

الوحدة الثانية

اضطرابات وسلوكية للأطفال

- (١) اضطرابات التصرف لدى الأبناء
- (٢) إزعاج الأبناء أو اعتمادهم على الغير
- (٣) اضطرابات النوم لدى الأبناء
- (٤) تجنب الأبناء الاجتماعي
- (٥) النشاط المفرط / عجز الانتباه لدى الأبناء
- (٦) تأتأة الكلام لدى الأبناء
- (٧) تأخر الكلام لدى الأبناء الأطفال
- (٨) رفض الأبناء لأطعمة وتفضيل أخرى
- (٩) اضطرابات الأكل لدى الأبناء
- (١٠) بلل وإخراج الأطفال أثناء النوم

الموضوع الأول

اضطرابات التصرف لدى الأبناء

مقدمة

إن اضطراب التصرف Conduct disorder هو مجموعة مركبة من الانحرافات العاطفية والسلوكية التي يتعدى بها الطفل أو الشاب اليافع (المراهق) على الحقوق الشخصية والمادية للآخرين.. نتيجة الصعوبات الحادة التي يخبرها الواحد منهما في اتباع التعليمات والسلوك بصيغ مقبولة من الأسرة والمجتمع.

وبينما ينظر للطفل أو الشاب اليافع باضطراب التصرف على أنه طفل أو مراهق سيئ أو جانح وليس مختلاً أو مريضاً عقلياً، فإن تصرفاته المستمرة في تشويش سير الحياة اليومية للأسرة أو المدرسة، يشار إليها أحياناً باضطراب السلوك المشوش Disruptive behavior (لحياة واستقرار الأسرة والمدرسة).

ويحدث اضطراب التصرف سلوكياً في مرحلتين غالباً: مرحلة اضطراب السلوك العنادي المعارض الذي يظهر في العادة لدى الطفل حتى عمر ست سنوات. ثم مرحلة اضطراب التصرف الذي يبدو بعدئذ بعمر سبع سنوات وحتى سن الرشد.. حيث يشفى الشاب اليافع من اضطراب التصرف، خاصة إذا خبر عناية وتوجيهاً أسرياً خلال معاناته السلوكية.

ولا يجب أن تنتظر الأسرة إلى الأبناء وهم يشوشون خلال موقف أو أكثر، الحياة والاستقرار الأسري بسلوكيات متهورة سريعة، وصوت حاد مزعج، ومطاردة أحدهم للآخر حتى داخل المنزل أحياناً، والقلب رأساً على عقب بعض التجهيزات المنزلية أو التسبب في عطب بعضها.. على أنهم يعانون من اضطراب التصرف الحالي،، لأن الأسباب التي تكمن وراء سلوكياتهم المندفعة قد تتبع من الظروف والبيئة وأساليب الحياة الأسرية المنحصرة في حياتنا المعاصرة ضمن فراغ المنزل: الشقة الضيقة في كل شيء بدءاً من غرفة النوم والجلوس وانتهاءً بالمطبخ والحمام والممر للخارج.

إن مثل هذه البيئة مع ما يرافقها من الإهمال والمشاكل الأسرية عن الأبناء وحاجاتهم اليومية، تبدو كحال غرفة الحجز أو السجن التي يضيق فيها الوعي والتنفس والتصرف.. يجب أن تلتفت الأسرة إلى تكرارية سلوكيات اضطراب التصرف وطول المدة التي يقضيها الأبناء في ذلك.

فإذا لوحظ في هذا الإطار كثافة سلوكيات التصرف المضطربة وتكراريتها عبر مدة تمتد من عدة أسابيع إلى عدة أشهر، عندئذ يشار للأبناء بأنهم يعانون من اضطراب التصرف.. ومع هذا لا ينبغي مبادرة الأسرة باتخاذ ما يلزم من تربية وتوجيه وعلاج فور ملاحظة أي تغييرات سلوكية غير عادية على أبنائهم، سواء كانت هذه اضطرابات تصرف أو غيرها من انحرافات سلوكية أخرى.

أنواع ومظاهر سلوكية لاضطراب التصرف

تصنيف عام لاضطرابات التصرف السلوكية

لقد صنف أحد مصادر الانترنت المتخصصة، الاضطرابات السلوكية كنوع من الانحراف عن العادية المتعارف عليها في مواقف الإجتماع المدني للناس، في أربع فئات هي بإيجاز:

١- الانحراف عن العادية الإحصائية : إن أي صفة إنسانية بما فيها

السلوك والقدرات تتوزع إحصائياً بصيغ عادية. يعني أن معظم الناس (حوالي ٦٨%) يتكثرون في الوسط ثم نسبة محدودة أخرى (١٦%) تقع سلبياً في الأدنى حيث يشكل هؤلاء الفئة العامة المنحرفة أو المضطربة التصرف، المعنية بالتصحيح سلوكياً عوداً بها لعضوية الاجتماعات المدنية وممارسة السلوك المدني، ونسبة محددة ثالثة في الأعلى (١٦%) نشير إليها بالمتفوقين والموهوبين ذكائياً-سلوكياً.. إن أعضاء هذه الفئة عند حسن العناية بهم وتطويرهم يشكّلون النخبة الاجتماعية التي يعتمد عليها في التغيير للأفضل.

٢- الانحراف عن العادية الاجتماعية. يُمثل الانحراف هنا أي سلوك يخرج

عن المعايير العامة المتفق عليها من المجتمع،، للتصرف عادياً في مواقف الحياة اليومية المتنوعة.. ولكن الملاحظة التي يجب الانتباه إليها هنا هي أن

السلوكيات المعيارية قد تتغير من موقف لآخر في المجتمعات المحلية، ناهيك عن اختلافها (نسبياً على الأقل) من مجتمع عالمي إلى آخر. فما قد يعتبر سلوكاً عادياً أو مقبولاً في بيئة، قد يعدّ منحرفاً أو محرماً في بيئة أخرى.

٣- سوء أو عدم التكيف، إن سلوك العدوان والغضب والقتل والاغتيل ومحاولات

الانتحار واللجوء للمخدرات والكحول للهروب من الواقع، هي أمثلة لسلوك الانحراف غير المدني. إن كافة المشكلات التي يواجهها الأبناء والسلوكيات والاضطرابات السلوكية والنفسية المرتبطة بها.. والتي نعالجها ضمن السلسلة الحالية : الأسرة والأبناء وقضايا أسرية تنتمي مباشرة لهذه الفئة.

٤- الكآبة الشخصية. يبدو أفراد هذه الفئة كئيبيين في مظهرهم وأنفسهم وعصبيين في شخصياتهم.. وبالرغم من تشخيص هؤلاء بأنهم مريضون عقلياً، إلا أن ما يبدونه من سلوك غير مدني يضعهم ضمن فئة الانحراف السلوكي.

تصنيف بديل للإضطرابات السلوكية - اضطرابات التصرف

يبدو على الأبناء باضطراب التصرف Conduct Disorders ، الأنواع والمظاهر السلوكية التالية :

أ- العدوان على الأقران والناس والحيوان بسلوكيات، مثل :

- ١- مشاكسة وتهديد الآخرين والتحرش بهم.
- ٢- البدء بمصادمات جسدية مع الآخرين.
- ٣- حمل واستعمال سلاح أو أدوات حادة مؤذية جسدياً للآخرين مثل الخفاش (البوما كما يطلق عليها محلياً أحياناً) والسكاكين وشظايا الزجاج المكسور أو السلاح الناري أحياناً.
- ٤- التعامل جسدياً مادياً بقسوة وعنف مع الآخرين أو الحيوانات.
- ٥- الهجوم على الآخرين وسرقة الأشياء عنوة منهم.
- ٦- إجبار الآخرين على عمل أشياء لا يطبقونها جسدياً أو خلقياً.

ب- تدمير الممتلكات مثل :

- ١- إشعال النار في الممتلكات بقصد تدميرها.
- ٢- التدمير أو التخريب المباشر المقصود لممتلكات الغير

ج- الخداع والكذب والسرقة مثل :

- ١- السطو على بناية سكنية أو منزل أو سيارة أو على حسابات بنكية أو مراكز معلومات بواسطة الانترنت.
- ٢- الكذب والمناورة للحصول على أشياء أو مكاسب للتخلص من مسؤوليات.
- ٣- السرقة خلسة من الآخرين كالنشل من الأفراد أثناء سيرهم بالطريق أو انتقالهم بالمركبات العامة أو المحلات والأسواق التجارية.

د- خرق الأعراف والأحكام والقوانين مثل :

- ١- البقاء خارج المنزل لوقت متأخر من الليل بالرغم من معارضات الأسرة المتكررة.
- ٢- الهروب من منزل الأسرة.
- ٣- الغياب المتكرر عن المدرسة

أسباب عامة لمشكلة اضطراب التصرف

- إن أبرز الأسباب التي تنتج لدى الأبناء اضطراب التصرف، ما يلي :
- ١- تناقض الأسرة في التوجيه والقواعد والضوابط السلوكية من وقت إلى آخر.
 - ٢- المحاسبة السلوكية المتزمته والعقاب القاسي للأبناء عند كل خطأ يرتكبونه بقصد، أو عن جهل حيناً أو غير قصد أحياناً أخرى.
 - ٣- نقص الإشراف والتوجيه والمتابعة الأسرية للأبناء في حياتهم وأنشطتهم اليومية.
 - ٤- التغييرات المستمرة في الأشخاص المسؤولين عن الأسرة، خاصة في الأسر المنكسرة بأب أو أم بمفردهما، أو بزواج أم أو زوجة أب،، حيث تبدو المسؤوليات غير واضحة حيناً أو متداخلة أحياناً أخرى.

٥- الفقر الأسود الزائد عن احتمال آدمية الإنسان أحياناً.

٦- الإهمال والأذى الأسري للأبناء.

٧- مجموعة الأقران الجانحين الذين يرافقهم الأبناء،، حيث تنتقل عدوى الجنوح إليهم لا محالة، إذا لم تنتبه الأسرة وتندرك الأمر في وقت مناسب مبكر.

٨- التعرض لصدمات حياتية مباشرة من أحد أعضاء الأسرة، مؤدياً ذلك لفقدان توازنهم السلوكي والإدراكي والعاطفي واضطراب التصرف.

مؤشرات تحذيرية لمشكلة اضطراب التصرف لدى الأبناء

يمكن للأسرة الانتباه للأعراض التالية كمؤشرات تحذيرية لمعاناة الأبناء من مشكلة اضطراب التصرف، حيث تبدأ فوراً لدى ملاحظة أي منها بالإرشاد والتوجيه والعلاج الذي تستدعيه حالة الأبناء.

أ - مؤشرات تحذيرية لاضطراب العناد والمعارضة كمقدمة لاضطراب التصرف مثل:

١- النشاط المفرط للأطفال.

٢- قلق الأطفال.

٣- الإصابة بالاكنتاب.

٤- مواجهة صعوبات أكاديمية في الدراسة والتعلم والتحصيل.

٥- مواجهة مشاكل وصعوبات في العلاقة مع الأقران في الحي أو المدرسة.

ب - مؤشرات تحذيرية لاضطراب التصرف مثل :

١- السلوك العدوانى للأبناء المؤذي للآخرين أو الحيوانات الأليفة، أو تهديدهم بالعنف ضد الأقران وغيرهم في البيئة.

٢- السلوك الهدام الذي يدمر أو يخرب الممتلكات.

٣- ارتكاب أعمال السرقة وسلك الكذب والخداع والمناورة في التعامل مع الآخرين وقضاء الحاجات اليومية.

٤ - الانقطاع عن المدرسة بدون مبرر.

٥- ارتكاب مخالفات خطيرة للأحكام والقوانين الأسرية، أو الأخرى المعمول بها في المدرسة أو البيئة المحلية في الحي والمواقف الاجتماعية الأخرى.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة اضطراب التصرف لدى الأبناء

بالرغم من كون الأسرة هي العامل الحاسم الأول لتربية الأبناء وتكوين شخصياتهم، إلا أننا نتوقع منها أحياناً أكثر مما تستطيع، خاصة عند انكسارها بالطلاق أو الموت أو السجن أو الهجر أو غيرها.. أو عند جهلها وتدني ثقافتها وخبراتها الحياتية والسلوكية المدنية. أو لفقرها الزائد اقتصادياً أو صحياً جسيماً.

ومن هنا نتوقع من الجهات الرسمية الاجتماعية والنفسية والتعليمية مثل مراكز رعاية الأسرة ومراكز الشؤون الاجتماعية والضمان الاجتماعي، ومراكز الإرشاد والتوجيه الأسري، ومراكز التعديل السلوكي، وعيادات الطب النفسي في المشافي والجامعات، ومراكز التدريب، ومراكز البحث العلمي، وكليات ومعاهد التربية.. التقدم ببرامج تطويرية للأسرة العربية، تركز على :

١- تدريبها على التخطيط والتنفيذ العلمي لتوجيه الأبناء وعلاج مشكلاتهم من حيث تحديدهم لطبيعة المشكلة والسلوك المطلوب عند حلها، وجمع البيانات الشخصية للأبناء وللأسرة والبيئات الأخرى المعنية بهم، وتحليل وتفسير النتائج ثم التوجيه والعلاج المناسبين.. على أن يتم تطبيق الحل السلوكي الجديد من الأبناء في البيئات الواقعية ومتابعة الأسرة لصحة وكفاية هذا التطبيق

٢- تدريبها على أساليب التعامل مع مشاكل الأبناء أطفالاً ومراهقين بما يفيد تصحيحها وشفاءها لديهم، دون استعمال إجراءات ووسائل خاطئة،، فتتفاهم هذه المشاكل لديهم أكثر كما يلاحظ أحياناً.

٣- تدريبها على مهارات حل مشكلات الأبناء باختلاف أنواعها ومواقفها وأسبابها.

٤- توفير الخدمات المساعدة للأسرة في توجيهها وعلاجها لمشكلات الأبناء ومتابعتهم في داخل البيئة الأسرية وخارجها في الحي والمدرسة والمواقع الاجتماعية العامة.. وقد تكون هذه الخدمات المساعدة عامة متاحة رسمياً

على مدار الساعة في العيادات والمراكز الخدمية العاملة ليلاً ونهاراً، أو خاصة تنتدبها الجهة المختصة للاستجابة لحاجة أسرية محدّدة، كما يحدث مع مراكز الخدمة الاجتماعية والرعاية الأسرية وخدمات الطوارئ الصحية وغيرها. ومهما يكن، يمكن للأسرة في توجيه الأبناء والتغلب على مشكلتهم لاضطراب التصرف اعتبار ما يلي :

١- انتباه الأسرة للمؤشرات التحذيرية لاضطراب التصرف لدى الأبناء،، والعمل فوراً عند ملاحظة أي منها لديهم، إلى البدء بتحديد الأسباب ودراستها وعلاج ما يلزم للعلاج، والتغلب عليها بما في ذلك تصحيح وتحسين البيئة الأسرية،، وخارجها من علاقات مع الأقران في الحي والمدرسة والخبرات التي يتعرضون لها من المعلمين والأنشطة المدرسية عموماً.

٢- التحدث مع الأسر الأخرى في البيئة الاجتماعية التي يعاني أبنائها من مشكلة اضطراب التصرف وتبادل الآراء والحلول وأساليب التعامل الهادف مع الأبناء. والإطلاع على المعلومات والمصادر الخاصة باضطراب التصرف،، وتطوير ثقافتها من خلال الإطلاع والدراسة واستشارة مصادر ومراكز المعلومات المقيمة في البيئة المحلية، والأخرى الإلكترونية على الانترنت.

٣- طلب المساعدة من جهات علاجية طبية نفسية وسلوكية متخصصة عند عدم قدرة الأسرة في التغلب على مشكلة اضطراب التصرف لدى الأبناء. وتقوم هذه الجهات العلاجية بإجراءات تقييمية وتشخيصية شاملة للحالة الاضطرابية، بحيث يؤدي ذلك بالأبناء في النهاية إلى الشفاء واستعادة عافيتهم السلوكية المطلوبة.

وفي كل الأحوال، فإن علاج مشكلة اضطراب التصرف تبدو ضرورية لدى الأطفال والمراهقين الأبناء،، تجنباً لاستمرار وتفاقم انحرافاتهم السلوكية خلال الكبر عند الرشد والعمل وتكوين أسرهم الجديدة الخاصة بهم.

خطوات عامة بديلة يمكن للأسرة إعتمادها في علاج إضطرابات التصرف السلوكية

تتلخص هذه الخطوات في التالي :

- ١- جمع المعلومات من الطفل والسجلات الأسرية والمعلمين والجهات الصحية المعنية لفهم أسباب الاضطراب.
- ٢- وضع الخطط العلاجية السلوكية والنفسية المناسبة.
- ٣- تعريض الطفل لبرامج تربية خاصة مناسبة لحالته،، لمساعدته في التغلب على صعوبات التعلم لديه وتكوين المهارات الإيجابية لحالته.
- ٤- إعطاء الطفل أدوية مناسبة عند معاناته من حالات حادة لعدم الانتباه، أو الاكتئاب أو التهورات السلوكية Impulsive problems.



إذعان الأبناء أو اعتمادهم على الغير

مقدمة

يشكل الإذعان أو الاعتماد على الغير إحدى المشاكل العويصة شخصياً وسلوكياً لدى الأبناء.. ويكون به الطفل أو المراهق منهم طفلياً في قراراته وميوله وسلوكه بحيث لا يبادر بأي منها قبل الرجوع جزئياً أو كلياً إلى الآخرين حوله من أسرة أو أقران أو معلمين،، حيث يقوم هؤلاء بمساعدته في ذلك بالرأي والتوجيه المباشرين، أو التنفيذ عوضاً عنه.. مهما كانت هذه القرارات أو الميول أو السلوك عادية أو بسيطة أحياناً. وهنا يشار إلى الطفل أو الابن أو الابنة بمشكلة الإذعان " بأن ليس له شخصية " أو فاقد الشخصية"، لكون غيره يقرر أو يسلك له، أو نيابة عنه.. بدون نقص جسمي أو إدراكي أو حركي واضح لديه يبرر الاعتماد الزائد على الغير في تسيير مهام الحياة اليومية .

مؤشرات تحذيرية لإذعان الأبناء

يمكن تبويب هذه المؤشرات الخاصة لإذعان الأبناء في الفئات التالية:

أ- مؤشرات تحذيرية مرضية لإذعان الأبناء، أهمها :

- ١- صعوبة اتخاذ القرارات في الحياة اليومية، بدون الحصول على نصائح مطوّلة وتأكيدات مفصلة بالنجاح من الآخرين.
- ٢- صعوبة التعبير عن معارضة الآخرين خوفاً من فقدان دعمهم وقبولهم.
- ٣- صعوبة البدء أو المبادرة بالمسؤوليات والأنشطة والمشاريع بأنفسهم.
- ٤- الحاجة للآخرين لتولي المسؤولية والقيادة في معظم مناشط ومهام الحياة حتى في حل الواجبات المدرسية المنزلية.
- ٥- استجداء الآخرين للحصول على الدعم والقبول، حتى ولو كلفهم الأمر عمل أشياء غير محبذة لهم.
- ٦- الشعور بالرعب أو العجز عند الابتعاد عن الآخرين، لشعورهم بالخوف المفرط بعدم قدرتهم على تدبير شؤونهم بأنفسهم.

٧- البدء بعلاقات جديدة مع آخرين فور انتهاء علاقات سابقة، للتعويض وضمان استمرار الدعم والقبول.

٨- الخوف المفرط المستمر من تخلي الآخرين عنهم.

ب- مؤشرات تحذيرية سلوكية لإذعان الأبناء، أهمها :

١- التصرف والسلوك في الحياة اليومية الأسرية والمدرسية بناء على طلب أو رغبة الآخرين. إن حوافزهم وتحفيزهم هي خارجية، كما أن مركز انضباطهم السلوكي يعود للخارج.

٢- الميل لاقتراح المهام والأنشطة دون المبادرة بالقيام بها.

٣- الطلب المستمر لمساعدة الآخرين.

٤- الاعتماد المفرط على الآخرين وتجنب المواقف التي تستدعي العمل منفردين لوحدهم.

٥- المعاناة من واحد أو أكثر من الاضطرابات التالية: قلق الانفصال عن الآخرين، والمرض الجسدي الطويل، وضعف التكيف، والمزاج المتقلب، والاكتئاب، والخوف من الأماكن المفتوحة أو الواسعة، وتناول الكحول والتدخين، واضطرابات الأكل، والمخاوف.

ج- مؤشرات تحذيرية لإذعان الأبناء من تنشئتهم خلال الطفولة، أهمها :

١- السلطة الزائدة أو الحماية الزائدة للأبناء خلال طفولتهم. فكلما الأسلوب يزرعان في الأبناء سلوك الاعتماد على الغير قسرياً كما في الأسلوب السلطوي، أو بالتعويد على عدم المبادرة والعمل وصناعة القرارات ذاتياً لكون الآخرين (الأسرة) تُريحهم من عناء هذه المسؤوليات.. حيث يؤدي تعويد الأبناء على اتباع أوامر وتعليمات ومطالب الأسرة القسرية في طبيعتها، أو تعويدهم على الاعتماد على الأسرة في قضاء وقرارات الحاجات اليومية.. إلى تكوين مشكلة الإذعان الشخصي التي نتناولها في هذا الموضوع.

٢- الاعتقاد إدراكياً بأنهم عاجزون لا يستطيعون شيئاً. ومن هنا ينبع حرصهم على الالتصاق بالآخرين والبقاء برفقتهم. يعبر الأبناء عن معتقداتهم الإذعانية الحالية بأقوال مثل :

- أنا ضعيف وأحتاج للآخرين.
- أحتاج لشخص ليكون قريباً مني حتى يساعدني في القيام بالمطلوب أو في التغلب على أي تطور مفاجئ سلبي.
- أنا عاجز عندما اترك لوحدي.
- أنا وحيد ما لم أكن برفقة شخص أقوى.
- أسوأ شيء عندي هو تخلي الآخرين عني.
- أتجنب قول أو عمل أي شيء لا يرضي من يدعمني أو يساعدني.
- يجب أن أكون مطيعاً للآخرين حتى أنال دائماً رضاه.
- احتاج الآخرين لمساعدتي في اتخاذ القرارات أو لإخباري ماذا أفعل.

تشخيص مشكلة إذعان الأبناء

يمكن للمختص السلوكي التعرف مبدئياً على عضو الأسرة الذي يعاني من اضطراب الإذعان، إضافة للمؤشرات التحذيرية السابقة، اعتبار المعايير التشخيصية العامة التالية :

- ١- فقدان الثقة بالنفس والقدرة الذاتية على القرار والتصرف. فيلاحظ عضو الأسرة متردداً في عمل المطلوب.. ولا يبدأ بشيء إلا بعد الرجوع إلى الغير لارشاده أو توجيهه أو الإشراف عليه ومتابعته في ذلك.
- ٢- حاجة عضو الأسرة للآخرين لتوجيه وضبط شؤون ومهام حياته اليومية، فهو يفتقر الهمة والتحفيز لعمل ما يتوقع منه.. ولا يبادر في ذلك إلا إذا حركه الآخرون وزودوه في نفس الوقت بالتطمينات على العمل معه (أو الوقوف بجانبه) خطوة خطوة حتى النهاية.

٣- خوف عضو الأسرة من ابتعاد الآخرين عنه أو هجرهم أو إهمالهم له. فهو دائم البحث عما يمكن أن يعتني به ويكون قريباً نفسياً وشكلياً منه.. حتى ولو كلفه ذلك القيام بأعمال أو أدوار غير مرغوبة حيناً أو غير سوية أحياناً أخرى.. إن عضو الأسرة هنا يكون ضحية العضوية المذعنة في الشلل الطلابية المنحرفة Gangs في المدارس، وفي الطوائف الغريبة المنتشرة حالياً كما يلاحظ عبر العالم من اليابان في أقصى الشرق (كما هو الأمر مع طائفة الحقيقة السامية مروراً بطائفة تلاميذ المسيح في أوغندا وإلى الولايات المتحدة الأمريكية في آخر الغرب كما في طائفة الشمس التي واجه أعضاؤها أعضاؤها جميعاً نهاية مرعبة في بلدة ويكو بولاية تكساس الأمريكية).

٤- تبعية عضو الأسرة سلوكياً للآخرين في الحياة العادية، إن خوف عضو الأسرة من تهमيش مجموعة الأقران أو البيئة له، أو التخلي عنه أو عدم تعزيره والوقوف معه لاحقاً، إذا عارضهم في رأي أو موقف أو حاجة.. ومن هنا نراه في رغبة متواصلة للتوافق مع رغبات وقرارات الآخرين سواء كانوا على حق أو باطل في ذلك.

٥- البحث فوراً عن علاقات جديدة لتعويض ما افتقده عضو الأسرة منها بدون تفكير أو تمحيص بجدوى أو ضرر هذه العلاقات. ومن هنا يلاحظ على عضو الأسرة تغيير العلاقات مع الآخرين باستمرار سعياً للتعزيز والحماية أو العناية أكثر عند شعوره بنقصها أو افتقادها.. فلا ينتظر أو يتأمل أو يدرس نوع العلاقات التي يحتاجها فعلياً، تجنباً لتكرار الخسارة النفس اجتماعية التي خبرها.. وبالتالي نلاحظ عضو الأسرة ينتقل من علاقة اجتماعية أو عملية إلى أخرى بدون مبرر منطقي أو سلوكي أحياناً لذلك.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة إزعان الأبناء

نقدم هنا نوعين من التوجيه الأسري من أجل التغلب على مشكلة إزعان الأبناء : التوجيه الأسري بالتربية الوقائية ثم التوجيه الأسري بالتربية العلاجية .

أ - التوجيه الأسري بالتربية الوقائية للتغلب على مشكلة إزعاج الأبناء.. تتلخص

المبادئ وآليات التوجيه هنا بما يلي :

١- تجنب الأسرة بالمطلق التصرف نيابة عن الأبناء خلال تربيتهم وتنشئتهم اليومية،، لكون هذا الأسلوب السلوكي يسلبهم شخصياتهم، وفرص ومواقف وخبرات الاعتماد على أنفسهم في صناعة القرارات اليومية لرغباتهم وحاجاتهم وواجباتهم الأسرية والاجتماعية والمدرسية بحد سواء.

