإن المعالج يظهر انتباهه بقوله: "قمت بترتيبها من الأكبر إلى الأصغر"، وتتطلب هذه المهارة من المعالج الولوج في عالم الطفل؛ ليفهم أن المعالج مهتم بلعبه.

٢. **عكس المحتوى اللفظي:** وتتطلب هذه المهارة إظهار قبول خبرات الطفل وأفعاله. وبنفس طريقة العلاج النفسي عن طريق الكلام Talk Therapy مع الراشدين، فإنه يتم إعادة صياغة ألفاظ الطفل أثناء جلسة العلاج باللعب. فمثلاً عندما يقوم الطفل بتمثيل مشهد باستخدام دمى ليعبر عن فرحته بزيارة صديق له في منزله، ثم يعبر عن غضبه من صديقه عندما اختلفا حول لعبته المحببة؛ فإن المعالج سيقول -مماثلاً لعواطف الطفل-: "كنت تتطلع لزيارة صديقك ولكن لم تتم الزيارة كما توقعت".

٣. **عكس المشاعر:** وهي مهارة مهمة في بناء العلاقات وتتطلب انتبهاً دقيقاً لعواطف الطفل الحالية. ومثال ذلك استغراق الطفل وقتاً طويلاً في بناء برج من المكعبات؛

وعند سقوط بعضها قام الطفل بالصراخ عالياً وإسقاط بقية المكعبات بعنف؛ فرد عليه المعالج بقوله: "أنت محبط جداً من المكعبات".

٤. **تسهيل اتخاذ القرارات وإعادة المسؤولية:** يستطيع الأطفال الإحساس بالقوة والقدرة عندما نستجيب لهم بطريقة تشجعهم على صنع القرار وإظهار المسؤولية الذاتية. فمثلاً عندما يقوم الطفل بالاستئذان من المعالج من أجل إضافة ماء للرمل؛ فإن المعالج يساعده في صنع القرار بالرد عليه: "الأمر متروك لك" أو "هنا يمكنك أن تقرر".

٥. **تسهيل الإبداع والعفوية:** من أهم أهداف العلاج باللعب خلق بيئة تسمح للطفل بالاستفادة من مهاراته الداخلية وإمكاناته الإبداعية؛ لتطوير قدرته على الاستجابة بعفوية ومرونة. فمثلاً عندما يقوم الطفل بتعداد طرق مختلفة لصنع بيت (بغض النظر عن قابلية تطبيقها)؛ فإن المعالج المحفز للإبداع يستجيب له بقوله: "أنت تعرف طرق عديدة لبناء البيت".

٦. **بناء الثقة والتشجيع:** تزرع الثقة والتشجيع التي تبنيها ملاحظات المعالج القوة والقدرة والقيمة الذاتية في الطفل. وتركز هذه المهارة على جهود الطفل وليس على مدح الإنجازات. فمثلاً إذا لم يستطع الطفل فتح علبة الصلصال فإن رد المعالج قد يكون: "كنت تعمل بجد لفتح العلبة لقد كنت مصراً"، وإذا تمكن من فتحها فيكون رد المعالج "كنت مصمماً على فتح العلبة وتمكنت من فتحها".

٧. **تسهيل العلاقة:** تُعد تجربة الطفل ضمن العلاقة العلاجية العامل الأساسي في شفاء الطفل، وبالتالي فإن الملاحظات عن العلاقة العلاجية بين الطفل والمعالج مهمة أثناء معالجة الطفل. فعندما يقوم الطفل بتحضير أكل للمعالج أثناء جلسة اللعب، فإن رد المعالج يكون: "صنعت هذا خصيصاً لي"، ومثال آخر عندما يقول الطفل في نهاية جلسة اللعب إن المعالج مسجون مع الطفل ولا يستطيع أحد منهما المغادرة فإن المعالج قد يرد بعبارة: "تتمنى أن لدينا مزيداً من الوقت معاً".

٨. **ضبط الحدود:** اقترح ليندرث (2012) Landreth طريقة لضبط الحدود لمساعدة الطفل على تطوير ضبط النفس من خلال عملية داخلية لاتخاذ القرارات، ويتم فيها استخدام نموذج (A-C-T Model) المكون من ثلاث خطوات كالآتي:

- عبّر عن المشاعر Acknowledge the Feeling
- قم بتحديد الحدود Communicate the Limit
- قم بالوصول إلى حل، أو قم باختيار حل بديل Target an Acceptable Alternative or Choice

يتم في العلاج باللعب (المتركز حول الطفل) وضع الحدود حسب الحاجة؛ لتوفير السلامة الجسدية والعاطفية للطفل والمعالج، ولحماية غرفة اللعب، والربط بالواقع. فمثلاً إذا حاول الطفل ارتداء نظارة المعالج فإن رد المعالج باستخدام نموذج (A-C-T Model) قد يكون: "ترغب بتجربة نظارتي" وهذا الرد يوضّح للطفل تعاطف المعالج وفهمه لمشاعره ورغباته، وبعد ذلك يقول المعالج: "ولكن نظارتي ليست للعب" لتوضيح الحدود، ثم يقول المعالج: "هناك أشياء أخرى كثيرة من الممكن اللعب بها هنا". وبهذا الجواب يصل المعالج لحل أو اختيار بديل.

مواصفات غرفة وأدوات اللعب

يتم خلال العلاج باللعب توفير أدوات لعب تجعل الطفل يعبر عن العواطف والخبرات بشكل ملموس ورمزي، وطبقاً لليندرث (2012) Landreth فإن أفضل حجم لغرفة اللعب هو 10×12 قدم تقريباً، ومن الممكن استخدام أي مكان مفتوح، أو استخدام غرفة لعب متنقلة في حال عدم وجود غرفة في المدارس أو المستشفيات. ويتم اختيار أدوات اللعب بحذر للتعبير عن مشاعر الطفل واكتشاف خبراته. فمثلاً الدمية المستخدمة بالعلاج باللعب يجب أن تكون محايدة ولا تمثل أي شخصية يعرفها الطفل ليتمكن من خلق تجربته الفريدة. ويجب أن تكون أدوات اللعب متسقة مع الخبرات الثقافية للطفل.



الوقت المقترح لجلسات العلاج النفسي

لا يمكن تحديد عدد الجلسات التي يحتاجها الطفل في العلاج باللعب المتمركز حول الطفل؛ ولكن وضحت بعض الدراسات فاعليتها على المدى القصير؛ مع التأكيد على عدم الاستعجال في توقع التغيير ومحاولة توضيح هذا الأمر لوالدي الطفل منذ بداية العلاج لتجنب الإحباط الذي قد يحدث نتيجة توقع الوالدين التغيير السريع، والذي قد يؤثر على استمرارية العلاج ونجاحه.

ثانياً: العلاج الذهني السلوكي

يعد العلاج الذهني السلوكي Cognitive-Behavioral Therapy علاجاً ناجحاً وفعالاً، إذ يسعى المعالج من خلاله إلى إحداث تغيير في أنماط التفكير التي يعتقد بإسهامها في المشكلات السلوكية لدى المريض، وتوجد العديد من الدراسات الداعمة لنجاح هذا النوع من العلاج. وتشير بعض الدراسات إلى أن العلاج الذهني السلوكي يحقق فوائد أكثر مقارنةً بالعلاج الدوائي أو مجموعة الضبط (Gilman & Chard, 2015). وتوصل باتلر وزملاؤه (Butler, Chapman, Forman and Beck (2006) إلى التأكيد على فاعلية العلاج الذهني السلوكي في علاج الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين بعد قيامهم بتحليل نتائج عدة دراسات حول فاعلية العلاج الذهني السلوكي.

ولكن لا يمكن الجزم تماماً بصحة نتائج هذه الدراسة؛ لقلة الدراسات التي تخص الأطفال والمراهقين؛ بسبب صعوبة إجراء البحوث على الأطفال والمراهقين، فضلاً عن حداثة استخدام هذا العلاج مع الأطفال. وقد تم مؤخراً الانتباه إلى الاكتئاب في مرحلة الطفولة كونها ظاهرة تقع خارج نطاق النمو الطبيعي، وتم الاعتراف به كمجال مشروع للدراسة؛ ولهذا السبب يقول (Gilman and Chard (2015) يمكن الافتراض بحذر أن العلاج الذهني السلوكي ناجح لبعض اضطرابات الأطفال والمراهقين، ولكن من الضروري إجراء بحوث إضافية.

إن أهداف العلاج الذهني السلوكي للأطفال مطابقةً لأهداف العلاج الذهني السلوكي مع الراشدين ويمكن تلخيص الأهداف بما يأتي:

- مساعدة الأطفال على تحديد التشوهات الذهنية التي تسبب مشاكل لهم.
- اختبار هذه التشوهات أثناء جلسات العلاج مع المعالج بتوجيه منه، وخارج جلسات العلاج أيضاً من خلال واجبات منزلية.

- تطوير التفكير العقلاني.

وبخلاف العلاج الذهني السلوكي مع الراشدين لا بد من الانتباه إلى العوامل التنموية خاصةً مع الأطفال الصغار دون سن المراهقة. وقد قام Gilman and Chard (2015) بتحديد ثلاثة عوامل مهمة، وهي كالآتي:

أولاً: لا بد من إدراك المريض للتشوّهات الذهنية التي يستخدمها، وأن يكون لديه القدرة على فهم العلاقة بين الإدراك/المعرفة العقلية، والوجدان/المشاعر، والسلوكيات، وقد تكون هذه العمليات الذهنية العالية فوق قدرات التفكير لدى معظم الأطفال الصغار. فمثلاً يفترض علاج Aaron Beck (2008) الذهني للاكتئاب أن الأشخاص لديهم القدرة على التمييز بين الأفكار العقلانية وغير العقلانية بمجرد تحديدها أثناء جلسة العلاج؛ ولكن الطفل قد لا يفهم هذا الفرق بسبب التفكير المشوّه الذي يعد سمة مميزة للطفولة المبكرة وناتج النمو الطبيعي (Shirk, 1998). ولذلك على المعالج فهم خصائص النمو الطبيعي والنمو غير الطبيعي، وفهم حدود تطبيق العلاج الذهني السلوكي مع الأطفال.

ثانياً: يجب توخي الحذر لتجنب أسطورة التوحيد التنموي Developmental Uniformity Myth (Kendall & Choudhury, 2003) التي تفترض تطابق الأطفال في حال ظهور مشكلات سلوكية متماثلة لديهم بغض النظر عن الفئة العمرية، كذلك لا بد من مراعاة المتغيرات الذهنية، والاجتماعية، والعاطفية التي تسهم في إدراك الذات Self-Perception لدى الأطفال وآرائهم عن الآخرين، وتزداد تعقيدات هذه العلاقات مع التقدم في السن. وعلى الرغم من أن العلاج الذهني السلوكي قد يكون فعالاً لطفل صغير واحد لكن التطور في تنمية اللغة، ومهارات الذاكرة، والمهارات السلوكية مثل التنظيم الذاتي Self-Regulation يختلف لكل طفل؛ وبالتالي لا يمكن افتراض أن العلاج الذهني السلوكي يصلح لكل طفل في فئة عمرية واحدة؛ لهذا يجب أن يتضمن اختيار تقنيات محددة في العلاج الذهني السلوكي نقاط القوة والضعف الفريدة لكل طفل.

ثالثاً: على الرغم من أن الراشدين غالباً ما يأتون للعلاج بأنفسهم؛ فإن الأطفال يأتون للعلاج بوساطة أشخاص آخرين في حياتهم (الأهل/ المعلمين/ الأطباء). وفي بعض الحالات يكون سلوك الطفل معبّراً عن أعراض لمشاكل أكبر في الأسرة، والتي لا يمكن تحسينها من خلال العلاج الذهني السلوكي الفردي وحده؛ ولذلك فإن

مشاركة أفراد الأسرة في علاج الطفل له تأثير كبير على نجاح العلاج في الغالب؛ ولهذا السبب أكد Gilman & Chard, 2015 على ضرورة التركيز على إشراك الآباء والأمهات والأهل في نماذج العلاج الذهني السلوكي الخاصة للأطفال.

وأوضحت الدراسات أن نماذج العلاج الذهني السلوكي المعدلة للأطفال الصغار قد تؤدي إلى تحسينات في كل من إعادة الصياغة الذهنية Cognitive Reframing، والمشاكل السلوكية (Minde, Roy, Bezonsky & Hashemi, 2010)، وهذه النماذج تتضمن الآتي:

١. استخدام أساليب لفظية بسيطة.
 ٢. استخدام الآباء لتعزيز المفاهيم التي تم التدريب عليها أثناء جلسات العلاج.
 ٣. العلاج باللعب لتوضيح بعض المفاهيم.
 ٤. استخدام أساليب سلوكية للتعلم النشط.
- معظم العلاج الذهني السلوكي مبني على افتراض أن الاكتئاب نتيجة المعرفة المخطئة Faulty Cognitions وسلوكيات التكيف غير الملائمة Maladaptive Coping Behaviors؛ ولذلك يتم استهداف تعديلات الإدراك/المعرفة، والوجدان/المشاعر، والسلوكيات لدى الطفل في وقت واحد (Gilman & Chard, 2015).

أساليب العلاج الذهني السلوكي المستخدمة مع حالات الاكتئاب لدى الأطفال:

- تعليم الأطفال لفهم التمييز بين أفكارهم ومشاعرهم من خلال التعليم التوجيهي، ولعب الأدوار، والرواية المتبادلة؛ ويتم التدريب على ذلك من خلال الواجبات المنزلية الأسبوعية.
- يقوم المعالج بعد تعليم الطفل التفريق بين أفكاره ومشاعره بمناقشته حول المناسبات والأنشطة التي تثير المزاجات الإيجابية والسلبية، وبذلك يساعده على فهم كيفية تأثير أفكاره على سلوكياته.
- يستخدم المعالج أساليب سلوكية، مثل: مشاركة الطفل في أنشطة ممتعة، وتعليمه مهارات التفاعل الاجتماعي وذلك عندما يكون الطفل يمارس أنشطة غير سارة أو مسببة للاكتئاب.
- يتم التدريب أثناء الجلسة على أنشطة لإعادة الهيكلة الذهنية أو التركيب الذهني Cognitive Restructuring، مثل وضع الأطفال لأهداف مناسبة يمكن الوصول إليها

بسهولة، وتحديد إدراكهم المشوّه، وتعليمهم عن كيفية استبدال هذه التشوهات مع عمليات تفكير بناءة.

- مهارات إدارة المشاعر مثل الاسترخاء أثناء أوقات الضغط، ومهارات إدارة الدوافع الأخرى.

دراسة حالة

تم إجراء بعض الدراسات التي تشرح كيفية تطبيق أساليب العلاج الذهني السلوكي على الأطفال. فمثلاً طبق اسارنو وكارلسون (1988) Asarnow and Carlson العلاج الذهني السلوكي مع طفلة عمرها عشر سنوات تعاني من حالة اكتئاب شديد خلال فترة تنويمها في المستشفى، وفي الأسبوع الأول طُلب منها تصنيف مزاجها باستخدام معيار مكون من 5 درجات؛ حيث يشير 1 إلى (سعيد)، و5 إلى (حزين)، وقام المعالجان بتحديد الأوقات التي كانت تشعر فيها الطفلة بالسعادة والعوامل التي أسهمت في إنتاج هذا الشعور الإيجابي، وتدرجياً تم توسيع نموذج التصنيف ليشمل أعمدة لتقييم أفكار الطفلة ومشاعرها وسلوكياتها خلال جميع الأنشطة التي تشارك فيها، وفي الوقت نفسه عمل المعالجان مع الطفلة لبحث الروابط بين المزاج، والإدراك، والأنشطة، ومع تقدم جلسات العلاج الذهني السلوكي استمر العمل مع الطفلة للتعرف على الاختلال الوظيفي للإدراك أثناء جلسات العلاج وخارجها، وتدريب وممارسة استبدال أساليب التكيف التي تتصف بسوء التكيف بمهارات حل المشاكل التي تتصف بالتكيف، وتم استخدام تقنيات أساسية أخرى في العلاج الذهني السلوكي، مثل تمارين: لعب الأدوار والواجبات المنزلية، وتم استخدام العلاج الدوائي كمدخل علاجي مع الطفلة أثناء تنويمها بالمستشفى؛ لكن تم التوقف عنه عند خروجها من المستشفى. ونتج عن هذا تحسن كبير في مزاج الطفلة على المدى القصير والطويل.

مناهج العلاج الذهني السلوكي

يمكن استخدام العلاج الذهني السلوكي كعلاج فردي أو علاج جماعي. وتوجد نماذج للعلاج الذهني السلوكي الجماعي لمعالجة اضطراب الاكتئاب. ولكن سيتم التركيز هنا على نماذج العلاج الذهني السلوكي الفردية.

تم تقييم منهجين للعلاج الذهني السلوكي مع 39 طفلاً تم تشخيصهم بالاكتئاب

المتوسط Moderate Depression من قبل Stark, Reynolds, and Kaslow (1987).

ويتضمن المنهج الأول خلال مدة خمسة أسابيع الأساليب الآتية:

الجلسات ١-٤: تم تدريب الأطفال على مراقبة الذات Self-Monitor بخصوص أفكارهم

ومزاجهم عند مشاركتهم في الأنشطة الممتعة باستخدام سجل.

الجلسة الخامسة: تم تعليم الأطفال على مراقبة نتائج أعمالهم على المدى الطويل بدلاً من

النتائج المباشرة لأعمالهم.

الجلسات ٦-٧: تم تعليم الأطفال على استبدال الوصف الذي يتصف بسوء التكيف بوصف

يتصف أكثر بالتكيف.

الجلسات ٨-٩: تم تدريب الأطفال على استبدال التوقعات غير الواقعية بمعايير أكثر واقعية

عند تقييم أدائهم.

الجلسات ١٠-١٢: تم تعليم الأطفال على زيادة التعزيز الذاتي Self-Reinforcement وتقليل

العقاب الذاتي Self-Punishment عند تقييم أدائهم. وفي الجزء الأخير من الجلسة

الثانية عشرة تمت مراجعة المهارات التي تم تدريسها

كما قام كل من ستارك ورينولدز وكاسلو Stark, Reynolds, and Kaslow (1987)

بتقييم المنهج الثاني للعلاج الذهني السلوكي مع الأطفال، وقد تضمن الأنشطة نفسها

في المنهج الأول مضافاً إليها حل المشكلات في المواقف الاجتماعية، ومناقشة العلاقة

بين أفكار الأطفال وسلوكياتهم غير الملائمة، وكيفية تأثيرها السلبي على علاقاتهم

الاجتماعية.

وأظهرت النتائج أن استخدام المنهجين للعلاج الذهني السلوكي مع الأطفال أدى إلى

تحسن كبير في درجات الاكتئاب بالمقارنة مع المجموعة الضابطة. وعند إجراء أبحاث

إضافية جمعت كلا المنهجين في تدخل علاجي معرّف سلوكي متعدد المكونات؛ فإن

الأطفال في مجموعة العلاج الذهني السلوكي قاموا بذكر أعراض اكتئاب وإدراك

مشوّه أقل بكثير من مجموعة الضبط التي تلقت علاجاً نفسياً غير محدد.

العلاج الذهني السلوكي مع المراهقين

يتم استخدام العديد من التدخلات العلاجية الذهنية السلوكية التي سبق وتم وصفها

مع المراهقين الذين يعانون من الاكتئاب. ويشير جيلمان وشارد Gilman and Chard

(2015) إلى أن بعض نواحي تطبيق العلاج الذهني السلوكي على المراهقين قد تكون

أسهل نسبياً من تطبيقها على الأطفال الصغار؛ نظراً لقدرات المراهق المتطورة بالنسبة

للتفكير المجرد، وحل المشاكل الاجتماعية، ومستوى الاستبصار الذي يسمح له باستكشاف أعمق للتشوّهات الإدراكية، والاتجاهات والمعتقدات المختلة وظيفياً، والسلوكيات غير الملائمة. ومع ذلك يجب انتباه المعالج إلى الخصائص التنموية الفريدة من نوعها بين هذه الفئة العمرية. وتشير مرحلة المراهقة المتأخرة إلى بداية الاستعداد للحياة بعد التخرج من المرحلة الثانوية، وبالنسبة إلى بعضهم فإنها تشير إلى بداية الاعتماد على الذات وتقليل روابط الاعتماد على والديهم؛ ويمكن أن يؤدي هذا الوعي إلى بدء المراهقين في فحص هويتهم ومكانتهم في العالم، كما أن الأسئلة المتعلقة بمستقبلهم تبدو بارزة وأقل غموضاً. بالإضافة لهذه التقييمات الذاتية يبدأ المراهق بالنظر لذاته وكيفية تعلقها بالآخرين.

إن تقييم المراهق للكفاءات المدركة في مواجهة تحديات الحياة تستند على نظام معقد من التفاعل بين الآباء والأقران والمعلمين وغيرهم في مستوى غير ملاحظ عادةً بين الأطفال الصغار، وقد يخلق هذا التفاعل المتبادل بين الأفكار الداخلية والمقارنات الخارجية مجموعةً من التشوّهات الذهنية، ومن الممكن تداخل الكثير منها مع الأداء اليومي؛ وبالتالي يحتم هذا على المعالجين معرفة هذه المصادر المختلفة عند تطبيق العلاج الذهني السلوكي مع المراهقين.

وقد قام كينارد وزملاؤه Kennard, Ginsburg, Feeny, Sweeney, and Zagurski (2005) بمناقشة بعض التحديات التي تواجه المعالج النفسي عند تطبيق العلاج الذهني السلوكي على المراهق الذي يعاني من اضطراب الاكتئاب الكبير. وتشمل هذه التحديات:

- الاحتمالية العالية لوجود أمراض مصاحبة لمرض الاكتئاب مع اضطرابات أخرى قد تنقص من فاعلية العلاج.
- شدة بعض أعراض الاكتئاب، مثل: الشعور باليأس.
- شدة الأذى الذاتي والتفكير الانتحاري.
- عوامل تخص العلاقات الشخصية.
- عدم الالتزام بالعلاج.

وقد حدد كلٌّ من ويب وزميليه Webb, Auerbach, and DeRubeis (2012) وكذلك هاميل-سكوش وزميليه Hamill-Skoch, Hicks, and Prieto-Hicks (2012) بعض المكونات الأساسية للعلاج الذهني السلوكي مع المراهق الذي يعاني من الاكتئاب، وهي:

- التثقيف النفسي Psychoeducation: وقد تم خلال تعليم المراهقين وأسرههم عن الاضطراب بما في ذلك كيفية تصور الاكتئاب من وجهة نظر العلاج الذهني السلوكي.
- استبدال الأفكار التي تهزم النفس Self-Defeating Thoughts بالتفكير البناء والإيجابي.
- زيادة المشاركة في الأنشطة الممتعة.
- تعليم مهارات اجتماعية Social Skills ومهارات اتصال Communication Skills تتصف بالتكيف والبناء.
- تعليم مهارات حل النزاعات Conflict Resolution Skills.
- تعليم مهارات مراقبة الذات Self-Monitoring Skills ومهارات تحديد الأهداف Goal-Setting Skills.

التدخلات العائلية

العمل مع أفراد الأسرة مهم في أي نوع من العلاج مع الأطفال أو المراهقين، والعلاج الذهني السلوكي غير مستثنى من هذه القاعدة. وعلى الرغم من حداثة إدراج الأسر في الدراسات التجريبية المتعلقة بالعلاج الذهني السلوكي فإنه يوجد بعض الشواهد التي تشير إلى زيادة فاعلية العلاج عند استخدام العلاج الذهني السلوكي المركز على الأسرة مقارنة بالعلاج الذهني السلوكي الفردي (Wood, McLeod, Picentini & Sigman, 2009).

تم اقتباس أساليب العلاج الذهني السلوكي الموجه للأسرة في علاج الاكتئاب من الأساليب التي تستخدم في العلاج الفردي، وقام Ginsburg and Schlossberg (2002) بالحدوث عن بعض هذه الأساليب، ومنها:

- التثقيف النفسي، مثل تعليم الأسرة عن اضطراب الاكتئاب، وأهمية أساليب التواصل والتربية لتحسين حالة الطفل أو المراهق.
- إعادة الهيكلة الذهنية Cognitive Restructuring، مثل استكشاف أفكار الآباء المشوّهة حول طفلهم بطريقة منظمة.

- تسهيل التواصل الفعال بين أفراد الأسرة والطفل أو المراهق، مثل مناقشة أسباب حدوث الصراعات داخل الأسرة مع المراهق وكيفية حلها.
- توفير مهارات إدارة الطوارئ، مثل تعلم الوالدين وتطبيقهما أساليب فعّالة لتعديل السلوك.
- العمل مع الوالدين لاستكشاف صراعاتهم الخاصة مع المشكلة التي أدت إلى استشارة المعالج، وكيف أن صراعاتهم قد تمثل نموذجاً سلبياً للطفل من غير قصد.

ثالثاً: العلاج النفسي السيكودينامي

هناك الكثير من الدراسات القائمة على دراسة الحالة لعلاج الاكتئاب عن طريق العلاج النفسي السيكودينامي Psychodynamic Psychotherapy الفردي، ومن خلال تجربة سريرية كبيرة تم التوصل إلى أن العلاج النفسي السيكودينامي الفردي يمكن أن يعالج مجموعة واسعة من الأمراض المصاحبة للاكتئاب لدى الأطفال. وتساعد التدخلات السيكودينامية في تغيير المعتقدات الاكتئابية، وتوقعات العالم، ومعنى الحياة (Birmaher & Brent, 2007). وفي عام ٢٠١١ تم نشر مراجعة نقدية لقاعدة الأدلة للعلاج النفسي السيكودينامي مع الأطفال والمراهقين (Midgley & Kennedy, 2011)، وأكدت هذه المراجعة أن الدراسات الحالية للعلاج النفسي السيكودينامي مع الأطفال والمراهقين تشير إلى فاعلية هذا العلاج في مجموعة من اضطرابات الطفولة، إذ تمّ قياسها من خلال أدوات بحثية مقننة وصادقة. وتجدر الإشارة إلى أن العلاج النفسي السيكودينامي ذو فاعلية مشابهة عند مقارنته بأنواع أخرى من العلاج. وكذلك توجد أدلة تدعم استخدام العلاج النفسي السيكودينامي لعلاج الأطفال والمراهقين الذين يعانون من الاكتئاب، وتم تصنيفه كعلاج قائم مبني على الأدلة لعلاج الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين، وتوجد أدلة أخرى تشير إلى أن الاستفادة من العلاج تستمر حتى بعد نهايته. وفي ٢٠١٧ تم نشر مراجعة محدثة لقاعدة الأدلة للعلاج النفسي السيكودينامي مع الأطفال والمراهقين (Midgley, O'Keeffe, French & Kennedy, 2017)، وتم دعم استخدام العلاج النفسي السيكودينامي مع الأطفال والمراهقين الذين يعانون من الاكتئاب المتوسط أو الشديد، وتمت الإشارة إلى أن نتائج هذا العلاج مشابهة للعلاج الذهني السلوكي والعلاج الأسري.

- واستناداً لكربنبرج وزميليه Kernberg, Ritvo, and Keable (2012) فإن العلاج النفسي السيكودينامي يستند على المقترحات الأساسية لنظرية التحليل النفسي كالاتي:
- تُحدد العمليات العقلية المعقدة اللاواعية Unconscious التفكير الواعي والسلوك الهادف.
 - يشكل التمثيل الداخلي للتجارب مع الأشخاص المهمين في حياة الإنسان والعالم الحقيقي الافتراضات الأساسية والتوقعات لدى الشخص.
 - تنشأ الأفكار والسلوكيات التي يمكن ملاحظتها -بما في ذلك الأعراض- من أكثر من مصدر في اللاوعي.
 - الصراع النفسي موجود دائماً وجزء من التطور الطبيعي.
 - أساليب الدفاع Defense Mechanisms وهي الآليات العقلية اللاواعية التي تقلل من القلق، وتحافظ على التوازن النفسي. وتتحول الدفاعات أثناء النمو من دفاعات بدائية غير ناضجة إلى دفاعات مرنة وناضجة أكثر، وفي بعض الأحيان قد تصبح الدفاعات التي تستخدم بشكل صارم غير تكيفية وتؤثر على تطور الإنسان.
 - تحافظ مقاومة Resistance التغيير النفسي على الاستقرار النفسي على الرغم من إبطائها للعملية العلاجية.
 - التحويل Transference، أي التكرار أو تمثيل مجدد بين المعالج والمريض من الأنماط العلاقية الداخلية للتجارب السابقة مع الوالدين أو الأشخاص المهمين الآخرين، ويوفر التحويل فرصة لمراقبة هذه الأنماط العلاقية الداخلية وفهمها وتغييرها.
 - حيادية Neutrality المعالج، والتعامل مع المريض باحترام وتعاطف ودعمه وعدم الحكم عليه؛ يؤدي إلى تأسيس بيئة علاقية آمنة للعلاج. وتهدف حيادية المعالج إلى تعزيز حرية المريض في التعبير، ويسعى المعالج إلى متابعة قيادة الطفل.
 - ردود فعل المعالج العاطفية تجاه المريض أو ما يُعرف بـ"التحويل العكسي Countertransference" مهمة، ويجب على المعالج الانتباه إليها وفهمها، وهي وسيلة لاكتساب معلومات عن صراعات الطفل الداخلية. ويجب على المعالج أيضاً التنبه للأوقات التي يقوم فيها الطفل بإثارة الصراعات الداخلية لدى المعالج نفسه خشية أن تؤثر هذه الصراعات على حيادية المعالج.

وقد يكون العلاج النفسي السيكودينامي للأطفال مختصراً (من ٦ إلى ٢٠ جلسة)، أو متوسطاً في الطول (٢١ إلى ٦٠ جلسة) أو طويل الأمد (١٠٠ جلسة أو أكثر). ويسعى

إطار العلاج النفسي السيكودينامي إلى إنشاء القدرة على التنبؤ، وهو ما ينعكس من خلال الاجتماع في الزمان والمكان المعتادين. ويحتاج المعالج إلى أن يكون قادراً على الكلام واللعب على المستوى التنموي للطفل، واستخدام طرق تواصل يفهمها الطفل.

ويؤكد العلاج النفسي السيكودينامي على السماح للطفل بأن يأخذ القيادة بخصوص ما يجب القيام به في جلسة علاجية معينة؛ ويهدف هذا النهج غير التوجيهي والمرن إلى تعظيم التعبير الذاتي للطفل وإحساسه بامتلاك العملية العلاجية، ويسعى المعالج للانضمام إلى الطفل كمراقب مشارك مهتم. وتوفر النظرية السيكودينامية البنية لتفكير المعالج والتدخلات التي يخطط لها.

ويتقدم العلاج النفسي السيكودينامي من خلال ثلاث مراحل، وهي: مرحلة الافتتاح، والمرحلة الوسطى، ومرحلة الإغلاق (المعروفة باسم مرحلة الإنهاء). ولا تحدد العديد من العلاجات النفسية السيكودينامية النهاية في وقت معين، ويتم تحديد طول العلاج من خلال تقدم الطفل في تحقيق أهداف العلاج وقدرته على الحفاظ على التقدم مع استمرار الضغوطات.

وتشمل المرحلة الافتتاحية الاتصال الأولي والتقييم، وصياغة الحالة، ووضع الإجراءات والترتيبات المتعلقة بالمعالجة، ووضع خطة علاج مبدئية، وبناء العلاقة العلاجية مع الطفل وأهله. وصياغة الحالة التي يستخدمها المعالج هي النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial Model، مع الاهتمام الخاص بالجانب النفسي.

ويتم إبلاغ الأهل بنتائج التقييم وكذلك الطفل بطريقة مناسبة، لتنتقل المرحلة الافتتاحية إلى المرحلة الوسطى من العلاج بعد إنشاء نمط الجلسات والتحالف العلاجي.

وتتمثل مهمة المرحلة الوسطى في تسهيل التغيير في عالم الطفل الداخلي، مثل: التنظيم الذاتي Self-Regulation، والتمثيل الداخلي للذات والآخرين Internal Representations of Self and Others، وأساليب الدفاع، والوظيفة الانعكاسية Reflective Function. وسير العملية العلاجية جزء لا يتجزأ من تأثير العلاج، ويحصل على الكثير من اهتمام المعالج. ويعزز المعالج قيمة تعبيرات الطفل من خلال اللغة أو الصمت أو الفن أو اللعب، ويعمل مع الطفل على فهم معناها؛ وعند القيام بذلك فإن المعالج يسهل ويمثل القدرة الانعكاسية Reflective Capacity واليقظة النفسية Psychological Mindedness.

ويفهم المعالج تعبير الطفل وسلوكياته من خلال صياغة الحالة، ويحدد أنماطاً في لعب

الطفل أو كلامه، وفي علاقة التحويل التي تكشف عن صراعات الطفل الداخلية وصعوباته التنموية وأنماط علاقاته غير التكيفية. ويسعى المعالج من خلال الكلام أو اللعب إلى استخدام التوضيح Clarification والتفسير Interpretation لمساعدة الطفل على فهم مشاعره وصراعاته الداخلية بطريقة مناسبة لمرحلة نمو الطفل. ومعظم التغيير النفسي تدريجي. ويتم في العلاج النفسي السيكودينامي تسهيل هذا التغيير التدريجي من خلال عملية التكرار والفحص المستمرين الدقيقين للطريقة التي تعمل بها الصراعات والدفاعات الذي يسمى مواصلة العمل أو السير Working Through Process.

وتتعدد مهام المرحلة الوسطى في العمل مع الأهل، منها في المقام الأول الحفاظ على التحالف العلاجي مع الأهل؛ حيث يبقون مصدراً مهماً للمعلومات عن حياة الطفل في الوقت الحاضر وتاريخياً؛ مما يوفر سياقاً لما يفهمه المعالج في الجلسات مع الطفل. بالإضافة إلى ذلك، يساعد المعالج الأهل على التكيف مع الاحتياجات المتغيرة للطفل، وبالتالي مضاعفة الآثار القيمة للعلاج. وأخيراً يمكن أن تؤثر التغييرات في الطفل على الأسرة. وإذا أصبح الأهل أو أحد أفراد الأسرة الآخرين يعانون من أعراض؛ فيجب على المعالج أن يقيم الحاجة إلى مزيد من التدخلات.

وأثناء مرحلة إنهاء العلاج يتم تعزيز المكاسب التي تحققت أثناء العلاج، ومعالجة أي قضايا تخص الاعتمادية، والانفصال، والخسارة الناتجة عن إنهاء العلاج للطفل والأهل والمعالج. ويتم وضع أي خطط ضرورية للمتابعة.

رابعاً: العلاج النفسي البين شخصي

العلاج النفسي البين شخصي Interpersonal Psychotherapy علاج مختصر مستمد من نظرية البين شخصية Interpersonal Theory؛ وقد تم تطويره لعلاج الاكتئاب لدى الراشدين، وتوجد العديد من الدراسات الداعمة لفاعلية هذا العلاج. وقد تم تطويره أيضاً بعد نجاحه مع الراشدين ليكون ملائماً في علاج المراهقين. ويعد العلاج النفسي البين شخصي للاكتئاب لدى المراهقين معالجة مدعومة تجريبياً لعلاج الاكتئاب لدى المراهقين (Stark et al., 2017)، وتشير الدراسات إلى أن هذا العلاج يقلل من أعراض الاكتئاب، ويزيد معدلات الشفاء منه، ويزيد الاحتفاظ بالعلاج، ويحسن الأداء الاجتماعي والقدرة على حل المشاكل البين شخصية.

والافتراض الرئيس الذي يقوم عليه العلاج النفسي البين شخصي هو أنه بغض النظر

عن سبب حالة الاكتئاب لدى الفرد، فإن العلاقات بين الأشخاص لها علاقة بهذا الاكتئاب (Martinez et al., 2012). والهدف من العلاج هو تحسين الأداء البين شخصي للأفراد في علاقاتهم المهمة، ويركز العلاج على الصراعات الحالية. وتشمل التقنيات العلاجية المستخدمة في العلاج النفسي البين شخصي تحليل الاتصالات Communication Analysis، ومهارات حل المشكلة Problem Solving Skills المتعلقة بالعلاقات البين شخصية، ولعب الأدوار Role Playing.

مدة العلاج النفسي البين شخصي للاكتئاب لدى المراهقين (١٢ أسبوعاً) في جلسات فردية أسبوعية، ويتم مشاركة الأهل بصفتهم معالجين متعاونين. ويتم في كل جلسة تقييم أعراض الاكتئاب لدى المريض، وخطر الانتحار، والمزاج. وينقسم العلاج إلى ٣ مراحل، وهي: المرحلة الأولية، والمرحلة الوسطى، ومرحلة الإنهاء. وتتكون كل مرحلة من قرابة أربع جلسات (Stark, et al., 2017).

خلال المرحلة الأولية، يقوم المعالج بمساعدة المراهق في تحديد مجالات المشاكل، ويقوم بتوفير الأساس المنطقي للعلاج، ويتم التفاوض من أجل توقيع عقد علاجي رسمي، وتحديد دور المراهق في العلاج، وتثقيف المراهق والأهل بماهية الاكتئاب لتسهيل فهم الاضطراب وآثاره. بالإضافة إلى ذلك، فإن المعالج يعمل مع المراهق لضمان مشاركته اجتماعياً مع أسرته، وفي مدرسته، ومع أصدقائه، ويطلب المعالج من الأهل تشجيع مشاركة المراهق في أكبر عدد ممكن من الأنشطة العادية. ويعد التثقيف النفسي من استراتيجيات العلاج الأساسية في المرحلة الأولية من العلاج.

أما المرحلة الوسطى من العلاج فعادةً ما تكون من الجلسة الخامسة إلى الثامنة. ويكون التركيز في هذه المرحلة في تحقيق الأهداف الأساسية للعلاج. ويوفر المراهق في هذه المرحلة المعلومات والخبرات المتعلقة بمجالات المشاكل، ويتم السماح له باختيار مواضيع المناقشة المتعلقة بمجالات المشاكل. ويتم في هذه المرحلة أيضاً تحديد طبيعة كل مشكلة تم تحديدها سابقاً، وتحديد استراتيجيات فعالة للتعامل مع المشاكل، وتطوير خطط تدخل مناسبة وتنفيذها. والهدف الشامل من تطوير الخطط تحسين أداء العلاقات البين شخصية. ويتم تعليم المراهق على ملاحظة أعراض الاكتئاب وتجاربهم العاطفية. وتعد المراقبة الذاتية Self-Monitoring وحل المشاكل -حول الصعوبات البين شخصية- الاستراتيجيات الأولية المستخدمة خلال المرحلة الوسطى من العلاج.

وتبدأ مرحلة الإنهاء من الجلسة التاسعة إلى الجلسة الثانية عشرة. ويجب على المعالج فيها تذكير المراهق بتاريخ انتهاء العلاج قبل أسبوعين إلى أربعة أسابيع على الأقل من تاريخ نهاية العلاج. وتكمن الأهداف الرئيسية لهذه المرحلة في إعداد المراهقين لإنهاء العلاج وإرساء الإحساس بالكفاءة الشخصية لإدارة المشاكل المستقبلية.

بداية العلاج النفسي مع الأطفال واستمراريته وإنهائه

بناء التحالف العلاجي

تفترض العلاجات القائمة على الأدلة (العلاجات المبرهنة) أهمية وجود علاقة علاجية Therapeutic Relationship قوية مع الطفل وعائلته. ويلعب التحالف العلاجي Therapeutic Alliance القوي دوراً أساسياً في عملية العلاج النفسي مع جميع الأعمار وخاصة الأطفال. وترتكز القدرة على تكوين علاقة علاجية قوية مع الطفل على مرونة المعالج وقدرته على تكييف العلاج مع الاحتياجات الشخصية والتمنوية والثقافية الفريدة للطفل وعائلته، ومقدار تعاونهم على الاتفاق على مهام العلاج وأهدافه. ومن المهم جداً بناء تحالف إيجابي في وقت مبكر من العلاج، والحفاظ على تحالف قوي طوال فترة العلاج مع الطفل وعائلته أيضاً. ويتألف التحالف غالباً من ثلاثة أبعاد ذات صلة؛ ولكنها متميزة، وهي: العلاقة Bond، والمهام Tasks، والأهداف Goals (Brown, Parker, McLeod & Southam-Gerow, 2014).

وتشير العلاقة إلى الجوانب العاطفية للعلاقة بين الطفل والعائلة والمعالج. وتشكل المهام الاتفاق والمشاركة في أنشطة العلاج. وتمثل الأهداف الاتفاق بين الطفل والعائلة والمعالج على النتيجة المرجوة من العلاج. ويواجه المعالج الذي يعمل مع الأطفال تحديات تتمثل في بناء تحالف علاجي قوي مع كل طفل والحفاظ عليه.

إن المهمة الرئيسية للمعالج هي إشراك الأطفال في العلاج والحفاظ على دافعيتهم للمشاركة بالعلاج طوال فترة العلاج. وتعد العلاقة العاطفية من أهم مكونات التحالف مع الأطفال الذين يستمدون الدافع للمشاركة في المهام العلاجية من علاقة إيجابية مع المعالج. ويمكن أن تسهل التدخلات العلاجية المرتبطة مع العلاج النفسي المتمركز حول العميل Client-Centered Psychotherapy بناء التحالف، وكذلك السلوك المتعلقة ببناء العلاقة العلاجية التي تستخرج المعلومات، وتوفر أيضاً التفاهم

العاطفي والدعم، وتستكشف مشاعر الطفل الذاتية، وتساعد على تعزيز العلاقة العاطفية بين المعالج والطفل (Karver et al., 2008).

يساعد استخدام المعالج للغة تعاونية مثل: (نحن، لنا، دعونا) على بناء العلاقة العلاجية من خلال إنشاء العلاج كجهد تعاوني (Brown et al., 2014). إن الانتباه إلى مشاعر الطفل وتتبعها، مثل: الخوف وخيبة الأمل، واستخدام تعبيرات دعم تساعد الطفل على الشعور بوجود شخص يفهمه ويدعمه. وتزداد أهمية الاتفاق على مهام العلاج وأهدافه طردياً مع زيادة عمر الطفل. ولا يتمتع صغار السن من الأطفال بالقدرة الذهنية لفهم الأهداف طويلة الأجل؛ لذا فإن الجانب العاطفي للتحالف أكثر أهمية بالنسبة لهم (Shirk, 1998). في حين أن المراهقين لديهم حاجة إلى الاستقلال الذاتي؛ ولذلك من الضروري أن يكون لهم رأي في تحديد أهداف العلاج ومهامه. ومن المهم أيضاً تقديم أهداف العلاج ومهامها بطريقة مناسبة لمرحلة نمو الطفل.

ويساعد النهج التعاوني الذي يسمح للطفل بالمشاركة في اختيار الأهداف والمهام العلاجية على تقوية التحالف ودافعية ومشاركة الطفل بالعلاج (Brown et al, 2014). وعلى المعالج أيضاً أن يعي أن الأهل والأطفال قد يكون لهم أهداف مختلفة للعلاج؛ فزي الغالب فإن الأهل هم من يبحثون عن العلاج للطفل وقد يكون لهم أهداف علاجية قد لا يتفق عليها الطفل؛ وبالتالي يجب على المعالج العمل على حل التناقضات بين الطفل والأهل، أو تحديد الأهداف المشتركة بينهم باتباع المعايير الأخلاقية والمهنية.

وبالإضافة إلى بناء تحالف علاجي قوي مع الطفل يجب على المعالج بناء تحالف قوي مع الأهل والمحافظة عليه (Brown et al, 2014)؛ فالوالدان يلعبان دوراً حاسماً في العلاج النفسي للأطفال؛ لذلك فإنه من المهم إنشاء علاقة عاطفية قوية مع الأهل، مع الأخذ بالاعتبار على أن الاتفاق على مهام العلاج وأهدافه قد يكون أهم من إنشاء العلاقة العاطفية؛ فالموافقة على العلاج تأتي من الأهل، والأهل هم من يأتون بالطفل إلى المعالج؛ وبالتالي فعدم الاتفاق على أهداف العلاج ومهامه قد يؤدي إلى إنهاء الأهل للعلاج في وقت مبكر. ولبناء تحالف قوي مع الأهل يجب على المعالج أخذ الوقت لفهم أهداف العلاج من وجهة نظر الأهل، وتوضيح العلاقة بين المهام والأهداف في العلاج، ووضع توقعات واقعية للعلاج. والجدير بالاهتمام أيضاً المتابعة المستمرة مع الأهل طوال فترة العلاج لضمان عدم وجود مشاكل تتعلق بمهام العلاج أو أهدافه.

ويلعب الأهل أدواراً مختلفة في العلاج؛ ففي بعض الحالات قد يطلب منهم تحمل مسؤولية أنشطة الواجبات المنزلية التي تعطي الطفل الفرصة في ممارسة المهارات التي تعلمها أثناء الجلسات العلاجية، وقد يطلب منهم في حالات أخرى تغيير السلوكيات التي تسهم في تطوير أعراض الطفل المرضية أو بقائها؛ ولضمان مشاركة الأهل في العلاج؛ فإن المعالج مطالب بتوضيح أهمية مشاركة الأهل في العلاج ومقدار مساعدتها في تحقيق أهدافه. وكذلك فإن توفير التثقيف النفسي Psychoeducation حول عملية العلاج النفسي، والجدول الزمني التقريبي للعلاج، والنتائج المتوقعة من شأنها أن تغرس الأمل وتوفر مجموعة من التوقعات الواقعية للعلاج النفسي بالنسبة للأهل.

نقاط مهمة لبناء التحالف العلاجي:

عادة ما يكون الطفل الذي يعاني من الاكتئاب سريع التهيج، ومن الممكن أن يرفض أي مساعدة؛ وهذا يشكل تحدياً صعباً للمعالج الذي يحاول بناء تحالف علاجي. ويظهر الأطفال الذين يعانون من الاكتئاب مستويات أقل من التعزيز؛ كرد على محاولات المعالج لبناء التحالف العلاجي؛ وبالتالي يجب على المعالج أن يكون حذراً، وأن يحافظ على جهود التحالف التي يبذلها حتى في حال عدم وجود تعزيز من الطفل (Brown, et al., 2014). وقد تصعب سرعة تهيج الطفل المكتئب التعزيز على عائلة الطفل أيضاً؛ لهذا قد يحتاج أهالي الأطفال الذين يعانون من الاكتئاب إلى مزيد من الدعم لتعزيز المهام والمهارات التي يكتسبها الطفل في العلاج بشكل مناسب. وفي سياق تحالف علاجي مليء بالدعم بين المعالج والأهل سيكون إعطاء التغذية الراجعة وتلقيها أسهل. ويجب على المعالج أن يكون على علم بأن أهالي الأطفال الذين يعانون من الاكتئاب قد يعانون هم أنفسهم من الاكتئاب وغيرها من الاضطرابات النفسية؛ وهذا قد يصعب عليهم التفاعل والمشاركة في العلاج المقدم لطفلهم. إن إصابة الأب أو الأم بالاكتئاب له تأثير سلبي على تقدم العلاج مع الطفل؛ ولذلك قد يكون من الضروري إحالة الأب أو الأم إلى العلاج النفسي. وقد أظهرت بعض الدراسات أن علاج الاكتئاب للوالدين يمكن أن يؤدي إلى تحسن في اكتئاب الطفل (Wickramaratne et al., 2011).

تعد توقعات العلاج من التحديات المهمة لاستمرارية العلاج النفسي مع الأطفال (Brown, et al., 2014)؛ فالأهل يأتون إلى العلاج مع توقعات لما سيحدث خلال الجلسات

النفسية، ومدة العلاج، والفوائد التي سوف يكتسبها الطفل، وفي بعض الحالات تكون هذه التوقعات غير واقعية، فعلى سبيل المثال قد يتوقع أحد الوالدين شفاءً كاملاً لطفله بعد جلسة أو جلستين من العلاج؛ وقد يعرضهم هذا التوقع للإحباط مع أي نقص في التقدم في العلاج وربما يقود إلى توقفهم عن علاج الطفل. ومن ناحية أخرى فإن بعض الأهل لديهم توقعات قليلة جداً بشأن فائدة العلاج وبالتالي قد يكون من الصعب تفاعلهم ومشاركتهم بالعلاج. لذلك تساعد المناقشات التعاونية مع الأهل والطفل في مرحلة مبكرة من العلاج حول توقعاتهم من العلاج في وضع توقعات إيجابية تسهل التحالف العلاجي الإيجابي. إن من الضروري مراقبة هذه التوقعات طوال فترة العلاج لأنه قد تتغير التوقعات مع تقدم العلاج؛ فقد تنشأ تعقيدات جديدة مثل اكتشاف اضطرابات مصاحبة للاضطراب الأساسي، أو قد تحدث أزمات مثل الخلافات الزوجية أو المرض أو إساءة معاملة الأطفال فتغير من تركيز العلاج أو مساره. ويجب على المعالج عندما تحدث هذه التحديات أثناء العلاج أن يناقش أثرها على مسار العلاج بالإضافة إلى النتائج المتوقعة ومدة العلاج. ومن المهم أيضاً إجراء المناقشة الدورية مع الأهل بشأن توقعاتهم الإيجابية والسلبية للعلاج وتقدمه.

ويتم تعريف انحلال التحالف Alliance Rupture على أنه توتر في الجوانب التعاونية للعلاقة العلاجية أو تحللها (Safran & Muran 2000)، ومن الممكن حدوث انحلال بالتحالف العلاجي في أي وقت أثناء العلاج، وبإمكان المعالج أخذ عدد من الخطوات لحماية هذا التحالف. إن عدم تعقب الشعور والضغط والظهور بشكل رسمي مبالغ فيه، وعدم القدرة على تذكر المعلومات المهمة؛ قد يعيق بناء التحالف العلاجي أو قد يؤدي إلى انحلال التحالف (Karver et al., 2008).

قد تعزز التفسيرات العلاجية Therapeutic Interpretations الدقيقة والمقدمة بالوقت المناسب العلاقة العلاجية من خلال مساعدة الطفل بالشعور بالفهم؛ إلا إن الاستجابات المفرط أو التفسيرات غير الدقيقة قد تسبب مشاكل مع التحالف العلاجي. وإذا حدث انحلال بالتحالف العلاجي مع الطفل أو والديه فلا بد من تشجيعهم على التحدث بصراحة عن مشاعرهم السلبية حول العلاج أو المعالج؛ وهذا قد يساعد في ترميم التحالف العلاجي. إن تحقيق التوازن الصحيح بين طرح الأسئلة وعكس العواطف يجعل الطفل قادراً على مشاركة المعلومات المهمة وذات الصلة بالعلاج دون الشعور بعدم الارتياح.

صياغة الحالة وخطة العلاج ووضع أهداف العلاج

صياغة الحالة Case Formulation هي عملية تحديد الأسباب والعوامل المتعلقة بالمشاكل العاطفية والسلوكية للطفل والعلاقات الشخصية (Lyneham, 2014). وهي توافر قالب يمكن من خلاله استخراج خطة علاج Treatment Plan فردية للطفل، ويجب أن تكون صياغة الحالة مرنة وقابلة للتغيير عند الوصول لأي معلومات جديدة عن حالة الطفل أو عائلته أو البيئة التي يعيش فيها، وتمثل جميع المعلومات التي يتم جمعها في أي وقتٍ من الأوقات، ويتم تحديثها لتعكس المعلومات الجديدة عند ظهورها.

بعد تشخيص المعالج للطفل بإضطراب الاكتئاب من خلال اتباع التقييم المناسب يستطيع المعالج صياغة الحالة. ويحتاج المعالج لجمع المعلومات المهمة مثل الإدراك، والسلوك، والعواطف التي تتعلق بمشكلة تقديم الطفل للمعالج، وتقييم العلاقات الشخصية بين الطفل والأشخاص الآخرين في حياته مثل الآباء والأقران؛ فضلاً عن أن هناك حاجة إلى جمع معلومات عن الأمراض المصاحبة التي يعاني منها الطفل وتاريخ العائلة، والمشاكل النفسية الحالية مثل القلق أو الاكتئاب في باقي أفراد العائلة، والأداء الأكاديمي والتموي، والبيئة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للأسرة؛ من أجل صياغة تشكيلة حالة شاملة، ويجب على المعالج فهم صياغة الحالة من خلال النظرية ونموذج العلاج الذي سيستخدمه مع الطفل، وكذلك ينبغي النظر في المعلومات المتعلقة بمستوى مشاركة الطفل وأهله في العلاج، والعقبات التي قد تظهر أثناء العلاج، والاستعداد للتعامل معها عند الحاجة.

ويحتاج المعالج بمجرد إنشاء صياغة حالة أولية إلى تحويلها إلى خطة علاج؛ فكل طفل لديه مزيج فريد من العوامل المتورطة في تطوير اضطراب الاكتئاب الذي يعاني منه، وستختلف العوامل أيضاً حسب قوة ارتباطها مع المشاكل الحالية؛ وبالتالي فإن مقدار التركيز الممنوح لمهارة معينة ضمن خطة العلاج يجب أن يختلف أيضاً. ولا بد من احتواء خطة العلاج على أفضل التقنيات العلاجية لمعالجة مشاكل الطفل، ويجب أن يبقى المعالج المختص مرناً طوال فترة العلاج، وأن يتم تحديث صياغة الحالة وبالتالي خطة العلاج عندما يتم اكتشاف معلومات جديدة ونتيجة تجربة تنفيذ كل تقنية علاجية محددة مع الطفل، وكذلك عند تقدم الطفل بالعلاج (Lyneham, 2014).

بعد تقديم صياغة الحالة وخطة العلاج للطفل وأهله، يتم بدء العمل بوضع أهداف العلاج Setting Treatment Goals، ومن الأفضل أن يتم صياغة الأهداف بطريقة إيجابية،

أي التعبير عما سيقوم به الطفل وأهله بدلاً مما لن يقوموا به. وعملية وضع أهداف العلاج عمليةً مشتركة بين المعالج والطفل والأهل. ويجب على المعالج أن يتأكد من أن الأهداف واقعية من حيث ما يمكن تحقيقه فيما يتعلق بالأداء الحالي، وأنها قابلة للتحقيق ضمن الإطار الزمني المسموح به لخطة العلاج، وأنها ذات صلة بمشاكل الطفل الأساسية التي تم طلب العلاج من أجلها.

إنهاء العلاج

يجب أن يكون لدى المعالج المختص القدرة على التخطيط لإنهاء العلاج Termination of Therapy، وتعزيز المحافظة على اكتساب أهداف العلاج على المدى الطويل، وينبغي الاستعداد لإنهاء العلاج مع الطفل، بصرف النظر عن سبب إنهائه؛ فقد يكون سبباً مالياً، مثل: انتهاء عدد الجلسات المدفوعة من التأمين الطبي الخاص بالطفل، أو انتقال الطفل أو المعالج، أو بسبب تحقيق أهداف العلاج. ويجب على المعالج إذا أوشك العلاج على الانتهاء ألا يثير أي مخاوف لدى الطفل أو أهله حول إنهائه، ويجب معالجة أي معتقدات غير واقعية، أو توقعات بشأن قدرة الطفل أو الأهل على التكيف بشكل مستقل في المستقبل. وقد يرغب المعالج أيضاً عندما يسير العلاج نحو الانتهاء في النظر في فائدة تباعد الجلسات لتكون نصف شهرية أو شهرية؛ للسماح للطفل بتجربة الاستقلالية مع استمرار الدعم المقدم من المعالج.

وقد يرى بعض المعالجين أن الفائدة تكمن في جدولة جلسات تعزيز المناعة أو تعزيز الروح المعنوية Booster Sessions لعدة أشهر بعد الانتهاء من العلاج، التي من الممكن امتدادها من ستة أشهر إلى سنة تالية (Trull & Prinstein, 2013). وتستخدم هذه الجلسات التعزيزية لمراجعة تقدم الطفل والأسرة، واستكشاف أي مشكلات جديدة في هذه الفترة، وترسيخ الفوائد والمكتسبات التي تم تحقيقها.

المتابعة والوقاية من الانتكاسية

الاكتئاب المبكر هو اضطراب مزمن، ويعاني ٨٤٪ من أولئك الذين يعانون من الاكتئاب سواء أطفال أو مراهقين من نوبات الاكتئاب في مرحلة الرشد أيضاً، بالإضافة إلى ذلك فإن الاكتئاب في بداية مبكرة مرتبط بمجموعة واسعة من المشاكل الجسدية والنفسية في مرحلة الرشد، وينتج عنه ضعف الأداء في مجالات

متعددة (Abela & Hankin, 2008).

إن التعرف المبكرّ والعلاج الفعّال للأطفال المصابين باضطراب الاكتئاب قد يقلل من تأثير الاكتئاب على مستوى أداء الأسرة والأداء الاجتماعي والأكاديمي للأطفال، وقد يقلل أيضاً من الانتحار وتعاطي المخدرات واستمرار الاضطرابات الاكتئابية في مرحلة البلوغ (Birmaher & Brent, 2007). وفي غياب العلاج، فإن الاكتئاب قد يؤثر على تنمية مهارات الطفل العاطفية والذهنية والاجتماعية، وقد يؤثر بشكل كبير على العلاقات الأسرية.

ويمكن تقسيم علاج الاكتئاب إلى ثلاث مراحل، كالآتي (Birmaher & Brent, 2007):

١. الحادة Acute

٢. الاستمرار Continuation

٣. الحفاظ Maintenance

والهدف الرئيس للمرحلة الحادة هو تحقيق الاستجابة وفي نهاية المطاف الشفاء من كامل الأعراض، ولا بد من استمرار العلاج لجميع الأطفال والمراهقين لتوطيد الاستجابة خلال المرحلة الحادة وتجنب الانتكاسات. وأخيراً يتم استخدام العلاج أثناء مرحلة الحفاظ لتجنب تكرار الاكتئاب لدى بعض الأطفال والمراهقين الذين كان لديهم اضطراب شديد ومتكرر ومزمن. ويتم اختيار العلاج المناسب لكل مرحلة بناءً على النظر في عدة عوامل، مثل: عمر الطفل أو المراهق، ومستوى التطور الذهني، وشدة الاكتئاب ونوعه، والإزمان، والأمراض المصاحبة، والتاريخ النفسي للأسرة، والبيئة الأسرية والاجتماعية، وتوقعات، والعلاج المفضّل للمريض والأسرة، وأي قضايا ثقافية أخرى. وينبغي لكل مرحلة من مراحل العلاج أن تشمل التثقيف النفسي للمريض والأهل، وأساليب الدعم، مثل: الاستماع النشط Active Listening، والانعكاس Reflection، واستعادة الأمل، وحل المشاكل، ومهارات التكيف، واستراتيجيات الحفاظ على المشاركة في العلاج، ومشاركة الأسرة والمدرسة.

المراجع

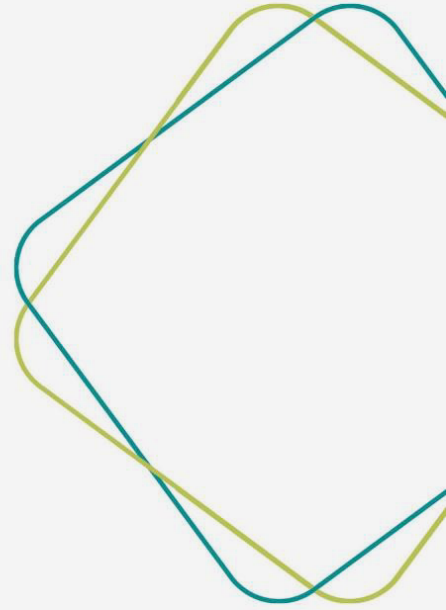
- Abela, J. R., & Hankin, B. L. (2008). Depression in Children and Adolescents: Causes, Treatment and Prevention. In J. R. Abela & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp. 3-5). New York: NY: The Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Asarnow, J. R., & Carlson, G. A. (1988). Childhood depression: Five-year outcome following combined cognitive-behavior therapy and pharmacotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 456.
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969-977.
- Birmaher, B., & Brent, D. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1503-1526.
- Bratton, S., Purswell, K., & Jayne, K. (2015). PlayTherapy: A Child-Centered Approach. In H. T. Prout & A. L. Fedewa (Eds.), *Counseling and Psychotherapy with Children and Adolescents: Theory and Practice for School and Clinical Settings* (pp. 91-113). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Bratton, S. C., Ray, D. C., Edwards, N. A., & Landreth, G. (2009). Child-centered play therapy (CCPT): Theory, research, and practice. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 8, 266-281.
- Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376-390.
- Brown, R. C., Parker, K.M., McLeod, B. D., & Southam-Gerow, M. A. (2014). Building a Positive Therapeutic Relationship with the Child or Adolescent and Parent. In E. Sbrulati, H. Lyneham, C. Schniering, & R. Rapee (Eds.), *Evidence-Based CBT for Anxiety and Depression in Children and Adolescents: A Competencies Based Approach* (pp. 81-96). West Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Cash, R. E., Valley-Gray, S., Worton, S., & Newman, A. (2017). Evidence-Based Interventions for Persistent Depressive Disorder in Children and Adolescents. In L. A. Theodore (Ed.), *Handbook of Evidence-Based Interventions for Children and Adolescents* (pp. 301-311). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Gilman, R., & Chard, K. (2015). Cognitive-Behavioral and Behavioral Approaches. In H. T. Prout & A. L. Fedewa (Eds.), *Counseling and Psychotherapy with Children and Adolescents: Theory and Practice for School and Clinical Settings* (pp. 115-153). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Ginsburg, G. S., & Schlossberg, M. C. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 14, 143-154.
- Hamill-Skoch, S., Hicks, P., & Prieto-Hicks, X. (2012). The use of cognitive behavioral therapy in the treatment of resistant depression in adolescents. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 3, 95-104.
- Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J. B., Fields, S., Crisp, H., Gudmundsen, G., & McMakin, D. (2008). Relationship processes in youth psychotherapy: Measuring alliance, alliance-building behaviors, and client involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16, 15-28.
- Kendall, P. C., & Choudhury, M. S. (2003). Children and adolescents in Cognitive-Behavioral therapy: Some past efforts and current advances, and the challenges in our future. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 89-104.
- Kennard, B. D., Ginsburg, G. S., Feeny, N. C., Sweeney, M., & Zagurski, R. (2005). Implementation challenges to TADS cognitive-behavioral therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 230-239.
- Kernberg, P. F., Ritvo, R., & Keable, H. (2012). Practice Parameter for Psychodynamic Psychotherapy with Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 541-557.
- Landreth, G. (2012). *Play therapy: The art of the relationship* (3rd ed.). New York, NY: Routledge.

- Lyneham, H. J. (2014). Case Formulation and Treatment Planning for Anxiety and Depression in Children and Adolescents. In E. Sbrulati, H. Lyneham, C. Schniering, & R. Rapee (Eds.), *Evidence-Based CBT for Anxiety and Depression in Children and Adolescents: A Competencies Based Approach* (pp. 132-144). West Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Martinez, W., Zychinski, K., & Polo, A. J. (2012). Depressive Disorders in Children and Adolescents. In P. Sturmey & M. Hersen (Eds.), *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology* (pp. 521-544). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Merrell, K. W., & Isava, D. M., (2004). Depression in Children and Adolescents. In T. S. Atson & C. H. Skinner (Eds.), *Encyclopedia of School Psychology* (pp. 87-89). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Midgley, N., & Kennedy, E. (2011). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A critical review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy, 37*, 232-260.
- Midgley, N., O'Keeffe, S., French, L., & Kennedy, E. (2017). Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: An updated narrative review of the evidence base. *Journal of Child Psychotherapy, 43*, 307.
- Minde, K., Roy, J., Bezonsky, R., & Hashemi, A. (2010). The effectiveness of CBT in 3-7 year old anxious children: Preliminary data. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 19*, 109.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 233-243.
- Shirk, S. R. (1998). Interpersonal schemata in child psychotherapy: A cognitive-interpersonal perspective. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*, 4-16.
- Stark, K. D., Reynolds, W. M., & Kaslow, N. J. (1987). A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15*, 91-113.
- Stark, K.D., Wang, L. A., & Banneyer, K. N. (2017). Evidence-Based Interventions for Major Depressive Disorder in Children and Adolescents. In L. A. Theodore (Ed.), *Handbook of Evidence-Based Interventions for Children and Adolescents* (pp. 289-300). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Trull, T. J., & Prinstein, M. J. (2013). *Clinical Psychology* (8th ed.). Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Pilowsky, D. J., Hughes, C.W., Garber, J., Malloy, E., King, C., Cerda, G., Sood, A. B., Alpert, J. E., Trivedi, M. H., Fava, M., Rush, A. J., Wisniewski, S., Weissman, M.M. (2011). Children of Depressed Mothers 1 Year After Remission of Maternal Depression: Findings from the STAR*D-Child Study. *The American Journal of Psychiatry, 168*, 593-602.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Piacentini, J. C., & Sigman, M. (2009). One-year follow-up of family versus child CBT for anxiety disorders: Exploring the roles of child age and parental intrusiveness. *Child Psychiatry and Human Development, 40*, 301-316.
- World Health Organization. (2017). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

الفصل الثالث:

العلاج النفسي
لاضطراب ضغط
ما بعد الصدمة
لدى الأطفال

د. نرجس عبدالفتاح بو سعيد
أ. حصة بنت مسفر الغامدي



تمهيد

يتعرض الأطفال والمراهقون لأحداث حياتية صعبة وصادمة، قد تسبب لهم ضغوطاً نفسية وتؤدي إلى سوء تكيفهم مما ينعكس على تحصيلهم الدراسي وسلوكهم الاجتماعي وعلاقاتهم مع الآخرين. إن اضطراب ضغط ما بعد الصدمة هو أحد اضطرابات القلق والذي يتطور نتيجة التعرض لضغوط صدمي شديد يستحث الشعور بالخوف (Taylor, Bagby, & Parker, 1997). كما أن هذا الاضطراب إنما هو أحد العواقب الشائعة للأحداث الصدمية مثل الاعتداء البدني أو الجنسي، وتصاحبه مجموعة من الأعراض المعينة التي تعقب الحدث أو الخبرة المسببة للضغط، وهو ما اصطلح على تسميته بالصدمة التي تكون خارج حدود الخبرة الإنسانية المعتادة (Dunmore, Clark, & Ehlers, 2001).

