

اضطرابات الأطفال

النفسية، والعقلية، والسلوكية

تأليف

وفيق صفوت مختار

اختصاصي التربية وعلم النفس

طبعة ٢٠١٩

مختار ، وفيق صفوت

اضطرابات الأطفال النفسية والعقلية والسلوكية / وفيق صفوت مختار.-
الجيزة: أطلس للنشر والإنتاج الإعلامي، ٢٠١٨ .

٢٤٨ ص ، ٢٤ سم

تدمك: ٦٨٠٢ ٣٩٩ ٩٧٧ ٩٧٨

١- الاضطرابات النفسية

٢- الأطفال، علم النفس

أ - العنوان

اضطرابات الأطفال

النفسيّة، والعقليّة، والسلوكيّة

تأليف

وفيق صفوت مختار

اختصاصي التربية وعلم النفس

الكتاب : اضطرابات الأطفال النفسية والعقلية والسلوكية

المؤلف : وفيق صفوت مختار

الغلاف : أحمد السعيد

الناشر: أطلس للنشر والإنتاج الإعلامي ش.م.م

٢٥ ش وادى النيل – المهندسين – الجيزة

sales@atlasdic.com

www.atlas-publishing.com

تليفون : ٣٣٠٤٢٤٧١ – ٣٣٤٦٥٨٥٠ – ٣٣٠٢٧٩٦٥

فاكس : ٣٣٠٢٨٣٢٨



رئيس مجلس الإدارة
سرطانة محمد مصطفى

عادل المصرى

عضو مجلس الإدارة
عبدالله محمد مصطفى
المنشور
٢٠١٩

نوران المصرى

رقم الإيداع

٢٠١٨/١٠٣٠٣

الترقيم الدولى

٩٧٨-٩٧٧-٣٩٩-٦٨٠-٢

الطبعة الاولى

طبعة ٢٠١٩

الإهداء

إلى ابنتي ونور العين

مريم أو ماريان

أول فرحتي

وأجمل ضحكتي

الطبيبة الجميلة المثابرة

صاحبة القلب المتألق

والعقل الواعي المتفتح

أدعو لكِ أبنتي بالفرحة والبسمة والعُمر الطويل

وإلى ابني الحبيب الذي لم أنجبه

جون ثروت

زوج ابنتي مهندس القلوب والبنىات أيضاً

الذي منحنا كأسرةٍ سعادة وبهجة وحياة متألقة

أدعو لك حبيب قلبي بكلِّ الأمنيات الطيبة

دامت محبتكما إلى نهاية العُمر

أحبُّكما كثيراً كثيراً..

وفيق

المقدمة

اضطرابات الطفولة من الموضوعات الشائكة التي قد تقف حجر عثرة أمام تربية الأطفال والناشئة تربيةً سويةً خاليةً . إلي حدّ ما . من المشكلات والمعضلات في سعينا الدءوب نحو تحقيق الحياة الأفضل لفلذات الأكباد .

إنَّ مُجرّد التفكير في البحث والاستقصاء لوضع رؤى علمية منهجية للحدّ من انتشار هذه الاضطرابات أو المشكلات بين أطفالنا، لهو أمر جدير بالتقدير والتوقير، ومن هذا المنطلق فقد ارتأيت وضع هذا الكتاب ليكون تحت تصرّف الآباء والأمّهات، والمُربّين والمُربيّات، الدارسين والباحثين، ليكون بإذن الله تعالى الإضافة النموذجية المثالية لتحقيق هذا الغرض بقدر الإمكان .

لقد تعدّدت موضوعات الكتاب والتي جاءت في عشرة فصول، بحيث تناولت أشهر وأهم هذه الاضطرابات، سيما إذا عرفنا أنّ هناك الكثير جدّاً من تلك الاضطرابات التي قد نصادفها أو نواجهها، ولكنني اخترت أن تكون مادة الكتاب مرتكزة علي مثل هذه الاضطرابات، شائعة الانتشار بين الأطفال والناشئة .

لهذا تناولت في فصول الكتاب مرض "الاكتئاب" الذي قد ينال من سكينة أطفالنا فيؤرّقهم ويقضي علي أمنهم وصحتهم النفسيّة، كما تناولت في الفصل الثاني اضطراب "القلق النفسي"، وما يمثله من عبءٍ جسيم علي حياة الطفل في مختلف نواحيها أو مناحيها، وقد راعيت أن أقدم للقارئ جذور المشكلة ومظاهرها، وأسبابها، وطرق الوقاية والعلاج .

ثمّ تناولت مرض " الصّرع والتشنجات" في عرضٍ يتناول كافة مظاهره، وأشكاله، محاولاً تقديم وسائل العلاج الحديثة لهذا المرض المؤرّق، وبالمثل فعلت عندما عرضت لمرض "الفصام" .

انتقلت بعد ذلك لتناول مشكلة "التبول اللاإرادي" مستقصياً لأسبابها ودوافعها، وموضحاً لوسائل العلاج، مع عرض لتوضيح جوانب الوقاية الضرورية. كما تناولت مشكلة "فرط الحركة والنشاط"، عارضاً وشارحاً لأهم واجبات الآباء والأمهات حيال تلك المشكلة.

ومن عادات الفم السيئة تناولت عادة "مص الأصابع"، و"قضم الأظافر"، علماً بأن الكتب أو المراجع التي تناولت تلك العادات كانت شحيحة إلي حد كبير، ولكنني أزعم أنني قدّمت وجبة دسمة للغاية عندما تناولت تلك العادات السيئة.

ومن الاضطرابات النفسية الوجدانية عرضت في هذا الكتاب لمشكلة "الغيرة"، تلك المشكلة التي أعتبرها من أهم الخبرات المؤلمة في حياة كل طفل.

وأخيراً تناولت مشكلة سلوكية نفسية هي مشكلة "السرقعة" متتبِعاً لأهم أسبابها وطرق الوقاية وعدد لا بأس به من الإرشادات التي يمكن أن يتبعها الآباء والأمهات لتلافي تلك المشكلة.

إنَّ المنهج الذي اتبعته يتلخص في طرح المشكلة موضوع الاضطراب علي مائدة البحث العلمي الأكاديمي والدراسة المنهجية المتأنية، فالعرض التزم بالتكاملية التي تعني بحث واستقصاء كافة المعلومات والبيانات والإحصائيات، وعرضها بما يخدم الموضوع.

كما راعيت أن تتضمن مادة الكتاب العلمية وضع أسباب الظاهرة، ومظاهرها، وتأثيراتها، ثمَّ الانتقال إلي مرحلة وضع تصوُّرات منطقيَّة وعلميَّة حول طرق الوقاية، وأساليب العلاج المتبعة والتي حاولت فيها أن تكون وسائل علاجية حديثة.

ينبغي التنويه بأنني راعيت أن تكون مادة الكتاب سهلة القراءة، يسيرة الفهم والاستيعاب، بما يحقِّق لغير المتخصِّصين أو غير الأكاديميين - وهم السواد الأعظم الذي يتوجه الكتاب إليهم - بالفائدة المرجوة والمأمولة.

كما راعيت أيضاً الابتعاد قدر المستطاع عرض المصطلحات المتخصصة، والإسهاب المبالغ فيه في طرح النظريات العلميّة أو التربويّة، والتي لا تعني في النهاية إلاّ فئات بعينها. وإن كان هذا لا يعني التخلي بأي حالٍ من الأحوال عن المنهجية العلميّة التي هي أصل كلّ عملٍ أقدمه للمكتبة المصريّة والعربيّة. والتي قد لاقت تقديراً وترحيباً.

أتقدّم بخالص الشكر والتقدير للأستاذ الكبير / عادل المصري مدير دار أطلس للطبع والنشر والتوزيع، ورئيس اتحاد الناشرين العرب، عليّ تحمسه لإصدار مثل هذه الكتب المتخصصة في التربية وعلم النفس، راجياً من الله سبحانه وتعالى أن يمنحه الصحّة وطول العمر. ولكلّ العاملين بالدار الدعاء نفسه.

لمصرنا الغالية دوام الازدهار والرفق، ولأمتنا العربيّة دوام الاستقرار والأمان.

هَذَا وَبِاللَّهِ التَّوْفِيقُ.

وفيق صفوت مختار

اختصاصي التربية وعلم النفس

القاهرة: في نوفمبر ٢٠١٧

الفصل الأول

الاكتئاب



جاء تعريف الاكتئاب Depression في قاموس علم النفس الذي وضعه "جيمس دريفر" علي أنه: "اتجاه انفعالي يسود الشخصية ويكون في بعض الحالات بمثابة حالة مرضية أكيدة، إذ يكون الشخص المصاب به محفوظاً بالشعور بعدم القدرة علي مجابهة الواقع، والشعور باليأس. وفي بعض الحالات يكون مصحوباً بهبوط في النشاط النفسي العام".

والاكتئاب يُصيب الأحاسيس والمشاعر، ويؤثر فيها بدرجة مزمنة، قد تأخذ شهوراً، أو بضع سنين، وبالتالي فهو: مرضٌ نفسيُّ له أعراضه الخاصة، وأسبابه سواء النفسية أو الحسية، ويرتبط بتغيرات كيميائية في المخ. ويتطلب علاجاً نفسياً وجسدياً، ولا يتم الشفاء منه إلا بعد علاج منتظم وطويل. بعض الشيء. وتحت إشراف طبي دقيق.

حقيقة الاكتئاب عند الأطفال والناشئة :

إنَّ الصورة الإكلينيكية لاكتئاب الكبار، يندر مقابلتها عند الأطفال، ولكن ليس معني هذا أنَّ الأطفال لا يعيشون الاكتئاب والأعراض الاكتئابية ذلك أنَّ هذه الأعراض، إذا مرَّ بها الطفل ولو لدقيقة واحدة، فإنَّه ينبغي ألاَّ نتغاضى عنها، لأنَّها قد تنبئ عن جوانب مرضية في شخصية الطفل، ممَّا يؤثّر علي صحته النفسية في المستقبل، كما أنَّها قد ترتبط بتعطيل جوانب عدة من حياة الطفل، لعلَّ أهمها فشله الدراسي.

ويرجع عدم اعتراف البعض بالاكتئاب الذي قد يواجهه الأطفال، إلي الاعتماد علي معيار "الوصف اللفظي" الذي يقوم به المريض في التعرف علي الاكتئاب، فإذا كان الأطفال يُعانون من "الاكتئاب العُصابي"، وأنَّ الطفل علي عكس الراشد، عادةً ما يكون نشيطاً وقادراً علي الاحتفاظ بحيويته حتى عندما يكون مكتئباً، فلا ينبغي إذاً الاعتماد علي هذا المعيار، أو المظهر الخارجي فقط في دراسة الاكتئاب عند الأطفال.

ويري "مندلسون" أنَّ هناك مرضي يُعانون من مرض الاكتئاب ممَّن كان عندهم ارتفاع مناسب لأمزجتهم ومشاعرهم، لدرجة أنَّهم كانوا غير قادرين علي وصف أنفسهم بأنَّهم مكتئبون، ويُشير "مندلسون" إلي حالة مريض - بعد خمس سنوات من

العلاج بالتحليل النفسي، بسبب القلق المزمن - لم يكن لديه أي وعي بمزاجه الاكتئابي، رغم أنه في الحقيقة كان يعاني من مرض الاكتئاب، بكلِّ علاماته وأعراضه المعتادة، وكان هذا المريض واحداً من المُعلِّمين في جامعة كبيرة، ولكنَّه لم يستطع التعرفُ علي الاكتئاب الذي يُعاني منه. ويتساءل "مندلسون": "كيف إذاً يتعرَّف الأقلُّ ثقافةً وعلماً علي ما يُعانونه من اكتئابٍ؟".

وإذا كان الأمر كذلك بالنسبة للراشدين، فإنَّه سوف يكون - بطبيعة الحال - أكثرُ عُسراً أو صعوبةً بالنسبة للأطفال.

والاضطراب الاكتئابي يمكن تعريفه، ويمكن توقع حدوثه عند نسبة تبدأ من ١٠ إلى ٢٠ ٪ من الأطفال الموجودين بعيادات الطبِّ النفسي، وبدون العلاج المناسب فإنَّ اكتئاب الطفولة، يمكن أن تكون له ارتدادات ومضاعفات في حياة الرشد .

ويمكن القول أنَّ هناك حوالي من ٣ إلى ٦ مليون طفل تحت سن ١٨ عاماً يُعانون من الاكتئاب حول العالم.

ومن واقع دراسة تمهيدية أجراها بعض الباحثين تبين أنَّ ٦٥ ٪ من الزيارات في العيادة النفسية السلوكية بقسم الطب النفسي، جامعة الملك فيصل، كانت لمشكلات متعلِّقة بالأطفال بشكلٍ مباشر أو غير مباشر.

وعلي العكس من الأفكار الشائعة لا نجد في دراساتنا العربية للأمراض النفسية والاجتماعية ما يُشير إلي أنَّ الاكتئاب هو بالضرورة مرض يُلمُّ بالكبار والمسنين دون مَنْ هم أصغر سناً.

وواقع الأمر أنَّنا نجد بطريقةٍ متسقةٍ وبالرجوع إلي أكثر من دراسةٍ بحثيةٍ، أنَّ نسبةً عاليةً من الأمراض النفسية، بما فيها القلق والاكتئاب، تنتشر أيضاً، وبصورة لافتة للنظر، بين الشباب صغير السن، أي شباب المدارس الإعدادية والثانوية والسنوات الأولى من الجامعة، وبالرغم من أنَّه لا يوجد لدينا ما نُفسِّر به هذه النتيجة، فقد ظهرت علي نحوٍ متسقٍ في بعض الدراسات، سواء كان الأمر متعلقاً بالذكور أو بالإناث، فحتى

بين الذكور وُجد أن أكثر الذكور تعبيراً عن الاكتئاب والنزوع المرضي ما يُشير بين طلاب المدارس الثانوية.

فهل هذا لأنَّ شباب هذه المرحلة من الشباب صغير السن،الذين لا يزالون يحملون الكثير من الضغوط وأزمات مرحلة المراهقة،ومن ثمَّ فهم يُعانون من كُلِّ ما يتعرَّض له المراهقون من تغيُّرات النموِّ الجنسي،وما يُصاحبها من إحباطات تؤدي إلي الارتفاع بمستويات الإصابة بالاضطرابات النفسيَّة المختلفة بما فيها الاكتئاب ؟

في حقيقة الأمر فإنَّ هناك نتيجة مستقلة من بحوث أخري عن القلق تؤيد هذه الفرضية،وتُبيِّن أنَّ المراهقة وتغيُّرات النموِّ ربما تكون مسؤولة إلي حدِّ ما عن ارتفاع مستويات المرض النفسي بين المراهقين،حيث تُبيِّن أنَّ درجة القلق عند الإناث تبدأ منخفضة حتى سن ١١ سنة،ثمَّ تأخذ في الارتفاع الحاد في المراحل التالية من العُمُر،وتصل أقصي درجاتها في سن المراهقة،مما يُشير إلي أنَّ المرأة في العالم العربي تُعتبر من حيث لغة الصحة النفسيَّة من أكثر الجماعات استهدافاً لمخاطر الاضطراب النفسي والاكتئاب.

لكن هناك أيضاً ما يُشير إلي أنَّ المراهقة في حدِّ ذاتها،لا تُشكِّل بالضرورة مرحلة أزمة أو عاصفة لكُلِّ مَنْ يدخل فيها من المراهقين، ومن ثمَّ لا تكون مسؤولة في حدِّ ذاتها عن الاضطراب الذي نجده يشيع في هذه المرحلة.

صحيح أنَّها مرحلة تطوُّرات ونموِّ في كثيرٍ من الجوانب الجنسيَّة والاجتماعيَّة،إلَّا أنَّ المشكلة الرئيسيَّة الأخرى هي فيما تجلبه المراهقة معها من ردود فعل بيئية واجتماعيَّة،ولذا فالمشكلة التي تواجه الشاب الصَّغير أو المراهق، تعتبر مشكلة ذات شقين،أحدهما يتمثَّل في النضج الجسمي . الجنسي، وهو نضج مفاجئ، ويتطلَّب كثيراً من المهارة،والمقدرة علي التعامل معه علي نحو فعَّال،وهذا ما قد يفتقده المراهق أو الشاب العربي الصَّغير لأسبابٍ كثيرة.

والشق الآخر يتمثل في ردود الفعل والتوترات التي يُثيرها هذا النضج في البيئة الاجتماعية للمراهق، بمنّ فيهم الآباء والمُعلّمون، وأجهزة الضبط الاجتماعي الأخرى. وتتزايد الصّراعات، خاصّة عندما تكون البيئة (ممثلة في الأبوين وأفراد الأسرة الآخرين، وغيرهم) عليّ جهل واضح - أو عليّ الأقلّ - عليّ عدم إلمام ووعي كافيين بحقائق هذا النموّ.

وعندما لا تكون مُسلحة بالأساليب النفسيّة والاجتماعيّة التي تُساعد عليّ تيسير التواصل والتفاعل مع الأطفال والمراهقين، والتعامل معهم بطرق تربوية وعلاجية تُساعدهم عليّ الانتقال برفق للمراحل التالية من العُمُر، وعليّ تدريبهم عليّ مواجهة الإحباطات والتعامل مع الضغوط المختلفة التي يتعرّضون لها في هذه الفترة من العُمُر.

أنواع الاكتئاب :

أولاً: الاكتئاب التفاعلي أو العصبي :

هو حالة اكتئابيّة تحدث للشخص نتيجة تفاعله مع حادثٍ ما، وهو رد فعل نفسي لهذا التفاعل. وهو يكون اكتئاباً بسيطاً وطبيعياً، ويعتبر أوّل مراحل الاكتئاب.

ثانياً: الاكتئاب الذهاني :

هو حالة اكتئابيّة تحدث للشخص بدون أسباب واضحة، وهو أعليّ من الاكتئاب التفاعلي أو العصبي - الذي يؤثّر عليّ جزءٍ من شخصية المُصاب - من حيث أنّه لا يتحسّن بسهولة، ولا يتأثّر بالتفاف الأحاب أو الأصدقاء حول المريض.

ثالثاً: الاكتئاب الهوسي :

حالة مرضيّة مزدوجة تتكوّن من جزأين، الأوّل: هو الاكتئاب، والثاني: هو الهوس. وهو حالة مرضيّة شديدة التأثير عليّ المريض تجعل المُصاب به متطرفاً في أحكامه، سواء مع نفسه أو مع الآخرين، فلا يري الحقائق كما يراها الآخرين من الأسوياء، وبالتالي يفقد اتصاله بالواقع الذي يعيش فيه.

أعراض ومظاهر الاكتئاب عند الأطفال:

هناك بعض التغيرات في السلوك تحدث للأطفال المكتئبين، مثل: فقد الاهتمام باللعب، وعدم التفاعل مع الآخرين والتجاوب معهم، كذلك يبدؤون في رفض الطعام. وقبل دخول المدرسة يبدأ الطفل المكتئب في افتعال المشكلات مع الأطفال الآخرين، ويتعلق بأبويه بدرجة ملحوظة، وقد يبدأ في التهتهة.

وعند سن دخول المدرسة يصبح الطفل المكتئب أكثر توتراً و عنفاً وعصبيةً، ويشكو من آلام في الجسم كله.

ولما كانت هذه الأعراض توجد في معظم الأطفال بدون اكتئاب؛ لذا من الصعب التشخيص بأن هذا الطفل مكتئب أم لا من مجرد وجود هذه الأعراض، خاصةً إذا كان الطفل صغير السن؛ لذا يعتمد التشخيص على خبرة الطبيب المعالج، فمثلاً، التغير في سلوك الطفل، مثل: التوتّر والعصبية، قد يكون أكثر شيوعاً من غيره من أعراض الاكتئاب، كذلك فإنه لا بد وأن يمر أكثر من عام كامل من استمرار أعراض الاكتئاب لكي يُقال: "إن هذا الطفل مريض بالاكتئاب". وليس أقل من ذلك.

وفي الفقرات التالية سوف نتبع أهم الأعراض والمظاهر الاكتئابية التي تجعلنا نتنبه إلي حقيقة ما إذا كان أطفالنا أو ناشئتنا يعانون من الاكتئاب حقاً:

● الطفل كائناً حساساً يتأثر بكل ما يدور حوله، ويتأثر بدرجة كبيرة في حالة إصابة الأب أو الأم بالإحباط والاكتئاب، أو بوجود مشكلات أسرية، فمتى كانت الظروف المحيطة به مشحونة بالإحباطات والمشاحنات نشأ الطفل على الإحساس بالكبت، وتقييد الحركة؛ ممّا يجرمه من ممارسة حقه في اللعب كأقرانه، مع تدهور في شخصيته، وانحدار أو تخلف في مستواه الدراسي.

والأم - عادةً - هي أول من يلاحظ علامات المرض على ابنها أو ابنتها، فهو يبقى وحده فترات طويلة لا يتحرك إلا قليلاً، ونادراً ما يبتسم، ولا يلعب أو يلهو مع أصدقائه، وهذه الأعراض تظهر في مرحلة الحضانة أو المدرسة الابتدائية، وتستطيع المعلمة أن تكتشفها أيضاً.

ومتى تحوّل الاكتئاب إلى حالةٍ مستمرة، فذلك يؤدي إلى شخصيةٍ سلبيةٍ، منطوية، منعزلة عن الآخرين، ليس لديها دافع للحياة، تعيش بنظرةٍ قاتمةٍ خاليةٍ من أي سعادة.

وإذا وصل الأمر إلى هذا الحدّ وجب استشارة الطبيب النفساني، لتشخيص الحالة ووصف العلاج المناسب. ولا بدّ من أن يُصاحب ذلك جوّ اجتماعي مرح، يعيش فيه الطفل بين عائلته وأصدقائه، فهذا الجوّ يُخفّف من حدة التوتر، وهذا الوسط الاجتماعي الطبيعي هو الذي يكون الإنسان السوي، علي العكس تماماً من جوّ العزلة الذي يجذب الطفل إلى عالم الوحدة، والقلق، وعدم التآلف، والاكتئاب.

● تأخذ أعراض الاكتئاب عند الأطفال من سن ٦ أعوام إلى سن ١٢ عام، في بعض الأحيان صورة الاستجابة الاكتئابية عند الكبار، وتنعكس اكتئاب القائمين برعاية الطفل، فيكون الطفل شديد الحساسية، ويبدأ ظهور مشاعر الانتقاص من قيمة الذات. ويحتاج الطفل إلى إقامة العلاقات الاجتماعية ولكنّه يخاف منها، حيث يستمر شعور التهديد بالهجران، وبالتالي فإنّ علاقاته تصبح طفيفة ومؤقتة. ويتذبذب الطفل بين النقد القاسي للذات، وتأنيب الآخرين علي أخطائهم. وتكشف الملاحظة علي إحساس الطفل بالحزن وعدم السعادة.

ويأخذ الاضطراب الاكتئابي عند الطفل صوراً من أهمها: المظهر الحزين، واليأس الذي لا يشكو منه، بل يُفرغ كتابه في سلوكه، مثل: الصراخ، واللامبالاة، والانسحاب الاجتماعي، وفتور الهمة، وتكرار الشكوى الجسمانية والآلام بسبب حدوث اضطرابات في النوم والأكل.

وتتكوّن لدي الطفل المكتئب أفكار مؤداها أنّه غير محبوب وغير مرغوب فيه، وتكون هذه الأفكار مصحوبة بانخفاض تقدير الذات، كما تشيع الأفكار المرضية التي تتضمن أفكاراً انتحارية لدي حوالي ٣٠٪ من الأطفال المكتئبين .

● المستوي المتدني جداً من فقدان الثقة بالنفس قد يكون العلامة الرئيسة للاكتئاب عند الأطفال، لذا يجب علي الآباء والأمهات أن يتبهاوا لها، وهي أيضاً العلامة التي تجعل متابعة الحياة العادية أمراً في غاية الصعوبة بالنسبة إلي الطفل. وإن هذه الحالة تسلب الطفل الدافع الشخصي للمحاولة مرةً أخرى، لأنه لا داعي للمحاولة إذا كان يعرف الطفل سلفاً أنه سيفشل.

● الشعور بفقدان الأهمية الشخصية بما يدفع الطفل إلي قبول أي شيء مؤذٍ أو غير سار يحدث له علي أنه "عقاب مُستحق له"!! كما يتسم الطفل بالتشاؤم الشديد بشأن المستقبل؛ لأنه واثق من أنه سيفشل في التغلب علي كلِّ التحديات المستقبلية التي سوف تقابله أو تواجهه، كما ينتابه شعور عميق بأنه يستحق الفشل.

● الشعور بالذنب يتبع الشعور بفقدان القيمة الذاتية، فقد يشعر الطفل المُصاب بالاكئاب بالذنب لأنه فشل في تحقيق الآمال التي وضعها الناس فيه، أو لأن حالته تُسبب القلق لأهله وذويه.

وقد يكون القلق مظهرًا واضحاً من مظاهر الاكتئاب، وفي هذه الحالة فإن المريض قد يكون طفلاً مُفترط النشاط، غير قادر علي الجلوس ساكناً، وغير قادر علي التركيز علي أي موضوع لفترةٍ طويلةٍ.

● الحياة مليئة بتقلبات الأيام، وعندما ترجح كفة الخسائر وخيبة الأمل علي كفة المكاسب وازدهار الآمال فيما يتعلّق بنشاطات الحياة العادية، يُصاب الطفل أو المراهق الصّغير باكتئابٍ مؤقت وهو رد فعل طبيعي.

وهذا الاكتئاب يتوقف علي الحالة الجسمانيّة والنفسية للطفل أو المراهق لحظة وقوع الحدث.

وفي معظم الأحيان فإن نوماً هادئاً في أثناء الليل ومطلع الفجر الجديد يذهبان - في معظم الأحيان - بهذا النوع من الاكتئاب المؤقت العادي، الذي يحدث بسبب الإخفاق في إحراز نتيجة جيدة في الامتحانات، أو لفقدان الفرصة للقيام برحلةٍ ما.

● أوضحت الدراسات أن هناك علاقة بين فقدان الباكر للوالدين وبين الاكتئاب، وأنَّ فقدان الأبوي كنتيجة لعدم الانسجام الزوجي يؤدي إلى ارتفاع حدوث الاضطراب الاكتئابي أكثر من فقدان بسبب الموت أو الانفصال، فمشاعر انعدام الحُب هي الأساس للاكتئاب العُصابي عند الأطفال.

ويظهر عداء الطفل للأشعوري ورغبات الموت للأشعوري للوالدين في صورة سلوك عدواني وقلق.

ويحاول الطفل أو المراهق الحصول على الحُب الذي يهدئ مشاعر القلق والاكتئاب، ورغم ذلك يضطر إلي أن يكون عدائياً، ورفضاً تجاه الذين يطلب منهم الحُب، ومن ثمَّ يكون متناقضاً في مشاعره.

● الصداع وأوجاع الظهر من الأعراض العادية للاكتئاب، وكذلك الإمساك، وإذا ترك الاكتئاب دون علاج لفترة طويلة فإنَّ فقدان الشهية قد يؤدي إلي نقص الوزن، وحتى في أوَّل المراحل فإنَّ من المحتمل أن يقلَّ التمتع بأكل الطعام، وحتى إذا أكل الطفل أو المراهق بصورة طبيعية فإنَّه يفقد الحماسة التي كانت لديه سابقاً للأطعمة المفضلة.

● الطفل المكتئب يجد صعوبة في النَّوم، وإذا نام فمن المرجح أن يصحو في حوالي السَّاعة الثالثة أو الرابعة فجراً ثمَّ لا يعود إلي النَّوم إلاَّ قبل ساعة أو نحو ذلك من الموعد المعتاد.

● يفقد الطفل المكتئب المقدرة علي الإحساس بالبهجة لدرجة أن مُقابلة النَّاس التي كانت تروق له من قبل تبدو خاوية وفارغة ولا معني لها.

● إنَّ التغيُّرات التي تحدث للأطفال والمراهقين الصَّغار تجعل من الصَّعب اكتشاف أعراض الاكتئاب لديهم، فهم في هذه السن يغلب عليهم التغيُّر في السلوك من حُبِّ الذات، ومشاعر الغضب والعصبيَّة. ورغم ذلك يمكن أن نلاحظ بداية ظهور أعراض الاكتئاب لديهم إذا وجدنا أنَّهم قد فقدوا الاهتمام بمَن حولهم، أو بالأشياء التي

يحبونها، كذلك عدم رغبتهم في الذهاب إلى المدرسة، واتجاههم لتدخين السجائر، وتعاطي المخدرات، وأيضاً تكرار حديثهم عن الموت والانتحار.

أهم الأسباب التي تؤدي إلى اكتئاب الأطفال:

يمكننا إلقاء الضوء على أهم الأسباب التي تؤدي إلى الاكتئاب في العرض التالي:

● قدر العلماء أن هناك أنواع من الأشخاص مؤهلين للإصابة بالاكتئاب أكثر من غيرهم، وهؤلاء الأشخاص هم من الأذكى والتواقين للمنافسة والنجاح والباحثين عن اعتراف المجتمع، والذين تظهر لديهم حاجة ملحة لإتقان كل شيء.

ويفترض علماء النفس أن هؤلاء الأشخاص يتجهون للتركيز على أهداف أعلى ممّا عند الآخرين، وبالتالي يواجهون ظروفاً صعبة أكثر من غيرهم، كما أن شخصية هؤلاء وإدراكهم للواقع تتأثران بصورة عميقة.

● للوراثة دخل في مدي إصابة الأطفال والمراهقين بالاكتئاب، فالأرقام تشير بوضوح إلى أن الأطفال الذين عانى أحد أبويهم من اكتئاب يكونون معرضون لأن يصبحوا اكتئابيين بدورهم زيادة عن غيرهم ثلاث مرّات، وأكثر من ٥٠% من بينهم يكون لديهم - علي الأقل - اضطراب في المزاج وخاصة إذا كانت الأم هي الاكتئابية، فالإكتئاب مرتبط بالوراثة بشكل كبير يصل إلى ٨٠%، ولكن لم تُعرف حتى الآن المورثات (الجينات) المعنية بهذا الأمر.

ومن الحكايات العلميّة العجيبة في هذا الصدد، والتي تمّ تسجيلها العام ١٩٩٠، أنّه لوحظ بداية ظهور علامات ومظاهر الاكتئاب لطفل عمّره ٣ شهور فقط، وهو طفل لأمّ تُعاني من الاكتئاب، وهذه المظاهر تمتّلت في عدم تبسمه، وفي إدارة وجهه بعيداً عن أمّه وعن الآخرين. وهؤلاء الأطفال يحدث لهم نوع من عدم الرضا والضييق حين رؤيتهم لأمهاتهم لعدم وجود أحاسيس أو انفعالات علي وجوه تلك الأمّهات.

● يري علماء التحليل النفسي أنّ هناك عوامل تُهيئُ شخصية الطفل لكي تكون علي استعداد لإظهار مرض الاكتئاب عند البلوغ منها: الخوف من الوحدة، والخوف من الفقد. وقد أوضح "بولبي" Bolby هذا الاتجاه في أبحاثه، وذلك عند ملاحظته لأطفالٍ صغارٍ تتركهم أمهاتهم في دار الحضانة لبعض الوقت، حيث وجد أنّهم يسلكون سلوكاً يتصف بالاعتراض علي رحيل الأمّ في بادئ الأمر، ثمّ اليأس من بقاء الأمّ، وأخيراً التجاهل والإهمال، أي التبدُّل حتى يتمكّن الطفل من الابتعاد عن الصراع.

● أسَّس العالم الروسي الشهير "إيفان بتروفيتش بافلوف" Ivan Petrovich Pavlov (1849-1936) المدرسة السلوكية في علم النفس، والتي وضعت بدورها نظرية تُسمي "نظرية الانعكاس الشرطي"، والتي تري أنّ الإنسان يتعلّم كلّ أنواع السلوك لارتباطها في ذهنه بمثيرات مُعيّنة، فالإكتئاب خبرة نفسية مؤلّة وسلبية، وهي في الواقع ترديد لخبرات أليمة تعلّمها الفرد، أو مرّ بها الإنسان في صغره ولم يستطع أن يزيلها من عقله، فالذي تألم من وفاة شخص عزيز عليه قد يكون مهيباً أن يواجه الاكتئاب إذا حدث في الكبر وتوفي شخص آخر يُحبّه، وربما يحدث له تعميم لظاهرتين، مثل: الحزن والكآبة عند اختفاء أي شيء من الأشياء.

وعلي ذلك فالأمّ تلعب دوراً حاسماً ومهماً . وفق نظرية المدرسة السلوكية . في تعليم الطفل الخبرات السلبية أو الإيجابية، فالطفل المولود حديثاً يولد بدون قدرة ذاتية علي الحياة بدون أمّه.

ولهذا كانت علاقة الطفل بأمّه علاقة أساسية في تقرير مصيره، فهو لا يأخذ منها الغذاء فحسب، ولكنّه يستمد منها انطباعه عن الحياة في المستقبل.

إنّه يحسّ كلّما احتاج إلي المساعدة أن تتجه إليه أمّه ،وتسعي لإشباع حاجاته حتى يهدأ ويشعر بالاطمئنان، وبذلك يكون اتجاهه إيجابياً، أمّا إذا لم تعره الأمّ أي اهتمام، ولم تشبع حاجاته فيكون اتجاهه سلبياً نحوها، ثمّ لا يلبث أن يُعمم هذا الاتجاه السلبي نحو الحياة بأسرها، فيعتبر الحياة قاسية، ومليئة بالألم، ومفعمة بالأحزان ومن ثمّ تُزرع في أعماقه الخصبة البذور الأولى للاكتئاب.

• الضغط المستمر علي الطفل أو المراهق وحصاره الدائم بضرورة الاستذكار من أجل إحراز النجاح والتفوق.

• الخوف من أحد المُعلِّمين أو المُعلِّمات بالحضانة أو بالمدرسة الابتدائية أو الإعدادية لاستعمالهم أساليب العقاب البدنية القاسية، وكذلك الخوف من اعتداء الزملاء أو الأصدقاء عليه، أو الانتقال إلي منزل آخر أو مدرسة أخرى، وهي الأماكن التي كان يشعر فيها بالألفة والهدوء النفسي، إلي أماكن أخرى يفتقد فيها وجود الأصدقاء المقربين، فيشعر بالغبية وعدم الأمان.

• الضغوط التي يتعرَّض لها الطفل أو المراهق بصفة مستمرة تؤدي إلي اكتئابه بكُلِّ سهولة، من هذه الضغوط علي سبيل المثال: وفاة أحد الوالدين أو كليهما، القسوة المُفرطة في التعامل مع الطفل أو المراهق، الإصابة بأحد الأمراض المزمنة، طلاق أحد الأبوين حيث أنه في حالات الطلاق فإنَّ الكُلَّ سيخسر، ولكن الأكثر خسارة هم الأطفال والناشئة.

• هناك دراسات كثيرة أثبتت أنَّ الأطفال الذين يلاقون معاملة سيئة، أو إذا أحسوا بأنهم مهملين وغير مرغوب فيهم، ولا أحد يهتم بهم، أو إذا تعرَّضوا لاعتداءات جنسية، أو الذين يعيشون ظروفًا مادية أو عاطفية صعبة.. هؤلاء جميعاً يكونون أكثر ميلاً من غيرهم للمُعانة من الاكتئاب.

• يؤثِّر الوالدان - وخاصةً الاكثائيين منهم - علي اكتئاب أطفالهم، فالإكتئاب يأخذ صوراً مختلفة تبعاً لمستوي نموِّ الطفل الذي يُعتبر مرآة عاكسة لوجدان الوالدين.

وهناك حالات اكتئابية عديدة عاش فيها الطفل والوالدان وجدانات متشابهة، ففي حالة طفل في الثامنة من عُمره أُحيل للعلاج النفسي بسبب حالة تبرز لا إرادي، أشار الطفل عند دخوله المصحَّة إلي الطبيب المُعالج قائلاً: "أنا أعرف أنني مريض وارفض كلَّ شيء!!"

وكانت والدة الطفل بالفعل قد أُدخلت مصحة علاجية عدة مرّات بسبب اكتئاب دُهاني، وكان والده أيضاً يعاني إدمان مزمن للمخدرات، علماً بأنّ الطفل كان يتمتّع بمستوي عالٍ من الذكاء، وإن كان دائم الفشل في دراسته بسبب استغراقه التّام في أحلام اليقظة كوسيلة هروبيةٍ من واقعه المؤلم، وقد أشارت معلّمته إلي أنّها لا تعرف أبداً صغيراً حزيناً مثله، فعندما كان يوبخه أحد كان ينهار في بكاءٍ شديد!!

● يري العالم النمساوي "ألفريد آدلر" Alfred Adler (1870-1937) صاحب مدرسة "علم النفس الفردي" أنّه إذا ما فشل الطفل في التغلّب علي العوائق التي تمنع تفوقه، فإنّه يصبح شخصاً عُصابياً، فالسلوك العُصابي أو السلوك غير المتوافق هو بمثابة محاولة مستمرة للتخلّص من الشعور بالنقص أو الشعور بالدونية، والحصول علي التفوق والسيطرة، وعلي ذلك فالعُصابي لديه معني تسودها اللّهفة المرّضية الزائدة للتفوق، وإن كان بالقطع تخفي وراءها إحساساً دفيناً بالنقص.

● لأسلوب الآباء والأمّهات في تنشئة الطفل علي القيم والمعتقدات أثر مهم في ظهور أعراض القلق أو الاكتئاب من عدمها، فعملية التنشئة العقائدية للطفل الأثر الأعمق في تكوين عقله وأفكاره إزاء ما يواجهه في المستقبل من مشكلات وإحباطات أو إخفاقات.

والطفل داخل نطاق الأسرة قد يُربي علي احترام القيم والمثل العليا والفضائل، وقد يُربي علي الكذب والغش والخداع والرياء والطمع، والحقيقة المؤكّدة في هذا الصدد أنّه إذا شب الطفل وقد تعلّم احترام القيم والمثل العليا، فإن أي سلبيات يراها في أي مكان آخر لن تستطيع إفساده أو تحويله عن الاتجاه القويم الذي تعلّمه من أبوين سويين صالحين، والعكس صحيح بالطبع.

وعلي هذا فالطفل الذي تربي علي القيم السَلبيّة والاتجاهات اللأخلاقية، يكون عرضه أكثر من غيره للإصابة باليأس والقلق والصّراع والاكتئاب.

● المدرسة كمؤسسة اجتماعية مهمة تستطيع أيضاً ترسيخ القيم الفاضلة والاتجاهات السلوكية السليمة بنجاح، وهي تستطيع أيضاً أن تقوم وتُعدّل من سلبيات التربية الأسرية للطفل.

أمّا إذا فقدت المدرسة وظيفتها الحقيقية فإنّها من الممكن أن تكون عاملاً مساعداً في إضعاف قيم الطفل التي شب عليها في البيت، أو ترسخ قيم سلبية غير مرغوب فيها، فتكون بذلك أتمت معظم الظروف لتفضي إلى الانحراف أو المرض النفسي، فلم يعد دور المدرسة قاصراً علي تعليم الأطفال مبادئ القراءة والكتابة وقواعد الحساب فحسب، بل بتدعيم كلّ القيم والمثل العليا في وجدان الطفل..

إنّها تُعلّمه كيف يكون قوياً صحياً، وسوياً نفسياً، ومتميزاً عقلياً وخُلُقياً. كما تُعلّمه كيف يكون منظماً، ومتعاوناً، وصبوراً، ومعتاداً، وشجاعاً..

وكُلّ هذا وغيره يؤدي إلى الاتزان العقلي والنفسي الذي نبتغيه لأطفالنا، وكُلّما كان التعاون بين المدرسة والأسرة في هذا الشأن قوياً، فإنّنا نكون أكثر اطمئناناً علي صحّة الطفل النفسية وخلوها من أعراض القلق والاكتئاب.

● الجماعات غير السويّة هي التي لا تعترف بالمبادئ أو القيم، وهي التي لا تسير علي الطريق السليم من السلوكيات والممارسات، وتبدو هذه الجماعات في صور متنوعة، كالجماعات غير المبالية دراسياً، أو الجماعات التي تدمن المخدرات، أو الجماعات التي ترفض الاتجاهات التربوية السائدة بالمدرسة أو الجامعة، فتشكّل قيماً اجتماعية وفكرية خاصة بها، فتعزل بالتالي عن مجتمع المدرسة أو الجامعة السوي.

والطفل أو المراهق حينما ينتمي إلي مثل هذه الجماعات يشعر بقوة كبيرة تجرّفه إليها، فنراه يتقمّص سلوك أفرادها، ويتوحّد معهم فكرياً وعاطفياً، ولما كان النظام المدرسي أو الجامعي نظاماً يومياً مستديماً، فإن فرص الالتقاء بين أفرادها يصبح أمراً مُعتاداً، ممّا يُغلغل آراءها ومعتقداتها في نفس ووجدان الطفل أو المراهق بصورة أعمق.

وانعزال هذه الجماعة عن سائر الجماعات المدرسيّة أو الجامعيّة الشرعيّة الأخرى يُشكّل فكرة تتبلور في أنّه من الأفضل الانخراط في نشاط هذه الجماعة دون الاندماج في الأنشطة المدرسيّة أو الجامعيّة التي تكونها وتشرف عليها الإدارة المدرسيّة أو الجامعيّة.

وهذا الاتجاه لحُبّ العزلة ينموّ مع نموّ كلّ فرد من أفرادها إلي أن يتخرّج من المدرسة أو الجامعة،وعندها يشعر الطفل أو المراهق بالانغتراب عن المجتمع الذي يعيش فيه،فيهجره ويبتعد عن نظمه ولوائحه وقوانينه،ويناهض هيئاته ومؤسّساته،ثمّ لا يلبث الطفل أو المراهق أن يؤلّف لذاته مجموعة مُضادة من الأفكار والقيم السلوكيّة التي تتعارض . في كثيرٍ من الأحيان . مع ما هو كائن بالمجتمع،ومن ثمّ يحدث صراع فكري وعقائدي يتحوّل في النهاية إلي اضطرابات نفسيّة دائمة..

إنّ الكثيرين من الذين يُصابون باليأس والقنوط والقلق والاكتئاب شبوا مع أصدقاء لهم يحبون العزلة والانطواء.

● أثبتت الدراسات التي أُجريت حديثاً في الولايات المتحدة الأمريكية أنّ التأثير السلبي السيئ للتلفزيون والإذاعة التي يُشاهدها أو يستمع إليها الأطفال أكثر من ٧ ساعات يومياً يكون لها الأثر الأكبر في إحداث حالات اكتئاب مبكرة بين هؤلاء الأطفال في تلك السن المبكرة،حيث يُشاهد الأطفال حالات العنف في التلفزيون بصورةٍ متكرّرة،وكذلك نتيجة لابتعاد الأطفال عن الحياة الاجتماعيّة خاصّة مع الوالدين والأقارب لاستغراقهم في متعة المشاهدة..وهذا ما يكون سبباً في نشأة الاكتئاب علي المدى الطويل.

كيف نقي أطفالنا من الاكتئاب ؟

يمكن للأباء والأمّهات إتباع بعض الطرق والوسائل لوقاية أطفالهم من الاكتئاب عملاً بالمقولة الشهيرة: "الوقاية خير من العلاج"،وذلك عن طريق التالي:

أولاً: أن يتعلّم الطفل منح وتلقي الحبّ، فمعظم الأطفال يضعون معايير مُحدّدة لمعرفة ما إذا كانوا محبوبين أو منبوذين.

والطفل ككائن حي ضعيف يتوقّع من الجميع أن يمنحوه حبّهم، وهذا الحبّ يتجلى حينما تشبع الأسرة حاجات الطفل الفسيولوجيّة من طعام وشراب وكساء.. الخ ثمّ حينما تشبع الأسرة حاجات الطفل النفسيّة أو السيكولوجيّة من حبّ وحنانٍ وأمانٍ وانتماءٍ وتأكيد ذات.. الخ، عندها يشعر الطفل بالرّضا والارتياح، ومن ثمّ ينظر إلي الحياة نظرة ملؤها الأمل والتقبّل.

والطفل كلّما يرتقي خطوة من خطوات النموّ يكون متأهباً كي يتعلّم قيم الأخذ والعطاء، فيقع بالتالي علي الآباء والأمّهات مسؤولية أن يبادل طفلهم الآخرين حبّاً بحبّ؛ لأنّه إذا أراد أن يُحبّه الآخرون يجب أن يقوم هو أيضاً بحبّهم.

ولكي لا يكون مثل هذا التعليم الضروري عقيماً ينبغي ألاّ يتمّ بصورة تلقينيّة جافة، بل يدل سلوك الوالدين علي ذلك؛ لأنّ الطفل - بطبيعة الحال - يُشاهد عن كثب كيف يتعامل الأبوان بعضهما البعض، وأي نوع من الكلمات يستخدمان كوسيلةٍ للتفاهم والحوار وحل المشكلات فيما بينهما.

إنّ الطفل الذي يشعر بمتانة العلاقة بين والديه يشب وقد غُرس في أعماقه المتنامية بذور الحبّ والأمن والسعادة؛ لأنّه يرى أن نسيج الحياة العام للأسرة إنما هو نسيج متشابك ومتآلف؛ لذا فهو يُشارك في تقويته طوال حياته بلا قلقٍ أو اكتئاب.

ثانياً: أن يتعلّم الطفل كيف يُحافظ علي حقوقه، ويحترم في نفس الوقت حقوق الآخرين، وفي هذا الصدد نود أن نقول، يجب ألاّ نتوقّع أن يولد الطفل كريماً، بيّثر الآخرين علي نفسه؛ فالطفل بحكم ضعفه وعدم نموّ مداركه يولد أنانياً، فهو لا يعي شيئاً ممّا نقوله عن آلام أو أوجاع الآخرين، ولأنّه كذلك فهو يُريد إشباع حاجاته، وتلبية رغباته دون تباطؤٍ أو تأجيل، وإن حدث نوع من هذا التأجيل أو التعطيل، يراه الطفل عدواناً موجه ضده، ثمّ سرعان ما ينموّ الطفل ويكون علي استعداد لتلقي التعليم والتهديب..

لذا يكون علي الآباء والأمهات تعليم الطفل - بأسلوب متدرج ومتنوع - كيف يحترم حقوق الآخرين، وفي نفس الوقت نعلمه كيف يحافظ علي حقوقه.. إن ذلك يؤهله كي يصبح معترفاً بنفسه وكرامته، أمّا إذا فقد الطفل احترامه لحقوقه فمعني ذلك أنّه يشب وهو يشعر بالدونية، وبأنّ الآخرين أفضل منه، وهذا في حدّ ذاته كفيل بأن يجعله قلقاً، ومرتاباً، وهيباً، ومكتئباً أيضاً.

إذاً يجب أن يُربّي الطفل علي أنّه كائن حي وهبه الله سبحانه وتعالى كلّ سُبُل ومقومات النجاح، له حقوقه تجاه نفسه ينبغي أن ينالها ويحافظ عليها، وعليه واجبات تجاه أسرته ومجتمعه عليه أن يحترمها ويؤديها علي أكمل وأتم وجه حتى ينعم بالسّلام والاطمئنان و السّواء النفسي.

ثالثاً: أنّ يتعلّم الطفل كيف يتحمّل مواقف الإحباط؛ فالطفل يتعرّض أثناء التربية والتنشئة الاجتماعية لما يُسمي في علم النفس بـ"الإحباط" Frustration، والذي يعني: "المنع أو الإعاقة لرغبات الفرد، وإجابة طلباته".

والإحباط يأخذ بعض هذه الصور:

- تأجيل الرّغبة.
- تغيير الرّغبة بتحقيق رغبة أخرى.
- منع الرّغبة نهائياً، لعدم القدرة علي تنفيذها.
- قمع الرّغبة، ومعاينة الطفل علي مُجرّد أنّه فكّر فيها.

وهذه الصور المتعدّدة للإحباط تُسبّب قدراً من الضيق والتوتّر للطفل؛ فالطفل عندما يواجه الإحباط، فإنّه يأتي بأساليب سلوكيّة يُعبّر فيها عن هذا الضيق أو التوتّر، فقد يبكي أو يمتنع عن تناول الطعام، وقد تتابّه أعراضاً مرّضية فيصرخ ويهم بتعطيم ما حوله من أشياء.

وقد تظهر أعراضاً مَرَضِيَّةً أُخْرِي كَالسَّلْبِيَّةِ Negativism، أو الانطواء Introversion، أمَّا في الصور الشديدة للإحباط فقد تظهر أعراضاً لاضطرابات نفسية، مثل الأحلام المزعجة والتي تظهر على هيئة كوابيس، أو المخاوف المرضية الشديدة.

والطفل - بطبيعة الحال - يجهل الأسباب الحقيقية التي تجعل الوالدين لا يحققون له رغباته، ومَّا كان من المستحيل تخيل حياة بلا إحباط، واستحالة تحقيق جميع رغباتنا في آنٍ واحد، فإن الوالدين لا يستطيعان إلا أن يُحبطا بعض رغبات أطفالهما. ومع ذلك فإن قيام الآباء أو الأمهات بشرح الموانع والعقبات التي تقف ضد تحقيق رغبة الطفل يُعد في حدِّ ذاته أسلوباً كافياً لحل مشكلة الألم والخيبة التي تُصاحب عملية الإحباط.

إنَّهم بذلك يفرسون في أطفالهم مبدأ الواقعية في النظر لشتى أمور الحياة، كما يشعرون أطفالهم بأنَّهم يحبونهم ويحترمونهم ويتألَّمون لآلامهم وضيقهم، كما يبعدون عنهم ألم الجهل بأسباب المنع أو التأجيل لرغباتهم، فلا يقعوا ضحية للآلام النفسية. إنَّ تعليم الأطفال على هذا النحو يجعلهم يسلكون في الحياة مسلكاً عملياً حكيماً، فيكونوا أقوياء وواقعيين، ومن ثمَّ لا يتعثرون أمام مشكلات الحياة بشتى صورها.

رابعاً: أن يتعلَّم الطفل المعنى الحقيقي للشعور بالذنب، فالإكتئاب بين صغار السن يرتبط دائماً بالشعور بالفقدان، أو الإحساس بالفشل، فالإكتئاب راجع للشعور بالفقدان حينما يفقد الطفل عضواً من الأسرة أو صديق بسبب الموت أو الانفصال.

أمَّا الإكتئاب الراجع للفشل فهو يقع بسبب المظهر الخارجي غير المستحب أو السيئ، أو الفشل في الدراسة، أو بسبب المشكلات العائلية التي يعتقد الأطفال أنَّهم السبب في حدوثها ويُسمي هذا بـ"الشعور بالذنب"، فهم يعتقدون أنَّهم وراء ظهور المشكلات في حياة الآخرين.

والمُرجح أن الشعور بالذنب يعود إلى أسلوب التربية الذي يُمارسه الآباء مع الأبناء، وهو يبدأ - عادةً - في الظهور في العام الرابع أو الخامس من عُمر الطفل، وينتج عن طريق قيام الآباء بتوبيخ الأطفال ومعاقبتهم سواء جسمانياً أو معنوياً علي أخطائهم في عملية التكيف والتعلم، فهم يربطون بين أخطاء الطفل وعجزه عن إصلاح نفسه وسلوكه، وقد يحملونه تبعاً ما يقع عليهم من متاعب أو أمراض، وهنا يبدأ الطفل في الإحساس بأنه هو السبب في آلام والديه، أو في مرضهم، أو في وقوع المتاعب لأحدهما أو كليهما .

وإذا استمر الوالدان أو غيرهما في تأنيب الطفل مراراً وتكراراً، فإنَّ كلَّ جوانب عقله ووجدانه تتأثر بهذا التأنيب الذي يصل في حالات كثيرةٍ إلى إحساس الطفل بأنه لا يستحق أن يعيش!!

وفي الحقيقة أن الشعور بالذنب دافع قوي ليس فقط للاكتئاب المزمن الذي قد يؤدي إلى ظهور فكرة الخلاص من الحياة بالانتحار، ولكن أيضاً بظهور أمراض عقلية خطيرة، مثل: "البارانويا" Paranoia، الذي يُعتبر بمثابة خلل يتميز بتطور بطئٍ لدي الشخص لأوهامٍ تتعلّق بالاضطهاد، أو جنون العظمة.

لذلك نري أنه من الضروري إبعاد الطفل عن كلِّ ما ينغص عليه صفو حياته بعدم إشعاره بأنه مذنب، أو أنه السبب وراء المشكلات أو الأمراض التي قد تواجهها كآباءٍ وأمّهاتٍ .

خامساً: لا يجب فقط إبعاد الطفل عن مصادر التوتر والصراع في الأسرة أو المجتمع، ولكن يجب العمل بحرص بالغٍ علي الجلوس مع الطفل وشرح كلِّ الأسباب التي أدت إلي حدوث مثل هذا التوتر أو الصراع، والمقصود بالتوتر والصراع: هو مجمل المشكلات الشديدة التي قد تحدث بين الوالدين بسبب الإصابة بالأمراض، أو وقوع الحوادث، أو الضوايق المادية.. وغيرها .

وجو الأسرة المتوتر يُصيب الطفل بالتوتر بحكم صغر سنه وحاجته الدائمة لتلقي المساعدة من الآخرين، وعلي ذلك فهو لا يستطيع التأقلم مع هذا الجو إلا عن طريق الوقوع في الاكتئاب، ومن ثم المرض النفسي.

وقد اتضح أن الاكتئاب في الطفولة يظهر بصورة أكثر شيوعاً عما كان يُظن، خاصة بين الأطفال الذين يُعاني آباؤهم من الاضطرابات العقلية.

وقد ظهرت دراسة علي الأطفال الأكثر عُرضة للاكتئاب بالمركز القومي للصحة في مدينة "بتزدا" Bethesda، بولاية "ميريلاند" الأمريكية، وأوضحت أن الأطفال الذين لم يُعانون من الاكتئاب في صغرهم يبقون - في الغالب - أصحاء عند الكبر.

كذلك أوضحت الدراسة أن الأطفال الذين أظهروا أعراضاً اكتئابية في طفولتهم يُحتمل أن يظهر عليهم في المراهقة خطر التعرض للاكتئاب، أو صورة أخرى من الأمراض العقلية.

وفي هذه الدراسة أيضاً، والتي أُجريت علي ثمانية عشر (١٨) طفلاً.. اتضح أن منهم اثني عشر (١٢) طفلاً مُصابين بالاكتئاب، وإنه بعد مرور (ثلاث إلي خمس) سنوات، وجد الباحثون أن عشرة (١٠) أطفال يُعانون من الاكتئاب، ومن اضطرابات أخرى، أهمها:

- الأفعال القهرية Compulsion: والتي تتجلي في أفعال يقوم بها المريض بدون أي معني واضح كتكرار غسل الأيدي عدداً مُحدداً من المرّات في اليوم الواحد، وإنه إذا ما تطوّر الأمر فإنه يستنزف طاقة المريض النفسية، ويُحيله إلي شخص ضعيف التفكير، قليل التركيز.
- السلوك المُضاد للمجتمع Antisocial: وهي مجموعة الأعمال والسلوكيات التي توجه ضد الآخرين، وضد المجتمع ومؤسساته، مثل: السرقة، والتخريب، وعدم احترام قيم أو قوانين المجتمع.

■ قلق الانفصال Separation Anxiety: وهو يعني الخوف الشديد من أن يُترك الطفل بدون حماية أو رعاية، ويمكن القول أن الطفل يكون هذا الشعور أول مرة نتيجة لعملية الفطام، فهو يشعر أن أمه تركته ولم تعد تهتم به عن طريق الرضاعة الطبيعية؛ ولهذا يتولّد لديه شعور بأنه مُهدّد دائماً بفقدان أحبائه وذويه.

هذا. ويقول أطباء الصحّة النفسيّة: "ما زال الأمل معقوداً علي اكتشاف وعلاج الاكتئاب في الطفولة، الذي يمنع بدوره تكوين أعراض لاحقة أشدّ خطورة في المستقبل".

أحدث الأساليب العلاجيّة للشفاء من الاكتئاب:

أولاً: العلاج النفسي:

إنّ التحسّن في حالة المكتئب تبدأ في الحدوث من (٦) إلي (٨) أسابيع، وقد تحتاج إلي (١٢) أسبوعاً لكي يجد المريض التأثير المطلوب. وإذا لم تُحدث جلسات العلاج النفسي التأثير المطلوب علي مريض الاكتئاب في خلال (٦) أسابيع، أو إذا لم يحدث شفاء كامل خلال (١٢) أسبوعاً، فإنّ هذا المريض يجب أن يتحوّل إلي العلاج الدوائي.

ومعظم المرضى لا يحتاجون للدخول إلي المستشفى للعلاج، ويتمّ علاجهم في منازلهم، خاصّة إذا كان أقاربهم أو أصدقاؤهم يُحيطون بهم لتقديم العون النفسي والصحّي لهم، والترويح عنهم، ومصاحبتهم في الرحلات والخروج من المنزل.

أمّا الحالات التي يجب أن تُعالج داخل المصححات النفسيّة، أو قسم الأمراض النفسيّة في مستشفى عام لبعض الوقت (لا يتجاوز شهر للعلاج)، فهي:

١. إذا هدّد المريض بالاكتئاب بأنّه سيقتل نفسه أو يقتل الآخرين.
٢. إذا كان المريض بالاكتئاب يُعاني من حالة وهن شديد ممّا لا يستطيع معه أن يُطعم نفسه ويعتني بها.
٣. إذا كان مريض الاكتئاب يُعاني من مرض عضوي شديد، مثل: إصابته بمرض السكري (السكر) ويحتاج للمتابعة والتحليل المستمر.

٤. إذا كان لدي مريض الاكتئاب النفسي علامات التهيج والإثارة أو أية أعراض أخرى.

ويقوم العلاج النفسي أساساً علي المحادثة، أو ما يُسمى بـ"العلاج الحديث". هذا.. ويمكن تقسيم العلاج النفسي إلي نوعين أساسيين من العلاج:

- ❖ النوع الأول: وهو ما يُسمى بـ"قانون العقل"، أو "تنظيم وتوجيه الإدراك"، حيث يهدف إلي تبصير المريض وتوجيه إدراكه إلي جذور المشكلة التي يُعاني منها، وإلي ما يُعانيه من عدم الوعي الحسي لكي يصبح علي وعي وإدراك بحالته.
- ❖ النوع الثاني: ويُسمى بـ"العلاج الإدراكي أو السلوكي"، ويهدف هذا العلاج بالأساس إلي توجيه سلوك الفرد المُصاب بالاكتئاب، وإلي تنظيم علاقته بالآخرين.

وهناك نوع آخر من العلاج النفسي يُسمى بـ"العلاج المقوي أو المدعم"، وهو يُستخدم في حالات عدم قدرة المريض علي العمل أو بذل الجهد، أو حتى الإحساس النفسي بالقدرة علي العمل، لذلك فإنَّ علاجاً مدعماً وليس علاجاً لتغيير الحالة، حيث يُساعد المريض علي جدولة عودته للعمل، أو للدراسة مرةً أخرى، وعلي تنظيم وقته، وكذلك مساعدته لتحسين علاقته وعلاقة الآخرين معه.

وكذلك من الأهمية بمكان في هذا النوع من العلاج المدعم هو عمل دورات نفسيةً وتنشيطية لأهل المريض لكيفية التعامل معه.

ويمكننا الآن الحديث عن هذين النوعين الأساسيين من العلاج النفسي:

● النوع الأول: العلاج النفسي الديناميكي (تنظيم وتوجيه الإدراك):

هدف العلاج هو البحث عن جذور المشكلة التي يُعاني منها المريض وما إذا كانت نابعة من مرحلة الطفولة، أو من مرحلة عُمرية لاحقة وأدت إلي حدوث الاكتئاب، وهذا يتم عن طريق عقد جلسات استماع مطولة مع المريض، وسماع وتحليل كلامه بدقة وبصورةٍ عملية.

وتعتمد هذه الجلسات علي براعة الطبيب المُعالج كي يستطيع أن يجعل مريضه ينقل إليه مشاعر الخوف أو الأرق التي تعتريه وأسبابها وجذورها، وتستغرق جلسات العلاج النفسي الديناميكي ما بين أسابيع إلي شهور، وقد يطول المدى إلي سنوات.

ويتم الحديث في تلك الجلسات بحرية تامة، بمعنى أن يُترك المريض يتحدث عن أي شيء يخطر علي باله من أحاسيس ومشاعر وذكريات، حيث يُساعد ذلك علي التخلص من جميع الأتعة الدفاعية التي كان يُغطي بها مريض الاكتئاب نفسه ووجهه كإجراءٍ دفاعي من الآخرين والتي تكوّنت خلال سنوات.

وهذه الجلسات ليس الهدف منها علاج الاكتئاب، ولكن هدفها البحث عن جذور المشكلة، وهذه الجلسات قد تكون بمعدل (٤) إلي (٥) مرّات أسبوعياً، علي مدار من (٤) إلي (٥) سنوات، ولكن هناك جلسات خاصة لمريض الاكتئاب تتراوح ما بين (١٢) إلي (١٦) جلسة فقط، حيث أن معظم حالات الاكتئاب تكون بسبب مشكلات تتعلّق بالزواج أو الطلاق أو الوفاة، أو تتعلّق بسوء العلاقات مع الآخرين وغيرها.

● النوع الثاني: العلاج السلوكي أو الإدراكي:

(أ) العلاج السلوكي:

يهدف العلاج السلوكي إلي تصحيح الأخطاء السلوكية التي تُشكّل أعراض الاكتئاب، مثل: عدم الانتظام في جماعة ما، وعدم الاندماج في سلوكيات الترفيه. ويبدأ المُعالج النفسي في تسجيل هذه السلوكيات وغيرها، وبالتالي رصدها لتكون الأساس الذي يسهل بعد ذلك متابعته، وملاحظة التحسّن الذي يطرأ عليه، كما يُسهّل علي الطبيب المُعالج أن يتعرّف علي الأنشطة التي تؤدي إلي تحسّن الحالة النفسية للمريض.

والأخرى التي تؤدي إلي تردّيها، ثمّ يتمّ ما يُسمي بـ"الواجب المنزلي" بأن يُطلب من المريض القيام ببعض الأنشطة البسيطة والمتدرّجة يومياً، مثل: المواظبة علي قراءة كتاب مُعيّن، أو القيام بالتمشية يومياً، وبالتالي يُعطيهم ذلك الإحساس بوجود هدف مُعيّن ومُحدّد يجب الوصول إليه، كذلك مساعدتهم في عقد جلسات للتحدّث مع بعضهم

البعض، ومع الطبيب المُعالج، وذلك للتغلب على العزوف عن الكلام، وخصوصاً عند الأطفال.

وهناك وسائل أخرى للعلاج السلوكي منها تمارينات الاسترخاء، والتي يتم تعليمه للمكتئب كي يستطيع التغلب على مواقف القلق والتوتر التي قد تواجهه، وهي تتراوح ما بين تمارينات استرخاء العضلات، وتمارين السيطرة على التنفس، وكذلك التنفس بعمق وتركيز.

والعلاج السلوكي يشمل أيضاً تغيير البيئة إذا استطعنا ذلك، مثل: تغيير السكن، المساعدة في إيجاد عمل جديد.

(ب) العلاج الإدراكي:

العلاج الإدراكي يُساعد الإنسان على اتخاذ القرار الصحيح، وعلى الحكم على الأشياء بوضوح، فإن إدراك النجاح والاستمتاع بالحياة يعتمد بالدرجة الأولى على كيفية التفكير، فعندما يكون التفكير واضحاً ومُحددًا فإن ذلك يُساعدنا على الوصول إلى أهدافنا بدقة، وعندما يكون التفكير مشوشاً وغير مُحدد نتيجة لهلاوس بعينها، وأفكار خاطئة فإن ذلك يدفعنا لكي نكون بلا رؤية أو بلا هدف.

والعلاج الإدراكي يبدأ في تسجيل المشاعر السلبية التي يُعانيها المكتئب، مثل: عدم قدرته في التفاعل نفسياً مع الآخرين، أو انزاله عن عائلته وعن عمله، وعدم قدرته على اتخاذ القرارات، أو إبداء الرأي.

ثم يبدأ الطبيب بعد ذلك في تعليم المريض السلوك الإدراكي المُخالف لكل هذه المشاعر السلبية، وتعريفه بأنّها بعيدة عن الواقع والحقيقة، وهذا يُساعد على كسر دائرة الاكتئاب الرهيبة، وبالتالي يبدأ المريض في الإحساس بأنه أفضل، وينبغي استمرار هذا العلاج ومتابعته، وذلك بتشجيع المريض على الاندماج في الأنشطة الاجتماعية المختلفة التي تدخل السرور على قلبه.