٢- تجنب أسلوب الحماية الزائدة والتدليل الزائد، لكونه أيضاً يحرم الأبناء من فرص الاعتماد على أنفسهم ويزرع فيهم الاتكال على الآخرين وخواء الهمة وتعويدهم على عدم المبادرة أو العمل.

٣- تنشئة وتدريب الأسرة للأبناء على تحمل المسؤولية والمحاسبة الذاتية للكفاية وفعالية النتائج،، ثم التوجيه الذاتي للأفضل كلما لزم الأمر لبدائل تربية يمكن اعتمادها في تنمية شخصيات قوية للأبناء.

ب- التوجيه الأسري بالتربية العلاجية للتغلب على مشكلة إزعاج الأبناء..

يتم التوجيه الأسري العلاجي بنوعين من الطرق: صيدلانية ثم نفس اجتماعية :

١- العلاج الطبي الدوائي:

يواجه عضو الأسرة باضطراب الإزعاج خطورة الإدمان على الكحول

والمخدرات ومشاكل الطعام (الشراهة أو التجنب المتطرفين حسب الحالة الفردية لذلك). ومهما يكن، يعاني عضو الأسرة الحالي من أعراض صحية جسدية يُحوّل نتيجتها إلى عيادة طبية متخصصة.. حيث يعطي أدوية مفيدة للحالة التي يعيشها ومنها أحياناً العقاقير المضادة للاكتئاب.

والأمر الذي يجب الالتفات إليه هنا، هو تزويد الطبيب للعناية الصحية التي يحتاجها عضو الأسرة باضطراب الإزعاج نفسياً واجتماعياً، بدون فرصة تحوّل إلى حالة في علاقه مع الطبيب.. ويُنصح في هذا الإطار توزيع

الطبيب لأنواع وكثافة العناية المطلوبة لعضو الأسرة على أفراد كوادره بالعيادة: كل حسب اختصاصه ودوره.

٢- العلاج النفس اجتماعي:

يعتبر العلاج النفس اجتماعي أكثر فاعلية وأعلى سلامة صحية من نظيره آنفاً بالأدوية الصيدلانية، نظراً للآثار الجانبية التي تحدثها هذه العقاقير في الصحة الفردية.

- ويهدف العلاج الحالي إلى تصحيح فهم عضو الأسرة لنفسه وقدراته وطبيعة العلاقات البناءة مع الآخرين، وتدريبه على الاعتماد على النفس في الأسرة والمدرسة أو العمل.. من خلال طرق إدراكية وسلوكية تُعلّمه:
- مهارات تأكيد الذات في المواقف الاجتماعية والحياتية المتنوعة.
 - وصناعة القرار المستقبل.
 - وعدم التردد في التعبير عن نفسه ومشاعره.
 - وتأسيس علاقات اجتماعية متوازنة مع الآخرين من خلال طرق مجموعات التدريب.
 - وتطوير مهارات التفاعل الاجتماعي في المواقف البيئية المختلفة.



الموضوع الثالث

اضطرابات النوم لدى الأبناء

مفاهيم اضطرابات النوم

في أي عمر، مع أنها تبدو أكثر Sleep Disorders تحدث اضطرابات النوم تكرارية كلما تقدم عضو الأسرة في العمر. كما تحدث اضطرابات النوم عند المرأة عموماً أكثر من الرجل. كما يُرجع البعض أصولها إلى عوامل وراثية بالأسرة. واضطرابات النوم هي ظاهرة عامة منتشرة في كل المجتمعات بدون استثناء. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، تفيد الدراسات على سبيل المثال إن نسبة ٢٠% من السكان يشكون من هذه الاضطرابات.

واضطرابات النوم هي في العموم، تشوش العادات التي يمارسها بها عضو الأسرة في النوم خلال النهار أو الليل.. أو تشوش وتيرة أو عملية هذا النوم نفسياً أو سلوكياً خلال النوم الفعلي.

أنواع اضطرابات النوم لدى الأبناء

يحتوي التعريف الذي أوردناه بالتو لاضطرابات النوم، على نوعين رئيسيين من الاضطرابات.. هما:

أ- اضطرابات العادات

Dyssomnias التي تؤثر على مدة النوم التي يستطيعها عضو الأسرة، ونوع النوم (القلق في الغالب) ووقت النوم من الليل أو النهار. فصعوبات ذهاب عضو الأسرة للنوم في الوقت المناسب من الليل (عادة) أو في النهار (إذا كان عاملاً بالليل)، وتقلبه بالنتيجة لدقائق أو ساعات طويلة أحياناً، ثم إستغراق الفرد لمدة طويلة أكثر من المعتاد (٦-٧ ساعات) يومياً، أو مواجهة عضو الأسرة لصعوبات استمراره في النوم.. هي أمثلة لاضطرابات نوم العادات التي نوضحها هنا. يمكن على كل حال تحديد اضطرابات عادات النوم بالفئات التالية.

١- اضطرابات القدرة على النوم Primary insomnia تحدث هذه المشكلة عند عدم قدرة عضو الأسرة لمدة شهر فأكثر على النوم والاستمرار به للمدة المعتادة.. الأمر الذي يؤثر سلباً على علاقاته أو/وتفاعلاته الاجتماعية، ومسؤولياته الدراسية (بالمدرسة أو الجامعة) وفي العمل أو الوظيفة، أو أي نشاط آخر يقوم به.

يعاني عضو الأسرة باضطرابات النوم الحالية من مشاكل صعوبة البدء الفعلي للنوم نتيجة تقلبه وانتظاره لساعات أحياناً.. أو تقطع عملية النوم بيقظته لفترة ثم العودة للنوم مرة أخرى وتكرار ذلك،، مشوشة بالنتيجة إدراكه ومظهره وسلوكه الإنساني. إن فقر عادة النوم وحرمان عضو الأسرة من الراحة والحيوية والانتعاش الجسمي والعقلي نتيجة ذلك ومحاولاته المتواصلة غالباً للتخلص من هذه المشاكل دون جدوى أحياناً.. تؤدي به إلي معاناة حادة في حياته اليومية، وخبرته لصعوبات واضحة في التركيز والحيوية الجسمية والسلوكية وتعكير المزاج بوجه عام.

٢- اضطرابات النوم الزائد. تبدو مشاكل النوم الحالية برغبة عضو الأسرة المستمرة في النوم.. بحيث يميل كلما استيقظ لدقائق أو فترة وجيزة، الى الذهاب إلى النوم مره أخرى.. بالرغم من استهلاكه لثمان ساعات (مدة النوم اليومية القصوى المقبولة). يبدو عضو الأسرة بمشكلة النوم الزائد تعباً يشكو من عدم كفاية النوم، يلاحظ عليه النعاس حتى خلال النهار في العمل او الدراسة او قياده السيارة.. الأمر الذي يُشكّل خطورة علي حياته أحياناً، او مواجهته لصعوبات اجتماعية وعملية واضحة.

٣- اضطرابات هجمات النوم التي تبدو بصيغة مُدد قصيرة من النوم خلال يقظة عضو الأسرة خلال النهار في العادة، تدوم بين ثوان معدودة إلى دقائق او ساعة علي الأكثر.. إن الفترة الملاحظة عموماً مهما يكن لهجمات النوم الحالية هي ١٥ دقيقة.

وتحدث هجمات النوم بعد شعور عضو الأسرة بالنعاس لمدد متفرقة حيث تتبعها هذه الهجمات لإراديا دون سابق إنذار.. ومن هنا في الواقع،

تكنم خطورة الاضطرابات الحالية في كون عضو الأسرة خلال النهار مشغولاً غالباً في أداء مسؤوليات روتينية او وظيفته محدده، باستعمال آلة او جهاز او قيادة السيارة للعمل او لتوصيل الأبناء او أفراد الأسرة إلى المدرسة او مكان محدد.. او التحدث او التفاعل مع الآخرين..

٤- اضطرابات التنفس المرتبطة بالنوم. عندما يعاني عضو الأسرة من صعوبة التنفس خلال النوم ،عندئذ يشار بوجود الاضطراب الحالي لديه. هذا ويعاني بعض الأبناء من توقف التنفس لفترة قصيرة بسبب انسداد المجاري الهوائية لديهم. كما أن لدى البعض الآخر مشاكل في التنفس تبدو على شكل هلوسة بالكلام أو شخير عال خلال النوم (إن الشخير العالي خلال النوم يشكل سبباً رئيساً في عديد حالات الطلاق في الولايات المتحدة الأمريكية).

وعلى كل حال، فان خطورة اضطرابات النوم الحالية تتمثل في مشكلة تقطع أو توقف التنفس. حيث يواجه عضو الأسرة نتيجتها خطر الموت. إن كل ما يمكن للأسرة أو لعضو الأسرة عمله، هو تحويل المريض إلي طبيب جسدي أولاً للتأكد من عدم وجود أسباب عضوية في الأنف أو الجهاز التنفسي تؤدي الى إعاقة أو توقف التنفس.. ثم بعدئذ تحويله عند صحته الجسمية إلي طبيب نفسي لعلاج الاضطرابات التي قد تكون وراء مشكلة النوم الحالية.

ب- إضطرابات عملية النوم أو أثناء النوم

Para Somnias

تبدو اضطرابات عملية النوم من المشاكل التي تحدث لدى عضو الأسرة خلال نومه فعلياً. من هذه المشاكل ما يلي:

١- إضطرابات الأحلام المزعج Nightmare Disorders. إن الأحلام المزعجة التي تتكرر لدى عضو الأسرة وتسبب له تشويش نومه، تؤدي عند حدوثها إلي الاضطرابات الحالية. وبينما تحتوي اضطرابات الأحلام على حوادث مرعبة، فإن عضو الأسرة يعي تفاصيلها تماماً ويستطيع في العادة استعادتها عند يقظته من النوم، مؤدياً به إلي أمرين: عدم القدرة على النوم مرة

أخرى، ثم شعوره بالقلق العام الذي لا يقدر تحمله. أما الأطفال، فيتعرض البعض منهم للأحلام المزعجة لكنهم يتعدونها غالباً، خاصة إذا كانوا يعيشون أسراً وحياة عادية مستقرة.

٢- اضطرابات النوم المرعب Sleep Terror Disorder

يبدو عضو الأسرة باضطرابات النوم المرعب باكياً بصوت عال أو صراخ.. ممزوجاً بالسباب أو اللوم أو التقريع. وقد يجلس وهو نائم في السرير خلال البكاء أو الصراخ مستمراً في ذلك لدقائق بالرغم من محاولة البعض من حوله إيقاظه من كابوسه المرعب.. وعندما يُسأل عن سبب ما قام به، فإنه لا يستطيع استعادة شيء من ذلك بالرغم من الحالة النفسية المرتبكة التي تبدو بها.

٣- اضطرابات المشي خلال النوم - حالة خطيرة خاصة

يقوم عضو الأسرة باضطرابات النوم الحالية (المشي خلال النوم) بالنهوض من السرير بدون وعي، ويسير بالمنزل من مكان إلى آخر.. أو قد يفتح الباب ويخرج ماشياً إلى أماكن في الجوار مثل السوق أو الحديقة أو المطعم ثم يعود إلى فراشه وكأن شيئاً لم يكن، دون وعي ما قام به. ويلاحظ عضو الأسرة هنا محدقاً بعينه بدون حركة تذكر عليهما وبجمود واضح في تعابير الوجه. إن الخطورة التي يواجهها مثل هذا الفرد هو تعرضه للسقوط أو الكسر نتيجة تعثره أو تغير طبيعة أو مكونات البيئة أو الطريق التي اعتاد في صحوته عليهما.

والمشي أثناء النوم Sleepwalking هو مشكلة اضطرابية في عملية النوم يعاني منها بعض الأبناء، خاصة الأطفال حتى عمر ١٢ أو ١٣ سنة، وبعض المراهقين أحياناً. وهي لحسن الحظ أقل مشكلات النوم التي أوضاعناها، حدوثاً لدى الأطفال والشباب اليافع (المراهقين).

وإذا لاحظت الأسرة سلوك الابن أو الابنة وحاولت تنبيهه للتوقف والذهاب إلى النوم، فإنه لا يدرك ذلك بالرغم من استجابته لهم وعودته للنوم.. وعند

الصباح أو عند قيامه من النوم بكامل وعيه العادي، لا يتذكر شيئاً مما حدث معه خلال الليل مهما حاولت الأسرة تذكيره حول الأمر. ومع هذا يشعر الطفل نتيجة ذلك بالعار والذنب والقلق والحيرة مما حصل.. حيث نتوقع من الأسرة هنا ممارسة عناية فائقة بعدم ضغطها وتذكيرها الزائد، تجنباً لتفاقم معاناته بالمشي أثناء النوم مع انفعالات سلبية لديه.. فتزداد حالة الطفل سوءاً.

والأطفال كما نوهنا هم أكثر الفئات العمرية معاناة من مشكلة المشي أثناء النوم، والأولاد منهم أكثر معاناة أيضاً من البنات.. والحالات المعتدلة لهذه المشكلة، يحدث فيها المشي مرة أو اثنتين في الشهر، ولا تسبب أذى للطفل غالباً. أما إذا زادت عن ذلك بتكرارها كل ليلة مثلاً وقيام الطفل بالخروج من المنزل خلالها، وتعرضه للحوادث والإصابات الجسمية نتيجة اصطدامه بشيء أو وقوعه أرضاً أو في حفرة أو غيرها مما لا يعيه الطفل أثناء مشي النوم، عند كل هذه الحالات، يتوجب من الأسرة فوراً استشارة جهة طبية نفسية متخصصة لحل المشكلة من جذورها.

أسباب عامة لمشكلة المشي أثناء النوم لدى الأبناء

إن أهم الأسباب الملاحظة لمشكلة المشي أثناء النوم لدى الأبناء: أطفالاً في العادة وشباباً يافعين أحياناً، هي معاناتهم خلال الحياة اليومية في النهار لمشاكل وحاجات :

١- عاطفية انفعالية بإهمال الأسرة للأطفال وعدم القرب النفسي منهم وإشعارهم بالحب والعناية، أو بتفضيل أحدهم على الآخرين نفسياً بالحنان والانتباه أو بالمنح المادية من لباس وشراب وطعام.. ومراقبة الأب والأم خارج المنزل وترك الأخوة الآخرين يراقبون بحسرة وغيظ كل ذلك.

٢- الحرمان المادي من تحقيق أو إشباع رغباتهم في كساء أو غذاء أو مصروف يومي أو مدرسي أو غيرها..

٣- النزاعات الأسرية المستمرة وضياح الأطفال وانقسامهم نفسياً وشعورهم بالغضب العارم والحزن، من الحظ أو المصير الذي أوقعهم في مأزق نفسي واجتماعي ومادي نتيجة ولادتهم بالأسرة.

٤- مواجهة الطفل لمشاكل حادة خاصة بواحد أو أكثر من الثلاث أعلاه، أو خاصة بالأقران أحياناً ولم يستطع حلها والتغلب عليها خلال يومه بالنهار.. حيث يثير في عقله اليأس الإدراكي والانفعالي الذي يصل إليه الطفل خلال النهار بعدم حل هذه المشاكل.. مؤدياً به عند الليل للهذيان وتقطع نوبات نومه بالمشي أو بغيره.

مؤشرات تحذيرية لمشكلة المشي أثناء النوم لدى الأبناء

تلاحظ الأسرة لدى الأبناء المؤشرات السلوكية التالية المرتبطة عادة بمشكلة المشي أثناء النوم:

١- صعوبة إيقاظ الطفل خلال حادثة المشي أثناء النوم، فمهما حاولت الأسرة تنبيهه للحالة التي هو فيها، فإنه لا يصحو من حالة النوم ولا يعي بعدئذ ما جرى له عند اليقظة الفعلية، أو عند النهوض صباحاً حيث لا يتذكر ماذا حدث له مهما كانت محاولات الأسرة معه حول ذلك.

٢- النسيان أو فقدان الذاكرة بعد حادثة المشي أثناء النوم.

٣- حدوث المشي عادة خلال الثلث الأول من نوم الطفل.

٤- ظهور اضطرابات نفسية وجسمية مرافقة لحالة المشي أثناء النوم.

٥- مرافقة حديث الطفل أحياناً لحالة المشي أثناء النوم.

٦- ميل الطفل للصمت أو شبه الخرس خلال المعاناة من مشكلة المشي أثناء النوم.

٧- تعدد سلوكيات مشكلة المشي أثناء النوم من الجلوس البسيط في السرير، إلى المشي في غرفة الطفل نفسه، إلى الأخطر بركض الطفل وصراخه بصوت عال.. وربما خروجه من المنزل أحياناً في غمرة استغراق الطفل في الحالة الاضطرابية.

- ٨- قيام الطفل في بعض الحالات بالبول خطأ في أماكن محظورة بالمنزل مثل غرفته أو الصالة أو غيرهما، دون الذهاب إلى الحمام كما يتوقع.
- ٩- استعمال الطفل أحياناً لألفاظ غير مستحبة خلال المشي أثناء النوم، لا يتفوّه بها خلال وقته العادي في القطة.
- ١٠- إمكانية تعرّض الطفل نتيجة الحالة، للأذى والإصابات الجسمية باصطدامه بأشياء صلبة أو وقوعه أرضاً أو غيرها.

تشخيص اضطرابات النوم لدى الأبناء

إن التشخيص السليم لاضطرابات النوم يجب أن يتم بالطريقة العيادية، حيث يحضر عضو الأسرة إلي عيادة خاصة لهذا الغرض (عيادة اضطرابات النوم) ويمكن فيها ليلة كاملة بإشراف مختص وكادر طبي يسجلون خلالها لدرجة شاملة أو مطولة، نوع النوم الذي يقوم به عضو الأسرة ومساحاته الملاحظة.. حيث بناء على هذه التسجيلات السمعية والمكتوبة، يمكن تحليل وتشخيص حالة عضو الأسرة واقتراح العلاج المناسب.

أما الأعراض المرافقة لاضطرابات النوم، بالإضافة لما أوردناه لمشكلة المشي أثناء النوم آنفاً، فتشمل صعوبات نفسية مثل: الاكتئاب وتشوش التركيز والإجهاد والقلق والانزعاج، أو قابلية الإثارة لأبسط الأسباب. أما الأفراد الذين يعانون من اضطرابات النوم المزمن فيعيشون في الغالب أمراضاً في المعدة وآلام الرأس والعضلات.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة اضطرابات النوم لدى الأبناء

حدث معظم اضطرابات النوم نتيجة تعرض الفرد لمواقف ضاغطة تأخذ منه عقله وتركيزه الإدراكي وقدرته على صناعته القرار مؤدياً ذلك به إلي اضطرابات نفسية أخرى أهمها الاكتئاب والقلق.. وهنا يأتي دور أفراد الأسرة أو المقربين من أصدقاء ومعارف للحديث معهم والتنفيس عن غضبه أو حنينه أمله مؤدياً الآخذ والرد والحوار والتعاطف مع الفرد إلي التخفيف من اكتتابه وخلوده للراحة والنوم في الأحوال العادية.

أما إذا كان الفرد يعاني من اضطرابات نوم مزمنة، فيفضل مراجعته لطبيب مختص للعمل بطرق نفسية ودوائية مناسبة على التغلب على مشكلة النوم وعودته إلى الحياة الطبيعية مرة أخرى. ومهما يكن، فيمكن للأسرة عند معاناة أحد أعضائها من اضطرابات نوم غير مرضيه أو غير حادة ، تنظيم عادة النوم لديه بالأداة والبرامج التالية:

إستطلاع مشكله النوم لدى الأبناء

يبين الاستطلاع المبسط التالي إذا كان عضو الأسرة يعاني من حيث المبدأ مشكلة النوم، تمهيداً لعلاجها المناسب بعدئذ.

أنشطة النوم نعم لا أحياناً

- ١ أستغرق في النوم سريعاً
- ٢ أستمر في النوم حتى النهاية
- ٣ أستيقظ حيويًا من النوم
- ٤ أعود للنوم بسرعة إذا استيقظت أحياناً
- ٥ أنام جيداً بالتغاضي عن تغيرات مواعيد العمل

اليومي

- ٦ أنام جيداً بالرغم من شخير الشخص بجانبى
- ٧ أنام جيداً برغم من أصوات مشوشة حولى
- ٨ أنهض من النوم على الموعد المعتاد
- ٩ أنام جيداً عند السفر خارج البيت
- 10 أعرف كيفية التغلب على الأحلام المزعجة

تحليل اضطرابات النوم : إذا كانت إجابات عضو الأسرة على الاستطلاع نعم أو أحياناً ، وخاصة على الجمل الخمس الأولى.. عندئذ يكون عفيًا من اضطرابات النوم. أما إذا كانت معظم الإجابات لا، فإنه يعاني في الغالب من

اضطرابات النوم.. الأمر الذي يتوجب تحويله إلى عيادة متخصصة للعلاج والشفاء المطلوب.

برامج عيادية لتغلب الأسرة على مشكلة النوم لدى الأبناء

هناك على أي حال برامج عيادية عديدة يمكن دراستها ذاتياً والتغلب بها على مشاكل النوم، وهي متداولة على مستوى تجاري عام.. ومفهومة سهلة الاستخدام. من أمثلة هذه البرامج اثنان. الأول موجه للتعامل مع مشكلة النوم عند تغيرات روتين العمل (صباحاً ومساءً) أو بأوقات متضاربة خلال النهار والليل. أما الثاني فيتركز على تعليم عضو الأسرة كيف ينام جيداً في الليل.

البرنامج الأول : كيف تنام جيداً؟

يتكون البرنامج من المواد التالية :

- ١- شريط فيديو مدته (٥٥) دقيقة وفيه عشر قطاعات أو أقسام مختلفة هي :
 - * مقدمة وتقييم أولى لكيفية نوم عضو الأسرة.
 - * التغلب على مشاكل النوم ببرمجة اللاوعي في العقل الإنساني.
 - * ماذا يجب أن نعمل عندما نريد النوم ولماذا لا نستطيع إجبار أنفسنا عليه.
 - * التغلب على المعيقات النفسية.
 - * كيفية برمجة الساعة البيولوجية في الدماغ للاستمرار في النوم حتى وقت اليقظة المطلوب.
 - * النوم أثناء ضوء النهار أو الأصوات الجانبية.
 - * نصيحة عامة للتغلب عن مشاكل النوم.
 - * روتين هام قبل النوم.
 - * اقتراحات لاستعمال شريط الكاسيت السمعي.
- ٢- كتاب العمل (٤٤) صفحة وتشمل :
 - * ملخص للمعلومات في القطاعات العشر بشريط الفيديو.
 - * معلومات إضافية مرتبطة بقطاعات شريط الفيديو.
 - * سلسلة من التمارين الخاصة.

٣- شريطان سمعيان من نوع كاسيت ، ويشملان :

- * الشريط الأول متوفر في البرنامج الثاني الموجه للأفراد الذين يواجهون مشاكل النوم بالليل،، لكنه مقدم بصيغة يمكن بها لعضو الأسرة الاستماع إليه، بينما يستلقي في السرير استعداداً للنوم.
- * الشريط الثاني يقدم مهارات تطبيقية يقوم بها عضو الأسرة للمساعدة في النوم حتى الوقت المحدد للنهوض.

البرنامج الثاني : كيف تنام جيداً في الليل؟

تم تطوير هذا البرنامج بمرافقة سابقه الأول : كيف تنام جيداً بالتعاضد عن تغيرات روتين العمل. ويحتوي على :

- ١- شريط فيديو مدته (٥٠) دقيقة مقسم إلى عشر فئات، تشبه محتوياته إلى حد كبير سابقه بالبرنامج الأول سوى في النقاط التالية :
 - * تركيز أقل على كفاءات النوم خلال الأصوات الجانبية.
 - * حذف المادة الخاصة بكيفية النوم خلال ضوء النهار.
 - * معلومات أقل حول الساعة البيولوجية والتنظيم الذاتي البيولوجي.
- ٢- كتاب العمل : يحتوي نفس المعلومات لسابقه في البرنامج الأول مع اختلاف في عدد التمارين في نهاية كل قطاع بالكتاب.
- ٣- شريطان سمعيان من نوع كاسيت ويشملان :
 - * الشريط الأول يشبه في المحتوى نظيره في البرنامج الأول السابق مع فرق واحد فقط يتمثل في حذف المادة : كيف تنام في ضوء النهار.
 - * الشريط الثاني : يشبه في المحتوى نظيره في البرنامج الأول مع تركيزه على كفاءات النوم في الليل والنهوض في الوقت المحدد.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة المشي أثناء النوم لدى الأبناء

نؤكد دائماً على حقيقة مطلقة بخصوص تربية الطفل والإنسان بدون مشاكل، مفادها: **أن الأسرة هي دائماً الحل.** فهي المهد الذي يترعرع فيه الأبناء ويشكلون خلاله أطهرهم الشخصية الأساسية.. وإن ما يبقى من تفاصيل ثانوية

في الغالب في هذه الشخصية تتم في بعضها (وليس كلها) بفعل المدرسة والبيئة الاجتماعية الواسعة.

والطفل الذي لم يخبر في الحياة كثيراً بعمره الغض خارج البيئة الأسرية وحتى عمر ١٢ أو ١٣ سنة، فإن المسؤوليات الرئيسية لتربية ونمو شخصيته ونجاحاته ورسوبه المدرسي أو النفس السلوكي، بما في ذلك مشكلته الحالية : المشي أثناء النوم، تقع كلها على عاتق الأسرة إيجاباً عند قيامها الإيجابي بهذه المسؤوليات، وسلباً عند عجزها بقصد أو بدونه عن ذلك.

ومع الحقيقة الأسرية والتربوية أعلاه، يمكن للأسرة عند ملاحظة مشكلة المشي أثناء النوم لدى أحد أطفالها، مراعاة ما يلي :

١- تحسين عادة النوم لدى الطفل بتعويده على مواعيد محددة للذهاب إلى السرير بغرض النوم ثم للنهوض صباحاً.