نسب إنتشاره وحدثه

تقدر نسبة الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لحادث صادم في حياتهم بحوالي ٦٢٪ (McLean, Rosenbach, Capaldi, & Foa, 2013)، ولكن من المهم أن نتذكر أنه ليس كل من تعرض للأحداث الصادمة يؤدي إلى اضطراب ضغط ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder. معدل انتشار اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال والمراهقين تتراوح من ٥٪ إلى ١٦٪ (Alisic et al, 2014). معدلات الانتشار الحالية للإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة أعلى بالنسبة للفتيات منها لدى الأولاد؛ ٨٪ مقابل ٣،٢٪ (Merikangas et al., 2010).

التصنيفات

يورد تصنيف منظمة الصحة العالمية الخاصة بالاضطرابات العقلية والسلوكية World Health Organization (1992) اضطراب ضغط ما بعد الصدمة ضمن الفئة الخاصة بالعصاب والاضطرابات ذات العلاقة بالضغوط الجسمية المظهر ويضعه ضمن الفئة الفرعية الخاصة بردود الفعل نحو الضغط الحاد واضطرابات التكيف. ويورده الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (American Psychiatric Association, 1994) ضمن المحور الخاص باضطرابات القلق والتي تضم اضطرابات أخرى مثل (الخوف المرضي -الفزع- اضطراب الوسواس القهري. ويرد هذا الاضطراب في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية- الإصدار

الخامس (American Psychiatric Association, 2013) ضمن محور الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد. ويُلاحظ التأكيد الكبير على الأعراض السلوكية لهذا الاضطراب فالتشخيص يتضمن أربعة مجموعات من الأعراض، هي: ازدياد التنبه الفيزيولوجي، وجود أعراض مقتحمة مرتبطة بالحدث الصادم، تجنب ثابت للمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم مع تغيرات مستمرة سلبية في المزاج والأفكار والتي تدوم أكثر من شهر.

أعراض الاضطراب

يشير مصطلح ضغط ما بعد الصدمة إلى ظهور مجموعة من الأعراض النفسية المرضية بعد التعرض للمواقف الصادمة والمهددة للفرد والتي تنطوي على ثلاثة أعراض أساسية:

أعراض إعادة اختبار الأحداث الصادمة Re-Experiencing the Trauma Events: والتي تشير إلى استمرار الفرد في معايشة أحداث الحدث الصادم من خلال التخيلات والأحلام والكوابيس وقد تظهر هذه الأعراض لدى الأطفال من خلال الميل إلى ممارسة نشاطات أو ألعاب ترتبط بأحداث الصدمة.

أعراض الإثارة الانفعالية الزائدة Hyper Arousal: وتتمثل بالحساسية الزائدة من المثيرات البيئية والاستجابة المبالغ لها والانزعاج من المثيرات الصوتية المرتفعة والمفاجئة وكذلك الحال للمثيرات البصرية والحسية.

أعراض التجنب Avoidance Reactions: وتشتمل على ميل الفرد لتجنب المثيرات المرتبطة بالخبرة الصادمة أو المهددة كالأشخاص والأماكن أو المواقف وغيرها من المثيرات (APA, 1994; WHO, 2011).

وقد لا نجد عملية استعادة الحدث لدى الأطفال بالشكل المألوف لدى الكبار وإنما نجد عملية تمثيل الحدث أثناء اللعب، أو نجد أحلاماً مفزعة لا يستطيع الطفل ذكر محتواها (النابلسي، ١٩٩٨). فبجانب الأعراض الأساسية، هناك أعراض أخرى واضحة لدى الأطفال والمراهقين تتمثل في: صعوبة التركيز والقيام بالأعمال الاعتيادية، ردات فعل عاطفية إنفعالية وجسمية مبالغ فيها عندما يتذكر الحدث، كوابيس ليلية، عدم الرغبة في القيام بأي عمل، الانطواء وعدم مشاركة الأطفال الآخرين، الشعور الدائم بالخوف والتبول اللاإرادي (نعمان، ٢٠٠٩). هذا بالإضافة إلى بعض الأعراض الخاصة باستجابة الأطفال للأحداث الصادمة ومنها: زيادة سلوك

التعلق بالإخوة والوالدين أو ظهور أعراض قلق الانفصال (Dyregrov, 2003).

المسببات

هناك العديد من النماذج النظرية التي حاولت تفسير هذا الاضطراب فقد افترض التوجه الحياتي البيولوجي أن هناك عوامل وراثية تؤدي إلى حدوث اضطراب ضغط ما بعد الصدمة ولقد تم التحقق من الافتراض بإجراء دراسات متعددة على التوائم (صالح، ٢٠٠٢). وقام يعقوب (١٩٩٩) بالاستدلال مما توصل له باحثون أمثال فان دير كولك (van der Kolk, 1989) الذين حاولوا الربط بين فترة ما بعد الصدمة وعمل الدماغ وما يطرأ عليه من تبديلات كيميائية وفسولوجية ووظيفية، ولحظوا أن هذا الاضطراب يظهر على الشكل التالي: ارتفاع في نسبة الكاتيكولامين Catecholamine في الدم، ارتفاع نسبة الأسيتيلكولين Acetylcholine، انخفاض نسبة النورابنفرين Norapinephrine، وانخفاض في نسبة السيروتونين Serotonin والدوبامين dopamine في الدماغ. وترى المدرسة السلوكية (Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, & Walsh 1992) أن الحدث الصادم هو بمثابة منبه غير مشروط يظهر الخوف والقلق والاستجابة اللاشروطية، ويصبح المنبه غير الطبيعي خبرة إذا ما اقترنت بالحدث الصادم، مثل سيارات الإسعاف أو الدخان الكثيف وغيرها من المثيرات منبهاً مشروطاً (Eysenck & Keane, 2000).

وسائل الوقاية

أفضل نهج للوقاية من اضطراب ضغط ما بعد الصدمة هو الوقاية من حدوث أي صدمة، ولكن بمجرد حدوث الصدمة يكون التدخل المبكر أمراً أساسياً. كما يمثل دعم الوالدين والمدرسة والأقران عاملاً مهماً في عملية التدخل المبكر، وينبغي التركيز على إيجاد الشعور بالأمان. ويُعد العلاج النفسي مفيداً - للفرد أو المجموعة أو الأسرة- حيث يسمح للطفل بالكلام أو الرسم أو اللعب أو الكتابة عن الحدث، وقد تساعد تقنيات تعديل السلوك والعلاج الذهني على التقليل من المخاوف والقلق. كما قد تكون التدخلات الدوائية مفيدة في علاج العديد من أعراض هذا الاضطراب مثل التهيج أو القلق أو الاكتئاب. ودائماً ما يكون للأطباء النفسيين المختصين بالأطفال والمراهقين دور فعال في تشخيص وعلاج الأطفال المصابين باضطرابات ما بعد الصدمة (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2017).

طرق العلاج

العلاج النفسي القائم على البراهين

تم تصميم هذه العلاجات لخدمة العديد من الأطفال الذين تأثروا بمجموعة واسعة من التجارب المؤلمة (الأطفال ضحايا حوادث السيارات، والذين عانوا من الحروب...) قد يستفيد جميعهم من التدخلات الرامية إلى التخفيف من أعراض الصدمات. العلاجات القائمة على البراهين هي التدخلات التي أثبتت فعاليتها من خلال الدراسات البحثية (Grayson et al., 2012).

العلاج الذهني السلوكي المركز على الصدمة

خلصت البحوث الحديثة إلى أن نموذج العلاج الذهني السلوكي المركز على الصدمة Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy يتفوق على العلاجات غير الموجهة Non-Directive Therapies، والعلاجات التي تركز على الطفل، والعلاج المجتمعي. حيث يتفوق العلاج الذهني السلوكي المركز على الصدمة من حيث تحسين أعراض اضطرابات ضغط ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والكفاءة الاجتماعية، والمشكلات السلوكية، والمخاوف، ومعارف السلامة الجنسية في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ثلاث سنوات إلى سبع عشرة سنة الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي. العلاج الذهني السلوكي المركز على الصدمة متفوق على العلاج المجتمعي المعتاد في تحسين اضطراب ما بعد الصدمة وأعراض أخرى في الأطفال المصابين بصدمات متعددة .Multi-Traumatized Children

وكذلك أثبت هذا النموذج العلاجي فعاليته في تحسن أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة المتعلقة بالعنف المنزلي. كما أثبت النموذج فعاليته في تحسين أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة لدى الأطفال بعد الكوارث المجتمعية والهجمات الإرهابية وفي تحسين أعراض الصدمات الأليمة التي يعاني منها الأطفال. وغالباً ما يتم العلاج النفسي في العيادة، ولكنه قد يُنفذ أيضاً في المنازل والمدارس والمستشفيات الحكومية ومراكز العلاج السكنية. ويُقدم العلاج في العيادات كعلاج قصير المدى وتظهر نتائجه بين اثني عشر إلى ستة عشر أسبوعاً. وقد يتطلب العلاج في أوضاع أخرى تدخل مدة أطول زمنياً (Cohen et al., 2010)، (للاطلاع أكثر انظر: Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2012).

العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل

يُعلم العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل Parent-Child Interaction Therapy الوالدين أو مقدمي الرعاية كيفية الانخراط في عملية التفاعل الإيجابي مع الأطفال، وكيفية تطبيق الثناء المشروط، وكيفية تجنب السلوكيات الوالدية القسرية أو السلبية، وكيفية تطبيق استراتيجيات التأديب السلوكي المتسق المعتمد على الوقت المستقطع Time-Out. ويتضمن العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل مرحلتين متتاليتين ويتطلب في المتوسط ١٥ جلسة أسبوعية في العيادات الخارجية. وتتبلور أهداف المرحلة الأولى وهي "التفاعل المباشر مع الطفل" في تحسين جودة العلاقة بين الوالدين والطفل، وتقوية قدرة الوالدين على استحضار وتعزيز السلوك الإيجابي للطفل. وفي المرحلة الثانية من العلاج وهي "التفاعل المباشر للوالدين" يتعلم الوالدان إصدار تعليمات فعالة واتباعها من خلال متابعة النتائج المتسقة، بما في ذلك الثناء على الإمتثال وتطبيق إجراءات عدم الإمتثال من خلال ما يُعرف بالوقت المستقطع Time-Out. ويُعد التدريب على المهارات المباشرة أسلوب التدخل الأساسي في كلتا مرحلتي العلاج. وعادةً ما يتفاعل الوالدان مع الطفل في غرفة العلاج بينما يراقبهم المعالج من غرفة المراقبة والتواصل معهم باستخدام ميكروفون لاسلكي (Grayson et al., 2012)، (للاطلاع أكثر انظر: McNeil & Hembree-Kigin, 2010).

علاج ضغط الصدمة للطفل والأسرة

صُمم علاج ضغط الصدمة للطفل والأسرة Child and Family Traumatic Stress Intervention من قبل بيركوفيتش Berkowitz ومارانز Marans في مركز الصدمات العنيفة في الطفولة Childhood Violent Trauma Center بمركز دراسات الطفل في جامعة بيل في الولايات المتحدة (انظر: Epstein, Hahn, Berkowitz, & Marans, 2017). ويمثل هذا العلاج والأسرة نموذجاً للتدخل المبكر والوقاية الثانوية التي يتم تنفيذها فوراً بعد الصدمة المحتملة للكشف عن الإيذاء البدني أو الجنسي. ويهدف هذا النوع من التدخل العلاجي إلى الحد من ردود الفعل المبكرة لما بعد الصدمة، وذلك من أجل تقليل احتمال إصابة الطفل باضطرابات نفسية طويلة المدى تالية للصدمة، وكذلك من أجل تحديد الأطفال الذين قد يحتاجون إلى رعاية نفسية لفترة أطول (Grayson et al., 2012).

العلاج النفسي للطفل والوالدين

العلاج النفسي للطفل والوالدين Child-Parent Psychotherapy من العلاجات المدعومة بالإدلة (انظر: Lieberman, Gosh Ippen, & Van Horn, 2015)، ويُستخدم هذا العلاج مع الأطفال من عمر الولادة حتى سن الخامسة ممن عانوا من حدث صادم واحد على الأقل، ونتيجة لذلك يعانون من مشاكل سلوكية أو نفسية تتضمن اضطراب ضغط ما بعد الصدمة. ويكمن الهدف الرئيسي من العلاج النفسي للطفل والوالدين في دعم وتقوية العلاقة بين الطفل والديه (أو مقدم الرعاية) كوسيلة لاستعادة إحساس الطفل بالأمان والترابط والشعور المناسب وتحسين أداء الطفل الذهني والسلوكي والاجتماعي (Grayson et al., 2012).

التقييم

المقابلات: تعتبر المقابلة العيادية أم التقنيات، إنها ضرورية لإجراء التشخيص الصحيح والعلاج الملائم والتقييم، إذ أنها عبارة عن علاقة مهنية تجمع بين الممارس العيادي والمفحوص، في مكان معد خصيصاً لممارسة الفحص النفسي، وتهدف المقابلة إلى قيام الممارس العيادي بمساعدة المفحوص للتوصل إلى الراحة والتخفيف أو القضاء على المشاكل والاضطرابات التي يعانيها (بنجهام، ١٩٦١). وعادةً ما تتم المقابلات التشخيصية بحضور الأم أو فردية، والهدف هو جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات حول الطفل والاضطراب، أما المقابلات التقييمية تهدف إلى اختبار مدى فعالية العلاج النفسي المطبق وتتم بشكل فردي ثم بحضور الأم بهدف تقييم العلاج النفسي المستخدم.

مقاييس التقدير

قائمة اضطراب ضغط ما بعد الصدمة للأطفال Children's PTSD Inventory: تستخدم هذه القائمة من قبل المختصين مع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٦ سنوات إلى ١٨ سنة. وهي في حقيقتها مقابلة منظمة تعتمد في بنيتها على معايير تشخيص اضطرابات ضغط ما بعد الصدمة في دليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (الإصدار الرابع). وفيها يُسأل الطفل إذا تعرض لموقف مخيف، وهل شعر بالضيق عند وقوع الحادث، وهل شعر أن بإمكانه فعل شيئاً لمنعه من الحدوث، وغير

ذلك. ومتى كان هناك حادث ما يفي بمعايير الفحص، فيتم تقييم الأعراض بالإشارة إلى هذا الحدث، بما في ذلك أحد عشر عاملاً يتعلق بأعراض إعادة الخبرة، وستة عشر عاملاً يتعلق بالتجنب والخدر، وسبعة عوامل تتعلق بالاستثارة. كما تتضمن أسئلة تتعلق بمدى أعراض وتطوي الأداة على الدرجات الفئوية والبعدية من أجل الإشارة إلى وجود تشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وحدته. فضلاً عن تحقق الدرجات على خمسة مقاييس فرعية (الفعالية الظرفية، إعادة الخبرة، التجنب، الخدر، الاستثارة المفرطة، العجز الجسيم). وتستخدم هذه الأداة عيادياً وللأغراض البحثية (Saigh, 2004).

أدوات التقرير الذاتي

مقياس أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة للطفل Child PTSD Symptom Scale: يتكون المقياس من أربعة وعشرين بنداً لتقييم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وحدتها لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ثمان إلى ثمان عشرة سنة. وتتوافق سبعة عشر بنداً من بنود المقياس مع معايير الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية (الإصدار الرابع). وفي الجزء الأول من المقياس يطلب من المفحوص اختيار الرقم الذي يصف بشكل دقيق عدد المرات التي انزعج فيها خلال الأسبوعين السابقين، وتدرج الإجابات على المقياس بين (1) إطلاقاً = (مرة واحدة في الأسبوع أو أقل)، و(2) نصف الوقت = (مرتين إلى أربع مرات في الأسبوع)، و(3) = دائماً تقريباً (خمس مرات أو أكثر أيام الأسبوع). ويتضمن الجزء الثاني 7 بنود للعجز الوظيفي أو مقدار المشاكل التي وردت في الجزء الأول أو التي تداخلت مع مجالات محددة من الحياة. وتتراوح درجات حدة الأعراض ما بين صفر إلى واحد وخمسين، في حين تتراوح درجات حدة العجز الوظيفي ما بين صفر إلى سبعة (Foa, Johnson, Feeny, & Treadwell, 2001).

تقرير الطفل لأعراض ما بعد الصدمة Child Report of Post-Traumatic Symptoms: هو تقرير ذاتي مخصص للأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ست عشرة إلى ثمان عشرة سنة، ويتكون من خمسة وعشرين بنداً تتقصى أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة على مدار سبعة أيام ماضية. ويجب قراءة المقياس للأطفال الأصغر سناً. ويتكون تقرير الآباء لأعراض ما بعد الصدمة Parent Report of Posttraumatic Symptoms هو من ثلاثين بنداً تتقصى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى أطفالهم

خلال السبعة أيام الماضية. ويمكن تطبيق كلا الأداتين كتابياً أو لفظياً (في شكل مقابلة أو عبر الهاتف). وتستغرق التطبيق حوالي خمس دقائق لإتمام كل قياس على حدة. ومتى تم تطبيق تقرير الآباء لأعراض ما بعد الصدمة على فترات زمنية متعددة، فإنه يجب أن يكون المستجيب هو نفس الفرد في كل مرة. وتكون صيغة الاستجابة لصيغة الأطفال أو الآباء على أساس مقياس من ثلاث نقاط (صفر = لا يوجد، ١ = أحياناً، ٢ = كثيراً). ويستغرق استخراج الدرجات حوالي دقيقة واحدة. ويتم حساب الدرجة الكلية عن طريق جمع الاجابات على جميع البنود حيث تعبر الدرجة المرتفعة عن شدة الأعراض (Greenwald & Rubin, 1999).

معايير التشخيص

يتم تشخيص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة على أساس الأعراض وإجراء التقييم العيادي، ولكي يتم تشخيصه فإنه يجب أن يستوفي الشخص المعايير المذكورة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس.

صياغة الحالة: تعتمد النماذج الذهنية السلوكية على عدة افتراضات مشتركة:

أولها النماذج النمطية التي تفترض أن اضطرابات ضغط ما بعد الصدمة تمثل نوعاً من أنواع اضطرابات القلق. ووفقاً إلى تلك النماذج، فإن القلق والخوف يتألفان من خصائص معرفية (مثل الأفكار المخيفة)، وسلوكية (مثلاً السلوكيات التجنبية)، وفسولوجية (مثل الاستثارة اللاإرادية). فكل عامل منهم يؤثر في العاملين الآخرين. فمثلاً، سوزان ترهب المرتفعات، فهي عندما تبدأ في تسلق السلم لتغيير مصباح في ثريا متدلية من السقف، تراودها أفكار مخيفة (مثل "إن تسلق السلم أمر خطير؛ فقد أهوي وتنكسر رقبتني)، ومثيرات فسيولوجية (مثلاً خفقان القلب، وسرعة التنفس، والارتجاف)، وسلوكيات تجنبية (مثلاً النزول من السلم بعد تسلق درجتين فقط والاستعانة بشخص آخر للقيام بالمهمة). وبالتالي فإن تغيير الأفكار المخيفة في موقف ما (مثلاً "لقد رأيت كارين تقوم بهذا الشيء مئات المرات بدون أي مشاكل؛ أو السلم قوي وثابت جداً؛ أو يمكنني القيام بذلك على الرغم من أنني أشعر بالرهبة") فذلك قد يساهم في تقليص السلوك التجنبي والاستثارة. فالاقتراب من شيء ما في موقف ما بدلاً من تجنبه قد يقلل شعور الفرد بالخطر (فبعد نجاح سوزان في تسلق السلم، تكتشف أن تسلق السلم كان أكثر أماناً مما كانت تتوقع أصلاً).

أما النموذج الثاني من النماذج الذهنية السلوكية يفترض أن الآليات المشاركة في تعزيز الخوف التكيفي تسهم أيضاً في زيادة الخوف غير التكيفي. فمن المسلم به أن البشر يولدون لا يخافون إلا مواقف قليلة (مثل: الضجيج والسقوط) (O'Leary & Wilson, 1987). ويفترض ممارسوا العلاج الذهني السلوكي أن جميع أنواع الخوف الأخرى -سواء التكيفية وغير التكيفية- يتم تعلمها حيث أن القلق يحفزنا على تجنب المواقف الخطيرة موضوعياً. فقد يمنعنا القلق من الذهاب للسباحة مع التماسيح ويحفزنا على الخروج من الماء عندما نرى التماسيح. وقد يُكتسب القلق من أشياء موضوعية غير خطيرة (مثلاً تجنب السباحة في حمام السباحة)، وقد لا يُكتسب في مواقف أخرى مماثلة.

العوامل السلوكية

تمثل نظرية العاملين Two Factor Theory لمورر (1947) Mowrer الأساس لتصور العلاج الذهني السلوكي لاضطرابات ما بعد الصدمة. حيث يفترض مورر أن نوعين من التعلم: "الإشراف الكلاسيكي" و"الإشراف الاجرائي"، يشتركان في تطور الخوف. كما أشار إلى أن القلق قد ينشأ في البداية عن طريق الإشراف الكلاسيكي، وذلك عند إقران مثير محايد بمثير محفز للخوف. وهذا أقرب إلى تجربة بافلوف على الكلاب، حينما اكتشف أن كلابه يسيل لعابها بمجرد سماعها نغمة معينة عند تقديم الطعام لها. وكذلك قد يكون هناك حافظ محايد معين مثيراً للخوف، مثل عصا البيسبول، بعد التعرض لموقف ما يثير الخوف، مثل التعرض للضرب بعضا بعد التعرض للسرقة.

وتشير قوانين الإشراف الكلاسيكي إلى أن استجابات الخوف الشرطية تتلاشى بمرور الوقت (انطفاء Extinguish إذا لم يمثل الشيء المثير للخوف خطراً بالفعل -مثل كلاب بافلوف التي لا يسيل لعابها عندما تسمع نغمة معينة دون تقديم الطعام- والحقيقة أن العديد من المخاوف "غير المبررة" من الأشياء أو المواقف التي لا تمثل خطراً لا تزال قائمة بالفعل، وقد استنتج مورر أن هناك عاملاً آخر، ألا وهو الإشراف الاجرائي، قد يكون مسؤولاً عن إدامة الخوف. ويعبر الإشراف الاجرائي عن التعلم القائم على النتيجة التي تتبع سلوكاً معيناً. إن السلوك الذي يولد نتيجة إيجابية - أي "تعزيز" - يحدث مراراً وتكراراً ويتزايد، بينما السلوك الذي يولد نتيجة سلبية - أي "عقاب" - لا يتكرر. وقد رأى مورر أن سلوك الهرب يعززه انخفاض سريع في الخوف عندما يبتعد الشخص عن الشيء أو الموقف المخيف، وهكذا، فإنه يحدث مراراً

وتكراراً وبتزايد. واقترح أيضاً أن يستمر الخوف مع مرور الوقت لأن سلوك الهروب والتجنب لا يزال مستمراً ويمنع تلاشيه. مجمل القول أن الخوف يكتسب في البداية بالإشراف الكلاسيكي ويترسخ بالإشراف الإجرائي. فعلى سبيل المثال، كان جيمس يهلع من الكلاب الضخمة بعد ما تعرض للعض من كلب اللابرادور. وبعد ذلك الحادث اكتشف جيمس أن قلقه يخف بسرعة عندما يهرب لأن صاحب الكلب أخذ كلبه بعيداً، أو لأن جيمس لاذ بالفرار. تم تعزيز سلوك هروبه وبالتالي زاد. كان جيمس يذهب للجهة المعاكسة كلما رأى كلباً قادماً نحوه في الشارع. واقتصرت تحركاته داخل منزله خوفاً من مواجهة الكلاب. ووفقاً لنظرية مورر، فإن سلوك التجنب والهروب حال دون تلاشي قلق جيمس بشكل طبيعي، من خلال قصر الوقت الذي يقضيه جيمس مع الكلاب دون أن يتعرض للأذى. وهكذا لم يستطع جيمس معرفة أن قلقه من معظم الكلاب لم يكن ضرورياً، إذ أن وجود الكلب لا يعني بالضرورة التعرض للعض. وتطبق نظرية مورر مباشرة على المصابين باضطرابات ما بعد الصدمة، الذين بعد ما تعرضوا لحادث أليم يتجنبون مواقف أو أشياء مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالحدث، وكذلك يساروهم قلق شديد -مثل جيمس- إذا أجبروا على التعرض لتلك المواقف أو الأشياء. وبالإضافة، يحاول العديد من الناجين من الصدمات منع ذكريات الصدمة، التي قد تؤدي إلى تأثير مماثل للتأثير السلوكي التجنبي على مشيرات الحياة الحقيقية (Keane, Fairbank, Caddel, Zimering, & Bender, 1985).

وبعبارة أخرى، قد يفشل الناجون من الصدمات في إخماد المخاوف الشرطية لأنهم يتجنبون ذكريات الصدمة سلوكياً وذهنياً على حد سواء. على سبيل المثال، تعرضت ساندرنا للضرب بعصا بيسبول أثناء تعرضها للسرقة، تعاملت مع مخاوفها من العصا وذكريات التجربة الأليمة من خلال تجنب كرة البيسبول -أي: تجنب العصا- وهكذا عجزت ساندرنا عن معرفة أن العصا أو ذكريات الحادث لا يمكن أن تؤذيها. وكما هو موضح في النموذج المرفق، يقول كين وبارلو (Keane and Barlow, 2002) إن كلاً من العوامل الوراثية والنفسية يمكن أن تهيئ الفرد لتطوير اضطراب ما بعد الصدمة بعد وقوع حادث مؤلم. ويشير مفهوم "قابلية الإصابة البيولوجية المعممة" إلى القابلية الوراثية للإصابة بأي مرض نفسي بعد الحدث المؤلم (Barlow, 2002). وتمثل تجارب الحياة المبكرة مشكلة في قابلية الإصابة النفسية المعممة. وهناك عوامل أخرى، مثل طبيعة الصدمة والتجارب المؤلمة المتكررة، يمكن أيضاً أن تزيد من خطر تطور اضطراب ما بعد الصدمة من خلال زيادة القابلية النفسية (Keane & Barlow, 2002). وبالانتقال إلى

النموذج، نرى أنه خلال الحدث الصادم فإن الناجين من الصدمات يتعرضون "للإنذار حقيقي" له أساس تطوري (Barlow, 2002). وتشكل الإنذارات الحقيقية استجابات مخيفة على المواقف الخطرة فعلياً. وظيفة التكيف للإنذار الحقيقي هو تعزيز فكرة البقاء على قيد الحياة بتفعيل استجابة سريعة للتهديد البدني. فبنفس سرعة وصول رجال الإطفاء إلى الحادث استجابة لإنذار بوجود حريق حقيقي، فإن الإنذارات الحقيقية تشحذ مواردنا الجسدية والذهنية نحو الاستجابة للمواقف التي تشكل تهديداً. وعلى الرغم من أن معظمنا لن يواجه حيوانات خطيرة مثل الأسود، ففي وقتنا الحاضر يمكن تحقيق الإنذارات الحقيقية استجابة للتهديدات الحالية الناجمة عن الانفجارات وحوادث السيارات والكوارث الطبيعية والأشخاص الخطيرين. وعادة ما يشار إلى شحذ الموارد أثناء الإنذار الحقيقي إلى استجابة "المواجهة-الفرار"، على الرغم من أن الاسم الأكثر دقة هو استجابة "الفرار-المواجهة الجامدة" (Beck, Emery, & Greenberg, 1985).

إن ردة فعلنا الطبيعية للمواقف الخطرة تكون بالفرار إذا كان ذلك ممكناً، فإن لم يكن ممكناً، فإننا نميل إلى الدفاع عن النفس. وإذا تم استبعاد الخيارين - كما هو الحال في كثير من الأحيان من حالات الاعتداء الجنسي وأنواع أخرى من الصدمات- سنتجه نحو استجابة بديلة، وهي تشبه الاستجابة الجامدة، مثل جمود الغزلان في الغابة حتى لا تراها الحيوانات المفترسة. وكما نلتفت انتباه المرضى دائماً، أنهم إذا تعرضوا للمواجهة مع أسد فلن تكون هناك فرصة لهدنة لفترة قصيرة مثلاً. وهكذا فإن الجزء الوجداني في الجهاز العصبي اللاإرادي، هو المسؤول إلى حد كبير عن استجابة المواجهة-الفرار، مرتبط بإحكام لتمكين التحضير الفوري لمجهود بدني مكثف. فعندما يكشف الدماغ التهديد، فإنه يوجه الجسم لإطلاق الأدرينالين، الذي ينتج على الفور تغييرات لإرادية في الوظائف البدنية، التي تمكن أنشطة البقاء على قيد الحياة على المدى القصير. هناك العديد من الانفعالات التي يظهرها الأشخاص الذين خاضوا تجربة المواجهة-الفرار، مثل جفاف الفم أو الغثيان، وهناك أعراض أخرى، مثل الدوخة، التي يعتقد أنها ذات آثار ثانوية ناجمة عن غياب المجهود البدني. وبعبارة أخرى، في المواقف التي لا تتطوي على وجود أسد، فلن تكون هناك مواجهة-فرار. وهذا ينتج سلسلة من الآثار الثانوية (مثلاً، نتائج الدم مفرطة الأكسدة من انقباض الأوعية الدموية في الدماغ) التي تؤدي إلى أعراض أخرى -كالشعور بالدوار-. ويشير كين وبارلو (Keane and Barlow (2002) إلى أنه أثناء الحدث الألم، يقرن المرء بين مجموعة متنوعة من المثيرات -كما في حالة إليزابيث، ساعة الحائط- تكون مصحوبة

بتجربة "الإندازر الحقيقي"، ومن ثم تولد إنذاراً مكتسباً عن طريق الإشارات التقليدي. فالإنذارات المكتسبة تستثار تبعاً بفعل المواقف التي تتطوي على خواص تجربة مؤلمة أو تشبهها، كما أنها تستثار بفعل المواقف التي ترمز إلى الحدث، كالذكريات والمناسبات. إن الإنذارات المكتسبة تولد نفس الاستجابة في الإنذار الحقيقي، ولكنها تختلف بسبب عدم وجود خطر فعلي (North, Smith, McCool, & Lightcap, 1989; Riggs,). (Rothbaum, & Foa, 1995; Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, & Walsh, 1992).

ومع ذلك فإن هذه الإنذارات المكتسبة الناشئة بعد الصدمة المبكرة عادة ما تتلاشى بمرور الوقت. ولأن الحوادث الأليمة والمخاوف تستحث الانفعالات المكثفة مثل الشعور بالعار وبالذنب، فقد تنشأ آثار هذه الانفعالات بفعل نفس المثيرات التي تولد الإنذارات المكتسبة (Keane & Barlow, 2002). وفي بعض الحالات، قد تكون هذه الانفعالات هي التجربة المكتسبة الغالبة عندما يواجه المرء مثيرات تذكره بحدث أليم. ويصاب الناجون بالقلق -أي: "الخوف من القلق"- من مواجهة مثيرات واستجابات وجدانية مرتبطة بها. هذا القلق يستثير الناجين من الصدمات النفسية لتجنب المثيرات المرتبطة بالصدمة، وقد يسعون لتجنب انفعالاتهم عن طريق الخدر العاطفي.

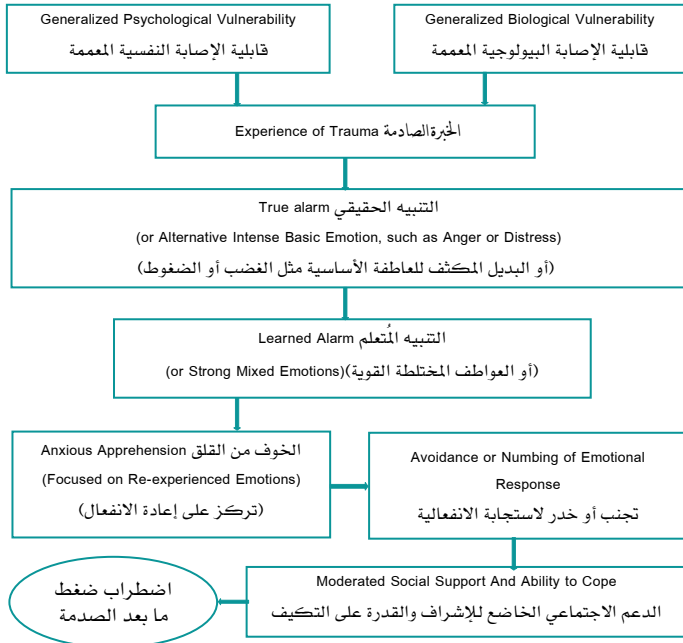


Figure 1: Keane and Barlow's (2002) Model of the Etiology of PTSD. From Keane and Barlow (2002, p.429). Copyright 2002 by The Guilford Press. Reprinted by Permission

العوامل الذهنية

العوامل الذهنية تم تطويرها في عدة نماذج (Chemtob, Roitblat, Hamada, Carlson, & Twentyman, 1988; Ehlers, & Clark, 2000; Foa et al., 1989; Resick & Schnicke, 1992) وعلى الرغم من أن هناك اختلافات بين هذه النماذج، فجميعها تشير بوجه عام إلى الحاجة لتقليل السلوكيات التجنبية بطريقة منهجية وكذلك استيعاب الأحداث المؤلمة حتى يمكن فهمها بطريقة واقعية. إن أدمغتنا تفضل فهم الأشياء منطقياً. ومن ثم بعد تعرض المرء للصدمة فإنه عادة ما يرغب في التفكير في الأشياء من خلال تنظيم وفهم ما حدث. وتشير النماذج الذهنية إلى أن الخوف المرص -نتيجة للأحداث المؤلمة - ينشأ عندما: (١) يبدأ المرء في تصنيف المثيرات الإيجابية بشكل غير صحيح باعتبارها خطرة بسبب الربط والتفسير الخاطئ، ثم (٢) يفشل المرء في تصحيح معلوماته. وهكذا اعتبرت إليزابيث أن الساعة شيء خطر ولم تستطع معرفة العكس؛ لأنها كانت تتجنب الساعات عندما كانت تتعرض لها. وفقاً للنماذج الذهنية، فالمعلومات المتصلة بالصدمة تكون منظمة في ذهن الشخص الناجي من الصدمة في "سلسلة من المخاوف" (Foa & Kozak, 1986; Foa et al., 1989; Lang, Levin, Miller, & Kozak, 1983). وبدورها تعمل سلسلة المخاوف على ربط تفاصيل محددة متعلقة بالحدث -بما في ذلك المثيرات والذكريات-، واستجابات الحدث؛ مثل السلوكيات والأفكار والأحاسيس، والمعاني/التفسيرات لهذا الحدث. وربما تُبلور سلسلة المخاوف أنظمتها لتستخدمها لتعزيز البقاء عندما نواجه خطراً محدقاً. ولكن عندما تربط سلسلة المخاوف بين المثيرات بشكل غير صحيح، فحينها يخشى المرء المواقف والأشياء الآمنة. فعلى سبيل المثال، تشير النماذج الإدراكية أنه عند ترميز تجربة قاسية وتخزينها كالتعرض للاغتصاب، فإن إليزابيث تقرن ساعات الحائط بالخطر، ومن ثم تستثير ساعات الحائط سلسلة المخاوف لديها، والتي يكتنفها تجربة وجدانية متمثلة في الخوف (بما في ذلك الاستثارة المفرطة) والتعرض للاغتصاب، فضلاً عن تطبيق تلك الانفعالات على المجتمع ككل -كأن تقول "جميع الرجال خطرون"- . كما خاضت إليزابيث تجربة الرغبة في تجنب الذكريات والمثيرات الفعلية (ساعات الحائط). وبالإضافة إلى ذلك، لأن الارتباطات التي تشكلت خلال المواقف الخطرة قوية بشكل خاص، تستثير ساعات الحائط سلسلة المخاوف بدلاً من التجارب السابقة الإيجابية مع ساعات الحائط. ولكن ساعات الحائط ليست في حد ذاتها خطيرة، كما أنها ليست إشارات دقيقة للخطر. إن

الاستنتاجات غير المتكيفة (مثلاً، أن ساعات الحائط تبنى بالخطر) تتولد عندما يتسبب الناجون من الصدمة في مقاطعة المعالجة قبل أن تتضمن المعلومات التصحيحية التي تسمح لهم باستخلاص استنتاجات أكثر نفعاً. وهناك شرطان ضروريان لإتمام المعالجة وللحد من المخاوف غير المفيدة (Foa et al., 1989)؛ أولهما أنه يجب استثارة سلسلة المخاوف؛ فالمرء يجب أن يخوض تجربة الخوف المُستثار بفعل الرموز والذكريات المؤلمة. وثانيهما أنه يجب أن تتاح المعلومات التصحيحية في ذات الوقت لتعزيز التعلم الجديد. على سبيل المثال، كانت إليزابيث تتجنب الخوف من ساعات الحائط ومثيرات الخطر الأخرى المرتبطة بالاغتصاب، مما منعها من استخلاص استنتاجات أكثر دقة حولها جميعاً. وللحد من خوفها من ساعات الحائط، كان عليها خوض تجربة الخوف الناجم عن رؤية ساعة الحائط، وعليها أن تدرك أنها آمنة. إن السلوكيات التجنبية تتداخل مع استثارة سلسلة المخاوف ودمج معلومات تصحيحية حول السلامة. وبإختصار، كان خوف إليزابيث من ساعات الحائط سيتلاشى إذا اكتشفت أن ساعات الحائط ليست دائماً مؤشراً على الخطر. إن الشعور بالعار الذي يعتري الناجي في بيئة اجتماعية غير داعمة للكشف عن تلك التجربة يمكن أن يؤدي إلى تزايد التفكير بشأن الحدث، مما يعطل عملية المعالجة. وهكذا قد تؤدي الاستجابات الانفعالية السلبية دوراً محورياً في ترسيخ اضطرابات ما بعد الصدمة وكذلك تكون سبباً في معاناة كبيرة تلحق بالصاب. ولذلك يجب الاهتمام بذلك في العلاج (Resick et al., 2002; Smucker et al., 2003).

رسم خطة العلاج

العلاج الذهني السلوكي المركز على الصدمة من الأساليب الفعالة في علاج القلق والاكتئاب الناجمة عن تعرض الأطفال للصدمة النفسية، وهو برنامج علاجي يستند على تطبيق مبدأ التعرض التدريجي للحوادث والمواقف الصادمة، باستخدام التطبيقات الذهنية والسلوكية في علاج الأعراض النفسية المرضية الناتجة عن تعرض الطفل للحوادث الصادمة ضمن الجو الآمن ويتكون نموذج من ثمانية مكونات والتي يرمز لها بالرمز (PPRACTICE) (انظر: Cohen et al., 2010; Zandberg, 2017).

وتمثل حروف هذا المختصر التعريفات التالية:

○ Psychoeducation - التثقيف النفسي: معلومات عن الصدمة وردود الفعل عليها.

- Parenting Skills - تعزيز مهارات الأبوة والأمومة: مثل إدارة السلوك.
- Relaxation Skills - مهارات وتمارين الاسترخاء: إدارة ردود الفعل الجسدية على الضغوط.
- Affective Modulation Skills - مهارات التشكيل الفعال: إدارة ردود الفعل العاطفية للصدمة.
- Cognitive Coping Skills - مهارات التكيف الذهني: فهم الصلات بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات.
- Trauma Narrative and Processing - سرد قصة الصدمة ومعالجتها: إعادة سرد قصة الصدمة وتصحيح التشوهات الذهنية المتصلة بها.
- In Vivo Mastery of Trauma Reminders - الإتقان الواقعي لتذكر الصدمة: التغلب على المخاوف المتصلة بالصدمة.
- Conjunction Child - Parent Session - جلسة مع الأهل.
- Enhancing Safety and Planning for the Future - تحسين السلامة والتخطيط للمستقبل.

التدخلات العلاجية

التثقيف النفسي

الهدف الرئيسي هو تطبيع كلاً من استجابة الطفل وأولياء الأمور للأحداث الصادمة، وتوفير المعلومة الصحيحة حول الصدمة. على سبيل المثال: في حالة الاعتداء الجنسي، المعالج يتبادل المعلومات حول تفاصيل الاعتداء، ولماذا العديد من الأطفال لا يقولون للآخرين عن سوء المعاملة، ويحاول تفكيك المفاهيم الخاطئة حول الصدمة التي قد يعاني منها الطفل، على سبيل المثال أن ذلك حدث بسبب شيء ما قاله الطفل أو فعله. بالإضافة إلى ذلك، يوفر المعالج المعلومات عن العاطفة وردود الفعل السلوكية للصدمة، مع التركيز على أن العلاج يساعد على تحسين هذه التفاعلات مع مرور الوقت. قراءة كتب وقصص ذات الصلة بصدمة محددة تفيد كثيراً، فهي تساعد في فتح المناقشة فيما يتعلق بمفهوم الصدمة النفسية وشفائها. يمكن قراءتها للطفل مع استخدام الدمى لرواية القصص (Smacker & Dancu, 1999).

مهارات الأبوة: تقدم عادة في الجلسات القليلة الأولى، وهي ذات أهمية خاصة للأطفال المعرضين للمشاكل السلوكية. فتعزيز مهارات الأبوة والأمومة تشمل استخدام الشاء، والانتباه الانتقائي، التعزيز السلوكي، جداول للحد من السلوكيات غير المرغوب فيها وزيادة السلوكيات المطلوبة. فالانتباه الانتقائي يقوم على فكرة أن الطفل يحاول جلب

انتباه الآباء بتصرفاته حتى إذا بشكل سلبي (مثل الصراخ). المعالج يعلم الآباء مكافأة السلوكيات الإيجابية بالاهتمام بها وتجاهل انتقائي لمعظم السلوكيات السلبية. يتم تدريب الآباء على ملاحظة السلوكيات الإيجابية والثناء عليها واستخدام ردود فعل محددة وليس غامضة (على سبيل المثال، "أحب كيف رتبت غرفتك عندما سألتك" مقابل "أنت فتاة جيدة"). هذه المرحلة تتم باستخدام مزيج من النقاش التعليمي مع دور لعب الأدوار، حيث أن المعالج يلعب دور الطفل والآباء يحاولون تطبيق المهارات الجديدة لاستخدامها. عندما يظهر الطفل سلوكاً سلبياً يطبق الوالدين "التجاهل المخطط" ويمكن أن يؤدي التجاهل المخطط له في البداية إلى تصعيد السلوكيات - التي تشير إلى "انفجار" - ولكن بعدم توفير الاهتمام للسلوكيات السلبية من المرجح أن تنتهي. ينصح بدقة من المهلة لكل سنة من العمر (أي 5 سنوات من العمر يجب أن تكون لمدة 5 دقائق). الآباء يستعملون الرسوم البيانية لسلوك الطفل مما يمكنه من كسب النقاط التي تمكنه من صرف مكافأة. ثم يقوم الآباء تدريجياً بزيادة الطلب المطلوب للحصول على مكافأة. في جلسة الأبوة والأمومة المتوازية، يقع أيضاً تثقيف الوالدين ويوضح المعالج للوالدين مراحل علاج الصدمة وذلك بطريقة تدريجية وبعد ممارسة مهارات إدارة القلق (Cohen, Anthony, Mannarino, Esther, & Deblinger, 2012; Zandberg, Capaldi, & Foa, 2017).

مهارات الاسترخاء

يتم عرض مهارات الاسترخاء لمساعدة الطفل على فهم ردود فعل الجسم على الإجهاد وتعليم التقنيات التي يمكن استخدامها للسيطرة على مشاعر القلق. يوصى باثنين من استراتيجيات الاسترخاء الرئيسية: التنفس العميق واسترخاء العضلات التدريجي. يوضح المعالج تقنية الاسترخاء ومن ثم يرشد الطفل من خلال الممارسة أثناء الدورة. يمارس الطفل التنفس العميق عن طريق وضع يد واحدة على البطن ويد واحدة على الصدر ويتنفس بحيث يرتفع البطن ويسقط مع كل نفس. يمكن أيضاً أن تظهر من خلال الاستلقاء على الأرض مع لعبة أو كتاب على البطن، ومشاهدته للعبة أو الكتاب يتحرك صعوداً وهبوطاً مع كل نفس. بعد ذلك، يعمل الطفل على التنفس ببطء أكثر خلال الزفير. ويمكن تحقيق ذلك عن طريق العد إلى عدد معين، أو ببساطة عن طريق التركيز على التنفس ببطء. يثني المعالج على محاولات الطفل، ثم يشجعه على اختيار كلمة مهدئة ليقولها لنفسه أثناء زفيره (على سبيل المثال، "الاسترخاء"، "الهدوء"). إذا كانت هناك أفكار تشتت الانتباه تأتي للعقل يحاول

المعالج إحداث صورة لها وهي تطفو بعيداً. في استرخاء العضلات التدريجي، يوجه المعالج الطفل إلى شد ثم استرخاء مجموعة واحدة من العضلات في وقت واحد. يشرح محترف الصحة النفسية أنه عندما نشد على عضلاتنا، غالباً ما نتوتر. للتمييز بين العضلات المتوترة والمريحة يمكن أن يتضح من خلال ممارسة الطفل لتصرفات مثل الروبوت (متوترة وجامدة)، ثم دمية خرقة (فضفاضة واسترخاء). يشرح المعالج للطفل أن الاسترخاء العضلي هي إحدى الطرق لإدارة مشاعر القلق. وأخيراً، تجدر الإشارة إلى أنه إذا لم يكن الطفل مرتاحاً لتمارين الاسترخاء، أو غير راغب في ممارستها، يمكن للممارس أن يخلق أنشطة استرخاء بديلة (على سبيل المثال، الاستماع إلى الموسيقى أو لعب لعبة) (Cohen et al., 2012; Zandberg, Capaldi, & Foa, 2017)

مهارات التشكيل الفعال

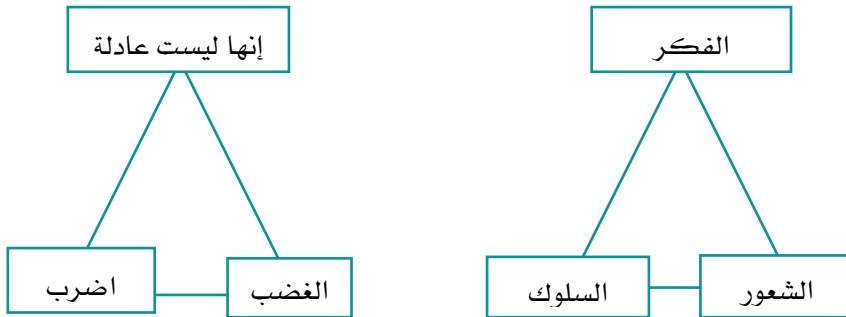
الهدف من هذه الوحدة هو تعليم الطفل كيفية معرفة المشاعر والتعبير عنها بشكل مناسب وهذا يمكن أن يتحقق باستخدام مزيج من لعب الأدوار، والألعاب، والرسومات. يقوم المعالج بسؤال الطفل عن عدد المشاعر التي يعرفها، ومن ثم يشجعه على مناقشة التعبيرات الخاصة بكل نوع من المشاعر ويمكن القيام بذلك عن طريق إنشاء قائمة أو إجراء رسم جنباً إلى جنب مع الطفل. كما يعرض أخصائي الصحة النفسية صور تعبر عن مشاعر لم يذكرها الولد - مثل الإحراج - ويطلب من الطفل ما يشعر به في هذا السيناريو. في هذه المناقشات، يتم توجيه الانتباه إلى الأحاسيس الجسدية التي ترتبط مع مختلف الحالات العاطفية. يمكن للمعالج والطفل أن يلعبا لعبة حيث تكتب المشاعر على أوراق مستقلة ويحاول كل طرف التمثيل الجسدي للمشاعر وعلى الشخص الآخر تخمين الشعور الذي تم اختياره. يدرّب المعالج الطفل على تقييم شدة المشاعر - على سبيل المثال، ما يبدو أنه متحمس قليلاً مقابل متحمس جداً. - يمكن استخدام مقياس حرارة العواطف لتقييم شدة المشاعر على مقياس من ٠ إلى ١٠. من الواجبات المنزلية، قد يطلب المعالج من الطفل ممارسة التعرف على المشاعر وتقييمها في الحياة الحقيقية. بعد أن توسع الطفل في قاموس المشاعر (في نفس الجلسة أو الجلسة اللاحقة)، يتحول المعالج إلى جانب آخر وهو كيفية التعبير عن المشاعر وكيفية توصيل مشاعره بشكل مناسب للآخرين. قد يقدم المعالج أمثلة محددة عندما يشعر بعاطفة قوية ويشاركها مع شخص آخر، ثم يطلب من الطفل أن يشترك معه في أمثلة له. تلعب الأدوار بطريقة جيدة لإثبات الطرق التي أعرب بها المعالج والطفل عن مشاعر في مواقف الحياة الحقيقية. بعد لعب الأدوار عن كيفية التعبير عن

الشعور ومناقشة طرق أكثر فعالية للتعبير عن المشاعر إذا لزم الأمر -على سبيل المثال، التعبير عن المشاعر بالكلام بدلاً من الحركات-، يجب على المعالج تقديم فكرة أن التعبير عن المشاعر، بدلاً من الاحتفاظ بها، يمكن أن تساعد الطفل في أن يشعر بنفسه أفضل. يمكن التعبير عن المشاعر بطرق مختلفة، مثل التحدث مع الأصدقاء الموثوق بهم أو أفراد الأسرة، والرسم، والكتابة.

في جلسات الوالدين، يشرح المعالج المفاهيم التي تم تلقيها للطفل (وصف المشاعر وكيفية مشاركتها) ويناقش أي صعوبات يواجهها طفله في التعبير عن مشاعره. يتم تدريب الآباء على كيفية مساعدة أطفالهم على التعرف على المشاعر والتعبير عنها. بالإضافة إلى ذلك، يجب على المعالج أن يذكر الآباء والأمهات على الثناء على طفلهم كلما كان يدير بفعالية العواطف الصعبة أو يوصلها بشكل مناسب (Cohen et al., 2012; Zandberg, Capaldi, & Foa, 2017).

مهارات التكيف الذهني

تبدأ من خلال شرح أننا جميعاً نتحدث إلى أنفسنا بطرق تؤثر على مشاعرنا، يمكن للمعالج استخدام أمثلة أو ألعاب مختلفة -على سبيل المثال، رسم الرسوم وكتابة أفكار الشخصيات في الفقاعات- لتوضيح الصلة بين الأفكار والمشاعر للطفل. يبسط المعالج العلاقة بين الأفكار، الشعور والتصرف بطرح أمثلة وتمارين، يطرح عدة أمثلة ويساعد الولد في إكمال أركان المثلث الناقصة ثم يتم تقديم فكرة أنه في بعض الأحيان لدينا أفكار غير دقيقة أو غير مفيدة. يوفر المعالج سيناريوهات الممارسة حيث يخمن الطفل كل من الفكر الذي قد يمر من خلال عقله والشعور الذي سينجم عن هذا الفكر -على سبيل المثال: الوضع: أمك تلومك على شيء ما فعله أخوك الصغير: الفكرة: "إنها ليست عادلة" الشعور: "الغضب".-



يشجع المعالج على تغيير محتوى الأفكار السالبة وذلك من خلال إيجاد أدلة تنفي الفكرة وأخرى تثبتها وتتم مناقشة الأفكار وذلك بالدليل حتى يستطيع بناء محتوى للأفكار معدلة. يشجع المعالج الطفل على التفكير في طرق بديلة للتفكير في نفس السيناريو الذي يؤدي إلى شعور مختلف. يمكن أن يشار إلى ذلك باسم "تغيير القناة" أو "وضع نظارات شمسية ملونة مختلفة". قد يشير المعالج إلى "هل يمكننا أن نخرج بشيء آخر يمكن أن نقوله لنفسك قد يساعدك على الشعور بتحسّن؟". أخيراً، يقوم المعالج بإرشاد الطفل للتفكير في الكيفية التي تؤدي بها الأفكار المختلفة إلى سلوكيات ونتائج مختلفة. على سبيل المثال، الفكر "أمي ليست عادلة" يؤدي إلى شعور "الغضب"، الأمر الذي يؤدي إلى "قول" أنا أكرهك! "والذهاب إلى غرفتي" الذي يؤدي في نهاية المطاف إلى معاقبتهم. في حين أن الفكر البديل "أمي لن تكون غضبانية إذا أقول لها الحقيقة" يؤدي إلى الشعور بالارتياح، و"أشرح لأمي لم أفعل ذلك"، ونتيجة لذلك أمي تعتذر عن إلقاء اللوم عليك. أخيراً، يقوم المعالج بتعليم الطفل رسم جدول يوضح تعديل الأفكار.

الموقف	المشاعر	الأفكار	الفكرة البديلة	المشاعر بعد

من الطرق التي تسهل تغيير آلية التفكير التي يمكن اللجوء إليها في العلاج الذهني إنشاء صندوق التكيف الذي يستطيع الطفل اللجوء إليه عندما تصبح الأفكار والمشاعر شديدة وأكبر من قدراته. وأخيراً، يساعد المعالج الطفل على عمل جرد للأنشطة المفضلة عند الطفل والتي تعطيه راحة نفسية. يقوم الطفل بكتابة هذه الأنشطة على أوراق منفصلة يزينها ويرسم عليها ويضعها في الصندوق المستحدث لاستعمالها عند الحاجة. كما يمكن للطفل إحداث ملف خاص بالمفردات الإيجابية مثال "أنا شجاع، ابتسامتي تجعل الآخرين يبتسمون لي" والتي يمكن استعمالها فيما بعد لمقاومة الأفكار السلبية (Cohen et al., 2012; Zandberg, Capaldi, & Foa, 2017).

سرد قصة الصدمة ومعالجتها

في سرد الصدمة النفسية، يستخدم المعالج إجراءات تدريجية لتشجيع الطفل على وصف مزيد من التفاصيل حول ما حدث قبل وأثناء وبعد الحادثة الصادمة. تم تصميم

هذا المكون ليناقدش على مدى عدة جلسات مع المعالج، حيث يقع توجيه الطفل لمناقشة جوانب مزعجة على نحو تدريجي من الصدمة. على الرغم من وجود العديد من الخيارات الإبداعية للمعالج - على سبيل المثال، الصور والأغاني والقصائد - عادة ما تتم عملية السرد للصدمة من خلال إنشاء الطفل لكتاب يروي قصته الشخصية. قبل أن نبدأ فعلياً العلاج، يتم تقديم الأساس المنطقي للحديث عن الصدمة. يمكن تحقيق ذلك من خلال الاستعارة مثل استعارة السقوط على الدراجة وجرح الركبة. يمكن أن يشرح المعالج للطفل أنه في هذه الحالة لدينا خيارين:

(أ) يمكننا تجاهل الجرح - لا نغسله ولا نضع الدواء عليه؛ في بعض الأحيان الجرح يلتئم لحاله، ولكن في أوقات أخرى، يتعفن الجرح المصاب ومع مرور الوقت يزداد سوءاً. (ب) يمكننا غسل الجرح بعناية فائقة، للحماية من كل الأوساخ والجراثيم بها. هذا أمر مؤلم! ولكن بعد ذلك يذهب الألم بعيداً والجرح يمكن أن يشفي مرة واحدة وإلى الأبد. يشرح المعالج للطفل أنه عبر رواية قصته وكأنه يقوم بتنظيف جرحه ويتم التركيز على القيام بذلك بعناية "بالتوتيرة الصحيحة" (Deblinger, Mannarino, Cohen, & Steer, 2006).

عند بدء سرد قصة الصدمة، يحث المعالج الطفل على كتابة فصل عن النشاط المفضل لديه، وبالتالي مساعدته في البداية على الانطلاق والتعود على الكتابة عن نفسه، ثم يطلب من الطفل أن يكتب عما حدث في يوم الصدمة. من المؤلف أن يصف الطفل الحادثة قليلاً جداً، ويصبح من مهمة المعالج الحصول على مزيد من التفاصيل في جلسات متعددة. على سبيل المثال، قد يطلب المعالج من الطفل أن يصف لفظياً ما كان يفعله قبل الصدمة، وما حدث بعد ذلك. يمكن للمعالج أن يطلب من الطفل كتابة ما وصفه كما يمكن للمعالج أن يلعب دور السكرتير بينما يروي الطفل. بعد كل جزء من الكتابة، يطلب المعالج من الطفل قراءة ما كتبه حتى الآن وهذا يولد تكراراً لرواية التجربة الصادمة وزيادة التسامح في إعادة سرد الصدمة. في كل الحالات، يقدم المعالج التشجيع والثناء الكثير للطفل على شجاعته في قول القصة. في ختام الجلسة، قد يكافئ المعالج جهود الطفل من خلال لعب لعبة قصيرة أو تقديم جائزة صغيرة، مثل ملصقاً. في هذه المرحلة من العلاج، تقع مشاركة الوالدين فيما سرد من قبل الطفل ومناقشة ردود أفعالهم. أهداف هذه الجلسات المشتركة مع الوالدين متعددة الأوجه:

(أ) تحسين ردة فعل الوالدين والتخفيف من الضائقة حول الصدمة من خلال التعرض المتكرر.

(ب) الحد من تفادي الوالدين للموضوع وتدريبهم على تعزيز انفتاح الطفل على هذه الذكريات.

(ج) إتاحة الفرص للآباء والأمهات لفهم المعتقدات الخاطئة التي قد يحتفظ بها الطفل بشأن الصدمة.

(د) التقليل من شعور الطفل بالذنب أو الخزي من الصدمة.

في أول جلسة سرد الصدمة، يطلب المعالج من الوالدين وصف تجربتهم الخاصة للصدمة قبل سماع الطفل. بعد ذلك، يجب على أخصائي الصحة العقلية إعادة قراءة صدمة الطفل بصوت عالٍ على الوالد (الوالدين) في كل جلسة. يجب إخبار الطفل بأن الرواية ستتم مشاركتها مع والديه أو أولياء أمورهم، وبالنسبة للمراهقين على وجه الخصوص، فإن الأشياء التي يرغب الطفل/المراهق في الاحتفاظ بها ستكون سرية. من المهم جداً إتاحة الوقت للوالد (الوالدين) لاستعادة الارتباط قبل انتهاء الجلسة، حيث يمكن أن يؤدي ذلك إلى نتائج عكسية بالنسبة للطفل لرؤية والديه مستاءين مما قد يكون هذا سبباً صريحاً أن الطفل لا يتكلم عن الصدمة. يشيد المعالج بالأمر (الوالدين) لدعم وتشجيع الطفل على حضور العلاج وتقاسم هذه الذكريات، على الرغم من صعوبة الموقف، إذا كان الطفل في أي لحظة من السرد يظهر ضائقة عالية، يشجع الطفل على تطبيق مهارات الاسترخاء التي تعلمها سابقاً في الدورة، وبالنسبة لبعض الأطفال يمكن استخدام تمارين إلهاء قصيرة -على سبيل المثال، الحديث عن شيء لا علاقة له بالموضوع- قد تستخدم لتخفيف التصعيد العواطف الشديدة.

عندما يواجه طفل صغير صعوبة في التعبير عن المشاعر والأفكار، يمكن أن تستخدم الدمى لتصوير المشاهد في الشخص الثالث ("ما هو شعور الدب الآن؟")، والتي يمكن بعد ذلك دمجها في سرد قصة وتناقش بشكل مباشر أكثر. عند الانتهاء من السرد الكامل، يبدأ المعالج في استخدام مهارات المعالجة الذهنية من أجل استكشاف وتعديل المعتقدات الخاطئة أو غير المفيدة حول الصدمة (انظر المكون التالي) ويمكن بعد ذلك إضافة هذه الدروس إلى نص القصة. وأخيراً يتم كتابة القسم الأخير الذي يتضمن مدى التدرج في حالة الطفل منذ الصدمة ومنذ بداية العلاج، فضلاً عما تعلمه، وكيف أنه قد تحسن، وأي نصيحة قد يعطيها لغيره من الأطفال في موقفه (Cohen et al., 2012; Zandberg, Capaldi, & Foa, 2017).

بعد الانتهاء من السرد، يساعد المعالج الطفل على الانتباه إلى الأفكار المرتبطة

بالحدث الصادم. يستخدم الاستجاب السقراطي لاستكشاف وتحدي دقة الأفكار غير الدقيقة أو المتطرفة السلبية. (مثال: الطفل الذي يعتقد "هناك أشياء مخيفة تحدث في المدرسة، يوجد خطر هناك"، يقول له المعالج: "إذا المدرسة هي مكان خطير ومخيف، كل يوم يحدث شيء سيئ في المدرسة؟") ثم يساعد المعالج الطفل على تحديد استثناءات للفكر مما يوفر نقطة انطلاق لتطوير وممارسة أفكار بديلة أكثر فائدة (على سبيل المثال: "في بعض الأحيان يحدث أشياء سيئة في المدرسة، ولكن ليس دائماً"). عند العمل مع الوالدين، يجب على المعالج أن يطلب من الوالد إذا كان لديه مشاعر أو أفكار مثيرة للقلق خلال الأسبوع الماضي حول الصدمة وتطبيق نفس الإجراء: تحديد الأفكار غير المفيدة، ومحاولة إيجاد أساليب تفكير أكثر واقعية (على سبيل المثال: "طفلي لن يكون سعيداً مرة أخرى).

الإتقان الواقعي لتذكر الصدمة

في هذا الباب يبدأ المعالج مع الطفل التعرض التدريجي إلى المواقف الصادمة في ظروف آمنة. الخطوة الأولى للمعالج في هذا المكون هو الحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات حول المواقف المخيفة ولماذا يخشاها الولد. يتم إعطاء الأولوية لسلوكيات التجنب التي اتبعتها الطفل منذ الصدمة والتي تكون سبباً في تعطيل مسار نمو للطفل. بعد ذلك، يعمل المعالج على تعريض الطفل تدريجياً، بطريقة خطوة بخطوة، إلى المكان أو الموقف الذي يتجنبه (على سبيل المثال، قد يخشى الطفل الذهاب إلى المدرسة بعد حادث صادم. في هذه الحالة، فإن الهدف سيكون زيادة الوقت تدريجياً في المدرسة، شيئاً فشيئاً). للأطفال الأصغر سناً، خطة التعرض التدريجي تتضمن المكافآت لزيادة تحفيز الطفل، وينبغي تعزيز جميع التجارب الناجحة مع الشئ على الوالدين (Cohen et al., 2012; Zandberg, Capaldi, & Foa, 2017).

إدارة الجلسات العلاجية

برنامج العلاج المركز على الصدمة يتكون من اثنتي عشرة إلى ست عشرة جلسة بواقع جلسة أسبوعياً.

هدف البرنامج العام

المساعدة في التخفيف أو القضاء على أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة والأعراض المصاحبة له (الشعور بالذنب والاكئاب) سواء كانت أعراضاً سلوكية

ظاهرة انفعالية اجتماعية ومعرفية.

مصدر البرنامج

تم اقتباس البرنامج من البرنامج الذي قام بإعداده كل من شيرينقا وجونزاليس (2013) Sheeringa and Gonzalez ، وفيما يلي وصف لجلسات البرنامج:

الجلسة الأولى

أهداف الجلسة: أهداف الطفل: التعليم حول اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، تعريف بالعلاج ونظرة عامة على الجلسات. أهداف الوالدين: نفس أهداف الطفل بالإضافة إلى التحفيز.

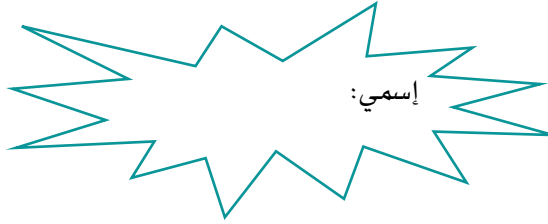
محتوى الجلسة:

الجلسة المشتركة مع الطفل والأم - يجتمع المعالج مع الطفل والأم معاً ويشرح لهم آلية العلاج مع طمأننتهم أن جميع المعلومات سوف تكون سرية ولا يحق لأي شخص الاطلاع على هذه المعلومات- يوضح المعالج للأم والطفل معاً عدد الجلسات ومدة كل جلسة وأنّ اللقاء سيكون بواقع جلسة في الأسبوع ومدة كل جلسة تتراوح ما بين ٦٠ و٩٠ دقيقة ويؤكد المعالج على ضرورة الالتزام بمواعيد الجلسات والتعاون في أداء الواجبات المنزلية وأهميتها في العلاج. يظهر المعالج للمريض أن العلاج الذهني السلوكي هو برنامج علاجي مقنن، غير حر وقصير الأمد -تعرف المريض على طبيعة المرض وأعراضه: يشرح المعالج باختصار كيف أن الأحداث والصدمات تتسبب بأعراض لدى الناس مع استخدام أمثلة عن الصدمات، يشرح المعالج باختصار مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة. بالنسبة للأطفال الأصغر سناً يتم إعادة تأطير المصطلح بأنه "المشاعر المخيفة" "الأفكار المخيفة الخاصة بك". يتم إعطاء الأم نشرة عن الأعراض الشائعة ذات صلة بالصدمة تعطى للوالدين للقراءة لاحقاً. يقوم المعالج بتحديد الهدف العام من البرنامج العلاجي في آخر الجلسة المشتركة.

