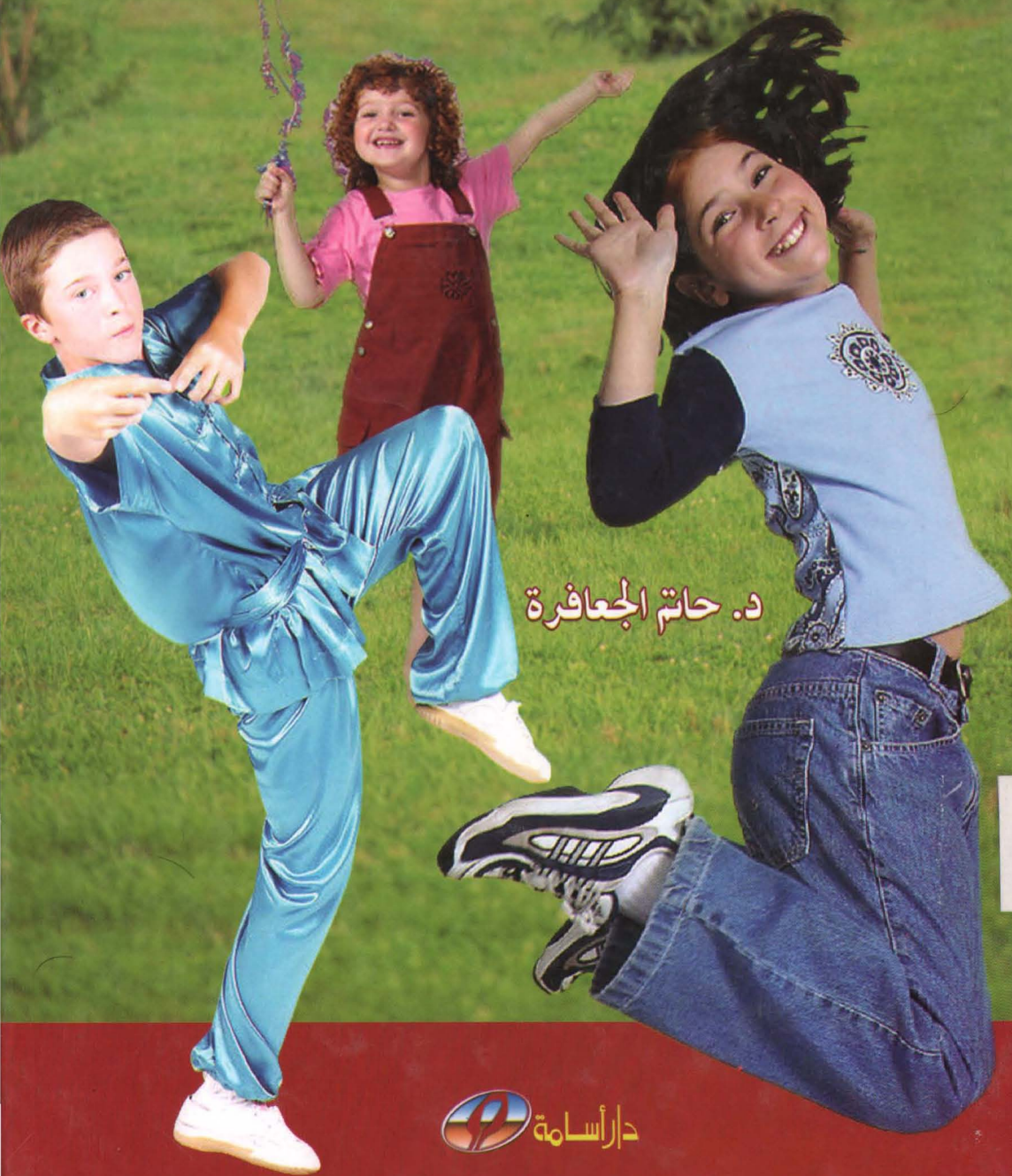


# الاضطرابات الحركية عند الأطفال



د. حاتم الجعافرة



دار أسماء

الناشر  
دار أسامة للنشر والتوزيع

الأردن - عمّان

● هاتف: ٥٦٥٨٢٥٣ - ٥٦٥٨٢٥٢

● فاكس: ٥٦٥٨٢٥٤

● ص.ب: ١٤١٧٨١

● Email: darosama@wanadoo.jo

الطبعة الأولى

٢٠٠٨

المملكة الأردنية الهاشمية

٣٧,٨

الجعافرة ، حاتم

الاضطرابات الحركية عند الأطفال / حاتم صالح الجعافرة. \_ عمان: دار

أسامة، ٢٠٠٧.

( ) ص.