٢- تشجيع الطفل للذهاب إلى الحمام لتفريغ كليته من البول تماماً قبل النوم. إن شعور الطفل خلال النوم بالحاجة للبول، يثير فيه القيام بدون وعي والمشى في المنزل وربما البوال في مكان غير مناسب دون الحمام.

٣- إخلاء غرفة نوم الطفل من أي شيء أو تجهيزات حادة أو معيقة للحركة عموماً، حتى لا تؤذي الطفل بالاصطدام فيها والإصابة بجروح أو كدمات خلال المشي أثناء النوم.

٤- الإغلاق المحكم لنوافذ وأبواب غرفة الطفل المطلّة على الخارج أو على شرفة بالمنزل، تجنباً لاحتمال خروجه وسقوطه المميت على الأرض، خاصة إذا كان المنزل في طابق علوي من مستوى الأرض.

٥- تحويل الطفل عند تكرار وكثافة حالة المشي أثناء النوم إلى جهة نفسية متخصصة، لإجراء فحوصات وتحليلات شاملة، وعلاجه بطرق وأدوية مناسبة للتغلب على مشكلته الاضطرابية الحالية.



تجنب الأبناء الاجتماعي

□ مقدمة

يبدو اضطراب التجنب الاجتماعي Avoidance في امتناع عضو الأسرة عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين نتيجة شعوره بعدم الكفاية أو النقص، والحساسية الزائدة من نقدهم أو تقييمهم السلبي له. ان هذه المؤشرات الثلاث (الامتناع عن التعامل مع الناس والشعور بالنقص ثم الحساسية المفرطة من التقييم السلبي)، هي في الواقع أعراض رئيسية مباشرة يمكن بها للمختص أو المعالج النفسي الاجتماعي (وكذا الإنسان العادي) تشخيص هذا الاضطراب لدى احد أعضاء الأسرة (ان وجد)، أو أفراد التلاميذ في الغرف الدراسية كما هو الأمر مع المعلمين.

مؤشرات تحذيرية لاضطراب التجنب الاجتماعي لدى الأبناء

بالإضافة للأعراض الرئيسية التي أوردناها آنفا كمعايير تشخيصية لحالة اضطراب التجنب، فإن التفاصيل التالية توضح أكثر طبيعة هذه الأعراض، حيث يحكم المعالج أو المعلم أو الأسرة أن عضو الأسرة يعاني من الاضطراب الحالي اذا لوحظ لديه أربعة أعراض أو أكثر منها:

١- تجنب الأنشطة الوظيفية أو التعليمية أو الأسرية أو غيرها التي تتطلب تعاملًا شخصيًا متكرراً ومباشراً، وذلك نتيجة الخوف أو النقد أو المعارضة أو الرفض له من الآخرين: زملاء أو أقراناً أو معارفاً.

٢- غير راغب في التعامل مع الآخرين ما لم يجد فيهم من يرغب أو يميل إليه.

٣- ممارسة التحفظ والبطء في العلاقات الحميمة مع الآخرين بسبب الخوف من العار أو التعرض للهزو.

٤- الانشغال بالتفكير من احتمال التعرض للنقد او الرفض في المواقف الاجتماعية.

٥- النظر لذاته على انه إجتماعياً غير لائق وغير جذاب او غير مرغوب شخصياً فيه، ودون الآخرين في أشياء عديدة.

تشخيص اضطراب التجنب الإجتماعي لدى الأبناء

بالإضافة لاعتماد المختص / المعالج النفس اجتماعي الأعراض الرئيسية آنفاً، يمكنه اعتبار الإرشادات التالية :

❖ تشوش وتناقص واضح في السلوك والميول الفردية في مختلف مجالات التصرف الإنساني مثل : العاطفة والتتبه او المداخلات البيئية وأسلوب التعامل والعلاقة بالآخرين.

❖ مثابرة السلوكيات غير العادية الشاذة في مختلف المواقف الاجتماعية دون حصرها في نوبات الخلل او الاضطراب العقلي

❖ استمرار اضطراب التجنب من الطفولة او المراهقة امتدادا لسن الكبار عند الرشد.. حيث تعود جذور هذا التجنب غالباً لتلك المراحل المبكرة من نمو عضو الأسرة.

❖ ارتباط التجنب باضطرابات أخرى مثل الاكتئاب وظهور مشاكل لدى عضو الأسرة في الوظيفة او العمل والتعامل الاجتماعي.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة التجنب الإجتماعي لدى الأبناء

تتوفر طرق عديدة لعلاج اضطراب التجنب هي نفسية غالباً في طبيعتها.. وتهدف إلى استعادة عضو الأسرة لثقته ولقدراته على تأكيد ذاته في المواقف الاجتماعية، وصولاً لتحسين وصيانة سلوكه ودوره المدني في الاجتماعات اليومية المتنوعة للبيئة.

ومهما تنوعت طرق العلاج النفسي التي قد يتبناها المختص / المعالج النفس اجتماعي التي نقدمها لاحقاً فإن تأسيس علاقة بناءة وقوية تربط عضو الأسرة المتجنب اجتماعياً بالمعالج المختص. فبدون وجود هذه العلاقة أولاً ،

فان عضو الأسرة ينسحب تلقائياً من عملية العلاج نظراً لكون مشكلته الأساسية تتمثل في معارضته للارتباط / التعامل مع الآخرين.. انه في الغالب يمتلك القدرة على التعامل وتأسيس العلاقات الاجتماعية ، ولكن التردد والخوف من تعرضه لإحراج تجعله يحجم عن ذلك.

تأتى بعدئذ أهمية تعريض عضو الأسرة لمواقف تدريبية اجتماعية محاكية يمارس خلالها المهارات والميول والأهداف الاجتماعية التي يحتاجها،، وذلك قبل الطلب منه التمرين واستعمال هذه المهارات والميول في المواقف المحلية خارج بيئة العلاج. أي يتوقع هنا تدريب وممارسة عضو الأسرة للمهارات والميول الاجتماعية في مواقف محاكية وبيئات معملية.. حتى اذا اطمئن المختص / المعالج على قدرة عضو الأسرة بالخروج وممارسة ذاته في المواقف الاجتماعية الحقيقية.

اما الطرق العلاجية الممكنة فقد تكون واحدة او أكثر مما يلي:

- العلاج النفس تحليلي لكشف او تحديد أفضليات وأهداف عضو الأسرة الحياتية او ما يشغل ذاكرته من مخزون لم يستطيع تحقيقه في الماضي.
- العلاج السلوكي لتعديل السلوكيات الضعيفة او الشاذة ، وللحد من الخجل والقلق الاجتماعي ولتطوير الإحساس بقدرة وتأكيد الذات في المواقف الاجتماعية، وزرع الثقة بالنفس على المبادرة والانغماس مرة اخرى في الحياة الاجتماعية.
- العلاج الادراكي لنزع الافتراضات والأفكار الخاطئة حول الذات الفردية والآخرين في البيئة، وتحسين إرادة وحيوية عضو الأسرة للتحرك والمبادرة والإقبال على البيئة.
- علاج العلاقات الشخصية لتصحيح الصعوبات التي تعترى علاقات عضو الأسرة بالبيئة، بواسطة علاج المجموعات.. لتوفير الدعم والتعزيز لمساعدته في التغلب على القلق الاجتماعي الذي يساوره عند التعامل مع

الآخرين، وتطوير الثقة بالنفس والآخرين من خلال الاجتماعات المتكررة للمجموعات.





□ مقدمة

النشاط المفرط hyperactivity disorder او / و اضطراب عجز الانتباه attention deficit disorder هو عرض سلوكي او أعراض يبدو فيها الطفل عاجزاً عن الانتباه للشيء او القول او الحدث الذي يعتبر هاماً له او / و البيئة،، مصاحباً ذلك بالتشوش وعدم الاستقرار الحركي وصعوبة التركيز على شيء واحد او مهمة واحدة في أي وقت. والاندفاع السلوكي وتحول الرغبة والعمل من شيء أو تعلم الى الآخر فجأة وبدون استكمال ما يقوم به.. انه سهل الانزعاج وأكثر إثارة وعدوانية من الأطفال العاديين.

وتشير بعض الدراسات ان نصف أطفال العالم يعانون من اضطراب النشاط المفرط وعجز الانتباه.. ولكن التقديرات العامة التي يلتقي عليها معظم المهتمين خاصة في الولايات المتحدة تصل لنسبة تتراوح بين ٥% - ١٠ % من الأطفال معظمهم من الأولاد بنسبة ٥ الى ١ بنات يعانون من هذا الاضطراب.. أي حوالي ٣,٥ مليون طفل او ناشئ يعيشون ما يصفه بعض المختصين، حياة عابرة على الخط السريع من الحركة السلوكية الدؤوبة في الولايات المتحدة الأمريكية.

ومع ان طفل النشاط المفرط لا يُعدّ معاقاً حسب المعايير العيادية الإكلينيكية.. كما هو ليس ناقص الذكاء عموماً، الا انه يمتلك غالباً صعوبات في التعلم وقابل للانحراف السلوكي اكثر من غيره الأطفال العاديين.. حيث تنوّه إحدى الدراسات ان نسبة كبيرة او واضحة من المنحرفين اليافعين هم من النشطين المفرطين.

ويخلط بعض الأفراد بين الطفل النشط Active child الذي يتحرك ويبدو حيويًا وفضولياً يستطلع كل شيء ويسأل كثيراً.. او يسيء التصرف ولا يسمع

كلام والديه او لايطيع تعليماتهما.. والطفل المفرط النشاط المشوش المندفع وغير القادر عموما على الانتباه للآخرين او مسؤوليات التعلم او غيرها من أنشطة الحياة اليومية. انهما (الطفلان النشط والمفرط النشاط) مختلفان حيث تبقى مسؤولية تمييزهما لاجل علاج الإفراط ملقاة على عاتق التشخيص كما نورد فيما بعد.

ومهما يكن، تفيد معظم التقارير والدراسات المختصة. ان اضطراب النشاط المفرط /عجز الانتباه يتلاشى من شخصية الطفل مع عمره (١٥) خمس عشرة سنة نتيجة عملية العلاج العلمي الموضوعي (دون الشخصي الاجتهادي بالطبع). فالأنشطة المفرطة تتحسر مع تقدم الطفل في العمر والتغيرات العصبية والاتصالات بين خلايا الدماغ ومناطقه الإدراكية المتنوعة في دماغه تنشا وتتلاحم بعد ان كانت مفقودة او متقطعة.

وبالتربية والصبر والمحبة والقبول والعناية الجادة من الأسرة للطفل، بالإضافة للمساعدة العيادية النفسية والطبية التي يتلقاها.. يتمكن الطفل في الغالب مع نهاية مرحلة المراهقة الاولى بعمر ١٥ سنة من الخروج من مآزق اضطراباته الحركية الزائدة، ويبدأ من جديد بالاستماع والانتباه البناء للآخرين.

فروق بين الأطفال الموهوبين وذوي النشاط المفرط

يخلط العامة وبعض الخاصة من المعالجين النفسيين أحيانا بين الأطفال الموهوبين وذوي النشاط المفرط / عاجزي الانتباه،، نظرا لاشتراك هؤلاء معاً ظاهريا وليس جوهريا في عديد من الأعراض التي نصنفها لأطفال النشاط المفرط.. الأمر الذي يؤدي لخطأ في التشخيص ووصف علاجات غير مناسبة حيناً أو ضارة مدمرة لإبداع الموهوبين وحاجات المضطربين بالنشاط المفرط وعجز الانتباه (أنظر الجدول لاحقا).

فالمشاكل السلوكية التي يسببها الموهوبون احيانا للمعلمين وافراد الاسرة ليست متواصلة من موقف أو يوم ليوم آخر، بل هي أعراض لمنبهات بيئية غير مقنعة أوغير مغذية لفضولهم وحاجاتهم الإدراكية غالبا ؛ في حين يواظب

الأطفال المفرطين في نشاطهم وعجزهم عن الانتباه في مشاكلهم السلوكية في كل المواقف على مدى الأربع والعشرين ساعة في اليوم، ولكن عندما نسل الأسرة أو المعلمين عن حالة الطفل الموهوب.. يختلط عليهم الأمر فيقولون : نشط مفرط ويحتاج إلى علاج؟

والأطفال الموهوبون يبدون سئمين ضجرين متأففين ومشوشين غير مستقرين في جلوسهم بمقاعدهم، يتحدثون مع جوارهم وغير مركزين أو مثابرين على واجباتهم الصفية.. لماذا؟ لأن إدراكهم وذكاءهم يصل في العادة إلى مرتين أو أربع مرات من مستوى ذكاء أقرانهم العاديين في سنهم أو صفهم.. ويستطيعون القيام بالمطلوب في وقت قصير أقل بكثير مما يستطيعه أقرانهم في الفصل: العاديون والأقل قليلاً... فماذا يعملون؟ يتحدثون غالباً للتسلية واللهو لتمير الوقت في حوادث وتصرفات خارج مهمات التعلم، لتذهب عنهم الملل وطول الوقت وصعوبة الانتظار للتحويل إلى تعلم مفضل آخر.

وبالنسبة للأطفال المضطربين بالنشاط المفرط / عجز الانتباه.. فيبدون أيضاً مشتت الانتباه غير مستقرين ومؤذنين في سلوكياتهم كحال الموهوبين، ولكن لأسباب مختلفة عن سابقهم. فيلاحظ أن المختصين / المعالجين النفسيين والمعلمين والأسر يمزجون أحياناً حالات الفئتين ، مؤدياً سوء الفهم هذا إلى سوء التشخيص والعلاج لكلا الحالتين كما نوهنا.

التسلسل	سلوكيات مرتبطة بأضطراب النشاط الزائد / عجز الانتباه	سلوكيات مرتبطة بالموهوبين / المبدعين
١-	فقر مواصلة الانتباه في جميع المواقف	فقر الانتباه والملل والسرхан في مواقف محدده
٢-	التوقف عن المهمات التي لا تعطي نتائج مرغوبة سريعة ومباشرة	قبول المهمات والعمل بها بالرغم من عدم ارتباطها الواضح برغباتهم
٣-	الاندفاع وعدم الرغبة في تأجيل	نضجهم او تطورهم الادراكي يفوق رغباتهم او قدراتهم على

الحكم على الأشياء	المكافأة المقترحة	
ضغط او كثافة التعليمات قد يؤديان للنزاع مع الأسرة او المعلمين	ضعف توافقه مع التعليمات لتنظيم او منع سلوكهم في مواقف اجتماعية	٤-
نشطون وحيويون لدرجة عالية وحاجتهم للنوم اقل من المعتاد	نشطون وقلقون أكثر من أقرانهم العاديين	٥-
يتساءلون عن جدوى الأحكام والعادات والتقاليد	صعوبات في الالتزام بالأحكام والتعليمات	٦-

والنشاط والتوافق مع التعليمات والأحكام هي أيضاً أعراض قد يُساء فهمها عند تشخيص المضطربين بعجز الانتباه والموهبين.. فبينما يتوقف الأطفال المضطربون بالنشاط الزائد عن الحركة، والتحول من تصرف الى آخر بصيغ عشوائية ومتواصلة لا تهدأ.. ويصعب عليهم أيضاً إتباع التعليمات والتوجيهات او الأحكام الأسرية أو الصفية ، فإن الأطفال الموهبين يركزون نشاطاتهم لتحصيل أهداف تربية محددة ، ويتساءلون عن جدوى بعض الأحكام والتعليمات والقوانين.. ويخلقون لأنفسهم أحياناً بدائل أخرى أكثر تقدماً وتعقيداً، متوقعين غيرهم من الأطفال الالتزام بها، الأمر الذي يسبب ازعاجاً او ضيقاً لدى المعلمين وأفراد الأسرة والأقران على السواء.. مشيرين الى هؤلاء الموهبين بإضطراب النشاط المفرط / الانتباه القاصر .

والخلاصة، إن من واجب المختص / المعالج النفسي عند تشخيص وعلاج اضطراب النشاط الزائد / عجز الانتباه، اتباع منهج ووسائل علمية موضوعية لتحديد هوية المصابين بهذا الاضطراب من الآخرين اللذين يوصفون مبدعين او موهبين او لامعين في ذكائهم. يقدم الجدول آنفاً ستة معايير للتفريق بين اعضاء هاتين الفئتين لإعتبارها عند التشخيص،، بالإضافة

للمبادئ والوسائل المقترحة في فقرة: تشخيص اضطرابات النشاط الزائد / عجز الانتباه، لاحقاً.

اسباب اضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه لدى الأبناء

يعود اضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه الى عدة أسباب او عوامل وراثية وبيئية ، نلخصها بما يلي :

أ- أسباب وراثية : يفيد عدد من الدراسات ان اضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه، يظهر بنسبة ٤٠% لدى الأطفال في الأسر التي يعاني أعضاؤها من هذا الاضطراب أصلاً، ومن اضطرابات المزاج او الحالة العاطفية- النفسية المتقلبة ثم الادمان على الكحول.. وتُضيف هذه الدراسات أن عجز القدرة على التحكم ذاتياً وقصر الانتباه (أو عجز الانتباه) هي أيضاً وراثية في أصولها..

إن تأخر تطور الدماغ أو عدم النضج الدماغي بالمقارنة مع نظيره العادي الملاحظ في عمر الطفل، وضعف الانضباط الذاتي،، حيث يبدو الطفل بحاجة للضبط الخارجي من الوالدين او المعلمة لمدة طويلة، هي أيضاً عوامل مسببة لاضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه.

ان امراض الغدة الدرقية (بالإفراز الزائد) ومشاكل السمع والبصر والجهاز العصبي واضطرابات الاكتئاب والقلق، هي أيضاً اسباب ملاحظة للاضطراب الحالي.

ب- اسباب بيئية : أن أهم الأسباب البيئية التي يوردها الباحثون لاضطرابات النشاط الزائد / عجز الانتباه، نوجزها بما يلي :

١ - التفكك الأسري بالانفصال أو الطلاق أو الهجر،، وما ينجم عنها من تحوّل الأسرة إلى نصف أسرة، والأعباء العادية إلى أخرى غير عادية ثقيلة وغير مُحتملة من الطرف الآخر .

٢ - التعامل الأسري مع الطفل : إن تعامل الأب والأم أو المعلمين والأقران مع الطفل بفضاظة وعدم احترام وإهمال وقسوة وعنف، تُحفز فيه الرغبة والسلوك

في العدوان والتعصيب والغضب من نفسه ومن البيئة.. فيبدو بالنتيجة هائجاً يروم المكان (اسرة أو مدرسة أو حياً) من جانب إلى آخر بدون هدف أو تركيز أو وعي لما يريد.

٣ - تناول الزائد للحليب ومشتقاته من ألبان والأجبان والشوكولا ثم حبوب الذرة والقمح،، حيث تؤدي لتنشيط النظام العصبي أكثر مما يحتمل الطفل للبقاء هادئاً سوى السلوك.

٤ - تناول الأطعمة المحفوظة والملونة أو بمذاقات إصطناعية والساكر بوجه عام.. يؤدي ايضاً لتنشيط النظام العصبي بصيغة حركات مشتتة هائمة ومفرطة.

٥ - الكيماويات والتلوث الكيماوي للبيئة والمواد التي يتعامل معها أو يتناولها الطفل، ومواد الرصاص والزئبق والمبيدات الحشرية،، هي أيضاً عوامل مسببة عند تفاقمها لاضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه.

٦ - الإفراط في تناول المضادات الحيوية وما تؤديه من عدم توازن تكاثر البكتريا المفيدة في مجرى النظام العصبي،، مما يحفز نمو بكتيريا ضارة تعرف بالفطريات البيضاء *Candida albicans* التي تضر بنظام المناعة، وتؤدي الى التهابات الأذن واضطراب الجهاز العصبي بصيغ سرعة الإثارة والإنزعاج وفقد الانتباه، والعجز عن التركيز والنشاط المفرط..

أعراض اضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه لدى الأبناء

يلاحظ على الطفل أو الشاب اليافع (المراهق) المصاب باضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه، الأعراض السلوكية التالية :

١ - عدم انتباه الطفل لما يقال له.. انه لا يستمع عند حديث الآخرين، كما لا ينتظر حتى يأتي دوره في الحديث أو يكمل واجبه أو يرجع الى هذا الواجب عندما يقاطعه احد من الأقران..

إن معدل مدة انتباه الطفل العادي يصل إلى ٣ - ٥ دقائق لكل سنة من عمره.. فإذا كان عمر الطفل على سبيل المثال ٣ سنوات، فإن مدة الانتباه

العادية التي يستطيعها هي (٣ × ٣) الى (٥ × ٣) = ٩ - ١٥ دقيقة في حدها الأقصى، حيث يتحول تلقائياً إلى مهمة أو سماع شيء آخر. إن هذه المساحات الزمنية تختلف بالطبع عند انتباه الطفل للأقران خلال اللعب المرغوب فيه، أو عند مشاهدة الطفل لبرامج الأطفال التلفزيونية،، حيث تبدو مدة الإنتباه أطول بكثير من الحالة الأكاديمية الراهنة، سواء كانت هذه الحالة في الأسرة أو رياض الأطفال أو المدرسة الابتدائية.

٢ - النشاط (الحركة) المفرطة : أن ٨٠ % من الأطفال الأولاد و ٥٠ % من الأطفال البنات بعجز الانتباه، يعانون أيضاً من النشاط الحركي المفرط. يلاحظ على هؤلاء الأطفال الحركة القلقة المشوشة عند الجلوس والنوازع المندفعة والسرعة المتهورة في السلوك اليومي.

٣-إعاقة التعلم : ان ٥٠% من الأطفال بأعراض عجز الانتباه والحركة المفرطة، يعانون أيضاً من إعاقات في التعلم. ان أكثر هذه الإعاقات تكرارية لديهم هي: عجز المعالجة السمعية (نتيجة صعوبة تذكر التعليمات اللفظية) لدى هؤلاء الأطفال، مع أنهم يمتلكون ذكاء عادياً أو عالياً أحياناً.

٤ - المشاركة في أنشطة جسدية خطيرة بدون حساب للعواقب.

٥-فقدان الأشياء والممتلكات الشخصية باستمرار.

٦-مقاطعة الآخرين باستمرار.

٧ - الحديث المتواصل.

٨-اللعب الصاخب (غير الهادئ في العادة).

٩- التحوّل باستمرار من نشاط الى اخر بدون انهاء اي منها غالباً.

١٠ - صعوبة التركيز.

١١ - صعوبة في إتباع التعليمات.

١٢ - الاندفاع في اعطاء إجابات على الأسئلة بدون الطلب منه.

١٣ - صعوبة الانتظار لدوره (كما نوهنا في رقم ١ : عدم الانتباه).

١٤ - التشوش في الانتباه والتركيز.

١٥ - صعوبة البقاء جالسا في المقعد.

١٦- الحركة العصبية المندفعة او العاصفة او القلقة في التنقل من مكان الى آخر.

١٧- معاناة من مشاكل في النوم.

١٨- العدوان والفوضى ومقاطعة الآخرين في أعمالهم او أنشطتهم.

١٩- عدم الترتيب العام في المظهر الشخصي.

٢٠- فقدان الأصدقاء والمقربين باستمرار.

٢١- التصرفات الطارئة او المفاجئة بدون تنبؤ الآخرين لذلك.

٢٢- تجنب المهمات والأنشطة التي تتطلب جهدا عقليا متواصل نسبيا.

٢٣- صعوبة تنظيم المهمات والأنشطة المطلوبة منه استعدادا للتنفيذ.

٢٤- تكرارية المشاكل المدرسية والتعرض للفصل او الطرد من المدرسة.

٢٥- الحاجة المستمرة للعقاب الجسدي والتعنيف باستمرار (نتيجة تعدد او تنوع واستمرار المشاكل التي يحدثها الطفل)

تشخيص اضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه لدى الأبناء

يراعي عند تشخيص اضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه ،الخطوات الضرورية التالية :

١- جمع ودراسة التاريخ الشخصي المفصل للمضطرب بالنشاط المفرط / عجز الانتباه، وذلك بدرجة حادة ودقيقة وشاملة. ان هذه البيانات الشخصية المفصلة هي بالغة الأهمية لفهم حالة عضو الأسرة الاضطراب وتشخيص عوامله البيئية والوراثية المحتملة، وبالتالي وصف العلاج الطبي والنفسي الناجع للشفاء المطلوب.

٢- اجراء الاختبارات النفسية (بما فيها كشف الصحة النفس اجتماعية) ثم الصحية الجسمية. خاصة اذا لاحظ المختص / المعالج النفس اجتماعي أعراضاً غير عادية في هذا السياق.. ان إجراء عضو الأسرة لفحوصات وتحاليل صحية مخبرية متنوعة يوفر في العادة قاعدة بيانات مفيدة لفهم أسباب

الحالة الاضطرابية الحالية موضوعياً، وعدم خلطها بإضطرابات وأعراض مرضية او سلوكية أخرى.

٣- تحديد الوضع الراهن لحالة اضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه بناء

على الخطوتين (١ و ٢) من حيث :

* طبيعة ودرجة الحالة الاضطرابية.

* الاهداف الفردية والعلاجية التي ستتحقق من عملية التصحيح.

* العوامل المُسببة للحالة الاضطرابية.

* حاجة عضو الأسرة للتغيير وأنواع الحوافز والظروف المساعدة على ذلك من وجهة نظره.

* الكوادر العلاجية والتسهيلات والمواد والخدمات المساعدة التي تتطلبها عملية العلاج.

* الطرق العلاجية المتنوعة النفسية والطبية الدوائية التي يمكن إستعمالها مع عضو الأسرة.

*النتائج المباشرة وغير المباشرة التي تفرزها عملية العلاج بإستعادة عضو الأسرة لدوره وسلوكه المدني في الاجتماعات اليومية المتنوعة للناس.