● جلسات العلاج النفسي الجماعي للأطفال :

الأطفال الأقل من تسع سنوات يجدون صعوبة في التعبير عن أنفسهم، وعن مشكلاتهم النفسية، وعن أسباب آلامهم، لذا فإن جلسات العلاج النفسي قد لا تجدي معهم، ولذلك يُفضَّل أن يُستعمل معهم الطبيب المُعالج ما يُسمى بـ"جلسات" العلاج باللعب"، عن طريق استعمال ألعاب، مثل: الدُمى، أو الرمل.. وغيرهما لكي يسمح للأطفال بالتعبير عن أنفسهم وعن مكنوناتهم.

أمَّا الأطفال الأكبر سنًّا عن التاسعة فيمكنهم التعبير عن أنفسهم خلال جلسات العلاج النفسي الجماعي خاصَّة العلاج النفسي الجماعي مع العائلة؛ لأنَّ معظم حالات الاكتئاب لهؤلاء الأطفال تكون نتيجة انعكاس لمشكلات وصعوبات عائلية يعيشونها.

● أساليب العلاج السلوكي لحالة طفل يُعاني اكتئاب حاد :

توضح الحالة التالية محاولة لعلاج الاكتئاب عند طفل في العاشرة من عُمره، من خلال تشكيل مهاراته الاجتماعية بما في ذلك القدرة على الاحتكاك البصري، والمرونة الحركية، والحوار.

● بيانات عامَّة:

كان الطفل في العاشرة من عُمره، وكان يُعاني اكتئاباً حاداً، أدى به إلى حجزه في المستشفى بسبب محاولته الانتحار. وقد كان الطفل متوسط الذكاء، وكان ذا تاريخ تميَّز بنوباتٍ من الغضب والعنف وتدهور مستوى الأداء المدرسي. وبتطبيق المقاييس النفسية حصل على درجات تضعه - من الناحية الإكلينيكية - في فئة الاكتئاب.

وأشارت تقارير العاملين بالمستشفى والمُشرفين عليه في العنبر العلاجي إلى أن تفاعلاته الاجتماعية وقدراته على التواصل مع الآخرين تتسم بالعجز، بما في ذلك صعوبة تبادل النظر مع الآخرين، والحديث بنبرات صوت مُتردِّدة وخافتة، والإجابات الموجزة والمبتورة.

أمَّا تعبيرات الوجه فقد اتسمت بالجمود والخلو من تعبيرات انفعالية قوية. كما أن لغته البدنيَّة غير ملائمة، فقد كان يُغطي وجهه بيده، ويشيح برأسه جانباً عندما كان هناك مَنْ يُحاول أن يبادلته الحديث.

● العلاج:

اعتمدت خطة العلاج علي حث وتدريب الطفل علي تنمية أنواع من السلوك معارضة للسلوك المرَضِي في المجالات الأربع التالية:

١. **الأوضاع البدنيَّة:** وقد تضمَّن هذا الجانب التعديل علي الأوضاع البدنيَّة للطفل بحيث تكون ملائمة، أي أن تتسم بإظهار الاهتمام أو الرِّغبة في الحوارات المثارة معه. ولهذا.. فقد كان من المطلوب: أن يكف الطفل عن الأوضاع البدنيَّة غير الملائمة، مثل تغطية وجهه بيده، أو الإشاحة برأسه بعيداً عن المُعالج أو المتحدثين معه.

٢. **تبادلُ النظر والاحتكاك البصري:** تطلب تحقيق هذا الهدف تشجيع الطفل علي تبادلُ النظر والاستمرار في الاحتكاك البصري مع الذين يتحدَّثون معه.

٣. **نبرات الصوت ونوعية الكلام:** تضمَّن هذا الجانب تدريب الطفل علي نطق كُلاً الكلمات بصوتٍ عالٍ وواضح النبرات، والإجابة عن كُلاً الأسئلة التي توجه له بحيث تشمل إجاباته علي أكثر من كلمة، أي لا تكون موجزة ومبتورة.

٤. **الوجدان أو المشاعر:** التي حاول المُعالجون تميئتها لدي هذا الطفل، اشتملت علي تلوين انفعالاته أثناء الكلام أو الحوار من حيث الصوت، والإشارات، وإيماءات الرأس والوجه.

● إجراءات العلاج:

استغرقت جلسات العلاج وتدريب المهارات الاجتماعية التي ذكرناها من قبل عشرين جلسة لمدة عشرين دقيقة لكلِّ منها، وفي كُلاً جلسة منها كان المُعالج يطلب من الطفل أن يقوم بمحاكاة الجوانب المرغوب فيها من السلوك الجديد، كما كان المُعالج يتبادلُ مع الطفل أنواعاً من الحوار أعدها خصيصاً لهذا الغرض لكي تلاءم متطلبات وأهداف العلاج.

كما شُجِعَ الطفل علي أن يقوم بلعب الأدوار في الجوانب التي تحتاج إلي تدريبات حركية للجسم بما فيها استخدام الإشارات والاحتكاك البصري، ومن خلال ذلك كان علي المُعالج أن يُعطي الطفل عائداً علي أدائه ويشجعه علي تصحيح استجاباته الخاطئة خاصة فيما يتعلّق بالاحتكاك البصري واللُّغة البدنية الملائمة.

● النتائج والمتابعة:

في نهاية كُلِّ جلسة كان المُعالج يمدّ الطفل بالتشجيع وبعض التدييمات الملموسة كالحلوى والمشروبات، لتعاونه علي تنفيذ البرنامج بغض النظر عن نجاحه في تنفيذ أهداف الجلسة.

أدي تدريب المهارات الاجتماعيّة إلي تحسن وتفوق في المهارات الأربع السّابقة، وقد استمر تحسُّن الطفل لمدة (١٢) أسبوعاً، وهي الفترة التي أمكن متابعته فيها.

وبهذا بيّن العلاج الناجح لهذه الحالة أن بالإمكان تدريب المهارات الاجتماعيّة لدي الأطفال المكتئبين ومُعالجة أوجه القصور في السلوك الاجتماعي لديهم، هذا القصور الذي يُعتبر أحد العناصر الرئيسيّة في وصف السلوك المتسم بالاكْتئاب.

ثانياً: مُعالجة الضغوط:

مُعالجة الضغوط لا تعني التخلُّص منها، أو تجنُّبها، واستبعادها من حياتنا، فوجود الضغوط في الحياة أمر طبيعيّ، ووجودها لا يعني أننا مرضي، بقدر ما يعني أننا نعيش ونتفاعل مع الحياة وخلال ذلك وبسببه تحدث أمور متوقعة وأمور أخرى غير متوقعة، ومن ثمّ فإنّ علاج الضغوط لا يتم بالتخلُّص منها وإنما يتمّ بالتعايش معها، ومُعالجة نتائجها السّلبية.

ومُعالجة الضغوط تعني ببساطة أنّ نتعلّم بعض الطرق التي من شأنها أن تُساعدنا علي التعامل اليومي مع هذه الضغوط، والتقليل من آثارها السّلبية بقدر الإمكان.

ولبلورة الخطوط العريضة، والنقاط الرئيسية التي يمكن أن تشمل عليها الأساليب الملائمة لمعايشة الضغوط، والتغلب على آثارها السلبية، فإننا نُلخص في النقاط التالية كثيراً من نتائج البحوث العلمية، والتجارب التي أجراها علماء الصحة النفسية للإعانة على ضبط الضغوط والتحكم فيها أو في نتائجها علي نحوٍ فعّال، كالتالي:

(أ) معالجة الضغوط لضمان عدم تراكمها:

لابدّ من تسجيل الضغوط التي يمكن أن يواجهها الفرد وعلاجها أولاً فأول، فحتى الضغوط البسيطة تتحوّل إلي عبءٍ ضار بالصحة إذا ما تراكمت.

(ب) التخفُّف من الضغوط وليس التخلُّص منها:

علي الفرد أن يجعل أهدافه معقولة، فليس من الواقع في شيء أن نتخلَّص من كلِّ الضغوط والأعباء تماماً.. ولهذا اجعل هدفك ينصب علي التخفيف من هذه الضغوط، فمن المؤكّد أن مُجرّد تقليل بسيط منها سيؤدي إلي نتائج وفروق ضخمة في قدرتنا علي التكيف معها ومعالجتها، والجدير بالذكر أنّ هناك ضغوط يمكن التوقف عنها، مثل: التدخين، أو تناول الأطعمة الدسمة، أو تعاطي المخدرات والخمور.

(ج) التوازن بين تحقيق الاحتياجات الخاصة وتلبية مطالب الآخرين:

اجعل هدفك من العلاقات الاجتماعية معقولاً، فمن المتعذر أن تلبية وأن تجعل هدفك هو إرضاء كلِّ مَنْ تعرف ومَنْ لا تعرف.. من الجميل أن تُساعد الآخرين، وأن تمنح بعضاً من وقتك وجهدك للناس، ولكن لا تنس أن لك أيضاً احتياجات خاصة للصحة والراحة ووقت الفراغ والترفيه.

(د) متى يمكن أن نقول "لا" صريحة:

تعلّم الرفض للطلبات غير المعقولة بأن تقول "لا" صريحة، ولكن هذا لا يعني أن تقول "لا" من أجل المخالفة والمعاندة وخلق الأجواء العدائية، وإنما يعني أن تكون قادراً علي أن تعرف احتياجاتك، والوقت المُتاح لك، وأوليات العمل بالنسبة لك، وأن تعترف وأن تُعلن عدم قدرتك علي تلبية ما يُلقى عليك من متطلبات.

(هـ) المُعالجة المنطقية للصِّراعات:

عندما تثور بينك وبين الآخرين صراعات أو خلافات في الرأي لا تجعل هدفك أن تكسب كلَّ شيء ولو كان علي حساب الآخرين، فأفتح دائماً مجالاً للتفاوض، وتبادل وجهات النظر والوصول للحلول التوفيقية.. وحتى إذا تعذر أن تكسب في موقف، أو أن تحولهُ لمصلحتك، بسبب ظروف غير مواتية، فليس معني ذلك أن تبقى ناقماً أو ساخطاً. إنَّ الخسارة وحدها ليست هي التي تمثل الخطر الأكبر علي الصحة، ولكن إدراكنا لهذه الخسارة، وتفسيراتنا غير المنطقية لها.

(و) توزيع الأعباء:

قم بتوزيع الأعباء المُلقاة علي عاتقك بدلاً من أن تضع نفسك في موقف المسؤول عن كلِّ كبيرة وصغيرة في المنزل والعمل، إنَّك بذلك تُحقِّق عدة مكاسب: تمنح نفسك وقتاً أطول، وفرصة أفضل للاهتمام بأولويات أخري تشعر بأنَّها أهم، كما أنَّك تمنح الآخرين فرصة أكثر لتحمل المسؤولية، ومن ثمَّ يكون بإمكانك تحويلهم إلي قوة إيجابية وفعالة لسير العمل وأمور الأسرة، ومن تخفيف الأعباء المُلقاة عليك.. إنَّ علاج جزء كبير من المُعاناة من الاكتئاب يتمثل في توزيع المسؤوليات بين الجميع.

(ز) الإقلال من الشعور العدواني:

تبيِّن أنَّ الإقلال من المشاعر العدوانية، ومحاولة استخدام طرق أفضل لحلِّ المشكلات والصِّراعات والخلافات اليومية مع الآخرين يقومان بدور فعَّال في التغلُّب علي النتائج السلبية التي يمكن أن ترتبط بالضغط. وأصبح من المعروف أنَّه كلما استطاع الشخص ضبط عدوانه وعدائه للآخرين، قلت تصرفاته الانفعالية التي تتسبب في تأزُّم الأمور أكثر، وتقلُّل من عدااء الآخرين له.

وعلي هذا فالشخص يحتاج أن يُدرِّب نفسه علي عدم الانزعاج لكلِّ كبيرة وصغيرة، وأن يُدرِّب نفسه علي اكتساب بعض المهارات الاجتماعية التي تمكِّنه من تحويل مواقف التشاحن والصِّراع إلي مواقف من المكسب والتبادل.

ومن المؤكّد أن مهارات تأكيد الذات، والتدرّب علي الاسترخاء، وتعديل الحوارات الداخلية، وتعديل طرقنا في تفسير نوايا الآخرين ومقاصدهم، والبحث عن دعم الأصدقاء والمعارف، جميعها تلعب دوراً مهماً في الاتجاه الصحي ممّا يُساعد الشخص علي التحكّم الانفعالي بطرق إيجابية.

(ح) ممارسة الاسترخاء:

من المرغوب فيه أن نمارس الاسترخاء يومياً عدداً من المرّات إلي أن تتحوّل بالتدريج أسلوباً مستقراً وثابتاً في حياتنا، وهناك طريقة مختصرة نوجزها في التالي:

خذ نفساً عميقاً بسرعة ولكن بهدوء. اعقد يديك واضغطهما بقوة معاً. إذا كنت جالساً، ضم ساقيك معاً بإحكام إلي أن تشعر بقليلٍ من الألم. شد بطنك بقوة إلي الداخل. ضم فكيك بشدة. حافظ علي هذا الوضع المشدود في أعضاء الجسم لفترة تتراوح من (5) إلي (7) ثوان. والآن عد إلي وضعك الطبيعي، تنفس للخارج ببطء. لاحظ جسمك وهو يعود لحالة الاسترخاء. لاحظ أن التوتّر والشد يتبددان تدريجياً، وأنت تُردّد بينك وبين نفسك أنك مسترخٍ وهادئ.

إذا لم يتحقّق الاسترخاء المطلوب، أعد هذا التمرين إلي أن يتحقّق الاسترخاء المطلوب، لكن لا تُبالغ في عملية الشدّ العضلي، إذ تكفي درجة معقولة منه تمكّنك من الإحساس به، ومن ثمّ الإحساس بالاسترخاء اللاحق لعملية التوتّر.

(ط) اللياقة الصحيّة:

من الأشياء التي بيّن البحث العلمي أهميتها في التخفّف من الضغوط والاكتئاب الاهتمام بالتمارين الرياضيّة الخفيفة، مثل: المشي والسباحة. ويوصي علماء النفس الرياضي بأن الوصول إلي متطلبات اللياقة الصحيّة والبدنيّة يحتاج من (15) إلي (60) دقيقة من التمارين الرياضيّة ثلاث مرّات أسبوعياً. ولكي نصل بالتدريب إلي الفائدة المرجوة منه يفضل أن تكون الممارسة متصلة، بمعنى أن يتراوح وقت التمرين الواحد من (15) إلي (30) دقيقة متصلة وليست متقطعة.

وإذا لم يسمح الوقت، أو إذا لم يكن المكان يسمح لممارسة النشاطات الرياضية فمن الممكن إدماج الوقت المطلوب في نشاطاتك اليومية المعتادة، مثل: عود نفسك السير عند الانتقال من مكان إلى آخر، تحرك أو مارس بعض النشاطات الرياضية أثناء أدائك بعض الأعمال الروتينية في المنزل، اصعد السلم بدلاً من المصعد الكهربائي، ساهم في النشاطات المنزلية التي تحتاج إلى الحركة.. الخ.

والبحوث المعاصرة بيّنت أن التنفس الجيد أمر قد يغفل عنه الكثير، وأن النجاح فيه يرتبط بارتفاع الأداء الصحي، والتخفيض من مستويات الاكتئاب والقلق، ومن القواعد السليمة لتحقيق التنفس الجديد أن نركز على التنفس من البطن وليس من الصدر: ضع كتاباً على بطنك. خذ نفساً عميقاً.

ولكي تكون طريقتك في التنفس جيدة إذا لاحظت أن بطنك يرتفع بالكتاب عند الشهيق، وينخفض عندما يخرج الزفير. ولتحقيق المزيد من التنفس الجيد حاول أن يستغرق الزفير فترة أطول من الشهيق، فالزفير بشكل خاص يُساعد على التخلص من السموم الموجودة بالجسم.

ويتطلب التدريب على التنفس الجيد تدريب الرئتين، ويكون ذلك بأن تأخذ نفساً عميقاً وكبيراً عدداً من المرات يومياً، وأن تحتفظ به لفترة في الرئتين، كذلك حاول أن تبقي عضلات الفكين دائماً في وضع مسترخٍ؛ لأن ذلك يُساعد على الحصول على كمية كبيرة من الأكسجين وتوصيلهما إلى المناطق المنخفضة من الرئتين.

كما تتطلب اللياقة الصحية الاهتمام بالنظام الغذائي، كالبعد عن النهم أو الإسراف في تناول الأطعمة الدسمة التي تُفقد الجسم حيويته وتزيد كمية الأعباء والضغوط والجهد، لكن الغذاء المتوازن لا يعني الحرمان من الطعام إلى حد التجويع.

ثالثاً: العلاج الدوائي:

أدوية معالجة الاكتئاب تهدف إلى مساعدة الشخص المكتئب حتى يقوم مخه بإنتاج بعض المواد العصبية والكيميائية التي قد تكون نقصت وأدت إلى اكتئابه. وللأسف فإن حوالي ٢٥٪ من المرضى المكتئبين يرفضون تناول هذه الأدوية.

والمعروف أن علاج الاكتئاب عند الأطفال يعتمد في المقام الأول علي العلاج النفسي، ولا يُنصح بتناول أية أدوية، وفي الغالب لا يتم إعطاء أية أدوية لعلاج اكتئاب الأطفال وإن كان بعض الأطباء قد بدأ هذا العلاج منذ ما يقرب من ٥.١٠ سنة، ويتم البدء بأخذ جرعات من المجموعة الأولى المسماة "تراي سيكليك" (TCAS).

كما تم الاعتماد بصورة مطردة علي المجموعة الثالثة، وهي "سيلكتف سيوتتين أبتاك انبهيتور" (SSRIS)، ويتم ضبط كمية الدواء حسب وزن الطفل.

وتعتمد مدة العلاج علي نوع العلاج المستخدم، وعلي شدة الإصابة بالاكتئاب، ولقد أثبتت التجارب العلمية أن حوالي ٦٠.٥٠٪ من المرضى المُصابين بالاكتئاب يتم تحسن حالتهم في خلال ٤ - ٦ أسابيع، وفي بعض الحالات بعد ٢ - ٤ أسابيع من الجرعة الأولى للدواء، أمّا الشفاء الكامل فيتم من ٤ - ٦ شهور.

ويجب أن ننوه بأن الدراسات الحديثة بيّنت أن المرضى الذين تمّ علاجهم باستخدام العقاقير فقط تزيد نسبة الانتكاس لديهم بمعدل ٥٠٪ ممّا لو تمّ علاجهم باستخدام العقاقير مصحوبة بأي شكل من أشكال العلاج النفسي، ففيما تعمل العقاقير علي تخفيف الأعراض بسرعة خلال الشهر الأول، تبرز أهمية العلاج النفسي بعد مرور شهرين حيث تظل نسبة التحسّن في تزايد مستمر.

وقد أعد المعهد الوطني للصحة والبحث الطبي في فرنسا (INSERM) تقرير نُشر مؤخراً، بعد تحليل الكثير من الدراسات توصل المعهد إلي أن الجمع بين العلاج النفسي والعقاقير الكيميائية له تأثير مفيد للغاية.

رابعاً: العلاج بالصدمات الكهربائية:

هو علاج لحالات صعبة من الاكتئاب، أو الاختلال النفسي الصعب، حيث يتم إمرار تيار كهربائي خفيف (من ٣٠ إلي ١٠٠ فولت) إلي المخ عن طريق وضع ما يشبه السماعتين علي جانبي الرأس لمدة ثانيتين فقط حيث يؤدي ذلك إلي حدوث تشنج عصبي قوي يؤدي إلي علاج حدة الاكتئاب عن طريق التأثير علي كهرباء المخ الطبيعية.

وفي الماضي كان هذا العلاج يُسبب الكثير من الآلام، ولكن الآن يتم تنويم المريض قبل العلاج بالصدمات الكهربائية عن طريق تخديره وإعطائه أدوية لارتخاء العضلات وعندما يتم إيقاظ المريض فإنه يُحس بصداع مؤقت و"توهان" لا يستمر طويلاً.

وفي الغالب فإن المريض يتلقى ما بين ٨ - ١٢ جلسة علاج بالكهرباء في خلال ثلاثة أسابيع.

ونظراً لأن نسبة الانتكاسة بعد هذا العلاج مرتفعة وتبلغ حوالي ٣٠ - ٦٠٪ في خلال عام بعد الانتهاء من العلاج، فإن اكتشافات جديدة أضافت مجالات أخرى للبحث عن علاج للاكتئاب، حيث تبين مؤخراً أن التحريض المغناطيسي للدماغ SMT يُنشط الخلايا العصبية الدماغية عن طريق تيارات كهربية ناتجة بدورها عن هذه التدفقات المغناطيسية مما يُخفف الأعراض الاكتئابية. وقد سمحت كندا باستخدام هذا النوع من العلاج مؤخراً بشكل تجريبي فقط لمعالجة حالات الاكتئاب القسوى.

وفي الولايات المتحدة الأمريكية جرب الأطباء فعل ساحة مغناطيسية من خلال التصوير بالرنين المغناطيسي IRM، حيث لوحظ أن المرضي ظهرُوا بمزاج أفضل بعد خضوعهم للتصوير بالرنين، وقد وقف الأطباء علي حقيقة الأمر ونشرت أبحاثهم العام ٢٠٠٤، وظهر بعد تطبيق الطريقة علي ثلاثين مريضاً أن الحقول المغناطيسية الترددية حسنت مزاج ثلاثة وعشرين منهم. ويدوم تأثير هذه الأشعة من بضع ساعات حتى عدة أيام، والأطباء الآن يحاولون اكتشاف آلية هذا العلاج حتى يمكن تعميمه.

خامساً: العلاج بالضوء:

هو علاج لبعض حالات الاكتئاب وعلي الأخص الاكتئاب الموسمي، حيث يتم تعريض المريض لضوء أبيض فلورسنتي قوته حوالي ١٠,٠٠٠ شمعة، وهو يُعادل كمية الضوء التي يتعرض لها الشخص إذا نظر من نافذته في يوم مشمس ربيعي صحو، وهذا الضوء يصدر من صندوق ضوئي إما أفقياً علي منضدة، أو رأسياً بوضعه علي الأرض.

والمرضي يستجيبون للعلاج في خلال ٣ - ٤ أسابيع من بدء العلاج، والبعض الآخر يحتاج إلى جرعات إضافية لمدة ساعتين قبل استيقاظه عن طريق وضع لمبة فلورسنت بجانب سريره.

وقد يُصاحب العلاج الضوئي بعض الصداع، وإجهاد العين، ونوع من الأرق وبعض التوتُّر خاصَّة إذا تمَّ العلاج متأخراً في الليل، ويمكن تجنُّب ذلك بالبدء في العلاج الضوئي صباحاً، كما يمكن أيضاً تقليل مدة التعرض للضوء لتفادي تلك الأعراض الجانبية.

سادساً: العلاج بالمشي:

قام باحثون من الولايات المتحدة الأمريكية في جامعة "ديوك" بعمل دراسات مستفيضة حول هذا النوع من العلاج، وفي فرنسا نشر كتاب طبي بعنوان "الشفاء" حيث ثبت أن المشي بصورة منتظمة يُعالج كثيراً من حالات الاكتئاب.

فقد قسَّم العلماء مجموعة من المكتئبين إلى قسمين: قسمٌ يُعالج بأدوية مُضادة للاكتئاب، وقسمٌ آخر يُعالج بالمشي المنتظم يومياً. واستمرت الدراسة لمدة عام كامل، فوجدوا أن المرضى الذين تمَّ علاجهم بالأدوية قد تحسنت حالتهم في الأشهر الأربعة الأولى من بدء العلاج، ثمَّ حدثت انتكاسات لحوالي ٣٠٪ منهم في خلال العام، والقسم الثاني الذي كان يُعالج بالمشي تحسنت وشفى حوالي ٩٢٪ منهم.

وأجمل من هذا أنه ثبت أيضاً أن المشي لا يُساعد علي علاج الاكتئاب ولكنه يقي من الإصابة به، وأن الذين يمارسون الرياضة بانتظامٍ تتخفص لديهم احتمالات الإصابة بالاكتئاب لمدة زمنية قد تصل إلى ٢٥ عاماً.



الفصل الثاني

القلق



هناك عدة تعريفات لـ"القلق" Anxiety، سوف نوجزها في التالي:

- **التعريف الأول:** هو: "حالةٌ نفسيةٌ غير سارة من التوتر العصبي تُشير إلى أنّ المصاب به يتوقع خطراً في اللاوعي"، وهذا التعريف غير مُعقد، ولكنّه غير جامع؛ لأنّ الخطر المتوقَّع قد يأتي من "اللاوعي" ومن "الوعي" كذلك. كما اعتبر القلق ظاهرة مَرضية وعلي العكس من ذلك - في بعض الأحيان - فإنّ القلق قد يكون ظاهرة صحية.
- **التعريف الثاني:** هو "شعورٌ عامٌ غير سار بالتوقُّع، والخوف، والتحفز، والتوتُّر، مصحوب - عادةً - ببعض الإحساسات الجسمية يأتي في نوباتٍ متكررةٍ من نفس الإنسان". وهذا التعريف ربط بين الخوف والقلق، بينما هناك اختلاف كبير بينهما.
- **التعريف الثالث:** هو: "علاقةٌ ظاهرةٌ لصِّراعٍ مستمرٍ في أعماق اللاشعور". وتحليل هذا التعريف نقول أنّ القلق يمكن أن يوجد دون وجود علامة، فبعض النَّاس يمكنهم الظهور بمظهر السَّعادة ولكنهم في الباطن يُعانون أصعب أنواع القلق، وهذا يعني أنّ القلق يمكن أن يتواجد دون أن يرتبط بعلامةٍ ظاهرةٍ.
- **التعريف الرابع:** هو: "صراعٌ ناجمٌ عن فقدان التوازن، وعند الفشل في التكيف". ويمكننا القول بأنّ القلق ليس من الضروري أن ينهض دليلاً علي فقدان التوازن أو فشل في التكيف، بل علي العكس فقد يكون القلق - في بعض أحواله - محاولات إجرائية وقائية ضدَّ سيطرة الفشل، وضدَّ فقدان التوازن.
- **التعريف الخامس:** هو: "حالةٌ من التوتُّر الشامل الذي ينشأ من خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف". وهذا التعريف هو أكثر التعريفات دقة، وهو يشتمل علي عدة خصائص منها:

أ - حالةٌ من التوتُّر الشامل الذي ينشأ عن صراعات الدوافع بعضها مع بعض.

ب . عوامل التوتُّر، وهي: عوامل داخلية (الشعور واللاشعور)، وعوامل خارجية .

ج . محاولات الفرد للتكيُّف، ولفظ تكيُّف لفظ شامل فهو يشمل تكيُّف الفرد مع نفسه، وتكيُّف الفرد مع المجتمع .

ولعلنا نخرج بنتيجة مهمة، وهي: أنَّ الإنسان لا يخلق القلق وإنَّما يستخدمه إمَّا له، وإمَّا عليه، وطالما كان للإنسان القدرة علي التكيُّف أو كانت أحواله متغيِّرة فهو مستعد للقلق، ومن هنا يمكن أن نردد ما يقوله العالم النمساوي "سيجموند فرويد" Sigmund Freud (١٨٥٦-١٩٣٩) في تعريفه للقلق بأنَّه رد فعل لحالة خطر .

منشأ القلق عند الأطفال :

الفرائز وكذلك الأحاسيس التي لا يستطيع الإنسان أن يواجهها أو يتحمَّلها يضطر لإسقاطها في "العقل الباطن"، وهذه الأحاسيس والرغبات لا تفقد طاقتها بدخولها العقل الباطن، وهي تحاول كلِّ فترة أن تخرج للوعي حتى يُشبعها الإنسان، فإذا ضغطت إحدى هذه الفرائز للخروج وللتعبير عن نفسها، فإنَّ القلق كإشارة يوقظ "الأنا العلياً" لعمل دفاعات لمواجهة هذه الفرائز والرغبات القادمة من الداخل لمنعها من الظهور . فإذا زاد القلق علي الحدِّ المطلوب كمخدرٍ ودافعٍ لتكوين الدفاعات النفسية التي تحكم العقل الباطن، في هذه الحالة يظهر القلق النفسي كأعراض ومرض .

ويؤدي عجز الطفل الحتمي وضرورة بقائه تحت رحمة الآخرين لتخليصه من توتُّراته إلي حدة الصرَّاعات التي تنتج القلق، فالطفل جهازه الحسي المتطور . إلي حدِّ ما . والذي يجعله يحس ألم التوتُّرات الغريزية، في حين أنَّ جهازه الحسي الحركي أقلُّ تطوراً . نسبياً . وهو أدواته نحو تخفيض توتُّراته بنفسه، إذاً فلا بدَّ للفرائز من موضوع لإشباعها، قد يكون الموضوع حياً، أو لا تدب فيه الحياة، وحين تفصح توتُّرات الطفل الغريزية عن نفسها، وحين تقابلها البيئة . في شخص الأمِّ أو المربيَّة . باللامبالاة أو الرفض أو الإزعاج أو التهديد أو العقاب، فلا بدَّ لتلك الحالة المؤلمة من متفمسٍ آخر غير الموضوع، ولا بدَّ للطفل من أن يجد وسيلة . أكثر مباشرة . للتعبير، أو أن يتحمَّل

التوتر، وبتعبيرٍ آخر، قد لا يجد الطفل أمامه إلا أن يتحمَّلَ عناء الجوع والوحدة والتعب لمدةٍ طويلةٍ في مكانٍ واحدٍ، ويخلق تحمُّله هذا آثاراً. حين يضاعفها مرور الوقت. تؤدي إلى اللأمبالاة والبرود الانفعالي.

والطفل القَلِقُ يُقلُّ دائماً من شأن قدرته علي مواجهة الحياة بصفةٍ عامَّةٍ، أو مواجهة معظم المواقف علي أقلِّ تقدير. ولا يُساعد وجود أمِّه أو ألفتِه بالحيوانات الأليفة مثلاً علي القضاء علي إحساسه بعدم الارتياح، فالقلق لا يأتي من الخارج، وإنَّما يأتي من الداخل، من اللاشعور.

ولهذا التمييز دلالة وأهمية خاصة في علم نفس الطفولة، فالطفل الذي يخاف الحيوانات الأليفة قد يكون - بخلاف ذلك - طفلاً سعيداً، نشيطاً، ذا شخصية منطلقة، منبسطة، فمشكلته محدودة، ويستطيع من يحاول مساعدته علي حلِّ هذه المشكلة، أن يعتمد علي إمكانات مثل هذا الطفل. وعلاوة علي هذا فإنَّ عملية النمو والتطور النفسي في حدِّ ذاتها سوف تعمل علي زيادة قدرات وطاقات الطفل وإيمانه بنفسه، كما أن ثقته المتزايدة بنفسه قد تساعده علي التغلُّب علي مخاوفه.

أمَّا بالنسبة للطفل الذي يُعاني القلق فليست هناك مشكلة خارجية، فالمشكلة هي الطفل نفسه وشخصيته ككلِّ، فهو لا يخاف شيئاً بعينه، إنَّما يُخامرُه إحساس بعدم الأمان. وقد يؤثر هذا الإحساس بعدم الأمان تأثيراً ضاراً علي سلوكه الكلي ممَّا يُسبِّب إعاقات تعرقل تعلُّمه، وصعوبات اجتماعية، وكثرة متباينة من المشكلات التي تنطوي تحتها المخاوف النوعية.

مظاهر القلق عند الأطفال:

يُصاب الأطفال بالقلق لكن ليس بوسعهم وصف ما يُعانون منه أو التعبير باللفظة عن مشاعرهم وانفعالاتهم، إلا أننا نستطيع استنتاج ما يشعرون به ممَّا يبدر عنهم من تصرفات أو ما يظهر عليهم من أعراض مختلفة.

وينشأ القلق عند الأطفال عادةً نتيجة لمواقف يتعرَّضون لها في نطاق الأسرة في سنوات العُمَر الأولى، ويكون للأبِّ والأمِّ دورٌ كبيرٌ في إصابة الأبناء بالقلق حين يدفعون الطفل إلى الشعور بعدم الأمان والأمان، ويكون ذلك نتيجة للخلافات المستمرة بينهما أمام الأبناء ظناً منهم أنَّهم في هذه السن لا يفهمون شيئاً ممَّا يفعل الكبار، وهذا غير واقعي فالأطفال يتأثرون بشدةٍ لما يحدث من حولهم داخل محيط الأسرة، وما يشاهدونه من مواقف تثير انفعالهم وتخزن في ذاكرتهم حتى تتسبب في حدوث الاضطراب لهم فيما بعد .

وقد يتسبب الآباء والأمهات بحسن النية في زرع بذور القلق لدى الأبناء ببعض الأخطاء التي يرتكبونها في أسلوب تربيتهم في سنوات الطفولة، فالأمُّ التي تُبدي الحماية الزائدة لطفلها وتجعله يشعر طوال الوقت أنَّه مُعرَّض لخطرٍ متوقع، والأبُّ الذي يُبالغ في إبداء خوفه وقلقه في كُلِّ مناسبة ولا يبدو هادئ الروع أمام أفراد أسرته يمكن أن يتسبب في انتقال عدوي الخوف والقلق إلى بقية أفراد الأسرة خصوصاً الأطفال الصغار، ففي بعض حالات الخوف المرضي لدى الأطفال من الحشرات أو من الفئران والقطط والكلاب يكون لدى أحد الأبوين حالة مشابهة من المبالغة في الخوف من نفس هذه الأشياء، وكذلك في حالات الخوف من الظلام أو من البرق أو من مقابلة الغرباء، ففي كل هذه الحالات قد تظهر أعراض القلق على الأطفال بصورةٍ جادةٍ والسبب هو تأثرهم بحالة الآباء والأمهات ولا تفلح في علاج هذه الحالات النوايا الحسنة للوالدين.

ومن الصور المتعددة التي يمكن أن يظهر بها القلق في سنوات الطفولة الأولى الحركات العصبية التي تصدر عن الأطفال الرُّضع من الصراخ وتقلُّص العضلات كتعبيرٍ عن عدم الرُّضا لتأخر وجبة طعام أو التباطؤ في تبديل ملابسه المبتلة، ومن أمثلة التعبير عن القلق أيضاً الحركات اللاإرادية نتيجة انقباض بعض العضلات أو التبول في الفراش للأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة بعد أن يحدث التحكُّم في عملية التبول بالفعل، ومن مظاهر القلق في هذه المرحلة أيضاً قضم الأظافر أو

مصّ الأصابع أو الكوابيس التي تُصيب الأطفال أثناء النوم وحالات الفزع الليلي وهي صور للقلق والاضطراب تظهر أثناء النوم كما قد يصابون بحالة المشي والكلام أثناء النعاس.

وتلاحظ الكثير من الأمهات أنّ الحالات التي ذكرناها تبدأ أعراضها في الظهور لأول مرة عند ميلاد طفل آخر يستحوذ علي اهتمام الأمّ، كما قد يكون انفصال الطفل في السن المبكرة عن الأمّ هو العامل المُسبّب لهذه الحالات نظراً لانعدام شعوره بالأمن كذهاب الطفل مثلاً إلي الحضانة أو المدرسة للمرة الأولى، كما أنّ أسلوب التربية الذي يقوم علي العقاب النفسي والبدني للأطفال بالحرمان والاضطراب تكون نتائجه - عادةً - سلبية علي تكوينهم النفسي.

أهم الأسباب التي تؤدي إلي قلق الأطفال:

أولاً: الخبرات المؤلمة في الطفولة:

يذكر فرويد أنّ جذور القلق والخوف التي يُصاب بها الإنسان في أي مرحلة من مراحل حياته تعود إلي مرحلة الطفولة المبكرة نتيجة عقد ومخاوف وإشارات جنسيّة في سنوات العُمَر الأولى، كما يذكر علماء التحليل النفسي أثر صدمة الميلاد عند خروج الطفل إلي الحياة وطبيعة العلاقة بين الأمّ والطفل في زرع بذور القلق، حتي أنّ بعضهم يذكر أنّ القلق يمكن أن ينتقل من الأمّ إلي طفلها، كما أنّ تصرّفات الأب وأسلوبه في التنشئة قد يُسهم في خلق الاستعداد لديّ الأبناء للإصابة بالقلق فيما بعد حين يتصف سلوكه بالتوتّر والضبط الشديد، وتخويف الطفل في المواقف الاجتماعيّة، لذلك فإنّ حلّ مشكلة القلق وعلاجها عن طريق التحليل النفسي يستلزم العودة إلي الطفولة المبكرة ومحاولة استكشاف المواقف والخبرات التي أدت إلي حدوث القلق.

وهذه قصّة نوضح بها أنّ القلق والخوف يمكن أن يكون عادة سيئة تعلّمتها في مواقف مؤلمة تعرّضنا لها، وبطل هذه القصّة هذه هو "ألبرت" وكان طفلاً لم يتجاوز عمّره العامين، وقد قام اثنان من علماء النفس هما "واطسون"، و"راينر" باختباره

لإجراء تجربة مثيرة له، لقد جلس "ألبرت" يلهو بينما قام العالمان بإحضار فأر أبيض صغير أمامه فلم يتأثر الطفل في البداية، بل لقد كان "ألبرت" يحاول إمساك الفأر كلما اقترب منه ببراءة شديدة، وعند ذلك تم إطلاق صوت جرس حاد خلف الطفل مما جعله يقفز من الفزع، ثم أُعيدت العملية عدة مرّات حيث ظهر الفأر أمام الطفل ثم يتكرّر الصوت الحاد، وتكرّر استجابة الخوف والفزع لديّ "ألبرت" المسكين!!

لقد كان مشهد الفأر في البداية محايد بالنسبة للطفل، لكنّه تحوّل إلي مصدر خوف شديد وفزع حين اقترن بالصوت الحاد المزعج، لقد بدأ "ألبرت" يصرخ فزعاً كلما ظهر أمامه الفأر من بعيد حتى لو لم يكن مصحوباً بهذا الصوت، وفيما بعد بدأت مخاوف الطفل تزيد عند مشاهدة أي شئ يشبه الفأر، مثل: القطط والأرانب والكلاب وحتى الملابس المصنوعة من الفرو، لقد تم بذلك زرع الرهبة والخوف في نفس "ألبرت" وتحويله إلي مريض بالقلق رغم أنّ هذه التجربة في حدّ ذاتها أمر مؤسف إلا أنّ التجربة نجحت في هذا الجزء منها .

كان من المخطط لاستكمال التجربة أن يتم تخليص الطفل "ألبرت" من مخاوفه بأن يتعرّض للفأر مرّة أخرى- وهو مصدر الخوف الأصلي- وهو في حالة سرور حيث تُقدّم له بعض الحلوى واللّعب المحبّبة له ويظهر الفأر من بعيد ثم يتم اقترابه منه بالتدريج حتى تزول الرهبة المرتبطة بهذا المشهد نهائياً، لكن ما حدث أن الطفل "ألبرت" خرج من المستشفى ولم يستكمل الجزء الثاني من التجربة الخاصة بعلاج حالة القلق والخوف، لا أحد يعرف إذا ما كانت مخاوفه قد استمرت أم تحسنت، ورغم أنّ التجربة مفيدة إلا أنّها بهذه الطريقة وقد أجريت علي إنسان تثير الاعتراض علي هذا الأسلوب لاعتبارات أخلاقية، لكن المهم في حكاية "ألبرت" أنّنا يمكن أن نستنتج أنّ القلق والخوف الذي نصاب به هو نتيجة خبرة مؤلمة تعلّمنا منها كيف نكون مرضي، وعلي نفس الأساس يمكن لنا أن نتعلّم كيف نكون في حالة من الصحّة النفسيّة ونتخلص من الخوف والقلق.

ثانياً: قلق الأطفال الذين يتعلمون المشي:

هؤلاء الأطفال هم عرضة بشكل خاص للقلق والمخاوف، ذلك لأن الكثير من الآباء في هذه المرحلة يطلبون من الأطفال ممارسة سلوك صارم ومستقل ومغامر، بالإضافة إلي أن طبيعة مرحلة نموهم تُسبب القلق، ففي هذه المرحلة يكون الطفل الذي يتعلم المشي عاطفياً، وعلي مفترق طرق. لقد بلغ نقطة يكون عليه فيها أن يؤكد فرديته الخاصة، ويبدأ بقيادة نفسه وحياته الخاصة من أجل أن ينمو ليصل إلي مرحلة الاستقلال النسبي، ومع ذلك فإنه يكون في هذه المرحلة غير ناضج تماماً، ومعتمداً كلياً علي حبّ الأمّ ومساعدتها، وموافقها علي ما يفعل، ويشعر الطفل في هذه المرحلة بأن تكاليف الطفولة أسهل كثيراً بالنسبة إليه.

وإذا كان الطفل الذي يتعلم المشي يشعر عموماً بالقلق، إمّا لأنّ الأمّ تدفعه كي يبدو أكثر نضجاً ممّا يستطيع، أو لأنّه هو الذي يدفع نفسه إلي ذلك، فإنّ الأمّ سوف تلاحظ هذه المظاهر العامّة:

- سيزيد من تشبّثه بك، كما يُريد أن يتبعك إلي أي مكان تذهبين إليه بدلاً من أن يبقي بمفرده كي يلعب في حجرته الخاصة.
- قد يبدو مطيعاً - إلي حدّ ما - ليكسب رضاك.
- قد لا يستمتع بالأماكن الجديدة عليه، أو لا يستمتع بصحبة الأشخاص الغرباء؛ لأنّه يخاف أن يتركك ليكتشف الجديد.
- قد يُعاني من الأحلام المزعجة أو الكوابيس.
- قد يفقد حماسه للطعام وتغذية نفسه.

والطفل الذي يتعلم المشي، ويتصرّف بهذه الطريقة يكون مُصاباً بالقلق عادةً؛ لأنّه غير واثق من حبّ الأمّ أو حمايتها له، ومن ثمّ يقلق حول قدرته علي تدبير أمره. وفي مثل هذه الحالات هناك خطوات واضحة يمكن اتخاذها أو تجنبها، وهي كالتالي:

- إنَّ إشعارَ الطفلِ بقدرٍ كبيرٍ من الحُبِّ والعنايةِ يفعلُ الكثيرَ، ويزيلُ عنه القلقَ.
- لا تطلبِي من طفلكِ وهو في هذه الحالة أن يبذلَ جهداً جديداً، كان يرتدي ملابسَه بنفسه ويحافظُ علي نظافتها، فمثل هذه الطلبات ستزيد من قلقِ الطفلِ.

ثالثاً: انفصال الطفل عن أمه (قلق الانفصال):

عندما يكمل الطفل عامه الأول ويبدأ في الحركة والكلام فإنَّ الأمَّ قد يبدأ لديها شعور بالرغبة في التحرُّر من الارتباط بالطفل، وبالتالي في رفض ارتباطه بها، ويكون رفضها هذا عنيفاً علي شكل تأنيب أو إرساله إلي دور الحضانه وذلك لمعاناتها من الارتباط بالطفل ورعايته الكاملة خلال عامه الأول فتتخذ قراراً بأنَّه كبر وأصبح قادراً علي الانفصال عنها.

وواقع الأمر فإنَّ الانفصال الفجائي العنيف يُصيب الطفل بصدمة نفسية قد يعانى منها طوال حياته، وبالتالي تُعاني الأم من صعوبة التعامل معه في السنوات التالية من عمِّره.

وعلي النقيض من هذه الأمَّ هناك الأمَّ التي لسببٍ أو لآخر نراها متمسكة بطفلها، قلقة عليه بشدة، وتخاف عليه من النسيم كما يُقال. وهي ترفض انفصال طفلها عنها حتى عندما يكبر. فطفلها الآن في عامه الثاني يستطيع المشي وحده ولكنَّها تُصر علي أن تحمله بين ذراعيها، ويرغب الطفل في أن يُطعم نفسه بنفسه ولكنَّها تُصر أيضاً علي أن تُطعمه بنفسها. ونتيجة لذلك يقع الطفل نفسه في صراع من نوع غريب، فهو يتمسك بها، وهو سعيد بارتباطه بأمه، ولكنَّه في نفس الوقت يرفض هذه القيود علي حريته في الحركة وفي اكتشاف العالم من حوله.

والأمر في غاية البساطة، فعندما يبدأ الطفل في اكتشاف ذاته والعالم المحيط به، فلتترك له الأمَّ الفرصة دون إطلاق أو حُرِّية بلا حدود، وأيضاً دون منع شديد لهذه الحُرِّية الجديدة، ولتكن وسطاً في علاقتها به.

لو اتبعت الأمّ هذه النصيحة وأصبحت علاقتها بالطفل علاقة معقولة فإنّ طفلها سيكون مطمئناً نفسياً لحُبّها له، وبالتالي فإنّه سيلعب وحده ويتجوّل في البيت محاولاً اكتشاف العالم من حوله، ولكنّه بين الحين والآخر تعاوده أحاسيس الطفولة فيجري إلي حيث توجد أمّه ليطمئن علي وجودها في نفس المحيط، ويبقي معها فترة قصيرة، أو يطلب منها شيئاً يرغب فيه. وقد لا يطلب شيئاً ويكون ذهابه إليها مُجرّد التأكّد من أنّها موجودة بالفعل، ثم يعود ليلهو وحده ثانية وقد هدأت نفسه.

والطفل المطمئن لحُبّ أمّه له يمكنه تحمّل فراقها لبضع ساعات، كخروجها لزيارة قصيرة مثلاً، قد يبكي في المرّة الأولى بكاءً شديداً، ولكنّه بمرور الوقت يتعوّد خروجها بعد ذلك، إذا لم تصحب فترة خروجها مضايقات أو منغصات تجعل من هذه الفترة تجربة قاسية، ولعلّ أنسب الحلول هو أنّه إذا اضطرت للخروج فمن الأفضل أن تتركه مع وجوه مألوفة له كالمریبة التي شاركت في رعايته، أو أحد أجداده، أو خاله، أو عمّه، أو أحد إخوته الكبار الذين يألفهم ويألفونه، وبذلك لا تترك هذه التجربة أثراً سيئاً في وجدانه.

وقد تترك الأمّ طفلها لفترةٍ طويلةٍ لسفرها مثلاً، حيث يضطر الطفل للانفصال عنها، ممّا يؤدّي وجدانه ويؤثر بالسلب علي نفسيته، والعلاج الأمثل من وجهة نظرنا هو أن يُترك الطفل في حجرته الخاصّة التي يحبها بين لُعبه التي يألفها ويسعد بها، بصحبة الأشخاص الذين يحبهم ويأمن إليهم من أفراد أسرته أو عائلته، وبذلك يمكن تخفيف صدمة الانفصال، وإن كان من الممكن أن يستقبل الطفل أمّه بعد عودتها بعداءٍ ظاهريّ تعبيراً عن غضبه، ولكن هذا العداء لا يستمر طويلاً فسرعان ما ينسي غضبه ويعود إلي سابق حُبّه للأمّ بعد أيام قليلة.

وإن تكرر غياب الأمّ علي فتراتٍ متقاربةٍ فإنّه يترك أثراً سيئاً علي نفسيته، ممّا إذا طالت فترة غياب الأمّ عن الطفل فقد ينساها تماماً وتبدأ تتحوّل عاطفته إلي الشخصية القائمة علي رعايته في تلك الفترة، وعند عودة الأمّ بعد طول غياب قد تصدمها هذه الحقيقة، فتصاب بحزنٍ شديدٍ، والذي يجب أن تعلمه هذه الأمّ أنّ غضب

طفلها أو تجاهله لها ونسيانه إيّاها، ليس إلاّ تعبيراً عن استيائه منها وعقاباً لها لأنّها هجرته تلك الفترة، ونقول لهذه الأمّ المصدومة في مشاعر طفلها، لا تقلقي، ولا تحزني، فالصبر وحسن المعاملة سوف يجعلك تستعيدين حبّ طفلك واهتمامه، ولا تحاولين البتة إساءة معاملة الطفل في محاولة منك للحصول علي حبّه بالقوة، لأنّ النتيجة ستكون عكسية تماماً، إذ أن الطفل سيرفض هذا الحبّ المبني علي القسر والإكراه، وتحوّل العلاقة بينكما إلي شدّ وجذب بما في ذلك من نتائج سيئة عليك وعلي طفلك أيضاً.

● الأمّ العاملة... وقلق الطفل من الانفصال :

تبقى مشكلة الأمّ العاملة، وهي التي تخرج يومياً للعمل، فالانفصال عن الطفل طيلة الفترة الصباحية ثمّ عودتها في المساء أمر مرهق حقاً، وهو ما يجعلها غير مستعدة علي الإطلاق علي المستوي البدني، والنفسي، والذهني، أن تتحمّل شقاوة طفلها أو مداعبته، وقد تسيء معاملته، أو قد يكون لديها إحساس داخلي بأنّها مقصرة نحو صغيرها؛ لأنّها تتركه يومياً فتغالي في تدليلها له، وبالتالي تتغاضي عمّا يرتكبه من أشياء لا ترضيها في الظروف الطبيعية، فتسمح له مثلاً باللعب بأعواد الثقاب (الكبريت)، أو بتكسير الأكواب، والأمّ لا شك تتصرّف بطريقة خاطئة.

من وجهة نظرنا، هو أن تظلّ الأمّ مع طفلها خلال الأعوام الأولى (علي الأقلّ العامين الأوّلين) بأن تحصل علي إجازة بدون راتب، ولكن إذا أرغمتها الظروف علي الذهاب للعمل، فيجب أن تتفهم المشاعر التي تُسيطر علي طفلها، وبالتالي تكون معاملتها له وسط بين التدليل والحزم، فلا تقسو علي الطفل، ولا تدعه يفعل ما يحلو له دون تدخل منها، وعليها ألاّ تشعر بالغيرة إن أيقنت أن طفلها يُفضل البديلة التي تقوم علي رعايته وتربيته أثناء غيابها عن العمل، وتدخل معها في منافسة حول حبّ الطفل، بأن تُسرف في تدليله أثناء وجودها في البيت فترة المساء في محاولة منها كي تجذبه نحوها، والواقع أن هذه الطريقة محكوم عليها بالفشل؛ لأنّ الطفل في سن الثانية من العمر يتعلّق بالوجوه المألوفة لديه، وتدليل الأمّ الزائد هذا إنّما يُفسد تربيته.

وعلي الأمّ ألاّ تقلق لأنّ طفلها كلّما تقدّم به العُمَرُ فإنّه سيعاود الارتباط بها، فهو رغم ارتباطه بمربيته أو جدته أو غيرها، إلاّ أنّه يُحِبُّ أمّه حبّاً كاملاً، ويفضل صحبتها، ولكن ذلك يأتي في عامه الثالث أو الرابع، فلا داعي للقلق ومحاولة استعجال الأمور بالتدليل الزائد.

● خبرة الانفصال ٠٠ وذهاب الطفل إلي الحضانة:

يمكن أن يذهب الطفل إلي الحضانة إذا حكمت بذلك الظروف، هنا تتعدّد الصور حسب ظروف الخروج، فلو كانت الأمّ موظفة مثلاً وتأخذ طفلها في يدها وهي خارجة لعملها وتتركه في حضانة المؤسسة التي تعمل فيها، فإنّ ذلك هو أحسن الحلول فالطفل يشعر أنّه خارج مع أمّه، ثمّ هو قريب منها حيث يمكنها أن تراه عدة مرّات خلال فترة العمل ثمّ يعودان معاً إلي البيت، وذلك يُقلّل تماماً من تأثير انفصاله عن أمّه علي نفسيته.

أمّا إذا كانت الحضانة بعيدة عن عمل الأمّ بحيث تتركه بها حتى تتسلمه عند عودتها من عملها فإنّ تأثير هذه الفترة الطويلة عليه يكون تأثيراً سيئاً، ولكن يُخفّف من ذلك التأثير السيئ اختيار الحضانة الجيدة وذلك يكون بالبحث في موقعها المناسب، وعدد الأطفال في الحجرة، ومستوي نظافة القائمين بالعمل فيها، ومدى تدريبهم علي مُعاملة الأطفال الصغار، وإذا توافرت الشروط الجيدة في الحضانة فإنّ الطفل يمكنه تقبل الذهاب إليها، بل قد يرحب بذلك باعتبارها مكاناً يمكنه أن ينطلق فيه ليلهو ويلعب بين أطفال صغار يماثلونه في السن والاهتمامات خصوصاً إذا كانت فترات اللّعب هذه تحت إشراف العاملين بالحضانة، وإذا كان اللّعب مع هؤلاء الأطفال مأمون العواقب.

وهناك الطفل الذي يضطر أهله لظروفهم القهريّة أن يرسلوه إلي الحضانة مع بقاء الأمّ في البيت لوصول مولود جديد مثلاً، وعدم استطاعة الأمّ رعاية الطفلين معاً، لعلّ هذا هو أسوأ المواقف علي نفسية الطفل وكيانه الوجداني، حيث يشعر بأنّه

مطرود من البيت، وأنَّ المولود الجديد قد اغتصب مكانه في البيت الذي أحبه، وهذا الطفل المسكين حتى وإن كانت الحضانة بها كُلُّ وسائل إغرائه علي اللُّعب فيها وقضاء أسعد أوقاته بها، فرغم ذلك إلاَّ أنَّ شعوره بالطرد من البيت قد يجعله يُعامل الأمَّ بعنف، أو يُظهر لها عداوة شديدة، ويحاول دائماً أن يُثير غضبها بشقاوته غير العادية، أو تخريبه لبعض الممتلكات، أو إساءة معاملة المولود الجديد.. وكُلُّ هذه الأفعال التي تثير غضب الأمَّ ليست إلاَّ تعبيراً عن غضب الطفل وإحساسه بالتهر تجاه والدته، فهو يحس أنَّها كانت السبب في حرمانه من حُبِّها، وأنَّها أحلت المولود الجديد مكانه، والحلُّ بالطبع هو الصبر وإظهار الحُبِّ والعطف وعدم الغضب إلاَّ تجاه الأفعال التي تُشكِّل خطورة علي حياته، أو حياة المولود الجديد.

وهناك موقف آخر هو اضطرار الطفل إلي الذهاب إلي المستشفى، في هذه الحالة يكون الطفل في أشدِّ حالات احتياجه لأمِّه التي يشعر بالاطمئنان في وجودها، فانقلبه إلي مكانٍ غريبٍ به وجوه غير مألوفة بالنسبة له تتسبَّب في إيلامه سواء بالكشف عليه أو إعطائه الحقن أو الغيار علي الجرح، كُلُّ ذلك يجعلنا نؤكِّد أنَّه في حالة نقل الطفل إلي المستشفى فإنَّه من الأفضل لنفسيته أن تُصاحبه الأمُّ حتى تخفف من آلامه وتهون عليه فترة وجوده بالمستشفى بما فيها من قلق نفسي وألم عضوي.

رابعاً: القلق من الغرباء:

هذا القلق يُسمي كذلك "اضطراب التجنُّب في الطفولة" Avoidance Disorder وهو نوعٌ من القلق يجعل الطفل يخشي إقامة علاقة بأي إنسان غريب عنه، بينما ينجح في علاقاته مع أفراد أسرته والأصدقاء الذين يعرفهم جيداً.

ومعظم الأطفال يغلب عليهم الضيق بين الشهرين الخامس والثامن من اقتراب الغرباء منهم تضائيقاً أميل إلي العبوس والصراخ والابتعاد. ويبلغ قلق الطفل من الشخص الغريب ذروته في نهاية السنة الأولى، ثمَّ يبدأ في الاضمحلال وذلك عندما لا يجد الطفل من الأشخاص الغرباء ما يستدعي خوفه. ويعجز الوالدان عن تقبُّل

ظاهرة قلق الطفل من الأشخاص الغرباء فينتابهم القلق من تدهور التطور النفسي للطفل، هذا مع العلم أن ظاهرة القلق من الغريب ليست عامة، كما أن بعض الأطفال يتخطى القلق من الغرباء بسرعة كبيرة.

ومن مظاهر هذا النوع من القلق أيضاً أنه عندما يجلس الطفل أو يتقابل مع أغراب عنه يكون خجولاً ومرتبكاً ومنكمشاً، وعندما يضطر للتعامل مع الآخرين يكون قلقاً جداً لدرجة أنه لا يستطيع الحديث معهم. ويبدو خوف الطفل وقلقه من الآخرين، عندما يتكلم بصوتٍ منخفضٍ، أو يختفي خلف الآخرين، أو يقف خلف ستارة، أو قطعة أثاث حتى لا يراه أحد.

كما يُصاب باحمرارٍ في الوجه، وقد يبكي عندما يضغط عليه أحد للتحدث مع الآخرين. ويزداد هذا النوع من القلق كلما كان عدد أفراد الأسرة كبيراً مما ينتج عنه عدم اهتمام أو ملاحظة من الوالدين للطفل لهذا القلق. وأحياناً يسهم الوالدان في تثبيت هذا السلوك وتشجيعه لدي طفلهما ظناً منهما أنه نوع من الأدب والخجل المطلوب. وتزيد أعراض قلق التجنب في أطفال المهاجرين الذين تضطربهم الظروف إلى تغيير بيئتهم وطباعهم وعاداتهم، ويظهر ذلك جلياً في تجنب الطفل الاختلاط بالعالم الجديد.

وهناك سببٌ آخرٌ يساعد علي ظهور هذه الأعراض، فإذا كان الطفل يُعاني من تأخر في الكلام، أو اضطراب في النمو، أو أُصيب بإعاقة جسدية، مثل: شلل الأطفال، أو ضعف النظر، فإن هذا يمنع من الاختلاط بأصدقائه، أو اكتساب مهارات تُناسب عُمره.

وينبغي علي الوالدين في هذه الحالة أن ينصحوا الطفل بأن اختلاطه بالآخرين لن يضره، بل سيحقق له السعادة مع تقوية علاقاته الاجتماعية.

ومن الضروري أن يقتنع الوالدان بأن لهما دوراً مهماً في اختفاء هذا القلق أو الاضطراب، وذلك بتزويد أطفالهم بالمعلومات والنصائح التي تمكنهم من تشجيعهم

علي التخلُّص من خجلهم واضطرابهم وقلقهم، وضرورة اختلاطهم بالآخرين، وعدم تشجيعهم علي الانعزال، والاهتمام بهواياتهم وتعليمهم بعض المهارات، مثل: الموسيقى أو الرسم أو القراءة الحرّة.

خامساً: القلق نتيجة الموقف الأوديبى:

الطفل الصغير يخاف أن يُحبَّ أمّه خشية كراهية أبيه له، وبالتالي فقدان حُبّه وحمايته، ويزداد القلق الناتج عن هذا الصراع إذا كانت هناك مشكلات فعلية بين الوالدين، فمثلاً سيكون من المؤلم جداً لو أنّ طفلة صغيرة لأبوين مطلقين أبدت تعبيراً للحبِّ نحو والدها؛ لأنّ الأمّ التي عاملها الأبُّ بقسوةٍ لاشك ستغضب وتنهز ابنتها علي حُبّها لأبيها.

وحتى لو كان الوالدان يُحبّان طفلها حُباً صادقاً، فإنّ الطفل ستستولي عليه، بالرغم من ذلك، مشاعر القلق. وإذا كان الأبُّ يصدّ ابنه، فإنه سيشعر بالقلق الدائم خشية أن يصدر عنه ما يُسيء إلي هذه العلاقة ذات الحساسية مع مَنْ يُحبّ. في هذه الأمثلة، ينشب القلق من صراع نفسي داخلي، أي من الحاجة الطبيعية لإشباع الدوافع الطفلية، والخوف من فقدان الحُبِّ إذا تحقق هذا الإشباع.

وتوضح ذلك حالة طفلة في الثانية عشرة من عمّرها تنظر أمّها إلي أي شكلٍ من أشكال البهجة والمرح والزمالة وممارسة الأنشطة، علي أنّها وسائل شريرة، وتُهدّدها بالعقاب والطرده من البيت لو مارسها. وطبيعي أن تخاف الفتاة وتشعر بالقلق كلّما شعرت بالرغبة في الاتصال برفاقها للقيام بنوعٍ من أنواع الأنشطة التي ذكرناها من قبل. وقد ازداد القلق شدّة في هذه الحالة نظراً لأنّ الأمّ كانت بالفعل تكره ابنتها. لقد كانت الأمّ تُفضل عليها ابنها الصّغير، وكان يُفرض علي الفتاة المسكينة دائماً أن توقف أي نشاط لها حتى تترك الفرصة لأخيها في الحصول علي أحسن الأشياء، فإذا لم تفعل تُظهر لها أمّها كراهيةً شديدةً.

سادسا: القلق المُصاحب لعادة الاستمناء:

قد تُسبب أنواع التهديدات التي يتلقاها الأطفال بشأن الاستمناء (العادة السرية) قيام اتجاه انفعالي لديهم يُسمي بـ"عقدة الخصاء" Castration Complex. والعقدة أو المُركَّب هي مجموعة من الأفكار ينتظمها إيقاع وجداني واحد.

و"عقدة الخصاء" تعني أنّ هناك خوفاً قد عُرس في نفس الطفل من أن يقع لعضوه التناسلي حادث، ولهذا الخوف أو القلق نتائج مهمة بالنسبة للولد. وكم يُصادف الأطباء رجالاً يتذكرون أنّ آباءهم قد هددوهم بقطع أو بتر أعضائهم التناسلية أو إنزال الأذى بها.

ونظراً لأنّ القيود الثقافية للمجتمع تحول بشدة دون التعبير عن الرغبات الجنسيّة لديّ الأطفال، فإنّ القلق يحدث عادةً نتيجة لمنع الطفل من مزاوله الاستمناء، فإذا عوقب الطفل بشدة علي مزاولته العادة السرية، أو هُدد بخطورة نتائجها فإنّه سيحاول الإقلاع عنها، وقد ينجح في ذلك خلال النهار، ولكنّه عندما يذهب إلي فراشه ليلاً يعود الدافع من جديد، ويخرج عن قدرة الطفل وسيطرته.

ويخاف الطفل ويقلق بشدة لأنّه لا يستطيع أن يسمح لنفسه بإشباع رغبته، ويجاهد لكي يظلّ يقطاً، أو يوقظ نفسه من النّوم بحلم مزعج، وبالتالي يضمن أنّه لن يمس عضوه التناسلي، وعادةً ما يدور محتوى الحلم حول تكرار التهديد المُصاحب لعادة السرية، فهو يحلم بأنّه رأي شبحاً ممسكاً بسكين حاد يشهرها في وجهه، والواقع أنّ الشبح هو أمّه في ملابس النوم البيضاء، والسكين رمز للتهديد بتر العضو التناسلي إذ هو زاول العادة السرية، وهذا الحلم لا يشبع الرغبة في مزاوله العادة السرية، بل يرضي الضمير المُعاقب الصارم ويوقف العادة السرية.

ونحن ندرك أنّ كثيراً من الناس يتشككون في إمكان وجود مثل هذه الأفكار في مخيلة الأطفال، الذين ينظرون إليهم في سذاجةٍ باعتبارهم كائنات دائمة المرح والسعادة، كائنات تلعب بالدمى، ولا يظن أبداً أنّهم يهتمون بكافة هذه الأشياء،

فالأطفال يتحدثون كثيراً عن هذه الأمور ولا يحصلون في الواقع إلا على مساعدة ضئيلة من الراشدين رغم أن المشكلات الجنسية للطفل تشغل اهتمامه تماماً.

وإنها لحقيقة جديرة بالالتفات أن الأم الصبورة المستتيرة تستطيع أن تلاحظ المظاهر الخارجية للأفكار التي تدور بفكر الطفل، على العكس من الأم قليلة الصبر غير المستتيرة فلا تستطيع ملاحظتها.

والأم المنزعجة تحس شيئاً وراء استفسارات طفلها، إلا أنها تحاول جهدها أن تُسكته ظناً منها أن بإمكانها طرد هذه الأفكار من رأسه، وهي تعتقد أنها بهذا التصرف إنما تُحسن تنشئته إذا استطاعت أن تمنعه من أن يحوّل هذه الأفكار إلى كلمات. ومثل هذه الأم تظن أنها سوت جميع المشكلات عن طريق تجاهلها، إلا أنها في الواقع لم تفعل أكثر من مجرد ترك الطفل يبحث بنفسه عن إجابة لكافة الأسئلة التي تدور بذهنه. وترفض بعض الأمهات أن تدرك هذه المشكلات أو أن تُساعد أطفالها على حلّها، وقد تراها بعض الأمهات وتقبلها ولكن دون أن تعرف كيف تُساعد الطفل، والقلة الباقية هي التي ترى هذه المشكلات فعلاً وتحاول جاهدة أن تُساعد الطفل.