ر.أ.: (٢٠٠٧/٥/١٢٤٣)

الوصفات: /الاضطرابات الحركية/ /رعاية الأطفال//الأطفال

❖ أعدت دائرة المكتبة الوطنية بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية

## المقدمة:

الذي لا شك فيه أن موضوع اضطراب النشاط الحركي لدى الأطفال من الموضوعات التي أخذت جانباً مميزاً عند خبراء التربية والدارسين والباحثين وذوي الاختصاص في هذا المجال. كما أن الحديث عن هذا الموضوع يشكل جانباً هاماً في علم النفس التربوي عند الأطفال والصغار بوجه عام. وقد بدأت هذه المشكلة تظهر بشكل مقلق لدى المختصين وذلك بسبب انتشار هذه الظاهرة وغدت آثارها تتعدى المراحل العمرية التالية للطفولة. والخطورة في هذه المشكلة أن النشاط الزائد أصبح يؤثر بطريقة سلبية على جوانب أخرى في الطفل وخاصة جانب النمو، حيث أن الكثير منهم يهدر طاقته في حركات كثيرة ونشاطات غير مجدية مما يؤدي إلى تدهور صحة هذا الطفل.

والواقع أن النشاط الحركي الزائد هو عبارة عن حركات جسمية تتعدى الحد الطبيعي والمناسب، حيث أنه يصبح سلوكاً اندفاعاً مفرطاً وغير مناسب للموقف وبلا هدف. ومن هنا فإن هذه الظاهرة في حال زيادتها والإفراط في التماثل بها فهي تعد حالة مرضية يجب التدخل لعلاجها.

وهذه النشاطات الزائدة إما تكون نشاطات حركية وإما نشاطات حسية، ومهما يكن من هذين النوعين فإنهما في النهاية يستعملان التعبير في المراجع الغذائية لوصف الحالة الغذائية لدى الطفل، كما أن كلا النوعين يمكن حدوثها في وقت واحد.

لقد ناقشت هذه الدراسة اضطراب النشاط الحركي لدى الأطفال والمصحوب بنقص الانتباه، وأعراض هذا النشاط وأسبابه والعوامل المؤثرة فيه، والعلاقة بين التغذية وسلوك الأطفال ثم التشخيص ومتى يتم وطريقته، ثم انتقلت

إلى علاج هذا الاضطراب والطرق الكفيلة لذلك سواء بالدواء أو الغذاء أو الاستشارة الأسرية.

ثم تحدثت عن التغيرات السلوكية لدى الأطفال وتأثرها بما يحدث داخل الأسرة التي ينتمي إليها، والعوارض السلبية خلال هذه المرحلة، ثم انتقلت بعد ذلك إلى صعوبات التعلم لدى الأطفال وسلوكهم العدواني ونزعة التخريب والثرثرة المزعجة، وانتهت الدراسة بتوجيهات وإرشادات عامة للمرشدين والآباء والمعلمين.

نسأل الله السداد،،،،

المؤلف

## ▼▼▼▼▼ الفصل الأول ▼▼▼▼▼

---

### اضطراب النشاط الحركي الزائد المصحوب بنقص الانتباه

## اضطراب النشاط الحركي الزائد المصحوب بنقص الانتباه

مما لا شك فيه أن مرحلة الطفولة هي أهم المراحل في حياة الإنسان، فهي المرحلة التي تبنى عليها شخصية الإنسان بكل معالمها وسماتها، وبالتالي تكون هي الأساس الذي تبنى عليه حياة الإنسان بأكملها ومن خلال التنشئة الاجتماعية التي يتلقاها الإنسان، يبدأ في اكتساب نمط معين من أنماط السلوك، فإذا مر الإنسان من هذه المرحلة بشكل جيد، أي أن جميع احتياجاته (الجسمية - النفسية - الاجتماعية) مشبعة بشكل جيد ومتوازن، فإنه يتمتع بالصحة الجسمية والنفسية والانفعالية والاجتماعية والعقلية، أما إذا حدث العكس فقد يواجه العديد من مشكلات الطفولة التي تمتد آثارها إلى مرحلة المراهقة، أو قد تلازم الإنسان على مدى حياته بأكملها، بمعنى أنها قد تصبح مشكلات طويلة المدى.

وإحدى أكثر هذه المشكلات شيوعاً وانتشاراً بين الأطفال وخاصة في المرحلة الابتدائية هي "اضطراب نقص الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي" وهي مشكلة تسبب للطفل العديد من المشكلات أولها صعوبات التعلم ونقص أو تشتت الانتباه بالإضافة للمشكلات الصحية التي يسببها الطفل لنفسه نتيجة النشاط الحركي الزائد المصحوب بالسلوك الاندفاعي، مما يجعله يضع نفسه في الكثير من المواقف الصعبة أو الخطرة دون تفكير.

