

تدريب الأطفال
ذوي
الاضطرابات
السلوكية

تدريب الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية

د. طارق عبد الرؤوف عامر د. ربيع محمد

رقم الإجازة المتسلسل لدى دائرة المطبوعات والنشر : 2007/3/827

رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية : 2007/4/910

الطبعة العربية - 2008

جميع حقوق الطبع محفوظة

لا يسمح بإعادة إصدار هذا الكتاب أو أي جزء منه أو تخزينه في نطاق إستعادة المعلومات أو نقله بأي شكل من الأشكال ، دون إذن خطي مسبق من الناشر
عمان - الأردن

All rights reserved . No part of this book may be reproduced , stored in a retri-eval system or transmitted in any form or by any means without prior permission in writing of the publisher .



اليازوري

دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع

عمان / الأردن - شارع الملك حسين - تلفاكس: ٤٦١٤١٨٥

ص.ب ٥٢٠٦٤٦ الرمز البريدي ١١١٥٢

www.yazori.com

تدريب الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية

تأليف

د. طارق عبد الرؤوف عامر د. ربيع محمد

2008



اليازوري

بالفقه في البيعة

بسم الله

تتبعه على ما في البيعة

بسم الله الرحمن الرحيم

8008

بسم الله



المقدمة

الحمد لله رب العالمين، وأفضل الصلاة وأتم التسليم، على سيدنا محمد خاتم الأنبياء والمرسلين، وعلى آله وأصحابه أجمعين، والتابعين، ومن تبع هداهم بإحسان إلى يوم الدين، وبعد:

الطفولة صانعة المستقبل، وهي عماد وأساس تقدم أي أمة، وقد أكدت الدراسات النفسية على أهمية مرحلة الطفولة في حياة الإنسان، وعلى خطورتها في تشكيل شخصياتهم. (جمال مختار حمزة: 1992، 4)

والأسرة هي الوحدة الأساسية للمجتمع بقدر ما هي نسق اجتماعي متماسك بنظام من العلاقات والأدوار بين أعضاء الأسرة تتسم بالخصوص والاستقرار لفترة طويلة، لذلك فإن السرة هي البيئة والمناخ الملائم لنمو الطفل.

ومشكلات الطفولة قد تمتد بصورة تتطلب تدخلاً مهنيًا، وتمتد تلك المشكلات لتشمل مشكلات مثل التخلف العقلي والعُدوان والعنف وعدم ضبط السلوك والمخاوف والسرقة والكذب والتبول اللاإرادي.

ولقد تبين أن مشكلات الأطفال نتيجة الاتجاهات غير سوية شفى تربية الأطفال، وأن أي اضطراب في سلوك الطفل هو نتيجة اضطراب الأسرة ذاتها، وأن أفضل طريقة لمساعدة الطفل هي مساعدة الوالدين وتزاد قيمة المساعدة إذا ما اشتركت الأسرة في العلاج.

ويمثل العلاج الأسري Family Therapy نقلة كبرى في الطريقة العلاجية من التركيز التام على مظاهر وأعراض الاضطراب لدى المريض إلى نظام من التشخيص والعلاج موجه إلى الأسرة باعتبارها وحدة متكاملة هي مستقرة الصحة والمرض.

وأن يكون هناك شبه اتفاق بين علماء التربية والنفس على وصف الاضطرابات السلوكية عند الأطفال، بأنها الحالة التي تخرج عن إطار السلوك الاجتماعي العام المتعارف عليه.. فلحد الآن لا توجد دراسات تبحث حول الأسباب الحقيقية، التي تؤثر فعلاً على سلوك طفل ما، ولا تؤثر على سلوك طفل آخر نظير له، حيث يعيشان في بيئة اجتماعية واحدة، وهما من نفس الفئة العمرية، ويتلقيان اهتماماً تربوياً واحداً. وبهذا التفسير في المعنى أوضحت دراسة حديثة أن هناك صعوبة جادة لكيفية تحديد نسبة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال، إذ أن تلك الاضطرابات تحدث في أي وقت، ومع أي سن، ولأي طفل دون أي استثناء. ويعكس كل ذلك بصورة متيقنة سلوك معين، ربما يكون مفاد مشاكل لدى عوائل هؤلاء الأطفال.

وتعزو بعض الآراء العلمية إلى أن الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية، لا يمكن فصمها عن مجمل الأسباب النفسية والصحية التي تعصف بهم. وقد تثير تلك المشكلات استهجان الناس المحيطين بأولئك الأطفال، من الأهل والمدرسين وزملاء الدراسة، وبهذا الصدد يوضح الدكتور أحمد فهمي الإخصائي المصري في المخ والأعصاب.. بأنه لا بد من دراسة بيئة الطفل قبل تسمية أسباب سلوكية، فهناك من الأطفال من يتجه إلى إبداء السلوك المزعج للآخرين، مثل الصراخ اللامبرر والسلوك العدواني مع الأطفال الآخرين... وأكد الدكتور فهمي على نقطة في غاية الأهمية إذ أكد على ضرورة الأخذ بأهمية الهدوء التام، عند التعامل مع هذه الفئة من الأطفال لأنهم يجدون في إثارة غضب من حولهم متعة تحقق رغباتهم.

أما الدكتور مدحت بسيوني الاستشاري المصري في المخ والأعصاب، فأكد على أهمية الغذاء النوعي كعامل مؤثر في السلوك حيث تسبب بعض أنواع أو كميات الأطعمة التوتر العصبي والقلق النفسي، فبدون ذلك تصعب محاولة تقويم السلوك على أساس من المراجعة الموضوعية.

والطفل بسبب عدم إدراكه التام بما يحدث في محيطه.. العائلي والاجتماعي، فإن حالة التقصير معه تشعره بالضياع، إن لم يجد اهتماماً فائقاً به، كالتفرغ العائلي له، ومداعبته المستمرة التي تشعره بالانشداد المادي إلى ذويه (الأم والأب) قبل غيرهم من الأشخاص المحيطين به.

المؤلف

الفصل الأول

الظواهر الإدارية

أولاً: نوعية النمو العقلي

ثانياً: الإدراك

ثالثاً: البصر

رابعاً: السمع

خامساً: الحواس الخمس

سادساً: اللغة

سابعاً: مراحل التصويت

ثامناً: الكلام المبكر

تاسعاً: الظواهر الإدراكية

عاشراً: التوجيه والاهتمام والانتباه والاعتقاد

حادي عشر: حل المشكلات

ثاني عشر: المنطق

ثالث عشر: المفاهيم الأساسية

في الحضانة ومطبخاً في البيت

في المطبخ

في الحضانة

في الحضانة

في الحضانة وفي البيت

في البيت

في الحضانة وفي البيت

في البيت وفي الحضانة

في البيت وفي الحضانة

في البيت وفي الحضانة وفي البيت

في البيت وفي الحضانة

في البيت

في البيت وفي الحضانة

أولاً: نوعية النمو العقلي

تحدد نوعية النمو العقلي بنمو الظواهر العقلية وتراكم المضامين العقلية تشكل الظواهر العقلية وظائف عقلية مثل الإدراك والتعلم وحل المشكلات والتفكير وشكل اللغة أما مضامين العمليات العقلية فتتجلى في نتائج الظواهر العقلية أو محصلاتها أو ما يسمى بالمعرفة وهذا ما يمكن أن يوصف بمحتويات عقل الطفل وسنصف كلا من الظواهر العقلية ومحتوياتها خلال السنتين الأوليين من الحياة

ثانياً: الإدراك

يتمثل الإدراك بالفعالية التي تتعرف بها على العالم الخارجي عن طريق حواسنا ويتطلب نمو القدرة الإدراكية تزايداً تدريجياً متصاعداً في حساسية أعضاء الحس لدى الطفل للمعلومات التي يقدمها الوسط إلى جانب القدرة المتزايدة لتسجيل تلك المعلومات وما حقق الإدراك من بين سائر الظواهر العقلية الأخرى اشد ضروب التقدم خلال السنتين الأوليين من سني الحياة.

ثالثاً: البصر

درس بصر الرضع أكثر وأعمق من دراسة سائر الحواس الأمر الذي يشحذ معرفتنا عن نمو القدرة الإدراكية لا يكتمل نمو العين عند الولادة وتستمر التغيرات الخلوية في الشبكية حتى الشهر الرابع وهذا ما يؤثر في الحدة البصرية للرضيع ثم أن الرضيع يميل إلى بعد النظر وذلك لقصر المسافة بين العدسية والشبكية عما ستكون عليه لاحقاً وهناك جوانب أخرى من الجهاز البصري يكتمل نموها مع الزمن وذلك مثل تغلف العصب البصري بالغمد الشحمي مما يؤثر في القدرة البصرية للطفل.

تنمو الحدة البصرية التي تشمل القدرة على التمييز بين خطوط مختلفة العرض خلال السنة الأولى وقد وضع فانتس باستخدامه إجراء تفضيلياً يقيس الوقت الذي يصرفه الرضيع للالتفات إلى مثيرات مختلفة الشدة أداة لقياس القدرة البصرية على التمييز ووجد الباحث إن بإمكان أبناء الأسبوعين أن يميزوا بين شرائط يبلغ عرضها 1سم تقريباً من مسافة 15سم كما أن بإمكانهم تمييز شريط بعرض $1/64$ من السنتيمتر عندما يبلغون الشهر السادس وقد ظهر تقدم مماثل لتطور التمييز البصري في التتبع البصري ففي حين يستطيع الوليد الجديد النظر باتجاه جسم متحرك بكلتا عينيه فإنه لا يستطيع تتبع ذات الشيء المتحرك إلا في الشهر الثالث أو الرابع لاحظ عدد من العاملين في الدراسات النفسية أن بإمكان مختلف الأنواع الحيوانية أن تتدرب بحيث تستجيب انتقائياً لمختلف أنماط الإثارة الحسية.. ولقد بذلت جهود مكثفة لتحديد نوع المثيرات الحسية التي يستجيب لها صغار البشر أو يفضلونها إنه من الصعب معرفة ما إذا كان الأطفال يرون الألوان فعلاً إلا أن البنية البصرية الملائمة قائمة لديهم منذ الولادة وقد وجد أن أبناء الشهر الرابع ينتبهون لموجات الأزرق والأحمر لفترة أطول من انتباههم للموجات الأخرى.

أجري عدد من الدراسات لفحص انتباه الأطفال للوجوه ولتحديد السن التي يبدأون فيها ذلك الانتباه يبدو أن الرضع يبدأون التطلع إلى الوجوه وخاصة منطقة العين في حوالي الأسبوع الثالث أو الرابع ويفضل أبناء الشهر الرابع الوجوه التي تمتلك ملامح عادية على نظيرتها تلك التي يبدو فيها التعقيد أو التشويه.

وثمة أدلة علمية على ميل الأطفال لتفضيل المثيرات المعقدة كلما تدرجوا في العمر. تحدد تفضيلات الأطفال بعرض شكلين في حقل إدراكي محدد فوق رأس الوليد ويلاحظ تثبيت الطفل لعينه في الشكلين عبر ثقب في الجدار.

ومن الممكن مراقبة انعكاس الشكل في شبكية الطفل والتعرف من خلالها على الشكل الذي كان الطفل يتطلع إليه. كما أن من الممكن بضبط الزمن الذي صرفه الرضيع في التحديق بالأشكال تحديد تفضيلاته لها. وقد وجد فانتس ومساعدوه باستخدامهم أنواعاً مختلفة من الأشكال والأشياء ميل الأطفال منذ عمر مبكر جداً إلى تفضيل المثيرات التي تشكل نمطاً محدداً على المثيرات التي لا تخضع للتصنيف والتنميط وتؤكد باحثون آخرون من أن أبناء الشهر الثاني أبدوا تفضيلات واضحة في هذا المجال كما وجد باحثون آخرون أن أبناء الأسبوع الثالث عشر يفضلون الخطوط المنحنية على المستقيمة والمركزة على المشتتة. إلا أن الجدل ما يزال قائماً بصدد تعقد الإدراك البصري للطفل. فعلى الرغم من الاتفاق العام حول تفضيل صغار الأطفال للمثيرات البسيطة ((النمطة)) فإن مسار النمو بعد ذلك يبقى غير واضح.

للمو البصري جانب آخر يتمثل بإدراك العمق وقد وضع (جيسون وواك) في دراسة تقليدية لهما عدداً من الرضع على حافة جرف وشمل الجرف صفيحة زجاجية سميكة يقوم جزء منها على طاولة مغطاة بغطاء رسمت عليه رقعة شطرنجية ويمتد جزؤها الآخر عبر مساحة مكشوفة مسند بساقيين وتحت المساحة المكشوفة المغطاة بالزجاج يوجد مزيد من الرقعة الشطرنجية التي يستطيع الطفل رؤيتها ولما كانت المربعات على الأرض أكثر بعداً من نظيرتها التي تشكل غطاء الطاولة فإنها تزود الطفل بالدلائل التي تظهر العمق هذا إذا ما استطاع الطفل استخدامها وقد تبين أن الرضع الذين وصلوا إلى عمر يستطيعون فيه الزحف (4 - 6 أشهر) والذين وضعوا على طرف الطاولة المغطى بالرقعة الشطرنجية تجنبوا الزحف عبر الجانب العميق من الصفيحة الزجاجية ويستنتج من ذلك أن لأغلب الأطفال القدرة على إدراك العمق في هذا العمر.

ليس واضحاً الزمن الذي يدرك فيه الأطفال استمرارية الحجم والشكل والتي هي إجراء تصحيحي يقوم به الدماغ ليساعد الفرد المدرك على رؤية الأشياء البعيدة بالحجم نفسه الذي ترى فيه عن كتب فلقد ادعى باور أن بعض مظاهر الشكل والحجم توفرت للرضع في الأشهر القليلة الأولى من العمر إلا أن باحثين آخرين يعتقدون أن تلك القدرات تتأخر حتى نهاية السنة الأولى ويبدو أن الخلاف يرجع إلى استخدام الباحثين قياسات مختلفة لتحديد الحجم والمسافة.

رابعاً: السمع

يعمل الجهاز السمعي للوليد منذ البدء لكن بصورة محدودة إذ أن السائل الرحمي يبقى لوقت ما في القناة السمعية ويعيق جزئياًذبذبة عظام الأذن الوسطى وتعاقذبذبة تلك العظام أيضاً بسبب النسيج الرابطة إذ أن انحلال تلك النسيج يزيد من استجابة الأذن لعدد واسع من الأصوات. يستطيع الوليد أن يسمع على الرغم من تلك التحديدات خاصة عندما تعادل شدة الصوت يرى أبلتون ورفاقه أن الأطفال يستجيبون للأصوات بعدد من السبل منها ارتياحهم أو يقظتهم لها أو نفورهم منها ويبدو أن للمثيرات المستمرة الضعيفة الشدة أثراً مهدئاً على الرضع بالنسبة للضوء والصوت على السواء فللضوء الخافت في غرفة الرضيع أثر مهدئ تماماً كما هو الأمر بالنسبة للأصوات الناعمة. يبدو أن رضع البشر يستجيبون للصوت البشري بشكل جيد إذ يستطيعون خلال أشهرهم الثلاثة الأولى إدراك المقاطع الصوتية مثل: با، غا، لا، نا. ويستجيب الرضع للنغم في كلام الراشد. فقد حرك الرضع من عمر 12- 14 يوماً أجسامهم لنغم كلام الراشد سواء أكان مباشراً أم بواسطة أداة تسجيل.

واستخدم الباحثون مقاطع إنكليزية وصينية للتأكد من أن الحركة قد حدثت بسبب النغم وليس بسبب آخر فتبين أنها حدثت بالنغم.

يبدو أن بعض المثيرات السمعية مثل الأصوات التي لا تزيد على كونها مجرد ألحان يزيد تواترها على أربعة آلاف دورة في الثانية تضايق الرضع. كما تبعث أصوات الضجيج المفاجئة في الرضع ردوداً إيجابية وتزيد من تسارع القلب. يبدو إن الفجائية هي التي تضايق الرضيع إذ أن نظيرة تلك الأصوات التي تقدم تدريجياً لا تحدث ردود الفعل المشار إليها.

خامساً: الحواس الأخرى

إن معرفتنا عن الذوق والشم واللمس أقل كثيراً من معرفتنا عن البصر والسمع فلتلك الحواس وظائف بدائية تتحدر كاملة النمو مع الوليد وتبدي القليل من النضج بتدرج الأخير في النمو. وبالرغم من بساطة تلك الحواس فإنها كما يؤكد جبسون تمثل أجهزة حسية بقدر ما تتفاعل مع الظواهر الحسية الأخرى ومع الأفعال الحركية. وسرعان ما يرتبط الشم والذوق بالإحساس البصري ويفعل القبول أو الرفض. يولد الرضيع وله براعم ذوقية كاملة على لسانه ذات ارتباط عصبي كامل بالدماغ ويعجز المخلوق البشري عند الولادة عن تمييز الحامض من المالح من الحلو غير أنه وبعد ثلاثة أشهر تقريباً تظهر لديه التفضيلات الحسية ويستطيع التعرف على تغيرات خليط الحليب وعلى زيادة كمية السكريات فيه. فيبدي الأطفال في ذلك العمر كراهيتهم لبعض الطعام ببصق ما يعطونه منه.

ينمو الشم بصورة مبكرة تماماً حتى لدى الرضع المبكرين الولادة فهؤلاء يستطيعون إدراك بعض فروق الرائحة وينمو تمييز الروائح بصورة سريعة بعد الولادة لقد استجاب الرضع في إحدى الدراسات بصورة جد تفريقية لخمس من روائح الكحول واشتد رد فعل الطفل وطال بازدياد ذرات الفحم في السائل الكحولي وأكدت دراسات لاحقة ببطء نمو حاسة الشم مع ازدياد السن والواقع أن حاسة الشم تظهر قبل سائر الحواس تقريباً وتطول مقاومتها إزاء العطب.

سادساً: اللغة

اللغة الإنسانية كالعلوم والرياضيات إنجاز فردي واجتماعي. وتعد اللغة حصيلة لآلاف الكلمات والمعاني التي نمت عبر الزمن في فئة اجتماعية معينة بحيث يعجز أي فرد عن أن يتعلم كل ما هو قائم من لغة ما. إلا أن أعضاء فئة اجتماعية ما يتعلمون لغتها وكيفية استخدامها كوسيلة ناجعة للتكيف الاجتماعي وسنهتم هنا بدراسة اكتساب الفرد للغة وليس بدراسة اللغة كحصيلة اجتماعية.

يستمر علماء نفس النمو بالاهتمام بكيفية اكتساب الأولاد للغة ولقد مس العديد من كتبة سير الأطفال الذين ذكروا في الفصل الأول تلك النقطة في كتابتهم وركزت دراسة اللغة اهتمامها على إيضاح لغة الطفل وكيفية اكتسابه لها ووصف أساليب الاكتساب تلك وقد افترض في المرحلة الأولى من تطور الدراسات النمائية للغة أي بدءاً من كتبة السيرة وانتهاء بالحرب العالمية الثانية أن تعلم الأطفال يعتمد بصورة رئيسة على تقليد كلام الراشد ولذلك أكدت الدراسات الوصفية الأولى العمر والتلاحق الذي يتعلم وفقه الأطفال أجزاء من الكلام وكيفية بناء الجملة ولقد وجد أن الأطفال يتعلمون مثلاً الأسماء قبل الضمائر والأفعال والصفات قبل الظروف وكانت حروف الجر والربط آخر ما يتعلمونه وتبين أيضاً أن الأطفال يتكلمون الجملة البسيطة قبل المعقدة.

وفي أواخر عام 1959 برزت المرحلة الثانية في دراسة لغة الطفل وذلك بظهور نظرية تشومسكي حول الصرف التوليدي وجادل الباحث في أن الجمل التي تصنف عادة في زمر متباينة تكون أقل تشابهاً من جمل الزمرة الواحدة. وإليك الأمثلة التالية:

هل أكل الولد التفاحة؟ (استفهامية)

أكل الولد التفاحة (إعلانية)

يا ولد، كل التفاحة (أمرية)

الولد أكل التفاحة! (تعجبية)

هذه الجمل هي في الواقع أكثر تشابها من جمل تنتمي إلى زمرة واحدة
مثل:

جلس الولد إلى الطاولة (إعلانية)

ركض الكلب إلى المنزل (إعلانية)

كانت البنت مريضة (إعلانية)

كان المنزل بارداً (إعلانية)

لم يكن مهما أن يكتفي الطفل بتعلم المفردات بل أنه لمن المهم للناشئ تعلم قواعد أنها تعكس أنماطاً جميلة متباينة لكنه أشار إلى امتلاكها بنية عميقة عامة إذ أنها تمثل تباين المعلومات الأساسية نفسها أما المجموعة الثانية من الجمل فلها بنية سطحية عامة وبنى عميقة متباينة فالصرف واحد غير أن المعنى مختلف.

والذي فعله تشومسكي أنه ربط الصرف الذي كان من الناحية التقليدية نظاماً شكلياً فارغاً بالمعنى والدلالات فلقد أكد الباحث أن البنية العميقة للغة تحتوي على مجموعة من القواعد اللازمة لضبط مجموعة ثابتة من الوقائع وذلك بطرق متباينة ولتعبّر عن معان مختلفة اقترح تشومسكي إضافة لربطه الصرف بالمعنى نظرية جديدة بصدد الاكتساب اللغوي لذلك وطبقاً للنظرية المذكورة لم يكن مهما أن يكتفي الطفل بتعلم المفردات بل أنه لمن المهم للناشئ تعلم قواعد البنية العميقة التي تساعد على ترتيب المفردات في جمل وعلى فرز المعاني وتمييزها بعضها من بعض.

برزت أعمال تشومسكي وهارس في المرحلة الثانية من دراسة لغة الطفل وتميزت تلك المرحلة بجهود الدارسين لوصف الصرف التعميمي حيث يستخدم الطفل كلمة مع عدد من الكلمات المتباينة وذلك مثل قوله: ماما فوق. ماما تأكل. وقد وجد تشومسكي بأن الصرف التعميمي لا يصف معاني الأطفال بدقة وأنه يعكس بنية عميقة إذ يستطيع الطفل استخدام مفردة واحدة مع عدد من المفردات المختلفة للدلالة على معان وعلاقات متباينة. فعبارة ماما فوق تعكس علاقة فاعل بفعل خلافاً لعبارة حقيقية ماما فإنها تعكس علاقة مالك بمملوك.

زاد في عام 1970 الاهتمام بأعمال بياجه ووجهة نظره القائلة بأن اللغة تشمل مجموعة من القواعد التوليدية والتي تشتق من فعل الطفل الخاص ومن صوغه للمفاهيم وقد تخصصت أكثر الأبحاث بعد العام المذكور في محاولة ربط النمو اللغوي بالنمو الإدراكي ويقوم في الوقت الحاضر تأكيد على مجمل السياق اللغوي لهمسات الطفل وليس على الكلمات الصوتية التي يطلقها وواضح أن كثيراً من المعلومات قد جمعت لمعرفة كيف يتعلم الطفل الكلام؟ ولسوف نراجع مراحل التصويت والنمو التلقفي للغة والأبحاث المعاصرة التي تربط النمو اللغوي بالنمو الإدراكي.

سابعا: مراحل التصويت

ينخرط الناشئ بدءاً من ولادته وحتى نهاية الشهر الأول فيما يسمى بالصراخ غير المتميز فيعجز الراشد عن تمييز صراخ الجوع من صراخ الألم أو الخوف إلا أن الرضع يتحسسون لصراخهم جيداً فقد ذلت إحدى الدراسات التي عرض فيها الرضع لسماع تسجيل صراخهم وصراخ أقرانهم أن الرضيع أميل للاستجابة لصراحة هو والبكاء له من استجابته لصراخ أقرانه.

يظهر الصراخ التمييزي لدى الطفل خلال الشهر الثاني حيث يعني صراخه للراشد أشياء متباينة مثل الجوع والخوف والضيق ويعمل التعزيز

الاجتماعي ومساعدة الراشد التصويتية على تسهيل تميز الصراخ الطفلي بالكم والكيف. وتفيد استجابة الأهل الفورية التفريقية لصراخ الرضيع على الإقلال منه وعلى تقوية مهارة الطفل في الاتصال بالراشد وذلك بين الشهر 8- 12 تقريباً.

تسمى المرحلة الثانية من التصويت بالمنغاة وتظهر عند نهاية الشهر الثاني وتستمر حتى نهاية الشهر التاسع يتعلم الطفل في منغاته المقاطع الصوتية التي تشكل الأساس المتين للمهارة اللغوية وترتبط المنغاة بالنضج العضوي وتؤكد بذلك صفة عموميتها لكل المجتمعات البشرية ويعمل الاحتكاك الوثيق للطفل بالرشاد على مساعدة الأول على التخلص من الأصوات الزائدة وعلى إجادة نطق المقاطع المكونة للغة. فالمنغاة سبيل الطفل الأساسي لتعلم لغة الوالدين.

ويبدأ الرضيع خلال الفترة الأخيرة من المنغاة وذلك من نهاية الشهر السادس إلى الشهر الثامن بإطلاق أصوات تكرارية مثل بابا أو ماما ماما وتشمل الأصوات تكرار المقاطع الصوتية والصامتة يقال أن الطفل يتعلم الأصوات ليلعب بجهازه الصوتي ويدربه لا ليتواصل مع الراشد إذ يقوم العنصر المثير لمنغاة الطفل في أصواته وأصوات من حوله وليس في حاجته للتواصل بالآخر وعلى العموم فإن المنغاة تضع حجر الأساس لتوليد الأصوات اللغوية التواصلية.

يتحرك الطفل في بداية الشهر العاشر نحو الفترة الأخيرة من المرحلة قبل اللغوية التي تتمثل بالتقليد الصوتي لكلام الراشد وعلى الرغم من قدرة الرضيع على تمييز صوته من أصوات الآخرين ومن أصوات سائر الرضع فإن التمييز الصحيح لأصوات الكلام يتأخر ويحدث في الشهر العاشر حيث يبدأ

الرضيع في تمييز كلمات الراشد والاستجابة لها. ولا شك أن بعض الأولاد يفهمون بعض الكلمات مثل نعم ولا ولكن يجب عد استجابة الطفل لمجمل الموقف وليس للكلمة نفسها ويستطيع الرضيع في نهاية السنة الأولى تمييز الأصوات الأساسية في لغة الوالدين ومحركاتها.

ثامناً: الكلام المبكر

ليس سهلاً دوماً معرفة متى يطلق الطفل كلمته الأولى ذات المعنى لأنه عندما يطلق الطفل أولى كلماته يكون الأهل متلهفين لسماع الكلمات التي لا يعدها اللغويون ذات معنى وبصورة متوسطة يبدأ الأطفال بالكلام في حوالي الشهر الخامس عشر إلا أن هناك فروقاً كبيرة بينهم فبعضهم يطلقون كلماتهم الأولى في الشهر الثامن وبعضهم يتأخرون حتى الشهر الرابع والعشرين ويرى بعض العلماء أن العمر الذي يبدأ فيه الطفل بالكلام دليل على نموه العقلي المقبل وتدل أبحاث ميد (C.D.Mead) على أن الكلمة الأولى تبدأ في الظهور عند الطفل الموهوب في الشهر الحادي عشر وعند المتوسط في الشهر السادس عشر وعند ضعيف العقل في الشهر التاسع والثلاثين تقريباً. ولكن على الرغم من قيام علاقة إيجابية بين بداية الكلام والنمو العقلي فإن الترابط أبعد ما يكون عن الكمال ومن المعلوم أن الكثير من الأطفال الأذكاء قد يتأخرون في كلامهم (عاقل 1972 ص 102، 103) وتدل أبحاث سميث (M.E.Smith) على أن الحصول اللفظي فيما بين السنة الأولى والثانية يبدأ بطيئاً ثم يزداد بنسبة كبيرة تخضع في جوهرها لعمر الطفل ومظاهر نموه الأخرى كما يتضح الأمر من جدول نمو الحصول اللغوي التالي:

العمر بالسنة	عدد الكلمات
1	3
2	372
3	896
4	1540
5	2072
6	2562

جدول نمو المحصول اللفظي للطفل تبعاً لزيادة عمره (نقلاً عن السيد، ص175).

وتؤكد نتائج سميث ما تشير إليه بعض الروايز إلى ارتفاع مختزن ابن السنة الثانية من المفردات إلى /250/ كلمة وابن السادسة إلى /2500/ كلمة.

يمكن وصف حجم المفردات بأنه اضطرادي التصاعد والازدياد بالمقارنة بقدرة الطفل الصرفية والتواصلية والواقع أن ثمة جدالاً بصدد كيفية وصف نأمت الطفل الكلامية وتفسيرها يعتقد تشومسكي بأولوية البيئة اللغوية وبأن القدرة اللغوية تسبق الفهم الإدراكي أما بياجه وآخرون فيؤكدون الاكتسابية البيئية اللغوية وذلك في محاولة لترميز المعاني غير اللغوية وبإيجاز فإن المشكلة تنحل في هذا قالب الجدلي المتمثل بالسؤال التالي: ما الذي يسبق الآخر اللغة أم الفكر؟ يميل العديد من علماء النفس المعاصرين إن لم نقل اللغويين لعد التطور اللغوي محاولة معقدة ومتقدمة تهدف إلى ترميز أو تمثيل المخططات الإدراكية في مفاهيم عن الذات والعالم وما يدعيه هؤلاء يعارض تشومسكي الذي يؤكد أن الصرف والتركيب الصرفي ليس فطرياً ولا مكتسباً بل هو أحكام يبينها الطفل كمحاولة لتمثيل تجربته وإيصالها يتعلم الأطفال طبقاً لهذه النظرة الصرف والتراكيب الصرفية بالطريقة نفسها التي يتلمون بها التعاريف فهم يجردون معنى الكلمة من استخدام الراشد لها ويستخدمون ذلك في كلامهم.

تكون كلمة الطفل الأولى مثل صوته الأول غير متميزة والكلمة الأولى تقريب إجمالي للمعاني والبنى التي يتلمسها الطفل في لغة الراشد فعندما يقول ابن السنة الأولى (ماما) يمكن أن يعني (انظري يا أماه) أو (خذيني) أو (إني جائع) ومن الخطأ الافتراض بأن الطفل كان يستخدم جملة كاملة إذ أنه لا يفهم ماذا تعني الجملة دعيت كلمة الطفل الأولى بالكلمة الجملة والطفل يقيم استخداماته المختلفة للكلمة نفسها بالتشديد اللحني المتباين وبالتعابير الوجهية وبغيرها من مظاهر لا يعيها الطفل ويميل الأهل لتفسير أولى كلمات الطفل بتأملهم في مجمل سياق سلوكه إذ ليس الكلام مبدئياً سوى مظهر واحد من مجمل محاولة الطفل الاتصال بالآخرين.

ويتحرك الطفل نحو السنة الثانية فينطلق متخطياً الاستخدام غير المتميز للجملة الكلمة إلى جمع أكثر من كلمتين معاً ويعكس استخدام مجموعة الكلمات مستوى جديداً من التميز اللغوي الذي يتضمن تعرف الولد بأن نظام الكلمة والكلمات نفسها والتشديد اللحني النازل بها تشارك في إعطاء المعنى غير أن استخدام الطفل لكلمتين يختلف جوهرياً عن استخدام الراشد للتركيب نفسه ويمكن تسمية استخدام اللغة في هذه المرحلة بالكلام البرقي لأن الطفل يهمل أدوات الربط والأفعال المساعدة وأحرف الجر وقد يأخذ كلام الطفل في السنة الثانية الصيغة التالية:

كتاب ماما

إني أرى ماما

كتاب ولد

يفهم الراشدون الكلام البرقي فقط إن هم استفادوا من دلالات أخرى وقد يحاول الراشد التأكد من سماعه لكلمات الطفل بشكل صحيح بإعادته إليك محاولة أم لفهم ابنها:

الأم	الولد
ماما سمعتك تقول بيض	ماما بيض
ماما ستأكل خبزاً	ماما خبزة
هو جلس على الجدار	جلس جدار

تنعكس واقعة محاولة الطفل استخدام اللغة للتواصل في جانب آخر من اللغة المبكرة هو التكرار فقد يعتمد الطفل في محاولته لصوغ فكرته بدقة إلى القول:

حلوى

سامر حلوى

ماما أعطي حلوى

ماما أعطي سامر حلوى

يسهم عدد من الحوادث في نمو اللغة المبكرة فهناك أولاً النضج ونمو جهاز التدقيق الذي يمكن الأولاد من صوغ الأصوات بشكل جيد وهناك أيضاً نمو إدراك الطفل والذي بوساطته يتمكن الأخير من بناء مفاهيم حول نفسه وحول العالم وثمة ثالثاً اكتشاف التمثيل وواقعة أن الكلمات ترمز إلى مظاهر من تجارب الطفل ومفاهيمه وهناك أخيراً الصوغ المتقدم لمفاهيم اللغة والجهد الدائم لربط المفاهيم اللغوية بتلك المشتقة من العالم والذات يمكن في هذا الإطار التأكيد على أن الطفل يبدأ فهم اللغة في الوقت نفسه الذي يكتشف فيه ذاته والعالم وأنه يحاول ربط اللغة والفكر في الوقت نفسه الذي يحاول فيه التمعن في كل منهما على انفراد.