٤- بدء العلاج النفسي وبمساعدة العلاج الطبي بالأدوية اذا لزم، عند استكمال التشخيص العلمي والموضوعي فقط لحالة اضطراب عضو الأسرة كما وضحنا في رقم ٣. ان الاجتهادات الشخصية في التعامل علاجياً مع عضو الأسرة ، تؤدي في الغالب الى مزيد من تفاقم معاناته النفسية والى انتكاسات اضطرابية وصحية جسيمة معقدة لا طائل لها أحياناً.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة النشاط المفرط / عجز الانتباه لدى الأبناء

يمكن علاج اضطراب بالنشاط المفرط / عجز الانتباه بستة أنواع من الطرق هي: العلاج بالغذاء، والعلاج النفس اجتماعي، العلاج بالتربية، العلاج بالتدريب النفس فسيولوجي، والعلاج النفسي، والعلاج الطبي بالأدوية. وفيما يلي توضيح موجز لهذه الطرق.

العلاج بالغذاء : يشكل الغذاء العامل الأساسي للنمو الفسيولوجي للانسان..

وبدون الغذاء المناسب يضعف الجسم وتتفاقم إمرضه بما فيها الاضطرابات النفسية للنشاط المفرط / عجز الانتباه الحالي. ومن هنا، فان إتباع عضو الأسرة لنظام غذائي يراعي فيه من حيث النوع والكيف ما يجب أن يتناوله يومياً من طعام.. يعتبر مبدئياً صمام الأمان او المناعة الأولية ضد الإصابة بالنشاط المفرط /عجز الانتباه. ان الأغذية الطبيعية الجافة والطازجة هي الأجدى صحياً للمضطربين والعاديين بحد سواء.

وقد أفادت الدراسات في هذا الاطار ان التخفيف الواضح لمواد الحليب ومشتقات الألبان عموماً، والشوكولا والسكر أو السكاكر أو الحلويات والأيس كريم(البوظة) والأغذية المحفوظة، أو المجمدة باستعمال الكيماويات،، وعدم التعرض للسموم وبعض المعادن المؤذية صحياً مثل الرصاص والنحاس والزنبق والمواد الكيماوية عموماً،، وعدم استعمال المضادات الحيوية بصفة متكررة.. والإكثار بالمقابل من تناول الخضار والفواكه والفيتامينات مثل مركب ب والزنك والمغنسيوم والكالسيوم، تساهم كلها بفعالية في تخلص عضو الأسرة من اضطراباته الخاصة بالنشاط المفرط / عجز الانتباه.. خاصة عند استعمال طرق علاجية أخرى مما نعرضه في هذه الفقرة مع العلاج الحالي بالغذاء.

العلاج النفسي اجتماعي :

يركز هذا العلاج على تحسين العلاقات الشخصية الثنائية بين الأفراد بما فيهم المضطربين بالنشاط المفرط / عجز الإنتباه. إن المقيدات والتغيرات الطارئة التي تفرضها حالة الطفل الاضطرابية بالنشاط المفرط / عجز الانتباه على روتين الأسرة اليومي، وما يحدثه ذلك من تشوش وضيق وإحراج نفسي أحياناً، خاصة عند وجود زوار أو غرباء.. تطلب كلها من الأسرة جهداً بالغاً في أمرين :

- * الصبر والأناة والتحمل لما عليه الطفل من أعراض اضطرابية ثم :
- * معاملته باللطف والحسن وإشعاره دائماً بالقبول الاجتماعي، والتفهم لصعوباته أو عذابه الاضطرابية.. والإستعداد دائماً للإستماع إليه كلما رأى

الحاجة لذلك. إن رفض وتبرم وشكوى الأسرة بالمقابل، يُشعر الطفل بالذنب واليأس والإكتئاب والقلق المستمر عند وضعه الاجتماعي في الأسرة، مؤدياً ذلك في الأحوال العادية إلى استعجال حالته وتعميم غضبه واضطراباته على البيئة المحيطة، بدءاً بالأسرة والأقران والحي إلى المدرسة والتعلم والمعلمين والمعلمين..

أما إذا كان المضطرب بالنشاط المفرط / عجز الانتباه راشداً كبيراً يعيش مع آخرين بالأسرة أو مضطربين آخرين كبار السن.. فإن بإمكان هؤلاء العمل معاً لتطوير علاقات اجتماعية متفاعلة فيما بينهم تساعد أفراداً ومجموعات في تخفيف معاناتهم الاضطرابية.. **يراعى الرفقاء لتعزيز التفاعل الاجتماعي معاً، المبادئ الإجرائية التالية :**

١ - العمل معاً في إنجاز الأنشطة اليومية وفي عمليات الشفاء من اضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه. فبينما يساعد هذا على انضباط المصاب بالاضطراب وتقليده لسلوك رفيقه السوي الآخر والإستئناس نفسياً بصحبته، فإن العمل مع رفيق مضطرب آخر يسهل على الاثنين إنجاز أنشطة ومتطلبات الحياة اليومية، وكذلك عمليات التقدم في العلاج والشفاء المطلوب.

٢ - التحدث للآخر.. بالجلوس معاً ومناقشة آثار الاضطراب الإيجابية والسلبية على أهداف وآليات الحياة اليومية لكل جهة.. وإذا كان إثنان أو أكثر مضطربين بنفس الأعراض،، عندئذ تستمر جلسات الحديث معاً ويتم تقاسم المسؤوليات المفضلة من كل منهم وتعزيز أحدهم للآخر.. بينما يتقدمون معاً في رحلتهم للشفاء.

٣ - المساعدة في المثابرة على العلاج حسب الاتفاق.. وهنا يساعد عضو الأسرة المرافق ، خاصة إذا كان الأخير عادياً، في متابعة زميله أو رفيقه خلال العلاج وتحفيزه على مواصلة الإلتزام باتفاق العلاج الذي اخذه على نفسه مع المعالج المختص.. لكن بدون الإلحاح والتذمر والذم أثناء العمل التطوعي الحالي.

٤ - الإحتفاظ دائماً بسجل للأعمال أو الأشياء المطلوبة على مدى اليوم أو الأسبوع. يساعد هذا الإجراء المضطرب بالنشاط المفرط / عجز الانتباه على التذكر والتنظيم وإنجاز الواجبات في أوقاتها.

٥ - مراقبة المؤشرات التحذيرية لإنتكاس العلاقات الثنائية الإجتماعية.. والعمل من كل الأطراف مضطربين وعاديين على مزيد من التفهم لحالاتهم وحاجاتهم الفردية، والتخلي عن الشعور بالغين نتيجة بذل طرف لجهد أكثر من الآخر في سبيل استمرار هذه العلاقات، أو في توفير العناية لتحسين الحالة الاضطرابية للآخر.

٦ - توفير الوقت الضروري لممارسة كل فرد لخصوصيته،، ووقت آخر للإجتماع معا والإستمتاع بخبرات اجتماعية أو ترفيهية معا داخل أو خارج المنزل.

٧ - مديح كل طرف للآخر كلما قام بعمل أو مسؤولية،، لتحفيز المضطربين والعاديين منهم على السواء بالإستمرار والتحسين حتى النهاية.

٨ - المحافظة على الحيوية والمرح وحب النكتة ، لتفريغ الضيق تلقائياً والإستمتاع بالعلاقة الإجتماعية والأعمال المشتركة معاً، وللإحساس بالتفاهل والنظر دائماً للتقدم في المستقبل.

العلاج بالتربية :

إن التربية هي وقاية من الانحراف والاضطراب وشرور السلوك.. "والوقاية خير من قنطار علاج". ولكن عندما يفشل الإنسان في أداء واجباته تجاه الآخر بالتربية الوقائية، نحته مرة أخرى للعودة إلى التربية لتصحيح ما فسد بعدم التربية.

إن المبدأ الحيوي الحاسم للتربية المطلوبة هنا هو : المحافظة على الطفل في الأسرة والمدرسة مشغولاً طيلة وقت اليقظة،، بمهام ومسؤوليات وأنشطة يرغبها وبناءة في نفس الوقت لحاجاته ونموه الفردي، بما في ذلك التغلب على

الفجوات السوداء في شخصيته كما في اضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه..

تراعى الأسرة والمعلمون في المدرسة خلال إشغال الطفل بأنشطة مرغوبة ومفيدة، عددا من المبادئ الإجرائية نلخصها بما يلي :

١- التوقيت المناسب للأنشطة والمهام التي يقوم بها الطفل.. إن جزءاً من فشل التربية حتى العادية منها، يعود لتكليفنا أو طلبنا من الطفل القيام بأنشطة أو سلوك أو تعلم في غير الوقت المرغوب منه أو في الوقت الذي يبدو فيه غير مستعد لذلك.

إن ملاحظة الأسرة والمعلمين رغبات الطفل واهتماماته الآنية واستعداده للقيام بنشاط دون آخر، ومن ثم تكليفه بما يستجيب لهذه الميول والحاجات الفردية يؤدي به تربوياً لاكتساب معارف ومهارات مفيدة لنموه الشخصي، والتخفيف كذلك من اضطرابات نشاطه المفرط / عجز الانتباه.

٢- تحويل مهمات التعلم الى مواقف وخبرات لعب يتحصل الطفل المضطرب بالحركة خلالها تدريجياً المفاهيم الأكاديمية لدروسهم المطلوبة.

٣- الطلب من الطفل عمل شيئين أو تعلم مهمتين في وقت واحد وذلك للمحافظة عليه مشغولاً.. يراعى في هذا المبدأ مناسبة طول مدة العمل أو التعلم لقدرة الطفل على التركيز والمثابرة،، وإن تكون أحد المهمتين ترفيهيه تعليمية، بينما الاخرى اكاديمية تعليمية.. كأن يحل مسألة خاصة بنظرية المثلث واخرى خاصة برسم المثلث او بناء مجسم لشكل مثلث.

٤- السماح للطفل بالاجابة شفوياً كلما ناسب ذلك.

٥- دمج الحركة في كل مهمة تعلم كلما أمكن ذلك.

٦- تعليم الأهم ثم المهم. ليس كل شيء في الكتاب المقرر يجب تعلمه من الطفل. فإذا كان هناك عشر أنشطة مطروحة لتعلم مفهوم أكاديمي.. فقد يُكتفى بنشاطين او ثلاثة دون ضرورة للعشر بكاملها.

٧- تزويد الطفل بقائمة للتعيينات المطلوبة كل يوم للاسترشاد بها خلال التعلم.

٨-التوفيق بين سرعة أسلوب التدريس وقدرة الطفل على التقدم في التعلم والتحصيل.

٩- تجاهل ما يقوله الآخرون عن الطفل المضطرب بالنشاط المفرط / عجز الانتباه.انظر الى الطفل والمواهب والقدرات التي يستطيعها واستثمرها لديه الى أقصاها من اجل تعلمه ونموه الشخصي.

١٠-تقسيم مهمات التعلم أو الواجبات الأسرية إلى تصرفات أو مسؤوليات محدودة أصغر،، يمكن للطفل القيام بها بدون تعارض كبير مع قدراته المحدودة على المثابرة والتركيز والانتباه. فإذا كان لدى المعلمة على سبيل طفل مفرط النشاط / عاجز الانتباه ، ومن عاداتها (غير التربوية) تكليف تلاميذ الفصل كتابة موضوع المطالعة (١٠) مرات منزلياً لإحضارها في اليوم التالي.. فمن الأولى بها هنا الطلب من الطفل أن يكتب الموضوع مثلاً مرة أو اثنتين كل يوم على مدى ايام الأسبوع الدراسي.. إن تكليفه بكتابة الموضوع مرة واحدة في اليوم الأول ومرتين في اليوم الثاني وثلاث مرات في اليوم الثالث،، وهكذا حتى إنتهاء التعلم المطلوب.. وتعويده تدريجياً على المثابرة والتركيز والانتباه، قد يساعد الطفل في التخفيف من آلامه الاضطرابية ومن ثم على التعلم المأمول.

١١ - إحكام تخطيط وأنضباط وإدارة بيئة الطفل حتى يتعود على نظام سلوكي محدد غير النزاع الفوضوي المندفع الذي ينشغل به غالباً على مدار الساعة. من الإجراءات التي يمكن تبنيها في هذا الإطار ما يلي :

○ تحديد مكان مناسب لكل شيء أو واجب مطلوب من الطفل. قد يكون هذا المكان غرفة أو مكتب الطفل في المنزل أو مقعده بالصف في المدرسة. فقد يجمع معاً كافة أدوات الكتابة في محفظة صغيرة تُعرف (المقلمة)، أو يضعها معاً في كأس أو فنان على المكتب بالمنزل، والكتب ومذكراتها في درج محدد، والواجبات الفورية القائمة في درج آخر، والأخرى اللاحقة بعد مدة في درج ثالث.. وإكسسوارات (مواد) العناية الشخصية للمظهر العام (خاصة البنات) في مكان محدد معروف.. واللباس المدرسي مع ملحقاته

في طرف معين بالخزانة.. والأحذية وملحقاتها في رف خاص بالخزانة المعدة لذلك..

○ إن هذا التحديد المتخصص لأماكن وجود أشياء ومواد ومسؤوليات الطفل،، يساعد على الإستقرار السلوكي، وعدم إندفاع الطفل من مكان لآخر كالمجنون في آخر لحظة في الصباح عند الإستعداد للذهاب للمدرسة..

○ العمل بأجندة أو جدول اعمال يومي وأسبوعي للطفل والأسرة أو / والمعلمين بالمدرسة يُبَيِّنُ فيهما: المواعيد واماكن الأنشطة وأنواع النتائج المتوقعة في كل مرة. إن مثل الوسائل الحالية تساعد الأسرة والمعلمين والأطفال المضطربين، على تذكر ما هو متوقع من كل منهم ومتابعة ذلك حتى النهاية.

○ الأستعانة بساعات منبّهة لتذكير الأسرة والمعلمين والطفل المضطربين بالفترات الزمنية المحددة للإنتهاء من كل نشاط.

○ تحديد مكان خاص للانزواء جانبا من أفراد الأسرة والطفل عند تنبؤ انفجارات سلوكية من الطفل المضطرب.. إن هذا المكان موجه للتأمل والإحساس بخصوصية كل منهم واستعادة الهدوء والإستقرار النفسي دون العقاب أو الرفض الاجتماعي.

○ استثناء أو سحب أي منبهات بيئية مشوشة لإستقرار الطفل المضطرب،، لكون هذا ضرورياً في العادة لإنتباهه وتركيزه ومثابرتة على الأنشطة والمسؤوليات التي يكلف بها في الأسرة أو / والمدرسة. وإذا لم يمكن سحب المشوشات البيئية نظراً لرسميتها وعموميتها مثل المناسبات العامة الرياضية أو الترفيهية أو الشعبية أو الوطنية.. عندئذ يمكن سحب الطفل نفسه من المكان القريب أو المُطْل على هذه المُشوشات إلى آخر داخلي مغلق أو بعيد نسبياً عن مصدر التشويش.

العلاج بالتدريب النفس فيسيولوجي :

إن أسوأ شيء يعيشه عضو الأسرة في الحياة، ويؤثر على طاقته الحيوية هو التوتر العضلي والضييق العصبي،، حيث ينجم عن ذلك انفجاراته السلوكية راشداً كبيراً أو نشاطه المفرط طفلاً صغيراً. وفي كلتا الحالتين، لا تحدث هذه الأعراض السلوكية الحادة بسبب إمتلاك عضو الأسرة (طفلاً أو راشداً) لطاقة جسمية كبيرة وعارمة، بل لأن إندادات قد أغلقت مجاري هذه الطاقة، معيقة بالنتيجة حرية تدفقها كالمعتاد حسب متطلبات الحالة الشخصية لعضو الأسرة والمواقف الحياتية التي يمر فيها. يلاحظ على عضو الأسرة الأعراض الإضطرابية التالية:

* تشوش وقلق الجسم.

* فقدان التركيز.

* تقلبات المزاج العام.

* التصبب عرقاً لليدين والجسم.

* فقدان التركيز.

* التعصيب وسرعة الغضب.

* الشد العضلي.

* عسر الهضم.

* تسارع نبض القلب.

ويمكن التغلب على هذه الأعراض الإضطرابية بالتدريب الجسمي : النفس

فسيولوجي بالأنواع والإجراءات التالية : التدريب على الاسترخاء بجهاز PCE ، وفحص نبض الأصابع، وتدريب الغدة الدرقية ثم تنشيط وظيفة الدماغ. وفيما يلي توضيح موجز لكل منها.

١ - التدريب على الاسترخاء بجهاز PCE . جرى التأكيد في الطب الصيني القديم قبل آلاف السنين، على حركة الطاقة في الجسم وأهمية تفريغها المناسب لتوازن الجسم والمحافظة على الصحة النفسية لعضو الأسرة. إن الإخلال في تدفق هذه الطاقة بدرجة كبيرة أكثر أو بدرجة أقل كثيراً مما يحتاجه الجسم.. يُفقد الجسم توازنه النفس حركي ويصبح مريضاً..

ومن هنا، تبدو مهمة تدريب عضو الأسرة على الإسترخاء من أجل التحكم بانسياب الطاقة الذاتية عاديا في الجسم، لا أكثر أو أقل بدرجات متطرفة، من خلال التغذية البيولوجية الراجعة لمستوى الضيق أو النشاط (بملاحظة أعلى درجة سلبية ممكنة) ومستوى الإسترخاء أو الإذعان أو الهدوء (بملاحظة أعلى درجة إيجابية ممكنة). يتم التدريب على الإسترخاء بالمبادئ والإجراءات التالية:

- تحضير واستعمال مذكرة لحفظ سجل التدريب بالتغذية البيولوجية الراجعة.
- الجلوس في كرسي مريح ووضع حزام الرأس كما في الصورة، ووصل المجسات الإلكترونية الحساسة Electrodes بسلك الحزام، ثم وصل السلك بجهاز التدريب PCE. يمكن وضع قليل من مادة الجلي Jely على بشرة الرأس لتسهيل عمل المجسات الإلكترونية. ثم إدارة مفتاح تشغيل الجهاز.
- ملاحظ القراءات المئوية على شاشة جهاز التدريب يساراً ويميناً.. تقرأ على سبيل المثال أيسر = ٣٠ وأيمن = ٢٠. يبدأ التجريب بالتفكير في أشياء وحوادث وخبرات متنوعة: إيجابية وسلبية مثل (نجاح، فشل، أب، أم، أخ، حماة، صديق، انجاز محدد..).



Biofeedback Training with the PCE Trainer 'The IPN
www.ipn.at/ Retrieved 25/1/2015

- مراقبة باستمرار العلاقة بين الأحاسيس الجسمية والإنفعالات التي تشعر بها والقراءات على الجهاز بجانبه الأيسر والأيمن.
- الاحتفاظ بالأفكار الخاصة بالحوادث والناس والأشياء التي تُحدث انفعالات أقوى، حتى الحصول على قراءة نموذجية لحالة الأسترخاء التي تحتاجها مع تدوين قراءات الجهاز النهائية لذلك.
- الاستمرار في التدريب على الإسترخاء بالجهاز، حتى تعتاد الحصول على الحالة النفسية الهادئة تلقائياً بالإرادة الذاتية على التحكم والتوجيه.
- استثمار القدرات الذاتية في الحصول على المزيد من الهدوء النفسي والإسترخاء وتسجيل أعلى درجات ممكنة من القراءات الإيجابية.

مبادئ إضافية يمكن مراعاتها في التدريب على الأسترخاء بجهاز PCE :

- التدرب كلما إستطعت للتعرف على نفسك وخصائصك النفسية أكثر في مختلف المواقف الإنفعالية التي تمرّ فيها.
- تحديد الظروف التي تمثل إشكالية نفسية، للعمل على حلها أو تحييدها بالتدريب المركز على إسترخاء عضو الأسرة.
- محاولة دائماً إنهاء التدريب على الإسترخاء بخبرة إيجابية: نجاح في شيء أو فرح من حادث معين.
- تجنب الضغط على نفسك للتدريب على الإسترخاء. تدرب عندما تشعر رغباً أو بحاجة لذلك.
- تجنب التدريب على الاسترخاء لأكثر من نصف ساعة.
- التصور في عقلك أثناء التدريب بالجهاز جملاً أو أسماء أو خبرات، وحاول تكرارها والإحتفاظ بها في إدراكك، بينما تتذكر المشكلة أو الحالة في جسمك أو حالتك النفسية خلال ذلك.. وراقب القراءات على الجهاز. مثل هذه التصورات الإدراكية هي: أنا في حالة صحية جيدة، لقد كان نجاحي رائعاً في الإختبار، لدى قدرات تفوق كثيرة مما لدى الآخرين، أنا إنسان حيوي، ينتظرني مستقبل رائع..

○ المحافظة على عيونك مفتوحة على شاشة الجهاز وقراءاته المتنوعة، حتى إذا حدثت قراءة رقمية معينة مرافقة لحالة الإسترخاء المطلوبة، عندئذ يمكن تكرارها في المرات اللاحقة للحصول على الإسترخاء النفس فسيولوجي المنشود.

٣- تدريب الإسترخاء بفحص نبض الأصابع. إن هذا الإجراء التدريبي على الإسترخاء هو بسيط في طبيعته. لكنه مفيد جدا في الحصول على الراحة أو الهدوء النفسي.. كما هو سهل التعلم والتطبيق من قبل معظم الأفراد. وبهذا الأجراء التدريبي يستطيع عضو الأسرة الإتصال بجسمه والتعرف على الوظائف البيولوجية داخله. **يتم تطبيق إجراء الاسترخاء الحالي، بالخطوات المبسطة التالية :**

- ❖ وضع رؤوس أصابع اليدين بصيغة ملائمة لبعضها.
- ❖ إغماض العينين لبرهة قصيرة.
- ❖ تغيير ضغط أصابع اليدين معا حتى تشعر بالنبض في رؤوس الأصابع.
- ❖ الإستمرار في الوضع رقم ٣، بادئا في الوقت نفسه بالتنفس ببطء ونظام.. حتى تشعر أن نبض الأصابع أصبح أقوى مما قبل.
- ❖ البدء الآن بعد النبضات من ١ - ١٠، ثم إعادة العد مرة ثانية وثالثة وأكثر.. إن المهم هنا ليس عد النبض بذاته بل التركيز على النبض نفسه، وبالتالي على الجسم وما يجري داخله من أنشطة ووظائف.

يلاحظ عضو الأسرة نتيجة إجراء التدريب الحالي على الإسترخاء، أن :

- * مشاعر الضيق قد تلاشت.

- * الأوعية الدموية قد إتسعت نتيجة الإرتياح والإسترخاء.

- * الشعور بحرارة (سخونة) اليدين يبدأ بالظهور.

- * النبض برؤوس الأصابع يبدأ بالانخفاض.

- * إختفاء آلام الرأس تبدأ في الإختفاء في حال وجودها.

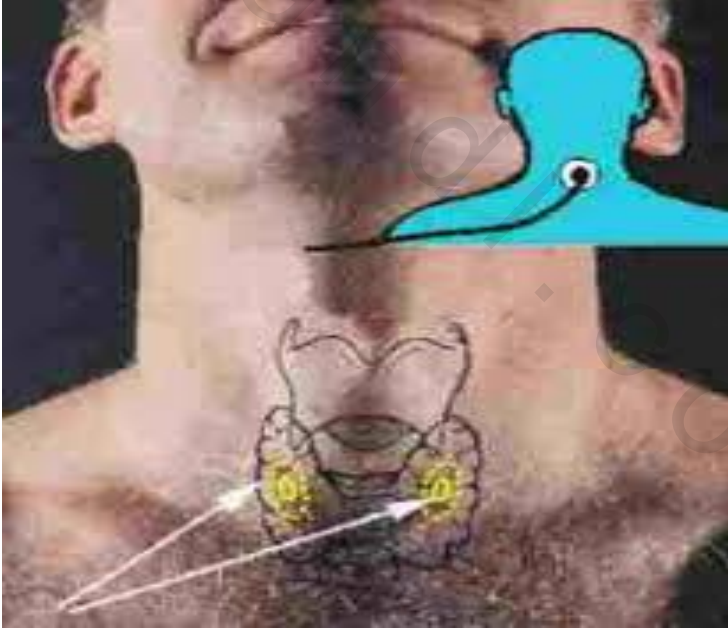
- * القلق أو التوتر يبدأ بالإنخفاض أو التلاشي.

٣- تدريب الإسترخاء بالتحكم في عمل الغدة الدرقية :

تقع الغدة الدرقية في أدنى جانبي تفاحة آدم، وتزن حوالي ٢٠ - ٢٥ غراما. وتمارس الغدة الدرقية تأثيراً بالغاً من خلال إفرازاتها الهرمونية على نمو الجسم وحيويته بوجه عام.. إن الإفراز المتدني عن المعتاد للغدة الدرقية يورث في عضو الأسرة الخمول والكسل والميل لقلّة الحركة. بينما الإفراز الزائد لهذه الغدة يثير فيه سرعة الإثارة والحركة والقلق وعدم الأستقرار..

إن استعمال جهاز مدرب PCe الذي أوضحناه آنفاً، يساعد على رصد نشاط الغدة الدرقية، وعلى تنظيمه من خلال التدريب على الإسترخاء لصالح حركة مقبولة لعضو الأسرة.

ويستخدم مع الجهاز المدرب على الأسترخاء بغرض ترشيد عمل الغدة الدرقية، وصلة كهربائية ثلاثية توضع في الفيش (المدخل) الخاص بجهاز المدرب بواسطة الخطوات البسيطة التالية :



- إمسك الكيبل (الوصلة) كما يشير البرغي إلى أسفل.
- ضع الوصلة في فتحة الإستقبال بالجهاز بدون أي صعوبات.
- إمسك الطوق وحركه إلى الأمام وإلى اليمين حتى يتوقف تماماً.
- لاحظ الآن أن وصل الكيبل بالجهاز المدرب أصبح ثابتاً.
- ثبت طرف الكيبل الأحمر بالمجس الإلكتروني، ثم ضعه على الجانب الأيمن للغدة الدرقية أسفل تفاحة آدم.
- ثبت طرف الكيبل الأزرق بالمجس الإلكتروني، ثم ضعه على الجانب الأيسر للغدة الدرقية أسفل تفاحة آدم.
- ثبت السلك الثالث للكيبل (الوصلة) بالمجس الإلكتروني، على الرقبة من الخلف كما يبين الشكل.
- شغل الجهاز الآن بإدارة الزر إلى وضع (١) .. اقرأ الرقم الذي يظهر على الشاشة، فسر الأرقام التي تظهر على الشاشة كالتالي:
- الرقم السلبي على شاشة الجهاز المدرب، يشير لنشاط الغدة الدرقية (إفرازها الهرموني الزائد في الدم).
- أما إذا ارتفع الرقم الإيجابي انخفض معه نشاط الغدة الدرقية.
- الأرقام بإشارة W/O تعني إيجابياً فقدان الطاقة أو نشاط الغدة الدرقية.