وفي العادة يراجع هؤلاء الأطفال الطبيب بين السنتين والثلاث من العمر بالنسبة لأطفال العائلات المتوسطة والغنية، وبين السادسة والسابعة من العمر بالنسبة لأطفال العائلات الفقيرة، ويسبب ذلك أنه في العائلات المتوسطة لا ترضى الأم بأصوات التكسير والتخريب الناجمين عن فرط الحركة لدى الطفل، بينما يقضي أطفال العائلات الأخرى بعض وقتهم في الشارع بحيث يشبعون فرط حركتهم هناك ولا تعرف حالتهم إلا عند التحاقهم بالمدرسة، ناهيك عن أن القسم الأول من العائلات يراجع الأطباء عادة أكثر من القسم الثاني.

- وترجع خطورة مشكلة النشاط الزائد إلى أن هذه المتلازمة هي واحدة من أكثر مشكلات الطفولة انتشاراً، ومن أكبرها خطراً وتأثيراً على الطفل جسدياً ونفسياً

ودراسياً، وهو خلل إذا لم يكتشف ويحدد جيداً ويتم السيطرة عليه، يمكن أن يسبب للطفل تعقيدات على المدى الطويل، حتى أنه يجب تحذير الوالدين والمعلمين من القيام بعمل تشخيص غير متخصص من تلقاء أنفسهم، إذ يجب أن يقوم بالتشخيص الدقيق أخصائي مدرب جيداً للتعامل مع مثل هذه الحالات، كما يجب القول بأن هذه المشكلة ليست حديثة وإنما هي قديمة جداً وقد تم تناولها في دراسات قليلة منذ مائة عام تقريباً.

ومن دواعي الاهتمام بدراسة هذه المشكلة والسيطرة عليها، معدل الانتشار الكبير الذي تتسم به، حيث نلاحظ على سبيل المثال:

- إن معدل الانتشار في الولايات المتحدة الأمريكية لمشكلة النشاط الزائد (٦% - ٩%) من كل مدرسة من مدارس التعليم الأساسي، أما معدل الانتشار في الولايات المتحدة ككل فيبلغ عشرة أضعاف هذا العدد.

- معدل انتشار مشكلة النشاط الزائد في انكلترا بدرجة أقل، حيث تصل نسبتها إلى أقل من ٢%.

- معدل انتشار المشكلة في مصر ٢٠% حيث أن نسبة المشكلات السلوكية ككل تبلغ ٢٥%.

- كما ينبغي علينا أن نلاحظ هذه المشكلة أكثر شيوعاً بين الذكور عن الإناث بنسبة

٧ : ١، وعادة ما تكون بداية ظهور المشكلة في مرحلة ما قبل المدرسة أي في سنوات الطفولة المبكرة وتستمر مع الطفل، ونجد السن الأكثر شيوعاً لوجود المشكلة بين الأطفال هو سن التاسعة من العمر، ووفقاً للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع، يجب توافر دليل قاطع على تداخل أو مقاطعة مع الوظائف الاجتماعية أو الدراسية التي تتماشى مع عمره الزمني أي مع النمو الطبيعي له.

- ومما يدعو للقلق أن الأسباب الرئيسية لهذه المشكلة مازالت غير مؤكدة، على

الرغم من اقتراح أغلب المتخصصين وجود عدة عوامل مختلفة أو مجتمعة للمشكلة ومنها العوامل الوراثية والعضوية والنفسية (الحرمان العاطفي،

الأحداث التي تشكل ضغط نفسي، التفرقة بين الأبناء في المعاملة).

- وقد كان معظم الأطباء يعتقدون بأن أعراض هذا الاضطراب تختفي عند سن المراهقة، ولكن اختلف هذا الاعتقاد حالياً وأصبح معروفاً إن مشكلة النشاط الزائد هي مشكلة طويلة الأمد وإن حوالي ٣٠ - ٧٠ % من الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب سوف تستمر لديهم المشكلة إلى سن المراهقة، وأحياناً إلى سن البلوغ ومرحلة الشباب، ولكن من الجدير بالذكر إن الأطفال ذوي النشاط الزائد والذين تصاحبهم الأعراض لما بعد المراهقة، يكونون في خطر كبير من حيث زيادة هذا الخلل السلوكي وتكوين الشخصية المضادة للمجتمع.

ومن خلال ما سبق يمكننا أن نلاحظ أهمية المشكلة فهي تتعدى في آثارها المراحل العمرية التالية للطفولة حيث تصل نسبتها حالياً إلى ٦% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٧ - ١١ سنة إضافة إلى ما يسببه ذوي النشاط الزائد من ضيق وتوتر وإزعاج للمحيطين بهم، والأمر الذي يتطلب تقديم الرعاية الإرشادية والعلاجية للحد من مشكلة النشاط الزائد.

