**العلاجات السلوكية المعرفية عند الطفل والمراهق**

**الإطار النظري والقواعد العامة**

بدأ المعالجون يهتمون بعلم النفس المرضي للطفل عندما أظهرت البحوث في علم النفس التجريبي وبطريقة علمية أن بعض الاستجابات الانفعالية المرضية وبعض السلوكات المرضية يمكن تفسيرها عن طريق نظريات التعلم. فالطفل يتعلم عن طريق الملاحظة والتقليد والخبرة ومجموعة من التصرفات خصوصا التجنب منها لحماية نفسه من مواجهة الظروف المؤلمة وبالإضافة الى هذا ساهم علوم النفس النمو في تفسير وفهم بعض السلوكات.

انتقدت العلاجات السلوكية المعرفية لأنها لا تهتم إلا بالجنب **السطحي** للاضطراب النفسي للطفل. وكان رد المعالجون السلوكيون أنه لا يمكن تعديل سلوك ملاحظ بدون فهم ودراسة الفكار والانفعالات التي هي جزء من هذا السلوك. ويتعلق المر بفهم صعوبات الطفل عن طريق نموذج نفسي وليس النموذج الطبي (علاج المرض يقضي على الحمى) حيث لا يمكن مقارنه الحمى بالقلق. لعلاج القلق يجب دراسة افكار وسلوكات التجنب والانفعالات ومجموع القدرات والظروف التي تساعده او تمنعه من تجاوز هذا الاضطراب. وتعتبر هذه عوامل تثبيت الاضطراب التي ستصبح اهدافا علاجية.

من جهة أخرى يرى السلوكيون أنه من الخطر فهم المرض النفسي عند الطفل إنطلاقا من الراشد. فمثلا يذهب النموذج المعرفي السلوكي في تفسير القلق الى البحث عن عوامل تثبيت هذا القلق ويقترح انه يوجد مصدره في الفكار التي لازالت تتاثر بالانفعالات. فنمو النفسي للطفل لا يسمح له بتحليل الواقع بصفة صحيحة.

وتلعب الوقاية من الاضطرابات في سن الرشد دورا هاما في المقاربات السلوكية. نعلم أن أنواع التعلق المبكر في قلق الانفصال ينبؤ لإصابة بنوبات الهلع عند الراشد، والقلق اللاجتماعي مرتبط بشدة بتقدير الذات.

وترتكز هذه العلاجات على الفرضيات التالية:

- تتاثر غالبية الصعوبات النفسية بفشل في التعلم وتتطور الى اضطرابا في الظروف التي تساعده على ظهوره، فتظهر على مستوى الجسد او السلوك أو التفكير أو الانفعال.

- يستمر وجود السلوك المضطرب في وجود العوامل التي تعمل على بقائه والاحتفاظ به.

- يمكن تعلم سلوكات فعالة تحذف القلق وتعدل الفكار وتدير الانفعالات.

**التحليل الوظيفي ( تقييم السلوكات المراد تعديلها)**

تنبه العلماء الى عدة عوامل مشتركة تسبب الاضطرابات النفسية عند الطفل وهي الوراثة ونوعية روابط التعلق التي طورها مع والديه ومحيطه ومزاجه وطريقته في تفسير الضغط الذي يتعرض له يوميا.

قبل القيام باي تدخل علاجي يجب تقييم السلوك المشكل لتحديد العوامل المسببة له. ويتم ذلك بالتعاون مع الطفل ووالديه ويأخذ بعين الاعتبار تاريخه وظروف ظهوره وهذا ما يسمى بالتحليل النوعي.

يطلب من الطفل والمراهق وصف مشكلاته وللوالدين دور كبير في تحفيزه على طلب العلاج. يستعمل المعالج المقابلة الموجهة ويشرح للطفل ووالديه هدف المقابلات بالتعريف الموضوعي للسلوك وطرق حمع المعطيات. ويعتمد تعديل سلوك الطفل على تغيير عاداته واتجاهاته ونوعية حياته.