سابعا: رفض الوالدين للطفل:

من الأسباب المهمة للغاية التي تُسبب القلق وبعض الأمراض النفسية الأخرى المزمنة، رفض الطفل ونبذته ومعاملته معاملة مهينة. إن الآباء الذين يتسمون بالصرامة والغلظة، والذي يقوم اتجاههم نحو الطفل على الرفض يكونون له نوع من الجفاء أكثر ممّا يكونون له من الحبّ.

فهل نتأمل سوياً الحياة اليومية لطفلٍ يكن له أبيه مشاعر النفور والصد: فمن اللحظة التي ينهض فيها هذا الطفل من فراشه صباحاً حتى يعود إليه في المساء، يصب عليه والده اللوم والتقريع، وقد يضربه أحياناً، وتُقابل محاولاته الاشتراك في أحاديث الأسرة بالغلظة أو الصمت البارد، وقد يُطلب منه ألاّ يضايق والديه، وهو لا ينال المديح على أي عمل يؤديه مهما تكن درجة إتقانه له. وإذا سار مع والديه في الطريق وتخلف

عنهما قليلاً فإنَّهما يجذبانه من ذراعه ويُدفع بغلظة إليَّ الأمام. أمَّا إذا جلس إليَّ مائدة الطعام فقد يُقابل بالتجاهل أو أن يُقابل الأسلوب الذي يتبعه في تناول طعامه بالنقد الشديد، وكثيراً ما يحدث هذا حتى من جانب والدين يُحَبَّان أطفالهما حباً حقيقياً، وإنَّما الفرق بين النوعين من الآباء أنَّ الوالدين اللذين يرفضان أطفالهما يُصران عليَّ ألاَّ يُساعدوا الطفل، بل يكتفيان بالتعبير الممل عن ضيقهما به.

ويسود هذا الشعور جميع الأمور المُتعلِّقة بحياة الطفل، ويمكن أن نراه واضحاً في مُعاملة الوالدين للطفل الصغير: في نظافته واستحمامه، وإلباسه الثياب وخلعها عنه، وتنشيفه، وإطعامه. فجميعها تؤدي له بطريقة خشنه خالية من الحنان. ولا يلبث الطفل أن يتحقق أنَّه لا يستطيع أن يتوقع منهما شيئاً غير الإيلام الجسدي والنفسي معاً، فيحاول أن يتجنبهما بقدر ما يستطيع بدلاً من الرُّغبة في رؤيتهما والبقاء معهما، أي يحس نحوهما بالخوف والنفور بدلاً من الحُبِّ، فنراه وقد تعالي صراخه إذا ما اقتربا منه، ويحاول الهرب إذا ما حاولا الإمساك به، إلاَّ أنَّهما يمسكان بتلابيبه ويعاقبانه من أجل هروبه منهما !!

والطفل يحاول في البداية في أن يفعل الأشياء كما يُريد، ولكن هذا يخلق له المتاعب فيبدأ في محاولة تجنُّب إتيان ما يجلب عليه العقاب، وهذا يعني إحجامه عن معظم أنواع النشاط، ذلك أنَّه ليس أمامه - عملياً - شيء يفعله إلاَّ ويُعاقب عليه فتصبغ أفكاره روح العداة والتمرد، ويخشى أن يستطيع والداه قراءة ما يدور في عقله، فهو يعرف أنَّهما لو فعلا ذلك فإنَّ عقابه سيكون أشدَّ قسوة، لذا يحاول أن يتوقف عن التفكير في هذه الأفكار العدائية، فإذا نجح في هذا الكبت، فسيصطحبه كبت آخر ضار باستقلاليته وفرديته، والمؤسف حقاً هو أنَّ الطفل - أي طفل - يعتقد أنَّ جميع الراشدين كوالديه تماماً، ولذلك نراه يسلك تجاه جميع الراشدين والمجتمع بصفة عامة سلوكاً مُتمرداً، مُعادياً، أو سلوكاً يتصف بالخضوع التام.

ولمَّا كان الوالد يرفض طفله، وهو أعظم قوة من طفله بالطبع، بحيث يستطيع أن يرفض رفضه وجفاءه بصورة أكثر إيلاماً حتى يستسلم الطفل فتختفي حيويته

وفرديته، ويتعلّم أنّه يستطيع كسب أكبر راحة بمداهنة الأب. ويجد الطفل إنّ هذا الاتجاه القائم علي التملُّق والرياء يُحقِّق له بعض الانتباه، أو يجنبه علي الأقل آلام الشقاق، وتتحقق له اللذة من ذلك، ثم تزداد رغبته في المزيد من اللذة، ويبدأ يجد في خضوعه لذة، حتى وإن جلب له بعضاً من الألم فهو يتجاهله. ولا يلبث هذا الاتجاه السلبي القائم علي الخضوع والمداهنة، والذي يستمد منه اللذة، أن يؤدي بالتدريج إلي عدم تقمُّص سمات أبيه الذكرية حتى ينمو رجلاً.

وأماً إذا لم ينتج هذا الخضوع لذة كافية تجعله أمراً مريحاً، فقد يخضع الطفل ظاهرياً، ويقيم في عقله أفكاراً انتقامية كما لو كان يقول: "أنا الآن صغيراً، أمماً أنت (يقصد الأب) فكبير تستطيع أن تلزمني بأن أفعل أشياء لا أريدها، وعندما يأتي اليوم الذي أصبح فيه كبيراً، وتكون أنت عجوزاً، سأستمتع حينئذ بإلزامك بأداء أعمال لا ترغب في أدائها!! وبمرور الأعوام يصبح تخيلُ الثأر هذا لاشعورياً، ولكن عندما يصبح للطفل ابن خاص به، فقد يميل إلي معاملته بمثل ما كان والده يُعامله عندما كان صيباً.

أمماً إذا نبذته أمّه فسيؤثر ذلك علي علاقته بالجنس الآخر، فالطفل يريد من أمّه أن تُحبّه، وهو يبذل قصارى جهده في محاولة إرضائها، ولكنّها تظلّ علي نبذها له، فيحاول بعد ذلك أن يزيد من إدخال السرور عليها، أو أن يصبح مُعاديّاً لها، ثم ينبذها كما نبذته، وقد يُسبّب له ذلك لفظ جميع النساء، أو قد يدفعه ذلك - علي العكس - إلي المُغالاة في الاهتمام بإرضاء المرأة التي يقع في حبّها، وهذا ما يحدث تماماً إذا نبذت الأمّ أو الأب ابنتهما.

ثامناً : إهمال الرعاية النفسية :

إذا كان الطفل يرغب في أن تضمه أمّه كثيراً إلي صدرها، وأن تحتضنه لأنّه يخاف، فمن المستحسن أن تلبّي طلبه بدلاً من أن يُترك يبكي علي أرضية الغرفة، إن ترك الطفل علي الأرض وهو يبكي لن يعجل بنموّه الجسدي، بل علي العكس قد

يكون سبباً في إعاقته. كما أنَّ هذا يتطلب من الطفل أن يمضي كثيراً في تحمُّل الأُم ومشاعر العزلة، ويفشل بالتالي في أن يُنمي فيه الوظائف النفسية الضرورية للقدرة علي الاتصال بالآخرين والإفادة من صداقاتهم. وهذا الاتجاه من ناحية الكبار يجعل الطفل يُحس بأنَّه وحيد في هذا العالم، وأنَّه كم مهمل لن تُجاب مطالبه أو حاجاته، ولا شك في أنَّ الافتقار الكامل للاستجابة الانفعالية لدي المكتئبين يعود لهذا السبب.

وإذا احتضنت الأمُّ طفلها فليس في ذلك إفراط في الحماية يمكن أن تضيفها عليه، لكن ذلك سيعطيه ما طلبه منها، وهكذا فإن إعطاء الطفل ما يحتاج إليه في هذا المضمون يُساعد علي نموّه السريع والمأمون.

تاسعا: المغالاة في رعاية الطفل وتدليله:

هناك بعض الآباء يبدون الخوف والقلق الشديدين من أن يُصيب الطفل أزمة أو مشكلة تُورق حياته؛ فالقلق الشديد يُسيطر علي الأب في كُلِّ مرَّة يُصاب الطفل فيها بوعكةٍ صحيحةٍ خفيفةٍ، ولذلك فهو لا يسمح لطفله بالمشاركة في أيَّة أنشطة رياضية بدنية خوفاً عليه من إرهاب قد يُصيبه، أو إصابة قد تلحق به، كما يمنعه من مزاولة أيَّة أنشطة قد تتضمن أقلَّ قدر من الخطر. إنَّ هذا الأب لا يُرضيه - بطبيعة الحال - أي شيء إلا أن يري طفله جالسا في هدوءٍ وسكونٍ لا يفعل شئ البتة. أمَّا إذا كان الطفل بطبيعة تكوينه مشاكساً، لا يميل إلي الهدوء والسكون فقد يُعاقبه الأب.

وقد يبلغ هذا العقاب حد إيذاء الطفل بدنياً.. ويمكننا القول بأنَّ الطفل الذي يعيش في هذا الجوِّ يكون في موقف أسوأ من موقف الطفل الذي يلقي النبذ أو الإهمال من والده!!

أمَّا الأب الذي يُغالي في تدليل طفله، فإنَّه في حقيقة الأمر لا يُحبّه حباً واقعياً ناضجاً، فهذا الأب لا يعرف أنَّه عندما يسمح لطفله بكُلِّ الحرِّيَّة، وكُلِّ إشباع، ولا يدر به علي اكتساب القدرة علي تحمُّل أشكال الإحباط التي سيقابلها حتماً في مستقبل حياته، شأنه في ذلك شأن بقية النَّاس، إنَّما يربيه علي الأنانية والمزيد من القلق النفسي.

ورغم أن الأب يُحقق جميع مطالب الطفل، ما دام في مقدوره أن يفعل ذلك، فقد أكدنا من قبل أن هناك مطالب ورغبات كثيرة لا يمكن إشباعها في التوّ واللحظة، وإنما لابد أن توجّل إلي الوقت المناسب ليتم إشباعها. إن مثل هذا الأب لا يحول دون إعداد الطفل لبلوغ السعادة في حياته المقبلة فحسب، بل يجعله دائماً يشعر بالغضب والثورة لأنّه لن يحقق مطالبه بالكامل.

إنّ الطفل الذي يولد لأبٍ ضعيفٍ تنموّ لديه نفس الصعوبات التي تنموّ لديّ الطفل الذي وُلد لأبٍ يتسم بالقسوة. وتظهر هذه النتيجة بالطريقة التالية: الأب الضعيف يمثل نموذجاً سيئاً للعدوان الذكري، يقتدي به الطفل، والطفل لن يجد عندئذ الفرصة للتعبير عن عدائه نحو والده، لأنّه سيقتع عليه العقاب المؤلم (كما في حال الأب القاسي) ولكن لأنّه سيشعر بالندم والخجل من مبادأة مثل هذا الأب الشفوق الرقيق بالعدوان، وكلّما ازداد الأب حناناً في معاملته ازداد شعور الطفل بالإثم حيال نواذعه العدوانية، ويستمر الأمر كذلك حتى يبلغ الصّراع درجة لا يتحمّل الطفل ألامها، ثمّ أنّه يحله لا بكبت عدوانه نحو أبيه فحسب، بل بكبت جميع ميوله الذكورية العدوانية كذلك. وتحدث نفس النتيجة للفتاة التي تكون أمّها شديدة الضعف أمامها، والتدليل لها، ولكن يمكن رغم ذلك أن يُقال أن قدرّاً بسيطاً من التدليل، أقلّ ضرراً بكثير لنموّ الطفل، من قدر مماثل من القسوة والصرامة.

إنّ الاتجاهات الوالدية تجاه الأطفال تمثل شكلاً من أشكال السلوك، وله شأنه شأن بقية أشكال السلوك. أسبابه. كما إنّ الاتجاهات الوالدية المتضاربة لا تتم. أحياناً. عن الجهل بمعرفة أسس التربية السليمة، وإنما تتم عن مشكلات شخصية لديّ الوالدين أنفسهما.. إنّها أعراض تكشف عن اختلال توافق الوالدين ويجب معالجتها علي هذا الأساس.

ويلاحظ أطباء النفس أن أكثر أنواع العُصاب شيوعاً اليوم تختلف اختلافاً كبيراً عن نظيرتها في السابق، فيعتقد "فيلدر" Waeler أن هذا التغيّر جاء نتيجة تغيّر فعلي في كيفية معاملة الوالدين لأطفالهما، ففي السابق كان الوالدين صارمين، وكانا يُدربان

أطفالهما علي التوافق مع تلك الأساليب الصَّارمة، وكانت نتيجة ذلك حدوث قدر كبير من كبت المطالب الغريزية، فكانت لها سلبياتها علي صحَّة الأطفال النفسية، ثمَّ بدأ الوالدان يتعلَّمان أنَّ هذا التدريب الصارم يؤدي إلي نتائج غير مرغوب فيها، فاتَّجه البندول إلي أقصى الاتجاه المُضاد: التدليل. وأدي هذا النوع من التربية إلي تكوين شخص ليس لديه ما يؤهله لتحملُّ القلق الناتج عن الإحباطات وألوان الحرمان التي يمكن تجنبها في الحياة.

وفي النهاية دعونا نوكِّد أنَّ أفضل أساليب التربية التي ننادي بها: هي التوسط بين هذين الطرفين أو الاتجاهين، قدرٌ معقولٌ من الانضباط والصرامة، وقدرٌ معقولٌ أيضاً من التدليل والرعاية.

عاشرا : الخوف من العقاب:

تمضي الحياة بالطفل، وتمضي غرائزه في التماس الإشباع، فيتحقق لبعضها الإشباع ولا يتحقَّق للبعض الآخر. ويعلِّم الطفل أنَّ لديه دوافع يود لو أشبعها، ولكنه يجب أن يكبحها وإلَّا فقد الحُبُّ أو أنزل به العقاب. ولكي يحافظ الطفل علي الحُبِّ ويتجنَّب العقاب فلا بدُّ أن يُقيم دفاعاً ضدَّ وجدان القلق المؤلم: ضدَّ القلق والهلع وعدم الارتياح. والمخاوف القهرية مثال شائع للقلق، فقد يخاف الطفل حيواناً معيَّناً، أو المضي في الشارع بمفرده، أو الذهاب إلي فراشه في الظلام، وهذا القلق اشتقاق أو نتاج لتوتُّر غريزي لم يفلح الفرد في السيطرة عليه بالطريقة الملائمة وفي اللَّحظة المناسبة.

حادي عشر: أسباب تتعلَّق بالدراسة:

يتعرَّض التلاميذ - عادةً - لضغوط نفسية في حياتهم الدراسية، وهذه الضغوط تؤدي في بعض الأحيان إلي توتُّرات نفسية، أو إلي سوء التوافق الدراسي. وهناك عوامل أساس مسؤولة عن الضغط الذي يُعاني منه التلاميذ، نوجزها في التالي:

(أ) المناهج الدراسية غير المرنة التي يتم تدريسها لجميع التلاميذ بنفس الطريقة دون مراعاة الفروق الفردية بينهم، ودون النظر إلي ميولهم واستعداداتهم، وبالتالي يصبح المنهج وطريقته عبئاً علي غالبية التلاميذ.

(ب) يرتبط القلق لدى بعض التلاميذ بالمدرسة بصفة عامة، أو بموقف خاص في الفصل الدراسي، كقسوة المعلم، أو صعوبة المادة الدراسية، فالتلميذ يواجه بالعقاب والتهديد إذا ما فشل في موقف تعليمي معين، فالتلميذ الذي يُصادف صعوبة في تحصيل مادة بعينها، إذا تم عقابه فإنه يعيش قلقاً يُسمى بـ"القلق التحصيلي" ينجم عن صراع بين كراهية المادة الدراسية، والرغبة في تحصيلها حتى ينجح.

(ج) إن طموحات الوالدين المتعلقة بمستقبل الابن (أو الابنة) قد تتخطى قدرات هذا الابن وإمكاناته واستعداداته، ومن ثم يعيش الوالدين قلقاً شديداً يتعلق بمستقبل ابنهما، هذا القلق ينتقل بكل تأكيد إلى الابن؛ لأنه يعيش صراعاً بين رغبته في تحقيق رغبة والديه وبين عدم قدرته على تحقيق هذه الطموحات.

ومن المعروف أن الفجوة الكبيرة بين مستوى الطموح ومستوى الإمكانيات تُعد سبباً رئيساً من أسباب نشأة القلق والاضطراب النفسي، ويعاني كثير من التلاميذ من قلق التحصيل، وقلق الامتحانات، والقلق الأكاديمي، وكلها صور من القلق العُصابي تظهرها المواقف النوعية التي يعيشها التلاميذ.

ومن الممكن أن يكتشف المعلم بعض حالات قلق الامتحانات التي لا ترجع إلى أسباب تتعلق بالمدرسة أو الدراسة، ففي حالة من حالات قلق الامتحانات، كانت إحدى الطالبات تشعر باضطراب شديد كلما اقترب موعد الامتحان، وكانت تُعبر صراحة عن خوفها وقلقها الشديدين، وعندما أصبح الامتحان وشيكاً بدأت تُعاني من بعض الاضطرابات النفسجسمية (السيكوسوماتية)، مثل فقدان الشهية للطعام، والرغبة في القيء. وعندما تمَّ عرضها على الطبيب رفضت تناول الدواء، وهكذا أخذت حالتها الصحية في التدهور، وبطبيعة الحال توقفت عن استذكار دروسها وأصبح رسوبها مؤكداً. وبدراسة حالتها اتضح أنَّ قلقها في الأعوام السَّابقة لم يكن بهذه الشدة، فعلى الرغم من أنَّها شخصية قلقة متوترة إلى حدِّ ما إلا أنَّها لم تُعاني من مثل هذه الأعراض الشديدة قبيل الامتحانات.

وبسؤالها عن ظروفها الأسرية أوضحت أنّ والدها يتسم بالقسوة في معاملة أولاده، وأنّه أجبر شقيقتها الكبرى علي الزواج من شخص لا ترغبه، وبطبيعة الحال فقد فشل زواجها، والآن يُصر الأب علي أن تتزوج هي من شخص لا تعرفه أيضاً وقد حدد الأب موعد الزواج بعد انتهائها من دراستها، فكانت النتيجة تزايد شدة القلق وظهور الأعراض النفسيّة والجسميّة كلّما اقترب موعد الامتحان، أي موعد الزواج. والأعراض كما سبق أن ذكرناها وظيفيّة، فهي تعمل علي تدهور صحتها من ناحية فتؤجل الزواج، وتعمل علي رسوبها في الامتحان فيتم تأجيل الزواج، وتستخدم ذلك أيضاً للضغط علي الأب، فأمام هذه الأعراض يكون علي الأب أن يختار بين تصميمه علي رأيه وبين حياة ابنته.

وكان طبيعياً أن يبدأ العلاج بإقناع الأب بالعدول عن رأيه في الضغط علي ابنته وأن يؤجل الحديث عن زواجها إلي ما بعد تخرجها، وأن يترك لها حُرّيّة الاختيار، وهذا النوع من العلاج يُسمي "العلاج الأسري"، أو "علاج البيئّة".

ثاني عشر: الظروف الاجتماعيّة والثقافيّة:

هناك بالطبع عوامل اجتماعيّة وثقافيّة تؤدي إلي القلق الدائم في محيط الأسرة، تلقي بظلالها الكئيبة علي الأطفال، فالظروف الثقافيّة التي تتحكّم في نظام الزواج بما قد يؤدي إلي تكرار حدوث الاضطرابات في الحياة الزوجية، وفشل التوافق بين الزوجين.

وكذلك الظروف الاجتماعيّة والاقتصاديّة التي قد تؤدي إلي ظروف سكنية سيئة، وإلي زيادة معدلات البطالة، وزيادة ساعات العمل عند الزوجين.

والظروف التعليميّة التي قد تؤدي إلي تفشي الجهل بشكل عام، والجهل بالأمور التربويّة بشكل خاص، وإلي زيادة عدد الأبناء، وعدم التحكّم في تنظيم الأسرة (وليس تحديدها)، والظروف المهنيّة التي قد تساعد علي عدم الرضا في العمل.. كلّ ذلك يؤدي دون شك جواً من القلق والإحباط سواء بالنسبة للأب أو للأم، ممّا قد يؤدي إلي أن يصب الآباء والأمّهات جام غضبهم علي الأطفال الذين هم في كل الأحوال (كبش فداء).

القلق.. والتأثير السّابي علي النموّ الاجتماعي والمعريف للأطفال:

يؤثر القلق عند الطفل علي نموّه الاجتماعي والمعريف معاً، وإن كان من الصعب تقدير درجة القلق تقديراً موضوعياً بالنسبة لطفل ما قبل المدرسة، إلاّ أنّه بالإمكان الخروج ببعض التعميمات، فقد لوحظ أن وجود درجة عالية من القلق عند أطفال الروضة (كما ظهر ذلك في استجاباتهم، عندما وضعوا في غرفة جديدة وغريبة عليهم)، اقترن بتكرار مظاهر الاتكالية، ذلك أنّ الأطفال بدئوا يُظهرون ميلاً إلي جذب الانتباه، والمساعدة والتعلُّق، والتلامس مع الكبار المحيطين بهم، وهي جميعاً أشكال من مختلفة من السلوك الاتكالي، وهذا يعني نكوصاً أو ارتداداً إلي مراحل أقلّ نضجاً من حيث النموّ الاجتماعي، كأثرٍ مباشرٍ للقلق.

أمّا من حيث تأثير القلق علي النموّ المعريف، فقد أجريت معظم الدراسات علي أطفال المدرسة الابتدائية، إلاّ أنّ نتائج هذه الدراسات تطبق في الغالب علي أطفال ما قبل المدرسة أيضاً. فلقد وُجد أنّ درجة معتدلة من القلق تُساعد علي التعلُّم إذا كانت الواجبات بسيطة، وإذا كانت الاستجابة ممّا يعرفه الطفل معرفة جيدة بالفعل، ولكن إذا كان القلق شديداً، والواجبات المطلوب تعلُّمها مُعقدة وصعبة، أو تتضمن استجابات لا يستطيع الطفل أن يقوم بها، فإنّ القلق عندئذ يعوق عملية التعلُّم. ويقع في هذا الإطار علي وجه الخصوص الواجبات التي تتضمن تعلُّماً لفظياً أو استخدام المفاهيم المُجرّدة.

أهم وسائل العلاج الحديثة لقلق الأطفال:

أولاً: العلاج السلوكي مُتعدد المحاور:

يقوم هذا العلاج علي المحاور التالية:

1. المواقف أو الحوادث السّابقة التي تُثير الطفل وتُسهم في تشكيله وما تنطوي عليه من خبرات سيئة أو ألمٍ أو قلقٍ أو إحباط.
2. السلوك الظاهر، أي الأفعال السلوكية التي يترجم الشخص من خلالها هذا الاضطراب، كالتهتهة، أو التبول اللاإرادي، أو احمرار الوجه، أو تجنُّب الطفل لبعض المواقف.

٣. المكونات الانفعالية أو التغيرات العضوية الداخلية التي يحدثها هذا الاضطراب، مثل: زيادة ضربات القلب، ازدياد سرعة التنفس.. الخ.

٤. الجوانب الفكرية أو المعتقدات الخاطئة التي يتبناها الطفل عن نفسه، أو عن المواقف التي يمرّ بها. وهذا الجانب ينطوي علي ما ينتجه التفكير من مبالغات، أو ما يقوله الطفل لنفسه من أفكار سلبية أو انهزامية.

٥. ضعف المهارة في التفاعل الاجتماعي، أو قصور المهارات الاجتماعية، فالعدوان والخجل والانزواء.. وغيرها يمكن النظر إليها كدلالة علي ضعف المهارات الاجتماعية.

ولأنّ المحاور السابقة تتداخل وتتفق فيما بينها في إبراز السلوك المرضي، فإنّ المواجهة العلاجية يجب أن تعكس هذه الرؤية متعدّدة المحاور. وتوجيه الجهد لمعالجة هذه الجوانب. ولنأخذ هذا المثال لطفل يعاني من القلق الاجتماعي الشديد بصورة تحرمه من التفاعل الجيد مع زملائه أو معلّميه أو أي شخص آخر. إنّ قلقه يُترجم نفسه في أشكال متعدّدة تحدث جميعها في وقت واحد، فهو يشعر بالخفقان، ويزداد تنفسه، ويجف لعابه كدلالة علي الانفعال.

أمّا ما نراه من سلوكٍ ظاهري لهذا القلق فقد يظهر في صعوبات الحديث (التهتهة أو الحبسة الصوتية) أو شحوب الوجه والشفوتين. كما قد لا يجد موضوعات مناسبة للحديث لتخرجه من ورطته أو تساعده علي استمرار حوارهِ كدلالة علي ضعف المهارة الاجتماعية. وإذا سلّناه عمّا كان يُفكّر فيه خلال هذا الموقف المُربك فسنجد أنّه كان يتكلم مع نفسه بصوت غير مسموع (أنا طفل عاجز وفاشل)؛ وبالتالي سيفشل تماماً في تحويل الموقف لصالحه.

ويتطلّب العلاج الناجح لهذا الطفل أن نوجه نشاطنا العلاجي لتعديل كلّ هذه المحاور من الاضطراب. فمن الممكن أن نُعلّمه أساليب جديدة لضبط انفعالاته (من خلال تدريبه علي الاسترخاء العضلي مثلاً). كما يمكن أن نُدرّبهُ علي أساليب جديدة

من السلوك أو نُساعده علي التخفيف من الأساليب السلوكية المرضية (من خلال تدريبه علي الطلاقة والتخلُّص من التهتته). ويمكن إضافة إلي ذلك أن نُساعده علي تعديل طريقة تفكيره نحو نفسه (التي تتسم - عادةً - بالانتقاص وتوقع الفشل). أو يمكن أن نُعلِّمه أيضاً طرقاً جديدة في تبادل الأحاديث، وخلق موضوعات للحوار، وتوجيه الأسئلة، كهدف من أهداف تعديل طرق التعامل الاجتماعي ومواجهة جوانب القصور في المهارات الاجتماعية.

ثانياً: العلاج بالاسترخاء العضلي:

عادة ما يُستخدم أسلوب الاسترخاء إمَّا كأسلوبٍ علاجيٍّ مستقلٍّ، أو مُصاحبٍ للعلاج بطريقة الكف بالنقيض عندما نحتاج إلي خلق استجابةٍ مُعارضةٍ للقلق والتوتُّر، وذلك عند ظهور المواقف المُهدِّدة.

ويعتمد أسلوب الاسترخاء علي بديهة فسيولوجية معروفة: فالقلق والتوتُّر والانفعالات الشديدة عادةً ما تكون تعبيراً عن وجود توتُّرات عضلية وعضوية، ولهذا فإنَّ الطفل في حالات الخوف والقلق والانفعال يستجيب بزيادة في الأنشطة العضلية، فتتوتَّر العضلات الخارجية لتتكوَّن حركات لاإرادية، مثل: اللوازم القهرية في الفم، والعينين، والابتسامات غير الملائمة، وتتوتَّر أيضاً أعضاؤه الداخلية فتزداد دقات القلب، ويتعطل نشاط بعض الغُدُد: كالغُدَّة اللُّعابية فيجف ريقه، ويسوء هضمه بسبب التقلُّصات التي يحدثها الخوف في معدته.

ولهذا استخدم «جاكسون» ومن بعده بعض علماء العلاج السلوكي طريقة «الاسترخاء التصاعدي» الذي يُطلب خلاله من المريض أن يجلس في وضعٍ مريحٍ وأن يُركز بصره علي نقطة لأمعة ثمَّ يبدأ بتوجيه من المُعالج بإرخاء أعضاء جسمه عضواً عضواً، بأن يُطلب منه في البداية أن يُغلق راحتي اليد بكلِّ قوةٍ وإحكامٍ، وأن يُلاحظ التوتُّرات والانقباضات التي تحدث في مقدمة الذراع (كمقياسٍ للتوتُّر) ثمَّ يُطلب منه فتحها بعد ثوانٍ معدودةٍ واضعاً إياهما في مكانٍ مريحٍ ملاحظاً ما يحدث في عضلات

مقدمة الذراعين من استرخاء وراحة عامّة في الجسم كلّه.. وهكذا ينتقل المُعالج بالطفل إلي مختلف أعضاء جسمه بدءاً من القدمين ومروراً بالساقين والفخذين وعضلات البطن والصدر والوجه والضم والرقبة، توتُّراً ثم استرخاءً، حتى يصل الطفل في خلال ثلاث أو أربع جلسات إلي التحكُّم الكامل، واكتساب القدرة علي الاسترخاء. وتزداد فاعلية الاسترخاء عندما يكون الاضطراب العضوي والعضلي جزءاً رئيساً من مشكلات الطفل النفسيّة؛ ولهذا تزداد فاعليته في حالات القلق والمخاوف المرضية أكثر منه في حالات الاكتئاب.

ويتوقف نجاح الاسترخاء من عدمه بعدة شروط منها أن يكون الطفل في عمُر يسمح له بالتدريب علي ذلك (أي بعد ٨ سنوات تقريباً)، وألّا يكون مُعاقاً عقلياً أو ذهنيّاً.

ثالثاً: العلاج بتعديل أخطاء التفكير:

يمكننا حصر الأساليب المعرفية الخاطئة التي من شأنها أن تؤدي إلي الاضطراب وتدعمه في النقاط التالية:

- **التعميم السّلبّي الشّدِيد:** كأن يقول الطفل: «كُلُّ أفعالي وتصرفاتي خاطئة».
- **التوقعات الكارثية:** كالطفل الذي يتجنّب الدخول في مواقف بعينها خوفاً من أن يرتكب أخطاء قد تُسبّب له ولأسرته كوارث.
- **الكُلُّ أو لا شيء:** حيث يتصرّف الطفل بنوعٍ من الاضطراب إذا كانت تصوّراته للأمور قائمة إمّا علي النجاح الكامل، أو الفشل الذريع. وهذا التطرّف تُصاحبه عادةً مشاعر شديدة بالإحباط أو القلق الحاد عندما يتعرّض الطفل لأي إحباط أو توتُّر مهما كان تافهاً.
- **قراءة أفكار الآخرين بطريقة سلبية:** فالطفل الذي يُردّد بينه وبين نفسه، عندما يوشك علي الدخول في تفاعلات اجتماعية عبارات، مثل: «سيجعلونني موضعاً لسخريتهم إذا لم أفعل ذلك»، أو عندما يقول: «إنّهم يضحكون عليّ الآن».

● المقارنة: ستتأثر كثير من الوظائف الاجتماعية والعقلية، وتتعطل قدرة الطفل علي النشاط والدافعية (مما يجعله عرضة للاضطراب الانفعالي كالقلق) إذا كان من النوع الذي يُسرف في استخدام عبارات، مثل: «إنهم أكثر مقدرة مني»، أو «إنني لست مثلهم في القدرة علي الاستذكار».

● **إطلاقاً وحتماً:** تنتشر في عبارات الأطفال في حالات القلق والاكتئاب عبارات تدل علي استخدام الحتميات كأسلوب من أساليب التفكير، مثل: «لن أزوره ولن اتصل به إلا إذا بدأ هو ذلك»، أو «يجب أن أكون محبوباً من الجميع»، أو «من المستحيل أن أتحمل نقده».. إنَّ ترديد مثل هذه العبارات، وإيمان الطفل بمحتواها سيحجم كثيراً من جوانب الفاعلية في سلوكه الاجتماعي والشخصي، وما يرتبط بها من اضطرابات القلق الاجتماعي والاكتئاب.

● ربط الاحترام الشخصي وتقدير الطفل لنفسه بعوامل خارجية: ويتميز هذا التفكير بترديد عبارات تتضمن ضرورة وجود عوامل خارجية لكي يشعر الطفل بقيمته، مثلاً: «إذا لم يتصل بي أحد، أو لم يدعني أصدقائي لحفل عيد ميلادهم فأنا شخص لا قيمة له».

● جريد إيجابيات الشخصية من مزاياها: كأن يقول الطفل: «إنني لا أستحق هذه المجاملة»، أو عندما يقول: «هذا الاهتمام بي هو نوع من العطف، فلا يوجد فيَّ أو في شخصيتي شيء يستحق ذلك».

● التفكير القائم علي الاستجابات الانفعالية: فالطفل الذي يُفسر سلوك الآخرين تفسيراً انفعالياً، سيجد نفسه عاجزاً عن التفاعل الاجتماعي الفاعل، وإنه عرضة لكثير من المخاوف الاجتماعية والاضطرابات العضوية، ومن ثمَّ فإنَّ مهمة العلاج السلوكي المعرفي في هذه الحالات تجنيب الطفل أفكاراً، مثل: «التراجع عن الرأي معناه ضعف»، أو «القبول بالنصيحة امتهان للكرامة».

● تحميل الشخصية مسؤوليات غير حقيقية عن الفشل: توضح لنا ملاحظات المُعالجين السلوكيين أن الاضطرابات النفسية - بين البالغين والأطفال - تتميز في

بعض الحالات بتفكيرٍ ينسب الشخص بمقتضاه فشل أشخاص أو جماعات خارجية إلى نفسه، مثلاً: «فشل فريقتي في المسابقة كان بسببي وبسبب كسلي وضعفي».

- الاتجاهات المطلقة (الوصول إلى الكمال المطلق): فالطفل الذي يجد نفسه ربما لتربية خاطئة . يُفكّر في الأمور بطريقة مطلقة، وذات صبغة ترنو للكمال، يصبح شخص يسبح في محيط ليست له معالم مُحدّدة؛ ولذلك يُحذّر المُعالجون من هذه العبارات التي تنتشر بين الأطفال المضطربين، مثل: «يجب ألا يكون فيّ أو في عملي أي خطأ»، أو «إنني لو نقصت درجة واحدة فستكون علامة علي فشل كل ما فعلت».

والتفكير الذي يجنح للكمال يختلف عن «التفكير الإجمالي» فلا بأس أن يكمل الإنسان عمله بأحسن صورة ممكنة، وفي أوقات ملائمة، إلا أن المشكلة تكمن في أن يتحوّل هذا الاتجاه في التفكير إلى مصدر للاضطراب والجزع بسبب جوانب نقص غير معلومة، ومخاوف من العجز عن الوصول إلى كمال ليس له وجود فعلي.

• الأساليب المستخدمة في تعديل أخطاء التفكير عند الأطفال:

١ - التوجيه المباشر، وإعطاء المعلومات الدقيقة عن موضوعات التهديد

والخوف المُسببة للقلق:

يقوم المُعالج بتعليم الطفل كيفية مواجهة المواقف الصعبة، ويمتد هذا الأسلوب ليشمل العناصر التالية:

- إعطاء معلومات دقيقة عن موضوعات الخوف والتهديد من أجل أن يكتشف الطفل أن مخاوفه غير موضوعية.
- تربية الطفل وتدريبه علي مواجهة المواقف المعقدة: كيف يهرب من الخطر؟
- تدريب الطفل علي بعض الأنشطة الاجتماعية التي تعمل علي تحسين وتنمية علاقاته بالآخرين.

- إعطاء معلومات موضوعية عن مظاهر قلقه ومخاوفه حتى يتمكن من التعرف إلى مصادرها ويستبق حدوثها، ويقيس مدى تفوقه في علاجها.

٢ - الحوارات مع النفس (المونولوج):

يُبيِّن «مايكنباوم» Meichenbaum أنَّ من أنجح الوسائل للتغلب على المعتقدات الخاطئة أن ننبه الطفل إلى الأفكار أو الآراء التي يرددها بينه وبين نفسه عندما يواجه بعض المواقف المُهدِّدة.

إنَّ الاضطراب الذي يُصيب الطفل (بما في ذلك الخوف الشديد والقلق) يُعتبر نتيجة مباشرة لما يردده الطفل مع نفسه، وما تقتنع به ذاته من أفكار أو حوادث.

ويري "هربرت" Herbert إنَّ الحوار مع النفس عند أداء نشاط مُعيَّن من شأنه أن يُنبه الطفل إلى تأثير أفكاره السلبية في سلوكه. وهو يقترح منهجاً كاملاً يمكن للمعالج من خلاله أن يطلب من الطفل أن يُعيد ويُردد عبارات مُضادة للفكرة الخاطئة، مثل: "توقف"، "فكر قبل أن تُجيب"، "ساعد من واحد لعشرة قبل أن أستجيب". وبالتدريج يمكن للمعالج أن ينتقل بالطفل إلى ترديد تعليمات ذاتية أكثر تعقيداً من ذلك.

٣ - تخيل النتائج:

يتطلَّب هذا الأسلوب تشجيع الطفل على تخيل المواقف المُهدِّدة التي حدثت وأن يصف ما يراه من انطباعات ذهنية، وأن يتحدَّث عن مشاعره والتغيرات الفسيولوجية التي تعثره، وما يصاحبها من أفكار وحوارات ذهنية. ومن خلال ذلك يُساعد المعالج الطفل على استنتاج نوع الفكرة العقلانية التي يميل الطفل عادةً إلى تكرارها، حتى يمكن إخضاعها بعد ذلك للتعديل.

٤ - استخدام أسلوب التشبُّع بالفكرة الخاطئة:

وفيه يجب حث الطفل بعد تحديد الفكرة أو مجموعة الأفكار المسؤولة عن اضطرابه، على أن يعيشها بكلِّ قوَّة وأن يتصوَّر أقصى ما يمكن أن تؤدي إليه من نتائج.

والهدف من ذلك ليس أن نستخف بالطفل أو نوضح سخافة أفكاره، لكن الهدف هو الوصول به إلي إدراك أن التفكير في الأشياء قد يكون أسوأ من الأشياء ذاتها، وأن الخوف من الأشياء وتجنبها قد يزيد من سوءها. ويفضل المعالجون استخدام هذا الأسلوب مع الطفل بعد توطيد العلاقة العلاجية معه.

٥ - توليد البدائل واستكشاف الإمكانيات المختلفة للحل:

يؤدي الاستغراق الانفعالي الشديد في المشكلة بالطفل أحياناً إلي أن يظن أنه لن تكون لديه بدائل لما سيخسر، أو ما سيحدث من نتائج سيئة، ولهذا يتطلب هذا الأسلوب تشجيع الطفل علي إفراز أكبر قدر من الحلول.

ويمكن بموجب هذه الطريقة، مثلاً: أن يتخيل الطفل صديقاً له جاءه يطلب نصيحته في مشكلة عارضة (هي مشكلة الطفل نفسه)، وأن يحاول أن يعطيه أكبر قدر ممكن من الحلول، ويوجه انتباهه بعدئذ إلي مناسبة تطبيق هذه الحلول علي مشكلته، وإلي تدعيم هذا الأسلوب من التفكير عندما تُعرض له مشكلات أخرى.

٦ - التقليل من أهمية بعض الأهداف التي يسعى لها الطفل:

إنَّ الطفل الذي يشعر، مثلاً، أنَّ حُبَّ الجميع مطلب ضروري وحتمي من مطالب السَّعادة والرِّضا عن النفس، فقد يدخل نتيجة لهذا في المواقف الاجتماعية وهو غير قادر علي توكيد قدراته العقلية والحيوية، فقد يعزف. نتيجة لحرصه الشديد علي أن يحظى بحُبِّ الجميع. عن توكيد نفسه، ويتأخر عندما يتطلب الموقف إبراز مكاسبه أو إنجازاته أو يُصر علي الاقتراب من آخرين أو البقاء معهم في مواقف مكروهة.

وبمساعدة الطفل علي التقليل من أهمية هذا الهدف: «حب الجميع ضرورة حتمية»، سنمكنه من تطوير قدرته علي تحمُّل الرفض، والقدرة علي توكيد الذات وغيرها من الخصائص المرتبطة بالصحة.

٧ - لعب الأدوار:

إذا استطاع الطفل أن يُعبّر عن اتجاه جديد، أو معتقد عقلاني ومناسب، وإذا استطاع أن يُعيد ويُكرّر ذلك، فإنَّ الاتجاه الجديد سيَتحوَّل في الغالب إلى خاصية دائمة.

ومن المعروف أن التغيّر الناتج عن لعب الأدوار يرجع إلى استباق حدوث الأشياء قبل وقوعها، فالطفل - من خلال القيام بلعب أدوار مختلفة تمثل المواقف التي يمكن أن تؤدي إلى اضطرابه - سيتمكّن من أن يستيق - من خلال التفكير في هذه المواقف - التغيّر أو السلوك الذي سيحدث. ومن ثمّ فهو سيدخل المواقف الحيّة بثقة أكبر.

فضلاً عن هذا، فإنَّ المشاعر الإيجابية التي تُسيطر على الطفل بعد أن يتقن تمثيل الدور بطريقة انفعالية وسلوكية ملائمة ستطّلع بشكل كبير على المقولة الرئيسية في العلاج المعرفي وهي أن التفكير في حدوث الأشياء بشكل مخيف أو مقلق عادةً ما يكون أسوأ من الأشياء ذاتها، وأنَّ الاضطراب يتولد من التفكير في الأمور أكثر ممّا يتولّد من تلك الأمور ذاتها. كما أنَّ لعب الأدوار يُساعد الطفل على تعلّم ومباشرة المهارات الاجتماعيّة.

٩ - الواجبات المنزلية والخارجية:

لكي نمكّن الطفل من أن يُعمم التغيّرات الإيجابية التي يكون قد أنجزها في العيادة مع مُعالجيه، ولكي نساعد على أن ينقل تغيّراته الجديدة إلى المواقف الحيّة، ولكي نقوي وندعم أفكاره أو معتقداته الصحيّة الجديدة، يتم توجيهه وتشجيعه على تنفيذ بعض الأعمال أو المجازفات الخارجية، وتُعد هذه الواجبات بطريقة خاصّة بحيث تكون مرتبطة بالأهداف العلاجيّة.

فإذا كان الهدف من العلاج، مثلاً، هو تدريب مهاراته الاجتماعيّة، فإننا نطلب منه أن يقوم خلال الفترة السابقة على الجلسات القادمة بعمل اتصالات هاتفيّة بأصدقائه، أو أن يبادر زملاءه بالترحيب أو التحية، أو أن يتدرب على جمع أسئلة حول موضوع مُعيّن وي طرح هذه الأسئلة على مُعلّميه أو زملائه، أو أن يقوم بطريقة تلقائيّة بالتقرّب والتعرّف على الغرباء.

رابعاً: العلاج عن طريق اللعب وممارسة الفنون:

العلاج عن طريق اللعب خاص بالأطفال الذين يستطيعون أن يعبروا عن أنفسهم عن طريق اللعب، وعن طريق الأفعال والتصرفات التي تبدو منهم أكثر من تعبيرهم بالكلام. وفي هذا النوع من اللعب يُترك الطفل في حجرة الألعاب ليختار لعبة من اللعب الموجودة، ولييدي نحوها أيضاً ما يشاء من مشاعر وتصرفات.

ويفضل المعالجون النفسيون هذا النوع من العلاج بالنسبة للأطفال لأنه يُساعدهم علي التعرف علي المشكلات التي يُعاني منها الأطفال، وحقيقة حالتهم بطريقة عملية أكثر وضوحاً. ولأنه في الوقت نفسه يُتيح للأطفال فرصة أكبر للتفيس عن مشاعرهم المكتوبة.

عندما يختار الطفل مثلاً دمية ويأخذها بين ذراعيه ويربت عليها، ويُعاملها بلطف وحنان، فيُعبّر عن حاجة حقيقية عنده للعناية والرعاية والعطف، وهو نفس السلوك الذي مارسه بالنسبة للدمية، وفي الوقت ذاته يفصح هذا السلوك عن حقيقة هذه الحاجة التي تنقص الطفل.

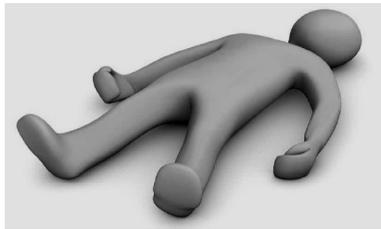
وعندما يأخذ الطفل الدمية ويلقي بها علي الأرض، أو يركلها، فإنه بذلك إنما يُفرغ مشاعره التي تُسبب له الضيق، وتوضح للمعالج حقيقة ما يُعاني منه، من كراهية للآخرين، أو من رغبة في الانتقام، أو نحو ذلك من المشاعر المكتوبة.

والرسم والتمثيل والموسيقى.. وغيرها، من نواحي النشاط الفني، تُستخدم أيضاً كأساليب للتفيس عن المشاعر والأحاسيس التي يُعاني منها المريض، عندما يُعبّر عنها تعبيراً حراً ويصورها بطريقة تُنشط خياله، وتُساعد علي الإفصاح بأسلوب أوضح، فتدل بذلك علي حالته وتُساعد في الوقت نفسه علي تفريغ الشحنات الانفعالية التي تتضمنها.



الفصل الثالث

الصَّرَعُ والتشنجات



لقد شاع في الماضي أن مرض الصَّرَع نوعٌ من الجنون، أو الخلل العقلي، واعتبر الشخص المصاب بالصَّرَع شخصاً غير سوي. وهذا غير صحيح علي الإطلاق؛ فالصَّرَع يحدث نتيجة خلل عضوي بالمخ وليس بسبب اضطراب نفسي أو عقلي. ولكن اجتماع بعض الاضطرابات النفسِيَّة والعقليَّة مع الصَّرَع أمر ليس نادر الحدوث؛ فالمصاب بالصَّرَع قد يواجه ضغوطاً اجتماعيَّة، تؤثر في نفسه وقد تُصيبه باكتئاب شديد، أو قلق عصبي.

ومن ناحيةٍ أُخري، لوحظ أن الشخص المصاب بصَّرَع الفص الصدغي من المخ قد تتابه نوبات مشابهة للفصام تحدث عادةً لفترةٍ قصيرةٍ عقب نوبات الصَّرَع، أو حولها، وأحياناً تطول هذه النوبات الجنونية، وتحتاج لعلاج نفسي. ولم يتضح حتى الآن سبب هذه العلاقة بين صَّرَع الفص الصدغي والمرض النفسي.

وفد تؤدي بعض الأسباب إلي حدوث صَّرَع ومرض نفسي في نفس الوقت، مثل: حدوث تلف بالمخ عند الولادة فقد يؤدي ذلك لنوبات صَّرَع ومرض عقلي معاً، ولكن لا يجب أن نعتبر أن الصَّرَع في هذه الحالة هو المسؤول عن المرض العقلي، وإنما يرجع السبب الأصلي إلي العيب العضوي بالمخ والذي أدى لظهور الحالتين.

قراءة في أهم الإحصائيات:

في وقتنا الحالي ينتشر مرض الصَّرَع في كثيرٍ من الدول وعلي رأسها المملكة المتحدة، فتذكر الإحصائيات هناك أن (٢٥) ألف إنجليزي يُصاب بالصَّرَع سنوياً، وأغلبهم من الأطفال، وكبار السن (فوق سن ٥٠ سنة).

وتذكر الإحصائيات العالمية أن عدد المُصابين بالصَّرَع علي مستوي العالم يزيد علي (٥٠) مليوناً من البشر، وهو ما يُعادل عدد سكان دولة كبيرة بأكملها. ويعتقد الباحثون أن هناك حوالي ١٠. ٣٥ ألف شخص يُصابون بالصَّرَع سنوياً.

وتبلغ نسبة المُصابين بالصَّرَع في أوروبا ٠, ٥ - ١٪ من عدد السكان، بينما تزيد هذه النسبة في الدول النامية إلي حوالي ٢٪ في بعض الدول.

ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية فإنَّ نحو ٩٠٪ من المُصابين في القارة الإفريقية لا يتلقون أي علاج للقضاء علي الصَّرع، بينما هناك نحو (٥,٣) مليون شخص في أمريكا لا يتمتعون بأي رعاية مؤثرة لمعالجتهم.

منشأ الصَّرع والتشنجات:

الصَّرع هو حالة من حالات المخ التي تُسبب نوبات مُتكررة مُفاجئة يكون فيها المخ تحت تأثير نشاط غير طبيعي وقد تكون مصحوبة بنقص في درجة الوعي إلي حدِّ الغيبوبة أحياناً، وقد تكون مصحوبة باضطراب مُعيَّن في بعض وظائف المخ النفسية، أو الحركية، أو الجسمية، أو الحشوية.

إنَّ نوبةً واحدةً لا تعني بالضرورة أنَّ الشخص يُعاني من الصَّرع، ففي أي لحظة إذا أُصيب طفلٌ ما بقىٍّ مستمر أو إسهال، ممَّا يؤدي إلي فقدان قدر كبير من الماء والملح من جسمه؛ فإنَّ هذا يؤدي إلي زيادة النوبات. إنَّ العلاج في هذه الحالة هو تزويد الطفل بالماء والملح، وليس إعطائه علاجاً للنوبات، وبمُجرد أن يستعيد الجسم توازنه من الماء والملح فإنَّ النوبات تتوقف.

كذلك قد يؤدي احتساء كمية كبيرة من الخمر إلي حدوث تشنُّجات، لكن التوقف عن ذلك يمنع تكرار هذه التشنُّجات، والسؤال: متى يكون هناك احتمال كبير لتكرار حدوث التشنُّجات حتى نقول إنَّ هناك صرَعاً بالفعل، وليس مُجرد حالة طارئة لسببٍ ما؟ هذا الاحتمال يكون قوياً في حالة وجود إصابة أو تلف بمخ المُصاب؛ ففي هذه الحالة نتوقَّع فعلاً مريضاً بالصَّرع. لكن هذا السبب قد لا يكون واضحاً في حالات أُخري؛ ولذا فإنَّ أغلب الأطباء يُشخصون مرض الصَّرع في حالة حدوث تشنُّجات بمعدل مرتين في السنة علي الأقل، ففي هذه الحالة تكون فرصة حدوث تشنُّجات للمرة الثالثة حوالي ٨٠٪

الصَّرع والتشنجات .. مصدرهما المخ:

التشنُّجات بأنواعها المختلفة بما فيها تشنُّجات مرض الصَّرع تنشأ من المخ، ليس من مكان مُحدد وإنما من أماكن عديدة ممَّا يؤدي لأنواع مختلفةٍ من الصَّرع والتشنُّجات.

ويتركب المخ من فصين: فصّ أيمن، وفصّ أيسر، يتصل بعضهما ببعض من المنتصف. ويتحكّم هذان الفصان في عمل الجسم بصورة عكسية، بمعنى أنّ الفصّ الأيمن يسيطر على الجزء الأيسر من الجسم، والفصّ الأيسر يسيطر على الجزء الأيمن من الجسم. كما ينقسم كلّ فصّ من هذين الفصين إلى أربعة فصّوص صغيرة، هي:

١. فصّ أمامي: وهو الذي يتحكّم في حركة الجسم.

٢. فصّ صدغي: وهو الذي يختص بتقييم الروائح والمذاقات وتكوين الذاكرة.

٣. فصّ جداري: وهو الذي يتولى تقييم الإحساس بالأشياء.

٤. فصّ خلفي: وهو الذي يسيطر على عملية الرؤية.

وعندما يتلف جزء من أجزاء المخ لسبب ما؛ فإن الجسم يفقد وظيفته المعينة التي يقوم بها. وهذه الأجزاء المختلفة للمخ تتحكّم في نوبات الصرع وحدوث التشنّجات عموماً، والتشنّجات أشبه بعاصفة، أو شرارة كهربية قوية. هذه الشرارة قد تظل بجزء واحد محدّد من المخ، وقد تنتشر لجزء أو لأجزاء أخرى، وقد تعمّ كلّ أجزاء المخ في وقت واحد؛ وهذا يؤثّر على نوع التشنّجات.

وانبعاث شرارة بجزء واحد من المخ دون انتشارها لأجزاء أخرى يؤدي إلى حدوث تشنّجات جزئية أو موضعية. وانبعاث شرارة بفصّي المخ معاً يؤدي لحدوث تشنّجات عامّة بالجسم. وبناءً على ذلك فإنّ ما يمرّ به الفرد المصاب بالصرع أثناء النوبة، وما يراه المحيطون به من أفعال يتوقف على المكان بالمخ الذي ابتدأت منه التشنّجات، وإلى أي مدى وصلت بالمخ، ومدى سرعة انتشارها.

الصرع بين الجنسين:

تذكر الإحصائيات أنّ نسبة الإصابة بالصرع تكاد تتساوى بين الرجال والنساء بصفة عامّة؛ باستثناء أنواع معينة من الصرع تميل للانتشار بين أحد الجنسين. وأغلب ضحايا الصرع إمّا من الأطفال أو من كبار السن، حيث تنخفض نسبة الإصابة خلال المرحلة العمرية من ٢٠ - ٥٠.

أسباب الصرع والتشنجات:

من كل (٧) من (١٠) مرضي الصرع لم يتم معرفة سبب المرض. أما النسبة الباقية فإنَّ السبب يكون واحد من العوامل التي تؤثر علي عمل المخ. وعلي سبيل المثال: فإنَّ إصابات الرأس، ونقص الأوكسجين للمولود أثناء الولادة من الممكن أن تُصيب جهاز التحكم في النشاط الكهربائي بالمخ.

ودائماً يُنظر للصرع علي أنه من أمراض الطفولة، ولكن من الممكن أن يحدث في أي سن من سنين العمر. ويلاحظ أنَّ حوالي ٣٠٪ من الحالات الجديدة تحدث في سن الطفولة، خصوصاً في الطفولة المبكرة، وفي سن المراهقة. وهناك فترة زمنية أخرى يكثر فيها حدوث الصرع وهي سن الخامسة والستين من العمر.

ويمكننا بلورة الأسباب التي تؤدي لمرض الصرع في التالي:

أولاً: الأسباب الوراثية:

كان يُنظر في الماضي علي أن الصرع حالة موروثية تماماً، ومن ثمَّ كان المُصابون بالصرع يمنعون من الزواج. والمعروف أنَّ العوامل الوراثية (الجينية) تلعب دوراً في الإصابة بالصرع، ولكن ليس معني ذلك أنَّ كلَّ مريض بالصرع يُنجب أبناء مُصابين بهذا الداء، ولكن في بعض الحالات القليلة من مرض الصرع الوراثي تكون هناك فرصة قليلة لتوارث الأبناء المرض. وقد تبين من عمليات المسح في أوروبا أنَّ حوالي ٦٪ من الأطفال قد يتعرضون للصرع إذا كان أحد الوالدين مُصاباً بالصرع غير معلوم السبب، أما إذا كان الوالدان معاً مُصابان بالصرع فإنَّ هذه النسبة تزيد إلي ١٢٪.

والذي يورثه الفرد هو استعداد المخ لأن تحدث به اضطرابات تؤدي إلي حدوث نوبة الصرع، فلقد وجد أنَّ عدداً قليلاً من عائلة المُصاب ربما أُصيبت بالمرض، ويعمل تخطيط المخ وجد أنَّ ٨٪ من أبوي المُصاب يكون التخطيط طبيعياً، وفي ٩٢٪ يكون التخطيط في أحدهما أو كليهما غير طبيعي.

وفي تقرير آخر يتبين أنه إذا كان أحد الوالدين مُصاباً بالصَّرَع الوراثي فإن إمكان تعرُّض الطفل لمرض الصَّرَع هو تقريباً ١٠٪، مع ملاحظة أن نسبة الأطفال الذين يولدون لآباءٍ وأمّهاتٍ لا يُعانون من الصَّرَع هي من ١ - ٢٪.

ولذلك فإذا كان الشخص يُعاني من الصَّرَع فمن المفروض أن يتم إجراء فحص وراثي بواسطة الطبيب المُعالج لمعرفة مدى احتمال إصابة الطفل بهذا المرض في المستقبل. أمّا إذا كان كلا الوالدين يُعاني من الصَّرَع الوراثي فإن النسبة تزداد بالنسبة للأطفال حيث تصبح إمكانية الإصابة بالمرض هي ٤:١ .

ومن المفيد أن نلاحظ أنه حتى إذا كان الطفل قد ورث هذا النوع من الصَّرَع فإن هناك إمكانية للتحكُّم فيه بنجاح، وذلك عن طريق استخدام الأدوية والعقاقير، ويجب أن نعلم أن الصَّرَع لا يعوق التطوُّر الطبيعي للشخص أو الذكاء.

ثانياً: إصابات الرأس:

ارتجاج المخ (فقدان وقي للوعي) وهو يُعتبر إصابة بسيطة للرأس وتُسبب زيادة في نسبة حدوث مرض الصَّرَع، بينما تكون الإصابات الشديدة للرأس مع حدوث فقدان للوعي لمدد طويلة، وكذلك حدوث نزيف للمخ، وكسور الجمجمة من الأسباب الرئيسة لاحتمال حدوث نوبات الصَّرَع.

ولقد وُجد من فحص (٣٠٠) حالة مُصابة بالصَّرَع، الذي لا يُعرف له سبب، أن هناك ١٧٪ حالة حدث لها إصابة بالمخ، وهذه تتراوح بين بسيطة وظاهرة، ولقد وجد في مرضي الصَّرَع أنه كثيراً ما يحدث في أوّل طفل يولد؛ لأنّه أشدّ عُرضة لهذه الإصابات أثناء الولادة، ممّا يجعل احتمال الصَّرَع فيه أكثر من إخوته من بعده؛ لأنّهم أقلّ عُرضة للإصابة منه أثناء الوضع.

وينبغي أن نعلم أن الأضرار التي يمكن أن تلحق بالمخ نتيجة الإصابات المختلفة، كإصابات الرأس، وحوادث السقوط، لا يُشترط أبداً أن تظهر تأثيرها المُسببة للصَّرَع في الحال وخلال فترة قصيرة؛ ففي بعض الحالات قد يتأخر ظهور تأثير هذه الإصابات

إلى سنوات طويلة، بمعنى أن طفلاً قد يُصاب إصابة شديدة برأسه وينتهي الأمر، ولكن خلال فترة العشرينيات من عمره قد يتبلور تأثير تلك الإصابة القديمة في ظهور مرض الصرع.

ثالثاً: التهابات المخ:

مثل: التهابات سحايا المخ، والالتهابات الحادة مثل: الحمى الشوكية المخية، والتهاب المخ بفيروس أو خُراج حاد. كلُّ هذا يُسبب الإصابة بالصرع.

رابعاً : أمراض شرايين المخ:

مثل: انسداد الشرايين، أو ضغط الدم المرتفع، أو نزيف المخ.

خامساً: التسمُّمات المختلفة:

مثل: تسمُّم البولينيا، أو تسمُّم الفشل الكلوي، أو التسمُّم بالرصاص.

سادساً: أورام المخ:

قد تكون نوبة الصرع الأولى هي أوَّل علامة من علامات حدوث ورم بالمخ؛ لذلك فعمل الأشعة المقطعية، والفحوصات الأخرى هي جزء مهم للمريض الذي يُعاني من أوَّل نوبة من الصرع.

سابعاً: الإدمان:

قد تحدث نوبة صرعيه عند مرضي الإدمان؛ إذا تعاطوا جرعات عالية من الكحوليات، أو الكوكايين أو الأمفيتامين، أو عند الأيام الأولى للتعاطي.

ثامناً: الاضطرابات التنكسية في الجهاز العصبي:

وهي تشمل مرض الزهايمر، والتصلُّب المتناثر، والشلل الرعاش.

تاسعا: حدوث اضطرابات بكيمياء الدَّم:

مثل: نقص الكالسيوم، أو الماغنسيوم، أو الجلوكوز.

عاشرا : أسباب أُخري:

- نقص نسبة السكر في الدَّم.
- حدوث سكتة مخية بجزء من المخ ممَّا يُسبِّب حدوث نقص في تدفق الدَّم لجزء من المخ، أو حدوث نزيف بالمخ.
- التخلُّف العقلي.
- عدم النَّوم، أو النَّوم المتقطع.
- التوتُّرات النفسِيَّة أو الجسمانيَّة.
- التعرُّض للضوء الساطع أو المتقطع.

التشنُّجات الحراريَّة وعلاقتها بالصَّرع:

التشنُّجات الناتجة عن ارتفاع درجة حرارة الجسم، أو التشنُّجات الحراريَّة من الحالات الشائعة بين الأطفال في الفترة ما بين (٣) شهور إلي (٥) سنوات؛ حيث يؤدي ارتفاع الحرارة إلي درجة عالية إلي التأثير علي النشاط الكهربائي بالمخ ممَّا يتسبب في حدوث تشنُّجات.

ولا يجب الخلط بين هذا النوع من التشنُّجات والتشنُّجات الناتجة عن مرض الصَّرع. وهذا النوع من التشنُّجات غالبا ما يختفي مع تقدُّم الطفل في العُمُر.

ومعظم حالات التشنُّج الحراري تكون واضحة السبب ولا تحتاج لفحوص أو اختبارات، ولكن في بعض الحالات القليلة قد يكون من الضروري استثناء وجود عدوي بالمخ مثل: «التهاب الأغشية السحائية» (الحمى الشوكية). ولكي يختبر الطبيب ذلك يقوم بإجراء ما يُسمي «بزل النخاع» بغرض سحب كمية من السائل المُحيط بالمخ

وفحصه معملياً. ويتم هذا الإجراء بإدخال إبرة فيما بين الفقرات القطنية للظهر حتى تصل إلي النخاع، ثمَّ يقوم الطبيب بسحب كمية من السائل النخاعي.

وحدوث عدوي بالمخ (التهاب الأغشية السحائية) ليس أمراً شائعاً بل قليل الحدوث؛ ولذا فإنَّه في كثيرٍ من حالات بزل النخاع لا يكتشف الطبيب وجود عدوي ولا يظهر سبب خطير وراء حدوث التشنُّجات.

إنَّ تكرار حدوث التشنُّجات لا يمثل غالباً أي خطورة، ولكن وُجد أن بعض الأطفال بنسبة أقلَّ من ٥% قد يُصابون بصَّرع حقيقي في فترةٍ لاحقةٍ وخاصَّةً الذين هم أبناء أو أقارب لمرضي بالصَّرع.

والطفل الذي أُصيب بتشنُّجات حرارية يكون من المتوقع له تكرار حدوث التشنُّجات الحرارية مرَّةً أخرى؛ ولذا ينبغي العمل علي خفض درجة حرارته بالكمدات الباردة، وإعطاء عقاقير مخفضة للحرارة مثل: «باراسيتامول». وفي حالة وجود قابلية زائدة للتشنُّجات قد ينصح الطبيب بإعطاء الطفل أثناء ارتفاع درجة حرارته عقاراً مهدئاً مثل: لبوس «ديازيبام».

أنواع النوبات الصَّرعية:

أولاً: نوبات الصَّرع الكبرى:

في بعض الحالات تكون هناك بوادر لحدوثها كأن يُحس المريض قبل حدوث النوبة بساعاتٍ أنَّه في حالة قلق، أو اكتئاب، أو الإحساس بالدوار. وفي ثلاثة أخماس الحالات تحدث علاماتٍ أخرى تدل علي قرب حدوث النوبة. وتعتمد هذه العلامات علي موضع البؤرة التي تبدأ منها النوبة، فإذا كانت في الفص الصدغي فإنَّه يُحس كأنَّه غير طبيعي، والبعض يُحس بالهلع والخوف ويجري هرباً، أو يُحس بطعم غريب، أو رؤية أشياء غريبة، أو يسمع أصوات غير مألوفة بالنسبة له مع الإحساس بدوار.

وإذا كانت في الفصِّ الأمامي أحس بتتميل في أحد الأطراف، أو فقدان القدرة علي النطق، أو تقلُّص في أحد الأطراف أو في الطرفين، أو حتى في الأطراف الأربعة، وبعد هذه الإحساسات المختلفة والتي هي بمثابة إنذار للمصاب فيمكنه أن يذهب إلي مكان آمن حتى لا يكون عُرضة للأخطار عند فقدان وعيه.

بعد هذه البوادر يُسمَع للمريض صرخة عالية يفقد بعدها الوعي ويسقط علي الأرض في حالة تيبُّس تام يفقد فيها التنفس؛ لذا نري لونه يميل إلي الزُرقة، وتستمر هذه الحالة لعدة ثوان ربما امتدت إلي نصف دقيقة لتفسح المجال بعدها لنوبة شديدة من التشنُّجات تعتري الجسم كله فتقبض الأطراف وتتبسط، ويضغط الفكمان علي بعضهما. ويقطع اللسان إذا حدث وكان بينهما مع نزف شديد منه وربما تجمع وسد مجري الهواء ممَّا يتسبب في الاختناق، ويخرج الزيد من الفم، وربما يتبول المريض علي نفسه دون أن يشعر.