وقد أكدت الدراسات أن مشكلة النشاط الزائد تؤثر سلباً على معظم جوانب النمو لدى الأطفال، فمنهم من يهدر طاقته في حركات كثيرة لا جدوى منها ولا يهدأ، فتتدهور صحته، ومنهم من يمضي كل وقته في التنقل من مكان لآخر بدون هدف، ولا يستطيع الاستقرار أو التركيز فلا يجد وقتاً للتعليم فنقل مهارته المعرفية والتحصيلية، ويتصف هؤلاء الأطفال بالاندفاعية وتشتت الانتباه فلا يستطيعون اكتساب المهارات التي تحتاج إلى تركيز.

كما نجد إن الآثار السلبية للنشاط الزائد لا تقتصر فقط على الأطفال، وإنما تمتد إلى جميع المتعاملين معهم من الوالدين والمعلمين، فقد يكون هؤلاء الأطفال أكثر عرضة للاكتئاب والإحباط، وقد تضطر الأم الانسحاب بطفلها ذي النشاط الزائد خوفاً من الانتقاد والرفض والانزعاج من الآخرين.

وقد تعددت أساليب العلاج من النشاط الزائد ما بين العلاج الدوائي كـ Ritalin، والعلاج النفسي، والعلاج الغذائي، وكذلك العلاج عن طريق الأعشاب الطبيعية، إلا أن العلاج السلوكي يعتبر أكثر أنواع العلاج فاعلية مع الأطفال ذوي

النشاط الزائد، كما أنه يبتعد بنا عن هذه المشكلات الضخمة التي تثير الكثير من الجدل، والتي تسببها الأنواع الأخرى من العلاج، وخاصة العلاج الدوائي بما يحمله من تناقض ما بين استخدام العقاقير المنشطة والمنبهة لرفع قدرة الطفل على التركيز وبين العقاقير المهدئة لتقليل النشاط الحركي الزائد، ومن هنا نرى أن العلاج السلوكي يعتبر أكثر أساليب العلاج فاعلية وأماناً.

وللتعريف بهذا الاضطراب وانعكاساته المختلفة سيتم التطرق هنا لأعراضه، وأهم المحركات التشخيصية، والمظاهر المصاحبة، وعلاجه من واقع ما هو موجود في التراث بالإضافة إلى ما تمت مشاهدته من حالات، وسيلأخذ، من خلال استعراض تلك المحاور، كم الدراسات الموجودة في التراث والذي يعكس، في أحد مضامينه، أهمية الموضوع انتشاراً وتأثيراً.

### مفهوم النشاط الزائد

النشاط الحركي الزائد هو حركات جسمية تفوق الحد الطبيعي المعقول، ويعرف بأنه سلوك اندفاعي مفرط وغير ملائم للموقف وليس له هدف مباشر، وينمو بشكل غير ملائم لعمر الطفل ويؤثر سلباً على سلوكه وتحصيله ويزيد عند الذكور أكثر من الإناث.

وهو اضطراب شائع بين الأطفال، ومعدل انتشاره يختلف من دراسة إلى أخرى، وتزيد نسبة انتشاره لدى الذكور بمعدل ثلاثة أضعاف عنه لدى الإناث، ومع إن الاضطراب يحدث في المراحل العمرية المبكرة إلا أنه قليلاً ما يتم تشخيصه لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة.

والنشاط الزائد حالة طبية مرضية أطلق عليها في العقود القليلة الماضية عدة تسميات منها متلازمة النشاط الزائد، التلف الدماغي البسيط، وغير ذلك، وهو ليس زيادة بسيطة في مستوى النشاط الحركي ولكنه زيادة ملحوظة جداً بحيث إن الطفل لا يستطيع أن يجلس بهدوء أبداً سواء في غرفة الصف أو على مائدة الطعام أو في السيارة.

فالنشاط الزائد هو إفراط الطفل في الحركة وضعف التركيز وممارسة حركات عشوائية كثيرة وإزعاج من حوله.

- وقد أطلقت الجمعية النفسية عليه رسمياً اسم (اضطراب نقص الانتباه المصحوب بزيادة النشاط الحركي أو ADHD) عام ١٩٩٤- وعلى الرغم من ذلك فإن بعض الناس وحتى من المتخصصين مازالوا يطلقون عليه اضطراب نقص الانتباه (ADD) Attention deficit disorder وهو الاسم الذي تم إطلاقه على هذا الخلل عام ١٩٨٠ في المؤتمر التشخيصي الثالث (DSM-III).