يوجد مستويات مختلفة تعمل على تثبيت السلوك مشكل يجب دراستها قبل اي تدخل وهي ملخة كالتالي:

العوامل الرئيسية التي تثبت الاضطراب عند الطفل

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| المستوى | عوامل التثبيت | الاضطراب |
| الجسدي | - تنفس قلق-- تفسير خاطىء للاحساسات الجسمية- ضغط جسدي- أرق | - قلق عام- نوبات الهلع- رهاب- وسواس قهري- تبول لاغرادي |
| الانفعالي | - إحساس بالعجز- غياب الشعور باللذة-الخوف من الخوف- الكف عن التعبير الانفعالي | - اكتئاب- رهاب اجتماعي- وسواس قهري- تقدير الذات ضعيف |
| السلوكي | - التجنب- الهروب- الهياج | - إدمان على المخدرات- رهاب- سلوكات مدمنة- رهاب اجتماعي- تبول لاإرادي |
| المعرفي | - أفكار خاطئة حول الذات واللاخرين- هياج فكري-عدم الانتباه | - تقدير الذات ضعيف- فرط الحركة- اكتئاب |
| علائقي | - خجل كبير- ضعف تقدير الذات | - رهاب اجتماعي- رهاب مدرسي- اكتئاب- سلوكات مدمنة |
| عائلي | - مشاكل بين الزوجين- منافسة بين الإخوة | - اكتئاب- قلق عام- تبول لاإرادي |

التحليل الوظيفي هو الطريقة الاكلنيكية التي تدرس السلوكات المضطربة بهدف عزل الفرضيات العلاجية التي ستستعمل فيما بعد. وهو يصف بدقة الاضطرابات من ناحية: تكرارها ومدتها وشدتها وتنوعها وطرق تحركها.

ويعتمد المعالج على مصادر مختلفة لجمع معلوماته بداية من الطفل نفسه وملاحظات المعالج للطفل واستعمال سلالم التقييم.

العقد العلاجي

يحدد العقد العلاجي هدف العلاج وآليات تطبيق التقنيات العلاجية والبحث عن المعنى وراء العرض المضطرب. وفي الجدول لآتي تلخيص للمراحل المتبعة قبل التدخل العلاجي:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | المقابلة التشخيصية في مقابلتين أو ثلاث | يتستعمل فيها dsm أو cim |
| 2 | - التحليل الوظيفي في 3 الى 5 مقابلات- إذا كان ضروريا طلب اختبارات غضافية( قياس نفسي حركي لغوي، ذكاء)- إجراء سلالم تقييمية ذاتية من طرف الوالدين. | تجمع المعلومات من طرف الطفل ووالديه، يفضل المراهق في بعض الأحيان عدم مشاركة والديه ويطلب السرية من العالج. |
| 3 | مقابلة واحدة تعليمية | يرد فيها المعالج على اسئلة الطفل والوالدين |
| 4 | 5 مقابلات للرفع من الدافغية | تستعمل خاصة في حالات الادمان |
| 5 | مقابلة علاجية يدون فيها العقد العلاجي | بداية العلاج |

 يمر العلاج بثلاث مراحل وهي: - المرحلة التحضيرية في 4 حصص.

- المرحلة العلاجية في 15 حصة.

- مرحلة تثبيت النتائج العلاجية في 3 حصص.

تتمحور كل حصة على البرنامج التالي:

- حصيلة الأسبوع الماضي ومراجعة الواجبات المنزلية مع سلالم التقييم.

- اختيار مشكلة للعلاج

- مقابلة شبه موجهة باستعمال التقنيات المعرفية السلوكية

- تسجيل واجبات منزلية للاسبوع المقبل.

- تلخيص الحصة ومراجعتها مع المعالج.

**التقنيات العلاجية**

يمكن تمييز ثلاث مجموعات من التقنيات العلاجية وهي مستمدة من نظريات التعلم التي تعتمد على الاشتراط الكلاسيكي وهي:

1. تقنيات التعرض: تعتبر تقنيات التعرض عن طريق التخيل أو في الواقع تقنيات تخفض الخوف وتحذف الاشتراط في الاستجابات المتعلمة. يفترض أن الطفل والمراهق تعلم الاستجابة بقلق في ظروف لا تثير القلق عادة عند معظم الأطفال، فيعلم المعالج الطفل الاستجابة التي تكف الخوف وللوصول الى ذلك يستعمل المعالجون الاسترخاء وربط الاستجابة المقلقة مع حديث مريح بالإضافة الى: \* قدرة المعالج على التحكم في تقنية التعرض التي تشعر الطفل بالشعور بالأمن.

\* التعليمات الواضحة التي تعطى للطفل.

\* إقناع الطفل بالفعالية العلاجية لهذه التقنية.

\* إعطاء الطفل امثلةعن اطفال ىخرين عولجوا بنفس الطريقة لأن الشعور بالانتماء حاضر عند الطفال من 6 الى 11 سنة وهو غائب عند المراهق لنه كون هويته الخاصة.

2- التعرض عن طريق التخيل وإعادة التحصين التدريجي وهي تقنية اقترحها وولب في 1975 وهي طريقة تضع المريض في وضعية مريحة تسمح له تخيل المثيرات القلقة ويتم ذلك تدريجيا وترتبط بمثيرات تكف القلق وتعتمد على عدة مراحل: \*تعلم الاسترخاء

\* تنظيم مصادر القلق من القل قلقا الى الأكثر قلقا.