لا بد قبل ختام هذا النقاش من الإشارة إلى اللغة التلقفية أو لغة لفهم وعلى الرغم من تشابه فهم اللغة مع توليدها من بعض الجوانب فإنهما يبقيان مختلفين ومن المعروف أن السامع أقل قدرة على الاتصال من المتكلم وعلى العموم فإن اللغة التلقفية تسبق اللغة المولدة والطفل يفهم اللغة قبل أن يتكلمها إن مفرداتنا المهمة تزيد كثيراً على نظيرتها المستخدمة خاصة وأن المرء يفهم كثيراً من الكلمات دون أن يضطر لاستخدامها وأنه لمن الضروري دراسة هذا الجانب من اللغة لإكمال فهمنا المتزايد للغة المولدة.

تاسعاً: الظواهر الإدراكية

لقد أبقينا على التقليد الذي يعالج اللغة بصورة مستقلة عن الإدراك على الرغم من أن طبيعتها تجعل منها ظاهرة إدراكية تفرض معالجتها في إطار الإدراك ولا يختلف أمر ظواهر الانتباه والتعلم وحل المشكلات والتفكير عن أمر اللغة سواء من حيث ضرورة مناقشتها على انفراد أم من حيث أنها تتوفر لدى الرضيع وتقيم الأساس للصيغ المتطورة لتلك الظواهر نفسها.

عاشراً: التوجيه والاهتمام والانتباه والاعتیاد

تعد الظواهر المذكورة من بعض الجوانب مظاهر إدراكية أو تنظيمية للإدراك حيث يشير التوجيه إلى الحركة التي تطلق باتجاه مثير يحدث فجأة فالإجفال من صوت غير متوقع إنما هو توجيه غير متميز. وعندما يعتدل المثير يلتفت الطفل باتجاه الصوت أو يتطلع باتجاه مشهد جديد يسمى سلوك الطفل هذا بمنعكس التوجيه ومثاله التفات الطفل لدى سماعه صوت أمه.

والاهتمام تركيز انتقائي على جانب أو آخر من حقل المثيرات فعالم الطفل شأن عالم الراشد مليء بكل أنواع الإثارة وتسمح الظواهر الانتباهية للطفل بأن

يركز بشكل انتقائي على جانب أو آخر من حقل المثيرات الأمر الذي يساعده على اكتساب معلومات من ذلك الحقل.

ويعد الاعتياد من بعض جوانبه مكملاً لاستجابة التوجيه. فعندما يكون المثير جديداً يستجيب له الطفل بمنعكس التوجيه أما إن تكرر المثير زال منعكس التوجيه فإن علقت أداة متحركة فوق سرير الرضيع ركز انتباهه فيها لكنه وبعد أيام من وجود الأداة لا يلتفت إليها إلا نادراً وهو ما يسمى بالاعتياد. يعد التوجيه والاعتياد من العناصر الهامة التي تصاحب ظاهرتي النمو والتعلم إذ يغدو الاعتياد في مجال المثير البصري المتكرر أكثر سرعة عندما يكبر الطفل وخاصة بعد الشهر السادس من العمر ويؤكد الباحثون بصدد المثيرات المعقدة أن الرضيع يتوجهون أولاً لأحد مظاهر المثير المعقد ثم يلتفتون للمظهر الآخر.

ادعى بعضهم بأن التوجيه والانتباه والاعتياد ليست ارتكاسات بسيطة بل ترجع إلى فعالية دماغية رفيعة المستوى وعلى هذا الأساس فحصت هذه الظواهر الإدراكية للبحث عن إشارات الإعاقة في الوظائف العقلية. من جهة ثانية بحثت الظواهر المذكورة لتحديد آثار سوء التغذية في الرضع إذ يميل الأطفال سيئو التغذية لأن يكونوا صعب الإثارة أي أنهم يتطلبون لكي يتوجهوا وينتبهوا ويعتادوا مثيرات أكثر وأشد مما يتطلبه الأطفال جيّدو التغذية.

حادي عشر: حل المشكلات

يعد حل المشكلات إحدى صيغ التعلم التي يحاول الفرد فيها التغلب على بعض المصاعب لبلوغ هدف مرغوب يستخدم الفرد في العادة عدداً من الأساليب لحل مشكلته من تلك الأساليب المحاولة والخطأ الذي يتضح جلياً بمحاولتنا إصلاح جهاز ما لا تفهمه فيمثل عبثنا بضرب من التبصر المفاجئ أو

بما يسمى بخبرة ((أها)) فإن لم نجد مفك المسامير اللولبية ترانا نقرر فجأة أن بإمكان قطعة نقدية أن تحل مكانه. ويمكن لحل المشكلات آخر الأمر أن يكون منهجياً يتمثل بصوغ مستمر للفرضيات وباختبار تلك الفرضيات وهذا يؤكد وجهة النظر القائلة بأن حل المشكلات هو الصيغة الأرقى والأعقد للتعلم وبخاصة إذا قورنت هذه الصيغة بالتعلم الإشرافي. وحل المشكلات لدى الأطفال بدائي إلا أن ثمة ضرباً من صيغ المحاولة والخطأ أو التبصر أو الاختيار المنهجي للفرضيات لديهم عمد بابوسك إلى تصميم جهاز يفرض على الطفل تعلم إدارة رأسه يمنة أو يسرة للحصول على الحليب برنين جرس مؤشراً مجيء الحليب من اليسار وبزئ طنان مشيراً إلى مجيء الحليب من اليمين وينعكس الإشراف بعد أن يتعلم الولد إتيان الإجابة الصحيحة لقد ولد قلب الإشراف مشكلة تفرض على الرضع حلها. لاحظ بابوسك أن الأطفال أداروا رؤوسهم بطريقة تتفق والأساليب التالية:

- 1- كان يتوقع للحليب أن يأتي من الجهة الأولى نفسها.
- 2- كان يتوقع للحليب أن يأتي من الجانب الذي تدفق منه الحليب أكثر من نظيره خلال المحاولتين.
- 3- كان يتوقع للحليب أن يأتي من كلا الجانبين بالتتابع الطبيعي والعكسي.
- 4- قام الحل بالالتفات دوماً لجانب واحد ويتصحیح الإجابة إن لم يأت الحليب فوراً من ذلك الجانب (بابوسك 1967).

لاحظ بابوسك أن الأطفال لم يستخدموا جميعهم الأساليب المنهجية إذ كان بعضهم عشوائى السلوك أو فوضوية الأمر الذي يدل على بروز الفروق الفردية في حل المشكلات منذ سن مبكرة ولقد أبدى بعض الأطفال بدءاً من الشهر

الثالث أساليب منهجية لحل المشكلات في موقف تعليمي مبسط ولا يظهر الأسلوب المنهجي لحل المشكلات المعقدة إلا في عمر متأخر وهذا ما يعكس التفاعل بين النمو والتعلم فقد أعطي الأطفال من عمر يتراوح بين السنة والسنتين مهمة الحصول على دمية بعيدة عن المنال وكان في متناولهم رافعة يمكن أن هي استعملت أن تجر الدمية إلى يد الطفل. فتذبذب سلوك صغار الأطفال بين استخدام اليد أو الرافعة واقتصار سلوك كبارهم فقط على استخدام الرافعة.

ثاني عشر: المنطق

يعد المنطق بمعنى ما أحد صيغ التعلم لأنه يتيح لنا استخلاص معلومات جديدة من المعلومات المتوفرة باستخدام القواعد الأساسية له فإن عرفنا أن كل الثمار حلوة وأن ذاك الشيء المكور ثمرة نستطيع تأكيد حلاوتها دون أن نذوقها. يسمى التفكير الذي ينتقل بنا من العام إلى الخاص بالاستنتاج. أما إن نحن تذوقنا عدداً من الثمار واستنتجنا بأن الثمار حلوة المذاق فنكون قد استخدمنا التفكير الاستقرائي وانتقلنا من الخاص إلى العام ومن الواضح أن الأطفال محدودو القدرة على التفكير المنطقي غير أن نمو تلك الظاهرة يكشف قدرة أخرى ويوفر معلومات هامة حول نمو التفكير المنطقي على العموم. يعتمد فهمنا لنمو منطق الطفل على العمل الضخم الذي قام به بياجه. فقد غدت دراسات هذا العالم على أطفاله الثلاثة خلال السنتين الأوليين من الحياة من الأعمال التقليدية في علم النفس النمائي إضافة لكونها من الدوافع الأساسية لصرح ضخيم من الأبحاث في هذا المجال بدءاً من عام 1960 ينطلق بياجه من مسلمة تؤكد أن الذكاء البشري وخاصة التفكير المنطقي منه ينشأ من تجربة الطفل الأولى في التناسق الحسي الحركي ويصف بياجه كلا من قدرة الطفل وقصوره إزاء العالم.

يعتقد بياجيه الذي يسمي الفترة الممتدة بين سنة ونصف السنة والسنتين من عمر الطفل بمرحلة النمو الحسي الحركي التي يكون عرضة للتحويل من الفعل المنعكس إلى التفكير الحق ويضيف الباحث أن في مقدور طفل المرحلة المذكورة أن يفكر إن هو استطاع أداء التجارب العقلية أي إن هو استطاع أداء أفعال نموذجية على مدى محدود هذا وقد تعرف بياجيه على بعض المراحل التي تؤثر نمو منطق الطفل.

يعمل الطفل خلال المرحلة الأولى التي تمتد من الولادة إلى الشهر الثاني على تعديل بعض الأفعال الارتكاسية فللوليد كما ذكر من قبل عدد من الارتكاسات التي تجربها المثيرات اللازمة وما يدل على واقعة تعديل الأفعال الارتكاسية هو أن الطفل يغير فيمه ليتوافق مع شكل حلمة الثدي وحجمها وهذا ما يطلق عليه بياجيه اسم المطابقة ويميز الأطفال بتقدم العمر والممارسة بين مختلف الأشياء التي تمص فيمصون بعنف حلمة تعطي الحليب ويرفضون إبهام الراشد يشير بياجيه إلى فعل التقبل أو الرفض لدى الطفل للمثيرات المحيطية وتبعاً لحاجاته الخاصة بالتمثل ويشكل التمثل والمطابقة الأنماط الأساسية التي وفقها يتفاعل الطفل مع واقعه متكيفاً لضروراته في مختلف مستويات النمو يتعلم الطفل في المرحلة الحسية الحركية أيضاً إيجاد استخدامات جديدة لمعكساته ويبدأ حوالي الشهر الثاني أو الرابع بجمع أفعاله الانعكاسية المعدلة بطرق مختلفة يسميها بياجيه بالتخطيطات أو التركيبات يشير بياجيه إلى أبكر تلك التخطيطات بالفعل الدائري فعندما يحدث أن تتلاحق بعض التخطيطات بمجرد المصادفة وأن يحب الطفل النتيجة المرتبطة بتلك التلاحقات فإنه يعمد إلى توليدها من جديد فقد يضع الطفل إبهامه في فمه مصادفة ويمصه ويتلذذ بذلك فإن سقط الإبهام من الفم أدخله فيه ثانية. يشكل تنسيق تخطيط المص مع تخطيط حركة الإبهام تخطيطاً لمص الإبهام من درجة

ارفع والذي هو رد فعل دائري: فالإبهام بالفم يجز إلى المص الذي يقود بدوره لإدخال الإبهام إلى الفم والذي يقود إلى المص وهكذا دواليك. وعلى الرغم من أن الفعل الدائري يمثل تقدماً على الفعل الانعكاسي فإن قدرته المعرفية ضعيفة لأن الطفل لا يمص أصبعه ليتعرف عليه كشيء بل لأن له وظيفة حيوية إزاء الطفل.

فالتعرف التمثيلي الحق الذي يقوم على التعرف على الشيء من خلال صفاته لا يأتي إلا متأخراً يبدي الطفل بدءاً من الشهر الرابع إلى الثامن أي في المرحلة الثالثة من الفترة الحسية الحركية ما يسميه بياجيه بالأفعال الدائرية الثانوية. يعني هذا أن الأفعال الدائرية الأولية تقتصر على تخطيطات جسمية وأنها تمتد لتشمل الأشياء والحوادث الخارجية. لاحظ بياجيه مثلاً أن طفله كان يرفس ساقه فيصيب دمية فوق السرير يبدو أن الصبي حصل من مراقبة حركة الدمية على لذة لا تقل عن لذة مص الإبهام. وهكذا فقد كرر رفس الدمية. لقد حرص تخطيط الرفس هنا شيئاً أثار تخطيط النظر مما قاد إلى المزيد من الرفس. بذل بياجيه عناية خاصة للتأكد من أن رفس طفله لم يكن إثارة عشوائية لمراي الدمية: بل استجابة انتقائية موجهة ورفيعة المستوى. يمكن للمرء إذاً أن يلاحظ في هذه المرحلة بدايات الأفعال التصميمية.

يقود الفعل الدائري الثانوي بجلبه للشيء إلى تلاحق فعل الطفل وإلى مطابقة الذات نفسها للشيء وصفاته ولوعي الفروق بين الذات والشيء تبقى تلك الفروق على الرغم من ذلك محدودة لأن الفعل الدائري لا يعكس تصميماً حقيقياً إذ أن الطفل إذ يكتشف مشهداً هاماً إنما يفعل ذلك مصادفة ولا يستطيع خلق الحادث المهم أو إبداعه.

يبدأ الأطفال خلال الأشهر الأخيرة من السنة الأولى أو ما يسميه بياجيه بالمرحلة الرابعة بإقامة التناسق بين تخطيطات سبق اكتسابها وذلك بغية تحقيق

هدف ما. يمكن القول إن تصميم الأطفال في هذه المرحلة يسبق الفعل نفسه. يحرك الأطفال في هذه السن الحواجز والعوائق أو المشاهد بحيث يستطيعون بلوغ شيء مرغوب أخفى بياحه مرة ساعته تحت الوسادة فحرك ابنه الوسادة بسرعة كي يلتقط الساعة لقد نسق الصبي تخطيط النظر مع تخطيط الرفع والإمساك.

يسهل تنسيق عدد من التخطيطات إتيان عدد من أنماط الفعل ومستوياته ويعد التقليد أهم تلك الأنماط إذ أن الطفل يبدأ خلال الأشهر الأخيرة من السنة الأولى بتقليد أفعال الراشد. فإن حرك الطفل وسادة وضعها الراشد هناك فهو إنما يمارس تقليداً عكسياً. يعتقد بياحه أن التقليد يؤشر مستوى جديداً للفعالية الذهنية يسبق مختلف ضروب التميل بما في ذلك اللغة.

يبدى الطفل في بواكير السنة الثانية ما يسميه بياحه بالفعل الدائري المبدع مؤشراً المرحلة الخامسة من الفترة الحسية الحركية. ويميل الطفل في الفعل الدائري المبدع للبحث عن الجديد وخلقه وليس للتكرار الذي يحدث بطريق المصادفة إن الطفل يكتشف بنشاط الأشياء وملاححها وصفاتها الأمر الذي يجعله يحس بالعلاقة السببية ويبدأ بتكوين بعض مفاهيم السبب والنتيجة.

يبدأ الفعل الدائري الإبداعي مثلاً إذا ما اسقط الطفل شيئاً من سريره فالفعل يشمل تخطيطات الإمساك والإطلاق والتخطيط البصري لمراقبة الشيء والتخطيط السمعي له عندما يضرب الأرض ويراجع الطفل الفعل بعد أن يعيد الأهل الشيء لمكانه ويقذف أشياء أخرى ليرى ماذا يحدث أو يقذف الشيء نفسه من ارتفاعات مختلفة وبقوة مختلفة ليتعرف على تباينات الأثر في مختلف الأوضاع

يفيد الفعل الدائري الطفل في تعليمه أن التغير في سلوكه يستطيع أن يولد تغيراً مقابلاً في الحوادث الخارجية فيبدأ الأطفال يفهمون أن بإمكانهم السيطرة على أجزاء من محيطهم وتوجيهها بقوة أفعالهم الخاصة كما يتعلمون أن سلوكهم يخضع هو الآخر للسيطرة من جانب الآخرين وأن بعضاً من الأشياء الجديدة التي ينتجونها أقل من سواها إسعاداً لأهلهم.

يبدى الأطفال بدءاً من منتصف السنة الثانية الدليل على ما يسميه بياجه بدايات الفكر مؤشرين بذلك حلول الفترة السادسة والأخيرة من المرحلة الحسية الحركية يحقق الأطفال في هذه الفترة ما يسميه بياجه بالتجارب العقلية فيجرب الأطفال المشكلات في رؤوسهم قبل مباشرتها في الواقع فإن رغب الطفل في حل مشكلة ما وعجز عن ذلك بالمحاولة والخطأ قدم تخطيطاً تعلمه في فعالية مختلفة يفعل الأطفال في هذه المرحلة ما يفعله قرود كوهرل عندما يلتقطون الموزة من خارج القفص وذلك بإدخال عدد من العصي لصنع عصا طويلة وسحب الموزة قريباً من اليد.

يصف بياجه محاولة طفله إخراج سلسلة جذابة من علبة كبريت مفتوحة جزئياً وقد استطاعت الطفلة رؤية السلسلة لكنها عجزت عن إدخال أصابعها عبر الفتحات لالتقاط السلسلة استخدمت الطفلة في محاولة لحل المشكلة تخطيطاً أبان فائدته في الماضي أي أنها حاولت إدخال أصابعها عبثاً في العلبة وكانت الطفلة خلال حل المشكلة بتلك الطريقة تفتح فمها وتغلقه وتزيد من فتحه في كل السلسلة يمكن عد حركات الفم كأفعال تحضيرية استطلاعية تساعد على فتح العلبة.

من المهم أن نضيف أن بياجه لا يعتقد بأن الطفلة استخدمت اللغة في تجاربها العقلية لأن لغة الطفلة في هذه المرحلة لم تكن بدرجة من التطور تكفي لوصف المشكلة. وعلى الرغم من أن الطفل يستطيع تصنيف الأشياء وإيصال

رغباته فإن لغته مستغرقة في سياق من الإشارات والتشديدات الصوتية المرتبطة بالسياق الاجتماعي تقوم بداية الفكر في التجريب العقلي الذي يسبق الفعل ويكون نمط التفكير المتوفر لابن السنة الثانية محدوداً جداً إذ أنه يتناول ما هو قائم الآن من علاقات بين الأشياء وبما أن الفكر محدود أيضاً بأنواع الأفعال المصغرة التي يستطيعها الطفل فإنه يتناول وظائف الأشياء وليس خواصها أو صفاتها ويستطيع الطفل في السنة السادسة أو السابعة بناء صفات الأشياء وخواصها في مفاهيم تحمل أيضاً وظائف تلك الأشياء.

يكون الطفل في بداية المرحلة الحسية الحركية قادراً على تعديل منعكساته فقط لكنه وبمساعدة تخطيطات التفريق الصاعد والتكامل يستطيع أخيراً اكتشاف الأشياء عن تصميم وإرادة كما يستطيع أن يكشف معاني جديدة لتحقيق غايات مرغوبة. ومن الواضح أن بروز القدرات المعرفية يتمشى مع بناء الطفل للمفاهيم الأساسية حول الأشياء والسببية والمكان والزمان.

ثالث عشر: المفاهيم الأساسية

توحي ملاحظات بياجه بأن الطفل الصغير يعجز عن أن يميز بين العالم ونفسه فليس ثمة من وجهة نظر الرضيع فرق بين اختفاء وجه الأم حين تقوم بإبعاد رأسها وبين الاختفاء الناجم عن تحريك الرضيع لرأسه هو. المؤلف أن يتوقف الطفل. خلال الشهرين الأولين من الحياة عن التطلع إلى شيء يبتعد عن عينيه فينظر إلى شيء آخر لقد لاحظ وولف بأنه عندما ينظر الطفل إلى وجه الراشد فإنه يصرخ عند اختفاء الوجه دون أن يتطلع لرؤيته ولا ولن يعود.

يمتلك الطفل خلال تلك الفترة الأولى من المرحلة الحسية الحركية فكرة فجأة عن السببية والمكان والزمان. وليست السببية أكثر من وعي لتلاحق التغير في حالة قائمة ويقتصر المكان على وعي الجسم والمحيط المباشر.

يبدو أن الطفل يمتلك خلال مرحلة الفعل الدائري الأولي توقعات خاملة إذ يحاول بعد نهاية الشهر الثاني أن يحدد في المكان الذي اختفى فيه شيء كما لو أنه كان ينتظر رجوعه. فهو لا ينشط للبحث عن الشيء وليس هناك دليل بأنه يفهم بأن الشيء يقوم بمعزل عن الفعل القائم فإن كان الرضيع يمص لهية وسقطت على الأرض فإنه يستمر في المص كما لو أنه كان ينتظر رجوعها دون أن يسمى للبحث عنها.

ويوسع التوقع الخامل إحساس الطفل بالسببية إلى حد ما بحيث أنه يبدأ بعزل الشيء عن الفعل. وبالمثل فإن الطفل يبدأ يفهم المكان بصورة أفضل من فهمه له من قبل إذ أنه يميز تخطيطات يختلف بعضها عن بعض في إطار جسمه ويتبلور مفهوم الزمان أيضاً بحيث أن الطفل يتوقع أن يحدث أمراً ما ثانية.. إننا نستطيع أن نستنتج مفاهيم الطفل بصدد المكان والزمان من أفعاله فقط.

يبدأ الطفل خلال الشهر الأربعة التالية أي في مرحلة الفعل الدائري الثاني بإسقاط شيء ما والبحث عنه في مكان سقوطه المتوقع ويحدث هذا عادة عندما يعمد الطفل نفسه إلى إسقاط الشيء أو قذفه ويبحث الطفل في هذا الوقت أيضاً عن الأشياء المخبأة فإن أخفيت لعبة خلف غطاء سحب الطفل الغطاء من فوق اللعبة أو اللعبة من تحت الغطاء أما إن كانت اللعبة مغطاة تماماً فإن الطفل لا يبحث عنها.

يستطيع الطفل في هذه المرحلة أن يقيم تمييزاً دقيقاً بين الشيء وبين الفعل وأن يفهم أن هناك ترابطاً بين فعله وبين الشيء المتأثر من هذا الفعل وتغدو العلاقات المكانية هي الأخرى أكثر وضوحاً وتحديداً فعندما يصل الطفل إلى شيء مغطى جزئياً يبدأ بإدراك مفهومي ((فوق وتحت)) كما تسهم مراقبة جسم يسقط في تكوين فكرة ((المفهومين المذكورين)) ويبدأ الطفل يفهم

الفواصل الزمنية عندما يقذف شيئاً ويتوقع سماع صوته أو يعاين النتائج المباشرة للسقوط.

يبحث الطفل من الشهر الثامن إلى الثاني عشر عن الأشياء التي أخفيت كلياً من أمام ناظره. فعندما أخفى بياحه قطعة من الحلوى في يديه حاول ابنه حل قبضته والتقاط الحلوى لكن عندما أخفى الباحث يديه بقبعته وترك الحلوى هناك عجز الطفل عن إيجادها واستمر يبحث عنها في يدي والده بسبب عجزه عن أن يتعامل مع التوضع المزدوج وعلى الرغم من أن الطفل قد بدأ يفهم أن الأشياء يمكن أن توجد دون أن ترى فإن تجربته كانت من المحدودية المكانية بحيث يعجز عن أن يفهم كيف يمكن للحلوى أن تكون خارج مرمى البصر في أي مكان.

تتحسن مفاهيم الطفل عن المكان والزمان والسببية معاً وبصورة متكاملة خلال هذه الفترة. ويدفع الفعل الموجه الطفل عن الأشياء المرغوبة ويفهم العلاقات أثناء استخدامه للوسائط لتحقيق غاياته النهائية. كما يزداد تمييز مفهوم المكان مع تزايد قدرة الطفل على التعرف على مختلف الأمكنة والمساحات وتتميز الأمكنة طبقاً لما يمكن أن يصنع فيها أو لما يرجع إليها. ويزداد مفهوم الزمان وضوحاً لازدياد تفريق الطفل بين الفواصل الزمنية اللازمة لمختلف الأفعال والحوادث.

يبدأ الطفل في منتصف السنة الثانية يبحث عن الأشياء التي خبئت أو أزيلت مثل قطعة الحلوى في اليد وقد وضعت تحت القبة وتشير الواقعة الأخيرة إلى نهاية المرحلة الحسية الحركية. فالطفل الآن يفهم أن للأشياء دوامها الذي يتخطى تجربته المباشرة وأن الأشياء لا ترتبط بأمكنة معينة ويكون مفهوماً الفرد عن ذاته وعن العالم منعزلين ومستقلين.

يستطيع الطفل الآن أيضاً أن يتعرف على التلاحق السببي بمعزل عن تلك التلاحقات التي تستغرقه المكان هو الآخر يزداد انعزالاً عن الفعل ويرى الطفل الأشياء بما في ذلك نفسه كائنات في أمكنة متباينة وأنه نفسه معزول عنها. يبدي مفهوم الزمان أيضاً الاستقلال النفسي نفسه إذ يمكن للتلاحقات الزمنية أن تحدث بمعزل عن أفعال الطفل ذاتها وهكذا يبدأ الطفل في إدراك أن الزمان يتصف بالموضوعية وبأنه لا شخصي.

وبإيجاز يبدأ الطفل بمعاناة ذاته كمركز للكون يقاس كل شيء في إطاره وفي إطار فعله الخاص وفي نهاية السنة الثانية يرى الطفل نفسه مجرد جزء لهذا الكون الذي له أشيائه المستقلة ومكانه وزمانه وسببيته. إن الطفل جاهز الآن لتوسيع توقعاته عن الأشخاص الآخرين بصورة فردية متميزة كلياً.

الفصل الثاني

الاضطرابات السلوكية عن الأطفال

التأثيرات

تأثيرات

تأثيرات

تأثيرات

أولاً: مدخل

ثانياً: مص الإيهام

ثالثاً: العُرات

رابعاً: التأتأة عند الأطفال

خامساً: أكل الأشياء الغريبة

سادساً: حركات الرأس

سابعاً: اللازمة

ثامناً: قضم الأظافر

تاسعاً: صرير الأسنان

عاشرًا: نوبات الخلق

حادي عشر: متلازمة Gilles de la Tourtte

ثاني عشر: الخجل

ثالث عشر: الغيرة

رابع عشر: السرقة

خامس عشر: الكذب

سادس عشر: الغضب

سابع عشر: العناد

ثامن عشر: اضطرابات فرط الحركة

تاسع عشر: الانطوائية

عشرون: اضطراب الذاتية (التوحد)

الواحد والعشرون: اضطراب ريتس

الثاني والعشرون: اضطراب الطفولة (عدم القدرة على التفاعل مع المحيط)

الثالث والعشرون: اضطراب اسبرجرز

الرابع والعشرون: اضطرابات الأكل

الخامس والعشرون: اضطرابات التعلم

بعض

والتي

بأنها

التي

بأنها

بأنها

بأنها

بأنها

بأنها

بأنها

بأنها

بأنها

بأنها

بأنها

بأنها

بأنها

بأنها

بأنها

بأنها

بأنها

بأنها

بأنها

بأنها

بأنها

بأنها

أولاً: مدخل

قد تشير اضطرابات العادة عند الأطفال إلى سلوك يهدف إلى تخفيف التوتر عند الطفل، كضرب الرأس بعنف أو هززة الجسم، مص الإبهام، عض الأظافر، جُرُّ الشعر (هوس التتف)، صر الأسنان (صرير الأسنان)، عض الشخص أو ضربه لجزء من بدنه، النطق التكراري، نوب حبس النفس، وبلع الهواء.

وتعتبر العرات حركات لا إرادية لمجموعات عضلية مختلفة إحدى اضطرابات العادة. تمت مناقشة التأتأة ضمن السياق نفسه، رغم أنها لا تنطوي عادة على حديثي محرة للتوتر.

ييدي معظم الأطفال، وفي مستوياتهم التطورية المختلفة طرزاً تكرارية للحركة، من الممكن أن تعرف بالعادة لديهم، وقضية اعتبارها اضطراباً والاجتماعي و الفيزيائي، وقد تكتسب تلك الطرز نتيجة محاكاة الكبار، إذ تبدأ حركة ما بغية أداء غرض معين ومع مرور الوقت ن تتخذ صفة التكرارية ويتراجع دورها الأساسي الذي وجدت لأجله، لتغدو مجرد وسيلة لتحرير التوتر، قد يُقدم الطفل المصاب بتهيج في عينه أو الراغب بمن ذرف دموعه على سبيل المثال، على محاولة إغلاق جفنيه عدة مرات في تتابع سريع، وقد تتحول العملية إلى فعل تكراري سرعان ما يتغلغل في سلوك الطفل كمخرج للتوتر لديه، وغالباً ما يعزز انتباه الوالدين أو الآخرين هذا التغلغل. ويمكن أن تستمر حركات أخرى دون أي تعزيز من الوالدين كهززة الرأس أو ضربه بعنف وبصورة نظامية في فترة مبكرة من الحياة، وتحدث غالباً عندما يكون الطفل وحيداً أو يوضع في فراشه، ويبدو أن لتلك الحركات دوراً في منح السلوى

والعزاء الحسي لطفل يشعر بأنه فاقد للرعاية أو لم يتح منح ما يلزم من لمسات الحنان.

تشكل تلك الحركات انعكاساً لنوع ما من التصادمات الداخلية، وغالباً ما تظهر لدى أطفال متخلفين عقلياً أو محرومين من عاطفة الأم أو الكفاية العاطفية. ومما يشابه الحركات التي تم الحديث عنها، قيام الطفل بقتل شعره أو اللعب بجزء من جسمه بصورة تكرارية. عندما يكبر الأطفال المصابون يتعلمون تثبيط بعض تلك الطرز النمطية في عاداتهم وبصورة خاصة في المواقف الاجتماعية. لا يعرف مدى انتشار اضطرابات العادة. ويميل مسار الإصابة للاختلاف معتمداً على كونها جزءاً من مشكلة مزمنة (كالتخلف العقلي) أو ناجمة عن اضطراب عرضي..

ويعرف مرض اضطرابات السلوك عند الأطفال بأنه تكرار الطفل ، واصراره على نمط من التصرفات المعادية لحقوق الآخرين ، أو معاكسته القانون ، أو القواعد المتبعة ، تصل نسبة انتشار هذه المرض من 6 إلى 16% عند الأولاد ومن 2 إلى 9% عند البنات تحت سن 18 عاماً ، وعادة ما يظهر المرض عند الأولاد ابتداء من سن 8 سنوات ، أما البنات فيتأخر حتى ما قبل المراهقة ، وتصل نسبة انتشاره في المدارس الابتدائية من 20% إلى 25%.

وأسباب المرض هي الأسلوب الخاطئ في المعاملة والتربية من قبل الآباء وهو أهم وأول عامل يؤدي دائماً إلى اضطراب السلوك عند الأطفال ، كعامل القسوة الزائدة ، أو التدليل الزائد.. كما أن العوامل الاجتماعية والاقتصادية الصعبة التي ينشأ في ظلها الطفل تجعله أحياناً أكثر عرضة للاضطراب السلوكي.. إذ يتكون لدى الأطفال الذين ينشأون في ظروف مضطربة ، أو يتعرضون للإهمال دائماً شعور بالنقص ، والغضب المستمر ، والشعور

السريع بالاحباط. ومن جهة أخرى أشارت بعض الدراسات إلى أن نقص مادة نورادينالين أو اضطراب وظيفتها يكون دائماً مصاحباً لمرض اضطراب السلوك.. كما أن زيادة نسبة مادة السيروتونين بالدم ونقص مادة 5HIAA بالوسائل النخاعي يجعل هؤلاء الأطفال أكثر عدوانية.

ووجد أن الطفل الذي يتعرض للقسوة المستمرة أو العدوانية لابد أن يقابلها باضطراب في السلوك. وأعراض المرض تتمثل في أن يكون الطفل عدوانياً مع من حوله ، مثل تهديده للآخرين ، واستعمال أسلحة خطيرة تؤدي إلى أذية الآخرين ويسرق بالإكراه ويسعد بإشعال حرائق.

لا يوجد علاج شاف لمثل هؤلاء الأطفال ولكن العلاج الفردي وفهم العوامل التي جعلت الطفل يقوم بهذه التصرفات مع العلاج الأسري وإرشاد المدرسة ، وتوضيح حالة الطفل ، ووضع خطة للتصرف معه داخل المدرسة يمكن أن يؤدي إلى تحسين الحالة.

ثانياً: مص الإبهام

يعتبر مص الإبهام حدثاً طبيعياً في سن الرضاع المبكر ومن شأنه اعتبار



الطفل الأكبر سناً أقل نضجاً من أقرانه وقد يترك أثراً سيئاً على ترصيف الأسنان الطبيعي. تتركز الاستراتيجية في التعامل مع المشكلة على إقناع الطفل بوجود اهتمام واضح من الوالدين بكل ما من شأنه منحه الرضى عن الذات وذلك بإهمال

القضية ما أمكن والتوجه نحو الاهتمام بالمظاهر الإيجابية الأخرى في سلوك الطفل، وتقديم الإطراء والتشجيع لمن يسعى جاهداً للتخلص من هذه العادة.