- ويعتبر التعريف الشامل هو الذي قدمته لنا منظمة الصحة العالمية WHO عام ١٩٩٠ حيث عرفته على أنه: "مزيج من النشاط الزائد والسلوك غير المتكيف، مع تشتت الانتباه والعوز إلى التدخل بإصرار في المواضيع والسيطرة على المواقف، والإصرار الدائم على هذه السمات السلوكية".

- ووفقاً للمؤتمر التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM-IV) فإن الشخص ذو النشاط الزائد يتميز بالنمو غير المناسب لسنه (نقص النمو) ونقص الانتباه فيما بين الموضوعات، وسمات لا تتناسب مع عمره من النشاط الزائد والاندفاع أو كلاهما، ووفقاً لذلك فإنه يضع ٣ أنماط فرعية من النشاط الزائد:

- تشتت الانتباه.

- النشاط الزائد المصحوب بالاندفاع.

- نوع مركب يضم النوعين السابقين معاً.

- وكما ذكرنا فإن اضطراب تشتت الانتباه/ النشاط الزائد يعتبر من أكثر الاضطرابات السلوكية انتشاراً بين الأطفال حيث تبلغ نسبة انتشاره من (٥-٧%) أي أن (١-٢) طفل في كل فصل يعانون منه، وهو ينتشر أكثر بين الذكور عن الإناث بنسبة ٣ : ١.

- مما سبق نقول أن اضطراب نقص الانتباه / زيادة النشاط هو "خلل ارتقائي(نمائي) يبدأ ظهوره في مرحلة الطفولة المبكرة، وقد يستمر لما بعد المراهقة، ومن أهم مظاهره زيادة النشاط الحركي، تشتت الانتباه والاندفاعية".

ويميز البعض بين النشاط الزائد الحركي Hyperactivity والنشاط الزائد

الحسي Hyperkinesis، والفرق بين التعبيرين هو:

Hypernactivity: تعني زيادة الحركة الجسمية والنشاط لدى الأطفال.

**Hypenkimesis:** يعتبر هذا التعبير أعم وأشمل حيث يعني زيادة الحركة الجسمية والنشاط مع قصر مدة التركيز وزيادة الاندفاع والتهور والعصبية مع سهولة فقد الانتباه.

ولكن عادة يستعمل التعبيران في المراجع الغذائية لوصف الحالة الغذائية لدى الطفل. وقد يحدث كلا النوعين من النشاط الزائد معاً وقد يحدث أحدهما دون الآخر، وبغض النظر عن ذلك فإن كلا النوعين يؤثران سلباً على قدرة الطفل حيث انه سيعاني من مشكلات سلوكية واجتماعية في المراحل اللاحقة.

إن نسبة الأطفال ذوي النشاط الزائد تتزايد في العصر الحالي على الرغم من عدم وجود مقاييس محددة على وجه التقريب، إذ يوجد حوالي ٤-٥ مليون طفل يعانون هذا المرض في الولايات المتحدة الأمريكية، ونسبة من هؤلاء الأطفال يتناولون عقاقير مهدئة بانتظام للتحكم في درجة نشاطهم.

ونسبة كبيرة من الأطفال ذوي النشاط الزائد يقل لديهم هذا النشاط ويصبحون أكثر تركيزاً بتقدم السن تقريباً، وما يتراوح بين ثلث ونصف الأطفال المصابين بفرط النشاط يصبحون طبيعيين لا فرق بينهم وبين الآخرين عندما يصلون إلى سن الشباب، ولكنهم يظلون يعانون من المرض عند البلوغ، إلا أن النضج النفسي والاجتماعي يساعدهم على توجيه هذه الطاقة غير العادية إلى سلوكيات مقبولة في المجتمع باشتراكهم في الأنشطة الرياضية المختلفة والعمل في الوظائف التي تتطلب نشاطاً غير عادي.

## كثرة النشاط الحركي وقلة الانتباه

المشاكل السلوكية في الـ Attention Deficit Hypractivity ADHD Disorder هناك التباس بين النشاط العادي لأي طفل وبين النشاط الزائد فالنشاط، الحركة واللعب مطالب طبيعية، بل وضرورية للأطفال، فكل طفل يحب أن يلعب ويلهو، بل إن اللعب والحركة يعتبران عنصرين أساسيين من عناصر النمو الجسماني والنفسي والذهني والاجتماعي للطفل، ولكنهما ينبغي أن يكونا في حدود المعايير الطبيعية، وإلا انقلبا إلى مرض هو ما يطلق عليه اسم "فرط النشاط".