\* تخيل هذه المصادر.

\* يفضل معالجون آخرون القيام بإعادة التحصين بدون استرخاء كأن يتخيل المعالج المثير المقلق ويصوره للطفل ثم يطلب منه تقليده.

\* يتعرف الطفل على المثير الذي يتجنبه.

- ترتفع دافعية الطفل أمام المواقف المقلقة عندما يتمكن من مواجهة المثيرات السلبية.

- يرتفع الشعور بالفعالية الشخصية عندما يكون الطفل نموذجا لنفسه.

- يعتبر التقليد والملاحظة نموذجان مفضلان عند الطفل.

وتستعمل كذلك طريقة الوقاية من الاستجابة في حالات الوسواس القهري وهي تقنيات التعرض ومنع الاستجابة وتعني مساعدة المريض مواجهة الظرف المقلق بوجود المعالج الذي سيمنعه من ممارسة الطقوس الوسواسية.

 أما التقنيات التي تعتمد على الاشتراط الفاعل فهي التعزيز الالايجابي والتعزيز السلبي وتشكيل نشاطات تدريجيا.

 وتستعمل التقنيات المستمدة من التعلم الاجتماعي كإثبات الذات عن طريق لعب الأدوار والنمذجة.

 ومن النظريات المعرفية التي استفادت منها العلاجات المعرفية نجد:

- نظرية التشاؤم المتعلم وتسمى كذلك نظرية الإعزاءات ل سوليجمان 1995 وهي تدرس طريقة الطفل في توقع أحداث الحياة. وهذه الطريقة تختلف من شخص الى ىخر وهي مرتبطة بما يفكر فيه الشخص جول نفسه واتجاه الاخرين نحوه ويسلك الطفل اتجاها حسب ما سمع من آراء الآخرين نحوه. وبهذا سيطور نمط إعزاء تشاؤمي ( نجاحاته مرتبطة بعوامل خارجية) أو نمط تفاؤلي ( يقيم نجاحاته يطريقة موضوعية). ونستفيد كثيرا من هذه النظرية في علاج اكتئاب الطفل.

العلاج العقلاني الانفعالي لإليس حيث بين أن الاليات المعرفية دورها هام في تطوير وتثبيت السلوكات المضطربة وتكون سببا في ظهور انفعالات سلبية. لايجب ان ننسى الن تفكير الطفل لازال في طور النمو لهذا لا نحكم عليه وإنما نقترح عليه طرقا مختلفة للتفكير.

التقنية المعرفية ل ببك: لاحظ ان للمكتئب أخطاء معرفية تعرقل إدراكه الصحيح للمعلومة. فالطفل يستعمل مدركاته السابقة لتحليل المعلومة الحالية ( بياجي) وهذا يلزم المعالج تحديد مستوى تفكير الطفل ويمكن تصنيف مجموعتين من الأخطاء المعرفية: اخطاء في السلوب ( الكل أو لا شيء) مثلا "تحصلت على 18/20 في الرياضيات لكن المعلمة لم تهنانين من تلمؤكد تحسبني فاشلا" يرجع الطفل هنا النجاح الى رفض وفشل.

الأخطاء المنطقية: الاستدلال العشوائي وهو خطأ منطقي الأكثر شيوعا ويعني الوصول الى النتائج دون راهين وعن طريق معلومات غير ملائمة " لا يلعب الأطفال معي لأنني فاشل".

- التجدر الاختياري: يركز الطفل على تفصيل بدون مراعاة الظرف الموجود فيه وبصيغة أخرى ينتبه الطفل إلا للجوانب السلبية للحدث.

- التعميم: إنطلاقا من حدث واحد يعمم الطفل على كل الظروف التي يعيشها. " لم يأتي صديقي لعيد ميلادي، لماذا لم ياتي الجميع الى الحفلة" هنا غياب صديق واحد عممه الطفل رغم وجود أصدقائه الآخرين.