وتستمر فترة التشنُّجات إلي عدة دقائق ربما تكون شديدة، وربما يتعرَّض المصاب لتهتك بالعضلات، أو خلع في المفاصل، وربما في الحالات الشديدة إلي كسور بالعظام إذا ارتطم بشيءٍ صلب. وفي بعض الحالات الشديدة لا تكاد تهدأ هذه التشنُّجات لتزداد مرَّةً أخري وتعتري المريض نوبات متكررة دون أن يعود إلي وعيه وتُسمي «الحالة الصَّرعية» ربما في بعض الحالات تؤدي للوفاة خصوصاً إذا لم يسعف المريض.

وبعد أن تقف هذه النوبة يبقي المريض في حالة فقدان للوعي لفترةٍ قصيرةٍ ربما تطول إلي أن تصل السَّاعة، وربما حدث في هذه الفترة أعمال لا يُحس بها المريض أو يتذكرها. وربما عرَّض نفسه أو غيره للخطر في هذه الفترة التي لا يكون فيها بوعيه الكامل، وفي بعض الحالات تتتاب المريض نوبات هستيرية، أو حتى جنونية يقوم فيها بأعمال عنف.

وعندما يفيق المصاب ويعود إليهِ وعيه يُحس بصداع شديد مع الشعور بالرَّغبة إلي النوم، وإذا ما أفاق من النوم عاد كُلُّ شيء إلي حالته الطبيعية وكأنَّ شيء لم يحدث. ويبقي المصاب خالياً من الأعراض إلي أن تحدث نوبة أخري.

وتختلف فترة الخلو من النوبات من مريضٍ إلي آخر، ربما كانت وجيزة فتحدث في اليوم مرتين أو ثلاث مرّات، أو ربما كان الفارق بينها أياماً أو أسابيع أو شهوراً.

ثانياً: نوبات الصّرع الصغرى:

هذا النوع من الصّرع يحدث غالباً بين الأطفال. وتتمثّل أعراض النوبات في غياب الذهن، أو الشرود؛ فالطفل يبدو وكأنّه انفصل بذهنه، أو وجوده عن الحاضرين، أو عن العمل الذي يقوم به.

وفي هذه الحالة يكون من الشائع حدوث هذا السيناريو: تتحدّث الأمّ لطفلها (أثناء تناول الطعام مثلاً) فتلاحظ أنّه شرّد بذهنه واتجه بالنظر بعينه لمكانٍ آخر، ولم يعد مدركاً لما حوله، ثمّ يعود لحالته الطبيعية بعد ثوانٍ. وأحياناً تظن الأمّ أنّ هذه الحالة هي مجرد نوع من «السرхан» أو الشرود العادي، وأحياناً قد لا تلاحظها الأمّ نهائياً نظراً لمدة النوبة القصيرة جداً.

وفي هذه النوبة لا يقع المريض علي الأرض، ولا تحدث تشنّجات، أو تقلّصات؛ ولكنه يُصاب بحالةٍ يبدو فيها مذهولاً، وكأنّه قطع صلته فجأة بما كان يقوم به من نشاط، ويبدأ وجهه في الشحوب، وتزرق شفّته، ويتجه نظره إلي أعلى بحيث لا يظهر إلاّ بياض عينيه. ويتوقف عمّا كان يفعل مثل القراءة أو المشي أو الأكل، ثمّ يعود إلي ما كان يفعل وكان شيئاً لم يحدث.

وقد يستأنف الطفل المشي أو الحركة أثناء النوبة بدون وعي. وفي حالات قليلة جداً يسقط المريض علي الأرض ويقوم مرّةٍ أخري بما كان يفعل كم لو أنّ شيئاً لم يحدث، ولا يتذكر شيئاً مطلقاً عمّا حدث أثناء النوبة.

وتعتري المريض هذه النوبات عدة مرّات في اليوم ممّا يؤثّر علي متابعة الطفل لدروسه، ويثّهم هؤلاء الأطفال بأنّهم كسالي غير منتهين، ويكون ترتيبهم في مؤخّرة الفصل الدراسي ممّا يزيد الأمور تعقيداً فيؤثّر ذلك علي نفوسهم ونفوس ذويهم.

وفي بعض الحالات تتلاشي هذه النوبات لتحل محلها نوبات صرع كبرى أو تتبادل الاثنان، ويُعالج المُصاب من النوعين: نوبة الصرع الكبرى، ونوبة الصرع الصغرى، وتمتد هذه النوبات إلي عدة سنوات إذا لم تُعالج.

ثالثاً: صرع الفص الصدغي:

وهو أقل حدوثاً من النوعين السابقين، ويتميز هذا النوع ببوادر تختلف عن البوادر التي تحدث في النوعين الآخرين. أهمها الإحساس باضطرابات في منطقة المعدة وبعض الأعضاء الداخلية في البطن وما يصحب ذلك من الشعور بالجوع، والغثيان، والقئ، وعدم التحكم في البول، ثم اضطرابات في الرؤية حيث يري المُصاب أشياء غريبة، أو أن الأشياء تبتعد وتقترب، أو تصغر وتكبر، أو رؤية حيوانات مُخيفة وهائجة وغيرها مما يُقال عنه «هلوسة الرؤية»، أو رؤية أشياء غير عادية وكأنها عادية.

وفي بعض الحالات تكون «هلوسة في السمع»: فيسمع المُصاب أصواتاً غريبة مُخيفة وغير مُخيفة وربما كانت موسيقية. وفي بعض الحالات يشم المُصاب روائح كريهة، أو الإحساس باضطرابات في مدي وعيه للأشياء، أو قيامه في بعض الحالات بأعمال لا يدري بها: كأن يفتح باباً، أو يغلق نافذة، أو يقوم بحركات منتظمة، ولا يتذكر أنه قام بها. بل ربما سار في طريق لا يدري أين هو ويتخبط علي غير هدي. وإذا انتقلت الموجات من الفص الصدغي إلي أجزاء أُخري من المخ تسبب عنها فقدان الوعي كليةً والدخول في نوبة صرع كبرى مع التشنُّجات الأخرى.

كيف يمكن تشخيص الصرع؟

لابدّ لمريض الصرع أن يُساعد الطبيب في إعطائه المعلومات الدقيقة لأنّها بلا شك تؤدي إلي معرفة أصل الداء؛ وبالتالي يكون العلاج الصحيح. ولا بدّ أن يؤخذ بعين الاعتبار النقاط التالية:

■ متى بدأت النوبة الأولى؟

- هل حدثت هذه النوبة إثر حادث، أو مع مرض شديد ؟
- المدة التي انقضت بين النوبة الأولى والنوبة الثانية ؟
- عدد النوبات، ومتى تحدث، والمسافة التي تفصل بين النوبة والنوبة التي تليها ؟
- متى تحدث النوبة في الليل أم في النهار؟
- العوامل التي تساعد علي حدوث النوبة،هل تحدث بعد تناول نوع خاص من الطعام مثلاً،أثناء مشاهدة التلفزيون،بعد اضطرابات نفسية أو إجهاد مثلاً ؟
- هل هناك علامات علي أن النوبة ستحدث ؟ وما هي هذه العلامات ؟ وكيف تبدأ النوبة ؟
- وصف الحالة من أحد أقارب المرضى، أو أن يكون المريض سمعها منهم ويشرحها للطبيب.
- هل يقوم المريض بعض لسانه أثناء النوبة ؟ وهل يتبول علي نفسه ؟
- المدة التي تستغرقها النوبة ؟
- حالة المريض بعد ذهاب النوبة، هل يحس بصداع مثلاً، مدي الرغبة في النوم، هل يقوم بأعمالٍ لا يدري عنها شيئاً ؟
- هل هناك أحد مُصاب في العائلة بالصرع ؟ أو هل المرض متوارث في العائلة ؟
- هل أُصيب المريض بحادثة في الرأس من قبل ؟
- هل هناك أمراض أُخري يشكو منها المريض ؟
- هل أخذ علاجاً للنوبات ؟ وما نوع العلاج إذا كان يعرفه ؟ والمدة التي استغرقها العلاج ؟

وبعد أخذ تاريخ المرض يأتي دور الطبيب في الكشف على المريض. وهذا الكشف يشمل جميع أجهزة الجسم بما في ذلك الجهاز العصبي؛ لأنَّ سبب النوبة في بعض الحالات يكون خارجاً عن نطاق الرأس. وفي الرأس لا بدَّ أن يفحص جيداً لاستبعاد أمراض ظاهرة فيه تكون السبب في حدوث الصَّرَع، كوجود تورُّمات في الغدد الدهنية في الكبد، أو وجود تمدُّدات وتورُّمات في الأوعية الدموية، أو غيرها من العلامات الدالة على الأمراض المختلفة.

الأسرة .- وإدارة حياة الطفل المُصاب بالصَّرَع:

١ . هناك احتمالان أمام الطفل المُصاب بالصَّرَع، فهو إمَّا أن يتم شفاؤه منه، أو لا . ومن الناحية النظرية ينبغي أن يتم التصرُّف كما لو أن الطفل سيتم شفاؤه، مع الوضع في الاعتبار احتمال عدم الشفاء. ولكن ينبغي دائماً اختيار الجانب الإيجابي.

٢ . ينبغي عدم إنفاق الوقت والجهد في مناقشة أسباب حدوث الصَّرَع للطفل، أو أنه قد ورث هذا المرض من أحد أفراد العائلة، إن ذلك ليس خطأ أي شخص. كما إن الإحساس بالذنب هو أمر سلبي تماماً يجب تجنبه، مع تحاشي مشاعر: الخجل، والإحساس بالذنب، والقلق، والاكتئاب.

٣ . عدم جعل الصَّرَع مُبرراً لتقليل التوقعات بالنسبة لأداء الطفل المُصاب به، بل يجب تشجيعه على الاعتقاد بأنَّ الصَّرَع هو مُجرد نوع من أنواع الإزعاج المؤقت، والحياة كم تمتلئ بمثل هذه الإزعاجات وأكثر.

٤ . ينبغي التأكُّد بأنَّ الطفل والصَّرَع المُصاب به ليس محور الكون، ولذا فعلي الوالدين إتباع التالي:

- عدم الإفراط في حمايته أو رعايته، بل ينبغي أن يخضع للنظام العادي فقط.
- عدم جعله مركزاً للاهتمام المُبالغ فيه.
- عدم لومه نتيجة الإزعاجات الأسرية التي قد يُسببها.

- عدم جعله مركزاً لإثارة الخلافات الأسرية.
 - عدم اعتباره سبباً لحدوث أي شيء له أو للأسرة نتيجة إصابته بالصَّرع.
 - يجنَّب جعله شخصاً منبوذاً من جانب الأسرة.
- ٥ - مناقشة الطفل كُلِّما كان ذلك ضرورياً حول الصَّرع، والتأكد من أنَّه يعرف أنَّه مُصاب به، وأنَّه يفهم ذلك. وكُلِّما كان الطفل أكبر كان أقدر علي فهم كافة الحقائق.
- ٦ - ينبغي مساعدته علي تنمية مهاراته الاجتماعية؛ ليكون شخصاً محبوباً.
- ٧ - ينبغي تشجيعه علي ممارسة أي نشاط يؤدي إلي تحسين صورته عن ذاته، فالتركيز علي ما يمكنه القيام به، أفضل بكثير جداً من التركيز علي ما لا يمكنه القيام به.
- ٨ - ينبغي علي الوالدين توجيه الطفل المُصاب بالصَّرع اعتباراً من سن ١٢ سنة إلي اختيار مهنة أو عمل يكون واقعياً بالنسبة له مستقبلاً، مع مراعاة عدم التركيز علي العجز أو القصور الموجود لديه.
- ٩ - ينبغي تشجيعه علي إحصاء عدد الأيام التي لا تهاجمه فيها النوبات، وليس عدد الأيام التي تُصيبه فيها، مع تشجيعه علي أن يتعايش مع مرض الصَّرع.
- ١٠ - علي الوالدين التذكُّر دائماً أنَّ النوبات يمكن أن تتوقف، لذا، فإن قبول الطفل المُصاب بالصَّرع في المجتمع سوف يعتمد عندئذ علي قدرته علي تكوين علاقات اجتماعية، وأن يكون مسؤولاً كعضو في المجتمع، وأن يعيش حياة مستقلة ومستقرة ومثمرة.

الأسرة .. والحذر علي الطفل المُصاب بالصَّرع من مناطق الخطر؛

ينبغي حماية الطفل المُصاب بالصَّرع من بعض الناطق التي قد تُعرِّض حياته للخطر، وهي علي سبيل المثال:

١. **النار المشتعلة:** والتي ينبغي أن تكون بعيدة عن الطفل، أو أن تكون مُحاطة بسياجٍ أو شبكةٍ، لضمان عدم سقوط الطفل فيها عند مُهاجمة النوبة له .
٢. **السباحة دون مراقبة:** لا حاجة لأن نمنع الطفل من السباحة، لكن التأكيد من أن الطفل مُراقب بواسطة شخص يقوم بملاحظته، ويقوم بانتشاله من الماء فور حدوث النوبة له، وإذا كانت النوبة تُصيبه بشكلٍ مفاجئٍ، فيجب أن يستحم في ماءٍ ضحلٍ، وأن يكون باب الحمام مفتوحاً قليلاً. ويُستحسن ألاَّ يقوم بالاستحمام وحده إطلاقاً في البيت.
٣. **ركوب الدراجة:** لا مانع من أن يركب الطفل المُصاب بالصَّرع الدراجة أو الحصان طالما أنه يضع فوق رأسه قبعة سميكة لحمايتها عند السقوط. وإذا كانت النوبة تهاجم الطفل بشكلٍ مستمرٍ؛ فإن ركوب الدراجة بين وسائل المواصلات في الطريق أمرٌ خطيرٌ للغاية.
٤. **تسلُّق الأشجار أو السلالم:** يُعد أمرٌ خطيرٌ للغاية، فيجب الامتناع عنه.
٥. **قيادة السيارة:** لا ينبغي للشخص المُصاب بالصَّرع بقيادة السيارة إلاَّ إذا كانت النوبة قد توقفت لمدة سنتين علي الأقل، مع مناقشة الأمر مع الطبيب المُعالج.

أهم سُبُل الرعاية النفسيَّة والبدنيَّة للطفل المُصاب بالصَّرع:

١. **أساليب مُعاملة الوالدين للطفل المُصاب بالصَّرع:**

يحتاج كُلٌّ من الوالدين أن يعملوا بشكلٍ متكاملٍ، وبروح الفريق، وهذا يحتاج إلي أن يكون بينهما مناقشةٌ مفتوحة، لذا، ينبغي عليهما ألاَّ يخافا مُطلقاً من الحديث عن الصَّرع الذي أصاب ابنهما، وليعلما أن مواجهة هذا المرض تكون عن طريق العلاج الطبي والنفسي.

والابن المُصاب بالصَّرع لا يختلف عمَّا كان عليه بعد تشخيص حالته كمُصاب بالصَّرع، فيما عدا أنَّه يتعيَّن توقع حدوث نوبات له في أي وقت، وأي مكان إذا لم يلتزم بتناول العلاج بصورة منتظمة ودقيقة. ومع ذلك، ينبغي أن تستمر حياته والتعامل معه مثلما كانت قبل إصابته بالمرض.

ولا يوجد مُبرر لأن يُعامل بشكل مختلف، أو نجعل مرض الصَّرع مُبرراً لعدم قيامه بالأشياء التي تعود القيام بها. إنَّ النوبة الصَّرعية أمر مؤلم لمن يلاحظه، أكثر من الطفل المُصاب بها، لكن إذا تصرَّف الشخص الذي شاهد تلك النوبة بشكل غريب تجاه الطفل عقب قيامه من النوبة؛ فإنَّ الطفل سيُصاب بالإحباط وفقدان الثقة بالنفس.

وينبغي أن يستمر نظام حياة الأسرة كالمعتاد، فإذا كان يذهب الطفل إلى المدرسة، فينبغي التحدُّث مع المدير، والمُعَلِّمين عن حالته، والتأكُّد من أنَّهم يعرفون كيف يتصرَّفون إذا هاجمته النوبة.

٢ - تجنب الرعاية المُفرطة:

وهي تُسبب للطفل المُصاب بالصَّرع أضرار نفسيَّة وسلوكيَّة، فإن منع الطفل من ممارسة الأنشطة العادية مع أصدقائه يؤدي إلى انزاله، وإصابته بالملل والكآبة. كما إن ذلك يُضعف من ثقته بنفسه؛ لذلك ينبغي مساعدته وتشجيعه علي أن يكون مُعتمداً علي ذاته، مع التأكُّد من اتخاذ الاحتياطات الضرورية واللازمة للمحافظة علي نفسه.

٣ - التشجيع المستمر علي ممارسة الأنشطة الصحيَّة:

وذلك لتجنُّب الكسل وعدم العمل؛ فالحياة المنظمة هي أفضل شئ للمُصاب بالصَّرع؛ كتحاشي الإرهاق الزائد، أو عدم الانتظام في الوجبات، وتجنُّب السهر لوقت متأخر.. وكلَّها سوف تُساعد علي التقليل من النوبات.

٤ - التعايش مع نوبات الصَّرع:

علي الأسرة أن تتعايش مع نوبات الصَّرع الغير متوقعة، والغير معلومة والتي لا يُعرف متى ستحدث؛ لأنَّ هذه هي طبيعة الحالة. حتي لو كان هناك سيطرة جيدة علي

النوبات، إلا أنه قد يحدث تدهور مرةً أُخرى. فلا داعي للغضب واليأس والإحساس بالتعاسة، وتقبل هذه النوبات بهدوء وعدم انزعاج.

٥ - اللجوء إلي الاستشارة النفسية:

إذا وُجد أن ضغوط مرض الصرع قد أصبحت تؤثر علي حياة الأسرة، وأصبح من الصعب التعامل معها، وبدأ الإحساس بالضيق، أو الشعور بالذنب من أفراد الأسرة تجاه الطفل المريض؛ فالطبيب النفسي في هذه الحالة سوف يُساعد الأسرة علي تعديل المشاعر، وتزويد أفرادها بالإرشادات البناءة المتفائلة التي تبعث الطمأنينة إلي نفوسهم، وتخلصهم من القلق الذي يساورهم.

٦ - التشجيع الدائم علي التعامل مع الآخرين:

ينبغي تشجيع الأبناء الذين يُعانون من مرض الصرع علي التعامل مع أقرانهم، ومشاركتهم الأنشطة المختلفة، وجعلهم يشعرون بأنهم ليسوا مختلفين عن أقرانهم وأصدقائهم وزملائهم.

وكما نعلم فإنه مع تقدُّم الطفل في النمو، فإنه يبدأ في رفض سلطة الوالدين سعياً إلي تحقيق حد أدنى من الاستقلال عنهما. وهنا يؤدي وضع قيود مُحكِّمة حول تصرفات الطفل وحركاته وسكناته بدعوي حمايته، إلي مشكلات سلوكية خطيرة.

ونري أنه من الحكمة أن تناقش الأسرة الاحتياطات الضرورية مع الطفل المريض لمساعدته علي اتخاذ قرَّاراته بنفسه بدلاً من فرضها عليه قسراً. وقد يكون من المفيد إشراك الطفل في مناقشة التحفظات اللائمة مع طبيبه المُعالج، وبذلك يسهل تقبُّل الطفل للتعليمات واحترامها.

رعاية المريض أثناء النوبة الصرعية الكبرى:

- ١ . يجب حماية الرأس من الارتطام بالأرض، وذلك بوضع وسادة تحتها.
- ٢ . يجب فك رباط العنق والحزام وأزرار الملابس الضيقة، وخلق النظارة إذا وجدت وإبعادها عن المريض.

٣. عدم محاولة كبح حركة المريض أو مقاومته أثناء النوبة، إلا إذا كان هناك خطر واضح يُهدد حياته، كأن يوشك أن يسقط في الماء، أو ترتطم رأسه بحافة الرصيف، أو يقع من فوق السرير.

٤. يجب وضع خافض لسان لتجنُّب إصابة لسان المريض بأذى.

أما ما يلزم إتباعه عقب انتهاء النوبة الصَّرعية الكبرى، فهو كالتالي:

١. يُقلَّب المريض علي أحد جانبيه، وذلك حتى يضمن عدم انسداد المسالك الهوائية (التفسيَّة) بسبب سقوط اللسان إلي الخلف داخل البلعوم، أو تسرُّب اللُّعاب، أو محتويات المعدة الناتجة عن القيء إلي القصبة الهوائية والرئتين.

٢. يجب التأكُّد من أنَّ رأس المريض قد دارت إلي الجانب مع جسمه، مع مراعاة أن تكون في مستوى منخفض عن بقية الجسم، كما يجب جذب اللسان إلي الأمام ودفْع الفك السفلي إلي أعلى، وتنظيف الفم من الزيد برفقٍ.

٣. يجب عدم محاولة إعطاء المريض أي مشروب إلا بعد التأكُّد من أنَّه قد استعاد وعيه تماماً.

٤. يجب وقف أي نزيف عن طريق الضغط علي المنطقة النازفة لبضع دقائق، ثمَّ ربطها بعد ذلك لإيقاف استمرار النزيف.

٥. يجب إزالة أي أثر لسلس البول أو البراز الذي قد يحدث أحياناً أثناء النوبة؛ لأنَّه يكون مصدر ضيق شديد للمريض بعد أن يفيق.

٦. يجب أن نظل بجوار المريض لملاحظته ورعايته حتى يفيق تماماً، مع مُراعاة الملاحظة الدقيقة للتنفس بعد انتهاء النوبة.

٧. يُلجأ إلي التنفس الاصطناعي في حالة وجود أي اضطراب في التنفس، مع مُراعاة أن يكون ذلك بالحرص التَّام أو استدعاء الطبيب.

٨. يمكن إعطاء المريض كوباً من الشاي بعد التأكُّد من أنَّه استعاد وعيه تماماً.

٩. يجب عدم إخبار المريض بأية تفاصيل عن مدي شدة النوبة أو خطورتها.

١٠. يجب عدم الاتصال بالإسعاف أو الطبيب إلا في الحالات التالية:

- إذا استمرت نوبة التشنُّج أكثر من خمس دقائق.
- إذا أُصيب المريض بنوبةٍ أُخري قبل أن يسترد وعيه من النوبة الأولى.
- إذا أُصيب المريض بإصابات بالغة لا يمكن لنا إسعافها، كأن يُصاب بكسور مركَّبة، أو جروح متهتكة.
- إذا لم يستطع وقف نزيف المريض.
- إذا لم يسترد المريض وعيه خلال ربع ساعة من انتهاء النوبة، وبخاصة إذا كانت رأسه قد ارتطمت بجسم صلب أثناء النوبة. مع الأخذ في الاعتبار أن معظم المرضى يغطون في نوم عميق عقب انتهاء النوبة، وهم في هذه الحالة يستجيبون لمحاولات إيقاظهم علي عكس ما يحدث عند استمرار حالة فقدان الوعي.
- إذا حدث وقف في التنفس أو اضطراب فيه، ولم يستجب للتنفس الاصطناعي الذي تم إجراؤه في هذه الحالة.
- يجب استشارة الطبيب إزاء أي شعور بالقلق أو الانزعاج لتصور أن الأمور لا تسير علي ما يُرام. ومن خلال مناقشة الأمر مع الطبيب المُعالج، يمكن التخفيف من القلق والقضاء علي الانزعاج الذي حدث.
- ومن الأفضل والأجدي بمريض الصَّرع أن يواظب علي استشارة طبيب واحد يثق به، ويلتزم بتعليماته حتى يصل إلي بر الأمان ويعيش حياة طبيعية.

رعاية المريض أثناء النوبة الصَّرعية الصغرى:

تكثر هذه النوبات بين الأطفال، وفي هذه الحالة لا يحتاجون لأية مساعدة أثناء النوبة؛ فقد يُصابون بعشرات النوبات كُلِّ يوم دون أدني خطورة عليهم أو علي الآخرين

المُحيطين بهم. فقط علينا أن نعرف أنَّهم يغيبون عن الوعي لبضع ثوان أثناء النوبة ولا يدركون ما يجري خلالها. وعليه، فمن الظلم أن نلومهم أو نوبخهم لتقصيرهم في تنفيذ بعض التعليمات التي يُطلب منهم تنفيذها سواء في البيت أو في المدرسة.

تجنب بعض العوامل المسببة لنوبات الصَّرع:

١. الأرق: يُعد الأرق أو نقص النَّوم سبباً آخر شائعاً لإثارة نوبات الصَّرع، ولذا لا ينبغي لمريض الصَّرع أن يُجهد نفسه أكثر من المعتاد بحيث يحرم جسمه من ساعات النوم المعتادة.

٢. الضغوط النفسية: إنَّ الضغوط النفسية الشديدة، والاكتئاب، وانحطاط المزاج كُلُّها مؤثرات نفسية يمكنها أن تُسيء إلي مرض الصَّرع وتُحفز علي زيادة مُعدل نوباته. ومن ناحية أخرى فإن الضيق النفسي في حد ذاته يدفع المريض إلي شيءٍ من اللامبالاة ممَّا يؤثّر علي تناوله للعقاقير الموصوفة بصورة منتظمة.

٣. الحُمى والشمس القوية: ارتفاع درجة حرارة الجسم يجعل المخ أكثر قابلية لحدوث التشنُّجات، ولذا ينبغي علي مريض الصَّرع ألاَّ يتأخر عن تخفيض درجة حرارته أثناء المرض بالعقاقير المختلفة.

كما ينبغي علي كُلِّ أمٍّ تعرَّضَ طفلها للصَّرع أو التشنُّجات أن تهتم بتفادي ارتفاع درجة حرارة طفلها لفترةٍ طويلةٍ. ويمكن السيطرة علي ارتفاع درجة الحرارة بعمل كمادات ماء مُتَلَج، أو وضع الطفل في حمام ماء بارد.

كما ينبغي الحذر من التعرُّض لأشعة الشمس القوية لتفادي الإصابة بضربة الشمس، ففي هذه الحالة تُثار نوبات الصَّرع بارتفاع درجة حرارة الجسم وأيضاً بحدوث حالة الجفاف.

٤. الحساسية الضوئية: في السنوات الأخيرة، أُجريت عدة دراسات عن علاقة الأضواء المتغيرة أو المبهرة بنوبات الصَّرع، وقد وُجد أنَّ بعض مرضي الصَّرع يتميزون بحساسيةٍ زائدةٍ لتغيير الأضواء ممَّا يُثير عندهم نوبات الصَّرع.

ووجد أنّ التغيّرات الضوئية السريعة (بمعدل ٥ - ٣٠ مرّة في الثانية) تُثير نوبات الصّرع في حوالي ٥٪ من المرض.

وتُعتبر مشاهدة التلفزيون، واستخدام الكمبيوتر، وأداء الفيديو جيم نماذجاً للتعرّض لهذه التغيّرات الضوئية السريعة. ولذا يُنصح مرضي الصّرع، وخاصةً الأطفال، بتجنّب مشاهدة التلفزيون لفتراتٍ طويلة، وكذلك فترات الجلوس الطويلة أمام شاشات الكمبيوتر. وأحياناً يُفيد استخدام النظارات الشمسية في تقليل الحساسية ضد المؤثرات الضوئية.

الطرق الحديثة في علاج الصّرع:

أولاً: العلاج الدوائي:

هناك نقاط مهمة في علاج مرض الصّرع لا بدّ من التقيّد بها، وهي كالتالي:

١. يجب أن يكون هناك تعاون تام بين الطبيب والمريض. وواجب المريض هو أن يُنفذ ما ينصح به الطبيب، وتكون هناك ثقة تامة بينهما.
٢. العلاج يتطلّب وقتاً طويلاً يتراوح بين ثلاث سنوات وخمس سنوات، وربما مدي الحياة.
٣. ليس كلّ مريض مثل الآخر، وما يؤثّر علي حالة مريض ربما لا يؤثّر علي حالة الآخر؛ لذا يجب عدم الاستماع إلي نصائح مريضٍ لمريضٍ آخر، والتقيّد فقط بالدواء الذي يصفه الطبيب.
٤. لا بدّ من الصبر في العلاج؛ لأنّ الطبيب قد يُغيّر من نوع الدواء، أو من كميته تبعاً للحالة، وربما تعرّض المريض أثناء هذه المحاولات الكثيرة إلي حدوث نوبات تكون شديدة، فليس معني ذلك ترك الدواء، أو اليأس من العلاج.
٥. يجب استشارة الطبيب عند زيادة عدد النوبات، أو تغييرها، أو تغيير الأعراض.

٦. عند التوقف عن الدواء لا بد أن يكون تدريجياً، وربما استغرق ذلك سنة علي الأقل؛ لأنه إذا توقف العلاج فجأة عادت النوبات.

أهم الاحتياطات عند بدء العلاج، وعند التوقف عنه:

لتنظيم جرعة العلاج بمضادات الصرع، لا بد من إتباع التالي:

١. لا بد عند بداية العلاج أن تُقدّم مضادات الصرع بجرعاتٍ محدودةٍ تزيد تدريجياً؛ لأنّ تقديمها بجرعاتٍ كبيرةٍ قد تؤدي إلي تسمّم دوائي، وحدث أعراض جانبية شديدة. وتُحدّد الجرعة النهائية المناسبة للمريض بناء علي مدي فعاليتها في السيطرة علي نوبات الصرع، وأيضاً بناء علي مدي معاناة المريض من الأضرار الجانبية.

٢. في حالة ضعف فعالية العقار المُستخدم، أو تسببه لأضرارٍ جانبيةٍ شديدةٍ يُستبدل بعقار آخر. وفي كثير من الحالات يمكن عادة السيطرة علي نوبات الصرع باستخدام عقار واحد. ولكن هناك حالاتٍ أخرى قد تستلزم المُعالجة بأكثر من عقار. ولكن لا يفضل التسرع باستخدام أكثر من عقار لعدة أسباب وهي احتمال حدوث تفاعل داخلي بين هذه العقاقير، وزيادة فرصة حدوث أضرار جانبية، بالإضافة إلي احتمال حدوث خطأ أو نسيان من جانب المريض في تناول هذه العقاقير.

٣. مثلما يبدأ تقديم مضادات الاكتئاب تدريجياً يجب كذلك التوقف عن تناولها تدريجياً؛ لأنّ التوقف المفاجئ عن تناولها، حتى وإن كانت محدودة الفعالية، يمكن أن يؤدي إلي حدوث نوبات صرع شديدة.

٤. يجب ملاحظة أن مضادات الصرع تحتاج إلي فترةٍ من الوقت (في حدود أيام أو أسابيع) حتى تُحدث مفعولها الواضح في السيطرة علي نوبات الصرع؛ ولذا لا بد من التزام المريض بتناولها بصفة منتظمة؛ لأنّ أي إهمال تناولها أحياناً لا يجعلها تُحقق التأثير المطلوب، وبالتالي تكون هناك فرصة متوقعة لحدوث النوبات.

ثانياً: العلاجات المكملة للعلاج الدوائي:

● الحاجة إلي الفيتامينات:

نظراً لأنَّ بعض مُضادات الصَّرع تتسبَّب في نقص مخزون الجسم لبعض الفيتامينات؛ فإنَّه يُفضَّل الاستعانة بمستحضرات لهذه الفيتامينات لتعويض نقصها بالجسم، بالإضافة إلي الاهتمام بتوفير تناولها من خلال الغذاء. وأبرز هذه الأنواع "حمض الفوليك"، وهو أحد فيتامينات (ب) الضرورية لتكوين الدَّم.

● أهم الأغذية الضرورية لمرضى الصَّرع:

نظراً لأنَّ "حمض الفوليك" هو أهم تلك المغذيات التي تتأثَّر كميتها بالجسم بتناول مُضادات الصَّرع؛ فإنَّه بالتالي يجب الاهتمام بتوفيرها من خلال الأغذية المختلفة. ونفس الشئ ينطبق كذلك علي فيتامين (د)، حيث تؤدي بعض مُضادات الصَّرع لنقص مستواه بالجسم.

وأهم الأغذية الغنية بـ"حمض الفوليك":

١ - الأوراق الخضراء للخضروات مثل: السبانخ، والملوخية، والخبيزة.

٢ - خميرة البيرة.

٣ - اللحوم، والكبد، والكلاوي.

أما أهم الأغذية الغنية بفيتامين (د)، فهي:

الزبد - اللبن - زيت السمك - أسماك المياه المالحة - الكبد - البيض.

ثالثاً: العلاجات الطبيعيَّة:

تذكر الإحصائيات أنَّ حوالي ٣٠٪ من مرضي الصَّرع يُعانون من زيادة النوبات في الفترات العصبيَّة التي يتعرَّضون خلالها لضغوطٍ نفسيَّة متكررة. والعكس صحيح، بمعنى أنَّ الهدوء النفسي يُساعد في خفض معدل حدوث نوبات الصَّرع.

ولذا فإنَّ العلاجات الطبيعيَّة التي تُساعد الجسم علي الاسترخاء تُعتبر من المكملات العلاجية لمرضي الصَّرع في تلك الأوقات العصبيَّة، مثل: التدليك، والتأمُّل، واليوجا، وممارسة تمارين الاسترخاء.

كما يُساعد عمل الإبر الصينيَّة علي مقاومة التوتُّر وتحقيق الاسترخاء. وهناك أيضاً العلاج بالزيوت العطرية، حيث يسترخي المريض ويستنشق رائحة أحد الزيوت العطرية المناسبة، مثل: زيت البابونج.

رابعاً: العلاج بالجراحة:

هناك عدد ليس قليلاً من مرضي الصَّرع يمكنه الاستفادة بدرجة كبيرة من جراحات علاج الصَّرع، والتي يمكن أن تؤدي للشفاء التام واختفاء النوبات.

وتهدف هذه الجراحات بصفة عامة إلي استئصال الجزء من المخ الذي تبدأ عنده التشنُّجات.

ومن الواضح أنَّ لذلك بعض الخطورة؛ ولذا فإنَّه قبل الشروع في إجراء هذه الجراحات، يجب التأكُّد من عدة أمور مهمة، مثل:

١. فشل علاج المريض بالعقاقير المُضادة للصَّرع، مع استمرار مُعاناته من نوبات شديدة.

٢. إجراء هذه الجراحات سيحدث تغييراً كبيراً في حياة المريض.

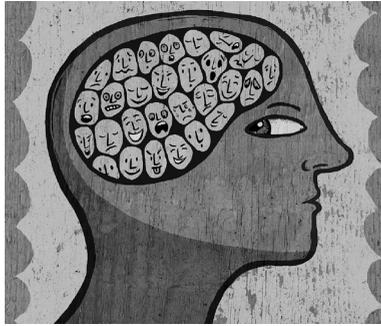
٣. التأكُّد من أن مشكلة الصَّرع تُسبب إزعاجاً كبيراً للمُصاب، وتجعله غير قادر علي الاستمتاع بحياته.

إنَّ نجاح جراحات الصَّرع يعتمد أساساً علي نوع الجراحة، والجزء من المخ الذي تُجري به الجراحة، فعلي سبيل المثال: إذا افترضنا أنَّ هناك مشكلة تكمن بالفص الصدغي (Temporal Lobe). وهو الوضع الأكثر شيوعاً. فإن حوالي ٧٠٪ من المرضي بعد الجراحة تزول عنهم التشنُّجات تماماً، وفي نسبة ٢٠٪ تتحسن حالتهم، أمَّا بالنسبة الباقية، وهي ١٠٪ فقد لا تشهد أي تحسُّن.



الفصل الرابع

الفصام



الفصام، أو "الشيزوفرينيا" (السكيزوفرينيا) Schizophrenia، مرض عقلي يتميّز باضطراب في التفكير، والوجدان، والسلوك وأحياناً الإدراك، ويؤدي إذا لم يُعالج في بادئ الأمر إلى التدهور في المستوي السلوكي والاجتماعي، كما يفقد الفرد شخصيته؛ وبالتالي يصبح في معزل عن العالم الحقيقي.

وهو مرض عالمي يُصيب الإنسان بصرف النظر عن مستوي نموه الاقتصادي، وعلي اختلاف عقائده الاجتماعية والسياسية.

وكثيراً ما أطلقوا عليه عبارة "ضياع العقل المبكر الدائم"؛ لأنه غالباً ما يبدأ في سنّ الشباب، وتطول ملازمته لصاحبه حتى تصبح واحدة من صفاته.

والفصام هو السبب في وجود المؤسسة الرهيبة: "مستشفى الأمراض العقلية"، التي صُممت في الأصل كملجأ دائم، وما زالت بؤرة الاهتمام الرئيسية في مشروعات الصحة النفسية في العالم.

والملاحظ أنّ هذا المرض الغريب يُحوّل حياة ١٪ من سكان العالم إلى "تراجيديا" هائلة، عناصرها: الألم النفسي، والضياع الفكري، والدمار الاقتصادي. وقد حفل الأدب العالمي بنماذج لأناس أُصيبوا باختلال في السلوك، لعلّ أبرزهم "أوفيليا هاملت" فهي نموذج للفصام، كما صورها الأديب والشاعر الإنجليزي الكبير "وليم شكسبير" William Shakespeare، حيث كانت تُعاني مرض الفصام؛ فتبدو هادئة، وعاقلة، وطبيعية أحياناً، ثمّ تبدو مضطربة الأعصاب إلى حدّ الجنون، وإنكار الواقع والحياة في إطار الخيال الكامل.

مدي انتشار الفصام:

يُصيب الفصام حوالي ٨٥ . - ٣٪ من المجموع العام للشعب، أي أنّه إذا كان تعداد سكان مصر ٦١ مليوناً فإنّ عدد الفصاميين يتراوح بين ٥٠٠ ألف إلى ٦٠٠ ألف مريض وهي نسبة خطيرة خاصة إذا أخذنا في الاعتبار أنّ هذا المرض يُصيب الفرد في سنّ

الشباب والنضوج، أي فترة العمل والدراسة والازدهار الفكري، ممّا يجعل الفصام ليس بظاهرة مَرَضِيَّة فقط، بل ظاهرة تُؤثّر علي الناحية الاقتصادية والاجتماعية، حيث أنّه يُؤثّر علي ساعات العمل، وارتباط العائلة، فضلاً عن تفكُّك الأسرة، ويؤدي إلي الانطواء، وأحياناً إلي سلوك إجرامي مُضاد للمجتمع.

أمّا عن معدلات حدوث الفصام في الطفولة، فإنَّ نسبته في الغالب منخفضة، وتُشير بعض الإحصائيات التي تعتمد علي الدراسة الاسترجاعية لتاريخ الفصامين الراشدين، إلي أن بدء المرض في الطفولة بين هؤلاء المرضى يحدث بنسبة تتراوح ما بين ٣٪ و ٤٪. إلاّ أنّ هذه التقديرات غير موثوق بها تماماً.

هذا في حين أنّه في دراسةٍ تتبعيه للأطفال الفصامين في مستشفى أمريكية تدعي "بلفيو"، تبيّن أن حوالي (٣٢) ثلثي هذه الحالات قد تم تشخيصها في مرحلة المراهقة المتأخرة، أو الرشد باعتبارها حالات فصام، إلاّ أنّ هناك تساؤلات كثيرة عمّا إذا كان التشخيص الذي تم في أوّل الأمر لهذه الحالات، كان له تأثيره علي الأكلينكيين عند وضعهم للتشخيص التالي.

ويمثل مرض الفصام حوالي ٦٠ - ٧٠٪ من المرضى نزليي مستشفيات الأمراض العقلية. وقد وجد الدكتور أحمد عكاشة^(٣٢) في أحد أبحاثه أنّ نسبة الفصام بين مرضي عيادات الطب النفسي بمستشفيات جامعة عين شمس حوالي ١٥، ٣٪ من كُّل الحالات، وبالطبع تختلف هذه النسبة عن إحصائيات المستشفيات العقلية نظراً لأنّ الأخيرة تستقبل حالات منتقاة من الذهان، أمّا العيادات الخارجية فتتمثل تقريباً النسبة بين مرضي العصاب والذهان. وقد وجد الدكتور "بعشر" وزملاؤه في السودان أنّ النسبة لديهم حوالي ١٢، ٢٪ من مجموع المترددين علي العيادات الخارجية، وهي نسبة قريبة من أرقامنا في مصر.

وكان البعض يعتقد أنّ الفصام لا يظهر في المجتمعات النامية، وأنّه يتعرع مع الحضارة، ولكن ثبت خطأ هذا الظن؛ لأنّ الدراسات أشارت إلي وجوده بنفس النسبة

الموجودة في الأماكن المتحضرة، ولكن تختلف مظاهر المرض حسب الحالة الثقافية، والحضارية، والاجتماعية، فمثلاً، تصل نسبة مرض الفصام في السويد إلي حوالي ٣٪ من مجموع الشعب، وهي من أعلى النسب العالمية.

وفي الولايات المتحدة الأمريكية يُشير الباحثون إلي أن ٣٪ من أفراد الشعب الأمريكي هم فعلاً مُصابون بمرض الفصام، ولكن الكثير من هؤلاء لا تكون أعراض إصابتهم من الشدة بحيث تضطرهم إلي اللجوء إلي العلاج، وقد يُشفي بعضهم من المرض دون علاج.

ومن الأعراض المعروفة للمرض اضطراب في التفكير، وفي قوة الملاحظة، يرافقهما سماع أصوات غريبة في بعض الأحيان، واشتغال الفكر بأمر خيالية وغير منطقية، وهذه الأعراض يشكو منها أكثر من مليوني أمريكي. ويُقدّر الخبراء الأمريكيون - كما ورد في إحصاء المعهد القومي الأمريكي للصحة العقلية - الخسائر التي يتكبدها الاقتصاد الأمريكي بمبلغ يفوق الـ ٢٠ بليون دولار سنوياً في كل عام نتيجة قلة إنتاج المُصابين في الدرجة الأولى، ثم نفقات علاجهم في الدرجة الثانية.

حقائق مهمة عن مرض الفصام:

- تبين من الإحصائيات أن الفصام ينتشر بين الرجال والنساء بنسبة واحدة؛ فقد توقع بعض الباحثين أن يكون الفصام أكثر انتشاراً بين الرجال نظراً لزيادة تعرضهم لمشاكل الحياة، وأعباء العمل، ولكن هذا لا يمنع أن يزيد نسبة الفصام بين الرجال قبل سن الثلاثين، وبين النساء بعد هذه السن. وقد تبين أن الإصابة بالفصام والبدء في العلاج تبدأ مبكراً في الرجال عنها في النساء.
- الفصام - عادةً - يُصيب الصغار والشباب ما بين سن ١٦-٢٥ سنة.
- الفصام هو مرض من أكثر الأمراض إعاقة للشباب.
- من الممكن ظهور مرض الفصام في سن النضوج، ولكن البداية تكون أقل بعد سن الثلاثين، ونادراً بعد سن الأربعين.

- تبيّن من الدراسات المختلفة أنّ مرض الفصام ينتشر في الأماكن المكتظة بالسكان حيث الفقر، والجريمة، والتعطل (البطالة)، والانحرافات الاجتماعية الأخرى.
- ٤٠٪ من حالات الفصام تظهر في الطبقات الاجتماعية ذات المستوى الأدنى كالعمال غير المهرة، أو غير الفنيين.
- مرض الفصام ينتشر بنسبة أكبر في غير المتزوجين عنه في المتزوجين، والبعض يعزو ذلك إلى أنّ هؤلاء المهنيين وراثياً لهذا المرض كثيراً ما يميلون إلى الانسحاب من المجتمع، والعزلة، والانطواء ممّا يجعل النسبة تبدو أكثر ظهوراً بينهم.
- يزدهر الفصام في فصل الربيع وأوائل فصل الصيف؛ وذلك كمعظم الأمراض الذهانية الحادة التي تنتشر في هذه الفصول، ومن الصعب تحديد الأسباب الرئيسية؛ لذلك يُحتمل وجود تغييرات بيولوجية، وفسولوجية أثناء تغيير الجو؛ ممّا يجعل الفرد المهياً للمرض عرضة للانتكاسات.
- ينتشر مرض الفصام بين مواليد فصل الشتاء، ويظهر في أصغر أبناء العائلات متعدّدة الأفراد.

الفصام .. ومعاونة أسرة المريض؛

المعروف أنّ مرض الفصام يُمثّل تحدياً خطيراً للطب النفسي، حيث يُقابل الأطباء في كلّ يوم مرضي يُعانون من هذا الاضطراب المؤلم الذي يُسيطر على السلوك الإنساني، ويحيل الحياة إلى جحيم لا يُطاق. وعلي الرُغم من تحسُّن أوضاع مرض الفصام في القرنين الأخيرين بشكل ملحوظ، إلا أنّ هذا المرض يحتاج إلى ما هو أكثر وأفضل خاصّة بعد انتقال المرض من القيود الحديدية إلى القيود الكيميائية، في الوقت الذي نطمح فيه إلى تحرير المرضى من أي قيد يعوق ممارستهم للحياة بصورة طبيعية.

وعموماً، فقد انتقلت اتجاهات الطب بكُلِّ ما يملك من إمكانيات إلى الأخذ بيد المريض من مرحلة التشاؤم الشديد، إلى مرحلة التفاؤل المُفعم بالأمل. وما زلنا نطمح في أملٍ حقيقي يُعيد للمريض شخصيته السَّوية البعيدة عن القيود والمحاذير.

ونحن نعتبر أن مرض الفصام من أخطر الأمراض التي تُصيب الإنسان، وتُسبب له العديد من المشكلات التي تُبعده عن أهله وأصدقائه، وتدفعه إلى العزلة، والانطواء على ذاته ليسبح في أحلامٍ خياليةٍ لا تمت إلى الواقع بصلةٍ.

وليس فقط المريض الذين يُعانون، ولكن أُسرهم وأصدقائهم أيضاً، حيث يُعاني ١٠-١٣٪ من أُسر مرضي الفصام من مشكلات واضطرابات وجدانية، ومعاونة اقتصادية ومادية بسبب أن أبناءهم لا يستطيعون الاعتماد على الذات، وتحمل أعباء حياتهم، ويظلون معتمدين على أُسرهم لمدد طويلةٍ، أو مدي الحياة.

وكذلك يتأثر المجتمع اقتصادياً واجتماعياً على المدى الواسع. ويكوّن مرض الفصام ١٠٪ من نسبة المُعاقين في المجتمع، و(3%) ثلث عدد المشردين الذين هم بلا مأوى.

أعراض الفصام في الطفولة:

تتباين الآراء حول السن الذي يبدأ فيه ظهور فصام الطفولة، ففي حين يُقرّر بعض العلماء أن فصام الطفولة هو صيغة إكلينيكية تحدث خلال مرحلة الطفولة قبل سنّ الحادية عشر، نجد أن عالم مثل "ماير جروس" يُقرّر بأن كثيراً من أطباء النفس لم يُشاهدوا حالة فصام في طفلٍ يقلُّ عُمره عن أحد عشر عاماً.

ثمّ نجد باحثين آخرين يُقررون بأنّه من بين صور ذهان الطفولة نجد أن هناك عدد من الحالات تكون المظاهر الإكلينيكية لها متفقة مع المعايير المستخدمة في تشخيص الفصام الذي يحدث لدى الراشدين، وأنّ هذه الاستجابات الفصامية لا تحدث في الأغلب قبل سنّ ثماني سنوات، وبتزايد حدوثها كلّما اقترب الطفل من مرحلة المراهقة.

كيف يحدث فصام الطفولة ؟

يحدث فصام الطفولة بشكلٍ خفيٍ تدريجيٍّ Insidious، وأيضاً بشكلٍ حادٍ، كما يمكن أن يحدث بشكلٍ نوبيٍّ. وقد تظهر الأعراض التخشبية فجأةً بعد تغيُّر بطئٍ في الشخصية يكون قد استمر لعدة شهور.

ومن جهةٍ أُخري فإن الطبيعة المتطورة للمرض لا تكشف عن نفسها في الظواهر النكوصية فقط مثل: التبول اللاإرادي، واللعب بالبراز، والانفجارات الانفعالية.. وغير ذلك من صور اضطراب السلوك الطفلي، وإنما تكشف طبيعة المرض عن نفسها أيضاً في صورة عدم تكافل للفكر والكلام، وعدم تناسب الانفعالات، والتبُّد الانفعالي، وكذلك تبُّد سائر الاستجابات الأخرى.

طبيعة فصام الطفولة:

وصف "كانر" Kanner العام ١٩٤٣ حالات الانفصام الطفلي المبكر باعتبارها نوعاً من عدم سواء النمو في السنة الأولى من العُمُر. والعرض الأساس هنا هو فقدان الرغبة في الاتصال البشري، مع مظاهر أُخري من اضطراب النمو مثل: تأخُّر الكلام، والصمت، وترديد ما يُسمع من كلمات مصحوبة بنضج مبكر في مجالات أُخري مثل: الذاكرة.

ومن أبرز مظاهر الانفصام الطفولي المبكر، هو النقص في السلوك الخاص بالاتصال السوي بالآخرين؛ فبالرغم من مستوي ذكاء الطفل العادي، إلا أنه لا يتعلَّم أن يتكلم حتى سن الخامسة أو السادسة، ولا يُشارك غيره من الأطفال لعبهم بشكلٍ سويٍّ، وغالباً ما لا يستجيب لمداعبات الأم، أو غير ذلك من صور العطف والتدليل.

ولا يمكنه أن يُميِّز بوضوح بين الجماد وغير الجماد (أي بين الموضوعات الحيَّة وغير الحيَّة)؛ وبالتالي يفقد الاهتمام الذي يُبديه الطفل العادي نحو الحيوانات الأليفة، والطيور. وغالباً ما يكون سلوكه نمطياً تكررانياً.

وقد يحدث نوعاً من الخلط ما بين "التوحد" Autism المُصاحب لفصام الطفولة، وبين ما وصفه "كانر" بـ "الانفصام الطفلي المبكر"، ففي الحالة الأخيرة . أي الانفصام الطفلي المبكر. نجد أنّ الطفل لا ينسحب من مشاركات وعلاقات كانت قائمة سابقاً مع الآخرين كما هو الحال في اضطراب "الأوتيزم"، وإنما نجد أنّ الطفل في حالة الانفصام الطفلي المبكر يكشف منذ البداية عن حالة متطرفة من الانعزال الانفصامي.

وفي بادئ الأمر، يكون آباء هذا الطفل راضين وسعداء بهذا الهدوء، وبقدرته علي أن يشغل نفسه لفتراتٍ طويلةٍ دون حاجةٍ إلي انتباه أحد، إلاّ أنّه سرعان ما يُحبطهم استمرار هذا الانعزال، وعدم اكتراث الطفل لمحيّتهم، أو تركهم له.

ويري "ماير جروس" أنّ كثيراً من الباحثين يعتقدون بأن عدداً من هذه الحالات يعود إلي أصولٍ مرّضية عضوية ولا تمت بصلةٍ إلي فصام الرشد. كما أنّ هناك مجموعةٍ أُخري ممّن يُطلق عليهم فصاميون، إنما يمثلون استجابات هستيرية حادة لفقدان، أو صدمة ذات طبيعة انفعاليّة، أو لحرمان من السند الوجداني. وهي حالات يمكن أن تحدث بين أطفال يتصفون بالانطواء والانعزال، وتكون خصائص شخصيتهم من النمط الذي يُعطي الصورة الإكلينيكية صبغتها الفصامية، الأمر الذي يُعقد العملية التشخيصية.

ومن جهةٍ أُخري فإنّ العلاقة ما بين فصام الراشدين، وما يُطلق عليه فصام الطفولة، يُعقدها وجود مظاهر سلوكية من خصائص الأطفال الأسوياء، إلاّ أنّها تُعتبر مماثلة للأعراض الفصامية مثل: الانسحاب من الواقع، وأحلام اليقظة، والانشغال بالقصص الخرافية، والإتيان بحركاتٍ نمطيةٍ تكراريةٍ، والسلبية. وكلّ هذه الصور السلوكية هي في الواقع مظاهر عابرة للنمو، لكنها تبدو كأعراض لاضطراب عقلي، ومن ثمّ يقوم الاحتمال بأن تكون حالة فصام.

ويضع الدكتور "محمود جمال أبو العزائم" مجموعة من العلامات التحذيرية المبكرة الدالة علي وجود حالة من الفصام الطفولي، هي:

- اضطراب في فصل الأحلام عن الواقع.
- رؤية أشياء، أو سماع أصوات غير موجودة في الواقع.
- اضطراب الفكر.
- أفكار غريبة ومتقلبة.
- غرابة السلوك.
- أفكار بأنّ النَّاس تجري وراءهم.
- القلق والخوف المفرط.
- خلط الأحداث التلفزيونية بالأحداث الواقعية.
- مشكلات حادة في عمل صداقات والاحتفاظ بها.

وسلوك الذين يعانون من الفصام قد يتغيّر بشكلٍ بطيءٍ مع الوقت، فعلى سبيل المثال: الأطفال الذين اعتادوا على الاستمتاع بعلاقاتهم مع الآخرين قد يصبحون أكثر خجلاً، أو انسحاباً ويبدو أنّهم يميلون إلى العيش في عالمهم الخاص بهم. وفي بعض الأحيان يبدأ الأطفال الكبار في التحدُّث عن أفكار أو مخاوف غريبة. وقد يبدأون في التشبُّث بوالديهم، أو يقولون أشياء لا معنى لها.

صور فصام الطفولة:

تختلف صور فصام الطفولة من حيث الأعراض إلى حدٍ ما عن الصور الأخرى من الفصام الذي يظهر في غير مرحلة الطفولة. ووفقاً لرأي "بندر" فإنّ فصام الطفولة يكشف عن طبيعة مرّضية عند كلّ مستوي، وفي كلّ مجال من مجالات التكامل في الجهاز العصبي المركزي، سواء أكان ذلك متعلّقاً بالجوانب الحركية، أو الإدراكية، أو العقلية، أو الانفعالية، أو الاجتماعية، وتقترح "بندر" ثلاثة أنماط إكلينيكية، هي:

١ - النمط المتخلف الكاذب، أو النمط الانفصامي النكوصي.

٢ - النمط العصابي الكاذب، أو النمط الوسواسي القهري، المتصف بالمخاوف المرضية.

٣ - النمط السكوباتي الكاذب، أو الهذائي، أو العدوانى المضاد للمجتمع.

ويمكن القول بوجود ثمانية خصائص سلوكية واضحة لدى الطفل الفصامي، أو ذو الشخصية الفصامية، والتي تؤدي إلى نوعٍ من التمايز عن حالات الاضطرابات السلوكية الشديدة، ومن هذه الأعراض:

● الانعزال.

● سهولة الاستثارة عند حدوث نوع من الاختراق لهذا الانعزال.

● أحلام اليقظة.

● تناقص الاهتمامات.

● نكوص في الاهتمامات.

● حساسية للتعليق والنقد.

● تناقص النشاط البدني.

وهذه الأعراض في الأغلب ذات طبيعة سلبية، وهي جوانب لحالة من تبلد الوجدان، وخمول الإرادة، التي تبدو في المراحل الأولى من الفصام. وإن كان من الممكن أيضاً أن نجد مظاهر تخشبيه ومظاهر من اضطراب الفكر. إلا أن "برادلي" لم يُشر إلى ما يمكن اعتباره من أهم خصائص فصام الطفولة، وهو عدم الاستجابة للبيئة وللمؤثرات التربوية والعلاجية.

وقد يحدث التدهور سريعاً في بعض الحالات، إذ سرعان ما تظهر صور من الاستجابات النمطية، مثلما يحدث لدى المرضى الراشدين المزمنين، وقد تكون هناك فترات من الأعراض الحادة المزدهرة الواضحة، متبوعة بمرحلة من التحسن النسبي، كما

هو الحال بالنسبة للمرضي الراشدين، ولكن في معظم الأحوال يتجه المريض نحو التدهور السريع، حيث يتدخل المرض بكل جانب من جوانب النمو.

تشخيص حالات الفصام في الطفولة:

فيما يتعلّق بالعملية التشخيصية فإنّه يمكن القول بأن المعايير المستخدمة في تشخيص فصام الطفولة غير مُحدّدة تماماً بعد. فمما لاشك فيه أنّ هناك صور إكلينيكية متباينة، وعلي هذا نجد أنّ بعض الفصاميين من الأطفال يتصفون بالنكوص، والتخلّف، والكف، والصمت، والانفصام، وهم غير اجتماعيين، لا يرتبطون بأحد، وينتمون إلي النمط البدني الناحل، في حين أنّ الآخرين يتصفون بقدرات عقلية مُبالغ فيها، وناضجون لغوياً قبل الأوان، وذو نشاط زائد، وينمون بمعدل أسرع من المعدلات العادية.

وتري "بندر" أنّ أي اضطراب عصابي شديد يحدث لطفل قبل البلوغ، سواء أكان ذلك في صورة وسواس قهري، أو قلق شديد، أو استجابات هستيرية، إنما يكون ذلك تعبير عن اضطراب شديد ذو طبيعة فصامية في الأغلب.

وكلّما كان الطفل كبيراً في السن، كلّما اقتربت الصورة الإكلينيكية من تلك التي تحدث لدي الراشد، وفي مثل هذه الحالة، فإنّه لن يكون هناك انسحاب فقط وفقدان للاتصال بالآخرين، وتبلّد وجداني، وإنما تكون هناك أيضاً هلاوس وهذات، علي أنّ هذه الهلاوس والهذات لا تحدث عادةً دون سنّ ثمانية سنوات.

وبالنسبة للطفل كبير السن، فإن بدء المرض قد يكون تدريجياً مُخادعاً، أو حاداً، إلّا أنّ النمط الأوّل من بدء المرض هو الأكثر شيوعاً. وأحياناً ما يكون من الصعب تحديد بدء المرض، وإن كان من الممكن أن يتذكّر الآباء ملاحظتهم لنواحي غرابة السلوك لدي الطفل، إذ يتصف بنقص عام في الاهتمامات باللعب والنشاطات المختلفة، وكذلك تناقص تدريجي في الاتصال الفعّال بالآخرين، مصحوباً بمظاهر عدوانية. كما كشف بعض الأطفال عن ميلٍ لمداومة الاهتمام - بشكلٍ وسواسي - بموضوعاتٍ لا تكون عادةً من اهتمامات الطفل.

ومن جهةٍ أُخري، فإنَّ الأطفال الذين يبدأ المرض لديهم بشكلٍ حادٍ؛ فإنَّهم لا يبدوون في السَّابق - غالباً - غير أسوياء، إلَّا أنَّه قبل ظهور الأعراض الحادة بوقت قصيرٍ، يحدث قصور في القدرة علي التركيز مع هبوط في نوعية العمل المدرسي، ثمَّ يبدأ الطفل بعد ذلك في أن يُتمم لنفسه، ويضطرب نومه، ويتخذ أوضاعاً بدنية غريبة، ويكشف عن تناقص في الاستجابة الوجدانية، ويصبح غير مستقر، وربما يصرخ ويرفض.

وعادةً ما يطرأ تحسُّن في حالة الطفل بعد عدة أسابيع، ولكن ذلك يُصاحبه تناقص في التعبير الانفعالي والذهني، ومن المُعتاد حدوث نوبات حادة تالية، وكل نوبة منها يتبعها تزايد في عدم تكامل الشخصية.

ومن جهةٍ أُخري، يمكن القول بأنَّ المشكلات النفسيَّة التي حاول الطفل مواجهتها من خلال الاستجابة الفصامية هي تلك المُصاحبة لمرحلة الطفولة، والتي تختلف عن مشكلات المراهق والراشد بالطبع، وهي أيضاً تتناسب مع مرحلة النمو التي يحدث خلالها الاضطراب الفصامي.

بعبارةٍ أُخري، فإنَّ صياغة الأعراض إنمَّا تتحدَّد من خلال الأسلوب الذي يتناول به الطفل القلق. وتري "بندر" أنَّ المشكلة الرئيسيَّة، وخاصَّة بالنسبة للطفل الصَّغير هي في هويته الذاتية. أمَّا بالنسبة للأطفال الأكبر سنًّا، فقد تكون هناك مشكلة العلاقة مع الآباء وبخاصَّة الأمَّ والإخوة والأخوات، أو مشكلات جنسيَّة طفلية.

أهم عوامل الإصابة بمرض الفصام:

أولاً: العوامل الوراثية:

لا يمكن إغفال أهمية العامل الوراثي في نشأة مرض الفصام، ولكنَّه لا يلعب الدور الرئيِّس. ولمعرفة مدي أهمية هذا العامل علينا بدراسة نسبة المرض بين التوائم المتشابهة (المتطابقة)؛ نظراً لأنَّ هذه التوائم تتساوي في جميع صفاتها؛ لأنَّها أصلاً من بويضة واحدة، ومن حيوان منوي واحد. وتختلف التوائم غير المتشابهة (المتآخية) والتي تنتج من تلقيح بويضتين بحيوانين منويين، عن تلك التوائم المتشابهة. وقد اختلف

الباحثون في نسبة الفصام بين هذه التوائم، ولكننا نستطيع الخروج من هذا كله بالنتيجة التالية: نسبة الإصابة بمرض الفصام في التوائم المتشابهة تتراوح من ٣٠ - ٤٦٪، وللتوائم المتآخية ١٤٪، أي أن نسبة الإصابة بين التوائم المتشابهة تزيد (٤) أربع مرّات عنها في التوائم المتآخية.

وهناك مجموعة من الباحثين، ينتمون إلى خمسة عشر مركزاً للأبحاث، تنتشر في كلّ أنحاء العالم، أجرت أبحاثها علي (٣٠٠٠) طفل، ويشمل هذا العدد (١٢٠٠) طفل لوالدين مصابين بمرض الفصام، ظهرت علي ٣٥ - ٤٠٪ منهم العوارض الإكلينيكية لمرض الفصام، وهو عدد يفوق ما كان العلماء يتوقعونه؛ فالطفل الذي يولد لأبوين مصابين بالفصام، يكون احتمال إصابته بنفس المرض قوياً بنسبة ٣ - ٦ مرّات عن الطفل العادي الذي يولد لأبوين سليمين من الفصام.

ويرفع بعض الخبراء هذه النسبة إلى أربعة عشر ضعفاً، ويذهب بعضهم إلى القول أنّ الطفل الذي يكون والداه مصابين بالفصام يصل احتمال إصابته بالمرض إلى (٣٥) ضعفاً، بالمقارنة مع الطفل الذي يولد لأبوين سليمين.

ومع ذلك فقد أثبتت البحوث والتجارب أنّ معظم أطفال الوالدين المصابين بالفصام قد لا يُصابون بالمرض، وقد كانت هذه الحقيقة أكبر تحدٍ لنظرية وراثية المرض التي كان الباحثون يسيروا عليها.

ثمّ اتخذ الباحثون طريقاً جديداً لهم، فقد بدؤوا يقارنون بين طفل وُلد لأبوين مصابين بالفصام، وطفل آخر وُلد لأبوين لديهم اضطرابات وأمراض نفسيةً أخرى غير الفصام، وهم يأملون أن يتمكنوا من عزل الصفات التي يمكن أن يورثها الوالدان المُصابان بأمراضٍ عقليةٍ لأولادهما، ومقارنة صفات الطفل الأوّل بصفات الطفل الثاني، وتصنيف المشترك منها والمتباين، ثمّ مقارنة هذه وتلك بصفات الطفل الذي وُلد لأبوين سليمين، وليس في سجلهما الطبي أيّة إشارة لإصابتهما بأي مرض نفسي أو عقلي. وبالفعل ظهرت أعراض الفصام علي ما يقرب من (٤٠) طفلاً، وهو رقم يفوق ثلاثة أضعاف ما كان يتوقعه الباحثون.

ويقول الدكتور "نورمان وات" أستاذ علم النفس بجامعة "دينفر"، والذي له عدة أبحاث تولت طباعتها جامعة كمبردج: « إنَّ بعض النتائج التي توصل إليها الباحثون تُشكِّل أدلة قوية سيكون لها شأن مهم في تحديد الفروق الرئيسة بين الأطفال الذين أصيبوا بالمرض، والأطفال الذين لم يُصابوا به .»

وقد أورد الفروق الرئيسة التالية بين الفئتين:

■ الذين أصيبوا بالفصام كانت إصابات أمهاتهم بالمرض مزمنة وشديدة، وهؤلاء كانت بداية إصابتهم مبكرة، واستمرت مدة طويلة، وكانت بوادر الإصابة ظاهرة عليهم، كما أن أمهاتهم كن في غاية التخلُّف من الناحيتين: الاجتماعية والشخصية.

■ الأطفال الذين أصيبوا بالفصام ولِّدوا بعد مخاض متعسر، وغالباً ما كانت أوضاعهم في بطون أمهاتهم غير طبيعية قبل الوضع.