بشكل عام تعتبر هذه العادة أمراً طبيعياً عند الأطفال، وحتى الجنين في بطن أمه قد يمص إبهامه! وقد يكون سبب هذه العادة قلق نفسي أو حرمان عاطفي عند الطفل وقد لا يكون هناك سبباً واضحاً، وهذه العادة أثر مهدئ للطفل، وأكثر الأطفال يتخلون عن هذه العادة بعمر 6 إلى 7 أشهر، وقليل من الأطفال تستمر عندهم حتى عمر 7 أو 8 سنوات.

متى تصبح هذه العادة مصدراً للقلق؟؟

اعتباراً من عمر 5 سنوات فما فوق: وهو العمر الذي تبدأ فيه هذه العادة بالتأثير على شكل الأسنان وعلى الحنك الرخو، وهو العمر الذي يبدأ فيه الطفل أيضاً بالشعور بالخجل من تعليقات ممن حوله حول هذه العادة!

المعالجة:

تطبق المعالجة للأطفال ممن هم فوق 5 سنوات فقط، يجب إزالة كل أسباب التوتر والقلق النفسي عند الطفل، ويجب تهيئة الطفل للمعالجة بحيث يكون راعياً بالتخلص من هذه العادة.

ونبدأ المعالجة بتطبيق أداة لطيفة على أصبع الطفل لتذكيره بعدم مص إبهامه، (مثل وضع لصاقة طبية على الإبهام)، وإذا لم تفلح هذه الوسيلة وإذا لم يستجب الطفل لذلك نقوم بوضع أداة تنبيه أكثر قساوة على الإصبع مثل قطعة بلاستيكية غير حادة أو إذا فشلت كل الطرق السابقة يقوم طبيب الأطفال بتطبيق ما يشبه الجبيرة أو الرباط الرباط الطبية على مفصل المرفق لمنع الطفل من إيصال إبهامه إلى فمه، ويجب شرح ذلك للطفل وإيقاف المعالجة إذا سببت أي قلق للطفل.

في الحالات الشديدة و المعندة: يقوم طبيب الأسنان بتركيب جهاز خاص في فم الطفل للحد من تشوه الأسنان و الفكين و هذا الجهاز سيمنع الطفل أيضاً من الاستمتاع بمص إبهامه! و ستزول عندها العادة.

يجب عليك أن تتذكر أن:

1. لا فائدة من توبيخ و معاقبة الطفل فعلى العكس قد يتمسك بعادته أكثر!
2. أكثر الأطفال يتركون هذه العادة لوحدهم.
3. إذا كان عمر طفلك أقل من 5 سنوات أتركه ولا تحاول علاجه و تجاهل الأمر تماماً.
4. عند المعالجة يجب التركيز على أوقات النهار أولاً.

هل تعلم؟

- أن ذاكرة الطفل تصبح دائمة من عمر 4 إلى 5 سنوات فما فوق!
- أن الإسهال يؤدي إلى وفاة 7000 آلاف طفل يومياً في العالم!!
- أن مرض فرط النشاط الحركي ونقص الإنتباه يصيب من 5 الى 10 ٪ من الأطفال!

ثالثاً: العرّات

هي حركات تكرارية في مجموعات عضلية بغية تفريغ شحنات من التوتر في حالات انفعالية أو اجتماعية، دون أن يكون لها وظيفة واضحة، وقد تكون قصدية في البداية وسرعان ما تصبح عكس ذلك. أكثر اجزاء البدن تعرضاً هي عضلات الوجه والرقبة والأكتاف والجذع واليدين، وقد يكون هناك حركات للشفاة (تكشيرات) وجهية و دسر اللسان وطرف العين وتنظيف الحلق (التنحنج) وما إلى ذلك. يجد المصاب صعوبة كبيرة في كبح جماح العرّات

ويمكن تمييزها عن أشكال النوب الصرعية الصغرى بعدم حدوث فقدان عابر للوعي أو حدوث النسيان وعن حالات عسر الحركة وخلل التوتر بتوقفها خلال النوم وحقيقة إمكانية السيطرة الواعية ولفترات قصيرة من الوقت عليها. ترافق العرات عادة المتلازمات النفسية الأخرى أو تتلو التهاب الدماغ، وتكون في معظم الأحوال دون علامات فيزيائية سابقة وذات صفة عابرة، ويبدو أن لانتباه الأهل لها أثر في تعزيزها فيما يدفع إهمالها إلى إنقاص حدوثها. لا يظهر مخطط كهربائية الدماغ (EEG) ولا الفحوص الاستعرافية للمصابين بالعرات أية اختلافات عن مجموعات الشاهد.

رابعاً: التأتأة عند الأطفال

التأتأة هي أحد مظاهر اضطرابات الكلام وصفتها أن يكرر المتحدث الحرف الأول من الكلمة عدة مرات، أو أنه يكون عرضة للتردد عند نطق كلمة، وتصحب هذه الحالة تغيرات جسمية وانفعالية تظهر واضحة في تغير تعبيرات الوجه، وحركة اليدين وكذلك إحمرار الوجه، والعرق أحياناً.

أسباب التأتأة:

تشمل أسباب التأتأة الجوانب النفسية والاجتماعية كتلك التي تتعلق بالتربية والتنشئة الاجتماعية، فأساليب التربية التي تعتمد على العقاب الجسدي والإهانة والتوبيخ كثيراً ما تؤدي إلى إصابة الفرد بآثار نفسية وإحباطات من شأنها أن تعيق عملية الكلام عند الأطفال فكثيراً ما يلجأ الآباء إلى إهانة الأبناء أمام الغرباء وتوبيخهم ومعاملتهم دون احترام. كما أن إهمال الآباء للأبناء ومحاولتهم إسكات أبنائهم عند التحدث أمام الآخرين يؤدي في النهاية إلى خلق رواسب نفسية سلبية ،، تعمل على زعزعة الثقة بالنفس لدى الطفل مما يجعله يشك في قدرته على التحدث بشكل صحيح أمام الآخرين. كما

أن هناك أسباب تشريحية عضوية كأن يعاني الشخص المصاب من خلل واضح في أعضاء الكلام أو يصاب بهذه المشكلة نتيجة لأصابة الجهاز العصبي المركزي بتلف في أثناء أو بعد الولادة، ويعتقد بعض علماء النفس أن هذا السلوك بدأ إرادياً وأصبح بعد ذلك لا إرادياً.

آثار التأتأة:

كثيراً ما يميل الأشخاص المصابون بالتأتأة إلى الانسحاب والابتعاد عن النشاطات الاجتماعية، فهم لا يحبذون الاختلاط مع الآخرين، لكيلا يتعرضوا للإحراج ممن حولهم، وبالنسبة للأطفال المصابين فإن الوالدين يشعرون بالألم خاصة عندما يتكلم أبنهما أمام الآخرين ويبادل هؤلاء الشفقة أو السخرية، فكثيراً ما يعتقد الوالدين بأنهما السبب في ذلك فيتولد لديهما شعور بالذنب، وقد يعمدان إلى محاولة عدم ترك الطفل يتحدث أمام الآخرين حتى لا يلفت النظر إليه.

الحلول المناسبة:

المرحلة الأولى:

يخطئ من يعتقد أن التأتأة لا علاج لها، خاصة إذا كانت ناتجة عن أسباب نفسية، إذ ينبغي علينا اللجوء إلى المختصين والبحث معهم في إمكان علاج هذه المشكلة. ومن المؤلم أيضاً أن نحاول إخفاء الشخص المصاب عن أعين الناس، والمؤلم أكثر هو أن تمنعه من البحث عن علاج لهذه المشكلة. أما تجنب الظاهرة فيتحقق بأن تعتمد الأسرة في بداية تنشئتها للأطفال إلى تشجيعهم على التعبير الصوتي لما يجول في أنفسهم، كما ينبغي أن نكف عن عقاب الأطفال عندما يحاولون التحدث والمناقشة وإبداء الرأي. فلندعهم يتكلمون ولنستمع إليهم كما ينبغي ألا نعاقبهم عند محاولتهم إثبات ذواتهم والتحدث مع الآخرين، أما

الإهانة والتوبيخ للطفل أمام الآخرين من شأنه أن يؤدي إلى خلق شخصية غير سوية للطفل. فتدريب الأطفال على أصول الاجتماعي مع الآخرين وتوضيح ذلك كله يعلمهم العادات والتقاليد التي تخص مجتمعهم وتساعدهم على التمييز بين ما هو مقبول وما هو مرفوض من قبل الأسرة، ونكرر مرة أخرى يجب ألا نترك الطفل يكتسب الخبرة بعد العقاب.

المرحلة الثانية:

الخطة العلاجية التي تعتمد على الطرق التالية التي نستعين خلالها بأخصائي النطق:

- **طريقة تأخير التغذية الراجعة السماعية:** وتكون عندما يواجه هؤلاء الأشخاص بأصواتهم وتُسَمِعُهَا لهم بعدة تسجيلات على آلة التسجيل، ويتم إعادة سماعها عدة مرات حتى يتعرف الفرد إلى طبيعة الحروف والكلمات. عندئذ يعتمد إلى التحكم وتجريب الكثير من التغيرات مثل السرعة في الكلام فيبطئ، ويجب أن يتم التدريب تحت إشراف أخصائي.
- **الحديث الإيقاعي:** ويتم ذلك بتدريب الفرد على التحدث بإيقاع معين متزامن. إن عملية ضبط الوقت من شأنها أن تزيد السلاسة أو الطلاقة في الكلام.
- **التعلم الإجرائي:** في هذه الطريقة نستعمل أساليب التعلم الإجرائي مثل التعزيز الذي يقدم للفرد عندما يتقن عملية الكلام بدون تأتأة. هذا بالإضافة إلى الكثير من الإجراءات السلوكية التي ممكن أن تتعلمها أسرة الشخص المصاب بعد مراجعتهم لأخصائي النفسي.

خامساً: أكل الأشياء الغريبة

هذه العادة قليلة الحدوث نسبياً بين الأطفال وقد يأكل فيها الطفل الرمل أو قصارة الحائط أو الصابون، وقد يشد أحياناً شعره ويأكله، وفي الحالة الأخيرة قد يتكون لدى الطفل طابة من الشعر في معدته، وقد تدخل هذه العادة إلى جوف الطفل ميكروبات وأشياء أخرى تؤذيهِ. أما سبب هذه العادة فقد يكون رغبة الطفل في جلب انتباه أبويه إليه، وقد يكون أموراً أخرى تتعلق بحالة الطفل النفسية، وهي تحدث خصوصاً في الأطفال الذي يزحفون وفي البيوت ذات المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض، وقد تصاحب سوء التغذية وفقر الدم عند الطفل. وتنحصر معالجتها في إهمالها وإبعاد الطفل عن الأشياء التي يأكلها ومحاولة صرف انتباهه وتغيير محيطه وظروف حياته.

سادساً: حركات الرأس

قد تأخذ هذه الحركات شكل هز الرأس والجسم أو ضرب الرأس على الوسادة أو على حاجز السرير وقد يتساقط الشعر في مؤخرة الرأس نتيجة لهذا السلوك وهي تحدث غالباً فيما بين سن ثلاثة شهور وسن سنتين، وتقل جداً بعد هذه السن، وتحدث خصوصاً عندما يستلقي الأطفال للنوم وتحدث عند الأطفال العاديين وعند الأطفال المتخلفين عقلياً على حد سواء على أنه في الحالة الأخيرة قد يستمر هز الرأس وضربها مدة طويلة. وفي الأطفال العاديين تحدث هذه الظاهرة غالباً نتيجة للشعور بعدم الأمان، وإذا لاحظ الطفل أن هذه العادة تقلق أبويه أو أنهم يحاولون إيقافها بالقوة استمر يمارسها بغية جلب انتباه والديه إليه وبقائه مركزاً لاهتمامهما. وعلاج هذه الحالة ينحصر أيضاً في إهمالها، فهي تختفي تلقائياً بعد السنة الثالثة من عمر الطفل.

سابعاً: اللازمة

هي عادة تنقلص فيها العضلات في موضع ما من جسم الطفل، ويتكرر هذا التقلص مرات كثيرة أو قليلة، وقد تأتي العادة على شكل هز الكتف أو هز الرأس أو تقطيب الجبين أو رفة الجبين أو السعال الخفيف أو غيرها من الحركات، وهي تأتي دائماً لا إرادية وتتكرر على نمط واحد، وتختفي أثناء النوم ويندر حدوثها قبل سن المدرسة. وتزيد مع التوتر العصبي والقلق وأمام قسوة الأبوين والمعلمين. واللازمة هي في أغلب الأحيان مظهر لعدم الشعور بالأمان وقد يسببها دفع الطفل إلى أن يكون مثالياً وأن ينجز من الأمور ما يصعب عليه أن ينجزه، كأن يطلب إليه في المدرسة أن يحصل على درجة يصعب عليه أن يحصل عليها، وقد يكون سببها تقليد الطفل لشخص آخر يأتي بهذه الحركات. وعلاج اللازمة يكون بإزالة أسبابها من محيط الطفل، وإذا لم يجلب نظر الطفل إليها ولم يركز الانتباه عليها بل أهملت فإنها تختفي وحدها في المستقبل، والنصح والعتاب والتوبيخ والعقاب تزيدها سوءاً في حين أن التشجيع وبعث الثقة في نفس الطفل يساعدان على سرعة اختفائها.

ثامناً: قضم الأظافر

نادراً ما تحدث هذه العادة في الأطفال قبل نهاية السنة الثالثة من العمر، وأغلب ما يقضم الأطفال الكبار أظافرهم هو عند توترهم العصبي وقلقهم وشعورهم بعدم الأمان والخوف وعند تفكيرهم العميق. وتشيع هذه العادة في حوالي 50 ٪ من الأطفال. أما أسبابها فقد تكون قسوة الأهل أو المدرسين وقد تكون عدم وجود جو من الاطمئنان والسعادة في محيط الطفل، وقد يكون سببها ملل الطفل وغيرته، وقد يكون تقليده لأطفال آخرين. وبعض الباحثين يقول إنها نوع من مركب أوديب. ولا تفيد الشدة والتوبيخ والعقاب في علاجها، كما أنه لا

ينفع في ذلك وضع عقاقير مرة على أطراف أصابع الطفل كما يفعل بعض الأهل أحياناً، وخير ما يفعله الأهل بخصوص هذه العادة هو إهمالها وإشغال الطفل باللعب أو أمور أخرى تبعد عنه الملل. وينبغي إزالة ما يبعث على التوتر العصبي والقلق، وعلى الشعور بعدم الأمان من محيط الطفل، إذا كانت هذه الأمور هي السبب في حدوث هذه العادة. وقد ينفع أحياناً في علاجها استعمال التشجيع وبعث الثقة في نفس الطفل.

تاسعاً: صرير الأسنان

يمكن أن ينجم صرير الأسنان عن حالة غضب أو امتعاض لم تجد طريقة للتعبير عنها لدى الطفل، مما قد يخلق مشاكل في إطباق الأسنان لديه، ويبدو إن إيجاد طرق للتعبير عن الاستياء الذي يكابده أمر مساعد على حل المشكلة: فجعل وقت النوم باعثاً على المتعة بالقراءة أو الحديث وفسح المجال أمام الطفل لسرد غضبه أو مخاوفه أو استعادة ما عاناه منها خلال اليوم، وإعطاءه إطراءً ما أو دعماً عاطفياً، أمور مفيدة في مساعدته.

في الحالات الشديدة من صرير الأسنان يمكن إعطاء الطفل دواء
thioridazine

عاشراً: نوبات الخلق

تحدث نوبات الخلق عادة بين سن 15 شهراً وثلاث سنوات أو أكثر، ويتفق ظهور هذه العادة مع فترة السلبية في سلوك الطفل، وفترة رغبته في أن يؤكد ذاته وينتقل من مرحلة الاعتماد على الغير إلى مرحلة الاستقلال بنفسه، وفي نوبات الخلق هذه يصب الطفل جام غضبه على أدوات البيت مثل الأواني الصينية والزجاجية ويضرب أثاث البيت والأرض بقدميه، وهذه النوبات هي مظهر للخلاف بين شخصية الطفل ورغباته من ناحية ورغبات الأهل وإرادتهم

من ناحية أخرى، وهي تحدث غالباً في الطفل المصمم الشديد النشاط أكثر مما تحدث في الطفل الضعيف الشخصية السهل الانقياد، ولكنها تحدث لكل مستويات الذكاء، وتحدث خصوصاً للأطفال المتأخرين عقلياً أو المصابين بنقص عضوي عندما تُطلب منهم أمور لا يقدرّون عليها. وأهم أسباب هذه النوبات ما يلي:

1. عدم شعور الطفل بالأمان.
 2. رغبة الطفل في أن يمارس المهارات والقدرات المختلفة التي تعلمها وحيلولة الأهل بينه وبين أن يفعل ذلك.
 3. الحماية الكثيرة من طرف الأم والأهل وعدم إعطاء الطفل قدراً كافياً من الحرية والاستقلال.
 4. أخذ الطفل بنظام صارم شديد ودفعه إلى طلب الكمال في سلوكه.
 5. وتحدث هذه النوبات على سبيل التقليد عندما يشاهد الطفل شخصاً آخر في محيطه يفعل نفس الشيء.
- وإذا وجد الطفل أنه يستطيع أن يحقق رغباته بواسطة هذه النوبات وإذا وجد أنها تسبب القلق لأبويه وتجعله مركز الانتباه في العائلة فسيعيدها مراراً. ويكفي أن تُعالج نوبة واحدة من هذه النوبات علاجاً خاطئاً وغير سليم وأن يصل الطفل بواسطتها إلى ما يريد حتى يكررها كلما وجد له مصلحة في تكرارها. وعلاج هذه النوبات يكون كما يلي

1. مداواة الأمراض العضوية إذا وجدت.
2. إقلاع الوالدين عن إعطاء الطفل حماية زائدة.
3. توفير جو حول الطفل يشعره بالأمان والاطمئنان.

4. إشغال الطفل بأمور تدفع عنه الملل، والسماح له باللعب مع أقرانه.
5. عدم التشدد والقسوة في معاملة الطفل.
6. أن لا يُطلب من الطفل أن يرتفع إلى مستوى لا يستطيعه ولا تسمح له به درجة نموه وقدرته العقلية.
7. أن يسمح للطفل بممارسة مهاراته وقدراته التي اكتسبها.
8. أن لا يختلف الأب والأم على طريقة تربية الطفل خصوصاً أمامه.
9. أن تهمل نوبات الخلق ولا تعطى اهتماماً زائداً، وأن لا يُباح للطفل أن يحقق أيّاً من أغراضه بسببها، حتى لا يعتبرها كسباً فيعيدها كلما رغب في شيء لا يسمح له أبواه به .

حادي عشر: متلازمة Gilles de la Tourtte

تحدث على مدى الحياة بنسبة 0.5/1000 من السكان حالة نادرة عن الأطفال، وتظهر في نصف الحالات قبل سن السبع وتتميز بعرات متعددة، وسعال وطحة بشكل قسري، أو لفظ كلمات فاحشة. تصيب المتلازمة بشكل أشيع أقارب الدرجة الأولى لمن يعانون منها نسبة لباقي الناس، وتصيب الصبيان 3- 4 أضعاف إصابتها للإناث وتنتشر أكثر في العرق الأبيض. يعاني الأطفال المصابون بمتلازمة Tourtte من مشاكل انفعالية وسلوكية ودراسية ثانوية متعددة. رغم عدم تحديد السبب تقترح البحوث وجود تضافر بين عوامل عصبية حيوية وبيئية ونفسية وجينية في إحداثها. تؤدي الأدوية التي تزيد الفعالية الدوبامينية إلى سوء وضع العرات ومتلازمة أو التأهب لها، كما حددت عدة عوامل بيئية مؤهبة كحال مولدات الكرب الانفعالية التي من شأنها دفع العرات ومتلازمة Tourtte نحو الأسوأ. تعتبر الدراسات المخبرية غير

نوعية إذ يوجد مخطط شاذ غير نوعي لكهربائية الدماغ في (80%) من مرضى متلازمة Tourtte، كما سجلت مقادير شاذة لمستقلبات النواقل العصبية المختلفة، ولوحظ تسجيل أحرار متدنية على السلام التحتية اللفظية للاختبارات القياسية النفسية. يمكن تدبير متلازمة Tourtte بشكل مقبول إلى حد ما بالكـ Haloperidol (Haldol) وهو مادة ضادة للدوبامين، أو Pimozide (Orap) وهو ضادة أقوى للدوبامين، كما استخدم الـ Clonidine (Catapres) والـ Clonazepam (Klonopin) والـ Carbamazepine (Tegretol) أيضاً في علاج العرات والمظاهر السلوكية المرافقة. يستمر الاضطراب عادة مدى الحياة، إلا أن الدراسات أظهرت تراجعاً هاماً في شدة الأعراض لدى نصف ثلثي المصابين بعد (10 - 15) عاماً من بدء التقييم والعلاج.

ثاني عشر: الخجل

يعتمد خجل الطفل على عاملين: طبيعة شخصيته، والمحيط الذي ينشأ فيه، ومما يثبت الدور الذي تلعبه طبيعة تكوين الطفل في الخجل أن أخوين ينشآن في محيط واحد ويعاملان نفس المعاملة قد ينشأ أحدهما خجولاً بصورة ملحوظة وينشأ الآخر خلاف ذلك. ويمكن اعتبار الخجل ظاهرة طبيعية لا بد أن تظهر بصورة ما عند جميع الأطفال في مرحلة أو أخرى من مراحل النمو ولكن درجتها تتراوح بين الشدة والضعف بين طفل وآخر، والطفل الذي يفرز في أول حياته من الأغراب، وقد يبكي إذا تحدث إنسان غريب عنه. وفي حوالي سنة وبضعة شهور من عمره قد يغطي عينيه ويختبئ خلف والدته إذا اقترب منه شخص غريب. والخجل يأتي غالباً كمظهر من مظاهر الشعور بعدم الأمان وعدم الثقة بالنفس، والأطفال الذين تعطيهم أمهاتهم حماية أكثر من اللازم ولا يعطون فرصاً كافية للتمتع باستقلالهم والاعتماد على أنفسهم، والذين لا يتاح أو لا

يباح لهم الاختلاط بغيرهم من الأطفال ينشأون وهم أكثر خجلاً من غيرهم من الأطفال. وعلاج الخجل هو أن لا يعطى الطفل حماية أكثر من اللازم من والديه، وأن يشجع على الاختلاط واللعب مع غيره من الأطفال، وأن يعطى أيضاً قدراً أكبر من الحب والتشجيع وفرص الاعتماد على النفس. ومن الخطأ البالغ لوم الطفل الخجول أو الحديث عن خجله للآخرين أمامه، لأن هذه الأمور تزيد من انطوائية الطفل ومن شعوره بالخجل.

ثالث عشر: الغيرة

الغيرة هي شيء طبيعي في الأطفال، وقد تكون شديدة عن البعض وقد تكون قليلة عند آخرين، وهي تحدث غالباً عندما يجيء للعائلة طفل جديد يستقطب انتباه العائلة ومحبة ودلال الوالدين ويحرم الطفل الأكبر سناً من هذه الأشياء التي كان يتمتع بها من قبل، وفي هذه الحالة يشعر الطفل الكبير أن أخاه الصغير قد سلب منه دلال أبويه وانتباه الزائرين وعنايتهم به فيحس بعدم الأمان وبالغيرة من المولود الجديد. ويزيد شعوره هذا إذا لم تكن تصرفات الأهل عادلة حكيمة فأصبحوا يقدمون الهدايا والألعاب إلى الطفل الصغير دون أن يناله هو شيئاً منها، أو إذا نقل من مكان نومه ليحل محله فيه أخوه الصغير، وإذا ابتداء الصغير يختطف ألعابه ويجد مناصرة له في ذلك من الوالدين. ويزيد هذا الشعور إذا اقترب الأهل أو الزوار غلطة المفاضلة بين الكبير والصغير أو بين الطفل وبين طفل آخر. ويقوى الشعور بالغيرة أيضاً إذا طلب الأهل من الطفل الكبير أن لا يلمس أخاه الصغير وأن لا يؤذيه، ويقترف الطفلان نفس الذنب فيعاقب الكبير ويغفر للصغير، وكلما زاد الفرق بين عمر الطفلين تقل الغيرة بينهما، وهي أكثر بين التوائم منها بين غيرهم من الأطفال. وقد تأخذ الغيرة مظهر النكوص إلى مرحلة سابقة من النمو فيعود الطفل إلى التبول في

فراشه بعد أن يكون قد ترك هذه العادة، ويرجع إلى طريقة الكلام الطفولية، ويعود إلى الاعتماد على والدته بعد أن يكون قد أخذ طريقه إلى الاستقلال عنها في كثير من الأمور، فيطلب إليها مثلاً أن تحمله وتطعمه. كما أن سلبية الطفل قد تزيد فيصبح قاسياً ومشاكساً وأنانياً ومحباً للتخريب، وشدة الأبوين وتوتر أعصاب الأم وكل ما يقلل السعادة في محيط الطفل يزيد من شعوره بالغيرة لأنه يزيد من شعوره بعدم الأمان. وأول ما يجب عمله لمعالجة الغيرة هو أن يدرك الأبوان أنها شيء طبيعي، وأن يتفهموا أسبابها وطبيعتها ومظاهرها، وأن يجروا أقل ما يمكن من التغييرات في حياة الطفل الكبير عندما يولد أخوه الصغير وأن يستمروا في إعطاء الطفل الكبير قدراً كافياً من الاهتمام والمحبة، وأن يتقنوا جميع الأسباب التي تزيد الغيرة بين الأطفال كالمفاضلة بينهما ومحابة أحدهما على حساب الآخر. وقد يساعد في زوال الغيرة بين الطفل الكبير والطفل الصغير أن تطلب الأم من الكبير أن يساعد في العناية بأخيه الصغير في الأمور الصغيرة التي يستطيعها.

رابع عشر: السرقة

عندما يسرق طفل أو بالغ فإن ذلك يصيب الوالدين بالقلق. وينصب قلقهم على السبب الذي جعل ابنهم يسرق ويتساءلون هل ابنهم أو ابنتهم "إنسان غير سوي".

ومن الطبيعي لأي طفل صغير أن يأخذ الشيء الذي يشد انتباهه... وينبغي ألا يؤخذ هذا السلوك على أنه سرقة حتى يكبر الطفل الصغير، ويصل ما بين الثالثة حتى الخامسة من عمره حتى يفهموا أن أخذ شيء ما مملوك للغير أمر خطأ. وينبغي على الوالدين أن يعلموا أطفالهم حقوق الملكية لأنفسهم وللآخرين. والأباء في هذه الحالة يجب أن يكونوا قدوة أمام ابنائهم... فإذا أتيت إلى البيت

بأدوات مكتبية أو أقلام المكتب أو أى شىء يخص العمل أو استفدت من خطأ الآلة الحاسبة في السوق، فدروسك في الأمانة لأطفالك ستكون من الصعب عليهم أن يدركوها.

ولذلك فإن السرقة عند الأطفال لها دوافع كثيرة ومختلفة ويجب لذلك أن نفهم الدوافع في كل حالة وأن نفهم الغاية التي تحققها السرقة في حياة كل طفل حتى نستطيع أن نجد الحل لتلك المشكلة.

ويلجأ بعض الأطفال الكبار أو المراهقين إلى السرقة لعدة أسباب على الرغم من علمهم بأن السرقة خطأ:

1. فقد يسرق الصغير بسبب الإحساس بالحرمان كأن يسرق الطعام لأنه يشتهي نوعاً من الأكل لأنه جائع

2. وقد يسرق لعب غيره لأنه محروم منها أو قد يسرق النقود لشراء هذه الأشياء

3. وقد يسرق الطفل تقليداً لبعض الزملاء في المدرسة بدون أن يفهم عاقبة ما يفعل... أو لأنه نشأ في بيئة إجرامية عودته على السرقة والاعتداء على ملكية الغير وتشعره السرقة بنوع من القوة والانتصار وتقدير الذات... وهذا السلوك ينطوي على سلوك إجرامى في الكبر لأن البيئة أصلاً بيئة غير سوية

4. كذلك فقد يسرق الصغير لكي يتساوى مع أخيه أو أخته الأكبر منه سناً إذا أحس أن نصيبه من الحياة أقل منهما.

5. وفي بعض الأحيان، يسرق الطفل ليظهر شجاعته للأصدقاء، أو ليقدم هدية إلى أسرته أو لأصدقائه، أو لكي يكون أكثر قبولا لدى أصدقائه.

6. وقد يبدأ الأطفال في السرقة بدافع الخوف من عدم القدرة على الاستقلال، فهم لا يريدون الاعتماد على أي شخص، لذا يلجئون إلى أخذ ما يريدونه عن طريق السرقة.

7. كذلك قد يسرق الطفل بسبب وجود مرض نفسي أو عقلي أو بسبب كونه يعاني من الضعف العقلي وانخفاض الذكاء مما يجعله سهل الوقوع تحت سيطرة أولاد اكبر منه قد يوجهونه نحو السرقة

وينبغي على الآباء أن يدركوا سبب سرقة الطفل... هل الطفل سرق بدافع الحاجة لمزيد من الاهتمام والرعاية؟ وفي هذه الحالة، قد يعبر الطفل على غضبه أو يحاول أن يتساوى مع والديه... وقد يصبح المسروق بديلاً للحب والعاطفة. وهنا ينبغي على الوالدين أن يبذلوا جهدهم لإعطاء مزيد من الاهتمام للطفل على اعتبار أنه عضو مهم في الأسرة.

فإذا أخذ الوالدان الإجراءات التربوية السليمة، فإن السرقة سوف تتوقف في أغلب الحالات عندما يكبر الطفل. وينصح أطباء الأطفال بأن يقوم الوالدان بما يلي عند اكتشافهم لجوء ابنهم إلى السرقة:

1. إخبار الطفل بأن السرقة سلوك خاطئ.
2. مساعدة الصغير على دفع أو رد المسروقات.
3. التأكد من أن الطفل لا يستفيد من السرقة بأي طريقة من الطرق.
4. تجنب إعطائه دروساً تظهر له المستقبل الأسود الذي سينتظره إذا استمر على حاله، أو قولهم له أنك الآن شخص سيئ أو لص.
5. توضيح أن هذا السلوك غير مقبول بالمرّة داخل أعراف وتقاليد الأسرة والمجتمع والدين.

وعند قيام الطفل بدفع أو إرجاع المسروقات، فلا ينبغي على الوالدين إثارة الموضوع مرة أخرى، وذلك من أجل مساعدة الطفل على بدء صفحة جديدة. فإذا كانت السرقة متواصلة وصاحبها مشاكل في السلوك أو أعراض انحراف فإن السرقة في هذه الحالة علامة على وجود مشاكل أكبر خطورة في النمو العاطفي للطفل أو دليل على وجود مشاكل أسرية.

كما أن الأطفال الذين يعتادون السرقة يكون لديهم صعوبة في الثقة بالآخرين وعمل علاقات وثيقة معهم. وبدلاً من إظهار الندم على هذا السلوك المنحرف فإنهم يلقون باللوم في سلوكهم هذا على الآخرين ويجادلون بالقول "لأنهم لم يعطوني ما أريد واحتاج...فانني سوف أخذه بنفسى". لذلك يجب عرض هؤلاء الأطفال على الأخصائيين والأطباء النفسيين المتخصصين في مشاكل الطفولة.

وعند عرض هؤلاء الأطفال على الطبيب النفسي يجب عمل تقييم لفهم الأسباب التي تؤدي لهذا السلوك المنحرف من أجل عمل خطة علاجية متكاملة. ومن العوامل الهامة في العلاج هو تعليم هذا الطفل كيف ينشأ علاقة صداقة مع الآخرين. كذلك يجب مساعدة الأسرة في تدعيم الطفل في التغيير للوصول إلى السلوك السوي في مراحل نموه المختلفة.

ولعلاج السرقة عند الأطفال ينبغي عمل الآتي:

1. يجب أولاً أن توفر الضروريات اللازمة للطفل من مأكّل وملبس مناسب لسنه
2. كذلك مساعدة الطفل على الشعور بالاندماج في جماعات سوية بعيدة عن الانحراف في المدرسة والنادي وفي المنزل والمجتمع بوجه عام
3. أن يعيش الأبناء في وسط عائلي يتمتع بالدفع العاطفي بين الآباء والأبناء

4. يجب أن نحترم ملكية الطفل و نعوّده على احترام ملكية الآخرين وأن ندرّبه على ذلك منذ الصغر مع مداومة التوجيه والإشراف.
5. كذلك يجب عدم الإلحاح على الطفل للاعتراف بأنه سرق لأن ذلك يدفعه إلى الكذب فيتمادى فى سلوك السرقة والكذب.
6. ضرورة توافر القدوة الحسنة فى سلوك الكبار واتجاهاتهم الموجهة نحو الأمانة.
7. توضيح مساوئ السرقة، وأضرارها على الفرد والمجتمع، فهى جرم دينى وذنب اجتماعى، وتبصير الطفل بقواعد الأخلاق والتقاليد الاجتماعية.
8. تعويد الطفل على عدم الغش فى الامتحانات والعمل ... الخ.