وعادة ما تظهر المشاكل السلوكية لدى هؤلاء الأطفال بشكل ملحوظ لدى الأطفال في سن دخول المدرسة، أي قبل سن سبع سنوات، حيث تلاحظ المدرسة أن هذا الطفل أو ذاك أكثر حركة من باقي التلاميذ، وأقل تركيزاً منهم، وفي معظم الحالات يتأخر تشخيص هذه الحالة إلى حين دخول المدرسة لأن الآباء يعتبرون سلوك أولادهم مفرطي النشاط طبيعياً، وربما كان السبب في ذلك هو أننا في مجتمعاتنا الشرقية نرفض الاعتراف أن ابننا غير طبيعي، أو أنه مصاب بمرض نفسي وباجة إلى علاج.

وكثير من المدارس لديها أطفال يعانون من هذه المشكلة، لكن المشكلة الأكبر هي أن قلة من المعلمين لديهم المعلومات الكافية عنه، وعن كيفية التعامل مع الطفل، فالأطفال الذين يعانون من كثرة النشاط الحركي ليسوا بأطفال مشاغبين، أو عديمين التربية لكنهم أطفال عندهم مشكلة مرضية لها تأثير سيء على التطور النفسي للطفل وتطور ذكاءه وعلاقاته الاجتماعية.

ويواجه أهل هؤلاء الأطفال صعوبات كثيرة فبالإضافة إلى المجهود الكبير الذي يبذلونه في التعامل مع هذا الطفل، هم متهمين من قبل الجميع بعدم قدرتهم على التربية، وكثيراً ما يلوم الآباء أنفسهم لسلوك أبنائهم الذين يتميزون بفرط النشاط، ويعتقدون أنهم أهملوا حقاً في تربية الطفل، وهو الذي أدى إلى تكوين هذه العادات السلوكية المخرجة لديه، وهذا بحد ذاته ضغط نفسي إضافي، فينتج عن ذلك قسوة على الطفل، بينما، الواقع غير ذلك.

وكثيراً ما يوصف الطفل الذي يعاني من النشاط الزائد بالطفل السيئ أو الصعب أو الطفل الذي لا يمكن ضبطه، فبعض الآباء يزعمهم النشاط الزائد لدى أطفالهم فيعاقبهم، ولكن العقاب يزيد المشكلة سوءاً، كذلك لأن إرغام الطفل على شيء لا يستطيع عمله يؤدي إلى تفاقم المشكلة.

إن هؤلاء الأطفال لا يرغبون في خلق المشكلات لأحد، ولكن الجهاز العصبي لديهم يؤدي إلى ظهور الاستجابات غير المناسبة ولذلك فهم بحاجة إلى التفهم والمساعدة والضبط، ولكن بالطرق الإيجابية، وإذا لم نعرف كيف نساعدهم فعلياً أن نتوقع أن يخفقوا في المدرسة بل ولعلمهم يصبحون جانحين أيضاً، فالنشاط الزائد يتصدر

قائمة الخصائص السلوكية التي يدعي أن الأطفال ذوو الصعوبات التعليمية يتصفون بها.

كذلك فإن الأطفال الذين يظهرون نشاطات زائدة كثيراً ما يواجهون صعوبات تعليمية وخاصة في القراءة، ولكن العلاقة بين النشاط الزائد وصعوبات التعلم ما تزال غير واضحة، فهل أن النشاط الزائد يسبب صعوبات في التعلم؟ أم أن الصعوبات التعليمية تجعل الأطفال يظهرون نشاطات زائدة؟ أم هل أن الصعوبات التعليمية والنشاط الزائد ينتجان عن عامل ثالث غير معروف؟، بعضهم اقترح أن التلف الدماغي يكمن وراء كل منهما ولكن البحوث العلمية لم تدعم هذا الاعتقاد دعماً قاطعاً بعد.

ويشكل التعامل مع الأطفال المصابين بكثرة الحركة ونقص الانتباه تحدياً كبيراً لأهاليهم ولمدرسيهم في المدرسة وحتى لطبيب الأطفال وللطفل نفسه، فأحياناً يكون عند الأطفال المصابين بهذه الحالة مشكلة في عدم قدرتهم على السيطرة على تصرفاتهم وأخطر ما في الموضوع هو تدهور الأداء المدرسي لدى هؤلاء الأطفال بسبب عدم قدرتهم على التركيز وليس لأنهم غير أذكياء.

## ما هو الـ ADHD

هذه الحالة لا تعتبر من صعوبات التعلم ولكنها مشكلة سلوكية عند الطفل ويكون هؤلاء الأطفال عادة مفرطي النشاط واندفاعيين ولا يستطيعون التركيز على أمر ما لأكثر من دقائق فقط، ويصاب من ثلاثة إلى خمسة بالمائة من طلاب المدارس بهذه الحالة، والذكور أكثر إصابة من الإناث، ويشكل وجود طفل مصاب بهذه الحالة مشكلة حقيقية أحياناً للأهل وحتى الطفل المصاب يدرك أحياناً مشكلته ولكنه لا يستطيع السيطرة على تصرفاته، ويجب على الوالدين معرفة ذلك ومنح الطفل المزيد من الحب والحنان والدعم، وعلى الأهل كذلك التعاون مع طبيب الأطفال والمدرسين من أجل كيفية التعامل مع الطفل.