نموذج رقم 1: الرهاب الاجتماعي

|  |
| --- |
| جاء م للفحص النفسي، عمره 16 سنة بسبب معاناته من "الاكتئاب"، هو منعزل منذ شهور ومنغلق على نفسه، توفى والده إثر سكتة ق(لبيةن هو وحيد أمهن تخلى عن الدراسة ويمضي وقته في غرفته امام الحاسوب، ناذرا ما يخرج وفقد لذة العيش.أمام المعالج يتجنب النظر غليه، تقديره لذاته سلبي، لا يرد على اصدقائه في الهاتفن خلال الفحص يتحدث على خوفه من الارتعاش وهو سبب عزلته وانطوائه، يحدث هذا عندما يكون أمام اشخاص غرباء حيث يخاف ان يلاحظوا قلقه. وعند البحث عن السبب المحرك لهذا الرهاب "تذكر اليوم الذي سأله المعلم عن درس لم يحفظه فتلعثم وسخر منه اصدقاؤه"لايشارك في القسم زهذا منذ دخل الى المدرسة. لم ياخذ المعالج أعراض الاكتئاب بعين الاعتبار. |

من اكثر الأسباب التي تبعث الى البحث عن العلاج وهو يتميز بالخوف من نظرة اىخر وحكمه وهو يدخل ضمن اضطراب القلق.

 يبحث الشخص عن إعطاء نظرة جيدة حوله، وهو في نفس الوقت متاكد على عدم القدرة على ذلك. هو اضطراب مزمن اذا استمر ويصبح إعاقة اجتماعية. منذ 1990 اصبح من اهتمامات الصحة العمومية.

يجب التمييز بين الرهاب الاجتماعي والخجل:

- الخجل تصرف غير مرضي.

- يوجه الطفل انتباهه الى الاخرين أكثر من نفسه.

- خوفه يتركز أكثر على قبوله في الجماعة.

- الخجول لا يتجنب المواقف الاجتماعية.

اعترف بهذا الاضطراب قي 1998. يعبر الطفل عن هذا الاضطراب عن طريق البكاء والغضب والانسحاب ورفض التواصل وأحيانا بالبكم. لا يتعرف الطفل على هذا المشكل عكس المراهق والراشد.

يتجنب المراهق هذه المواقف الاجتماعية اكثر من الطفل" لن الطفل مرتبط بوالديه وهما اللذان ينظمان هذه المواقف الاجتماعية".

يبدا التشخيص في سن السادسة ويصعب تشخيصه قبل ذلك. يطلب الوالدان الفحص عند ملاحظة الانعزال والحزن والانطواء عند أطفالهم، يظهر الكف حتى مع إخوانهم، يتكلمون قليلا ولا يواجهون الآخر، مترددون ويتأثرون كثيرا في المناسبات كالأعياد والحفلات ويرتفع القلق قبل ذلك "قلق التوقع".

تبلغ نسبة الإصابة به 62% عند الطفل و47%عند المراهق ويترافق مع اضطرابات أخرى كاضطراب القلق العام وقلق الانفصال والاكتئاب والادمان عند المراهق.

تفسيره من الوجهة السلوكية المعرفية:

يظهر العامل الجيني في القائمة ويدل عليه البحوث الخاصة بالتوائم فيظهر الكف السلوكي بصفة مبكرة وهو عامل منذر للرهاب الاجتماعي، ثم تاتي العوامل الخرى والمحيطية كالطلاق وأمراض الأهل والصراعات العائلية... ويتميز الرهاب الاجتماعي بالأخطاء المعرفية حول الذات وحول الاخر ويظهر عن طريق الخطأ في تحليل المعلومة المرتبطة بالظروف الاجتماعية. يوضع الطفل في حلقة مفرغة ويتجنب العلاقات الاجتماعية مما يؤدي الى عدم تطوير المهارات الاجتماعية فتعزز فكرة أن هذه المواقف خطرا عليه. بالاضافة الى الاعتقاد التام عند هؤلاء الاطفال أن زملائهم ينتظرون منهم مستوى عال من الكفاءات الاجتماعية.

وبسبب قصور في مستوياتهم الاجتماعية يقابلون بالإهمال والرفض من طرف اصدقائهم. ويعتبر الخطأ في التعلم والنمذجة مع سوء في استراتيجيات التكيف من بين العوامل المؤثرة بالاضافة الى الحماية المفرطة من طرف الوالدين ومراقبتهم العالية. وتصف الحالات ان والديهم نفسهم أقل اجتماعية ويعطون أهمية كبيرة لرأي الاخر ويستعملون كلمة "حشومة" كثيرا في مفرداتهم.

كطريقة تربوية:

- تنشط الأفكار غير الوظيفية في المواقف الاجتماعية حول الذات والمهارات وتضاف غليها الأخطاء المعرفية وينتج عن ذلك توجيه الانتباه حول الذات فيبدا الطفل يراقب نفسه.

الخطأ المعرفي + المراقبة الذاتية = رهاب اجتماعي

مثال عن الأفكار الآلية: ليس لي ما اقوله، أنا ممل ، الكل ينظر إلي، يلاحظ الناس قلقي، هم أكثر اهمية مني، هم أكثر فكاهة مني....