ويجب أن نضع في أذهاننا أن مرض الفصام وأعراضه لا يورث، ولكن الذي يورث هو تهيئة المريض واستعداده للإصابة بهذا المرض إذا تجمعت عنده أسباب أخرى بيئية وبيولوجية.

وينبغي أن نذكر أنَّ العلماء اختلفوا في نمط الاستعداد الوراثي للمرض، فالبعض يعتقد أن الاستعداد للفصام ينتقل من خلال مورثات سائدة أو مهيمنة، ويعني ذلك ضرورة إصابة أحد والدي المريض بنفس المرض، وظهوره في أبناء المرضى بنسبة ٥٠٪، وقد أثبتت الدراسات الحديثة خطأ هذه النظرية. بينما يميل البعض للاعتقاد بأنَّ الاستعداد للمرض ينتقل من خلال مورثات استرجاعية، أي أن غالباً ما يكون الوالدين والأقرباء في صحَّة عادية وان يُصاب أبناؤهما بنسبة ٢٥٪ ولكن هذه النسبة لا تستطيع تفسير مدي انتشار مرض الفصام. ويتفق الآن معظم العلماء والأطباء علي أن الاستعداد الوراثي للفصام ينتقل من خلال مورثات مُتعدِّدة العوامل والتأثير.

ثانياً: الغدد والهرمونات:

وجد الدكتور "جسج" أن مرضي الفصام الكاتونوي الدوري يحتفظون بكميات كبيرة من مادة النتروجين في الجسم، وأنهم يتحسنون عند طردهم لهذه المادة، وقد استخدم هرمون الغدة الدرقية للتخلص من هذه المادة وشفاء المرضى.

كذلك لاحظ الدكتور "رايز" أن ٣٠٪ من مرضي الفصام يعانون من اضطراب نوعي في نشاط الغدة الكظرية.

ومن الأبحاث ما قام به الدكتور "أحمد عكاشة" في قياس كميات الكورتيزون في مرضي الفصام وأثر ذلك علي شفائهم، فقد وجد أن هذا الهرمون يفرزه مرضي فصام البارانونيا أكثر من مرضي أنواع الفصام الأخرى، وأن نكسات المرض يُصاحبها زيادة إفراز هرمون الكورتيزون، وأن شفاء المرض يُصاحبه نقصان في إفراز هذا الهرمون.

ثالثاً: اضطرابات الجهاز العصبي:

نشرت المجلة الاسكندينية النفسية العام ١٩٨٣ بحثاً للدكتور "أحمد عكاشة" عن دراسة مخ مرضي الفصام بواسطة الأشعة المقطعية بالكمبيوتر، وقد لوحظ أن عدداً كبيراً من مرضي الفصام يتميزون بزيادة حجم بطينات المخ وبعض الضمور في الخلايا العصبية، وقد تأكد ذلك بعدد من الأبحاث من كل بلاد العالم، وكذلك ثبت بواسطة أشعة الرنين النووي المغناطيسي وجود بعض التغيرات في نسيج المخ في بعض مرضي الفصام، وقد لوحظ في أشعات تصوير المخ لمعرفة الدورة الدموية المخية، وكمية استعمال الجلوكوز في الفصوص المخية أن مرضي الفصام يعانون من اضطراب في الفص الجبهي الأيسر، وكذلك في السطح الأنسي من الفص الصدغي.

رابعاً: العوامل الكيميائية:

لوحظ أن بعض عقاقير الهلوسة مثل: ل. س. د (L.S.D)، والحشيش، والامفيتامين تؤدي إلي اضطرابات في التفكير، والانفعال، والهلاوس، والهداءات الشبيهة بمرض

الفصام؛ ممَّا جعل العلماء يفكرون في احتمال وجود تغيير كيميائي داخلي في جسم هؤلاء المرضى شبيهة بما تُحدثه هذه العقاقير.

وقد اتجهت الأبحاث نحو دراسة الاضطرابات الكيميائية في الهرمونات العصبية مثل: الأدرينالين، والدوبامين، والسيروتونين.

وقد أيدت التجارب الحديثة أنَّه يوجد اضطراب في مثيلية هرمون الأدرينالين في مرض الفصام، لدرجة أنَّه إذا أطمعنا بعض الفصامين بمركبات كيميائية بها مستحضرات مثيلية تزيد أعراضهم شدة، ولقد استطاع بعض العلماء استخلاص بروتين مُعيَّن من دم مرضي الفصام يُسمى "تاراكسين" Taraxein وإذا أعطينا هذا البروتين لمتطوعين أسوياء يُصابون بأعراض فصامية وقتية.

كذلك أدي حقن "التاراكسين" في بعض الحيوانات إلي اضطراب واضح في سلوكهم، ممَّا يجعلنا نستدل علي أن لهذا البروتين من الخواص ما يُسبب هذه الاضطرابات الخطيرة؛ وبالتالي فإنَّه يوجد تغيُّرات فسيولوجية وكيميائية في مرضي الفصام.

وحديثاً كثرت المناقشات حول ظهور "النقطة القرمزية" في بول مرضي الفصام، فقد لوحظ أنَّه إذا عرضنا بول هؤلاء المرضي علي ورق حساس للضوء تظهر نقطة قرمزية في وضع مُعيَّن من هذا الورق الحساس، وهذا لا يحدث مع البول الطبيعي، أي أنَّه يوجد اضطراب كيميائي وتمثيلي في جسم مرضي الفصام يؤدي إلي وجود مركبات كيميائية شاذة في البول، وقد كثر الجدل حول هذا الموضوع، فالبعض يقول أن سببها هو العقاقير الكيميائية التي تُعطي لهؤلاء المرضي، والبعض الآخر يُؤكِّد أنَّها تفاعلٌ من الطعام الذي يأكله المرضي، وهذه الظاهرة تقل في مرضي فصام البارانويا عنها في الأنواع الأخرى، حيث تصل نسبتها حوالي ١٠٪، أمَّا في الفصام البسيط، و فصام المراهقة فتظهر في حوالي ٨٠٪ من الحالات، وإذا استطعنا تشخيص مرض الفصام بالكشف عن البول فسيؤدي ذلك إلي تطور خطير في العلاج والوقاية من هذا الاضطراب العقلي الخطير؛ إذ سيكون التشخيص مماثلاً لأي مرض عضوي عندما نسأل المريض عمل بعض الأبحاث في الدَّم والبول؛ وبالتالي يكون في الاستطاعة

الكشف عن المرض قبل ظهوره خاصةً في أقرباء الفصاميين، وما زال البحث جارياً بشأن هذه النقطة القرمزية، وقد أشارت بعض الأبحاث الحديثة علي اكتشاف مادة كيميائية في عرق مرضي الفصام تُساعد في التشخيص.

كذلك نشأت نظرية تؤيد أن سبب الفصام هو مناعة ذاتية داخل الجسم، وأنه يجري في دم الفصاميين أجسام مُضادة تتفاعل مع مولدات مُضادة في المخ تُسبب اضطراباً في الجهاز العصبي يؤدي إلي أعراض هذا المرض، وأن من العقاقير المُضادة للذهان تخفيض المناعة الذاتية مما يُخفف أعراض المرض.

وحاول البعض أخيراً إيجاد ترابط بين نوع الطعام والفصام فقد لاحظ "دوهان" العام ١٩٦٦ أن عدد مرضي الفصام في مستشفيات الأمراض العقلية في السويد، والنرويج، وفنلندا انخفض أثناء الحرب العالمية الأخيرة، بينما زاد بشكل واضح في كندا والولايات المتحدة الأمريكية، وبعد الحرب زاد عدد المرضي زيادة حادة في الدول الإسكندنافية، وتحليل هذه النتائج ونقص بعض المواد الغذائية أثناء الحرب وجد "دوهان" أن نسبة الفصام تزيد ثلاث مرّات في البلاد التي يُستعمل فيها القمح كغذاء أساس عنها في البلاد التي لا تستعمله.

كذلك وُجدت مادة خاصة تفرز مع عرق مرضي الفصام تُسمي "حامض الهكسونيك"، وأن استجابة مرضي الفصام لمادة "الهستامين" تحت الجلد محدودة وتعود إلي طبيعتها بعد العلاج.

وقد استقر الرأي الآن علي أن لأعراض الفصام علاقة وثيقة بزيادة نسبة الموصل العصبي "الدوبامين" بل وزيادة عدد المستقبلات الدوبامينية، وكلّ العقاقير المُضادة للفصام تثبط وتسد المستقبلات الدوبامينية في المخ. ويبدو أن موصلات أخري تلعب دوراً في نشأة الفصام مثل: "السيروتونين"، و"الاسيتيل كولين"، و"الببتيدات"، وأن عدم توازن هذه الموصلات هو الحافز لأعراض الفصام، وكان ذلك بداية ظهور العقاقير الحديثة والتي تعمل علي عدة موصلات عصبية ليس فقط علي "الدوبامين".

خامساً: العوامل المساعدة:

(أ) عوامل جسميّة:

دلت الشواهد الإكلينيكية علي أنّ كثيراً من الأمراض الجسميّة تكون أحياناً الزناد الذي يُفجّر مرض الفصام؛ فنلاحظ الفصام بعد الحميات، والولادة، وبعض أمراض الجهاز العصبي، وأورام المخ.

(ب) عوامل نفسيّة:

لا نستطيع أن نُجزم بأنّ الإجهاد، أو الشدة، أو الإرهاق، أو الصدمات النفسيّة والانفعاليّة أسباب مباشرة لمرض الفصام، لكن لا شك أنّ هذه العوامل تؤثّر علي الاستعداد الوراثي، فيظهر المرض في كافة أعراضه عندما تقشّل قوي التكيّف الطبيعيّة في الفرد في مقاومة هذه الصدمات خاصّة أن الإجهاد يُزيد من نسبة الأدرينالين في الجسم، ونظراً لاضطراب تمثيله في مرضي الفصام فيحتمل ظهور المرض، ولكن يوجد علاقة وثيقة بين نكسات مرضي الفصام والتورط الانفعالي في الأسرة من الحماية الزائدة، إلي إحساس عدواني لاشعوري، إلي التعليقات التي تحمل في طياتها نقداً لاذعاً، ولكنها لا تلعب الدور القوي في البيئّة المصرية مثل الغرب.

أهم أساليب العلاج في مرض الفصام:

أولاً: العلاج الوقائي:

هل يمكن الوقاية من الفصام إذا عرفنا التاريخ العائلي؟ وإذا منعنا هؤلاء المهيبين وراثياً. لهذا المرض من الزواج بعضهم من البعض الآخر.؟ هل تقل نسبة الفصام في المجتمع العام؟ كلّ هذه الأسئلة نالت مناقشات كثيرة، لدرجة أنّه في أثناء الحكم النازي أصدر الزعيم النازي الألماني أدولف هتلر "Adolf Hitler (1889-1945) أوامره بالعقم الاصطناعي لكلّ مرضي الفصام، والذهان الوجداني، والصّرغ ظناً منه أنّه بهذا الإجراء سوف يقضي علي المرض وأسبابه الوراثية، وأنّه بذلك إنّما يُنشئ شعباً يتمتّع بصحّة نفسيّة وعقليّة سويّة، ولكنّه بالطبع فشل في ذلك؛ نظراً لأنّه أحياناً ما يبدأ الفصام دون تاريخ عائلي من تزاوج بعض المورثات.

وإذا أخذنا في الاعتبار ندرة زواج الفصامين نظراً لشخصيتهم الانطوائية، وعدم توافقهم الاجتماعي، وانخفاض نسبة الإخصاب إذا ما قورنوا بالمجموع العام، مع ملاحظة أن نسبة المرض بين أولاد الفصامين تتراوح بين ١٠-١٥٪ نستنتج من كل ذلك ضرورة النصيحة بعدم زواج الأقارب عند وجود تاريخ عائلي لهذا المرض؛ لأنه حتى وإن كان الزوج والزوجة في صحّة جيدة، إلا أن احتمال وجود مورثات استرجاعية يجعل زواجهما من بعضهما كفيلاً بظهور أطفال فصامين، وهذه أهم نصيحة يمكن أن تُعطي لأقارب مرضي الفصام كوقاية لعدم زيادة نسبة المرض في العائلة.

أمّا الناحية الوقائية الأخرى فتتناول الشخصية الانطوائية الشديدة مع وجود تاريخ عائلي للفصام، فلا يوجد اعتراض هنا علي أن التأهيل الشخصي المهني، والعناية الاجتماعية قد تؤدي إلي تأجيل ظهور المرض علي هذه الشخصية، وهنا يجب أن يختار صاحب هذه الشخصية الوظيفة المناسبة لشخصيته؛ حتى لا يتعرّض لاجهادات شديدة في عمله، مع محاولة التنفيس عن إحباطه، وكتبه بجميع الطرق، وتشجيعه الدائم علي الاختلاط، وعدم الاستبطان الذاتي، والتفكير المستمر في نفسه، وابتعاد هذه الوسائل يحتمل إعطاء هذا الشخص مناعة وقوة كافية للتكيف الاجتماعي تمنعه من الانهيار والتعرّض للمرض.

ثانياً: العلاج النفسي:

يتفق معظم الأطباء علي أنه من المستحيل علاج حالات الفصام بالعلاج النفسي خاصة العلاج التحليلي منه؛ نظراً لعدم استبصار المريض، وضعف الأنا بحيث يصبح من العسير عمل أي تجاوب انفعالي. ويذهب البعض بالادعاء بأنه لا يصح علاج مرضي الفصام بالتحليل النفسي، أو العلاج النفسي طويل المدى نظراً لضرره الشديد علي المريض، وجعله في حالة إعياء مستمر.

وتشير "فريدا فروم ريخمان" Frieda Fromm Reichmann إلي أنه بالرغم من أن الفصامي لا يتوق إلي الاتصال بالآخرين إلا أنه يخشي الوحدة أيضاً، وعلي هذا فينبغي

الاهتمام بدرجة استعداد الفصامي للاشتراك في علاقات اجتماعية مع الآخرين. وفي بعض الأحيان قد يلزم مساعدة الفصامي المنسحب من خلال الهيئات الاجتماعية والأخصائيين الاجتماعيين.

وعلى الأطباء، وهيئات التمريض أن يحاولوا إيجاد علاقة انفعالية إيجابية مع المريض، مع احترامه، وتشجيعه، ومحاولة فهم مشكلاته، وصراعاته، وكذلك فالعلاج النفسي الجماعي بكافة أنواعه في المستشفيات يُفيد في مثل هذه الحالات لإبعاد المريض عن حالة العزلة. كما أن المريض يحتاج للعلاج النفسي بعد شفائه حيث أنه يفقد الثقة في نفسه، فيبدأ في الانعزال مما يعرضه لنكسة أخرى والدخول في دائرة مفرغة لا تنتهي. وهنا ينبغي تدخل الطبيب لإعادة الثقة المفقودة، إذ أن العلاج النفسي مطلوب للغاية في دور النقاهة، وإلا فلن يستطيع المريض مواجهة الواقع، ومجابهة الحياة بأمل متفتح.

ولقد قيل بأن حوالي (3%) ثلثي المرضى المزمنين الميئوس من حالتهم إنما يعود ذلك إلى طبيعة المرض ذاته، في حين أن (3%) ثلث هؤلاء المرضى إنما تكون حالتهم نتاج الظروف البيئية السيئة التي يعيشونها داخل تلك المستشفيات أو المؤسسات.

ثالثاً: العلاج السلوكي؛

نجد الآن في كثير من أقسام العلاج بمستشفيات أو مصحات الطب النفسي قد أصبح يتبنى الأساليب العلاجية السلوكية القائمة على أساس المبدأ المعروف بما يُسمى "الرمز الاقتصادي" Token Economy. ومن بين ما طرأ من تعديل على أسلوب "الرمز الاقتصادي"، أو ما يمكن أن يُطلق عليه أيضاً، الهبة أو الهدايا الاقتصادية، أنه بدلاً من أن يُمنح كل مريض بمفرده هبة اقتصادية مقابل أداءه لعمل بمفرده يقوم به، فإن كل المجموعة المقيمة في الجناح أو القسم المُعين بالمستشفى، يتم تدعيمها عندما تقوم تلك المجموعة بتلبية احتياجات أو أهداف معينة يومية أو أسبوعية. وقيمة ذلك تكمن في الضغوط الاجتماعية التي يخلقها هذا الأسلوب بين أفراد الجماعة لكي يقوموا بإنجاز المهمة المُعينة. وتؤدي هذه الضغوط بدورها إلى تزايد عملية التوافق

الاجتماعي، وتهيئة الفرصة للفصامي المنسحب لكي يُنمي مهارات اجتماعية كانت مهملة منذ مدة طويلة.

ولمَّا كان أسلوب الهبة الاقتصادية يقوم - من الوجهة التقليدية - علي التديم الإيجابي فقط، فقد أُستحدث أسلوب آخر يقوم علي سحب الهبة أو المنحة الاقتصادية لقمع أو خفض السلوك المزعج أو غير المرغوب فيه.

وإحدى الطرائق المتبعة هي أن يُعطي المريض المنح في بداية الأسبوع، ثم يتم سحب بعضاً منها خلال الأسبوع، عندما يكشف عن سلوك غير مرغوب فيه، ومع ذلك، فإنَّه طالما كان أسلوب المنح الاقتصادية يقوم أساساً علي تديم السلوك المرغوب فيه أكثر ممَّا يقوم علي عقاب السلوك غير المرغوب فيه، فإنَّ هذا التعديل الجديد سوف يظل أسلوباً متخصصاً أكثر منه أي شيء آخر.

ويحتاج مريض الفصام بعد شفائه إلي تدريبات علي بعض المهارات الاجتماعيَّة التي فقدوها أثناء مرضه، فمهاراة المقابلة مع الأفراد، ومهاراة المبادرة في طلب حقه، ومهاراة قيادة السيارة، والتمتع بمباهج الحياة من الرياضة إلي الترفيه، ويوجد برامج لهذا التدريب يمكن أن يقوم به الأخصائيين النفسيين أو الاجتماعيين.

رابعاً: العلاج الأسري والاجتماعي:

علي أسرة مريض الفصام أن تستوعب طبيعة المرض، وتتحمَّل بعض تصرفات مريضها، وتشجعه علي الاختلاط، ثم عدم دفعه إلي أكثر من إمكاناته وقدراته؛ فكثيراً ما نشاهد الوالد الذي يدفع ابنه الفصامي للاستذكار المتواصل وعقابه إذا فشل في دراسته، علي الرُّغم من وجود اضطراب في تفكير هذا الابن؛ ممَّا يجعل مواصلة الدراسة عملية مستحيلة.

ونحن نري - بكلِّ أسف - كثيراً من العائلات تلفظ ابنها أو تطرده من المنزل لتصرفاته الغريبة التي يقوم بها دون استبصار أن هذا السلوك، وتلك التصرفات إنما هي جزء من مرضه.

● العلاج النفسي التعليمي لأسرة مريض الفصام:

إنَّ التدخُّلَ الأسري من أهم العوامل الحديثة في العلاج وخفض نسبة النكسات، فمعرفة الأسرة بالمرض وأسبابه واحتمالات الشفاء، وعدم النقد المستمر، وإحساس المريض بذاته وهويته، وطريقة تشجيعه علي العمل، والاختلاط دون تحدي لقدراته، وأهمية الامتثال والانتظام في تناول العلاج الكيميائي، كل ذلك له أثر كبير في جودة حياة المريض الفصامي. وقد دلت الأبحاث الحديثة أنَّه بتعليم وتدخُّل الأسرة تتخفض النكسات بنسبة ٤٠٪.

● إدارة الحالة:

أصبحت هذه الوسيلة في أوروبا مع اكتشاف العقاقير الحديثة غير النموذجية مثلاً لتقدُّم واستيعاب مريض الفصام في المجتمع: فقد أصبحت العناية المجتمعية بديلاً للمكوث بالمستشفى أو المصحَّة، ولكن يحتاج ذلك إلي رقابة مستمرة، فيخرج المريض من المستشفى إلي أحد الدور السكنية، وللذهاب للعمل، ويكلف أحد متخصصي الرعاية النفسية أن يعتني ويدير حياة بعض المرضى (يتراوح عددهم من ٤ - ١٠ مرضي)، وهنا يُراقب انتظامهم في العمل، ويساعدهم في استخدام وسائل المواصلات، وفي شراء لوازمهم واحتياجاتهم، وفي صرف مستحقاتهم من البنوك، وفي تناول العلاج بانتظام، وفي ملاحظة ظهور أي أعراض من إهمال للذات أو العمل أو الانطواء وإبلاغه للطبيب المباشر للحالات علي الفور.

وقد ثبت بما لا يدع مجالاً للشك أنَّ إدارة الحالة للمريض الفصامي تأتي بنتائج مُشجعة في جودة حياتهم، واستيعاب الأسرة والمجتمع لهم.

خامساً: العلاج بالعمل:

بدأ الاهتمام بهذا النوع من العلاج العالِم "دينتون" W.D.Dunton أحد مؤسسي الجمعية الأمريكية للعلاج بالعمل (AOTA). وفي العام ١٩٠٢ تمَّ تأسيس أوَّل قسم للعلاج بالعمل في معهد الطب النفسي بمدينة نيويورك. وقد استطاع "بلويلر" أن يُعيد

الانتباه إلى قيمة العمل المنظم إلى الفصامين المقيمين بالمستشفيات؛ لذا فقد شكّلت جماعات من المرضى يعملون في مزارع أو حدائق أو ورش، وقام بتدريب الهيئة القائمة على الإشراف على نشاطات المرضى.

وهذا العلاج يهدف إلى شغل المريض مهنيًا أثناء وجوده بالمستشفى حسب طبيعة عمله السابق من تجارة إلى أشغال يدوية إلى عرض أفلام وشرائح علمية وإعلامية.. الخ، وذلك حتى يُهيأ لعمل يتناسب مع قدراته ومع أعراضه المتبقية من المرض، فلا يصح أن يُطالبه بأعمالٍ تتناقض مع هذه الأعراض المختلفة، كأن يكون مُتبلد الانفعالات ثم يُطالبه بالعمل في العلاقات العامة أو العمل بالتمثيل.. الخ.

ولا مانع من بدئه العمل أثناء وجوده بالمستشفى والعودة إليها بعد انتهاء العمل حتى يصل لدرجةٍ من الثقة الذاتية ومن ثمّ ينتهي من الاعتماد على الغير، وكذلك العلاج التأهيلي للمريض بعد خروجه من المستشفى ومتابعته في تناول العلاج حتى يقل تعرُّضه للانتكاسة.

وينبغي الإشارة إلى أنّه عندما يلحق المريض لأوّل مرّةً بقسم العلاج بالعمل، فإنّه ينبغي مراعاة أن يكون العمل الذي يُعهد إليه يُعطي نتائج سريعة، كما ينبغي الاهتمام باستخدام الألوان الزاهية. وهناك بعض المرضى يتكيفون بسرعةٍ مع أشغال الخيزران وصناعة اللُّعب والنسيج، والبعض الآخر ممّن لديهم قدرات فنية وجمالية قد يُفضّل الرسم والنقش على الخزف وأشغال الإبرة.

وتبقي مسألة أخرى على درجةٍ كبيرةٍ من الأهمية وهي: هل نجعل المريض الفنان يتمادي في أعماله الفنيّة المرضية سواء الرسم التشكيلي أو القصص التجريدية ؟ والتي تختلف عن طبيعة أعماله السّابقة قبل المرض، ولكن لها جمالها الخاص، بل ويتذوقها الكثير من النّاس، فهل نحرم الناس من هذا الفن ؟ بل نحرم الفنان من هذا الإنتاج ونعالجه ويعود لسابق عهده ؟

إنَّ الكثير من هؤلاء الفنانين يفوق إنتاجهم المرضي إنتاجهم العادي، إن هذه المشكلة يجب أن يواجهها الطبيب بحزم، فإن كان المريض يعاني من آلامٍ نفسيةٍ شديدةٍ أثناء مرضه، ويخشى علي حياته وذلك علي الرغم من إنتاجه الفني الغزير، عندئذٍ يجب التدخل وعلاجه فوراً بغض النظر عن أي شيء؛ لأنَّ واجب الطبيب هو تخفيف الآلام، أمَّا إذا كان المريض متوافقاً اجتماعياً مع أعراضه وإنتاجه الفني، فلا مانع من استمراره في العمل مع نصيحته المستمرة بعدم امتصاص هذا العمل لكل شخصيته، بل يجب أن يجد لنفسه مجالات أُخري مع المداومة علي الإشراف الطبي المستمر حتى لا يتعرض لنكساتٍ شديدةٍ.

نخلص من ذلك أنَّ الرسم أو النحت أو كتابة القصص الذي ينجزه الفصامي له قيمة سيكولوجية كبيرة، حيث يكشف عن الحياة الداخلية للمريض، وما إذا كانت هذه الحياة لا تزال نشطة، غير خاوية، ومع هذا، ومن الوجهة العلاجية، لا ينبغي تشجيع الفصامي علي الرسم والتشكيل الذي يعتمد علي ترك المريض حراً في اختيار موضوعه وأسلوبه، ففي حين يعمل الابتكار الفني علي مُساعدة العصابي في التخفُّف من الضغوط الانفعالية، ومن آثار ما مرَّ به من خبرات؛ فإنَّه يؤدي بالفصامي إلي انزلاق أكثر في تخيُّلاته المريضة؛ فمن خلال الرسوم الرمزية يتزايد افتقاد الفصامي لاتصاله بالواقع، كما يتزايد ميله لجُنب العالم المُحيط به.

عموماً، وفي هذا الإطار لا ينبغي أن يستمر النشاط الذاتي إلا لفترةٍ مُعيَّنةٍ من اليوم، حيث يجب قضاء باقي ساعات النهار في أنشطةٍ جماعيةٍ.

سادسا: العلاج بالعقاقير:

يجب الاستمرار علي العلاج الدوائي لمدة تتراوح بين ٦ - ١٢ شهر إذا كانت النوبة الأولى، أمَّا إذا تكرَّرت النوبات فينبغي الاستمرار لمدة عدة سنوات وأحياناً طوال الحياة.

وننوه بأن احتمال النكسات بالرغم من استمرار العلاج حوالي ٢٠٪، وإذا قورنت بعدم إعطاء العلاج فتصل نسبة النكسات إلى ٨٠٪، أما إذا كان المريض في حالة شفاء مع استمرار الدواء ثم توقف عن تناوله فتصل نسبة النكسات في خلال سنتين حوالي ٦٠٪ بواقع ٣٠٪ في السنة الأولى، وهذا يعني أن ٤٠٪ من مرضي الفصام يستطيعون التكيّف مع المجتمع بعد شفائهم دون المداومة علي العقاقير العلاجية.



الفصل الخامس

التبؤل اللإرادي



التبولُّ اللاإرادي Urination عند الأطفال يُعتبر إحدى المشكلات التي يُعاني منها بعض الأطفال، وهي مشكلة ذات جذور نفسية أكثر منها مشكلة عضوية.

وتظهر مشكلة التبولُّ اللاإرادي في الليل أو النهار أو في كليهما معاً، وهي تظهر في بعض الحالات في الليل فقط، وفي حالات أخرى تظهر في النهار فقط.

وقد يبلغ الأطفال سن السادسة أو السابعة بل أكثر من ذلك. في بعض الحالات. دون أن يتغلبوا علي عادة التبولُّ اللاإرادي، والتي لا تُعتبر شذوذاً في مرحلتي الرضاعة والطفولة المبكرة. علي أن هناك مَنْ يعتادون ضبط المثانة قبل إتمام السنة الثانية من عمّرم، ثُمَّ يعتادون التبولُّ اللاإرادي بعد هذه السن فلا يلزمهم سوي أيام قليلة، وقد يلزمهم أمداً طويلاً.

ويؤكّد الأطباء أن التبولُّ اللاإرادي أثناء النّوم ليس بمرضٍ، لكنّه عَرَضٌ، بل عَرَضٌ شائعٌ إلي حدٍ ما. ويقول الدكتور "هولت" Holt إنَّ التبولُّ اللاإرادي في أكثر الحالات ما هو إلاّ عادة متصلة. علي الأغلب. بعادات أخرى تدل علي أن هناك عدم استقرار وحساسية بالغة في الجهاز العصبي للطفل، وهذه الحالات هي التي يجب أن تسترعي انتباهنا.

ويُعرّف التبولُّ اللاإرادي طبيياً علي أنّه: "انسكاب البول بصورة لإرادية، وفي حالة مستمرة إلي حدٍ ما لدي أطفال تجاوزت أعمارهم الـ ٤-١١ سنة، نتيجة خلل عضوي أو سبب وراثي، مثل تشوّه في الجهاز العصبي وحساسيته الزائدة، أو التهاب المثانة أو الحالب، أو حصوات الكلي".

أنواع التبولُّ اللاإرادي:

التبولُّ اللاإرادي ليس واحداً، حيث خرجت الدراسات التجريبية التي قام بها علماء النفس والأطباء المتخصصون، بنوعين رئيسيين متباينين، هما:

١. التبولُّ اللاإرادي الأوّلي:

ويُقصد به حالات التبولُّ اللاإرادي التي بدأت مع الطفل بعد ولادته واستمرت إلي مرحلة متقدمة من عمّره، حيث لا يكون لدي الطفل القدرة علي ضبط عملية

التبول لديه، كما أن الطفل لم يكن قد سبق أنه مرّ بمرحلة السيطرة علي مثانته، وهذا مؤشّر علي عدم النضج العضوي العصبي.

٢. التبول اللاإرادي الثانوي:

ويكون الطفل في هذا النوع من التبول اللاإرادي قد تمكّن أو تعلّم بعد ولادته التحكّم بتبوله بشكل جيد، ثمّ عاد وانتكس.

حقائق وإحصاءات:

يتبول الأطفال الرضع لاإرادياً في أثناء فترات النوم واليقظة، ويستمرّون في ذلك إلي أن يصلوا مرحلة يمكنهم فيها التحكّم بالمثانة. كما تختلف نسبة تبولهم اللاإرادي في أثناء الليل، فبعض الرضع ينام طوال الليل دون أن يتبول منذ لحظة ولادته، ولكن يوجد أيضاً أطفال يتبولون لاإرادياً وهم في عامهم الخامس رغم قدرتهم علي استخدام دورة المياه.

ومن ملاحظة النمو الطبيعي للطفل لوحظ التالي:

- خلال السنة الأولى: كل طفل صغير يتبول في ثيابه، وفي سريره.
- خلال السنة الثانية: يبدأ بعض الأطفال مرحلة عدم التبول اللاإرادي في أثناء وساعات النهار، وتخفض نسبة تبولهم أيضاً في الليل.
- خلال السنة الثالثة: تصبح الليالي التي لا يتبول فيها الطفل لاإرادياً أكثر تكراراً. ويبدأ الوالدان بملاحظة ظاهرة استيقاظ الطفل عند امتلاء مثانته فيناديهما ليأخذه إلي دورة المياه. ويبدأ معظم الأطفال في الحفاظ علي جفافهم في أثناء الليل عند بلوغهم سن الثالثة.

ونستطيع القول أن التبول اللاإرادي للطفل يصبح مشكلة تحتاج إلي التوقف عندها والبحث عن حل لها إذا ظل الطفل يتبول لاإرادياً حتى سن الخامسة من العمر وما بعدها بشكل متكرّر. أمّا إذا حدث التبول في سن الخامسة وما بعدها مرّات معدودة وبشكل متقطع غير متواصل أو مستمر فلا داعي للتوقف عندها ولنجعلها تمرّ بسلام.

ولقد كان التبولُّ اللاإرادي محط دراسات وتجارب وأبحاث قام بها علماء النفس وأطباء متخصصون، ففي الدراسات التجريبية التي قام بها "جونسون" تبين أن نسبة التبولُّ اللاإرادي لدى الأطفال الذكور والإناث في عُمر ٤ - ٥ سنوات تتراوح بين ٢٠ و٢٥٪، وتصل هذه النسبة إلي ٥٠٪ لدى الأطفال الذكور والإناث في عُمر ٦ - ١٠ سنوات. وبيّنت الدراسات التي تمت في الولايات المتحدة الأمريكية في هذا المجال أن حوالي ١٩٪ من الأطفال العاديين الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة والسادسة تظهر لديهم حالات تبولُّ لاإرادي. وتبين أيضاً من خلال نتائج الدراسات أن ٥٠٪ من الأطفال تقريباً يعانون التبولُّ اللاإرادي أثناء النوم بعد سن الثالثة.

أهمية التشخيص:

عندما يتكرر إفراغ البول نهاراً وليلاً في الفراش، أو في الملابس سواء كان لاإردياً أو مقصوداً، وإذا تكرر ذلك مرتين أسبوعياً لمدة ثلاثة أشهر علي الأقل، وكان عُمر الطفل الزمني لا يقل عن خمس سنوات، وعندما يحدث ذلك ليس بسبب البول السكري، أو الصرع.. عندئذ تأتي أهمية الفحص الطبي الشامل والدقيق للطفل حتى يمكننا أن نستبعد الأسباب الجسمانية في حالة التبولُّ اللاإرادي.

وفي إهمال ذلك خطر كبير علي الطفل؛ لأنَّ عدم علاج الطفل المصاب في جهازه البولي بمرضٍ قد يُسبب التبولُّ اللاإرادي، ظناً منا أنَّ علَّة ذلك إنَّما هو الإخفاق في تدريبه علي العادات الصحيحة فحسب، إنما هو أمر ينذر بنتائج سيئة، ذلك لأنَّنا نحرمه من العلاج الطبي أو الجراحي الذي يُخفِّف الداء عنه، ومن الواضح أنَّه لا جدوى أو فائدة من مُطالبة الطفل بأن يُقاوم أمراً يفوق قدراته، إذ أن هناك الكثير من الحالات البدنية التي تُسبب التبولُّ اللاإرادي، مثل: المهيجات المحلية في المنطقة التناسلية كالالتهابات، وضيق المخارج، وديدان الشرج.. الخ، ممَّا يعجز الطفل عن احتمالها أو السيطرة عليه.

وكثيراً ما يرتبط التبول اللاإرادي بوجود الحمض المُركَّز، وخاصةً إذا كانت كمية السوائل التي يتناولها الطفل غير كافية، كذلك ممَّا يُسبِّب التبول اللاإرادي فقر الدَّم، وسوء التغذية، واضطرابات الجهاز العصبي.

وينبغي أن تلقي هذه العلل ما يناسبها من العلاج الفعَّال. ومع أنَّ كثيراً من حالات التبول اللاإرادي يرجع إلى الأسباب العضوية، إلَّا أنَّ هناك حالات أُخري كثيرة تنتج عن تكوين العادات السيئة فقط.

وفي حالة ما تبينَّ من الفحص الطبي الشامل خلو الطفل من أيَّة عيوب أو تشوُّهات خلَّقية في المسالك البوليَّة، أو أنَّه ليس لديه أمراض عضوية تؤدي إلى ظهور مشكلة التبول اللاإرادي أثناء النُّوم، في هذه الحالة تُشخص المشكلة علي أنَّها مشكلة سلوكية لها أسبابها النفسِيَّة.

أسباب مشكلة التبول اللاإرادي:

أولاً: الأسباب الوراثية:

لوحظ في بعض العائلات أنَّه إذا كان أحد الوالدين كان يُعاني في طفولته من التبول اللاإرادي، فهناك احتمالات بمُعانة بعض أبنائهم من هذه الظاهرة في سن الطفولة.

ويمكن ملاحظة بعض هذه الحالات عند بعض الأطفال توأم الولادة، ومعني هذا أن عامل الوراثة موجود وواضح في هؤلاء الأطفال، وهو ما أكَّده أحدث الدراسات العلمية عن التبول اللاإرادي.

ثانياً: الأسباب العضوية:

يؤكِّد بعض المتخصِّصين أنَّ نسبة العوامل العضوية المُهيأة لحدوث مشكلة التبول اللاإرادي لا تتعدى أو تتجاوز ٤%. ويمكننا إيجاز مجمل هذه العوامل في التالي:

- وجود بعض التشوُّهات الخَلْقية في المثانة وباقي الجهاز البولي.
- التهابات بالمسالك البولية وخاصة في المثانة.
- ضيق في مجري ومخارج البول.

- بطء تطوُّر التحكُّم في المثانة عن المعدل المطلوب.
- صِغر حجم المثانة عن الحجم الطبيعي، الأمر الذي يجعلها تمتلئ بسرعة، وتفرغ بسرعة أيضاً.
- هناك بعض الأشخاص الذين يتسمون بعصبية الطبع، ويُعانون التوتُّر والقلق والحساسية لأقلِّ مشكلة يتعرَّضون لها، هؤلاء الأشخاص - عادةً - يشكون عصبية في بعض أجهزة أجسامهم، فنجدهم يشكون القولون العصبي، والمعدة العصبية، والمثانة العصبية، والرحم العصبي (في الإناث). وفي هؤلاء الأشخاص نجد عندهم المثانة تتأثر بأقلِّ كمية من البول تتجمَّع فيها، ويشعرون برغبة مستمرة للتبول، والأطفال من هؤلاء الأشخاص - عادةً - يبولون في فراشهم ليلاً لإرادياً.
- قد يُصاحب التبول اللاإرادي بعض الحالات المرضية الأخرى، مثل: الأنيميا، وسوء التغذية، وسوء الهضم والامتصاص، ونقص الفيتامينات، والإصابة ببعض الديدان مثل: البلهارسيا، والإنكلستوما.
- كما يُلاحظ أنَّ الأطفال الذين يُعانون من الإمساك بشكلٍ مستمر، أكثر إصابة بالتبول اللاإرادي من الأطفال العاديين، ويرجع السبب في ذلك إلى تأثير الإمساك علي عمل المثانة.
- في أحيانٍ قليلةٍ توجد عيوب في العمود الفقري للطفل، وهنا يكون التبول - عادةً - بالنهار والليل، وأثناء اليقظة والنوم علي السواء.
- زيادة الحمضيات والقلويات في البول.
- توجد بعض الحالات الأخرى من التبول اللاإرادي عند الطفل أثناء حدوث حالة التشنُّج لديه، وكذلك الأطفال المُصابون بالصرع.
- إصابة الطفل بالحساسية، أو إصابة أمه بهذا المرض سواء في جهازها التنفسي، أو في الجلد أيضاً.
- تضخُّم اللوز، والزوائد الأنفية، أو في حالة الإنهاك العصبي.

- يُعتبر الأطفال المُصابون بمرض السكر أكثر عرضة للإصابة بالتبول اللاإرادي. وهناك بعض حالات مرض السكر في الأطفال تم تشخيصها عن طريق كثرة وتكرار عملية التبول اللاإرادي.

ثالثاً: الأسباب النفسية:

اعتبر علماء النفس المتخصصون في دراسات وأبحاث متعلقة بالطفولة أن الأسباب النفسية تُشكّل ما يقرب من ٩٥٪ من أسباب حدوث التبول اللاإرادي عند الأطفال. ونظراً للدور الأساس الذي يمثل الخلل في الصحة النفسية في حدوث مشكلة التبول اللاإرادي فإن علماء النفس راحوا يؤكدون مجموعة كبيرة من الأسباب النفسية التي تُفسر مشكلة التبول اللاإرادي، والتي نجلها في التالي:

● الضغوط النفسية التي يتعرّض لها الطفل:

إنّ القلق والحيرة من جانب الأمّ لن تؤخر فقط من اكتساب الطفل تعليم التبول، ولكن تفقده هذه الخاصية إذا حدثت خلال المرحلة الأولى من العمر، ولذلك يجب ألاّ يتعرّض الطفل لهذه الظروف النفسية.

● التفكك الأسري:

يري عددٌ كبيرٌ من علماء النفس أن أكثر أسباب حدوث التبول اللاإرادي عند الأطفال، ترجع إلي الخلافات الزوجية بين الأب والأمّ، وإلي التفكك الأسري. ومشاهدة الطفل للمشاجرات والخلافات التي تقع بين الوالدين في البيت لها آثار نفسية سيئة تؤثر علي جهازه العصبي، وعلي طبيعته الانفعالية، ممّا يؤدي إلي ظهور أو تجدد مشكلة التبول اللاإرادي.

● الشعور بالغيرة:

تتعجب بعض الأمّهات من أنّ ظاهرة التبول اللاإرادي لم يتعرّض لها طفلها الكبير إلاّ بعد ميلاد طفلها الجديد، وتدهش أمّ أخرى لأنّ طفلها كان قد ألق عن التبول اللاإرادي ثمّ ما لبث أن عاد إليه مرّة أخرى بعد زيادة الاهتمام بأخيه أكثر منه.

إنَّ غيرَ الطفل من المولود الجديد وشعوره بأنَّه قد احتلَّ المكانة المرموقة في قلب الوالدين، هذا الشعور يدفع الطفل، والذي قد يكون قد أقلع بالفعل عن عادة التبول اللاإرادي، يدفعه إلى الارتداد لهذه العادة المؤلمة، تعبيراً منه عن عدم الرضا بالوضع الجديد، ومحاولته لجذب انتباه واهتمام الوالدين. ويعتبر علماء النفس التبول اللاإرادي في هذه الحالة هو في الواقع وسيلة لاشعورية لردة هي ما يُطلق عليها "عملية النكوص"، أي الرجوع إلى مرحلة سلوكية من مراحل الطفولة الأولى. وليس معنى ذلك أن كلَّ طفل يولد له أخ جديد سوف يُصاب بالتبول اللاإرادي، ولكن في الواقع نجد في معظم حالات التبول اللاإرادي أنَّه بجانب هذا العامل، كانت هناك عوامل نفسية أخرى لها أثرها على نفسية الطفل، وعند ظهور العامل الجديد (ولادة طفل جديد) تطوَّرت الحالة، وبدأ ظهور التبول اللاإرادي.

● الخوف:

يُعتبر الخوف من الأسباب التي تؤخر عملية ضبط التبول عند الأطفال وخاصة ليلاً وهو نائم. والطفل يخاف من الظلام، كما يخاف من أشياء مجهولة وهمية رسمها في خياله نتيجة لحكايات الكبار له، أو نتيجة لمشاهدة أفلام مرعبة، أو قراءة قصص مثيرة مخيفة.

ومن المهم أن نعلم أن خوف الأطفال هذا شيء ضروري، وهو شيء فطري يدفعهم إلى البعد عن الأشياء الضارة والمؤذية. والطفل يخاف أشياء كثيرة للغاية، لكن ما يهمنا في هذا المقام هو الخوف الذي يمنع الطفل من الذهاب إلى دورة المياه ليلاً للتبول، وهو عادةً يتمثل في الخوف من الظلام، أو الخوف من الحشرات.

● فقدان الأمن:

من أشد الأسباب وراء إصابة الطفل بالتبول اللاإرادي فقدانه الشعور بالأمن والطمأنينة. وأهم الأسباب التي تُصيب الطفل بفقدان الشعور بالأمن هو فقدان أحد الوالدين، أو وفاة شخص عزيز عليه، أو نشأة الطفل في بيئة أو أسرة غير ملائمة من حيث سوء المعاملة، وعدم تقدير مشاعره، وحرمانه من الحب الذي يُعتبر الغذاء النفسي له.

● الحرمان العاطفي:

لا شيء يحتاج إليه الطفل مثلما يحتاج إلي الحب، إنَّ أخطر شيء علي الصحَّة النفسية للطفل هو شعوره بفقدان الحبَّ وبأنَّ مَنْ حوله لا يحبونه، ولا يولونه الرعاية والعطف. وهناك حالات كثيرة من الأطفال المُصابين بالتبول اللاإرادي حتى سن متأخرة كانوا من الذين يفتقدون إلي الحبَّ والعطف والمودة.

وقد أظهرت إحدى الدراسات التي أُجريت علي الأطفال الذين أمضوا حياتهم الأوَّلي في المستشفيات أو المؤسسات الأخرى أنَّ الطفل يحتاج إلي أشياء أخرى أكثر من إرضاء حاجاته الجسميَّة، لقد كان هؤلاء الأطفال يُعني بهم وفق أفضل الطرق العلمية السليمة، ولكن كان ينقصهم الرعاية الدافئة التي تُقدمها الأمُّ لأطفالها.. لقد كان ينقصهم الحبَّ الحقيقي.

هؤلاء الأطفال عندما كبروا صاروا منطويين، غير مطمئنِّين، يملأهم الخوف والقلق، وبالطبع كانوا يُعانون من بعض المشكلات النفسية منذ طفولتهم، وعادةً ما يصحب هؤلاء الأطفال مشكلة التبول اللاإرادي.

● الشعور بالنقص:

أغلب المشكلات النفسية سيما مشكلة التبول اللاإرادي قد تنشأ من الشعور بالنقص لدي الطفل، بطريقةٍ لاشعورية، يُحاول بها الطفل تعويض نفسه عن شعوره بعدم الحبَّ، وذلك بجلب الأنظار إليه، أو محاولة استدراج عطف الآخرين عليه.

● التدليل الزائد:

تبيَّن من استقراء حالات كثيرة للتبول اللاإرادي عند الأطفال أنَّ التدليل الزائد من أهم الأسباب القوية وراء هذه الظاهرة، فالطفل المُدلل يشعر أنَّه جوهرة نفيسة عند الوالدين، وأنَّهما لن يقوموا بعقابه مهما حدث، ومهما كانت الظروف، وبالتالي لا يهتم بأوامرهما. كما أنَّه كثيراً ما يتأخر في ضبط بعض الأمور الخاصة بالطفولة ومنها ضبط المثانة، وكذلك يظل اعتمادياً علي الغير بدرجة كبيرة، وغير قادر علي العمل بنفسه مهما كان العمل صغيراً وبسيطاً.

● التجارب النفسية المؤلمة:

قد يُعبّر الطفل عن الكراهية لاشعورياً تجاه أحد الوالدين أو كليهما نتيجة وجود تجارب وخبرات مؤلمة مع أحد الوالدين أو كليهما وتمّ كتبها في الوعي، لكنّها في حقيقة الأمر نزحت إلي منطقة اللاوعي (اللاشعور) وخرجت في ظروف من التوتر النفسي علي شكل تبوّل لاإرادي، وهنا لا بدّ أن يكون الوالدان حذرين حيال أي تجارب مؤلمة مع الطفل.

● اضطرابات النوم:

قد يكون اضطراب النّوم سبباً مهماً في إصابة بعض الأطفال بالتبوّل اللاإرادي. واضطرابات النّوم هي في الأصل مشكلة نفسية، وتتم عن شخصية انفعالية غير مستقرة من الناحية النفسية، وتؤدي اضطرابات النّوم إلي عدة أمور من بينها ظهور مشكلة التبوّل اللاإرادي.

رابعاً: الأسباب المتعلقة بالعادات:

وهي التي سنقوم بتوضيحها في النقاط التالية:

- يحرص الكثير من الأهل علي الإسراع في تدريب أطفالهم علي التبوّل في القصرية في سن بضعة شهور، والواقع فإنّ هذا الإصرار لا فائدة منه؛ لأنّه كلّما كبر سن الطفل، كبر حجم المثانة، واستطاعت أن تحتفظ بكمية كبيرة من البول لفترة أطول، وبدون أي جهد يتوقف التبوّل المسائي، وبدون أي عناء يكره الطفل أن يكون مبتلاً فيطلب القصرية للتبوّل. ولذا لا يجب الاهتمام ببدء التدريب علي التبوّل قبل السنة والنصف. والمشكلة هنا هي مع هذا التسرع، ولا نقول الإسراع في محاولة التعليم حيث قد تُصاب الأم بخيبة أمل إذا تبوّل طفلها علي نفسه وخالف تعليماتها فتهال عليه توبيخاً أو حتى ضرباً فتتعمّد المشكلة بالتالي.
- إذا لجأت الأم لعقاب الطفل لعدم استخدامه القصرية عند إجلاسه عليها، فإنّه يرفض أن يستخدمها في المرّات التالية ويتبوّل لاإرادياً.

■ بعد السنة الأولى يميّز الطفل بمرحلة التصرفات العكسية لدرجة أن أي محاولة لإجباره علي استعمال القصرية ستفشل، وسوف يستعمل الطفل عدم استخدامها لجذب الانتباه للاستمتاع بالضوضاء التي تحدث عندما يتبول لا إرادياً، فيكرّر ذلك عمداً.

إنَّ اكتساب الطفل للمقدرة علي التحكُّم في البول يمكن أن يتأخر نتيجة الضغط عليه لاستعمال القصرية ورفضه ذلك، فيحدث نوع من الخلل في وظيفة العضلة القابضة للمثانة.

- في أثناء الليالي الباردة وخاصةً إذا كانت دورة المياه بعيدة عن حجرة الطفل فإنَّه ربما يفضل أن يتبولَّ علي ملابسه بدلاً من الذهاب إلي دورة المياه.
- هناك بعض المأكولات لها آثار سلبية، وتزيد من فرصة تعرُّض الأطفال لظاهرة التبولُّ اللاإرادي، من أهمها:

(أ) تناول الأطعمة الغنية بالماء، وخاصةً قبل النوم حيث تزيد من كمية البول المتراكمة في المثانة، ومن ثمَّ تزيد فرصة تبول الطفل لا إرادياً، ومن هذه الأطعمة: الألبان، الفواكه وبالأخص: البطيخ، والشمام، والكتنلوب، والخوخ، والعنب. والخضروات الطازجة، م ثل: الطماطم، والخيار، والخس.

(ب) هناك بعض المشروبات المُدرة للبول، أي تزيد من كمية البول المتراكمة في مثانة الطفل، مثل: الشاي، والقهوة، وعصير القصب، والمياه الغازية.

أهم وسائل العلاج:

تتعدد طرق علاج التبولُّ اللاإرادي عند الأطفال، وعليه فإنَّنا سوف نقوم بتوضيح كافة الطرق التي يمكن أن تتبع لعلاج مثل هذه الحالات:

أولاً: العلاج العضوي:

قبل أن نخوض في وسائل وطرق العلاج المقترحة يجب علي الآباء والأمهات، المُربِّين والمُربيَّات أن يدركوا حقيقة مهمة للغاية، وهي: أنَّ التبولُّ اللاإرادي الذي يُصيب

بعض أطفالنا ويُسبب لهم الكثير من المشكلات والأزمات، ما هو إلاّ مظهر من مظاهر أخرى مستترة، وعلينا جميعاً البحث عن جذور المشكلة ليتم اقتلاعها تماماً، إذ من الخطأ أن نعتقد أن عملية التبول اللاإرادي عند الأطفال هي المشكلة الرئيسة.

ولكي يكون العلاج ناجحاً فإنه لا بدّ أولاً من فحص الحالة، أي تشخيصها لمعرفة ما إذا كان السبب عضوي أو نفسي، ومن ثمّ يكون علاج كل حالة حسب سببها، ومظهرها، وملاحظتها في وقت واحد.

وحتى يكون تشخيص حالة التبول الليلي اللاإرادي عند الطفل سليماً وشاملاً فإنه لا بد من فحص الطفل طبيياً بشكل جيد، والاستماع إلي شكواه، ومحاورته بشأن حالته التي يشكو منها، وكذلك لا بد من سؤال أبويه أو إخوته أو حتى مربيته.

وفي نفس الوقت ينبغي عمل فحوصات طبية ومخبرية، وكذلك عمل أشعة للفقرات القطنية والعجزية، وفحص الأعضاء التناسلية بغرض تحديد ما إذا كان يوجد لدى الطفل أي خلل عضوي في المسالك البولية أم لا.

● تدريب مثانة الطفل:

هناك نسبة من الأطفال يرجع سبب تبولهم اللاإرادي إلي إصابتهم بما يُعرف بالمثانة العصبية، أو أن تكون مثانتهم أصغر حجماً عن الحجم الطبيعي، هذه الفئة من الأطفال إذا تمكنا من تدريب مثانتهم لتحمل أكبر قدر من البول لفترة طويلة، ساعدنا ذلك في تكبير حجم المثانة، والتحكّم في عملية التبول، ومن ثمّ نستطيع - إلي حدٍ كبير - التخلّص من عَرَض التبول اللاإرادي. ومنها:

- السماح للطفل أن يشرب أكبر قدر ممكن من السوائل في فترة النهار، مع تعليم الطفل وتدريبه علي التحكّم، وعدم التبول أطول فترة ممكنة، أو علي الأقل إلي درجة شعوره بعدم الارتياح وحاجته الملحّة للتبول مع تقليل السوائل قبل النوم.
- إذا كانت الفترة الزمنية بين كلّ مرّة وأخري يتبول فيها الطفل أقلّ من ثلاث ساعات، وجب علينا أن نحاول في أن تزيد المدة الفاصلة بين مرّات التبول بمعدل نصف ساعة كلّ يوم إلي أن تصل المدة بين كلّ مرّة تبول وأخري إلي ثلاث ساعات علي الأقل.

■ إذا نجحنا في أن يتوقَّفَ الطفل عن تبوُّله في فراشه لمدة أسبوعين متتاليين بعد هذا التدريب، يمكننا إتباع برنامج إضافي في تدريب المثانة، وذلك بتشجيع الطفل بتناول المزيد من السوائل خلال فترة النهار، مع تناول كوب أو كوبين من الماء قبل وقت النوم الأمر الذي يدفع الطفل إلى المزيد من التحكم، ووضبط تبوُّله، مع ملاحظة أن يتم ذلك تدريجياً مع التشجيع المستمر للطفل.

ثانياً: العلاج النفسي:

إنَّ تبصير الطفل بالأضرار التي يمكن أن تلحق به نتيجة التبوُّل اللاإرادي يُعتبر من أهم العوامل المساعدة للقضاء على تلك المشكلة، ومن هذا المنطلق يجب على الآباء والأمهات تبصير الطفل بما يترتب على هذه العادة الممقوتة من أضرار في المستقبل، وأن يتم إقناعه بأنَّه لا يصح أن تصدر عنه هذه العادة غير المرغوب فيها وخصوصاً بعد أن قطع شوطاً كبيراً في النمو، وذلك حتى يستطيع أن يُساهم في مختلف وجوه النشاط الحياتي دون أن يتعرَّض للتهكُّم أو السخرية من أي إنسان.

كما ينبغي أن نوضح له المزايا التي ستعود عليه إن هو جاهد وتحدي العقبات في التخلُّص من هذه العادة. ويُلاحظ أنَّ الأطفال في هذه السن المبكرة يميلون إلى مرافقة آبائهم في أسفارهم، وإلى القيام بالرحلات، أو مزاولة بعض نواحي النشاط التي يحبونها، ولذا .. ينبغي أن نبيِّن لهم استحالة مرافقة آبائهم أو أمهاتهم، إلَّا إذا هم تغلبوا على عادة التبوُّل اللاإرادي.

وبعد أن نُبصِّرَ الطفل بكافة المزايا والأضرار، ومختلف الدوافع التي تتطلَّب منه لبذل الجهد للقضاء على تلك العادة، علينا أن نمده ببعض العون الخارجي، فمثلاً: يجب أن نستبعد الماء واللين من طعامه بعد السَّاعة الخامسة مساءً، ولا مانع أن يقوم الآباء بجولاتٍ يتفقدون فيها أطفالهم لعلهم يستطيعون الوقوف على الميعاد الذي يحدث فيه التبوُّل اللاإرادي، فإذا استطاعوا الوقوف على هذا الميعاد، وجب أن يوقظوا الطفل وأن يقوموا بتبنيه بضرورة الذهاب إلى دورة المياه، ويمكنهم كذلك أن يوقظوه في الصباح المبكر إذا لزم الأمر.

ثالثاً: العلاج السلوكي؛

من بين النتائج التي تدعو إلى الاهتمام بالمنهج السلوكية المعاصرة في علاج مشكلة التبول اللاإرادي أن نسبة نجاح الطرق الأخرى غير السلوكية في التخلص من هذه المشكلة منخفضة للغاية، إذ يبلغ ١٤٪ بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الخامسة والتاسعة من العمر، وتصل إلى ١٦٪ بين من تبلغ أعمارهم التاسعة إلى العشرين سنة، وتنخفض بشكل حاد لتصل إلى ٣٪ فقط عند من تخطت أعمارهم العشرين عاماً، ولهذه النتائج أهمية كبيرة من حيث تأكيد الحرص على انتقاء طرق العلاج المناسبة وتطويرها بما فيها العلاج السلوكي المعاصر الذي تبلغ نسبة النجاح فيه أحياناً ٩٣٪.

● علاج فتاة تُعاني من التبول اللاإرادي عن طريق العلاج السلوكي؛

قدّمت إلى الدكتورة "رضوي إبراهيم" بالعيادة الخارجية بقسم الطب النفسي، فتاة في الثامنة عشرة من عمرها بصحبة والدتها، تتسم بالخجل الشديد وعدم الثقة في نفسها، ومع ذلك كانت من الناحية الجسميّة علي درجة عالية من الصحّة والجمال.

● الشكوى الرئيسية؛

تُعاني الفتاة من عدم قدرتها علي ضبط نفسها في عملية التبول أثناء النوم، ولقد أثبتت التقارير الطبية أن الفتاة ليس لديها أي مشكلة عضوية تدعو إلى استمرار التبول اللاإرادي وبشكل يومي. وقد سبق للفتاة أن استخدمت علاجات بالأدوية لفترات طويلة لوقف التبول اللاإرادي. وجميعها لم تعط نتائج إيجابية. وقد أدى استمرار المشكلة إلى وجود حساسية شديدة لدي الفتاة، فهي تتفعل لأقل الأسباب، وتشعر بالتعاسة والرغبة في البكاء في أحيان كثيرة. وكانت تعزف عن تكوين العلاقات الاجتماعية، وهي تميل إلى العزلة، وتتجنب المشاركة في أنشطة الأسرة، وبالرغم من شعورها بالضيق والغضب الشديدين تجاه أمها، إلا أنها كانت مرتبطة بها ارتباطاً قوياً.

وبتطبيق أحد اختبارات الشخصية للقلق والاكتئاب حصلت الفتاة علي درجات مرتفعة علي كلا المقياسين. وكان هذا مؤشراً إلى أن قلقها العُصابي قد تفاقم، ولكن عملياتها المعرفية وقدرتها علي التفكير والاستيعاب كانت علي درجة لا بأس بها بالرغم من انقطاع الفتاة عن الدراسة منذ ثلاث سنوات.

● الخطة العلاجية:

تركزت الخطة العلاجية علي مرحلتين أساسيتين: حيث كان التركيز في المرحلة الأولى علي التبول اللاإرادي كسلوك محوري للعلاج، أمّا المرحلة الثانية فقد كان الهدف منها هو زيادة قدرة الفتاة علي الحوار، وتتمية المهارات الاجتماعية لديها، مع تشجيعها علي تغيير أنماط الاتصال وأساليب تفاعلها بأفراد أسرتها، وهذا ما استلزم أتباع الخطوات التالية:

١. إلقاء الأسئلة العابرة، أو الأسئلة المكثفة، أو المتابعة لموضوع معين.
٢. ضرورة التعليق علي ما تسمع، علي أن تتسم تعليقاتها بالتنوع إمّا إظهار التأييد للموضوع أو الرفض أو التحفظ.
٣. الاحتكاك البصري الملائم عند الحديث مع الآخرين.
٤. التشجيع علي إظهار الاهتمام بالآخرين.

وقد تم تدريب كل قدرة من هذه القدرات السابقة بشكل مستقل، استغرق هذا التدريب عشرين جلسة علاجية علي مدي خمسة عشر أسبوعاً، استغرقت كل منها نحو (٤٠) دقيقة في المتوسط.

وللتغلب علي مشكلة التبول اللاإرادي قامت المعالجة بتنفيذ البرنامج التالي للتدريب علي التحكم في التبول وضبط المثانة، وتم ذلك بالاتفاق مع الفتاة ووالدتها، وسوف نعرض فيما يلي لخطوات هذا البرنامج:

١. استخدمت المعالجة جدولاً للمكافآت يشبه الجدول التالي:

جدول التدعيمات

السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس
«	«	«	«	«	«

١. طلبت المعالجة أن يعلّق الجدول في مكان خاص بالفتاة (مثلاً علي الحائط بجانب سريرها، أو في أي مكان تراه الفتاة مناسباً).

٢. شراء بعض الهدايا البسيطة لتستخدم كتدعيمات تتضمن أشياء ترغب الفتاة .
عادةً . في شرائها، وطلبت من الأمُّ شراء بعض النجوم اللاصقة .

٣. شرحت المُعالجة للفتاة ووالدها البرنامج بعبارات مفهومة وواضحة بالشكل التالي: "أريد أن أساعدك علي أن تتوقفي عن التبول أثناء الليل، وأن تبقي جافة، فأنا أعرف أن تلك المشكلة تُسبب لك الإزعاج بسبب الرائحة غير المستحبة، والعمل الإضافي الذي يتطلبه غسيل أغطيتك، ونستخدم لذلك برنامجاً للمكافآت، ونريدك أن تختاري الأشياء التي تعجبك أو تحبين أن تكون لديك من عدة مدعمات يتم تحديدها مسبقاً . وإذا مرّت ليلة دون أن تبلي نفسك فستحصلين علي مكافأتك فوراً، وستحصلين علي نجمة في هذا الجدول المُعلق هنا".

٤. تحوّل النجمة رقم (٥) في اليوم التالي إما إلي تدعيم مباشر بإعطائها أحد المدعمات المتوافرة، أو توفير النجوم لاستخدامها في الحصول علي شيء أكبر في نهاية الأسبوع، أو أي فترة أخرى. ونتيجة لهذا كان علي الأمُّ أن تعرض علي الابنة في نهاية اليوم الخروج لمبادلة المكافآت الرمزية (النجوم) بأشياء تشتريها في مقابل ما حصلت عليه، أو أسبوعياً إذا ما رغبت الابنة في توفير نجوم أكثر.

٥. طلبت المُعالجة من الأمُّ أن تقوم بتقديم المدعم الرمزي في اليوم التالي مباشرة إذا نجحت الفتاة في الحفاظ علي عدم تبولها .

٦. إذا استمرت الفتاة في التوقف عن التبول اللاإرادي كُلّ ليلة لأسبوعين متتاليين فالخطة تقتضي أن نعمل علي تلاشي المدعم الحسي تدريجياً بحيث يُقدّم المدعم يومياً في الأسبوع الأول، وكُلّ يومين في الأسبوع الثاني، وكُلّ أربعة أيام في الأسبوع الثالث إلي أن يتوقف المدعم المحسوس (الهدايا التي تمّ شراؤها من قبل، أو الهدايا الخارجية) تماماً، علي أن تستمر الفتاة في لصق النجوم عن كُلّ يوم يمرّ دون بلل لضمان استمرار التدعيم الاجتماعي المتمثل في الانتباه للتغيرات الإيجابية .

٧. طلبت المعالجة من الأم أن تمتدح سلوك الفتاة خاصة أمام أفراد الأسرة كُلِّ مرةً تتجح فيها في الكف عن التبول علي نفسها. أمّا إذا فشلت فلا ضرورة للتأنيب أو اللوم، وعلي الفتاة أن تقوم بغسل الملابس والأغطية المبللة.

٨. ولكي نخفف عن الفتاة مخاوف الفشل فقد تم إخبارها بأنّها ستتجح في بعض الليالي، وستفشل في بعض الليالي الأخرى في أوّل الأمر.

٩. طلبت المعالجة من الأم أن تستمر في تطبيق البرنامج حتى تتجح الفتاة في الكف عن التبول أثناء الليل، وفيما عدا ذلك كانت أوامر المعالجة للأم واضحة: "لا تتقدي، لا تؤنبي، إذا ظهر السلوك السلبي (تبليل نفسها ليلاً)، وتصرفي بشكل عام بالتشجيع، واطهري اهتمامك، وامتدحي سلوكها كلّما بدر منها ما يدل علي اهتمام بمظهرها ونظافتها".

وقد كان التغير في سلوك الفتاة واضحاً للغاية، فقد توقف التبول اللاإرادي في نهاية الأسبوع الثاني من تنفيذ هذا البرنامج، وفي الوقت ذاته بدأت الفتاة تستجيب بطريقة إيجابية وتلقائية لأفراد أسرتها، وبدأت تُظهر جوانب أخرى في سلوكها، مثل قضاء وقت أكبر في صحبة الأسرة سواء داخل البيت أو الخروج معهم للزيارات الاجتماعية، وبدأت الفتاة تُفكر في العودة إلي تكملة دراستها من جديد للحصول علي الشهادة الثانوية.



الفصل السّادس

فرط الحركة والنشاط



تُعد شخصية الطفل من العوامل المهمة التي تُحدّد مدي سهولة أو صعوبة التعامل معه، فالطفل الهادئ قد لا يُثير أيّة متاعب حتى في مرحلة الرّفص والمقاومة (أي فيما بين ١٨ شهراً أو ثلاثة أعوام). علي حين يكون الطفل مُفرط الحركة والنشاط مشكلةً حقيقيةً، حتى لدي الأخصائيين، وإذا كان المنزل يتعرّض لكثيرٍ من الاحتكاكات فينبغي أن نبحث عن الأسباب الحقيقية لهذه الحالة، والدوافع التي تؤدي إلي ظهور مثل هذه المشكلة، حتى يتسنى لنا وضع أسس العلاج الصحيحة.