مع الطفل: يقوم الطفل بعمل كراس ويشرح المعالج للطفل أن هذا الكراس سوف يتم ملؤه عبر الجلسات وسيكون مثل قصة حياة الطفل. يكتب اسم الطفل في الأول ويعطى الطفل مهمة تزيين كراسه. المهمة الأولى في الكتاب تكون مساعدة الطفل على ملء الفراغات مع العلم أن الإجابة عن سؤال الحدث الذي حدث هدفه ليس التعريض بل الإجابة تكون بصفة مختصرة (مرفق ١ : ورقة عمل).

مع الوالدة بالإضافة إلى العمل أعلاه، يقوم المعالج في الجلسة الأولى بإدخال موضوع المقاومة للعودة عليه في بقية الجلسات. يشرح المعالج أن "من واقع التجربة أن الآباء غالباً ما يترددون في العودة ويكون ذلك لأن الآباء لا يريدون التفكير في الصدمة بعد الآن أو في بعض الأحيان لأن الآباء لا يريدون تعريض أطفالهم إلى ذكريات الصدمة بعد الآن وفي بعض الأحيان يكون السبب أن الذكريات القديمة عند الآباء قد تثار". يشرح المعالج أن هذا من المرجح يحدث وأن هذا الأمر طبيعي ويحدث تقريباً لكل الوالدين وأن نجاح العلاج يعتمد على تحمل هذا الانزعاج على المدى القصير. هذه المقاومة نجدها أيضاً عند الطفل. تختتم الجلسة بملخص عام حول ما دار خلال الجلسة مع التركيز على أهمية الالتزام وعمل المقياس القبلي حيث سيتم تطبيق: "قائمة اضطرابات ضغط ما بعد الصدمة" و"تقرير الأطفال حول أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة/تقرير الآباء بشأن أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة". ومن ثم أخذ رأي المرضى حول ما دار في الجلسة وتوقعاتهم في العلاج.

الجلسة ١: ورقة العمل



- عمري
- أنا أدرس في الصف
- اسم مدرستي
- أعيش مع
- هوايتي
- كلمة واحدة تصفني

الجلسة الثانية

أهداف الجلسة: أهداف الطفل: تحديد أنماط التحدي عند الطفل، عودة على العلاج الذهني السلوكي ومحاولة صياغة الحالة. أهداف الوالدين: وضع خطة انضباط للسلوكيات الغير مرغوبة عند الطفل.

محتوى الجلسة:

الجلسة المشتركة مع الطفل والأم: في بداية الجلسة، يقوم المعالج بمراجعة محتوى الجلسة السابقة. فيستفسر عن مفهوم اضطراب ضغط ما بعد الصدمة والمشاعر المخيفة وعن النظرة العامة على جلسات العلاج. ثم يقوم المعالج بتقييم سلوكيات الطفل عن طريق سؤال الأم ويحدد ما إذا كانت المشاكل السلوكية للطفل جديدة تماماً أو قديمة وأصبحت أسوأ بشكل كبير بعد الصدمة. نشرح للآباء أنه من وحي التجربة، غالباً ما يصبح الآباء متساهلين في انضباط الطفل، بسبب الشعور بالذنب لما يشعر للطفل. نقوم بالتفاوض مع الأم والاتفاق معها على ضرورة تجاهل شعورها بالذنب والتعاطف مع الطفل، وضرورة فرض الانضباط.

إذا كان الشعور بالذنب الأبوي الذي يؤدي إلى التساهل ليس هو الموضوع، اسأل المزيد من الأسئلة لاستكشاف سبب السلوك التحدي للطفل. يقوم الوالدان بوضع قائمة بسلوكيات التحدي في ورقة عمل كتاب الطريق هناك عادة سلوك واحد أو اثنين متكررين الذي يود مقدم الرعاية تغييرها. عندما يظهر الطفل سلوكاً سلبياً يطبق الوالدان "التجاهل المخطط"، ويمكن أن يؤدي التجاهل المخطط له في البداية إلى تصعيد السلوكيات -التي تشير إلى "انفجار"- ولكن بعدم توفير الاهتمام للسلوكيات السلبية من المرجح أن تنتهي، تتصح بدقة من المهلة لكل سنة من العمر (أي 5 سنوات من العمر يجب أن يكون لمدة 5 دقائق). ويقوم المعالج بمراجعة مهارات الأم في فرض الانضباط بما في ذلك استخدام الثناء، والانتباه الانتقائي، التعزيز السلوكي.

تقوم الوالدة بكتابة خطة فرض الانضباط بوضوح وبدقة في ورقة العمل.

الواجب المنزلي: فرض الولي للانضباط ويطبق المهارات الجديدة في التعامل مع السلوكيات الغير مرغوبة عند الطفل.

الجلسة الثالثة

أهداف الجلسة: أهداف الطفل: تحديد المشاعر المؤلمة، معرفة الحوار الداخلي (الأفكار)، إدخال الثالوث الذهني. أهداف الوالدين: نفس أهداف الطفل بالإضافة إلى التحفيز.

محتوى الجلسة:

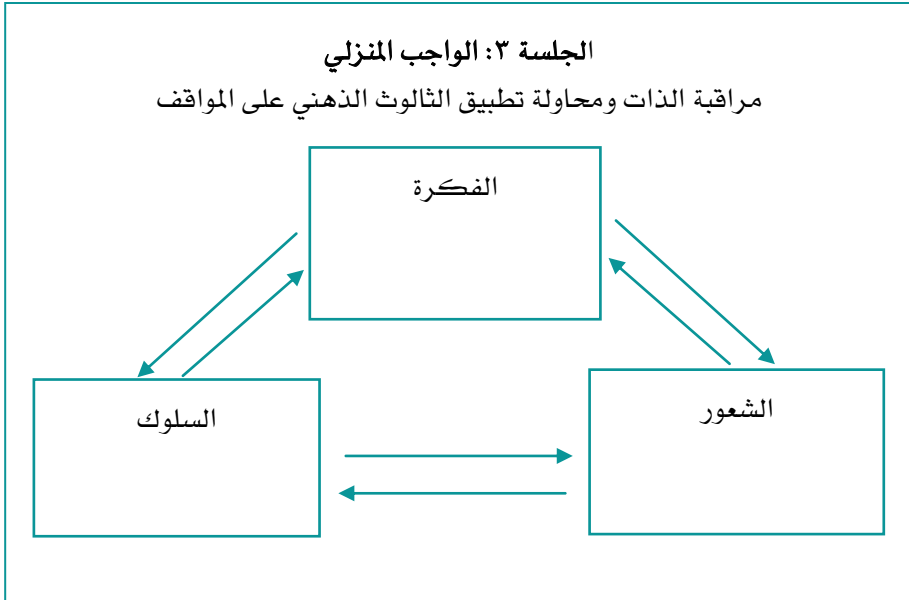
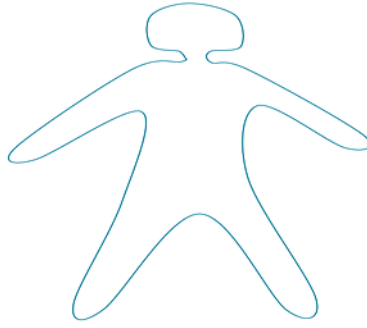
الجلسة المشتركة مع الطفل والأم: في بداية الجلسة، يتحقق المعالج من ردود فعل الولي والطفل تجاه الجلسة السابقة وذكر الملاحظات أو الاستفسارات. بعد ذلك يتم مناقشة الواجب المنزلي.

مع الطفل: أول مرحلة في هذه الجلسة هي تعليم الطفل تحديد المشاعر فيضع المعالج رسومات للمشاعر ويشمل ذلك وجوه سعيدة، حزينة، خائفة. نشرح للطفل أن هذه مسابقة حول معرفة المشاعر مع الحرص على تثقيف الطفل حول ما نحاول القيام به "سنعمل اليوم على إحدى الأدوات التي سوف نحتاج إليها في جلسات لاحقة وواحدة من الطرق التي نلجأ لها هو أننا سنحتاج لتحديد مشاعرك التي تثار بمحفزات ومواقف مختلفة". ثم نبدأ بالإشارة إلى الوجوه السعيدة ونقول "هذا وجه سعيد، أي نوع من المواقف من شأنها أن تولد السعادة". هناك العديد من تقنيات العلاج باللعب أو بالرسم لمساعدة الطفل على تحديد المشاعر (باب إبداع المعالج مفتوح). بعض الأطفال سوف يستمتعون والبعض لا ومع ذلك دائماً نشي على مجهوداتهم ونمضي قدماً. في مرحلة ثانية نعلم الطفل بصفة مبسطة مفهوم المشاعر الجسدية: يتم الرسم على الكراس والاشتغال على المشاعر الجسدية (ورقة عمل جلسة ٣: المشاعر الجسدية) ويتم الشرح للطفل بعد آخر من المشاعر هو كيف نشعر بها في أجسادنا ونريدك أن تفكر كيف تظهر المشاعر من خلال الجسم "في بعض الأحيان نحتاج أن المعالج يرسم أولاً لتفسير التمرين للطفل وفي بعض الأحيان يساعد الطفل بمداه باحتمالات ماذا نشعر في القلب في الصدر في المعدة...". في المرحلة الثالثة من الجلسة نشرح للطفل الثالوث الذهني ومفهوم الحوار الداخلي "آخر فقرة في حصتنا اليوم سنشتغل على ما يسمى الثالوث الذهني، سيكون مهماً جداً التعرف على مختلف مشاعرنا والأفكار المختلفة التي تأتيها والسلوكيات التي تنتج عن هذه الأفكار، الخطوة الأولى والتي تعتبر الأصعب هي معرفة الطفل بالحوار الداخلي والأفكار الذهنية التي تأتي للشخص. يلتجأ المعالج لذكر أمثلة: "الطفل الذي يجد صعوبة في

التكلم في الجسم يشعر بالخوف والخجل لأن هناك أفكار عنده بأنه وجهه سيحمر وأنه لن يكون ممتازاً" المعالج يركز على أن الأفكار ممكن أن تكون دقيقة ولكن أيضاً ممكن أن تكون غير دقيقة. الواجب المنزلي: مراقبة الذات ومحاولة تطبيق الثالوث الذهني على المواقف. (مرفق واجب منزلي جلسة ٣) مع الوالدة : نشرح للوالدين تمارين تحديد المشاعر والثالوث الذهني التي تم تغطيتها مع الطفل.

الجلسة ٣: ورقة العمل

١ - أرسم كي تظهر المشاعر المقلقة والمخيفة في الجسد



الجلسة الرابعة

أهداف الجلسة: أهداف الطفل: الاسترخاء -التقييم الذاتي لدرجة القلق. أهداف الوالدين: نفس أهداف الطفل.

محتوى الجلسة:

الجلسة المشتركة مع الطفل والأم: في بداية الجلسة، يتحقق المعالج من ردود فعل الولي والطفل تجاه الجلسة السابقة وذكر الملاحظات أو الاستفسارات، بعد ذلك يتم مناقشة الواجب المنزلي (٥ دقائق). مع الطفل؛ يقوم المعالج بإدخال مفهوم الاسترخاء. يفسر المعالج للطفل أن تعلم الاسترخاء يمكنه من التخفيف من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وأنه من خلال الحصة سيتعلم بعض طرق الاسترخاء الذي يعتمد على ثلاث مراحل "التنفس البطني ومحاولة تصور أفكار مفرحة والاسترخاء العضلي". يبدأ المعالج بشرح الارتخاء العضلي ومفهوم الشد والارتخاء. الطبيب المعالج والطفل يمارسون تقنية الشد (على سبيل المثال؛ "أعمل قبضة ضيقة بيدك وكأنك تعصر ليمونة") والاسترخاء مثل: ("والسماح... ترك يدك ترتخي") ثم يعلمه التنفس البطني عادة ما يلقي الأطفال صعوبة في هذا التمرين ويضع المعالج يده على بطنه ويجعلها تتحرك مع التنفس.

أخيراً نعلم الطفل تهدئة النفس عند العصبية باستبدال المشاعر المخيفة بصور جميلة وأفكار جميلة. الفكر السعيد يمكن أن يكون بعض الأحداث التي كانت ممتعة مثل التسوق أو في أماكن مثل الشاطئ أو في اجتماعات العائلة. بالنسبة للأطفال الأصغر سناً يميلون إلى ربط الأفكار السعيدة مع تواجد آخرين وليس في العزلة. ورقة العمل في هذه الجلسة هي رسم المكان الذي يفرح الطفل والتمرين يكون بمحاولة تذكر هذا المكان في المخيلة لمدة ١٥ إلى ٣٠ ثانية. إذا كان الطفل يجد صعوبة في تخيل مشهد ننصحه بإغلاق عيونه فإنها تساعد على ممارسة هذه المهارة.

الوحدة الثانية في الجلسة الرابعة هي تدريب الطفل على ترتيب المواقف الضاغطة حسب درجة الضغط على مقياس تقييمي مكون من ١٠ درجات وتحديد درجات الضغط من خفيف إلى شديد. يعطي المعالج أمثلة للطفل. يمكن ألا يكون الطفل على استعداد ليضع الحدث الصادم ضمن المواقف الضاغطة ولكن نساعد بقول "الصدمة التي تعرضت لها قد تكون رقم ١٠". يقوم المعالج بأخذ موقف أو فكرة مخيفة وتعليم

الطفل تقييمها من خلال مقياس القلق وتدريبه على تطبيق الاسترخاء.

الواجب المنزلي: يقوم الطفل باختيار موقف يعرف مسبقاً أنه سيثير عصبيةه ويقيم نفسه على المقياس التقييمي للضغط ويقوم بتنفيذ الاسترخاء. هذا الواجب المنزلي يقوم به الطفل بالاشتراك مع الوالدين.

في جلسة الوالدين: يشرح المعالج للوالدة مبدأ الاسترخاء. عندما ينضم الوالد إلى الدورة، يمكنه أن يأخذ زمام المبادرة في تعليمه كيفية الاسترخاء. وهذا يتيح فرصاً إضافية لتعزيز إتقان الطفل من هذه المهارات، ويوفر مهارة جديدة لكل من الطفل والآباء لممارستها في المنزل عند وجود مشاعر قوية. قبل الجلسة التالية من المفيد الحصول على تفاصيل حول الحدث الصادم الذي سوف يرويها الطفل في الجلسة القادمة من الوالدة، مع الحرص على الشرح للوالدين: "في الجلسة القادمة سوف نناقش الحدث الصادم في الجلسة والجلسات التالية وسوف نعمل كثيراً على هذه الذكريات". سوف يكون مفيداً جداً للمعالج أن تكون عنده خريطة تقريبية عن الحدث الصادم فيما أن نطلب من الأم رسم المشهد الصادم من نظرة المتفرج أو من خلال الرسم من خلال كلام الأم. فهم مسبق للموضوع يساعد المعالج على فهم أسرع لروايات الطفل وتجنب الأسئلة المتكررة و المزعجة لمحاولة فهم ما حدث. أخيراً، يتم تذكير الوالدة: "في تجربتنا بعض الأطفال يشعرون بالحرج إذا تم الحديث عن العلاج مع أفراد الأسرة الآخرين، إذا حدث ذلك فإنهم سيرفضون الواجبات المنزلية وفي بعض الأحيان يرفضون مواصلة الجلسات العلاجية وأنا فقط بحاجة للفت نظرهم إلى ذلك في وقت مبكر".

الجلسة ٤: الواجب المنزلي

ترتيب المواقف حسب درجة القلق

١٠ - درجة القلق الأعلى

٩ -

٨ -

٧ -

٦ -

٥ - درجة قلق متوسطة

٤ -

٣ - درجة قلق خفيفة

٢ -

١ - غير مقلقة

الجلسة الخامسة

أهداف الجلسة: أهداف الطفل: سرد القصة- إنشاء التسلسل الهرمي. أهداف الوالدين: نفس أهداف الطفل.

محتوى الجلسة:

الجلسة المشتركة مع الطفل والأم: في بداية الجلسة، يتحقق المعالج من ردود فعل الولي والطفل تجاه الجلسة السابقة وذكر الملاحظات أو الاستفسارات، بعد ذلك يتم مناقشة الواجب المنزلي (٥ دقائق).

مع الطفل: يشرح المعالج للطفل أنه محتاج للحصول على صورة كاملة عن قصة الصدمة وأنه سيُدوّن ملاحظات على ورقة العمل (ورقة العمل الجلسة ٥: تفاصيل الحادث الصادم)، كما نؤكد للطفل أننا نعرف أن الحديث عن الصدمة غير مقنع ولكن هذا مهم للعلاج. في بداية الحديث، نسأل الطفل عن شعوره وقت الصدمة ونساعده بالسؤال ما إذا كان هناك خوف وقلق، ثم نسألهم عن الأفكار السلبية التلقائية: "تذكر في الحصة السابقة تحدثنا كيف أن الأفكار تؤثر على المشاعر والسلوك، عندما نتذكر الحدث الصادم أكتب أي أفكار سلبية تلقائية تأتي إلى عقلك". الأطفال الأصغر سناً ليس لديهم المهارات حتى الآن لإعطاء سرد طويل ومفصل عن الأحداث الماضية فمعظم الأطفال يروون قصصهم في دقائق قصيرة بعد السماح لكل طفل أن يروي قصته دون انقطاع، سوف يحتاج المعالج للذهاب والعودة على الأحداث وقيادة الطفل خطوة بخطوة: ماذا حدث قبل حدوث الصدمة؟ من كان حاضراً؟ أين كان بالضبط الجميع وماذا يفعلون؟ ما الذي قام به الطفل قبل حدوث الصدمة؟ ماهي أول علامات الخطر؟ ماذا أراد الطفل أن يفعل ولكن لم يفعله؟ هل يتذكر الطفل ما كان يرتديه؟ أي الروائح أو الأذواق المرتبطة بالأحداث؟

قبل الرواية وبعد الرواية يقوم الطفل بقياس درجة القلق على مقياس ١٠. إذا كانت الدرجة أكثر من ٤ أو ٥ نقوم بتطبيق الاسترخاء لإيصال درجة القلق إلى ٣. أيضاً خلال السرد، يتحقق المعالج ما إذا كان الطفل يعتقد أن الصدمة كانت خطأه من خلال: هل هناك شيء يعتقد الطفل أنه كان سعى أن يفعله لمنع ذلك؟ شيء يرغب في أن يفعله الآن حيال ذلك؟ شيء يرغب أن يفعله الآن فقط لجعل نفسه يشعر على نحو

أفضل ؟ نشرح أن المهمة الثانية هي ترتيب الذكريات المربوطة بالحدث الصادم (ورقة عمل جلسة ٥). يتم ترتيب الذكريات من الأقل إلى الأكثر إثارة للقلق هذا سيكون تسلسل هرمي رأسي. أيضاً عند كتابة ذكريات على التسلسل الهرمي، نضع في اعتبارنا ما هو عملي ويمكن أن يتحول إلى واجبات منزلية للتعرض وما قد يكون مستحيلاً من الناحية المادية.

الواجب المنزلي: (مرفق) نواصل نفس الواجب المنزلي الذي كلف به في الجلسة الرابعة حيث يقوم الطفل باختيار موقف يعرف مسبقاً أنه سيثير عصبية و يقيم نفسه على المقياس التقييمي للضغط و يقوم بتنفيذ الاسترخاء. هذا الواجب المنزلي يقوم به الطفل بالاشتراك مع الوالدين.

الجلسة ٥: ورقة العمل: تفاصيل الحادث الصادم

ما الذي حصل (بالتفصيل)

متى.....

أين.....

مع من.....

الحواس: النظر.....

الشم.....

اللمس.....

السمع.....

التذوق.....

الأحاسيس.....

الجلسة ٥: ورقة العمل

ترتيب الذكريات المرتبطة بالحدث الصادم حسب درجة القلق:

- ١٠ - الموقف أو الذكرى المرتبطة بدرجة القلق الأعلى
- ٩ -
- ٨ -
- ٧ -
- ٦ -
- ٥ - الموقف أو الذكرى المولدة لدرجة قلق متوسطة
- ٤ -
- ٣ - الموقف أو الذكرى المولدة لدرجة قلق خفيفة
- ٢ -

١ - الموقف أو الذكرى الغير مقلقة

<p>الجلسة ٥: ورقة عمل: الموقف أو الذكرى الغير مقلقة كثيرا</p> <p>دراسة الفكرة معرفياً:</p> <p>.....الفكرة</p>	
<p>البراهين التي مع الفكرة</p>	<p>البراهين التي ضد الفكرة</p>
<p>.....الخلاصة</p> <p>.....الأفكار البديلة الإيجابية</p>	

الجلسة السادسة

أهداف الجلسة: أهداف الطفل: التعرض للحدث من خلال السرد. وضع تخطيط للحماية. أهداف الوالدين: نفس أهداف الطفل.

محتوى الجلسة:

الجلسة المشتركة مع الطفل والأم: في بداية الجلسة، يتحقق المعالج من ردود فعل الولي والطفل تجاه الجلسة السابقة وذكر الملاحظات أو الاستفسارات، بعد ذلك يتم مناقشة الواجب المنزلي (٥ دقائق).

مع الطفل: يشرح المعالج للطفل أن أعراض الاضطراب سوف تذهب بعيداً. يختار الطفل أسهل عنصر من قائمة التسلسل الهرمي ويقوم برسمه. تقوم بإعطاء الطفل ورقة عمل في كراسه "يعطي المعالج أمثلة" عندما ينتقل الطفل إلى مدرسة جديدة، اليوم الأول يكون مثيراً جداً للقلق وبتتالي الأيام يخف القلق فاليوم الخامس سيشهد أقل قلق وفي اليوم الخامس سيخف القلق وينخفض أكثر في اليوم العاشر.

يشرح للطفل أن أعراض الصدمة سوف تقل وتخف بالتعرض التدريجي. يرسم الطفل

الموقف الذي اختاره ويبنى سرداً حول ما رسمه "نحن نعرف من خلال التجربة أنه من الطبيعي تجنب الذكريات المؤلمة وتخطي التفاصيل، الرسم هو تقنية لجعل العقل أكثر تركيزاً على التفاصيل". عادةً الطفل الأكبر سناً يتحدى أنه لن يرسم فإذا قال أنه ليس جيداً نقول "دعنا نرى ذلك" فإذا كان تحديه "هل يجب أن أرسم؟ الكلام يكفي" نتحدها بنفس الطريقة "أنا أعلم أن مجرد الحديث يكون سهل، فالرسم في الواقع أكثر صعوبة لأنه يمكنه من مزيد التدقيق على التفاصيل" الهدف في هذه المرحلة هو رسم الموقف والتركيز عليه والبقاء عقلياً في الوضع حتى تخف درجة القلق أمام الموقف. يمكن استعمال الاسترخاء بصفة متكررة حتى يتمكن الطفل من البقاء في وضعية التفكير ويتمكن من التغلب على مخاوفه وقلقه. دائماً نقيم حدة القلق قبل التعرض وكل خمس دقائق. نضع في الاعتبار أن الأطفال الأصغر سناً ليست لديهم القدرة على التعرف على حالتهم الذهنية ونقل مشاعرهم للآخر. في هذه الحال دائماً نساعد الطفل بقول "هل تحس أن درجة القلق زادت؟" كي يكون التعرض فعالاً درجات القلق عند السرد والرسم يجب أن تكون عالية. في بعض الأحيان تكون منخفضة لأن الطفل في وضعية تجنب للأفكار. في هذه الحالة نمر إلى الحدث التالي في التسلسل الهرمي. نقوم بتكرار هذه السلسلة من التعرض ورسم للمواقف إلى أن تصل درجة القلق إلى ٢ وأتم الطفل كامل رسمته عندها نتوقف.

المرحلة الثانية بعد التعرض، نسأل عن الأفكار غير الدقيقة التي تأتي للعقل عند التعرض للذكريات "تذكرنا ما تعلمناه عن الأفكار في جلسات سابقة، ماهي الأفكار التي تأتيك الآن" الأفكار غير الدقيقة التي غالباً ما تكون موجودة هي: كان هذا خطأي، كان ينبغي أن أكون قادراً على منع ذلك، لا أحد يمكن أن يكون مثلي فقد تغيرت كثيراً، أنا أستحق ما حصل لي لأنني كنت مهملاً، المكان الذي وقع فيه الحادث هو دائماً خطير ومخيف، لا أستطيع أن أشعر بالأمان في أي مكان آخر. نقوم بتناول هذه الأفكار من خلال الثالوث الذهني وما هي الصورة الراسخة بالذهن مع كل فكرة. يقوم المعالج بمساعدة الطفل على دراسة الفكرة من منظور الأدلة التي تدعم الفكرة والأدلة التي ضد الفكرة (نقوم برسم هذا في شكل جدول مع أو ضد) نترك الطفل يستنتج ما إذا كانت الأدلة تدعم حقا الفكرة، فالطفل سيرى من تلقاء نفسه أن وزن الأدلة ضد الفكرة إذا لم يستنتج ذلك بنفسه نفسر له أننا لا نوافقه الرأي وأن هناك مزيد من الجلسات لإعادة النظر في المسألة. ورقة العمل في هذه المرحلة هي "تغيير أفكاره". وأخيراً في نهاية ورقة

العمل نقوم باقتراح فكرة بديلة في إيجابية في الجزء السفلي من الورقة. مثلاً إذا كانت الفكرة الغير دقيقة "هذا خطأي" الفكرة البديلة تكون "كنت طفلاً، لا أستطيع السيطرة على ما حدث لي"، إذا كانت الفكرة "لا أستطيع أن أشعر بالأمان في أي مكان" يمكن أن يكون الفكر البديل "هذا مجرد تفكير يحاول خداعي، هذا لن يحدث لي مرة أخرى".

بعد إتمام الرسم، يتم الطلب من الطفل إغماض عينيه والتفكير في الرسمة وذكرياتهما لمدة ٣٠ ثانية. عند فتح العيون نسال "ما هذه التفاصيل الجديدة التي تأتي إلى مخيلتك". نعيد هذا التعريض في المخيلة عدة مرات حتى نحس أن درجة القلق خفت. إذا أحس المعالج أن الجلسة طويلة يمكن تأجيل الفقرة التالية إلى الجلسات المقبلة.

الفقرة الأخيرة من الجلسة تشمل الأهداف الرئيسية لمكون مهارات السلامة وهي ما يلي: (١) تقييم مهارات الأطفال ومعارفهم فيما يتعلق بالأخطار المحتملة في بيئتهم؛ (٢) تقديم واستعراض المعلومات المتعلقة بالمخاطر ذات الصلة، مثل الاعتداء الجنسي على الأطفال، والعنف الأسري، والعنف المجتمعي، والتتمر، وخطر الإنترنت؛ (٣) تطوير وممارسة التواصل، والحزم، وحل المشكلات، وسلامة الجسم، ومهارات السلامة الأخرى ذات الصلة بالصدمة التي تحملها (على سبيل المثال، السلامة من الحرائق)؛ و(٤) إشراك الوالدين في مراجعة المهارات وتطوير خطط السلامة التي يمكن ممارستها خلال جلسات مشتركة و/أو الجلسات العائلية.

الواجب المنزلي: يعطى للطفل بحضور الوالدة لأنه يتطلب مشاركة الآباء. نشرح لهما أن الوقت حان للمرور من التعرض التخيلي إلى التعرض الحقيقي التدريجي للمواقف المقلقة. نبتدئ بالمواقف الأخف قلقاً من خلال التسلسل الهرمي ويقع التعرض إليها واللجوء إلى تقنيات الاسترخاء حتى تتخفف درجة القلق إلى ٢. التعرض يتم بمعدل مرة واحدة في الأسبوع.

الجلسات السابعة والثامنة

- **أهداف الجلسة: أهداف الطفل:** التعرض للحدث متوسط القلق من خلال السرد وضع تخطيط للحماية. **أهداف الوالدين:** نفس أهداف الطفل

محتوى الجلسة:

الجلسة المشتركة مع الطفل والأم: في بداية الجلسة، يتحقق المعالج من ردود فعل الولي والطفل تجاه الجلسة السابقة وذكر الملاحظات أو الاستفسارات، بعد ذلك يتم مناقشة الواجب المنزلي (٥ دقائق).

مع **الطفل** في هذه الجلسة تبدأ برسم الذكريات التي تثير القلق بصفة أعلى من السابقة، الطفل يرسم الذكريات ويقوم بالتحدث عنها والتركيز عليها؛ فالهدف هو محاولة التعرض في المخيلة للذكريات حتى تخف حدة القلق مع اللجوء إلى الاسترخاء. الفقرة الأخيرة من الجلسة تكون وضع مخطط للحماية يقوم المعالج بتقييم مهارات الأطفال، ومعرفتهم فيما يتعلق بالأخطار المحتملة في بيئتهم (يتم التطرق لهذا الفصل بالتدقيق في فقرة المتابعة والوقاية من الانتكاسة).

الواجب المنزلي: يعطى للطفل بحضور الوالدة لأنه يتطلب مشاركة الآباء. نقوم بالتعرض الحقيقي التدريجي للمواقف متوسطة القلق في التسلسل الهرمي ويقع التعرض إليها واللجوء إلى تقنيات الاسترخاء حتى تتخفف درجة القلق إلى ٢، التعرض يتم بمعدل مرة واحدة في الأسبوع.

الجلسة التاسعة

أهداف الجلسة: أهداف الطفل: التعرض للحدث الأعلى والأشد قلقاً من خلال السرد، وضع تخطيط للحماية. **أهداف الوالدين:** نفس أهداف الطفل بالإضافة إلى رفض التردد.

محتوى الجلسة:

الجلسة المشتركة مع الطفل والأم: في بداية الجلسة، يتحقق المعالج من ردود فعل الولي والطفل تجاه الجلسة السابقة وذكر الملاحظات أو الاستفسارات، بعد ذلك يتم مناقشة الواجب المنزلي (٥ دقائق).

مع **الطفل** نفس الجلسة السابعة والثامنة، وهنا سيقع تناول المواقف الأعلى في التسلسل الهرمي. يقوم الطفل برسم الموقف وسرده ومحاولة التركيز معه حتى تخف درجة القلق. يواصل المعالج التطرق إلى مخطط الحماية.

الواجب المنزلي: يعطى للطفل بحضور الوالدة لأنه يتطلب مشاركة الآباء. نقوم

بالتعرض الحقيقي التدريجي للمواقف العالية القلق في التسلسل الهرمي ويقع التعرض إليها واللجوء إلى تقنيات الاسترخاء حتى تتخفض درجة القلق إلى ٢، التعرض يتم بمعدل مرة واحدة في الأسبوع.

الجلسة العاشرة

أهداف الجلسة: أهداف الطفل: التعرض للحدث الأعلى والأشد قلق من خلال السرد، وضع تخطيط للحماية. أهداف الوالدين: نفس أهداف الطفل بالإضافة إلى رفض التردد.

محتوى الجلسة:

الجلسة المشتركة مع الطفل والأم: في بداية الجلسة، يتحقق المعالج من ردود فعل الولي والطفل تجاه الجلسة السابقة وذكر الملاحظات أو الاستفسارات، بعد ذلك يتم مناقشة الواجب المنزلي (٥ دقائق).

مع الطفل: نواصل التعرض التخيلي ويقوم الطفل برسم الموقف الأعلى قلقاً في التسلسل الهرمي وسرده ومحاولة التركيز معه حتى تخف درجة القلق.

نقوم بتصفح ومراجعة كراس الطفل مع الوقوف بدقة على كل المراحل وماذا فعل في كل حصة وما هي المهارات المكتسبة ودائماً مع الثناء على مجهودات الطفل.

الجلسة الحادية عشرة

أهداف الجلسة: أهداف الطفل: الوقاية من الانتكاسة. أهداف الوالدين: نفس أهداف الطفل بالإضافة إلى رفض التردد.

محتوى الجلسة:

الجلسة المشتركة مع الطفل والأم: يقوم المعالج بتذكير الطفل بأن كثيراً من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ذهبت ولن تعود ولن تزعجهم من جديد. فقد نبقى الأمور على هذا النحو ولكن في بعض الأحيان ممكن أن تعود بعض الذكريات السيئة وأن ذلك ممكن أن يحدث في الأسبوع المقبل والعام المقبل. نقوم بمراجعة الهرم التسلسلي ونأخذ من الذكريات المتوسطة القلق ويقوم الطفل برسم الموقف. ويسأل الطفل ما يجب فعله في صورة ما رجعت هذه الفكرة. الجواب المناسب يكون "أنتظر لحتى تخف درجة القلق، الاسترخاء والحديث مع أحد إلى أن أحس أن أنني أحسن".

وبعكس جلسات التعرض السابقة لا نتوقع أن درجة قلق الطفل سوف تتصاعد فهذا سيناريو افتراضي. ونتهي الجلسة بأن نطلب من الطفل أن يرسم صورة عنه لما يكبر.

الجلسة الثانية عشرة

أهداف الجلسة: أهداف الطفل: المراجعة.

محتوى الجلسة: الجلسة المشتركة مع الطفل والأم: الهدف هو مراجعة كل الجلسات وذلك يستغرق تقريباً من ١٥ إلى ٣٠ دقيقة، نمرر مقاييس التقييم "قائمة اضطرابات ضغط ما بعد الصدمة" و"تقرير الأطفال حول أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة/تقرير الآباء بشأن أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة".

نعطي الطفل شهادة أنه أنهى بنجاح دورة العلاج الذهني السلوكي والتي تشمل التعرف على المشاعر، تعلم طرق الاسترخاء والتحكم في التصرفات.

إنهاء العلاج

الأطفال الذين يتلقون الخدمات المدرسية يستطيعون عموماً العمل من خلال محتويات العلاج في ١٢ إلى ١٦ جلسة. وينتهي العلاج بتخريج جماعي بعد الدورة النهائية، حيث يتم تقديم الأطفال مع "شهادات" الاعتراف بنجاح الانتهاء من العلاج. ومع ذلك، قبل حصولهم على شهاداتهم، فإن المعالج يساعد الأطفال على أن يقوموا بعمل رسالة شخصية خاصة بهم للمشاركين في المستقبل في العلاج الذهني السلوكي المركز على الصدمة، حيث يشاركونهم لماذا كانوا يتلقون العلاج، أفكارهم ومشاعرهم في بداية العلاج، ما تعلموه، وما سيخبرون به طفلاً آخر يمر بخبرة مماثلة. رسالتهم مجهولة الهوية ويتم توقيعها مع الأحرف الأولى فقط، والعمر، والجنس. ويمكن أيضاً أن تكون رسالة شخصية مكتوبة مع بصمة اليد باستخدام لونهم المفضل. يتم تجميع هذه الرسائل في سجل القصصات ومشاركتها مع المشاركين في المستقبل. وينبغي إحالة أولئك الأطفال الذين يحتاجون إلى تدخل مكثف أكثر من ذلك بعد انتهاء الجلسات الحالية. نهاية العلاج هو أيضاً الوقت المناسب للمعالجين لتقييم التقدم لكل طفل وتسهيل الإحالات للحصول على خدمات إضافية إذا لزم الأمر.

في ضوء الخبرات الشخصية بين المراهقين، إنهاء العلاقة العلاجية مهم جداً. قد

تكون هذه أول تجربة صحية "للتوديع". يجب على المعالج التخطيط لهذا في وقت مبكر من العلاج وإعادة النظر حسب الضرورة طوال الوقت. وقد يؤدي الإنهاء إلى مشاعر فقدان أو هجر. من الناحية المثالية، يمكن للمعالج مساعدة المراهق على التعامل مع مشاعره حول هذا والتعرف على كيفية نهاية هذه العلاقة وكيف أنها تختلف عن التجارب السابقة. وينبغي أن يتم الانتهاء من العلاج بطريقة يمكن التنبؤ بها للمراهقين ويكون لهم بها بعض السيطرة المناسبة (على سبيل المثال، اختيار النشاط للدورة النهائية). يجب على المعالج أن يقدم الإنهاء باعتباره إنجازاً. فكرة أن العلاقة العلاجية تستمر بعد نهاية الجلسات، وإن كان ذلك في شكل مختلف، هو أيضاً مفهوم مهم. ونظراً للصعوبات المتصلة بالتعلق بهذه الفئة من السكان، فإن تقديم أمثلة ملموسة لهذه العلاقة المستمرة -مثلاً إعطاء المراهق صورة فوتوغرافية للمعالج والمراهقين معاً- مفيد بوجه خاص. الإفصاح الحقيقي عن مشاعر المعالج بشأن نهاية العلاج يمكن أيضاً أن تكون مناسبة ومفيدة؛ النمذجة المناسبة، التعبير عن المشاعر المرتبطة مع الانتهاء من العلاج (على سبيل المثال، الحزن والفخر والأمل) والاعتراف بالقدرة على الحفاظ على التمثيل العقلي للعلاقة العلاجية (على سبيل المثال، والتأكيد على أن المعالج لن ينسى المراهقين) هي مفاتيح نهاية ناجحة (Cohen, Mannarino, & Deblinger 2012).

المتابعة والوقاية من الانتكاسة

إن الوقاية من الانتكاسة تكون بتعزيز السلامة. إن تعزيز السلامة والتنمية المستقبلية هو مكون ممكن إدراجه في مراحل مختلفة من العلاج تبعاً للصدمات التي يتم معالجتها والظروف العائلية (Cohen, Mannarino, & Murray, 2011). وبالنسبة للأطفال الذين تعرضوا للعنف المنزلي أو المجتمعي وقد يكون لديهم بعض التعرض المستمر على الرغم من الجهود المبذولة للتقليل إلى أدنى حد ممكن من ذلك، يمكن إدخال مهارات السلامة وممارستها في وقت مبكر من العلاج لتعزيز السلامة في البيئات عالية المخاطر وضمان أن الجميع يتفوقون معاً فيما يتعلق بخطة السلامة. قد يتم تطبيع تعلم مهارات السلامة الشخصية من خلال تشبيهها بمهارات السلامة القياسية الأخرى التي قد يكون الأطفال قد تعلموها في المدرسة أو في المنزل -على سبيل المثال، "التوقف والانخفاض" من أجل السلامة من الحرائق؛ واستخدام أحزمة الأمان أثناء ركوب السيارة، وارتداء خوذة أثناء ركوب الدراجة- ولكن قبل الشروع في التدريب على

مهارات السلامة الشخصية، من المهم جداً أن نؤكد للأطفال أن الطريقة التي استجابوا بها للصدمة كانت أفضل طريقة يمكن أن تحدث معهم حسب سنهم ومعرفتهم وعواطفهم وخبراتهم في ذلك الوقت. وعلاوة على ذلك، قد يتم تذكير الأطفال المشاركين في العلاج الذهني السلوكي المركز على الصدمة أنهم قد انخرطوا بالفعل في أهم مهارة للسلامة - وهي إبلاغ شخص بالغ موثوق به عن الصدمة - وينبغي تهنئتهم لقيامهم بذلك نظراً لمدى صعوبة هذه الخطوة. وتشمل الأهداف الرئيسية لمكون مهارات السلامة ما يلي:

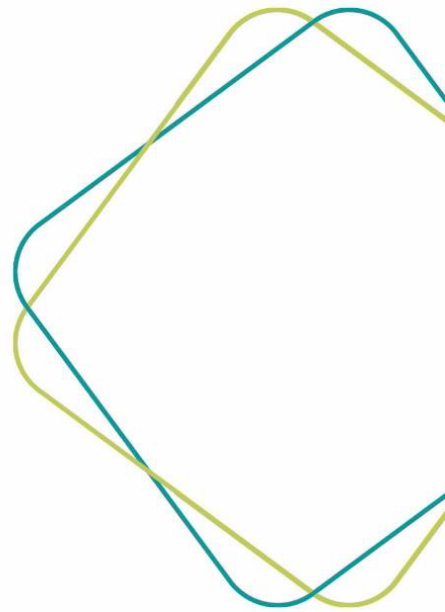
1. تقييم مهارات الأطفال ومعارفهم فيما يتعلق بالأخطار المحتملة في بيئتهم.
2. تقديم واستعراض المعلومات المتعلقة بالمخاطر ذات الصلة، مثل الاعتداء الجنسي على الأطفال، والعنف الأسري، والعنف المجتمعي، والتتمر، وخطر الإنترنت.
3. تطوير وممارسة التواصل، والحزم، وحل المشكلات، وسلامة الجسم، ومهارات السلامة الأخرى ذات الصلة بالصدمة التي تحملها (على سبيل المثال، السلامة من الحرائق).
4. إشراك الوالدين في مراجعة المهارات وتطوير خطط السلامة التي يمكن ممارستها خلال جلسات مشتركة و/أو الجلسات العائلية. وقد يحتاج الأطفال الذين تعرضوا لخسائر كبيرة وحزن مؤلم إلى مكونات إضافية تركز على الحزن (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2012).

المراجع

- نعمان، شعبان علوان (٢٠٠٩). اضطراب الرض التالي للكرب، دراسة على عينة من أطفال غزة. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، ٢١-٢٢.
- صالح، قاسم حسين (٢٠٠٢). اضطراب ما بعد الصدمة. مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، المجلد الثالث عشر العدد ٤٩.
- النابلسي، محمد أحمد (١٩٩٨). الصدمة النفسية، علم نفس الكوارث والحروب. بيروت، دار النهضة.
- والتر بنداي بنجهام (١٩٦١). سيكولوجية المقابلة ترجمة عزت سيد إسماعيل فاروق عبد القادر. القاهرة: دار النهضة العربية.
- يعقوب، غسان (١٩٩٩). سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي. بيروت: دار الفارابي.
- Alisic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Metaanalysis. *British Journal of Psychiatry*, 204, 335-340.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2017). Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). [online] Available at: http://www.aacap.org/App_Themes/AACAP/docs/facts_for_families/70_posttraumatic_stress_disorder_ptsd.pdf
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Chemtob, C., Roitblat, H. L., Hamada, R. S., Carlson, J. G., & Twentyman, C. T. (1988). A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 253-275.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2010). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for traumatized children. In J. A. Weiss, & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 295-311). New York: Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (Eds.). (2012). *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. New York, NY: Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Murray, L. K. (2011). Trauma-focused CBT for youth who experience ongoing traumas. *Child Abuse and Neglect*, 35, 637-646
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse related PTSD symptoms: Examining predictors of treatment response. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1474-1484.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1063-1084.
- Dyregrov, A. (2003). *Psychological Debriefing: A Leader's Guide for Small Group Crisis Intervention*. Ellicott City, MD: Chevron Publishing Corporation.
- Ehlers, A., & Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Epstein, C., Hahn, H., Berkowitz, S., & Marans, S. (2017). The Child and Family Traumatic Stress Intervention. In M. A. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (Eds.). *Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents* (pp. 145-166). New York, NY: Springer.
- Eysenck, M. W., & Keane, M. T. (2000). *Cognitive psychology: A Student's handbook* (4th Ed.). Hove, East Sussex: Psychology Press.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C., & Treadwell, K. R. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of clinical child psychology*, 30, 376-384.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.

- Grayson, J., Childress, A., Baker, W., & Grayson, P. (2012). *Evidence-based treatment for childhood trauma*. Virginia Child Protection Newsletter, [online] pp.2-12. Available at: <https://cacnc.org/wp-content/uploads/2016/06/Evidence-based-trauma-informed-models>.
- Greenwald, R., & Rubin, A. (1999). Brief assessment of children's post-traumatic symptoms development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice*, 9, 61-75.
- Keane, T. M., & Barlow, D. H. (2002). Posttraumatic stress disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and Its Disorders* (2nd ed., pp. 418–53). New York: Guilford.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., Zimering, R. T., & Bender, E. (1985). A behavioral approach to assessing and treating post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake. Vol. 1: The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (pp. 257–294). New York: Brunner/Mazel.
- Lang, P. J., Levin, D. N., Miller, G. A., & Kozak, M. J. (1983). Fear behavior, fear imagery, and the psychophysiology of emotion: The problem of affective response integration. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 276–306.
- Lieberman, A. F., Gosh Ippen, C., & Van Horn, P. (2015). *"Don't hit my mommy!" A manual for child-parent psychotherapy with young witnesses of family violence* (2nd ed.). Washington, D.C.: National Center for Clinical Infant Programs.
- McLean, C. P., Rosenbach, S. B., Capaldi, S., & Foa E. B. (2013). Social and academic functioning in adolescents with child sexual abuse-related PTSD. *Child Abuse & Neglect*, 37, 675–678.
- McNeil, C. B., & Hembree-Kigin, T. (2010). *Parent-child interaction therapy*. New York, NY: Springer.
- Merikangas, K. R., He, J. P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 980-989.
- North, C. S., Smith, E. M., McCool, R. E., & Lightcap, P. E. (1989). Acute post disaster coping and adjustment. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 353–360.
- O'Leary, K. D., & Wilson, G. T. (1987). *Behavior therapy: Application and outcome* (2nd ed.). Engelwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748–756.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867–879.
- Riggs, D. S., Rothbaum, B. O., & Foa, E. B. (1995). A prospective examination of symptoms of post-traumatic stress disorder in victims of non-sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 201–214.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, (1992). A prospective Examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455–475.
- Saigh, P. A. (2004). *The children's posttraumatic stress disorder inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Saigh, P. A., Yasik, A. E., Oberfield, R. A., Green, B., Halamandaris, P., Rubenstein, H., Nester, J., Resko, J., Hetz, B., & McHugh, M. (2000). The Children's PTSD Inventory: Development and reliability. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 369–380.
- Scheeringa, M. S., & Gonzalez, R. (2013). *YOUTH PTSD CBT TREATMENT A Cognitive-Behavioral Therapy Manual for Posttraumatic Stress Disorder*, Tulane University Health Sciences Center New Orleans, LA.
- Smucker, M. R., Grunert, B. K., & Weis, J. M. (2003). Posttraumatic stress disorder: A new algorithm treatment model. In R. L. Leahy (Ed.), *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy* (pp. 175–194). New York: Guilford Press.
- Suvak, M. K., Barrett, L. F. (2011). Considering PTSD from the perspective of brain processes: A psychological construction approach. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 3-24.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

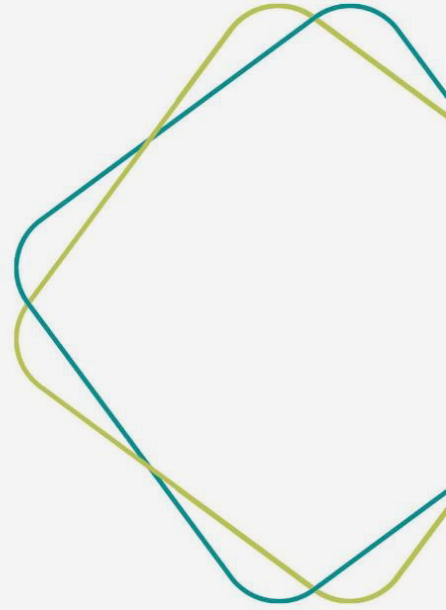
- van der Kolk, B. (2001). The psychobiology and psychopharmacology of PTSD. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 16, S49-S64.
- World Health Organization. (2011). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision*. Geneva: WHO.
- Zandberg, L. J., Capaldi, S., & Foa, E. B. (2017). Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents. in L. A Theodore (Ed.), *Handbook of Evidence-Based Interventions for Children and Adolescents* (pp. 325-338). New York, NY: Springer.



الفصل الرابع:

العلاج النفسي
لاضطرابات الأكل
لدى الأطفال

د. عبير بنت حسن خياط



تمهيد

على الرغم من ارتفاع معدل انتشار اضطرابات الأكل لدى الصغار والتعقيدات الصحية والوفيات التي تنتج عنها، تحديداً بين الفتيان والأقليات العرقية، إلا أن هذا النوع من الاضطرابات لا يتم تشخيصه بالشكل الكافي من قبل أخصائي الأطفال. وتشير الدراسات الوبائية إلى أن أعداد الأطفال والمراهقين المصابين باضطرابات الأكل ازدادت باضطراد منذ الخمسينات حتى الآن (Committee on Adolescence, 2017). ويُشار إلى أن العديد من المراهقين لا يتلقون العلاج، والذين يتم علاجهم لا يتعافون بتاتا أو يتعافون بشكل جزئي (Campbell & Peebles, 2014)، لذا لا بدّ من وجود أدوات تشخيصية توفر مؤشرات اشتباه عالية، لتمكين التشخيص والتدخل المبكر مما يؤدي إلى نتائج أفضل في العلاج.

لا يوجد تعريف خاص باضطرابات الأكل لدى الصغار، لذا يمكن الاعتماد على تعريف اضطرابات الأكل بأنها "اختلالات حادة في سلوك الأكل، وعدم الانتظام في تناول الوجبات، ما بين الامتناع القهري عن تناول الطعام، أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد، وقد يصاحبه محاولة من الفرد للتخلص من الطعام الزائد" (Zerbe, 2007).

نسب انتشاره وحدوثه

تعتبر اضطرابات الأكل لدى الصغار واسعة الانتشار، وخصوصاً بين الأطفال الأصغر سناً والأولاد الذكور والأقليات العرقية (Smink, Hoeken & Hoek, 2012). ويبلغ معدل انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي بين ٠.٥٪ إلى ٢٪، وتكون ذروة الإصابة به في المرحلة العمرية بين ١٣ و ١٨ عاماً (Weaver & Leberman, 2012). كما أن معدل الوفيات الناتج عنه يتراوح بين ٥٪ و ٦٪، وهو أعلى معدل للوفيات الناتجة عن الاضطرابات النفسية (Sullivan, 1995). أما اضطراب الشره العصبي فيبلغ معدل انتشاره بين ٠.٩٪ و ٣٪ (Hoste, Labuschagne & Le Grange, 2012)، ويبدأ هذا الاضطراب عادةً في مرحلة المراهقة، أي في سن السادسة عشرة أو السابعة عشرة (Sim et al., 2010).

ووفقاً لتصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في إصداره الرابع (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)، فإن معظم

المراهقين تم تشخيصهم باضطراب الأكل غير المحدد في مكان آخر Eating Disorder not Otherwise Specified. حيث تبلغ نسبة انتشار هذا الاضطراب بين المراهقين ٤,٨٪ (Le Grange, Swanson, Crow & Merikanas, 2012).

ويُشار إلى أن نسبة الذكور الصغار المصابين باضطرابات الأكل أكثر من نسبة الذكور الكبار. يتضح ذلك في نسب الإصابة بين الجنسين، حيث تبلغ نسبة الإناث إلى الذكور ٦ إلى ١ في الصغار، بينما تبلغ هذه النسبة ١٠ إلى ١ في الكبار (Pinhas, Morris, Crosby & Katzman, 2011). وبشكل عام؛ فإن ٢٠٪ من الفتيات و ١٥٪ من الفتيّة مصابون باضطرابات أكل تستدعي تدخل طبي. هذا بالإضافة إلى أن ٩٪ من الفتيات و ٤٪ من الفتيّة يقومون بالقيء العمد بشكل يومي (Austin et al., 2008). وتعتبر السلوكيات الغذائية مؤشراً مهماً قد يؤدي إلى اضطرابات الأكل لدى الصغار، حيث وجد أن ٥٠٪ من الفتيات و ٢٥٪ من الفتيّة يقومون باتباع نظام غذائي معين (Neumark-Sztainer, Wall, Larson, Eisenberg, & Loth, 2011).

التصنيفات

قبل سرد تصنيفات اضطرابات الأكل لدى الصغار، لا بدّ من استعراض الاختلاف بين هذه التصنيفات في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في إصداره الرابع والدليل في إصداره الخامس DSM-5. حيث يكمن السبب الرئيسي في هذا الاختلاف إلى أن المعايير المعتمدة لتشخيص اضطراب فقدان الشهية العصبي واضطراب الشره العصبي في الدليل الرابع ضيقة جداً. مما أدى إلى أن أكثر من ٥٠٪ من الأشخاص المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي واضطراب الشره العصبي تم تشخيصهم على أنهم مصابون باضطراب الأكل الغير محدد في مكان آخر، وتحديدًا عند المراهقين الذين يعانون من اضطرابات الأكل (Fisher, Gonzalez & Malizio, 2015). لذا قام فريق عمل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في إصداره الخامس بعدة تغييرات لحل هذه المشكلة (American Psychiatric Association (APA), 2000, 2013)، والتي شملت بشكل رئيسي التالي:

- تطوير معايير تشخيص أكثر شمولية لكل من اضطراب فقدان الشهية العصبي واضطراب الشره العصبي مقارنة مع الدليل الرابع، لتجنب تشخيص مشاكل الأكل في كثير من حالات المراهقين على أنها "اضطراب الأكل الغير محدد في مكان آخر".

- استبدال اضطراب التغذية في الرضاعة والطفولة المبكرة Feeding Disorder of Infancy or Early Childhood المدرج في الدليل الرابع باضطراب تناول الطعام التقييدي/الاجتبابي Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder الأكثر شمولية والغير محدد لعمر معين، حيث كان الأول يقتصر فقط على الأطفال دون الستة أعوام (Fisher, Gonzalez, & Malizio, 2015).
- استبدال اضطراب الأكل الغير محدد في مكان آخر المدرج في الدليل الرابع التشخيصي والإحصائي الرابع، باضطرابات التغذية أو الأكل المحددة الأخرى Other Specified Feeding or Eating Disorder والذي تم تشخيص العديد من المرضى به، تحديداً أولئك الذين لم يستوفوا معايير اضطراب فقدان الشهية العصبي واضطراب الشره العصبي.
- التغيرات أعلاه كان لها التأثيرات التالية في تشخيص اضطرابات الأكل لدى الصغار (Ornstein et al., 2013):
 - نقصان نسب التشخيص لاضطراب الأكل الغير محدد في غير ذلك من ٦٢.٣٪ إلى ٣٢.٦٪.
 - زيادة نسب التشخيص لاضطراب فقدان الشهية العصبي من ٣٠٪ إلى ٤٠٪.
 - زيادة نسب التشخيص لاضطراب الشره العصبي من ٧.٣٪ إلى ١١.٨٪.
 - تشخيص ١٤٪ من مجموع الصغار المصابين باضطرابات الأكل باضطراب تناول الطعام التقييدي/الاجتبابي.
- تم تحديد الأنواع التالية لاضطرابات الأكل لدى الصغار في تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في إصداره الخامس (انظر: APA, 2013):
 - **اضطراب تناول الأطعمة الشاذة Pica:** يتسم المصابون بهذا الاضطراب بتناول المواد غير الغذائية، والتي قد تشمل مواد مثل الفحم أو الأوساخ أو الورق، وهي مواد غير قابلة للهضم. لا بد من استمرار هذه الأعراض لمدة شهر واحد على الأقل ليتم التشخيص بهذا الاضطراب.
 - **الاضطراب الاجتراري Rumination Disorder:** يقوم المصابون بهذا الاضطراب بإرجاع

وإعادة مضغ الأكل المهضوم جزئياً والذي سبق وتم ابتلاعه، وعادة ما يصاب به الرُّضع والأطفال الصغار.

- **اضطراب تناول الطعام التقييدي/الاجتنابي** Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: يحد المصابون بهذا الاضطراب من استهلاك بعض أنواع الأطعمة لأسباب فسيولوجية أو نفسية والتي قد تشمل شكل الطعام، رائحة أو طعم الطعام، ملمس الطعام، علامة الطعام التجارية، طريقة تقديم الطعام أو تجربة سلبية سابقة مع الطعام.
- **اضطرابات التغذية أو الأكل المحددة الأخرى** Other Specified Feeding or Eating Disorder: يتم تشخيص الأشخاص بهذا الاضطراب إذا كانوا يعانون من أعراض اضطرابات تغذية أو أكل، ولكن لا تستوفي المعايير التشخيصية بالشكل الكامل للاضطرابات التالية: اضطراب فقدان الشهية العصبي، اضطراب الشره العصبي، اضطراب نهم الطعام، اضطراب تناول الطعام التقييدي/الاجتنابي، اضطراب تناول الأطعمة الشاذة أو الاضطراب الاجتراري.
- **اضطراب فقدان الشهية العصبي** Anorexia Nervosa: القلق الشديد من كسب الوزن وأثر ذلك على المظهر هي السمة الأساسية لهذا الاضطراب. يؤدي ذلك إلى أفعال يقوم بها المصاب للتقليل السعرات الحرارية الداخلة للجسم من خلال التقييد الشديد لتناول الطعام والتقيؤ المتعمد بعد الأكل. إذا لم يتم علاجه، قد يؤدي اضطراب فقدان الشهية العصبي إلى ضرر كبير للجسم والوفاه.
- **اضطراب الشره العصبي** Bulimia Nervosa: كما بالاضطراب السابق، ينشغل المصاب بصورة غير اعتيادية بشكل جسمه ووزنه وقد يؤدي ذلك إلى احتقار الذات. يعاني المصاب من دورة الأكل الزائد ثم الرغبة بالتخلص منه باستخدام المليينات ومدرات البول والتمارين الرياضية القاسية.
- **اضطراب نهم الطعام** Binge Eating Disorder: يقوم المصاب، الذي يعاني عادة من البدانة، بتناول كميات كبيرة من الطعام بالرغم من عدم شعوره بالجوع ويتم ذلك خلال فترات زمنية قصيرة. لا يمارس المصاب بهذا الاضطراب أي سلوكيات تعويضية للتخلص من الأكل الزائد.

أعراض الاضطراب

يحدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في إصداره الخامس (APA, 2013) أعراض خاصة لكل اضطراب وذلك كما يلي:

- **اضطراب تناول الأطعمة الشاذة:** يتسم الطفل أو الرضيع المصاب بهذا الاضطراب بأكل الطلاء والجص، الخيوط، الشعر والقماش. بينما الأطفال الأكبر سناً قد يأكلون فضلات الحيوانات، الرمل، الحشرات، الأوراق، الحصى وأعقاب السجائر. أما المراهقون والبالغون فيأكلون الطين أو التربة في معظم الأحيان.
- **الاضطراب الاجتراري:** تشمل أعراض هذا الاضطراب في الأطفال الرضع والأطفال الصغار: ارتجاع الطعام المتكرر، تكرار إعادة مضغ الطعام، فقدان الوزن، رائحة الفم الكريهة وتسوس الأسنان، آلام المعدة المتكررة وعسر الهضم و تشقق الشفاه.
- **أعراض اضطراب تناول الطعام التقييدي/الاجتنابي:** تشمل أعراض هذا الاضطراب في الأطفال: فقد ملحوظ للوزن أو فشل في تحقيق زيادة الوزن المتوقعة أو تعثر النمو، نقص غذائي كبير، الاعتماد على التغذية المعوية أو المكملات الغذائية عن طريق الفم وتشوش ملحوظ في الأداء النفسي والاجتماعي.
- **أعراض اضطرابات التغذية أو الأكل المحددة الأخرى:** الأشخاص المصابون بهذا الاضطراب قد يعانون من أعراض تشابه مع أعراض اضطرابات الأكل الأخرى، كاضطراب فقد الشهية العصبي و اضطراب الشره العصبي. ما يشترك فيه جميع المصابين بهذا الاضطراب أن لديهم أنماط أكل مضطربة جداً، تصور مشوه لأجسامهم كما ويكون لديهم غالباً خوف شديد من اكتساب الوزن. يعاني الأطفال المصابون بهذا الاضطراب من تذبذب في وزن الجسم أو فقدان أو كسب وزن كبير، عدم بدء الدورة الشهرية عند الفتيات في بعض الأحيان، المرض أكثر من المعتاد، علامات تلف من القيء المتكرر، مثل تورم حول الخدين والفك، الأسنان التالفة ورائحة النفس الكريهة والإغماء أو الدوخة.
- **أعراض اضطراب فقدان الشهية العصبي:** المصاب بهذا الاضطراب لديه هاجس قهري من تأثير الطعام على وزن وشكل الجسم. يؤدي ذلك إلى اتباعه سلوكيات ضارة تشمل التقييد الشديد لكميات الأكل التي يتم تناولها والتقيؤ المتعمد لعدم كسب الوزن. تسبب تلك السلوكيات فقدان حاد للوزن بدون إدراك المصاب

لخطورة ذلك.

- **أعراض اضطراب الشره العصبي:** السمة الأساسية لهذا الاضطراب تناول كميات كبيرة من الطعام في نوبات أكل لا يستطيع المصاب التحكم بحدوثها ويفصل بينها فترات زمنية قصيرة. يقوم المصاب بسلوكيات تعويضية قهرية لمنع كسب الوزن مثل التقيؤ المتعمد وتناول المليينات ومدرات البول. يقتصر تقييم المصاب لذاته على وزن وشكل جسمه.
- **أعراض اضطراب نهم الطعام:** هذا الاضطراب شبيه في أعراضه لاضطراب الشره العصبي، ولكن لا يقوم المصاب بأي سلوك تعويضي للحد من زيادة الوزن.

المسببات

على الرغم من عدم وجود سبب واضح لاضطراب الأكل لدى الصغار، إلا أنه يمكن تصنيف العوامل المسببة لهذه الاضطرابات إلى عوامل بيولوجية، عوامل نفسية وعوامل ثقافية اجتماعية. العوامل البيولوجية وخاصة الوراثية، تلعب دوراً أكبر عند المراهقين، خصوصاً الفتيات، مقارنةً بالأطفال. أما العوامل النفسية فقد تشمل تأثير نقد الوالدين على إدراك الطفل لشكل جسمه. بينما العوامل الثقافية الاجتماعية تتجسد في تأثير الصورة الثقافية السائدة التي تفضّل شكل الجسم النحيل وتعتبره الجسم الصحي، وتأثير وسائل الإعلام في هذا المجال. كذلك، فإن طبيعة العلاقات الأسرية والاجتماعية مع الأقران قد تكون من العوامل المسببة للإصابة (Klump, 2013).

وسائل الوقاية

تشمل جهود الوقاية من اضطرابات الأكل لدى الصغار التالي: تحديد عوامل الخطر التي قد تؤدي إلى حدوث اضطرابات الأكل (المسببات)، والحد أو التخلص منها، وتعزيز العوامل التي تحفز على الحماية من اضطرابات الأكل. تستهدف هذه الجهود كل من الفرد، والأسرة، والمؤسسات، والمجتمع (LeGrange, 2011).

طرق العلاج

تتميز طرق العلاج الخاصة باضطرابات الأكل لدى الصغار بإشراك الأسرة وخاصة الوالدين في البرنامج العلاجي. تعتمد طبيعة مشاركة الأسرة ومستواها على طريقة

العلاج، وسمات الحالة المصابة. تؤكد الدراسات البحثية على فعالية العلاج العائلي في التعامل مع اضطرابات الأكل لدى الصغار وخاصة اضطراب فقدان الشهية العصبي (Lock, 2015; Watson & Bulik, 2013). كما أن هناك أدلة تشير إلى كفاءة العلاج العائلي في التعامل مع اضطراب الشره العصبي لدى الصغار (Le Grange, Lock, Agras, Bryson & Jo, 2015). يتم اللجوء إلى استخدام العلاج السلوكي الذهني أيضاً بعد موافقته ليتناسب مع الفئة العمرية الصغيرة، ويشمل ذلك إشراك أفراد الأسرة في الأنشطة العلاجية (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2017). سيتم مناقشة التدخلات العلاجية لاضطرابات الأكل لدى الصغار بالتفصيل في الأجزاء التالية من هذا الفصل.

تقييم اضطرابات الأكل لدى الصغار

أبعاد التقييم

تعتبر عملية تقييم اضطرابات الأكل لدى الصغار مهمة جداً، لما لهذه الاضطرابات من عواقب صحية سلبية فريدة تصيب فقط الطفل والمراهق. تشمل هذه العواقب تباطؤ في النمو البدني، وتأخر البلوغ، وانخفاض كتلة العظام في وقت الذروة النمائية (المرحلة العمرية التي ينبغي أن تصل فيها كتلة العظام إلى ذروتها) (Rome & Ammerman, 2003). قد تؤدي هذه الاضطرابات إلى مشاكل أكثر تعقيداً ولا يمكن علاجها مثل "التقزم"، حتى وإن تم الوصول لوزن الجسم المثالي.

طرق التقييم

تتشابه الأدوات المستخدمة في تقييم اضطرابات الأكل لدى الصغار مع تلك المستخدمة لتقييم اضطرابات الأكل لدى الكبار، والتي تشمل المقابلات، مقاييس التقييم و أدوات التقرير الذاتي. إلا أن الفرق الرئيسي يكمن في تواجد ومشاركة الأسرة أثناء عملية التقييم. تهدف جميع هذه الأدوات إلى تقييم ومتابعة تقدم الحالة. ويعتمد اختيار الأداة الأنسب على الإعدادات السريرية المتوفرة، والوقت المتاح، وتدريب الفريق الذي يقوم بالتقييم.

يجب أن يدعم التقييم الاحتياجات البدنية والنفسية والاجتماعية التي تتوافق مع المرحلة النمائية للطفل أو المراهق. يتم توظيف أدوات التقييم في مقابلة سريرية تشمل

كل من الطفل والأسرة. كما وتُعد جلسات فردية مع الطفل بالإضافة إلى جلسات أسرية، وذلك لأن الطفل أو المراهق قد لا يرغب في الإفصاح عن مخاوف الوزن أو شكل الجسم والمخاطر المرتبطة بذلك في وجود أفراد الأسرة. إضافة إلى ذلك، لا بدّ من تقييم المخاطر الصحية والنفسية بشكل مستمر على مدار فترة العلاج، حيث أن المخاطر المرتبطة بهذه الاضطرابات تتذبذب. في بعض الحالات، لا بد من مراقبة أوقات تناول الوجبات بشكل مباشر، كما يجب متابعة النمو لأولئك الذين لم يصلوا إلى سن البلوغ (Mairs & Nicholls, 2017).