تابع التدريب بالجهاز المدرب للتحكم بقراءات الشاشة. وكلما مالت القراءات للقيم الايجابية (الزائد)، يساعد ذلك الطفل على الهدوء والإستقرار الحركي. أما إذا مالت الى السالب، فيعني تزويد الطفل بطاقة أكثر تبقى كما هي في المظهر العام.

إن الغدة الدرقية تنظم بشكل عام التغيرات الكيماوية (عمليات الأيض الخلوي) في الخلايا.. أي الطاقة المطلوبة للإنسان. إن تحكم عضو الأسرة بعملية الإفراز الهرموني يُمكنه من رفع نشاطه أو تخفيضه لأجل الراحة والهدوء والإسترخاء.

٤- التدريب على الاسترخاء بتنشيط وظيفة الدماغ :

يهدف هذا التدريب على الإسترخاء إلى تزويد الدماغ بطاقة حيوية عمله وتحسين قدرته على التركيز والاستيعاب. إن تخلف الأطفال في التعلم والتحصيل، يعود في حقيقة الأمر إلى فقدانهم الطاقة في بعض أجزاء أدمغتهم أو في أدمغتهم أحياناً.

إن تدريب هؤلاء على الإسترخاء باستعمال الجهاز المدرب PCE ، يساعد لدرجة واضحة على فتح الإنسدادات في معابر الطاقة داخل الدماغ، وإنسيابها من جديد في الأوعية الدماغية المتنوعة. إن حصول المتدرب على أكبر قدر ممكن من القراءات السلبية على شاشة الجهاز،، يعني شحن الدماغ بكميات كبيرة من الطاقة.. وارتفاع قدراته بالتالي على التفكير والتعلم والتحصيل.

العلاج النفسي :

يشكل العلاج السلوكي واساليب الإدارة السلوكية والعلاج الأسري (بالأسرة)، أهم ما يستخدم للتغلب على اضطرابات النشاط المفرط / عجز الانتباه.

إن آخر علاج يمكن اعتباره في التغلب على مشاكل الإنسان الصحية الجسمية والنفسية هو الدواء.. نظراً لسوء تشخيصه واستعماله من المختصين / المعالجين والمضطربين أحياناً ثم لمضاره الكيماوية المحتملة على صحة الإنسان.. إن العلاج بالأدوية هو في رأينا آخر الخيارات التي يمكن اللجوء إليها في الطب النفسي عموماً. من أمثلة الأدوية المتداولة في علاج اضطرابات الشخصية بما في ذلك إضطراب النشاط المفرط / عجز الانتباه، القائمة التالية.

Medication Chart

Stimulant Medications

Brand Name	Generic Name	Approved Age
Adderall	amphetamines	3 and older
Concerta	methylphenidate	6 and older
Cylert*	pemoline	6 and older
Dexedrine	dextroamphetamine	3 and older

Dextrostat	dextroamphetamine	3 and older
Ritalin	methylphenidate	6 and older

*** Due to its potential for serious side effects affecting the liver, Cylert should not ordinarily be considered as first line drug therapy for ADHD.**

Antidepressant and Antianxiety Medications

Brand Name	Generic Name	Approved Age
Anafranil	clomipramine	10 and older (for OCD)
BuSpar	buspirone	18 and older
Effexor	venlafaxine	18 and older
Luvox (SSRI)	fluvoxamine	8 and older (for OCD)
Paxil (SSRI)	paroxetine	18 and older
Prozac (SSRI)	fluoxetine	18 and older
Serzone (SSRI)	nefazodone	18 and older
Sinequan	doxepin	12 and older
Tofranil	imipramine	6 and older (for bed-wetting)
Wellbutrin	bupropion	18 and older
Zoloft (SSRI)	sertraline	6 and older (for OCD)

Seroquel (atypical)	quetiapine	18 and older
(generic only)	thioridazine	2 and older
Zyprexa (atypical)	olanzapine	18 and older
Orap	pimozide	12 and older (for Tourette's syndrome).
Data for age 2 and older indicate similar safety profile.		

Mood Stabilizing Medications

Brand Name	Generic Name	Approved Age
Cibalith-S	lithium citrate	12 and older
Depakote	divalproex sodium	2 and older (for seizures)
Eskalith	lithium carbonate	12 and older
Lithobid	lithium carbonate	12 and older
Tegretol	carbamazepine	any age (for seizures)



الموضع السادس

تأتأة الكلام لدى الأبناء

□ مفهوم تأتأة الكلام

التأتأة Stuttering هي اضطراب ينتج من صعوبة دمج عضو الأسرة للأصوات في كلمات سلسلة أو طليقة، فيلاحظ ذلك في تكراره أو مطّاه أو تأخيره لأصوات بداية الكلمات في الحديث مع الآخرين،، مرافقاً عدم الطلاقة اللفظية أو ما يسمى هنا التأتأة، تعبيرات ولوازم حركية على الوجه أو حركات جسمية، تشير جميعاً الى ما يعانيه عضو الأسرة في محاولته الكلام والتغلب على وقفاته والقلق الذي يشعر به، وفي تجنّبه أحياناً للكلام للتخلص من الضيق والإحراج.

وتعتبر التأتأة أكثر الاضطرابات الكلامية حدوثاً في الولايات المتحدة الأمريكية حيث يصل المصابون بهذا الاضطراب اللغوي الى ١% (٣ملايين نسمة) .. وان الأولاد معرضون أكثر من البنات لهذا الاضطراب بنسبة ١:٤. وكثير منا العاديين في الواقع يتلعثم في اللفظ والحديث أحيانا ويتردد ويجد صعوبة في التقوّه بكلمة او جملة او بلفظها على طلاقته كما هي العادة، بالتوقف او التردد او التكرار لأصوات بدايات الكلمات، او ادخال فواصل بحروف او كلمات دخيلة لا معنى لها سوى من وجهة نظر المتحدث حيث تساعده في الخروج من عُسر او تقطع الكلمات او الحديث مع الآخرين مثل : اه، اوه، اذا بدك وغيرها.

ومع هذا يجب ان لا يزيد حدوث هذه الظاهرة بعدم الطلاقة اللغوية البسيطة او الخفيفة في الكلام عن ٧-١٠% من حديث عضو الأسرة،، والّا يعتبر مصاباً باضطراب التأتأة الذي نوضحه في هذا الموضوع.

والتأتأة كإحدى اضطرابات الشخصية تعود في جذورها الى عوامل وراثية وبيئية.. فبينما تفيد بعض الدراسات ان ٥٠-٧٥% من هذا الاضطراب ينجم عن اخلالات وراثية.. فان العديد من الحالات التي لاحظها المؤلف / الباحث

على مستوى التعليم الجامعي (مرحلة البكالوريوس) قد نشأت من حوادث او مواقف سلبية عارمة، أوقعت الطلبة المعنيين في صدمات نفسية أسكنت فيهم منذ سنوات مبكرة لطفولتهم المتوسطة (حوالي عشرة سنوات) طلائقهم اللغوية المعتادة، حيث ظهر عجزهم عن الكلام العادي بالتأتأة، متعزراً ذلك بشعورهم بعدم الرغبة في الكلام او بالحياء والخوف من الحديث امام اقرانهم الطلبة في المحاضرات او برفقة أقرانهم عند زيارتهم المكتبية.

ومهما يكن، فقد لوحظ على الطلبة تنوع درجة واسلوب التأتأة. فعندما يتحدثون مع المؤلف/ الباحث في المكتب خلال الجلسات العيادية السلوكية. يبدو اضطرابهم اخف وابسط وكلامهم مفهوماً ومنساباً لدرجة ملحوظة، تختلف في حدتها كثيراً احياناً عما يلاحظ عليهم اثناء المحاضرة الجامعية او مع مجموعة من الاقران لديهم.

نظريات اضطراب التأتأة

يوجد عدة نظريات لتفسير مؤشرات واسباب التأتأة منها العينة التالية :

أ- نظريات التوقع والكفام السلوكي، التي يعتقد بها عضو الأسرة ان الكلام

عملية صعبة وتؤدي به للفشل. يتفرع عن النظرية الحالية، ثلاث أخرى هي :

١-نظرية فشل الاتصال. تبدأ التأتأة بهذه النظرية كاستجابة للضيق في الكلام الذي يعيشه عضو الأسرة نتيجة فشل الاتصال بالآخرين.

٢-نظرية التشخيص الوراثي. ان سوء تشخيص التغيرات اللغوية العادية لدى عضو الأسرة والتعامل معها بالنتيجة على انها اضطراب تأتأة ، يحول فيه تدريجياً هذه التغيرات الكلامية العادية الى اضطرابات التأتأة الحالية.

٣-نظرية التأتأة الأساسية. تبدأ التأتأة بتردد عضو الأسرة في الكلام وتكراره لبعض الحروف والمفردات بصفة عادية غير مقصودة، ثم تتطور هذه الأعراض عندما يبدأ عضو الأسرة في توقع او تجنب او الخوف من الكلام، ومواقف الحديث مع الآخرين بسبب ردود الفعل التي يلاحظها من المستمعين.

ب- نظريات الانهيار Breakdown theory

يمتلك عضو الأسرة هنا استعداداً للتأأة، بسبب الضغوط النفس اجتماعية والبيئية التي يواجهها. يتفرع عن النظرية الحالية ثلاث أخرى هي :

١-نظرية التحكم العصبي. وهنا عندما يأخذ جانب من الدماغ (ايسر أو ايمن) وظيفة الاخر للكلام والانشطة الحركية، فإن هذه التغيرات تؤدي الى تقطع في انسياب النبضات العصبية المرسلة الى العضلات الخاصة بالكلام في المجاري التنفسية والفم، ظاهراً ذلك على شكل تأأة.

٢-نظرية الضغوط البيئية والكيموحيوية. ان التأأة هنا هي عرض اضطرابي سلوكي يظهر نتيجة حالة داخلية سلبية لعضو الأسرة مثل: المرض او الضغوط الانفعالية والبيئية، وكذلك نتيجة عدم التوازن الكيموحيوي في السوائل العصبية الدماغية.

٣-نظرية المثابة في التأأة. يمتلك عضو الأسرة المصاب باضطراب التأأة، استعداداً عضوياً للمثابة الحسية والحركية المرتبطة بالتأأة.

ج- نظرية القدرات الفردية والمطالب البيئية. تنص هذه النظرية على أن عدم توافق قدرات عضو الأسرة مع متطلبات البيئة للاتصال اللغوي، يؤدي إلى تعثر الكلام بالتأأة.

د- نظريات التعلم. تعيد هذه النظرية اضطراب التأأة إلى عمليات تعلم خبرها عضو الأسرة، من أمثلة هذه النظرية ما يلي:

١- نظرية الإقبال والتجنب. تنتج التأأة من نزاعات في دوافع عضو الأسرة للكلام وعدم الكلام ، مؤدياً ذلك إلى ارتبائه وتطور اضطراب التأأة لديه.

٢- نظرية الاقتران المشروط. ترى هذه النظرية التأأة على أنها تشوش لإرادي في الكلام نتيجة استجابات انفعالية سلبية اعتاد عليها عضو الأسرة. ان الهرب والتجنب هي استجابات يبدئها في التعامل مع الخبرات المسيئة.

٣- **نظرية التجنب الفعال.** ان التأتأة حسب هذه النظرية هي استجابة مقصودة يبيدها عضو الأسرة من خلال التوقع والتكيف للموقف الذي يبعث فيه الحرج نتيجة التعثرات اللغوية العادية التي يرتكبها. ان محاولة عضو الأسرة تجنب هذه التعثرات اللغوية، يؤدي إلى استفحالها بصيغة التأتأة.

٤- **نظرية السلوك الفعال** تؤكد هذه النظرية على أن الكلام هو نتيجة معززات إيجابية وسلبية من الأسرة والأقران والمرسة، مما يشير إلى أن أسباب التأتأة هي متعددة بحسب تنوع معززات المواقف الاجتماعية للكلام.

٥- **نظرية الحاجة المكبوتة.** تفيد هذه النظرية أن السلوك العصابي الذي يُحرم به عضو الأسرة من حاجات نفسية أساسية، يؤدي إلى سلوكيات اضطرابية متعددة... منها اضطراب التأتأة.

أسباب اضطراب التأتأة لدى الأبناء

توجد أسباب عدة لاضطراب التأتأة. فهنالك ظروف ومثيرات مختلفة وراء تطور الاضطراب الحالي لدى الناشئة.. وعندما لا تقوى دفاعات عضو الأسرة النفسية والعصبية على مقاومة هذه الظروف والمثيرات، يختل توقيت حركات عضلات الكلام وتتشوش التغذية الراجعة السمعية، وتتحرف وظائف الدماغ اللغوية عن مواقعها العصبية العادية (بتحول وظيفة اللغة والكلام من الجانب الايسر الى نظيره الايمن).. مؤدياً كل ذلك الى اضطراب كلامه بالتأتأة. وفيما يلي بعض التوضيح.

أ- تغير وظائف الدماغ اللغوية.

لقد لوحظ عيادياً في هذا الاطار عند تصوير الانشطة العصبية المختلفة بالدماغ، ظهور تحولات عصبية في عمل الجانب الايسر من الدماغ المختص في العادة باللغة والكلام، الى الجانب الايمن المختص بدوره بالتصور والفنون والجماليات.

ب- الظروف الأسرية والمدرسية للطفل:

تفيد الدراسات بأن الأسر والغرف الدراسية التي تنتظر الى بعض التعثر والتكرار في كلام الأبناء/ التلاميذ ظاهرة عابرة او عادية، لا يعيرون لذلك اهتماماً، فيدعونها تمرّ دون أخذ ورد كبيرين.. إن هؤلاء الأطفال يمضون قُدماً في تطوراتهم اللغوية عادياً دون خوف او تردد.

وبالمقابل اذا اثارت الاسرة او المعلمون ضجة كبيرة عند عدم طلاقة الابناء/ التلاميذ في كلامهم.. فإن هؤلاء يبدأون بالتركيز على كلامهم مع شعور بعدم الثقة في قدراتهم على هذا الكلام. متطوراً لديهم بذلك اضطراب التأتأة الحالي.

وفي مواقف اسرية ومدرسية اخرى، يواجه الطفل ضغوطاً على الكلام المحكم او المتقن كما يفعل الكبار،، وقبل ان تتطور لديه مهارة الحديث كما يقضي عمره وخبراته ونضجه اللغوي، فإن اضطراب التأتأة يجد اليات خصبة للبدء والإستفحال..

اما الاسر المضطربة في مناشطتها وتفاعلاتها اليومية بالنزاعات والشجار، او بالانضباط السلوكي المترمت، او التسيّب وعدم الانضباط المفرط او التناقض في الحديث والسلوك والمواقف.. فإنها تُثَمّي لدى الابناء الشعور بعدم الامان والتشوش وعدم الاستقرار النفسي عموماً،، منعكسا ذلك على شكل اضطرابات كلامية بالتأتأة.

ج- اصرار الاسرة او الطفل على الكمال اللغوي : يؤدي الضغط الخارجي من الاسرة، او الداخلي من الطفل على نفسه للتمكن من اللغة وتحصيل مهارات لغوية متقنة، إلى ارتبাকে النفسي وتعثر كلامه والتأتأة بوجه عام.

مؤشرات تحذيرية لاضطراب التأتأة لدى الأبناء

تتصف التأتأة بمؤشرات نفس سلوكية اهمها ما يلي :

١- تكرار ما يلي:

*الاصوات مثل : بـبـب با

*مقاطع الكلمات مثل : با-با-بابا

*اجزاء الكلمات مثل : تلي-تلي-تليفون

*كلمات كاملة مثل : اس-اس-اسرة

*جمل او اشباه جمل مثل : هل صحتك -هل صحتك-هل صحتك جيدة الآن؟

٢ - التطويل ويحدث بمط الحرف الأول لبعض الوقت مثل: مثل بيبب بابا، أ
أ أ أ

٣- وقفات من الصمت يبدأ عضو الأسرة بحرف أول ثم يقف لمدة وكأنه لا يستطيع الكلام، ثم يكمل الكلمة أو الجملة. مثل ك...يف حالك؟

٤- التوقف ثم رفع الصوت عاليا. يكرر عضو الأسرة أو يؤخر لفظ أصوات أو كلمات، حيث يقف ثم يرفع صوته بالتناوب خلال الحديث مع الآخرين.

٥- الاخلالات اللفظية من خلال تعثر اللسان او الشفافة اثناء مط او تكرار عضو الأسرة للأصوات.

٦- تجنب الحديث بالتوقف كثيراً عن الكلام.

٧- الخوف خلال الحديث عند كلمة صعبة اللفظ عليه، يبدو عليه الخوف وينزعج قائلاً: آسف، لا أستطيع لفظها.. الكلمات لا تخرج من فمي!؟

٨- التنفس غير المنتظم خلال الكلام. يلاحظ هنا تقطع صوت عضو الأسرة خلال الكلام على شكل قفزات صعوداً ونزولاً نتيجة الكفاح او المحاولات الضاغطة للتحكم في انسياب الهواء خلال التنفس والحديث والاصوات الحروف والكلمات اثناء ذلك.

٩- الشعور بالحرج. ان احساس عضو الأسرة بعدم القدرة على الكلام العادي مع الآخرين واخراج الأصوات والكلمات على طاققتها، يشعره بالعار أو الدونية، حيث يميل بالنتيجة الى تجنب الحديث بالكامل أحياناً. فيلاحظ عليه الطلب من جواره الرد على الهاتف أو الباب أو على سؤال الغير،، أو التجوّل والنظر طويلاً للأشياء قبل شرائها بدل سؤال موظف أو عامل المبيعات عما يحتاجه منها.

١٠- اللوازم الحركية كوسائل للتغلب على أو الخروج من التأناة مثل رفرفة العين أو حركة الرأس جانباً أو ضرب القدم بالأرض، أو حركة الأنف والشفاه الى أعلى وأسفل أو اهتزاز الكتف.

التوجيه الاسري للتغلب على مشكلة التأناة لدى الابناء

هناك عدد من الطرق العلاجية لاضطراب التأناة، نوضح للأسرة أمثلة بما يلي:

١. **طريقة تربوية أولية للتخفيف من التأناة.** إن الطفل المضطرب بالتأناة لا يختلف عن الأفراد العاديين في شيء سوى صعوبة الكلام. إن ما يحتاجه الطفل مبدئياً هنا هو تفهم صعوباته من الأسرة والأصدقاء أو الأقران والمعلمين، ثم الصبر في التعامل معه. يمكن للأسرة والمعلمين مراعاة المبادئ العملية التالية.

- استمع بانتباه لما يقوله الطفل (أو عضو الأسرة) أكثر من كيف يقول.
- استعمل جملاً قصيرة وبسيطة عند التحدث مع الطفل (أو عضو الأسرة).
- إن الحديث معه بجمال وعبارات طويلة أو بليغة يصعب عليه فهمها أو تقليدها.. الأمر الذي يُقلق عضو الأسرة ويشعره بالخوف أو الحرج.. وتبدأ مع ذلك تعثراته الكلامية وصولاً في النهاية لإضطراب التأناة.
- تكلم ببطء ووضوح عند الحديث مع الطفل (أو عضو الأسرة). يوفر هذا نموذجاً بناءً له للتخاطب بنجاح مع الآخرين.
- وفر بعض الوقت (وقفات قصيرة) لسماع الطفل (أو عضو الأسرة) للاستجابة والكلام بطلاقة أكثر مما قد يحدث عن السرعة والإلحاح أحياناً.
- كرّر المواقف التي يبدو فيها الطفل (أو عضو الأسرة) متحدثاً بطلاقة أكثر، لتعزيز وبناء ثقته بنفسه، وقلّل بالمقابل مواقف أخرى متسعة أو غريبة أو ضاغطة أو غامضة.
- قلّل كلما أمكن من الأسئلة الموجهة للطفل (أو عضو الأسرة)، للتخفيف من قلقه وتوفير وقت أكثر للتفكير والإجابة بكلام واضح ومفهوم.

➤ وقرّ للطفل (أو عضو الأسرة) روتيناً يومياً معروفاً، قلّل كلما أمكن من المفاجآت والأنشطة الطارئة أو الغامضة، ليساعد ذلك على استقراره النفسي والكلام بطلاقة أكثر.

➤ وقرّ للطفل (أو عضو الأسرة) بيئة مستقرة وصحية في عادات غذائها ونومها ويومها.

➤ راقب تعبيرات الضيق الانفعالية واليأس الذى قد يصيب الطفل، وحاول ما استطعت إخراج الطفل (أو عضو الأسرة) من المواقف التي تلاحظ فيها مثل هذه التعبيرات الاضطرابية.

➤ حضّر الطفل (أو عضو الأسرة) نفسياً للحوادث والفعاليات الخاصة او العامة التي ستحدث لاحقاً لتقليل الغموض والقلق والحيرة لديه.

➤ شجّع الطفل للكلام في الأسرة والمدرسة باستمرار، ولكن دون إجباره على ذلك.

➤ تصرف عادياً مع الطفل (أو عضو الأسرة) في حال اضطرابه بالتأتأة.

➤ تجنّب تصحيح أو نقد الطفل (أو عضو الأسرة) عن التأتأة بالقول: تمهّل قليلاً، استرخ، لا تقلق، فكر أكثر أو فكر قبل الكلام، خذ نفساً عميقاً ثم تكلم.. لأن مثل هذه التعليقات تُشعره بعجزه عن الكلام والخرج أكثر وتزيد حالته سوءاً.

➤ تجنّب تكملة الكلمة أو الجملة عن الطفل (أو عضو الأسرة) بغرض مساعدته. إن مثل هذا السلوك قد يقلل من قيمته او قدرته.. كما قد تكون أيضاً إجابتك خطأ مما يجعل الكلام لديه أصعب.

➤ تجنّب تعريض الطفل (أو عضو الأسرة) لمواقف تظهر فيه صعوبات الكلام واضحة ومحرجة له، لأن ذلك يضع ضغوطاً شديدة عليه ويزيد من تعثر كلامه أكثر من المعتاد.

➤ تجنّب مقاطعة الطفل أثناء الكلام. أعطه مزيداً من الوقت لتوصيل أفكاره والتعبير بثقة وعقلانية عنها، كما تُشعره بأنك تصغي جيداً لما يقول.

➤ تجنّب الطلب من الطفل (أو عضو الأسرة) تكرار ما بدأ به من الكلام.

➤ تجنّب النظر جانباً بعيداً عن الطفل (أو عضو الأسرة)، لان ذلك يُخرجه ويُشعره بعجزه اكثر.. تمهّل كالمعتاد وانتظر بصبر حتى يُنهي كلامه.

➤ تجنّب الطلب من الطفل (أو عضو الأسرة) التدرب على الكلمة او الكلام الذي يلفظه، لكون ذلك قد يُذكره اكثر بتعثره اللفظي، خاصة إذا كان الأمر لديه عابراً او خفيفاً.

➤ تجنّب تحية او دعوة الطفل (أو عضو الأسرة) بألقاب مثل: صاحب التأتأة أو الشخص الذي يتأتأ أو المتأتأ!

➤ تجنّب حماية الطفل (أو عضو الأسرة) بالتورية على اضطراب التأتأة لديه بالقول انه شخصي عادي. أو لا ضير عليه من ذلك. واجهه باهتمام حول صعوباته ودون تسميعه أيضاً بأن التأتأة هي مشكلة عويصة أو عادة سيئة.

➤ تجنّب الطلب من الطفل (أو عضو الأسرة) إستبدال الكلمات السهلة بأخرى صعبة لكون ذلك قد يزيد من اضطرابه.

➤ تجنّب السماح لاقربان او اخوة او أصدقاء الطفل (أو عضو الأسرة) تعبيره او إثارته بموضوع التأتأة.. حيث يؤدي الى استفحال الاضطراب لديه وإلى تجنّب الاجتماع بالآخرين سعياً لعدم الإحراج.

➤ تذكر أن الحديث هاتقياً مع الطفل (أو عضو الأسرة) يبدو أحياناً صعباً، فتحلي بالصبر والتفهم دائماً.

٣- طريقة تعديل التأتأة. تهدف الطريقة الحالية إلى الحدّ من الضيق النفسي وتنمية طلاقة الكلام. وتتم بخطوات فرعية مبسطة هي :

- تعلّم الطفل (أو عضو الأسرة) إلغاء الكلمة التي يتأتأ بها، وذلك بتكرارها فوراً ولفظها بطلاقة.
- تعلّم الطفل (أو عضو الأسرة) إكمال الكلمة التي يتأتأ بها والاستمرار في لفظها بسلاسة حتى النهاية، يمارس عضو الأسرة هنا ضبطاً مباشراً على الكلام خلال لحظة التأتأة.
- تعلّم الطفل (أو عضو الأسرة) تغيير كلمة التأتأة قبل لفظها، وذلك بتحضير كيفية ومحتوى ما يقول عند الكلام. يضطرب الطفل (أو عضو

الأسرة) وتتشوش حركات الشفاه واللسان ويبدأ بالتأتأة. أما عند التحضير، يبدأ الطفل (أو عضو الأسرة) بالكلام بقليل من الضيق ويبطء مفيد لطلاقة لفظيه.