ويمكننا أن نؤكّد في البداية أنّه قد كثرت الشكوى في الآونة الأخيرة من الأطفال كثيري الحركة مع قلة الانتباه والتركيز. وقد أظهرت الدراسات أن هؤلاء الأطفال لا يستطيعون السيطرة علي حركاتهم، كما أن عدم الانتباه ليس مقصوداً، ولكنّه يحدث بالرغم منهم، لأنّهم مرضي كما يُقرّر البعض من الاختصاصيين.

وقد أكّد العلماء أنّ الأطفال هم أكثر الكائنات الحيّة ذكاءً، وأكّدوا أيضاً أنّ الطفل الذي يتمتع بكثرة الحركة والنشاط هو طفل ذكي بلا شك، إلاّ أنّ هؤلاء الأطفال قد يُسبّبون بعض المشكلات التي تعترض تفوقهم الدراسي، وتعرّض ذاكرتهم للنسيان أو عدم الانتباه والتركيز.

كما أكّد الخبراء أنّ الأطفال زائدي الحركة والنشاط هم من الفئات التي لم تأخذ حقها من الاهتمام والدراسة، ولا يوجد لهم أماكن للتأهيل، أو مدارس خاصّة بهم علي الرغم من أنّ نسبتهم في ازديادٍ مستمر. لذا، لا بدّ من زيادة الجهود الفرديّة والشعبية في إنشاء جمعيات أهلية لرعاية هؤلاء الأطفال، وضرورة إجراء دراسات إحصائية لمعرفة نسبة هذه الشريحة. وعلي أساتذة البحوث التربويّة والنفسية الاهتمام الكامل بهذا الموضوع حتى ينال هؤلاء حقهم من الرعاية، وبذا نقيهم شر الانحراف والجنوح.

تشخيص حالة الطفل مُفرط الحركة، قليل الانتباه:

في البداية نؤكّد أنّه لا يوجد تعريف واحد متفق عليه عالمياً لحالة الطفل مُفرط الحركة، فليس من السهولة تشخيص مجموعة من الأعراض، وفي الماضي

كان قد أُطلق علي هذه الحالة مصطلح: « اختلال وظيفة الدماغ » Minimal Brain Dysfunction، ثمَّ اصطلح عليها: «عجز الانتباه والحركة المُفرطة» Attention Deficit With Hyperactivity وأخيراً، استبدل بهذين المصطلحين مصطلح: «الطفل مُفرط الحركة» Hyperactive Active Child إذ لا يُعاني مثل هذا الطفل من عجزٍ في الإدراك والعواطف، أو خلل عصبي كأعراض المُصاب باختلال وظيفة الدماغ.

وأطباء الأطفال يطلقون علي هؤلاء الأطفال الذين يأتون بمثل هذه السلوكيات «الأطفال فائقي الحركة عديمي التركيز» ويعتبرونه مرضاً.

أمَّا المعارضون لهذا التشخيص . وهم مختصون في هذا المجال أيضاً . فيرون أن الأمر لا يصل إلي حدِّ المرض، وأنَّه أمر طبيعي من طفلٍ صغيرٍ، ولا يحتاج لأكثر من المزيد من الصبر من قبل مُعلِّميه، والمزيد من الصرامة في المنزل من قبل والديه .

وهم يلقون باللُّوم علي الثقافة السائدة التي تتيح . بكلِّ بساطة . دمع الأطفال بمثل هذه المُسمَّيات، ويلقون باللُّوم أيضاً علي الآباء الذين يُعانون من ضغوط العمل ممَّا لا يجعل لديهم الوقت للجلوس مع أبنائهم لفتراتٍ طويلةٍ، وأيضاً يلقون باللُّوم علي المُعلِّمين الذين يهربون بمثل هذه المصطلحات من مسؤولياتهم لأنَّهم مثقلون بأعباءٍ أكبر من قدرتهم علي التحمُّل .

ولكن المُعارضين لهذا الرأي يرون أنَّ أسلوب التربية، أو ازدحام الفصول في المدارس، أو حتى عدم رغبة الطفل في بذل المزيد من الجهد ليست سبباً في ظهور أعراض هذا المرض، ولكنَّهم يُرجعون الأمر إلي تلفٍ عصبي في تكوين الطفل يجعله غير قادر في السيطرة علي أفعاله، وهو تلف يولد به الطفل، وغالباً ما نري سوابق له في ذات العائلة، وما يدعم هذا الرأي أنَّ الباحثين استطاعوا أخيراً عزل «جين وراثي» مُعيَّن أرجعوا له سبب هذا السلوك .

بل إنَّ صور الأشعة علي أدمغة الأطفال المُصابين أظهرت فروقاً بينهم وبين الأصحاء في المنطقة التي تتحكَّم في التركيز والقدرة علي السيطرة علي الذات في المخ .

ولكن، ما هو تحديد مرض « فرط الحركة، وقلّة الانتباه أو التركيز » ؟ الدكتور «مارتن ستين»، أستاذ طب الأطفال بجامعة «كاليفورنيا سانت دييجو» بالولايات المتحدة الأمريكية، يقول: «إنّه ليس مجرد مرض حقيقي، ولكنّه واحد من أكثر المشكلات الصحيّة لدي الأطفال.. فهو يُعتبر بالإضافة إلي الربو، من الأمراض المُعتادة التي تكون أعراضه سلوكيّة، وتختلف من طفلٍ لآخر. ولا يمكن تحديدها بشكلٍ قاطعٍ، خاصّةً إذا عرفنا أنّها قد تتماثل أو تختفي خلف أعراضٍ أُخرى».

وفي الواقع أنّ ما يقرب من ٥٠٪ من الأطفال المُصابين بهذا المرض تكون لديهم أعراض مُصاحبة، كعدم القدرة علي التعلّم، والقلق، والاكتئاب، وعدم القدرة علي التواصل، وكلّها أعراض يجب تحديدها قبل تشخيص المرض.

عموماً، فإنّ النشاط الزائد يُعد من أنماط السلوك غير الناضج الذي يدل علي أنّ الطفل لم ينمُ نفسياً أو معرفياً أو اجتماعياً تبعاً لبعض المعايير، والمعيّار الشائع في هذا المجال هو التوسط، مقارنة بالرفاق ممّا هم في العُمُر نفسه، فإذا ما أظهر الطفل أي تأخر في أي مظهر من مظاهر النمو، صنّف علي أنّه غير ناضج، وعُدّ سلوكه سلوكاً يُناسب الأطفال الأصغر سنّاً، كما عُدّ مؤشراً علي عدم قدرته. أي الطفل. علي التوافق مع المتطلبات المختلفة للموقف الذي يواجهه.

أهم المؤشرات الدالة علي فرط الحركة والنشاط:

● المؤشر الأوّل: القلق:

حيث لا يستطيع الطفل أن يظل هادئاً وبخاصّةً بعد التحاقه بالروضة أو الصّف الأوّل الابتدائي، كما لا يستطيع الجلوس علي مقعده لفترةٍ طويلةٍ، لكن ينبغي دائماً التأكّد ما إذا كانت هذه السلوكيات زائدة علي الحدّ بالنسبة لنظيراتها لدي زملائه في نفس العُمُر أم لا، كما يجب أن نضع في اعتبارنا أنّ الفتيان أو الصبيان يميلون إلي النشاط الزائد أو الحركة المُفرطة أكثر من الفتيات.

● المؤشر الثاني: عدم التركيز، أو عدم الانتباه:

حيث لا يستطيع الطفل التركيز في المدة نفسها التي يُركز فيها زملاؤه، وتلازمه أحلام اليقظة، ما يوجب تكرار النداء عليه قبل أن يهتم بالإجابة عن أي سؤال موجه إليه، كما يتشتت انتباهه لدرجة أنه لا يعرف أين وصل المُعلِّم في شرح درسٍ ما، وعلينا أن نأخذ بعين الاعتبار أنه كلما صغر سن الطفل، قلت مساحة الانتباه إليه.

● المؤشر الثالث: الشرود:

الطفل مُفرط الحركة قليل الانتباه يكون دائم النظر فيما حوله، ولا سيما فيما يصرفه عن شرح المُعلِّم أثناء الحصّة الدراسية، فالضوضاء مثلاً تستثيره، علي الرغم من تركيز بقية زملائه في الفصل، وهو يقع في أخطاء حسابية أو إملائية دون مبالاة منه، وذلك علي الرغم من معرفته لقواعدها وأسسها، وقد يأخذ الطفل وقتاً طويلاً في إنجاز مهمةٍ ما في أثناء الحصّة مع أنها تبدو سهلة وتلائم مستواه التحصيلي، كما يواجه صعوبات في الاستذكار، حتى مع إصرار الآباء عليها، هذه بعض المؤشرات التي تدل علي ارتفاع مُعدل شرود الطفل عن المُعدل الطبيعي.

● المؤشر الرابع: الاندفاع:

يبدأ الطفل في الكتابة مثلاً قبل أن يحصل علي كُلِّ إرشادات المُعلِّم، فيكتب في أي مكان في الصّفحة، ولا يتقيّد بالوضع المنطقي عند ابتداء العمل، وقد يُلقي بالكتب أو الحقيبة أو الأقلام في أي مكان يجده، لكي يبدأ عملاً آخر، ونراه يندفع في الإجابة عن أسئلة المُعلِّم دون تفكير جيد، ولذا علي المُعلِّم الذي يُلاحظ السلوكيات السّابقة علي تلميذ أو أكثر في فصله، أن يناقش الأمر مع الآباء والمختصين، لأنّ مثل هذه السلوكيات قد تعوق تقدّم الطفل الدراسي، ومن ثمّ تخلفه بالنسبة لأقرانه لا سيما إذا كان يتمتع بدرجةٍ لا بأس بها من الذكاء.

سمات الطفل مُفرط الحركة، قليل الانتباه:

١. هو طفلٌ لا يعرف الهدوء، فهو كثير الحركة لا يستقر علي حالٍ، أو في مكانٍ ما ولو لبعض الوقت.
٢. لا يستطيع الجلوس بسكونٍ، أو بشكلٍ ثابتٍ لفتراتٍ طويلةٍ. والمُعتاد أن الطفل الطبيعي يظل فترة تُرادف عدد سنوات عُمره مع إضافة دقيقة واحدة، بمعنى أن طفل الخمس سنوات يجب أن يمكث ست دقائق في هدوءٍ تام.
٣. قليل الانتباه، لا يستطيع التركيز علي شيءٍ مدة من الزمن فهو كالفراشة ينتقل من شيءٍ إلي شيءٍ آخر، كما أنه لا ينتبه إلي شرح المُعلم، ويُقال عنه أنه طائش وغير قادر علي متابعة التحصيل، فهو يُقاطع المُعلِّمة ويتحرَّش برفاقه أثناء الدرس، ويُعلق علي الحديث قبل أن يفهمه، ومن الصَّعب عليه أن يعمل مع فريق، أو أن يبقى جالساً في مكانٍ ما لوقتٍ طويل، إنَّه يتحرَّك باستمرار ويرقص ويهز بقدميه ويلعب بالأشياء التي في حوزته.
٤. يتهور ويندفع، فهو يُعرض نفسه للمخاطرة دون أن يُفكر بالنتائج، يظهر هذا السلوك في المنزل أو المدرسة أثناء اللُّعب وفي العلاقات مع الآخرين.
٥. سريع الانزعاج، يتهيج ويصبح سريع الغضب والانفعال.
٦. عدواني مقارنة بالأطفال الآخرين.
٧. يُعاني من صعوبات في التعلُّم ليس بسبب عجزه أو ضعف ذكائه، بل لعدم قابليته الجلوس علي المقعد في الفصل والتركيز في فهم الدروس.
٨. ما يُعرف بشقاوة الأطفال العادية موجهة نحو هدف مُعيَّن هو تفجير الطاقة بداخلهم علي عكس شقاوة الطفل صاحب النشاط الزائد، فهي غير موجهة ويمكن أن تصل إلي العنف والتخريب، كما أنَّهم يكرهون اللُّوم.
٩. يمتازون بحُبِّ الاستطلاع بشكلٍ كبير، ويتجاوبون مع المنبهات والمثيرات وأقلُّ حركة يمكن أن ينصرف لها الطفل وتشده عما يفعله أو يعمله.

١٠ . يتصرفون دون تفكير في العواقب، فمثلاً يمكن للطفل أن يركب الدراجة ويهبط بها في الدرج أو السلم.

١١ . يُجيب عن الأسئلة قبل أن يرفع إصبعه.

١٢ . ينتقد صديقات أمه أمامها دون اكتراث.

١٣ . يؤخر ما عليه من أعمالٍ إلي آخر لحظة، ثمَّ يندم بعد ذلك خاصّة عند ظهور النتيجة.

١٤ . لا يُجيد مثل هؤلاء الأطفال . في الغالب . الدراسة الأكاديمية.

١٥ . الطفل مُفرط الحركة قليل الانتباه، هو طفلٌ قليل الانجاز سواء في البيت أو المدرسة، ممّا يُسبّب له شعوراً بالدونية وعدم احترامه لذاته. وبذلك يدخل في دائرة الفشل وهي دائرة تُحيط بالشخص حتى تُسلمه لليأس.

١٦ . طفلٌ يتأثر بالبيئة المحيطة به، ويمكن أن تزداد الاضطرابات بتغيير البيئة واختلافها.

ونود أن نُقرّر في هذا الصدد أنّه من الطبيعي للطفل (بين الثالثة والسابعة من العمر) أن يكون مُفرط الحركة، غير قادر علي البقاء ساكناً هادئاً، كذلك فالطفل (ابن السادسة أو السابعة) لا يستطيع حتى أن يسير في الطريق إلي جانب أمّه دون أن يقفز أو يحجل، وهي مرحلة يجتازها مُعظم الأطفال مع تقدّمهم في العمر، وإن كان بعضهم يبقى علي نشاطه المُفرط.

ويُقرّر الدكتور «رسل باركلي» أنّ جميع الأطفال غير مريحين ومتهورين في وقتٍ ما، وهذا سلوك طبيعي لطفل ما قبل المدرسة، ولكن ما يُميز سلوك الطفل المُصاب بمرض فرط الحركة وقلة الانتباه أنّه أكثر من المُعتاد بالمقارنة بأقرانه، وأكثر تطرفاً وانحرافاً، كما أنّه سلوك مستمر وليس وقتياً.

ودعونا نؤكد في ختام هذه الجزئية أنَّ للطفل مُفرط الحركة قليل الانتباه بعض المواهب والمميزات التي يجب أن ننظر إليها بعين الاعتبار والاهتمام، منها علي سبيل المثال:

- أنَّ هذا الطفل عادةً ما يكون نشيطاً جداً ممَّا يجعله يفوق في النشاط الرياضي.
- تفكيره غير منطقي ممَّا يجعله قادراً علي اختراع حلول غير عادية للمشكلات.
- نتيجة لحساسيته الشديدة يُصبح قادراً علي التعامل مع الناس بمعرفة أحاسيسهم.
- وهو طفلٌ ذكيٌ بلا شك وبدرجةٍ عاليةٍ، كلُّ ما علينا هو استغلال ذكائه فيما يُفيد خصوصاً وهو شخص مرن قابل للانتقال من نشاطٍ لآخر.

أعراض فرط الحركة وقلة الانتباه لدي الطفل:

ثمانية من الأعراض التالية تكون كافية حسب «جمعية الطب النفسي الأمريكية» للدلالة علي أنَّ الطفل مُصاب باضطراب فرط الحركة وقلة الانتباه، علي شرط أن تستمر الأعراض لفترة ستة أشهر متتالية علي الأقل:

١. غالباً، هناك حركات مستمرة في اليدين والقدمين أثناء الجلوس وأثناء الحركة أيضاً.
٢. من الصَّعب أن يبقي الطفل في مكانه حتى لو طُلب منه أن يفعل ذلك.
٣. من السهل أن يفقد الأشياء بمُجرد وجود مثير خارجي.
٤. من الصَّعب علي الطفل أن ينتظر دوره في اللُّعب، أو في صفِّ من الناس.
٥. غالباً ما يُجيب عن السُّؤال قبل أن يكون السائل قد انتهى من طرحه.
٦. من الصَّعب عليه أن يتبع تعليمات الآخرين لإنهاء عملٍ ما (ليس من باب المشاكسة أو عدم الفهم).

٧. من الصَّعب أن يستمر التركيز والانتباه سواء أكان ذلك أثناء العمل أو أثناء اللُّعب.
٨. غالباً ما يترك عملاً قد بدأ به لينتقل إلى عملٍ آخر.
٩. من الصَّعب عليه أن يلعب في بهدوءٍ.
١٠. غالباً ما يتحدث بكثرة.
١١. غالباً ما يتدخل في شؤون الآخرين بحيث يُقاطع مثلاً الأطفال أثناء لعبهم.
١٢. يبدو غالباً كأنه يصغي إلي ما يقوله الآخرين.
١٣. غالباً ما ينسى الأشياء الضرورية في البيت والمدرسة لإنجاز أعماله ودروسه (القلم، الكتب.. الخ).
١٤. غالباً ما يقوم بنشاطات جسدية خطيرة دون أن يُقدِّر النتائج بحيث يركض أو يجتاز الشارع دون أن ينظر إلي اليمين أو اليسار.

بالإضافة إلي الأغراض السَّابقة هناك أعراض أخرى نجدها في الطفل

مُفرط الحركة، منها:

١. يشكو أحياناً من القلق، وآلام في الرأس، والشعور بالعطش، وقد يُعاني من الرشح الموسمي أو حمى القش، والربو.
٢. ينام قليلاً، فساعات قليلة من النوم كافية له.
٣. عدم احترام الذات أو تقديرها.
٤. عدم القدرة علي تحمُّل الإحباط.
٥. يزداد اضطرابه عندما يدخل المنزل ضيوف أو غرباء، أو عندما يخرج إلي خارج البيت بصحبة والدته أو والده.

٦. تقصير بارز في التحصيل، وهذا التقصير يُشكّل عقبة كُبرى بالنسبة للأهل الذين يجدون أنفسهم في مأزقٍ لا يعرفون كيف يخرجون منه، الأمر الذي يدفعهم في أحيانٍ كثيرةٍ إلى تبديل مدرسة أطفالهم ولكن دون أن يصلوا إلى النتيجة المرجوة.

وهناك صعوبات جمة يُعاني منها الطفل في البيت أو المدرسة نذكر منها:

١. صعوبة من جانب الطفل مُفرط الحركة قليل الانتباه في إتباع الإرشادات أو التعليمات.
٢. صعوبة في انجاز أعماله مثلما يفعل غيره من الأطفال.
٣. عدم النضج في التفكير.
٤. سرعة الغضب.
٥. يتلف الأشياء ويعبث بالمقتنيات والأثاث.
٦. سريع الشعور بالفشل والإحباط.
٧. غير مطيع، فهو يرفض الإذعان للأوامر.

عموماً، نستطيع القول بأن هؤلاء الأطفال يمكنهم تحقيق النبوغ والتفوق إذا تمّ التعامل معهم منذ البداية بشكل سليم وعناية شديدة، ولكنهم مع عدم التركيز وضعف العناية بهم فإنهم يتعثرون في دراستهم ومن ثمّ يتعرّضون للفشل. وقد يتجنّبهم رفاقهم فيُصابون بالقلق الحاد ويعوضون فشلهم باتخاذ العدوانية والتدمير طريقتاً لهم، بل قد ينحرف بعضهم إلى طريق الجريمة.

أسباب فرط الحركة، وقلة الانتباه لدي الأطفال:

أولاً: العوامل الوراثية:

قد يكون اضطراب فرط الحركة وقلة الانتباه لدي الطفل ناتج عن عوامل وراثية تنتقل إلى الطفل من أحد أبويه، فكثيراً ما وُجد أن أحد الوالدين كان قد سلك

هذا المسلك عندما كان صغيراً، فلقد تبين أن الآباء الذين يعانون من قلة الانتباه والتهور، والذين يعانون أيضاً من اضطراب المزاج ويدمنون الكحول، أو الذين لديهم شخصية عدوانية، قد أنجبوا أطفالاً يعانون من قلة الانتباه وكثرة الحركة، ويبدو أنه لا يوجد «كروموزوم» Chromosome معين ومحدد يفسر هذا الاضطراب، إنما هناك «كروموزومات» أو «جينات» Genes (هي الوحدات الأساس للوراثة في الكائنات الحية) مضطربة، وإن كان الباحثين أخيراً استطاعوا عزل «جين» وراثي مضطرب أرجعوا له سبب هذا السلوك.

ثانياً: اضطرابات في وظائف الدماغ:

وجد الباحثون أن ٩٠٪ إلى ٩٣٪ من المصابين بقلة الانتباه وفرط الحركة قد أظهروا تقرحاً في الفص الأيمن من الدماغ، وهذا يعني أن وظيفة الدماغ تتعرض للاضطراب، مما ينعكس سلباً على سلوك الأطفال. ومن جهة أخرى تبين أن النقص في مادة «الدوبامين» Dopamine (وهي مادة كيميائية تتفاعل في الدماغ لتؤثر على كثير من الأحاسيس والسلوكيات بما في ذلك الانتباه، والتوجيه وتحريك الجسم).

وأيضاً نقص مادة «النورابينفرين» Norepinephrine (وهو هرمون تفرزه الغدة الكظرية ويؤدي أفرزها إلى استثارة الخلايا العصبية) في الدماغ يؤدي إلى الاضطراب المذكور، كما تبين أن مجرى الدم يكون سريعاً في مناطق الدماغ الصدغي والخلفي، بينما يكون بطيئاً في الدماغ الأمامي، الأمر الذي يؤدي إلى خفض الانتباه واليقظة وإلى كثرة الحركة.

كما أن القشرة الخارجية للدماغ هي التي تتحكم في التفكير والتعلم، وتحتها توجد مراكز الإرسال التي تُخبر العقل بما هو الأهم لكي يركز عليه في الدماغ خلاياً عصبية لا تلتصق ببعضها، لأن بينها مسافات صغيرة جداً. عند هذا الطفل هناك احتكاك في الخلايا العصبية لعدم وجود القنوات التي تفصل بين الرسائل مما يجعل الرسائل في ذهنه مشوشة وغير واضحة، لذلك نجد الأطفال يعانون - عادةً - من الشعور بأنهم مضطربون، مشدودون، مضغوطون، غير صبورين، غاضبون، خائفون، متعصبون، غير مفهومين من الآخرين، قلقون، يشعرون بالضغط عليهم من الناس، ضائعون، سريعون

النسيان، غير محبوبين من الآخرين.. هذا هو ما ينتاب الطفل من بداية تعرّفه علي الحياة إلي أن يُعالج، ويكبر، وتتحسن أحواله .

ثالثا: عدم إدراك الطفل للزمن:

يوضح الدكتور « رسل باركلي » أنّ ما يحدث للأطفال المُصابين بفرط الحركة وقلة الانتباه ناتج عن عدم المقدرة علي إدراك الزمن للتحكُّم في السلوك، ويُفسَّر ذلك بأنَّ المقدرة علي الانتقال من مفهوم « هنا »، و« الآن » إلي مفهوم المستقبل مَلَكَة لم تتطوَّر لدي هؤلاء الأطفال، وهي مَلَكَة أساس وجوهرية من أجل التنظيم والتخطيط والقدرَة في السيطرة علي الذات .

رابعا: عادات الأمّ الخاطئة أثناء الحمل:

تدخين الأمّ أثناء الحمل والتأثير الضار لمادة النيكوتين والقار الموجودة في لفائف التبغ (السجائر)، كذلك تعاطي الكحول، وامتصاص مادة الرصاص الناتجة من تلوث البيئة، أو تناول الأمّ بعض الأطعمة الملوثة كُلِّها تؤدي إلي إصابة المولود بفرط الحركة وقلة الانتباه .

خامسا: عوامل ما قبل الولادة:

حيث يعتقد بعض الباحثين أنّ إشكالات ما قبل الولادة أهم من إشكالات الولادة بحدّ ذاتها، فالوزن الثقيل مثلاً عند المولود الجديد ينبئ باحتمال الإصابة بكثرة الحركة وقلة الانتباه .

سادسا: إصابات الولادة:

يري بعض الأطباء أنّ إصابات الولادات العسرة سبب محتمل أيضاً لميلاد طفل مُفرط الحركة قليل الانتباه والتركيز، كذلك الطفل الذي وُلد قبل الأوان، أو الذي تعرّض لعُسر في عملية التنفُّس عند الولادة، والطفل الذي تعرّضت أمّه وهي حامل به إلي تسمُّم الحمل .

وحدوث بعض المشكلات أثناء الولادة تؤثر على الجهاز العصبي لدى الطفل وقد ينتج عنها تلف أو خلل في التركيب الكيميائي للمخ، وهي لا تُشكّل أي خطورة غالباً بدليل أنّ هؤلاء الصغار يتمتعون بذكاءٍ خارق، ولهم قدرات عالية، ومواهب مُتعدّدة، فقد كان المخترع الأمريكي الشهير «توماس أديسون» Thomas Edison، وعالم الفيزياء الكبير «ألبرت أينشتاين» Albert Einstein أطفال من أصحاب النشاط الزائد في صغرهم.

سابعا: تعرّض الطفل للسموم:

إنّ التعرّض قبل الولادة وبعدها وبالأخص مادة الرصاص يُعتبر من العوامل الأساس للإصابة بالاضطرابات التي ينتج عنها فرط الحركة. لقد تبينّ مثلاً أنّ الأطفال المُصابين قد أظهروا نسبة عالية من الرصاص في الدّم أكثر من غيرهم، وعلى سبيل المثال تبينّ من خلال دراسة أُجريت في العاصمة الكندية «أوتاوا» أنّ نسبة المُصابين كانت مرتفعة في الأحياء الصناعية والشعبية المكتظة حيث يتعرّض الأطفال أكثر من غيرهم للسموم (تلوث البيئة ومواد التصنيع والأصباغ والرصاص).

ثامنا: الإصابة بالحمّى:

يري الدكتور «علاء الحناوي» استشاري الطب النفسي بمركز الطب النفسي بالكويت أنّ الإصابة بالحمّى المخية أو الحمّى الشوكية يؤثّر على المخ وبالتالي تؤدي إلى ظهور فرط الحركة وقلة الانتباه عند الأطفال.

تاسعا: سوء التغذية:

إنّ سوء التغذية، وبالأخص خلال السنة الأولى من حياة الطفل، يؤدي إلى الإصابة بقلة الانتباه وفرط الحركة. فقد تبينّ أنّه من مُجمل الأطفال الذين يتعرّضون لسوء التغذية هناك 60٪ منهم يُعانون من فرط الحركة وقلة الانتباه. ومن جهةٍ أُخري تبينّ أنّ زيادة الإفراز في الغدة الدرقية Thyroid (تقع في الرقبة، أمام القصبة الهوائية، وهي تشبه في شكلها الفراشة التي تفرّد جناحيها، وهي ذات لون بُني محمر. وتتكوّن

من فصين، وهي معروفة بإفراز هرمون الثيروكسين Thyroxin تؤدي إلى كثرة الحركة واضطراب التركيز.

عاشرا : المواد الحافظة التي تُضاف للطعام:

لاحظ الدكتور الأمريكي «بنجامين فينچولد» من خبرته الشخصية أن المواد الحافظة Preservatives التي تُضاف للطعام للمحافظة عليه من التغير، أو مادة «الساليصيلات» الطبيعية أو المُصنَّعة، أو تلك المواد التي تُعطي نكهة للطعام Flavorings، تُسبب تهيجاً وحركة غير عادية لدى الأطفال. وهنا يُثار عددٌ من الأسئلة: هل يمكن اعتبار المواد الحافظة (مكسبات اللون والطعم والرائحة) حالةً من حالات التسمم، أو نوعاً من أنواع الحساسية التي تُحفز جهاز المناعة في الجسم؟ أو هي مجموع لكل هذه الحالات؟

عند الفحص المختبري لوحظ ارتفاع مادة «الكريسول» Cresol في الغائط (البراز) بعد تناول أطعمة مُعيَّنة تحوي مواد حافظة، ف«الكريسول» يرتبط بالسلفات ويُطرح مع البراز عادةً بمساعدة بعض الأنزيمات التي تحتوي علي «الفينول» Phenol، ولكن بعض الأطعمة والمشروبات، مثل مادة «الكتخين» Catchiness الموجودة في الشاي، ومادة «أنثوسيانين» Anthocyanin التي تُلون بعض الفواكه والخضروات، تمنع عمل هذه الأنزيمات مما يؤدي إلى خلل في الارتباط، وهكذا تبقى هذه المواد في الدم لعدم إمكان طرحها في البول.

حادي عشر: العوامل الأسرية

اكتئاب الأم، والخلافات الزوجية المستمرة أمام الأبناء، أو انحراف أحد الأبوين، والظروف المعيشية السيئة في السكن، أو الدخل الاقتصادي المتدني، أو الحالة الاجتماعية المتردية، هذه تؤدي بالطبع إلى تدهور حالة الطفل مُفرط الحركة.

كما تؤثر علاقات الأسرة بالطفل بسبب قلقها من عاداته في تناول الطعام عندما يلجأ إلى التقيؤ المتعمد، أو اجترار الطعام، أو رد الطعام، والتي غالباً ما يمارسها الطفل لجلب اهتمام الوالدين تؤثر في الحالة أيضاً.

وهناك أساليب يستخدمها الآباء والأمهات قد تؤدي إلى تفاقم المشكلة، منها:

- التناقض في أساليب العقاب (الأب يُعاقب والأم تُدافع، والعكس).
 - الأوامر المستمرة المكثفة، مع كثرة استخدام « لا » للطفل.
 - الغضب والثورة العارمة لأتفه الأمور.
 - هناك أيضاً المعاناة التي تُصيب الأم وتجعلها تشعر بالإحباط والفشل في معاملة الطفل مُفرط الحركة قليل الانتباه مع شعور شديد بالذنب، ولأنَّ الطفل مُتعلِّق بأمِّه فإنَّ هذه المشاعر تنتقل إليه، ولأنَّه ما زال بعد صغيراً فإنَّه لا يستطيع التعبير عن تلك المشاعر.
 - كما أنَّ الأب أو الأم، كُلُّ منهما يلوم الآخر، وكذلك يلومان الإخوة والأخوات، فيصبح الطفل مُفرط الحركة شبه منبوذ منهم، ممَّا يدفعه إلى الانتقام، وبذلك يدخل الطفل والمحيطون به في حلقةٍ مفرعة.
- وننوه بأنَّ كُلَّ طفلٍ - عادةً - ما يُظهر عدم التركيز وكثرة الحركة في حالاتٍ كثيرة، منها:

- ولادة طفل جديد.
 - مرض أو موت قريب إلى نفسه.
 - انتقال الطفل من منزلٍ إلى آخر، أو من مدرسيةٍ إلى أخرى.
 - انفصال الأبوين، أو كثرة الشجار بينهما.
 - سفر الرُبِّيَّة أو رحيلها (إذا كان الطفل يُحبُّها أو يتعلَّق بها).
- وهذه الحالات عادية، وتظهر لدى الكثير من الأطفال، إلاَّ أنَّها تظهر بصورةٍ غير عادية عند الطفل المريض بفرط الحركة وقلة الانتباه.

ثاني عشر: شعور الطفل بالملل :

ثبت علمياً أنّ معظم حالات فرط الحركة وقلّة الانتباه، ترجع إلى شعور الطفل بالملل والضيق. لذا كان من الضروري تحديد سبب إصابة الطفل بهذا الاضطراب، والذي يترافق عند نسبة كبيرة من الأطفال (حوالي ٦٥٪) لنقص التركيز. لذا، يُعدّ الفحص الطبي والنفسي في غاية الأهمية.

كما أنّ وعي الأهل بالأصول العصبية للنشاط المفرط يؤدي إلى مزيد من التفهّم والتحمّل لمثل هذا السلوك، بدلاً من لوم الطفل علي إزعاجه للآخرين، حيث يتم التركيز علي مساعدته وعلاجه لكي يصبح أكثر هدوءاً أو تركيزاً.

علاج حالات فرط الحركة، وقلّة الانتباه لدي الأطفال:

أولاً: العلاج الطبي :

بعض هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى علاج لا يُستخدم إلاّ تحت إشراف طبي مستمر. والعلاج الطبي هو بالطبع الأساس في العملية العلاجية، لأنّه يعتمد علي استخدام بعض العقاقير المنشطة أو المنبهة لتنشيط القشرة الخارجية المخية ممّا يؤدي إلى نضج أسرع وأفضل في مراكز التحكم والانتباه والحركة في المخ. ومن أهم هذه العقاقير مركبات الأمفيتامينات ومضادات الاكتئاب. وتُشير الإحصاءات الطبيّة إلى أنّ هناك ٢٧٪ من الأطفال والمراهقين المُصابين قد تجاوزوا مع الدواء.

ويبدو أنّ تأثير الأمفيتامينات يظهر خلال ٤ أو ٦ ساعات من بداية تناوله. وقد تبين أنّ العقار المذكور يؤدي إلى تحسّن في مستوى الانتباه وخفض الاندفاعية والحركة الزائدة، غير أنّ هذا التحسّن لا ينطبق علي جميع الحالات.

ونؤكّد من جهةٍ أُخري أنّ الاستعمال الدائم وزيادة كمية العقار قد يؤدي إلى بعض الأعراض الجانبية، مثل: قلّة الشهية، انخفاض الوزن، الدوار، اضطراب المزاج، ارتفاع ضغط الدم، التأثير السيئ علي هرمونات النمو (بمعني أنّ النمو عند الطفل قد يتعرّض للاضطراب بما في ذلك قلّة الوزن وقصر القامة).

لذا، يجب تنسيق العلاج الطبي بالتشاور مع الطبيب المختص، وعلي الرغم من هذه المحاذير، فإنَّ الأطباء يعتقدون بأنَّ المضاعفات الناتجة عن الاستعمال الدائم للأمفيتامينات ليست كبيرة أو خطيرة.

ثانياً: العلاج السلوكي النفسي؛

هناك فريقٌ من الأطباء يُفضل العلاج السلوكي Behavioral therapy، والعلاج السلوكي لا يكون للمرض كُله، وإنما لأحد جوانب المرض، مثل: عدم الجلوس في الفصل مستقراً، أو عدم النوم في المواعيد المُحددة، ففي الحالة الأولى: يقوم المُربي بالثناء علي الطفل كلَّ عدة دقائق لأنَّه لم يتحرَّك من علي المقعد، ثمَّ يدعم ذلك بإعطائه مكافأة، مثل قطعة حلوي، أو نجمة مُلوَّنة في كراسة أو دفتر مُعيَّن، أو مدحه في الفصل أمام زملائه.

وفي الحالة الثانية: عدم النوم في المواعيد المُحددة، فتوضع لوحة بجانب سرير الطفل مُحدِّد فيها الأيام، ويُعطى نجمة حمراء أو ذهبية إذا نام في الميعاد.

وللعلاج السلوكي عدة أساليب يمكن أن تُتبع مع الطفل مُفرط الحركة، منها:

١. التعزيز اللفظي: وذلك بتعزيز السلوك الحسن والمرغوب فيه، وذلك بمكافأة الطفل علي تطبيقه، من مدح وتقدير وثناء.

٢. الاتفاقات: مثل الاتفاق مع الطفل علي تقديم مكافأة مُقابل قيامه بعملٍ مُعيَّن.

٣. نظام النقط: وهو يشبه أسلوب الاتفاقات، إلاَّ أنَّه يتم بوضع إشارات علي جدول يوضح للطفل سلوكه المناسب وغير المناسب، وذلك عن طريق توضيح الإشارة المناسبة لكلِّ سلوك، ويمكن أن يتم هذا النظام بإعطاء الطفل «إشارة»، أو «فيش» عند قيامه بالسلوك المناسب علي أن يستبدل الطفل هذه الإشارات ببعض الألعاب الصَّغيرة، أو الامتيازات الإضافية، أو المشاركة في رحلةٍ

ما، أو نزهة مُحَبَّبةٍ إلي نفسه، ويمكن أن يحصل الطفل علي هذه الإشارات، إذا جلس في البيت لفتراتٍ معقولة دون أن يُظهر نشاطاً زائداً . . وهكذا .

والعلاج السلوكي قد أعطي نتائج مشجعة لكلِّ مَنْ استخدموه، وننوه بأن الثواب والعقاب هما من المبادئ المُستخدمة مع هذا النوع من الأطفال ولكن بحسب الأصول العلمية.

كما أن من مزايا هذا العلاج أنه يمكن اللجوء إلي تطبيقه في رياض الأطفال والمدارس الابتدائية ممَّا يُساعد علي تجاوز هذه المشكلة، والعمل علي خلق نوع من المشاركة والتفاعل في الفصل كُلِّه .

ثالثاً: العلاج المعرفي:

نُشير إلي عدم إمكان تطبيق هذا العلاج علي الأطفال قبل سن الثامنة من العُمَر، لأنَّ الطفل لا يكون قادراً علي متابعة الحوار وفهم الأمور. ويعتبر عالم النفس والفيلسوف السويسري «جان بياجيه» Jean Piaget (١٩٨٠-١٨٩٦) أنَّ الطفل لا يُصبح قادراً علي التفكير المنطقي المحسوس قبل السابعة من العُمَر. ومنذ عام ١٩٧١م من القرن المنصرم قام بعض العلماء بتطبيق العلاج المعرفي علي اضطرابات السلوك عند الأطفال بما في ذلك قلة الانتباه وفرط الحركة. وقد توصلوا إلي بعض النتائج المُشجعة.

وتقتضي الطريقة بأن يُلقن المُعالج الطفل بعض الجمل والكلمات التي سوف تساعد علي تركيز انتباهه وضبط حركاته كُلِّما قام بنشاطٍ ما أو نفذ عملاً. وقد عُرِفَت هذه الطريقة بـ «التلقين أو التدريب الذاتي». علي الطفل إذاً أن يُردّد بعض الكلمات والجمل التي تمّ تلقينها إياه من جانب المُعالج قبل القيام بالعمل، وأثناء القيام به، وبعد الانتهاء منه .

علي سبيل المثال، يتعلّم الطفل أن يُردّد في مادة الحساب:

- ماذا يجب أن أفعل ؟
- عليّ أن أنتبه وأركز في عملي .

● الآن يجب عليّ أن أجمع، وأن أبدأ بالأعداد من جهة اليمين، وأن أحمل العدد الأول.

ويتساءل الطفل، مثلاً:

● هل ما فعلته صحيح ؟

● هل هناك خطأ ؟ عليّ أن أراجع ما قمت بعمله .

وبعد الانتهاء من التحقق والمراجعة يقول لنفسه:

● صح، لقد نجحت وعملت عملاً جيداً .

إنّ تطبيق هذه الطريقة علي الأطفال الذين يُعانون من قلة الانتباه وكثرة الحركة قد أعطت ثمارها، لكن يجب دائماً ضبط الأمور وتعزيز السلوك الإيجابي من جانب المُعالج النفسي، وكذلك من جانب الأهل والمُربّين.

وقد قام عدد من المُعالجين النفسيين بطريقة التدريب الذاتي علي تعلّم اللغة والحساب والكتابة، علي الأطفال المُصابين وغيرهم من ذوي الإعاقات المختلفة وقد كانت النتائج إيجابية. ومن جهةٍ أُخري، وجد بعض الباحثين أنّ العلاج السلوكي كان فاعلاً في تحسين سلوك الأطفال بنفس النسبة التي تعطيها العقاقير. لذا، من المستحسن اقتران العلاج الطبي بالعلاج السلوكي والمعرفي بغية الوصول إلي أفضل النتائج.

رابعاً: العلاج الاجتماعي الفردي:

وذلك بوضع برنامج مُحدّد للطفل، يكون واضحاً فيه ما هو الخطأ، وما هو الصواب، بحيث يتلقى الطفل المكافأة إذا أحسن التصرف، مع الابتعاد عن العقاب إذا أساء التصرف والاكْتفاء بإهماله، وهذا البرنامج يكون خالياً من الإجهاد، لأنّ المشرفين عليه يعتقدون، خطأً، أنّه يجب إفراغ طاقة الطفل الزائدة بإجهاده، وهو الأمر الذي يضر بالحالة ولا يُساعد علي شفائها.

خامساً: العلاج الأسري أو العائلي:

في البداية ينبغي التغلّب على أية مشاكل أُسرية وحلّها، كذلك مُساعدة الأبوين علي تخطي الصعاب الشخصية حتى لا تنعكس علي الطفل، وبالطبع فإنّ العلاج الأشمل هو تغيير بيئة الأسرة، والبحث عن سكن أوسع إذا كان السكن الحالي ضيقاً لا يستطيع الطفل الحركة فيه إذا سمحت الإمكانات المادية، أو صرف إعانة مالية للأسرة في حالة سوء أوضاعها المالية.

بعد ذلك يمكن للأسرة أن تكون مهيأة لتقديم المساعدة في العلاج العائلي، حيث يري بعض المُعالجين أنّ هذا النوع من العلاج قد يكون مفيداً وفاعلاً في حالة الاضطرابات السلوكية عند الأطفال والمراهقين. إذ يصبح الأهل أكثر قدرة علي تفهّم المشكلة المطروحة وتعلّم بعض المهارات والمبادئ الضرورية لتحسّن سلوك الطفل وكيفية التعامل معه. إنّ دور الأهل يعتمد أيضاً علي خفض التوتّر وإشاعة الهدوء داخل المنزل، وتدريب الطفل علي ممارسة التصرفات والمهارات الإيجابية.

والأسرة لا بدّ أن تتعلّم بعض المهارات والمبادئ التي تُساهم في تحسين سلوك طفلهم وذلك بالتشاور والحوار مع الطبيب أو المُعالج النفسي.

ومن المبادئ التي يجب اعتمادها:

- توفير جوٍّ من الهدوء داخل المنزل.
- السماح لطفلٍ واحد - لا أكثر - كي يلعب مع الطفل مُفرط الحركة داخل المنزل.
- الحد من استخدام الألوان الصارخة في المفروشات وتزيين البيت.
- عدم اصطحاب الطفل إلي الأسواق أو السوبر ماركت مثلاً، خوفاً من تحطيم بعض الأشياء وإشاعة الفوضى، والإحراج للأهل.

- تدريب الطفل ومساعدته علي تنفيذ بعض المهارات والألعاب وخاصة الألعاب الإلكترونية التي تمتص حالات الهياج التي يُبديها، وتُساعده كذلك علي عملية التركيز والانتباه.
- تحلي الأهل بالصبر والجَد والاهتمام، لأنَّ طفلاً من هذا النوع قد يخلق حالة من التشنُّج والصِّراع بين الزوجين، لذا يتوجب عليهما تنسيق الجهود كم أجل مصلحة الطفل ومساعدته قدر المستطاع.
- تشجيع الطفل مُفرط الحركة ورفع معنوياته من خلال كلمات الإطراء والتشجيع إثر إنجاز بعض الأعمال بنجاح، لأنَّ الطفل المُصاب باضطراب الحركة وقلة الانتباه يفتقر إلي تقدير الذات، وهو يعتقد بأنَّه منبوذ من أهله ومُعلِّمه ورفاقه.

وهناك عدة توجيهات من شأنها تحسين الأداء:

١. يجب تذكير الطفل بكُلِّ ما هو مطلوب منه بعبارة واضحة قصيرة، وربما رسم يمثل ما هو المطلوب، لأنَّ هذا الطفل لا يُحسن تقدير الوقت، علي أن يتم الاستعانة في البداية بساعة الرياضيين Stop Watch، ويُحدِّد للطفل وقت للأداء ثمَّ تدق السَّاعة ليعرف هل تقديره للوقت سليم أم لا.
٢. يُعيد الطفل كتابة قائمة بالأعمال المطلوبة منه يومياً، ويُشير إلي كُلِّ عمل قام به، مثل:
 - إعداد الحقيبة المدرسية.
 - الانتهاء من استذكار مادة دراسية مُعيَّنة كمادة الرياضيات مثلاً.
 - الانتهاء من رسم منظر طبيعي (أشجار، منازل، بحر، مراكب، شمس.. وهكذا).
 - تنظيف قفص العصافير.
 - ترتيب الفراش.
 - استخدام معجون الأسنان.

٣. ينبغي ألا ننسى لوحة الإعلانات في غرفته وكتابة ما هو مطلوب وتعليقه عليها.
٤. يعتني بتنسيق العمل، بحيث لا تتراكم عليه الأمور في يومٍ، وتقل في يومٍ آخر.
٥. يُعوّد أن يكتب الطفل بنفسه عندما يُحسن الكتابة، وتزود غرفته بالكثير من الأرفف، ويكتب علي كل رف: كتب، لعب، أدوات رسم، مجلات.. الخ.
٦. يلاحظ أن الملفات والدوسيهات الملونة تُساعد علي التنظيم.
٧. نُحدّد له يوماً في الأسبوع لينظم غرفته بمساعدة والدته في البداية، ثمّ يكتفي بتشجيعه فقط.
٨. يوضع له صندوق مفتوح بالقرب من باب الغرفة يجمع فيه الأشياء المطلوبة منه للمدرسة كلّما تذكّر شيئاً يلقيه في الصندوق، وفي المساء يجمعها في الحقيبة، فذلك أسهل من فتح الحقيبة وغلقتها.

وهناك كذلك توجيهات لتحسين الاستذكار:

١. أن يُخبر الطفل والديه بما درسه، لأنّ الإعادة ستُثبّت المعلومة لديه.
٢. يطلب منه الأب أو الأمّ أن يقوم باسترجاع المعلومات التي درسها، مع القيام بشرحها.
٣. وضع الخطوط حول الأشياء المهمة.
٤. كتابة الأسئلة علي هامش صفحة الكتاب.
٥. الاستعانة بالخرائط والرسوم والنماذج، لأنّها علي درجة كبيرة من الأهمية في فهم وترسيخ المعلومات.
٦. ترك الطفل للاستذكار بأوقات وأوضاع وأماكن مختلفة، إلي أن تُحدّد الطريقة الأفضل له. المهمّ ألا تكون المذاكرة في غرفة بها كثير من الحركة، أو يجد فيها ما يشغله عن الاستذكار.

٧. يمكن للأب أو الأم اللّعب مع الطفل لعبة أوجد الخطأ (كم خطأ في واجب مُعَيّن يمكن اكتشافه الطفل في خمس دقائق مثلاً)، بحيث يُقرأ له واجبه ويُطلب منه معرفة الخطأ .

٨. يُعلّم الكتابة علي الكمبيوتر، لأنّ ذلك سوف يُثبت المعلومات .

وأيضا هناك توجيهات لتحسين درجات الاختبار:

١. أن يستذكر الطفل المادة الدراسية قبل الامتحان بفترة كافية، ويُعيده من حين لآخر .

٢. يُؤكّد له الأب أو الأم صباح الامتحان أنّه استذكر دروسه جيداً لذلك فإنّ الله سيجعل النجاح من نصيبه .

٣. يكتب علي الحقيبة من خلال والديه بعض التعليمات المهمة، كأن لا يحمل القلم للإجابة عن أسئلة الامتحان إلّا بعد أن يقرأ السؤال الواحد جيداً، وهكذا مع باقي الأسئلة .

٤. يُعلّم كيف يوزع الزمن أو الوقت المخصّص للامتحان علي جميع الأسئلة، حتى يكفيه الوقت .

٥. يُعلّم أن يكتب في ورقة مستقلة كلّ الأفكار التي ترد في ذهنه، بعد ذلك يقوم بترتيبها في ورقة الإجابة، المهم أن يتعوّد علي هذا الأسلوب في البيت قبل الامتحان .

ينبغي في النهاية أن نوّكّد أنّه إذا استطعنا كسب ثقة هذا الطفل وأشعرناه بأهميته ومدى إعجابنا وثقتنا بقدراته، سنجنبه الكثير من المشكلات، وهؤلاء الأطفال إذا وصلوا لسن الشباب بدون أن تُساعدهم يتحوّلون إلي عصابات صغيرة فتظهر لديهم ميول عدوانية تجاه المجتمع الذي رفضهم ولفظهم في الصّغر، كما تظهر هذه الميول العدوانية تجاه أنفسهم .

سادسا: العلاج التربوي :

نستطيع التأكيد في البداية أن دور المدرسة لا يقل أهمية عن دور الأهل باعتبار أن المعلمين يواجهون مشكلة التحصيل وعدم التركيز عند الطفل المفرط الحركة وقليل الانتباه. وفي هذا الإطار ينصح البعض بضرورة تخصيص فصول للأطفال المصابين بهذا الاضطراب إذا تجاوز عمرهم العشر سنوات.

ونظراً لخطورة النشاط المفرط لدى الأطفال، لاسيما ممّا يواجهونه من صعوبات كبيرة في عدم القدرة على التعلّم، فإن طرق التدريس التقليدية لا تصبح فعّالة مع هؤلاء الأطفال الأمر الذي يؤدي إلى إصابتهم . وكذلك والديهم ومُعلّميهم . بالإحباط، ممّا يستلزم استخدام طرق تدريس غير تقليدية .

ونؤكّد من جديد أنّ الأعمال اليدوية مهمة للغاية لهذا الطفل، إذاً، فلنترك له الفرصة ليُجرب الرياضيات من خلال أن يقوم بقياسات عملية للغرفة، والمكتبة، والكتاب.. الخ. وفي مادة العلوم، لا بدّ أن يُجري التجارب العملية بنفسه ليتأكّد منها، واللغة، يحولها إلى بطاقات يرتبها من حينٍ إلى آخر، لنجعله ينشغل بشيءٍ يُحبّه لكي يتعوّد الجلوس لفتراتٍ محدودة تزداد مع الوقت.

كما ينبغي إعداد برامج خاصّة بهم كالتمارين الرياضية، أو توفير مشغل للمهارات اليدويّة مع توفير مُدربٍ يُشرف باستمرار على الأنشطة المختلفة، وكذلك تعلّم المهارات الاجتماعية، مثل: احترام الآخرين، مع الاهتمام أيضاً بالأنظمة المساعدة، والتشجيع من أجل رفع معنويات الطفل، وتعلّم المهارات الأكاديمية، والذي يجب أن يسبقه دائماً إعطاء بعض التعليمات الضرورية لتشغيل مراحل العمل المطلوب.

ومن الضروري أن يتعاون المُعلّم مع المُعالج النفسي، لإيجاد الحلول المطلوبة لمثل هذا الطفل. ونُذكّر بأنّ المُعلّمة الخاصّة قد تكون جيدة، إذا كانت تُجيد التعامل مع هؤلاء الأطفال، وإذا كانت الأمّ لا تقوم بمساعدة طفلها على الاستذكار.

ولأنَّ الطفل مُفرط الحركة قليل الانتباه، هو طفل غير مرغوب فيه . أحياناً . في المدرسة، كما أنه أيضاً لا يُحبّ المدرسة، لذلك ينبغي مراعاة الآتي:

- ١ . يوضع الطفل في المقعد الأمامي للفصل الدراسي، بحيث لا يشغل الآخرين، ولا ينشغل بهم أيضاً .
- ٢ . أن يكون قريباً من المُعلِّم أو المُعلِّمة، علي أن يتم الاتفاق مع الطفل علي إشارات بحيث يلمس المُعلِّم كتفه لكي يتوقف عن تحريك المقعد، ويرفع المُعلِّم يده ليسكت الطفل عن الكلام، وألاً ينهره المُعلِّم، أو يُكرر اسمه باستمرار لئلا تتكوّن لديه عقدة، أو لا يُصبح هو تحديداً «عقدة الفصل» .
- ٣ . أن نُعطي له الأدوات الخاصّة بالدرس فقط، ولا تترك الحقيبة المدرسية إلي جواره .
- ٤ . عند الشرح ينظر المُعلِّم في عيني الطفل، ويستدعيه للكتابة علي السبورة بين الحين والآخر .
- ٥ . إخراج الطفل من الفصل كنوعٍ من العقاب، يُعتبر من أكثر الأخطاء التي يقع فيها المُعلِّمون والمُعلِّمات، لأنّها تزيد المشكلة تعقيداً ولا تحلّها .
- ٦ . الإشارات المتفق عليها بين المُعلِّم أو المُعلِّمة والطفل تُعد من أفضل الوسائل التعليمية لتعديل السلوك فلا كلام، ولا حركة، فقط الإشارات المتفق عليها، لأنّ الكلام سرعان ما يتحوّل إلي نقاشٍ، والنقاش يتحوّل بدوره إلي شجار، وقد ينتج عن الشجار التآنيب، وربما توقيع العقاب البدني .
- ٧ . الفصل المُغلق أفضل كثيراً، فلا ينبغي أن يُترك باب الفصل مفتوحاً .
- ٨ . لا ينبغي أن يبخل المُعلِّم علي الطفل بالمدح والثناء، حتى وإن كان التقدّم بسيطاً وقليلًا .
- ٩ . لا بدّ من تشجيع مثل هؤلاء الأطفال علي طرح الأسئلة .
- ١٠ . في الامتحانات لا بدّ أن يُمنح فرصة أطول، وأن تُقرأ له الأسئلة (كُلّما أمكن ذلك) .

وسائل تُعين في علاج الأطفال مُفرطي الحركة قليلي الانتباه:

١. اللجوء إلى الطرق التي يستخدمها الاختصاصيون في الصحّة النفسيّة المعتمدة علي نوع من العلاج، وأن يكون تحت إشراف طبي مناسب.
٢. لا بدّ أن نعي أنّه لا يكتشف المرض إلاّ الطبيب المختص، لأنّنا عادةً ما نخلط بين الطفل المريض بفرط الحركة وقلة الانتباه، والطفل المُفرط في التدليل، لعدم وجود حدود تحد من التصرفات المزعجة التي يأتي بها الطفل.
٣. علي الأمّ أن تلاحظ تصرفات طفلها، وتحركاته جيداً، فإذا وجدت ما يُثير الشكّ فعليها أن تتوجه إلي إحدى العيادات الخاصّة أو المراكز المتخصّصة، ليُجد العناية والرعاية المناسبة من أطباء الأطفال، وأطباء الصحّة النفسيّة، وخبراء التعلّم، ليتم توجيه هذا الطفل من خلال البرامج الإرشادية المُخصّصة له.
٤. في الولايات المتحدة الأمريكيّة، علي سبيل المثال، يتعامل الطب مع هذه الفئة من الأطفال من خلال فريق عمل متكامل لتحديد الضوابط السلوكيّة والتطبيقية والتربويّة التي يحتاجها كلّ طفل علي حدة.
٥. ضرورة عقد دورات إرشادية للآباء والأمّهات لتعليمهم وتعريفهم الأساليب المُثلي للتعامل مع هذا الطفل حتى نصل به إلي بر الأمان.
٦. يحتاج الطفل مُفرط الحركة قليل الانتباه إلي مَنْ يُشاركه أعماله والأنشطة التي يقوم بها مع إجراء حوارات دائمة ومتصلة عن طريق الآباء والأمّهات المُعلّمين والمُعلّمات.
٧. إشراك الطفل في نادٍ رياضي ولو لفترات محدودة، مرّتين أو ثلاثة أسبوعياً، فهذا يجعله أكثر انضباطاً، وإذا لم نستطع ذلك فلنَجعله يجري في الحديقة لمدة ١٠ دقائق بعد أن يستذكر دروسه ثمّ يعود مرّةً أُخري لاستكمال المذاكرة.

٨. الاهتمام بالحديقة من تهذيب وري وزراعة، أو عمل أقفاص للدجاج، يُعد من الأعمال المحببة لهؤلاء الصغار، فلنمنحهم فرصة العمل بها، وحبذا لو قُدم مكافأة رمزية تُشعره بأهمية العمل وقيّمته.

٩. إذا كان الطفل كثير الحركة لا يُعاني من مشكلات في التركيز فلنسمح له بالحركة كُلّما أراد، ولكن ضمن الحدود التي لا تُسبب إزعاجاً للآخرين.

١٠. هذا الطفل يُحبّ العمل، فلنكلفه إذاً بأعمال غير عادية فهو يكون مُساعداً جيداً للمُعَلِّم أو المُعلِّمة، المهم أن نكون كرماء معه في المديح والتشجيع، ونبتعد ما أمكن عن اللوم والتقريع.

١١. تجنّب المنبهات الشديدة والإرشادات الزائدة. كما يجب الحرص على الهدوء قبل موعد النوم بمدة كافية.

١٢. عليّ كُلّ أم لديها طفل من هذا النمط أن تكون صبورة، وأن تعلم أن الأمل موجود في علاج ابنها أو ابنتها، وعليها أن تكون فخورة به، فهو ذكي وموهوب، ولكنه يحتاج إليّ عناية خاصّة.

١٣. الاستماع الجيد لما يقوله الطفل، والإجابة عن استفساراته ومساعدته في إتمام واجباته.

١٤. هذا الطفل يحتاج إليّ صداقة:

● صديق يُشاركه اهتماماته، ويُشاركه اللّعب وخصوصاً اللّعب الإبداعي والابتكاري.

● أن يكون صديقاً عطوفاً وليس فظاً أو قاسياً.

● يتميّز هذا الصديق أيضاً بحُسن الاستماع لما يقوله الطفل.

هذا الصديق يمكن أن يكون موجوداً في العائلة أو المدرسة. مهمتنا تقريب هذا الطفل ودعوته لمشاركة الطفل مُفرط الحركة النزّهات، والرحلات، والعطلات، والاستذكار، وعمل أشياء إبداعية.

والبداية يكون بأوقاتٍ قصيرةٍ كي لا يمل الطفل إذا توطدت العلاقة أكثر ممَّا ينبغي، وبعد تدخلنا ولو بالملاحظة يمكن أن نترك للطفلين فرصة التعامل بدون تدخل منا ولأوقاتٍ كثيرةٍ.

١٥ - القول الحسن عادة يعتادها الفرد ويكتسبها ممَّن حوله وخصوصاً من الأمِّ التي ينبغي أن تُذكِّره دائماً بقول: شكراً، آسف، أهلاً، من فضلك.. الخ لكي يبدأ من خلالها علاقة طيبة بمَن حوله.

١٦ - العلاقة الجيدة بالجدِّ والجدَّة وترك الفرصة لهما لحلِّ مشكلات الصِّغار يُفيد للغاية مثل هؤلاء الأطفال لما يمتلكونه من رصيد ضخيم من الخبرة والحكمة.

١٧ - الحرص على إبعاد الأشياء القابلة للكسر، أو الأشياء ذات الخطورة على صحَّة الطفل وحياته.



الفصل السَّابع

مَصُّ الأَصَابِعِ



يخاف الآباء والأمهات من عادة مصّ الأصابع، ويزداد خوفهم عند سماع الأحاديث الإذاعية والتلفزيونية التي تُبين ما يمكن أن تُحدثه هذه العادة من أضرار وخاصة في مجال تشوّهات الفم والأسنان، فيحاولون منعها - غالباً - بوسائل مُتعدّدة تعتمد في المقام الأول علي الشدة والعنف، ممّا يُسئ للطفل أكثر من العادة نفسها، وهذا ما يجعله أكثر تشبُّهاً بها!!

هناك الكثير من العادات التي يألفها الطفل منذ صغره، وربما تأصلت في نفسه مع كبره، والتي يمكن أن ينتج عنها العديد من المشكلات علي الصعيد الجسمي أو النفسي. وتحتاج مثل هذه العادات لانتباه الوالدين، ومحاولة القيام بعلاج هذه الحالات قبل تأصلها وتحولها إلي حالة مرضية.

وعادة مصّ الأصابع Digital Sucking عند الأطفال من العادات الشائعة والمألوفة في جميع أنحاء العالم، فتُسمي هذه العادة في الدول الأوروبية عادة "مصّ الإبهام" لأنّ الإبهام هو الأكثر استعمالاً في عادة المصّ. ونحن هنا نُسميها "مصّ الأصابع" بدون تعيين للأصبع المُستعمل. والواقع فإنّ الطفل قد يمصّ أصبع من أصابعه، وقد يمصّ أكثر من أصبع واحد أحياناً، كما أنه قد يمصّ إبهام قدمه في أحوال شاذة.

وقد يعتاد الطفل أن يُرافق عادة المصّ هذه بعادات أُخري يُجريها باليد الثانية: كشدّ الأذن، أو الشعر، أو حك لأنف، أو حك الذقن، أو لمس العضو التناسلي، أو ضم لُعبته المفضلة.

مصّ الأصابع.. عادة غريزية طبيعية:

يقول أحد الأطباء: "إنّ كلّ طفل لابدّ أن يمصّ أصابعه في وقتٍ من أوقات طفولته. وهي عادة تنتشر عند غالبية الأطفال الرضع، إذ تصل إلي نسبة تتراوح من ٥٠ إلي ٨٥٪ أحياناً.

وفي إحصائية أمريكية واسعة وُجد أنّ ٢٣ ٪، ٥ ٪ من الأطفال في عمُر السنتين مُعتادون علي مصّ الأصابع، وتتدني النسبة لتصبح ١٤، ٦٪ في عمُر الخمس سنوات.

وقد أعتبر بعض الباحثين في علم نفس الطفولة أن مصّ الأصابع يُشكّل غريزية طبيعية عند الطفل يُمارسها عادةً في الأشهر الأولى عقب ولادته، وبغالباً ما تكون واضحة في الأشهر الستة الأولى من عمّر الطفل، وتكون مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالنوم، وقد تُساعده عليه، ويكاد يختفي هذا الارتباط الوثيق عند بلوغ الطفل سن الثلاث سنوات.

وقد يبقى مصّ الأصابع أياماً أو أسابيع، وقد يستمر ويبقى حتى سن الخامسة أو السادسة من العمّر، وتقلّ هذه العادة بشكلٍ نسبي بعد سن السابعة.

وقد يعتاد الطفل مصّ "اللهاية"، أو كما نطلق عليها أحياناً "السكاته"، إن أُعطيت له في وقت مبكر "لتلفيه" عندما يهيم بالبكاء. وحكم مصّ "اللهاية" كحكم مصّ الأصابع، وهذه العادة أكثر انتشاراً في البيئات الاجتماعية التي تُعطي "اللهاية" منذ الأيام الأولى بعد الولادة. وفي البيئات التي لا تزال محافظة علي عادة "لتقميط" (أي لف الطفل بالقماط) إذ أنّ الطفل عندئذ لا يستطيع استعمال أصبعه أو مصه لو أراد، كما أنّه يُصبح بحاجة أشد للتهدئة لكثرة بكائه، بسبب انزعاجه الشديد من جرّاء تقييده، فيعطي "اللهاية" لإسكاته ومن ثمّ يتعوّد عليها.

طبيعة مصّ الأصابع:

الحركات التي يؤديها الطفل بأصابعه خلال فترة الرضاعة تُعتبر سلوكيات غير منتظمة أو غير واعية، فهو بطريق الصدفة يضع أصبعه في فمه حيث يُمنح بذلك الفرص لتجريب شعور قريب للغاية من الرضاعة الحقيقية؛ ولأنّ الحركة هذه تُعطيهِ شعوراً بالرضاعة، فهو يقوم بتكرّرها مرّات كثيرة، كلّما سنحت له الفرصة كي يستمتع بها متى رغب بذلك.

وعادة مصّ الأصابع عادة مُحكمة التنظيم من الحركات العضليّة، وتنفع الطفل نفعاً كبيراً في مطلع حياته، كما أنّها رد فعل طبيعي غريزي. والفرق الوحيد بين مصّ الطفل لثدي أمّه ومصّه لأصابع يديه هو أن الفعل الأوّل مُفيد ولذيذ معاً، بينما الثاني - علي لذته - لا منفعة منه، بل قد يؤدي - أحياناً - إلي تشويه الفك.

ويمكن اعتبار كلِّ عادات المصِّ والعضِّ وسيلة لإثارة إحساسات تنشأ بالتأثير في أجزاء البدن المختلفة التي يمكن أن يحصل عليها الفرد علي أقدار مختلفة من الرضا والإشباع. وتعتمد شدة استمساك الطفل بهذه العادات علي شدة تلك اللذة، والأطفال يتفاوتون تفاوتاً كبيراً . كتفاوت الكبار . فيما يتعلَّق بالبطء في التخلُّص من السعي وراء اللذة.