التقييم والعلاج:

يهتم التحليل الوظيفي ب:

المواقف التي تقلق الطفل وقلق التوقع الذي يعزز الخوف والظروف التي تؤدي الى العزلة والانسحاب الاجتماعي. كالظروف النفسية وتقدير الذات والاهتمام المفرط بالذات والظروف العقلية كفقد وسائل المواجهة والظروف الانفعالية كضرورة موافقة الآخرين دائما.

يهتم المعالج بتطوير مهارات المواجهة كإعطاء اهمية للغة غير الشفوية والتحكم في الصوت ووضعية الجسم والتواصل البصري.

- تعلم قدرات الحوار ووضع حدا له، قدرات الرفض، التعبير على الانفعالات سواء كانت إيجابية أو سلبية وتعتبر العلاجات الجماعية أكثر نجاحا لأنها تستعمل النمذجة ولعب الأدوار.

تعتبر تقنيات تعزيز وإثبات الذات ذات فعالية وتعتمد على تخفيض مظاهر القلق وتعليم سلوكات ومهارات التواصل مثل: \*لعب الأدوار وتنظم إما فرديا أو جماعيا وتبدأ بمشاركة العميل في وضع لائحة من المواقف التي تسبب قلق.

\* النمذجة وتقوم على تقليد سلوك يراد تغييره وتبدأ عن طريق التخيل ويوجد عوامل كثيرة تؤثر على النمذجة أهمها العمر والجنس والثقة المتبادلة بين المعالج والعميل.

\* تشكيل الاستجابة وتعمل على مساعدة العميل على تثبيت سلوكاته الجديدة ويستعمل فيها التعزيز والتشجيع.

\* الواجبات المنزلية وهي تحويل المهارات المتعلمة في ظروف غير قاعة العلاج.

\* الفنيات المعرفية : يتوقع العميل بطريقة سلبية أحكام الآخرين وهذا مصدر القصور في المهارات الاجتماعية ولهذا التعرف على هذه المعارف وتعديلها هو من أولويات العلاج.

العلاج:

- التعريف بالاضطراب، ىايته كالارتعاش الذي هو عرض من الأعراض

- لائحة السلوكات والمواقف التي يتجنبها

الإجابة على اسئلة العميل ووالديه.

- التعرف على مهارات العميل وسيصدم المعالج بكلمة " لاأعرف" ويبدا بتصحيحها.

- التهوين على العميل لأن مشكلته هي المبالغة

- استعمال الواجبات المنزلية بالتدريب على مهارات التواصل مع الوالدين والإخوة ثم الاصدقاء

- تعديل المعارف المرتبطة بالنظر الى الاخر

- التحكم في الارتعاش كأن يتدرب على صب الماء

- إعادة التمركز كأن يطلب منه عدم التركيز على أحاسيسه وعدم مراقبتها.

- التعديل المعرفي بالتعرف على الصعوبات التي تعرقل تواصله مع الآخرين.

**نموذج رقم 2: الوسواس القهري**

|  |
| --- |
| رتيبة عمرها 14 سنة تعاني من قلق غير محتمل، تعاني من صعوبات في المدرسة، الدراسة هي محور حوارها، كانت تلميذة مجتهدة وهي تشهد الآن هبوطا في مستواها، هي المرتبة الثانية، ليست لها هوايات أخرى تعرقل دراستها، تعاني من ارق ليلي مع كوابيس أحيانا، شهيتها عادية تلامس الحد الأدنى، تعاني من قلق التفوق، تأخذ وقتا كبيرا في الدراسة والمراجعة خوفا من عدم الانتهاد منها مبكرا، تقلق عنذ الذهاب الى المدرسة ويزيد قلقها عند العودة عندما تفكر فيما ينتظرها من واجبات مدرسية في البيت، كل نشاطاتها تقتصر في الدراسة، ليس لها اصدقاء" تشعر أنها تعيش في عالم ىخر موازي" تخاف ان يحدث لوالديها شيئا مخيفا أو حادثا، تكفر بالله وتخاف من افكارها، تتفقد عدة مرات غلق الباب وأدواتها في المحفظة، تعد وكل رقم له معنى بالنسبة لها.... |

**التشخيص (الوسواس القهري عند الطفل)**

يتأخر الطفل والمراهق عن البحث عن اضطراباته عكس الراشد ويشعر بالحرج عن التعبير عن معاناته، تقوم المدرسة أو العائلة غالبا بتحريضه على العلاج، وتظهر المعاناة في عدم القدرة على أخذ القرارات والبطىء في القراءة وتكرار الأسئلة دون سماع الأجوبة، طقوس خاصة بالنظافة وتختلف الأعراض من طفل الى آخر، قد تجتاحه فكرة أنه لم يغلق الباب أو أنه سوف يموت إذا أكل في الشارع وليتغلب على هذه الفكرة يمكن ان يكرر تنظيف صحنه وعد بعض الأرقام وقد يتطور اضطرابه الى محاولة الانتحار والادمان على المخدرات او صعوبات مدرسية أو علائقية.