تشمل أدوات تقييم اضطرابات الأكل لدى الصغار التالي:

- **المقابلات Interviews:** يُستخدم فحص اضطرابات الأكل للأطفال Child Eating Disorder Examination وهو الإصدار الخاص بالأطفال لفحص اضطرابات الأكل. ويُستخدم هذا الفحص لتقييم الأطفال الذين يبلغون سبعة أعوام أو أكثر (-Bryant Waugh, Cooper, & Taylor, 1996).
- **مقاييس التقييم Rating Scales:** من المقاييس المستخدمة بشكل واسع في هذا المجال استبيان الأكل ونمط الوزن الخاص بالمراهقين Adolescent Version of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns. وهو يهدف إلى تقييم وجود أو عدم وجود اضطراب الأكل بنهم، ومدى تكرار سلوكيات الأكل بنهم والمتطلبات الإضافية اللازمة لتشخيص الاضطراب (Celio, Wilfely, Crow, Mitchell & Welsh, 2004).
- **أدوات التقرير الذاتي Self-Report:** من أوسع أدوات التقرير الذاتي المستخدمة استبيان فحص اضطرابات الأكل، وهو الإصدار الخاص بالأطفال لاستبيان فحص اضطرابات الأكل والذي يُستخدم لفحص اضطرابات الأكل لدى الكبار. تم تطوير هذا الاستبيان استناداً إلى مقابلة فحص اضطرابات الأكل، ويتم استخدامه عند عدم إمكانية استخدام المقابلة. يقوم هذا الاستبيان بفحص أربع محاور رئيسية وهي: ضبط النفس، والمخاوف المتعلقة بالأكل، والمخاوف المتعلقة بالوزن والمخاوف المتعلقة بشكل الجسم.

كما يستخدم مقياس مراقبة السلوك النظري Anorectic Behavior Observation Scale لفحص اضطرابي فقدان الشهية والشراهة العصبي عند الأطفال. وهو استبيان للتقرير الذاتي يتكون من ثلاثين مادة تم تصميمه للحصول على معلومات من الوالدين أو أي فرد آخر من أسرة الصغير المشتبه بإصابته باضطراب فقدان الشهية أو الشراهة

العصبي. يتناول الاستبيان ثلاثة محاور رئيسية وهي: سلوك الأكل الغير عادي، سلوك الأكل بشرامة وفرط النشاط. لكن هذا المقياس لا يتناول تواتر السلوك الملحوظ للاضطراب الذي يتم فحصه (Vandereycken, 1991).

أثبتت الدراسات أن الأطفال والمراهقين يواجهون صعوبات في تحديد نوبات تناول الطعام بنهم عند عدم تلقيهم تعليمات مفصلة. لذا فإن المقابلة السريرية كفحص اضطراب الأكل لدى الصغار تعتبر ضرورية جداً لتحديد اضطرابات الأكل في الأطفال الذين يعانون من السمنة المفرطة، ولا يمكن الاعتماد على استبيانات التقرير الذاتي كاستبيان اضطراب الأكل لدى الصغار حيث يتم الاعتماد عليها فقط كأداة فحص وليست تشخيص. كما يجب توفير تعريف دقيق وواضح للملامح اضطراب الأكل الذي يتم فحصه عند استخدام استبيان التقرير الذاتي (Decaluwé & Braet, 2004).

معايير التشخيص

وفقاً لمعايير تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في إصداره الخامسة (APA, 2013)، فإنه لتشخيص إصابة الشخص بأحد اضطرابات الأكل، لا بد أن يظهر عليه أعراض معينة، وهي ما سوف يتم استعراضها لكل اضطراب في المقاطع التالية.

أعراض إصابة الشخص باضطراب تناول الأطعمة الشاذة:

- الأكل المستمر للمواد غير الغذائية لمدة شهر واحد على الأقل.
 - تناول المواد غير الغذائية التي لا تتناسب مع المستوى النمائي للمرحلة العمرية. حيث لا يمكن تشخيص الأطفال دون عمر السنتين بهذا الاضطراب لأن وضع المواد غير الغذائية في الفم في هذا العمر يعتبر سلوكاً طبيعياً وجزءاً من تطورهم النمائي.
 - سلوك تناول المواد غير الغذائية ليس جزءاً من الثقافة أو الممارسات الاجتماعية السائدة.
 - غالباً ما يتزامن حدوث هذا الاضطراب مع اضطرابات نفسية أخرى مرتبطة بضعف الأداء الوظيفي.
- كما تختلف أعراض الإصابة بهذا الاضطراب وفقاً للمادة التي يتم تناولها، وهي كالتالي:

- تناول الرمل أو التربة يصاحبه ألم في المعدة وأحياناً قد يصل إلى حد النزيف.
- مضغ الجليد قد يسبب ذوبان غير طبيعي للأسنان.
- تناول الطين قد يسبب الإمساك.
- ابتلاع الأجسام المعدنية قد يؤدي إلى ثقب الأمعاء.
- تناول المواد البرازية غالباً ما يؤدي إلى الأمراض المعدية مثل داء السهميات، داء المقوسات وداء المسلكات.
- استهلاك الرصاص يمكن أن يؤدي إلى تلف الكلى والتخلف العقلي.

أعراض إصابة الشخص بالاضطراب الاجتراري:

- ارتجاع الطعام المتكرر لمدة زمنية تتجاوز الشهر، كما أن الأكل المُرجع يتم إعادة مضغه، وإعادة بلعه أو بصقه.
- ارتجاع الطعام المتكرر ليس نتيجة لحالة مرضية (مثلاً مرض في الجهاز الهضمي).
- ارتجاع الطعام المتكرر لا يحدث بشكل حصري مع اضطراب فقدان الشهية العصبي، اضطراب الشره العصبي، اضطراب الأكل بنهم أو اضطراب تناول الطعام التقييدي/الاجتبابي.
- يحدث عند الأطفال الذين سبق لهم تناول الطعام بشكل طبيعي.

أعراض إصابة الشخص باضطراب تناول الطعام التقييدي/الاجتبابي:

- اضطراب في التغذية أو الأكل (على سبيل المثال، عدم الاهتمام الواضح بالأكل أو الطعام أو التهرب استناداً إلى الخصائص الحسية للأغذية)، بالإضافة إلى الفشل المستمر في تلبية الاحتياجات الغذائية التي تتناسب مع المرحلة العمرية ويتجلى ذلك في المظاهر التالية:
 - عدم تحقيق زيادة الوزن المتوقعة أو تعثر النمو في الأطفال.
 - نقص غذائي كبير.
 - الاعتماد على التغذية المعوية أو المكملات الغذائية عن طريق الفم.
 - تشوش ملحوظ في الأداء النفسي والاجتماعي.
- لا يحدث الاضطراب نتيجة نقص في المواد الغذائية المتاحة.
- لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء مرض فقدان الشهية العصبي أو الشره المرضي العصبي.

- لا يعزى اضطراب الأكل إلى حالة طبية متزامنة أو اضطراب عقلي معين.
- عندما يحدث اضطراب الأكل في سياق اضطراب آخر فإن شدة اضطراب الأكل تزداد، وبالتالي تستدعي المزيد من الاهتمام السريري.

أعراض إصابة الشخص باضطراب التغذية أو الأكل المحددة الأخرى:

- يستوفي الشخص المصاب بهذا الاضطراب معايير تشخيص اضطرابات الأكل الأخرى ولكن ليس بالشكل الكامل، فعلى سبيل المثال:
- يستوفي جميع معايير اضطراب فقدان الشهية العصبي إلا أن وزنه يقع ضمن المعدل الطبيعي.
- يستوفي جميع معايير اضطراب الشره العصبي إلا أن وتيرة تكرار نوبات الأكل بشراهة والسلوك التعويضي يكونان أقل ولفترة زمنية تقل عن ثلاثة أشهر.
- يستوفي الشخص جميع معايير اضطراب الأكل بنهم إلا أن وتيرة تكرار نوبات الأكل بنهم تكون أقل ولفترة زمنية تقل عن ثلاثة أشهر.

أعراض إصابة الشخص باضطراب فقدان الشهية العصبي:

- انخفاض وزن الجسم بسبب التقليل الحاد لكميات الطاقة التي يتم إدخالها للجسم.
- القلق والخوف الشديد من البدانة.
- سلوكيات قهرية لمنع كسب الوزن.
- تقييم الذات اعتمادا على وزن وشكل الجسم، وعدم تقدير خطورة الوزن المنخفض على صحة الجسم.

أعراض إصابة الشخص باضطراب الشره العصبي:

- الأكل بنهم في نوبات متكررة، حيث لا يستطيع المصاب التحكم في الكمية التي يأكلها أو التوقف عن الأكل.
- ممارسة سلوكيات قهرية تعويضية للحد من زيادة الوزن والتي تشمل التقيؤ العمد وتناول الأدوية (المليينات ومدرات البول) وممارسة تمارين رياضية قاسية وطويلة.
- يؤثر وزن وشكل الجسم على تقييم المصاب لذاته.

أعراض إصابة الشخص باضطراب نهم الأكل:

- الأكل بنهم في نوبات متكررة كما ذكر في أعراض اضطراب الشره العصبي

ولكن بدون أي سلوك تعويضي.

- تشمل نوبات الأكل ثلاثة أو أكثر من الظواهر التالية:
 - تناول الطعام بسرعة كبيرة
 - الاستمرار في الأكل حتى الامتلاء الغير مريح.
 - لا يمكن تبرير تناول كميات الطعام الكبيرة بالجوع.
 - تناول الطعام بصورة سرية.
 - احتقار النفس أو الشعور بالذنب بعد الأكل.

صياغة الحالة ورسم خطة العلاج

بعد الانتهاء من التقييم، يتم عمل صياغة للعوامل التي تؤثر على اضطرابات التغذية أو الأكل لدى الصغار. يساعد ذلك على صياغة خطة علاج تتناسب مع الطفل/المراهق وأسرته. يجب أن تحتوي صياغة الحالة على التغذية الراجعة من مختلف مجالات التقييم والتي تشمل العوامل المادية والنفسية والاجتماعية، بالإضافة إلى التشخيص والمخاطر التي ينطوي عليها الاضطراب المحدد.

وتختلف صياغة الحالة استناداً إلى مستوى صعوبتها، وعمر الصغير المصاب والمستوى النمائي له. في العلاج السلوكي الذهني، يتم عمل صياغة الحالة وفقاً لفهم مشترك بين المعالج والمصاب. لذلك، يساهم الصغير المصاب في تطوير الصياغة الشاملة للحالة، بدءاً من صياغة بسيطة تحدد السلوكيات والحالات الذهنية المرتبطة بالاضطراب، ومن ثم التفصيل برسم خطة العلاج (Sudhir, 2015).

التدخلات العلاجية لاضطرابات الأكل لدى الصغار

العلاج العائلي

يعتبر العلاج العائلي Family-Based Therapy من أكثر طرق العلاج المبرهن استخداماً في التعامل مع اضطرابات الأكل لدى الأطفال والمراهقين. تشير الدراسات إلى الأدلة القوية التي تؤكد فعالية العلاج العائلي في علاج اضطراب فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa إذا ما قُورنت بالعلاج الفردي (Lock, 2015).

يعتمد العلاج العائلي في التعامل مع اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى الصغار على الأسرة كمورد أساسي في مساعدة الصغير على التعافي، مع التأكيد على أن

الأسرة ليست المسببة للاضطراب. يُتوقع في هذا النوع من العلاج أن يكون للوالدين الدور القيادي في إدارة أكل الابن خلال المراحل الأولى من العلاج. يسعى العلاج العائلي إلى فصل الاضطراب عن هوية المصاب الصغير (تخريج الاضطراب)، كما يتم تناول القضايا التنموية للأسرة والمصاب الصغير. يستعرض جدول (1) المبادئ الأساسية للعلاج العائلي في التعامل مع اضطراب فقدان الشهية العصبي، والأهداف المرتبطة بكل مبدأ والتدخلات العلاجية المطلوبة (Forsberg & Lock, 2015). يعتبر نموذج مادوسلي لعلاج الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي (Eisler, Simic, Blessitt, Dodge, & team, 2016) والمستخدم في مستشفى مادوسلي البريطانية من أهم البرامج العلاجية المستخدمة والمعتمدة على العلاج العائلي. سيتم مناقشة هذا النموذج بالتفصيل في الأجزاء التالية من هذا الفصل.

جدول 1: المبادئ الأساسية للعلاج العائلي للتعامل مع اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى الصغار (Forsberg & Lock, 2015).

المبدأ	الهدف	التدخلات العلاجية ذات العلاقة
اللاإرادية	تقليل الشعور بالذنب ولوم النفس لدى الوالدين، تفعيل التركيز على السمات المستمرة لاضطراب الأكل.	التأكيد على نقص البيانات السببية ودحض الخرافات. التركيز على الأدلة التي تؤكد إمكانية النجاح في العلاج من خلال مكافحة الأعراض وليس فهم المسببات.
التركيز على الأعراض	التخلص من السلوكيات المرتبطة باضطراب الأكل	مراجعة تطور الوزن/الأكل الزائد/السلوك التعويضي في بداية الجلسة. استخدام البيانات لمناقشة النجاحات والتحديات الخاصة بتطور الحالة.
الموقف الاستشاري العلاجي	زيادة الانحياز للوالدين. زيادة الفاعلية الذاتية للوالدين.	تشجيع الوالدين على تنفيذ حلول للتحديات الحالية. الإعلام عن معلومات الخبراء الخاصة باضطرابات الأكل. مساعدة الأسرة في فهم الاحتياجات الغذائية للمصاب الصغير.
تمكين الوالدين	إعادة دور الوالدين وسلطتهما على الصغير المصاب. زيادة الفاعلية الذاتية للوالدين.	تكليف الوالدين بمسؤولية مواجهة أعراض اضطراب الأكل وإدارة الوجبات. تعزيز الخطوات الإيجابية لمواجهة الاضطراب. وضع التحديات في إطار الفرص لحل المشاكل وتكليف المهارات.

استخدام شكل فين لتمثيل السمات والسلوكيات السليمة للمراهق، والسمات والسلوكيات المرتبطة باضطراب الأكل، وتداخلها. تشجيع المراهق على التفكير في التأثيرات الإيجابية والسلبية للاضطراب.	فصل الاضطراب عن المصاب الصغير. تقليص النقد العائلي. الانحياز للجانب السليم من المراهق.	تخريج الاضطراب
--	--	----------------

يحدد المعهد الوطني للتميز الصحي والاكلينيكي البريطاني (NICE, 2017) مجموعة من الإرشادات (الموضحة في إطار ١) لعلاج اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى الصغار اعتماداً على العلاج العائلي والعلاج السلوكي الذهني.

إطار ١: إرشادات علاج اضطراب فقدان الشهية العصبي (NICE, 2017).

العلاج السلوكي الذهني	العلاج العائلي
يشمل ٤٠ جلسة تعقد على مدار ٤٠ أسبوع، بمعدل جلستين أسبوعياً في الأسابيع الثلاثة الأولى. كما يتم عقد ٨-١٢ جلسة تجمع المصاب الصغير والديه.	يشمل ١٨-٢٠ جلسة تعقد في فترة سنة واحدة.
في الجلسات الفردية والأسرية، يتم التثقيف النفسي لأهمية التغذية وآثار سوء التغذية.	مراجعة احتياجات المصاب الصغير بعد أربعة أسابيع من بدء العلاج، وكل ثلاث شهور بعد ذلك، لتحديد الفترات الزمنية بين الجلسات ومدة الفترة العلاجية.
في الجلسات الأسرية، يتم تحديد أي عوامل منزلية قد تسبب صعوبة تغيير سلوك المصاب الصغير والتعامل معها، كما يتم مناقشة خطط وجبات الطعام.	تأكيد دور الأسرة في دعم المصاب للتعافي.
من الأهداف الأساسية، تقليل الخطر على صحة الجسم.	عدم لوم الأسرة أو المصاب الصغير. التثقيف النفسي عن التغذية وأضرار سوء التغذية.
التشجيع على الوصول إلى وزن الجسم الصحي والأكل الصحي.	في المراحل الأولى للعلاج، دعم الوالدين لأخذ دور مركزي في دعم المصاب في إدارة أكله والتأكيد على أن هذا الدور مؤقت.
تناول قضايا التغذية، ومنع عودة الإصابة، وإعادة الهيكلة الذهنية، وتنظيم المزاج، والمهارات الاجتماعية، والقلق الزائد بخصوص شكل الجسم وتقدير الذات.	في المرحلة الأولى، تأسيس تحالف علاجي مع المصاب الصغير والأسرة ككل.
تكوين خطة علاج شخصية تتناسب مع العمليات التي تؤدي إلى استمرار الاضطراب.	في المرحلة الثانية، مساعدة الصغير على الاستقلالية.
الأخذ بالاعتبار احتياجات النماء الخاصة بالصغير المصاب.	في المرحلة الأخيرة، التركيز على

شرح مخاطر سوء التغذية ونقص الوزن. تعزيز الفعالية الذاتية والمراقبة الذاتية لمعدلات تناول الطعام والسلوكيات والمشاعر المصاحبة لذلك. تناول كيفية طلب الدعم بعد انتهاء العلاج.	الخطط اللازمة لمنع عودة الإصابة وكيفية طلب المساعدة عند الحاجة. إذا لم يكن العلاج العائلي فعالاً، يمكن اللجوء إلى استخدام العلاج السلوكي الذهني.
---	--

بالرغم من أن فعالية العلاج العائلي في حالات اضطراب الشره العصبي Bulimia Nervosa لم تُبحث بشكل واسع، فإن هناك أدلة قوية تشير إلى الأداء الأفضل للعلاج العائلي في مواجهة اضطراب الشره العصبي إذا ما قُورن بالعلاج السلوكي الذهني Cognitive Behavioral Therapy (Le Grange, Lock, Agras, Bryson & Jo, 2015). لعلاج اضطراب الشره العصبي، يمكن إدخال التعديلات التالية على التدخلات العلاجية الخاصة بمبادئ العلاج العائلي (Forsberg & Lock, 2015):

- اللاإرادية: لا يوجد تعديلات.
- التركيز على الأعراض: الاهتمام بجعل سلوكيات الأكل طبيعية والتقليل من الأكل الزائد والسلوك التعويضي.
- الموقف الاستشاري العلاجي: يكون المراهق مشارك بصورة أكبر في التعامل مع تحديات الاضطراب.
- تمكين الوالدين: حيث يشارك المراهق -كلما كان مناسباً- في القرارات الخاصة بكيفية تحقيق الأهداف.
- تخريج الاضطراب: يستطيع المصاب الصغير باضطراب الشره العصبي بصورة أسهل فصل الاضطراب عن نفسه.

التدخلات التي يُوصى بها لعلاج اضطراب الشره العصبي لدى الصغار عادة ما تعتمد على العلاج العائلي المدعم بأساليب العلاج السلوكي الإدراكي. يتم تعديل هذه الأساليب بما يتناسب مع فئة الأطفال والمراهقين (NICE, 2017). بصورة أساسية، تهتم أساليب العلاج السلوكي الذهني بالعمليات الذهنية الفردية الخاصة بالصغير المصاب، والتي أدت إلى تطور واستمرار اضطراب الشره العصبي. في بداية العلاج، يتم التركيز على الجوانب النفسية والتعليمية المرتبطة بوزن الجسم والتغذية وتصحيح المفاهيم حول الطعام والبرامج الغذائية، بمشاركة الصغير المصاب والأسرة. يهدف ذلك إلى إعادة التأسيس لأنماط الأكل الطبيعية وتحقيق التوازن الغذائي، حيث يتم

الاستعانة بخبير تغذية لتكوين خطة طعام صحية ومناسبة للحالة المصابة.

يتم التركيز في معظم جوانب العلاج السلوكي الذهني على الصغير المصاب، ويشمل ذلك أداء المهام التالية بالتعاون مع أخصائي العلاج:

- تحفيز الصغير المصاب على التغيير.
 - تعليمه كيفية ملاحظة ومتابعة الأفكار التلقائية.
 - تطوير القدرات الخاصة بحل المشاكل.
 - التدريب على التأكيد الذاتي الإيجابي.
- قد يشارك الوالدان وباقي أفراد الأسرة في جلسات استشارة منفصلة عن الصغير المصاب. إذا كان هناك حاجة، يتم دعوة أفراد الأسرة بالمشاركة في بعض الجلسات العلاجية المخصصة للمصاب.

يحدد المعهد الوطني للتميز الصحي والأكلينيكي البريطاني (NICE, 2017) مجموعة من الإرشادات (الموضحة في إطار ٢) لعلاج اضطراب الشره العصبي لدى الصغار اعتماداً على العلاج العائلي والعلاج السلوكي الذهني.

العلاج المعتمد على المعالجة الذهنية

تعتبر المعالجة الذهنية من طرق العلاج الحديثة والفاعلة في علاج اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى المراهقين (Pretorius et al., 2012). يعتمد هذا التدخل العلاجي على علم النفس العصبي ويتناول علاقة اضطرابات الأكل وعلاجها بالتالي:

- القصور في المرونة الفكرية وعدم القدرة على تغيير الاستراتيجيات في التفكير والسلوك.
- الانشغال بالتفكير التفصيلي على حساب الصورة الشاملة والسياق.

تطوير عملية التفكير لدى المصاب هو الهدف الأساسي للمعالجة الذهنية، وذلك خلافاً للتدخلات العلاجية الأخرى لاضطرابات الأكل التي تعنى بتصحيح كميات الطعام الذي يتم تناولها والتعامل مع أعراض الإصابة كالوزن والشكل. يسعى العلاج الذهني إلى الحد من التفكير الجامد وتحقيق التوازن في استخدام استراتيجيات

التفكير التفصيلي والشامل. يُطبق برنامج المعالجة الذهنية عادة في مجموعة حيث يتم تثقيف وتدريب المراهقين المصابين على استخدام مهارات التفكير للتعافي من اضطراب فقدان الشهية العصبي (سيتم مناقشة برنامج يعتمد على المعالجة الذهنية في الأجزاء التالية من هذا الفصل).

الإجراءات العلاجية وإدارة الجلسات العلاجية

برنامج مادوسلي المعتمد على العلاج العائلي للأطفال والمراهقين المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي:

طور مستشفى مادوسلي البريطاني نموذج برنامج لعلاج الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي (Eisler, Simic, Blessitt, Dodge, & team, 2016) والذي يعتمد على العلاج العائلي. يتكون البرنامج من أربعة مراحل يتم تنفيذها في ١٠-٢٠ جلسة علاجية في فترة زمنية تتراوح بين ٦-١٢ شهر:

- المرحلة الأولى: الارتباط وتطوير التحالف العلاجي - المرحلة الابتدائية.
- المرحلة الثانية: مساعدة الأسرة في إدارة الاضطراب.
- المرحلة الثالثة: استكشاف قضايا تنمية الفرد والأسرة.
- المرحلة الرابعة: إنهاء العلاج ومناقشة الخطط المستقبلية.

سيتم مناقشة المراحل الأربعة لبرنامج مادوسلي الخاص بالصغار في الجزء التالي من الفصل.

إطار ٢: إرشادات علاج اضطراب الشره العصبي

العلاج العائلي	العلاج السلوكي الذهني
يشمل ١٨-٢٠ جلسة تعقد في ٦ شهور. تأسيس علاقة جيدة بين المصاب الصغير وأسرته وأخصائي العلاج. دعم وتشجيع الأسرة لمساعدة الصغير على التعافي.	يشمل ١٨ جلسة علاجية تعقد في ٦ شهور، وتكون الجلسات متقاربة زمنياً في المراحل الأولى للعلاج.
عدم لوم الأسرة والمصاب الصغير. تزويد المصاب والأسرة بمعلومات عن تنظيم الوزن وبرامج الطعام، وكذلك النتائج الخطيرة المترتبة على التقيد المتعمد،	يتضمن البرنامج العلاجي أربعة جلسات إضافية للوالدين.
	في البداية، يتم التركيز على دور اضطراب الشره العصبي في حياة المصاب الصغير، بالإضافة إلى بناء الحافز للتغيير.
	تزويد المصاب بالتثقيف النفسي حول

<p>الاضطراب وأعراضه، وكذلك تشجيعه على الالتزام تدريجياً بعادات الأكل الطبيعية.</p> <p>تطوير صياغة للحالة بالتعاون مع الصغير. تعليم المصاب بكيفية مراقبة أفكاره ومشاعره وسلوكياته.</p> <p>تحديد مجموعة من الأهداف وتشجيع المصاب الصغير على التعامل مع الأفكار والمعتقدات والسلوكيات الإشكالية.</p> <p>استخدام استراتيجيات لمنع عودة الإصابة وتقليل آثار أي نكسات مستقبلية.</p> <p>في الجلسات الخاصة بالوالدين، يتم تزويدهم بمعلومات عن اضطرابات الأكل، وتحديد العوامل الأسرية التي تمنع التغيير عند المصاب الصغير، وكذلك مناقشة كيفية دعم الأسرة لتعالج الصغير.</p>	<p>والمسهلات والسلوكيات التعويضية الأخرى. استخدام الطرق التعاونية بين الوالدين والمصاب الصغير لتأسيس أنماط الأكل الطبيعية وتقليل السلوكيات التعويضية. عقد جلسات منفصلة مع الصغير المصاب خلال فترة العلاج.</p> <p>المراقبة الذاتية لسلوكيات الاضطراب. في المراحل المتأخرة من العلاج، دعم الصغير المصاب والأسرة في تأسيس مستوى من الاستقلالية في التعامل مع أعراض الاضطراب.</p> <p>في المرحلة الأخيرة من العلاج، التركيز على الخطط المستقبلية اللازمة لمنع عودة الإصابة.</p> <p>إذا لم يكن العلاج العائلي فعالاً، يمكن اللجوء إلى استخدام العلاج السلوكي الذهني.</p>
--	--

المرحلة الأولى: الارتباط وتطوير التحالف العلاجي-المرحلة الابتدائية

تهدف هذه المرحلة إلى إشراك الأسرة والمصاب الصغير من خلال تأسيس هدف مشترك للعلاج. يتم تقييم تأثير اضطراب الأكل لدى الطفل أو المراهق على الأسرة ككل. يختلف مدى التأثير بالإصابة من أسرة لأخرى، لكن عادةً ما تكون الأسرة في حالة شلل بسبب المستويات العالية من القلق واليأس. قد يشعر الوالدان بالفشل ولوم النفس. أحياناً، بسبب حالة اللوم والشعور بالذنب، قد تنشأ خلافات وحالة من العدائية بين الزوجين. أما المصاب الصغير، فعادةً ما يحاول إنكار أو التقليل من صعوبة حالته المرضية مع الشعور بالخوف والذنب وأحياناً الغضب. من المبادئ العلاجية المطلوب أخذها بالاعتبار في هذه المرحلة العلاجية:

علاج مع الأسرة وليس للأسرة: حيث يتعامل المعالج مع السلوك وطريقة التواصل في الأسرة على أنه يهدف إلى إدارة حالة اضطراب الأكل وليس لأن الأسرة تعاني من اختلال وظيفي. العديد من الأسر في هذه المرحلة يشغلهم البحث عن سبب إصابة الطفل

أو المراهق باضطراب فقدان الشهية العصبي. يقوم الأخصائي بالتأكد للأسرة أن سبب شملهم في البرنامج العلاجي ليس لأنهم السبب في الإصابة بالاضطراب ولكن للاستفادة من معرفتهم بالصغير المصاب والحاجة لدعمهم في العملية العلاجية. يجب توجيه الأسرة إلى أهمية التركيز على دعم المصاب الصغير في العلاج وتصويب عادات الأكل في هذه المرحلة، على أن يتم تناول تاريخ الحالة وأسبابها في المراحل الثالثة والرابعة من البرنامج العلاجي.

التزويد بمعلومات ونصائح عن الاضطراب: ويشمل ذلك آثار الجوع الشديد وإعطاء معلومات عن خطط وجبات الطعام وتوقيتها، وكذلك تقييم ومناقشة المخاطر الطبية.

إدماج الصغير المصاب بالرغم من إمكانية إنكاره الإصابة بالاضطراب: حيث يكون بعض المصابين مترددين في التعامل الإيجابي مع التقييم والعلاج وقد يعارضوا وصف الوالدين لحالتهم. بعض المصابين لا يعترفون بوجود مشكلة ويعبرون عن عدم رغبتهم في التغيير أو كسب الوزن، مما يزيد من صعوبة إشراكهم في العلاج. يقوم أخصائي العلاج بإبداء التعاطف ومحاولة كسب ثقة المصاب. يشمل هذا سماع وصف المصاب لحالته واحترام رأيه والتعامل معه بجدية، مع التأكيد على أهمية إعطاء الأولوية لصحته وأمانه والتخلص من سيطرة اضطراب فقدان الشهية العصبي عليه وأسرته.

إعادة صياغة تغذية الوالدين على أنها عناية وليس تحكّم: حيث أن إدراك المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي للتحكّم مهم جداً وهو أحد الأسباب الأساسية لتقييد تناولهم للطعام، ليشعروا أنهم يمكنهم التحكّم بشيء ما. لذلك يجب أن يفهم المصاب الصغير أن دور الوالدين الداعم لتحسين معدل تناول الطعام يعكس الحرص عليه ولا يهدف إلى التحكّم به. يتم استغلال المناقشات المبكرة حول تأثير الجوع الشديد المرتبط باضطراب فقدان الشهية العصبي للتأكيد للمصاب الصغير أن الاضطراب هو المتحكّم وليس الوالدين، وأن دعمهما في كسب الوزن المنتظم سيخلصه من تحكّم الاضطراب الخطير.

استخدام التخريج: ويعتمد ذلك على التثقيف بمعلومات عن الاضطراب لتفسير السلوكيات المرتبطة به على أنها ردود أفعال نفسية للجوع الشديد والتي تحتاج لجهد مشترك من الأسرة ككل للتغلب عليها. كما يمكن تبني الأسلوب المعتمد على التعامل مع الاضطراب ككيان منفصل يتحكّم في السلوك وأنه يصعب التغلب عليه في هذه المرحلة المبكرة من العلاج. للتطبيق الناجح للتخريج، يجب أن يتعاون المعالج

والصغير المصاب والأسرة في تمييز السلوكيات المرتبطة بالاضطراب للتعامل معها. من خلال المحادثات التي تهدف إلى تخريج الاضطراب، يتم التخلص من الشعور بالذنب واللوم ويكون ممكناً في هذه المرحلة مناقشة أثر الاضطراب على الحياة الأسرية، والعلاقات الاجتماعية، والسلوكيات، والمعتقدات. كما يمكن من خلال هذه المناقشات استكشاف جوانب حياتية لم تتأثر بالاضطراب أو ظروف استطاع الوالدان فيها دعم الطفل وتشجيعه على تناول الطعام.

التقييم في الجلسة الأولى: يتم الاجتماع مع الأسرة والمصاب الصغير بصورة منفصلة للتقييم الطبي وتحديد المخاطر المرتبطة بحالة المصاب. يتم إشراك جميع أفراد العائلة في الجلسة ويشمل ذلك الأطفال، حيث يتم مناقشة الاهتمامات، والأمور المدرسية، وطبيعة عمل الوالدين. يهدف هذا النقاش إلى تأسيس التحالف العلاجي المطلوب بين الأسرة وفريق العلاج. يسهم النقاش المبدئي الغير مرتبط بالإصابة في تعريف أخصائي العلاج بأنماط التفاعل بين أفراد الأسرة، وكذلك مستوى القلق ومدى الرغبة بالمساهمة في عملية العلاج. يستعلم أخصائي العلاج عن طبيعة الاضطراب ويشمل ذلك فقد الوزن، والسلوك التعويضي (مثلاً: التقبؤ المتعمد)، والتمارين الرياضية الشاقة، والتأثير على المزاج والحالة الذهنية، والتفاعل الاجتماعي، والأمور المدرسية. كما يتم مناقشة تاريخ الحالة وسياق تطورها. إذا أنكر المصاب الصغير المشكلة، يتم استكشاف مدى هذا الإنكار ومعرفة رأي المصاب في سبب قلق باقي أفراد الأسرة. بعد الحصول على وصف سردي من كل فرد في الأسرة عن الحالة، يتم مناقشة أثر الإصابة بالاضطراب على الأسرة ككل. في حال غياب أي فرد من الأسرة عن الجلسة، يتم الاستعلام عن سبب عدم الحضور، وعن رأي الشخص المتغيب. هناك حاجة لمناقشة حضور إخوان المصاب للجلسة ومدى تأثير ذلك والحاجة له. طبيعة علاقة الإخوة مع المصاب وكذلك أعمار الإخوة من العوامل التي تؤخذ بالاعتبار في اتخاذ قرار حضور الإخوة. في كل الأحوال، يتم حث الوالدين على إشراك الإخوة في البرنامج العلاجي لما له من فائدة للصغير المصاب ولهم أيضاً.

يقوم أخصائي العلاج بتزويد الأسرة والمصاب الصغير بنتائج التقييم بعد الفحص الطبي والمقابلات مع الأسرة والطفل أو المراهق. يشمل ذلك تشخيص الحالة ومدة العلاج (عادة من ٩-١٢ شهراً). يتم تزويد الأسرة بخطة علاجية تتضمن خطة خاصة بالوجبات الغذائية، حيث يتم التأكيد للأسرة والمصاب الصغير على أهمية التعامل مع الخطة الغذائية على أنها دواء. إذا كان الصغير المصاب ضعيف جداً جسدياً من آثار اضطراب

فقدان الشهية العصبي، يُعلم الوالدان بأهمية التأكد من تناول الابن للكميات المناسبة من الطعام.

وجبة الأسرة في الجلسة الثانية: هناك العديد من الأهداف لوجبة الأسرة والتي تشمل:

- إعطاء فرصة لأخصائي العلاج لتوطيد العلاقة مع الأسرة لتعزيز التحالف العلاجي وإظهار الإرادة للتشارك في حل المشاكل التي تواجهها الأسرة.
- تمكين أخصائي العلاج من الملاحظة العملية لسلوك الأسرة عند تناول الطعام، والذي لا يمكن الوصول إليه من السرد النظري.
- إمكانية تحديد أحداث إيجابية خلال تناول الطعام يمكن البناء عليها وتعزيزها.
- الاهتمام في وجبة العائلة لا ينحصر فقط بمدى تناول الصغير المصاب للطعام ولكن يتخطى ذلك ليشمل سير الوجبة ككل.

وبالتالي فإن وجبة الأسرة لا تهدف إلى إيجاد حل لمشكلة اضطراب الأكل لدى الصغير أو تمكين الوالدين من تجاوز مقاومة الابن للأكل. بالرغم من أنه في معظم الحالات يتمكن الوالدان من دعم الابن في تناول الطعام خلال الوجبة، فإن الهدف الرئيسي هو تشجيع الأسرة على اتباع طرق جديدة في التعامل مع الطعام بدون الخوف من أن تسوء حالة المصاب والتخلص من فكرة "تناول شيء من الطعام أفضل من لا شيء".

يجب التعامل مع وجبة الأسرة على أنها جزء روتيني من العلاج يعزز التحالف العلاجي، ويساعد أخصائي العلاج في فهم كيف يؤثر اضطراب فقدان الشهية العصبي على أوقات الوجبات، وكذلك على السلوكيات والعلاقات الأسرية. يقوم أخصائي العلاج بإدارة وجبة الأسرة وتحديد من سيحضرها. يتم الطلب من الوالدين بإحضار الطعام للجميع. بما يخص الصغير المصاب، يتم الالتزام بالطعام المحدد في خطة الوجبات، أو ما يحتاج المصاب من طعام وليس ما يمكنه أكله. تعتبر مناقشة تفاصيل وجبة الأسرة فرصة لتعزيز دور الوالدين في إدارة ما يتناوله المصاب الصغير من طعام. يقوم أخصائي العلاج بتجهيز مكان الوجبة من خلال تجهيز طاولة الطعام ومستلزماتها (صحون، ماء، إلخ). تعتبر هذه الوجبة تجربة غير اعتيادية للعائلة حيث يتم تناول طعام بمراقبة من آخرين. يساعد ذلك على إنشاء محادثة حول عوامل استمرار الاضطراب وعقبات التغيير، بالإضافة إلى تحديد اختلافات ونتائج إيجابية

يمكن البناء عليها خلال العلاج. كما أن وجبة الأسرة تمثل فرصة لمناقشة ماذا يحدث عند تناول وجبات الطعام في المنزل وماذا يمكن أن يحدث إذا تم محاولة طرق جديدة. يقوم أخصائي العلاج بتعزيز دور الوالدين الداعم للصغير المصاب خلال الوجبة. كما يتم تجنب الصغير المصاب أن يكون دائم التفكير في الأكل من خلال استخدام طرق إلهاء تساعد في ذلك.

وزن المصاب الصغير: ويعتبر ذلك عمل روتيني أساسي خلال فترة الارتباط والتحالف العلاجي. بدون معرفة وزن جسم الطفل، لا يمكن لأخصائي العلاج متابعة تطور كسب الوزن خلال الجلسات أو مدى قدرة الوالدين وفهمهم لأهمية دعم المصاب في الأكل. بعض الحالات تُبدي الخوف من معرفة الوزن أسبوعياً، حيث يتم معرفة الأسباب وراء ذلك، على سبيل المثال، القلق الاستباقي. يمكن حجب قيمة الوزن عن المصاب الصغير في المراحل الأولى من استعادة الوزن. لكن، مع تقدم العلاج، يقوم الأخصائي بربط معرفة المصاب للوزن مع إعادة تعلم الشعور بالشهية، والجوع، وتأثير التمارين الرياضية على كسب أو فقدان الوزن.

تحديد تكوين منهجي للحالة: بعد جلسات التقييم ووجبة الأسرة وإتباعها بجلسة أو اثنتين، يتم تطوير تكوين منهجي للحالة يتضمن النقاط التالية:

- طبيعة مشاكل الاضطراب التي يعاني منها الصغير المصاب والأسرة، ويشمل ذلك تحديد نواحي تقييد التغيير المختلفة والتعديلات الأسرية الناتجة عن الاضطراب وأثارها السلبية.
- إعادة ترتيب الأسرة حول الاضطراب، حيث يتم تحديد الكيفية التي تعاملت بها الأسرة مع اضطراب فقدان الشهية العصبي والحلول التي تم تجربتها للتعامل مع الاضطراب. بعض هذه الحلول قد يكون أدى إلى نتائج عكسية بتثبيت الاضطراب وتعزيز مشاعر العجز واليأس بين أفراد الأسرة.
- المعتقدات والحالة الذهنية، المرتبطة بالاضطراب عند كل فرد والمشاركة في الأسرة ككل. يتم التساؤل حول المعتقدات المتناقضة ومواجهتها، بالإضافة إلى التفكير في علاقتها بالاضطراب. كما يشمل التكوين العوامل البيئية والثقافية التي يمكن أن تدعم أو تقييد الشفاء.
- المشاعر المرتبطة بالاضطراب، عند فقدان الوزن أو كسبه وقد يشمل ذلك القلق،

والاكتئاب، والوسوسة القهرية. كما يتم تحديد أثر هذه المشاعر السلبية على علاقة المصاب الصغير مع الوالدين وأفراد الأسرة. يهدف تحديد التكوين للحالة إلى التقليل من مخاطر الاضطراب وإيذاء النفس.

- رسم الأنماط ذات الدلالة، حيث يتم تحديد أنماط التفاعل بين أفراد الأسرة والمصاب الصغير بما يخص الأمور المتعلقة بالاضطراب. يقوم الأخصائي باستكشاف الأنماط التي تعزز أو تؤدي إلى استمرار الإصابة. على سبيل المثال، يلجأ الوالدان إلى نمط اللوم في التعامل مع سلوك الحالة، حيث يعمل الأخصائي على تحديد الأنماط السلبية للعمل خلال فترة العلاج على استكشاف واتباع أنماط بديلة.
- نقاط القوة والموارد وعوامل المرونة، حيث يتم تحديد السمات الشخصية، والعلاقات الاجتماعية الداعمة في الأسرة وخارجها، والقدرات الغير متأثرة بالاضطراب، والتي يمكن استغلالها بصورة إيجابية خلال البرنامج العلاجي.

المرحلة الثانية: مساعدة الأسرة في إدارة الاضطراب

في هذه المرحلة، يتم التركيز على التعامل مع سلوكيات الاضطراب وإعطاء الوالدين دوراً فاعلاً في ذلك. هناك تفاوت بين الأسر في سرعة تحقيق ذلك، حيث يسهل في الحالات حديثة الإصابة تجاوب وتشارك الأسرة والصغير المصاب في التعامل مع الاضطراب. في حالات أخرى، يكون دور أخصائي العلاج أكثر تحكماً وتوجيهاً لاحتياجات المصاب.

استكشاف ماذا يحدث خلال أوقات وجبات الطعام، حيث يتم الحصول على معلومات مفصلة عن مَنْ يتخذ قرارات الأكل ومن يقوم بتجهيزه وكميات الطعام المقدمة. كما يتم مناقشة العمليات التفاعلية خلال الوجبات، ومقارنة الماضي بالفترة الحالية مع الإصابة. يهدف ذلك إلى إعلام الأسرة بالأثر السلبي للاضطراب في تقييد قدرتهم على التغيير وكيفية التغلب على ذلك لبدء عملية التعافي.

مواصلة تزويد الأسرة بمعلومات عن اضطراب فقدان الشهية العصبي وآثار الجوع الشديد: وقد أُسس لذلك في المرحلة الأولى خلال جلسة وجبة الأسرة. يقوم أخصائي العلاج بمواصلة ذلك وتزويد معلومات إضافية مُفسرة لسلوكيات وتصرفات وظواهر غريبة مرتبطة بالإصابة (مثلاً: التآرجح الكبير في وزن الجسم بسبب فقد السوائل الناتج عن

التناول المحدود جداً للكربوهيدرات).

التخلص من معتقد عدم القدرة عند الوالدين: عادةً ما يعتقد الوالدان باستحالة التأثير على المصاب الصغير وتشجيعه على الأكل وأنه هو المتحكم في حالته. يقوم أخصائي العلاج بإعلام الوالدين أن هذا المعتقد شائع في كثير من الحالات. يتم مناقشة الكيفية التي يعمل بها الوالدان معاً والآليات المتبعة عند الاختلاف في الرأي. يُنصح الوالدان بأهمية التعامل مع إصابة الابن باضطراب فقدان الشهية العصبي كوحدة واحدة بدون إظهار الخلاف وعدم السماح للاضطراب أن يفصل بينهما. تُناقش مجموعة من الأمثلة لتدريب الوالدين على كيفية التعامل مع ظروف غير عادية قد يواجهانها مع المصاب الصغير وتحتاج لرد فعل قوي.

اقتراح خيارات والاستفادة من تجارب أسر أخرى: في هذه المرحلة، يطلب الوالدان عادة تعليمات مفصلة عن طريقة التعامل مع حالة الابن. في رد أخصائي العلاج، يقوم بالموازنة بين عدم وجود قالب خاص فاعل وجاهز للتطبيق للأسرة على التخصيص وإعطاء نصائح تعتمد على تجارب أسر أخرى. عند إعطاء أمثلة لأسر أخرى، يتم توضيح أن طرق التعامل الناجحة للاضطراب لا يمكن تعميمها دائماً لكل الأسر. يحرص أخصائي العلاج على استعراض أمثلة غريبة لطرق التعامل مع الإصابة اتبعتها أسر أخرى مثل تأسيس مستشفى صغير في المنزل، وإجازة طويلة للأب من العمل وتركيب نظام ضد السرقة في غرفة الصغير المصاب لمنعه من التقيؤ المتعمد السري. يتم سرد هذه الأمثلة بطريقة مرحة ولا يهدف ذلك إلى تشجيع الأسرة على اتباع أي من هذه الطرق ولكن لتشجيعها على التفكير المبدع والملائم لظروف الأسرة في التعامل مع الاضطراب.

استكشاف دور اضطراب فقدان الشهية العصبي في إدارة المشاعر والتفاعل الشخصي: ويعتبر ذلك مهماً في حال عدم إحراز تقدم منتظم في مراحل العلاج المبكرة. يتم التركيز على تطور تلك الصعوبات خلال محاولات إدارة الاضطراب. في حال وجود مشاعر سلبية شديدة بين أفراد الأسرة، يمكن عقد جلسات منفصلة مع الوالدين والصغير المصاب. يقوم أخصائي العلاج باستكشاف علاقة الوالدين الأسرية في مرحلة الطفولة. كما قد يكون هناك حاجة لعقد جلسات فردية لاستكشاف الحافز لله للتغيير.

المرحلة الثالثة: استكشاف قضايا تنمية الفرد والأسرة

الجلسات الخاصة بهذه المرحلة تكون أكثر عمومية وتتناول النتائج المترتبة على تحسن حالة الصغير المصاب وأثرها على الأنشطة والعلاقات بين أفراد العائلة ككل. تتميز المرحلة الثالثة بالبيكالية المرنة مقارنة مع المراحل الأخرى من العلاج. تبدأ هذه المرحلة عندما يقل القلق حول تناول الطعام ووزن الجسم، ويستطيع الوالدان إعطاء بعض المرونة والتحكم في الأكل للصغير المصاب. توقيت نقل التحكم في الأكل يعتمد على العديد من العوامل والتي تشمل عمر المصاب وحافزيته للتغيير ومدى استقرار معدل كسب الوزن وكيفية توزيع الأدوار خلال العلاج بين أفراد الأسرة. تختلف الأسر في هذه المرحلة في احتياجاتها، والتي قد تقتصر على آليات تعنى بتعديلات حياتية بسيطة للتعامل مع الطفل أو المراهق بعد تحسن حالته. لكن، في حالات أخرى، يتم التعامل مع قضايا مرتبطة بالاضطراب كانت مخفية مع التركيز على القضايا الشخصية للمصاب الصغير.

ينحصر دور أخصائي العلاج في هذه المرحلة والذي كان يمارسه في المرحلتين السابقتين، حيث كان يعطي التأكيدات أن التغيير ممكن ويقلل من عدم الثقة بالإنجاز. في المرحلة الثالثة، يتم تحميل أفراد الأسرة هذا الدور، حيث يتم توجيه الوالدين والتنسيق معهم لتشجيع الصغير المصاب على أن يكون مسؤولاً بشكل أكبر عن أكله وحياته.

يتم في هذه المرحلة تناول التغييرات الأسرية التي حدثت نتيجة الإصابة بالاضطراب وكذلك التغييرات الناتجة عن اتباع البرنامج العلاجي. فمثلاً، قد ينقطع الوالدان أو أحدهما عن العمل لبعض الوقت وقد يتغيب الصغير المصاب عن المدرسة بسبب آثار الاضطراب. قد يعاني المصاب من الوحدة الاجتماعية ويزيد اعتماده على الوالدين. يمكن أن تكون الكثير من العادات الأسرية قد تغيرت، وشوشت هوية الأسرة، مما يؤدي إلى البطء النمائي للصغير المصاب.

نظراً لفترة الإصابة وأثرها على العلاقات بين أفراد الأسرة، قد يجد الوالدان صعوبة في التعامل مع قضايا الطفل أو المراهق الطبيعية بعد تحسن حالته. إذا حدث خلاف مع الصغير، قد لا يستطيع الوالدان التفريق بين سلوك المراهقة وسلوك الاضطراب. قد يُبدي الوالدان مرونة تجاه السلوك أو اللغة السيئة الصادرة عن الصغير ويفسروا عدم ارتياح وتمرد الصغير بأعراض الاضطراب. يعمل أخصائي العلاج مع الأسرة على تحديد

أنماط السلوك التي تُبقي الإصابة. كما يتم مناقشة ماذا يعني تربية مراهق في مرحلة التعافٍ من اضطراب فقدان الشهية العصبي. كذلك، يتم التفريق بين السلوك المرضي وسلوك المراهق الطبيعي.

المرحلة الرابعة: إنهاء العلاج ومناقشة الخطط المستقبلية

كما في المرحلة السابقة، يختلف توقيت الانتقال لهذه المرحلة من أسرة لأخرى، والذي يعتمد على نقاط القوة الفردية وللأسرة ككل ومدى التجاوب مع مراحل العلاج السابقة. تستجيب الأسر بصورة مختلفة لفكرة إنهاء العلاج والعلاقة مع الأخصائي. البعض يؤيد الأمر وقد يحتفل بذلك، لكن قد تشعر بعض الأسر بعدم الاستقرار والتردد وأحياناً الخوف من إمكانية الحياة بدون أخصائي العلاج. يتم مناقشة أي عقبات وتحديات وقضايا مقلقة قد يتم مواجهتها عند إنهاء البرنامج العلاجي، وكذلك يتم تناول تجارب المخاطر المحسوبة في سياق العلاج وإعطاء أمثلة على ذلك في إطار سياقات أخرى.

مراجعة رحلة الأسرة العلاجية ونقاط التحول: حيث يتم مع الأسرة تحليل ما تم إنجازه خلال رحلة العلاج. تزداد أهمية هذه المراجعة إذا أكد أخصائي العلاج على الدور الرئيسي للأسرة و المصاب الصغير بحيث يستطيعوا نسب جزء الإنجاز لهم، مما يعزز ثقتهم بأنفسهم للتعامل مع الأحداث والمؤثرات المستقبلية. التغييرات أو نقاط التحول ذات الدلالة يتم مناقشتها لاستنباط معتقدات الأسرة حولها وإلقاء الضوء على التفاعلات الشخصية الإيجابية التي أدت إلى هذه التحولات. قد يقوم أخصائي العلاج باستعراض ملاحظاته حول رحلة الأسرة العلاجية. عادة ما تتفاجأ الأسرة من حجم التغيير والحالة في هذه المرحلة مقارنة مع نقطة البداية في العلاج. يعبر المصاب الصغير عادةً عن تشكيكه عندما يتم تذكيره بحالته قبل بدء العلاج حيث كان الاضطراب المسيطر على حياته. يُعزز ذلك الشعور بالقوة، والمرونة، والثقة بين أفراد الأسرة والصغير المتعافٍ.

مناقشة المسؤولية لإدارة أي صعوبات متبقية أو مستقبلية وطلب المساعدة عند الحاجة: حيث يتم إنهاء البرنامج العلاجي عادة قبل التعافٍ الكامل للصغير المصاب باضطراب فقدان الشهية العصبي. يكون وزن الجسم قد وصل إلى مستوى صحي وبصورة مستمرة، كما تتغلب الأسرة على سيطرة الاضطراب وآثاره المتحكمة. لكن، قد

يستمر المصاب الصغير في مواجهة بعض الحالات الذهنية المرتبطة بالاضطراب، والتي تتلاشى ويُسيطر على تأثيرها في السلوك مع مرور الوقت.

يعتمد تحديد مَنْ المسئول عن إدارة أي صعوبات متبقية أو مستقبلية على عمر المصاب. فإن كان صغير السن، يتم مناقشة توزيع المسؤولية بين الوالدين والصغير اعتماداً على نقاط القوة الفردية. في حالات المراهقين الكبار، يتم توجيههم في التفكير بمسؤوليتهم الشخصية للحصول على الدعم اللازم في مواجهة الصعوبات. معتقدات الأسرة حول مرحلة المراهقة والنضوج قد تؤثر على هذه المناقشات.

استكشاف حياة الأسرة الحالية والمستقبلية بدون اضطراب فقدان الشهية العصبي:

وذلك لأن احتياجات وضاغطات الاضطراب قد غيرت العلاقات الأسرية، والمعتقدات، والسلوكيات. تُعقد مناقشات حول القرب والبُعد في العلاقات الإنسانية ويتم التأكيد على إمكانية مواصلة تعزيز العلاقات الأسرية الداعمة بعد التعافي من الاضطراب. كما يتم مناقشة أثر الصعوبات الأسرية المستقبلية الممكنة على تلك العلاقات، وطبيعة علاقة الأبناء بالوالدين بعد انتهاء الإصابة بالاضطراب.

الوقاية من الانتكاسة

في برنامج مادوسلي لعلاج اضطراب الأكل لدى الصغار، يعتبر الفصل بين الصعوبات المرتبطة بالاضطراب عن الصعوبات الاعتيادية التي قد تصيب أي أسرة طريقة مُساعدة في التفكير بكيفية التعامل مع وإدارة الصعوبات المستقبلية المتوقعة. من المهم مناقشة ماذا تعلم المراهق عن نفسه وعلاقته مع الصعوبات المرتبطة بالمراهقة وكذلك بالاضطراب والتفريق بينهما. لتحقيق ذلك، يُطلب من الصغير الإجابة على الأسئلة التالية:

- ما هي الصعوبات المرتبطة بالمراهقة والتي قد تتعرض لها؟
- ما هي الصعوبات المرتبطة باضطراب فقدان الشهية العصبي التي قد تتعرض لها؟
- هل يمكنك التفريق بين صعوبات المراهقة وصعوبات اضطراب الأكل؟
- كيف يمكنك تحديد أن المشكلة التي تواجهها غير مرتبطة باضطراب الأكل؟
- عند شعورك بزيادة تأثير اضطراب فقدان الشهية العصبي، ما هي الأفكار التي تراودك؟

- متى تصبح هذه الأفكار أقوى وأكثر تأثيراً؟
- هل تتأثر أكثر بالاضطراب عند تعرضك لظروف حياتية ضاغطة؟
- ماذا يلاحظ الناس عند زيادة تأثرك بالاضطراب؟
- هل تستطيع طلب المساعدة عند زيادة تأثير الاضطراب؟
- ما هي الإجراءات التي يمكنك اتخاذها، وكذلك الأسرة والأشخاص ذوي العلاقة، للتأكد من توفر الدعم اللازم؟

العلاج المعتمد على العلاج الذهني الجماعي للمراهقين المصابين باضطراب فقدان الشهية العصبي:

قامت مجموعة التفكير المرن The Flexible Thinking Group التابعة للجهاز الصحي الحكومي البريطاني بتطوير برنامج يعتمد على المعالجة الذهنية لعلاج اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى المراهقين (Maiden, Baker, Espie, Simic, & Tchanturia, 2014). يتكون البرنامج من ثمانية جلسات أسبوعية. المدة الزمنية لكل جلسة ٤٥ دقيقة مع إمكانية التحاق المراهق بالبرنامج في أي مرحلة (ليس بالضرورة من الجلسة الأولى). يقوم اثنان من المتخصصين بإدارة الجلسات، وذلك بالتناوب على تسيير أجزاء كل جلسة. يهدف الفريق إلى أن يسود الجو التحفيزي والحماسي المتفاعل الذي يستجيب لاحتياجات المراهقين المشاركين في المجموعة. يتم التركيز في الجلسات على طرق التفكير المختلفة والتي تشمل التفكير بالصورة الأكبر Bigger Picture، والتنقل Switching، وتعدد المهام Multi-Tasking. تعتمد كل جلسة على خطة موحدة تتكون من:

- نشاط كسر الجليد (٥ دقائق): لتحفيز المشاركين ومساعدتهم للتركيز في الجلسة في مناخ تفاعلي ومرح. يتم تناول واحدة من طرق مهارات التفكير المستهدفة في النشاط.
- مراجعة الواجب المنزلي (٥ دقائق): حيث يتم تبادل الأفكار الخاصة بالواجب المنزلي بين المشاركين، لتشجيعهم على إنجازه وتعزيز التعلم.
- الترحيب بالمراهقين الجدد وتقديم جلسة اليوم (٥ دقائق): حيث أن البرنامج مصمم لاستقبال المراهق الجديد في أي جلسة، يتم الترحيب بالمشاركين الجدد ويُشرح لهم

أهمية المشاركة في البرنامج. كما يتم تقديم محتوى الجلسة بدون تفصيل يؤثر على النقاش بين المشاركين لاحقاً.

- التمرين الأول (١٠ دقائق) والثاني (١٠ دقائق)، ويتبع كل منهما نقاش تحليلي: تشمل هذه التمارين مهام تهدف إلى التدريب على مهارات التفكير المرن أو تعزيز التعلم، ويتم ذلك في إطار تفاعلي بين أعضاء المجموعة. بالرغم من أن الجلسات مرتبطة بالتعافي من اضطراب فقدان الشهية العصبي، لا يشعر المراهق أن الأنشطة -في معظمها- على علاقة مباشرة بالاضطراب أو علاجه. هذا يؤدي إلى تشجيع المراهقين غير القابلين للتغيير على المشاركة في المجموعة. يتم التأكيد على أن تأدية التمارين بصورة صحيحة ليس هو الهدف الرئيسي وإنما الاستفادة منها والتعلم.

- نقاش تحليلي للتمارين وللجلسة (١٠ دقائق): يقوم الأخصائيون بطرح أسئلة لبدء النقاش حول التمرين الذي تم إكماله. يتم تشجيع المشاركين على ربط ما تم تعلمه والتدريب عليه من مهارات بالتعافي من اضطراب فقدان الشهية العصبي. تشمل الأسئلة التي يتم مناقشتها: ما هو رأيك بالمهمة؟ هل قمت باستخدام أي استراتيجية للمساعدة في إكمال المهمة؟ ماذا تستدل من المهمة عن الطريقة التي يعمل بها عقلك؟ كيف يمكن تطبيق هذه المهارات في حياتك اليومية؟

وتشمل جلسات البرنامج التالي:

الجلسة الأولى: التفكير بالصورة الأكبر Bigger Picture Thinking، تهدف إلى تشجيع المراهق المصاب باضطراب فقدان الشهية العصبي على ممارسة التفكير الشامل بدلاً من التركيز في التفاصيل الدقيقة. تشمل الجلسة نقاش حول طرق التفكير خلال أوقات وجبات الطعام وكذلك كيفية التفكير بالعلاج. يتم تشجيع المصاب على استكشاف إيجابيات وسلبيات الطرق التي يتبعها في التفكير باضطراب الأكل المصاب به وطرق علاجه.

الجلسة الثانية: التنقل في التفكير Switching، حيث يتم التمرن على نقل التفكير بين مؤثرات خارجية أو معلومات مختلفة بسرعة ودقة. تهدف الجلسة إلى تعزيز التحكم الذهني للمراهق بما يفكر فيه والتنقل السهل بين الأفكار والمهام. يتم مناقشة شعور المراهقين عند إخبارهم -من قبل الوالدين مثلاً- بأن طريقة تفكيرهم بالطعام أو السرعات الحرارية أو وزنهم خاطئة. كما يتم الحديث عن رأي المراهقين المصابين

بالمحادثات حول اضطراب فقدان الشهية العصبي خلال أوقات الوجبات ومدى الفائدة منها وهل هي مسببة للمشاكل. يقوم المختصون بتوجيه المراهق لاستخدام طرق جديدة في التفكير عند تناول الاضطراب ومناقشة قضاياه.

الجلسة الثالثة: تعدد المهام Multi-Tasking، تهدف هذه الجلسة إلى تقديم فكرة أداة مهمتين أو أكثر في نفس الوقت، ونقاش فائدة تعددية المهام في وقت وجبات الطعام.

الجلسة الرابعة: إيجاز المهارات التي تم تعلمها، في هذه الجلسة يتم تلخيص وتعزيز ما تم تعلمه من مهارات في الجلسات الماضية وتحفيز المشاركين لتجريب مهارات التفكير المختلفة.

الجلسة الخامسة: التفكير بالصورة الأكبر ٢، حيث يتناول المشاركون مبدأ التفكير الشامل مرة أخرى وتطبيقه في التعامل مع صعوبات الأكل التي يواجهونها. يُطلب من المراهق التفكير بالوقت الصعب الذي يعانون منه خلال وجبة طعام. يتم مساعدة المصاب في تحديد طريقة التفكير التي يتبعها خلال وقت الوجبة وتشجيعهم على استخدام طرق تفكير بديلة قد تكون أكثر فاعلية. يُكلف المراهق باستخدام طرق التفكير البديلة التي تم تحديدها في وقت الوجبة القادم.

الجلسة السادسة: التنقل في التفكير ٢، تتناول التمارين في هذه الجلسة التنقل في التفكير مرة أخرى وكذلك ملاحظة القواعد و الآراء التي يتم اتباعها. تقوم المجموعة بمناقشة كيفية التي يخدع بها الذهن صاحبه عند التفكير في بعض الأمور ويتم تطبيق ذلك على صعوبات اضطراب فقدان الشهية العصبي. كما تهدف هذه الجلسة إلى تثقيف المراهق وتدريبه على التفكير المرن والقدرة على عدم التقيد بالروتين إن كان هناك حاجة لذلك، على سبيل المثال، تناول نوع جديد من الطعام أو تناول وجبة طعام (ليست ضمن روتين الأكل اليومي) في مناسبة اجتماعية.

الجلسة السابعة: تعدد المهام ٢، يتم التمرن للمرة الثانية على مهارة التعامل مع مهام متعددة بصورة متداخلة.

الجلسة الثامنة: إيجاز المهام التي تم تعلمها ٢، كما في الجلسة الرابعة، يوجز محتوى هذه الجلسة مهارات التفكير التي تم تعلمها والتدريب على استخدامها وكيفية تطبيقها في أنشطة الحياة اليومية.

التدخلات الوقائية

هذه البرامج الوقائية على عكس ما سبق من التدخلات العلاجية فهي لا تطبق على حالات مرضية لاضطرابات الأكل، ولكنها تطبق على الأفراد المعرضين لعوامل خطرة قد تؤدي لاضطرابات الأكل، كصورة الجسم السلبية، والأعراض الحقيقية من الاضطراب، وتصمم هذه البرامج في الغالب لتطبق على أعداد كبيرة جداً.

وقد قام (Levine & Smolak, 2006) بمراجعة لبرامج الوقاية من اضطرابات الأكل وتشوه صورة الجسم ضمن المراجعة السنوية لاضطرابات الأكل لهذا العام، وذلك بهدف الوقوف على أنواع البرامج الوقائية المستخدمة، ومدى فاعليتها في تقليل حدوث اضطرابات الأكل في المشاركين فيها مقارنة بباقي أفراد المجتمع وأشارت النتائج إلى أن هناك نوعين من البرامج الوقائية لاضطرابات الأكل.

١ - البرامج الانتقائية العامة Universal Selective Progame:

وهي تقدم لمجموعات كبيرة جداً، وللأفراد الذين لديهم عوامل خطر أقل للاضطراب، وهي تقدم -في الغالب- في صورة منهج أو محاضرات أو مناقشات حول الحمية و مخاطرها، وصورة الجسم، والنموذج المثالي لصورة الجسم.

٢ - البرامج الانتقائية الموجهة Selective Targeted Progame:

وهي تقدم في مجموعات صغيرة، وللأفراد الذين لديهم عوامل خطر مرتفع للاضطراب ربما بدأ في اهتمام بشكل ووزن الجسم، أو وجود صورة سلبية للجسم، وربما بدأ عليهم الاضطراب بدرجة خفيفة لمنع تطوره إلى حالة مرضية، أما فيما يتعلق بفاعليتها في الوقاية من اضطرابات الأكل، فقد أشارت النتائج -أيضاً- إلى أن برامج الوقاية العامة التي تعتمد على المناهج والمحاضرات والمناقشات لا تعطي آثاراً إيجابية طويلة المدى مع الأفراد من عمر (١٥) فأكثر وأن البرامج الموجهة أكثر فاعلية منها في ذلك، في حين أن البرامج العامة قد أحدثت نتائج إيجابية لدى الأطفال الصغار في المدارس الابتدائية إلا أن آثارها تلاشت عند المتابعة، وأكدت النتائج على أن البرامج الوقائية المتعددة والشاملة هي الأكثر فاعلية بصورة عامة، وهي التي تهدف إلى إحداث تغيير في اتجاهات وسلوكيات الطلاب، واستخدام المدرسة والمناهج -أيضاً- وربط التغييرات الإيجابية في المدرسة بالتغييرات في المجتمع بما في ذلك وسائل الإعلام حتى تتكامل التدخلات الوقائية في الحد من انتشار اضطرابات الأكل (Levine & Smolak, 2007).

مما سبق يتضح أن هناك تدخلات علاجية كثيرة لاضطرابات الأكل، فضلاً عن التدخلات الوقائية التي بدأ الاهتمام بها حديثاً، ومع تعدد المداخل العلاجية، وظهور مداخل جديدة يبقى الجدل قائماً حول المدخل العلاجي المثالي لاضطرابات الأكل.

إن طبيعة اضطرابات الأكل تبدو معقدة ومتشابكة، فالأسباب متعددة، وتختلف من حالة لأخرى، والآثار الناتجة عنها كثيرة، ما بين النفسية والعضوية والاجتماعية.. إلخ، وفي هذا الصدد تشير (Zerbe, 2007) أنه ليس هناك سبب محدد بعينه قد يكون هو المسئول وحده عن اضطرابات الأكل، وربما تنشأ عن مجموعة من العوامل والأسباب المعقدة، وقد تختلف من حالة لأخرى، فكل حالة هي فريدة من نوعها، ولذا نجد المعالجين الإكلينيكين يتفقون جميعاً على خطة علاجية تشمل العلاج الغذائي، والدعم النفسي المستمر، والعلاج الدوائي، مع الأخذ في الاعتبار الجانب النفسي والاجتماعي والذي يستخدم للعلاج ومنع حدوث الانتكاسة، كما أن فاعلية العلاج قد تختلف باختلاف نوع الاضطراب، فما يستخدم مع الشره العصبي ربما يأتي بنتائج أفضل في حالة فقدان الشهية، فضلاً عن أن هناك أولويات علاجية مثل استعادة الوزن أولاً في حالة فقدان الشهية، وبالتالي فإن المدخل المثالي ربما يكون ذلك الذي يجمع بين أكثر من أسلوب علاجي، وربما جميعها، والأخذ منها بما يناسب الحالة.