مصّ الأصابع .. بين الرضاعة الطبيعية والرضاعة الاصطناعية:

غريزة المصِّ هي أقوى الغرائز عند الرضيع، وكيف لا، أليس اسمه الرضيع!! لتأمل الطفل بعد الولادة حين يُلامس فمه حلمة ثدي الأمّ مرّة.. إنّه يبدأ في امتصاصها بلا تفكير. وبدون هذه الغريزة لن يستطيع مثل هذا الرضيع أن يعيش، فكلُّ غذائه في الشهور الأوّلي يكون عن طريق الامتصاص من الثدي (الرضاعة الطبيعيّة)، أو الامتصاص من زجاجة الحليب (الرضاعة الاصطناعيّة).

والطفل حين يرضع يحاول إشباع غريزة المصِّ، وغريزة الجوع، وهو حين يتناول زجاجة الحليب "البزازة" ويفرغها، تبعدها الأمّ عن فمه حتى لا يمتصّ الهواء، فيصاب بالمغص. وعادةً يكون الرضيع قد شبع تماماً، ولكن هل أشبع غريزة المصِّ؟ وهل تمتع بالمصِّ للمدة التي يشاؤها؟ هذا أمر مشكوك فيه تماماً، وخصوصاً إذا كبر في العُمُر واستطاع أن يُنهي "البزازة" بسرعة.

ولعلّ الكثير من الأمّهات يلاحظن أنّ الطفل يقاوم من يُحاول نزع الزجاجة من فمه بعد فراغها، ويتعجبن من هذا، فهن يفسرونه بأنّه جوع بالرغم من كفاية كمية الحليب، ولكن الواقع.. إنّ الطفل يحتاج إلي إشباع هذه الغريزة المسيطرة . غريزة المصِّ . حتى بعد أن انتهى جوعه .

أمّا عند الوليد الذي يرضع من الثدي فإنّ الأمّ تتركه حتى يشبع ويترك الثدي بنفسه، وهو هنا يُعلن إشباع جوعه ورغبته في المصِّ معاً، ولذا لوحظ أنّ نسبة الأطفال الذين يقومون بمصّ الأصابع تزيد كثيراً بين الأطفال الذين يتناولون زجاجة الحليب

"البزازة" عن أولئك الذين يرضعون ثدي أمهاتهم، فالفتة الأولى أمهاتهم هي التي تدفع "البزازة" عنهم - سواء رغبوا أم لم يرغبوا - حين تفرغ، والفتة الثانية فإنهم يرضعون وفق هواهم حتى يتركوا الثدي في كبرياء المستغني.

وتبدأ عادة مصّ الأصابع عند الطفل المولع بالمصّ والذي يفتقر إلي اهتمام الأهل - بمحض الصدفة - فالطفل يُحرّك يديه تجاه وجهه فإذا بقبضة يده أو أصبعه تلاقي شفّتيه فيمصّه، ويجد في هذا المصّ شيء لا يصدقه عقل، وإنّه يبعث فيه شعوراً بالرّاحة كان ينشدها من قبل، فيستمر علي هذه العادة السارة بالنسبة له، المؤرقة بالنسبة لأهله !!

أهم الآراء العلميّة التي تناولت عادة مصّ الأصابع:

● الرأي الأول:

يري أنّ عادة مصّ الأصابع عادة مفيدة وهادفة، يجد فيها الطفل الرّاحة والتهدئة والتسلية، ذلك أنّ في كلّ مرّة يحس ألم الجوع، فيضطرب ويبكي، ويُعطي الثدي أو زجاجة الحليب "البزازة" فيمصّ، فيحصل علي الحليب، فيشبع ويرتوي ويزول اضطرابه ويهدأ .

ومع التكرار تقترن لديه عملية المصّ بزوال الاضطراب والحصول علي الرّاحة والاطمئنان، لذا نراه يلجأ إلي مصّ الأصابع أو اللهاية "السكّاتة" والتي تُسمي بالإنجليزية "المهدئة" في كلّ مرّة يشعر فيها بالاضطراب لأي سبب كالجوع، أو التعب، أو الملل، أو الألم.

● الرأي الثاني:

يؤكّد أنّ عادة مصّ الأصابع هي عادة تطورية مرحلية، والدليل علي ذلك أنّ الطفل قد يبدأ بهذه العادة من حياة الرحم، وقبل أن يرضع الثدي. ثبت ذلك بكلّ تأكيد لما يُري من آثار المصّ علي الأصابع أو اليد عند الوليد أحياناً، وقد ذكر بعض الأهل مرّة أنّهم سمعوا أصواتاً غريبة لحظة ولادة طفلهم، ثمّ تبين لهم بعد لحظات

أنَّها ناجمة عن مصِّ الأصابع، ولا ننسى الوضعية الطبيعية للجنين وللوليد وهي أن تكون يده قريبة من فمه، فلم لا يضعها في فمه، ثمَّ يمصّها ؟ ونحن نعلم أن الفم هو الوسيلة الأولى للتعرفِّ والاختبار.

●الرأي الثالث:

يقول أنَّ عادة مصِّ الأصابع هي عادة تعويضية، وسببها عدم إتاحة الفرص الكافية للطفل كي يُشبع نهمه للمصِّ؛ لذا نرى هذه العادة أكثر انتشاراً في البيئات الغريبة، حيث يُعطي الطفل - علي الأغلب - زجاجة الحليب في أوقات مُحدَّدة مُنظمة، بينما تقل أو تنعدم في البيئات الفطرية، حيث تُعطي الأمُّ ثديها لصغيرها كُلِّما شعرت أنَّه بحاجة إليه، دون تقيُّد بوقتٍ مُحدَّد أو مدة مُعيَّنة، فيشبع حاجته للمصِّ كما يُشبع حاجته للغذاء.

●الرأي الرابع:

اعتبر "فرويد" أنَّ مصِّ الأصابع في كتاباته السيكولوجية من الظواهر الجنسية للطفل. والطفل لا يستعمل أشياء أخرى للمصِّ، ولكنَّه يُفضل أصابعه وجلده ليقنع نفسه بأنَّه في غني عن العالم الخارجي الذي ما زال يتحكَّم فيه. وإذا استمر الطفل يُمارس عادة مصِّ الأصابع بعد المرحلة الفمية السَّادية التي تلي المرحلة التي يسود ارتباط اللذة الجنسية بإثارة الفجوة الفمية والشفتين التي تلازم تناول الغذاء، فقد يكون هذا مؤشراً علي أنَّ الطفل يُعاني من حالة قلق نفسي وشعوراً بالذل والمهانة وضعف الشخصية.

●الرأي الخامس:

يقول بأنَّ المصِّ ليس آلية لتلقي الغذاء فقط، بل كذلك يُفيد في منح الوليد شعوراً بالسيادة والنشوة. إنَّ الوليد يمتلك طاقات كافية تفوق ما قد يتصوره بعضنا، ويحتاج إلي صرفها و لا يستطيع في هذه المرحلة المبكرة من عمِّره أن يصرفها إلا عن طريق هذه الآلية، لكونه لا يقدر علي الكلام أو الحبو، فإن توافرت له الفرصة لصرف هذه الطاقة من خلال الرضاعة الطبيعيَّة مع دفء وحضان الأمِّ، فإن هذه الطاقة تُصرف وبشكلٍ طبيعي، ولكن عندما تعمد الكثير من الأمَّهات إلي استعمال "البزازة" بديلاً عن

حليبها وحنانها، وبالتالي لا يستطيع الرضيع صرف طاقاته الكامنة فيصرفها بالطريق الوحيد الممكن لديه، وهو المصّ وبخاصة مصّ الأصابع.

ولا شك أنّ الطفل يريد شيئاً من وراء هذه العملية، فإذا كان يُكثر من مصّ أصابعه قبل دقائق من تقديم الطعام فهذا يعني أنّه جائع.

الأسباب التي تؤدي إلي ظهور عادة مصّ الأصابع؛

- تزداد هذه العادة وضوحاً ورسوخاً عندما لا يشعر الطفل برفقة أمّه وصحبته، وحينما يُترك وحده؛ فيلجأ إلي مصّ الأصابع، وحين تُقطع عنه الرضاعة الطبيعيّة وتحرمه الأمّ من لذة الاتصال بها.

- شعور الطفل بالقلق والوحدة والعزلة والانفعال الشديد والانقباض، كما ترتبط عادة مصّ الأصابع بالعقوبات الموقعة علي الطفل، وخيبة الرجاء، وكثرة التأنيب.

- التطوُّر الاجتماعي الذي جعل المرأة تخرج للعمل وبذلك يكون هناك بعض الإهمال في إرضاع الوليد رضاعة طبيعيّة.

وقد أُجري بحث علي أمّهات لا يقمن بإرضاع أطفالهن جاء فيه أنّ ٦٤٪ منهن قد برّرن موقفهن هذا لأسبابٍ وظيفيّة، وأنّ ١٣٪ قد برّرن عدم إرضاعهن لأطفالهن لأسبابٍ جماليّة، بينما برّرن الأمّهات الباقيات ونسبتن ١٢٪ موقفهن لأسباب الدعاية التي استطاعت إقناعهن بأنّ الحليب المُصنّع أفضل للرضيع من حليبهن.

- أحد الأسباب التي تعمل علي إطالة عادة مصّ الأصابع، أو زيادة احتمالاتها في الظهور هي ولادة طفل جديد في الأسرة، الأمر الذي يؤدي إلي اهتزاز شعور الطفل بالأمان والحُبّ نحو والديه، فيندفع كليله نحو ذاته وهو من خلال ذلك يتذكّر الشعور الممتع بالرضاعة، ممّا يحدو به - بطريقةٍ ذاتيةٍ - لوضع إصبعه في فمه للعثور ثانية علي لذته الضائعة.

- يلجأ الطفل إلي هذه العادة إذا عمل والداه علي كبح نشاطاته وتخليها عنه، أو انتابه شعور بالألم، وفقدان المحبة الأسرية، ممّا يخلق لديه ردود فعل تبرز علي شكل عيوب وسيئات تظهر لديه في الكبر.
 - منع الطفل من اللعب مع أقرانه الصغار، أو رفضه من قبل رفاقه، وهي الأمور التي تجعل الطفل يلجأ إلي مصّ أصابعه.
 - وجود الطفل في بيئة مشحونة بالانفعالات والمنازعات وهذا يؤدي بالطبع إلي دفع الطفل كي يمارس عادة مصّ الأصابع، هرباً من الواقع المؤلم الذي يُخيم عليه وعلي أسرته.
 - وجود طاقة فائضة وزائدة لدي الطفل تدفعه للجوء إلي هذه العادة بغية تفريفها والتخلّص منها.
 - شعور الطفل بعجزه الجسمي أو الحسي أو العقلي، أو شعوره بأنّه أقلّ ممّن حوله في الوسامة أو الأهمية الأمر الذي يجعله غير مستقر عاطفياً ونفسياً.
 - تحدث عادة مصّ الأصابع في أغلب الأحيان عندما يشعر الطفل بالجوع، أو الملل، أو الخجل، أو بالتعب والشعور بالنعاس، كما قد تكون مصاحبة لعملية التسنين إلي حد أنها قد تختفي تماماً عند بلوغ الطفل لشهره الخامس، وتعود وتظهر فجأة بعد ذلك عند ظهور أسنان جديدة بالفم.
 - قد تظهر عادة مصّ الأصابع عند الأطفال العصائيين، وهي تكون عرض من الأعراض العامة، ذلك لأنّ الطفل ينام قليلاً، ويتأفف في أكله، ويكثر بكأؤه، وتُصيبه نوبات كثيرة من الغضب، كما تبدو عليه دلالات أخري من عدم استقرار الجهاز العصبي.
- وفي مثل هذه الأحوال لا ينصح الأطباء باستخدام أي طريقة من طرق المنع؛ لأنّها تؤدي إلي مقاومة بدنية، كما أنّ العصيان العقلي الذي يثور بنفس الطفل يُزيد من اضطرابه العصبي العام الذي ينبغي أن ينصرف إليه اهتمامنا قبل أي شيء آخر.

دراسة حالة طفلة ظهرت عليها عادة مصّ الأصابع:

نستعرض في الفقرات التالية حالة طفلة ظهرت عليها عادة مصّ الأصابع كعَرَض من أعراض عامّة:

أحضرت إحدى الأمّهات ابنتها إلي العيادة النفسيّة لعجزها عن منعها من التخلُّص من عادة مصّ الأصابع، مع أنّ هذه العادة لم تكن سوى عَرَض ثانوي إلي جانب المقاومة والعناد في حياتها. لم تكن الطفلة تجد أي وسيلة للسلوى سوى مصّ أصابعها. ومع أنّ المشكلات الرئيسيّة التي كان ينبغي علاجها من جانب الأطباء كانت أكبر خطراً من عَرَض مصّ الأصابع، إلا أنّ الأمّ أحضرت الطفلة لهذا الغرض.

الطفلة تبلغ من العُمُر سنتين وثمانية أشهر، تقضي وقتاً طويلاً في مصّ أصابعها خاصّة إذا انتابها حالة الاكتئاب، فتضع في فمها أصبعين وتتنع بالجلوس هادئة تمتصهما. أمّا إذا تمّ عقابها بوضعها في الفراش اشتد سرورها لأنّها سوف تتفرّغ لمصّ أصابعها.

وهي طفلة نشطة، مولعة باللعب خارج البيت، يسرها أن توجد مع غيرها من الأطفال رغم أنّه من الصّعب عليها أن تفلح في اللهو معهم، باستثناء أختها الصّغيرة. وهي طفلة مُحبة للسيطرة، مشاكسة، خشنة، تميل إلي الشجار مع مَنْ يصغرها سناً من الأطفال.

وهي دائمة "الزن"، سريعة التهيُّج، قليلة الصبر، وإذا واجهت موقفاً يسوؤها ردت عليه بنوبة عنيفة من نوبات الغضب، فتطرح نفسها أرضاً، وتضرب بقدميها، ويعلو صراخها، وإذا حصلت علي الشيء الذي تريده فسرعان ما نقذف به بعيداً.

وذكرت الأمّ أنّها لا تصرف وقتاً طويلاً مع الطفلة، وأنّها لا تُبدي عطفاً كثيراً نحوها. لقد كان اهتمامها بالطفلة مُجرّد اهتمام سطحي، فهي تُعطي ابنتها زجاجة كي تتغلّب علي عادة مصّ أصابعها.

إنّ أهم مظاهر هذه الحالة وضوحاً هو قلّة حنان الأمّ علي أطفالها، وفي المقابل عدم اكتراث الطفلة بالديها، ووقوفها موقف العناد من الحياة، فلقد كانت تفعل علي الدوام نقيض ما يُطلب منها.

ومن هنا يتحتم علي الآباء والأمهات بمُجردَ ظهور حالات العناد - في أوّل الأمر - أن يقللوا من أهميتها ما أمكن ذلك، وأن يعملوا علي ألاّ يجني الطفل شيئاً باتخاذ هذا السلوك، والأهم من ذلك ألاّ تناقش هذا الأمر في وجود الطفل.

وتبرز هذه الحالة أهمية السماح للأطفال بالاختلاط بغيرهم ممّن هم في مثل سنهم، فالطفل منذ مطلع حياته قادر علي الانتفاع من صلته بغيره، إذ تتاح له الفرصة لرؤية أفعال كأنّها منعكسة في مرآة في ردود الأفعال التي يقوم بها من هم في مثل سنه، وهو موقف كفيّل بأن يُحسن فهم الأمور، وأن يتخذ الطفل موقفاً أكثر عطفاً علي غيره بفضل هذا الفهم.

ومع أنّ الطفلة لم تبلغ بعد الثالثة من عمرها، إلاّ أنّها كانت تتحوّل سريعاً إلي طفلة قليلة العطف، تتظاهر بمحبة غيرها في سبيل الحصول علي ما تبغي فحسب. وهذا الموقف - بطبيعة الحال - ليس إلاّ موقفاً منعكساً عن موقف الوالدين نحو الطفلة، ولهذا لم يكن من الغريب أن تستخدم من التصرفات ما ينال في الحياة مع النّاس، مثل: نوبات الغضب والعناد حتى تدفع عن نفسها خطر إغفالها كلّ الإغفال من مُحيط الأسرة.

وكانت الخطة الموضوعية لعلاج مثل هذه الفتاة موجهاً - بالدرجة الأولى - إلي الأمّ، حيث وضع الأطباء لها خطة تسير عليها، تتلخص في ضرورة تغيير موقفها السّلبّي تجاه طفلتها، وأن تغمرها بالحنان والاهتمام. وينتظر أن تتحسن حالة الطفلة تحسناً كبيراً عند دخولها المدرسة والاتصال يومياً بغيرها من الأطفال.

وقد تقدّم حال الطفلة إلي حدٍ كبيرٍ عندما تحوّلت مشاعر الأمّ إلي طفلتها فأغدقت عليها من الحُبِّ والحنان ما جعلها تُحس بأهميتها، وأنّها موضع الرعاية والاحتضان من جميع أفراد أسرتها.

أهم الآثار السّليبيّة لعادة مصّ الأصابع عند الأطفال:

كان الآباء والأمهات ينفرون من عادات الفم السيئة كمصّ الأصابع، وقضم الأظافر. وغيرها من العادات المتعلقة بالفم. غير أنّ هذا النفور قد ازداد واشتد في

الأونة الأخيرة، وخاصةً بين الآباء والأمهات الذين كانوا يحاولون أن يتتبعوا الآراء الحديثة في تربية الأطفال وتنشئته .

ويرجع ذلك إلي أن إحدى مدارس العلاج النفسي القوية وهي " مدرسة التحليل النفسي " التي أرسى قواعدها " سيجموند فرويد "، والتي تُعلّق أهمية كبيرة علي هذه العادات، فيما راحت تؤكد تأكيداً يقينياً أنّ لها معني جنسياً عظيماً . وكثيراً ما يسأل الآباء والأمهات عمّا إذا كان مصّ الأصابع لا يؤدي إلي بعض الانحراف الجنسي المقيت، أو لا يُعتبر دلالة علي سوء الأخلاق !!

وكُلّ ما يمكن الإجابة عليه في هذا الصدد هو القول: إذا كان مصّ الأصابع دلالة علي الرغبات الجنسيّة المتأججة، فلنعتبر هرش الرأس، وتنظيف الأنف من هذا القبيل كذلك !! وإنّه إذا سلمنا بهذه النظرية تمام التسليم وجب أن يكون إدراكنا للنشاط الجنسي مبيناً تمام التباين للرأي الذي يقول به أكثر الناس فطنة ورجاحة عقل في عصرنا الحاضر، بأنّ هذه العادة إنّما هي من العادات الشائعة بين جميع الأطفال، حتى ليتمكن القول أنّها أصبحت بمثابة العُرف عند هؤلاء الأطفال .

والمألوف والعادي أن تكون أموراً عابرة مؤقتة لا تستقر استقراراً دائماً أو قوياً في جنبات شخصية الطفل، ومع هذا ينبغي أن نذكر أن التخلّص من هذه العادة وغيرها من عادات الفم السيئة أمرٌ لا بدّ منه .

ولقد بدا الهجوم علي عادة مصّ الأصابع في العالم الغربي مع نهاية القرن التاسع عشر، أمّا قبل ذلك فلم يكن يُنظر إلي مصّ الأصابع علي أنّه عادة سيئة أو مشكلة صحية، بل تدلنا الصور الكثيرة الموروثة من القرون الماضية التي صور فيها الأطفال الصغار وهم يمصون أصابعهم علي أنّه كان يُنظر إلي هذه العادة علي أنّها شيء طبيعي مألوف، بل ومُحبّب أيضاً !!

وكان أطباء الأسنان هم أوّل مَنْ حذروا من مضار عادة مصّ الأصابع، ثمّ تبعهم علماء النفس، وأطباء الصحّة العامّة . ويؤكد أطباء الأسنان من خلال الدلائل التجريبية

والسريرية والتي أوضحت أن ضغطاً يستمر من ٤ إلى ٦ ساعات يومياً ضروري لتحريك السن، ولذلك فإنَّ الطفل الذي يمصُّ أصبعه بشكلٍ متقطعٍ رغم الشدة العالية لا تنجم عنها حركة علي الإطلاق، علي حين أن الطفل الذي يمصُّ أصبعه بشكلٍ مستمرٍ لفترةٍ تزيد علي ٦ ساعات يومياً يمكن أن تحدث له تغيُّرات سنية مهمة.

والأعراض الكلاسيكية لعادة نشطة عند الطفل تتعلَّق بالأسنان مثل مصِّ الأصابع يمكن أن تدفع الأسنان الأمامية العلوية نحو الشفة، أمَّا الأسنان الأمامية السفلية فتدفع نحو اللسان، بما ينتج عن ذلك من نقص في التغطية العمودية للأسنان، وهذا ما يُسمي بـ "العضة المفتوحة الأمامية". إنَّ الأسنان الموجودة علي قواعدها العظمية في الفم تخضع لتوازن عضلي دقيق بين اللسان من جهةٍ، وبين بقية العضلات المحيطة بالفم من جهةٍ أُخري. هذه العادة تُفسد التوازن العضلي الدقيق واللازم ممَّا يؤدي لتشوهات عديدة ينتج عنها تضيق في الفك العلوي.

كما أن حركة مصِّ الأصابع قد يؤدي إلي انبساط سقف الفم ونتيجة لذلك فقد تحدث لدي الطفل لثغة كلامية تشوه عملية النطق وتُسبب له إرباكاً في المستقبل. وقد يؤدي المصِّ المستمر للأصابع إلي صعوبة المضغ والتنفس وضعف نمو الفكين.

وعلماء النفس أخافوا الأهل قديماً من عادة مصِّ الأصابع وجعلوها دليلاً علي انحراف شخصية الطفل، وأكَّدوا أنَّها تؤدي إلي انحرافات وعادات شاذة دائمة في الكبر. ولكن ثبت فيما بعد خطأ هذه الآراء، وأنَّ خوف الأهل المُبالغ فيه غير منطقي.

ولكن إتباعهم الطرق المختلفة غير السليمة لإبطال هذه العادة، هو الذي يجعل الطفل قلقاً، مضطرباً، خائفاً، وخجولاً مُفضلاً الوحدة والعزلة. كما أن وقوف الأتراب والأصدقاء والمُعَلِّمين في المدرسة موقف الناقد المستهزئ يُزيد من تفاقم المشكلة، وقد يجعل الطفل يفقد احترامه لنفسه، الأمر الذي يهيئ لحدوث "عقدة النقص".

أمَّا أطباء الصحة العامة فذكروا آثار سيئة كثيرة لمصِّ الأصابع، منها: أن هذه العادة تُحدث كثيراً من التشوهات والآفات في التجويف الفمي، والحلق، واللوز، والجهاز

الهضمي، وحتى في العمود الفقري، وتعرض الطفل إلى الأمراض والتسمّات، ولم تثبت صحّة هذه الآراء بشكلٍ جازمٍ، التي هي اقرب إلى الضنون والمخاوف. ولكن الطفل قد يتعرّض بالفعل إلى بعض هذه المخاطر، فقد روي في الأدب الطبي أن أحد الأطفال تعرّض للتسمّم بالرصاص لأنّ أباه كان يترك آنية الدهان قريبة من متناول يد طفله الذي كان معتاداً مصّ أصابعه. كما أنّ هذه العادة في حالاتها الشديدة تؤدي إلى تشوه الأصبع الذي يُستخدم في عملية المصّ.

أهم مقترحات العلاج:

- إنّ الاهتمامات والتجارب الجديدة التي يكتسبها الطفل إلى جانب لعبه، تخلق له وعياً بذاته داخل المجال الأسري، ممّا يؤدي لتخلي الكثير من هؤلاء الأطفال عن عادة مصّ الأصابع، ولا يبقى متمسكاً بها سوى ١٠ - ١٥٪ منهم فقط.
- إنّ أفضل وقت لأن تُغيّر الاهتمام بمصّ الأصابع هو عندما يبدأ الطفل محاولاته الأولى، لا بعد أن ينجح في محاولاته، ذلك لأنّ الأطفال لا يمكنهم السيطرة على حركة أذرعهم وأرجلهم خلال الشهور الأولى، فالواحد منهم نراه يُجاهد لرفع يديه فاتحاً فمه باحثاً عنهما، وإذا أسعفه الحظ والتقط إحدى يديه فإنه يروح يمصها بقوة ما دامت داخل فمه.
- والأشهر الثلاثة الأولى هي الفترة التي يحتاج خلالها الطفل لأكبر قدر من المساعدة؛ لأنّ حاجته إلى المصّ تكون في ذروتها. وبعد انقضاء تلك الفترة تأخذ حاجته إلى المصّ تقل شيئاً فشيئاً إلى أن تزول لدى معظم الأطفال ما بين الشهرين السادس والسابع، والاستمرار بعد هذه الفترة ما هو إلا دليل على التسلية حسب رأي البعض.
- لا يجوز التدخل مطلقاً في هذه العادة، ومحاولة معالجتها ما دامت في الحدود الطبيعيّة؛ لأنّ الطفل سوف يتخلي عنها بشكلٍ عفوي.
- في حالة ولع الطفل بهذه العادة بعد دخوله السنة الثالثة من العمر فلا بدّ من البحث عن الأسباب الحقيقية التي تكمن وراء ظهور هذه العادة واستمرارها إلى هذه السن؛ لأنّ أي معالجة لا تأخذ الأسباب بعين الاعتبار تُعدّ مُعالجة فاشلة.

- لا يجوز أبداً اللجوء إلى التهديد أو العقاب، ولا يجوز بذل الجهد والتحمس الزائد لإيقاف عادة مص الأصابع، ولا يجوز مؤاخذة الطفل وتوبيخه باستمرار، فهذا كله مؤذٍ وضار، وتجعل الطفل قلقاً ومشمئزاً، وغير سعيد، وكذلك الأمر بالنسبة لطرق الاستهزاء والإغاضة والتخجيل، بل لا يجوز التحدث عن هذه العادة، وإثارة الضجة حولها؛ لأنَّ الطفل سيلجأ إليها عندئذ كوسيلة للفت الأنظار إليه، وهذه الطرق هي التي يتبعها الأهل للتخلص من هذه العادة ولكنها لا تؤدي إلا إلى زيادة الولع بها.
- من الخطأ الفادح أن يرتكب الأهل حماقات معينة بحق الطفل، مثل: ضربه، أو تأنيبه، أو حرق إصبعه بالنار، أو دهنه بالفلفل الحار.. إنَّ كلَّ هذه التصرفات غير المسؤولة تؤدي إلى تكريس هذه العادة لدى الطفل وتجعله أكثر عناداً وشراسة وإصراراً علي معاودة مص الأصابع.
- إنَّ الخطر لا يكمن في عادة مص الأصابع بل بما يفعله الآباء والأمهات حيالها، فمص الإصبع قد يُسبب بعض الألم له، وبمرور الوقت ستزول هذه العادة، لذا يجب علي الوالدين عدم توبيخ الطفل؛ لأنَّ ذلك يجعله يشعر أنَّه ارتكب ذنباً لا يُغتفر، بل يجب عليهما أن يراقبا الظروف والأحوال التي تُحبب إلي الطفل هذه العادة ويحاولا تلاشيها.
- نوَّكِّد من جديد أن التفهُّم التَّام من قِبَل الوالدين لمشكلات الطفل عموماً، ومشكلة مص الأصابع خصوصاً، إنَّما يُعطيهِ الثقة بالنفس، وبالتالي إلي الإقلاع عن العادات السيئة وتركها بصورة تلقائية.
- يجب تحقيق وإشباع حاجات الطفل الضرورية وخاصة حاجته إلي الحُبِّ والأمن واللَّعب والحريَّة والحركة. وأن تكون عملية التنشئة الاجتماعية قائمة علي التوازن ما بين الحزم والعطف.
- توفير الهوايات والأنشطة الملائمة للطفل، وتوفير الهدوء اللازم لممارسة تلك الأنشطة، وإحاطة الطفل بجو يسوده الحُبُّ والطمأنينة.

- العناية الصحيَّة بالطفل وإجراء الفحوص الطبية الدورية للتعرفُ علي مُجمل الأسباب الجسميَّة التي قد تُؤدي إلي تفاقم مشكلة مصِّ الأصابع وغيرها من مشكلات.
- لا مانع من شراء بعض الألعاب الخاصة بالفم، مثل: المصاصات المطاطية المُصنعة وفقاً لتصريحات وزارة الصحَّة حتى لا تُؤذي الفم، وذلك كمحاولةٍ لإقلاع الطفل عن عادة مصِّ الأصابع.
- يجب أن يُمنح الطفل الفرصة ليوقف عادة مصِّ الأصابع بشكلٍ تلقائي قبل بزوغ الأسنان الدائمة، أي ما بين ٤ - ٦ سنوات بحيث يجب علي طبيب الأسنان توضيح مساوئ هذه العادة للطفل، وما ينتج عنها من مشكلاتٍ، وبخاصَّةٍ المشكلات المُتعلِّقة بالناحية الجماليَّة، حيث يمكن للطبيب أن يعرض علي الطفل بعض الصور التوضيحية التي تُبيِّن العيوب التي نجمت عن هذه العادة من تشوُّهاتٍ، وذلك كي يصل بالطفل إلي مرحلة الاستعداد النفسي بضرورة إيقاف هذه العادة، وليكون لدي الطفل الرغبة الحقيقية بضرورة تخطي هذه العادة السيئة وخصوصاً كُلِّما تقدَّم السن به.
- هناك ثلاث طرق مختلفة طُبقت من قِبَل أطباء الأسنان لعلاج حالة مصِّ الأصابع حسب استعداد الطفل لإيقاف هذه العادة، كالتالي:

● الطريقة الأولى:

وهي طريقة المعالجة التذكيرية، وهي طريقة مناسبة للأطفال الراغبين في إيقاف العادة، ولكن يحتاجون إلي بعض المساعدة لإيقاف العادة بصفة نهائية، وهي عبارة عن حزام خاص يوضع علي الإصبع الذي يمصُّه الطفل يخدم في تذكيره بضرورة عدم وضع الإصبع في الفم. كما يمكن طلاء الإصبع بمحلول مُنفر يُذكرُ الطفل بضرورة الابتعاد عن مصِّ إصبعه.

● الطريقة الثانية:

وهي طريقة نظام المكافأة، حيث يُعقد اتفاق بين الطفل ووالديه، يُشير الاتفاق إلى أن الطفل سيوقف هذه العادة لفترةٍ مُحدَّدةٍ خلال الشهر وسينال مكافأةً علي ذلك. إنَّ المكافأة يجب أن تكون كافية لدفع حماس الطفل لمقاومة العادة خلال تلك الفترة.

● الطريقة الثالثة:

إذا استمرت العادة رغم ما سبق من محاولات مع رغبة الطفل الحقيقية في إيقاف العادة، عندها لابدّ من اللجوء إلى الطريقة الثالثة والتي تجعل عملية المصّ غير ممتعة، وذلك باستعمال الأجهزة الخاصّة المخصّصة لهذا الغرض. ويجب التأكيد علي أن هذه الأجهزة ليست عقاباً للطفل علي الإطلاق، بل لتذكّره بضرورة عدم وضع إصبعه في فمه.



الفصل الثامن

قضم الأظافر



عادة قضم الأظافر Nail-biting من العادات الشائعة بين الأطفال والمراهقين. وتُشير الدراسات إلى أن ما نسبته ٢٠٪ من هذه الفئات تُمارس هذه العادة مرةً في حياتها. وتزيد هذه العادة عند الذكور أكثر منها عند النساء، وقد يرجع ذلك لمحاولة الإناث المحافظة علي جمال أصابعهن من الذكور.

وسلوك قضم الأظافر يمكن تعريفه بأنه: " لجوء الفرد إلي محاولة قص أظافره مُستعيناً بأسنانه، ولا يتوقف ذلك علي الأظافر بل يتعداه إلي إزالة الطبقة اللحمية التي يقع تحت الأظافر".

ويمكننا أن نطلق عادةً علي هذا السلوك بأنه مشكلة عندما يُكرّر الفرد ذلك السلوك في أوقاتٍ مختلفةٍ.

هذا، وقد أُجري بحث في بريطانيا علي ألف طفل تتراوح أعمارهم بين سن ٦ - ١٥ سنة، فوجد أن ٢٧٪ يقومون بمصّ أصابعهم، و٦,٦٪ يقومون بمصّ شفّتهم، و٨,١٢٪ يقومون بمصّ لسانهم، بينما ٩,٢٢٪ يقومون بقضم أظافرهم، بما يوضح أنّ هذه العادة يقوم بها عدد غير قليل من الأطفال والمراهقين، وأنّ هذه العادة تلي عادة مصّ الأصابع مباشرة.

دراسة حالة طفل يعاني من ممارسة قضم الأظافر:

يروى أحد الأطباء هذه القصة التي تكشف بجلاء خطورة عادة قضم الأظافر علي الصعيدين النفسي والاجتماعي:

" صرخت الأم في وجه ابنها ليكيف عن عادة قضم أظافره، فهذه هي المرة الثالثة التي تواجهه وتطلب منه الكف عن هذه العادة السيئة، وقد قالت بغضب ممتزج بنبراتٍ من اليأس والآسي: إنك تخرجني دائماً أمام الناس، فالجميع بدأ يلاحظ عليك هذه المشكلة، فيبدؤون في الغمز واللمز..

وفيما بعد أحضرت ابنها إلي العيادة النفسية للمعاونة في التخلص من المشكلة، وعندما سأل الطبيب الطفل عن هذه المشكلة، قال: أنا أحبّ ذلك، فأنا أقوم بقضم أظافري الزائدة لأتخلّص منها، ولأنّها تُساعدني في التخلص من القلق.. والغريب في الأمر أن الطفل لم يتجاوز العاشرة من عمره.

وعند مقابلة الوالدين تبيّن أنّ الابن يُعاني الكثير من الضغوط النفسية نتيجة الممارسات التربوية الخاطئة في البيت والمدرسة. والحالة يمكنها أن تتحسن فور إزالة هذه الضغوط النفسية.

أهم أسباب المشكلة:

أولاً: الجوُّ النفسي السيئ:

حين يواجه الطفل ضغوطاً نفسية شديدة ويفشل في مواجهتها وحلها فإنّه يلجأ إليّ قضم أظافره للتفيس عن انفعالاته المكبوتة، فقد يُعاني الطفل من عدم اهتمام الأسرة نتيجة ولادة طفل جديد، أو انشغال العائلة بمريض لديهم يولونه الكثير من رعايتهم، أو الانغماس في العمل وعدم تخصيص وقت كافٍ للجلوس مع الطفل ومناقشة مشكلاته، وبالتالي يشعر الطفل بأنّه غير محبوب، أو غير مرغوب فيه، وتكون وسيلته التي يُعبّر بها عن امتعاضه هي قضم أظافره لعله ينبه الأسرة الغافلة عنه بوجوده، وبضرورة الاعتناء به ورعايته.

كما ثبت أنّ هذه العادة تكثر عند الأطفال الذين يُعانون من حالة قلق نفسي من النوع الوجداني المشوب بالاكْتئاب والخوف. وتكثر هذه العادة أيضاً عندما يتعرّض الطفل للشدائد والأزمات.

وتزداد كذلك عادة قضم الأظافر بشكلٍ ظاهر بين الأطفال أو المراهقين المحرومين من الأبوين أحدهما أو كلاهما بالوفاة أو الطلاق أو الانفصال.

ثانياً: التربية الأسرية الصارمة:

إن تعرّض الطفل للتربية الصارمة والمتزمتة، والتي تتخذ من التأنيب والتقريع والمعايرة والضرب وسائل لتهديب الطفل وتشتتته، والتعامل معه، تؤدّي إليّ وضع الطفل في حالة من القلق، والتوتر الدائم، وخوفه المستمر من مُجابهة أو مواجهة أيّة مشكلة مهما كانت بسيطة خشية تعرّضه للعقاب أو الاستهزاء مستقبلاً؛ فيلجأ إليّ قضم أظافره لتخفيف حدة القلق أو التوتر الذي يُعاني منه.

ثالثاً: الخوف الشديد:

قد يواجه الطفل خوفاً شديداً من أقرانه نتيجة لضعف بنيته الجسميّة، أو لعدم رغبته في ممارسة الألعاب الخشنة، أو بسبب انتقاد الرفاق والأتراب له علي طريقة كلامه، أو بسبب عاهة يُعاني منها، وهذا ما يدفعه إلي تعلّم هذه العادة لتخفيف حدة التوتُّر.

رابعاً: حُبّ التقليد:

يُعد حب التقليد من الأسباب المهمة التي يجب عدم إغفالها، فقد يلجأ الطفل إلي قضم أظافره تقليداً لشخص يُحبه ويُعاني من المشكلة ذاتها، فيقوم الطفل بهذا السلوك من باب التقليد فقط.

أهم الآثار المترتبة علي ممارسة عادة قضم الأظافر:

يشعر الوالدان بالإحباط عندما يُشاهدان طفلهما يقوم بقضم أظافره، فهذا يؤكّد لهما وجود مشكلة أكيدة يُعاني منها الطفل لم يستطيعا معرفتها بعد، وبالتالي لن يقدر علي حلها، وهو ما يترتب عليه استمرارها وتفاقمها.

هذا بالإضافة إلي ما قد يُعانيانه من انتقاد الآخرين لأبنيهما أو لهما شخصياً بسبب هذه المشكلة، كما يتزايد خوف الوالدين من اكتساب أحد أفراد الأسرة لهذه العادة عن طريق المحاكاة والتقليد.

وهناك في حقيقة الأمر تشابه كبير بين آثار سلوك قضم الأظافر، وسلوك مصّ الأصابع، وهو ما سبق أن قمنا بتوضيحه، فهاتين العادتين تتسببان في حرج الطفل نفسه، وتدفعه إلي الانسحاب من المشاركة الاجتماعيّة.

أهم مقترحات العلاج:

- علي الأسرة مراقبة الطفل عن قرب لمعرفة الأوقات التي يقضم فيها أظافره، فربما كان ذلك في الصباح الباكر عند ذهابه للمدرسة وبهذا نستدل علي خوفه وقلقه من المدرسة، أو في أثناء وجوده في المدرسة وتعرُّضه لمواقف ضاغطة سواء من المُعلِّمين أو من الطلاب، أو خلال اليوم المدرسي كُلّه نتيجة لتعرُّضه لمشكلات متنوعة، أو عند النَّوم وحيداً في حجرة نومه، أو لخوفه من

الظلام، أو عند تناول وجبات الطعام بسبب تبرمه من بعض أنواع الطعام، أو عند مشاهدة التلفزيون.

إنَّ معرفة الوقت الذي تكثر فيه عادة قضم الأظافر تُسهل عملية العلاج والمتابعة، وقد ترشدنا إلى السبب الرئيس للمشكلة.

• من الضروري معرفة الظروف التي تسبق حدوث سلوك قضم الأظافر، فقد يكون الطفل غير منسجم مع أخوته أو أقرانه، أو حين يمنعونه من اللعب معهم، أو أنه تعرَّض للتهديد، وقد يكون لانشغال الوالدين عنه وعدم الاهتمام اللازم به دور في استمرار هذه العادة، وقد يكون نابعاً من خوفه من المُعلِّمين أو الطلاب، وربما كان السبب الرهبة من الامتحانات، أو عدم استكمال الواجبات المدرسية علي النحو المطلوب فيخاف من عقاب المُعلِّم له لاسيما إذا كان المُعلِّم من النوع الصارم القاسي.

• يؤكِّد الدكتور "دجلاس توم" أنَّ عملية تلوين أصابع الطفل بأشياء مُرَّة المذاق إنَّما هي طريقة عديمة الفائدة، كما أنَّ طريقة المنع بالعنف طريقة تؤدي إلي أذي الطفل؛ لأنَّ الأغلب أن يوجد قضم الأظافر في الطفل العصابي، فكثيرون ممَّن يقضمون أظافرهم هم أفراد مسرفون في النشاط، فيهم الكثير من السرعة والاضطراب والحركة.

ويبدو أنَّ كلَّ شيء يواجهونه من مشكلات أو صعوبات إنَّما يؤثِّر علي أعصابهم تأثيراً كبيراً، لهذا.. كان من اللازم في مثل هذه الحالات أن نعمل، أوَّل ما نعمل علي علاج الحالة العامة، فنعالج العلل البدنية ونبحث في مشكلات النَّوم والأكل والإخراج.

وممَّا يُعين عوناً كبيراً علي علاج الحالة أن نصرف الطفل إلي ممارسة الرياضة خارج البيت في صحبة غيره من الأطفال. وينبغي علي الآباء والأمهات أن ينصرفوا بنظرهم إلي المشكلة ككل، لا في أظافر يد الطفل فقط.

وقد أورد لنا العالم "دجلاس توم" حالة تمثل هذا النوع من المشكلات، نوردها كالتالي (بشيءٍ من التصرف):

" طفلةٌ تبلغ من العُمُر الثالثة وتسعة أشهر، اعتادت قضم أظافرها حد الإدمان، كانت تنام قليلاً، وتقلّب في نومها كثيراً، ويعلو صياحها، لا تعرف الاستقرار أثناء النهار، ويصعب عليها التركيز في أي عمل تقوم به، كما كانت تقوم بتحطيم اللُّعب وتمزيق الكتب، وكانت شديدة الخجل من أي شخص غريب.

وعندما ذهبت إلي روضة الأطفال لم تكن تشترك في اللُّعب الجماعي مع غيرها من الأطفال، ولم تكن تفعل إلا ما ترغبه أو تُريده هي.

وقد دل الفحص الطبي الشامل علي ضرورة إزالة اللوزتين والزوائد الأنفية في الحال. وعقب إجراء العملية ظهر علي الطفلة تحسُّن سريع، فتقدّمت صحَّتها وبدت عليها العافية، وتقدّم سلوكها، وصارت تنام بعمقٍ واستغراقٍ، وبدأت تلعب مع أترابها لُعبهم الجماعي، وقد قلَّ خجلها من الغرباء، وقد أفلح العلاج سريعاً في القضاء علي مشكلة قضم الأظافر. الذي لم يكن سوي عَرَض من أعراض التَّعب الذي كان يحلُّ بها لقلة نومها، وتقليداً لأختها التي كانت تدمن قضم أظافرها. وقد ابتاعت الأم من العيادة طقمأ صغيراً لتنظيف الأظافر، وتم استثارة عزم الطفلة علي مقاومة هذه العادة. غير أن الجانب المهم في علاج هذه الطفلة كان تحسين حالتها البدنية التي أدت إلي غرس عادات الأكل والنوم الطيبة". وهكذا انتهت المشكلة بكلِّ يسر وسهولة.

• لا بدّ أن نُحذّر الآباء والأمّهات من المبالغة في الانتباه إلي هذه العادة السيئة، ونحن لا نقصد من هذا التحذير أن نُشير إلي وجوب تجاهلها، بل إرشاد الطفل إلي التخلُّص منها شيئاً فشيئاً، فأغلب الناس أدمنوا هذه العادة وغيرها وقتاً ما، ثمّ اختفت بالإرشاد المعقول.

فإذا بالغنا في أهمية ذلك فإنّ الأمر لن يؤد في النهاية إلا لتوجيه أنظار الأسرة كُلّها إلي الطفل يناقشون أمره ويرون فيه اعوجاج السلوك، فيستمد الطفل من هذا أوّل الأمر جانباً من الرضا اللاشعوري ثمّ سرعان ما يعرف كيف يستغل هذا الاهتمام بأمره، وإن أشد ما يقوي العادة في الطفل تكرار نهيه عنها، وهذا أقرب طريق لدفعه إلي المقاومة والعناد.

- إذا تسلح الآباء والأمهات بأكبر قدر من المهارة واللياقة، وكانا علي قدر كبيرٍ من حُسن الفهم والتصرف لتلمسوا أفضل الطرق وانسب الوسائل للقضاء علي هذه المشكلة بالطرق غير المباشرة، أي بتحويل نشاط الطفل إلي سُبُلٍ أُخري دون إدراك منه لذلك. فإذا كانت هذه السُّبُل تجد في نفس الطفل قبولاً واهتماماً، فسرعان ما تحل الميول الجديدة محل الميول القديمة، وبالتالي سرعان ما تختفي هذه العادة السيئة وتتقضي.
- إنَّ وسائل العقاب ليست وسائل فعَّالة في معالجة مثل هذه المواقف، لذلك فإنَّ من الضروري أن تحظي البيئة التي يعيش بكنفها الطفل بالبدائل التي تلهيه عن القيام بقضم أظافره، ومن هذه البدائل: الألعاب أو الأنشطة التي يحتاج الطفل فيها إلي إشغال كلتا يديه باللعب؛ لأنَّه بحاجة ماسةٍ إلي الإثارة الحسية.
- وعلي الأسرة تهيئة عناصر الإثارة كاللعب بالماء أو الرمل، أو تركيب القوالب، أو الرسم بالألوان، أو المساعدة في أعمال المنزل.
- في الأطفال العاديين غير العصائيين الذين يبدو قضم أظافرهم عادة منفصلة مستقلة بذاتها، يمكن الحصول علي نتائج جيدة للغاية إذا لجأنا إلي إثارة فخر الطفل واعتزازه واحترامه لنفسه، فإذا عمل الآباء والأمهات علي تقليم أظافر الطفل تقليماً جيداً، وعلي إثارة رغبته وحماسته إلي إبقائها نظيفة بيضاء حسنة الشكل، كان هذا ما يبعث الاهتمام في نفس الطفل ويدفعه إلي بلوغ المستوي الذي يُرسم له.
- إنَّ إشراك الطفل في عملية العلاج أمرٌ في غاية الأهمية لاسيما عندما نتأكَّد من أن استدامة سلوك قضم الأظافر ناتجة عن التعزيز والاهتمام الذي يحظي به الطفل من الآخرين، إذ يعتقد بعض علماء النفس أن الطفل يفعل ذلك كي يحظي بالاهتمام (التعزيز).
- إنَّ تجاهل السلوك لن يُجدي نفعاً علي الإطلاق في مرحلة العلاج، فيجب مناقشة الطفل وإخباره بأنَّ الأسرة - أو مَنْ يقوم بتوجيهه - يعلمون بأنَّ هناك مشكلة ما يواجهها الطفل ولا بد من حلها.

وحيث أن هذا السلوك غير مقبول اجتماعياً لذلك فعليه حتمية المشاركة . قدر الإمكان . في التخلُّص منه، إضافة إلي ما قد تُسبِّبه هذه العادة من ضررٍ علي الفم والأظافر، وما تتقله من الأمراض، وعلينا كذلك أن نُخبره بأننا سنتعامل معه وفق جدول يُحدِّد زمنياً بأرباع السَّاعة، علي أن يُرسم في ورقةٍ كبيرةٍ ويُعلق علي الحائط ليراه الطفل .

وفي هذا الجدول سنعمل علي مراقبة سلوكه، وعليه أن يُعود نفسه علي التقليل من عملية قضم الأظافر. وإذا افترضنا أن الأم هي التي تقوم بالمتابعة فسوف نطلب منها إحضار مجموعة من النجوم اللاصقة، ليقوم الطفل بوضع نجمة بحضور والدته في المكان المُخصَّص عندما تمر الفترة المُحدَّدة في الجدول ولنفترض مثلاً أنَّها من السَّاعة ٩ إلي السَّاعة ٩,١٥ دون قضم أظافره، ثمَّ نطلب تشجيع الطفل عند انقضاء كل فترةٍ من الوقت علي الاستمرار في ترك هذه العادة، وتقل هذه المعلومات علي ورقة خاصةً بالأم لمتابعة حالة الطفل .

وخلال ساعة أو ساعتين من النهار بعد مُراقبة الطفل نستطيع تحديد الظروف (المكان والزمان) ومعرفة الأسباب التي تُوْدي إلي حدوث هذا السلوك .

وتستطيع الأم بعد ذلك استبدال النجوم التي حصل عليها بهديةٍ، أو السماح له بممارسة نشاطٍ مُحبَّبٍ إليه. وقد يقع اختيار الأم علي ساعة أو أكثر لمراقبة الطفل . وإذا شعرت أن الفترة المقترحة لمراقبة الطفل التي مدتها ١٥ دقيقة طويلة نوعاً ما فلنقلصها إلي ١٠ دقائق، ثمَّ تتصاعد بعد ذلك بالتدريج عندما تتأكَّد الأم أن القيام بالسلوك في الفترة المُحدَّدة قد توقف .

وعند انتهاء المدة تشكر الأم الطفل علي تعاونه وتفهمه للموقف، وذلك في حضور والده وإخوته حيث يتم إخبارهم بما حققه في ذلك اليوم من تقدُّم .

• من المفضل أن تسأل الأم طفلها عن الألعاب التي يرغب في اللُّعب بها، أمَّا خلال مُشاهدة الطفل للتلفزيون أو الاستماع لحديثٍ ما (كقراءة قصَّة مشوقة له) فيجب أن يقترن ذلك بشرطٍ أساسٍ يقضي بوضع اليدين بعيداً عن الفم، وبإمكان الأم سحب يد الطفل من فمه في حالة نسيانه مع إيماة بسيطة

تذكره بالشرط الذي وضعته مسبقاً لمشاهدة التلفزيون أو الاستماع إلي الحديث أو القصة.

ويمكن للأُم أن تستعمل الألعاب المائية، أو صندوق الرمل، أو الرسم، أو المعجون (الصلصال)، أو تركيب المكعبات، فهذه الألعاب تُلهي الطفل وتُجبره علي استعمال كلتا يديه فيقل بالتالي سلوك قضم الأظافر.

• هذه الطرق العلاجية التي قدّمناها في الفقرات السابقة تنطبق حتى نهاية المرحلة الابتدائية، أمّا الأطفال الأكبر سنّاً فإنّنا نقوم بمراقبتهم لمدة من الزمن لمعرفة الأوقات والأماكن والمواقف التي يقوم بها الفرد فيها بقضم أظافره.

إنّ الحصول علي المعلومات تُساعدنا كثيراً علي معرفة الأسباب الكامنة وراء هذه العادة. وفي كثيرٍ من الأحيان يكون الإلمام بالأسباب ومحاولة تفاديها والتخلُّص منها علاجاً للمشكلة.

إنّ الجوَّ الأسري الدافئ، والحنان، والاهتمام، والترثيث في معاملة الأبناء من شأنه أن يمنحهم الثقة في النفس.

• من المهم في هذا الصدد أن يتم فتح قنوات الحوار البناء بين الآباء والأبناء وتشجيعهم علي الإفصاح عن أسباب مُعاناتهم، والتحدُّث عن المشكلات التي يواجهونها. وعلينا أن نستمع كآباءٍ لهم، وأن نتحرى دقة المعلومات التي يرونها، ومحاولة دراستها بعمقٍ قبل القيام بأي عمل، أو إصدار أي حكم.

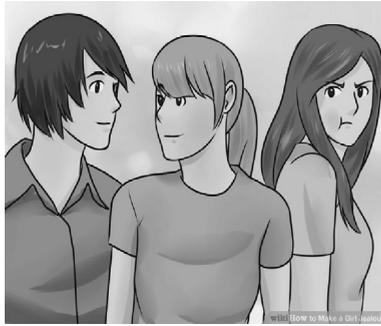
• عند استمرار العادة مع الطفل فإنّه ينبغي علينا أن نوضح له بأنّه ما زال يقوم بذلك السلوك، وبأنّنا سوف نوجه انتباهه كلّما قام بذلك إمّا بإيماءة بسيطة، أو بلفت نظره بشكلٍ واضحٍ أمام الآخرين إن لم تفلح الأولى، وذلك حتى يتجنّب الإحراج فيكف عن قضم الأظافر.

وعلينا أن نعقد معه ما يشبه الاتفاقية حيث نقوم بموجبها بمكافأته عند التوقف عن قضم الأظافر بعد مُضي فترة مُحدّدة من الزمن، وعلينا مراعاة أن تتناسب المكافأة مع سن الشخص الذي نقوم بعلاجه.



الفصل التاسع

الغيرة



الغيرة أحد المشاعر الطبيعيَّة الموجودة عند الإنسان، ويجب أن تقبلها الأسرة كحقيقة واقعة، ولا تسمح في نفس الوقت بنموها، فالقليل من الغيرة يفيد الطفل، فهي حافظ يحثه علي التفوق، ولكن الكثير منها يفسد الحياة، ويصيب الشخصية بضرر بالغ، وما السلوك العدوانى والأنايية والارتباك والانزواء إلا آثار الغيرة علي سلوك بعض الأطفال.

ولا يخلو طفل من إظهار الغيرة بين الحين والآخر، وهذا لا يُسبب مشكلة علي الإطلاق إذا فهمنا الموقف وقمنا بعلاجه علاجاً سليماً. غير أن الغيرة قد تصبح عادة من عادات السلوك، وتظهر بصورة مستمرة، وهنا تصبح مشكلة، لا سيما حين يكون التعبير عنها بطرق مُتعدِّدة من السلوك غير السوي أو الطبيعي.

والغيرة Jealous انفعالٌ مُركَّبٌ من تفاعل الإحباط Frustration، والقلق Anxiety. والإحباط هو إعاقة المرء عن بلوغ هدف ما، وسدَّ الطريق التي يسلكها نحو الوصول إلي هدفه سواء أكان السعي نحو الهدف سعياً واعياً أم غير واعٍ، وهو يعني أيضاً الفشل في تحقيق الرغبة.

كما أن الغيرة عند الأطفال تمتزج بالقلق والخوف من فقدان حبِّ الوالدين وعطفهم، وتتولَّد الغيرة عند الطفل الذي ولد له أخ جديد، حيث يتحوَّل جزء كبير من اهتمام الوالدين إلي الطفل القادم الجديد، فيجد نفسه مهملاً بدون ذنب أو جريرة، لذلك فالغيرة تحمل عناصر الكراهية والعداء نحو المولود الجديد، فينسب إليه أي تلف أو خسارة تحدث في البيت، وقد ينعتة أو يوصفه بالأوصاف السيئة المشينة.

هذا. وقد وجد الباحثون أنَّ شعور الغيرة مرتبط بالروح الاتكالية عند الطفل لأنَّه في حاجة إلي عطف الوالدين وحنوهم أكثر من الطفل غير الاتكالي.

مظاهر الغيرة:

تتنوع مظاهر الغيرة وتتعدَّد خلال مراحل العُمَر، حيث تبدو لدي الأطفال فيما يصدر عنهم من مظاهر سلوكية كإحداث الضوضاء والاعتداء علي الغير، وقد تبدو

في تظاهر بالمرض، أو فيما يصدر عنه من ممارسة سلوك كان يمارسه في مراحل نموه السابقة كالتبول أو العودة إلي نطق الكلمات والحروف بشكل لا يتناسب والمرحلة العمرية التي يعيشها وهي الظاهرة التي تسمى في علم النفس بـ « النكوص»، أو الحساسية الشديدة، والشعور بالخجل.

والطفل لا يستطيع حتى نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة (من ٩ إلى ١١ عاماً) أن يضبط انفعالاته الجسمية عند شعوره بالغيرة فيعمد إلي الرفس بقدميه، وإلي تخريب ممتلكاته أو ممتلكات الآخرين، وقد ينخرط في بكاءٍ طويل، أو يعمد إلي الإضرار بنفسه كأن يمتنع عن تناول الطعام.

أمّا بالنسبة إلي المظاهر النفسية، فقد ينخرط الطفل في أحلام مخيفة، أو في أحلام يقظة تنتشله من الشعور بالإحباط والقلق، أو قد ينطوي منسحباً فيمتنع عن الاختلاط بالآخرين، فينعزل بالتالي عن حياة الجماعة، وقد يُصاب باضطرابات في الكلام كاللججة، أو حدوث اضطرابات في التفكير، وكذلك الجنوح إلي الخيال للهروب من الواقع، أو قد ينبسط بشدة وبشكل مبالغ فيه.

أمّا المظاهر الاجتماعية للغيرة، فهي تبدو في العداة والعدوانية أو العمد إلي إتلاف الأشياء والممتلكات.

عموماً.. فإنّ ما يظهر من سلوك الغيرة ليس إلاّ محاولة دائمة ومستمرة من الطفل لإثبات ذاته، وإجبار غيره علي إحساسهم بوجوده والاعتراف به، وأنّ له ذات يجب ألاّ تهمل، وأن يعمل لها ألف حساب.

تطوّر الغيرة عند الأطفال:

تبدو مظاهر الغيرة واضحة علي الرضيع إذا شاركه أحد في محبة والديه، وتأخذ الغيرة شكل عدوان كالضرب أو الصياح أو إحداث الضوضاء. أمّا في مرحلة الطفولة المبكرة (من ٢ إلي ٥ سنوات) فإذا أخطأ الوالدان في التمادي في توجيه كلّ اهتمامهما للمولود الجديد سلك الطفل سلوكاً يتصف بـ «النكوص» Regression، أو «الانحسار» أو «التراجع» أي ارتداده

صوب مرحلة مبكرة وأكثر بدائية كسلوك طفلي فيعمد مثلاً إلي مصّ الإبهام، أو العودة إلي الكلام الطفلي، أو التبول، أو التبرز حيث يري أن هذه الأفعال هي الأنماط السلوكية التي يقاوم بها أخوه الوليد وتلقي الاهتمام من والديه فإذا ما قام بمثلها لعله بذلك يسترعي انتباه من حوله وبالأخصّ الوالدين، أو لعله يجد فيها انتقاماً وتشفيماً من والديه.

ويُعبّر الطفل عن غيرته في مرحلة الطفولة المتأخرة بمظاهر سلوكية منها الضيق والتبرّم ممّن يُسبّب له هذا الشعور، كما يُعبّر عن الغيرة بالوشاية والإيقاع بالشخص الذي يغار منه، أو بالعدوان المباشر لإيقاع الأذى عليه.

أسباب الغيرة:

أولاً: ميلاد طفل جديد:

كان في الماضي يعتبر شعور الطفل بالغيرة من المولود الجديد خطأً فادحاً لا يمكن أن يغتفر، والآن ينبغي أن ندرك أن هذه الغيرة هي شعور طبيعي شائع حتى يتسنى لنا مساعدة هؤلاء الأطفال في التغلّب علي إحساسهم بالغيرة.

والحقيقة أنّ معظم الأطفال يظهرن مزيجاً من مشاعر الحُبّ والحنق أو الكره معاً نحو المولود الجديد، حتى إذا لم يبد عليهم هذا الحنق أو الغيظ في الظاهر، ولكنهم يحسون به في أعماقهم، علي أنّ نسبة السرور أو النفور تتفاوت من طفلٍ لآخر، والطفل الذي تظهر عليه أشدّ حالات التوتّر هو الطفل الذي ظلّ طوال حياته يفترض أن والديه ملك له وحده، علي حين أن الطفل الذي يتمتع باستقلال نسبي عن والديه يكون أقلّ حنقاً إزاء المولود الجديد.

ويتحتم علي الآباء والأمّهات مواجهة شعور الغيرة من المولود الجديد بحسب حينما يعمد الطفل إلي الهجوم المباشر علي المولود الجديد بحسبٍ ثقيل، أو بدفعه عن عمدٍ بغرض الإيذاء وإيقاع الضرر به، علي أنّه من الممكن أن يتقبلوا بتسامحٍ وعفو، الغيرة التي يُعبّر عنها الطفل في شكل كلام مهذب، أو شكاية تتم عن آلام حقيقية تعتمل في أعماقه.

وفي بعض الحالات نجد أن رد فعل الأطفال نتيجة شعورهم بأنهم عزلوا من مركزهم في الأسرة قد لا يتخذ مظهر العداة إلي المولود الجديد بقدر ما يتخذ المظهر الذي يسميه علماء النفس بالنكوص . كما أوضحنا من قبل . وهو رد فعل ضار بالطفل أكثر مما لو انتابه الشعور بالغضب .

والواقع أن الأعراض العادية للنكوص شائعة بين الأطفال، وتكون عادة أعراضاً مؤقتة بحيث تجعلنا ندرك أنها لا تدل علي حالة خطيرة، ولكن حينما يتصرف الطفل كما لو كان رضيعاً وبدت عليه أعراض الكآبة لفترات طويلة فهذا هو الوقت الملائم لأن نُسارع إلي مساعدته بعرضه علي طبيب نفسي متخصص .

وهناك فئة قليلة من الآباء والأمهات يورطون أنفسهم في متاعب لا داعي لها، ذلك بأن يربوا بأنفسهم شعوراً متطرفاً بالخوف من الغيرة، وقد يحمل هذا الخوف المغالاة في الاهتمام بالطفل الذي يشعر بالغيرة، والسماح له بامتيازات مبالغ فيها، فإذا ضبط هذا الطفل أبويه وهما يستمتعا بصحبة المولود الجديد فإنهما في هذه الحالة قد يرتجفان مذعورين وكأنهما اقتربا جرماً خطيراً، وهو أسلوب لا تربوي، وغير عاقل، لأن الطفل لا يمكن أن يظل متمتعاً بالسعادة أو الشعور بالأمن إذا لمس الخضوع والاستسلام من أبويه .

ثانياً: الإحساس بالنقص والدونية:

الإحساس بالدونية أو الشعور بالنقص *Feelings of inferiority* هو شعور سوي عادي بالضعف والعجز النسبي، أو انعدام الفعالية والكفاءة يخبره جميع الأطفال، ويتعزز أحياناً . بنقائص خاصة مثل الصحة الجسدية، أو التشوه أو العيب .

ويؤكد « ألفريد أدلر » أن الطفل الصغير به مشاعر نقص، فإذا ما كبر فإن مشاعر النقص تتغاير وتدفعه ليتقدم أو يعلو، ومشاعر النقص لا تعني شذوذاً في السلوك، فهي لا تكون كذلك إلا في حالات خاصة، عندما يعترها نوع من المبالغة كالتدليل الزائد للأطفال مثلاً، أو نتيجة نبذهم وحرمانهم من الحب والحنان والرعاية. في هذه الأحوال قد تسيطر علي الطفل عقدة النقص .

كما يُقرَّر «أدلر» أن مشاعر النقص التي يمرُّ بها الإنسان في الظروف العادية، تكون دافعاً للكمال أو الاكتمال، فشعور الإنسان بأنَّه دون غيره من الناس يشكل لديه دافعاً من أعظم الدوافع علي العمل وبذل الجهد، بحيث يؤدي به عجزه إلي إثبات ذاته، وتحقيق ما يصبو إليه . نظراً لما يعتريه من عيوب ونقائص بدنية، مثلاً . إلي اللجوء صوب سُبُل مختلفة من التعويض، كالتفوق علي الغير، والإتيان بأعمالٍ جليلة، أو أن يتحكَّم في الآخرين كأن يعاملهم بقسوةٍ .

والطفل الذي يفار من إخوته أو أخواته أو أقرانه الذين يتفوقون عليه في ناحيةٍ ما كالذكاء مثلاً، أو القوَّة البدنيَّة، تستطيع التربية أن تبدأ معه فتسلحه بطبيعة جديدة لا تقلَّ خطورة وفاعلية عن طبيعته الفطرية، فالتربية تستطيع أن تعطي الفرد بصفةٍ عامَّةٍ، والطفل بصفةٍ خاصَّةٍ، وسائل تعبير مقبولة اجتماعياً لكي يُعبِّر عمَّا يجيش بصدرة من شعور بالغيرة .

من أهم هذه الوسائل الإيجابية: بذل الجهد لتحقيق أهداف جديدة، فإذا ما فات الطفل التفوق والنبوغ في مجالٍ أو جانبٍ مُعيَّن فإنَّه يستطيع . بلا شك . التفوق والتفرد في مجالٍ آخر .

ولذلك يتحتَّم علي الآباء والمُربِّين أن يدركوا أنَّ الطفل المتفوق مثلاً في مادةٍ دراسيَّةٍ مُعيَّنة كالرياضيات قد لا يتفوق بنفس المقدار في مادةٍ أُخري كالجغرافيا أو التاريخ، وبالتالي فمنَّ يتميِّز في العزف علي آلةٍ موسيقيَّةٍ مُعيَّنة قد لا يتميز بنفس الدرجة عند ممارسته للعبةٍ رياضيَّةٍ بعينها ..

ومن هذا المنطلق يتحتَّم علي المُعلِّم الواعي أن ينقل لتلاميذه الصُّغار أنَّهم متفاوتون فيما لديهم من قدرات وإمكانات، وأن كلاً منهم يستطيع أن يحقق وينجز في مجال تفوقه .

وعليه أيضاً أن يشجع الأطفال علي بذل كُلِّ جهد ممكن عند ممارستهم لأنشطتهم المختلفة، لكي يتمكَّن بعد ذلك من تحليل النتائج للتعرف علي نواحي القوَّة

والضعف، فيعمل ما أمكنه علي تقوية نقاط الضعف بتقويمها وإصلاحها، والتأكيد علي نواحي القوّة ليكون الجهد المبذول جهداً واعياً مستتيراً، ويؤدي في نهاية الأمر إلي التقدّم.