- التغذية الراجعة السمعية المتأخرة. إن استماع عضو الأسرة لصوته خلال الكلام يشكل وسيلة هامة لضبط هذا الكلام خلال الحديث مع الآخرين. ومن هنا، تتم الطريقة العلاجية الحالية بميكروفون موصل بوحدة تغذية راجعة سمعية تعيد بدورها الكلام لعضو الأسرة خلال سماعات أذنيه. تبدو هذه العملية وكأن عضو الأسرة يسمع صدى صوته خلال الحديث. يميل عضو الأسرة تلقائياً إلى الإبطاء في الكلام وزيادة درجة الصوت أكثر. يؤدي ذلك ولأسباب غير معروفه (كما تفيد الدراسات) لعضو الأسرة المضطرب بالتأتأة، إلى تحسين طلاقته اللغوية لدرجة كبيرة.

٣- طريقة الإجراءات السلوكية الفعالة. بهذه الطريقة نعلم الطفل أو عضو الأسرة سلوكاً صغيراً بعد آخر حتى نهاية مهارة الكلام المطلوبة.. وإذا أخذنا الكلمات التي ينتأأ بها الطفل أو عضو الأسرة ثم علمناه لفظ كلمة بعد أخرى.. فإن لغته تبدأ بالتحسن تدريجياً، وثقته بالقدرة على الكلام تتعزز مع تدفق المعززات المكافأة لكلامه الصحيح في كل مرة.

والمبدأ الهام الذي يراعيه المعالج لاضطراب الكلام هو: ضرورة إتقان الطفل أو عضو الأسرة لكل سلوك أو خطوة سلوكية أو مقطع من كلمة أو كلمة قبل الانتقال إلى أخرى تالية ثم تعزيزهما المناسب خلال ذلك (أنظر أنواع وجداول التعزيز في كتابنا: تعديل سلوك التلاميذ. نشر دار التربية الحديثة)

٤- طريقة الإقدام السلس على الكلام. تركز هذه الطريقة على تنسيق التنفس والصوت وحركات الكلام الأخرى معاً، لبدء الحديث بكلمة أو جملة. تعتمد الطريقة الحالية على التحكم بالتوقيات المناسب وحركات الأحبال الصوتية.. يتعلم الطفل أو عضو الأسرة التحكم في انسياب الهواء في الفم والحنجرة بتنسيق عمل الشفاه و اللسان والأسنان وسقف الحلق معاً خلال الكلام.



مقدمة

"الطفل الفصيح منذ الولادة يصيح"، أي يتكلم. فالطفل الذي يصرخ عند الولادة ثم بعد عدة أيام، يبدأ بالابتسام والبكاء عند البلل أو الجوع.. ومع مرور شهر أو أكثر قليلاً، يبدأ عند شعوره بالارتياح بحركات فرحة لليدين والرجلين والمناغاة الصوتية.. والنظر الواعي عند مشاهدة الام أو أحد أعضاء الأسرة أو سماعهم. إن كل وسائل الاتصال هذه هي في الواقع صيغ من اللغة التي تفهمها الأسرة، وتستجيب للطفل حسب متطلبات الحالة الملاحظة لديه: إطعامه أو العناية بنظافته، أو أخذه للحضن وضمه، أو الابتسام له والهددة عليه.

وخلال التطورات اللغوية أعلاه للطفل، تبدو الأسرة فرحة به وفخورة به أمام الأقارب والزائرين.. وتُعزّز فيه كل صوت أو حرف أو حركة.. مؤدياً ذلك إلى نمو اللغة لدى الطفل وتراكم حروفها وكلماتها، لتتفجّر مع عمر ثلاث أو أربع سنوات إلى لغة عادية يتبناها الطفل بطلاقة في التفاعل اليومي مع الأسرة والأقران والأقارب والناس في البيئة المحلية.. وبالأهم في التعلم في مدرسته الأولى: روضة الأطفال.

ولكن قلق الأسرة على لغة الطفل، يبدأ عند ملاحظتها تأخر تطور هذه اللغة لديه بدءاً بالأصوات والحروف والكلمات المتفرقة وانتهاء باللغة المفهومة مبدئياً (نسبياً) مع عمر سنتين، ثم مع بدء اللغة اليومية العادية مع عمر ثلاث سنوات. إن الأسرة بما يتوفر لها من خبرات في الطفولة وتطور الطفل للأبناء، وبمعرفتها بالتطورات اللغوية الممكنة للابن أو الابنة بالمقارنة بما يلاحظ لدى الأقران في سنهما.. هي أولى الجهات القادرة على تمييز العثرات أو الصعوبات اللغوية لدى الأبناء الأطفال. فنسمع الأسرة في هذا الإطار عند السؤال عن الطفل بأنه: لا يتحدث، لم يتكلم بعد، أو لا يزال أخرساً! أو تأخر في الكلام بخلاف أخوته الذين بدأوا اللغة بعمر كذا.

وتأخر الكلام لدى الطفل ليس نادراً أو غريباً على الأسرة العربية والأجنبية بحد سواء. فهناك على سبيل المثال ما نسبته ٥-١٠% من الأطفال الأمريكيين يعانون من إعاقة في تطورهم الشخصي الذي يسبب بدوره إعاقة تطور اللغة والكلام لديهم.

وتنعكس اضطرابات تطور اللغة والكلام سلبياً على الصيغ اللغوية الأخرى لدى الطفل.. كاللغة الإشارية (الحركية) والكتابة ومهارات البصر اللغوي مثل: الإشارة لكلمة أو موضوع محددين، أو النظر المركز إلى المتحدث، أو التعبير بحركات بصرية للعينين لتوصيل أو/ ودعم رسالة لغوية معينة، أو تمييز الأشخاص والأشياء، والاستجابة لتعبيرات الوجه من الآخرين، واتباع تعليماتهم أو رغباتهم.

واللغة وتطورها هما عناصر هامة لنمو الطفل في المجالات الشخصية الأخرى : الجسمية والإدراكية والحركية والاجتماعية والانفعالية. فاللغة السوية الغنية، هي في الواقع مؤشر لصحة أعضاء الجسم والإدراك والتعبيرات والسلوكيات الحركية والاجتماعية والعاطفية الانفعالية.

أما عند خلل أو تأخر اللغة، فيشير ذلك إلى إعاقات سمعية وأعطال في الأذن أو البصر، أو عطب في الخلايا الدماغية المتخصصة باللغة عموماً والكلام بوجه خاص، أو معاناة الطفل من اضطراب التوحد، أو اضطراب عجز الانتباه، أو غيرها مما قد تشير إليه الاختبارات والتحليلات التشخيصية العيادية لأسباب تأخر الكلام لدى الطفل.

أسباب عامة لتأخر الكلام لدى الأبناء والأطفال

إن أهم الأسباب الرئيسية لتأخر الكلام لدى الأطفال هي:

- ١- مشاكل السمع. وهي أهم العوامل المسببة لتأخر تطور اللغة والقدرة على الكلام لدى الأطفال.

- ٢- الإعاقات العقلية في بنية الدماغ الإنساني وخلاياه وعمله العصبي.
- ٣- اضطرابات في الشخصية والتطور الشخصي، وأهمها اضطراب التوحد الذي يعزل الطفل هائماً بصمت في أفكاره وتخيلاته دون كلام أو حركة.

فحيثما تلاحظ الأسرة أو مختص علاج الكلام The Pathalogist واحداً أو أكثر من الأسباب أعلاه لدى الطفل، فيتوقع معاناته من مشكلة تأخر الكلام.. ومن ثمّ مبادرة الأسرة بالعلاج العيادي المطلوب.

تشخيص مشكلة تأخر الكلام لدى الأبناء والأطفال

تبحث الأسرة مع مختص علاج الكلام ناحيتين رئيسيتين مرتبطتين مباشرة بمشكلة تأخر الكلام هما: عجز الطفل في العمر المحدّد عن أداء الكلام المقرّر للأطفال في سنّه، ثم عجز أو ضعف السمع لديهم. وفي مجال السمع، يُجري طبيب الأسرة أو الطبيب المختص أو مختص علاج الكلام أو جميعاً كفريق عيادي :

١- فحوصات شاملة لأجزاء الأذن وتقرير سلامتها من أي التهابات أو أعطال بيولوجية أو عصبية.

٢- اختبار الاستجابة السمعية للعصبة الدماغية (A; B; R).

أما الأسرة ومختص علاج الكلام، فيتحققان معاً من كفاية قيام الطفل بأنواع الكلام المقررة لأقرانه في سنه، والحكم بالنتيجة على مدى تأخر الكلام لديه.. أم أن الأمر مجرد وهم من الأسرة، أو تأخر عرضي مؤقت بسبب ظروف بيئية أحياناً أو انفعالية يعيشها الطفل أحياناً أخرى.

إن أداة تشخيصية مبسطة لأنواع الكلام التي يؤديها الطفل في أعمارهِ المتتابعة حتى عمر أربع سنوات تبدو في القائمة المرافقة.

أداة مبسطة لتشخيص كلام الطفل حتى عمر أربع سنوات :

❖ إدارة الرأس لليمين أو اليسار عند سماع صوت محدّد، خلال الأيام الأولى من الولادة.

❖ الابتسام العفوي للأُم أو الأب أو الأخوة مع نهاية الشهر الأول من عمر الطفل.

- ❖ تمييز وجه الأم أو الأب مع عمر شهرين.
- ❖ تقليد أو تكرار أصوات الكلام خلال عمر ٣-٦ أشهر.
- ❖ القيام بمناغاة صوتية خلال عمر ٤-٨ أشهر.
- ❖ لفظ أصوات منفصلة لحروف مثل با ، ما ، غا،.
- ❖ لفظ أصوات متكررة مثل با با با با با، ماماماما، غاغاغاغا، خلال عمر ٥-٩ أشهر.
- ❖ لفظ كلمات منفردة محدودة مثل : بابا، ماما، لا، آآ ، بعمر ٦-١٠ أشهر.
- ❖ فهم التعليمات أو السؤال أو طلب شيء واحد مع الإشارة باليد إليه مثل : هات، كأس ، بعمر ٦-٩ أشهر.
- ❖ فهم التعليمات أو السؤال أو طلب شئ واحد بدون إشارة حركية باليد ، بعمر ٧-١١ شهراً.
- ❖ استعمال كلمة بابا و ماما للدلالة فعلياً على الأب والأم بعمر ٧-١٢ شهراً.
- ❖ لفظ أول كلمة بجانب ماما و بابا بعمر ٩-١٤ شهراً.
- ❖ الإشارة باليد للشيء أو الموضوع الذي يريده بعمر ١٠-١٥ شهراً.
- ❖ لفظ ٤-٦ كلمات بجانب بابا وماما بعمر ١١-٢٠ شهراً.
- ❖ فهم التعليمات، أو طلب شئ بخطوتين سلوكيتين بدون إشارة حركية مساعدة بعمر ١٤-٢١ شهراً.
- ❖ التعبير عن حاجتين يريدتهما مثل : عصير..كمان (أو أكثر) ،موزة، أخرى بعمر ١٦-٢٠ شهراً.
- ❖ الإشارة لعضو أو أكثر في الجسم بعمر ١٤-١٨ شهراً.
- ❖ الإشارة إلى أكثر من ستة أعضاء في الجسم بعمر ٢٢ شهراً.
- ❖ استعمال جمل بكلمتين معاً (على شكل أشباه جمل) مثل :بابا باب (أي خرج الأب) ، عصير أكثر ،بعمر ١٨-٢٢ شهراً.

- ❖ استعمال أو لفظ أكثر من خمسين كلمة بعمر ١٦-٢٤ شهراً.
 - ❖ لفظ الضمائر مع بعض الأخطاء مثل : هو، أنا ، أنت ، بعمر ١٩-٢٦ شهراً.
 - ❖ لفظ الضمائر صحيحاً بدون أخطاء في استعمالاتها بمواقف الكلام بعمر ٣٠ شهراً.
 - ❖ نصف كلام الطفل يصبح مفهوماً من الآخرين بعمر ٣٠ شهراً.
 - ❖ تسمية ٤ صور على الأقل تقدم للطفل بعمر ٢٤-٣٢ شهراً.
 - ❖ الحديث بجملتين إلى ثلاث جمل بسيطة معاً بعمر ٢٦-٣٢ شهراً.
 - ❖ فهم تعليمات بعمل سلوك أو شئ يتطلب وضعين، مثل ضع الكأس على الطاولة، أو ضع الكتاب على الرف بعمر ٢٧-٣٤ شهراً.
 - ❖ تسمية واستعمال شيئين على الأقل في آن واحد بعمر ٢٩-٣٤ شهراً.
 - ❖ تسمية لون واحد على الأقل بعمر ٣٠-٣٩ شهراً.
 - ❖ تسمية أربع ألوان على الأقل بعمر ٣٦-٤٠ شهراً.
 - ❖ كلام الطفل يصبح مفهوماً من قبل الغرباء بنسبة ٧٥% على الأقل بعمر ثلاث سنوات.
 - ❖ لفظ واستعمال الطفل لحوالي (٢٥٠) كلمة بعمر ثلاث سنوات.
 - ❖ كلام الطفل يصبح مفهوماً للغرباء بالكامل بعمر أربع سنوات.
 - ❖ لفظ واستعمال الطفل لحوالي (٦٠٠) كلمة بعمر أربع سنوات.
- إذا تبيّن للأسرة أو/ ومختص علاج الكلام أن الطفل سليم السمع عموماً، ولا يعاني من اضطرابات التوحّد أو عجز الانتباه، واستطاع بوجه عام إنجاز ما نسبته ٧٥ % فأعلى من المهارات الكلامية بالأداة ، فإن قدرته على الكلام هي عادية.. ولا توجب قلق الأسرة. أما إذا لوحظ على الطفل درجة أقل من ٧٥ % في إنجازة الكلامي ورافق ذلك ضعفاً أو مشاكل في الأذن أو / والسمع أو

المعاناة من اضطراب نفسي مثل التوحد، فإن الأسرة ومختص علاج الكلام يبدأان رحلة علاج.. قد تكون طويلة أو صعبة ولكنها ممكنة عموماً.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة تأخر الكلام لدى الأبناء والأطفال

يمكن للأسرة تحسين أو تسريع قدرة الكلام لدى الابن أو الابنة، بمراعاة ما يلي :

١- القراءة على مسمع الطفل لكتب مصورة بوجه خاص، حيث الإشارة إلى الصور وتسميتها من الأسرة والطفل على شكل ألعاب أو فوازير.

٢- استعمال لغة مبسطة في الحديث مع الطفل وسؤاله أكثر من مجرد الكلام معه.

٣- وصف ما تقوم به من أعمال أو مسؤوليات على مسمع ومشاهدة الطفل.

٤- التعزيز الإيجابي للطفل عند الحديث والكلام.

٥- تكرار وزيادة ما يتكلم أو يتحدث به الطفل من مفردات أو أشباه جمل، بتكتملتها أو وضعها في جمل أو أشباه جمل أطول وأكثر فهماً من الآخرين.. وممارسة الصبر في الحديث مع الطفل، ومنحه الفرصة والوقت للتعبير عن نفسه دائماً وعدم تسريعه أو إرباكه للكلام بسرعة أعلى.

٦- تجنب إجبار الطفل على الكلام باحتفاظ الأسرة بشيء يريد حتى يستطيع السؤال عنه. يمكن بدل ذلك، عند رغبة الطفل بشيء، سؤاله: هل تريد كذا؟ ثم إعطاؤه له بدون تعليق على كلامه أو عدم كفاية الكلام لديه.. وإشعاره بالحرَج أو الدونية نتيجة ذلك.

٧- تحويل الطفل لطبيب الأذن أو طبيب الأسرة ثم لمختص علاج الكلام، عند استفحال مشكلة تأخر الكلام لديه، ومرافقتها لأعراض صحية جسمية، أو سمعية إدراكية، لإجراء التحليلات اللازمة والعلاج المناسب لحالته.



الموضوع الثامن

رفض الأبناء لأطعمة وتفضيل أخرى

مقدمة

تعاني الأسرة أحياناً من الميول المزاجية المتقلبة لدى الأطفال الأبناء، خاصة بعمر قبل المدرسة (من سنة إلى ست سنوات) ثم بعدئذ خلال الطفولتين المتوسطة والمتأخرة.. مروراً بمرحلة الشباب اليافع (المراهقة)حتى سن الرشد. يرفض الأبناء بهذه الميول المتقلبة أنواعاً من الطعام أو الشراب ويقبلون أخرى، ثم يُغيّرون رأيهم بعدئذ بقبول المرفوض والامتناع عما فضله سابقاً..

أما الحالة الملاحظة عموماً في المشكلة النفس السلوكية الحالية للأبناء، فهي رفضهم أطعمة بصفة متواصلة مثل : اللحوم (على شكل قطع أحياناً ولكنهم يأخذون منها بنهم الأقراص المقلية: الهامبرغر مثلاً)، وتفضيلهم أخرى حتى لو اقتضى بهم الأمر تناولها على مدى الوجبات اليومية الثلاث.

وتبدأ مشكلة رفض الأبناء لأنواع الأطعمة غالباً عند تقديمها أول مرة.. وهنا، إذا أخذت الأسرة الموضوع عادياً بدون إجبارهم على أخذها، انتظاراً لمناسبة قريبة تعطيها لهم بحالة نفسية وظروف أسرية مختلفة نسبياً، فإن الأبناء قد ينسون رفضهم السابق، أو يغيرون رأيهم ويتناولون الطعام عادياً حيناً أو بتردد خجول في حين آخر.. وتمرّ المشكلة السلوكية بسلام.

أما إذا أجبرت الأسرة الأبناء على تناول طعام محدد، فيتحول الأمر إلى قضية عناد وتحدي من الابن أو الابنة.. يؤكدان بهما رغبتهما في الاستقلال وقدرتهما على البقاء والحياة.. خاصة إذا وجدوا بدائل غذائية مفضلة لديهما بواسطة الأسرة نفسها عند الإصرار في العناد والرفض، أو بنفسيهما بالذهاب إلى المطبخ وتناول ما قد يجدها جاهزاً لسدّ شعورهما بالجوع.

ورفض الأبناء لأنواع الأطعمة أول مرة تقدم لهم، ليس نابعاً بالمطلق من مزاجهم المتقلب، لأنهم يميلون إلى قبولها غالباً في المرات أو الوجبات التالية..

ولكن رفضهم كما يبدو في الواقع ينبع من ألوانها أو روائحها أو مذاقها غالباً ثم من ملمسها أو طبيعة بنيتها (الرخوة أو السائلة أو الكثيفة أحياناً).

وتفيد البحوث الميدانية عموماً، أن تفضيل أنواع محددة من الطعام ورفض أخرى هي عادات يتعلمها الأبناء من البيئة، سواء كانت أسرة أو مجموعات الأقران ، أو مواقف أسرية مع الأقرباء والمعارف والأصدقاء. كما هذه البحوث تفيد أن مثابرة الأسرة في تقديم أنواع الأطعمة، دون عنف أو إجبار أو أوامر للأبناء بطبيعة الحال، فإنهم (أي الأبناء) يعتادون عليها بدون احتمال واضح للرفض أو المقاومة أحياناً. لقد قدمت البحوث التجريبية لأنواع الطعام وقبول أو رفض الأبناء لها ، الخلاصات الاستنتاجية التالية:

➤ إن أكثر من ٨٠ % من الحالات، كان هناك ارتباط إيجابي عال بين ما يفضله الأبناء من أطعمة وما تفضله الأسرة منها.

➤ إن أنواع الطعام التي لا تفضلها الأم، تتحاشى في الغالب تحضيرها أو/وتقديمها للأسرة (ومن هنا ليس غريباً في واقع الأمر عدم ميل الأطفال الأبناء إلى هذه الأطعمة ورفضها أحياناً أخرى).

➤ إنه لا يوجد نوع واحد من الطعام تمّ تجربته في الدراسات الميدانية وجرى رفضه أكثر من نسبة ٥٠%. أي أن رفض أنواع الطعام بينما يشكل ظاهرة سلبية يجب التغلب عليها ، لكنها ليست مطلقة ومستعصية أولاً يمكن التغلب عليها.. بل العكس ، وكما هو الحال مع أي عادة إنسانية ، نؤكد أن ما يتعلمه الأبناء خطأ من عادات بيئية ، يمكن علاجها ومحوها من خارطة تصرفاتهم السلوكية.. قد يحتاج الأمر جهداً ووقتاً وصبراً ومتابعة.. ولكن النتائج العيادية التصحيحية تبدو دائماً ممكنة وأكيدة.

وعلى العموم، يتوقع من الأسرة عدم القلق على الأبناء الذين يمتنعون عن تناول أطعمة، ويفضلون غيرها أقل قيمة غذائية أحياناً، طالما لاحظت عليهم نمواً وصحة جسمية عادية. لأنهم إذا لم يتناولوا اللحوم على سبيل المثال ، فإن أطعمتهم الأخرى مثل: الأجبان والألبان والحليب والبيض والتونة المعلّبة

والبقوليات عموماً، تقي عموماً بتعويض البروتين اللازم للجسم والذي يفتقدونه بامتناعهم عن اللحوم الحمراء أو/ والبيضاء.

كما أن الأبناء إذا تناولوا عاديّاً وجبتين يومياً مثل : الإفطار والغداء.. وامتنعوا عن العشاء، فإن هذا يكفي من حيث المبدأ حاجتهم الصحية الجسمية، لكون الاستهلاك اليومي من الغذاء المناسب لهم أقلّ عموماً مما يتوجب لدى الكبار بأنشطتهم وأعمالهم اليومية المُجهدّة أحياناً. ناهيك عن إمكانية دعم الأسرة غذائياً للأطفال في مثل هذه الحالات، بإعطائهم أنواعاً محدّدة (من الطبيب غالباً) للفيتامينات الجاهزة صيدلانياً، للتأكد من حصول أجسامهم على المواد الضرورية لصيانة وبناء خلاياهم.

أسباب عامة لمشكلة كراهية الأبناء أطعمة وتفضيل أخرى

حتى تبدو الصورة واضحة أكثر للأسرة عما تعانيه من الأبناء نتيجة مشكلة كراهيتهم لأطعمة وتفضيل أخرى، نقدم مجموعتين من الأسباب أو العوامل لهذه المشكلة : بيئة اجتماعية ثم بيولوجية وراثية.

أسباب بيئية اجتماعية لمشكلة كراهية الأبناء أطعمة وتفضيل أخرى

نتلخص هذه الأسباب في المجموعة التالية :

١- كون الأطعمة المقدمة للأطفال جديدة عليهم يشاهدونها ويتذوقونها أول مرة. فقد أشارت بحوث ميدانية في هذا الإطار أن الأطفال يبدون خوفاً من تناول الأطعمة الجديدة عليهم.. وأنه كلما ثابرت الأسرة على تقديم هذه الأطعمة للأطفال ، يميلون بالنتيجة إلى الاعتياد عليها وقبولها.

٢- منظر أو شكل وألوان ورائحة ومذاق وبنية أو خامة الأطعمة تثير في الأبناء الشعور برفضها والامتناع عن تناولها، أو قبولها والتهاهما بالمقابل.. وعلى العموم يفضل معظم الأطفال الأبناء الحلويات والأطعمة ذات المذاق الحلو، بينما يكرهون عموماً أيضاً الأطعمة الأخرى المالحة أو/ والحامضة.. أي ذات المذاق الحامض.

٣- المعارضة والانفعالات الحادة التي تبديها الأسرة مع اللجوء إلى عقاب الأبناء على كراهيتهم ورفضهم للأطعمة التي تقدمها لهم.. الأمر الذي يؤلّد لدى الأبناء شعوراً بالتحدي والغضب أو الغيظ تجاهها، ومن ثم تبني الأمر (كراهية ورفض الأطعمة) وسيلة لإزعاجها والانتقام منها أو نكاية بها.

٤- تقليد الأبناء أقراناً لهم في سنهم يكرهون أطعمة وينعتونها بأدنى الصفات أو الأسماء.. الأمر الذي ينقله هؤلاء الأبناء سلوكياً بفعل تأثير الأقران إلى الأسرة والعادات الغذائية الأسرية.. لتبدأ ربما رحلة إضافية جديدة من سلسلة المعاناة أو المسؤوليات الجسام التي تُكادها في سبيل تنمية الأبناء لشخصياتهم المتكاملة السوية.

٥- كراهية الأب أو الأم أو الأخوة الكبار أو مزيجاً منهم لأنواع أطعمة وتفضيلهم لأخرى.. الأمر الذي يعتاد الأبناء عليه ويميلون إلى تقليده وتبنيه في غذائهم، دون ملاحظة واعية من الأسرة حيناً أو بإجازتها المبدئية الصامتة أو الملفوظة لذلك أحياناً أخرى، نظراً لكون الأمر عادة ممارسة من الأسرة تواء.

٦- التكرار الزائد من الأسرة لنوع واحد من الطعام بسبب تدني الحالة الاقتصادية غير القادرة على التنوع وتقديم وجبات مختلفة وشهية الألوان والأصناف والمذاقات حيناً، أو لعادات ثقافية محلية أحياناً أخرى، أو شغف الأسرة (أباً أو/ وأماً غالباً) بنوع أو أكثر من الأطعمة، حتى لو قدمت لهم يومياً أو كل وجبة أحياناً.. كل هذه العوامل الاجتماعية البيئية تزرع لدى الأبناء كراهية الأطعمة المتكررة هنا، مع ميلهم في نفس الوقت إلى أخرى، حتى لو كانت بسيطة جداً مثل قطعة خبز مغموسة بقليل من زيت الزيتون والزعتر!؟

أسباب بيولوجية وراثية لمشكلة كراهية الأبناء أطعمة وتفضيل أخرى

ترتبط الأسباب الحالية بالجسم وصحته ونموه.. بحيث يؤثر وجود بعض المشاكل في بعض أعضاءه أو تطوره من مرحلة شخصية إلى أخرى، في ميل

الأبناء نحو أطعمة محدّدة أو كراهية أخرى. من أهم الأسباب البيولوجية الوراثية الأمثلة التالية :

١- خروج الأطفال الأبناء من مرحلة الرضاعة التي يعتمدون خلالها في بقائهم الحياتي كاملاً على الأسرة وما تقدمه لهم أو تجبرهم عليه من أطعمة ، إلى الطفولة المبكرة بعمر سنتين فأكثر ، حيث يدركون بنموهم الشخصي العقلي والحركي والجسمي والانفعالي واللغوي ،أنهم قادرون على القرار والاختيار بأنفسهم والبقاء دون حاجة للأسرة. وهنا، تحرف النزعة الاستقلالية الأطفال الأبناء دون وعي، اللي تصرفات سلبية يخالفون أولاً الأسرة بها في مجالات سلوكية يومية منها كراهية ورفض أنواع محدّدة من الطعام،، ثم ثانياً حاجاتهم الصحية التي تتطلب منهم تناول مثل هذه الأطعمة.