فعلى الرغم مما يبدو من تفوق العلاج الذهني السلوكي على غيره من العلاجات، وأنه أكثر شيوعاً حتى الآن في علاج اضطرابات الأكل بكافة أنواعها -ومع كافة الفئات بما فيهم المعاقين- إلا أنه يهمل الجوانب اللاشعورية التي ربما يكون اضطراب الأكل فيها ما هو إلا تعبيراً رمزياً عنها، ومن ثم حدوث الانتكاسة بعد تحسن حالة المريض لبقاء السبب الحقيقي وإن تعدلت سلوكيات الأكل، والمعتقدات والأفكار الخاطئة، ولقد اتضح مما سبق أن في الجمع بين العلاج الذهني السلوكي والعلاجات الأخرى تكون النتائج أفضل مما لو استخدم كل منهم منفرداً كالجمع بينه وبين العلاج الغذائي (Sorrentino et al., 2005)، ومع العلاج السيكودينامي (Murphy et al., 2005) والعلاج الدوائي (Haas, & Clopton, 2003)، واستخدام الفيديو (Matsumoto et al., 2006) والعلاجات القائمة على مساعدة الذات (Grilo, 2000)، وعلاج عرض الجسم (Vitousek & Gray, 2005) والعلاج القائم على الفنون (Frisch et al., 2006)، كما أن إشراك الأسرة في العلاج له دور فعال في علاج اضطرابات الأكل في جميع المداخل العلاجية (Falissard, 2007).

كما أن العلاج الدوائي يبقى دوره كعامل مساعد -عندما يتكامل مع العلاجات الأخرى- يحسّن من نتائجها؛ حيث يعالج الجوانب النفسية، ولاسيما الاكتئاب المصاحب لاضطراب مما يمنع حدوث الانتكاسة، ويساعد في استعادة الوزن نتيجة تحسن الحالة النفسية في حالات فقدان الشهية، وكذلك العلاج والإرشاد الغذائي يجب أن يتضمن في البرنامج العلاجي مهما اختلف المدخل العلاجي، فالاتجاه الحديث في العلاج هو التكامل بين العلاج الدوائي لتخفيف الآثار النفسية لعلاج الآثار الجانبية العضوية، والعلاج والإرشاد الغذائي لاستعادة الوزن، والمساعدة في اختيار الوجبات وتعليم سلوكيات غذائية جديدة، وإلى جانب العلاجات الأخرى، وعلى المعالج أن يأخذ من العلاجات الحديثة ما يدعم التقليدية، وبما يحقق الفائدة المرجوة من العلاج.

وإلى جانب ذلك وقبله التدخلات الوقائية، وخاصة لأولئك المعرضين لعوامل خطر سواء من خلال البرامج الوقائية العامة أو الموجهة، مع جعلها شاملة في المدرسة، والإعلام وكافة مكونات المجتمع، فعلى الرغم من تعدد العلاجات لاضطرابات الأكل، إلا أن الملاحظ أن نسبة شفاء الحالات لا تتعدى (١٠-٦٠٪) فقط من المرضى (Stice & Bearman, 2000).

المراجع

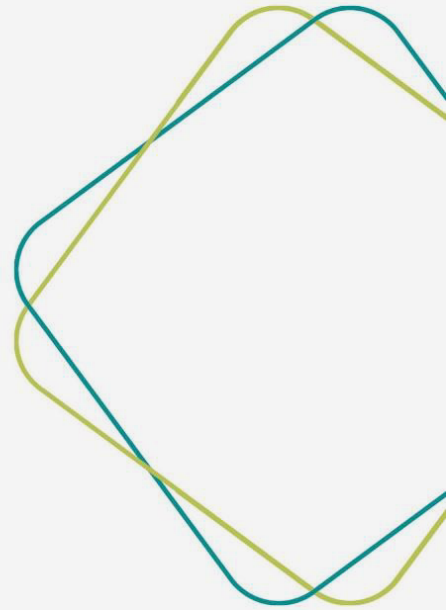
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Austin, S. B., Ziyadeh, N. J., Forman, S., Prokop, L. A., Keliher, A., & Jacobs, D. (2008). Screening high school students for eating disorders: Results of a national initiative. *Preventing Chronic Disease, 5*, 1-10.
- Bryant-Waugh, R. J., Cooper, P. J., Taylor, C. L., & Lask, B. D. (1996). The use of the eating disorder examination with children: a pilot study. *The International Journal of Eating Disorders, 19*, 391-397.
- Campbell, K., & Peebles, R. (2014). Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics, 134*, 582-592.
- Celio, A. A., Wilfley, D. E., Crow, S. J., Mitchell, J., & Walsh, B. T. (2004). A Comparison of the Bing Eating Scale, Questionnaire for Eating and Weight Pattern-Revised, and Eating Disorder Examination Questionnaire with Instructions with the Eating Disorder Examination in the Assessment of Binge Eating Disorder and its Symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 36*, 434-444.
- Committee on Adolescence. (2017). Identifying and Treating Eating Disorders. *American Academy for Pediatrics, 111*, 204-211.
- Decaluwé, V., & Braet, C. (2004). Assessment of Eating Disorder Psychopathology in Obese Children and Adolescents: Interview Versus Self-Report Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 799-811.
- Eisler, I., Simic, M., Blessitt, E., Dodge, L., & Team. (2016). *Maudsley Service Manual for Child and Adolescent Eating Disorders*. London: South London and Maudsley, NHS Foundation Trust. <https://www.national.slam.nhs.uk/wp-content/uploads/2011/11/Maudsley-Service-Manual-for-Child-and-Adolescent-Eating-Disorders-July-2016.pdf>
- Fairburn, C. G. (2001). Eating Disorders. *Encyclopedia of Life Sciences*. doi: 10.1038/npg.els.0002302
- Fisher, M., Gonzalez, M., & Malizio, J. (2015). Eating Disorders in Adolescents: How Does the DSM-5C the Diagnosis? *The International Journal of Adolescent Medicine and Health, 27*, 437-441.
- Forsberg, S. & Lock J., (2015). Family-based Treatment of Child and Adolescent Eating Disorders. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics, 24*, 617-629.
- Frisch, M. J., Herzog, D. B. and Franko, D. L. (2006), Residential treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 39*, 434-442. doi:10.1002/eat.20255
- Grilo, C. M. (2000). Self-help and guided self-help treatments for bulimia nervosa and binge eating disorder. *Journal of Psychiatric Practice, 6*, 18-26.
- Haas, H. L., & Clopton, J. R. (2003). Comparing clinical and research treatments for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 33*, 412-420.
- Hoste, R. R., Labuschagne Z., & Le Grange D. (2012). Adolescent Bulimia Nervosa. *Current Psychiatry Reports, 14*, 391-397.
- Klump, K. L. (2013). Puberty as a Critical Risk Period for Eating Disorders: A Review of Human and Animal Studies. *Hormones and Behavior, 64*, 399-410.
- Le Grange, D., Swanson, S. A., Crow, S. J., & Merikangas K. R. (2012). Eating Disorder Not Otherwise Specified Presentation in the US Population. *The International Journal of Eating Disorders, 45*, 711-718.
- Le Grange, D. (2011). Childhood and Adolescence: Looking at Eating Disorders When They Start. *Eating Disorders in Children and Adolescents: A Clinical Handbook (3-8)*. Guilford Publications.
- Le Grange, D., Lock, J., Agras, W. S., Bryson, S. W., & Jo, B. (2015). Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 54*, 886-894.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (2007). Prevention of negative body image, disordered eating, and eating disorders: An update. In S. Wonderlich, J. Mitchell, M. De Zwaan, & H. Steiger (Eds.), *Annual Review of Eating Disorders: Part I*. (1-14) Oxford: Radcliffe.
- Lock, J. (2015). An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical & Adolescent Psychology, 44*, 707-721.

- Maiden, Z., Baker, L., Espie, J., Simic, M., & Tchanturia, K. (2014). Group Cognitive Remediation Therapy for Adolescents with Anorexia Nervosa. *The Flexible Thinking Group*. https://www.national.slam.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/08/Group-Cognitive-Remediation-Therapy-for-Adolescents-with-Anorexia-Nervosa_-The-Flexible-Thinking-Group-August-2014.pdf
- Mairs, R., & Nicholls D. (2017). Assessment and Treatment of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 101, 1168-1175.
- Murphy, S., Russell, L., & Waller, G. (2005). Integrated psychodynamic therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder: theory, practice and preliminary findings. *European Eating Disorders Review*, 13, 383-391.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M, Larson, N. I., Eisenberg, M. E., & Loth K. (2011). Dieting and Disordered Eating Behaviors from Adolescence to Young Adulthood: Findings from a 10- year Longitudinal Study. *Journal of The American Dietetic Association*, 111, 1004–1011.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (Nice). (2017). *Eating Disorders: Recognition and Treatment*. London: NICE.
- Ornstein, R. M., Rosen, D. S., Mammel, K. A., Callahan, S. T., Forman, S., Jay, M. S., Fisher, M., Rome, E., & Walsh, B. T. (2013). Distribution of Eating Disorders in Children and Adolescents Using the Proposed DSM-5 Criteria for Feeding and Eating Disorders. *Journal of Adolescent Health*, 53, 303-305.
- Pinhas, L., Morris, A., Crosby, R. D., & Katzman, D. K. (2011). Incidence and Age-Specific Presentation of Restrictive Eating Disorders in Children: a Canadian Pediatric Surveillance Program study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165, 895–899.
- Pretorius, N., Dimmer, M., Power, E., Eisler, I., Simic, M., & Tchanturia, K. (2012). Evaluation of a Cognitive Remediation Therapy group for Adolescents with Anorexia Nervosa: Pilot Study. *European Eating Disorders Review*, 20, 321-325.
- Stice, E., & Bearman, S. K. (2001). Body-image and eating disturbances prospectively predict growth in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 37, 597–607.
- Sim, L. A., McAlpine, D. E., Grothe, K. B., Himes, S. M., Cockerill, R. G., & Clark, M. M. (2010). Identification and Treatment of Eating Disorders in the Primary Care Setting. *Mayo Clinic Proceedings*, 85, 746–751.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 4, 406–414.
- Sudhir, P. M. (2015). *Cognitive Behaviour Therapy with Adolescents (21-42)*. Published by Springer.
- Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 1073-1074.
- Rome, E. S. & Ammerman, S. (2003). Medical Complications of Eating Disorders: An Update. *Journal of Adolescent Health*, 33, 418–426.
- Vandereycken, W. (1992). Validity and Reliability of the Anorectic Behavioral Observation Scale for Parents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 163-166.
- Vitousek, K. M., & Gray, J. A. (2005). Eating disorders. In G. O. Gabbard, J. S. Beck, & J. Holmes (Eds.) *Oxford textbook of psychotherapy* (pp.177–202). Oxford, England: Oxford University Press.
- Watson, H. J., & Bulik C. M., (2013). Update on the treatment of Anorexia Nervosa: Review of Clinical Trials, Practice, Guidelines and Emerging Interventions. *Psychological Medicine*, 43, 2477-2500.
- Weaver, L., & Liebman R. (2011). Assessment of Anorexia Nervosa in Children and Adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 2, 93–98.
- Zerbe, K. J. (2007). Eating disorders in the 21st century: Identification, management, and prevention in obstetrics and gynecology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21, 331-343.

الفصل الخامس:

العلاج النفسي
للإساءة والاهمال
للأطفال

د. مجدة السيد علي الكشكي



تمهيد

إن الإساءة للأطفال -أو ما يعرف بإساءة معاملة الأطفال- بكافة أشكالها تمثل مشكلة تواجه بعض الأطفال والأسر (Fegert & Stotzel, 2016; Gilbert et al., 2009). من أهم مظاهر الإساءة للأطفال، هو فشل مقدم الرعاية في توفير الرفاه النفسي والصحي للطفل أو المراهق الذي يراه. تعتبر عواقب سوء معاملة الأطفال متنوعة وقد تؤثر على الطفل في جميع مراحل العمرية، لما قد ينجم عنها من اضطرابات نفسية وسلوكية وجسدية (Weber, Jud, & Landolt, 2016). بالإضافة إلى هذه الآثار السلبية على المستوى الفردي، فإن سوء معاملة الأطفال يشكل عبئاً مالياً كبيراً على المجتمع.

توجد العديد من التعريفات لإساءة معاملة الأطفال، وقد اختلفت هذه التعريفات وفقاً للجهة المعرّفة. حيث يتبنى الأطباء والعاملين في القطاع الصحي التعريف الذي يركز على الجانب الطبي للإصابة. بينما يميل الأخصائيين الاجتماعيين في تعريفهم لسوء معاملة الطفل إلى التركيز على الأسرة ونظم تقديم الرعاية التي أدت إلى سوء المعاملة. كما أن بعض التعريفات تركز على سلوكيات أو أفعال البالغين (المُسبب) بينما البعض الآخر يركز على الضرر أو التهديد بالضرر الذي قد يلحق بالطفل (الأثر). كما أن بعض الخبراء قد يشمل في تعريفه لسوء معاملة الطفل أي ضرر حتى غير المقصود الذي قد ينتج عن فعل مقدم الرعاية. بينما البعض الآخر يشمل في تعريفه فقط الضرر المقصود. فيما يلي استعراض لبعض تعريفات الإساءة للأطفال:

عرفت الهيئة الاستشارية للحد من الإساءة للأطفال التابعة لمنظمة الصحة العالمية (WHO, 1999, p.15)، سوء معاملة الأطفال على أنها "تشمل جميع أشكال سوء المعاملة البدنية والمعنوية أو الاعتداء الجنسي أو الإهمال أو الاستغلال التجاري أو غير ذلك من الاستغلال، مما يؤدي إلى ضرر فعلي أو محتمل على صحة الطفل أو بقائه أو تنميته أو كرامته". كما قام الحريري (٢٠١٧) بتعريف إساءة المعاملة للأطفال على أنها "وجود فعل أو ردة فعل انفعالية سلبية استباقية مُسيئة للطفل من قبل الأسرة أو من يتولى رعايته" (الحريري، ٢٠١٧، ص٧٢). أما المركز الوطني حول إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم في أمريكا (National Center on Child Abuse and Neglect (NCCAN)) فعرف إساءة معاملة الأطفال على أنها "إلحاق الضرر البدني أو النفسي بالطفل، أو الاعتداء الجنسي عليه، والمعاملة المنطوية على الإهمال، أو إساءة معاملة الأطفال دون سن ١٨ من قبل شخص مسؤول عن رعايته" (أبو غالي، ٢٠١٤، ص٢٨٠). كما تُعرف إساءة

معاملة الأطفال بأنها "أيّ قول أو فعل موجه للطفل يتسم بالقسوة أو العنف والنبذ أو الإهمال يصدر من قبل أحد الوالدين أو كليهما أو المعلم وينتج عنه آثار سلبية على هذا الطفل سواء كانت نفسية أو اجتماعية، أو بدنية، أو انفعالية، وقد ينتج عنها إصابات خطيرة أو عاهات مستديمة في بعض الأحيان تعرض حياة الطفل للخطر" (الشخص، ٢٠١٣، ص ٤١٤). وتُعرف إساءة معاملة الأطفال بأنها "سلوك صادر عن أحد الوالدين أو كلاهما أو الشخص القائم برعاية الطفل سواء عن قصد أو غير قصد بهدف إيقاع ضرر جسدي أو نفسي أو جنسي أو إهمال ويمارس ضد الطفل سواء في الأسرة أو في المدرسة أو المؤسسات العامة بالمجتمع، مما يهدد السلامة الجسدية والنفسية للطفل" (عبد الفتاح، ٢٠١٢، ص ٤٤٣).

نسب انتشار سوء معاملة الأطفال

أظهرت نتائج الدراسات السابقة أن إساءة معاملة الأطفال منتشرة بشكل كبير بمختلف أشكالها، في الدول المتقدمة (Gilbert et al., 2012; Sethi et al., 2013) والنامية على حد سواء (الدويك، ٢٠٠٨). وتشير الدراسات إلى أن الإساءة للأطفال تحدث في كل المستويات الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية (الدويك، ٢٠٠٨).

توجد العديد من الدراسات التي حللت نسب انتشار إساءة معاملة الأطفال بمختلف أشكالها، إلا أن الكم الأكبر من هذه الدراسات ركز على نسب انتشار الاعتداء الجنسي على الأطفال (Barth, Bernmetz, Heim, Trelle & Tonia, 2013; Pereda, Guilera,) (Forns, & Gomez-Benito, 1994). أشارت إحدى الدراسات لتحليل نسب انتشار الاعتداء الجنسي على الأطفال على وجود تبايناً في النتائج. يُعزى السبب في هذا التباين لاختلاف تعريف الاعتداء الجنسي في الدراسات التي تم تحليل نتائجها، بالإضافة إلى اختلاف العوامل المنهجية المتبعة في كل دراسة (Barth, Bernmetz, Heim, Trelle, & Tonia; 2013; Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011).

كما أظهرت دراسة أخرى أجرت تحليلاً لنسب انتشار الاعتداء الجنسي لـ ٣٣١ عينة مستقلة (١٠ ملايين طفل تقريباً)، إلى أن ١٨٪ من الإناث و ٧.٦٪ من الذكور يتعرضون لهذا النوع من سوء المعاملة (Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser, & Bakermans-Kranenburg, 2011). توافقت هذه النتيجة مع نتائج دراسات أخرى والتي خلصت أيضاً إلى أن نسبة الاعتداء على الإناث أعلى من الذكور بشكل عام (Pereda, Guilera,)

(Forns, & Gomez-Benito, 1994; Sethi et al., 2013).

أما بالنسبة للإهمال، سواء البدني أو الانفعالي، فإن الدراسات السابقة أشارت إلى وجود فروق كبيرة جداً في نسب الانتشار على مستوى العالم (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, & van Ijzendoorn, 2013). حيث تراوحت هذه النسب بين ١,٤٪ (Finkelhor, Ormrod, Turner, & Hamby, 2005) و ٨٠,١٪ (Stephenson et al., 2006). كما أشارت إحدى الدراسات السابقة إلى أن نسب انتشار الإساءة البدنية على مستوى العالم تصل إلى ٢٢,٦٪ (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn, & Alink, 2013)، والتي توافقت مع نتائج دراسة أخرى، خلصت إلى أن نسبة انتشار هذا النوع من الإساءة تصل إلى ٢٢,٩٪ على مستوى أوروبا (Sethi, 2013). كما تم ملاحظة فروق أكبر في نسب انتشار الإهمال الانفعالي، حيث تصل نسبة هذا النوع من الإهمال على مستوى العالم إلى ٣٦,٦٪ (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink, & Ijzendoorn, 2012)، بينما في أوروبا تصل إلى ٢٩,١٪ (Sethi, 2013) تؤكد هذه الفروق على أهمية عمل دراسات تحليلية إحصائية، لإعطاء صورة شاملة أدق عن نسب انتشار هذا النوع من سوء المعاملة بالإضافة إلى مسببات هذه الفروق. إضافة إلى ذلك لوحظ عدم رجوع الذكور على الإناث أو العكس في التعرض للإهمال البدني أو الانفعالي (Jud, Fegert, & Finkelhor, 2016; Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, & van Ijzendoorn, 2013).

تصنيف سوء معاملة الأطفال

قامت منظمة الصحة العالمية بتصنيف إساءة معاملة الأطفال إلى أربع أنواع كالتالي: الإساءة البدنية، الإساءة الانفعالية، الاعتداء الجنسي والإهمال (WHO, ISPCAN 2006). فيما يلي وصف لهذه الإساءات:

١. الإساءة البدنية Physical Abuse: عرفت منظمة الصحة العالمية الإساءة البدنية على أنها الاستخدام المتعمد للقوة البدنية تجاه الطفل والذي ينتج عنه -أو قد ينتج عنه- ضررٌ لصحة الطفل أو بقاءه أو تدميره أو كرامته. تشمل الإساءة البدنية الضرب، الضرب المبرح، الركل، الهز، العض، الخنق، الحرق والتسمم. يتعرض الأطفال عادة للإساءة البدنية كشكل من أشكال العقوبة. كما قد يشير وجود الكدمات، والخدوش، والعظام المكسورة، والإصابات المتعددة إلى احتمالية تعرض الطفل إلى الإساءة البدنية (Saunders & Goddard, 2010). ويرى البعض أن الإذلال والضرب والصفع

كلها أشكال للإساءة البدنية مما لها من آثار على سلامة الطفل وكرامته وحتى إذا لم تكن واضحة.

٢. **الإساءة الانفعالية Emotional Abuse**: تم تعريف الإساءة الانفعالية في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في إصداره الخامس (American Psychiatric Association, 2013)، على أنها الأفعال اللفظية أو الرمزية غير العرضية (المتعمدة) من قبل والدي الطفل أو مقدم الرعاية، التي ينتج عنها أو قد ينتج عنها ضرر نفسي كبير للطفل. بشكل عام، فإن الإساءة الانفعالية تشمل فشل مقدم الرعاية في توفير بيئة مناسبة وداعمة. حيث يتمثل هذا النوع في الأفعال التي لها تأثير سلبي على تطور الطفل وصحته الانفعالية. من أشكال هذه الإساءة تقييد تحركات الطفل، والسخرية منه، وتشويه السمعة، والتهديد، والترهيب، والإهانة، والتمييز، والرفض، وقتل حيوان أليف يخص الطفل، والإفراط في الانتقاد، والنبد الدائم وغير ذلك من أشكال المعاملة العدائية غير البدنية.

٣. **الإساءة الجنسية Sexual Abuse**: ويشكل الاعتداء الجنسي على الأطفال أحد أشكال إساءة المعاملة للأطفال، حيث يقوم البالغ باستخدام الطفل لغرض التحفيز الجنسي، ويشير هذا النوع من الاعتداء إلى مشاركة الطفل في فعل جنسي يستهدف الإرضاء الجسدي أو الربح المالي للشخص الذي يرتكب الفعل (Theoklitou, Kabitsis, & Kabitsi, 2012). من أشكال الإساءة الجنسية للطفل التالي:

- الطلب أو الضغط على الطفل للانخراط في الأنشطة الجنسية، بغض النظر عن النتيجة.
 - التعرض غير اللائق للأعضاء التناسلية للطفل.
 - عرض المواد الإباحية للطفل.
 - الاتصال الجنسي الفعلي مع الطفل.
 - الاتصال البدني مع الأعضاء التناسلية للطفل.
 - النظر للأعضاء التناسلية للطفل دون الاتصال الجسدي.
 - استخدام الطفل لإنتاج المواد الإباحية.
- (Martin, Anderson, Romans, Mullen, & O'Shea, 1993).

٤. **الإهمال Neglect**: تم تعريف الإهمال في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في نسخته الخامسة DSM-5 (APA, 2013)، على أنه فعل أو إغفال مؤكد أو مشتبه به من قبل والدي الطفل أو مقدم الرعاية، والذي يحرم الطفل من احتياجاته الأساسية التي تتناسب مع عمره. بالتالي ينتج عنه أو يحتمل أن ينتج عنه ضرر بدني أو نفسي للطفل. يشمل إهمال الطفل الأفعال التالية:

- هجره (تركه وحيداً).
- عدم توفير إشراف مناسب.
- الفشل في تلبية احتياجات الطفل الانفعالية أو النفسية اللازمة.
- عدم توفير ما يلزم من تعليم، رعاية طبية، تغذية، مأوى مناسب و/أو ملابس.

في حالة الفقر فإن الأفعال السابق ذكرها لا تعتبر إهمالاً. حيث أنه يتم تشخيص تعرض الطفل للإهمال في حال توفر موارد معقولة للأسرة أو مقدم الرعاية.

يمثل الإهمال أكثر أشكال سوء المعاملة التي سجلتها وكالات حماية الطفل (Gilbert, Spatz Widom, Browne, Fergusson, & Webb, 2009). وعلى الرغم من أن عواقب إهمال الطفل ذات أهمية مماثلة لأنواع الإساءات المختلفة الأخرى، إلا أن هذا النوع من الإساءة للأطفال لم يحظ بتركيز الدراسات السابقة (Stoltzenborgh, Bakermans-Kranenburg, & van Ijzendoorn, 2013).

أعراض سوء معاملة الأطفال

توجد بعض الأعراض (العلامات) التي ترتبط بأنواع إساءة معاملة الطفل المختلفة، مع أهمية الإشارة إلى أن أنواع الإساءة المختلفة غالباً لا تحدث منفردة وإنما مع نوع آخر من الإساءات. على سبيل المثال، فإن الطفل الذي تتم الإساءة إليه بدنياً، في كثير من الأحيان يكون مُساءً إليه انفعالياً. بينما الطفل الذي يتعرض للإساءة الجنسية يكون غالباً مُهملاً. فيما يلي استعراض لأهم الأعراض المصاحبة لأنواع إساءة معاملة الطفل المختلفة وفقاً لما ورد في تقرير Recognizing Child Abuse and Neglect: Signs of Symptoms الذي أصدرته وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (U.S. DHHS, 2007).

١. أعراض الإساءة البدنية

يُشتبه في تعرض الطفل للإساءة البدنية، في حال تواجد الأعراض التالية: حروق غير مبررة، لدغات، كدمات، عظام مكسورة، هالات سوداء حول العين، كدمات

متلاشية أو علامات أخرى ملحوظة بعد غياب المدرسة، خوفه من الوالدين، احتجازه و/أو صراخه عندما يحين وقت الذهاب إلى المنزل، انكماشه عندما يقترب من البالغين وإبلاغه عن إصابة من الوالدين أو مقدم الرعاية.

٢. أعراض الإساءة الانفعالية

يُشتبه في تعرض الطفل للإساءة الانفعالية، في حال تواجد الأعراض التالية: إظهاره لسلوك متطرف (متطلب أو متدمر بشكل مفرط)، سلبية شديدة، عدوانية شديدة، تأخره في النمو البدني أو الانفعالي، محاولة الانتحار وإبلاغه عن عدم وجود ارتباط بأحد بالوالدين أو أحدهما.

٣. أعراض الإساءة الجنسية

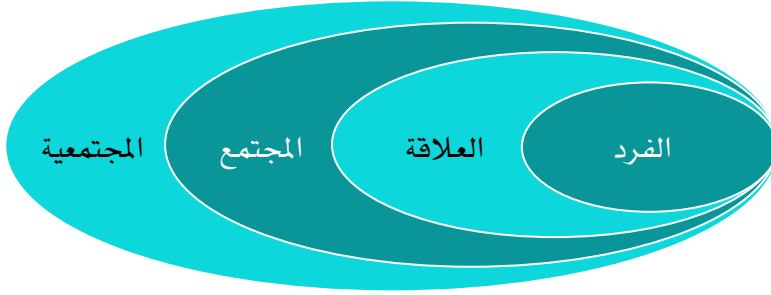
يُشتبه في تعرض الطفل للإساءة الجنسية، في حال تواجد الأعراض التالية: صعوبة في المشي أو الجلوس، رفضه المشاركة في الأنشطة البدنية، الكوابيس أو التبول اللاإرادي، تغير مفاجئ في الشهية، إظهاره معرفة أو سلوك جنسي غريب ومتطور، الحمل، معاناته من أمراض تناسلية، هروبه وإبلاغه عن اعتداء جنسي من مقدم الرعاية أو أحد الوالدين.

٤. أعراض الإهمال

يُشتبه في تعرض الطفل للإهمال، في حال تواجد الأعراض التالية: غيابه المتكرر عن المدرسة، توسله للحصول على الأكل أو المال، سرقة للأكل أو المال، افتقاره للرعاية الصحية ورعاية الأسنان اللازمة، اتساخه باستمرار ورائحته الكريهة، افتقاره للملابس التي تتناسب مع الطقس، يتعاطى الكحول و/أو المخدرات وإبلاغه عن عدم وجود مقدم رعاية له في المنزل.

مسببات سوء معاملة الأطفال

لا يوجد مسبب (عامل) منفرد يمكن تحديده لتفسير إساءة معاملة بعض الأفراد للأطفال. بشكل عام قامت منظمة الصحة العالمية والمجتمع الدولي لحماية الطفل من سوء المعاملة والإهمال بتقسيم هذه العوامل إلى أربع أقسام: عوامل فردية، عوامل العلاقة، عوامل المجتمع وعوامل مجتمعية والمجتمع (WHO & ISPCAN, 2006). يوضح الشكل (١) نموذج التفاعل بين هذه العوامل.



الشكل ١: نموذج يوضح التفاعل بين عوامل الخطر لإساءة معاملة الأطفال (انظر: (WHO & ISPCAN, 2006).

١. عوامل فردية:

- عوامل الخطر في الوالدين ومقدمي الرعاية: يتزايد خطر إساءة معاملة الأطفال بوجود عوامل معينة في أحد الوالدين أو كليهما أو مقدم الرعاية. تشمل هذه العوامل التالي:
- صعوبة ارتباطه بالطفل حديث الولادة كنتيجة لظروف الحمل الصعبة أو مضاعفات ما بعد الولادة (في حالة الأم).
- لا يُظهر خصائص الرعاية المناسبة تجاه الأطفال.
- تعرضه لإساءة المعاملة كطفل.
- ليس لديه دراية بمراحل تطور الطفل أو لديه توقعات غير واقعية تتعلق بتطور الطفل مما يمنع فهمه لسلوكيات واحتياجات الطفل.
- يستخدم العقاب البدني لتأديب الطفل لإيمانه بفعاليته.
- يعاني من مشاكل صحية بدنية أو عقلية أو ضعف إدراكي.
- عدم القدرة على ضبط النفس عند الغضب.
- إساءة استخدام الكحول أو المخدرات، بما في ذلك أثناء الحمل.
- يشارك في النشاط الإجرامي.
- معزول اجتماعياً.
- يعاني من الاكتئاب.
- صغر السن أو نقص التعليم.
- يواجه صعوبات مالية (WHO & ISPCAN, 2006).

- **عوامل الخطر في الطفل:** تتزايد احتمالية تعرض الطفل لإساءة المعاملة إذا توفرت لديه بعض العوامل -وهذا لا يعني أن الطفل مسؤول عن سوء المعاملة التي قد يتعرض لها-، العوامل هي كالتالي:
 - كان طفلاً غير مرغوب فيه أو فشل في تحقيق توقعات الوالدين أو رغباتهم من ناحية الجنس، المظهر،...إلخ.
 - رضيع ذو احتياجات عالية (كحالة الرضع الذين يولدون قبل الأوان).
 - معاق عقلياً أو جسدياً، أو لديه مرض مزمن.
 - يبكي باستمرار ولا يمكن تهدئته أو إراحته بسهولة.
 - لديه تشوهات جسدية.
 - لديه مرض عقلي أو نفسي.
 - لديه فرط نشاط زائد.
 - لديه أخوة أو أخوات من ذوي الاحتياجات الخاصة.
 - يُظهر سلوك إجرامي وعدواني.
 - يُسيء معاملة الحيوانات (WHO & ISPCAN, 2006).

٢. عوامل العلاقة:

قد يختلف تكوين الأسرة اختلافاً كبيراً وفقاً لظروفها الفريدة ومعايير المجتمع المحلي. في العديد من المجتمعات المحلية، قد لا تتكون الأسرة من أم وأب متزوجين وأطفالهم، حيث يرأس الأسرة أم عزباء أو أب أعزب أو الأشقاء أو الأجداد. لذا يمكن تلخيص عوامل الخطر لإساءة معاملة الأطفال المرتبطة بالعلاقة مع الأسرة والأصدقاء والأقران على النحو التالي:

- الفشل في تحقيق علاقة ارتباط بين أفراد الأسرة.
- وجود مشاكل بدنية أو نمائية أو عقلية عند أحد أفراد الأسرة.
- انهيار الأسرة، كالحال عند حدوث الطلاق، مما يؤدي إلى مشاكل في الصحة النفسية أو العقلية عند البالغين والأطفال في الأسرة، بالإضافة إلى الشعور بالانعزالية والوحدة والتوتر.
- العنف داخل الأسرة: بين الوالدين، بين الأطفال و/أو بين الوالدين والأطفال.

- عزل الأسرة عن المجتمع.
- عدم وجود شبكة دعم للوالدين للمساعدة في حال حدوث مشاكل في العلاقة بينهما.
- عدم توفر دعم من الأسرة الممتدة في تربية الأطفال.
- التمييز ضد الأسرة بسبب الانتماء العرقي أو الجنسية أو الدين أو نوع الجنس، أو العمر، أو الإعاقة أو نمط الحياة.
- المشاركة في أنشطة إجرامية أو عنيفة في المجتمع (WHO & ISPCAN, 2006).

٣. عوامل المجتمع:

تشمل هذه العوامل خصائص البيئات المجتمعية التي تشجع على إساءة معاملة الأطفال، وهي كالتالي:

- التسامح مع العنف.
- عدم المساواة الاجتماعية بين الجنسين.
- نقص المساكن المناسبة أو عدم كفايتها.
- نقص المؤسسات والخدمات لدعم الأسر لتلبية الاحتياجات المتخصصة.
- ارتفاع مستويات البطالة.
- الفقر.
- وجود مستويات عالية من الرصاص أو السموم الأخرى في البيئة.
- سهولة توفر الكحول.
- وجود تجارة محلية للمخدرات.
- عدم كفاية السياسات والبرامج داخل المؤسسات التي تهدف إلى حماية الطفل من سوء المعاملة (WHO & ISPCAN, 2006).

٤. عوامل مجتمعية:

- من العوامل المجتمعية التي يمكن أن تسهم في حدوث إساءة معاملة الأطفال ما يلي:
- السياسات الاجتماعية والاقتصادية والصحية والتعليمية المؤدية إلى مستويات معيشة

- رديئة أو إلى عدم المساواة الاجتماعية أو عدم الاستقرار.
- الأعراف الاجتماعية والثقافية التي تشجع على العنف تجاه الآخرين، بما في ذلك العقاب البدني.
- المعايير الاجتماعية والثقافية التي تحدد أدوار محددة وجامدة للجنسين.
- المعايير الاجتماعية والثقافية التي تقلل من أهمية الطفل في العلاقات بين الوالدين والطفل.
- وجود المواد الإباحية المتعلقة بالأطفال وبغاء الأطفال وعمل الأطفال (WHO & ISPCAN, 2006).

وسائل الوقاية من سوء معاملة الأطفال

إن وقاية الطفل المعرض لخطر سوء المعاملة امر مهم جداً، حيث أنه قد يُنقذ حياته ويحميه من عواقب الإساءة السلبية التي قد تستمر معه مدى الحياة. تعددت المنهجيات التي تم تطويرها لحماية الطفل من إساءة المعاملة، كتلك التي تم تطويرها من قبل مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (Centers for Disease Control and Prevention) ومركز دراسة السياسة الاجتماعية (the Center for the Study of Social Policy) وإدارة شؤون الأطفال والشباب والأسر (CSSP)، وجميع المنهجيات المتبعة من قبل هذه الجهات هدفها الأساسي هو حماية الطفل من سوء المعاملة بالإضافة إلى تعزيز رفاه الطفل والشباب والأسرة. كما أن جميع المنهجيات ركزت على العوامل الوقائية (Protective Factors). من أوجه التشابه الأخرى التالي:

- جميع المنهجيات تم تطويرها على أسس علمية، كما تم مراجعتها من قبل خبراء.
- تصف الظروف الإيجابية للفرد والأسرة والمجتمع التي تُقلل من خطر حدوث إساءة المعاملة للطفل وتحسين الرفاه العام.
- توفر درجات متفاوتة من التوجيهات لتساهم في التطبيق العملي لبرامج حماية الطفل من سوء المعاملة.
- تحدد بشكل واضح العوامل الوقائية والتي تشمل: الروابط الاجتماعية الإيجابية، الصمود والكفاءة الاجتماعية والانفعالية.

- يمكن استخدامها لتوفير المعلومات اللازمة لصانعي السياسات والمهنيين العاملين في هذا المجال (U.S. DHHS, 2017).
- يلعب طبيب العائلة دوراً مهماً في وقاية الأطفال من سوء المعاملة، كونه مُقدم النُصح للآباء ومقدمين الرعاية عن الصحة العامة. يكون ذلك من خلال:
- تقييم نقاط القوة والضعف عند مقدمي الرعاية.
- ربط الأسر مع الجهات الداعمة والتي تحدد وتلبى احتياجات الأسرة.
- تعزيز ممارسات الأبوة والأمومة الإيجابية القائمة على الأدلة Evidence-Based (Flaherty, Stirling, 2010).
- تسويق تمويل وتنفيذ برامج الوقاية في مجتمعاتهم على المستوى المحلي والوطني.
- المشاركة في زيارات برامج الأبوة والأمومة المنزلية (Christian, 2015).

طرق العلاج لسوء معاملة الأطفال

يمكن اتباع العديد من الطرق العلاجية للأطفال الذين تعرضوا لإساءة المعاملة والتي تعتمد على منهجيات واستراتيجيات مختلفة. من أهم ما تتطرق إليه طرق العلاج المختلفة، الجانب النفسي عند الطفل وذلك للحد من أي اضطرابات نفسية قد يعاني منها بعد تعرضه لأي شكل من أشكال سوء المعاملة. لذا فإن العلاج النفسي عادة ما يصاحب كل طرق العلاج التي يتم توظيفها في هذا المجال. هناك العديد من نماذج العلاج المبرهنة Evidence-Based Therapy التي يمكن اتباعها للتعامل مع حالات الأطفال الذين تعرضوا لإساءة المعاملة، وتشمل: العلاج الذهني السلوكي الذي يركز على الصدمة Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Strategies. العلاج القائم على التفاعل بين الآباء والطفل Parent-Child Interaction Therapy. وعلاج ضغط الصدمة للطفل والعائلة The Child and Family Traumatic Stress Intervention. وسيتم مناقشة هذه التدخلات العلاجية بالتفصيل لاحقاً في هذا الفصل.

تقييم الإساءة إلى الأطفال وإهمالهم

تختلف طرق التقييم المتبعة في هذا المجال وفقاً لطبيعة الإساءة التي تعرض إليها الطفل. سيتم تناول طرق التقييم المستخدمة لكل نوع من أنواع إساءة معاملة الأطفال

بشكل منفرد.

طرق تقييم الإساءة البدنية:

يجب أن يجري الطبيب مجموعة من الاختبارات التشخيصية، عندما يشتبه في أن الطفل يتعرض إلى الإساءة البدنية (يُظهر الأعراض التي تم ذكرها سابقاً). يكون الهدف من هذه الاختبارات الكشف عن إصابات أخرى وتحديد ما إن كانت هذه الإصابات نتيجة لأسباب طبية أو نتيجة لإساءة بدنية. تعتمد نوعية وعدد هذه الاختبارات على عدة عوامل، تشمل شدة الإصابة، ونوع الإصابة، والعمر والمستوى النمائي للطفل. بشكل عام، كلما كان الطفل أصغر عمراً والإصابة شديدة كلما كانت الاختبارات التشخيصية التي يجريها الطبيب على الطفل أشمل وأعمق (Christian, 2015).

طرق تقييم الإساءة الانفعالية:

إن الإساءة الانفعالية تصف طبيعة علاقة ولا تصف حدث، لذا لا يمكن تقييم حدوث إساءة انفعالية لطفل من خلال زيارة واحدة لأسرته. كما يجب الأخذ بعين الاعتبار بأن الطفل قد لا يستطيع التقدير بأنه يتعرض لهذا النوع من الإساءة، حيث أنه غالباً ما يقبل اللوم الموجه إليه من قبل الوالدين أو مقدم الرعاية. لذا فإن العناصر التالية قد توفر أفضل وسائل لتقييم الإساءة الانفعالية:

- الاطلاع على تاريخ الأسرة، حيث أنه قد يعطي أدلة هامة عن المشاكل التي تعاني منها الأسرة.
- تحديد والتواصل مع جهات أخرى تعاملت مع الأسرة مسبقاً، إن وجدت، وكانت لديها فرصة مراقبة تفاعلاتهم مع بعضهم البعض على مدار فترة من الزمن.
- مراقبة العلاقات داخل الأسرة، وطبيعة التفاعل بين الأب/الأم والطفل، وعمليات الأسرة بالإضافة إلى الحوارات التي تجري داخل الأسرة. سيسهم هذا في تحديد الشخصيات المتوافقة والمختلفة في الأسرة، بالإضافة إلى تحديد آليات التأديب والتشجيع للأطفال داخل الأسرة (Emotional Abuse, 2016).

هناك محاور رئيسية يجب التطرق إليها عند تقييم طفل يُشتبه في تعرضه للإساءة الانفعالية، الجدول (١) يوضح هذه المحاور والأبعاد الرئيسية لكل من هذه المحاور:

مؤشرات الإساءة الانفعالية	أبعاد المحور المراد تقييمه	محور التقييم
العديد من الأطفال الذين يعانون من الإساءة الانفعالية يظهرون بصحة جيدة. قد تظهر على الطفل المُساء إليه انفعالياً علامات إيذاء النفس والتي قد تؤدي صحة الطفل. أظهرت الدراسات وجود علاقة بين الإساءة الانفعالية واضطرابات الأكل (اضطراب فقدان الشهية العصبي، اضطراب الشره العصبي واضطراب نهم الطعام).	الصحة	احتياجات الطفل النمائية
الأطفال الذين يعانون من الإساءة الانفعالية غالباً ما يقومون بالغياب والتأخر المتكرر عن المدرسة، يكونون أكثر عرضة للتمتر في المدرسة من قبل أقرانهم، يرفضون تجريب ما هو جديد خوفاً من الفشل، يكون مستوى تحصيلهم التعليمي متدني.	التعليم	
الأطفال الذين يعانون من الإساءة الانفعالية يعانون من مشاكل مرتبطة بالثقة بالنفس، خصوصاً عند الأقليات العرقية.	الهوية	
أسرة الطفل الذي يتعرض للإساءة الانفعالية تكون: العلاقات فيها غير متجانسة وفوضوية، حيث يظهر الوالدان مشاعر القلق الزائد ثم اللامبالاة بشكل متناوب، علاقاتهم مع العائلة الممتدة مشحونة، علاقاتهم مع الجيران والأصدقاء والمهنيين علاقة استقطاب.	العائلة والعلاقات الاجتماعية	
العديد من الأطفال الذين يعانون من سوء المعاملة الانفعالية قد لا يظهرون أي صعوبات في الظهور الاجتماعي. لكن قد يعاني بعضهم من صعوبات في هذا المجال والتي تشمل عدم الترتيب في الملابس، منعزلين اجتماعياً، يستجدون الانتباه، يعانون من قلة الثقة بالنفس.	الظهور الاجتماعي	
قد تؤثر الإساءة الانفعالية على النمو الانفعالي لدى الطفل، حيث أنه أكثر عرضة للشعور بعدم الأمان وانخفاض الثقة بالنفس	النمو الانفعالي والسلوكي	
تعتبر العناية الأساسية المبالغ فيها، والتي تشمل ظهور الطفل كعارض أزياء وفي بيئة منزلية نظيفة ومرتببة جداً بشكل مستمر أحد مؤشرات الإساءة الانفعالية.	العناية الأساسية	القدرة التربوية للأباء
من مؤشرات تعرض الطفل للإساءة الانفعالية، قيام الوالدين أو مقدم الرعاية بوضع الأطفال في مواقف تشعرهم بالخوف وعدم الأمان، مثل: تركهم مع مقدمي رعاية غير المناسبين والذين قد يكونوا غرباء بالنسبة للطفل، إخبار الطفل بقصص مخيفة بشكل مقصود،	توفير الأمان والاستقرار	

السماح للطفل بمشاهدة أفلام الرعب والأفلام العنيفة، وضع الطفل على السرير في الظلام عندما يكون خائف، تعريض الطفل إلى الأشياء التي يعرف الوالدان أنها تخيفه مثل العناكب. كما أن الحماية الزائدة من قبل الوالدين قد تعتبر من مؤشرات تعرض الطفل للإساءة الانفعالية.	
يجب على المهنيين مراعاة الفروق الثقافية عند تقييم الدفء الانفعالي، حيث يختلف التعبير عن هذا الدفء من ثقافة إلى أخرى.	الدفء الانفعالي
إن الطفل الذي يتعرض للإساءة الانفعالية غالباً لا يتم تحفيزه ليتطور ذهنياً من قبل الوالدين.	التحفيز
إن الأسر التي يتعرض فيها الطفل للإساءة الانفعالية تتسم إما بعدم وجود حدود وتوجيه من قبل الوالدين أو وجود حدود صارمة وجامدة جداً.	التوجيه ورسم الحدود

جدول ١: محاور ومؤشرات الإساءة الانفعالية للطفل (Emotional Abuse, 2016).

أدوات تقييم الإساءة الانفعالية للطفل:

تتوفر بعض الأدوات المفيدة لتقييم إساءة المعاملة الانفعالية للطفل، والتي تشمل:

- **شجرة العائلة Genograms:** والتي تساعد في فهم أنماط السلوكيات في أجيال العائلة، وخيارات الزواج، وطبيعة التحالفات والصراعات الموجودة في الأسرة، والأسرار المرتبطة بالعائلة وأي معلومات أخرى قد تفسر الوضع الحالي للأسرة. تصور شجرة العائلة الشخصيات والأحداث البارزة في تاريخ الأسرة، والتاريخ الطبي والسمات الخاصة لكل فرد من أفراد العائلة (Emotional Abuse, 2016).
- **الخرائط البيئية Eco-Maps:** وهي خرائط بصرية توضح طبيعة علاقة الأسرة بالعالم الخارجي. تعطي هذا الخرائط صورة مفصلة وشاملة عن:
 - ديناميكيات الأسرة والتي تشمل تحديد مواطن العلاقات السليمة والمشحونة داخل الأسرة.
 - علاقة كل فرد من أفراد الأسرة بأنظمة الدعم الاجتماعي (دعم الإسكان، دعم الدخل، الدعم النفسي...الخ).
 - علاقة كل فرد من أفراد الأسرة بالمجتمع (العلاقة مع الأصدقاء والجيران والأندية

الرياضية...الخ) وجودة هذه العلاقات.

- مستوى التواصل بين الأسرة ككل مع العالم الخارجي (Emotional Abuse, 2016).

طرق تقييم الإساءة الجنسية:

عند الاشتباه بتعرض طفل للإساءة الجنسية، يجب على الطبيب المعين إجراء تقييم يشمل:

- **تقييم التاريخ الطبي:** يجب على الطبيب تغطية جميع الأبعاد المرتبطة بحالة الطفل البدنية والانفعالية والاجتماعية لاتخاذ قرار مناسب فيما يتعلق بإبلاغ خدمات حماية الطفل لعمل الإجراءات المناسبة. حيث يقوم الطبيب بالتالي:
 - مقابلة الطفل بشكل فردي حتى لا يشعر الطفل بالتهديد خصوصاً إذا كان أحد الوالدين مشتبه فيه.
 - بناء علاقة قائمة على توفير الأمان والدعم مع الطفل.
 - إعلام الطفل بأنه من الطبيعي أن يتحدث الطفل إلى طبيبه في مواضيع قد تبدو صعبة أو غير مريحة.
 - عدم سؤال الطفل أسئلة موجهة تحمل مقترحات. من المهم أن تكون الأسئلة عامة تحتتمل الأجوبة المفتوحة حول ما يحب الطفل أو يكره، الأشخاص في أسرته، ما يُشعر الطفل بالقلق، أشياء حدثت للطفل كانت مزعجة بالنسبة له.
 - عدم الضغط على الطفل ليتحدث عن الإساءة الجنسية.
 - استخدام لغة تتناسب مع عمر أو المرحلة النمائية للطفل (American Academy of Pediatrics, 2015).

- **التقييم البدني:** يجب إجراء الفحص البدني فقط بعد شرح كامل للطفل وأخذ الإذن منه. يتم فحص المنطقة التناسلية والشرجية في هذا الفحص، مع العلم أن الأنسجة في هذه المنطقة تتجدد بصورة سريعة مما يجعل إثبات حدوث إساءة جنسية للطفل أمر صعب، خاصة إذا مضى على الإساءة بعض الوقت. بالتالي لا بد من فحص الطفل بأسرع وقت ممكن، إن أمكن، لإمكانية إثبات وجود الأدلة البيولوجية (الحيوانات المنوية). المدة الزمنية المثالية هي ٢٤ ساعة للفتيات قبل سن البلوغ و٧٢ ساعة للفتيات بعد سن البلوغ. لا ينبغي استخدام التخدير إلا في حالات

وجود نزييف حاد (Herrmann, Banaschak, Csorba, Navratil, & Dettmeyer, 2014).

طرق تقييم الإهمال:

في حال الاشتباه بتعرض طفل للإهمال أو تبليغ الجهات المسؤولة كخدمات حماية الأطفال، فإن هذه الجهات تقوم بعمل تقييم وفق منهجية واضحة للتأكد من كون الطفل يتعرض فعلياً للإهمال أو لا. يتم عمل التقييم على مرحلتين، مرحلة التقييم المبدئي ثم مرحلة تقييم الأسرة.

- **مرحلة التقييم المبدئي:** يهدف هذا التقييم إلى إثبات أو نفي تعرض الطفل لخطر الإهمال، بالإضافة إلى إقرار ضرورة عمل تقييم مستقبلي لاحتمالية تعرض الطفل لهذا النوع من سوء المعاملة. بشكل عام، يحدد التقييم عوامل الخطر والسلامة في العائلة. يشمل التقييم المبدئي الخطوات التالية:

- تحديد ما إذا كان تقرير الإبلاغ عن تعرض الطفل للإهمال يحتوي على أدلة تثبت الحالة.

- تقييم السلامة لتحديد ما إذا كانت السلامة الفورية للطفل موضع قلق. إذا كانت كذلك، يتم وضع خطة حماية وتدخل للتأكد من سلامة الطفل.

- تقييم المخاطر لتحديد ما إذا كان الطفل معرض لخطر الإهمال مستقبلاً، بالإضافة إلى تحديد درجة الخطر.

- **مرحلة تقييم الأسرة:** يهدف هذا التقييم إلى دراسة العلاقة بين نقاط القوة والضعف في الأسرة بالإضافة إلى تحديد ما يجب أن يتغير من أجل:

- حماية الأطفال من الإهمال.

- تقليل خطر الإهمال المستقبلي.

- تحسين رفاه الطفل والأسرة (U.S. DHHS, 2006).

وبشكل عام، بينما يقوم التقييم المبدئي بتحديد المشكلة، يقوم تقييم الأسرة بتعزيز فهم أبعاد المشكلة ويُشكل الأساس لخطة الوقاية والتدخل العلاجي.

التدخلات العلاجية

يتم تحديد استراتيجيات العلاج التي سيتم استخدامها مع الطفل الذي تعرض للإساءة المعاملة بعد عملية التقييم الأولي. وتحدد أهدافها وفقاً للأعراض التي يظهرها الطفل، وطبيعة الإساءة والصدمة التي تعرض إليها الطفل تحديداً (Chadwick Center for Children and families, 2004; Saunders, Berliner, & Hanson, 2003). بشكل عام استراتيجيات العلاج المختلفة تعمل على:

- مساعدة وتشجيع الطفل على التفكير والتعبير عن الإساءة التي تعرض لها من غير الشعور بالحرج والتوتر.
- مساعدة الطفل على التعبير عن مشاعره المرتبطة بالإساءة التي تعرض إليها وتعديلها.
- التقليل من حدة الأعراض السلوكية والانفعالية عند الطفل.
- توضيح وتغيير نمط التفكير غير الدقيق وغير الصحي والذي يمكن أن يؤثر على نظرة الطفل لنفسه ولبن حوله.
- مساعدة الطفل على بناء علاقات صحية.
- تقوية مهارات التأقلم عند الطفل.
- مساعدة الطفل على تطوير المهارات الاجتماعية.
- تقليل شعور الطفل بالعزلة.
- تثقيف الطفل عن استراتيجيات حماية النفس (Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004).

استراتيجيات التدخلات العلاجية

تختلف استراتيجيات التدخلات العلاجية وفقاً لطبيعة الحالة التي يتم التعامل معها. سيتم استعراض ووصف أهم الاستراتيجيات التي تم استخدامها في هذا المجال.

العلاج الذهني السلوكي الذي يركز على الصدمة

العلاج الذهني السلوكي الذي يركز على الصدمة -Trauma-Focused Cognitive Behavioral Strategies هو تدخل علاجي مصمم لمساعدة الأطفال وآبائهم على التغلب

على الآثار السلبية للصددمات النفسية Posttraumatic Stress Disorder والتي قد تكون مدمرة (Cohen & Mannarino, 2008). تشمل هذه الصدمات ما قد يتعرض له الطفل من اعتداء جنسي أو بدني، فقد لأحد أفراد أسرته، العنف المدرسي أو المجتمعي، التعرض للكوارث، صدمات الحرب، حادث خطير والإجراءات الطبية الخطيرة (كالعمليات الجراحية). يعتبر العلاج الذهني السلوكي أفضل نموذج علاجي لدعم الأطفال الذين تعرضوا لإساءة المعاملة (Damashek & Chaffin, 2012). ويدمج هذا التدخل العلاجي، التدخلات الذهنية والسلوكية مع العلاجات التقليدية لإساءة معاملة الأطفال، والتي تركز على تعزيز الثقة بين الأشخاص بالإضافة إلى تمكين الأطفال. يستهدف هذا التدخل العلاجي الأطفال في الفئة العمرية بين 3-18 وآبائهم. ويتم تصميم برنامج العلاج الذهني السلوكي بحيث يقلل من أعراض ما بعد الصدمة، والتي غالباً ما تتزامن مع الاكتئاب والمشاكل السلوكية. كما يقوم هذا التدخل العلاجي بتناول القضايا التي يعاني منها الأطفال المصابون بصدمة نفسية والتي تشمل ضعف تقدير الذات، صعوبة الثقة بالآخرين، المزاج الغير مستقر، القضايا المرتبطة بتكوين العلاقات ومهارات التكيف السلبية.

من أهم مخرجات العلاج الذهني السلوكي الذي يركز على الصدمة، التالي:

- التقليل أو التخلص من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.
- التقليل أو التخلص من أعراض الاكتئاب.
- التقليل أو التخلص من أعراض القلق.
- التقليل أو التخلص من اللوم الذاتي.
- التقليل أو التخلص من العدوانية والسلوك المعارض.
- زيادة الكفاءة الاجتماعية.
- زيادة مهارات إدارة الضغط.
- زيادة مهارات السلامة الشخصية.
- التقليل أو التخلص من حزن الوالدين بسبب التجربة التي مر بها الطفل.
- زيادة دعم الوالدين للطفل.

- زيادة قدرة الطفل على التعامل مع ذكريات الحدث (& Cohen, Mannarino, Perel, Staron, 2007; Cohen, Mannarino, & Lyengar, 2011; Feather & Ronan, 2006; Feather & Ronan, 2009).

وغالباً ما يتم إجراء هذا التدخل العلاجي في عيادة طبية، لكن يمكن تنفيذه في المنزل والمدرسة والمستشفى. عادة ما يتم تنفيذ العلاج الذهني السلوكي في العيادات كعلاج قصير، حيث أن النتائج المتوقعة يتم تحقيقها في فترة زمنية تتراوح بين ١٢ و١٦ أسبوعاً. تنفيذ هذا النوع من العلاج في الأماكن الأخرى قد يحتاج فترة زمنية أطول (Virginia Child Protection Newsletter (VCPN), 2012).

العلاج القائم على التفاعل بين الآباء والطفل

تم تطوير العلاج القائم على التفاعل بين الآباء والطفل Parent-Child Interaction Therapy في السبعينات بواسطة شيليا ايرغ خلال دراستها الدكتوراه في مركز العلوم الصحية في ولاية أوريغون، ثم تم تطويره في جامعة فلوريدا. استهدف هذا العلاج في بداياته الأطفال المعارضين الذين يتفاعلون بشكل سلبي مع آبائهم ولا يمتثلون لطلباتهم. وأثبت هذا التدخل العلاجي فاعليته مع هذه الفئة بشكل كبير (Chaffin & Friedrich, 2004). ولاحقاً تم تطوير هذا التدخل العلاجي للتعامل مع الأطفال الذين يتعرضون لإساءة التعامل والذين تتراوح أعمارهم بين ٤ و١٢ عام. أثبتت الدراسات أن العلاج القائم على التفاعل بين الوالدين والطفل:

- قلل من عدد تقارير الإبلاغ عن إساءة المعاملة.
- قلل من المشاكل السلوكية عند الأطفال الذين يتعرضون لإساءة المعاملة.
- قلل من الضغط النفسي للوالدين.
- زاد الدفء الأبوي.
- قلل من الخطر المستقبلي لحدوث إساءة (Damashek & Chaffin, 2012).

إن العلاج القائم على التفاعل بين الوالدين والطفل، يعلم الوالدين:

- كيفية المشاركة في تفاعل إيجابي مع أولادهم.
- كيفية استخدام الثناء المشروط (Contingent Praise).
- كيفية تجنب السلوك الأبوي السلبي.

- كيفية تطبيق استراتيجيات التأديب باستخدام الوقت المستقطع Time-Out Discipline Strategy.

يفترض العلاج القائم على التفاعل بين الآباء والطفل، أن الصحة النفسية للطفل تتغذى على الأبوة والأمومة الموثوقة والتي تقوم على الرعاية، والتواصل الجيد والتنظيم السلوكي. لذا فإن هذا التدخل العلاجي يقوم بتزويد الوالدين أو مقدمي الرعاية بالمهارات اللازمة للاستجابة بشكل انتقائي لسلوك الطفل. يجعل ذلك الوالدين أو مقدم الرعاية، أكثر حساسية لاحتياجات للطفل، ويستجيب له بدفء أكثر، و متاح انفعالياً بشكل أكبر وأقل توتراً. حيث أن هذه الطريقة العلاجية تخلق علاقة ربط بين الطفل ومقدم الرعاية (VCPN, 2012). من آليات تطبيق هذا التدخل العلاجي، التدريب المباشر للوالدين من خلال سماعات الأذن اللاسلكية خلال فترة تفاعل الوالدين مع الطفل (Damashek & Chaffin, 2012).

ويتضمن العلاج القائم على التفاعل بين الآباء والطفل مرحلتين متتاليتين ويتطلب ١٥ جلسة أسبوعية بالمتوسط.

- **مرحلة التفاعل الموجه للطفل Child-Directed Interaction Phase:** تهدف هذه المرحلة إلى تحسين نوعية العلاقة بين الوالدين والطفل وتحسين قدرة الوالدين على تعزيز سلوك الطفل الإيجابي. يتعلم الوالدان في هذه المرحلة متابعة الإشارات الصادرة من الطفل من خلال اللعب معه بشكل فردي. يهدف هذا إلى توفير الانتباه الإيجابي للطفل والتغافل عن سوء السلوك الطفيف. كما يتعلم الوالدان في هذه المرحلة استخدام مهارات تعزيز الشعور بالفخر والتي تشمل الثناء، التأمل، التقليد، الوصف والتمتع، وذلك لتعزيز السلوكيات الإيجابية للطفل.

- **مرحلة التفاعل الموجه للوالدين Parent-Directed Interaction Phase:** في هذه المرحلة يتعلم الوالدان إعطاء تعليمات فعالة للطفل والمتابعة من خلال عواقب متسقة، والتي تشمل الثناء عند الامتثال للتعليمات وفرض وقت مستقطع عند عدم الامتثال.

ويُعد التدريب على المهارات بصورة حية خلال الجلسات أسلوب التدخل الأساسي في المرحلتين. يقوم الوالد بالتفاعل مع الطفل في غرفة العلاج في حين يقوم المدرب المعالجين بالمراقبة والتوجيه من غرفة أخرى باستخدام ميكروفون لاسلكي (Damashek & Chaffin, 2012).

العلاج بمساعدة الحيوان

يرجع أول استخدام العلاج بمساعدة الحيوانات Animal-Assisted Therapy إلى طبيب الأطفال النفسي "بوريس ليفنسون" في عام ١٩٦١، والذي أعزى سبب استخدامه لهذا النوع من التدخل العلاجي إلى أن الحيوانات تشكل محفزاً للمرضى الذين يقاومون العلاج (Cirulli, Borgi, Berry, Francia, & Alleva, 2011; Hamama et al., 2011). إن وجود حيوان في البيئة العلاجية يساهم بشكل إيجابي في خلق بيئة مريحة بالنسبة للمريض (Parish-Plass, 2008). كما أن هذا النوع من التدخل العلاجي يسهل على الطفل الكشف عن الإساءة التي تعرض لها، حيث يلعب الحيوان في هذه الحالة دور الجسر الذي يربط بين الطفل والمعالج النفسي (Ewing, Macdonald, Taylor, & Eggiman, 2006; Bowers, 2007). ولقد خلصت الدراسات التي قامت باستكشاف فوائد العلاج باستخدام الحيوانات الأليفة إلى أنه يقلل من مشاكل السلوكيات الخارجية Externalizing Behaviour Problems عند الأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجنسية، والتي تشمل عدم الانتباه، وفرط النشاط الزائد واضطرابات السلوكيات (Eggiman, 2005; Shultz, 2005; Ewing, Macdonald, Taylor, & Bowers, 2007). بالإضافة إلى أن العلاج الذي يستخدم الحيوان أثبت فعاليته في التقليل من مشاعر القلق والاكتئاب وتواتر الكوابيس وأفكار إيذاء النفس (Eggiman, 2006; Ewing, Macdonald, Taylor, & Bowers, 2007).

العلاج باللعب

على مدى أكثر من ثلاثين عاماً قامت الدراسات السابقة بالتوصية بالعلاج باللعب Play Therapy للأطفال الذين تعرضوا لصدمة (Delson & Clark, 1981). حيث أن هذا النوع من العلاج يسمح للطفل بالتعبير عن مشاكله من خلال اللعب من غير الحاجة إلى التواصل اللفظي، خاصةً أن الطفل قد يفتقد للقدرات الانفعالية والعقلية للتعبير عن الإساءة التي تعرض لها (Bratton, Ray, Rhine, & Jonesl, 2005). بالتالي، فإنه يمكن لهذا النوع من العلاج التعامل مع بعض القضايا المرتبطة بالصدمة التي لا يمكن معالجتها بالطرق التي تعتمد على التواصل اللفظي (Scott, Burlingame, & Starling, Porter, & Lilly, 2003).

كما أظهرت الدراسات التي سلطت الضوء على العلاج باللعب للأطفال الذين تعرضوا للإساءة الجنسية، أن هذا التدخل العلاجي قد نجح في التقليل من القلق

والصدمة النفسية عند الأطفال، والتقليل من الكوابيس وإعادة صياغة مشاعر اللوم الذاتي والعار والحرج (Pifalo 2006; Rocha & Prado, 2006). بالإضافة إلى آثاره الإيجابية الأخرى، والتي تشمل، زيادة الوعي الفكري فيما يتعلق بطبيعة الإساءة، وتطوير المهارات المتعلقة بفهم وتجنب حدوث إساءة مستقبلية لأنفسهم ولغيرهم، والتقليل من العدوانية ومشاعر الغضب والتقليل من السلوكيات الجنسية غير المناسبة (Pifalo, 2006).

الإجراءات العلاجية وإدارة الجلسات العلاجية

سيتم في هذا الجزء من الفصل استعراض نماذج برامج علاجية تستخدم على نطاق واسع في علاج الأعراض التي يظهرها الطفل الذي تعرض لإساءة المعاملة. سيتم استعراض الإجراءات العلاجية الخاصة بكل برنامج ونقاش هيكلية البرامج وأهدافها وأنشطتها.

العلاج الذهني السلوكي الذي يركز على الصدمة

يتم تنفيذ هذا البرنامج من خلال عقد ١٢-١٦ جلسة علاجية، تكون في بداية البرنامج جلسات منفصلة مع الطفل والوالدين، على أن تتم الجلسات المشتركة في المراحل المتوسطة والأخيرة من العلاج. يعتمد البرنامج على ثمانية عناصر رئيسية عامة وتستخدم لكل أنواع الإساءة المنوي علاجها (انظر: Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2012). يمكن تلخيص هذه العناصر كما يلي:

التثقيف النفسي وتربية الأطفال

يتم دعم الطفل والوالدين بالتثقيف النفسي خلال فترة العلاج، ولذلك أهمية كبيرة خصوصاً في مراحل العلاج الأولى لتعزيز الارتباط بالبرنامج العلاجي. بعد الحصول على المعلومات عن الصدمة التي مر بها الطفل وتقييم ردود أفعال الطفل والوالدين، يعرض المعالج مادة تعليمية مطمئنة للعمل على تسوية ردود أفعال الصدمة وتلخيص الآلية العامة للعلاج. يتم تقديم تغذية راجعة عن طبيعة الحالة ونقاط قوة الطفل والصعوبات التي يعاني منها، وكيفية تأثير ذلك على الخطة العلاجية. يوضح المعالج أهمية دور الوالدين في العلاج وأن مساهمتهم ودعمهم يعتبر أهم عوامل تعافي الطفل. لتعزيز الثقة في البرنامج العلاجي وبث روح التفاؤل بإمكانية التعافي، يتم استعراض التجارب

العلاجية الناجحة السابقة ونتائج الأبحاث التي تؤكد نجاح طريقة العلاج. في المراحل الأولى من العلاج، يُزود الطفل والوالدان بمعلومات عامة عن أنواع الصدمات وسماتها ونسب انتشارها وتأثيرها، باستخدام النشرات والكتب والألعاب. يساهم ذلك في تحفيز الذاكرة الخاصة بالصدمة بدون مشاعر سلبية. بصورة عامة، يجب تثقيف الطفل والوالدين بحيث تكون العملية العلاجية واضحة من حيث أهدافها وعناصرها.