 نسبة الاصابة تقدر ب واحد ونصف الة اثنان بالمئة.

تفسيرة المدرسة السلوكية المعرفية حسب آليتي التعلم وهما الاشتراط الكلاسيكي والاشتراط الفاعل، يتعلم الطفل التي تشعره بالاطمئنان. اما النوذج المعرفي فيعتبر أن الطفل يبالغ في تقدير حدث ما ويبالغ في امكانية تجاوز والتغلب على الخوف المنجر منه، وبالتالي يهرب الى الطقوس والوساوس لحماية نفسه والآخرين وهو التفسير القرب والمنطقي، وقد تكون محاولة السيطرة على الفكرة الموسوسة التي ترفع من القلق وتكرار الفكار المجتاحة.

التقييم والعلاج:

- الفكرة الموسوسة: يبحث الطفل عن الأشخاص الذين يطمئن اليهم ويتحدد ذلك برابط التعلق ولا يرتبط بكفاءة الشخص الذي يطمئنه.

- الصوت الذي يفرض الطقس: يصف الأطفال القل من 10 سنوات صوتا داخليي يجبرهم على أداء الطقوس وهذا الصوت مضطهد ومستهزأ ومرعب، فيشعر الطفل أنه أسير لهذا الصوت.

- إدراك الأشياء: يعطي الطفل الاشياء الجامدة طابعا انساني ( قد يدرك الطفل أن المحفظة او الكأس أنها تشعر، فهو يدرك الواقع بصفة عاطفية وليست منطقية فيتكلم مع اللعب ولا يلعب بها خوفا من تحطيمها)

الشك الوسواسي: يسيطر الشك على تفكير الطفل مثل الراشد كأن يتفقد محفظته في وسط الليل أو يطلب من أمه فعل ذلك.

- يشعر الطفل بالراحة عندما يؤدي الطقوس بالطريقة التي رسمها.

تقيم السوكات الوسواسية بواسطة سلم yale brown

بعد التحليل الوظيفي وفي الحصة الرابعة نبحث عن موضوع الكارثة الذي هو حاضر في تفكير الحالة، لماذا تشعر أنها الوحيدة التي تنقذ والديها؟

تستعمل تقنية التعرض ومنع الاستجابة

تحديد المعتقدات المرتبطة بالأعراض، تقديم السلالم، وصف السلوك وتحديد وقت ظهوره والمكان والتكرار والشدة والأفكار المقلقة المنجرة وراءه وتحديد تاثير هذه الوساوس على المحيط العائلي وذلك من الحصة الأولى الى الرابعة.

أما الحصة 4 الى السابعة فيتابع تعديل المعتقدات الغير وظيفية ومناقشة معاش الحالة وتشجيع الوالدين على عدم تعزير طقوس الطفل.

**نموذج رقم 3:** اضطراب الانتباه وفرط الحركة

يتكون هذا الاضطراب من 3 زمل على شكل هرم رأسه قصور الانتباه الذي هو مصدر الاضطراب الذي يستثير فرط الحركة وبدوره يستثير الاندفاعية.

هذه الأعراض ستؤثر على حياة الطفل في كل الميادين ويلعب القلق دورا محوريا في هذا الاضطراب 26،4%

نسبته عند التلاميذ من 3 الى5% ومن أمام 2 الى 3 ذكور بنت واحدة. تقل الأعراض مع السن وتكون أكثر تطورا بين 6 و11 سنة. تختفي أعراض فرط الحركة والاندفاعية ويبقى قصور الانتباه مع السن.

التشخيص: على المستوى السلوكي، يصعب على الطفل البقاء في مكان واحد، يجري ويقفز ويفتح ويغلق الباب والنوافذ حيث لا يستطيع تركيز حركته في موضوع واحد.

 على المستوى المعرفي يغرق في المثيرات التي حوله

يجب التمييز بين هذا الاضطراب مع طفل حيوي ونشيط واضطراب المعارضة واضطراب السلوك والادمان على المخدرات واضطراب المزاج والقلق.

معطيات عصبية نفسية:

يرتبط الانتباه بعوامل معفية مختلفة تتفاعل فيما بينها حسب بررون فونزرمران 1994 ينظمان الانتباه في محورين حسب الشدة وحسب الاختيارات

\*حسب الشدة ويتعلق الأمر بيقظة وسرعة تحليل المعلومة وهذه القدرة هي المسؤولة على التفاعل مع المثيرات الخارجية.