٢- التراجع أو الارتداد البلعومي لدى الأطفال المبكرين بحيث يسبب لهم اللعاب الكثير والتهابات المريء والالام عند ابتلاع الطعام، الانزعاج ورفض الطعام.

٣- العطل الحركي الفمي مؤدياً ذلك إلى الحشجة والتهابات المريء المتكررة، خاصة لدى الأطفال الذين يسعلون ويغصون خلال الأكل.

٤- اضطرابات النفور من الطعام ،خاصة لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل صحية مزمنة، ومروراً بخبرات التنفس الاصطناعي والغذاء بمساعدة أنبوب ممتد للمعدة ...

٥- الاضطرابات العضلية العصبية لدى الأطفال المصابين بالشلل الدماغي والذي يسبب بدوره صعوبات في بلع الطعام.

٦- الإعاقات في عمليات مرور وهضم الطعام من البلعوم عبر المريء إلى المعدة ثم خروجاً إلى الأمعاء الدقيقة فالغليظة..

٧- ضعف عضلات الجهاز الهضمي بدءاً من المريء والمعدة وانتهاء بالأمعاء وغيرها من اضطرابات ومواطن القصور الأخرى في النظام الهضمي،، والتي تسبب جميعاً صعوبات بلع الطعام وبالتالي كراهيته ورفضه.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة كراهية الأبناء لأطعمة وتفضيل أخرى

نقدم للأسرة نوعين من التوجيه للتغلب على مشكلة كراهية الأبناء لبعض الأطعمة: التوجيه الأسري بالتربية الوقائية ثم التوجيه الأسري بالتربية العلاجية.

التوجيه الأسري بالتربية الوقائية للأبناء

تتلخص مبادئ التربية الوقائية للأبناء هنا بالمبادئ الإجرائية التالية :

١- تقديم أصناف صحية متنوعة من الأطعمة للأطفال الأبناء، مهما كان الأب أو الأم أو الأخوة الكبار غير ميالين إليها.

٢- المثابرة وعدم الاستسلام في تقديم الأطعمة المرفوضة من الأطفال الأبناء ، أسبوعاً بعد آخر ولو بمقادير قليلة.. فإذا لم يحبوها مرة، قد يتعودون عليها في المرات التالية.. مع مراعاة عدم الإكراه أو عقاب أو تعنيف الأبناء على ردود فعلهم السلبية نحو بعض هذه الأطعمة.. تفيد الدراسات أن الأطفال يُقبلون على الأطعمة بعد تقديمها لهم بين ١٠-١٥ مرة

٣- الابتعاد عن استعمال الأطعمة وسائل لرشوة أو مكافأة الأبناء بمنحهم نوعاً مفضلاً من الحلويات أو السكاكر/الشوكولا، أو إعفائهم من واجب معين أو الذهاب إلى صديق أو اللعب معه.. لان الأبناء قد يدركون هدف الأسرة بالقول في عقولهم: لو كان الطعام جيداً لما قدموا لي هذه العطايا.. إنه (أي الطعام) على الأرجح رديئاً.

٤- محاولة حديث الأسرة على مائدة الطعام في مواضيع ومناسبات أو حوادث سارة وإيجابية،، حيث يشجع تلقائياً نفسياً الأبناء على الاندماج في الموقف، وربما نسيان مشاكلهم مع الطعام وتناوله كالمعتاد بصحبة الأسرة.

٥- الابتعاد عن مناقشة عادات الأبناء السيئة في تناول الطعام،، لأن ذلك يحفز فيهم ردود فعل سلبية إضافية نحو بعض الأطعمة، وربما صحبة الأسرة على مائدة الطعام.

٦- تحديد الأكلات الخفيفة Snacks التي يتناولها الأطفال الأبناء غالباً خلال اليوم بين الوجبات الرئيسية الثلاث، بحيث لا تتعدى اثنتين أو ثلاث على الأكثر، حتى يتاح لهم تناول أطعمة صحية كافية مع الأسرة في الوجبات اليومية.

٧- الامتناع عن توفير بدائل طعام جانبية للأطفال الأبناء الذين لا يتناولون ما تقدمه الأسرة على المائدة أو في الوجبة الرئيسية،، للمساعدة في عودتهم إلى الطعام المقصود نتيجة شعورهم العارم بالجوع.. وعلى العموم، إذا لم تستطع الأسرة مقاومة عاطفتها نحو الأبناء بالحنو عليهم والخوف على صحتهم.. عندئذ يجب تحضيرها لهم وجبة واحدة في اليوم فقط لتعويض حاجات جسمهم الصحية اليومية نسبياً من الغذاء.

٨- استعمال اللعب ومواقف المنافسة مع الأطفال الأبناء خاصة في الطفولة المبكرة.. فعند عناد الطفل مثلاً أو مقاومته للطعام، يمكن للأُم دعوة أحد الأخوة الأصغر أو الأكبر مباشرة لتناول الطعام كاملاً حتى لا يبقى شيئاً لأخيه أو أخته.

٩- تقديم الأسرة للأطعمة بأشكال و ألوان وترتيبات متنوعة وجذابة، لإثارة فضول وانتباه وإقبال الأطفال الأبناء وتناوله كما هو مطلوب.

١٠- اعتياد الأسرة على تقديم الطعام في نظام يومي محدد عبر وجبات رئيسية معروفة في المكان والزمان،، ثم وجبات خفيفة (وغالباً) من الفواكه والخضار خلال أوقات مناسبة من النهار.

١١- إغلاق جهاز التلفاز خلال وجبات الطعام، لتركيز الأطفال الأبناء أكثر على الأكل وتناول ما يفيد صحة أجسامهم.

١٢- احترام سرعات الأطفال الأبناء في تناول الطعام. فمنهم ما هو بطيء أو سريع في ذلك.. فلا يجب من الأسرة التدخل في هذا الأمر، سوى إرشاد الأبناء بمضغ الطعام جيداً قبل البلع لفائدة صحتهم أكثر.

١٣- الحديث العادي مع الأطفال الأبناء خلال تناول وجبات الطعام، مع عدم التعرض لطريقة أكلهم أو انتقاد أسلوبهم خلال ذلك. ويفضل عدم الانتباه الزائد لهم خلال الأكل،، وتركهم يتناولون وجباتهم براحتهم. ويتوقع من الأسرة مع الأبناء الاسترخاء خلال ما يتناولونه من طعام.

١٤- تقديم الأطعمة بمذاقات يفضلها الأطفال الأبناء حتى يعتادوا عليها، ومن ثم تقديمها منفردة لهم طبعياً.. فإذا كان الأبناء يحبون المذاق الحلو

والحلويات ، عندئذ يمكن إضافة قليل من السكر على عصير الفواكه المقدم لهم طيلة فترة مناسبة ليتمكن بعدئذ تناولهم للعصير بمفرده كما هو .

١٥- الابتعاد عن إجبار الأطفال الأبناء للأكل أكثر ... وإذا قال الواحد منهم أنه أخذ كفايته من الطعام (شبع) ..أو نهض من مائدة الطعام لغسل فمه ويديه وفرشاة أسنانه ، فلا تجبره الأسرة على الرجوع وتناول المزيد لضرره الصحي غالباً ، ثم لإمكانية تطوير شعور بالكراهية نحو الطعام المجبر عليه .

١٦- حذف الأسرة من قوائم أطعمتها أي ممنوعات .. لأن الممنوع هو دائماً مرغوب . ولتسمح للأطفال الأبناء تناول ما يشاؤون من على مائدة الطعام ، مع ملاحظة التوازن الغذائي المفيد لصحتهم خلال ذلك . وإذا لم يحدث هذا التوازن على سبيل المثال خلال الوجبة الواحدة أو اليوم الواحد ، فيمكن أن يحدث في الوجبة التالية أو اليوم التالي أو خلال أسبوع من الوقت على الأكثر . فلا ضير من حيث المبدأ على صحتهم الجسمية نتيجة هذا .

١٧- تنمية الأسرة لميول إيجابية لدى الأطفال الأبناء نحو الطعام وفوائده الصحية لهم ، بالحديث الإيجابي غير المباشر معهم عن ذلك ، مع إعطاء أمثلة واقعية من أصدقائهم ومعارفهم .

١٨- توفير الأسرة في المنزل لأطعمة صحية وغنية في قيمتها الغذائية ، دون الأطعمة المشبعة بالدهون والسعيرات الحرارية .. إن توفير الأطعمة الصحية يمنح الأطفال الأبناء تلقائياً فرصاً لتناول وجبات صحية أيضاً ، دون استهلاك الوقت مع الأبناء لعدم تناول طعام محدد لضرره أو عدم فائدته كثيراً لهم . إن الأسرة من باب أولى الامتناع عن إحضار الأطعمة ذات القيم الغذائية المنخفضة ، لضمان تناول الأبناء بدائل غذائية مفيدة لصحتهم .

١٩- مشاركة الأطفال الأبناء (بناتاً وأولاداً) في شراء الأطعمة وتحضيرها وطهيها وتقديمها بجاذبية على المائدة .. لتعويدهم عليها وتكوين ميول إيجابية نحو تناولها وفائدتها .

٢٠- متابعة الأسرة في علاقات الأطفال الأبناء مع الأقران في الحي والمدرسة، ومحاولة تحييد آثارهم الغذائية السلبية على الأبناء،، بالحديث الهادئ والإرشاد والتوجيه المقنع بدون التهديدات والوعيد والتعنيف.

٢١- توعية الأطفال الأبناء لمخاطر الإعلانات التلفزيونية بخصوص أنواع الأطعمة الخفيفة والمسلية العديدة، ومدى ضررها على صحتهم.. مع محاولة ترشيد / ضبط شهياتهم وطلباتهم للحصول عليها،، حتى لو كان ذلك من مصروفهم اليومي الذي يعتبرونه حقاً لهم للتصرف به كما يشاؤون.

٢٢- تقديم أطعمة يحبها أو يستمتع بها الأطفال الأبناء، مع محاولة الأسرة مرافقة هذه الأطعمة بواحد لم يرغبوه ومبادرة الأسرة طبيعياً بدون تنويه أو كلام، بتناول الطعام غيرالمفضل من الأبناء والاستمتاع به أحياناً.

٢٣- محاولة الأسرة أن تكون قدوة أو نموذجاً للأطفال الأبناء في ميولها نحو الطعام وأنواعه المختلفة ومذاقاته وألوانه وعادات تناوله، وأخذه عند الجوع والكف عنه عند الشعور بالشبع.. ولو بقي في الوعاء لقمة واحدة ! وتناول المفيد الغني منه والامتناع أو التقليل لأقصى درجة من الوجبات السريعة أو أكياس التسلية المعلبة الفائضة في دهونها وسعراتها الحرارية دون قيمة غذائية تذكر. ولا تتوقع الأسرة تفضيل الأبناء لأطعمة وعادات غذائية، هي في الأصل تفتقدها ولا تمارسها وربما تمتلك ميولاً سلبية أو مهملة نحوها.

التوجيه الأسري بالتربية العلاجية للأبناء

يكون دور الأسرة بالتربية العلاجية الحالية مساعداً لجهات علاجية مختصة يتمثل بالتمويل والمتابعة وتدوين النتائج ومناقشتها مع الجهات الطبية والعيادية، وصولاً للنتائج المأمولة: التغلب على مشكلة كراهية الأبناء لأطعمة محددة. يمكن في هذا الإطار مهما يكن اعتبار ما يلي:

١- مبادرة الأسرة باستشارة طبيب الأطفال حول حالة طفلها البالغ سبعة أو ثمانية شهور ولا يزال يرفض تناول أطعمة مناسبة صلبة بجانب الحليب (حليب الأم أو حليب الأطفال)، لإجراء فحوصات طبية وتحليلية مناسبة، لتشخيص

حالته ووصف العلاج الغذائي وربما الدوائي المطلوب ،خاصة إذا بدت الصحة الجسمية للطفل معولة أو غير عادية مقارنة بسنه. أو يواجه مشاكل صحية مثل: فقدان الوزن وبطء النمو والسعال والحشجة الصوتية وتقطع التنفس والغصة خلال تناول الطعام، أو ترجيعه من المعدة بواسطة الفم بما يسمى الإقياء.

٢- طلب فحص الأطفال الأبناء من طبيب مختص في الجهاز الهضمي. يقوم بتصوير أجزاء وعمل هذا الجهاز باستعمال جرعة من الباريوم (عنصر معدني قلوي تمهيداً للفحص السيني للجهاز الهضمي) ثم يتم التصوير السيني للتحقق من بلع الطفل للباريوم أو تقطع هذا البلع. يجري هذا الفحص على الأطفال الأبناء بمساعدة مختص علاج الكلام الذي يلاحظ ويبحث عن أي أعراض غير عادية في عملية البلع.

٣- طلب مساعدة مختص علاج الكلام أو معالج وظائف الأعضاء بالجهاز الهضمي الذي يلاحظ عمليات بلع الطفل لأطعمة بكثافات مختلفة، واقتراح العلاج المناسب بالتعاون مع طبيب الأطفال وطبيب الجهاز الهضمي، مثل : تغيير الوضع الجسمي للطفل خلال تناول الطعام ، وإعطائه أطعمة بكثافات مختلفة ، وتعويد الطفل على تناول الأطعمة الصلبة (العادية غير السائلة)، خاصة إذا كان لا يرتاح نفسياً عند أخذها في فمه ، والاستعانة بوسائل طبية مناسبة تساعد الطفل في التكيف بعملية تناول الطعام.



مقدمة

إن الأكل الزائد المرتبط بحالات التوتر، والعادات الغذائية الفقيرة "وموضة" الوجبات الخفيفة الجاهزة المشبعة بالدهون والمواد الرخيصة أو الرديئة أحياناً.. هي مشكلات عامة يعاني منها أطفال وشباب هذه الأيام. وتفيد الإحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية، أن نسبة ١٠% من البنات والشباب (المراهقات) يعانون من مشكلات الأكل بوجه عام.

أما في مجتمعاتنا العربية المحلية، فإن العادات السيئة للأكل أو ما يعرف بالطعام غير الصحي القائم على النشويات والدهون عموماً كما في رقائق البطاطس (الشبس) والأيس كريم والشوكولا والحلويات أو الساكر ووجبات "الهامبرغرغ" وغيرها مما يشبه، بدأت تشكل ظاهرة سلبية في النظام الغذائي للشباب اليافعين (المراهقين).. يجب الالتفات إليها من الأسرة للحفاظ على النمو الشخصي السليم للأبناء في مجالات الجسم أولاً ثم في الإدراك والعاطفة والانفعالات والسلوك الحركي والاجتماعي.

وفي هذا العصر الذي يجري فيه تركيز المجتمعات على النحافة الجسمية، في الوقت الذي يبدو الأفراد أكثر وزناً من أي عصر مضى.. يكافح عديد الأفراد لتتقيص وزنهم العادي أملاً في الحصول على جسم جذاب أكثر، والعديد الآخر يصارع رغباته وميوله وعادات غذائه اليومية من أجل التخلص من كيلو غرامات زائدة عن العادة نسبياً،، أو كلياً لدرجة متطرفة أحياناً عند المعاناة من الوزن الزائد Overweight.

ومهما يكن، عندما يفقد عضو الأسرة الإحساس المنطقي بشهيته: بالامتناع عن الأكل حتى الموت أحياناً أو تناول الأكل بشراهة متطرفة، تُفقد المظهر اللائق والقدرة على الحركة والقيام بوظائف الحياة اليومية نتيجة الترهل والبدانة الزائدة.. نقول بأنه يعاني من اضطرابات الأكل.. تصرف غير مدني يستدعي

تشخيصه وعلاجه للعودة لعادية السلوك المدني المتعارف عليها في الغذاء وتناول الطعام بوجه خاص.

أنواع اضطرابات الأكل الملاحظة لدى الأبناء

تقع اضطرابات أو مشكلات الأكل التي يقع فيها الأبناء، في ثلاث فئات رئيسية.

١ - **فقدان الشهية للطعام** Anorexia Nervosa. تظهر هذه المشكلة لدى الأبناء الذين ينشدون التفوق أو الكمال في سلوكهم أو تحصيلهم وشكلهم أو مظهرهم، مع معاناتهم في نفس الوقت من ضعف تقديرهم لقدراتهم أو لما يمتلكونه من إمكانيات شخصية.

وفي غمرة الكفاح المحموم للنحافة أو رشاقة الجسم، يغالي الأبناء المصابون بمشكلة فقدان الشهية في تجنبهم ورفضهم للطعام، بالرغم من جسمهم النحيل أحياناً وتضورهم جوعاً في أحيان كثيرة أخرى.. الأمر الذي يؤدي بالنتيجة إلى ضعف الجسم ومرضه واندثاره بالموت في بعض الحالات، خاصة عند إغفال الأسرة للمشكلة وتفاقم الحالة المرضية للابن أو الابنة.

٢ - **الشهية المفرطة للطعام** Bulimia التي يقوم نتيجتها الأبناء بالتهام كميات كبيرة من الطعام المتخم بالسعرات الحرارية كما في النشويات والحلويات، ثم الإسراع بعدئذ إلى الحمام أو المغسلة في الخفاء غالباً بعيداً عن أعين الأسرة، لتخليص الجسم من فائض السعرات الحرارية بتفريغ المعدة من الأكل بواسطة القيء. أو في أحيان ثانية، يعتمد الأبناء النهمون هنا إلى تناول المليينات المعوية Laxatives لإثارة الجسم لمنع الامتصاص الكامل للغذاء وإخراجه دون فائدة صحية ستذكر.

وحتى يُخفي الأبناء الذين يعانون من مشكلة الأكل الحالية أمرهم عن الأسرة ويمضوا بالنتيجة قدماً في المحافظة على رشاقة أجسامهم كما يعتقدون، يغلقون الحمام ويفتحون ماء المغسلة لإعطاء انطباع لدى الأسرة بقضاء حاجة لهم..

وقد يستمرون على هذا الحال في الخفاء دون ملاحظة الأسرة لعدة أشهر أو سنوات،، حتى تبدو الأعراض المرضية لصحتهم الجسمية، بشكل جفاف في الجسم واختلالات هرمونية وفقدان مواد معدنية هامة ودمار خلايا وأعضاء هامة لأنظمة الجسم المختلفة.. فيَصْنَحُوا الجميع على مشكلة لم تكن في الحسبان، مع ما يرافقها من خسارة في الجسم والزمن والنفس والمادة خلال عملية العلاج.

٣- الشهية المفتوحة نسبياً للطعام. تؤدي هذه المشكلة بالأبناء إلى تناول

الطعام بكميات أكثر من حاجتهم الفعلية للصحة أو الجسم فيما يسمى بالأكل الزائد أو التخمّة. وبينما تشبه الفئة الحالية من الأبناء جزئياً سابقهم بالشهية المفرطة من حيث تناول كميات كبيرة أحياناً من الطعام، إلا أنهم لا يعمدون، كما هو الأمر مع المفرطين إلى التخلص من الأكل بالقيء أو المُلَيِّنَات..

ومهما يكن، فعند استمرار أفراد هذه الفئة في شهيتهم المفتوحة وتناول أي طعام يلوح لهم دون حساب كما يلاحظ أحياناً، يبدأ وزنهم بالازدياد ويترهل جسمهم وتتأقل حركتهم وتطراً عليهم أمراض جسمية جديدة مثل: السكر وضغط الدم والكولسترول.. وأخرى نفسية مثل الاكتئاب وتشوش مفهوم الذات والقلق والهرب من الواقع بالجوء إلى المخدرات.

عوامل مؤثرة في الجوع والأكل

أ - عوامل من أصول بيولوجية:

- ١- إثارة الشهية عند ارتفاع مستوى السكر في الدم وانخفاض مستوى الدهون الأسيديّة.
- ٢- امتلاء المعدة المنبه للثلاموس، ومذاق الأطعمة المثيرة لرفض الأكل ومستويات الإشباع في تخزين الدهون في الجسم وما تشير إلي للثلاموس الأدنى بعدم الأكل.

ب - عوامل من أصول نفسية :

- ١- الشعور بالجوع الخاص لأغذية تحتوي مواداً مثل الملح والكالسيوم أو السكر (الحلوى)...
- ٢- الاكتئاب و تحفيزه للأكل.

٣- المنبهات الاجتماعية للأكل مثل شعائر وعادات الأسرة في الأكل ومفهوم الطعام اللذيذ.

٤- الخوف.

٥- عدم الميل (الكراهية) المثير لعدم الأكل.

٦- الإشباع المشروط.

٧- الضغوط الاجتماعية المحبذة للنحافة و المراقبة الغذائية.

٨- اضطرابات عقلية مثل تجنب الأكل أو الأكل وقذف الأكل من المعدة.

ج - عوامل من أصول متنوعة:

١- منبهات حسية تحفز النظام العصبي لإصدار أوامر لأجهزة الجسم الغذائية والشهية والتخزين الغذائي للاستعداد وبدء العمل (الأكل).

٢- الأنشطة المتوقعة مثل النظر للأكل كوسيلة للبقاء.

الأبناء أكثر عرضة لاضطرابات الأكل

إن اضطرابات الأكل هي اخلالات نفس سلوكية تنشأ لدى عضو الأسرة بفعل ملكاته الشخصية والجسمية والبيئية التي يعيش فيها. فبعضها موروث يتصل بأقارب (أب أو أم) عانوا في السابق من اضطرابات الأكل أو المزاج أو تناول المخدرات.. والبعض الآخر أوجدته البيئة لدى عضو الأسرة بالتحفيز.. أو التعليقات (السخيفة أحياناً) حول البدانة والنحافة أو رؤى المجتمع حول الجسم المثالي أو الشكل النموذجي أو غيرها.

فالبيئة من أقران وأفراد أسرة وبيئة محلية تؤكد باستمرار على أهمية النحافة الجسمية لجمال وجاذبية الشخصية.. فنلاحظ بالنتيجة أعداداً كبيرة من الشباب عموماً، والنساء منهم خاصة يصرون كما يبدو على تجويع معداتهم للحصول على هذا المظهر الشخصي المرغوب بيئياً. تفيد إحصائية للمعهد الوطني الأمريكي للصحة العقلية أن ٩٠% من حالات اضطراب الأكل تتكون من مراهقات ونساء وشباب، وأن ٣% من مجموع النساء الشباب في الولايات المتحدة يعانين من اضطرابات الأكل.

ومع كثرة الأفراد أطفالاً ومراهقين وشباباً بعمر ٢٠-٣٠ سنة عموماً، الذين يعانون من اضطرابات الأكل بأنواعها الثلاث أعلاه، إلا أن بعضهم يمضي في اضطراباته متخفياً دون ملاحظة الأقران أو أفراد الأسرة لذلك حيث ينكرون ذلك عند إثارة الموضوع أحياناً معهم.. الأمر الذي يحفزهم للانزواء جانباً دون تفاعل اجتماعي كاف مع من حولهم من الناس.

والأفراد الأكثر عرضة لاضطرابات الأكل باعتبار العوامل النفسية هم الذين يعانون من تدني الحيوية الذاتية: الخاملين في همتهم للمبادرة والتحرك ذاتياً من مسؤولية إلى أخرى أو نشاط إلى آخر.. والذين يشعرون بالعجز وعدم القناعة تماماً بما يبدو عليه من مظهر.

كما أن الأفراد الذين يميلون إلى الكمال في تصرفاتهم وأعمالهم يقعون ضحية الاضطراب الأول: فقدان الشهية العصابي، أما الذين يميلون إلى التهور والاندفاع وعدم التروي في قراراتهم وتصرفاتهم، فقد لوحظ معاناتهم من الاضطراب الثاني : الشهية العصابية الراجعة(نظراً لتقيؤ عضو الأسرة الطعام من معدته لتكون فارغة مرة أخرى).

والأفراد الذين يتعرضون لمواقف بيئية مشبعة بالصدمات والانفعالات النفسية الحادة أحياناً مثل الاغتصاب وفقدان عزيز أساسي في الحياة الشخصية اليومية مثل أحد أفراد الأسرة والعنف الجسدي الحاد.. وكذا الحال عند التعرض لحوادث وأخبار طارئة سارة لدرجة حادة غير متوقعة مثل عودة مفقود من الحرب أو السفر الطويل، أو الشفاء المفاجئ من شلل أو مرض عضال،، أو حصول ولادة غير متوقعة أو ربح مبلغ كبير من المال في مسابقة أو سحب " اليانصيب ".. توقع كلها وغيرها العديد مما شابه في اضطرابات الأكل.. نظراً لما تتطلبه وبشكل مفاجئ أيضاً من أدوار ومظاهر شخصية وجسمية جديدة أو طارئة من هؤلاء الأفراد.

أهمية العلاج المبكر لاضطرابات الأكل

من المهم للمضطربين في عادات الأكل طلب العلاج لحالاتهم الإضطرابية في

وقت مبكر، تجنباً لاستفحال مشاكلهم السلوكية في هذا السياق،، ثم نشوء أمراض نفسية وصحية أخرى نتيجة اضطرابات الأكل الحالية. فالنهم للأكل إذا تركناه على غاربه يؤدي لمزيد من النهم والتهم الطعام.. ومن ثم للبدانة الزائدة وثقل الحركة الفردية، وسوء المظهر الجسمي وأمراض السكر وضغط الدم ومتاعب الأوعية الدموية والكلية والاكتئاب.. أو اللجوء إلى القياء ثم الارتياح النفسي نسبياً ثم الإقبال على الطعام مرة أخرى والقياء. وهكذا دواليك في دائرة متداخلة غريبة من الفعل ورد الفعل غير المفيد. أما الأفراد الذين يدخلون نظاماً غذائياً قاسياً لفقدان الوزن يقعون أيضاً فريسة اضطرابات فقدان الشهية للأكل.. وعند المغالاة في الامتناع عن تناول الطعام،، يؤدي ببعضهم إلى التضور جوعاً وفقر الدم وفقدان الشعر وهشاشة العظام وتسوس الأسنان وانقطاع العادة الشهرية عند النساء، والتهاب المريء وخفقان القلب، وكذلك المخاطرة باللجوء إلى الانتحار وربما المعاناة من السكتات القلبية، أو الفشل الكلوي.. كما تفيد إحصائيات المعهد الوطني للصحة العقلية بالولايات المتحدة الأمريكية .