ولهذه المشكلة تأثير على تطور الطفل ودرجة تحصيله العلمي، فقد أثبتت كثير من الأبحاث أن نسبة كبيرة منهم يعانون من صعوبات التعلم (مثل الدسلكسيا).

## مفهوم النشاط الزائد وقلة الانتباه

اضطراب النشاط الزائد هو اضطراب عصبي سلوكي ناتج عن خلل في بنية ووظائف الدماغ، ويؤثر على السلوك والأفكار والعواطف، ويمكن التعامل معه وتخفيف حدة أعراضه بهدف مساعدة الطفل على التعلم وضبط النفس مما يساهم برفع مستوى ثقته بنفسه.

وغالباً ما يتم التعرف على الطفل المصاب ما بين 5-9 سنوات وتستمر الأعراض في فترة الطفولة والمراهقة، مع العلم بأن فرط الحركة مرض مزمن وليس طارئاً.

### ماذا يعني تشتت (قلة) الانتباه

من أكثر أعراض هذه الحالة انتشاراً، فبالإضافة لعدم القدرة على الانتباه - فدرجة التركيز والانتباه لديهم قصيرة جداً، فإن المصابين بالحالة غير قادرين على التركيز - التذكر - التنظيم، يظهرون كأنهم غير مهتمين لما يجري من حولهم، يجدون صعوبة في بدء وإكمال ما يقومون به من نشاط، وخصوصاً ما يظهر أنه ممل أو متكرر أو فيه تحدي وتفكير، كأنهم لا يسمعون عندما تتحدث معهم، ولا ينفذون الأوامر المطلوبة منهم، يفقدون أغراضهم، وينسون أين وضعوا حاجياتهم - كتبهم وأقلامهم.

### ماذا يعني فرط الحركة - زيادة النشاط؟

فرط الحركة وزيادة النشاط علامة مميزة، حيث أن الطفل يتلوى - يتململ، لا يستطيع البقاء في مكانه أو مقعده، يجري في كل مكان، يتسلق كل شيء، كثير الحركة لا يهدأ، يتكلم كثيراً، كل ذلك بلا هدف محدد، يحدث ذلك في المنزل - الشارع - الأسواق - أو المدرسة، كما يجد الطفل المصاب بفرط النشاط الحركي صعوبة في التأقلم واللعب مع الأطفال الآخرين.

وتختلف الصورة في المراهقين والبالغين، فلا تظهر الأعراض الحركية بنفس الدرجة والوضوح كما في الأطفال، ولكن يمكن ملاحظة تمللمهم الشديد، وهم لا يجدون متعة في القراءة أو مشاهدة التلفاز أو الأنشطة التي تحتاج الهدوء والسكينة.

## ماذا تعني الاندفاعية؟

يكون هؤلاء الأطفال مندفعين بطبعهم، لا يفكرون في الحدث وردة الفعل، يجابون على السؤال قبل الانتهاء منه، ولا ينتظرون دورهم في الحديث أو اللعب، فهم كثيراً ما يقاطعون الآخرين في الكلام واللعب، وهو ما يؤدي إلى عدم قدرتهم على بناء علاقات مستمرة مع الآخرين، ونلاحظ تأثير ذلك في البالغين في عدم استمرارهم في عمل أو وظيفة معينة، كما أنهم يصرفون أموالهم بدون تفكير أو حكمة.

## المدة الطبيعية للتركيز والانتباه

تختلف مدة ومقدرة الإنسان الطبيعي على الانتباه والتركيز، وهي المقدرة المؤدية للتعليم والتذكر، ومن ثم إلى زيادة نسبة الذكاء، وتتراوح فترة انتباه الطفل الطبيعية من ثلاث إلى خمس دقائق لكل سنة من العمر، فالطفل في الروضة يحتاج إلى خمس عشرة دقيقة كفترة انتباه متواصلة لكي ينجز العمل الموكول له كحد أقصى، وبعد ذلك تزيد لكي تكون عشرين دقيقة في الصف الأول والثاني، ولكن هذا لا يعني التركيز المستمر المتواصل، ولكن عدم التسويف وفقد التواصل مع العمل الذي يقوم به، ولكن يجب الانتباه إلى أن فترة الانتباه عند مشاهدة التلفاز لا تحسب عند قياس المقدرة على التركيز والانتباه.