\* حسب الاختيارات وهي القدرة على توجيه ومرونة الانتباه كعملية توجيه الانتباه لمثير ما دون التاثر بالمثيرات المحيطة والتي تحتاج الى المرونة.

نستعمل مقياس كونرز لقياس هذا الاضطراب ، تبقى الادوية خيارا أخيرا بعد فشل كل المحاولات، أما العلاج النفسي فيعتمد على الوالدين والطفل والمعلمين.

تضم التقنيات المعرفية: التدريب الذاتي والتدريب على حل المشكلات والتدريب على المهارات الاجتماعية.

1. التدريب الذاتي:تقع سلوكاتنا تحت مراقبة أفكارنا وحوارنا الداخلي، أما عند الطفل مشتت الانتباه فتدخل العوامل الخارجية بمراقبة سلوكاته عن طريق التعزيز والعقاب والتعليمات، وعندما يكبر يراقب سلوكه عن طريق التعليمات اللفظية بصوت مرتفع ثم خافت وهنا يصل الى المراقبة الذاتية .
2. التدريب على حل المشكلات: تمنح للطفل استراتجيات مراقبة السلوك عن طريق التدريب تصنيف المشكلات التي يتعرض لها وايجاد حلول لها
3. تدريب الطفل على التعرف على الانفعالات فيتعلم إدراك المشاعر عن طريق تعابير الوجه والصوت وتقييم فعالية سلوكه وتعزيز واختيار أحسن البدائل عن طريق الحوار والنمذجة ولعب الأدوار.
4. الفنيات السلوكية حسب نموذج باركلي 1990:

10 حصص، مرتين في الشهر مدة ساعة

- تدريب الوالدين على مواجهة صعوبات طفلهم

- إعطاء معلومات حول الاضطراب

- لائحة السلوكات الايجابية عند الطفل

- تشجيع اللعب معه وذلك بالتفاعلات الايجابية

- التعرف على الوضعيات الصعبة عند الوالدين والوقاية منها وذلك بتذكير الطفل بالتعليمات قبل أي موقف يتوقع أن الطفل يسيء التعامل فيه. ويساعد هذا الرنامج على تدريب الوالدين على تحسين مهاراتهم وخفض قلقهم.

- استعمال اقتصاد القريصات، صندوق اللعب، الاحتواء بتشجيع الطفل على التعبيرعن انفعالاته بالكلام، الطرد من المجموعة والاسترخاء.

**نموذج رقم 4: التبول الاإرادي**

تظهر الانتكاسة بين 5 و 10 سنوات في 15 % من الحالات، إذا أصبح مزمنا يؤدي الى اكتئاب وضعف في تقدير الذات. يصاب به 7 % من الذكور و3% من الاناث، بعد 18 سنة 0،5%.

\* من وجهة نظر السلوكيون والمعرفيون: عندما نتأكد من غياب الاسباب العضوية، لا داعي لمحاولة فهم لماذا الطفل له قلق الانفصال عن فضلاته أو الرغبة في ان يبقى صغيرا ولكن يجب البحث عن الظروف التي تثبت هذا السلوك.

تؤكد الممارسة العيادية أن التعرف على سبب التبول لا يقضي عليه وأن القضاء على هذا العرض لا يؤدي الى ظهوره بشكل ىخر حسب ما ذهب إليه فرويد.

وتعتبر المقاربة السلوكية هي الانجح والأكثر نجاعة.

قبل العلاج يجب التأكد من دافعية الطفل في مشاركته العلاج وإلا يتحمل الوالدين مسؤولية العلاج.

نطلب من الطفل لماذا يتبول في الليل بكلماته البسيطة ثم يشرح له المعالج عن طريق رسم توضيحي

نبحث عن الظروف العائلية التي يعيشها الطفل خصوصا المتعلقة بالنظافة

البحث مع الطفل حول مجمل مخاوفه في الليل

تقييم قلقه نحو نتائجه المدرسية قد تكون مرتبطة بقلق الامتحان

تقييم نوعية نومه

اسئلة تخص الوالدين يبدا العلاج في هذه المراحل:

\*رسم توضيحي للجهاز البولي

عمل منزلي: التقييم اليومي للتبول مدة 15 يوما

\*استعمال اقتصاد القريصات 15 يوما

\* تحريض الطفل على شرب كميات كبيرة من الماء لرفع سعة المثانة مع التباعد للذهاب الى المرحاض، حذف الماء ليلا 15 يوما

\* تعلم تقليص عضلات المثانة كل ليلة 15 يوما قبل النوم

\* إعطاء دواء ينقص إفراز السوائل في الليل.