حيث أن دعم الوالدين ومهارات التربية الفاعلة تؤثر بشكل كبير وإيجابي في عملية التعافي من الصدمة، يتم خلال البرنامج العلاجي تدريب الوالدين على مهارات تربية الأطفال. حيث يتم تناول تطوير الأنماط والعادات الأسرية التي تعزز شعور الأطفال بالأمن والأمان، وكذلك تحث على العلاقة الإيجابية بين الوالدين والطفل مثل الاستماع الإيجابي وتبادل المدح. لدعم استخدام مهارات التربية الفاعلة، من المهم تحليل التفاعلات السلبية والإيجابية بين الوالدين والطفل بصورة أسبوعية خلال فترة العلاج. يتم جمع معلومات عن مشاعر وأفكار الوالدين الناتجة عن الصدمة والتي يمكن أن تكون مسببة لسلوكيات غير عادية، على سبيل المثال، الحماية الزائدة أو القسوة الزائدة أو التسامح الزائد. يشمل ذلك أيضاً التوجه العام عند الآباء في التركيز بعد الصدمة على الصعوبات والأعراض التي يعاني منها الطفل والذي قد يؤدي إلى تعزيزها. يتم تدريب الوالدين على السلوك الذي يلائم حالة الطفل ويشمل ذلك المدح والاهتمام الإيجابي والاستماع الفعال والمكافأة الملموسة عندما يكون ذلك مطلوباً. كما يتم تدريب الوالدين على تقليل التركيز على مشكلة الطفل عند التفاعل معه بتجنب الوعظ والصراخ والتهديد المرتبط بالمشكلة. مساعدة الوالدين في فهم أنهما القدوة الأهم للطفل عند التعامل مع الإساءة وآثارها مهم جداً، حيث يتم تعليم الوالدين مهارات التأقلم ومواجهة المشكلة ليقتردي بهم الطفل في ممارسة تلك المهارات.

الاسترخاء

يتم التدريب على الاسترخاء Relaxation في المراحل الأولى من العلاج بتزويد الطفل والوالدين بالمهارات اللازمة لإدارة الضغوطات المترتبة على ذكريات الإساءة. ويعتبر التنفس المُركّز من طرق الاسترخاء سهلة التعلم التي يمكن استخدامها في البرنامج العلاجي. من طرق الاسترخاء الأخرى التي يمكن الاستعانة بها، خاصة للأطفال الصغار، تمارين الاسترخاء للعضلات والتخيل الموجه. لتمرين الاسترخاء أهمية خاصة للحالات التي تعاني من صعوبات النوم والضغط النفسي الذي يؤدي إلى الشد العضلي

وآلام الظهر والرأس. ممارسة الإشغال الكامل للذهن في اللحظة الحالية فقط من الطرق التي يمكن استخدامها لتهدئة العقل. التركيز على اللحظة الحالية في التفكير يمكن أن يكون أسلوباً فاعلاً للتعايش للحالات التي عانت من إساءة شديدة في الماضي وتشعر بالخوف من المستقبل. كما أن التفكير الآني يقلل من التركيز على الأفكار المشوشة والقلق المترتبة على الصدمة. يتم تشجيع الطفل على استخدام الطرق المختلفة للاسترخاء عند تذكر الإساءة.

التعبير المؤثر والتعديل

يهدف التدريب على التعبير المؤثر Affective Expression إلى تعزيز المهارات التي تساعد الوالدين والطفل على التواصل وإدارة المشاعر بصورة فاعلة. يبدأ ذلك عند الأطفال بتمارين مصممة لتحديد ومراجعة التجارب الخاصة بالمشاعر الأساسية، على سبيل المثال، الفرح، والحزن، والخوف. الأحداث الصادمة تؤدي إلى أنواع أخرى من المشاعر لا يعرفها الطفل، ولذلك فإنه من المهم توسيع إدراك الطفل بتلك المشاعر المصاحبة للإساءة والتي قد تشمل الإرهاب، والخزي، والأسى، والغضب، والعجز. يعد التعرف على تلك المشاعر الخطوة الأولى للوعي بها وإدارتها بصورة ناجحة. يتم مساعدة الوالدين والطفل في التعرف على العلاقة بين هذه المشاعر السلبية وتذكر الطفل للإساءة. يُشجع الوالدان والطفل معاً على التعبير اللفظي عن مشاعرهم والاستفسار عن مشاعر الطرف الآخر. تساعد هذه المهارات على تقليل الاضطراب في العلاقة بين الطفل والوالدين وتقلل من تعبير الطفل عن مشاعره بالسلوكيات العنيفة والإشكالية. يتعاون المعالج مع الطفل والوالدين على تحديد استراتيجيات التأقلم المستخدمة في إدارة المشاعر الضاغطة، حيث يتم تعزيز الاستراتيجيات الفاعلة (مثلاً، المحادثة مع شخص داعم، والتمارين الرياضية). كما يتم مساعدة الطفل والوالدين على تحديد المحفزات التي تؤدي إلى المشاعر الضاغطة وكيفية استخدام استراتيجيات التأقلم في التعامل معها.

التأقلم الذهني

يعتبر التأقلم الذهني Cognitive Coping الأساس الذي يتم من خلاله مساعدة الطفل والوالدين على فهم العلاقة بين أفكارهم ومشاعرهم وسلوكهم. الخطوة الأولى في تعليم مهارات التأقلم الإدراكي تشمل مساعدة متلقي العلاج في تحديد المشاركة في أفكارهم، حيث يمكن استخدام أمثلة بسيطة وبعيدة عن الإساءة في البداية (مثلاً،

ما الأفكار التي تراودك عند سماع صوت المنبه في الصباح؟). من خلال ذلك، يساعد المعالج الطفل في تحديد المشاعر والسلوكيات السلبية الناتجة عن الأفكار غير الدقيقة أو المشوشة. يُشجع متلقي العلاج على تصحيح الأفكار غير الدقيقة واستبدال الأفكار المشوشة وغير المفيدة بأفكار أكثر إنتاجية وفائدة. في المراحل الأولى من العلاج، يُشجع الوالدان أيضاً على تحديد الأفكار غير الدقيقة والمختلة أو اللاعقلانية، حيث يتم الوصول إلى الأفكار المسببة للمشاعر الضاغطة المرتبطة بالصدمة. تجدر الإشارة إلى أن المعالج لا يقوم بتوجيه الطفل في هذه المرحلة على التعامل مع الأفكار المرتبطة بالإساءة، حيث يتم ذلك بعد سرد الطفل للأحداث التي مر بها (كما سيتم مناقشته عند تناول العنصر التالي).

تنمية القدرة على سرد الصدمة ومعالجتها

يزداد التركيز على الصدمة في هذه المرحلة من البرنامج العلاجي، حيث يقوم الطفل بشرح ظروف الإساءة بصورة مكتوبة وكذلك الأفكار والمشاعر المصاحبة لها. يفضل بعض الأطفال القيام بهذا السرد من خلال الشعر أو الرسم أو أنشطة إبداعية أخرى. تهدف هذه العملية إلى مساعدة الطفل على مواجهة الذكريات المرتبطة بالصدمة حتى يمكنه التعامل معها بدون أن تسبب مشاعر ضاغطة ذات أهمية وتأثير. يتعلم الطفل أن استرجاع وسرد تجربة الصدمة لا يؤدي إلى المشاعر السيئة التي عانى منها خلال حدوث الإساءة. يُشجع ذلك الطفل على الحديث عن مشاعره الداخلية وأفكاره في إطار علاقة الثقة التي تم بنائها مع المعالج، ومن ثم يتم توجيهه لتصحيح المختل منها. يُطلب من الطفل كتابة أفكاره عن ما تم تعلمه خلال العلاج من حيث تأثيره على نظرتة لنفسه، وعلاقته مع الآخرين، والنظرة للعالم، والتوقعات المستقبلية.

التعرض الواقعي

يعد التعرض الواقعي In Vivo Exposure عنصر علاجي فاعل لمساعدة الطفل في التغلب على السلوك الانطوائي الذي عادة ما يترتب على الصدمة. تجدر الإشارة هنا إلى أن بعض السلوكيات الانطوائية المترتبة على الصدمة يمكن أن تكون وظيفية ويجب عدم تشجيع الطفل على تجنبها (مثلاً، تجنب الطفل لشخص يتحرش جنسياً). في المقابل، السلوك الانطوائي المختل يحدث عند تعميم الطفل للمشاعر السلبية الشديدة التي تعرض لها عند حدوث الصدمة على المثيرات غير المؤذية التي قد يتعرض لها. عند حدوث ذلك، يعمل الطفل على تجنب الناس والأماكن والأشياء والذكريات التي

بالغريزة يمكن أن تسبب المشاعر الضاغطة المرتبطة بالصدمة، مع أنها لن تسبب ذلك. اعتماداً على نوع الصدمة والإساءة المسببة لها، يمكن أن يتمثل السلوك الانطوائي في معارضة الطفل للذهاب للمدرسة أو النوم وحيداً أو التواجد في أماكن معتمة أو المشاركة في الأنشطة الاجتماعية. استخدام التعرض الواقعي للتعامل مع السلوك الانطوائي للطفل يتطلب خطة علاجية مدروسة والتزام كامل من الوالدين. السلوك الانطوائي الحاد المؤثر على تعليم الطفل، مثل رفض الذهاب للمدرسة، يجب أن يتم معالجته في المراحل الأولى للبرنامج العلاجي بالتعاون مع العاملين في المدرسة بعد فهم العوامل التي أدت لهذا السلوك. حيث أن عدم الذهاب للمدرسة لفترة طويلة يعزز الحالة الانطوائية للطفل ويقوض قدراته الأكاديمية، مما يجعل الرجوع للمدرسة صعباً اجتماعياً وأكاديمياً.

جلسات مشتركة للوالدين والطفل

تهدف الجلسات المشتركة إلى مساعدة الوالدين والطفل على ممارسة المهارات التي تم تعلمها وبدء التواصل بصورة مفتوحة حول الصدمة. في المراحل الأولى للعلاج، يعقد المعالج جلسات منفصلة مع كل من الوالدين والطفل، ويعتمد الوقت المخصص للجلسات المشتركة خلال فترة العلاج على حالة الطفل. عندما يكون الطفل يعاني من مشاكل سلوكية كبيرة، يتم البدء في عقد جلسات مشتركة قصيرة في مرحلة العلاج الأولى لتدريب الوالدين على المدح والانتباه ومهارات إدارة السلوك الأخرى. محتوى ووقت بدء الجلسات المشتركة يعتمد على الحالة الشعورية للطفل والوالدين ومستوى تطور المهارات المطلوبة. يتم البدء في الجلسات المشتركة عند اكتساب الوالدين للهدوء ورباطة الجأش الكافية ليكونوا قدوة للطفل في التعامل مع الصدمة. أما بالنسبة للطفل، الوقت المناسب للجلسة المشتركة يكون عند شعوره بالفخر لإشراك الآخرين بالمعرفة التي اكتسبها خلال فترة العلاج عن الصدمة وأنواعها وخصائصها. تبدأ الجلسات المشتركة بمناقشات عامة عن الصدمات ذات العلاقة بالحالة، وفي العادة يتم استخدام الكتب والألعاب لتوفير جو من المرح والاسترخاء. تعزز هذه الأنشطة ثقة وارتياح الوالدين والطفل وقدرتهم على مناقشة الصدمة بصورة عامة وكذلك الشرح السردي المفصل لها. من المهم جداً تدريب الوالدين على سماع طفلهم يقرأ شرحه المفصل عن الصدمة. حيث يقوم المعالج خلال الجلسات المنفصلة مع الوالدين بأخذ دور الطفل ويقرأ سرد الطفل لتجربته مع الإساءة. يساعد ذلك الوالدين

على سماع السرد بارتياح والاستجابة بالسماع الإيجابي والمدح والدعم للطفل. في بعض الحالات القليلة، قد يقرر المعالج خلال المراحل الأولى للعلاج أنه ليس في مصلحة الطفل أن يشارك سرده للصدمة مع الوالدين وذلك بسبب عدم استقرارهما الشعوري أو عدم قدرتهما على إعطاء الدعم الإيجابي للطفل.

تعزيز الأمان والتنمية المستقبلية

يمكن شمل هذا العنصر من البرنامج العلاجي بمراحله المختلفة، اعتماداً على طبيعة الصدمة وظروف الأسرة. للأطفال الذين تعرضوا لإساءة منزلية أو مجتمعية، وما زالوا في دائرة مصدر الإساءة، يتم التدريب على مهارات الأمان في المراحل الأولى من العلاج. الأطفال الأقل عرضة للإساءة المستمرة، يُنصح بتأخير التركيز على مهارات الأمان حتى الانتهاء من مرحلة سرد تفاصيل الصدمة، حتى يصف الطفل ما حدث وليس ما كان يجب عليه فعله (بعد الاستفادة من إجراءات الأمان). كما أن التركيز المبكر على مهارات الأمان قد يعزز مشاعر لوم النفس عند الطفل. يعاني الطفل الذي تعرض للصدمة من الشعور بالضعف وبالتالي يجب تشجيعه على تطوير مهارات الأمان لتعزيز الشعور بالتفوق والفعالية الشخصية إذا تعرض لصدمة مستقبلية. قبل البدء في التدريب على مهارات الأمان الشخصية، يجب التأكيد للطفل أن الطريقة التي تعامل بها مع الصدمة السابقة هي أفضل ما كان يمكن أن يفعله وأن تلك الطريقة تتناسب مع عمره، ومعرفته، ومشاعره، وتجاربه. كما يجب تذكير الطفل أنه شارك في أهم مهارة أمان خلال فترة العلاج وهي الحديث عن الصدمة مع شخص يثق فيه (المعالج والديه) ويجب تهنئته على إنجاز هذه المهمة الصعبة. ومن أهداف هذا العنصر العلاجي الخاص بمهارات الأمان ما يلي:

- تقييم مهارات الطفل ومعرفته الخاصة بالمخاطر المحتملة في بيئته المحيطة.
- تزويد الطفل بمعلومات عن مخاطر ذات علاقة بحالته، مثل الإساءة الجنسية، والإساءة الأسرية، والإساءة المجتمعية، والتتمر، والمخاطر الإلكترونية.
- تطوير والتتمر على مهارات الاتصال، والإصرار، وحل المشاكل، وأمان الجسم المرتبطة بأي مخاطر متوقعة.
- إشراك الوالدين في تقييم المهارات وتطوير خطط الأمان والتدريب عليها خلال الجلسات المشتركة التي تجمع الطفل والوالدين.

الجلسات الأخيرة

بعد الانتهاء من الجلسات المشتركة، يُعطى الطفل الفرصة في الجلسات الفردية الأخيرة بالمشاركة بأفكاره ومشاعره حول البرنامج. كذلك يقوم الطفل بتقييم تطور حالته وما تعلمه عن نظريته لنفسه وعلاقته مع الآخرين ونظريته للعالم. كما أنه من المهم مناقشة والتخطيط لكيفية التعامل مع نوبات تذكر الصدمة والخطوات التي يمكن اتباعها لمنع الانتكاسة الشعورية والسلوكية في المستقبل. يتم اختتام البرنامج العلاجي في جو احتفالي، حيث يمثل ذلك فرصة أخرى لتعزيز مشاعر القوة والفخر واجتماع الأسرة بعد الصدمة، بدلاً من المشاعر الضاغطة المرتبطة بالصدمة التي عانى منها الطفل والوالدين عند بداية البرنامج العلاجي.

علاج ضغط الصدمة للطفل والعائلة

تم تصميم علاج ضغط الصدمة للطفل والعائلة Child and Family Traumatic Stress Intervention من قبل ستيفن مارانز، وستيفن بيركويتز، في مركز الصدمات النفسية في مرحلة الطفولة (Berkowitz, Stover, & Marans, 2010). يعتبر هذا التدخل العلاجي تدخل مبكر ونموذج وقاية ثانوي، حيث يتم تنفيذه على الفور بعد وقوع حادث صادم مثل الإساءة الجسدية أو الجنسية التي قد يتعرض لها الطفل. يستهدف هذا البرنامج العلاجي الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٧ و١٨ عاماً. يركز هذا التدخل العلاجي على خفض أعراض ما بعد الصدمة بالإضافة إلى تحسين التواصل بين الطفل الذي تعرض للإساءة ومقدم الرعاية الذي لم يسيء للطفل. يهدف هذا التدخل إلى الحد من ردود الفعل المتوترة التي تتبع الصدمة:

- للتقليل من احتمالية حدوث اضطرابات نفسية للطفل في فترة ما بعد الصدمة.
- تحديد الأطفال الذين قد يحتاجون إلى رعاية صحية نفسية أطول.

بشكل عام؛ فإن هذا التدخل العلاجي يملأ الفجوة بين التدخلات العلاجية التي يتم اللجوء إليها في الأزمات Crisis Intervention والتدخلات العلاجية القائمة على الأدلة Evidence-Based Treatments والتي تهدف إلى معالجة أعراض توتر ما بعد الصدمة أو الاضطرابات التي أصبحت موجودة. ويتضمن هذا البرنامج أربع جلسات. خلال فترة المعاينة التي يتم إجراؤها من قبل موظف مُدرّب، يتم فحص الطفل والوالد/ة أو مقدم الرعاية بشكل منفصل لأعراض التوتر التي تتبع الصدمة، وذلك لتحديد ما

إذا كان الطفل يحتاج إلى علاج يركز على الصدمة.

الجلسة الأولى: في هذه الجلسة يجتمع المعالج مع الوالد/ة أو مقدم الرعاية بشكل فردي. يتم استخدام المنهجية النفسية التعليمية مع شرح كامل لردود الطفل الطبيعية للصدمة. كما يتم تعبئة سلسلة من الاستبيانات مع الوالد أو مقدم الرعاية لتقييم أعراض كل من الوالدين والطفل. إضافة إلى ذلك، يتم عمل خطة في هذه المرحلة تشمل آليات إدارة الحالة وتنسيق الأمور المرتبطة بتوفير الرعاية.

الجلسة الثانية: يبدأ المعالج هذه الجلسة بالاجتماع مع الطفل الذي تعرض للإساءة. يتم توفير شرح كامل للطفل عن الصدمة وردود الفعل الناتجة عنها. كما يتم تعبئة سلسلة من الاستبيانات في النصف الأول من الجلسة -مشابهة لتلك التي تمت تعبئتها مع الوالدين أو مقدم الرعاية في الجلسة الأولى - . تهدف هذه الاستبيانات إلى تقييم أعراض الصدمة. وينضم الوالد/ة أو مقدم الرعاية إلى المعالج والطفل في النصف الثاني من الجلسة ويتم مقارنة إجابات الاستبيانات التي تم تعبئتها من قبل الوالد/ة والطفل. ويتم الإشادة بمجالات الاتفاق بينما يتم مناقشة مجالات الاختلاف وذلك بهدف تحسين قدرة الطفل على التعبير عن أعراضه وما يشعر به للوالد/ة أو مقدم الرعاية، مما يجعل الأخير أكثر وعياً واستقبالاً ودعمًا للطفل. وبعد ذلك، يقوم المعالج بتحديد الأعراض التي سيتم استهدافها بالإضافة إلى مهارات التأقلم التي سيتم تدريب كل من الوالد/ة والطفل عليها. تركز مهارات التأقلم على مجموعات محددة من الأعراض والتي تشمل اضطرابات النوم، والانسحاب الناتج عن الاكتئاب، والسلوكيات العدوانية، والنوبات العصبية، الأفكار المتطفلة والقلق.

الجلسة الثالثة والرابعة: يتم عقد الجلسة الثالثة والرابعة بحضور كل من الوالد/ة أو مقدم الرعاية والطفل. في هذه الجلسات، يكمل الطفل الاستبيانات مع الوالد/ة أو مقدم الرعاية، بحيث يقوم كل منهما بتبادل الملاحظات والإشارة إلى مجالات الاتفاق. كما ينصب التركيز الرئيسي في هذه الجلسات على ممارسة مهارات التكيف، وزيادة جهود التواصل وزيادة شعور العائلة بالفعالية الذاتية. وخلال الجلسة الرابعة، يقوم المعالج بمناقشة التغيير الذي طرأ على الحالة كما يقوم بإعطاء توصيات تتعلق بخدمات العلاج الإضافية. بعد الجلسة النهائية يقوم كل من الطفل والوالد/ة أو مقدم الرعاية بتعبئة استبانة بشكل منفصل. تهدف هذه الاستبانة إلى متابعة تقدم الحالة. كما ينصح بعمل تقييم آخر بعد ستة أسابيع لتقييم مستوى الأعراض.

العلاج الذهني السلوكي للأسر التي تعاني من الإساءة البدنية

يهدف هذا البرنامج إلى دعم وعلاج الأسر التي تعاني من الإساءة البدنية، حيث يتم تنفيذه بصورة خاصة للأسرة أو ضمن مجموعة من الأسر. يشمل البرنامج ١٦ جلسة علاجية تستهدف الأطفال من عمر ٣-١٨ عاماً ووالديهم في الأسر التي يقوم أحد الوالدين أو كليهما باتباع استراتيجيات تربية قهرية. الفئة المستهدفة للبرنامج هم الأسر التي ثبت ممارستها لإساءات بدنية، أو الأسر التي تكرر إحالتها إلى مؤسسات حماية الطفل. كما يمكن للأسرة أن تستفيد من البرنامج إذا كان الوالدان يعانيان من الضغط الشديد والخوف من فقدان السيطرة وإيذاء الأطفال. ويدعم هذا التدخل العلاجي الطفل للتعافي من التجارب الصادمة ويخفف الأعراض والسلوكيات الإشكالية المترتبة عليها. كما يطور البرنامج مهارات الوالدين وقدرتهم على الامتناع عن العقاب البدني ويعزز علاقتهم بالأبناء. يشمل البرنامج عناصر من العلاج الذهني السلوكي والنظريات التحفيزية وأنظمة الأسرة (انظر: Runyon & Deblinger, 2013). يعتمد البرنامج على أربع مراحل علاجية كما يلي:

مرحلة الارتباط والتثقيف النفسي

تشمل هذه المرحلة استخدام استراتيجيات لإشراك الوالدين وتحفيزهم على البدء في التفاعل البناء مع البرنامج العلاجي. وتعتبر هذه المرحلة ضرورية للوالدين غير المعنيين بتغيير طرق تربيتهم وتفاعلهم مع أطفالهم. حيث يتم عقد جلسات تحفيزية - عادة الثلاث جلسات الأولى - لتشجيع الوالدين على مناقشة المشكلة وضمن التزامهم بالإجراءات العلاجية وتحديد الأهداف العامة للعلاج.

مرحلة مهارات التأقلم

يتم تعليم الوالدين والأطفال مهارات التأقلم الفاعلة، حيث تساعد الطفل على التعافي من آثار العنف البدني المنزلي. كما أنها تدعم الوالدين في تعلم التربية الإيجابية وكيفية الحفاظ على الهدوء وكذلك التواصل والتفاعل السليم مع الطفل. كما يتم التركيز في الجلسات مع الوالدين على زيادة الدعم الاجتماعي وتقليل الانعزال ومساعدة الوالدين على تطوير مخرجات شعورية صحية.

مرحلة خطة الأمان الأسرية

يتم في هذه المرحلة مساعدة الأسرة في تطوير خطة أمان عائلية، حيث تساعد الخطة

الأسرة في تعلم متى يتم التصعيد في التفاعل بين الطفل والوالدين. كما يتم تناول كيفية التأكد من الأمان في كل التفاعلات الأسرية.

مرحلة عملية توضيح الإساءة

في المرحلة الأخيرة من العلاج، يتم تطوير سرد تفصيلي مع الطفل للإساءة في جلسات علاجية متعددة. بالتزامن مع ذلك، يقوم الوالد/ة بكتابة رسالة توضيحية يتحمل فيها مسؤولية الأفعال العقابية المسيئة التي تعرض لها الطفل. الخطوة الأخيرة تشمل سماع الوالد/ة لسرد الطفل للإساءة وإعطاء رد على التفاعلات القاسية التي قام بها. تعتبر لحظة اعتراف الوالد/ة أمام طفله بالمشكلة مهمة جداً لتعافي الطفل والوالد/ة، وتمثل خطوة مهمة لتأسيس بيئة عائلية جديدة.

العلاج الذي يركز على الصدمة والمعدل ثقافياً

تقدم الشبكة الأمريكية الوطنية لضغط الأطفال الناتج عن الصدمة The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN, 2008) برنامجاً معدلاً ثقافياً Culturally Modified للعلاج الذهني السلوكي الذي يركز على الصدمة. الفئة المستهدفة من البرنامج هم الأطفال من أمريكا اللاتينية. يأخذ البرنامج في الاعتبار اللغة والثقافة والقيم الأسرية الخاصة مما يجعل العلاج يتناسب مع نظرة الأسرة وتوقعاتها. تشمل التعديلات التي تم إدخالها على البرنامج الذهني السلوكي التالي:

- إشراك أفراد الأسرة الأكبر في العلاج (مثلاً، الجد والجدة والأعمام).
- دمج الجوانب الدينية الروحانية في العلاج لمساعدة الطفل على الاسترخاء.
- التدخل السلوكي يمكن أن يُوجه لتحقيق الاحترام الأكبر للطفل تجاه الوالدين.
- استراتيجيات الارتباط بالعلاج يمكن أن تعتمد بصورة أكبر على الميل للعقاب أكثر من المكافأة.
- استخدام القصص والألعاب المعروفة في الثقافة المستهدفة.
- توجيه المدح للأفعال -ليس لفاعلها- والذي يتناسب مع طريقة المدح المستخدمة في أمريكا الجنوبية.
- الأخذ في الاعتبار مبادئ خاصة بالثقافة المستهدفة مثل: "الرجل يجب أن يكون قوياً".

المراجع

- الحريري، أحمد بن سعيد (٢٠١٧). تقدير درجة أنواع من إساءة معاملة الأطفال في المرحلة الابتدائية، والفروق فيما بينها، *مجلة البحوث الأمنية (السعودية)*، مجلد ٢٦، ٦٥ - ١١٧.
- أبو غالي، عطف محمود (٢٠١٤). فاعلية برنامج تدريبي في تحسين الكفاءة الاجتماعية لدى التلميذات المساء إليهن في مرحلة الطفولة المتأخرة، *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، مجلد ١٠، ٢٧٥ - ٢٩١.
- الشخص، عبد العزيز السيد (٢٠١٢). مقياس تقدير إساءة معاملة الأطفال الصم، *مجلة الإرشاد النفسي - مصر*، عدد ٣٥، ٤٠٩ - ٤٤٤.
- عبد الفتاح، سارة محمد (٢٠١٢). الخصائص السيكومترية لمقياس خبرات الإساءة في الطفولة، *مجلة الإرشاد النفسي - مصر*، عدد ٣١، ٤٤١ - ٤٥٥.
- الدويك، نجاح أحمد (٢٠٠٨). *أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالذكاء والتحصيل الدراسي لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة*، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Academy of Pediatrics. (2015). *The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected. Clinical Report*.
- Barth, J., Bernetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia T.. (2013). The Current Prevalence of Child Sexual Abuse Worldwide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Public Health*, 58, 469-483.
- Berkowitz, S. J., Stover, C. S., & Marans, S. R., (2010). The Child and Family Traumatic Stress Intervention: Secondary Prevention for Youth at Risk Youth of Developing PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 52, 676-685.
- Bratton, S. C., Rav D., Rhine, T., & Jones L. (2005). The Efficacy of Play Therapy with Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 376-390.
- Chadwick Center on Children and Families. (2004). *Closing the Quality Chasm in Child Abuse Treatment: Identifying and Disseminating Best Practices*.
- Chaffin, M., & Friedrich, B. (2004). Evidence-Based Treatments in Child Abuse and Neglect. *Children and Youth Services Review*, 26, 1097-1113.
- Christian, C. W. (2015). *The Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care*. Clinical Report. American Academy of Pediatrics.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2012). *Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents: Treatment Applications*. US. Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Ivenqar, S. (2011). Community Treatment of Posttraumatic Stress Disorder for Children Exposed to Intimate Partner Violence: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165, 16-21.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Perel, J. M., & Staron, V. (2007). A Pilot Randomized Controlled Trial of Combined Trauma-Focused CBT and Sertraline for Childhood PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 811-819.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2008). Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy for Children and Parents. *Child and Adolescent Mental Health*, 13, 158-162.
- Cohen, J., Deblinger, E., Mannarino, T., & Steer, R. A. (2004). A Multi-Site, Randomized Controlled Trial for Sexually Abused Children with Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *Journal of the Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 393-402.
- Cirulli, F., Borqi, M., Berrv, A., Francia, N., & Alleva, E. (2011). Animal-Assisted Interventions as Innovative Tools for Mental Health. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 47, 341-348.
- Damashek, A. L., & Chaffin, M. J. (2012). *Child Abuse and Neglect*. Handbook of evidence-based practice in clinical psychology. John Wiley & Sons.
- Delson, N., & Clark, M. (1981), Group Therapy with Sexually Molested Children. *Child Welfare*, 60, 175-182.
- U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). (2017). *Building Community: Building Hope. 2016/2017 Prevention Resource Guide*
- U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). (2007). *Recognizing Child Abuse and Neglect:*

Signs and Symptoms.

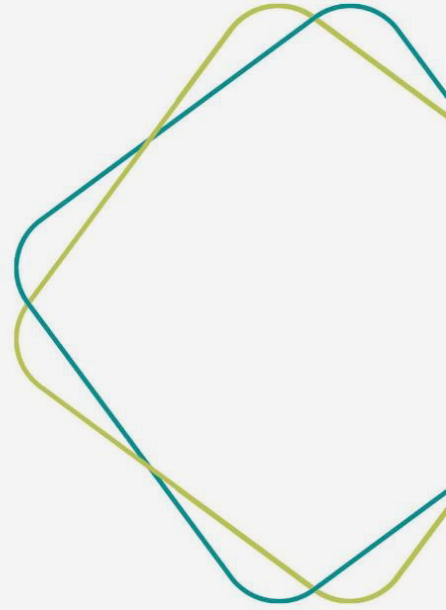
- U.S. Department of Health and Human Services (DHHS). (2006). *Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment and Intervention*.
- Eggiman, J.. (2006). Coognitive-Behavioral Therapy: A Case Report- Animal Assisted Therapy. *Topics in Advanced Practice Nursing eJournal*, 6.
- Emotional Abuse. (2016). Practice Guidance For Children's Services. Retrieved from <http://www.durham-lscc.org.uk/wp-content/uploads/sites/29/2016/06/Emotional-Abuse-Practice-Guidance-2016.pdf>
- Ewing, C. A., Macdonald, P. M., Taylor, M. & Bowers, M. J. (2007). Equine-Facilitated Learning for Youths with Severe Emotional Disorders: A Quantitative and Qualitative Study. *Child Youth Care Forum*, 36, 59-72.
- Fegert, J. M., & Stotzel, M. (2016). Child protection: a universal concern and a permanent challenge in the field of child and adolescent mental health. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10.
- Feather, J. S., & Ronan, K. R. (2009). Trauma-Focused CBT with Maltreated Children: A clinic-based evaluation of a new treatment manual. *Australian Psychologist*, 44, 174-194.
- Feather, J. S., & Ronan, K. R.. (2006). Trauma-Focused Coognitive-Behavioural Therapy for Abused Children with Posttraumatic Stress Disorder: A pilot study. *New Zealand Journal of Psychology*, 35, 132-145.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H. & Hamby, S. L. (2005). The Victimization of Children and Youth: A Comprehensive, National Survey. *Child Maltreatment*, 10, 5-25.
- Flaherty & Stirling. (2010). *The Pediatrician's Role in Child Maltreatment Prevention*. Committee on Child Abuse and Neglect. Clinical Report. American Academy of Pediatrics. Vol.126, 833-841.
- Gilbert, R., Fluke, J., O'Donnell, M., Gonzalez-Izquierdo, A., Brownell, M., & Gulliver P. (2012). Child Maltreatment: Variation in Trends and Policies in Six Developed Countries. *The Lancet*, 379, 758-772.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D. M., Webb, E., & Janson S. (2009). Burden and Consequences of Child Maltreatment in High-Income Countries. *The Lancet*, 373, 68-81.
- Hamama, L., Hamama-Raz, Y., Daqan, K., Greenfeld, H., Rubinstein, C., & Bez-Ezra, M. (2011). A Preliminary Study of Group Intervention Along with Basic Canine Training Among Traumatized Teenagers: A 3-Month Longitudinal Study. *Children and Youth Services Review*, 33, 1975-1980.
- Herrmann, B., Banaschak, S., Csorba, R., Navratil, F., & Dettmeyer, R. (2014). Physical Examination in Child Sexual Abuse: Approaches and Current Evidence. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111, 692-703.
- Jud, A., Feaert, J. M., & Finkelhor, D. (2016). On the Incidence and Prevalence of Child Maltreatment: a Research Agenda. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10, 1-5.
- Martin, J., Anderson, J., Romans, S., Mullen, P. & O'Shea, M. (1993). "Asking About Child Sexual Abuse: Methodological Implications of a Two Stage Survey". *Child Abuse & Neglect*, 17, 383-92.
- National Child Traumatic Stress Network (NCTSN). (2008). Culturally Modified Trauma-Focused Treatment (CM-TFT). *NCTSN*. http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/cmftf_general.pdf
- Parish-Plass, N. (2008). Animal-assisted therapy with children suffering from insecure attachment due to abuse and neglect: A method to lower the risk of intergenerational transmission of abuse? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 7-30.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gomez-Benito, J. (1994). The International Epidemiology of Child Sexual Abuse: A Continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse & Neglect*, 33, 331-342.
- Pifalo, T. (2006). Art Therapy with Sexually Abused Children and Adolescents: Extended research study. *Journal of the American Art Therapy Association*, 23, 181-185.
- Rocha, P. K., & Prado M. L. (2006). Child Abuse and Therapeutic Play. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 27, 463-471.
- Runyon, M. K., & Deblinger, E., (2013). Combined Parent-Child Cognitive Behavioral Therapy: An Approach to Empower Families At-Risk for Child Physical Abuse. *Canada. Oxford University Press*.
- Saunders, B., & Goddard, C., (2010). *Physical Punishment in Childhood: The Rights of the Child*. Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons.
- Saunders, B. E., Berliner, L., & Hanson, R. F. (Eds.). (2003). *Child physical and sexual abuse: Guidelines for treatment*. (Final report: January 15, 2003). Charleston, SC: National Crime Victims Research

- and Treatment Center.
- Scott, T. A., Burlingame, G., Starling, M., Porter, C., & Lilly, J. P. (2003). Effects of Individual Client-Centered Play Therapy on Sexually Abused Children's Mood, Self-Concept, and Social Competence. *International Journal of Play Therapy*, 12, 7-30.
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes K., Gilbert R., Mitis F., & Galea, G. (2013). *European report on preventing child maltreatment*. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe.
- Shultz, B. (2005). The Effects of Enquire-assisted Psychotherapy on the Psychosocial Functioning of at-risk Adolescents Ages 12-18. *Unpublished Masters Thesis, Denver Seminar*. Denver, Co.
- Stephenson, R., Sheikhattari, P., Assasi, N., Eftekhari, H., Zamani, Q., & Maleki, B. (2006). Child Maltreatment Among School Children in the Kurdistan Province, Iran. *Child Abuse and Neglect*, 30, 231-245.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Alink L. R. (2013). Cultural-Geographical Differences in the Occurrence of Child Physical Abuse? A Meta-Analysis of Global Prevalence. *International Journal of Psychology*, 48, 81-94.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2013). The Neglect of Child Neglect: A Meta-Analytic Review of the Prevalence of Neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48, 345-355.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., & van IJzendoorn, M. H. (2012). The Universality of Childhood Emotional Abuse: a Meta-Analysis of Worldwide Prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 21, 870-90.
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment*, 16, 79-101.
- Theoklitou, D., Kabitsis, N. & Kabitsi, A., (2012). Physical and Emotional Abuse of Primary School Children by Teachers". *Child Abuse and Neglect*, 36, 64-70.
- Virginia Child Protection Newsletter (VCPN). (2012). *Evidence-Based Treatments for Childhood Trauma*. Sponsored by Child Protective Services Unit, Virginia Department of Social Services.
- World Health Organization (WHO) and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN). (2006). *Preventing Child Maltreatment: a Guide to Taking Action and Generating Evidence*.
- World Health Organization. (WHO). (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. 29-31.
- Weber, S., Jud, A., & Landolt, M. A. (2016). Quality of Life in Maltreated Children and Adult Survivors of Child Maltreatment: A Systematic Review. *Quality of Life Research*, 25, 237-55.

الفصل السادس:

العلاج النفسي
للتأخر العقلي

د. عبير بنت حسن خياط



تمهيد

تعتبر الإعاقة العقلية من المشكلات الخطيرة التي يمكن أن تواجه الفرد، والتي يتمثل أثرها المباشر في تدني مستوى أدائه الوظيفي العقلي وذلك إلى الدرجة التي تجعله يمثل وجهاً أساسياً من أوجه القصور العديدة التي يعاني منها ذلك الفرد حيث أن الجانب العقلي رغم ما يعانيه هذا الفرد من مشكلات متعددة يعد هو أصل الإعاقة التي يعاني منها، والتي تترتب عليها مشكلات جمة في العديد من جوانب النمو الأخرى، وفي غيرها من المهارات المختلفة التي تعتبر ضرورية كي يتمكن الطفل من العيش أو التعايش مع الآخرين، وتحقيق التوافق معهم، والتكيف مع البيئة المحيطة. ولقد تم استخدام عدد من المصطلحات التعريفية لوصف الإعاقة العقلية. في الماضي، استخدم مصطلح التخلف العقلي Mental Retardation للدلالة على أولئك الذين لديهم نسبة ذكاء أقل من 70 ونقص في مهارات التكيف. هناك الآن إجماع على أن مصطلح "الإعاقة الذهنية أو العقلية" أفضل من مصطلح التخلف العقلي المهين، وقد اعتمدت الأدبيات الحالية في علم النفس والعلوم الطبية مصطلح "الإعاقة الذهنية" (Thambirajah & Ramanujan, 2017, P.96). أما الباحثون العرب فقد استخدموا مصطلحات كثيرة منها القصور العقلي، والنقص العقلي، والضعف العقلي، والتخلف العقلي، والشذوذ العقلي، والإعاقة العقلية ويرجع هذا التعدد إلى ظروف ترجمة المصطلحات الانجليزية حيث اختلفوا في فهم مضمونها (العجمي، 2002، ص78).

تعريف التأخر العقلي

كما سبق أن ذكرنا هناك مصطلحات كثيرة كانت تستخدم للإشارة للتأخر العقلي كالضعف العقلي، والتخلف العقلي، والنقص العقلي، ومن التعريفات الشائعة للتأخر العقلي ينظر إليها على أنها حالة من التوقف أو عدم النمو الكامل للعقل وتوجد في الفرد بعد سن الثامنة عشر (الدليمي، 2002، ص354). وتعدد تعريفات التأخر العقلي لتعدد التخصصات التي تناولت ذلك المفهوم؛ فيُعرف التأخر العقلي من المنظور الطبي بأنه "ضعف أو قصور في الوظيفة العقلية ناتج عن عوامل داخلية أو خارجية يؤدي إلى تدهور في كفاءة الجهاز العصبي، ويؤدي بالتالي إلى نقص في المستوى العام للنمو، وعدم اكتماله في بعض جوانبه، ونقص أو قصور في التكامل الإدراكي والفهم والاستيعاب، كما يؤثر بشكل مباشر في التكيف مع البيئة بصورة عامة (محمد، 2011، ص54).

ويُعرف التأخر العقلي من المنظور التربوي بأنه "إعاقة تظهر في سن مبكر وينتج عنها قصور في المهارات التكيفية اليومية، ويقاس هذا التخلف في الأساس بالأداء بين (٧٠-٧٥) درجة، وما ينتج عنها يقاس بالأداء الوظيفي التكيفي، من خلال اختبارات سيكومترية مقننة في المهارات التكيفية، ويحتاج هذا (المعاق) المتخلف إلى الدعم والمساندة من قبل مانحي الرعاية، لتخفيف حدته على المستويين الذهني والاجتماعي، ومن هنا تتحول النظرة من مجرد أن التخلف العقلي سمة موجودة في الفرد إلى عملية تغيير في تفاعل الفرد مع البيئة والتأكيد على احتياجات الفرد بدلاً من التركيز على عجزه" (البحيري، ٢٠٠٣، ص ٢٧). ويُعرف التأخر العقلي من المنظور الاجتماعي بأنه "افتقار المعاق إلى الكفاءة الاجتماعية والمعانة من حالة عدم التكيف" (سليمان، ٢٠٠٧، ص ٤٠). وقد قدمت الجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية والنمائية (AAIDD) تعريفاً موجزاً ودقيقاً للإعاقة الذهنية تم قبوله من معظم الهيئات، وهو كما يلي: "تسم الإعاقة العقلية بقصور كبيرة سواء في الأداء الفكري أو السلوك التكيفي، ويتم التعبير عنها في المهارات التكيفية والمفاهيمية والاجتماعية والعملية. تنشأ هذه الإعاقة قبل سن ١٨ عاماً (Schalock et al., 2010, p.1).

نسب انتشار التأخر العقلي

من الصعب تقدير عدد الأطفال المتأخرين عقلياً في أي قطر من أقطار العالم، غير أنه بافتراض أن متوسط الذكاء في المجتمع البشري هو ١٠٠ وبافتراض أن المجتمع البشري يتوزع بالنسبة لصفة الذكاء توزيعاً طبيعياً (التوزيع الاعتمالي) فإنه يمكن الوصول إلى تقدير عن ظاهرة التأخر العقلي في المجتمعات المختلفة حيث نجد أن ٢.٢٧٪ من المجتمع يكون ذكاًؤهم أقل من المتوسط بانحرافين معياريين، أي أقل من ٧٠ على مقياس وكسلر (Wright, 2010, pp. 21-22).

وتتباين نسبة انتشار الإعاقة العقلية بين المجتمعات تبعاً لعدد من العوامل من أهمها:

- معيار نسبة الذكاء المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية، فإذا استخدم على سبيل المثال المعيار الوارد في تعريف هيبير في عام (٢٠٠٥) للإعاقة العقلية (أقل بانحراف معياري واحد عن المتوسط) فإن نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع هي (١٥.٨٦٪) في حين إذا استخدم المعيار الوارد في تعريف جروسمان (٢٠٠٦) للإعاقة العقلية (أقل بانحرافين معياريين عن المتوسط) فإن نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع هي (٢.٢٧٪).

- معيار السلوك التكيفي المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية ويقصد بذلك أن الفرد المعاق عقلياً هو الفرد الذي تقل نسبة ذكاؤه عن (٧٥) درجة في الذكاء، وفي الوقت نفسه يعاني من خلل واضح على مقاييس السلوك التكيفي، ويعنى ذلك أنه إذا أضفنا الدرجة على مقياس السلوك التكيفي إلى المعايير التي تقرر نسبة المعاقين عقلياً فإن ذلك سوف يؤدي إلى تقليل نسبة الإعاقة في المجتمع من (٢.٢٧٪) إلى (١٪).

- العوامل الصحية والثقافية والاجتماعية: تعمل العوامل المرتبطة بالوعي الصحي والثقافي والمستوى الاجتماعي على زيادة أو خفض نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع، وتؤكد الدراسات على العلاقة العكسية بين زيادة الوعي الصحي والثقافي والاجتماعي وقلّة نسبة المعاقين عقلياً في المجتمع والعكس صحيح.

لذا تزداد نسبة الإعاقة العقلية، في الدول النامية مقارنة بالدول الصناعية المتقدمة. ففي دولة السويد تبلغ نسبة الإعاقة العقلية (٠.٤٪) في حين تبلغ نسبة الإعاقة في دول أمريكا اللاتينية حوالي (١١.٣٪) وتبلغ نسبة الإعاقة في الدول العربية (٣.٨٪) (الخطيب، ٢٠٠٧، ص١٥٤).

تصنيفات التأخر العقلي

تصنف حالات الإعاقة العقلية من حيث الشدة إلى مستويات تتراوح من خفيفة إلى عميقة. الطريقة التقليدية في تحديد شدة الإعاقة العقلية كانت تعتمد على معدل نسبة الذكاء (IQ). لكن حديثاً تم تغيير هذه الممارسة باتخاذ مهارات التكيف كمؤشر أفضل لشدة الإعاقة العقلية. يؤيد الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس (DSM-5) هذا الرأي. حيث أنه يمكن أن يظهر طفلان لهما نفس الذكاء، ومستويات مختلفة من الكفاءة في مهارات التكيف. وعلاوة على ذلك، تحدد مهارات التكيف مستوى الدعم اللازم، وخاصة في البالغين المصابين بالإعاقة العقلية. إن تحديد شدة الإعاقة العقلية عند الأطفال يجب ألا يعتمد أساساً على درجة الذكاء فقط ولكن أيضاً على كفاءتهم في مختلف جوانب العمل اليومي بما في ذلك التعلم (Thambirajah, & Ramanujan, 2017, P. 96).

ويشير الشخص (٢٠٠٧) إلى أن الجمعية الأمريكية للتأخر العقلي حددت أربع فئات طبقاً لشدة الإعاقة؛ وذلك على النحو التالي:

الإعاقة البسيطة Mild: تشير إلى الأفراد الذين يتعلمون ببطء في المدارس ويستطيعون إنجاز المهارات الأكاديمية حتى المستوى السادس تقريباً وقدراتهم المهنية والاجتماعية تسمح لهم بالعمل والحياة باستقلالية مع قدر بسيط من المساعدة والمتابعة.

الإعاقة المتوسطة Moderate: أصحاب الإعاقة المتوسطة هم الذين ينخفض مستوى مهاراتهم الأكاديمية إلى الصف الثاني على الأكثر وهم قابلون للتدريب على المهارات الحياتية والتكيف الاجتماعي ويحتاجون لإشراف كامل في أعمالهم.

الإعاقة الشديدة Severe: تشير إلى الأفراد الذين لديهم قدرات تواصلية محدودة ويفهمون المعلومة الأساسية فقط فيما يتعلق بالحروف الأبجدية، وهم لديهم درجات من العجز البدني مثل صعوبة الحركة أو اضطرابات النطق والكلام، وتعتمد البرامج التربوية لديهم على إكسابهم المهارات الحياتية والتواصل، ويحتاجون إلى الإشراف والمتابعة الكاملة في أعمالهم.

الإعاقة الحادة (عميقة) Profound: أصحاب الإعاقة الحادة هم الذين يتسمون بدرجة ملحوظة من العجز وفي حاجة مستمرة للتدريب والمساعدة والمتابعة والرعاية المركزة في حالة وجود نسب عجز متفاوتة مثل صعوبة الرؤية أو السمع أو الحركة، ومن ثم يلزمهم مجموعة من المؤهلين لرعايتهم (الشخص، ٢٠٠٧، ص ٧٢).

يلخص الجدول التالي الخصائص النمائية لمختلف فئات الإعاقة العقلية.

جدول (١) نبذة عن الأطفال الذين يعانون بدرجات مختلفة من مستوى الإعاقة العقلية

درجة الإعاقة	بسيطة	متوسطة	شديدة	عميقة
نسبة الذكاء	٧٠ - ٥٠	٤٩ - ٣٥	٣٤ - ٢١	أقل من ٢٠
النسبة	حوالي ٨٥٪	حوالي ١٠٪	حوالي ٣ - ٤٪	حوالي ١ - ٢٪
مستوى الأداء	نصف إلى ثلثي الأداء الخاص بعمره الزمني	نصف إلى ثلثي الأداء الخاص بعمره الزمني	خمس إلى ثلث الأداء الخاص بعمره الزمني	أقل من خمس الأداء الخاص بعمره الزمني
العمر العقلي التقريبي	٩ - ١٢ سنة	٦ - ٩ سنوات	٣ - ٦ سنوات	أقل من ٣ سنوات
السمات المميزة	تأخر بسيط في معظم المجالات	تأخر ملحوظ وخاصة في الكلام	تأخر واضح وملحوظ، مثل ندرة الكلام	تأخر واضح في كل المجالات
المظهر/ العلامة المميزة	طبيعي المظهر لا يمكن تمييزه عن الأفراد الطبيعيين	قد يكون لديه بعض العلامات أو الأوصاف الجسدية غير العادية	شذوذ خلقي منذ الولادة بشكل شائع	الشذوذ الخلقي منذ الولادة شائع

يحتاج إلى الإشراف المباشر	يحتاج إلى مساعدة	لديه القدرة على تعلم معظم المهارات ولكنه بحاجة إلى المساندة	لديه القدرة على الرعاية الذاتية	العناية الذاتية
ليس لديه مهارات تواصل	محدودة جداً	مهارات التواصل بسيطة ولكنها كافية	جيدة	مهارات التواصل
صفر	صفر	يصل مستوى الصف الثالث أو الرابع في آخر مرحلة المراهقة	يصل مستوى الصف السادس في آخر مرحلة المراهقة	المهارات الأكاديمية
فقير	فقير جداً	يحتاج إلى الإشراف والتوجيه	يتفاعل اجتماعياً	النمو الاجتماعي
يحتاج إلى الإشراف اليومي	يحتاج إلى الإشراف	يحتاج إلى الدعم للعيش في المجتمع	ينسجم مع المجتمع العام	العيش المستقل

(Thambirajah & Ramanujan, 2017, p. 98).

أعراض التأخر العقلي

يعتمد كلٌّ من الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، والتصنيف الدولي العاشر للأمراض، والجمعية الأمريكية للإعاقة الذهنية والنمائية معايير قابلة للمقارنة. فوفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، ويجب توافر المعايير الثلاثة التالية، من أجل تشخيص الإعاقة الذهنية:

- قصور في الوظائف العقلية مثل التفكير وحل المشكلات والتخطيط والتفكير التجريدي والحكم والتعلم الأكاديمي والتعلم من خلال التجربة، والتي تم تأكيدها بالتقييم السريري واختبار الذكاء الفردي المعياري.
- قصور في الوظيفة التكيفية والتي تؤدي إلى عدم تلبية المعايير النمائية والاجتماعية والثقافية للشخصية المستقلة والمسؤولية الاجتماعية. بدون الدعم المستمر، فإن العجز التكيفي يحدّ من أنشطة الحياة اليومية (نشاط أو أكثر)، مثل التواصل والمشاركة الاجتماعية والحياة المستقلة، وذلك في بيئات متعددة مثل المنزل والمدرسة والعمل والمجتمع.
- يبدأ القصور العقلي والتكفي خلال فترة النمو (Thambirajah & Ramanujan, 2017).

مسببات التأخر العقلي

أهتم العديد من الباحثين بدراسة الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الإعاقة العقلية، وعلى الرغم من تحديد كثيرٍ من هذه الأسباب، إلا أنه مازال هناك عوامل أو أسباب لم يتم

التوصل إليها حتى الآن. وتوضح منظمة الصحة العالمية أن سبب الإعاقة العقلية لدى العديد من الأفراد والأسر لا يزال غير معروفٍ، وهناك تفسيرٌ واحدٌ لذلك الغموض وهو أن الإعاقة العقلية تشمل العديد من المشكلات المختلفة، والتي لها أسباب متعددة، فهناك عوامل جينية وراثية تكون سبباً رئيسياً ويجب تجنبها والوقاية منها، وهناك عوامل غير وراثية ومكتسبة وقد تكون هذه الأسباب أثناء الحمل أو أثناء الولادة، فالزواج من الأقارب، والزواج المبكر، وانتشار الأمية وانخفاض مستوى التعليم، وخروج المرأة للعمل والفقر وارتفاع معدلات الإنجاب كلها تعتبر من أسباب الإعاقة التي من السهل الوقاية منها (Thambirajah & Ramanujan, 2017, p. 95).

١. عوامل وراثية

تلعب العوامل الوراثية Genetic Factors دوراً هاماً في حدوث الإعاقة العقلية، حيث يشير الزهيري (١٩٩٨) إلى أن العوامل الوراثية مسؤولة عن حوالي ٨٠٪ من حالات الإعاقة العقلية، وذلك لوجود قصور أو خلل في خلايا المخ أو الجهاز العصبي المركزي، الأمر الذي يؤدي إلى حدوث إعاقة في وسائل الإدراك والوظائف العقلية المختلفة، وإلى صعوبات في عملية التعلم. وتحدث وراثية الإعاقة العقلية عن طريق الجينات الوراثية التي تحملها كروموسومات الخلية التناسلية (الزهيري، ١٩٩٨، ص ٢٣٧).

٢. الأسباب البيئية:

تمثل العوامل البيئية حوالي ٢٠٪ من حالات الإعاقة العقلية. ونظراً لتنوع هذه الأسباب تنوعاً كبيراً يتم تصنيفها إلى أسباب ترتبط بالأم قبل وأثناء فترتي الحمل والولادة، وأسباب ترتبط بالبيئة النفسية والاجتماعية التي يعيش فيها الطفل. وتنقسم الأسباب البيئية إلى:

أسباب ما قبل الولادة: وتشمل إصابة الأم ببعض الأمراض المعدية مثل الحصبة الألمانية فإذا إنتقلت العدوى من الأم إلى الجنين بعد إصابتها بالحصبة الألمانية يولد هذا الجنين مشوهاً، أو يعاني من تأخر نموه الجسمي أو العقلي بصفة عامة، كذلك إصابة الأم أثناء الحمل بمرض الزهري الذي ينتقل إلى الجنين عن طريق المشيمة، أو إصابتها بفقر الدم الشديد، وحمى الصفراء كل ذلك يؤدي إلى تشوه الجنين وإعاقة نموه، كما أن تعرض الأم للحوادث أو محاولتها الإجهاض أو تعريضها للإشعاع يؤدي إلى الإصابة بالإعاقة العقلية (عيسوي، ١٩٩٦، ص ١٤٢).

أسباب ما بعد الولادة: يذكر لبيب (٢٠٠٢) بعض الأسباب التي تتعلق بالطفل نفسه وقد تؤدي إلى إصابته بإعاقة عقلية ومنها:

- إصابة الطفل بعد الولادة -قبل سن البلوغ- بإحدى الحميات التي تؤثر على خلايا المخ (الحمى الشوكية) أو بأحد أنواع الشلل المخي أو الحصبة.
- التسمم بالزرنيخ وأول اكسيد الكربون أو التسمم بمركبات الرصاص أو استنشاق أبخرته أثناء مرحلة الطفولة المبكرة نتيجة تلوث الهواء أو الماء أو الغذاء.
- السقوط أو اصطدام الجمجمة بشدة في مرحلة الطفولة المبكرة بصورة يترتب عليها تلف بعض أنسجة المخ أو الإصابة ببعض الأورام.
- سوء التغذية الشديد للطفل وخاصة إذا تأخر غذاء الطفل عن طريق نقص شديد في البروتين أو اليود بصفة خاصة في السنة الأولى من عمره.

يلخص جدول (٢) الأسباب المشتركة للإعاقة الذهنية، التي تنطبق على حالات الإعاقة العقلية الشديدة، مع ملاحظة أنه لا يمكن غالباً تحديد سبب حالات الإعاقة العقلية البسيطة. حيث يطلق على هذه المجموعة أحياناً حالات الإعاقة الذهنية المرتبطة بالبيئة وذلك لأنها تعود في الأغلب إلى أسباب عائلية أكثر من حالات الإعاقة الشديدة، ولكن لا يوجد أساس جيني لذلك. يرتبط المستوى التعليمي المنخفض للوالدين والظروف الاجتماعية والاقتصادية السيئة بالإعاقة العقلية البسيطة.

جدول ٢: بعض الأسباب المهمة لحالات الإعاقة العقلية

متلازمة الهشاشة X	أ. الأسباب الوراثية والخلقية
متلازمة داون	
التصلب الحدبي	
الورم الليفي العصبي	
الاستسقاء	
الحصبة الألمانية في الأم	ب. أسباب ما قبل الولادة وبعد الولادة (قبل وبعد الولادة مباشرة)
متلازمة الكحول الجنيني	
الولادة المبكرة (٢٨-٣٤ أسبوعاً)	
انخفاض الوزن عند الولادة (أقل من ٢ كجم)	
اختناق المولود الجديد (الطفل الأزرق)	
اليرقان الشديد في حديثي الولادة	

التهاب السحايا	ج. عوامل مكتسبة بسبب أمراض الطفولة
التهاب الدماغ	
إصابة الدماغ	
النوبات المتكررة	د. المشاكل البيئية
الحرمان النفسي والاجتماعي الشديد	

(Thambirajah & Ramanujan, 2017, p.105).

وسائل الوقاية من التأخر العقلي

أوضح برادي (2005) Brady أن التأخر العقلي يشتمل على ثلاثة مستويات من الوقاية وهي كالتالي:

١. **الوقاية الأولية Primary Prevention**: أي الوقاية من الدرجة الأولى ويقصد بها الجهود التي تبذل في رعاية الأجنة في بطون أمهاتها، بهدف تنمية هذه الأجنة وتقليل إنجاب الأطفال المتأخرين عقلياً، وذلك برعاية الأم الحامل وتغذيتها وحمايتها، وعلاج الأمراض التي قد تتعرض لها في الوقت المناسب. يضاف إلى هذا الجهود التي تبذل في الإرشاد الوراثي، وفحص الشباب الراغبين في الزواج، وتشجيع زواج غير الأقارب خاصة في الأسر التي تكثر فيها أمراض وراثية، ورعاية الأطفال الرضع والأطفال في الروضة والابتدائي.

٢. **الوقاية الثانوية Secondary Prevention**: أي الوقاية من الدرجة الثانية ويقصد بها الجهود التي تبذل في تحديد الظروف البيئية التي لها علاقة بالتأخر العقلي وعلاجها قبل أن تؤدي إلى إعاقة النمو العقلي عند الأطفال وتتضمن إجراء التحليل أثناء الحمل وبعد الولادة مباشرة بهدف الكشف عن أسباب التأخر العقلي وعلاجها قبل أن تؤدي إليه كما في حالات التسمم بالرصاص، وأمراض التمثيل الغذائي، وخلل الكروموسومات وغيرها، يضاف إلى هذا تقديم الرعاية لأطفال الأسر المتأخرين عقلياً ثقافياً واقتصادياً في سن مبكرة لحمايتهم من الحرمان الثقافي وتوفير الخبرات التي تسهم في سير نموهم العقلي في مساراته الطبيعية.

٣. **الوقاية الثلاثية Tertiary Prevention**: أي الوقاية من الدرجة الثالثة ويقصد بها الجهود التي تبذل في رعاية المتأخرين عقلياً وتعليمهم، وتأهيلهم وتشغيلهم في أعمال مفيدة لهم ولمجتمعهم.

وفي ضوء هذا التحديد لمفهوم الوقاية من التأخر العقلي يتضح لنا إمكانية الوقاية من هذه المشكلة بالجهود التي تبذل في تنمية الأطفال، وحمايتهم من التعرض للتخلف أو التأخر العقلي ورعاية الأطفال المتأخرين عقلياً في سنوات الطفولة المبكرة وهو ما يهدف إليه التدخل المبكر (Brady, 2005, pp. 22-25).

طرق العلاج للتأخر العقلي

تناول (عربيّات، ٢٠١١، ص ١٠٤) أفضل طرق العلاج للتأخر العقلي في الآتي:

١. **العلاج باللعب:** يُعتبر العلاج عن طريق اللعب مهماً جداً بالنسبة للمعاقين عقلياً، وخاصةً في مجال تعديل السلوكيات غير المرغوبة التي يُصدرها هؤلاء الأطفال، ولذلك يُنصح بتخصيص غرفة للعلاج باللعب تحتوي على أنواع وأشكال مختلفة من الألعاب المصنوعة من الخشب أو البلاستيك غير القابلة للكسر.

٢. **العلاج عن طريق الفن:** يُعتبر العلاج عن طريق ممارسة النشاط الفني، وخاصة الرسم من الوسائل المهمة التي تُمكن الطفل المعاق عقلياً من التعبير المباشر والحر عن عالمه الخاص ومشاكله وانفعالاته في جوٍّ يخلو من التهديد، ويمكن أن يكون العلاج عن طريق الفن والرسم أساساً للتشخيص.

٣. **العلاج عن طريق التمثيل:** حيث يُعتبر هذا النوع من العلاج وسيلةً مناسبةً يستطيع المعاق عقلياً من خلالها أن يُعبّر عن مختلف العواطف والانفعالات والرغبات المكبوتة لديه بشكل حر. ويُمكن أن يستخدم العلاج عن طريق التمثيل بصورة فردية أو جماعية، ويكون على شكل مُقيّد أو حر (عربيّات، ٢٠١١، ص ١٠٤).

تقييم التأخر العقلي

تشتمل أبعاد تقييم التأخر العقلي على الآتي:

١. الذكاء كوسيلة لقياس التخلف العقلي

فقد اتخذ بعض العلماء معامل الذكاء كأساس لتشخيص التخلف العقلي، وقد غالى البعض منهم في الاعتماد على هذه النسبة إلى درجة أنهم سمحوا لأنفسهم بالتصنيف إلى تخلف عقلي كل من يقل معامل ذكائه عن ٧٠ حتى ولو كانت ٦٩، بينما يجتاز هذا الموقف كل من يزيد عن (٧٠) حتى ولو كان (٧١)، ومعنى ذلك أنهم يفترضون

الدقة المتناهية في اختبارات الذكاء، وهذا غير صحيح بطبيعة الحال. ويعتبر تصنيف الإعاقة العقلية حسب متغير الذكاء والسلوك التكيفي الأكثر قبولاً بين أوساط التربويين لأنه يعطي معلومات واضحة عن هؤلاء الطلبة (بنو خالد، ٢٠١٦، ص٥٤). وحقيقة الأمر أننا لا نستطيع الاعتماد على اختبارات الذكاء اعتماداً كلياً للتعرف على حالات التخلف العقلي، بل لابد أن يستخدم معها وسائل أخرى حتى يكون التشخيص دقيقاً وامتكاملاً. وعند استخدامنا لمقاييس الذكاء كإحدى الوسائل فلا بد من اختيار الاختبارات المناسبة فليست كل الاختبارات صالحة لمن نشخصهم على أنهم متخلفون عقلياً، وليست كلها صالحة لفرد معين، حيث قد يشكو طفل ما من ضعف السمع مثلاً أو عدم القدرة على التأزر الحركي، وهذا كثير الحدوث بين هذه الفئة، والمهم أن يكون الاختبار متصفاً بالصدق والثبات والموضوعية والقدرة على التمييز، كما ينبغي أن يكون له معايير دقيقة، وأن استخدام مجموعة من مقاييس الذكاء المناسبة يؤدي إلى نتائج أكثر دقة (محمد، ٢٠٠٨، ص٢٢).

٢. النضج الاجتماعي وقياس التخلف العقلي

يقصد بالنضج الاجتماعي قدرة الفرد على إقامة علاقات اجتماعية فعالة مع غيره ومشاركة من يعيش معهم في علاقاتهم الاجتماعية، وهذا ما يتخذه بعض العلماء كدليل للتعرف على المستوى العقلي للشخص، وبالتالي للتعرف على ظاهرة التخلف العقلي، وعرفوا التخلف العقلي بأنه حالة عدم اكتمال النمو العقلي بدرجة تجعل الفرد عاجزاً عن موامة نفسه مع البيئة ومع الأفراد العاديين بصورة تجعله دائماً في حاجة إلى رعاية وحماية خارجية (الروسان، ٢٠٠٧، ص٨٠).

٣. الاعتماد على أكثر من دليل لتحديد التخلف العقلي

يضع بعض العلماء عدة شروط تحدد التخلف العقلي، فهم يصفون المتخلف عقلياً بأنه:

- غير كفاء اجتماعياً ومهنياً ولا يستطيع أن يدير شؤون نفسه.
- أقل من العاديين من الناحية العلمية.
- بدأ تخلفه العقلي منذ الولادة في سن مبكرة.
- يرجع تخلفه العقلي لعوامل تكوينية، إما وراثية أو نتيجة لمرضه.
- وحالته لا تقبل الشفاء، حيث قد ثبت بالدليل القاطع أنها حالة تخلف عقلي.

ومن ذلك كله يتضح لنا ضرورة تعدد المحكات المستخدمة في عملية التعرف على ظاهرة التخلف العقلي، وذلك للأسباب الآتية:

(١) التخلف العقلي يحدث في نواح متعددة منها القدرة العقلية العامة والقدرة على التحصيل والنضج الاجتماعي. فلا بد أن تتوفر لدينا الدلائل التي تشير إلى التخلف في جميع هذه النواحي. ومعنى ذلك أنه ينبغي أن نعتمد في تشخيصنا على عدة محكات وأن يتعاون في التشخيص الطبيب والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي وأخصائي التربية الخاصة والطبيب النفسي وأخصائي التأهيل.

(٢) أن كل مقياس معرض للخطأ، وقد يساعد تعدد المقاييس على تلافي هذه الأخطاء أو على الأقل التقليل من أثرها. وعلى ذلك فإن تشخيص حالات التخلف العقلي لا بد أن يتم على أساس استخدام عدة وسائل أهمها:

- الفحص النفسي بما في ذلك اختبارات الذكاء اللفظية واختبارات الأداء واختبارات النضج الاجتماعي واختبارات الشخصية.
- دراسة التاريخ المدرسي والاستعانة باختبارات التحصيل أو اختبارات الاستعداد الدراسي.
- دراسة التاريخ النمائي للطفل الذي يتضمن النمو والتطور الجسدي والعقلي والانفعالي والاجتماعي.
- تاريخ الأسرة الذي يتضمن تحديد حالات الأمراض وأنواع القصور الجسدي والعقلي في الأسرة.
- الفحص الطبي الشامل.
- دراسة الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل.
- ملاحظة الطفل، وهذه النقطة - تحديداً - تستحق أن نتناولها بشيء من التفصيل، كنقطة رابعة وأخيرة في هذا الخصوص (محمد، ٢٠٠٨، ص ٢٤-٢٥).