خامس عشر: الكذب

يولد الأطفال على الفطرة النقية ويتعلمون الصدق والأمانة شيئاً فشيئاً من البيئة إذا كان المحيطون بهم يراعون الصدق فى أقوالهم ووعودهم... ولكن إذا نشأ الطفل فى بيئة تتصف بالخداع وعدم المصارحة والتشكك فى صدق الآخرين فاعلم أنه سيتعلم نفس الاتجاهات السلوكية فى مواجهة الحياة وتحقيق أهدافه، والطفل الذى يعيش فى وسط لا يساعد فى توجيه اتجاهات الصدق والتدرب عليه، فإنه يسهل عليه الكذب خصوصاً إذا كان يتمتع بالقدرة الكلامية ولباقة اللسان وإذا كان أيضاً خصب الخيال... فكلما الاستعدادين مع تقليده لمن حوله ممن لا يقولون الصدق ويلجئون إلى الكذب وانتحال المعاذير الواهية ويدربانه على الكذب من طفولته فإن الكذب يصبح مألوفاً عنده. وعلى هذا الأساس فإن الكذب صفة أو سلوك مكتسب نتعلمه وليس صفة فطرية أو سلوك موروث... والكذب عادة عرض ظاهرى لدوافع وقوى نفسية تحدث للفرد

سواء أكان طفلاً أو بالغاً. وقد يظهر الكذب بجانب الأعراض الأخرى كالسرقة أو الحساسية والعصبية أو الخوف.

وقد يلجأ بعض الآباء إلى وضع أبنائهم في مواقف يضطرون فيها إلى الكذب وهذا أمر لا يتفق مع التربية السليمة كأن يطلب الأب من الابن أن يجيب السائل عن أبيه كذبا بأنه غير موجود... فإن الطفل في هذه المواقف يشعر بأنه أرغم فعلا على الكذب ودرب على أن الكذب أمر مقبول كما يشعر بالظلم على عقابه عندما يكذب هو في أمر من أموره كما يشعر بقسوة الأهل الذين يسمحون لأنفسهم بسلوك لا يسمحون له به.

ولكي نعالج كذب الطفل يجب دراسة كل حالة على حدة وبحث الباعث الحقيقي إلى الكذب وهل هو كذب بقصد الظهور بمظهر لائق وتغطية الشعور بالنقص أو أن الكذب بسبب خيال الطفل أو عدم قدرته على تذكر الأحداث. والبيت مسئول عن تعليم أولادهم الأمانة أو الخيانة. وغالبا ما يقلق الوالدين عندما يكذب طفلهم أو ابنهم المراهق.

وهناك أنواع من الكذب منها:

1- الكذب الخيالي

حيث يلجأ الأطفال الصغار (من سن 4 إلى 5 سنين) إلى اختلاق القصص وسرد حكايات كاذبة. وهذا سلوك طبيعي لأنهم يستمتعون بالحكايات واختلاق القصص من أجل المتعة لأن هؤلاء الأطفال يجهلون الفرق بين الحقيقة والخيال.

2- كذب الدفاع عن النفس

وقد يلجأ الطفل الكبير أو المراهق إلى اختلاق بعض الأكاذيب لحماية نفسه من أجل تجنب فعل شيء معين أو إنكار مسؤوليته عن حدوث أمر ما. وهنا

ينبغي أن يرد الآباء على هذه الحالات الفردية للكذب بالتحدث مع صغارهم حول أهمية الصدق والأمانة والثقة.

3- الكذب الاجتماعي

وقد يكتشف بعض المراهقين أن الكذب من الممكن أن يكون مقبولا في بعض المواقف مثل عدم الإفصاح للزملاء عن الأسباب الحقيقية لقطع العلاقة بينهم لأنهم لا يريدون أن يجرحوا شعورهم. وقد يلجأ بعض المراهقين إلى الكذب لحماية أمورهم الخاصة أو لإشعار أنفسهم بأنهم مستقلون عن والديهم (مثل كتمان أمر هروبهم من المدرسة مع أصدقائهم في أوقات الدراسة).

4- كذب المبالغة

وقد يلجأ بعض الأطفال ممن يدركون الفرق بين الصراحة والكذب إلى سرد قصص طويلة قد تبدو صادقة. وعادة ما يقول الأطفال أو المراهقون هذه القصص بحماس لأنهم يتلقون قدرا كبيرا من الانتباه أثناء سردهم تلك الحكايات.

وهناك البعض الآخر من الأطفال أو المراهقين ممن يكونون على قدر من المسؤولية والفهم وبالرغم من ذلك يكونون عرضة للكذب المستمر... فهم يشعرون أن الكذب هو أسهل الطرق للتعامل مع مطالب الآباء والمدرسين والأصدقاء. وهؤلاء عادة لا يحاولون أن يكونوا سيئين أو مؤذيين، لكن النمط المتكرر للكذب يصبح عادة سيئة لديهم.

5- الكذب المرضي

كما أن هناك أيضا بعض الأطفال والمراهقين الذين لا يكثرثون بالكذب أو استغلال الآخرين. وقد يلجأ البعض منهم إلى الكذب للتغيتيم على مشكلة أخرى

أكثر خطورة... على سبيل المثال يحاول المراهق الذي يتعاطى المخدرات والكحوليات إلى إخفاء الأماكن التي ذهب إليها، والأشخاص الذين كان معهم، والمخدرات التي تعاطاها، والوجه الذي أنفق فيه نقوده.

6- الكذب الانتقامي

فقد يكذب الطفل لإسقاط اللوم على شخص ما يكرهه أو يغار منه وهو من أكثر أنواع الكذب خطرا على الصحة النفسية وعلى كيان المجتمع ومثله وقيمه ومبادئه، ذلك لان الكذب الناتج عن الكراهية والحقد هو كذب مع سبق الإصرار، ويحتاج من الطفل إلى تفكير وتدبير مسبق بقصد إلحاق الضرر والأذى بمن يكرهه ويكون هذا السلوك عادة مصحوبا بالتوتر النفسي والألم.

وقد يحدث هذا النوع من الكذب بين الاخوة في الأسرة بسبب التفرقة في المعاملة بين الاخوة، فالطفل الذي يشعر بان له أخا مفضلا عند والديه، وانه هو منبوذ أو اقل منه، قد يلجأ فيتهمه باتهامات يترتب عليها عقابه أو سوء معاملته... كما يحدث هذا بين التلاميذ في المدارس نتيجة الغيرة لأسباب مختلفة.

ماذا تفعل عندما يكذب الطفل أو المراهق:

- يجب على الآباء أن يقوموا بالدور الأكبر في معالجة أطفالهم. فعندما يكذب الطفل أو المراهق، ينبغي على والديه أن يكون لديهم الوقت الكافي لمناقشة هذا الموضوع مع أبنائهم وأجراء حديث صريح معهم لمناقشة:

- الفرق بين الكذب وقول الصدق.
- أهمية الأمانة في المعاملات في البيت والمجتمع.
- بدائل الكذب

- كذلك من المهم أن نتعرف عما إذا كان الكذب عارضا أم عادة عند الطفل وهل هو بسبب الانتقام من الغير أو أنه دافع لاشعورى مرضى عند الطفل وكذلك فإن عمر الطفل مهم فى بحث الحالة حيث أن الكذب قبل سن الرابعة لا يعتبر مرضا ولكن علينا توجيهه حتى يفرق بين الواقع والخيال، أما إذا كان عمر الطفل بعد الرابعة فيجب أن تحدثه عن أهمية الصدق ولكن بروح من المحبة والعطف دون تأنيب أو قسوة كما يجب أن تكون على درجة من التسامح والمرونة ويجب أن تذكر الطفل دائما بأنه قد أصبح كبيرا ويستطيع التمييز بين الواقع والخيال.
- كما يجب أن يكون الآباء خير مثل يحتذى به الطفل فيقولون الصدق ويعملون معه بمقتضاه حتى يصبحوا قدوة صالحة للأبناء. وجدير بنا ألا نكذب على أطفالنا بحجة إسكاتهم من بكاء أو ترغيبهم فى أمر من الأمور فإننا بذلك نعودهم على الكذب... وعن النبى (ص) انه قال " من قال لصبى هاك (أى اقبل وخذ شيئا) ثم لم يعطه فهى كذبة "
- كذلك يجب عدم عقاب الطفل على كل خطأ يرتكبه مثل تأخر عودته من المدرسة أو زيارة لصديق بدون إذن أو القيام بعمل بدون علم والديه فانه سيضطر للكذب هروبا من العقاب، وليكن فى كلامنا لأطفالنا التوجيه والنصيحة، ولكن قد نلجأ إلى العقاب أحيانا.
- إثابة الطفل على صدقه فى بعض المواقف فذلك سيعطيه دافعا إلى أن يكون صادقا دائما، وإشعاره بثقتنا فى كلامه، واحترامنا وتقديرنا له.
- أن نقص لأطفالنا قصصا تعطى القدوة، وهناك قصصا عن صحابة رسول الله (ص) كثيرة، وأدبنا العربى غنى بمثل هذه القصص.
- أن يكون لنا دور فى اختيار أصدقاء أطفالنا من خلال معرفتنا بأهلهم ومعرفة انهم على خلق كريم، فصديق السوء قد يدفع بصاحبه ليس إلى الكذب فقط إنما إلى تصرفات كثيرة مرفوضة.

وأخيراً إذا اعتاد الطفل على الكذب كنمط مستمر في سلوكه وأقواله فيجب حينئذ طلب الحصول على مساعدة متخصصة من طبيب نفسى. إن استشارة الطبيب النفسى المتخصص سوف يساعد الأبناء على فهم أسباب هذا السلوك المرضى وعلى وضع التوصيات المناسبة للتعامل مع هذه المشكلة فى المستقبل.

سادس عشر: الغضب

من المظاهر الانفعالية الشائعة عند الأطفال نوبات الغضب، ويؤكد الأطباء النفسيون أن هذه النوبات شيء عام وطبيعى عند جميع الأطفال بغض النظر عن الثقافة التى يعيشون فيها ولا تعتبر هذه النوبات ذات صبغة مرضية إلا حينما تكون عنيفة جداً ومتكررة بشكل زائد وتأخذ فترة طويلة نسبياً.

ولا علاقة لنوبات الغضب عند الأطفال " بسوء السلوك "، وليس لها إلا القليل من العلاقة مع " اضطراب المزاج " بالمعنى المفهوم. إن نوبة الغضب الحقيقية هى عبارة عن انفجار عاطفى ينتج عن خيبة أمل عارمة للطفل... وهى بهذه الصورة خارج نطاق تحكم الطفل فى نفسه. وإذا كانت هذه النوبات تغيظك، وتسبب لك الضيق والإحراج فأنها كذلك مخيفة جداً بالنسبة للطفل.

الدوافع ونوبات الغضب

كل طفل يولد وفى داخله حافز ذاتى ودائم يدفعه ليتعلم، ويمارس وينجح فى آلاف المهام الصغيرة التى تساهم فى نموه. فعندما يصل الطفل إلى سن دخول المدرسة، فستحاول الأسرة والمدرسة دفعه إلى تعلم لغة أجنبية مثلاً... ولكن لا يحتاج الطفل إلى من يحفز له ليتعلم المشي... إنه يفعل ذلك من تلقاء نفسه حالما يصبح مهياً لذلك جسمانياً ونفسياً. وعندما يبدأ الطفل فى محاولات المشي، فإنه يستمر فيها دون كلل أو ملل حتى يحقق النجاح.

وفى حين أن كل طفل يولد بهذا الحافز الذى يدفعه إلى التعلم فإن الأطفال يختلفون من حيث سرعة الغضب الذى يملكهم حين يفشلون فى الاستجابة لهذا الحافز، ومدى عنف رد الفعل الناتج عن ذلك الفشل. فمن الأطفال من يستمر فى صبر ودأب فى محاولة حل مشكلة ما، ومنهم من يستسلم للفشل بسرعة... ومن الأطفال من يعترف فيما بعد بفشله وينتقل بلباقة وهدوء إلى القيام بعمل آخر، ومنهم من يتأثر كثيراً بالفشل الذى يدفعه لأن يعبر عن ذلك بصرخة أو نوبة غضب.

وبالطبع فإن خيبة أمل الطفل وقوة احتماله تختلفان من يوم إلى يوم، ومن مرحلة إلى أخرى. ومما يجدر بنا أن نتذكره هو أن الطفل الذى أصيب بالإحباط، وانطلق بالصراخ نتيجة لما أصابه، إنما يفعل ذلك لأنه يحاول، والمحاولة هى طريقه إلى التعلم.

أسباب نوبات الغضب:

يصاب الأطفال بخيبة الأمل حين يتطلعون للقيام بأعمال لا يستطيعون أداءها وتثير هذه الأشياء شعورهم بالإحباط لأنها لا تتم كما يودون. كما أن الآباء يثبطون عزم أبنائهم لأنهم يحاولون عادة ممارسة بسط نوع من التحكم الكامل عليهم، وهو أمر يتعارض مع إحساس الطفل بضرورة نيله الاستقلال الذاتى. وهذه مرحلة تبدأ عادة بعد سن الثانية، وتكتنفها نزعات كثيرة فى داخل الطفل لأنه يقع فى تناقص بين النزعة إلى الاستقلال، وحاجته إلى المساعدة من أمه.

وأى محاولة تبذلها الأم فى هذه المرحلة للتحكم بشكل مباشر فى تصرفات الطفل، تقود إلى نوبات الغضب... فمن المحتمل أن يقاوم الطفل فى هذه المرحلة محاولة أمه إلباسه ملابس معينة أو إجباره على تناول طعام معين، أو حمله على

الذهاب إلى فراش نومه إذا لم يكن يرغب فى ذلك... وإذا شعر الطفل بأن أمه تستخدم قوتها، أو ذكاءها لتهمزه، فإنه سيثور وتنتابه نوبة من الغضب.

تفادى نوبات الغضب

لا تستطيع الأم تفادى نوبات الغضب عند الأطفال، وذلك لأن مدى خيبة أمل الطفل تكون خارج نطاق سيطرتها. أما إذا كان طفلك من النوع الهادئ، ويملك القدرة على احتمال ما يسبب له الإحباط... عندئذ ففى وسعك أن تبقى نوبات الغضب لديه فى أدنى مستوى لها بتدريب نفسك على التعامل مع تلك الصعوبات التى ترافق نمو طفلك من رضيع إلى مرحلة الطفولة، وتعلمك السلوك بلباقة ومهارة فى الأوقات التى تتحسسين فيها شيئاً من الخطر الذى يهدد الطفل. ويجب على الأم أن تحاول إشعار الطفل بأنه يتحكم فى أموره كما أن من حقه أن يختار الطعام الذى يريد أن يأكله.

وعلى الأم أن لا تحاول إعطاء أوامر مطلقة لا مجال للتراجع عنها، لأن مثل هذه الأوامر لا تنتج إلا المشاكل... ويجب ترك منفذ للطفل لكى يهرب منه من تنفيذ الأمر، دون أن يجرح كرامته. ويعنى ذلك، غالباً، إيجاد عذر يبرر موقف الطفل، أو يصرف نظره إلى موضوع آخر.

ويجب على الأم أن تعامل الطفل باحترام تماماً كما تعامل الشخص الراشد... فإذا لمس شيئاً ليس من المفروض أن يلمسه لا ينتهر ولا يزجر، ولكن يلفت انتباهه برفق إلى عدم الإضرار بما يلمس أو عدم تعريض نفسه للأذى وإذا فشل الطفل فى القيام بعمل ما فلا يجب أن تندفع الأم فى غضب محاولة عمله بدلاً عنه... ومن الممكن أن تربه برفق كيف يقوم به بنفسه.

شكل وتكرار نوبات الغضب

تتخذ نوبات الغضب أشكالاً عدة ... فبعض الأطفال يندفعون بهياج ويجرون من مكان إلى آخر، وهم يصرخون ويصطدمون بأثاث المنزل... والبعض الآخر يلقون بأنفسهم على الأرض، ويتقلبون... ويستخدم آخرون أى أداة تقع فى أيديهم لضرب الأشياء الواقعة فى متناول أيديهم، ويضربون رؤوسهم بالحوائط إذا لم يكن هناك من بديل يضربونه. ومهما يكن الشكل الذى تأخذه موجة الغضب، فعلى الأم أن تدرك أنها ظاهرة طبيعية عادية. فقد أوضحت الدراسات العلمية أن 60% من الأولاد، و40% من البنات يصابون بنوبات الغضب عندما تبلغ أعمارهم واحداً وعشرين شهراً. كما أوضحت تلك الدراسات أيضاً أن 14% من الأطفال يصابون بنوبات غضب كثيرة عندما يبلغون من العمر سنة واحدة، فى حين أن 50% منهم يصابون بنوبة كبيرة كل أسبوعين على الأقل.

التغلب على نوبات الغضب

أن الطفل الذى يصاب بنوبات غضب يفقد الصلة بينه وبين عالم الوعي. لذلك فأن محاولة زجره وأمره بالكف عما يفعل، لا تسمع ولن يستجاب لها. والطفل الذى يصاب بنوبة الغضب يعتريه الفزع ولكنه يتعلم على مر السنين أن لا خطر عليه من نوبة الغضب التى تعتريه. وواجب الأم أن تتأكد من أن الطفل لن يؤذي نفسه بسبب نوبة الغضب التى يتعرض لها.

ويجب أن لا يترك للطفل المجال لى يؤذي نفسه أو غيره، أو أن يحطم شيئاً ... لأنه أن فعل واكتشف ذلك فيما بعد، سيشعر بأنه فقد السيطرة على نفسه، وأنت أيضاً كذلك. وإذا كان الطفل صغيراً فبإمكان أمه أن تستخدم

قوتها لإمساكه ومنعه من الحركة فى أثناء هياجه. وسرعان ما تنتهى نوبة الغضب. ويتحول الصراخ إلى نسيج، ثم يشعر الطفل أنه قريب من أمه لصيق بها فيشعر بالراحة بعد أن يكتشف أن ثورته لم تبدل شيئاً.

وإذا كان الطفل كبيراً، ولا يسمح وزنه لأمه بالإمساك به، فلتحاول بشتى الوسائل منعه من إلحاق الأذى بنفسه، أو بغيره.

وعلى الأم أن تحاول عدم مقابلة الغضب بالغضب. وهذه مسألة صعبة يسهل الكلام عنها أكثر من تطبيقها، لأن الشعور بالغضب شديد العدوى. إذ أن الكثيرين من الأمهات والآباء يفقدون أعصابهم ويصيحون فى وجه الأبناء فى أثناء نوبات الغضب. فقد أترف عدد كبير من الأمهات أنهن عاملن الغضب عند أولادهن بالمثل، وعاقبن الأطفال بشدة بسبب نوبات الغضب التى أصابتهم. لذلك يجب على الأم عدم معاقبة طفلها فى أثناء فترة الغضب، لأنه لن يكون لمثل ذلك العقاب أى أثر. أنه فقط سيزيد من شعور الطفل بأن العالم مكان غاضب، وخطير، وأنه هو أحد أكثر سكان العالم غضباً وخطورة

والحقيقة الهامة أن العقاب البدنى كثيرا ما يؤدى إلى نتائج عكسية بل إن أى محاولة لإسكات الطفل أو حرمانه التعبير أثناء النوبة لا يفيد بل قد يضر على المدى البعيد وقد يطيل مدى النوبة، ذلك أن الطفل أثناء النوبة لا يكون مستعداً للاقتناع ولا للاستماع... وأن الصراخ فى وجه الطفل أو ضربه بغرض إسكاته إنما يعطيه نموذجاً يحتذى به فى المواقف العصبية أو مواقف الإحباط وهو استخدام النموذج العدوانى.

وإذا شعرت الأم بأنها ستفقد أعصابها أمام نوبة غضب طفلها، فلتنسحب ريثما تنتهى نوبة الغضب... إن احتمال إيذاء الطفل لنفسه ربما يكون أقل من إيذاء الأم له إذا ما فقدت أعصابها تماماً.

ولا يجب بحال من الأحوال أن تسمح الأم لنوبات غضب الطفل أن تؤثر على سلوكها نحوه. ولا يجب أن يشعر الطفل بأنه استطاع أن يستغل نوبة غضبه لتحقيق أغراضه.

وأخيرا إليك بعض النصائح الهامة للتغلب على نوبات الغضب في

الطفولة:

1. كن هادئا.. ولا تغضب.. وإذا كنت في مكان عام لا تخجل.. وتذكر أن كل الناس عندهم أطفال وقد تحدث لهم مثل هذه الأمور.
2. ركز على الرسالة التي تحاول أن توصلها إلى طفلك.. وهي أن صراخه لا يثير أي اهتمام أو غضب بالنسبة لك، وأنه لن يحصل على طلبه بهذا الصراخ.
3. تذكر.. لا تغضب و لا تدخل في حوار مع طفلك حول موضوع صراخه.
4. تجاهل الصراخ بصورة تامة.. و حاول أن تريه انك متشاغل في شئ آخر، وانك لا تسمعه... لأنك لو قمت بالصراخ في وجهه فأنت بذلك تكون قد أعطيته اهتمام لتصرفه ذلك، ولو أعطيته ما يريد فانك بذلك تكون قد علمته أن كل ما عليه فعله هو إعادة التصرف السابق عندما يرغب في أى شئ ممنوع.
5. إذا توقف الطفل عن الصراخ وهذا.. اغتنم الفرصة وأعطه اهتمامك واطهر له انك سعيد جدا لأنه لا يصرخ.. و اشرح له كيف يجب أن يتصرف ليحصل على ما يريد... مثلا أن يأكل غذاءه أولا ثم الحلوى أو أن السيبب الذي منعك من عدم تحقيق طلبه هو أن ما يطلبه خطير لا يصح للأطفال.

6. إذا كنت ضعيفا أمام نوبة الغضب أمام الناس فتجنب اصطحابه إلى السوبر ماركت أو السوق أو المطعم حتى تنتهي فترة التدريب ويصبح أكثر هدوء.

7. ومن المفيد عندما تشعر أن الطفل سيصاب بنوبة الغضب قبل أن يدخل في البكاء حاول لفت انتباهه على شيء مثير في الطريق... مثل إشارة مرور حمراء.. صورة مضحكة.. أو لعبة مفضلة.

سابع عشر: العناد Opposition

العناد هو الرفض وعدم الامتثال لما يُطلب من الشخص. ويعد العناد سلوك طبيعي في مرحلة الاستقلال، وهي من العام الثاني والثالث هي مرحلة (ذو العامين المزعج)، وكذلك في بداية مرحلة المراهقة هناك ما يسمى بالمراهق المحتج أو الرفض.

ويظهر عناده في صورة الجدل والنقاش الذي لا ينتهي أو رفض الأوامر التي توجه إليه من الكبار، وكذلك عدم طاعته للقوانين في البيت أو المدرسة.

وأحياناً يزداد العناد في شدته، وتطول مدته ويؤثر على أداء الشخص الطبيعي لوظيفته، وحينئذ يعد اضطراباً نفسياً، يسمى اضطراب العناد الشارد Oppositional Defiant Disorder ويتميز بأنه نمط من السلبيّة ولعدائيّة والسلوك الشارد الذي غالباً ما يتوجه ضد الوالدين أو المدرسين.

يتسم الأطفال المصابون بهذا الاضطراب بأنهم غالباً مجادلين للكبار وكثيراً ما يفقدون هدوءهم ويغضبون ويرفضون ويتضايقون بسهولة من الآخرين، بل ويتحدون قواعد الكبار ويرفضون أوامرهم ويستفزون الآخرين بتعمد.

تتفاوت ملامح هذا الاضطراب الى حد بعيد، فقد تظهر في البيت وتختفي في المدرسة أو مع البالغين الآخرين أو مع الرفاق.

اعراض هذا الاضطراب أكثر بروزا في التعامل مع البالغين أو الرفاق الذين يعرفهم الطفل جيدا، وهم لا يظهرون علامات الاضطراب اثناء فحصهم اكلينيكيًا؟

أهم ملامح هذا الاضطراب

هو نمط السلبية والعدائية والتمرد ضد الوالدين ومن في مقامهم من الراشدين دون انتهاكات خطيرة لحقوق الآخرين. ويظهر ذلك في جدال الكبار بعدائية واستفزاز متعمد مع سرعة الاستثارة.

يصاحب هذه الصورة اعراض من نقص اعتبار الذات، وعدم تحمل الاحباط والانفجارات المزاجية، وقد يسرف في تعاطي المواد ذات المفعول النفسي مثل الحشيش والكحول كما يتعاطى التبغ وهو مايزال طفلا، إضافة الى اعراض اضطراب نقص الانتباه المفرط الحركة.

بدء الاضطراب ومساره ومضاعفاته

يبدأ الاضطراب في الطفولة المبكرة ولكن لم يتم التعرف الا في سن الثامنة، وعادة لا يتأخر ظهوره بعد المراهقة المبكرة، ولكن في عديد من الحالات يتحول الى اضطراب سلوك أو اضطراب وجدان، وقد يسبب إعاقة شديدة داخل البيت أو خارجه لسوء علاقاته بالآخرين.

ويشخص اضطراب العناد من خلال اخذ لتاريخ المرضي والتطوري والفحص النفسي، ومقارنة سلوك الطفل بسلوك من هو في مثل عمره العقلي، ويشخص بالدلالات التالية:

1. يظل الاضطراب لمدة ستي أشهر على الأقل ساد خلالها على الأقل خمس مما يلي:

- غالبا يفتق مزاجه
- غالبا مجادل للكبار
- يتحدى أوامر الآخرين ويرفضها غالبا
- يغلب في تصرفاته فعل الأشياء التي تضايق الآخرين عن عمد
- غالبا يلوم الآخرين على أخطائه هو
- غالبا يستفز الآخرين ويضايقهم
- كثيرا ما يغضب ويعاند
- غالبا حقود محب للانتقام
- كثيرا ما يحلف أو يستخدم ألفاظاً سوقية

2. أن الاضطراب يسبب خللاً إكلينيكيًا واضحًا اجتماعيًا أو دراسيًا أو وظيفيًا.

3. أن لا يحدث الاضطراب خلال مسار اضطراب ذهاني أو اضطراب وجدان.

4. أن لا تتفق هذه المواصفات مع مواصفات اضطراب السلوك، وإذا بلغ الشخص الثامنة عشرة من عمرة فإن مواصفاتها لا تتفق مع اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع.

يتميز اضطراب العناد الشارد حسب درجة شدته إلى:

1. **خفيف:** إذ تكون الاعراض قليلة تفي بالتشخيص ، والاعاقة الناشئة عن الاضطراب طفيفة.

2. **متوسط:** وهو الوسط بين الشديد والخفيف من حيث الاضطراب والاعاقة.

3. **شديد:** إذ توجد أعراض عديدة والاعاقة مشوهة لأدائه الاجتماعي والمدرسي مع الرفاق والكبار.

ويلزم تمييز اضطراب العناد مما يلي:

▪ **اضطراب السلوك:** كثيرا ما يوجد مصاحبا لاضطراب العناد ولكن فيه انتهاك لحقوق الآخرين.

▪ **اضراب ذهاني:** قد تلاحظ فيه أعراض العناد خاصة في المرحلة المنذرة وتشخيص الاضطراب الذهاني يجب ان يلغي تشخيص اضطراب العناد.

▪ **دسثيميا Dysthymia:** وهو الاكتئاب الذي يوجد فيه ملامح اضطراب العناد.

انتشار اضطراب العناد

وجدت النسبة (16 - 22%) من الاطفال في سن المدرسة الابتدائية، وقد لوحظ ان هاکثر شيوعا لدى الذكور منه بين الاناث خاصة قبل البلوغ أما بعد البلوغ فيتساوى الجنسان في انتشار الاضطراب بينهما.

أما العناد المرضي فله اسباب أخرى:

▪ ان يكون العناد المبالغ فيه دفاع ضد الاعتماد الزائد على الام، إذ يحاول الطفل ان ينكر اعتماده بالعناد.

▪ وجود تهيئة تكوينية مزاجية مضطربة لدى هؤلاء الاطفال.

▪ وجود صدمات في الطفولة المتأخرة او اعاقات مزمنة مثل التخلف

العقلي تحبذ العناد لديهم كدافع ضد الشعور بالعجز والقلق ونقص اعتبار الذات.

- وجود صراعات لم تحل، كبقايا للمرحلة الشرجية من خلال رؤية المدرسة التحليلية.
- تدعيم سلوك العناد لدى الطفل بالاستجابة الفورية لمطالبه تحت التهديد، أو تعلم سلوك العناد من شخص أكبر منه للحصول على الانتباه الذي يرغبه من والديه.

العلاج

- يعالج هؤلاء الأطفال من خلال العلاج النفسي الفردي مع إكساب الوالدين مهارات التعامل مع الطفل العنيد.
- العناد يحدث طبيعياً في مرحلتين من النمو النفسي، إحداها المرحلة الشرجية (السنة الثانية من العمر).

ثامن عشر: اضطرابات فرط الحركة

- إن هذا المرض يتصف عند الأطفال بضعف القدرة على التركيز وانجذاب الطفل لأي مثير خارجي حوله ملهياً عن المثير السابق في فترة لا تتجاوز الثواني يصاحب هذا فرط في الحركة ونشاط زائد ، ويكون الطفل مندفعاً ، ومتسرعاً ، إلى درجة مرضية.
- وينتشر هذا المرض بين الأطفال في مختلف الطبقات الاجتماعية ومعدل انتشاره من 5 إلى 20% لدى أطفال المدارس الابتدائية ونسبة انتشاره لدى الذكور 3 أمثال انتشاره لدى الإناث.

وأوضحت بعض الدراسات أن من أسباب ظهور مرض فرط الحركة هو تعرض الأطفال لإصابات الدماغ، الرضوض، وهزات المخ البسيطة في سن مبكرة أو بعض الالتهابات بالمخ، أو التسمم، وخصوصاً بالرصاص الذي يكثر

في الأغذية المحفوظة. وقد أظهرت الأشعة المقطعية باستخدام النظائر المشعة والتي أجريت على عدد من الحالات أن الفص الأمامي به قصور بالدورة الدموية والتمثيل الغذائي وتفسير ذلك هو أن القصور يجعل عملية التثبيط (وهي من وظائف الفص الأمامي) غير سليمة، ولهذا يحدث عدم التثبيط وتظهر أعراض مرض فرط الحركة.. ومن الأسباب الأخرى وجود خلل في الموصلات العصبية المسؤولة عن مرض فرط الحركة وأهمها مجموعة الادريالين ومجموعة الدوبامين. وذكر أن المخ تمر به مراحل نمو سريعة في سن 3 إلى 10 أشهر ومن 2 إلى 4 سنوات ومن 10 إلى 12 سنة ووجدت بعض الدراسات من خلال رسم المخ للأطفال المصابين بفرط الحركة أنهم يعانون من تأخر نمو المخ خلال هذه الفترات.

ومن الأسباب الأخرى لهذا المرض الاضطرابات الأسرية وحرمان الطفل عاطفياً خصوصاً الذين يعيشون في الملاجئ، المؤسسات كما أن تعرض الطفل لأعباء، أو ضغوط جديدة مثل دخول المدرسة قد يؤدي إلى ظهور المرض. وتتمثل أعراض المرض في نقص الانتباه، وفرط الحركة، والاندفاعية، ويتمثل العلاج في إعطاء المريض مضادات الاكتئاب ثم العلاج السلوكي، والعلاج عن طريق اللعب، العلاج المعرفي السلوكي للمراهقين.

تاسع عشر: الانطوائية

إن إحدى المهمات الملقاة على عاتق المجتمع فيما يتعلق بمرحلة الطفولة هي الكشف والاستقصاء عن الأطفال الانطوائيين، وهذا الأمر يدخل ضمن نطاق الوقاية والصحة النفسية والاجتماعية، إذ أن إحدى دلائل الانطواء عند الطفل هي الابتعاد عن التفاعل والتعامل مع الأطفال الآخرين، فضلاً عن عدم الشعور بالمشاركة الجماعية مع أقرانه أثناء اللعب أو أداء الواجبات الجماعية في

المدرسة، وبالتالي فإن الكشف عن هذا الخلل التكيفي حاجة ملحة للتربويين من أجل المعالجة المبكرة له لكي لا يستفحل الأمر ويقود إلى ظهور أعراض مرضية قد تصعب من عملية معالجته وإزالة آثاره السلبية على الطفل والمجتمع الذي يعيش فيه، وإننا لا نستطيع أن نضمن نقل التربية بجميع مستوياتها أو أنواعها أو محتوياتها لمثل هؤلاء الأطفال إلا بعد معرفة العوائق التي قد تحد من عملية التعلم أو تحجم من دورها ومنها الانزواء بعيدا عن المجتمع الطفولي الذي يعيشون فيه سواء في الروضة أو المدرسة أو البيت لذا فإن الكشف عن السلوك الانطوائي للطفل يمكن أن يتم في الأسرة أولا من خلال ملاحظة الوالدين لسلوك أطفالهم، ومن ثم يمكن أخبار الإدارة المدرسية أو المرشد التربوي أو الطبيب النفسي إذا تطلب الأمر عن ذلك المظهر السلوكي غير الطبيعي، وبذلك تكون هذه أولى مراحل التشخيص السليم لوجود هذا الاضطراب السلوكي عند الطفل، وكلما كان هذا الأمر مبكرا كلما أصبحت هناك فرصة أفضل للتغلب على مشكلة الانطواء عند الطفل ومن ثم تقليل أثر هذا الاضطراب، الذي إذا استفحل أو طالت مدة عدم اكتشافه قد تفضي إلى زيادة في أعراض هذا السلوك غير السوي وتأثيره على بناء شخصية الطفل بشكل مبكر، فضلا عن ظهور مضاعفات أخرى أكثر تطورا وعمقا في شخصية الطفل المستقبلية مما تجعل من معالجة أسباب السلوك الانطوائي هذا أكثر صعوبة أو تحتاج إلى وقت أطول.