واضطرابات الأكل تؤول أيضاً إلى اضطرابات عقلية مثل: الاكتئاب والقلق والإدمان على المخدرات والعزلة الاجتماعية عن الناس. ومع هذه الآثار السلبية المادية الجسمية والنفسية التي تسببها اضطرابات الأكل، فإن المهم دائماً هو مبادرة عضو الأسرة المعني لاستشارة طبيب نفسي بخبرات متخصصة في علاج الاضطراب النفس سلوكي الحالية.

والخلاصة، يمكن في الواقع شفاء معظم حالات اضطراب الأكل عند علاجها في وقت مبكر من ظهور أعراض المرض وقيام مختص نفسي مؤهل بهذا العلاج.

أما إذا أهمل عضو الأسرة في مراجعة الطبيب النفسي المختص ومَرَّ عليه وقت يعاني فيه من اضطرابات الأكل وما قد ينجم عنها من أمراض واضطرابات أخرى : جسمية ونفسية كما أوضحنا آنفاً، فإن عملية العلاج

تصبح صعبة ومُكلفة صحياً ومادياً وعمراً أسرياً.. وتتطلب زمناً أطول للوصول إلى النتائج المنشودة.

مؤشرات تحذيرية لاضطرابات الأكل لدى الأبناء

تبدو أهم مؤشرات اضطرابات الأكل بالأعراض التالية:

- ١- القيود غير الصحية على تناول الطعام مثل الرفض كاملاً أو التقليل منه لدرجة مجحفة، أو الاختيار غير السليم لأنواع دون أخرى.
 - ٢- فقدان أكثر من ١٥% من الوزن العادي للجسم.
 - ٣- الخوف الشديد عند زيادة الوزن.
 - ٤- سوء الفهم لنحافة الجسم والشكل أو الوزن المناسب.
 - ٥- غياب أو توقف أو تشوش الدورة الشهرية لدى النساء.
 - ٦- هجمات الإقبال على الطعام.. الأكل السريع لأي شيء وبكميات كبيرة.
 - ٧- التقيؤ المثار ذاتياً من عضو الأسرة.. اللجوء للقيء الإجباري بعد الأكل.
 - ٨- الاستعمال الزائد للملينات أو المسهلات.
 - ٩- الاستعمال غير المناسب لادرارات البول.
 - ١٠- الاستعمال غير المناسب للحقن.
 - ١١- الصيام الطويل أكثر من يوم متواصل، أو اللجوء إليه لدرجة غير عادية.
 - ١٢- التمارين الرياضية المجحفة أو الزائدة عن طاقة أو حاجة عضو الأسرة.
 - ١٣- الخمول أو تدني الهمة الذاتية.
 - ١٤- الخوف من فقدان القدرة على الضبط الذاتي.
- فإذا لاحظت الأسرة مؤشراً واحداً أو أكثر من هذه السلوكيات أو الأعراض... تبدأ فوراً بالحديث مع الابن أو الابنة حول حالته للخروج منها مبكراً قبل أن تتفاقم لديهما.. بالإرشاد والتوجيه والمتابعة الأسرية، أو بالاستعانة بجهات استشارية مناسبة صحية جسمية أو غذائية أو نفسية أو مزيجاً منها إذا دعت الحاجة.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة اضطراب الأكل لدى الأبناء

إن التعامل مع اضطرابات الأكل يبدو ميسوراً عند اكتشافها المبكر من الأسرة.. أما إذا تفاقمت هذه الاضطرابات لدى الأبناء، فيحتاج العلاج بذلك لفترة طويلة أحياناً ومداواة طبية جسمية ونفسية في آن.. للتخلص من المشكلات النفسية التي قد تصاحب اضطرابات الأكل..

كما يتطلب هذا العلاج كذلك فريقاً متكاملًا يضم: طبيب جسمي ومختص تغذية وطبيب نفسي، مع الأسرة بطبيعة الحال. يقومون معاً من خلال طرق العلاج الفردية والأسرية والدوائية الصيدلانية بالتغلب مشاكل الأكل الحالية.

تغلب الأسرة ذاتياً على مشكلة اضطراب الأكل

في العموم، ننصح الأسرة للتعامل البناء مع مشكلات الأكل، مراعاة ما يلي:

١- أن تكون نموذجاً صالحاً للأبناء في عاداتها الغذائية اليومية.. إن العديد من مشكلات واضطرابات الأكل تتطور لدى الابن أو الابنة بالتعلم من البيئة المباشرة المحيطة مثل الأسرة والأقران الذين يتعاملان معهم.

ولا يعقل أبداً أن تُلقي الأسرة محاضرة طويلة على الأطفال أو الأبناء عن مساوئ النشويات والحلويات على سبيل المثال أو الأكل المفرط عموماً.. ثم يقوم الأب أو الأم بعد دقائق بالتهام الطعام بدون حدود حتى التخمّة، أو أكياس البطاطس المقلية الكبيرة، وكميات هائلة من الأرز أو المعكرونة باختلافها، أو رغائف الخبز والشحوم واللحوم مع قليل من الخضار والفواكه، أو بدونها أحياناً وهما الحاسمان لبناء وصيانة وصحة الجسم كما هو معروف.

٢- المتابعة المستمرة غير المباشرة من الأسرة للأبناء في حياتهم اليومية عموماً، وعاداتهم الغذائية بوجه خاص،، مع الالتفات لأي تطورات أو أعراض صحية غير عادية قد تظهر عليهم.. لتتمكن من كشف مشاكل الأكل أولاً بأول قبل استفحالها لديهم، ومن ثم التعرف على الأسباب وراءها، وتوعيتهم بالتوضيح والإقناع والتعاطف والمشاركة خطوة بخطوة في التغلب عليها.

إستعانة الأسرة بمعالجين نفسيين للتغلب على مشكلة اضطراب الأكل

يقوم المعالجون النفسيون بدور فعال في تشخيص ومداواة اضطرابات الأكل، بمعاونة فريق من المختصين المساعدين، من أهمهم طبيب الصحة الجسمية لكشف الأمراض الجسمية، وربما المخاطر التي قد تنجم من تناول عضو الأسرة بعض الأدوية، أو من خبرته لتغييرات نفسية خلال عملية العلاج. كما أن مختص في الصحة الغذائية Nutritionist قد يلزم لتوجيه الحماية أو النظام الغذائي الذي يتبعه عضو الأسرة.

يعتمد المعالج النفسي الى دراسة التاريخ الشخصي لعضو الأسرة، ثم العمل معاً لتحديد العوامل التي كانت وراء مشكلة اضطرابات الأكل لديه، ومن ثم تطوير خطة العلاج المناسب المطلوب، تقوم على استبدال الأفكار والسلوكيات السلبية بأخرى إيجابية بناءة. يركز الاثنان كذلك على الصحة النفسية أكثر من الوزن مع متابعة عضو الأسرة بطبيعة الحال لعاداته الغذائية اليومية لمعرفة المواقف وأنواع الطعام التي تثير فيه النهم للأكل أو الانتشاء عنه. مع التركيز على تعليم عضو الأسرة الآثار المدمرة للتجوع بحجة التحيف وفقدان الوزن.. ونوبات النهم للطعام والتمارين الرياضية المجحفة وبالمقابل: تحسين الهمة والحيوية الذاتية وقبول المظهر الجسمي الذاتي.

ولا يكتفي المعالج النفسي مع عضو الأسرة بتغيير الأفكار والسلوكيات المرتبطة باضطرابات الأكل، بل يركزان أيضاً على شفاء العوامل النفسية المسببة لانحراف عادة الأكل.. وتحسين تعامل وعلاقات عضو الأسرة مع البيئة..

إن استخدام العلاج المُفرد (المعالج وعضو الأسرة) ومجموعات العلاج النفسي أو مجموعات التدريب والطرق السلوكية والغشائية والأصول المرضية والنفس تحليلية والأدوية المناسبة.. تبدو فعالة في الحصول على الشفاء المطلوب للاضطرابات الحالية.



مقدمة

البلل **Bedwetting or enuresis والإخراج** **Bedsoiling** هما مشكلتان يعاني منهما بعض الأطفال الأبناء أحياناً بعد عمر أربع سنوات. ومع أن معظم الأطفال يستطيعون ضبط حاجات البوال والإخراج مع عمر سنتين، إلا أن عدداً منهم لا يستطيع ذلك خلال النوم في الليل خاصة حتى بلوغهم عمر خمس إلى ست سنوات.. أما إذا استمر بعض الأبناء الأطفال إلى المراهقة حتى عمر اثنتي أو ثلاث عشرة سنة في مشاكل البلل والإخراج فيشير ذلك إلى وجود مشاكل نفسية واجتماعية وجسمية صحية قد يعانون منها (كما نوضح لاحقاً) كأسباب لهذه الاضطرابات الشخصية السلوكية.

ويعتري الأبناء المصابين بالاضطرابات السلوكية الحالية الشعور بالعيب والخجل من حالاتهم، خاصة إذا واجهوا من أعضاء الأسرة والأقران تعليقات غير واعية حيناً أو سخيفة أحياناً أخرى، تزيد من وضعهم الاضطرابي سوءاً، مؤخرة بذلك شفاءهم إلى أشهر أو ربما سنين طويلة تالية.

وبينما تبدو مشكلة البلل أكثر حدوثاً لدى الأطفال من الإخراج بوجه عام، فإن دراسات متخصصة جرت في الولايات المتحدة عن أطفال يعانون من البلل ليلاً، أفادت أن :

- حوالي ١٥ - ٢٠ % من الأطفال في الولايات المتحدة بعد عمر ثلاث سنوات، يعانون من مشاكل البلل في نومهم بما يعادل ٥ - ٧ مليون طفل.
- حوالي ١% من المراهقين الأمريكيين يعانون من مشكلة البلل في نومهم.
- الأطفال الأولاد يعانون لدرجة أعلى من الأطفال البنات في مشاكل البلل والإخراج.

➤ البلبل في الفراش ليلاً يعود جزئياً إلى أصول وراثية. أي أن الأسرة التي عانى الأب أو الأم طفلاً من مشاكل البلبل ليلاً، يتعرض أبنائهما بوجه عام لنفس المشكلة.

➤ معظم حالات البلبل لا تعود إلى مشاكل انفعالية.

➤ مشكلة البلبل تتوقف لدى الأطفال مع بلوغهم سن المراهقة بعمر ١٢ إلى ١٣ سنة.

والبلبل والإخراج ليسا في واقع الأمر مرضاً بذاتهما، بل هما أعراض تلاحظ في العادة على الأبناء الأطفال الذين يعانون من انتكاسات صحية في أجسامهم، أو من مشاكل اضطرابية في عادات نومهم. ومع هذا، يتوقع من الأسرة أن تعي حقيقة أن الأبناء عموماً لا يبطلون فراشهم ليلاً لغاية أو انتقاماً منها، أي عن سبق الإصرار على ارتكاب مثل هذه السلوكيات، وأن تبادر بدل تعنيف الأبناء أو تحفيزهم نتيجة البلبل والإخراج، بتشجيعهم على الصبر والأمل بالتحسن والخلص من المشكلة مستقبلاً.. والتعاطف معهم في معاناتهم وتهئية نفوسهم، حيث تساعد كلها على الشفاء دون تفاقم مشاكلهم أكثر.

أسباب عامة لمشكلة البلبل والإخراج لدى الأطفال الأبناء

إن أكثر الأسباب وراء معاناة الأطفال الأبناء من مشكلة البلبل والإخراج هي:

١- تشوش الإشارات والاتصالات العصبية بين الدماغ والمثانة التي تنظم عملية البول والاحتفاظ به حتى الصباح خلال النوم. إن انقطاع هذا التواصل العصبي أو تشوشه بين مجموعة الخلايا المختصة في الدماغ بعملية البول من جهة، والمثانة وفيسيولوجيا ووظيفة المثانة نفسها من جهة أخرى، في أداء مهمة التنقية الحاسمة لنظم الجسم الإنساني.. تؤدي بالأطفال إلى البلبل ليلاً في فراشهم خلال النوم.

٢- معاناة الأطفال من مشاكل في الكليتين والمجاري البولية كالإصابة بالتهابات أو صغر الكليتين لدى بعضهم.

٣- معاناة الأطفال من اضطرابات في عادات النوم اليومية كتشوش النوم ليلاً والنعاس أو الغفوات المتكررة خلال النهار.

٤- معاناة الأطفال من الضيق النفسي والقلق نتيجة المشاكل والنزاعات الأسرية، والإهمال والرفض والمحابة والأذى الأسري.

٥- التغييرات الطارئة في أسلوب حياة الأسرة مثل الانتقال إلى سكن آخر مختلف، أو إلى مدرسة أخرى، أو فقدان أعضاء الأسرة بالموت أو السفر أو السجن أو غيرها، أو مولد أخ أو أخت جديدين استحوذاً على اهتمام الأسرة وإهمالها بالمقابل للابن أو الابنة الأكبر.

٦- التدريب القسري أو غير الملائم في الإجراء أو التوقيت، للطفل على الذهاب إلى الحمام... الأمر الذي لم تتكون نتيجته عادات البوال أو الإخراج كما هو مطلوب.

٧- الإعاقات الجسمية التي يعاني منها الأبناء الأطفال أحياناً، حيث يقعون مجبرين أحياناً في هذه المشاكل الاضطرابية.

٨- معاناة الأطفال أحياناً من مشاكل الإمساك المعوي المزمن.

٩- الوراثة البيولوجية، فالبلبل هو مشكلة متواصلة في الأسر أحياناً، حيث تفيد الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية أن ١٥% لديهم أقارب بمشكلة البلبل، وأن ٥٠% منهم لديهم أباً أو أمماً أو أخوة عانوا (أو يعانون) من هذه المشكلة.

١٠- معاناة الأطفال الأبناء من مشاكل التنفس أثناء النوم كالشخير والتنفس بواسطة الفم، وتقطع التنفس بسبب التهاب الرئة والحنجرة والقصبه الهوائية أحياناً.

١١- معاناة الأطفال الأبناء من اضطرابات ومشاكل القلق.

١٢- بطء النمو الجسمي الذي ينتج عنه صغر الكليتين، والنوم لفترات طويلة، وضعف المنبهات الدماغية والبيولوجية التي تشعر الطفل بملء الكليتين

وضرورة البوال، ثم ضعف إنتاج الجسم للهرمون المبطئ لإدرار البول
Antidiuretic Hormone .

أما البوال خلال النهار، فترجع أهم أسبابه إلى :

- ١- النشاط الزائد للكليتين.
- ٢- الامتناع عن البوال لفترات متقطعة بالرغم من الحاجة لذلك.
- ٣- صغر حجم الكليتين.
- ٤- مشاكل في نظام البول.
- ٥- الحوادث اليومية الضاغطة المسببة للقلق.
- ٦- الأطعمة والأشربة المحتوية على الكافيين المنبه.
- ٧- الإمساك.

مؤشرات تحذيرية لمشكلة الببل والإخراج لدى الأطفال الأبناء

إن الأطفال الذين يعانون مبدئياً من مشكلة الببل والإخراج، يُبدون غالباً الأعراض السلوكية التالية، الأمر الذي يشير للأسرة بضرورة اتخاذ الترتيبات الذاتية بالإرشاد والتوجيه والتربية الوقائية، أو استشارة جهات طبية ونفسية متخصصة لعلاج ما يلزم في حالات الأبناء.

- ١- الصعوبات الصحية الجسمية التي تعيق الأبناء الأطفال من القيام بعادات التواليت (الحمام) بانتظام يومياً.
- ٢- الإمساك المزمن لدى الأبناء الأطفال.
- ٣- عض الأظافر.
- ٤- مص إصبع أو أكثر باليد.
- ٥- ثورات المزاج العصبية المتكررة.
- ٦- القلق النفسي.

تشخيص مشكلة الببل أو الإخراج لدى الأطفال الأبناء

إن أهم هذه الأعراض التي يمكن للأهل الالتفات إليها، للتعرف على مشكلة الببل أو الإخراج لدى الأبناء الأطفال، ما يلي :

- ١- وجود تاريخ أسري لعضو أو أكثر عانوا من مشكلة البلل والإخراج.
- ٢- تكرارية البلل أو الإخراج لدى الطفل.
- ٣- أوقات البلل أو الإخراج وربط ذلك بعبادات ومقادير الشراب والطعام.
- ٤- أساليب البوال أو الإخراج لدى الطفل : عادية أو غير عادية.
- ٥- التهابات الكليتين أو المجاري البولية.
- ٦- الإصابة بسكر الأطفال.
- ٧- أعطاب في نظام البوال لدى الطفل.
- ٨- لون البوال المعتم أو المحمر.
- ٩- صعوبة البوال أو الإخراج والانتظار لمدة غير عادية لذلك.
- ١٠- الشعور بالحرقة أثناء البوال.
- ١١- البوال خلال الليل والنهار.
- ١٢- مرض طويل نسبياً للطفل.
- ١٣- تقطّع عملية البوال كالتبول بكمية قليلة أو الاستمرار في البوال على شكل نقاط.

التوجيه الأسري للتغلب على مشكلة البلل أو الإخراج لدى الأطفال الأبناء

يصبح البلل أو الإخراج في الفراش خلال النوم ليلاً لدى الأبناء الأطفال عند استمرارهم بذلك بعد عمر أربع سنوات، مشكلة مزعجة للأسرة والأبناء في آن. عندئذ يتوجب من الأسرة التدخل طبياً ونفسياً لعلاج المشكلة لديهم، لتمكينهم من ممارسة حياتهم اليومية كالمعتاد بدون خجل أو إحراج أمام الآخرين. من المبادئ والإجراءات التي يمكن اتخاذها هنا ما يلي:

- ١- **تعليم الأطفال مبكراً عادات الذهاب للحمام** لكن بدون القسر أو الإجبار أو القسوة والتعنيف في ذلك. فمعظم الأبناء الأطفال يكونون مستعدين للتدريب واكتساب عادات الذهاب للحمام بعمر ١٨-٢٤ شهراً. وعندما يتوقف الطفل لحظة أثناء اللعب أو الحديث مع الوالدين أو الأخوة قبل البلل أو الإخراج في حفاظته.. فيعني هذا أنه مستعد من حيث المبدأ لعملية التدريب على الذهاب إلى الحمام والنظافة من البلل.

والمهم من الأم مراعاته هنا هو عدم التهاون أو الإهمال في البدء بعملية تنظيف الطفل من سلوك البلل، والاستمرار في اعتماد طفلها على الحفاضات في تأجيل هذه المشكلة إلى حين تقدمه في العمر أكثر.. أو في التساهل مع الأمر والتهرب من مسؤوليات تعليمية في هذا الإطار تجاه طفلها أو طفلتها، تكاسلاً وقلة همة أو إهمالاً أو عدم الشعور الكافي بواجب الأمومة نتيجة الإهمال أكثر بالعلاقات والمشاكل الشخصية خارج نطاق الأسرة، كما يلاحظ أحياناً. ومع أن أفضل توقيت لتدريب الطفل على النظافة والذهاب إلى الحمام هو فصل الصيف، حيث تتراوح مدة التدريب في العادة بين أسبوعين وستة أشهر، فإن الطفل يبدو مستعداً وناجحاً في التخلص من مشكلة البلل عندما : ❖ يكون قادراً على اتباع التعليمات البسيطة عند القيام بما يحتاج أو يُطلب منه.

- ❖ يفهم الكلام حول عملية النظافة من البلل والذهاب إلى الحمام.
- ❖ يستطيع تنظيم وضبط العضلات المسؤولة عن البوال والإخراج.
- ❖ يعبر كلامياً عن الحاجة للذهاب إلى الحمام.
- ❖ يستمر في جفاف الحفاضة لمدة ساعتين.
- ❖ يذهب إلى وعاء أو كرسي الإخراج في الحمام بمفرده.
- ❖ يحاول تنزيل الحفاضة أو اللباس الداخلي نتيجة الشعور بالبلل أو الإخراج.
- ❖ إن انتباه الأم لكل هذه الحالات لدى الابن أو الابنة، بالبدء بتدريبهما على النظافة والتغلب على مشكلة البلل أو الإخراج، باتباع الخطوات والمبادئ التالية:

*** قيام الأسرة بتوجيه وإرشاد الطفل في :**

- ❖ تناول الماء والسوائل عند الضرورة وبالحدود الدنيا فقط قبل النوم.
- ❖ تشجيع الطفل للذهاب إلى الحمام قبل النوم لتفريغ كليتيه من البول، أو من إفرازات الإخراج لحمايته نظيفاً خلال الليل.
- ❖ إيقاظ الطفل مرة على الأقل خلال الليل للذهاب إلى الحمام.

❖ تجنب عقاب الطفل وتعنيفه أو إشعاره بالذنب عند البلل أو الإخراج في الفراش ليلاً. إن تحلى الأسرة بالصبر والتعاطف مع الطفل في محنته يساعده في التخلص والشفاء منها.

❖ تشجيع ومديح الطفل ومكافأته بما يرغب عند نهوضه في الصباح نظيفاً.

❖ استشارة الأسرة لطبيب صحة جسمية - عند عدم فعالية إجراءاتها أعلاه، لإجراء فحوصات وتحليلات شاملة لأنظمة جسمه،، والتحقق من كفاية سلامتها وعدم تأثير أحدها أو بعضها على حالة الابن أو الابنة، وعلاج ما يلزم في حالتها قد تستدعي ذلك للتخلص من المشكلة الحالية.

❖ تحويل الأسرة للابن أو الابنة إلى طبيب نفسي في حال عدم وجود مشكلة صحية في جسميهما لتعزيز المشاكل النفسية الخاصة بالانفعالات أو القلق أو الشعور بالإهمال والرفض الأسري.. وعلاج ما يلزم فيها للشفاء المطلوب.

*** العلاج بالأدوية،** يُعطي الأطفال بحالات حادة من البلل، أدوية تساعدهم على ضبط حالاتهم. مثل هذه الأدوية :

❖ ديسموبروسيبن Desmoprossins أو DDAVP على شكل حبوب أو بخاخ بالأنف. ويعطى لتحفيز إفراز الهرمون المبطئ لإدرار البول.

❖ ايمبرامبين Imipramine الذي يمارس ضبطاً على آليات الدماغ والكليتين لمنع البول غير العادي.

❖ الدواء الضابط لجيوب الكليتين من عائلة Anticholinergies الذي يعمل على تهدئة الكليتين وتخفيض نشاطهما في إدرار البول والتحكم في عضلات وجيوب الكليتين من أجل ذلك.

*** تدريب الكليتين على الإدراج المناسب للبول ليلاً** بواسطة:

- ❖ تقرير قدرة الكليتين على الإدراج والعمل على تنظيمهما.
- ❖ توسعة الكليتين بتأخير الإدراج قليلاً كل مرة وحسب خطة مدروسة محددة.
- ❖ شرب كميات أقل من الماء والأشربة الأخرى قبل النوم.
- ❖ تخطيط واتباع نظام ليلى للنهوض والذهاب للحمام.

❖ استعمال آلة تحذير عند بدء عملية الإدرار ، وتكون على شكل حفاظة يضعها الطفل في بجامته أو لباسه الليلي،، مرتبطة بسلك وبطارية ومنبه حساس للبول عند أول رطوبة من بدء الإدرار، حيث تطلق الأداة صوتاً تحذيرياً للطفل للنهوض والذهاب إلى الحمام.

*** تدريب الكليتين على الإدرار المناسب للبول نهراً بواسطة :**

- ❖ القيام بعملية البول كل فترة زمنية مناسبة مثل ساعتين.
- ❖ الابتعاد عن الأطعمة والأشربة المحتوية على مادة الكافيين المنبهة.
- ❖ التدريب على الاسترخاء وإعطاء عملية البول حقها من الوقت حتى النهاية (تفريغ الكليتين من البول تماماً).

*** التحضير لتعلم عادات النظافة والذهاب إلى الحمام، بواسطة :**

- ❖ تعويد الطفل على مشاهدة وبيئة الحمام بالسماح له مرافقة أعضاء الأسرة عند استعمال الحمام، وربما مشاهدة كيف وأين يقومون بالبول أو الإخراج، وقيامه بفتح خزان الماء Flushing أو اللعب به أحياناً.
- ❖ وضع كرسي البول / الإخراج على مرأى الطفل في غرفة معيشته أو لعبه.. والسماح له باللعب بها أو لمسها أحياناً لغرض تعويده عليها.
- ❖ قيام الطفل بالجلوس على كرسي البول / الإخراج بالحمام، حتى بملابسه عندما لا يشعر الحاجة بالبول أو الإخراج.
- ❖ قيام الطفل الآن بالجلوس على كرسي الحمام بدون اللباس الداخلي أو الحفاظة.
- ❖ البدء في نهاية هذه المرحلة بتعليم الطفل على كيفية استعمال كرسي الحمام.

*** تعليم عادات النظافة والذهاب إلى الحمام، بواسطة :**

- ❖ تخفيف لباس الطفل (خاصة في فصل الصيف) لتهيئته تلقائياً لاستعمال الحمام عند الحاجة لذلك.
- ❖ وضع أو اجلاس الطفل على كرسي الحمام، عندما تبدأ على وجهه ملامح الحاجة للبول أو الإخراج.

❖ عرض الطفل على الحمام (أو سؤاله الذهاب إلى الحمام) بعد مضي ساعة من تناوله وجبة الطعام أو شربه كمية من الماء.