طرق التقييم

المقابلات: من خلال المقابلة يتعرف الأخصائي على: مشاعر الطفل، مشكلات الطفل، حاجات الطفل، الخطوات التي ساعدت على إحداث المشكلة، دور الأسرة في المشكلة التي يعاني منها الطفل. ولكي تتجح المقابلة مع الطفل المتأخر عقلياً لا بد أن يقوم الأخصائي بالآتي: تحديد ميعاد المقابلة، تحديد مكان المقابلة، تحديد زمن المقابلة، تحديد مدى استعداد الأخصائي أو العميل للمقابلة، تسجيل كل ما يتم في

المقابلة. وبانتهاء المقابلة مع الطفل المتأخر عقلياً يستطيع الأخصائي أن يُحدد: الطبيعة العامة للمشكلة، مدى إمكانية مساعدة الطفل المتأخر عقلياً في حدود إمكانيات المدرسة، الخطوط العريضة لعملية المساعدة، ميعاد المقابلة التالية وأهدافها ونوعها.

الأساليب التي يستخدمها الأخصائي في المقابلة مع الطفل المتأخر عقلياً هي: الملاحظة، الاستماع، الأسئلة، التعليقات، توجيه المقابلة من الأخصائي الاجتماعي (عبد الحميد، ٢٠٠٥، ص ٥٨).

مقاييس التقدير: يُشير سليمان (٢٠١٤) إلى أن مقاييس تقدير التخلف العقلي تشمل على خمسة مقاييس للتقدير، وهي كالتالي:

١. مقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي للسلوك التكيفي في المدرسة AAMR Adaptive Behavior Scale-School: صُمم هذا المقياس لتحديد جوانب القوة، وجوانب الضعف في السلوك التكيفي في المدرسة، وهو خاص بالأطفال المعوقين، أو الذين يعانون من اضطرابات سلوكية، ويستخدم مع الأطفال من سن ٣ سنوات إلى ١٩ سنة، ويطبق المقياس بطريقة فردية، ويستغرق تطبيقه فيما بين ١٥-٣٠ دقيقة ويتكون الاختبار من جزئين: الجزء الأول: يركز على مهارات الاستقلال الذاتي، ودرجة تحمل المسؤولية في الحياة اليومية، ويشتمل هذا الجزء على مهارات من قبيل: الأداء باستقلالية، النمو الجسمي، الأنشطة الاقتصادية، النمو اللغوي، التعامل مع الأرقام، ومع الوقت، الأنشطة المهنية، إدارة الذات، المسؤولية، والتفاعل الاجتماعي. الجزء الثاني: يركز على مهارات التكيف والتفاعل الاجتماعي، ويشتمل هذا الجزء على مهارات من قبيل: السلوك الاجتماعي، التكيف مع المجتمع، درجة الثقة بالآخرين، السلوك النمطي والنشاط الزائد، سلوك إيذاء النفس، التفاعل الاجتماعي، الاضطرابات الشخصية والسلوكية.

٢. مقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي للسلوك التكيفي في البيت والمجتمع AAMR Adaptive Behavior Scale-Residential Arul Community (ABS-Rc-2): صُمم هذا المقياس لتحديد جوانب القوة وجوانب الضعف في السلوك التكيفي لدى الفرد الذي يعاني من الإعاقة، والقصور العقلي، وهو للأفراد من سن ١٨ سنة حتى ٨٠ سنة، ويطبق هذا الاختبار من عدة جوانب للسلوك التكيفي، ويقوم الفاحص (الأخصائي النفسي أو مدرس التربية الخاصة) بملاحظة المفحوص وإجراء مقابلات معه، ومن ثم الإجابة عن الجوانب المتعلقة بالسلوك التكيفي.

٣. مقياس السلوك التكيفي الذي أعدته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي Adaptive Association on Mental Retaliation, Adaptive Behavior Scale وهو من إعداد نهيرا وآخرون (Nihira el al. (1975, 1981) ويعتبر هذا المقياس من أكثر مقاييس السلوك التكيفي شهرة وفاعلية في قياس وتشخيص حالات الإعاقة العقلية، وقد تم تقنيه في عدد من دول العالم مثل بلجيكا والهند اليابان وبورتوريكو ومصر والأردن البحرين. ويتألف المقياس من قسمين: الأول: يشمل مظاهر السلوك التكيفي Adaptive Behavior التالية: الوظائف الاستقلالية، والنمو الجسمي، والنشاط الاقتصادي، النمو اللغوي، والأرقام والوقت، والنشاط المهني، والتوجيه الذاتي، وتحمل المسؤولية، والتنشئة الاجتماعية. أما القسم الثاني: فيتضمن مظاهر السلوك اللا تكيفي Maladaptive Behavior التالية: السلوك العدواني، السلوك المضاد للمجتمع، والسلوك التمردى، السلوك التشككي، والسلوك الانسحابي، والسلوك النمطي، والعادات السلوكية والصوتية غير المناسبة، والسلوك الإيذائي للذات، والسلوك العصابي، واستخدام العقاقير. وقد ظهرت صورة نصية من هذا المقياس (الغتيت ١٩٧٥، وعبد الرقيب أحمد ١٩٨١، ونهي اللحامي ١٩٨٣، وعبد الغفار الدمياطي ١٩٨٥، وصالح هارون ١٩٨٥)، كما ظهرت صورة تجريبية من هذا المقياس (جرار ١٩٨٣، جرار والقريوتي ١٩٨٩)، وظهرت صورة أردنية من هذا المقياس (الروسان ١٩٨١، جرار ١٩٨٣، الكيلاني والروسان وجرار ١٩٨٤، الروسان ١٩٨٨، ٢٠٠٠).

أدوات التقرير الذاتي

أشار أيدينس (Eadens (2008 إلى أن هناك أدوات التقرير الذاتي Self-Report التي تستخدم لقياس التأخر العقلي؛ وهي كالتالي:

١. الأداء الذهني-قياس الذكاء Measurement of Intelligence

إن الأداء الذهني الذي يحكم على الفرد معه بأنه من المحتمل أن يكون لديه تأخر عقلي بأنه ذلك الأداء على أحد اختبارات الذكاء الذي يقل بمقدار انحرافين معيارين أو أكثر تحت المتوسط ويعني هذا بالنسبة لاختبار بينيه مستوى ذكاء ٦٧ فأقل، وبالنسبة لاختبار وكسلر ٦٩ فأقل. ويتوفر في الوقت الحالي مجموعة كبيرة من اختبارات الذكاء، ويفضل استخدام اختبار فردي، وعدم الاعتماد على الاختبارات الجمعية، ويعتبر مقياسا ستانفورد بينيه ووكسلر من أفضل المقاييس في الوقت الحاضر -ويجب أن يجري الاختبار بواسطة متخصص مدرب تدريباً كاملاً على

استخدام الاختبارات مع الأشخاص المتأخرين عقلياً - وقد تكون حالة التأخر للفرد من الشدة بحيث يصعب تطبيق اختبارات والحصول على استجابات منهم، وفي هذه الحالات نلجأ إلى أطباء الأطفال المتخصصين، وأطباء الأمراض العصبية للتعرف على التأخر بالطرق الإكلينيكية.

٢. السلوك التكيفي

السلوك التكيفي عبارة عن مجموعة من جوانب كثيرة للسلوك وهو نتيجة مجموعة واسعة من القدرات، ومن نواحي القصور، فمجموعة السلوكيات التي تشترك في الجوانب الذهنية الانفعالية والدافعية والاجتماعية والحركية ... الخ تسهم كلها وتكون جزءاً من عملية التكيف الكلي للبيئة، ونظراً لأن جوانب السلوك التي تمثلها اختبارات الذكاء تتوقع أن يرتبط مع مستوى السلوك التكيفي ورغم ذلك قد يكون هناك فروقاً فردية في مستويات الأداء الذهني والأداء في السلوك التكيفي خاصة بالنسبة لحالات التأخر العقلي البسيط، وتفيد هذه الفروق في إعطائنا المعلومات التي تفيد في تخطيط الخدمات التي تقدم للفرد ولهذا يجب أن نوضح في التقرير الذي يُعد عن الطفل كلاً من مستوى الذكاء المقاس، ومستوى السلوك التكيفي (Eadens, 2008, pp.34-36).

معايير التشخيص

أوضح الوابلي (٢٠٠٣) أنه في ضوء تعريف الجمعية الأمريكية للتأخر العقلي أصبح هناك شبه إجماع بين التعريفين على طبيعة المعايير التي في إطارها يمكن تحديد وجود التأخر (التخلف العقلي) وفقاً للتالي:

١. أن يظهر الفرد تديماً في القدرة العقلية الذي ينحرف أدائه عن المتوسط العام بانحرافين معيارين فأكثر.

إن تحديد مستوى القدرة العقلية ومستوى الأداء الوظيفي يتم من خلال استخدام أحد اختبارات الذكاء المقننة التالية: مقياس ستانفورد- بينه للذكاء، مقياس وكسلر للذكاء- للراشدين، مقياس وكسلر للذكاء- للأطفال، مقياس وكسلر للذكاء لمرحلة ما قبل المدرسة والمرحلة الأساسية، وبطارية تقويم الأطفال لكوفمان.

٢. أن يصاحب التديني في القدرة العقلية قصور ذو صلة بمجالين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية العشر التي تشمل على التواصل، الرعاية الذاتية، الحياة المنزلية،

المهارات الاجتماعية، استخدام البيئة المحلية، التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، المهارات الأكاديمية الوظيفية، مهارات قضاء وقت الفراغ، ومهارات العمل.

إن تحديد جوانب القوة والضعف في مجالات السلوك التكيفي العشرة تتطلب استخدام العديد من أدوات وأساليب القياس المختلفة في السلوك التكيفي وتمثل الأدوار والأساليب التي هي أكثر شيوعاً واستخداماً فيما يلي: مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، مقياس السلوك التكيفي لليفلاندا، مقياس السلوك التكيفي، والاختبار الشامل للسلوك التكيفي.

ويضاف إلى ذلك أنه ينبغي أن يكون هناك دعم للمعلومات المستخلصة من تلك المقاييس ومن خلال عدة مصادر أخرى مثل: آراء الفريق العيادي أو فريق العمل، وآراء الأسرة وبالأخص الوالدين.

٣. وجود التخلف العقلي يجب أن يظهر قبل السن الثامنة عشرة. هذا المعيار لا يتطلب أي أسلوب من أساليب القياس ولكن يتطلب وثيقة تبين حدوث الحالة قبل سن الثامنة عشرة (الوالبلي، ٢٠٠٣، ص ٧٣-٧٤).

دراسة الحالة

تعتبر دراسة الحالة من الأدوات الرئيسية التي تعين المختص النفسي على تشخيص وفهم حالة المتأخر عقلياً وعلاقته بالبيئة. والمقصود بدراسة الحالة أنها "جميع المعلومات المفصلة والشاملة التي تجمع عن المتأخر عقلياً المراد دراسته في الحاضر والماضي"، وتعد دراسة الحالة تاريخ شامل لحياة المتأخر عقلياً المعني بالدراسة، وتعتبر دراسة الحالة الطريق المباشر إلى جذور المشكلات الإنسانية (محمد، ٢٠٠٨، ص ٤٩). وتتم دراسة حالة الأطفال قبل وأثناء وبعد الولادة لهدفين:

الهدف الأول: تصنيف الأطفال Screening بحسب ظروفهم الاجتماعية والصحية للكشف عن الأطفال المحتمل تعرضهم للتخلف أو التأخر العقلي. ويقوم هذا التصنيف على ملاحظة وجود خلل في نمو الطفل: الجسمي أو الحركي أو اللغوي أو سلوكه الاجتماعي، أو وجود انخفاض واضح في المستوى الثقافي والاجتماعي لوالديه يعرضه للحرمان الثقافي أو وجود العاملين معاً - خلل النمو وانخفاض المستوى الثقافي- ويعتبر انخفاض المستوى الثقافي للأم من المنبئات الجيدة في التعرض للتخلف العقلي أو التأخر العقلي عند الأطفال قبل سن الرابعة من العمر. لذا يفضل أن يقوم التصنيف في الطفولة

المبكرة على أساس خصائص من يرعون الطفل وليس على أساس قياس قدرات الطفل أو تقويم مظاهر نموه.

الهدف الثاني: تشخيص الحالة وتقويم قدرات الطفل ومظاهر نموه، بهدف تحديد ما إذا كانت هناك إعاقة في نموه العقلي وتحديد جوانب القوة والضعف عنده والخدمات التي يحتاجها هو وأسرته.

ويقوم بالتشخيص فريق من المتخصصين وتستخدم فيه الاختبارات النفسية والملاحظة المباشرة للطفل في أنشطة عديدة ومقابلة الوالدين وغيرهم من المهمين في حياة الطفل من المدرسات والمشرفات (Ene, 2009, pp.18-21).

رسم خطة العلاج

ويقترح الروسان (٢٠٠٧، ص٧٦) أن رسم الخطة العلاجية للمتأخرين عقلياً تتضمن الآتي:

- ١- تصميم خطة العلاج -تعديل السلوكيات الخاصة بالمتأخرين عقلياً- وفيها تتم لإجابة على من هو مُعدّل السلوك؟، ومن هو المطلوب تعديل سلوكه؟، إضافة إلى تحديد الزمان والمكان لتطبيق خطة تعديل السلوك للمتأخر عقلياً، وتحديد المعززات في حالة الاستجابات الصحيحة للمتأخر عقلياً. ٢- تنفيذ خطة العلاج في هذه المرحلة يبدأ التطبيق الفعلي للإجراءات السابقة الذكر مراعين أن عملية القياس هي عملية مستمرة وفي هذه المرحلة يشرح المنفذ خطوات التطبيق بعبارات واضحة وسلوكية. ٣- تقييم فاعلية برنامج العلاج: ويأخذ التقييم هنا عدة أوجه منها التحليل البصري للرسم البياني (القياس في مرحلة الخط القاعدي ومرحلة العلاج ومرحلة المتابعة)، ورأي ولي أمر الطالب المتأخر عقلياً وملاحظاته، ورأي معلم الطالب المتأخر عقلياً وملاحظاته، ويلخص معدل السلوك وملاحظاته عن التقييم بعبارات واضحة وسلوكية (الروسان، ٢٠٠٧، ص٧٦).

التدخلات العلاجية

الهدف الرئيسي من البرامج المقدمة للمتأخرين عقلياً ليس أن يصبح المتأخر عقلياً على درجة ذكاء عالية مثل الأفراد العاديين، فلم نرَ هذا يحدث، كما أنه مستبعد الحدوث، كما أن هذا ليس أمراً مهماً إذا نظرنا للأمر من جانب آخر. فقد حبا الله كلاً منا بكم معين من القدرات يختلف تماماً عن الآخرين، وعلينا أن نتعايش مع هذا الواقع وأن نتعامل معه بمنتهى الحكمة. لذلك فإن إعداد الفرد المعاق ذهنياً ليكون علي درجة عالية من الذكاء لا يعد الهدف الأساسي من البرامج المقدمة

للمعاقين ذهنياً، وإنما ما يعدّ أمراً مهماً وما هو متعارف عليه في مفردات أيّ عملية تعليمية أن الهدف الأساسي لأيّ عملية تعليمية هو خلق فرد صالح في المجتمع في المقام الأول وهذا هو المهم. فأن يكون الفرد المعاق ذهنياً قادراً على خدمة نفسه، معتمداً على ذاته قادراً على الوفاء بمتطلباته الشخصية باستقلال كامل أو جزئيّ طبقاً لقدراته ومهارات العقلية والبدنية والجسمانية، مندمج اجتماعياً لا يعاني من أيّ مشكلات سلوكية بقدر يمنع اندماجه في المجتمع أو يؤدي إلى نفور المحيطين به منه، تنمية القدرات العقلية والجسمانية قدر الإمكان، مزوداً بمبادئ القراءة والكتابة ومبادئ المهارات الأكاديمية البسيطة التي قد يحتاج إليها خلال معاملاته البسيطة داخل المجتمع، يعمل في مهنة مناسبة تناسب قدراته إن أمكن تعدد الأهداف الرئيسية لعملية تعليم المعاقين ذهنياً. ومن هنا يجب أن تكون المحتويات التعليمية التي تحتوي عليها برامج الأفراد المعاقين ذهنياً تعبر عن الأهداف السابقة التي تحدثنا عنها، وأعتقد أنها أهداف مناسبة ترضي أي فرد عادل في حكمه ينظر للأمور نظرة سليمة ويراعي تفاوت القدرات (سليمان، ٢٠٠٨، ص٣٣).

الاستراتيجيات والمهارات

أنشطة الرعاية الذاتية: تعتبر هذه الأنشطة أحد أهم أنشطة البرامج المقدمة للأفراد المعاقين عقلياً حيث تعتبر أول وأبسط المكتسبات التي يكتسبها الطفل من أسرته. كما تعتبر من أهم مكتسبات الطفل من الأسرة في الفترة الأولى من حياته حيث تمثل الخطوة الأولى للاعتماد على الذات والاستقلال عن الأسرة ورفع بعض عبء التربية عن الأبوين. ومن هنا فلا يبدأ الطفل في اكتساب مكانته الاجتماعية بين أفراد الأسرة أو المجتمع إلا بتمكّنه من هذه المهارات. إلا أنه بينما يكتسب الطفل العادي مثل هذه المهارات بسهولة من خلال التقليد أو المحاكاة أو من خلال تعليم بسيط من الأسرة وخاصة الأم أو الإخوة حيث تمكّن قدرات الطفل السوي العقلية والجسمية من رصد البيئة المحيطة واكتساب هذه المهارات من خلال التقليد أو المحاكاة كما ذكرنا تختلف الأمور بالنسبة للطفل المعاق. حيث يحتاج الطفل المعاق عقلياً أن نبذل معه جهداً كبيراً لكي يتمكن من هذه المهارات ولكي يتمكن من أدائها بشكل جيد. وتضم هذه الأنشطة أنشطة رئيسية منها تناول الطعام، ارتداء الملابس، استخدام المراض، العناية بالنظافة الشخصية، الاستحمام، تصفيف الشعر، غسيل اليدين، غسيل الوجه والأسنان... وغيرها من المهارات التي يجب أن يؤديها الفرد لكي يكون معتمداً على

نفسه بشكل كامل (عبد الرحيم، ٢٠٠٥، ص ٢٤٠).

الأنشطة المنزلية: تُعد هذه الأنشطة أول الأنشطة التي يتفاعل فيها الفرد مع بيئته المحيطة بمكان إقامته. ويعتبر تأثير الفرد وتأثره بهذه الأنشطة عاملاً مهماً من عوامل نضوج الفرد والبعد عن العزلة وإكساب المهارات الأولية للتعامل مع هذه البيئة. كما أن تمكنه من هذه الأنشطة يضيف بعداً اجتماعياً مهماً على حياة الفرد حيث أن أداء الفرد لمتطلباته اليومية داخل بيئته والوفاء باحتياجاته والتزاماته الشخصية الضرورية للحياة تعطي الفرد مصداقية اجتماعية داخل المجتمع. وتتعدد هذه الأنشطة بحيث تشمل تنظيف المنزل، غسيل وكي الملابس، أعمال المطبخ، استخدام الأجهزة المنزلية، الوقاية من الحوادث المنزلية، وغيرها من الأنشطة المنزلية التي يحتاج الفرد لأدائها داخل البيت.

أنشطة حياة يومية متقدمة (خارج المنزل): وتشمل مهارات التعامل مع محيط البيئة خارج المنزل والتي يتعامل فيها الطفل مع البيئة المحيطة بها الأكثر اتساعاً. وتعتبر هذه المهارات من أهم المهارات لكي يصل إلى درجة الاستقلالية الكاملة بحيث يتمكن من الخروج خارج المنزل والوفاء بمتطلباته الشخصية خارج المنزل. وتتضمن مثل هذه المهارات: مهارات التجول خارج المنزل في البيئة المحيطة بالطفل، والتعرف على الطبيعة الجغرافية لهذه البيئة، والتعرف على كيفية التعامل مع القوانين والقواعد التي تنظم هذه البيئة. فمثلاً التعرف على شوارع المنطقة المحيطة بمسكن الطفل وأسماء هذه الشوارع، إشارات المرور، وسائل المواصلات، طرق عبور الشارع. وبالمثل التعرف على مكونات البيئة خارج المنزل من مؤسسات، أصحاب مهن، طبيعة كل مهنة، ومدى احتياجنا لكل مهنة، أوقات احتياجنا لكل مهنة، المهارات التي يجب أن نتحلى بها عند التعامل مع هؤلاء من مهارات شراء والتعامل بالنقود، مهارات لفرز الصالح والتالف. هذا بالإضافة إلى الترويج وشغل أوقات الفراغ خارج البيت (عبد الرؤوف، ٢٠٠٨، ص ٩٣).

المواد الذهنية: تُعد هذه المواد من أهم المواد التعليمية التي يجب أن يتضمنها المحتوى التعليمي لبرامج المعاقين ذهنياً لما تتطلبه طبيعة الأفراد المعاقين ذهنياً التركيز على هذا الجانب نظراً لانخفاض القدرات العقلية للأطفال المعاقين ذهنياً مما يترتب عليه انخفاض القدرة على الرصد والاستنتاج وتحليل البيئة المحيطة بهم. ومن ثم وجب توضيح حقائق هذه البيئة للطفل وإكسابه مفاهيمها بشكل مباشر، مبسط، وبصورة

أكثر وضوحاً حيث أنه لن يستطيع التوصل إليها بمفرده أو عن طريق الرصد المباشر للبيئة المحيطة ومفرداتها وظواهرها. ومن أمثلة المفاهيم الإدراكية التي يمكن أن ندرسها للطفل مفاهيم مثل الساخن والبارد، الخشن والناعم، داخل وخارج أسفل وأعلى، الألوان، الأحجام وغيرها من المفاهيم التي ترتبط بالبيئة المحيطة بالطفل ولا يمكن الاستغناء عنها خلال تعامله معها. وترجع أهمية هذه المفاهيم إلى ارتباطها المباشر بالطفل وبيئته وعدم قدرته على أن يتحاشاها أو ألا يتعامل معها فتعامله وتفاعله مع هذه المفاهيم أساسية كما أنها ضرورية لضمان سلامة وأمان الطفل فمفاهيم مثل خشن وناعم، ساخن وبارد ضرورية جداً لضمان سلامة وأمن الطفل والحفاظ عليه دون إصابات جسدية ناتجة عن عدم تقدير المخاطر المحيطة به في البيئة المحيطة. هذا ويشمل تدريس المواد الإدراكية أيضاً على تدريس برامج لتنمية القدرات والمهارات العقلية مثل مهارات الانتباه، التركيز، التصنيف، الترتيب، التسلسل... وغيرها من المهارات العقلية التي قد نجد بها قصوراً لدى الطفل (السليمان، ٢٠٠٣، ص ٤٣).

أنشطة تنمية الحواس: حواس الإنسان هي نافذة الإنسان على العالم والتي يتعرف من خلالها على البيئة المحيطة به. وفي حين تعد عملية "التعدد في استخدام الحواس في التعليم" مهمة بالنسبة للأسوياء؛ تكتسب هذه العملية أهمية خاصة بالنسبة للأفراد المعاقين ذهنياً. ففي حين تنمو الحاسة والمهارات المرتبطة بها بشكل مناسب لدى الطفل السوي من خلال احتكاك الطفل بالبيئة المحيطة وتعامله معها ومحاولة الطفل التأثير على هذه البيئة والتعرف عليها واكتساب مفرداتها لا تنمو المهارات الحسية بالنسبة للطفل المعاق ذهنياً بمثل هذا النسق نظراً لوجود قصور في القدرات التشريحية للأجهزة البيولوجية للحاسة أو نتيجة لضعف القدرات العقلية لدى الطفل مما يؤدي إلى عدم تمكن مخ الطفل من التعامل مع الإشارات العصبية وبالتالي المعلومات الحسية التي نقلتها أجهزة الحاسة لمناطق المخ التي تتحكم في هذه الحاسة. وتعتبر أنشطة تنمية الحواس من الأنشطة التعليمية التي يمكن أن ينمي من خلالها المدرس مهارات الطفل المعاق ذهنياً فيما يتعلق بمهارات الإدراك والتمييز والذاكرة الحسية لكل حاسة من الحواس الخمس بالإضافة للمهارات الفرعية للحواس المرتبطة بهذه الحواس (مثلاً الإدراك البصري للأشكال أو الخطوط، التمييز السمعي لطبقة الصوت أو شدة الصوت، ذاكرة التذوق للمذاقات المختلفة)؛ فغالباً ما تقترن الإعاقة العقلية بقصور في وظائف الحواس، وغالباً ما يساعد استخدام أكثر من قناة حسية في تدريس الطفل المعاق ذهنياً على تعويض الضعف في المعلومات المكتسبة بسبب الضعف في حاسة معينة

وذلك عن طريق ما يكتسبه الطفل من معلومات إضافية من خلال القنوات الحسية الأخرى. ويقع كثير من مدرّسي الأطفال الأسوياء في خطأ شائع وهو الاعتماد على حاستي البصر والسمع وحدهما في التدريس؛ في حين يجب استغلال الخمس حواس بدلاً من حاسة أو اثنتان من الحواس الخمس لدى الطفل. وإذا كان هذا الخطأ خطأ شائعاً عند التدريس بالنسبة للأطفال الأسوياء فإنه يعد خطأ قاتلاً عند التعامل مع المعاقين ذهنياً. حيث يجب كما قلنا أن يتم تعويض القصور في المعلومات الحسية المنقولة من خلال حاسة معينة وتدعيم الخبرات والمعلومات من خلال تكامل الصورة الحسية التي تأتي من خلال باقي الحواس الأخرى (محمد، ٢٠٠٨، ص ٧٢).

أنشطة التواصل: ترتبط الإعاقة العقلية في أحوال كثيرة بمشكلات في التواصل. ويمكننا تعريف التواصل على أنه قدرة الفرد على نقل أفكاره وما يجول بخاطره لمن أمامه وبالمثل التعرف على أفكار الطرف الثاني في عملية التواصل. ويعتبر التخاطب جزءاً من أجزاء عملية التواصل. حيث يمكننا أن نطلق على التخاطب اسم "التواصل اللفظي". ويعد التركيز على مصطلح التخاطب عند التعامل مع الأفراد المعاقين ذهنياً شيئاً سلبياً. حيث يعتبر معظم الأفراد في المجتمع أن الفرد الذي لا يتحدث فرداً لا يفهم وهي فكرة غير صحيحة. ففي الكثير من الأحيان يكون الأفراد المعاقون غير قادرين على استخدام التواصل اللفظي لإتمام عملية التواصل نظراً لمظاهر القصور لديهم فيما يتعلق بهذا الجانب. في حين قد تكون لديهم القدرة على توصيل معلوماتهم وأفكارهم عن طريق وسيلة تواصل أخرى بخلاف الكلام "تواصل بديل". وبذلك يجب أن يكون الهدف من عملية التواصل مع الطفل المعاق ذهنياً هو أن يفهم المدرس المعاق ذهنياً أياً كانت وسيلة توصيل لديه. مع التقدير الكامل لقدراته العقلية وعدم تأثير انخفاض القدرة اللغوية لديه على حكم الفرد على قدراته العقلية. كما يجب التعايش مع وسيلة تواصل الطفل المعاق ذهنياً البديلة في حالة عدم استخدام التواصل اللفظي وقبولها على اعتبار أنها وسيلة فعالة للتواصل معه وتقبله في المجتمع بالرغم من قصور قدراته اللغوية. ومن وسائل التواصل الأخرى البديلة للأطفال المعاقين ذهنياً غير التواصل اللفظي "الكلام" الرموز المجسمة والصور التعبيرية والرموز والإشارات وغيرها من وسائل التواصل التي يمكن أن تعمل على توصيل الرسالة من الطفل المعاق ذهنياً لمن يخاطبه وعدم قصر وسيلة التواصل على التواصل اللفظي أو الكلام فقط. كما أن التخاطب أو التواصل اللفظي مهم للأطفال ذوي القدرات العالية وغالباً ما تكون الإعاقة العقلية بعيوب في النطق والكلام. ومن مهام مدرس الفصل ألا يختار وسيلة

تواصل بديل مما سبق ذكرها للفرد المعاق ذهنياً (الدوخي، ٢٠٠٨، ص ٦٨٠).

الأنشطة الحركية: ترتبط الإعاقة العقلية غالباً بإعاقات حركية مما يمثل حائلاً بين الطفل والمحيطين به. كما تمثل الإعاقة الحركية عائقاً قوياً للطفل عن استكشاف البيئة المحيطة. لذلك كان واجباً على واضع البرامج أو مدرس التربية الخاصة أو الأخصائي الرياضي أن يهتم بتتمية أوجه القصور في القدرات الحركية لدى الطفل المعاق من خلال تصميم الأنشطة الحركية والتدريبات الملائمة للوصول بمستوى الأداء الحركي والقدرات الحركية إلى المستوى الذي يمكنه من القيام بأنشطة الحياة اليومية التي يحتاج إليها الفرد الطبيعي خلال يومه العادي. ومنها على سبيل المثال الجلوس مستقلاً، الوقوف، المشي، التجول بحرية في محيطه واستكشاف البيئة المحيطة به والتقل المريح بما يؤمن قضاء احتياجاته ومجارة رفاقه في أنشطتهم للحياة اليومية. وتصميم الأنشطة الحركية ليس بالعملية السهلة فهي تحتاج إلى خبرة واسعة بأساليب تقييم القدرات الحركية هذا بالإضافة إلى الإلمام بالجوانب التشريحية والعلاجية، وهي مهارات يجب أن يكتسبها مدرس التربية الخاصة بمضي الزمن لكي يتمكن من تصميم نشاط حركي أو حركي توقيعي ينمي المهارات الحركية لدى الطفل (سليمان، ٢٠٠٨، ص ٢٥٣).

الجوانب النفسية: هي جوانب هامة يجب أن يحسن مدرس التربية الخاصة التعامل معها حيث لا تخلو حالة إنسان سوي من اضطرابات نفسية أو حالات عدم اتزان في بعض الأحيان فما بالننا بحالة الطفل المعاق ذهنياً والتي لا بد أن تقترن بالعديد من المشكلات السلوكية. ومنها مثلاً إيذاء الذات أو إيذاء الآخرين، العزلة وانخفاض تقدير الذات، السرقة أو المشكلات الجنسية مثلاً. وكلها مشكلات سلوكية تعوق الفرد المعاق ذهنياً من النمو بشكل سوي يضمن له أن يندمج في البيئة المحيطة به بشكل كامل حيث أنها قد تؤدي إلى نفور المحيطين بالطفل منه. كما أنها قد تؤثر بشكل كبير في عملية اكتساب المهارات أثناء عملية التعلم. لذلك يجب على مدرس التربية الخاصة أن يكون قادراً على التعامل مع مثل هذه المشكلات أثناء عملية التدريس حتى يتمكن من توصيل المحتوى التعليمي للطفل بالرغم من المعوقات النفسية التي قد تقابله (أحمد، ٢٠٠٦، ص ٨٨).

برامج التنشئة الاجتماعية: تعتبر أيضاً من الجوانب المهمة التي يجب أن يتضمنها المحتوى التعليمي لبرامج المعاقين ذهنياً. حيث يجب أن تزوده البرامج التعليمية التي

توضع له بالمهارات الاجتماعية اللازمة التي تمكنه من تكوين علاقته بنفسه. كما يجب أن تدريبه على تقبل والتعامل مع أشكال العلاقات التي يمكن أن تتواجد بينه وبين المحيطين به، وتدريبه بشكل جيد مع آليات التعامل مع الآخرين. لذلك يجب أن يكون مدرس التربية الخاصة قادراً على إكساب الطفل مثل هذه المهارات الاجتماعية عن طريق تدعيمه للأشكال الإيجابية للمعاملات مع الأصدقاء داخل الفصل، أو وضع الطفل في مواقف اجتماعية ملائمة تسمح له بإخراج أشكال السلوك الاجتماعي المرغوب من خلال أنشطة الرحلات أو الألعاب الجماعية أو المعسكرات. وبذلك يجب أن يكون مدرس التربية الخاصة قادراً على: رصد المشكلات الاجتماعية لدى الطفل، التعامل معها من خلال الأنشطة والبرامج التي يراها مناسبة، تقييم مدى فاعلية هذه البرامج والأنشطة وقدرتها على التغلب على مشكلة الطفل المعاق وإكسابه السلوك الاجتماعي المقبول (الدوخي، ٢٠٠٨، ص ٦٨٢).

برامج التهيئة المهنية: يُعد التوظيف أو التأهيل المهني هو القمة الرئيسية لأي سلم أو نظام تعليمي. فالفرد منا يتعلم ويكتسب المهارات اللازمة لكي يكون له في النهاية وظيفة مناسبة تكسبه صفة الأهمية وتمكنه من أن يكون فرداً نافعاً في المجتمع. وهو الهدف الأساسي لأي نظام تعليمي (خلق الفرد الصالح الذي ينفع نفسه ومجتمعه). إلا أن التمهيد للأمور المهنية لدى الأفراد المعاقين ذهنياً يجب أن يبدأ من فتره مبكرة من حياة الطفل. حيث يتطلب إعداد الطفل لها فترات طويلة، كما أنه يجب أن لا تترك فرصة للخطأ حيث يصعب علاج الآثار السلبية لأي خبرات سيئة قد يتعرض لها الطفل خلال المراحل الأولى من العمل. وبذلك يجب علينا توشي الحذر عند اختيار المسار المهني لهذا الطفل. و كما ذكرنا يتخرج الطفل ويبدأ في الالتحاق بالعمل في فترة مبكرة من حياته، لذلك يجب علينا إكسابه مهارات العمل من سن مبكر من خلال برامج للتهيئة المهنية يتعلم الطفل من خلالها مهارات مهنية عامة تصلح لأن تؤهله للعديد من المهن دون تحديد. ومنها الربط، التعبئة، الخياطة، الدق، العقد، الربط وغيرها من المهارات اليدوية بما يفتح المجال أمامه في المستقبل للاختيار من بين العديد من المهن المهنية التي تناسب قدراته وميوله وتحقق له الثقة بالذات والقدرة على قضاء الوقت فيما يفيد. لذلك يجب على مدرس الأفراد المعاقين ذهنياً أن يكون قادراً على أن يحدد قدرات الطفل المهنية وأن يساعد الطفل في اختيار المهنة التي تناسب قدراته وميوله وأن يساعد الطفل في تعلم هذه المهنة والتمكن منها. وبالتالي تحقق له نجاحاً فعلياً يؤمن له الاستمرار في هذه المهنة (محمد، ٢٠٠٨، ص ٧٤).

إدارة الجلسات العلاجية

على الرغم من اختلاف طبيعة الفرد المعاق ذهنياً عن طبيعة الأفراد الأسوياء مما يتطلب أسلوباً مختلفاً في التعامل أو بمعنى آخر شكل مختلف من أشكال التدخل عن تلك التي تتبع داخل فصول الأسوياء إلا أننا يمكن أن نجزم أن خطوات التدخل قد تتبع نفس الأسلوب المنطقي من حيث نوعية خطوات التدخل وترتيبها وتسلسلها وتتابعها. فمبدئياً يجب أن نشعر بوجود قصور من نوع معين يجب أن نعالجه، ثم نبدأ في تقييم الطفل ومعرفة الأسباب وجمع البيانات، ثم اقتراح الحلول أو برامج التدخل، ثم تحديد الأدوار وتنفيذ البرامج المفترضة للتدخل، مع ضمان استمرار عملية التقييم من خلال تقييم بيني وتقييم نهائي.

مراحل تخطيط البرامج

ترجع عملية تخطيط البرامج بشكل كبير للخطوات المنطقية السابق الحديث عنها التي نص عليها نموذج "جوتكن وكيرتس" لحل المشكلات. سواء من حيث الترتيب المنطقي أو من حيث تسلسل الخطوات وتتابعها. فنراها تمر تقريباً بنفس المراحل التي نص عليها النموذج. وفيما يلي شرح عملي تطبيقي من وجهة النظر الشخصية لهذا النموذج وأسلوب تطبيقه في مجال التربية بالنسبة للأطفال المعاقين ذهنياً. وهو التسلسل الذي تمر به عملية تخطيط البرامج في الكثير من المؤسسات حديثاً إلا أن ما يلي يعتبر تحديداً ورسماً للأبعاد التطبيقية للنموذج بشكل كبير لعملية تخطيط البرامج ومراحلها. والتي أعتقد أنها تمر بما يلي: تحديد الهدف من عملية التدريس، التقييم وتحديد قدرات الطفل في إطار الهدف المحدد، اختيار البرامج، تقنين الجرعات التعليمية، تحديد الأهداف بعيدة المدى، تحديد الأهداف قريبة المدى، تصميم الأنشطة التعليمية، تحديد وصياغة الأهداف الجزئية (قريبة المدى)، التنفيذ الفعلي، التقييم البيني، والتقييم النهائي.

١. تحديد الهدف من عملية التدريس

(الإحساس بوجود مشكلة لدى الطفل أو الرغبة في إحداث تطوير لقدرات الطفل). تبدأ عملية تخطيط البرامج ببداية أول خطوة منطقية قد تتبادر لأذهان القائمين على تعليم الأطفال المعاقين ذهنياً وهي الإحساس بوجود مشكلة لدى الطفل أو الرغبة في إحداث تطوير لقدرات الطفل.

فالشعور بوجود مشكلة أو قصور في قدرات الطفل هو الدافع الأول والمحرك الأساسي للمدرس أو المهتمين بالطفل وتعليمه للتحرك والتدخل لإيجاد حل للمشكلات المرصودة في هذا المجال. فمثلاً أشعر أن الطفل غير قادر على خدمة نفسه بالشكل الملائم. أن الطفل غير مزود بالمهارات الأكاديمية اللازمة. أن الطفل لا يستطيع أن يقضي وقت فراغه بالشكل المناسب. أن الطفل على أعتاب دخول بطولة رياضية بالرغم من عدم قدرته على تحقيق مستوى مناسب لهذه البطولة. أن الطفل لا يقوم بمهنة مناسبة له. قد تعتبر مشكلات تواجه القائمين على تعليم وتربية الطفل المعاق ذهنياً. وهي أمور تتطلب تدخل المدرس لتحديد أبعاد المشكلة وتحديد الهدف من عملية التدريس والبحث لحل مناسب لمشكلة الطفل (الشخص، ٢٠٠٧، ص ١٠١).

٢. التقييم وتحديد قدرات الطفل في إطار الهدف المحدد

يختلف التقييم في المجال النفسي والتربوي عن التقييم في الكثير من المجالات العلمية الأخرى. حيث يتم إجراء عملية التقييم على كائن بشري تتفاوت خصائصه وسماته بشكل كبير من كائن لآخر بما يشمله ذلك من تأثير هذه الخصائص والسمات كل منها على الآخر. بخلاف ما يتم في المجالات العلمية الأخرى من إجراء عملية التقييم على كم فيزيائي جامد ثابت الخصائص والسمات. وبالتالي تصعب عملية التقييم في مجال التربية بشكل كبير يتعرض المقيم في المجال التربوي للطبيعة البشرية بما لا يمكن معه الحكم على الطفل بسهولة وبشكل مباشر في معظم الأحيان. ومما يضطره في الكثير من الأحيان إلى توخي الحذر ومحاولة تثبيت الكثير من الظروف والعوامل لكي يتمكن من الحكم على مستوى الطفل بشكل يتوافق فيه الكثير من الدقة والحيادية. ويشمل مجال القياس في التربية الخاصة مساحات واسعة ومهارات متعددة يجب على المدرس لكي يقوم بإجراء عملية تقييم ناجحة فيها أن يكون على مستوى كبير من الدراسة والخبرة والتدريب لكي يتمكن من القيام بمهمة مثل هذه. وسيتم في إطار تدريبنا هذا شرح مهارات لا بأس بها في مجال القياس النفسي وأساليبه وكيفية تطبيقه والإطار العام الذي يسير فيه. وتعتبر عملية القياس والتقييم أولى الخطوات الحقيقية على طريق التدخل للتعامل مع المشكلة وحلها. ويتم التقييم في مجال التربية بالنسبة للمعاقين عن طريق العديد من الأشكال (رسمية وغير رسمية). ويتم التقييم في مجال التربية الخاصة طبقاً لنوعين من طرق التقييم:

أ. طرق رسمية: ومن أمثلتها المقاييس والاختبارات والقوائم الارتقائية المقننة. وتختلف

هذه المقاييس والاختبارات في نوعها وأهدافها والغرض منها وكيفية تطبيقها والأسلوب والمنهجية التي تستعملها، ومنها:

مقاييس ذات إطار عام، مقاييس محددة الإطار: هي المقاييس التي تقيس قدرات الطفل في عدة مجالات وليست محددة بمجال واحد. ومن أمثلتها مثلاً مقياس السلوك التوافقي وهو مقياس ذو إطار عام. حيث يحاول قياس السلوك التوافقي وهو أمر عام ذو أبعاد متعددة ولا يتحدد من خلال الحكم على مهارة واحدة وإنما يتحدد من خلال تقييم العديد من المهارات في العديد من المجالات. فيقيس مثلاً مهارات في التواصل، رعاية الذات، الحياة المنزلية، المهارات الاجتماعية، التوجيه الذاتي، الصحة والأمن والنمو الجسمي، الأداء الأكاديمي، التأهيل المهني وغيرها العديد من المهارات التي لا يمكن الحكم على مدى توافق الطفل مع مجتمعه بدون الحكم عليها. وفي المقابل توجد مقاييس أخرى يتم من خلالها الحكم على مجال واحد فقط. مثل مقاييس الميول المهنية المصور. وهو مقياس يستخدم في قياس الجانب المهني فقط مما سبق. وبذلك يعد مثل هذا المقياس مقياس محدد الإطار حيث يستخدم لتقييم مجال واحد فقط.

مقاييس تستخدم مع الأسوياء والمعاقين ذهنياً، مقاييس خاصة بالأفراد المعاقين ذهنياً: وتنقسم المقاييس في هذا الشأن إلى نوعين. مقاييس أعدت خصيصاً للتعامل مع المعاقين ذهنياً مثل المقياسين اللذين أتى ذكرهما في الفقرة السابقة مثل مقياس السلوك التوافقي أو مقياس الميول المهنية المصورة. ومقاييس تم إعدادها لكي تكون معيارية؛ أي يمكن أن تستخدم مع أي عينة من الناس. حيث أنها تتدرج في المستوى من أقل المستويات حتى تصل إلى أعلى النسب. تستخدم مثل هذه المقاييس مع المعاقين ذهنياً للتمكن من مقارنة النمو أو النضج لدى الفرد المعاق ذهنياً بالنمو أو النضج لدى الفرد السليم في نفس السن. ومن أمثلة هذه المقاييس مقاييس الذكاء "وكسلر أو بينيه". وهناك أيضاً القوائم الارتقائية ومنها ما هو مقنن ومنها ما هو غير مقنن أو شخصي. وتوضع بمراعاة تتابع مظاهر النمو المختلفة وتبدأ بأدناها وتتدرج معها حتى الوصول إلى أعلى درجات سلم النمو في المجال الذي وضعت فيه القائمة.

ب. طرق غير رسمية: تتم عملية التقييم غير الرسمية عن طريق العديد من الوسائل. منها الملاحظة الشخصية التي تتم بالعين المجردة أو التي يتم تسجيلها في استمارات شخصية غير رسمية يصممها المدرس لملاحظة نشاط معين. وهناك القوائم الارتقائية غير الرسمية التي سبق وتحدثنا عنها والتي يعدها المدرس طبقاً لمظاهر النمو التي يوقعها بالرغم من عدم تقنينها بصورة علمية (بخش، ٢٠٠٠، ص ٨٥).

٣. اختيار البرامج

كيف يتم اختيار البرامج؟

بمجرد تعرفنا على قدرات الطفل الفعلية وتوصلنا لما يعرفه وما لا يعرفه من مهارات نكون قد وضعنا أنفسنا على بداية الطريق الصحيح لوضع البرامج. ويتم وضع البرامج باتباع تسلسل البرامج الموجودة بنود المقياس أو القائمة الارتقائية التي تم تطبيقها لتقييم الطفل. حيث يتدرج المدرس في التعليم على بنود المقياس التي يعرفها أو يؤديها الطفل حتى يصل إلى أول بند يلي هذه البنود مباشرة لا يؤديه الطفل ليعتبره المدرس برنامج التدريس التالي المقترح وعلى اعتبار أنها المهارات التالية المستهدفة في التدريس في الخطة التعليمية المقبلة. مثال: يمكننا أن نأخذ مثلاً من خلال استعراض جزء من أجزاء مقياس أو قائمة ارتقائية تخيلية لبنود مجال من مجالات التدريس وليكن مجال الأداء الاستقلالي أو مجال رعاية الذات، لجزء من أجزاء رعاية الذات وليكن الجزء الخاص بالنظافة. فنجد أن شكل بنود المقياس يمكن أن يكون كما أن يضع يده تحت الماء. أن يغسل يديه. أن يمسح وجهه بالماء مقلداً الآخرين. أن يستعمل الصابونة. أن يغسل ووجهه بمفرده. أن ينشف يده ووجهه بشكل كامل. أن يغسل أسنانه. أن يرش الماء على جسمه عندما يساعده أحد على الاستحمام. أن يدعك جسمه بالليفة أثناء الاستحمام. أن يستحم بمفرده. ففي هذه الحالة يتدرج المدرس مع الطفل طالباً منه أداء المهارات الموجودة بالقائمة. فيبدأ بأول بند وهو "أن يضع يده تحت الماء". فإذا وجد الطفل يؤديه ينتقل للبند الذي يليه وهو "أن يغسل يديه". فإذا وجد الطفل يؤدي هذا البند ينتقل المدرس إلى البند الذي يليه وهو "أن يمسح وجهه بالماء مقلداً الآخرين". فإذا لم يجد الطفل يؤدي هذا البند يكون هذا البند هو البرنامج المقترح للتدريس في المرحلة المقبلة. وبعد الانتهاء من تدريس البند يعيد المدرس عملية التقييم مرة أخرى للبند التالي. فإذا وجد الطفل يؤديه ينتقل للبند الذي يليه. أما إذا لم يجد الطفل يؤدي هذا البند يعتبره برنامجاً جديداً للتدريس، وهكذا. حتى انتهاء بنود القائمة أو المقياس (الشخص، ٢٠٠٧، ص ١٠٤-١٠٥).

محددات اختيار البرامج

بالرغم من تفضيل اتباع المدرس لتسلسل المقياس أو القائمة التي استخدمها للتقييم إلا أن هذه البنود غير ملزمة للمدرس في اختيار برامج خطته وذلك بسبب:

عدم ملائمة البند لقدرات الطفل: يجد المدرس نفسه في بعض الأحيان مضطراً لتخطي

بند أو اثنين واختيار البند الثالث في المقياس أو القائمة كبرنامج للتدريس نظراً لعدم مناسبتها لقدرات الطفل حيث يتوقع المدرس عدم قدرة الطفل على أداء هذين البندين لقصور واضح في قدرات الطفل (وجود إعاقات مصاحبة تحول دون التمكن من الأداء الحركي، وجود مشكلات نفسية تؤدي إلى الانعزال، قصور في القدرات العقلية، مثل عدم القدرة على التركيز أو التشتت وعدم الانتباه) أو لتأكده بشكل كبير من عدم قدرة الطفل على أداء هذه المهام.

تدرج المقياس أكثر من اللازم: في حالات أخرى قد يرى المدرس أن المقياس تدرج بصورة أكثر تفصيلاً من اللازم بحيث وضع تفصيلات زائدة قد تنطبق على بعض الحالات في حين لا تحتاج الحالة التي يعمل عليها المدرس حالياً لكل هذه التفصيلات. فيرى المدرس تخطي بند أو اثنين وعدم اتخاذهما كبرامج للتدريس واتخاذ البند الثالث كبرنامج للتدريس حيث يمكن للطفل بالممارسة تدارك هذا البند أو هذين البندين اللذين تخطاهما المدرس أثناء وضع البرامج دون الحاجة منا لتدريس هذه البنود كبرامج خاصة وإضاعة الوقت في محاولة إكساب الطفل إياهما حيث سيتمكن الطفل في المستقبل القريب من اكتساب هذه المهارات بالممارسة دون الحاجة لإضاعة الوقت في تدريسهما بشكل خاص.

عدم ملائمة البند لبيئة الطفل: قد يجد المدرس نفسه مجبراً على إهمال بعض البنود في المقياس أو القائمة الارتقائية التي يستخدمها حين يجد أن البند غير مناسب لبيئة الطفل المحلية. فواضع المقياس أو القائمة يضع المقياس أو القائمة بناء على البيئة المحلية له (التي يعيش فيها أثناء وضع المقياس). فيضع بنود يرى أنه يجب على الطفل إجادتها في حين قد تخالف هذه البنود واقع بيئات أخرى لا توجد ضرورة لإجادة الطفل لها حيث أنه قد لا يتعرض لها في بيئته على الإطلاق. فمثلاً: في بعض المقاييس أو القوائم الارتقائية قد نجد بنوداً في مجال "الرعاية الذاتية" تتدرج بمستوى الطفل من: أكل الطعام بإصبع واحد. تناول الطعام بكل الأصابع أو بكامل اليد حتى ولو وجد انسكاب واضح في الطعام. التمكن من تناول الطعام بكامل اليد مع عدم وجود أي انسكاب في الطعام. الأكل بالملقعة حتى ولو وجد انسكاب واضح في الطعام. التمكن من الأكل بالملقعة بدون وجود أي انسكاب في الطعام. الأكل بالشوكة حتى ولو وجد انسكاب واضح في الطعام. الأكل بالشوكة بدون وجود أي انسكاب في الطعام. أن يقطع بعض الأطعمة بالسكين. في مثل هذه القائمة يجد المدرس نفسه يتدرج في وضع البرامج طبقاً لبنود القائمة بدءاً من البند الأول ومروراً بالبند الثاني

وحتى الخامس، ثم يجد نفسه قد توقف عند البند الخامس حيث لا يستطيع الاستمرار في وضع البرامج طبقاً لتسلسل بنود هذه القائمة. فأفراد هذا المجتمع أو هذه البيئة لا يستخدمون الشوكة في تناول الطعام. في هذه الحالة يمكن للمدرس أن يخالف تتابع بنود القائمة أو المقياس وأن يتغاضى عن إدراج بند أو اثنين من بنود المقياس أو القائمة التي يراها غير مناسبة لبيئة الطفل (التي تنص على استخدام الشوكة)، ليضع بند من البنود التي تليها والتي يتم فيها استخدام السكين. مثال آخر لا يستطيع المدرس فيه وضع البنود طبقاً لتسلسل الحريف للقائمة الارتقائية أو المقياس الذي استخدمه عندما يجد بنداً مثل "أن يستخدم الطفل التليفون بالعملة" تحت بنود أنشطة الحياة اليومية. في حين لا يتواجد تليفونات بعملة في بيئة الطفل. أو أن يغسل الطفل ملابسه بيديه في حين أن الطفل يستخدم الغسالة الكهربائية. أو العكس أن يستخدم الطفل الغسالة الكهربائية في حين أنه قد لا يتوافر غسالة في بيئة هذا الطفل (أبو النصر، ٢٠٠٥، ص ٩٩).

التنوع والحصول على برامج أكثر ملاءمة: ينصح في كثير من الأحيان بوضع البرامج من خلال أكثر من مقياس أو قائمة وأخذ ما يناسب الطفل من كل مقياس من هذه المقاييس دون الاعتماد على بنود مقياس واحد لوضع البرامج. حيث أن هذا التعدد قد يفيد الطفل في الوصول لما يناسبه بشكل أكبر. ففي بعض الأحيان يكون المقياس المستخدم للتقييم ذو غرض عام فيكون محتويًا على مجالات متعددة وتكون بنود كل مجال من هذه المجالات التي يقيسها المقياس عامة حيث أنها ليست متخصصة بشكل كبير ويرغب المدرس في وضع برامج هذا المجال طبقاً لمقياس أكثر تخصصاً في هذا المجال. وعلى سبيل المثال مقياس السلوك التوافقي وكما تحدثنا عنه في الخطوة الثانية فهو مقياس "ذو إطار عام" يقيس مدى التوافق النفسي والاجتماعي للفرد المعاق ذهنياً مع المجتمع. لذلك فهو يعتمد على تقييم مجالات متعددة كما ذكرنا لتمكن من قياس الهدف الذي وضع من أجله (وهو قياس السلوك التوافقي للفرد مع المجتمع). ومن ضمن هذه المجالات مجال التخاطب. إلا أن مقياس السلوك التوافقي ليس مقياساً متخصصاً في مجال التخاطب حيث يقيم الطفل في مجال التخاطب ضمن مجالات متعددة، لذلك فهو يقيمه بشكل عام للحكم. في حين أننا قد نجد مقاييس أخرى متخصصة في مجال التخاطب بحيث تقيس هذا الجانب بشكل أكثر دقة وحرفية في مجال التخاطب مثل "مقياس اللغة". وقد نجد أن المدرس في هذه الحالة بالرغم من أنه يستخدم مقياس السلوك التوافقي للحكم على مدى توافق الطفل مع البيئة الاجتماعية

له إلا أنه من المفضل في هذه الحالة أن يستخدم مقاييس أو اختبارات أخرى إلى جانب مقياس السلوك التوافقي مثل اختبار اللغة العربية أكثر تخصصاً في مجال التخاطب عند وضع البرامج في مجال التخاطب.

٤. تقنين الجرعات التعليمية: "استراتيجيات وضع البرامج"

نلاحظ أن عملية وضع البرامج يجب أن تتم من خلال استراتيجية محددة تتحدد أبعادها من خلال مراعاة مبدئين أساسيين وهما: أن الطفل كيان متكامل. أن عملية وضع البرامج عملية متكاملة وديناميكية. فارتفاع أو تدني قدرات ومهارات الطفل في مجال تعليمي معين قد يؤثر بالإيجاب أو السلب في المجالات التعليمية الأخرى، كما أن البرامج التعليمية لمجال تعليمي معين تؤثر في البرامج التعليمية للمجالات التعليمية الأخرى.

الطفل كيان متكامل: يجب على المدرس أو واضع البرامج أن ينظر للطفل هذه النظرة "أنه كيان متكامل" أثناء عملية وضع البرامج. ويجب أن لا يضع المدرس البرامج بنفس الكم (عدد البرامج) والكيف (نسبة التركيز وصعوبة البرامج) في مختلف مجالات التدريس. فعملية اختيار البرامج والمهارات التعليمية التي يمكن أن تضمنها الخطة التعليمية للطفل لكي تصبح منهجاً تعليمياً فيما بعد يجب أن لا تتم كعملية رصد مباشر، متسلسل لبنود المقاييس أو القوائم التي نستخدمها لتقييم قدرات ومهارات الطفل بنفس الكم ونسبة التركيز في كل مجال. وإنما يجب النظر إليها كعملية ديناميكية متكاملة بحيث قد يؤدي القصور في قدرات الطفل في مجال تعليمي معين على قدرته على الإنجاز وعلى طريقة أدائه في باقي المجالات التعليمية، فلا يتمكن من إنجاز كم البرامج الكبير الذي تم رصده عشوائياً في باقي المجالات بسبب قصور قدرة معينة لديه في مجال محدد. مثال: عندما نضع برامج لطفل توحدي "أوتيزم" وهم عينة من الأطفال المعاقين ذهنياً والذين يتسمون بطبيعة وسمات خاصة من أبرز هذه السمات ضعف نسبة التركيز وعدم القدرة على التواصل مع الآخرين أو البيئة المحيطة. يجب على المدرس -خاصة في المراحل الأولى للتدخل- أن لا يضع برامجه بنفس الكم في كل مجال من مجالات التدريس. وإنما يجب عليه النظر لحالة الطفل ككل وأن يعرف أن القصور في مجال معين لا بد وأن يؤثر على مستوى الإنجاز في باقي المجالات بحيث أن عدم التركيز على تكثيف التدريس والبرامج في هذه المجالات (التركيز، التواصل) وإحراز تقدم نسبي مع الطفل فيها أولاً بصفة مبدئية لا بد وأن يعوق تقدم أداء

الطفل في باقي المجالات (رعاية الذات، مهارات الحياة اليومية، الأنشطة الرياضية) مؤدياً لعدم تحقيق إنجازات كبيرة كما يتوقع المدرس في هذه المجالات الأخرى. فلا يجب على المدرس بالنسبة لمثل هذا الطفل مثلاً أن تكون برامج في مجال مثل أنشطة الحياة اليومية كالآتي: أن يعد لنفسه وجبة خفيفة. أن يغسل ملابسه الشخصية. أن يشتري بعض مستلزماته البسيطة من خارج المنزل. أن يقضي وقت فراغه بممارسة ألعاب بسيطة (دومينو، كوتشينة). فكيف لطفل لا يتمكن من الأداء المتواصل والمتسلسل للمهارات لمدة بسيطة من الوقت (دقيقة مثلاً) أن يعد لنفسه وجبة خفيفة مثلاً (ساندويتش، مشروب) أو كيف له أن يتمكن من غسل ملابسه الشخصية، أو أن يخرج خارج المنزل لشراء المستلزمات أو أن يقضي وقتاً كبيراً في التركيز أثناء لعب لعبة مثل الدومينو. وهي برامج أو مهام تحتوي على العديد من المهارات التي يجب أن تتم بشكل متسلسل، والتي تتطلب نسبة عالية من التركيز. إلا أن برامج في مجال أنشطة الحياة اليومية يمكن أن تكون كالآتي:

- أن يبدي استعداد وتعاوناً عند مساعدة أحد له في غسل وجهه.
- أن يساهم في غسل وجهه بوضع يديه تحت الماء.
- أن يضع يده وهي مبللة بالماء على وجهه.
- أن يقوم بتنظيف المائدة بعد الأكل عندما يطلب منه ذلك.
- أن يقضي وقت فراغه في مشاهدة التلفزيون أو سماع الكاسيت (البحيري، ٢٠٠٣، ص ٢٧-٢٩).

لذلك نجد أن قدرة عقلية واحدة (التركيز) قد تؤثر بالسلب على أداء الطفل في باقي مجالات التدريس المختلفة بحيث لا يتمكن من الأداء بشكل مرض في هذه المجالات (رعاية الذات، الأنشطة الاجتماعية، الأنشطة الرياضية) عند وضع المدرس برامج التدريس للطفل فيها بدون وضعه في الاعتبار مهارات الطفل في باقي مجالات التدريس (المجال العقلي أو الذهني هنا) وتأثير هذه المهارات والقدرات على أداء الطفل في المجال الذي يضع فيه البرامج. لذلك لا يجب على المدرس أو واضع الخطة أن يكسب خطة الطفل في مجال معين (رعاية الذات، الحياة اليومية، الأكاديمي مثلاً) ببرامج لن يستطيع الطفل إنجازها كلها نظراً لضعف قدراته في مجال آخر بشكل كبير (المجال العقلي أو الذهني).

مثال آخر: لطفل لديه إعاقة حركية بسيطة في يديه، فهل يجب على المدرس أن يضع له برنامج لرعاية الذات مثل (أن يشرب بكوب بمفرده) قبل تنمية المهارات الحركية

لدى الطفل أولاً بشكل يمكنه من أداء برنامج رعاية الذات بشكل مناسب. ولا يعني عدم وضع برامج أخرى بجانب برامج التركيز والتواصل بالنسبة لهذه الحالة، وإنما يجب على المدرس أن يضع برامج في باقي مجالات التعليم ولكن بكثافة أقل من المجالين المطلوب التركيز عليهما بصورة أساسية.

كما ينبغي أن تتم عملية وضع البرامج بمراعاة العمر الزمني للطفل. حيث يجب أن يتدرج تدريس المهارات في المجالات المختلفة للطفل. فلا يجب أن يتم تدريس البرامج في مجالات التدريس المختلفة بنفس الكم وبنفس الجرعات من التركيز. إلا أنه يجب أن نتدرج في تدريس المهارات (بالزيادة أو النقصان) في مجالات التدريس المختلفة بحيث تقل في بعض المجالات التي يجب أن تقل فيها البرامج بزيادة عمر الطفل (مثل المجالات الأكاديمية، ومجالات المهارات الشخصية والاجتماعية) وتزداد في مجالات التدريس التي يجب أن تزداد فيها البرامج بزيادة عمر الطفل (مثل مجال مهارات الحياة اليومية المتقدمة، مجال المهارات المهنية) (البحيري، ٢٠٠٣، ص ٢٧-٢٩).

عملية وضع البرامج عملية متكاملة وديناميكية: إن الطفل عبارة عن كائن متكامل وإن مهاراته وقدراته الشخصية يؤثر كل منها في الآخر، يجب أن نتفق على المبدأ الثاني وهو أن عملية التدريس للطفل عملية متكاملة فبرامج الطفل أو مجالات التدريس هي الأخرى متكاملة ويكمل كل منها الآخر ويؤثر كل منها في الآخر. فالطفل أثناء أدائه لبرامج الرعاية الذاتية يستخدم مهارات حركية، كما أن أدائه للأنشطة الحركية يرتبط كثيراً بالمجالين النفسي والاجتماعي لدى الطفل. ولقد أثبتت العديد من الدراسات أن التقدم في الأداء الحركي والتوقعي يزيد من مستوى الأداء الاجتماعي للأطفال مع زملائهم داخل الفصل. لذلك ففي المثال السابق يجب على المدرس أن يضع برامج في مجالات التعليم الأخرى (مهارات الحياة اليومية، التخاطب، الأنشطة الرياضية مثلاً) تراعي وتخدم برامجه مجالي القصور الأساسيين المطلوب التركيز عليهما (التركيز، التواصل) وأن تعمل على تمميتهما أثناء تطبيق هذه الأنشطة. وفي المثال الآخر يجب على المدرس وضع برامج لتنمية القدرة الحركية في برامج المجال الحركي للطفل الذي يعاني من قصور في القدرة الحركية ليد. أو مثلاً يجب أن يراعي المدرس إكساب المهارات الاجتماعية المطلوبة لطفل منطو عند ممارسته النشاط للعبة الرياضية التي يحبها للتغلب على الانعزال اجتماعياً أو الانطواء. يبقى السؤال: أي المجالات قد يؤثر بالسلب أو الإيجاب بشكل أكبر على باقي المجالات الأخرى؟ ومن ثم أي المجالات يجب أن أراعيه بشكل أكبر عند وضع

البرامج في المجالات الأخرى؟ يكون الرد أن احتياجات ومهارات الطفل الفعلية هي التي تحدد أي المجالات يحتاج إلى التركيز أكثر من المجالات الأخرى (الصفو، ٢٠٠٥، ص ٢٥٣).

٥. تحديد وصياغة الأهداف بعيدة المدى

يمكن صياغة بنود المقياس أو القائمة الارتقائية التي تم اختيارها للتدريس في صورة صياغات أكثر عمومية، مثل: زيادة الحصيلة اللغوية. زيادة مدة التركيز. التمييز بين الألوان الأساسية. المشاركة مع الآخرين. اتباع التعليمات. التفريق بين الطيور والحيوانات. تحسين التوافق العضلي العصبي. تقليد حركات الآخرين. كتابة ١٠ كلمات. ويتم اعتبارها "أهدافاً بعيدة المدى" تتحقق على مدى معين سنوي أو نصف سنوي بحيث تصف هذه الأهداف ما هو متوقع من الطفل أن ينجزه خلال زمنٍ محددٍ. مع الوضع في الاعتبار أن هذه الأهداف في حد ذاتها ليست شيئاً تفصيلياً كافياً يمكن استخدامه كخطة تعليمية متكاملة، كما أنها لا تعطينا هذا التفصيل حيث أنه يخضع لعوامل أخرى سيأتي ذكرها فيما بعد، ولكن هذه الأهداف التعليمية تحدد لنا الاحتياجات التعليمية الأساسية التي سببني عليها الأهداف التفصيلية للخطة (عمران، ٢٠٠٨، ص ٢٦).

٦. تحديد الأهداف الجزئية قريبة المدى

بعد أن ينتهي المدرس من وضع الأهداف بعيدة المدى يجد في الغالب أن هذه الأهداف عامة ومجملّة في صياغتها، كما أن هذه الأهداف تكون كبيرة الحجم وبعيدة المدى. لذلك يجد المدرس أنه من غير الواقعي أو المنطقي تنفيذ هذا الهدف مع الطفل دفعة واحدة (نظراً لما تعرفنا عليه فيما سبق من سمات وخصائص للأفراد المعاقين ذهنياً). إلا أنه يمكن للطفل أن يحقق هذه الأهداف (بعيد المدى) في حالة تجزئتها إلى أهداف جزئية صغيرة مرحلية (على فترات قصيرة من الوقت) تعمل في نهاية المدى الزمني الإجمالي للهدف بعيد المدى على تحقيق هذا الهدف "بعيد المدى" من خلال إنجاز الطفل للأهداف الجزئية المرحلية "قريبة المدى". مثال: عند تدريس المدرس لهدف مثل أن يتعرف الطفل على مفهوم الخشن والناعم. يكتشف المدرس أن تدريس مثل هذه المفاهيم يعتبر هدفاً مجملاً ومركباً كما أنه هدف كبير الحجم بالنسبة للطفل لا يمكن تدريسه أو اكتسابه بصورته المجملّة كبيرة الحجم الحالية (خاصة بالنسبة لفرد معاق). ويجد أنه من الواجب عليه أن يعمل على تجزئة مثل هذا الهدف المركب

- إلى أهداف جزئية مرحلية قريبة المدى يسهل على المدرس تدريسها ويسهل على الطفل اكتسابها. فيجزئ الهدف إلى أهداف أصغر مثل:
- أن يسمى ٣ أشياء ناعمة، أن يسمى ٣ أشياء خشنة.
 - أن يسمى ٦ أشياء ناعمة، أن يسمى ٦ أشياء خشنة.
 - أن يصف ملمس الأشياء الناعمة، أن يصف ملمس الأشياء الخشنة.
 - أن يفرق بين شيئين (أحدهما ساخن والآخر بارد) لم يرهما من قبل بصفتها (ساخن، بارد) (أبو النصر، ٢٠٠٥، ص ١٠١).