مظاهر الانطوائية تلك لدى الأطفال قد تعود إلى الأساليب التربوية التي تلقاها الطفل في مراحل تربوية مبكرة، أي أن سمة الانطوائية مكتسبة عن طريق الأنماط التربوية التي تستخدمها الأسرة في تنشئة الطفل و المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه الطفل، لذا أشارت كثير من الدراسات التربوية إلى أهمية التنشئة التي يتلقاها الفرد في مراحل مبكرة من الطفولة، منها توقع الآباء أن

يتعلم الطفل بشكل سريع أسرع مما تؤهله له قدراته واستعداداته ونضجه، فضلا عن الجهل بإمكانيات الطفل الحقيقية مثل استعداداته العقلية والجسمية والانفعالية، لذا قد يتعرض إلى العقاب البدني أو المعنوي إذا لم يستطع أن يحقق التعلم الذي يريده الآباء منه، وترى دراسات أخرى أن السلوك الانطوائي لدى الأطفال له علاقة بالجانب الوراثي وهناك أسباب اجتماعية أخرى قد تؤدي إلى ظهور السلوك الانطوائي لدى الأطفال، منها اضطراب العلاقة الزوجية بين الآباء، وسوء العلاقة واضطرابها مع الأطفال الآخرين من الأشقاء في الأسرة، والاعتماد على الآباء في كل ما يتعلق بقضاء الحاجات، وازدواج المعايير في المعاملة بين الأبناء من قبل الآباء.

إن الأسرة والبيئة الاجتماعية هما المؤسستان الأكثر أهمية خلال مدة التعليم الابتدائي، لأنهما تؤثران على تكوين الشخصية بشكل مبكر، وواحدة من أهم السليبيات لهذه التربية والتنشئة هي تكوين شخصيات انطوائي غير اجتماعية مما يجعل من هذه الشخصيات صعبة في التكيف والتأقلم مع الأطفال الآخرين في الروضة أو المدرسة، لذا فإن الأمر يتطلب تدخل تربوي وإرشادي يساهم به جميع المعنيين بالعملية التربوية بدءاً بالوالدين مروراً بالمرشد التربوي والإدارة المدرسية في المؤسسة التعليمية وقد يصل الأمر إلى تدخل طبي يشرف عليه طبيب نفسي متخصص.

ولكي يتم التعامل بشكل علمي مع مشكلة مثل عدم السلوك الانطوائي يفضل وضع برنامج معالجة شامل للمشكلة يتضمن خطوات واضحة وممكنة التطبيق وعملية بالنسبة للطفل، ويساهم في تطبيقها عدة جهات تشمل الأسرة أولاً المتمثلة بالوالدين والإدارة المدرسية ثم المرشد التربوي أو النفسي، ويفضل أيضاً في البرنامج فواصل تقويمية بعد كل مرحلة من مراحل تطبيقه، وذلك لمعرفة درجات التقدم أو التحسن في نجاح البرنامج، ثم يعقبها تقويم شامل في

نهاية المدة الزمنية التي تم تحديدها لتطبيق البرنامج، ويفضل أيضا وضع مدة زمنية ليست طويلة جدا ولا قصيرة جدا لمراقبة مدى تطور ونجاح البرنامج، والتي يمكن تسميتها بمدة المتابعة، والتي يكون الغرض منها التأكد من معالجة حالة الانطوائية وضمان انسجام الطفل مع مجتمعه الذي يضم أقرانه والأكبر منه سناً، وبالتالي تحقيق جزءا مهما من مكملات عملية التعلم، التي يسعى جميع المعنيين والمسؤولين عن العملية التربوية نجاحها، من أجل المساهمة الفعالة في بناء مستقبل الأطفال بناء سليما ومناسبا بما يمكنهم من المساهمة الفعالة في تقدم ورقي الأوطان، وتلك هي الغاية الأسمى من العملية التربوية والمعنيين بها.

عشرون: اضطراب الذاتوية (التوحد)

ما هو التوحد

التوحد أو الذاتوية هو إعاقة متعلقة بالنمو... وعادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل. وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ، ويقدر انتشار هذا الاضطراب مع الأعراض السلوكية المصاحبة له بنسبة 1 من بين 500 شخص. وتزداد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة 4:1، ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية، أو اجتماعية، حيث لم يثبت أن لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعية أو الحالة التعليمية أو المالية للعائلة أية علاقة بالإصابة بالتوحد.

وقد لوحظ إن حوالي 40٪ من الذاتويين لديهم معامل ذكاء يقل عن (50 - 55) وحوالي 30٪ يتراوح معامل ذكائهم بين (50 - 70) ويلاحظ أن حدوث الذاتوية يتزايد مع نقص الذكاء فحوالي 20٪ من الذاتويين لديهم ذكاء غير لفظي سوى.

ويتميز اضطراب الذاتوية بشذوذات سلوكية تشمل ثلاث نواحي أساسية من النمو والسلوك هي:

- خلل في التفاعل الاجتماعي
- خلل في التواصل والنشاط التخيلي.
- القلة الملحوظة للأنشطة والاهتمامات والسلوك المتكرر ألياً.

ويؤثر التوحد على النمو الطبيعي للمخ في مجال الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل. حيث عادة ما يواجه الأطفال والأشخاص المصابون بالتوحد صعوبات في مجال التواصل غير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي وكذلك صعوبات في الأنشطة الترفيهية. حيث تؤدي الإصابة بالتوحد إلى صعوبة في التواصل مع الآخرين وفي الارتباط بالعالم الخارجي. حيث يمكن أن يظهر المصابون بهذا الاضطراب سلوكاً متكرراً بصورة غير طبيعية، كأن يرفرفوا بأيديهم بشكل متكرر، أو أن يهزوا جسمهم بشكل متكرر، كما يمكن أن يظهروا ردوداً غير معتادة عند تعاملهم مع الناس، أو أن يرتبطوا ببعض الأشياء بصورة غير طبيعية، كأن يلعب الطفل بسيارة معينة بشكل متكرر وبصورة غير طبيعية، دون محاولة التغيير إلى سيارة أو لعبة أخرى مثلاً، مع وجود مقاومة لمحاولة التغيير. وفي بعض الحالات، قد يظهر الطفل سلوكاً عدوانياً تجاه الغير، أو تجاه الذات.

أشكال التوحد

عادة ما يتم تشخيص التوحد بناء على سلوك الشخص، ولذلك فإن هناك عدة أعراض للتوحد، ويختلف ظهور هذه الأعراض من شخص لآخر، فقد تظهر بعض الأعراض عند طفل، بينما لا تظهر هذه الأعراض عند طفل آخر، رغم أنه

تم تشخيص كليهما على أنهما مصابان بالتوحد. كما تختلف حدة التوحد من شخص لآخر.

هذا ويستخدم المتخصصون مرجعاً يسمى الدليل الأمريكي التشخيصي الرابع DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual الذي يصدره اتحاد علماء النفس الأمريكيين، للوصول إلى تشخيص علمي للتوحد. وفي هذا المرجع يتم تشخيص الاضطرابات المتعلقة بالتوحد تحت العناوين التالية:

- اضطرابات النمو الدائمة
- التوحد
- اضطرابات النمو الدائمة غير المحددة تحت مسمى آخر
- متلازمة أسبرجر syndrome Asperger's
- متلازمة رَت Rett's syndrome
- اضطراب الطفولة التراجعي

ويتم استخدام هذه المصطلحات بشكل مختلف أحياناً من قبل بعض المتخصصين للإشارة إلى بعض الأشخاص الذين يظهرون بعض، وليس كل، علامات التوحد. فمثلاً يتم تشخيص الشخص على أنه مصاب "بالتوحد" حينما يظهر عدداً معيناً من أعراض التوحد المذكورة في الموسوعة الإحصائية التشخيصية DSM-IV، بينما يتم مثلاً تشخيصه على أنه مصاب باضطراب النمو غير المحدد تحت مسمى آخر حينما يظهر الشخص أعراضاً يقل عددها عن تلك الموجودة في "التوحد"، على الرغم من الأعراض الموجودة مطابقة لتلك الموجودة في التوحد. بينما يظهر الأطفال المصابون بمتلازمتي أسبرجر ورت أعراضاً تختلف بشكل أوضح عن أعراض التوحد. لكن ذلك لا يعني وجود إجماع بين المتخصصين حول هذه المسميات، حيث يفضل البعض استخدام بعض المسميات بطريقة تختلف عن الآخر.

أسباب التوحد

لم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت حول التوحد إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد، رغم أن أكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المطابقين (من بيضة واحدة) أكثر من التوائم الغير متطابقين (من بيضتين مختلفتين)، ومن المعروف أن التوأمين المتطابقين يشتركان في نفس التركيبة الجينية. كما أظهرت بعض صور الأشعة الحديثة مثل تصوير التردد المغناطيسي MRI و PET وجود بعض العلامات غير الطبيعية في تركيبة المخ، مع وجود اختلافات واضحة في المخيخ، بما في ذلك في حجم المخ وفي عدد نوع معين من الخلايا المسمى "خلايا بيركنجي". ونظراً لأن العامل الجيني هو المرشح الرئيسي لأن يكون السبب المباشر للتوحد، فإنه تجرى في الولايات المتحدة بحوثاً عدة للتوصل إلى الجين المسبب لهذا الاضطراب.

ويعتقد أن بعض العوامل التي تسبب تلفاً بالمخ قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها تهيئ لحدوث هذا المرض مثل إصابة الأم بالحصبة الألمانية والحالات التي لم تعالج من مرض الفينيل كيتونوريا والتصلب الحدبي واضطراب رت ونقص الأكسجين أثناء الولادة والتهاب الدماغ وتشنجات الرضع. فقد أكدت الدراسات أن مضاعفات ما قبل الولادة أكثر لدى الأطفال الذاتويين من غيرهم من الأسوياء.

كذلك فمن المؤكد أن هناك الكثير من النظريات التي أثبتت البحوث العلمية أنها ليست هي سبب التوحد، كقول بعض علماء التحليل النفسي وخاصة في الستينيات أن التوحد سببه سوء معاملة الوالدين للطفل، وخاصة الأم، حيث إن ذلك عار عن الصحة تماماً وليست له علاقة بالتوحد. كما أن التوحد ليس

مرضاً عقلياً، وليست هناك عوامل مادية في البيئة المحيطة بالطفل يمكن أن تكون هي التي تؤدي إلى إصابته بالتوحد.

كيف يتم تشخيص التوحد

لعل هذا الأمر يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيداً، وخاصة في الدول العربية، حيث يقل عدد الأشخاص المهنيين بطريقة علمية لتشخيص التوحد، مما يؤدي إلى وجود خطأ في التشخيص، أو إلى تجاهل التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل، مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة. حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل، ولمهارات التواصل لديه، ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور. ولكن مما يزيد من صعوبة التشخيص أن كثيراً من السلوك التوحدي يوجد كذلك في اضطرابات أخرى. ولذلك فإنه في الظروف المثالية يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة، حيث يمكن أن يضم هذا الفريق:

- طبيب أعصاب
- طبيب نفسي
- طبيب أطفال متخصص في النمو
- أخصائي نفسي
- أخصائي علاج لغة وأمراض نطق
- أخصائي علاج مهني
- أخصائي تعليمي، كما يمكن ان يشمل الفريق المختصين الآخرين ممن لديهم معرفة جيدة بالتوحد.

ما هي أعراض التوحد؟

عادة لا يمكن ملاحظة التوحد بشكل واضح حتى سن 24-30 شهراً، حينما يلاحظ الوالدان تأخراً في اللغة أو اللعب أو التفاعل الاجتماعي، وعادة ما تكون الأعراض واضحة في الجوانب التالية:

التواصل: يكون تطور اللغة بطيئاً، وقد لا تتطور بتاتا، ويتم استخدام الكلمات بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين، حيث ترتبط الكلمات بمعانٍ غير معتادة لهذه الكلمات، ويكون التواصل عن طريق الإشارات بدلاً من الكلمات، ويكون الانتباه والتركيز لمدة قصيرة. ويشمل خلل التواصل المهارات اللفظية وغير اللفظية، فقد تغيب اللغة كلياً وقد تنمو ولكن دون نضج وبتركيب لغوي ركيك مع ترديد الكلام مثل إعادة آخر كلمة من الجملة التي سمعها والاستعمال الخاطئ للضمائر حيث يستعمل الطفل ضمير "أنت" عندما يود أن يقول "أنا" فمثلاً لا يقول "أنا أريد أن اشرب" بل يستعمل اسمه فيقول "على يريد أن يشرب". وعدم القدرة على تسمية الأشياء وعدم القدرة على استعمال المصطلحات المجردة، ويكون للطفل نطق خاص به يعرف معناه فقط من يخبرون ماضى الطفل.

التفاعل الاجتماعي: ضعف في العلاقات الاجتماعية مع أمه.. أبيه. اهله والغرباء. بمعنى أن الطفل لا يسلم على أحد.. لا يفرح عندما يرى أمه أو أبوه.. لا ينظر إلى الشخص الذي يكلمه... لا يستمتع بوجود الآخرين ولا يشاركونهم اهتماماتهم... ولا يحب أن يشاركوه ألعابه.. يحب أن يلعب لوحده... ولا يحب أن يختلط بالأطفال الآخرين.

أيضاً لا يستطيع أن يعرف مشاعر الآخرين أو يتعامل معها بصورة صحيحة (مثل أن يرى أمه تبكي أو حزينة فهو لا يتفاعل مع الموقف بصورة

طبيعية مثل بقية الأطفال) ويقضي وقتاً أقل مع الآخرين، ويبدى اهتماماً أقل بتكوين صداقات مع الآخرين، وتكون استجابته أقل للإشارات الاجتماعية مثل الابتسامة أو النظر للعيون.

المشكلات الحسية: استجابة غير معتادة للأحاسيس الجسدية، مثل أن يكون حساساً أكثر من المعتاد للمس، أو أن يكون أقل حساسية من المعتاد للألم، أو النظر، أو السمع، أو الشم.

اللعب: هناك نقص في اللعب التلقائي أو الابتكاري، كما أنه لا يقلد حركات الآخرين، ولا يحاول أن يبدأ في عمل ألعاب خيالية أو مبتكرة.

السلوك: قد يكون نشطاً أكثر من المعتاد، أو تكون حركته أقل من المعتاد، مع وجود نوبات من السلوك غير السوي (كأن يضرب رأسه بالحائط، أو يعض) دون سبب واضح. قد يصر على الاحتفاظ بشيء ما، أو التفكير في فكرة بعينها، أو الارتباط بشخص واحد بعينه. ولا يحب التغير في ملابسه أو أنواع أكله أو طريقة تنظيم غرفته، مع التعلق بالأشياء مثل مائدة معينة أو بطانية ويحملها معه دوماً وقد يكون عنده أيضاً حركات متكررة لليد والأصابع. ويكون هناك نقص واضح في تقدير الأمور المعتادة، وقد يظهر سلوكاً عنيفاً أو عدوانياً، أو مؤذياً للذات.

اضطراب الوجدان: مثل التقلب الوجداني (أى الضحك والبكاء دون سبب واضح) والغياب الظاهري للتفاعلات العاطفية ونقص الخوف من مخاطر حقيقية والخوف المفرط كاستجابة لموضوعات غير مؤذية أو أحداث القلق العام والتوتر. ويقاوم الذاتويون التغير في المكان أو العادات اليومية وقد يحدث عند التغير هلع أو انفجارات مزاجية.

الأكل والشرب والنوم: اضطراب فى الأكل والشرب والنوم مثل قصر

الطعام على أنواع قليلة أو شرب السوائل بكثرة، والاستيقاظ ليلاً المصاحب بهز الرأس وأرجحتها أو خبط الرأس.

وعموماً تختلف هذه الأعراض من شخص لآخر، وتحدث بدرجات متفاوتة.

الوقاية

طرق الوقاية من التوحد للأسف الشديد فى الوقت الراهن من الصعب وضع خطوط واضحة لها، لكن هناك تنبيهات للآباء أو الأمهات والأسرة تتمثل فى الاهتمام بالكشف على الطفل فى مرحلة مبكرة لأن الأسباب لم تعرف فمن الصعب معرفة طرق الوقاية وعلى الأم أخذ الاحتياطات الوقائية خلال فترة الحمل والمراجعة الدورية للطبيب والابتعاد عن كل ما يؤثر سلباً على الجنين.

التوحدى والزواج

زواج التوحدى من حيث المبدأ ممكن لكن يعتمد على عدة أمور منها مستوى قدرات ومهارات هذا الشخص المعرفية والادراكية والقدرة على تحمل المسؤولية وتوفير سكن مستقل ولديه وظيفة وأن تكون قدراته العقلية تؤهله للقيام بواجباته نحو أسرته وزوجته، فإذا توفرت متطلبات تحمل مسؤولية الزواج وما يترتب عليه، فمن حيث المبدأ ليس هناك ما يمنع زواجهم.

طرق العلاج للأطفال المصابين بالتوحد

فيما يلي نبذة عن بعض طرق العلاج المتوفرة للأشخاص المصابين بالتوحد، علماً بأنه يجب التأكيد على أنه ليست هناك طريقة علاج واحدة يمكن أن تنجح مع كل الأشخاص المصابين بالتوحد، كما أنه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج الطفل الواحد.

طريقة لوفاس

وتسمى كذلك بالعلاج السلوكي، أو علاج التحليل السلوكي. وتعتبر واحدة من طرق العلاج السلوكي، ولعلها تكون الأشهر، حيث تقوم النظرية السلوكية على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك، حيث يعتبر كل سلوك عبارة عن استجابة لمؤثر ما. ومبتكر هذه الطريقة هو لوفاس، أستاذ الطب النفسي في جامعة لوس أنجلوس. وهذا العلاج السلوكي قائم على نظرية السلوكية والاستجابة الشرطية في علم النفس. حيث يتم مكافأة الطفل على كل سلوك جيد، أو على عدم ارتكاب السلوك السيئ، كما يتم عقابه (كقول قف، أو عدم إعطائه شيئاً يحبه) على كل سلوك سيئ. وطريقة لوفاس هذه تعتمد على استخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف، حيث يجب أن لا تقل مدة العلاج السلوكي عن 40 ساعة في الأسبوع، ولدة غير محددة. وفي التجارب التي قام بها لوفاس وزملاؤه كان سن الأطفال صغيراً، وقد تم انتقاؤهم بطريقة معينة وغير عشوائية، وقد كانت النتائج إيجابية، حيث استمر العلاج المكثف لمدة سنتين. هذا وتقوم العديد من المراكز باتباع أجزاء من هذه الطريقة. وتعتبر هذه الطريقة مكلفة جداً نظراً لارتفاع تكاليف العلاج، خاصة مع هذا العدد الكبير من الساعات المخصصة للعلاج. كما أن كثيراً من الأطفال الذين يؤدون بشكل جيد في العيادة قد لا يستخدمون المهارات التي اكتسبوها في حياتهم العادية.

طريقة تيتش

وتمتاز طريقة تيتش بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل تقدم تأهيلاً متكاملاً للطفل، كما أنها تمتاز بأن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل. حيث لا يتجاوز

عدد الأطفال في الفصل الواحد 5- 7 أطفال مقابل مدرسة ومساعدة مدرسة، ويتم تصميم برنامج تعليمي منفصل لكل طفل بحيث يلبي احتياجات هذا الطفل.

طريقة فاست فورورد

وهو عبارة عن برنامج إلكتروني يعمل بالكمبيوتر، ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد. وقد تم تصميم برنامج الكمبيوتر بناء على البحوث العلمية التي قامت بها عالمة علاج اللغة بولا طلال على مدى 30 سنة تقريباً. وتقوم فكرة هذا البرنامج على وضع سماعات على أذني الطفل، بينما هو يجلس أمام شاشة الكمبيوتر ويلعب ويستمتع للأصوات الصادرة من هذه اللعب. وهذا البرنامج يركز على جانب واحد هو جانب اللغة والاستماع والانتباه، وبالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الكمبيوتر دون وجود عوائق سلوكية. ولم تجر حتى الآن بحوث علمية محايدة لقياس مدى نجاح هذا البرنامج مع الأطفال التوحديين، وإن كانت هناك روايات شفوية بأنه قد نجح في زيادة المهارات اللغوية بشكل كبير لدى بعض الأطفال.

التدريب على التكامل السمعي

وتقوم آراء المؤيدين لهذه الطريقة بأن الأشخاص المصابين بالتوحد مصابون بحساسية في السمع (فهم إما مفرطون في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمعية)، ولذلك فإن طرق العلاج تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص سمع أولاً ثم يتم وضع سماعات إلى أذان الأشخاص التوحديين بحيث يستمعون لموسيقى تم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) بحيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة، أو زيادة الحساسية في حالة نقصها.

وفي البحوث التي أجريت حول التكامل أو التدريب السمعي، كانت هناك بعض النتائج الإيجابية حينما يقوم بتلك البحوث أشخاص مؤيدون لهذه الطريقة، بينما لا توجد نتائج إيجابية في البحوث التي يقوم بها أطراف معارضون أو محايدون، خاصة مع وجود صرامة أكثر في تطبيق المنهج العلمي. ولذلك يبقى الجدل مستمراً حول جدوى هذه الطريقة.

العلاج بهرمون السكرتين Secretin:

السكرتين: هو هرمون يفرزه الجهاز الهضمي للمساعدة في عملية هضم الطعام. وقد بدأ البعض بحقن جرعات من هذا الهرمون للمساعدة في علاج الأطفال المصابين بالتوحد. ولكن هل يُنصح باستخدام السكرتين؟ في الحقيقة ليس هناك إجابة قاطعة بنعم أو لا، لأنه في النهاية لا أحد يشعر بمعاناة آباء الأطفال التوحديين مثلما يشعرون هم بها، وهناك رأيان حول استخدام السكرتين لعلاج التوحد. هناك الرأي المبني على أساس أقوال بعض (في بعض الأحيان مئات؟) الآباء الأمريكيين الذين استخدموه ووجدوا تحسناً ملحوظاً في سلوك أطفالهم، ويشجع عدد قليل من الباحثين في مجال التوحد على استخدام مثل هذا العلاج، ولعل أشهرهم هو ريملاندر. وفي المقابل هناك آراء بعض العلماء الذين يشككون في فاعلية هذا الهرمون.

ما هي أفضل طريقة للعلاج؟

بسبب طبيعة التوحد، الذي تختلف أعراضه من طفل لآخر، ونظراً للاختلاف الطبيعي بين كل طفل وآخر، فإنه ليست هناك طريقة معينة بذاتها تصلح للتخفيف من أعراض التوحد في كل الحالات. وقد أظهرت البحوث والدراسات أن معظم الأشخاص المصابين بالتوحد يستجيبون بشكل جيد للبرامج القائمة على البنى الثابتة والمتوقعة (مثل الأعمال اليومية المتكررة والتي

تعود عليها الطفل)، والتعليم المصمم بناءً على الاحتياجات الفردية لكل طفل، وبرامج العلاج السلوكي، والبرامج التي تشمل علاج اللغة، وتنمية المهارات الاجتماعية، والتغلب على أية مشكلات حسية. على أن تدار هذه البرامج من قبل أخصائيين مدربين بشكل جيد، وبطريقة متناسقة، وشاملة. كما يجب أن تكون الخدمة مرنة تتغير بتغير حالة الطفل، وأن تعتمد على تشجيع الطفل وتحفيزه، كما يجب تقييمها بشكل منتظم من أجل محاولة الانتقال بها من البيت إلى المدرسة إلى المجتمع. كما لا يجب إغفال دور الوالدين وضرورة تدريبهما للمساعدة في البرنامج، وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي لهما.

الواحد والعشرون: اضطراب ريتس Disorder Retts

يحدث فقط لدى الإناث ويعتقد أنه بسبب اضطراب في الجينات ولا يظهر هذا الاضطراب خلال الخمسة أشهر الأولى، وبعد ذلك يصبح نمو الرأس بطيئاً وتضعف مهارة الطفلة في استخدام الأيدي ويحل مكان الحركة الطبيعية حركات التوائية متكررة وتقل عملية التواصل الاجتماعي كما يتأثر أيضاً تطور اللغة والحركة بحيث يكون التطور بطيئاً.

ولكن يستطيع الطفل استعادة بعض الاهتمام بالأنشطة الاجتماعية بعد سنوات قليلة ولكن تبقى الصعوبات في التواصل قائمة وغالباً ما يكون لديهم تخلف عقلي شديد .

الثاني وعشرون: اضطراب الطفولة (عدم القدرة على التفاعل مع المحيط) Childhood Disintegrative Disorder

هذه حالات نادرة الحدوث ولا يظهر التأخر لدى الأطفال إلا بعد عمر سنتين على الأقل ولكن بين عمر 2- 10 سنوات يفقدون المهارات التي اكتسبوها خلال السنتين في الجوانب التالية:

اللغة، المهارات الاجتماعية، السيطرة على عملية التبول، اللعب والمهارات الحركية. ويختلف هذا الاضطراب عن التوحد بأن الأخير يتم ملاحظته على الطفل خلال السنة الأولى في بعض الجوانب، ولكن هذا الاضطراب يعكس تطوراً طبيعياً خلال السنتين الأوليين ثم يفقد الطفل المهارات التي كان قد اكتسبها.

الثالث والعشرون: اضطراب اسبرجرز Aspergers Disorder

يعاني الأطفال من عجز واضح في التفاعل الاجتماعي ويكون لديهم اهتمامات محدودة جداً، ولكن لا يظهر لديهم تأخر واضح في المهارات المعرفية أو اللغة.

وقد يظهر بعض التأخر في الحركة ويتم تشخيص هذا النوع من الاضطراب بعد 3 سنوات ويعود هذا إلى أن الحكم على المهارات التي تظهر في مجال التفاعل الاجتماعي يكون صعباً قبل بلوغ هذه السن.

الرابع والعشرون: اضطرابات الأكل

ومن الأمراض النفسية الشائعة بين الأطفال اضطرابات الأكل حيث يعتبر تناول الطفل للطعام والتمتع به من الدلائل التي تشير إلى الصحة الجسمية والنفسية. وأشكال اضطرابات الأكل هي فقدان الشهية العصابي، وينتشر هذا المرض لدى الإناث أكثر من الذكور وتصل النسبة إلى 95% لدى الإناث تقريباً وتبدأ هذه الحالة قبل عمر 10 سنوات.. وتصل نسبة انتشارها من 0.6 إلى 1.6 في المائة ألف في المجتمع و 1% من الإناث مصابات في سن المدارس الثانوية وتتمثل أعراض المرض في الخوف الشديد من السمنة ونقص الوزن الملحوظ.. ووجد 66.6% من أخوات الفتيات المصابات باضطرابات فقدان

الشهية مصابات أيضاً كما أثبتت الأبحاث أن هنالك خللاً ما في تحت المهاد -الغدة النخامية - الغدة المسؤولة عن الهرمونات الجنسية إضافة إلى الإفراط في الأكل وفساد الشهية وذلك بأكل مواد غير صالحة. ومن الأسباب الأخرى الاضطراب الاجتراري، وهو استرجاع المواد الغذائية من المعدة إلى الفم ثم تحريكها في الفم ثانية، ومضغها، وبلعها مرة ثانية.. وتصيب ندرة الأطفال وتؤدي إلى ارتفاع مستوى الهزال وفقدان الوزن ويظهر المرض خلال السنة الأولى من العمر و 25% من هؤلاء الأطفال يتوفون نتيجة المرض والباقي يتوقع تحسنهم دون تدخل طبي وعادة ما يكون هذا المرض مصاحباً للأطفال الذين يعانون من التخلف العقلي.

الخامس والعشرون: اضطرابات التعلم

اضطرابات النمو الكلامي واللغوي: -

إن اضطرابات الكلام واللغة هي من المؤشرات المبكرة لوجود صعوبات التعلم. والأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الكلام واللغة يكون لديهم صعوبة في إخراج أصوات الكلام واستخدام اللغة المنطوقة في المحادثة والحوار، وفهم ما يقوله الآخرون. وحسب نوع المشكلة فإن التشخيص المحدد يكون إما: -

1. اضطراب إخراج الكلام النمائي.
2. اضطراب التعبير اللغوي النمائي.
3. اضطراب فهم اللغة النمائي.

اضطراب إخراج اللغة النمائي:

الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يكون لديهم مشاكل في القدرة على التحكم في سرعة وتدفق الكلام. أو قد يتسترون خلف زميل ما لإصدار

أصوات الكلام. على سبيل المثال ففي حالة "وائل" فقد ظل حتى سن 6 سنوات ينطق "أنب بدلا من "أرنب" واضطراب إخراج اللغة من الاضطرابات الشائعة في الطفولة، حيث تصل النسبة إلى 10% من الأطفال قبل سن الثامنة ويكثر انتشاره بين الذكور عنه بين الإناث بنسبة 3: 1 كما أنه شائع بين أقارب الدرجة الأولى عنه بين عامة الناس.

ولتشخيص وجود حالة اضطراب إخراج الكلام نلاحظ الآتي: -

- (أ) فشل ثابت في نمو استخدام أصوات الكلام المتوقع له مثل فشل طفل عمره 3 سنوات في نطق حرف " الباء " أو "التاء" وفشل طفل عمره 6 سنوات في نطق حرف "راء أو الشين أو التاء".
- (ب) ليس سبب ذلك اضطراب بسبب النمو أو التخلف العقلي أو خلل السمع أو اضطراب آليات الكلام أو اضطراب عصبي.

اضطراب التعبير اللغوي النمائي: -

يعاني الأطفال في هذا الاضطراب من عدم القدرة على التعبير عن أنفسهم أثناء الكلام، ولذلك يسمى هذا الاضطراب ب" اضطراب التعبير اللغوي النمائي" - وتعاني الطفلة سوزان من هذا الاضطراب حيث تُسمي الأشياء بأسماء خاطئة. وبالطبع فإن هذا الاضطراب يأخذ عدة صور مختلفة، فالطفل الذي يبلغ من العمر 4 سنوات ولا يستطيع الحديث إلا بجمل مكونة من كلمتين فقط أو الطفل الذي يبلغ من العمر 6 سنوات ولا يستطيع الرد على الأسئلة البسيطة.. فهؤلاء يتم تشخيص حالتهم بأنهم يعانون من اضطراب التعبير اللغوي النمائي

اضطراب فهم اللغة النمائي: -

بعض الأفراد لديهم صعوبة في فهم بعض أوجه الكلام. ويبدو الأمر وكأن عقلهم يعمل بطريقة مختلفة عن الآخرين كما أن إدراكهم للأمور ضعيف. فهناك

بعض الحالات لا تستطيع الاستجابة والرد عندما تسمع اسمها أو مثل الطالب الذي لا يستطيع معرفة الاتجاهات أو التفرقة بين اليمين والشمال. ويجب أن نلاحظ أن هؤلاء لا يعانون من مشاكل في السمع ولكنهم لا يستطيعون تمييز بعض الألفاظ أو الأصوات والكلمات والجمل التي يسمعونها، وأحيانا يبدو وكأنهم لا ينتبهون لهذه الكلمات، ولذلك فإن هؤلاء الأفراد يعانون من اضطراب فهم اللغة. ولأن استخدام وفهم اللغة مرتبطان ببعضهم البعض فإن كثيرا من الأفراد الذين يعانون من اضطراب فهم اللغة يكون لديهم أيضا إعاقة في التعبير اللغوي..

وبالطبع فإن أطفال ما قبل المدرسة يكون لديهم بعض الأخطاء في القدرة على إصدار الأصوات والكلمات وبعض الأخطاء النحوية أثناء حديثهم.. ولكن إذا استمرت هذه الأخطاء بعد التقدم في السن فهذا يجب بحث الأمر بدقة. ويتحسن أغلب الأطفال مع تقدم السن. ويتراوح معدل انتشار اضطراب فهم اللغة من 3٪ إلى 10 ٪ لدى الأطفال في سن المدرسة الابتدائية ويكثر انتشاره بين الذكور عنه بين الإناث بنسبة 3: 1.

ويتم تشخيص اضطراب فهم اللغة بالآتي: -

(أ) نقص في ما يحصل عليه الطالب من درجات بمقياس الفهم والتعبير اللغوي المقنن مقارنة بما يحصل عليه من درجات في القدرة الالفاظية في اختبار ذكاء فردي مقنن.