نموذج رقم 5 الاكتئاب عند الطفل

من الصعب تشخيص الاكتئاب عند الطفل لانه لا يعبر عن حزنه وكثيرا ما تكون الاعراض مقنعة بشكاوي جسمية او تسرب مدرسي او رهاب مدرسي أو غضب...

نعتمد في تشخيصنا على التغيرات التي تحدث في وظيفة الطفل كفقدان الشهية أو ارق أو هيجان او تباطؤ نفسي حركي أو الشعور بالعار والذنب وعدم القدرة على التركيز ( بصفة عامة يعبر على الاكتئاب باضطراب في السلوك وليس بالحزن).

أنواعه: 1 مزاج مكتئب حيث تكون الأعراض واضحة ويظهر الحزن لمدة ثم يختفي ثم يعود وقد يسسطر عليه الغضب.

2 اكتئاب حاد: تظهر فجأة فيفقد الطفل الاهتمام ويشعر بالتعب والغضب.

3 الاكتئاب ثنائي القطب: حيث ينتقل الطفل من الفرح الى الحزن بدون توازن.

الأسباب: يغلب السبب الجيني خصوصا الذي يحدث قبل سن 20. نسبته مرتفعة عند المراهق من 10 الى 20 % وتقل الى 2% عند الطفل، يزيد خطر الارتفاع الى 31 %عند والدين مكتئبين. أما السبب النفسي فتتظافر فيه هذه العوامل كقلق الانفصال والاجهاد وشخصية الطفل والجو العائلي

شخصية الطفل القلقة: لدى الطفل أخطاء معرفية يتوقع لنفسه كوارث ولعائلته، يسيطر عليه التفكير السلبي وشخصيته تحدد طريقة تفكيره ورؤيته للعالم إما بصفة متفائلة أو متشائمة، يصاب بحالة من الملل وعدم التعبير عن المشاعر ويتجنب النشاطات المفرحة وهي عوامل تؤهل للإصابة بالاكتئاب.

هل الفكار المتشائمة هي سبب ام نتيجة؟

كل الاطفال لديهم أفكار متشائمة ولكن المكتئبون يفرطون في التشاؤم ويهملون جزء مهم من المعلومة التي تفرحهم، لا ينتبهون إلا للجزء السلبي من الحدث والافكار المتشائمة تتميز ب:

- هي افكار قاهرة ومسيطرة "أنا دائما الضحية"

- تصبح افكارا توقعية " يلعب معي اصحابي لأن لدي لعبة الكترونية"

- تعتمد على النوايا وليس على الأفعال " امي تفضل علي أختي"

- يستعمل المصطلحات المتطرفة " أنا دائما أقوم ب.."

- أفكاره تاويلية د-"دعاني العب معه لأنه ينقصه لاعبا"

على العموم لوحظ أن الاطفال المكتئبون يقيمون فرص نجاحهم بطريقة سلبية ويشعرون بالذنب لكل ما يحدث في حياتهم ويشعرون بعدم الكفاءة والعزلة وأن لا أحد يحبهم.

الاستراتجيات العلاجية:

إذا كان طفلا، نطلب منه إعطاء رمزا للحزن، بأن يرسمه ويتصوره بحجمه وبألوانه

- تعزيز تمثل المستقبل: تمثل المستقبل يتحدد بقدرات الطفل على التخيل والخلق وروح المبادرة، إذا كانت مشبعة بالحزن فإن الطفل سيميل بتوقع المستقبل بطريقة متشائمة وسيتمحور العلاج على مساعدة الطفل من رفع وعيه على قدرته لعب دورا ايجابيا في تحديد مسار افكاره

- لا يقوم دور المعالج على انتقاد الطفل وإنما تشجيعه على المضي الى اقصى ما يمكن تصوره من افكار تشاؤمية وأنها مجرد أفكار ولهذا يمكن تصور أفكار اخرى ايجابية الى مالا نهاية.

- عدم الحركة وفقدان الرغبة في الحياة يشجع على الشعور بعدم القدرة على مواصلة النشاطات المعتادة ويرى المعالجون أن برمجة نشاطات متوسطة يعزز المشاعر الايجابية "إلغاء فكرة انتظار تحسن المزاج للقيام بشء ما"

- تعزيز تقدير الذات: نبين للطفل على انه شخص مهم وأهل بالاهتمام وتذكيره بالاحداث السابقة

- إعزاء نشاطات تدريجيا: هدفها تنظيم مرحلة سلوكية معقدة على شكل سلوكات قصيرة كتمضية وقت أو يوما كاملا عند صديق...