٧. تصميم الأنشطة التعليمية

بعد أن يتم تحديد الأهداف الإجمالية بعيدة المدى وتجزئتها إلى أهداف جزئية قريبة المدى يجد المدرس أنه حتى الآن مازالت الأهداف التي تم اختيارها للتدريس سواء في حالتها الإجمالية أو حتى الجزئية للتدريس بشكل مباشر. وإنما يجب صياغتها في صورة أدائية فعلية يمكن أن يؤديها الطفل وتؤدي به في النهاية إلى التعلم واكتساب المهارة المراد إكسابه له. فهدف مثل أن يتعرف الطفل على ثلاثة أنواع من الحيوانات مثلاً هدف لا يمكن تدريسه بشكل مباشر. فالهدف لم يوضح ما سيفعله الطفل بشكل كامل لكي يتعرف على هذا الأنواع الثلاثة من الحيوانات. كما أنه لم يعبر عن الظروف التعليمية التي سيوضع فيها الطفل والتي بدونها لا يعتبر إنجاز الطفل للهدف إنجازاً كاملاً. كما أن هذه الأهداف لم تعبر عن الأدوات التي سيتم استخدامها في تطبيق هذه الأهداف. لذلك يجد المدرس أنه يجب عليه صياغة الأهداف الجزئية في صورة أدائية (في صورة أنشطة تعليمية) يقوم بها الطفل لإتمام عملية التعلم.

أهداف ومحتوى كل جلسة علاجية

مثال "عند تعليم المدرس للطفل لمفهوم الخشن والناعم الذي تحدثنا عنه في صياغة الأهداف الجزئية قريبة المدى؛ نجد أن المدرس لا يستطيع أن يعلم الطفل المعاق ذهنياً مثل هذه المفاهيم بطريقة مباشرة عن طريق عرض شيئين من الأشياء أحدهما خشن والآخر ناعم قائلاً للطفل "دي هي الحاجات الخشنة، ودي هي الحاجات الناعمة، المس، شايف الفرق" مثلما يحدث عند التدريس للأطفال الأسوياء. فهذه الطريقة وإن كانت مباشرة وتصلح لتعليم الأسوياء إلا أنها لا تصلح لتعليم الأفراد المعاقين ذهنياً.

ويتمكن الفرد السوي عن طريق استخدام أمر لفظي واحد وتعرض مباشر للخبرة أن يتعلم المفاهيم التي يريد المدرس إكسابها له حيث تمكنه قدراته العقلية من الرصد

المباشر للخبرة، كما تتضافر هذه القدرات وتتفاعل مع بعضها البعض لتجزئة الواقع الفعلي للخبرة. فتعمل كل مهارة عقلية على تحليل واقع الخبرة من جانبها وتمييزه بميزة معينة وإعطائه الأكواد العقلية التي ستميزه فيما بعد مدى الحياة بحيث تتعرفه أينما وجد وبأي شكل وجد. فتعمل المناطق الحسية في المخ مثلاً على تكوين إشارات تميز الخبرة الجديدة، وتعمل القدرة على التحليل على التعرف على مكونات الخبرة، وتعمل القدرة على المقارنة على التعرف على الخبرة ومقارنتها بما يقارنها من خبرات سابقة، وتعمل القدرة على التصنيف على تصنيف الخبرة الجديدة تحت بند ملائم من الخبرات وتعمل القدرة على الاستنتاج في النهاية على تعميم الخبرة على كل المواقف المشابهة. لا يمكن للقدرات العقلية للفرد المعاق ذهنياً العمل بهذا التناغم وهذه الكفاءة والتكامل لاكتساب الخبرة. لذلك يجد المدرس نفسه مضطراً إلى مخاطبة كل قدرة معرفية على حدا، موفراً لها الخبرات والأنشطة التي تجعلها تكون خبراتها بما يتلاءم مع ما بها من ضعف.

ف نجد مثلاً أنه إذا أراد المدرس أن يدرس مفاهيم مثل المفهومين اللذين تحدثنا عنهما لفرد معاق ذهنياً قد يجد المدرس أن عليه أن يحاول أن يغطي كل جوانب الخبرة عن طريق أنشطة مختلفة.

ف نجد أنه يجب عليه أن يجعل الطفل: يتعرف على الأشياء الخشنة فقط أولاً، فيجعله: يلمس الأشياء الخشنة بحيث يتعرف عليها وأن يعبر عن إحساسه باختلاف ملمس هذه الأشياء الخشنة عن غيرها من الأشياء.

يصنف الأشياء الخشنة مع بعضها البعض بحيث يتعرف على المظاهر والسمات التي تميز هذه الأشياء الخشنة عن غيرها من الأشياء، فيجعله: يختار الأشياء الخشنة من بين مجموعة من الأشياء.

يعمم الخبرة، فيجعله: يذكر أسماء الأشياء الخشنة في البيئة المحيطة.

يتعرف على الأشياء الناعمة فقط، فيجعله: يلمس الأشياء الناعمة بحيث يتعرف عليها وأن يعبر عن إحساسه باختلاف ملمس هذه الأشياء الناعمة عن غيرها من الأشياء.

يصنف الأشياء الناعمة مع بعضها البعض بحيث يتعرف على المظاهر والسمات التي تميز هذه الأشياء الناعمة عن غيرها من الأشياء، فيجعله: يختار الأشياء الناعمة من بين مجموعة من الأشياء.

يعمم الخبرة، فيجعله: يذكر أسماء الأشياء الناعمة التي قد تتواجد في البيئة المحيطة. يفرق بين المفهومين، ويميز صفة التضاد بينهما، فيجعله: يفرز الأشياء الناعمة من الأشياء الخشنة كل نوع منها في جانب (أبو النصر، ٢٠٠٥، ص ١٠٢).

مثال آخر: إذا كان الهدف بعيد المدى الذي يريد المدرس تدريسه للطفل "أن يميز الألوان الأساسية من بين مجموعة الألوان". والأهداف الجزئية هي أن يتعرف على اللون الأحمر، يتعرف على اللون الأزرق، يتعرف على اللون الأخضر. يمكن لأنشطة المدرس أن تكون كالآتي: أن يتعرف على اللون الأحمر. أن يسمي اللون الأحمر. أن يختار اللون الأحمر من بين مجموعة من الألوان. أن يتعرف على اللون الأزرق. أن يسمي اللون الأزرق. أن يختار اللون الأزرق من بين مجموعة من الألوان. أن يتعرف على اللون الأخضر. أن يسمي اللون الأخضر. أن يختار اللون الأخضر من بين مجموعة من الألوان. أن يفرز مجموعة من المكعبات بالألوان الثلاثة، كل لون بمفرده من بين مجموعة من المكعبات.

وترجع أهمية الأنشطة التعليمية إلى أنها حلقة الوصل الرئيسية بين الواقع النظري لوضع البرامج والتدريس الفعلي لها وللخبرات والمهارات التي تمكن الطفل من إنجاز هذه البرامج. ويجب على المدرس أن يعمل على وضع الأنشطة أو الأهداف التعليمية في تسلسل وتناسق بسيط يراعي قدرات الطفل. كما يجب عليه أن يبتكر له الأنشطة بحيث تصبح أكثر مناسبة لقدرات كل طفل على حدا، وبحيث توصل له المعلومة كأفضل ما يكون. وتتوقف قدرة المدرس على تصميم الأنشطة على العديد من العوامل والأهمية هذه العملية سنتحدث عنها بالتفصيل في جزء لاحق من هذا الفصل بإذن الله (أبو النصر، ٢٠٠٥، ص ص ١٠٣-١٠٦).

٨. صياغة الأهداف قريبة المدى (الجزئية) والأنشطة التعليمية

يجب بعد تحديد الأهداف الجزئية والأنشطة التعليمية التي ستستخدم في تعليم هذه الأهداف بعيدة المدى صياغة هذه الأهداف الجزئية والأنشطة التعليمية في صورة أهداف تعليمية مكتوبة. ويجب أن تكون هذه الأهداف التعليمية مكتوبة حتى يتمكن المدرس فيما بعد من الحكم على النشاط هل تم تنفيذه بالشكل الذي كان يريده منذ البداية أم لا؟ فتسجيل هذه الأهداف التعليمية وسيلة هامة لحفظ هذه الأهداف وتأمين لها من الضياع أو النسيان. فلن يتمكن المدرس من تذكر كل شيء بنفس الدقة. كما أن كتابة الهدف تعد ذات أهمية خاصة إذا كان المقيم ليس هو مدرس الفصل أو واضع النشاط (مشرف من الخارج).

ولقد تم الاصطلاح على عدة مكونات للهدف التعليمي لا يعد الهدف دقيقاً بشكل كبير إذا لم يشتمل عليها. وهي: أن مصدرية: أي يأتي بعدها مصدر الفعل غير مصرفاً في أي زمن.

فعل أدائي في المصدر: يجب أن يكون الفعل أدائياً وليس عقلياً. أي يمكن قياس مدى تحققه ظاهرياً في حالة استخدام صيغة الأمر منه. فمثلاً أفعال مثل: يدرك، يعرف، يفهم، يعي، يكتسب. أفعال لا يصلح استخدامها لكتابة الأهداف التعليمية فعند التدريس لا يمكن للمدرس أن يستخدم أوامر مثل إدرك، افهم، اكتسب للتدريس للطفل. وبالمثل عند إجراء عملية التقييم لا يستطيع المدرس استخدام ألفاظ مثل هل فهمت؟ هل أدركت؟ هل اكتسبت؟ لقياس مدى تحقيق الطفل للأهداف الموضوعية مسبقاً. فأداء الطفل في هذه الحالة لن يعبر عما إذا كان الطفل قد فهم فعلاً أو أدرك أو اكتسب الأهداف التعليمية. فأفعال من نوعية الأفعال السابقة (الفهم، الإدراك، الاكتساب) أفعال عقلية يؤديها العقل ومن ثم فهي غير ظاهرة الأداء كما أن نتائجها لا يمكن ملاحظتها بشكل مباشر عند أدائها ولكن يتم ملاحظتها بشكل غير مباشر عن طريق أفعال ظاهرة أخرى غير مباشرة تحدث نتيجة لتحقيق هذه الأهداف العقلية.

أي كنتيجة للفهم أو الإدراك أو الاكتساب. ولهذا فأهداف مثل هذه الأهداف العقلية بالرغم من أنها تعد الأهداف الفعلية لعملية التدريس حيث أن العقل هو المستهدف الأول من عملية التدريس إلا أنها لا يمكن أن تستخدم في صياغة الأهداف التعليمية نظراً لعدم قدرتنا على استخدامها استخداماً مباشراً في مجال التدريس.

في حين أن أفعال مثل يصنف، يرتب، يختار، يرسم، يكون أفعال ظاهرة الأداء يمكن للمدرس استخدام فعل الأمر منها كأمر للتدريس أثناء التدريس للطفل مثل اختار، رتب، ارسم. كما أن نتيجة أداء هذه الأفعال ظاهرة أثناء إجراء عملية التقييم عند استخدام صيغة الأمر منها عند توجيه الأوامر للطفل أثناء إجراء عملية التقييم. عندما نقول للطفل اختار، رتب، ارسم فإذا فعل الطفل هذه الأفعال يكون قد أنجز بالفعل الأهداف الموضوعية وأدرك وفهم واكتسب ما هو مطلوب منه. والعكس صحيح فإذا لم يؤد الأوامر الموجهة إليه يكون قد فشل في إنجاز ما هو مطلوب منه من أهداف. ومن هنا نستنتج أن استخدام أفعال المجموعة الثانية (الأدائية الظاهرة الأثر) عند صياغة الأهداف التعليمية أوقع من استخدام نوعية الأفعال الأولى (العقلية) لما

تتمتع به الفئة الثانية من الأهداف من أداء ظاهر وإمكانية للرصد المباشر عند الأداء (القذافي، ٢٠٠١، ص ٤٦-٤٧).

ظروف وأدوات النشاط المستخدم لتحقيق الهدف

وتتضمن الظروف والأدوات كل ما يمكن أن يستخدم أو يؤثر في أو يحدد شكل أداء الطفل للنشاط الموضوع من المدرس لتحقيق الهدف. فمثلاً هدف مثل "أن يركب ٥ مكعبات بطريقة رأسية".

تكون الأدوات هنا هي المكعبات الخمسة. في حين تكون الطريقة الرأسية للترتيب ظرف من ظروف نجاح الاختبار. وبذلك تشتمل الأدوات على كل ما يمكن أن يستخدمه الطفل أثناء أداء الهدف من أوراق، أقلام، مكعبات، أطواق، أزرار، ألوان، خامات من البيئة. في حين تشتمل الظروف على كل ما يتحكم أو يؤثر في طريقة أداء الطفل للنشاط. فطريقة جلوس الطفل أثناء أداء النشاط قد تؤثر بشكل كبير على أداء الطفل للهدف فقد يكون أداء الطفل للمهمة من وضع الوقوف أسهل من أداء المهمة إذا أداها الطفل جالساً كما أن بعض المهام أو الأنشطة لا يتحقق فيها الهدف إلا والطفل راقد أو مستلقٍ على أحد الجانبين. بالإضافة إلى وضع الطفل بالنسبة للأدوات أمامها أو خلفها، وضع الأدوات بالنسبة للطفل أمامه أو خلفه أو على جانبه وإلى أي مدى تبعد عنه تؤثر أيضاً في مدى تحقق الهدف ومدى تحقق التأثير والنتيجة المرغوبة منه. كما أن طريقة إمساك أو استخدام الطفل لهذه الأدوات قابضاً أو دافعاً أو ممسكاً بالسبابة والإبهام مثلاً تؤثر أيضاً بشكل كبير في تحقيق الهدف والنتيجة المرغوبة منه. كما أن طريقة وإيقاع أداء الطفل للمهام المطلوبة بسرعة أو بإيقاع بطيء قد يكون له دور كبير في تحقيق الهدف. كما أن كل ما تشتمل عليه البيئة المحيطة من ظروف أخرى يمكن أن تؤثر في أداء الطفل للنشاط من إضاءة أو ملمس للأشياء أو ترتيب للأدوات أثناء أداء النشاط أو أرضية المكان رملية أو صلبة مغطاة أم مكشوفة تؤثر بالمثل في مدى تحقق الهدف وإلى أي مدى. ليس هذا فقط فطريقة وصيغة إلقاء المدرس للأوامر على الطفل للحصول على نتيجة معينة تعد من الظروف المؤثرة في الهدف والتي قد تؤثر بشكل كبير على طريقة أداء الطفل له. فمثلاً قد يكون من الصعب على الطفل أن يوجه إليه المدرس الأمر في الصيغة التالية "ركب المكعبات دي رأسياً" في حين أن ما قد يستخدمه المدرس فعلياً في التدريس صيغة مثل "حط المكعبات دي فوق بعض" وأعتقد أن الفرق في التدريس باستخدام الصيغتين وما قد

يحدثه من أثر لدى الطفل واضح لا يحتاج منا إلى توضيح خاصة إذا ما استخدم المدرس الصيغة الثانية في التدريس، واستخدام شخص آخر الصيغة الأولى في التقييم وما قد يحدثه ذلك من ارتباك للطفل. وما قد يأتي به من نتائج عكسية على أداء المهمة المطلوبة من الطفل. ومن المهم أن نذكر أن تضمين الأدوات والظروف كما تحدث فعلياً أو كما يرغب المدرس في أن تحدث فعلياً كتابةً أثناء صياغة الهدف حتى يتحقق الهدف بشكل دقيق لما رسمه المدرس فعلياً عند صياغة الهدف منذ البداية وحتى لا نربك الطفل أثناء التقييم النهائي للهدف بظروف مخالفة لما اعتاد عليه أثناء التدريب خاصة إذا ما كان المقيم شخص آخر غير المدرس أو واضع الهدف. لذلك فقد يكون من الأوقع أن يكتب المدرس في صياغة الهدف (أن يركب ٥ مكعبات بطريقة رأسية عندما يقول له المدرس "حط المكعبات دي فوق بعض") عن أن يكتب المدرس (أن يركب ٥ مكعبات بطريقة رأسية عندما يقول له المدرس "ركب المكعبات رأسياً") أو أن يترك الهدف تماماً دون تحديد صيغة إلقاء الأمر (أن يركب ٥ مكعبات بطريقة رأسية) تاركاً صيغة توجيه السؤال للمقيم فيما بعد بما قد يخالف ما يستخدمه يومياً أثناء تدريب الطفل (الخطيب، ٢٠٠٤، ص ص ٩٨-٩٩).

الاستقلالية

تعتبر الاستقلالية عن مدى أداء الطفل للمهمة المنوط بها بدون الاعتماد على مساعدات خارجية. فعندما يؤدي الطفل المهمة كاملة بدون تقديم المحيطين به له أي نوع من أنواع المساعدة مساعدة يعد الطفل قد أدى المهمة باستقلالية كاملة. في حين يعتبر تقديم المحيطين بالطفل أي نوع من أنواع المساعدة للطفل بأي مستوى من المستويات - كما سنذكر تفصيلاً فيما بعد؛ بدنية كلية، بدنية جزئية، بدنية باللمس، لفظية - كسراً لاستقلالية الطفل الكاملة في أداء المهمة. وعلينا ذكر مستوى المساعدة المقدم للطفل كتابةً أثناء صياغة الهدف. ويصح استخدام أي مستوى من مستويات المساعدة السابق الحديث عنها لفظية، بدنية باللمس، بدنية جزئية، في حين لا يصح استخدام مستوى المساعدة البدنية الكلية حيث يعتبر المدرس هو المؤدي الفعلي للنشاط في هذه الحالة (حيث يكون المدرس متحكماً تحكماً كاملاً في أعضاء جسم الطفل، ممسكاً بكل أجزاء الجسم المشتركة في النشاط أو بمعنى آخر حاضناً لها). ومن هنا فلا يصح استخدام هذا المستوى من المساعدة (المساعدة البدنية الكلية) لأن المدرس يعتبر هو المؤدي الحقيقي للمهمة وأن الطفل لم يتعلم شيئاً حقيقياً. في حين جاز

استخدام مستويات المساعدة الأخرى (لفظية، بدنية باللمس، بدنية جزئية) بالرغم من أنه ينصح بشكل كبير باختيار الأداء باستقلالية كاملة عند اختيار المهام للطفل لرغبة المدرس في بعض الأحيان وخاصة مع درجات الإعاقة الشديدة في تجربة الطفل لخبرة معينة وعدم حرمانه من الإحساس بهذه الخبرة بالرغم من عدم قدرته على أدائها مستقلاً وحاجته لتقديم مستوى معين من مستويات المساعدة أثناء أداء هذه المهمة. هذا ويجب عدم الجروح إلى تقديم مستويات المساعدة عند صياغة الأهداف التعليمية بكثرة إلا عند التأكد بشكل كبير من صعوبة أداء الطفل للمهمة مستقلاً بشكل كبير واختيار مستوى الأداء المستقل بالرغم مما قد يستغرقه من وقت طويل عند تعليم الطفل أثناء تطبيق هذا البرنامج (الخطيب، ٢٠٠٧، ص ٤٤).

وضع معيار للنجاح

ومن الواجب أيضاً أن نضع محكاً أو معياراً للنجاح. بمعنى آخر نسبة للنجاح إذا وصل إليها الطفل خلال أدائه للهدف يكون قد حقق الهدف؛ فليس ضرورياً كما أنه ليس واقياً خاصة بعد أن تعرفنا على سمات وخصائص الطفل المعاق أن أطلبه بأداء المهمة بنسبة نجاح ١٠٠٪ وهو ما قد يعجز عنه الفرد العادي، وأيضاً إذا أخذنا في الاعتبار مراعاة الفروق الفردية بين الأسوياء فما بالننا بها بين المعاقين. لذلك يجب على المدرس وضع فرصة للخطأ إدراكاً منه لظاهرة الفروق الفردية وتحسباً لأي طارئ قد يؤثر على أداء الطفل أثناء إجراء عملية التقييم لكي لا نظلم الطفل. لذلك يجب على المدرس أن يصوغ الهدف واضحاً في اعتباره أداء الطفل للهدف بنسبة نجاح قد تقل عن الـ ١٠٠٪. ويمكنه تحديد ذلك توقعاً بناء على تقديره لمستوى الطفل وتقديره لمستوى صعوبة الهدف.

ويتكون معيار النجاح من نسبة المحاولات الصحيحة المتوقعة بالنسبة لعدد المحاولات الإجمالية.

فمثلاً عندما نقول "أن يركب الطفل ثلاثة مكعبات بطريقة رأسية بنسبة نجاح ٧٥٪ من رابع محاولة" فالمطلوب من الطفل هنا أن يركب الثلاثة مكعبات ثلاثة مرات صحيحة من إجمالي عدد المحاولات وهو ٤ محاولات وبوجود محاولة خاطئة. حيث تمثل هنا المحاولة الواحدة بالنسبة للأربعة محاولات ٢٥٪ من إجمالي عدد المحاولات. وبذلك تمثل الثلاث محاولات الصحيحة ٧٥٪ من إجمالي عدد المحاولات، كل محاولة تمثل $3 \times 25\%$ محاولات ليكون إجمالي عدد المحاولات الصحيحة ٧٥٪ في حين تمثل

المحاولة الخاطئة الباقية الـ ٢٥٪ الباقية. ومن المهم أن نذكر أنه في كل الحالات وبالرغم من وضع نسب نجاح قد تكون أقل من نسبة الإجابة الكاملة أثناء تدريس الهدف إلا أنه يجب أن نصل بأداء الطفل للنشاط إلى نسبة الإجابة الكاملة بعد انتهاء تقييم الهدف وذلك عن طريق تعميم المهارات كما سنتعلم فيما بعد.

مدى زمني لتحقيق الهدف

إنه من المهم حكم مدة التدريس بفترة زمنية محددة للتدريس وعدم ترك الوقت يتسرب دون ضابط بما يهدر وقت الطفل والمدرس في التدريس لمهارات يجب أن تستغرق وقت أقل في التدريس وتدرسيها في وقت أطول. أو في تدريس مهارات مهمة تحتاج منا إلى وقت وتدرسيها في فترات زمنية قصيرة بما يؤدي لعدم أداء الطفل لها بالمستوى المحدد (الروسان، ٢٠٠٧، ص ٨١).

٩. التنفيذ الفعلي للبرامج مع الطفل

يبدأ المدرس في هذه المرحلة التنفيذ الفعلي لما اتخذه من سياسات. وبالطبع تختلف طرق التدريس للأفراد المعاقين اختلافاً كلياً وجزئياً عن طرق التدريس المستخدمة مع الأفراد الأسوياء. مما دعانا لإفراد فصل كامل مخصص لبعض الطرق وأساليب التعامل التي يمكن أن يتبعها المدرس مع الأطفال المعاقين داخل الفصل، والتي يمكن أن تأتي بالنتائج التي يريجوها المدرس من عملية التدريس (الشخص، ٢٠٠٧، ص ١٠٤).

١٠. التقييم البيئي

تقييم التقدم أو التغيير وترسيخه Assess What's More Unite Advance Alternately
Change: ماذا يحدث إذا قطع الطفل وقتاً طويلاً من الوقت المقرر للانتهاء من تدريس الهدف دون تحقيق الطفل لإنجاز ملحوظ؟ أو فهل يستمر المدرس في عملية التدريس مصمماً على إنجازهما مهما كلفه ذلك من وقت؟ ومن ناحية أخرى ماذا يحدث إذا شعر المدرس بإنهاء الطفل لأداء الهدف بالشكل المطلوب قبل انتهاء المدة المقررة لأداء الهدف؟ فهل يستمر في التدريس مهذراً وقت الطفل بالرغم من تأكده من إجابة الطفل للهدف بالشكل المطلوب؟.

هنا نتوقف عند عملية مهمة وهي عملية التقييم البيئي. وهي عملية تختلف عن عملية التقييم المبدئي أو النهائي. فعند إجراء عملية التقييم المبدئي أو التقييم النهائي يجري المدرس عملية التقييم بنسبة معينة من التوقع لإمكانية أداء الطفل للمهارات محل التقييم أو عدم الأداء. في حين أن عملية التقييم البيئي لا تكون بهذا الوضوح حيث

يهملها أكثر المدرسين -خاصة المدرسين الجدد، أو ذوي الخبرة المحدودة في هذا المجال- فعملية التقييم البيني وإن كان مدرس التربية الخاصة ذو الخبرة يؤديها بشكل لا واع بشكل كبير من خلال الحس أو الخبرة إلا أن المدرس المستجد في مجال التربية الخاصة قد يصيبه الارتباك ولا يستطيع تقدير سبب عدم أداء الطفل وفي بعض الأحيان لا يدرك أنه عليه التوقف لتقدير الموقف وإعادة النظر مرة أخرى لتحديد مدى إمكانية الاستمرار في التدريس بنفس الأسلوب أو تغيير الطريقة المتبعة واستخدام المتاح من البدائل لتصبح طريقة التدريس أكثر ملائمة للطفل حتى يتمكن من إحراز المستوى المرجو من التقدم مع الطفل. وتتم عملية التقييم البيني بشكل رسمي من خلال استمارات تقيس مدى تقدم الطفل في أداء البرنامج بمرور الوقت أو بصورة غير رسمية من خلال تقييم المدرس لأداء الطفل للأهداف غير رسمياً أثناء تطبيق البرنامج من خلال الملاحظة المباشرة للطفل.

لكن نعود للسؤال السابق؛ ماذا يحدث إذا شعر المدرس بعدم تحقيق الطفل للتقدم المتوقع على مدار الفترة الزمنية المقررة للبرنامج؟ هنا يجب على المدرس أن يتوقف لتقدير الموقف واتخاذ الإجراءات اللازمة من إجراء تعديلات على الهدف أو تغييره إذا لزم الأمر حيث سيكون قد وقف على قدرات الطفل الفعلية، كما سيكون قد تكونت لديه حين إذ رؤية أكثر واقعية لقدرات الطفل. كما يجب عليه إجراء عملية التقييم النهائي في حالة شعوره بإنهاء الهدف بشكل مناسب.

١١. التقييم النهائي

بعد انتهاء المدرس من عملية التدريس وتأكده من إتمام عملية التدريس. يبدأ المدرس في إجراء عملية تقييم نهائية للتأكد بشكل نهائي من إتمام الطفل لاكتساب المهارات التي خطط لإكسابه إياها منذ البداية. وتتم عملية التقييم النهائية بأداء المهمة بشكل كامل عدة مرات وبالعديد من الطرق وفي مختلف الظروف (بخش، ٢٠٠٠، ص ص ٤٦-٤٧).

طريقة إنهاء العلاج النفسي

يتم الانتهاء من العلاج النفسي في البرنامج وذلك من خلال القيام بالآتي: إتاحة الفرصة للتلاميذ في بناء علاقات اجتماعية إيجابية والاستمتاع من خلال المشاركة في أنشطة البرنامج. جذب وإثارة انتباه التلاميذ للمشاركة في الأنشطة المهارية المختلفة من خلال التنوع في الأساليب والاستراتيجيات التعليمية وما تحويه من أدوات ولألعاب وتقنيات تثير الجانب الحسي لدى الطفل وابتعادها عن التجريد. استخدام التعزيز وأنواعه المختلفة

(غذائية، رمزية، لفظية أو معنوية).

المتابعة والوقاية من الانتكاسة

تتم إجراءات المتابعة والوقاية من الانتكاسة من خلال الآتي:

1. تعتبر الوقاية من الانتكاسة مكون حيوي من مكونات عملية التعلم، حيث ثبت أنها تزيد بشكل كبير من فعالية قراءة الكلمات للتلاميذ. ونرى نحن في المراكز التعليمية العلاجية باللغة العربية أن الوقاية من الانتكاسة تمثل مكون حيوي لجميع أساليب العلاج لدينا. بل ونعتقد أنها المفتاح لتحقيق الاتزان طويل الأجل.
2. يمكن تعريف الوقاية من الانتكاسة بأنها تلك الأدوات والأساليب المصممة لمساعدة التلاميذ المتعلمين حتى لا يقعوا فريسة للجهل مجدداً. ستشترك خلال فترة علاجك في طرق وأنشطة علاجية لتطوير تلك الأدوات. كما ستلتقى أيضاً بتدريب وتعليم مكثف للوقاية من الانتكاسة. وستبدأ من خلال العمل مع خبراء التعلم لدينا في إدراك حالة ضعفك وأسبابها الخفية. وسوف نعلمك طرق لتغيير سلوكك، وسنزودك بالأدوات والأساليب التي تساعدك في التغلب على المواقف العصبية التي قد تؤدي إلى الانتكاسة (عبد الرحيم، ٢٠٠٥، ص ٢٥٠).

تصميم برامج الأنشطة التعليمية للمعوقين عقلياً

مما لا شك فيه أن تصميم الأنشطة يعتبر من أهم الخطوات التعليمية. وبالرغم من أهمية خطوات فنية أخرى ظاهرة مثل التقييم، وضع البرامج، تنفيذ البرامج. إلا أن عملية تصميم الأنشطة تكتسب أهمية خاصة حيث تعتبر حلقة الوصل الأساسية أو نقطة الانتقال الحقيقية ما بين تخطيط البرامج وتنفيذها. وفي هذه المرحلة يقوم المدرس بترجمة برامج وأهدافه التعليمية التي اختارها كأهداف للتدريس يرغب في تعليم الطفل إياها إلى إجراءات واقعية وأهداف جزئية أصغر يمكن للطفل ان يؤديها وتؤدي به في النهاية إلى اكتساب المهارات التي كان يهدف إلى إكسابه إياها من البداية بما يعمل على إتمام عملية التعلم. كما تكتسب عملية تصميم الأنشطة أهمية خاصة حيث يتضح من خلالها أسلوب المدرس، ومدى كفاءته في التدريس ومدى قدرته على الابتكار والتجديد ومدى براعته في ترجمة برامج وأفكاره إلى إجراءات واقعية مترابطة متسلسلة ومتكاملة تبدأ بناء على فكر ووجهة نظر وتسير بناء على رؤية معينة وتنتهي بالنجاح في إنجاز ما وضعت من أجله من أهداف. وتزداد مهارة المدرس على اختيار وابتكار الأنشطة الأكثر ملاءمة لكل حالة بمرور الوقت ويتوافر عنصر

الخبرة وتتوقف بشكل كبير على درجة تدريب المدرس أو مصمم النشاط، بالإضافة إلى القدرات العقلية الخاصة التي قد تتوافر لديه من قدره على التحليل والتسلسل والابتكار (عبد الحميد، ٢٠١٥، ص ٩٣). لذلك ليس هناك خطوات محددة يمكن سردها يتمكن المدرس في حال اتباعها حرفياً للتمكن من ابتكار نشاط قوي وفعال يضمن إكساب الطفل للمهارة موضوع التدريس. وإنما هناك خطوات منطقيّة يمكن اتباعها تساهم بشكل كبير في ابتكار لنشاط فعال منها:

١. تكوين فكرة عامة عن قدرات الطفل

تتم هذه الخطوة بشكل عام من خلال معايشة الطفل والتعرف على إمكانياته وطبيعته وإعاقته ودرجاتها. وتشكل هذه الخطوة بالرغم من أنها غير رسمية أهمية خاصة حيث أنه يمكن أن تتحكم بشكل كبير في شكل وطريقة صياغة عناصر النشاط من البداية وحتى النهاية، من حيث درجة البساطة أو الصعوبة، محددات أداء الطفل للنشاط من حيث شكل وأسلوب أداء الطفل للنشاط، طريقة إحكام المدرس للظروف حول المهارة التي يرغب المدرس في تميمتها لدى الطفل. فمعرفة المدرس لنوع الإعاقة العقلية ودرجاتها ومصاحبة إعاقات جسمية أو حركية أو حسية (السمعية أو البصرية) ومدى درجاتها (بسيطة أو متوسطة أو شديدة) وأيضاً السمات الشخصية والنفسية والاجتماعية للطفل (هل هو منعزل بحيث يؤدي هذا النشاط أم أنه منطوٍ) وجود مشكلات سلوكية أو تدميرية (إيذاء للذات أو للآخرين) تحدد بشكل كبير مكونات النشاط المقترح من المدرس للتدخل والتعامل مع مشكلة الطفل. حيث تكون معلومات من هذا النوع لدى المدرس درجه كافية من التوقع لدى إمكانية أداء الطفل لبعض المهام أو الأفعال التي يمكن أن يتم إسنادها للطفل فيما بعد، وتوقع لشكل أداء الطفل لهذه المهام. فما هي درجة إعاقة الطفل وما هو مستوى إعاقته بسيطة أو متوسطة أم شديدة.

وبذلك هل يجب وضع ظروف أكثر صعوبة وإحكاماً حول المهارة أم أنه من الأفضل وضع ظروف أكثر بساطة ومرونة. فمثلاً هل سيتمكن من التركيز لمدة معينة (دقيقتين، ٣، ٥، ١٠) دقائق أثناء هذه المهام. هل ستؤهله قدراته الحركية من استخدام أداة معينة مطلوب استخدامها لإنجاز النشاط، فهل سيتمكن مثلاً من القبض على عصي أم أن لديه إعاقة حركية في يده؟ هل لديه القدرة على الإمساك بالأشياء المستديرة مثلاً (بلي، حصي) أو أي مواد يمكن أن تستخدم في النشاط فلا يمكن مثلاً أن أضع نشاطاً لتعليم الألوان مثل أن يفرز الطفل حبات مكرونة ملونة باللونين الأحمر والأزرق

لتعليم الألوان الأحمر والأزرق لطفل لديه إعاقة في يده ولا يتمكن من القبض بالسبابة والإبهام. ولا تساعدنا هذه الفكرة العامة في الحكم على مستوى أداء الطفل الحركي والحسي وإنما تفيدنا أيضاً في التحكم في ظروف النشاط وكيفية أدائه حيث يمكن أن تؤثر في مدى ملائمة النشاط لقدرات الطفل النفسية والاجتماعية ومدى قدرته على القيام بالنشاط في ضوء مثل هذه المحددات الاجتماعية والنفسية. فليس من المنطقي أن أضع نشاط يتم التدريس فيه لطفلين أحدهما منعزل. أو أن أحدهما يعاني من مشكلات سلوكية قد تؤذي الطفل الآخر. وبذلك هل يجب اتخاذ احتياطات خاصة أثناء أداء النشاط خوفاً من أن يؤدي الطفل نفسه أم أن الإشراف عليه أثناء الأداء يمكن أن يكون طبيعياً فيمكن تركه ليؤدي النشاط بدون رقابة صارمة. هل يجب استخدام أدوات غير مدببة أثناء أداء النشاط طبقاً لهذه المعلومات. وغير ذلك من المحددات التي تحكم في شكل وتصميم النشاط كما سنعرف فيما بعد. ويتم التعرف على قدرات الطفل من خلال معايشة الطفل والقيام بعملية ملاحظة شخصية غير رسمية لقدراته وإمكاناته وسماته الشخصية، أو من خلال تطبيق المقاييس الرسمية أو القوائم المقننة على الطفل في المجالات المختلفة والوقوف على القدرات والإمكانات الفعلية للطفل بالطرق التي تحدثنا عنها (محمد، ٢٠٠١، ص ص ٩٨-٩٩).

٢. تحديد المهارة المراد تعليمها أو تنميتها

تتشابه هذه الخطوة مع الخطوة السابقة إلا أنه في حين تتم الخطوة السابقة بشكل عام وبصورة غير رسمية ليتم التعرف على قدرات الطفل. تتم هذه الخطوة في شكل أكثر تحديداً، وفي مجال واحد، وبصورة أكثر رسمية بالطرق التي تحدثنا عنها لاختيار البرامج للوقوف على المهارة المحددة التي سوف يتعامل معها المدرس. وقد تكون المهارة التي اختارها المدرس من المهارات التي لا يؤديها الطفل إطلاقاً ويرغب المدرس في إكساب الطفل إياها. أو من المهارات التي يؤديها الطفل ولكن بشكل قاصر ويرغب المدرس في تنمية أوجه القصور في أداء هذه المهارة للوصول بها إلى درجة الإتقان الكامل. ويجب أن يراعي المدرس اختيار المهارة بمراعاة الخلفية العامة التي كونها عن قدرات الطفل والسابق الحديث عنها في الفقرة السابقة لكي يتمكن من اختيار المهارة أو درجة المهارة الأكثر ملاءمة لقدرات الطفل.

٣. تحديد إجراءات مرتبطة بالمهارة "تستخدم فيها المهارة"

يتم في هذه المرحلة تحديد شكل الصيغة الفعلية (الأفعال) أو طريقة الأداء لما سيقوم

الطفل بفعله أثناء النشاط. فمثلاً أن يُركب، أن يمشي، أن يفرز، أن يرسم، أن يملأ، أن يعبئ، أن يضيفن ... وغيرها من الأفعال التي يمكن أن يؤديها الطفل أثناء توقيت النشاط. ويتم اختيار الأفعال التي يمكن أن يؤديها الطفل بحيث يختار المدرس أفعالاً ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالمهارة (عقلية، إدراكية، حسية، حركية) التي يريد إكسابها للطفل. أي أن يختار المدرس أفعالاً يستخدم الطفل عند أدائها المهارة - المطلوب أن يعلمها له المدرس- بشكل مكثف. وغالباً ما يقترن الفعل بالظروف الأداء التي تلائم المهارة.

فنجدهم مثلاً:

- أن تنمية المهارات العقلية (التذكر، التصنيف، التسلسل...) لا يمكن أن يتم تتميتها بشكل مباشر ولكن يمكن أن يتم من خلال أفعال يمكن أن يؤديها الطفل مثل التسمية، الرسم، الفرز، الترتيب، وهكذا.
- أن مهارة مثل مهارة السمع: لا يمكن تتميتها إلا باستخدام مكثف لهذه الحاسة وعلى درجات وأداء الطفل لفعل آخر عند سماع الصوت ليتأكد المدرس من سماع الطفل للصوت فعلاً.
- أن مهارة مثل مهارة الاتزان: لا يمكن أن يتم تتميتها بدون الأداء باعتدال وضع الرأس، النظر، الأرجل، ضبط أوضاع الجسم. المشي باعتدال (على شيء عريض مبدئياً، ثم شيء أقل سمكاً، وهكذا).
- أن مهارة مثل مهارة التركيز: لا يمكن تتميتها إلا باستمرار الأداء العملي (أي عمل تركيب، رسم، تلوين، لضم) بمرور الوقت.
- نشاط لتتمية الذاكرة: لا يتم إنجازه بشكل مناسب إلا بإعادة أداء الأفعال (إعادة رسم، إكمال، اكتشاف، تسمية، وغيرها من الأفعال) وعلى فترات زمنية متباعدة.

وتتحدد صيغة الفعل (شكل الأداء الفعلي) بشكل كبير على نوع المهارة. فهناك مهارات يمكن تحقيقها بصورة مباشرة عن طريق أداء الطفل المباشر لها. في حين توجد أهداف قد لا تتمكن من تدريسها بالشكل المباشر أو بنفس الصيغة الفعلية التي وردت في الهدف العام أو البرنامج.

في بعض الحالات يمكننا أن نستخدم الفعل الوارد في صياغة الهدف مباشرة مثل الهدف التالي: أن يعدّ الطفل من ٣:١ يصعب استخدام أي صيغة فعلية غير (العد) بشكله المعروف لتحقيق الهدف النهائي وهو أن يعد من ٣:١. أن يمشي الطفل ٤ خطوات بمساعدة بدنية جزئية. لا يمكن تدريس المشي من خلال أفعال أخرى غير المشي. في حين يجب على المدرس في حالات أخرى أن يستخدم أفعال تخالف الفعل

المستخدم في صياغة الهدف خاصة عند ارتباط الهدف بمهارة عقلية حيث تتجه الأمور إلى عدم قدرة المدرس على ملاحظة الأداء العقلي لهذه المهارات وإنما يتمكن المدرس فقط من ملاحظة نتائج تطور هذه المهارات العقلية (مصطفى، ٢٠١٢، ص ٥٥-٥٦).

الهدف العام: زيادة مدة التركيز الطفل إلى ٥ دقائق

النشاط: ولإنجاز برامج من هذا النوع يتم صياغة أنشطة بأفعال مخالفة للفعل المستخدم. فلا يمكن أن استخدم الصيغة الفعلية (ركز) كصيغة للأمر أثناء التدريس للطفل في حين يمكن الوصول لهذه الصيغة الفعلية من خلال أداء أفعال أخرى. فمثلاً أن يملأ زجاجة ذات فتحة ضيقة بالحبوب، وبزيادة فترة استغراق الطفل في الأداء المتواصل لعملية الملء حتى تصل إلى الزمن المطلوب يكون المدرس قد توصل إلى النتيجة المطلوبة. أو مثلاً لضم مجموعة من الخرز في خيط بدون توقف لمدة محددة. وبذلك يأتي على المدرس وقت يستخدم فيه صيغ فعلية أو مجموعة من الصيغ الفعلية المتسلسلة التي قد تخالف الفعل المستخدم في الهدف العام حيث لا يمكن تدريسه بشكله المباشر ولكن تستخدم أفعال أخرى تؤدي بتحقيقها في النهاية إلى أدائه نتيجة لعدم التمكن من تدريسه بشكل مباشر (مصطفى، ٢٠١٢، ص ٥٥-٥٦).

برنامج خطة التعليم الفردية للمتأخرين عقلياً

لماذا برنامج خطة التعليم الفردية للمتأخرين عقلياً؟

ركزنا فيما تقدم كثيراً على اختلاف طبيعة وخصائص الأفراد المعاقين ذهنياً عن الأفراد الأسوياء. وعرفنا أيضاً أنه بالتالي تختلف طريقة تدخلنا لحل مشكلاتهم والتعامل مع سماتهم الشخصية هذه. وعرفنا أيضاً أن محتويات المناهج التعليمية لهم تختلف عن محتويات المناهج التعليمية للأسوياء. وتوصلنا إلى إدراك أنه يمكن لنا اعتبار كل فرد حالة منفردة قائمة بذاتها نظراً لتباين درجة وطبيعة الإعاقة لدى كل فرد واقتربنا في كثير من الأحيان بمظاهر سلبية؛ قصور في الانتباه، تشتت، ضعف في القدرة على التركيز، إعاقات حركية أو حسية، مشكلات نفسية وسلوكية.

لذلك نجد أنه في حين يصلح تعليم الأفراد الأسوياء طبقاً لمنهج واحد حيث تدرس وزارة التعليم احتياجات أطفال المجتمع وتعمل على وضع منهج موحد لهم حيث يشتركون في كثير من السمات والخصائص والمتطلبات. نجد أنه لا يمكن لنا أن نطبق مثل هذا الأسلوب بمثل هذه البساطة عند رغبتنا في التعامل مع الأفراد المعاقين ذهنياً وضع

برامج للتدخل أو مناهج لهم حيث أن التباين في السمات والخصائص والاحتياجات يجعل من كل فرد من المعاقين ذهنياً حالة منفردة بذاتها -كما ذكرنا- لها سماتها الشخصية وخصائصها ومتطلباتها وإمكانياتها (العقلية، الحركية، الحسية) واحتياجاتها (النفسية، الاجتماعية) مما يفرض علينا التعامل معها على اعتبار أنها حالة منفردة بذاتها ومما يفرض علينا أيضاً وضع برنامج أو منهج خاص بكل حالة نتعامل معها ليراعي النقاط السابق الحديث عنها لدى كل حالة على حدا.

قد ننجح في بعض الأحيان في التمكن من تدريس منهج واحد لمجموعة من المعاقين؛ إلا أن هذا قد يلقي بالمزيد من الأعباء على المدرس كما أنه قد يؤثر على مستوى التحصيل بالنسبة لمجموع التلاميذ داخل الفصل بسبب ما قد تضعه المتطلبات الفردية لكل طفل من أعباء على المدرس أثناء التدريس حيث يجد نفسه مطالباً ببذل المزيد من الجهد لكل حالة على حدا في بعض الأحيان أثناء التدريس لمجموع التلاميذ. وقد نجح في التمكن من التدريس بهذا الأسلوب لمجموعة من التلاميذ في حالات الإعاقة الذهنية البسيطة التي يرتفع فيها مستوى الذكاء العام ليقرب من المتوسط ولا تصاحبها إعاقات حركية أو حسية شديدة أو مشكلات سلوكية مزمنة. أما بالنسبة لحالات الإعاقة الذهنية المتوسطة أو الشديدة أو حالات الإعاقة الذهنية التي يصاحبها إعاقات حركية أو حسية أو مشكلات سلوكية فيفضل التعامل معها كما ذكرنا بشكل آخر. ووضع برامج تدخل خاصة لكل حالة تهدف في المقام الأول إلى التعامل مع هذه الحالة ككيان منفرد أو كحالة منفردة بذاتها لها نوعية برامج خاصة بها؛ تناسبها وتتوافق معها وقت التدريس أكثر من غيرها من الحالات. ويتكون منهج التدريس بالنسبة للأطفال المعاقين ذهنياً من خلال اختيار برامج التدريس في مجالات التدريس السابق ذكرها في بداية الفصل من مهارات حياة يومية أساسية (رعاية الذات، الأنشطة المنزلية)، مهارات حياة يومية متقدمة، مواد إدراكية، أكاديمية، برامج حركية، حسية، تخاطب، تهيئة مهنية، وغيرها من مجالات التدريس المقترحة. ووضعها في صورة خطة للتدريس تسمى "خطة التعليم الفردية" وتشمل كل المجالات السابق ذكرها وتعتبر المنهج التعليمي الذي يجب أن نسير طبقاً له في الفترة الزمنية المحددة لها (مصطفى، ٢٠١٢، ص ١١١- ١١٢).

كيف تتم كتابة برنامج خطة التعليم الفردية؟

لكي نتمكن من وضع خطة تعليم فردية يجب أن نجري أولاً مجموعة من التقييمات

الشاملة في كل مجال من المجالات التدريس السابق ذكرها والوقوف على مستوى الطفل الحالي في كل مجال من هذه المجالات واختيار البرامج أو موضوعات التدريس أو المهارات التي لا يجيدها الطفل. طبقا لمراحل التدخل السابق ذكرها. ثم يتم تفريغ البرامج أو موضوعات التدريس في استمارة خاصة بالطفل عن الفترة الزمنية المحددة التي اخترت البرامج لتناسبها وتسجل في صورة مجمعة في هذه الاستمارة لتصبح خطة تعليم فردية للطفل الذي تم اختيار البرامج من أجله عن الفترة التي تم وضعها لها.

من الذي يضع خطة التعليم الفردية؟

يشترك في وضع خطة التعليم الفردية كل المتخصصين ممن لهم علاقة مباشرة بالطفل. فيشارك في وضع الخطة التعليمية للطفل مدرس الطفل، الأخصائي النفسي، الأخصائي الاجتماعي، أخصائي التخاطب، أخصائي العلاج الطبيعي، الطبيب هذا بالإضافة إلى الأب والأم وإي عدد من الاستشاريين في التخصصات السابقة ممن يتصلون اتصال مباشر بعملية تعليم الطفل المعاق ذهنياً (الفضلي، ٢٠٠٥، ص ٨٧).

مِم تتكون خطة التعليم الفردية؟

تتكون استمارة خطة التعليم الفردية من:

١. بيانات أولية عن الطفل: اسم الطفل، فصله، تاريخ ميلاده أو السن، المدة الزمنية للخطة، تاريخ وضع الخطة، اسم واضع الخطة. وغيرها من البيانات التي قد يجد واضع الخطة أنها مهمة.

٢. سبب كتابة الخطة أو الهدف الرئيسي منها: فمثلاً إعداد خطة دراسية تعليمية عامة سنوية أو نصف سنوية أو ربع سنوية، إكساب الطفل بعض المهارات: الرعاية الذاتية، التجول والخروج من المنزل، الإعداد لبطولة رياضية، الإعداد للحياة المهنية، وغيرها من الأهداف التي قد تتطلب مني إعداد خطة خاصة في الفترة الزمنية المحددة وللهدف المحدد. ففي حالة وضع خطة لإعداد الطفل لفترة التأهيل المهني يتم إعداد خطة زمنية انتقالية قصيرة المدى لإعداد الطفل لهذا الغرض إدراكياً فيما يتعلق بالمفاهيم الخاصة بالمهنة، حركياً وحسياً فيما يتعلق بالمهارات الحركية والحسية المطلوبة لهذه المهنة، نفسياً واجتماعياً لتقبل الحياة الجديدة. وبالمثل عند وضع خطة لإعداد الطفل لبطولة رياضية يكون التركيز في بنود الخطة على البرامج الحركية والحسية والإدراكية الخاصة بنوع البطولة التي يتم إعداد الطفل لها.

٣. مدى زمني: كما يمكن إرفاق تقرير بالخطة بعد كتابة الخطة أثناء أي فترة من

فتراتهما يوضح أي تطورات قد تطرأ على بنود الخطة أو على قدرات أو ظروف الطفل (مثلاً مرض معين أو حادثة معينة) قد تؤثر في طريقة تنفيذ الخطة أو طريقة أداء الطفل بحيث تجعل من الضروري إدخال بعض التعديلات عليها أو مراعاة الظروف الجديدة التي طرأت على الطفل أثناء تنفيذ الأنشطة.

٤. البرامج المقترحة للتدريس "الأهداف بعيدة المدى": هي المهارات التي لا يجيدها الطفل في المقاييس والقوائم التي استخدمها المدرس في كل مجال من مجالات التدريس السابقة والتي تلي مباشرة البنود التي يجيدها الطفل في هذه المقاييس أو القوائم. وفي هذه المرحلة يختار المدرس بند أو بندين أو أكثر لكل مجال من مجالات التدريس التي تم التقييم فيها ليضمنها خطته بالنسبة للطفل ويتوقف عدد البرامج التي يختارها المدرس في كل مجال على مستوى الطفل ومدى ما يتوقع المدرس من الطفل أن ينجزه في الفترة الزمنية الموضوعة للخطة (المدى الزمني الموضوع للخطة). فلا يجب أن أضع لطفل أعرف أن مستواه في الأداء الحسي ضعيف ٥ أو ٦ برامج عالية المستوى بشكل كبير فنجد في نهاية الفترة المحددة للخطة أن الطفل لم يستطع إنجاز حتى برنامج واحد من البرامج الموضوعة له بشكل تام، والعكس صحيح فلا يجب أن أضع لطفل أعرف أن مستوى أدائه عالٍ برنامج أو برنامجين في فترة زمنية طويلة فقط في حين أكون على علم تام بأن مستواه عالٍ وأنه قادر على إنجاز ضعف أو أضعاف كم هذه البرامج في نفس الفترة.

بالمثل لا يجب أن أقدس خطة مدتها الزمنية محدودة ببرامج زائدة لا يستطيع الطفل إنجازها في هذا المدى الزمني المحدود والعكس أيضاً فلا يجب أن أضع كم محدود من البرامج في خطة مدتها الزمنية قصيرة بحيث أبدأ بعد انتهاء هذه البرامج المحدودة في زمن قصير من عمر الخطة في البحث عن برامج إضافية أبدأ في تدريسها أثناء الوقت المتبقي من زمن الخطة (السليمانى، ٢٠٠٣، ص ٣٤).

٥. الأنشطة المستخدمة والأهداف الجزئية "الأهداف قريبة المدى": في بعض الأحيان عندما يكون المدى الزمني للخطة طويل بحيث تكون الأهداف الموضوعة في الخطة إجمالية بشكل كبير أو بعيدة المدى بشكل كبير. يرغب المدرس في كتابة الأهداف الجزئية والأنشطة المؤدية لهذه الأهداف بعيدة المدى. وفي بعض الأحيان محكات النجاح ودرجته لهذه الأهداف.

٦. ملاحظات: حيث يتم إدراج خانة للملاحظات يدون بها ملاحظات على الهدف أو

سبب وضع المدرس له بهذا الشكل، طريقة يرغب المدرس في أداء الطفل للهدف طبقاً لها، نقاط يحب المدرس أن يلتفت لها أثناء التنفيذ.

٧. الأنشطة والخدمات الإضافية التي تقدم للطفل خارج الفصل ومدتها: وتشمل الأنشطة الخاصة بالتخاطب أو العلاج الطبيعي أو غرف المصادر أو الرعاية الطبية أو الاجتماعية أو النفسية في حالة تقديم كل خدمة من هذه الخدمات بشكل منفرد للطفل بمعزل عن باقي أطفال الفصل. كما تكتب أيضاً مدة تقديم هذه الخدمات للطفل (مثلاً: تخاطب ٣٠ دقيقة ٣ مرات أسبوعياً أو علاج طبيعي ساعة ٣ مرات أسبوعياً).

٨. المسؤول عن تنفيذ الخطة وكل نشاط من هذه الأنشطة: اسم مسؤول التخاطب، العلاج الطبيعي، مسؤول الرعاية الطبية، وغيرهم ممن يشتركون في تقديم الخدمات الإضافية للطفل.

٩. تقارير مرفقة: يتم في بعض الحالات إرفاق تقرير بالخطة يوضح بيانات أو معلومات معينة عن الطفل يري المدرس أو واضع الخطة أن إغفالها قد يؤثر في عدم وضوح الصورة العامة لقدرات الطفل أو سماته بالشكل الكافي لمن يقرأ الخطة فيما بعد (إعاقات أخرى مصاحبة حركية أو حسية قد تؤثر في أداء الطفل بوجه عام، مخاوف مرضية من شيء معين، نوع أو درجة إضاءة معينة أو نوع أو درجة صوت معينة، عادات سلوكية أو اجتماعية، وغيرها). فمن المفترض في الخطة أن تجعل من يقرأها على علم بدرجة كبيرة بقدرات الطفل وما يجيده وما لا يجيده وسماته وقدراته وخصائصه، وبالتالي ما هو مفترض أن نعلمه له وكيف يمكن أن نعلمه له بأمثل طريقة. إلا أن البنود المكتوبة في بعض الأحيان قد لا توضح هذه الأمور بالشكل الأمثل ومن ثم يرغب المدرس أو واضع الخطة في توضيح وإبراز هذه السمات بشكل أكبر وأكثر إيضاحاً حتى تظهر فلسفته في وضع واختيار البرامج (محمود، ٢٠٠٥، ص ٩٨).

المراجع

- البحيري، عبد الرقيب أحمد (٢٠٠٣). برامج التدخل العلاجي للمتخلفين عقلياً في ضوء نموذج الدعم، المؤتمر السنوي التاسع عشر لعلم النفس في مصر والمؤتمر العربي الحادي عشر لعلم النفس، برنامج المؤتمر وملخصات الأبحاث، الجمعية المصرية للدراسات النفسية.
- أبو النصر، مدحت محمد (٢٠٠٥). الإعاقة العقلية (المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية). القاهرة: مجموعة النيل العربية.
- أحمد، وليد السيد (٢٠٠٦). الكمبيوتر والتخلف العقلي في ضوء تجهيز المعلومات، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- بخش، أميرة طه (٢٠٠٠). المبادئ والأسس التربوية للطفل المتخلف عقلياً، دار البلاد.
- بنو خالد، حمزة عايد (٢٠١٦). اضطرابات النوم لدى الطلبة ذوي الإعاقة العقلية، مجلة المعهد الدولي للدراسات والبحث - بريطانيا، مج ٢، ع ٢، ٥١ - ٦٧.
- حمزة، جمال مختار (٢٠٠٥). الاستجابات الوالدية للابن المعاق عقلياً من فئة التخلف العقلي البسيط، العلوم التربوية - مصر، مج ١٣، ع ٢، ١٠٧ - ١٢٨.
- الخطيب، جمال محمد (٢٠٠٧). مقدمة في تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة الخاصة، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- الخطيب، جمال محمد (٢٠٠٤). تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في المدارس العادية. عمان: دار وائل للطباعة والنشر، الطبعة الأولى.
- الدوخي، فوزي عبد اللطيف (٢٠٠٨). فاعلية استخدام المعلمين لبطارية ذاكرة المعاني والتلقائية في التعرف المبدئي على التلاميذ ذوي التخلف العقلي البسيط، مجلة كلية التربية - عين شمس - مصر، ع ٣٢، ج ٣، ٦٧٧ - ٧٢٢.
- الدليمي، إسماعيل طه (٢٠٠٢). الاضطرابات السلوكية المضادة للمجتمع: السيكوباتية، التخلف العقلي، انحراف الأحداث، مجلة كلية الآداب جامعة بغداد - العراق، ع ٥٩، ٣٤٣ - ٣٧٩.
- الروسان، فاروق (٢٠٠٧). سيكولوجية الأطفال غير العاديين - مقدمه في التربية الخاصة، عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون. ط٧.
- سعيد، عوض بن محب (٢٠١٠). المؤشرات التشخيصية للذاكرة قصيرة المدى - دراسة مقارنة بين أطفال التوحد والتخلف العقلي بمعهد التربية الفكرية بمحافظة جدة، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- سعدى، فتيحة (٢٠١٧). إساءة معاملة الأولياء للأطفال ذوي الإعاقة العقلية، أشغال الملتقى العلمي، دراسات حول الإعتداء الجنسي على الطفل، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية - الجزائر، ٢٨٠ - ٣٠٠.
- سليمان، عبد الرحمن سيد (٢٠١٤). معجم مصطلحات الإعاقة العقلية، دار الجوهرة للنشر والتوزيع، جمهورية مصر العربية.
- سليمان، عبد الرحمن سيد (٢٠٠٧). معجم مصطلحات الاضطرابات السلوكية والإنفعالية، القاهرة: مكتبة زاهر الشرق.
- السليمان، لبنى بنت خالد (٢٠٠٣). تقييم فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى تلميذات من ذوي التأخر العقلي، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة الخليج العربي، البحرين.
- سجيني، هيلدا إسماعيل (٢٠٠٢). تقييم فاعلية برنامج اللعب الموجة في تنمية بعض المفاهيم الرياضية لدى الأطفال من ذوي التخلف العقلي، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة الخليج العربي، البحرين.
- سليمان، صبحي محمد (٢٠٠٨). تربية الطفل المعاق. القاهرة: دار الفاروق للاستشارات الثقافية.
- الشخص، عبد العزيز السيد (٢٠٠٧). الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وأساليب رعايتهم، القاهرة: مكتبة الطبرى.
- الصفو، نوفل على (٢٠٠٥). التخلف العقلي وأثره في المسؤولية الجنائية: دراسة مقارنة، مجلة الرافدين للحقوق، كلية الحقوق - جامعة الموصل - العراق، ع ٢٦، ٢٤٧ - ٣١٤.
- عبد الرحيم، محمد محمد (٢٠٠٥). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية بعض مهارات حماية الذات لدى ذوي التخلف العقلي البسيط، مجلة كلية التربية (جامعة بنها) - مصر، مج ١٥، ع ٦٣، ٢٣٠ - ٢٦٢.
- عبد الحميد، محمد إبراهيم (٢٠١٥). برنامج تربوي لتنمية بعض المهارات اللغوية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً فئة التخلف العقلي البسيط، مجلة كلية التربية ببورسعيد - مصر، ع ١٧، ٨٨ - ١٢٨.
- عبد الحميد، غادة أنور (٢٠٠٥). دراسة لبعض المشكلات النفسية للأطفال متعددي الإعاقة ودور الأخصائي الاجتماعي في التعامل معها، رسالة ماجستير، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، معهد الدراسات العليا

- للطفولة، جامعة عين شمس.
عبد الرؤوف، طارق محمد (٢٠٠٨). رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة (المعاقين ذهنياً). القاهرة: الدار العالمية للنشر والتوزيع.
- عريبات، أحمد عبد الحلیم (٢٠١١). إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرهم، قسم الإرشاد والتربية الخاصة، جامعة مؤتة، ص ١٠٢-١٠٤.
- عمران، منى أحمد (٢٠٠٨). أثر الاتصال الشخصي في تنمية الوعي بمفاهيم الحماية من الإساءة الجنسية للأطفال ذوي التخلف العقلي البسيط، دراسات الطفولة - مصر، مج ١١، ع ٣٩، ١-٣٩.
- العجمي، حمد بلية (٢٠٠٢). ذاكرة المعاني والذاكرة التلقائية وعلاقتها بمستويات الذكاء: (دراسة مقارنة بين العاديين وفئتي التخلف العقلي البسيط)، مجلة القراءة والمعرفة - مصر، ع ١٩، ٨٦-١٠١.
- الفضلي، خلف محمد (٢٠٠٥). فاعلية برنامج تعليمي علاجي في تنمية مهارات قراءة الكلمات لدى التلاميذ ذوي التخلف العقلي البسيط في دولة الكويت، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة الخليج العربي، البحرين.
- القريطي، عبد المطلب أمين (٢٠٠١). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. القاهرة: دار الفكر العربي.
- القذافي، رمضان محمد (٢٠٠١). رعاية المتخلفين ذهنياً، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٣). تعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقلياً باستخدام جداول النشاط المصور. القاهرة: دار الإرشاد.
- محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٨). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم ط ١. عمان: دار الفكر العربي ناشرون وموزعون.
- محمد، عادل عبد الله (٢٠١١). مدخل إلى التربية الخاصة. الرياض: دار الزهراء.
- محمود، حمدي شاكر (٢٠٠٥). التربية الخاصة للمعلمين والمعلمات حائل: دار الأندلس للنشر والتوزيع.
- مصطفى، ولاء ربيع (٢٠١٢). المعاقون عقلياً القابلين للتدريب. الرياض: الزهراء.
- مصطفى، ولاء ربيع (٢٠١٢). المعاقون فكرياً القابلين للتعليم. الرياض: الزهراء.
- الوالبلي، عبد الله بن محمد (٢٠٠٣). منحنى القياس ذو الأبعاد المتعددة في مجال تشخيص وتصنيف ودعم ذوي التخلف العقلي: دراسة وصفية تحليلية، رسالة الخليج العربي - السعودية، ص ٢٣، ع ١٦، ٥٣-٨٤.
- يوسف، ألفت محمود (٢٠٠٠). مستويات مشاركة الأمهات في البرامج التدريبية لأطفال المعاقين عقلياً والترات التي تحدث لديهن ولدى أطفالهن، رسالة ماجستير، جامعة عين شمس، معهد الدراسات العليا للطفولة.
- Baumeister, R. (2002). Effects of social exclusion on cognitive processes: Anticipated aloneness reduces intelligent thought. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1252-1265.
- Brady, K. (2005). *Social workers' experiences with clients having a dual diagnosis of mental retardation and mental illness*, Doctoral Dissertation, Northcentral University.
- Eadens, D. (2008). *Police officers' perceptions regarding persons with mental retardation*, Doctoral Dissertation, University of South Florida.
- Ene, A. (2009). *Understanding the influence of personal and organizational values on turnover intentions of direct care employees in mental health and mental retardation facilities: The case of Denton State School*, Doctoral Dissertation, The University of Texas at Dallas.
- Garwick, G. (2006). *Intelligence-related terms in mental retardation, learning disability, and gifted/talented professional usage, 1983-2001: The 1992 mental retardation redefinition as natural experiment*, Doctoral Dissertation, University of Minnesota.
- Kairys, S., & Johnson, C. (2002). The psychological maltreatment of children Technical report. *Pediatrics*, 109, e68.
- Lanza, M. (2007). *Mental health treatment for individuals with Mental Retardation and/or Developmental Disabilities: An exploratory qualitative study*, Doctoral Dissertation, The University of Toledo.
- Luckasson, R., Cculter, D. L., Polloway, E. A., Reiss, S., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M., & Stark, J. A. (1992). *Mental retardation* (4th ed). New York: Macmillan co.
- Peacock, M. (2005). *Mental illness as a mediator of competent behavior in persons with mental retardation*, Doctoral Dissertation, Drexel University.
- Rabah M. (2016). Christ-Siemens-Touraine syndrome with cleft palate, absent nipples, gallstones and mild mental retardation in an Egyptian child. *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*, 4, 389-395.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., ..., Yeager, M. H. (2010). *Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports* (11th

- ed.). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Thambirajah, M. S., & Ramanujam, L. L. (2017). *Essentials of learning disabilities and other developmental disorders*. New Delhi: Sage publications India, Pvt. Ltd.
- Wade, E. (2005). *Dementia and psychopathology among individuals with mental retardation*, Doctoral Dissertation, Marquette University
- Wright, J. (2010). *The impact of mental health issues on students with mental retardation: The relationship of teacher report of symptoms, adaptive functioning, and school outcomes for adolescents with mild mental retardation*, Doctoral Dissertation, University of Kentucky.

يهدف المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية إلى صناعة برامج وطنية تسهم في تعزيز الصحة النفسية وتهيئة حياة أفضل لأفراد المجتمع وتعزيز المشاركة الإيجابية وذلك من خلال:

- توجيه المجتمع لدعم قضايا الصحة النفسية.
- تمكين الفئات المستهدفة وتطوير مهاراتها.
- تقديم برامج التوعية والتثقيف والإسهام في تحسين جودة الخدمات المقدمة.

لذا سعى المركز للمساهمة في إثراء المكتبة العربية بالإصدارات المتخصصة في مختلف مجالات الصحة النفسية وبالتعاون مع عدد من المختصين. آملين أن يسهم ذلك في تحقيق رؤية المركز وأهدافه.

هاتف: ٨٦٥ . . ٨٨٠ (١١)
مركز الاتصال: ٩٢٠٠٣٣٣٦
البريد الإلكتروني: Info@ncmh.org.sa
الموقع الإلكتروني: www.ncmh.org.sa
فاكس: ٨٦٤ . . ٨٨٠ (١١)
صندوق البريد: ٩٥٤٥٩ الرياض ١١٥٢٥