(ب) هذا الاضطراب يتداخل بصورة هامة مع الإنجاز الدراسي أو أنشطة الحياة اليومية التي يلزم لها فهم اللغة.

(ج) ليس سبب هذا الاضطراب تشوه النمو.

(د) إذا وجد تخلف عقلي أو قصور الكلام أو الحركة أو الإحساس والحرمان البيئي فإن القصور اللغوي يتعدى تلك المشكلات بكثير.

اضطرابات المهارات الأكاديمية

ويعاني الطلاب الذين يعانون من هذه الاضطرابات بتأخر قدرتهم على القراءة والكتابة والقدرات الحسابية بسنوات عن زملائهم في نفس السن وينقسم التشخيص في هذا الاضطراب إلى: -

1. اضطراب القراءة النمائي.
2. اضطراب الكتابة النمائي..
3. اضطراب مهارة الحساب النمائي.

اضطراب القراءة النمائي: -

وهذا النوع من الاضطراب يسمى أيضا عسر القراءة Dyslexia وهو نوع ينتشر بين الأطفال حيث أن معدل انتشاره بين أطفال المدارس الابتدائية يقدر بحوالي 2 - 8 ٪ ويكثر انتشاره بين أقارب الدرجة الأولى عنه بين عامة الناس.. وهو أكثر انتشارا بين الذكور عنه بين الإناث بنسبة 3: 1. ويحتاج الطفل لكي يستطيع القراءة أن يتحكم في هذه العمليات العقلية في نفس الوقت:

- تركيز الانتباه على الحروف المطبوعة والتحكم في حركة العينين خلال سطور الصفحة.

- التعرف على الأصوات المرتبطة بتلك الحروف.

- فهم معاني الكلمات وإعرابها في الجملة.

- بناء أفكار جديدة مع الأفكار التي يعرفها من قبل.

- اختزان تلك الأفكار في الذاكرة.

وتلك الحيل أو العمليات العقلية تحتاج إلى شبكة سليمة وقوية من الخلايا العصبية لكي تربط مراكز البصر واللغة والذاكرة بالمخ.

والطفل الذي يعاني من صعوبة القراءة يكون لديه اختلال في واحد أو أكثر من تلك العمليات العقلية التي يقوم بها المخ للوصول إلى القراءة السليمة.

وقد أكتشف العلماء أن عددا كبيرا من الأطفال الذين يعانون من صعوبة القراءة يكون لديهم إعاقة مشتركة وهي عدم القدرة على التعرف أو التفرقة بين الأصوات في الكلمات المنطوقة ففي حالة الطفل " ضياء " على سبيل المثال فهو لا يستطيع التفرقة بين كلمة (زرع) عندما ننطق له الحروف منفصلة (ز - ر - ع)... وبعض الأطفال الآخرين يكون لديهم صعوبة مع الكلمات ذات الإيقاع الواحد مثل بطة وقطة.

والطفل المصاب بعسر القراءة قد يستطيع:

1. قراءة الكلمات التي مرت عليه في السابق. لكنه لا يستطيع قراءة حتى أبسط الكلمات الجديدة. وإذا كان التعليم المبكر للطفل يعتمد على النظر للكلمات ولفظها فإنه قد يستطيع قراءة العديد من الكلمات، لكنه في هذه الحالة يتعرف عليها من شكلها الكلي.
2. لا يستطيع استعمال الحروف كمكونات للكلمات. إن الأطفال المصابين بعسر القراءة بشكل خطير قد يكونون غير قادرين على التعرف على الحروف أو التمييز بينها. أما الأطفال المصابون بدرجة معتدلة من عسر القراءة فقد يتعرفون على الحروف كل على حدة من دون أن يقدرُوا على تجميعها لتكون كلمات.
3. تكوين الطفل للحروف ضعيف جدا حتى وهو ينسخ: بما أن الحروف بمفردها لا معنى لها بالنسبة إليه فإنها تفقد وحدة الشكل، وبالتالي يعجز الطفل عن تكوينها.
4. قد لا يعرف الطفل يمينه من يساره: بالرغم من أن جميع الأطفال الصغار يجب أن يتعلموا أين اليمين وأين اليسار، فإن معظمهم يفعلون

ذلك عن طريق الاكتشاف التدريجي لأجسادهم فيتعلم الطفل أن إحدى يديه تسمى باليمنى وأن أى شئ يقع على جهة هذه اليد هو أيمن وليس أيسر أما الطفل المصاب بعسر القراءة والذي لا يعرف يمينه من يساره فإنه يعجز عن التمييز بين ذراعه اليمنى وذراعه اليسرى.

5. الصعوبة فى معرفة الوقت، لأنه لا يستطيع أن يميز ما إذا كانت عقارب الساعة تشير إلى الساعة بالضبط أو بعدها.

6. الصعوبة فى ربط ربطة العنق، أو أى عمل يدوى يتطلب معرفة اليمين واليسار.

7. الصعوبة فى الحساب: معظمنا لا يعير هذا الموضوع إلا القليل من الأهمية، ولكن رغم ذلك فإن معرفة اليمين من اليسار حيوية بالنسبة إلى الحساب فعمليات الضرب مثلاً تصبح كابوساً إذا ظهرت الأرقام عشوائياً.

8. قد تكون لديه صعوبات متفاوتة فى التعرف على أنواع أخرى من الرموز فعلامات الزائد والناقص والضرب والقسمة يحدث فيها خلط.

وقد وجد العلماء أن اكتساب هذه المهارات أساسية لكي نستطيع تعلم القراءة، ولحسن الحظ فقد توصل العلماء المتخصصون إلى ابتكار وسائل لمساعدة الأطفال الذين يعانون من عسر القراءة للوصول لاكتساب تلك المهارات ومع ذلك فإنه لكي تستطيع القراءة تحتاج لأكثر من مجرد التعرف على الكلمات. فإذا لم يستطيع المخ تكون الصورة أو ربط الأفكار الجديدة مع تلك الأفكار المخزنة بالذاكرة، فأن القارئ سوف لا يستطيع فهم أو تذكر الأفكار الجديدة. ولذلك تظهر الأنواع الأخرى من صعوبات القراءة في المراحل الدراسية المتقدمة عندما تنتقل بؤرة القراءة من مجرد التعرف على الكلمات إلى القدرة على التعبير عن الكلمات.

ولكي يتم تشخيص وجود اضطراب مهارة القراءة يجب إن نلاحظ الآتي:-

أ. نقص إنجاز القراءة عن المتوقع " كما يقاس بواسطة اختبار فردي مقنن " مع وجود مدرسة مناسبة وذكاء مناسب.

ب. هذا النقص يتداخل مع الإنجاز الدراسي أو الأنشطة الحياتية اليومية التي تتطلب مهارة القراءة.

ج. ليس سبب هذا القصور خلا سمعيا أو بصريا أو مرضيا عصبيا.

والأطفال الذين يعانون من اضطراب القراءة يكون لديهم شعور بالخجل والإحساس بالإهانة بسبب فشلهم المستمر وتصبح هذه المشاعر أكثر حدة بمرور الوقت.

اضطراب الكتابة النمائي:-

يحتاج الإنسان حتى يستطيع الكتابة إلى استخدام عدة وظائف من وظائف المخ. ولذلك يجب ألا يكون هناك خلا عصبيا أو وظيفيا فى شبكة الاتصالات داخل المخ المسؤولة عن المناطق التي تتعامل مع المعلومات المستخدمة في الكتابة مثل اللغة والنحو وحركة اليد والذاكرة.. ولذلك فان اضطراب الكتابة النمائي يمكن أن يحدث بسبب مشاكل في أي من تلك الأماكن. وعلى سبيل المثال فان " ضياء " الذي يعاني من عدم القدرة على التفرقة في تسلسل الأصوات في الكلمة كان يعاني من مشاكل في الإملاء أو ما يسمى " اضطراب الهجاء " ولذلك فان الطفل الذي يعاني من اضطراب الكتابة خصوصا اضطراب التعبير اللغوي من الممكن أن يصبح غير قادر على اكتساب كلمات جديدة مع الخطأ في استعمال الكلمات وقصر الجمل واختلال في التراكيب النحوية والاختصارات المخله بالجمل.

اضطراب مهارة الحساب النمائي: -

تشمل مهارة الحساب القدرة على فهم وأدراك الأرقام والعلامات الحسابية وتذكر الحقائق الحسابية مثل جدول الضرب وكذلك القدرة على وضع الأرقام في صفوف وفهم وملاحظة العلامات الحسابية. كل هذه العمليات قد تكون صعبة للأطفال الذين يعانون من اضطراب مهارة الحساب. وتظهر المشكلة في سن مبكر في صورة الصعوبة في القدرة على فهم الأرقام والمفاهيم الحسابية

ويعانى الطفل من الآتي:

- صعوبة في فهم المسائل الحسابية وتحويل المسألة المكتوبة على شكل قصة إلى أرقام.
- صعوبة في معرفة وفهم الرموز الحسابية + أو - وترتيب الأرقام
- صعوبة في أداء عمليات الجمع و الطرح و القسمة.
- ضعف في الانتباه على العلامة الموضوعة هل هي - أو +
- أما الصعوبات التي تظهر في سن متأخر فتكون مرتبطة بعدم القدرة على التفكير الموضوعي في المسائل الحسابية.

وينتشر اضطراب مهارة الحساب بنسبة 6% في الأطفال في سن

المدرسة الابتدائية ويتم تشخيص الحالة بالآتي:

أ. مهارة الحساب أقل من المستوى المتوقع بدرجة ملحوظة " تقاس بواسطة اختبار فردي مقنن، على أن يكون الطفل في مدرسة مناسبة ولديه قدرة ذكائية مناسبة.

ب. يتداخل الاضطراب بدرجة ملحوظة مع الإنجاز الدراسي أو الأنشطة الحياتية اليومية التي تحتاج مهارات حسابية.

ج. ليس السبب في هذا الاضطراب قصورا في السمع أو البصر أو مرض عصبي.

كي تساعد طفلك على التعلم بعض النصائح للآباء

هذه بعض النصائح للآباء لمساعدة الأبناء الذين يعانون من صعوبات التعلم.

(1) تعلم أكثر عن المشكلة:

إن المعلومات المتاحة عن مشكلة صعوبات التعلم يمكن أن تساعدك على أن تفهم أن طفلك لا يستطيع التعلم بنفس الطريقة التي يتعلم بها الآخرون. أبحث بقدر جهدك عن المشاكل التي يواجهها طفلك بخصوص عملية التعلم، وما هي أنواع التعلم التي ستكون صعبة على طفلك، وما هي مصادر المساعدة المتوفرة في المجتمع له.

(2) لاحظ طفلك بطريقة ذكية وغير مباشرة:

أبحث عن المفاتيح التي تساعد على أن يتعلم طفلك بطريقة أفضل. هل يتعلم ابنك أفضل من خلال المشاهدة أو الاستماع أو اللمس؟ ما هي طرق التعلم السلبية التي لا تجدي مع طفلك. من المفيد أيضا أن تبدي الكثير من الاهتمام لاهتمامات طفلك ومهاراته ومواهبه. مثل هذه المعلومات هامة في تنشيط وتقديم العملية التعليمية لطفلك.

(3) علم طفلك من خلال نقاط القوة لديه:

كمثال لذلك من الممكن أن يعاني طفلك بقوة من صعوبة القراءة، ولكن يكون لديه في نفس الوقت القدرة على الفهم من خلال الاستماع. استغل تلك القوة

الكامنة لديه وبدلاً من دفعه وإجباره على القراءة التي لا يستطيع أجادتها وتجعله يشعر بالفشل. بدلاً من ذلك اجعله يتعلم المعلومات الجديدة من خلال الاستماع إلى كتاب مسجل على شريط كاسيت أو مشاهدة الفيديو.

(4) احترم ونشط ذكاء طفلك الطبيعي:

ربما يعاني ابنك من صعوبة في القراءة أو الكتابة، ولكن ذلك لا يعني أنه لا يستطيع التعلم من خلال الطرق العديدة الأخرى. أن معظم أطفال صعوبات التعلم يكون لديهم مستوى ذكاء طبيعي أو فوق الطبيعي الذي يمكنهم من تحدي الإعاقة من خلال استخدام أساليب حسية متعددة للتعلم. إن الذوق واللمس والرؤية والسمع والحركة. كل تلك الحواس طرق قيمة تساعد على جمع المعلومات.

(5) تذكر أن حدوث الأخطاء لا تعني الفشل:

قد يكون لدى طفلك الميل لأن يرى أخطاءه كفشل ضخم في حياته. من الممكن أن تجعل نفسك مثلاً لتعليم طفلك من خلال تقبل وقوعك أنت نفسك في الخطأ بروح رياضية، وأن الأخطاء من الممكن أن تكون مفيدة للإنسان. إنها من الممكن أن تؤدي إلى حلول جديدة للمشاكل، وأن حدوث الأخطاء لا يعني نهاية العالم. عندما يري ابنك أنك تأخذ هذا المأخذ مع وقوع الأخطاء منك أو من الآخرين فإنه سوف يتعلم أن يتفاعل مع أخطائه بنفس الطريقة.

(6) اعترف بأن هناك أشياء سيكون من العسير على ابنك عملها،

أو سيواجه صعوبة مدى الحياة في عملها:

ساعد طفلك لكي يفهم أن هذا لا يعني أنه إنسان فاشل وإن كل إنسان لديه أشياء لا يستطيع قدراته عملها. كذلك ركز على الأشياء التي يستطيع طفلك إنجازها وشجعه على ذلك.

(7) يجب أن تكون مدركاً أن الصراع مع ابنك حتى يستطيع القراءة والكتابة وأداء الواجبات الدراسية من الممكن أن يؤدي بك إلى موقف معادى مع طفلك

إن هذا الصراع سيؤدي بكما إلى الغضب والإحباط تجاه كل منكما الآخر وهذا بالتالي سوف يرسل رسالة إلى ابنك أنه فاشل في حياته.. فبدلاً من ذلك من الممكن أن تساهم إيجابياً مع طفلك بأن تساهم في تنمية البرامج الدراسية المناسبة له وأن تشارك المدرسين في وضع تلك البرامج التي تتماشى مع قدراته التعليمية.

(8) استعمل التلفيزيون بشكل خلاق:

إن التلفيزيون والفيديو من الممكن أن يكونا وسيلة جيدة للتعلم. وإذا ساعدنا الطفل على استعماله بطريقة مناسبة فإن ذلك لن يكون مضيعة للوقت. على سبيل المثال فإن طفلك يستطيع أن يتعلم أن يركز وأن يداوم الانتباه وأن يستمع بدقة وأن يزيد مفرداته اللغوية وأن يتعلم أن يرى كيف أن الأجزاء مع بعضها تكون الكل وأن العالم يتكون مع مجموعة من الأشياء المتداخلة. ومن الممكن كذلك أن تقوي الإدراك لديه بأن توجه له مجموعة من الأسئلة عما قد رآه خلال فترة المشاهدة. ماذا حدث أولاً؟ .. وماذا حدث بعد ذلك؟ ..

وكيف انتهت القصة؟.. مثل هذه الأسئلة تشجع تعلم "التسلسل في الأفكار" وهي جزئية هامة من الجزئيات التي إن اختلت تؤدي إلى صعوبة التعلم في الأطفال. كذلك يجب أن تكون صبوراً طول فترة التدريب. طفلك لا يرى ولا يفسر الأحداث بنفس الطريقة التي تفعلها أنت.. إن التقدم في العملية التعليمية يحتمل أن يكون بطيئاً.

(9) تأكد أن الكتب الدراسية في مستوى قراءة ابنك:

إن أغلب الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم يقرؤون تحت المستوى الدراسي العادي. وللحصول على النجاح في القدرة على القراءة يجب أن تكون تلك الكتب في مستوى قدراتهم التعليمية وليست في مستوى السن التعليمي لهم. نم قدرة القراءة لدى طفلك بأن تجد الكتب التي تجذب اهتمام ابنك، أو بأن تقرأ له بعض الكتب التي يهتم بها. أيضا اجعل طفلك يختار الكتب التي يرغب في قراءتها.

(10) شجع طفلك لكي يطور مواهبه الخاصة:

ما هي الموهبة الخاصة بطفلك؟.. ما هي الأشياء التي يتمتع بها؟ يجب أن تشجع طفلك بأن تغريه على اكتشاف الأشياء التي يستطيع أن ينجح ويتقدم وينبغ فيها.

وأخيرا هذه هي مجموعة من النصائح العامة للأمهات للمساعدة في النمو الذهني لأطفالهم:

- الحديث مع الطفل دوما من السنة الأولى من العمر.. فمن المهم تواجد اللغة على مسامع الطفل.
- رددي دوما مع طفلك أسماء الأشياء الموجودة في البيت أو في الشارع.. استعيني بالكتب الملونة فهي تلفت النظر وتزيد حصيلته اللغوية.
- لا تتحدثي لطفلك بلغة الأطفال.. بل استعملي لغة سهلة بسيطة وجمل واضحة.
- اجعلي طفلك يختلط مع الأطفال الآخرين اكبر وقت ممكن.

- الابتعاد عن النقد والاستهزاء بحديث الطفل مهما كانت درجة ضعفه وأيضاً حمايته من سخرية الأطفال الآخرين. تعاوني مع المعلمة فى ذلك... ومع أمهات الأطفال الذين يلعب معهم طفلك خارج نطاق المدرسة.
- لا تتركى الطفل فترة طويلة أمام التلفزيون صامتاً يشاهد الرسوم المتحركة.. أو اجلسى معه واشرحى ما يحدث.

الفصل الثالث

الاضطرابات الانفعالية والاجتماعية

عالمنا رائع

تعالوا لنعلمه

كيف نعيشه

كيف نحسنه

- أولاً: تعريف السلوك المضطرب بصفة عامة
- ثانياً: نسبة انتشار الاضطرابات الانفعالية
- ثالثاً: أسباب الاضطرابات الانفعالية
- رابعاً: خصائص المضطربين انفعاليا
- خامساً: السلوك الانفعالي والاجتماعي وانخفاض التحصيل

فعلت ذلك من أجل أن أكون مثلكم

فيا لعلكم لا ترونه على أني لم أفعل

فيا لعلكم لا ترونه أني لم أفعل

لأنه ترونه أني لم أفعل

لأنه ترونه أني لم أفعل

أولاً: تعريف السلوك المضطرب بصفة عامة

هو النمط الثابت والمتكرر من السلوك العدواني أو غير العدواني الذي تنتهك فيه حقوق الآخرين أو قيم المجتمع الأساسية أو قوانينه المناسبة لسن الطفل في البيت أو المدرسة ووسط الرفاق وفي المجتمع ، على أن يكون هذا السلوك أكثر من مجرد الإزعاج المعتاد أو مزاحات الأطفال والمراهقين (جمعة يوسف ، 2000 ، 29) .

تعريف وودي (Woody , 1968)

الأطفال غير القادرين على التوافق والتكيف مع المعايير الاجتماعية المحددة للسلوك المقبول، وبناء عليه سيتأثر تحصيلهم الأكاديمي ، وكذلك علاقاتهم الشخصية مع المعلمين والزملاء في الصف ، ولديهم مشكلات تتعلق بالصراعات النفسية وكذلك التعلم الاجتماعي، ووفقاً لذلك فإن لديهم صعوبات في: تقبل أنفسهم كأشخاص جديرين بالاحترام ، والتفاعل مع الأقران بأنماط سلوكية منتجة ومقبولة ، والتفاعل مع أشكال السلطة كالمعلمين والمربين والوالدين بأنماط سلوكية شخصية مقبولة (خوله يحي ، 2003 ، 17) .

تعريف آخر:

اضطرابات السلوك (Behavior Disorders) أو الاضطرابات الانفعالية Emotional Disturbances أو الإعاقة الانفعالية Emotional Impairment كلها مصطلحات تصف مجموعة من الأشخاص الذين يظهرون ، وبشكل متكرر، أنماطاً منحرفة أو شاذة من السلوك عما هو مألوف أو متقطع (القريوتي وآخرون) 2001 تعريف روس

الاضطراب السلوكي هو اضطراب نفسي يتضح عندما يسلك الفرد سلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك المتعارف عليه في المجتمع الذي ينتمي إليه

الفرد ، بحيث يتكرر هذا السلوك باستمرار ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسوياء ممن لهم علاقة بالفرد (السرطاوي وسيسال ، 1992 ، 160).

كما يعرف رينرت (Reinert)

الطفل المضطرب بأنه ذلك الطفل الذي يظهر سلوكا مؤذيا وضارا بحيث يؤثر على تحصيله الأكاديمي ، أو على تحصيل أقرانه بالإضافة إلى التأثير السلبي على الآخرين (القريوتي وآخرون ، 2001 ، 278).

تعريف آخر:

الأطفال المضطربون سلوكيا هم الأطفال الذين يظهرون واحدة أو أكثر من الخصائص التالية بدرجة ملحوظة ولفترة زمنية: عدم مقدرة على التعلم لا يمكن تفسيرها في ضوء الخصائص العقلية أو الحسية أو الصحية، عدم القدرة على بناء علاقات مرضية مع الزملاء والمعلمين ، ظهور أنماط سلوكية وعواطف غير مناسبة في ظل ظروف عادية ، شعور عام بالاكتئاب وعدم السعادة ، نزعة نحو معاناة أعراض جسمية وآلام ومخاوف في ما يتعلق بالمشكلات الشخصية والمدرسية (الخطيب والحديدي ، 1997 ، 273)

تعريف نيوكمر Newcomer 1980

الاضطراب الانفعالي هو الانحراف الواضح والملاحظ في مشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته. ويستدل على وجود الاضطراب الانفعالي عندما يتصرف الفرد تصرفا يؤدي فيه نفسه أو الآخرين ، في هذه الحالة نقول إن هذا الفرد في حالة من الاضطراب الانفعالي (السرطاوي وسيسال ، 1992).

تعريف كوفمان (Kauffman)

فقد وصف الأطفال المضطربين بأنهم من يظهرون سلوكيات شاذة نحو الآخرين، والذين تظهر عليهم سلوكيات غير مقبولة وغير متوافقة مع البيئة المحيطة بهم ومع مجتمعهم، كما إن توقعاتهم بالنسبة لأنفسهم وللآخرين غير صحيحة (خوله يحي، 2003، 18)

تعريف روبنز (Robins:1978)

أن الاضطراب السلوكي من بين مشكلات الأطفال يميل إلى أن يكون ثابتاً عبر الزمن. ولا ينطبق هذا الثبات على العديد من الأشكال الأخرى من اختلال الأداء الوظيفي التي يتم الشفاء منها على مدار مضمار النمو. وبذلك فعندما يبدي الأطفال نمطا ثابتاً من أنماط السلوك المضاد للمجتمع كالأفعال العدوانية الموجهة اتجاه الآخرين على سبيل المثال يكون من غير المحتمل أن يتخلص هؤلاء الأطفال منها ببساطة (عادل عبدا لله، 2000، 26). وبعض الأفراد يمكن أن يكون لديه صعوبات اجتماعية وانفعالية، ولكن أدائه الأكاديمي يندرج تحت نطاق العاديين. والبعض الآخر يمكن أن يكون لديه هذين النمطين من الصعوبات: الصعوبات الأكاديمية والمعرفية والصعوبات الانفعالية الاجتماعية بصورة أساسية ومستقلة عن الصعوبات أو المشكلات الأكاديمية. والبعض الآخر تكون الصعوبات الانفعالية الاجتماعية نتيجة للصعوبات الأكاديمية (الزيات، 1998، 602).

ثانياً: نسبة انتشار الاضطرابات الانفعالية

أشار كارت رايت ورفاقه (cartwrite et al., 1989) إلى أن تلك التقديرات تتراوح ما بين 1- 15% إلا أن النسبة المعتمدة في معظم الدول هي 2% وفيما

يتعلق بنسبة توزيع الاضطرابات السلوكية حسب متغير الشدة فالغالبية العظمى من الحالات هي من النوع البسيط أو المتوسط في حين أن حالات قليلة جدا هي من النوع الشديد أو الشديد جدا. أما من حيث متغيري الجنس والعمر، فالدراسات تشير إلى أن الاضطرابات الانفعالية أكثر شيوعا لدى الذكور حيث أنها أكثر بضعفين إلى خمسة أضعاف منها لدى الإناث. وفيما يتعلق بالعمر الزمني فالاضطرابات الانفعالية قليلة الحدوث نسبيا في المرحلة الابتدائية وترتفع بشكل ملحوظ في مرحلة المراهقة وتعود فتنخفض بعد ذلك (الخطيب و الحديدي، 1997، 276).

ثالثا: أسباب الاضطرابات الانفعالية

تناول العديد من الباحثين مختلف التفسيرات للعوامل والأسباب التي تقف خلف المشكلات أو الصعوبات الانفعالية والاجتماعية لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم. وتنقسم هذه الأسباب إلى ثلاثة أقسام:

1. العوامل البيولوجية

تشتمل العوامل لبيولوجية على العوامل الجينية ، والعوامل البيوكيماوية ، والعوامل العصبية. ومن المتوقع أن تكمن وراء السلوك المضطرب عوامل بيولوجية. ولكن الحقيقة هي أن البحث العلمي لم ينجح إلا في حالات نادرة في تقديم أدلة على أن السلوك المضطرب ناتج عن أسباب بيولوجية محددة. فالغالبية العظمى من الأطفال المضطربين سلوكيا يتمتعون بصحة جسمية جيدة (الخطيب والحديدي، 1997، 278)

2. العوامل النفسية

تشير الدراسات إلى وجود عدد من العوامل النفسية التي تسهم في حدوث اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد ومنها الضغوط النفسية والاحباطات

الشديدة. وقد تلعب عمليات التدعيم أو التجاهل دورا مهما في ترسيب هذا الاضطراب (جمعة سيد، 2000، 232).

3. العوامل البيئية:

يُندرج تحت مفهوم العوامل البيئية ثلاث بيئات أساسية لها تأثير مباشر على السلوك الإنساني:

أولها: البيئة الاجتماعية بما فيها من عادات وتقاليد ولوائح ونظم وإمكانات اقتصادية وثقافية وعلاقات بين الطبقات والأجناس المختلفة داخل المجتمع.

وثانيها: البيئة الأسرية المتمثلة بالأب والأم والإخوة، وطبيعة العلاقة القائمة بينهم وتأثيرها على النمو الشخصي للطفل .

البيئة الثالثة: فهي البيئة المدرسية المتمثلة بالعلاقة القائمة بين الطفل من ناحية وبين زملائه ومدرسيه، وبالمناهج والأنشطة واللوائح المدرسية من ناحية أخرى (السرطاوي و سيسالم، 1992).

رابعاً: خصائص المضطربين انفعالياً

النشاط الزائد أو الإفراط في النشاط

يقصد بالنشاط الزائد أو الإفراط بالنشاط قيام الطفل بنشاط حركي مفرط لا غرضي أو بلا هدف في الغالب. purposeless. الزيات، يكون مصحوباً بقصر سعة الانتباه short attention span لدى الطفل وسهولة تشتته easily distracted ويتصف سلوك الطفل غالباً بأنه اخرق أو أحمق clumsy ونزق سريع الغضب أو الانفعال irritable والتملل أو الاستياء. (الزيات ، 1998 ، 612).

التحصيل الدراسي

ذكر كل من ميلز وديفز (1982) أن معظم الدراسات قد أشارت إلى أن التحصيل الدراسي للمضطربين سلوكيا يعتبر منخفضا إذا ما قورن بالتحصيل الدراسي للأطفال العاديين ، واستشهدا بذلك بالدراسة التي أجريت على 130 طفلا من المضطربين سلوكيا والتي وجدت أن 81٪ منهم كان تحصيلهم منخفضا في القراءة ، وأن 72٪ قد حصلوا على درجات في الرياضيات أقل مما كان متوقعا منهم. بالإضافة إلى ذلك فقد لاحظ عدد من التربويين إن هناك ارتباطا قويا بين صعوبات التعلم والاضطرابات السلوكية (السرطاوي وسيسالم ، 1992 ، 194).

السلوك العدواني

السلوك العدواني والتخريبي من أكثر الخصائص النفسية للأطفال المضطربين سلوكيا شيوعا. فعلى الرغم من أن استجابات العنف والعدوان تنبثق كوسائل لحل المشكلات في المراحل العمرية المبكرة لدى جميع الأطفال ، إلا أنها تحدث بشكل مبالغ فيه لدى الأطفال المضطربين سلوكيا. والعدوان هو إلحاق الأذى إما بالأشياء أو نحو الذات أو نحو الآخرين. واستخدام العقاب وسيلة لضبط السلوك العدواني يؤدي إلى زيادة سلوك العدوان عند الطفل (الخطيب والحديدي ، 1997 ، خوله يحيى ، 2003).

التشتت أو اللانتهابية

يجد بعض الطلاب ذوي صعوبات التعلم مشكلات وصعوبات في استمرار التركيز على المثير الهدف أو النشاط، عندما تتداخل معه أنشطة أخرى منافسة في نفس المجال البصري أو السمعي، حيث يسهل تشتت هؤلاء أو افتقادهم

الانتباه أو التركيز. وتشير نتائج تحليل (25) دراسة تناولت الأنماط السلوكية لذوى صعوبات التعلم داخل الفصول المدرسية، مقارنة بأقرانهم من غير ذوى صعوبات التعلم، إلى دلالة الفروق بينهم في تشتت الانتباه (الزيات، 1998، 615).

السلوك الانسحابي

جاءت نتيجة دراسة (Bender & Smith, 1990) إلى أن السلوك الانسحابي هو نتيجة لفشل الطلاب في إجراء أي تفاعل اجتماعي وشعورهم بالافتقار إلى القدرة على منافسة أقرانهم بسبب تكرار فشلهم الأكاديمي. وقد يتجه البعض من هؤلاء الطلاب - ذوى صعوبات التعلم - إلى الوحدة والعزلة الاجتماعية، وقد يؤدي هذا إلى عدم القدرة على التفاعل إيجابيا مع أقرانه أو مع الكبار ممن يتعاملون معه. إن التأثيرات السلبية للانسحاب الاجتماعي وعدم النضج لا تقل عن تأثيرات السلوك العدواني والأنماط السلوكية غير التكيفية الأخرى. ويتفاعل بشكل قليل جدا مع الأقران (الزيات، 1998، الخطيب والحديدي، 1997، خوله يحيى، 2003).

القلق

ترى نظريات القوى النفسية Psychodynamic أن القلق يعتبر سببا أساسيا لمعظم الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال، وأن الأطفال القلقين غالبا ما يطورون نماذج سلوكية متعددة ينظر إليها على أنها مضطربة، وإنها مصدر لعدم السعادة الشخصية، وإنها تعيق الوظائف العقلية والاجتماعية، وتجعل الفرد يدور في حلقة مفرغة مما تجعله غير متكيف اجتماعيا (السرطاوي وسياسالم، 1992، 199).

انخفاض أو ضعف مفهوم الذات

يغلب على الطلاب ذوي صعوبات التعلم أن يكونوا أقل ثقة بذواتهم ، كما يفتقرون إلى مفهوم إيجابي للذات ، وقد وجد Black, 1974 إن مفهوم الذات لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم منخفض عن مفهوم الذات لدى أقرانهم من الطلاب العاديين ، كما لاحظ Black إن مفهوم الذات يرتبط على نحو موجب بالتحصيل الأكاديمي. ومعنى ذلك أن الطلاب الأقل تحصيلًا يميلون إلى أن يكونوا من ذوي مفهوم الذات المنخفض، أي أن صورة الذات لديهم هي صورة سلبية (الزيات ، 1998 ، 616).

سوء التكيف الاجتماعي

يرتبط سوء التكيف الاجتماعي بعدم الامتثال للقوانين ، والتعليمات أو النظم الاجتماعية، وتجاوز حدودها ، والقيام بالأفعال التي لا يرضاها المجتمع ، والاعتداء على التعليمات المدرسية أو غيرها. فالفرد الغير متكيف اجتماعيا في نزاع دائم مع القيم التي يجب التعامل معها واحترامها في المجتمع والمدرسة. ولقد استخدم مصطلح الانحراف الاجتماعي Socialized Delinquent ومصطلح المريض اجتماعيا Socibath للدلالة على سوء التكيف الاجتماعي (السرطاوي وسيسال ، 1992 ، 201).

الاعتمادية

يكتسب العديد من الأطفال ذوي صعوبات التعلم الإفراط في الاعتمادية أي زيادة الاعتماد على الآخرين overdependence كالأباء والمدرسين وغيرهم عن طريق طلب مساعدات غير عادية أيا كانت طبيعة الأنشطة التي يمارسونها ، ودائما يتعلل هؤلاء الأطفال بعجزهم أو عدم قدرتهم على ممارسة الأنشطة التي

يمارسها أقرانهم ، متقمصين الإحساس بالعجز أو العجز المكتسب أو الإفراط في الاعتمادية.

خامساً: السلوك الانفعالي والاجتماعي وانخفاض التحصيل

إن كلام العديد من التلاميذ صعوبات التعلم يتغاير بحدة مع أقرانهم العاديين خلال مهارات المحادثة. حتى لو كان المظهر الخارجي للتلاميذ ذوي صعوبات التعلم يظهر انه لا يوجد فرق بينهم وبين التلاميذ العاديين. ومع ذلك عادة ما يتكشف لنا فروق نوعية وكيفية دقيقة بينهم.