فلنعمل - إذاً - بدأبٍ متواصل علي بذل الجهود الممكنة لتفتيق المواهب لدي الصغار ومداومة البحث عن وسائل تربية جديدة لتظهر من خلالها بواذر التفوق والنبوغ، حتى يتسنى لأطفالنا أن يعيشوا حياة سويّة، وذلك بالقضاء علي ظاهرة الغيرة بالطرق الإيجابية الصحيحة.

ثالثاً: فقدان المكانة الاجتماعية:

من العوامل المهمة التي تتسبب في تأجج نار الغيرة في قلوب الأفراد كبيرهم وصغيرهم علي حدٍ سواء هو الخوف من فقدان المكانة الاجتماعية، فالطفل الأكبر يشعر بالغيرة لأنّه يكون عليه أن يترك فراشه وينام في فراشٍ آخر ليحلّ أخوه الصغير بدلاً منه، وهو يحس أيضاً بأنّه في حاجة إلي أن يتمتّع بالحُبّ والحنان، لكن الوليد الصغير قد جاء فحرمه من هذه الحاجة الملحة، لأنّه دائماً بين ذراعي أمّه مستأثراً بكلّ حبّها وحنانها.

وتزداد الغيرة إذا عقدت الأسرة مقارنة بين الأخوة بحيث لا تكون في صالح الطفل الأكبر، فعندما يُسيء التصرف أو يخفق في عمل شئٍ مُعيّن يسارعون بمقارنته بأخيه الأصغر مُعدّدين محاسنه ومميزاته، لذلك يشعر الطفل الأكبر بنار الغيرة تحرق قلبه الصغير نتيجة إحساسه بفقد مكانته الاجتماعية التي كان يحظى بها في السّابق.

وعلي هذا.. فمن الطبيعي أن يجد الطفل نفسه بين إخوة آخرين، ثمّ بين أطفال من نفس عمّره يستطيع أن يناضل لكي يحتل مكانة مرموقة بينهم سواء في اللّعب أو في الدراسة، وفي كلّ يوم، وفي كلّ موقف اجتماعي يجد الطفل نفسه مُهدداً بفقدان مكانته الاجتماعية بين أقرانه فتدب الغيرة في نفسه من المنافسين له، فإمّا أن يعمد الطفل إلي الاجتهاد للحفاظ علي مكانته الاجتماعية ببذل الجهد المطلوب والمثابرة، وأن ينال

من الأبوين والمُعَلِّمين التشجيع والعون والتوجيه وهو ما نطالب به دوماً ونؤكِّد عليه في كلِّ كتبنا ومؤلفاتنا السابقة والحالية.

وإمَّا أن يلجأ إلى الأساليب السَّلبِيَّة، غير السَّوية فيخرج الطفل من نطاق الغيرة إلى نطاق آخر يتمثل في الحسد والحقد والضعينة ذلك إذا لم يوجه التوجيه التربوي السليم، أو إن لم يلق التشجيع والتحفيز من الأبوين والمُعَلِّمين وهذا ما نحذر منه ونهني عنه.

● بعض الآثار البنَّاءة التي يمكن استثمارها من ميلاد الطفل الجديد :

هناك بعض الآثار البنَّاءة التي يمكن أن يحدثها مولد الطفل الجديد في الطفل الأكبر، ذلك أن مقدم المولود الجديد يمكن أن يدفع عملية النموّ ويسرع بها ويدعمها، قد يقبل الطفل الذي ناهز الثانية من عمُّره عند مقدم هذا المولود الجديد بأن يتقبَّل التدريب علي استخدام "المرحاض"، ولأنَّه يدرك ما أحرزه من نموِّ فإنَّ ذلك يحفزه إلى مزيد من التقدُّم في هذا السبيل.

ويمكن للأُمِّ بوجهٍ خاص أن تتحين الفرص المناسبة كي تمدح مهارة الطفل الجديدة التي اكتسبها، وتطلب منه أن يساعدها في بعض الأعمال المنزلية ثمَّ تبدي تقديرها لهذه المساعدة.

ونؤكِّد أن هذه البرامج ملائمة تماماً للطفل إذا نفذها الوالدان بصدقٍ ولباقةٍ، فالهدف منها هو مساعدة الطفل علي الاحتفاظ بتوازنه وتذوقه متعة الشعور بالنضج.

وهناك ناحية أخرى تُساعد الطفل علي التقدُّم في عملية النضج بعد مقدم المولود الجديد، وهي أن تشجعه علي أن يتقمَّص - في حدود مُعيَّنة - أدوار الوالدين، لأنَّها تعني قفزة واسعة إلى الأمام، فالأولاد والبنات بين سن الثالثة والسادسة من عمُّرهم يستهويهم عادة أن يمثلوا دور الآباء والأمَّهات.

والطفل يميل بفطرته إلى الهروب من الموقف الأليم الذي يخلقه شعوره بالمنافسة مع المولود الجديد وذلك عن طريق التظاهر بأنَّه فقد تجاوز مرحلة الطفولة تماماً، مع

إقناع نفسه بأنه لا ينتمي إلي هذه الفئة العُمريّة التي ينتمي إليها هذا المولود الجديد، لذلك فإنّه يتعامل معه كما لو كان أباً له، وعلي هذا تتحوّل مشاعر الغيرة التي تعتمل في نفسه إلي مشاعر ناضجة تتسم بحُبِّ الغير والتفاني من أجلهم.

والكثير من الأمّهات يعرضن مختلف الأساليب التي يمكن أن تنتهجها في هذا المجال: كأن تُسمي المولود الجديد «طفلاً»، وأن تشجع الطفل الأكبر علي أن يؤدي دور المسؤول عن إحضار أدواته وحاجياته، وأن يساعدها كذلك في تجفيفه بعد الاستحمام، وأن تطلب منه ملاحظته عندما تكون منهمكة أو مستغرقة في العمل.

علي أنّه ينبغي أن نعلم أن هذا الأسلوب له حدود وقواعد وأصول، فلا ينبغي أن تطلب الأم مثلاً من طفلها الأكبر أن يحمل المولود الصّغير وينقله من مكانٍ إلي آخر، وإن كان هناك لهفة شديدة من جانب الأطفال إلي حمل المولود الجديد، لذلك عليها أن ترتب للطفل الأكبر والمولود الصّغير مكاناً آمناً يجلسان فيه.

كما أنّه ليس هناك ما يدعو لأن تفرض الأم هذا الدور علي طفلٍ ينفر من تقمُّص هذا الدور، وإلاً فإن المهام التي قد تلقي علي عاتقه تؤدي إلي زيادة نفوره من المولود الجديد.

كما يمكن أن تكون الغيرة تجربة ناجحة وبناءة في تربية الطفل الأكبر، فالطفل الذي لم ينحرف سلوكه إلي مرحلة حرجة أو خطيرة من جرّاء الغيرة، وساعده والدان مُحبّان يتّسمان بالباقة والكياسة علي تجاوز هذه المرحلة تدريجياً، فإنّه من الممكن أن تنتهي به هذه التجربة إلي تكوين شخصيته علي نحو أقوى من تلك الشخصية التي كانت له في الماضي، حيث يتوهّم أن المولود الجديد سيكون حائلاً بينه وبين والديه، ويخشى ألاّ يمنحه والداه من حبهما ما كانا يمنحانه له من قبل..

لذا يحقد علي المولود الجديد، ولكن بمرور الأيام يقتنع بأن أبواه يتفانيان في حُبّه كعهدهما دائماً، فيطمئن قلبه وينموّ في وجدانه ولع بالمولود الجديد، وهذه التجربة تنتهي بالطفل إلي أن يكون أكثر تسامحاً مع الأطفال الآخرين، وأكثر اطمئناناً إلي الحياة.

حتى نُجنب أطفالنا شعور الغيرة المؤلم:

- لا بدّ أن ندرك أنّ الغيرة أمر طبيعي، وأنّ الطفل الذي يغار ليس بطفلٍ شاذٍ بحالٍ من الأحوال، ولكن مع هذا لا بدّ من بذل كلّ جهد ممكن لإبقاء الغيرة عند حدها الأدنى، لأنّ الطفل شديد الغيرة لا يكون طفلاً سعيداً، لذلك لا بدّ من التعجيل لعلاجه إذا ظهرت عليه أعراض الإحساس العام بانعدام الأمن وفقدان المكانة الاجتماعيّة كالتبول اللاإرادي أو اللجاجة أو الجنوح.
- لا بدّ أن يبذل الأبوان جهدهما لتجنب الطفل شعور الغيرة المفرطة، والسبيل إلي ذلك هو فهم أسبابها ودوافعها وتجنّب إدخال تغيير أو تعديل علي حياة الطفل الأكبر ونظامه المعتاد فور مجئ الطفل الجديد، فإذا كان ينام في فرش خاص به فلينام عليه دون منحه للمولود الجديد.. وهكذا.
- للمعاملة الأسرية دور مهم في منع شعور الغيرة، فالنظام المنزلي الصارم، وضيق الصدر والتبرّم والتوتّر من جانب الوالدين، وعدم السماح للطفل بأن يستكمل شخصيته ويكتسب ثقته بنفسه، كلّها تؤدي للشعور بفقدان الأمن، وتكون مقدمة متوقعة لظهور الغيرة.
- كذلك فإنّ كلّ ما يُقلّل من سعادة الطفل - كالملل والضيق - تؤدي أيضاً إلي زيادة احتمال شعور الطفل بالغيرة، وتقلّ بالطبع هذه الاحتمالات إلي الحد الأدنى إذا عُوْمِل الطفل بحكمةٍ وسعة صدر، وإذا شعر بأنّه موضع الحُبّ والإيثار من جانب والديه.
- في حالة ولادة طفل جديد لا يجوز إهمال الطفل الأكبر وإعطاء الطفل الأصغر عناية أكثر ممّا يلزمه، كما يتحتّم علي الآباء والأمّهات تهيئة الطفل الأكبر إلي حالة ولادة طفل جديد، كذلك يلزم فطامه نفسياً ووجدانياً ولكن بالتدرّج وبقدر الإمكان فلا ينبغي أن يحرم حرماناً مفاجئاً من الامتيازات التي كان يتمتع بها قبل مجئ الطفل الجديد.
- لا بدّ أن يراعي الآباء والأمّهات استمرار حاجة الطفل للحُبّ، حتى لا يشعر أنّه قد أصبح عديم القيمة أو الفائدة، كذلك لا بدّ من تجنب امتداح الطفل الأصغر في حضرة الطفل الأكبر.

ونؤكد أن سلوك الطفل خارج نطاق الأسرة يعكس إحساسه داخلها، فإذا نال الطفل الحب والحنان والفهم والتقبل أمكنه أن ينقل هذه الأحاسيس إلي الآخرين فيشعر بالسعادة في العطاء والتضحية وإنكار الذات، أمّا الطفل الذي يلاقي الكراهية والنبذ والعنف والعقاب المؤلم فهو طفل يشعر بالغيرة ممّن حوله، لاسيما إذا كانوا ينعمون بالسعادة والأمان والاحتضان من جانب آبائهم وأمهاتهم، وهذا بالتالي ينعكس في كراهية الآخرين وحقده وحسده ممّن يحيطون به ممّا يؤدي إلي الإحساس باللذة في التتكيل بهم وإيذائهم وتعذيبهم ومشاكستهم لينتقم لنفسه ممّا يلاقيه من أسرته من سوء معاملة.

• يجب علي الوالدين أن يقلعوا تماماً عن عقد المقارنات أو الموازنات بين الأطفال علي اعتبار أنّ لكلّ طفل شخصيته المستقلة من حيث قدراتها وإمكاناتها واستعداداتها ومزاياها الخاصة.

ويكفي إذا نجح الطفل في عملٍ ما أن يُشجع ويُحاط بالتقدير والثناء، وإذا أخفق يُحاط أيضاً بالرعاية والتشجيع والمساندة والدعم وتحفيزه علي إعادة المحاولة من جديد لغرس الثقة في نفسه بدلاً من محاولة نزعها، وعموماً.. فكلّ طفل مهما فشل أو أخفق في جانبٍ ما، فله بالطبع جانب آخر طيب يمكن كشفه وإبرازه والاعتزاز به.

• لا بدّ أن يراعي كلّ من الأب والأم في البيت، والمُعَلِّمين والمُعَلِّمات في المدرسة عملية توزيع الاهتمام علي الأطفال جميعاً بقدرٍ متساوٍ دون مغالاة في الاهتمام بطفلٍ علي حساب آخر.

ولابدّ أيضاً أن تتضمن التربية قدراً كبيراً من المساواة في المعاملة بين الذكور والإناث، لأنّ التفرقة في المعاملة تؤدي إلي شعور الذكور بالغرور والتعالي أي تضخم ذواتهم، ويشير في الإناث حفيظتهن فتتمو عندهن غيرة تكبت وتظهر أعراضها في صورٍ أخرى في مستقبل حياتهن ككراهية الرّجال وعدم الثقة بهم.

• عدم إغداق امتيازات كبيرة علي الطفل العليل أو المريض بحجة مرضه، فإن ذلك يُثير غيرة إخوته الأصحاء وبالأخص الصغار منهم، وتبدو مظاهر هذه الغيرة في تمنى باقي الأطفال للمرض حتى يحظوا بمثل هذه الامتيازات، وهذا ما يُفسر أحياناً السرّ الكامن وراء ظاهرة تمارض الأطفال، كذلك كراهية الأطفال الأصحاء لأخيهم المريض، أو غير ذلك من مظاهر الغيرة الظاهرة أو المستترة.

• وعلي ذلك فمن غير المستحب أن نهمل الطفل بحجة مراعاة مشاعر إخوته أو أخواته الأصحاء، إنّه في النهاية قدر متوازن من الرعاية.

• يمكننا من خلال التنشئة الاجتماعية أن نقنع - عن رضاء تام - بأنّ الإنسان - وخاصة في مرحلة الطفولة - ذو طبيعة نقية وخيرة، وليست طبيعة شريرة أو عدوانية، وعلي هذا الأساس يمكننا التعامل مع الطفل.

كما لا بدّ أن نشعر الطفل بذاتيته، وكيونته، وأن له وجوداً غالياً ومهماً. كما ينبغي أن نهتم بالطفل بشكل معتدل دون تفريط أو إفراط بما يساعده علي التعود علي أن مثل هذا القدر من الاهتمام أو الرعاية إنما هو حقه الذي لا ينبغي أن يطمع في أكثر منه.

وكُنّا يعلم جيداً أنّ التدليل المبالغ فيه للأطفال يؤدي إلي ضعف الإحساس بالاعتماد علي النفس ومجابهة الحياة بكلّ همة وعزم ونضال، وظهورهم بصورة إتكالية، منغلقة، منطوية علي نفسها، ومنكفئة علي ذاتها، نرجسية وأنانية.

• علي الأمّ أن تبذل جهداً خاصاً لتؤكّد لطفلها حبّها وحنانها، وأن تحمله مرّات أكثر، وتحرص علي تلبية رغباته المفضلة في نطاق المعقول من التربية المتوازنة.

وعلي الأب أن يهتم بالطفل الأكبر بشكلٍ ظاهر قبل حمل ومداعبة الطفل المولود الأصغر، والأرجح في هذه الحالة أن الطفل الأكبر سيحب المولود الجديد إذا سُمح له باللعب معه، مع توجيهه أقلّ ما يمكن من النصح والتوجيه.

- العمل علي إبراز النواحي الطيبة في الطفل، والكشف عن المواهب والقدرات المخبوءة مبكراً مع ترميتها ورعايتها، فتنمية الهوايات المختلفة وممارسة الألعاب العقلية والرياضية كقيلة بأن تنتزع من قلبه فتيل الغيرة لما تصقله وتغرسه من اعتداد بالنفس والثقة بها، ذلك لأنَّ الطفل يسجد من المجالات ما يتفوق فيه وينبغ.



الفصل العاشر

السَّرقة



ينبغي أن ننبه من البداية إلي أن السرقة عند الطفل لها مدلول يختلف عن المدلول الذي لدينا نحن الكبار؛ فالسرقة لدينا عمل مستهجن ومُشين، يتنافى بطبيعة الحال مع القيم والمعايير الأخلاقية، ولذا نستطيع أن نتصور مدي انزعاج الآباء والأمهات، عندما ترسل إليهم المدرسة مُشيرة إلي أن أطفالهم قد ضبطوا متلبسين بالسرقة.

بالطبع سوف نراهم وهم في غاية التوتر والضييق والغضب، وهو الأمر الذي قد لا يحدث إذا قيل لهم أن أطفالكم كسالي، أو متراجعون علمياً أو دراسياً. ذلك لأن الآباء والأمهات لا يعتبرون أنهم قد فشلوا في تعليم أطفالهم قواعد العلم وأسس المعرفة والثقافة فحسب، بل أخفقوا أيضاً في تهذيبهم وتقويمهم، وأن أطفالهم باتوا يواجهون مستقبلاً متردياً.

وحقيق الأمر، التي تؤكدُها معظم الدراسات السيكولوجية (النفسيّة)، أن هناك أنواعاً من السرقة يأتيها الطفل بدوافع بعيدة كل البعد عن دوافع السرقة في مدلولها السالب المُهين، الذي لدينا نحن الكبار، فقد يسرق الطفل لأنه لا يدرك معني الملكية، أي ملكيته الخاصّة، والملكية العامّة، والأجدر بنا والأصح أن نهتم ببحث واستقصاء الدوافع والأسباب، التي أدت إلي سلوك أو تصرف السرقة قدر الاهتمام بالواقعة نفسها.

دوافع السرقة وأسبابها:

إن نقطة الانطلاق الحقيقية للقضاء علي أية مشكلة من المشكلات هي محاولة الكشف عن الأسباب والدوافع التي أدت إلي ظهور مثل هذه المشكلة، عندها يمكن أن نضع أيدينا علي مكنم الخطر، وبالتالي يسهل درئُه أو مُعالجته. لهذا سوف نستعرض ١٢ سبباً متنوعاً جميعهم يؤدون إلي ظهور المشكلة السرقة.

أولاً: الجهل بمعني الملكية:

إن غريزة الاقتناء أو الامتلاك هي غريزة قويّة في كثيرٍ من الأطفال، إلي أن يتعلّموا بخبرتهم أن كثيراً من الأشياء مُحرمّة عليهم، أي لا يجوز لهم امتلاكها، غير أن الخوف من العقاب في بداية حياة الطفل هو العامل الوحيد الذي يردعه عن السرقة.

وعندما يمدُّ الطفلُ يده ليستولي علي ممتلكات غيره، إنَّما يمدُّها لأنَّه يرغب في استخدام تلك الممتلكات، لا ليسرقها - كما نتصوَّر نحن الكبار - فهو يجهل تماماً معني أن يحترم ملكية الآخرين، فتموِّه لم يُمكنه بعد من التمييز بين ممتلكاته وممتلكات الآخرين .

وهو أيضاً لا يدرك كذلك أنَّ احترام ملكية الآخرين تعني ألاَّ يحصل عليها، أو يستخدمها، أو يلعب بها، إلاَّ بإذنٍ من أصحابها وإلاَّ أُعتبر الأمر اعتداءً علي حقوقهم . وقد يُنبِّه الأبُّ أو الأمُّ إلي ذلك بالزَّجر تارة، وبالعقاب تارة أخري، ولكن لا يفتأ الطفل أن يُعاود ما فعله مرَّةً أخري؛ ذلك لأنَّ المعني لم يرسخ - بعد - في ذهنه ووجدانه . إنَّه بالقطع لا يتصوَّر أنَّه فعل أمراً مذموماً محرِّماً لا يليق .

ومثل هذا الطفل لا يمكننا بحالٍ من الأحوال أن نعتبره (سارقاً)، ويكفي، لكي نعوِّده علي سلوك الأمانة أن ننمي فكرته عن الملكية الخاصَّة، والملكية العامَّة، وذلك بأن نخصِّص له أدوات خاصَّة يتناول بها طعامه، وأخري يستخدمها في الاعتناء بأمر نظافته الشخصية، وأن نخصِّص له كذلك اللُّعب والكتب والأدوات التي يحتفظ بها في مكانٍ يخصُّه وحده، في الوقت الذي نطالبه بضرورة الحفاظ عليها من التلُّف، والعناية بها وعدم إهدارها أو فقدها وضياعها .

ثانياً: الحرمان والحاجة لسد الرَّمق:

قد يسرق الطفل ليسدُّ الرَّمق ويُشبع دافع الجوع لديه، وتكون السَّرقة هنا منصبَّة إمَّا علي نوعٍ من أنواع الطعام، أو علي النقود التي ينفقها لشرائه. وهذا النوع من السَّرقة نادر الحدوث، ويكاد يكون مشكلة اجتماعيَّة أكثر منه مشكلة نفسيَّة، أي أن هذه السَّرقة تدخل في نطاق المهتمين بالإصلاحات المجتمعية، وسيادة مبدأ العدالة الاجتماعية، وإصلاح نظام العمل والأجور، وتوزيع ثروات المجتمع بما يُحقق مبدأ الكرامة الإنسانية، أكثر ممَّا تدخل في نطاق المهتمين بالدراسات أو المشكلات السلوكيَّة والنفسية .

ونوه بأن الحرمان الذي يصل إلي هذا الحد يترتب عليه - للأسف الشديد - آثار نفسية غاية في السوء، قد يكون من الصعب علاجها أو حتى التخفيف من آثارها بسهولة.

ثالثاً: الغيرة وحب الانتقام:

الطفل قد يسرق في المواقف التي تُثار فيها غيرته الشديدة، فقد يسرق من والديه إذا وجد أنهما انصرفا عنه وأهملا شؤونه، والسَّرقة هنا انتقامية كرد فعل لتجاهل الوالدين له هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى قد تكون السَّرقة نوعاً من التفيس عن الغضب أو الغيظ المكبوت.

ولذا فقد تكون الأشياء المسروقة من أشياء أو ممتلكات الوالدين، وقد لا تكون، فقد يلجأ الطفل إلى سرقة زميل له يشعر تجاهه بالضيق أو الغيرة، ولا يستطيع مواجهته أو مصارحته فيسرق أدواته، وقد يُحطمها لأنه يسرق بدافع الانتقام أو التشفي.

رابعاً: الرغبة في الامتلاك:

قد يسرق الطفل شيئاً لأن لديه رغبة ملحة في استخدام أو امتلاك الشئ المسروق، إذا وجد الطفل بحوزة صديقه لعبة أعجبهه، في الوقت الذي لا يمتلك مثلها، فقد يُفكر ملياً في سرقتها واستخدامها في خفية تامة ليستمتع بلذة ملكيتها، ونشوة استعمالها. وفي هذه الحالة لا يسرق الطفل إلا ما يروق له من أشياء أو ممتلكات، وفي بعض الحالات يُعيد الطفل الشئ المسروق خفية أيضاً بعد أن يكون قد استخدمه وحقَّق رغبته، ولم يعد لهذا الشئ المسروق الجاذبية بالنسبة له.

ومن هنا يتحتم علي الآباء والأمهات توفير الأدوات أو المقتنيات أو اللعب، التي تروق أطفالهم، وتجذب أبصارهم قدر الإمكان، حتى لا يلجئون إلي السَّرقة بدافع الرغبة في الامتلاك.

خامساً: التخلص من المآزق:

كثير من الأطفال يسرقون ليتخلصوا من مآزق قد يمرُّون بها، فقد يقسو المعلم علي أحد تلاميذه بالتأنيب أو التوبيخ، كلما أخفق في أداء واجباته، أو في عدم سرعة تلبيته

لفهم الدروس، ممّا يُسبّب له مآزق سيئة غير مستحبة، كأن يتهكّم منه أقرانه، فيحاول الطفل الخروج من تلك المآزق بشراء بعض الهدايا، التي يُقدّمها إلي المُعلّم علّها تخفف من حدّة التآنيب أو التوبيخ، وإذا لم يجد الطفل المال الكافي لشرائها فإنّه يلجأ إلي السّرقة، متمثلة إمّا في سرقة إحدى مقتنيات أبيه ليقدّمها هدية للمُعلّم، أو يسرق بعض المال ليبتاعها .

وقد تجد هذه السّرقة تشجيعاً ورواجاً إذا تقبلها المُعلّم شاكراً ممتناً، ثمّ راح يتغاضي عن تقصيره الدراسي. وقد يبدو هذا الأمر عجباً وغريباً، ولكنه بالفعل يحدث .

لذلك . . ننصح المُعلّمين والمُعلّمات بعدم قبول مثل هذه الهدايا من الصّغار أو الكبار علي حدّ سواء، لا سيما إذا كانت تلك الهدايا باهظة الثمن، عالية القيمة، الأمر الذي يجعلنا نتشكّك في طريقة أو وسيلة الحصول عليها، وأيضاً حتى لا تكون مثل هذه الهدايا نوعاً من الرّشوة المهذبة التي سرعان ما تتأصل في تصرفات الأطفال كسلوكٍ محمود، كلّما وقعوا في مآزق مشابهة في حياتهم العمليّة بعد ذلك .

سادساً: الخوف من العقاب وتداعياته:

يحدث أن نجد طفلاً قد أضع مثلاً لعبة ألوانه بالمدرسة، وهذا أمر وارد تماماً، فيذهب إلي البيت يشكو لأبويه، حتى يُمكنه الحصول علي النقود ليبتاع لعبةٍ أُخري فيأبى ويرفض والداه أن يأتياه بمثلها، ولا يتوقف الأمر عند هذا الحدّ، بل يُهدّده بالعقاب الصارم إذا لم يجد لعبة ألوانه المفقودة؛ فيفكّر الطفل في سرقة النقود اللّازمة لشراء لعبة الألوان؛ اتقاء العقاب المُزمع تنفيذه. وبعد أن يبتاع مثلها، بهمّ الطفل إلي والديه فرحاً ويخبرهم بأنّه وجد لعبة ألوانه مختبئة في دولاب ملابسه .

وعندما يقتنع الوالدان بذلك، يزول بالتالي خطر التهديد والعقاب، ويستتشق الطفل عبير الأمن والاطمئنان، ولكن بعد أن يتعلّم الكذب ثمّ السّرقة في آنٍ واحدٍ !!

لذا . . نحن نحذّر الآباء من شدّة العقاب إذا ما فقد الصّغار أدواتهم أو ممتلكاتهم، لأنّ هذه الأمور تُعدُّ مسلكاً طبيعياً يحدث لكلّ الصّغار، بل والكبار أيضاً .

والواجب علي الآباء أم يوجّهوا أطفالهم بنوع من المودّة والحُبّ متغاضين عن العقاب لأوّل مرّة، فيهمّموا بتلبية مطالبهم بمنحهم البديل.

أمّا إذا تكرّر الموقف نفسه مرّة أخرى، فليتعرفوا علي الأسباب التي تؤدي إلي تكرار هذه الظّاهرة، فقد يكون الطفل ضعيف الذاكرة، أو سريع السّهو والنسيان، أو أنّ هناك في المدرسة أطفالاً اعتادوا سرقة مثل هذه الأشياء أو الأدوات.

ونؤكّد من جديد، أنّ الخوف من العقاب لاسيما إذا كان عقاباً مهيناً قاسياً يدفع الأطفال الصّغار دائماً أبداً إلي الإتيان بكافة الأساليب السلوكيّة الشّاذة والسيّئة كالسرقة أو الكذب.

سابعا: التفاخر والمباهاة:

يُعاني بعض الأطفال الحرمان من امتلاك الأدوات واللّعب التي تروقه، ويعجبون بها، أمّا لضيق ذات اليد، وأمّا لسوء تقدير الأبوين بشأن توفير ما يحتاجه أطفالهم من أدوات ولّعب، ثمّ يذهب الطفل إلي المدرسة، أو إلي النادي فيروّعه الأمر ويورّفه؛ لأنّه يري بحوزة أصدقائه أو أقرانه العديد من هذه الممتلكات أو اللّعب، وممّا يزيد الأمر سوءاً أن يجد من رفاقه المباهاة والتفاخر بما يملكون، والسّعادة العامرة بما ينعمون. فتدبُّ الغيرة في قلبه، ويترسّخ بداخله الشعور بالنقص لفقده الأمل في اقتناء مثل هذه الأدوات أو اللّعب.

والنتيجة المتوقّعة هي أن الطفل يُفكّر ملياً في الأمر فلا يجد سوي السرقة مفرّاً ومخرجاً؛ فيهمّم بسرقة مثل هذه الأشياء من أصدقائه أو أقرانه ليلهو بها ويتمتّع بصحبته، وعندما يسأله أبواه عن مصدر هذه الأشياء، فإنّه يدّعي أنّ أصدقائه أهدوه إيّاها، وقد يجنح بخياله الخصب فيدّعي أنّه فاز في إحدى المسابقات المدرسيّة فكافأته إدارتها بأنّ منحته أو أعطته هذه الهدايا !!

أو لعلّ الطفل يسرق النقود ويشترى هذه اللّعب ويحتفظ بها بعيداً عن الأنظار، حتى يتجنّب موعد ذهابه للمدرسة فيضع هذه اللّعب أو بعضها في حقيبته المدرسيّة ليتمكّن من التباهي والتفاخر بها أمام أقرانه، مدّعياً أيضاً أنّ والديه قد ابتاعها له.

ولا شكَّ أنَّ هذا الطفل المسكين يُعاني من شعور شديد بالنقص، ويشعر دائماً بأنَّه دون مستوي أقرانه، لذلك علي الأبوين توفير ما يمكنهم توفيره من تلك الأدوات واللُّعب، وهذه ليست معضلة علي الإطلاق، فهناك من اللُّعب والأدوات ما يستلقت النظر، ويأخذ بالعقول لجمال ألوانها وبديع صنعها مع كونها زهيدة الثمن، إذا ما قُورنت بما ينفقه الآباء علي شراء السجائر، أو الجلوس علي المقاهي مثلاً.

كما أنَّ الأمَّ إذا وضعت هذه الغاية نُصبَ أعينها لأمكنها أن تقتصد ممَّا تنفقه علي زينتها وملبسها، فتوقِّر الشئ المعقول الذي تنفقه لشراء ما يحتاجه أطفالها؛ حتى لا يضطروا - بدافع التباهي والتفاخر - إلي السرقة.

ثامناً: التقليد والمحاكاة:

يتابع معظم الأطفال باهتمامٍ شديدٍ كلُّ ما يجري في عالم الكبار، فنجد الطفل يستمع لأقوال والده ويحاول فهمها وترديدها وقد يتحمَّس لها. والفتاة تبدأ في الاهتمام بما تُردده الأمُّ فتتابع أحاديثها بإنصاتٍ شديدٍ.

هذه السمات من شأنها أن تؤثر علي الطفل، فهو علي استعدادٍ دائمٍ للوقوع تحت تأثير الآخرين، وهي ما يُطلق عليها علماء النفس «القابلية الشديدة للاستهواء»، بحيث يكون الطفل علي استعدادٍ للتأثر بما يسمعه أو يُشاهده، خاصةً ممَّا يكبرونه سناً، ويشغلون أدواراً مهمةً بالمناسبة له مثل الأب أو الأم، بحيث أنه يمكن أن يُغيّر من آرائه، ويُعدّل من اتجاهاته حسب رغبات واتجاهات هذا الآخر.

ويتضح أن الطفل في تلك المواقف إنما يقوم بعملية توحّد مع نموذج مُعيّن، والنموذج هو الشخص الذي يتأثر به، وبهذا يميل الطفل إلي التقليد والمحاكاة، فهو عن طريقتهم يستطيع أن يُشكّل سلوكه ويكون معتقداته ومثله العليا وقيمه.

وقد يحدث أن تمتد يدُ الأمِّ إلي حافظة نقود زوجها لتستولي في - تكتّم وسريّة - علي بعض النقود، فيراها الطفل دون أن تشعر بوجوده، ثمَّ يأتي الأب ليكتشف الأمر فيثور، والأمُّ بالقطع تتصلّ من المسؤولية.

أمَّا الطفل فإنَّ عقله يذهب ويجيء، يُحاول أن يتصوَّر ويستنتج، وغالباً ما يسأل نفسه: هل أظل صامتاً أحتفظ بالحقيقة لنفسى؟ أم أروي ما رأيت فأكشف أمر أُمِّي فيدبُّ الصدام بينهما، ثمَّ أنال العقاب من أُمِّي بعد ذلك؟

ومهما يكن موقف الطفل من هذه الواقعة، فقد تأثَّر تأثُّراً سلبياً سيئاً بفعلته أُمُّه (النموذج والقُدوة)، والأرجح أنَّه سيُغيَّر من قيمه التي اكتسبها، ويُعدَّل من اتجاهاته التي سبق له وتبنَّاها.

وبمرور الوقت لا يسأل الطفل والده عمَّا يُريده من نقود، بل ستمتدُّ يداه إلي حافظته ليأخذ منها ما يُعينه علي الإنفاق، ثمَّ تمتدُّ يداه أيضاً إلي حقيبة والدته ليسلب منها ما يبغى، وهكذا يصبح الطفل محترفاً للسَّرقة لا لشيء، وإنما لأنَّ القُدوة والنموذج قد رآها مُتلبِّسة بالسَّرقة فيتوحَّد ويُقلِّد ويُحاكي.

تاسعا: أصدقاء السوء:

الطفل تتسع دائرته الاجتماعية، ويتمثَّل ذلك في وجود أصدقاء له يذهب ويجيء معهم، من وإلي المدرسة، ويقضي بصحبتهم فترات الرَّاحة والاسترخاء. والطفل يجد نفسه مشدوداً إلي أصدقائه يُبدي ولاءً وإخلاصاً لهم، ويكون علي استعداد للتضحية في سبيلهم بكلِّ ما يملك، ويكون سعيداً وهو يفعل ذلك.

وحينما لا يتدخَّل الأب أو الأمُّ في انتقاء الأصدقاء.. فقد ينحرف الطفل ويسوء الاختيار، فهذا طفل تعرَّف بصديق يقطن إلي جواره في المسكن، يكبره بعدة سنوات، كان يرافقه في رحلات قصيرة في أيام العطلات الأسبوعية، ولسوء الحظ كان هذا الصديق منحرفاً سلوكياً، إذ كان مُعتاد السَّرقة، ولما كان الطفل يقع تحت تأثيره، وكان الأبوان في غفلةٍ عن ابنهما.. فقد انتهت هذه الصداقة باشتراكهما في سرقة النقود وبعض الأشياء الأخرى، لقد وجد الصِّغير في هذا السلوك متعة في إثبات ذاته وقدراته، كما وجد لذة في الجرأة والشجاعة التي تصاحب السَّرقة.

إنَّ أصدقاء السوء أخطر ما يكون علي الأطفال الصِّغار، وقد كان بإمكان الأبوين توجيهه مثل هذا الطفل؛ لإثبات وجوده وذاتيته وقدراته في اتجاهاتٍ إيجابية كثيرة، تُقيد

وتفيد المجتمع أيضاً، وكان من الضروري عليهما انتقاء أصدقائه الانتقاء الصحيح والملائم، ليس عن طريق القسر والعنف، بل عن طريق التفاهم والحوار المشترك.

عاشرا : شغل وقت الفراغ وإشباع الميول :

يُظهر الطفل تقدماً اجتماعياً في لعبه، فبعد أن كان لعبه انعزالياً في سنتي المهدي، فردياً في طفولته المبكرة، يُصبح لعبه في الطفولة المتأخرة جماعياً، فهو يُشارك في الألعاب الجماعية بكل حماس ودأب، فمن اللعب الانعزالي الذي يلعب فيه دون أن يُشاركه أحد حتى يصل إلي مرحلة اللعب الجماعي، الذي يكاد ينتهي فيه وجوده كفردٍ مستقلٍ لحساب وجوده، إلي عضوٍ في جماعةٍ تعمل لتحقيق هدفٍ مشتركٍ. إذاً الطفل يحتاج لشغل أوقات فراغه في لعبٍ جماعي يضمه إلي أصدقائه وأقرانه.

ويحدث أحياناً أن يعيش الطفل في جوٍّ عائليٍّ صارمٍ، فيُمنع من مخالطة أقرانه إمعاناً في فرض الحماية، أو ادعاء الخوف خشية تعرضه للحوادث، التي قد تصيبه من جرأ ذلك، وحينما يهمل الطفل بسؤال والديه لأجل تلبية رغباته بمنحه بعض النقود، التي تمكنه من الذهاب إلي التنزه أو ارتياد مسارح أو ملاهي الأطفال فإنَّهما يرفضان، وقد لا يكون هذا الرفض من منطلق التقدير عليه بل لسوء التقدير، فهما يؤكِّدان أن وجوده في المنزل أدعي وأفضل لمن في مثل عمِّره !!

فيذعن الطفل لأوامرهما، ويمكث في المنزل دون شغل وقت فراغه بما يُشبع ميوله ورغباته.

ولما يضيق الطفل من هذه العزلة الصارمة، يضطر في النهاية إلي سرقة بعض النقود، كلِّما سنحت له الفرصة، فينفقها في مشاهدة عروض مسارح الأطفال، أو ارتياد الحدائق والمتنزهات، أو ركوب الدراجات.

لذلك.. فإنَّنا ننصح الآباء والأمهات بإشراك أطفالهم في النزاهات الخلوئية، والأنشطة المدرسية المختلفة كالرحلات، والمعسكرات، وارتياد مسارح وملاهي الأطفال، وأن يخصَّص الأبوان الفرص المواتية للذهاب مع أطفالهم وبصحبتهم إلي الحدائق، والمتاحف، والمعارض.. وغيرها.

هذا . وتظهر بدايات الميول عند كُُلِّ الأطفال - وإن كانت لا تعرف التخصص إلا مع نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة وبداية مرحلة المراهقة - من أجل ذلك لابد من إتاحة الفرص لممارسة أكبر قدر من الأنشطة في كافة المجالات كالرسم، والتصوير، والقراءة الحرة، والموسيقى، وجمع العُمَلات أو الطوابع البريدية التذكارية.

والأمر الذي يدعونا إلي الدهشة والقلق معاً أن بعضاً من الآباء لا يهتمُّ بتمية الميول كجزء أساس من تربية الطفل وتنشئته، علي اعتبار أن مزاوله هواية كالرسم مثلاً مدعاة لمضيعة الوقت، وإنها من قبيل الترف ولا عائد يُرجي منها..

كُلُّ هذه الأمور تجعل الطفل يلجأ إمَّا إلي سرقة النقود لشراء ما يروق له من ألوان، أو لبيّعات آلة موسيقية صغيرة، أو قد يلجأ في أحيان أخري إلي سرقة هذه الأدوات أو الآلات من بعض الأصدقاء أو الأقران، أو من حجرات التربية الفنيّة أو الموسيقيّة أو الرياضيّة بالمدرسة.

ولذلك فإنَّ السرقة تكون بغرض إشباع الميول التي يُريد الطفل من خلالها أن يشغل بها وقت فراغه؛ لذا ينبغي توفير مثل هذه الأدوات والآلات، التي تشبع ميول الأطفال وتشغل وقت فراغهم؛ حتى لا يلجئون إلي مثل هذا النوع من السرقة.

حادي عشر: البيئة الإجرامية:

قد يعتاد الطفل السرقة أحياناً، لأنّه قد ينشأ في بيئة إجراميةٍ عودته السرقة وشجّعته علي الاعتداء علي الاعتداء علي ملكيّة الغير؛ خصوصاً حينما يشعر الطفل بنوعٍ من القوّة والظفر وتقدير الذات (السلبى بالطبع)، لاسيما حينما يفلت من العقاب !

وممّا يدعو للأسف أن هذا السلوك الذي يكتنف الطفل في الصغر، سرعان ما يتطور ويتحوّل إلي سلوكٍ إجراميٍّ في الكبر، لأنَّ البيئة المحيطة به شجّعته علي السرقة.

ونودُّ أن نقول أن الأطفال الصغار الذين يُضبطون وهم يسرقون ثمَّ يودعون مؤسسات رعاية الأحداث، إنَّما هم في الواقع أطفال يتمتّع غالبيتهم بذكاءٍ وقدراتٍ عقليّةٍ وبدنيّةٍ لا بأس بها، ومن هذه القدرات: سرعة حركة الأصابع، وخفّة الحركة، وارتفاع مُعدّل اللياقة البدنيّة بالمقارنة بأقرانهم، كما أنَّهم علي جانب كبير من دقة الملاحظة

والاستنتاج، كما يمتلكون اللباقة في الحديث والتظاهر بالأدب الجَمِّ والميل إلى مساعدة الغير، وكُلُّها دون شك تجعل من عملية السرقة أمراً ميسوراً.

والملاحظ أن هؤلاء السارقين الصغار إنما يسرقون دائماً تحت تأثير الكبار، أي أنهم يسرقون كأعضاء في منظمة أو جماعة، وقد يلجأ زعيمهم إلى تهديدهم بالضرب والعقاب أو الأذى، إذا امتنعوا عن تنفيذ أوامره، ومن ثم يعتادون السرقة ويحترفونها.

وقد أدلى بعض الأطفال نُزلاء مؤسسات رعاية الأحداث ببعض الاعترافات التي تجعلنا تجاه مسؤولية خطيرة مُلقاة علي عاتقنا بشأن رعايتهم وتأهيلهم، فقد قال أحدهم: « لقد دربنا زعيمنا علي استخدام الحيل تدريباً جيداً وطويلاً، وهذه الحيل تُساعدنا علي استدرار عطف ضحايانا تمهيداً لسرقتهم ».

وقال طفل آخر:

«إننا دربنا طويلاً علي وسائل وطرق السرقة خصوصاً في الأماكن العامة المزدحمة بالمارة، كذلك السطو علي المنازل والمحال التجارية».

ونحن نري أنه لا بد من الاهتمام بالأطفال، نزلاء مؤسسات رعاية الأحداث، عن طريق الآتي:

- توفير سُبُل الرعاية والراحة لهم، واحترام إنسانيتهم، وأن يُعاملوا علي أساس أنهم أطفال ضنّت عليهم الحياة بسُبُل الحماية والأمان، فتلقَّتْهم الأيدي الشريرة وزرعت ما زرعت في نفوسهم من سرقة وتسول، وعلي ذلك لا يجب معاملتهم كأطفال مجرمين بالفطرة أو السليقة.
- لا بد أن يُقدِّم لهم أساتذة الطب النفسي والأخصائيون النفسيون والاجتماعيون الإرشاد والتوجيه والرعاية.
- أن نوفر لهم عديداً من الندوات والمحاضرات الدينية، حيث يلتقي فيها هؤلاء الصغار مع رجال الدين ليعلموهم أمور دينهم وديناهم، ويفرسون في نفوسهم المثل العليل والقيم الدينية والأخلاقية المستقاة من شرائع ونواميس الأديان السماوية.

- أن نوفر لهم رحلات ترفيهية وتنقيفية علي مستوي عالٍ.
- أن يتعلموا مهناً عملية كالنجارة والسباكة وأعمال الدهانات وغيرها، حتى يكتسبوا عملاً شريفاً، علي أن تلتزم الدولة وقطاعاتها ومؤسساتها بتوفير فرص العمل لهم في شركاتها ومصانعها .
- أن تُقدِّم وزارة التربية والتعليم العون الكامل، لكي يستكمل هؤلاء الأطفال الصغار دراستهم التي انقطعوا عنها قسراً وجبراً.

ثاني عشر: الضعف العقلي وانخفاض مُعدّل الذكاء:

الضعف العقلي هو حالة نقص أو تخلُّف أو توقُّف أو عدم اكتمال النمو العقلي، يولد بها الفرد أو تحدث في سن مبكرة إمّا لعوامل وراثية أو مرضية، تؤثر علي الجهاز العصبي للفرد، ممّا يؤدي إلي نقص مُعدّل الذكاء .

ولمّا كان الطفل المُصاب بحالة الضعف العقلي يجد صعوبة في التوافق الاجتماعي من حيث نقص الميول والاتجاهات . فإنه يقع تحت تأثير الأطفال الأذكيا والأكبر منه سناً، والذين قد يوجهونه إلي السرقة .

لذلك يستلزم من الآباء والمُربّين أن يقدموا لمثل هؤلاء الأطفال العلاج الطبي والتأهيلي اللازم، وتصحيح أي سلوك خاطئ أو مضطرب يقومون به، مع حمايتهم من استغلال الآخرين لهم .

حينما يعتاد الأطفال السرقة:

قد تكون السرقة سلوكاً عارضاً، سرعان ما يزول إذا اتبع الآباء والأمهات والمُربّون والمُربّيات نهجاً تربوياً قوياً وسليماً في علاج المشكلة عند بدء ظهورها .

وقد لا يهتم الآباء أو المُربّون كثيراً عند ظهور أعراض هذه المشكلة، فيتأصل الداء، ويستفحل وتنشأ الخطورة الحقيقية حينما يعتاد الأطفال السرقة، لتصبح عندئذ من مكونات سلوكهم .

علي أن هناك فئة من الآباء أو الأمهات يقفون موقف الدفاع، ينفون عن أطفالهم تهمة السرقة، رغم كل الأدلة المنطقية التي تثبت بالدليل الدامغ ارتكابهم لها، وهم في ذلك لا يجروون علي بحث المشكلة بحثاً موضوعياً بعيداً عن التحيز للوصول إلي الحقيقة، بل إن أسهل السبل لديهم هو إنكار وقوعها أصلاً.

والبعض الآخر من الآباء أو الأمهات يذهلهم ويطيرو بعقلهم أن يدمغ أطفالهم بسلوك السرقة، فيلجئون إلي العنف والقسوة والضرب تجاههم، ومن الآباء من يسرف في إسداء النصائح العقيمة، ومحاولة غرس القيم الدينية والخلقية غرساً فاتراً، بلا فائدة.

ونقرر أن موقف الآباء والأمهات لا ينبغي أن يقتصر علي استقصاء الحقيقة وتقديم النصح فحسب، بل ينبغي أن يكون إلي جانب ذلك، موقفاً يهتم بالبواعث والدوافع الحقيقية، التي أدت إلي مثل هذا السلوك، حتى يمكنهم التوصل إلي الحلول المناسبة، التي من شأنها أن تقي الطفل مغبة سلوك السرقة هذا.

كيف نقي أطفالنا من داء السرقة ؟

- ممّا لا شكّ فيه أن الوسط الأسري أو المدرسي أو البيئي الذي يتوفّر فيه الدفء العاطفي والحُبّ والأمن والتوازن في المعاملات والمرونة في التربية يُساعد علي وقاية الطفل من الانحراف السلوكي، الذي يجد له متنفساً عن طريق السرقة كمثالٍ.
- ينبغي توفير ضروريات الأطفال من ملابس خاصّة وأدوات ولُعب وغيرها، حتى لا يشعروا أنّهم أقلّ من الآخرين، فيلجئون إلي السرقة لتعويض النقص.
- حماية الطفل المُفترطة والمبالغ فيها، والتي تُعيقه عن الاختلاط السّوي مع أصدقائه تُساعد علي السرقة؛ فلذلك يجب أن ننمّي فيه الحسّ الاجتماعي للاندماج وسط جماعة سواء في المنزل أو الحي أو المدرسة.
- احترام ملكيّة الطفل الخاصّة شيءٌ ضروريٌّ مهم، ومن هذا المنطلق لا بدّ أن نُعلّمه كيف يحترم ملكيّة الآخرين، فإذا حدث أن أعتدي الطفل علي ملكيّة

أخيه، فلنأخذ منه إحدى مقتنياته ونعطيها لأخيه، فإذا ثار واعترض، علمناه أنه كما يثور لأننا اعتدنا علي ملكيته؛ فإن أخاه سيثور ويعترض أيضاً لأننا اعتدنا علي ملكيته، وبهذا الدرس العملي سيتيقن أنه من غير المستحب الاعتداء علي ملكية الآخرين.

● مداومة التوجيه والإرشاد وغرس القيم الدينية والخلقية في وجدانه، مع تقديم النموذج والقوة الطيبة أمامه، فلا ننهي عن سلوكٍ يقترفه أو يأتي به، ثم نأتي به نحن الكبار.

● عدم اتهام الطفل بالسرقة، ونحذر من خلع ألقاب علي الطفل من شأنها أن تقضي علي سلامة صحته النفسية، كأن نقول له مثلاً: «يا لص»، أو «يا سارق».

● كل طفل ينمو تكون لديه طاقة ذهنية وجسمانية هائلة، يجب أن نستغلها ونوجهها إلي مشاركته في الأنشطة الاجتماعية والثقافية والفنية والرياضية، حتى ننمي مواهبه ونخلصه من طاقاته الزائدة، ونقضي علي ملله وضجره وشعوره بالفراغ المميت.

● يجب ألا نُسرع بالصاق تهم السرقة قبل التحقق من ذلك، وأن نناقشه بموضوعية وهدوء حول سلوكه، وأن نبصّره بمواطن الصواب والخطأ.

● لا بد من دراسة الدوافع التي دفعت الطفل دفعاً إلي السرقة، فهل السرقة عابرة أم متكررة؟ وهل هو يقلد الآخرين عندما يسرق؟ وهل السرقة تؤدي وظيفة نفسية في حياة الطفل كتغطية فقدان من الحب أو الحنان أو الرعاية؟ أم أن لها وظيفة اجتماعية كالتباهي والتفاخر أو إثبات الذات والزهو؟

.. فإذا ما وضعنا أيدينا علي موطن الداء الحقيقي، أمكننا وضع العلاج الناجع

والمفيد.



المراجع

١. أحمد عكاشة: الطب النفسي المعاصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٨٨.
٢. أيمن الحسيني: الأسرار الخفية لنوبات الصَّرع والتشنُّجات، القاهرة: مكتبة ابن سينا، ٢٠٠٣.
٣. زياد بغدادي: عادة مصِّ الأصابع عند الأطفال، مجلة العربي، الكويت، العدد: ٤٢٧، يونيو ١٩٨٦.
٤. عبد الرزاق سمعو زعال: عادة مصِّ الأصابع، مجلة الوعي الإسلامي، الكويت، العدد: ٤٥٦، شعبان ١٤٢٤.
٥. عبد الستار إبراهيم وآخرون: العلاج السلوكي للطفل، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، سلسلة عالم المعرفة، العدد: ١٨٠.
٦. عبد الستار إبراهيم: الاكتئاب اضطراب العصر الحديث، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، سلسلة عالم المعرفة، العدد: ٢٣٩.
٧. عبد الستار إبراهيم: القلق، القاهرة: دار الهلال، مايو ١٩٩١.
٨. عبد المجيد الخليدي، كمال حسن وهبي: الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال، بيروت: دار الفكر العربي، ١٩٩٧.
٩. عزت سيد إسماعيل: انهيار العقل في مرض الفصام، الكويت: وكالة المطبوعات، ١٩٨٤.
١٠. عثمان لبيب فراج: الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة، القاهرة: المجلس العربي للطفولة والتنمية، ٢٠٠٢.
١١. غسان يعقوب: الطفل قليل الانتباه وكثير الحركة، مجلة العربي، الكويت: وزارة الإعلام، العدد: ٤٣٤، يناير ١٩٩٥.
١٢. فريد الكيلاني: الجديد عن الفصام، مجلة العربي، الكويت، العدد: ٣١٩، يونيو ١٩٨٥.
١٣. كلير فهيم: الابن الصَّرعى والمُعاق. يمكنه الانطلاق، القاهرة: مكتبة المحبة، ١٩٩١.

- ١٤ . ليلي عبد الرحمن سلطان: عادة مصّ الأصابع عند الأطفال، مجلة الخفجي، السعودية، صفر ١٤٢٠ .
- ١٥ . ماثيو تشابل: شفاء القلق، ت. د. عبد المنعم الزيايدي، القاهرة: مكتبة الخانجي، ١٩٩٧ .
- ١٦ . ممتاز عبد الوهاب: القلق والاكتئاب، القاهرة: دار الهلال، يناير: ٢٠٠١ .
- ١٧ . محمود جمال أبو العزائم: مشاكل الطفولة، القاهرة: دار الطباعة والنشر الإسلامية، ٢٠٠٢ .
- ١٨ . منيرة البياتي: الطفل مُفرط الحركة، مجلة الفيصل، السعودية: دار الفيصل الثقافية، العدد: ٢٤٤ فبراير- مارس ١٩٩٦ .
- ١٩ . نبيه الغبرة: عادة مصّ الأصابع عند الأطفال، مجلة العربي، الكويت، العدد: ٣٦٣، فبراير ١٩٨٩ .
- ٢٠ . وفيق صفوت مختار: مشكلات الأطفال السلوكية، القاهرة: دار العلم والثقافة، ١٩٩٩ .
- ٢١ . وفيق صفوت مختار: سيكولوجية الطفولة، القاهرة: دار غريب، ٢٠٠٥ .
- ٢٢ . وفيق صفوت مختار سيكولوجية الأطفال ضعاف العقول، القاهرة: دار العلم والثقافة، ٢٠٠٥ .
- ٢٣ . وفيق صفوت مختار: سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، القاهرة: دار غريب، ٢٠١٠ .
- ٢٤ . وفيق صفوت مختار: الصحة النفسية وأساليب تنشئة الطفل، أُسرياً، وتربوياً، وتربوياً، ومجتمعياً، القاهرة: دار الطلائع، ٢٠١٢ .
- ٢٥ . وفيق صفوت مختار الاكتئاب مرض العصر: كشف أسرارهِ، ومعرفة أسبابهِ، وإستراتيجيات الوقاية والعلاج، القاهرة: دار طبية للنشر والتوزيع والتجهيزات العلمية، ٢٠١٧ .
- ٢٦ . وفيق صفوت مختار كيف تتخلص من القلق وتبدأ الحياة من جديد، القاهرة: دار طبية للنشر والتوزيع والتجهيزات العلمية، ٢٠١٧ .
- ٢٧ . وفيق صفوت مختار: الغيرة خبرة الطفل المؤلمة، مجلة الخفجي، السعودية، سبتمبر ١٩٩٨، السنة ٢٢، العدد: ٦ .

- ٢٨ . وفيق صفوت مختار: السرقة عند الأطفال: الأسباب وطرق العلاج، مجلة منار الإسلام، الإمارات، نوفمبر ٢٠٠٠، السنة: ٢٦، العدد: ٨.
- ٢٩ . وفيق صفوت مختار: المواد المضافة إلى الأغذية وخطورتها علي صحّة الطفل، مجلة الخفجي، السعودية، أكتوبر ٢٠٠٧، السنة: ٣٧، العدد: ١٠.
- ٣٠ . وفيق صفوت مختار: احذروا قلق الأطفال، مجلة الصلاح، القاهرة، أغسطس - سبتمبر ٢٠١٧.
- ٣١ . يوسف ميخائيل أسعد: المشكلات النفسية، القاهرة: دار نهضة مصر، ١٩٨٨.
- ٣٢ . يوسف أبو حميدان: عادة قضم الأظافر عند الأطفال، مجلة القافلة، السعودية، يوليو - أغسطس ١٩٩٦.
- 33-Beck,A.T.,Rush,A.,Shaw,B.F.,& Emery,G.(1979).Cognitive therapy of depression, New York: Guilford Press.
- 34 - Bender, L.(1942) Childhood Schizophrenia Nerv.Child. 1:138.
- 35-Cohen, D. (1994).Out of the blue: Depression and human nature. New N.Y:W.W.Norton.
- 36- Kaplan, R.M., Sallis, J.F., & Patterson, T.L. (1993).Health and human behavior. New York: McGraw Hill.
- 37- Lewinsohn.P.M., Munoz, R.F., Younger, M.A., & Zeiss, A.M. (1995). Control your depression. Englewood Cliff.
- 38 - Lewis Melvin: Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. Williams and Wilkins, 1950.
- 39- Mayer. Gross, W, Slater, E.and Roth.M.Clinical Psychiatry London: Chassell and Co., Ltd., 1963.
- 40-37- Seligman, M.E. (1995).The optimistic child: A proven program to safeguard children against depression and build lifelong resilience. New York: Harper Perennial.



المؤلف في سطور

وفيق صفوت مختار



- حاصل علي ليسانس الآداب والتربية، جامعة أسيوط ، كلية التربية بسوهاج.
- حاصل علي الدبلوم الخاص في التربية وعلم النفس، جامعة أسيوط، كلية التربية بسوهاج.
- محاضر تربوي في تجمعات الشباب، وأعضاء هيئات التدريس، وأولياء الأمور.
- عمل محرراً صحافياً بمجلة «هو وهي» (قبرص)، ومجلة «دبي الثقافية» (دولة الإمارات العربية).
- فاز بجائزة الشيخ «عبد الله المبارك الصباح» للإبداع العلمي عن نتاجه المتميز:المخدرات وأثرها المُدمر، عن دار «سعاد الصباح» بدولة الكويت.
- سجل للتلفزيون المصري العديد من الحلقات التربوية والثقافية في عدة برامج، منها:برنامج «الطفل والمجتمع»، وبرنامج «أوراق ملونة».
- تناولت جريدة الأهرام القاهرية دراسات، وكتابات المؤلف بالعرض والتحليل في باب: «المرأة والطفل»، للصحافية «سعدية شعيب».
- أُجريت مع المؤلف العديد من الحوارات الصحافية التي تناولت قضايا المجتمع المصري.
- تُرجمت بعض مقالاته إلى اللغة الإنجليزية.
- تناولت الصحف والمجلات المصرية والعربية مؤلفات الكاتب بالنقد والتحليل والعرض والإعلان، ومن بينها:مجلة الفيصل السعودية،المجلة العربية السعودية،مجلة

الوعي الإسلامي، جريدة الأهرام القاهرية، جريدة المساء الأسبوعية، جريدة الأخبار المصرية، جريدة الجمهورية المصرية، جريدة المصري اليوم.

• له أكثر من ٢٢٠ مقالة ودراسة منشورة بالمجلات والدوريات المصرية والعربية، من أهمها: مجلة العربي، والكويت، والوعي (الكويت)، مجلة المنار، ودُبي الثقافية، والرافد، والشارقة الثقافية (الإمارات)، مجلة البحرين الثقافية (البحرين)،

• مجلة الدفاع، والفيصل الثقافية، والفيصل العلمية، والفيصل الأدبية، والقافلة، والخفجي، والمجلة العربية (السعودية)، ومجلة الصلاح (مصر).

• له العديد من الحوارات الأدبية المتخصصة، التي أجراها مع كبار الشعراء والأدباء وقادة الفكر في مصر، من أبرزهم: فاروق شوشة، فاروق جويده، محمد إبراهيم أبو سنة، أحمد سويلم، أحمد زرزور، بدر توفيق، أمجد ريان، ماجد يوسف، جمال القصاص، سكينه فؤاد، خيرى شلبي، محمد جبريل، يوسف الشاروني، محمد البساطي، إدوار الخراط، يوسف ميخائيل أسعد. وقد نُشرت معظم هذه الحوارات في المجلات المصرية والعربية: مجلة المنهل، والحرس الوطني، والمجلة العربية (السعودية)، مجلة الكويت (الكويت)، مجلة الشعر (مصر) مجلة هو وهي (قبرص).

• كتب المؤلّف في التراجم والسير الذاتية للأطفال والتي نُشرت علي صفحات مجلة قطر الندي (مصر).



❖ الكتب التي صدرت للمؤلف:

١. مشكلات الأطفال السلوكية، القاهرة: دار العلم والثقافة، ١٩٩٩.
٢. أبناؤنا وصحتهم النفسيّة، القاهرة: دار العلم والثقافة، ٢٠٠١.
٣. المدرسة والمجتمع والتوافق النفسي للطفل، القاهرة: دار العلم والثقافة، ٢٠٠٣.
٤. سيكولوجية الأطفال ضعاف العقول، القاهرة: دار العلم والثقافة، ٢٠٠٥.
٥. سيكولوجية الأطفال الموهوبين، القاهرة: دار العلم والثقافة، ٢٠٠٥.
٦. الأسرة وأساليب تربية الطفل، القاهرة: دار العلم والثقافة، ٢٠٠٥.
٧. مشكلة تعاطي المواد النفسيّة المخدرة، القاهرة: دار العلم والثقافة، ٢٠٠٥.
٨. سيكولوجية الطفولة، القاهرة: دار غريب، ٢٠٠٥.
٩. بستان المعرفة، القاهرة: دار موناليزا، ٢٠٠٧.
١٠. كتب ومكتبات الأطفال وتنمية الميول القرائية، القاهرة: دار الطلائع، ٢٠٠٩.
١١. فن رعاية الطفل في البيت والمدرسة، القاهرة: دار الطلائع، ٢٠٠٩.
١٢. سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصّة، القاهرة: دار غريب، ٢٠١٠.
١٣. وسائل الاتصال والإعلام وتشكيل وعي الأطفال والشباب، القاهرة: دار غريب، ٢٠١٠.
١٤. تأخر الكلام عند الأطفال، القاهرة: دار البطوسي، ٢٠١٠.
١٥. النمو الحركي للطفل وأهم الأنشطة الترويحية والمدرسية، القاهرة: دار الطلائع، ٢٠١١.
١٦. الصحة النفسيّة وأساليب تنشئة الطفل..أسرياً، وتربوياً، ومجتمعياً، القاهرة: دار الطلائع، ٢٠١٢.
١٧. الموسوعة الأدبية الكبرى: أشهر المبدعات في تاريخ العالمي، القاهرة: دار الطلائع، ٢٠١٣.
١٨. الطفل الموهوب، طرق اكتشافه، وأساليب رعايته، القاهرة: دار طيبة للنشر والتوزيع والتجهيزات العلمية، ٢٠١٧.

- ١٩ . إشباع الحاجات الأساسية للأطفال: الجسمية، والعقلية، والنفسية، القاهرة: دار
طبية للنشر والتوزيع والتجهيزات العلمية، ٢٠١٧ .
- ٢٠ . الاكتئاب مرض العصر: كشف أسرارهِ، ومعرفة أسبابهِ، وإستراتيجيات الوقاية
والعلاج، القاهرة: دار طبية للنشر والتوزيع والتجهيزات العلمية، ٢٠١٧ .
- ٢١ . كيف تتخلص من القلق وتبدأ الحياة من جديد، القاهرة: دار طبية للنشر
والتوزيع والتجهيزات العلمية، ٢٠١٧ .
- ٢٢ . أحذب نوتردام رواية للأديب « فيكتور هوجو»، إعداد وتقديم، القاهرة: دار
الطلائع، ٢٠١٧ .
- ٢٣ . أنا كارنينا رواية للأديب « ليو تولستوي»، إعداد وتقديم، القاهرة: دار
الطلائع، ٢٠١٧ .
- ٢٤ . ذهب مع الريح رواية للأديبة «مارجريت ميتشل»، إعداد وتقديم، القاهرة: دار
الطلائع، ٢٠١٧ .
- ٢٥ . كوخ العم توم رواية للأديبة «هاريت بيتشر ستو»، إعداد وتقديم، القاهرة: دار
الطلائع، ٢٠١٧ .
- ٢٦ . الآمال العظيمة رواية للأديب «تشارلز ديكنز»، إعداد وتقديم، القاهرة: دار
الطلائع، ٢٠١٧ .
- ٢٧ . ١٩٨٤ رواية للأديب « جورج أورويل»، إعداد وتقديم، القاهرة: دار الطلائع، ٢٠١٧ .
- ٢٨ . ابنة الحظ رواية للأديبة «إيزابيل الليندي»، إعداد وتقديم، القاهرة: دار
الطلائع، ٢٠١٧ .
- ٢٩ . محبوبة رواية للأديبة «توني موريسون»، إعداد وتقديم، القاهرة: دار
الطلائع، ٢٠١٧ .

❖ للتواصل مع المؤلف:

- هاتف منزل: ٠٩٣/ ٤٧٧٤٦٠٨
- هاتف محمول: ٠١٠٦٣٥٤٩٣٣٩

E-mail: Wafeek.safwat2016@gmail.com

الصفحة

الفهرس

٥	.....الإهداء:
٧	.....المقدمة:
١١	.....الفصل الأول: الاكتئاب:
٤٧	.....الفصل الثاني: القلق:
٨٣	.....الفصل الثالث: الصرع والتشنجات:
١٠٩	.....الفصل الرابع: الفصام:
١٣٥	.....الفصل الخامس: التبول اللاإرادي:
١٥٣	.....الفصل السادس: فرط الحركة والنشاط:
١٨٣	.....الفصل السابع: مصّ الأصابع:
٢٠١	.....الفصل الثامن: قضم الأظافر:
٢١١	.....الفصل التاسع: الغيرة:
٢٢٥	.....الفصل العاشر: السرقة:
٢٤٠	.....المراجع:
٢٤٣	.....المؤلف في سطور:
٢٤٧	.....الفهرس:

حقوق الطبع محفوظة للناشر



أطلس

للنشر والإنتاج الإعلامي

يحظر نشر أو اقتباس أى جزء
من هذا الكتاب إلا بعد الرجوع
إلى الناشر