القصور في المهارات الاجتماعية غالباً ما تكون من أكثر المشكلات التي يعاني منها التلميذ. بلغة وظائف الحياة، المشكلات الاجتماعية ممكن أن تكون بعيدة عن أن تسبب صعوبات أكاديمية المشار إليها في أمثلة الحالات. الصعوبات الاجتماعية تؤثر على مجمل حياة الفرد، في المدرسة، و في المنزل، و وقت اللعب. البحوث تشير إلى أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يفتقرون إلى المهارات الاجتماعية. يفتقرون إلى الحساسية للآخرين، والإدراك الملائم للمواقف الاجتماعية ويعانون من الرفض الاجتماعي.

ويستخدم المنحى السلوكي الطرق العلمية الموضوعية لتحليل التفاعلات بين الإنسان وبيئته ذلك أن المبدأ الرئيسي الذي يقوم عليه هذا المنحى يتمثل في اعتبار السلوك محصلة للعوامل والظروف البيئية وليس العمليات النفسية الداخلية. وتبعاً لهذا المنحى فالسلوك ظاهرة نظامية تكتسب وفقاً لقوانين محددة (تعرف باسم قوانين التعليم أو الأشرط). فالوراثة تحدد أبعاد السلوك الإنساني ولكن البيئة تترك بصمات واضحة على خصائص هذه الأبعاد السلوكية وعليه فالمبدأ الرئيسي هو أن معظم الخصائص السلوكية للإنسان متعلمة. وعملية التعلم هذه تتحدد في ضوء خبرات الفرد وبظروفه الحالية.

وبالنسبة للأطفال المضطربين سلوكيا وذوي الصعوبات التعليمية فمن الواضح أن اضطراب النمو الانفعالي والاجتماعي يشكل أحد أهم الخصائص لهذه الفئة من الأطفال. فهم يسيئون التصرف في المواقف الاجتماعية، ويشعرون بعدم الكفاية الشخصية، ولا يستطيعون إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين وهم يميلون إلى إظهار الاستجابات غير الاجتماعية، والعدوانية، والتخريبية، وعدم الطاعة وما إلى ذلك.

ومن جانب آخر نجد أنه من المحتمل بالنسبة للأطفال والمراهقين الذين تصدر عنهم أنماط سلوكية تنم عن اضطراب سلوكي أن يظهروا قصورا أكاديميا كما تعكسه مستويات تحصيلهم ودرجاتهم في المدرسة ومهاراتهم في مجالات معينة وخاصة القراءة كما يرى كل من (Ledingham & Sturges 1982), (Schwartzman, 1984) ويرى معلمو مثل هؤلاء الأطفال أنهم لا يبدون اهتماما بالمدرسة ' ولا يبدون حماسا يحقق لهم التقدم الأكاديمي، وأنهم يهملون عملهم و واجباتهم ودروسهم ولا يبالون بها.

معظم الأشخاص المضطربين انفعاليا تحصيلهم الأكاديمي في المدرسة منخفض مقاسا باختبارات التحصيل المدرسية الرسمية وغير الرسمية، فهم في العادة يحصلون أقل مما هو متوقع من عمرهم العقلي، وقليل منهم من يحصلون على درجات عالية في التحصيل.

وقد أشارت الدراسات إلى أن التحصيل الدراسي للمضطربين سلوكيا يعتبر منخفضا إذا ما قورن بالتحصيل الدراسي للأطفال العاديين واستشهدا بذلك بالدراسة التي أجريت على 130 طفلا في سنة 1992 من المضطربين سلوكيا والتي وجدت أن 81% منهم كان تحصيلهم منخفضا في القراءة وأن 72% قد حصلوا على درجات في الرياضيات أقل مما كان متوقعا منهم

بالإضافة إلى ذلك فقد لاحظ عدد من التربويين أن هناك ارتباطاً قوياً بين صعوبات التعلم والاضطرابات السلوكية (فاطمة الأشرم ، 2002 ، 500).

يرى العديد من الباحثين والمربين أنه لا يكفي أن نتعامل مع الصعوبات الأكاديمية بمعزل عن الآثار الانفعالية والاجتماعية المترتبة على هذه الصعوبات. حيث تؤثر الصعوبات الانفعالية والاجتماعية على مجمل حياة الفرد. فبينما تؤثر الصعوبات الأكاديمية على مركز الفرد في المجالات الأكاديمية ، فإن الصعوبات الانفعالية والاجتماعية ذات تأثيرات متباينة ومتعددة على مختلف جوانب الشخصية.

يسير نمو و اكتساب مهارات الإدراك الاجتماعي جنباً إلى جنب مع نمو و اكتساب المهارات الأكاديمية، كالقراءة و اللغة والرياضيات حيث يكتسب الطالب خلال مراحل نموه مهارات التقدير و الحكم من خلال مقارنة النتائج الفعلية المترتبة على السلوك الاجتماعي أو على الفعل بالنتائج المتوقعة، اعتماداً على التغذية المرتدة و تعديل الأنماط السلوكية بما يتوافق مع ردود هذه الأفعال. والأفراد الذين يعانون من مشكلات و صعوبات الإدراك الاجتماعي يغلب أن يكون لديهم صعوبات في التعامل مع ردود هذه الأفعال. و يكونون غير قادرين على استقراء الدلالات و المؤشرات و الرموز و المواقف الاجتماعية. و مدى ارتباطها بالموقف كما أنهم يكونون غير قادرين على تكييف مواقفهم و سلوكياتهم بما يتماشى مع نتائج مقارنات النتائج الفعلية المترتبة على السلوك بالنتائج المتوقعة Lerner, J, 1997 .

إن الأداء المعرفي والتحصيل والمستوى الأكاديمي كلها أو بعضها هي المحدد لمركز الطالب في كل من الأسرة ، والمدرسة ، وبين جماعة الأقران ، وعليه تتحدد كافة التفاعلات والعلاقات الاجتماعية، وهذه التفاعلات تتباين تأثيراتها

وفقا لتباين المستوى التحصيلي أو الأكاديمي للطالب، فتدعم تقدير الطالب لذاته ويشعر بالفخر والزهو والاعتزاز إذا كان متفوقا، ويشعر بالخزي، والخجل والدونية، وتجنب مواجهة الآخرين ، إذا كان مستواه الأكاديمي منخفضا.

الفصل الرابع

خطة تعديل السلوك
عجز الانتباه المصاحب
للنشاط الحركي الزائد

مبارك الرحمن

نظم لينا الزمان

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله الذي هدانا لهذا

أولاً: مدخل

ثانياً: التطوير التاريخي لاضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد

ثالثاً: تعريف اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد

رابعاً: أسباب اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد

خامساً: أساليب علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد

سادساً: تطبيق الخطة على حالة

سابعاً: تنمية المهارات لدى الأطفال بوسائل متوفرة في المنزل

أولاً: مدخل

يعد الانتباه أحد العمليات العقلية التي تلعب دور مهماً في حياة الفرد من حيث قدرته على الاتصال بالبيئة المحيطة به، والتي تنعكس في اختياره للمنبهات الحسية المختلفة والمناسبة، حتى يتمكن من دقة تحليلها وإدراكها، والاستجابة لها بصورة تجعله يتكيف مع بيئته الداخلية أو الخارجية.

وقد حظي الانتباه باهتمام كثير من الباحثين على اعتبار أنه العملية التي تكون عصب النظام السيكولوجي بصفة عامة، فمن خلاله يمكن للفرد اكتساب الكثير من المهارات وتكوين كثير من العادات السلوكية المتعلمة التي تحقق له قدراً كبيراً من التوافق في المحيط الذي يعيش فيه (الشرقاوي، 1984: 30) كما حظي باهتمام كبير في مراحل العمر المختلفة، وعلى أخص مرحلة الطفولة.

ونظراً لأن الانتباه عملية عقلية نمائية، فإنه يلاحظ على الأطفال عدم قدرتهم على تركيز انتباههم أو تنظيم نشاطهم الذهني نحو شيء محدد لفترة طويلة كما أنهم لا يستطيعون أيضاً أن يتحرروا من العوامل الخارجية التي تعمل إلى تشتت انتباههم. إلا أنه يحدث تحسناً في قدراتهم على الانتباه مع تقدمهم في السن.

وتشير النتائج بعض الدراسات إلى وجود فئة من الأطفال يكون لديهم قصوراً - عجزاً - في الانتباه، وأن هذا القصور لا يتوافق مع عمرهم. وتبين أيضاً أن هؤلاء الأطفال غير قادرين على الاستمرار أو الاحتفاظ بالانتباه فترة طويلة، وغير قادرين على أنها ما يطلب منهم تأديته، واندفاعيين مما يقعون في أخطاء كثيرة، كما يكون لديهم عجزاً في السلوك التوافقي، فيتحركون حركات مفرطة دون هدف واضح ومحدد ولا يتبعون النصائح والتعليمات سواء من الوالدين أو المعلمين أو المحيطين بهم، وتعرف تلك الفئة باضطراب عجز الانتباه

المصحوب بنشاط حركي زائد ويسبب الآثار السلبية الناجمة عن اضطراب الانتباه فاصبح يشكل للوالدين والمعلمين ومن يتعاملون مع الأطفال المصابين بهذا الاضطراب، سواء على المستوى الأكاديمي أو المستوى السلوكي أو الاجتماعي. قد توصل إلى أن اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد يؤثر على مدى تفاعلهم، فيبدون أكثر عصياناً في كثير من المواقف والتوجيهات والأوامر التي توجه إليهم. كما أن حركتهم المفرطة وعدم الاستقرار داخل حجرة الدراسة تسبب مشكلة لدى المعلم.

وبالنسبة للطفل ذاته، فإن هذا الاضطراب يحدث صعوبات أكاديمية، فقد أشار جيبسون أن الأطفال مضطربي الانتباه المصحوب بنشاط زائد adhd، يتصفون بضعف في الذاكرة بسبب الخلل الوظيفي في العملية الإدراكية والانتباه والتشتت والاندفاعية والحركة الزائدة. لذلك اتجه الكثير من الباحثين إلى استخدام أساليب علاجية مختلفة ومتنوعة كالعلاج بالعقاقير الطبية.

والعلاج السلوكي والمعرفي من الإقلال من الحركة وتشتت الانتباه والاندفاعية وإذا كان اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد يشكل مشكلة بالنسبة للأطفال في سن المدرسة والمحيطين بهم فلنا حينئذ أن نتصور حجم معاناة المعاقين عقلياً ومن يقومون برعايتهم. وعلى الرغم من ذلك فلم تلق تلك الظاهرة الاهتمام الكافي في مجال الإعاقة العقلية بنفس الاهتمام الذي تلقت من قبل ذوي الصعوبات الأكاديمية والنمائية، وأيضاً العاديين.

إن اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد يؤدي إلى ظهور مشكلات لدى الأطفال المعاقين عقلياً منها صعوبة اكتساب الخبرات للمهارات الأساسية، وانخفاض مستوى أدائهم للوظائف المطلوبة سواء في البيت أو المدرسة. والقيام ببعض السلوكيات غير مقبولة اجتماعياً Conduct

behaviors، لذلك اتجهت البحوث للإقلال من النشاط الحركي وعجز الانتباه للأطفال المعاقين عقلياً، فقد أجرى دوكورث وآخرون(محاولة للإقلال من عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد والاندفاعية باستخدام أسلوب التدريب على التمييز البصري discrimination training كما توصل بيترز وديفيز إلى أن أسلوب التدريب على التعليمات الذاتية كان فعالاً في الإقلال من الاندفاعية والنشاط الحركي الزائد لدى عينه من المراهقين المعاقين عقلياً، وهذا ما يؤكد ما أشار إليه ميكنبوم انه بالإمكان تغيير سلوك الأطفال عن طريق الحوار الداخلي وتقديم التعليمات للذات، وبذلك يمكن تطبيع الطفل اجتماعياً.

وسوف يستعرض الباحثان التطور التاريخي لاضطراب عجز الانتباه والمصحوب بنشاط حركي زائد - adhd - وأسباب حدوثه وأساليب علاجية مع التركيز على أسلوب الضبط الذاتي كأحد الاستراتيجيات المعرفية التي أثبتت فاعليتها في تغيير السلوك المضطرب.

ثانياً: التطوير التاريخي لاضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد ADHD.

أخذت مشكلة اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد في السنوات الماضية باهتمام كثير من مجالات التربية وعلم النفس وطب الأطفال، وتناولوها من زوايا متعددة. وخلال تلك الفترة ظهرت أوصاف ومسميات متعددة لاضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد، فقد أشار بعض الباحثين إليه على أنه اضطراب عضوي، بينما يرى البعض الآخر على أنه اضطراب سلوكي.

وبمراجعة مجموعة من الدراسات والبحوث التي اهتمت بالاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة، تبين إلى أن دراسة تلك الاضطرابات قد بدأت في

نهاية القرن الثامن عشر، ووضع وصفاً للسلوك الحركي الزائد عام 1845 في قصص الأطفال. ونتيجة إصابة الكثير من الشعوب في نهاية الحرب العالمية الأولى بإصابات دماغية بسبب انتشار وباء التهاب المخ، تبين أن الأطفال المصابين بتخلف أو إصابة في المخ أو اضطراب في الجهاز العصبي المركزي يكون لديهم زملة أعراض سلوكية مثل الحركة المفرطة والقصور في الانتباه والاندفاعية. وتلك الأعراض تميز الأطفال مضطربي الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد Jones 1990:2 وفي العقود الأولى من القرن العشرين، اهتم الباحثون بدراسة مستويات السلوك المضطرب وربطها بوجود تلف في المخ أو اضطراب في الجهاز العصبي المركزي وأكدت دراسة ستراوس وليتين Strauss & lehtinen الرأي القائل إن النشاط الحركي الزائد واضطراب الانتباه يحدثان نتيجة خلل وظيفي بالمخ وبذلك كانت المسميات الأكثر انتشاراً في الفترة من عام 1940-1970 زملة الخلل البسيط للمخ minimal brain Syndrom أو لخلل الوظيفي البسيط للمخ وأيضاً رد الفعل الحركي المفرط.

وفي السنوات الأولى من عام 1980، بدأ الاتجاه الذي كان سائد من قبل والذي يشير إلى أن اضطراب الانتباه استجابة لحدوث تلف عضوي أو خلل وظيفي في المخ يتناقض، وأن اضطراب عجز الانتباه والحركة المفرطة والاندفاعية تعتبر مظاهر سلوكية نهائية ناشئة من حدوث تفاعل على درجة عالية من التعقيد بين خصائص الفرد وبيئته (deuel.198). ، وبذلك بدأ ينظر إلى عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد لدى الأطفال على أنه اضطراب سلوكي، وعرف في الدليل التشخيص للاضطرابات العقلية بأنه رد فعل حركي مفرط في مرحلة الطفولة 1968. apa- ثم حدث تطوراً في تسمية هذا الاضطراب في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيص والتي نشرت عام 1980 - dsm-111 - أعطى له تعريفاً موسعاً يشمل على زملة من الأعراض السلوكية، وسمى باضطراب عجز الانتباه attention deficit disorder.

وقد صنف هذا الاضطراب في فئتين فرعيتين:

تعرف الأولى باضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد disorder
-attention -add-h with hyperactivity deficit أما الثانية فتسمى
باضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد.

ثالثاً: تعريف اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط

الحركي الزائد

ورد في دليل التشخيص الإحصائي للاضطرابات العقلية أن اضطراب
عجز الانتباه attention Deficit Disorder يعني عدم القدرة على الانتباه
والقابلية للتشتت، أي الصعوبة التي يواجهها الطفل في التركيز عند قيامه
بنشاط ويكون نتيجته عدم القدرة على إكمال النشاط بنجاح. وقد وضعت رابطة
الطب الأمريكي (apa.1980) وصفاً للطفل ذا الانتباه المضطرب والمصحوب
بالنشاط الحركي الزائد " بأنه الطفل الذي يتصف بالعجز في الانتباه والمتمثل
في الصعوبة في التركيز، وعدم القدرة إلى أنها الأعمال التي توكل إليه إضافة
إلى ذلك الحركة المفرطة دون هدف محدد. وفي الغالب يلاحظ إلى هؤلاء الأطفال
انهم لا يصغون جيداً إلى ما يقال لهم، كما يتسمون بعدم الدقة في أدائهم على
أي نشاط يتناسب مع سنهم.

كما وضع كل من فرانك ومعاونوه ووالن وصفاً للأطفال الانتباه
المصحوب بنشاط زائد بأنهم الأطفال الذين عادة ما يتصفون بانتباه قصير
المدى، ويحاولون انتباههم وتوجيهه بصورة مرضية، يظهرون نشاطاً حركياً
بصورة أكثر في المواقف التي تتطلب ذلك، فقد ينتقلون من مكان إلى آخر بصورة
مزعجة ومستمرة، وفي داخل حجرة الدراسة يخرجون كثيراً من مقاعد

ويتجولون في الفصل، كما يكونون مندفعين ومتهورين ويقاطعون الآخرين أثناء الحديث ولا يصغون جيداً للحديث.

وقد وضع جولد ستين وجولد ستين تعريفاً لاضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد، يفسر كيف أن هؤلاء الأطفال يتفاعلون مع البيئة المحيطة بهم. وأشار إلى أن الأطفال ذوي النشاط الزائد المصحوب بنشاط حركي زائد (adhd) يكون لديهم استعداد بدني يمكن من خلاله الشعور بالمشكلات المتعلقة بالانتباه والجهد وكف القدرة على التحكم في السلوك والنقص في درجة الاستشارة والحساسية لها.

وتشمل هذا الوصف على المكونات الأربعة التالية:

عدم القدرة على الانتباه

لقد عرف منذ فترة طويلة الأطفال ذوي عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد تواجههم صعوبة كبيرة في تركيز الانتباه والاحتفاظ به فترة عند ممارسة الأنشطة التي يقومون بها وخصوصاً الأنشطة التي تتكرر كثيراً أو التي تتطلب تحدي كما إن هؤلاء الأطفال يجدون صعوبة في غريزة المثيرات المشتتة. كما أن لديهم قابلية للتشتت.

النشاط الحركي الزائد (الاستشارة الزائدة)

يتميز الأطفال ذوي اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد، بعدم الاستقرار والحركة الزائدة وعدم الهدوء والراحة كما إن هؤلاء الأطفال من السهل استشارتهم انفعالياً. وقد اعطى المهتمون اهتماماً كبيراً بالمظاهر المميزة لهؤلاء الأطفال (ADHA) فقد أشار البعض منهم إلى ارتفاع مستوى النشاط الحركي وعدم التقبل الاجتماعي لحركتهم المفرطة. فقد يقومون بحركات عصبية مربكة وغير منظمة، كما يكون لديهم صعوبة في البقاء جالسين لفترة،

وينشغلون في عمل أشياء مزعجة كالسقوط عن الكرسي، قرع الأصابع، وقد يصدرون أصوات غير ملائمة محدثين ضوضاء، أو يتكلمون بصوت عالي. وتكون تلك الظاهرة أكثر وضوحاً لدى الأطفال المعاقين عقلياً.

الاندفاعية

إن الأطفال ذوي اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد يميلون للاستجابة للأشياء دون تفكير مسبق، فلا يعرفون تبعات تعجلهم عند قيامهم بالأداء، كما يجدون صعوبة في انتظار دورهم ولا يفكرون في البدائل المطروقة قبل أن يضعون قرارهم. وقد حددت رابطة الطب النفسي الأمريكي عدة معايير للحكم على هؤلاء الأطفال، حيث أشارت إلى أنهم يتصرفون بدون تفكير ويجدون صعوبة في تنظيم عملهم وينتقلون بسرعة من عمل إلى آخر قبل إكماله، وكثيراً ما يقاطعون الآخرين وينادون بصوت مرتفع عن المعتاد، كما يجدون صعوبة في انتظار أدوارهم عند قيامهم بأنشطة معينة. والمشكلة هنا لا تنحصر في النقص في معرفة ما يفعلونه وإنما في عدم قدرتهم على التوقف فترة كافية للتفكير قبل صدور الاستجابة فهؤلاء الأطفال يندفعون بعنف وتهور ويكون سلوكهم في غالبية الأحوال صادراً بدون تفكير، كما أنهم لا يستفيدون من أخطائهم السابقة التي وقعوا فيها وإنما يكررون دائماً نفس الأخطاء لذلك يحتاجون إلى مراقبة أو إشراف عليهم. وقد توصل الباحثان في دراسة السابقة لهما إلى أن الأطفال المعاقين عقلياً من الدرجة البسيطة (القابلين للتعليم) يتصفون بالاندفاعية ويكونون أكثر تشتتاً مقارنة بالعاديين

صعوبة الإرضاء

أن الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد لا يعملون في حالة المكافآت التي تقدم لهم في فترات زمنية طويلة

ويطلبون دائماً أن تكرر مكافئاتهم يومياً، لأن نتيجة أدائهم ترتبط بتكرار تلك المكافآت والمعززات الفورية 8: Golstein & Goldstein. 1990 وقد أشار بعض الباحثين إلى أن تلك الفئة لا تستجيب للحوافز بنفس طريقة الأطفال الآخرين، وافترضوا إن تكرار حدوث تدعيم سلبي لأطفال ذوي اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد يجعلهم لا يستجيبون للمطالب إلا عند إزالة المثير المنفر لهم وهذا عكس ما يتوقعون عند حدوث تدعيم لا حق لا دائهم.

ويلاحظان الموصفات التي يتميز بها الأطفال مضطربي الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد تتماثل الموصفات التي يتميز بها الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد - كما أن خفض تلك المظاهر السلبية ينحصر في عملية الضبط والتدريب على السلوك الإيجابي واستبداله بها أكثر من استخدام أساليب العقاب المختلفة المتمثلة في التعزيز السلبي.

رابعاً: أسباب اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط الزائد

اتجهت البحث النفسية والطبية والتربوية لدراسة طبيعية وأسباب اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد، وقدمت تفسيرات متنوعة لتلك الظاهرة، فقد أرجعها البعض إلى عوامل وراثية وأرجعها البعض الآخر إلى عوامل بيئية، ونظر آخرون إلى هذا الاضطراب باعتباره انعكاساً لعوامل عضوية عصبية، كحدوث خلل وظيفي في المخ أو إصابة مخية أو نتيجة خلل في التوازن الكيميائي أو تأخر في النضج أو العوامل بيئية متمثلة في أساليب التنشئة الاجتماعية... وغيرها.

وتفترض النظرية الوراثية أن ظروف نقل الرسائل الوراثية يمكن أن يؤدي الاستعداد لفرط النشاط، وبذلك وضع كانتول نموذجاً يعرف بنموذج الوراثة الذي يشتمل على الناقلات الوراثية ويرى موريسون واستوارد أنه لا يوجد

دراسة واحدة تؤدي هذا النموذج وان البحث في السبب الوراثي لاضطراب الانتباه المصحوب بنشاط زائد تكون نتائجه مظلة كما حاول مارين دراسة خصائص الكروموسومات للأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد، إلا انه فشل في الحصول على أي دلائل تميز تلك الفئة عن الفئات الأخرى. ويبرهن العديد من الباحثين على وجود علاقة بين اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد والعوامل الوراثية المتعددة، حيث يؤكد باركلي قائل إن العوامل المسببة للنشاط الزائد هي العوامل الوراثية، كما أن هناك بعض الأدلة تشير إلى احتمالية أن تكون بعض العوامل الجينية وراء النشاط الحركي الزائد مستدلين على ذلك بعدم هدوء الطفل المولود حديثاً، ويؤكد على ذلك نتائج بعض الدراسات أن عدداً من أباء الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد قد اظهروا علامات تعكس هذا الاضطراب في طفولتهم، كما أن لهم أخوة أيضاً زائدين النشاط.

من الاعتقادات الشائعة إن حدوث إصابة في المخ تكون سبباً في ظهور أعراض اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد، وقد ظهر هذا الاعتقاد عندما تم تشخيص عدداً من الأطفال لديهم أعراض هذا الاضطراب انتشار وباء تلف المخ بعد الحرب العالمية الثانية، وقد افترض ديوري إن ظهور سلوك حركي زائد لدى هؤلاء الأطفال يرجع إلى حدوث إصابة أو تلف نوعي في المخ. وأكد على ذلك استراوس وكيفارت حيث توصل إلى نتيجة مؤداها انه يمكن الاستدلال على وجود إصابة أو تلف في المخ من زملة المظاهر السلوكية للنشاط الحركي الزائد.

ويفترض وهوبس إن حدوث خلل وظيفي في الجهاز العصبي يؤدي إلى ظهور أعراض اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد كما إن العجز في قيام أبنية المخ الأوسط وعدم القدرة على إحداث توازن بين الميكانزمات الكف والاستشارة يؤدي إلى حدوث هذا الاضطراب.

ويرى باركلي ومعاونوه إن الخلل الوظيفي للمخ بسبب وجود مشكلة في العمليات الحركية الإدراكية لدى الأطفال ذوي اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد. وهناك رأى آخر يشير إلى أن حدوث خلل في التوازن البيوكيميائي ينعكس في عدم قدرة المخ على إحداث توازن في الأنظمة الكفية والاستشارية مما يؤدي إلى ظهور أعراض اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد.

أما بالنسبة للعوامل البيئية فهي متعددة، فإن التسمم بالرصاص ربما يأتي نتيجة الأكل أو استخدام بعض اللعب مما يؤدي إلى حالات شبيهة بأعراض اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد، كما أن حمض الاسيتيل سالسيلك والذي يوجد في تركيب بعض المواد التي تضاف إلى بعض الأطعمة لاعطائها نكهة أو لون صناعياً يؤدي إلى حالات مشابهة أيضاً.

أما العوامل البيئية المحيطة بالطفل والمتمثلة في الأسرة والأساليب الوالدية فإن لها دور مهم في إحداث اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد لما لها من تأثير قوي في حياة الطفل وخاصة في مراحل نموه الأولى. أكد على ذلك الكثير من الدراسات، فيرى باركلي أن النشاط الحركي الزائد ليس أكثر من أن يكون نتيجة ضعف في ضبط سلوك الطفل من قبل والديه، إذ إن طرق ترويض سلوك الطفل الضعيفة تؤدي إلى اضطراب في سلوكه.

خامساً: أساليب علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب

بالنشاط الزائد

على الرغم من تنوع الأساليب العلاجية لاضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد إلا أن الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا المجال قد أشارت إلى أن أكثر الطرق العلاجية فاعلية هو العلاج السلوكي المعرفي.

ومن أولى الطرق العلاجية التي استخدمت لخفض سلوك عجز الانتباه والنشاط الحركي الزائد لعلاج بالعقاقير الطبية المنشطة Stimulance وكانت العقاقير الأكثر استخداماً في ذلك الوقت حتى ان الريتالين (المثيل فيندات) والديكسترين كريتات الديكستروامفيامين والسايليت بيمولين الماغنسيوم، وقد أشار لا ندرم وآخرون إلى انه بسبب وجود آثار جانبية لتلك العقاقير فقد اتجه غالبية المعالجين إلى التركيز على أساليب العلاج السلوكي والعلاج السلوكي المعرفي.

وقد قام جولد ستين بمراجعة وتلخيص العديد من الأساليب المعرفية التي يمكن استخدامها لهذا الغرض وقد تضمنت تلك الأساليب التسجيل الذاتي Self-recording والتي يقصد بها تعليم الأطفال من خلال كتابة المذكرات ووضعها داخل الجدول مفيدة معدة لهذا الغرض، والتقييم الذاتي - Self evaluation أي تعليم الأطفال على كيفية تقييم سلوكياتهم بطرق فعالة وصحيحة.

والتعزيز الذاتي Self-reinforcement أي تعليم الأطفال وتدريبهم على تعزيز ذاتهم عند قيامهم بالأداء الصحيح والتعليم الذاتي Self-instruction أي تعليم الأطفال على كيفية التعامل مع المشكلات وكيفية حلها بفاعلية، وتوجيه سلوكياتهم بطريقة منظمة، والتدريب القائم العزو السببي Attribution training أي بناء تقدير الذات والشعور بالقدرة على ضبط الذات وقد تم استخدام مثل هذه الأساليب المعرفية مع الأطفال الذين يعانون من عجز نمائي Developmental، بما فيهم الأطفال ذوي المشكلات التعليمية، والمشكلات السلوكية، وإصابات المخ، واضطرابات الانتباه، كم تم استخدامها في دراسات علاجية لسلوكيات متنوعة منها السلوكيات المرتبطة بأداء النشاط. والطاعة، وتقدير الذات، والمهارات الاجتماعية.

إن الافتراض المنطقي وراء استخدام مثل هذه الأساليب والفنيات هو إن سلوكيات هؤلاء الأطفال يمكن تعديلها عن طريق تعليمهم التفكير بطريقة مخالفة وذلك يكتسبون الضبط الذاتي والقدرة على تغيير تعديل سلوكياتهم بصورة أكثر فعالية.

وقبل أكثر من مائة عام أورد وليام جيمس أن الكلام الموجه إلى الذات يمكن أن يستخدم لمساعدة الناس لتركيز انتباههم على مشكلاتهم وضبط تلك المشكلات. ويقوم هذا الاتجاه على افتراض أن الإنسان ليس سلبياً حيث لا يستجيب للمثيرات البيئية فحسب ولكنه يتفاعل معها ويكون مفاهيم حولها، وهذه المفاهيم تؤثر في سلوكه، بمعنى آخر يعتقد القائمون بتعديل السلوك إلى أن هناك تفاعل متواصل بين المؤثرات البيئية والعمليات المعرفية والسلوك ويسمى باندورا هذا التفاعل بالاحتمية المتبادلة.

إن دراسة العلاقة بين المثيرات والاستجابات بحد ذاتها لا تكفي ولكن لا بد من دراسة العمليات المعرفية التي تتوسط هذه العلاقة. فعندما يتعرض الإنسان لمثير ما فيعطي تفسيراً له معتمداً على معنى المثير من وجهة نظرة وفي ضوء ذلك يحاول معدلوه السلوك المعرفي تغيير السلوك من خلال التركيز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات البيئية وكيفية تفسيره لها (الخطيب 1990: 372).

والضبط الذاتي كأحد أشكال إعادة التنظيم المعرفي الذي يستهدف تدريب الطفل على تعديل أنماط التحدث للذات Self – Statement يؤدي بالتالي إلى تعديل السلوك. وينصب الاهتمام في التنظيم الذاتي على التحدث إلى الذات باعتباره العنصر الأساسي في توجيه السلوك والضبط الذاتي. ويعتبر ميكنبوم، أول من طور هذا الأسلوب حيث تبين له إن التخلص من المشكلة يعني التخلص من التحدث إلى الذات بطريقة انهزامية وسلبية واستبداله بالتحدث إلى الذات بطريقة إيجابية

وقد أورد ميكنيوم سببين رئيسين لابتكار أسلوب تعديل السلوك معرفياً من خلال تدريب الأطفال على تقديم التعليمات للذات

أوليهما - يتمثل فيما قاله بعض علماء النفس إن الضبط الذاتي يمكن أن يمر بثلاث مراحل ففي المرحلة الأولى فإن حديث الآخرين الذين هم في العادة من الكبار يضبط ويوجه سلوك الطفل وفي المرحلة الثانية يتحدث الطفل لنفسه بطريقة غير معلنة مفترضاً أن ذلك له دور في ضبط الذات وبهذا يصبح الطفل اجتماعياً بواسطة التعليمات الداخلية المتبادلة التي يقدمها الطفل لنفسه بينما لا حظ بعض العلماء إن الانتقال من الحديث الشخصي interpersonal speech إلى التفكير يمثل فروقاً نوعية في البناء المعرفي.

وثانيهما ما أشارت إليه البحوث العلمية من أنه بالإمكان تغيير سلوك الأطفال عن طريق تغيير الحوار الداخلي وتقديم التعليمات للذات.

وقد استخدم هذا الأسلوب بفاعلية لمعالجة بعض الأنماط السلوكية غير التكيفية مثل القلق الاجتماعي والعدوان والتهور والنشاط الحركي الزائد واضطراب عجز الانتباه لدى الأطفال العاديين.

ويرى باركلي إن أسلوب تدريب الأفراد على كيفية ضبط سلوكياتهم بأنفسهم يعتبر من أساليب تعديل السلوك التي تنمو بصورة سريعة وقد تخصص في هذا المجال كل من دوجلاس وميكنيون وكندال.

ويتم أسلوب الضبط الذاتي من خلال تقديم التعليمات للذات عن طريق تلفظ الطفل ببعض العبارات التي توجه للذات ففيها تسهل الألفاظ حدوث السلوك التوافقي أو تزيد من احتمالية حدوثها، وفيه يتعلم الطفل كيف يراقب سلوكه، وكيف يقارن ما بين السلوك الذي يقوم به والسلوك الذي كان من المفروض أن يؤديه، وكيف يعزز ذاته بعد أن يصل إلى المطلوب هذا الرأي حيث

يقول إن العلاج السلوكي المعرفي لتعليم الأطفال كيفية ضبط الذات هو عملية دمج الإجراءات السلوكية والمعرفية، ويتمثل فيه تدريبهم على تقديم التعليمات اللفظية للذات والتي تلعب دوراً أساسياً ومهما في الضبط الذاتي إضافة إلى بعض الاستراتيجيات الأخرى كالتعليم الأنموذج ولعب الدور وتقييم الذات، وقد تم دمج تلك الاستراتيجيات في البرنامج العلاجي المستخدم في دراسة الحالة هذه.

و تعددت وتنوعت الدراسات في الآونة الأخيرة لدراسة اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد، فقد اهتم البعض منها دراسة المظاهر الأساسية لهذا الاضطراب وتبين من نتائجها إن قصور الانتباه والسلوك الحركي الزائد والاندفاعية من أهم تلك المظاهر، إضافة إلى ذلك فقد أشارت نتائجها إلى أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب عجز الانتباه لديهم مشكلات تعليمية ومشكلات تعليمية تتعلق بضبط سلوكياتهم، وتوجيهها بصورة مقبولة، كما انهم يعانون من صعوبة في التركيز والانتباه ومشكلات في النقل الاجتماعي.

وقد اهتمت تلك الفئة من الدراسات باستخدام أساليب متنوعة لتشخيص تلك الفئة من بينها أساليب المقابلة والملاحظة المباشرة كما استخدمت أيضاً قوائم تقدير السلوك، وكانت قائمة كورنر من الدليل التشخيص والإحصائي للاضطرابات العقلية من بين القوائم الأكثر شيوعاً في تشخيص اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد، إضافة إلى أساليب القياس النفسيولوجي.

كما تناولت دراسات أخرى أساليب علاجية مختلفة لخفض أعراض هذا الاضطراب السلوكي، وكان الضبط الذاتي عن طريق تقديم تعليمات إيجابية

للذات من أكثر أساليب العلاج السلوكي المعرفي استخداماً وخصوصاً لدى تلاميذ المدارس وعلى الرغم من تعدد الدراسات على التلاميذ في المدارس العادية إلا أن بعض الباحثين قد اتجهوا في الآونة الأخيرة إلى التحقق من فعالية الضبط الذاتي في خفض السلوك غير المرغوب لدى المعاقين عقلياً من الأطفال والمراهقين وسوف يستعرض الباحثان بعض من تلك الدراسات التي اهتمت بتلك الفئة والبرامج العلاجية التي تناولتها الدراسات على عينات من المعاقين وغير المعاقين عقلياً.

ففي دراسة استهدفت التعرف على مدى الفروق في النشاط الحركي الزائد وعجز الانتباه ومشكلات السلوك الاجتماعي لدى 50 من الأطفال المتخلفين عقلياً متوسط أعمارهم 7.2 وعينة أخرى مكونة من 50 طفلاً من العاديين تم تقدير سلوكهم باستخدام باستخدام قائمة كونلرز لتقدير سلوك الطفل وقائمة Lova القياس عدم القدرة على الانتباه المصحوب بنشاط حركي زائد، وأيضاً العدوان وقد تم فحص الفروق بين المجموعتين في تلك المظاهر السلوكية والارتباطات الداخلية بين الأبعاد العاملة لقائمة كونلرز والأبعاد الفرعية لمقياس ايوا. وقد تبين وجود ارتباط ضعيف بين السلوك الاجتماعي المضطرب بالنشاط الحركي الزائد وعجز الانتباه بمقارنته بالأطفال غير المعاقين على الرغم من أن مشكلات الانتباه ومشكلات السلوك الاجتماعي ترتبط بالتخلف العقلي بصفة عامة.

وقد قام دوجلاس وآخرون بدراسة هدفت إلى مساعدة عينة من الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد ليصبحوا أكثر فاعلية وأقل اندفاعية، وقد استخدم الباحثون بعض فنيات العلاج السلوكي المعرفي كبديل للعلاج الدوائي، والمتمثلة في النمذجة، والتعليمات الذاتية اللفظية، التدعيم الذاتي، والضبط الذاتي إضافة إلى التدريب المباشر على بعض الأنشطة وقد تكونت عينة الدراسة من

19 طفلاً من ذوي النشاط الحركي الزائد الذين يتصفون بالحركة المفرطة والاندفاعية ومشكلات الانتباه تراوحت أعمارهم بين 6- 11 سنة بمتوسط قدره سبع سنوات وتسعة أشهر. وتم تدريب هؤلاء الأطفال لمدة ثلاثة أشهر بمعدل جلستين أسبوعياً، بما مجموعه 24 جلسة ستون دقيقة وقد تم تطبيق بعض أدوات القياس المتمثلة في اختبار كاجان لتجانس الأشكال، مهامات بور تيوس، اختبار بندر وجشتلت، واختبار تكملة القصص إضافة إلى بعض اختبارات الذاكرة المشتقة من اختبارات ديترويت لقياس الاستعداد للتعليم الرياضيات، كما تم تطبيق مقياس كونرز لتقدير سلوك الطفل على المعلمين والوالدين. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية التدريب المعرفي، حيث استطاع أفراد العينة تعليم الأسس العمة بدلا من الاستجابات المحددة الخاصة بالنشاط كما حدث تحسن جوهري بعد انتهاء التدريب مباشرة واستمر حتى بعد مضي ثلاثة أشهر. كما أشارت النتائج إلى انخفاض العدوانية وزيادة تحمل الإحباط.

ويمكن توضيح مقدار التحسن في تركيز الانتباه لدى أطفال المجموعة التجريبية بعد تقديرات المعلمين على بعد عدم القدرة على الانتباه، حيث بلغت قيمة متوسط تقديراتهم لتلك المجموعة في القياس القبلي (17.6)، بينما بلغت قيمة متوسط تقديرات في القياس التكويني (15) أما في القياس البعدي فقد بلغت قيمة المتوسط (8.2) وتتضح تلك التغيرات في الشكل البياني رقم (2).

كما تبين من النتائج الموضحة في الجدول رقم 8 وجود فروق فردية دالة إحصائياً بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على قائمة اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد في القياسات المختلفة (القبلي، والتكويني، والبعدي) حيث بلغت قيم (2.0226) (Z). وهذا يشير إلى فاعلية برامج الضبط الذاتي عن طريق تقديم المعلومات للذات في زيادة الانتباه لدى

الأطفال المختلفين عقلياً القابلين للتعلم وقدرتهم على الاحتفاظ به مع الإقلال من النشاط الحركي الزائد لديهم، وهذا ما ظهر في تقديرات المعلمين في القياس البعدي.

تفسير النتائج

اعتمدت الدراسات الحالية على إن فكرة التدريب على الحديث الذاتي أو التعليمات الذاتية تقوم على فرض مؤداه أن الأشياء التي يقولها الفرد لنفسه تحدد باقي الأشياء التي يفعلها، فسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته والتي توجه بتكوينات متنوعة كالا استجابات الفسيولوجية وردود الفعل الوجدانية والمعارف والتفاعلات الاجتماعية، ويعتبر الحديث الداخلي أحد هذه الأنشطة أو التكوينات.

لذا يؤكد معدلون السلوك المعرفي على أن الكلام الموجه للذات يساعد الفرد على التركيز على مشكلاته وضبط سلوكه، وبذلك يرون أنه لابد من الاهتمام بدراسة العمليات المعرفية التي تساعد الفرد على إدراكه للمثيرات البيئية المحيطة وكيفية تفسيره لها.

والدراسة الحالية تركز على أهمية التحدث إلى الذات باعتباره العنصر الأساسي في توجيه السلوك وضبطه لعلاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد (ADHD) وقد أشار ميكنبوم إلى ذلك عند تطويره لأسلوب الضبط الذاتي لتعديل السلوك معرفياً، فيرى أن التخلص من السلوك غير المرغوب فيه يعني التخلص من التحدث إلى الذات بطريقة انهازامية وسلبية واستبدال بالتحدث إلى الذات بطريقة إيجابية.

وسوف نعتمد في تفسيرنا للنتائج على ما يلي:

✓ إن الأطفال مضطربي الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد تواجههم صعوبة كبيرة في التركيز الانتباه والاحتفاظ به فترة عند ممارسة أنشطتهم ويحولون انتباههم فجأة من نشاط إلى آخر، وهذا يؤدي إلى حدوث مشكلات تعليمية لديهم.

✓ إن الأطفال مضطربي الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد يتصفون بعدم الاستقرار والانفعالية.

✓ إن التشجيع القائم بتنفيذ برنامج الضبط الذاتي على الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم أثناء التدريب على تقديم تعليمات لفظية التخلص من سلوكياتهم غير المرغوبة والتفكير في الحصول على المزيد من التدعيم.

إن النتائج الدراسة الحالية قد أثبتت فعالية الضبط الذاتي الذي يقوم على تدريب الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم على كيفية تقديم التعليمات اللفظية للذات في خفض الحركات المفرطة التي كان يحدثها أطفال المجموعة التجريبية قبل تنفيذ البرنامج، قد انخفض متوسط تقديرات المعلمين للنشاط الزائد وعدم القدرة على الانتباه، بعد استخدامهم لقائمة كورنر.

إن تلك النتائج أوليه قد أعطت إشارة واضحة إلى أن أسلوب الضبط الذاتي المعتمد على تدريب الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم على كيفية تقديم تعليمات لفظية للذات كان فعالاً في خفض النشاط الحركي الزائد زيادة تركيز الانتباه لديهم والاحتفاظ به فترة أطول. وبمعنى آخر فن هذا البرنامج كان أكثر فعالية وكفاءة في إحداث تغيير إيجابي في أداء الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم على أسلوب حل المشكلات وجعلهم أقل اندفاعية والتفكير قبل الاستجابة المطلوبة والاستقرار أثناء الأداء. في القياسات المختلفة، وظهر التحسن في سلوك الأطفال وقدرتهم على ضبطه وزيادة الانتباه. وتوصل كل من كم دبيس السمادوني من أن برنامج الضبط الذاتي قد اثبت فعاليته في رفع مستوى أداء

الأطفال المعاقين عقلياً على أنشطة مختلفة تعتمد على حل المشكلات، وكان ذلك نتيجة خفض الاندفاعية.

وفي دراسة أخرى تشير إلى أن الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم قادرين على الاستجابة بصورة فعالة لبرنامج التدريب على الضبط الذاتي وهذا ما أكدته أيضاً نتائج دراسة من يتبرز وديفس وكذلك من ديبس والسماذوني، من فعالية هذا البرنامج مع فئة الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، حيث يؤكدون على أن الأطفال المعاقين عقلياً يستطيعوا استخدام اللغة الخاصة بهم في التأثير على استجاباتهم إذا ما توفر لهم لتدريب المناسب على كيفية تقديم التعليمات اللفظية للذات، لذلك توصى الدراسة الحالية بالعمل على تدريب القائمين بمعاهد التربية الفكرية على فنيات هذا البرنامج والاستفادة منه داخل الحجرة الدراسة وخارجها لحل الكثير من مشكلات عند تنفيذ البرامج التعليمية لهؤلاء الأطفال على الوجه المطلوب.

سادساً: تطبيق الخطة على حاله

اسم الطفل: س. ص

العمر: 17

تاريخ بدء البرنامج 2003/4/3

السلوك الغير مرغوب فيه: يعاني س من عجز الانتباه المصحوب بالنشاط

الحركي الزائد

التعريف الإجرائي للسلوك الغير مرغوب فيه

✓ يعاني (س) من ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد في

غرفة الصف

✓ عاني (س) من عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد حيث يقوم (س) بهذا السلوك عند الفشل في قراءة أو كتابة حرف معين أو الفشل في أداء مهمة معينة به حيث يشعر (س) نتيجة لذلك بعجز الانتباه ومن ثم التدخل في شؤون زملائه ويحدث تكرار هذا السلوك بسبب ما يلاقيه هذا السلوك من ضحك وإعجاب من قبل زملائه من نفس المجموعة التي ينتمي إليها الطالب

المثيرات القبلية للسلوك غير مرغوب فيه

الفشل والإحباط عندما يطلب من (س) تنفيذ مهمة ما في داخل الغرفة الصفية ولا يستطيع العمل على تنفيذها، وعندما يريد أن يحقق شيئاً يريده ولا يستطيع العمل على تحقيقه وعند فشل الطالب في ذلك فإنه يعمل على عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.

السلوك المرغوب

هو أن يقوم (س) بالانتباه للمعلم أثناء شرحه للدرس وان لا يتدخل في شؤون زملائه إلا بعد أن يؤذن له من قبل المعلم، وان يتعاون معهم على تحقيق الهدف المطلوب من العملية التعليمية في الحصص الدراسية وان يعمل (س) على تقليل عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد.

طريقة قياس السلوك الغير مرغوب فيه

تمت إجراءات قياس السلوك الغير مرغوب فيه عن طريق الملاحظات من قبل المعلم أثناء متابعته للطالب في الحصة الدراسية ومتابعة الطالب وتسجيل مدى التكرار لحدوث السلوك الغير مرغوب فيه وذلك عن طريق استمارة نموذج الملاحظات للسلوك

الإجراءات العلاجية (أساليب العلاج المستخدمة)

تمت إجراءات علاج سلوك عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وذلك من خلال عدة أساليب من العلاج السلوكي والتي تم اتخاذها لتخفيض السلوك الغير مرغوب فيه ومن هذه الأساليب ما يلي:

أولاً: التعزيز التفاضلي للسلوكيات الأخرى

حيثُ يعتبر هذا الإجراء من الإجراءات الفعالة في تقليل وإنهاء السلوك الغير مرغوب فيه حيثُ كلما قام الطالب بالانتباه إلى شرحي أقوام بتعزيز الطالب للعمل على نسيان السلوك الغير مرغوب فيه.

ثانياً: التعزيز التفاضلي للسلوك النقيض

وهو إجراء من الإجراءات المستعملة التي تستعمل للإقلال من حدوث السلوك الغير مرغوب فيه وقد قمت في هذا الأسلوب العلاجي بتعزيز انضباط الطالب على الاستئذان من معلمه عندما يريد شيئاً من زميله أو أن يتحدث إليه وتعزيز هذا السلوك كلما حدث ومن ثم الجأ إلى السلوك المتقطع حتى لا يحدث إشباع للسلوك الجديد المتعلم.

ثالثاً: التعزيز التفاضلي لنقصان في السلوك

حيثُ قمت في هذا الإجراء بتعزيز النقص التدريجي في عدد مرات حدوث السلوك بعد انقضاء فترة زمنية محددة حيثُ كلما انتبه الطالب إلى المعلم أثناء الشرح إليه بالسؤال البسيط الغير محرج للإجابة واقدم له التعزيز المادي والرمزي ومن ثم أتوجه إليه بالنظر إليه في أثناء الشرح حتى لا تحدث عملية تشتت الانتباه وتعزيز كلما زاد انتباه الطالب للحصة الدراسية

رابعاً: استخدام أسلوب الاسترخاء

وفي هذا الأسلوب أقوم بالطلب من (س) أن ينظر على بحملقة عالية لمدة 20 ثانية وعندما اسبب التوتر الكافي اطلب منه الاسترخاء وإرجاع ظهره إلى ظهر لكرسي واسترخاء ذراعية حيث بالتالي احصل على نسبة عالية من الانتباه وعدم النشاط الحركي الزائد أقوم بتعزيز هذا السلوك في أثناء حدوث الانتباه.

خامساً: استخدام أسلوب الإقصاء

حيث أن الهدف من هذا الأسلوب هو التخلص أول الإقلال من حدوث السلوك الغير مرغوب فيه حيث قممت باتخاذ هذا الأسلوب من خلال إبعاد مصادر التعزيز عن الطالب لفترة زمنية محددة وذلك مباشرة بعد حدوث السلوك حيث قممت بإخراج الطالب من مقعده وأن يرفع يديه ويضع وجهه بالحائط حتى لا يرى الآخرين أثناء استمتاعهم بالحصة الدراسية واسأل الطالب لماذا أنت هنا؟ وعندما يجيب أكون قد حققت الهدف المرجو من الإقصاء.

سادساً: أسلوب التشكيل

حيث تم بم وجب هذا الإجراء تكون تعلم سلوك جديد مستعملين التقريب المتتابع للوصول إلى السلوك المرغوب فيه، حيث أقوم بتعزيز الطالب في كل مرة يقوم بالانتباه حيث استخدم مع الطفل في هذا الأسلوب العلاجي استخدام التعزيز المستمر وبعد التأكد من حدوث عملية الانتباه أقوم بالتعزيز المتقطع وذلك لعدم حدوث الإشباع ومن ثم انتقل بالطفل إلى المهمة الأخرى والتي من شأنها العمل على الحد من النشاط الحركي الزائد

ومن هذه العوامل ما يلي

- ✓ استخدام الوسائل التعليمية (مجسمات، لوحة الجيزب، البطاقات)
- ✓ عندما أقوم بالشرح بهدوء وبدون انفعال أو عصبية على الطلبة
- ✓ الكتابة أو الرسم على السبورة للحروف أو غيرها
- ✓ استخدام لوحة التعزيز ومتابعتها باستمرار
- ✓ عندما أقوم بالمنادة على الطالب باسمه
- ✓ عندما تكون الحصة ممزوجة بروح المرح
- ✓ عندما يتوقع الطالب أن تكون له مشاركة في النقاش داخل الحصة
- ✓ عندما أتعامل مع الطلاب معاملة حسنة وبدون تمييز
- ✓ عندما أقوم بتنظيم عملية رفع الأيدي للمشاركة وتوزيع الأسئلة بالتساوي
- ✓ عندما أتنوع من أسلوبي من الشرح
- ✓ عندما أخصص وقتاً لكتابة الحرف عن السبورة في الدفتر.
- ✓ عندما تكون السبورة منظمة بالمعلومات وبوضوح
- ✓ التقليل من أهمية الامتحانات (عدم التهديد بالعلامة)
- ✓ عدم السماح للطلاب بالخروج إلى دورة المياه
- ✓ عندما يكون هندامي مناسباً لكن غير ملفت للنظر

النتائج النهائية للبرنامج

وبعد استخدام الأساليب العلاجية الأنفة الذكر مع (س) فقد تم تخفيض السلوك إلى درجة كبيرة من خلال المعززات المستمرة وعند التأكد من حدوث السلوك المرغوب فيه أقدم التعزيز المتقطع حتى لا تحدث عملية الإشباع التي

ربما تؤدي إلى إرجاع تشتت الانتباه وقد تم حصر السلوك وجذب انتباه الطالب بكافة الوسائل والطرق السابقة وتعزيز الطفل في كل عملية صحيحة والعمل على التقليل والخفض الكبيران في السلوك الغير مرغوب فيه.

كما أن الطالب قد كان متعاوناً في تخفيض السلوك الغير مرغوب فيه من خلال الحصص الدراسية ومن خلال عملية ضبط الصف من خلال لوحة التعزيز الخاصة بالفصل الدراسي ومن خلال المعززات المادية والرمزية.

التمثيل البياني للسلوك الغير المرغوب فيه والذي تمت عملية رصده بنموذج استمارة متابعة السلوك الغير مرغوب فيه وكانت النتائج كما يلي ممثلة من خلال التمثيل البياني.

التوصيات

بعد إتمام عملية العلاج السلوكي للطالب (س) وتخفيض سلوك عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد فإنني بناء على ذلك أقدم التوصيات التالية:

- 1- أن الطالب متعاون جدا في تحقيق الأهداف التربوية.
- 2- الحديث اللفظي مع الطالب عما هو مطلوب منه تنفيذه للعمل على تحقيقه
- 3- زيادة التدريب للطالب لتحقيق افضل تعلم ممكن.
- 4- التعزيز المستمر للسلوك الأمثل واتخاذ التعزيز المتقطع فيما بعد حدوث السلوك المرغوب حتى لا تتم عملية الإشباع للسلوك المطلوب فيفقد قيمته المطلوبة منه.
- 5- متابعة السلوكيات المرغوبة ورصد ومتابعة السلوكيات الغير مرغوبة لاتمام عملية العلاج أولا بأول.

سابعاً: تنمية المهارات لدى الأطفال بوسائل متوفرة في المنزل

هذه الألعاب عبارة عن اقتراحات قام بتنفيذها بعض من أولياء الأمور في دورة تدريبه مخصصه لهم .

الأدوات والأشياء المقترحة لاستخدامها في اللعبة هي مجرد مقترحات قابله للتعديل حسب المتاح في البيئة والخامات المتوفرة في المنزل وتهدف هذه الألعاب إلى خلق مناخ يساعد الطفل على النمو في كافة المجالات من خلال اللعب.

علبة المشابك الملونة

الاستخدام:

- ✓ تنمية المهارات الإدراكية
- ✓ تنمية المهارات الحركية الصغرى - الأصابع-
- ✓ تنمية لمهارات اللغوية

الأهداف:

- ✓ أن يضغط الطفل بالإبهام والسبابة على المشبك
- ✓ أن يميز الطفل الألوان
- ✓ أن يعد المشابك
- ✓ أن يعبر الطفل عن الألوان أو الأعداد بالنطق أو بالعد
- ✓ تجدر الإشارة إلى ضرورة مشاركة الطفل في صناعة اللعبة

الخامات:

- ✓ علبة الحذاء الكرون الصغيرة
- ✓ سالوتيب ملون

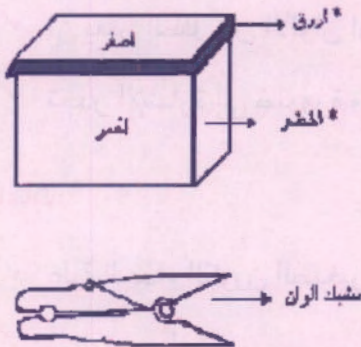
✓ مادة صفراء لاصقه

✓ مشابك ألوان متعددة

طريقة العمل:

1. قص علبة الحذاء بالعرض.
2. ضعي مادة لاصقه داخل إحدى الأجزاء
3. ادخلي الجزء الثاني في الجزء الأول على ان يكون الشكل مربع 14-14 سم تقريبا
4. اتركه حتى ينشف
5. الصق شريط السالوتب مثلا الأحمر من داخل العلبة المربعة إلى الخارج على ان يكون أربع جهات بلون احمر- اخضر- اصفر -اخضر بمعنى أن تكون ناحية بلون ازرق وأخرى بلون اصفر وأخرى بلون اخضر وأخرى بلون احمر.
6. ضعي كرتونة ملونه بالسالوتب مثلا احمر وضعيها داخل العلبة واضغطي عليها لاسفل حتى لا ينفك السالوتب.

علبة المشابك الملونة



7. نقص غطاء علبة الحذاء بالعرض وتغلف من الداخل والخارج بأربعة ألوان.
8. مشابك ألوان داخل العلبة المربعة الملونة.

لعبة الزجاجاة السحرية

الاستخدام:

- ✓ تناسب الأطفال الذين يفشلون
- ✓ عادة في الألعاب الأخرى وتعطى
- سعادة لأطفال
- التوحد- والمعوقين عقليا.

الأهداف:

- ✓ أن يشعر الطفل بالوزن الثقيل
- عند حمله الزجاجاة

- ✓ أن يركز الطفل بصره على الأضواء التي تلمع داخل الزجاجاة

الخامات:

- ✓ زجاجاة بلاستيك فارغة
- ✓ أشياء صغيره تلمع مثل قصاصات ورق الشيكولاته
- ✓ جليسرين

الطريقة:

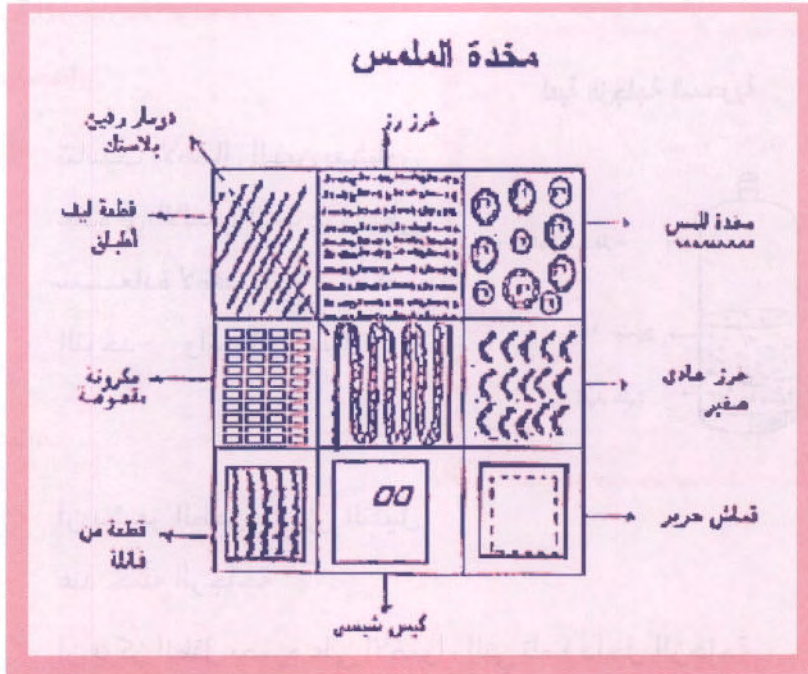
1. تملأ نصف الزجاجاة بالجليسرين أو خليط منه مع الماء ونضع الأشياء الملونة داخل الزجاجاة ونرجها حيث ستعمل على جذب انتباه الطفل.

مخدة اللمس

الاستخدام:

- ✓ تنمية حاسة اللمس





الأهداف:

- ✓ أن يفرق الطفل بين الناعم واخشن.
- ✓ ان يقرن الطفل بين الأسطح المختلفة ويتعرف إلى الألوان.

الخامات:

- ✓ أزار
- ✓ خرز عادي صغير
- ✓ قطع قماش حرير، حبل المستعمل لنشر الغسيل
- ✓ معكرونة، ليف ألبان، قطعة من قميص فانه
- ✓ كيس بطاطا - شيبس-

✓ قماش ابيض، قماش ملون

✓ قطع قماش قديمه او بقايا صوف.

الطريقة:

1. خياطة الأزرار على قطعة قماش مربعة 9- 9 سم وأيضا الخرز وأيضا الحرير وأيضا المعكرونه والليف وكيس الشيبس كل مجموعه على قطعة قماش منفردة.
2. اصنعي كيس (مخدة من القماش الأبيض 30 - 30 سم تقريبا).
3. ثبت المجموعات على هذا الكيس او المخده بالخياطة.
4. ضعي قطعة القماش القديمة او الشرابات داخل كيس القماش وخيطيه ثم ضعهم داخل الكيس القماش الرئيسي.

تعليقة الأجراس

الاستخدام:

✓ جذب انتباه الطفل

الهدف:

✓ أن يمد الطفل ذراعه باتجاه الجرس (الصوت)

✓ أن يمسك بالألعاب

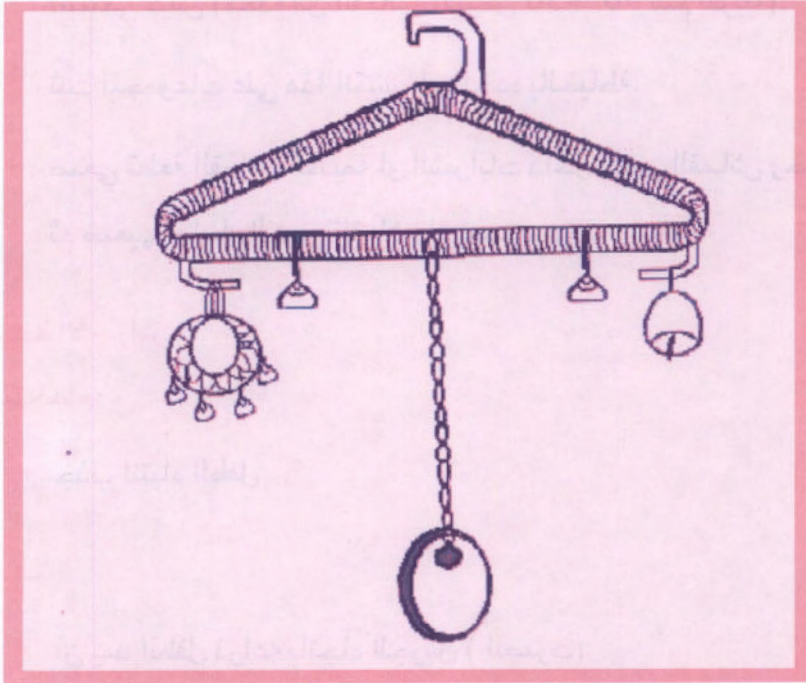
✓ أن يستمع الى الأصوات ويلتفت إلى مصدرها

الخامات:

✓ تعليقة ملابس، خيط صوف، خشخاشه و أجراس

الطريقة:

1. يلف خيط الصوف على تعليقة الثياب حتى تغلف بشكل كامل ويفضل ان يكون لون زاهي.
2. تربط الأجراس او الخشاشات بخيط يتدلى من التعليقه تربط التعليقه في مكان فوق السرير أو في مكان ممكن ان يلتقط الطفل الجرس بأطراف أصابعه



المصادر والمراجع

1. Martin, B. (1980), Abnormal Psychology, New York - P.41.
2. Strange, J. R(1996)., Abnormal Psychology, New York: McGraw-Hill - P.50.
3. عبد الرحمن العيسوي، العلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1996.
4. كاملة شعبان وعبد الجبار تيم، النمو الانفعالي عند الطفل، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 1999، ص 40.
5. د. زيدان السرطاوي و د. كمال سيسالم، المعاقون أكاديميا وسلوكيا، الذهبية، 1992.
6. د.زيدان السرطاوي و د. عبدالعزیز السرطاوي، منهج ذوي الصعوبات الخاصة، الذهبية، 1990.
7. د. فتحي الزيات، الأسس النظرية و التشخيصية و العلاجية، دار النشر للجامعات 1998.
8. د. فيديريكو مايور، أضواء على الندوة الإقليمية في صعوبات التعلم، مجلة المنال، 149، 2001.
9. د. نبيل عبد الفتاح حافظ، صعوبات التعلم و التعلم العلاجي، زهراء الشرق، روناك ديفز، 2000.
10. روناك ديفز، The Gift Of Dyslexia، 1994.

فهرس الكتاب

المقدمة 5

الفصل الأول: الظواهر الإدراكية

- أولاً: نوعية النمو العقلي 13
- ثانياً: الإدراك 13
- ثالثاً: البصر 13
- رابعاً: السمع 16
- خامساً: الحواس الخمس 17
- سادساً: اللغة 18
- سابعاً: مراحل التصويت 20
- ثامناً: الكلام المبكر 22
- تاسعاً: الظواهر الإدراكية 26
- عاشراً: التوجيه والاهتمام والانتباه والاعتبار 26
- حادي عشر: حل المشكلات 27
- ثاني عشر: المنطق 29
- ثالث عشر: المفاهيم الأساسية 34

الفصل الثاني: الاضطرابات السلوكية عند الأطفال

- أولاً: مدخل 43
- ثانياً: مص الإيهام 45

47	ثالثاً: العُرات.....
48	رابعاً: التأتأة عند الأطفال.....
51	خامساً: أكل الأشياء الغريبة.....
51	سادساً: حركات الرأس.....
52	سابعاً: اللازمة.....
52	ثامناً: قضم الأظافر.....
53	تاسعاً: صرير الأسنان.....
53	عاشراً: نوبات الخلق.....
55	حادي عشر: متلازمة Gilles de la Tourtte.....
56	ثاني عشر: الخجل.....
57	ثالث عشر: الغيرة.....
58	رابع عشر: السرقة.....
62	خامس عشر: الكذب.....
67	سادس عشر: الغضب.....
73	سابع عشر: العناد.....
77	ثامن عشر: اضطرابات فرط الحركة.....
78	تاسع عشر: الانطوائية.....
81	عشرون: اضطراب الذاتوية (التوحد).....
92	الواحد والعشرون: اضطراب ريتس.....
	الثاني والعشرون: اضطراب الطفولة (عدم القدرة على التفاعل مع المحيط).....
92	

- الثالث والعشرون: اضطراب اسبرجرز 93
- الرابع والعشرون: اضطرابات الأكل 93
- الخامس والعشرون: اضطرابات التعلم 94

الفصل الثالث: الاضطرابات الانفعالية والاجتماعية

- أولاً: تعريف السلوك المضطرب بصفة عامة 111
- ثانياً: نسبة انتشار الاضطرابات الانفعالية 113
- ثالثاً: أسباب الاضطرابات الانفعالية 114
- رابعاً: خصائص المضطربين انفعالياً 115
- خامساً: السلوك الانفعالي والاجتماعي وانخفاض التحصيل 119

الفصل الرابع: خطة تعديل السلوك عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

- أولاً: مدخل 127
- ثانياً: التطوير التاريخي لاضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد . 129
- ثالثاً: تعريف اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد . 131
- رابعاً: أسباب اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد 134
- خامساً: أساليب علاج اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد ... 136
- سادساً: تطبيق الخطة على حالة 145
- سابعاً: تنمية المهارات لدى الأطفال بوسائل متوفرة في المنزل 151
- المصادر والمراجع 157