## نسبة انتشار اضطراب النشاط الزائد

اضطراب فرط الحركة وضعف التركيز من الحالات المنتشرة في جميع أنحاء العالم، وتشير كثير من الدراسات إلى نسب عالية من الانتشار بحيث يوصف أنه من أكثر الاضطرابات المزمنة التي تظهر في الطفولة، وتتباين التقديرات المئوية لنسبته حيث تقدر في بعض الدراسات ٣% إلى ٥%<sup>(١)</sup>.

(1) e.g. Barkley, 1998; Goldman, Genel, Bezman, Slantez, 1998; Kewley, 1998; Swanson, Sergeant, Taylor, Sonuga-Barke, Jensen, and Cantwell, 1998 .

بينما تورد دراسات أخرى أنه يتراوح ما بين ٦% إلى ٩%<sup>(١)</sup>، وتصل نسبة الإصابة به في بعض الدراسات إلى ١٠% من الأطفال في المرحلة الابتدائية، لكن على أكثر التقديرات معقولة ما بين ٣% إلى ٦% حسب تقديرات الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية الأمريكي الرابع DSM-VI، وتؤكد أبحاث حديثة على أن نسبة البالغين المصابين به لا تقل عن ٣%.

وقد لوحظ إن نسبة الإصابة بالحالة تختلف حسب شروط التشخيص، ففي دول أوروبا وبريطانيا يشترط وجود الأعراض الثلاثة (فرط الحركة وقلة الانتباه والاندفاعية) مجتمعة للحصول على التشخيص لذلك تبلغ نسبة الإصابة في الدول الأوروبية ٥%، أما في أمريكا فلا يشترط وجود الأعراض الثلاثة الرئيسة لذلك تبلغ النسبة ١٠-٢٠% تقريباً.

وتتباين هذه النسب بين الذكور والإناث كما تجمع أغلب البحوث حيث تشير لنسبة أعلى لدى الذكور<sup>(٢)</sup>.

والجدير بالذكر أن هذه الأرقام خاصة بالمجتمع الأمريكي، ولا يوجد إحصائيات حول الانتشار في المجتمعات العربية إلا القليل، وهذا بدوره يُبرز أهمية ارتياد هذا الموضوع لافتقاره للدراسات ولأهميته كما سلف.

ومن الدراسات العربية التي أجريت عن هذه الحالة فهي كما يلي:

- ١- دراسة بحث لنيل درجة الماجستير - د. السيد محمد قطب - جامعة الأزهر ١٩٨٥ - وكانت عينة الدراسة ٤٧٠ تلميذ في ثلاث مدارس، أظهرت أن نسبة الاضطراب هي ٦,٢%، في المرحلة العمرية ٧-٩ سنوات، وأن هذا الاضطراب هو أكثر شيوعاً بين الذكور.

(1) see Milberger et al., 1995

(2) e.g. Faraone, Biederman, Chen, Milberger, Warburton, and Tsuang, 1995; Rhee, Waldman, Hay, and Levy, 1999; Zarin, Suarez, Pinus,

Kupersanin, and Zito, and Mango, 1998.

٢- دراسة لمراجعي العيادة النفسية- مستشفى الملك خالد الجامعي- الرياض ١٩٨٨-١٩٩٣، حيث أظهرت نسبة ١٢,٦% من المراجعين.

٣- دراسة د. جمال حامد الحامد، كلية الطب جامعة الملك فيصل- الدمام، أجريت هذه الدراسة في عشر مدارس ابتدائية (مدارس الأولاد)، باستخدام مقياس ADDES لدراسة سلوك التلاميذ، وبلغت عينة الدراسة ١٢٨٧ طالباً، وقد أوضحت الدراسة أن نسبة انتشار الاضطراب المركب ١٦,٧%، نقص الانتباه منفرداً ١٦,٥%، فرط الحركة والاندفاعية ١٢,٦%.

### الأعمار التي يحدث فيها الاضطراب

أكثر الآراء ترى أن الحالة نمائية، أي أن الإصابة حدثت خلال الحمل وقبل الولادة، ولكن الأعراض تظهر في مرحلة الطفولة، وتكون أكثر وضوحاً وتسرعى انتباه الآخرين عند ترك الطفل المنزل ودخوله المدرسة، وتستمر الحالة طوال العمر بدرجات متفاوتة، وقد لا تكون الحالة واضحة لدى البالغين لقدرتهم على التكيف والتصرف، وتبلغ نسبة حدوث الحالة لدى البالغين ٣%.

### هل الطفل مصاب بتخلف فكري؟

هؤلاء الأطفال عادة ما يكونون طبيعيين الذكاء، وليس لديهم تخلف فكري.

### هل الطفل لديه صعوبات في التعلم؟

لا تعتبر هذه الحالة من صعوبات التعلم، فهي مشكلة سلوكية عند الطفل، ولكن حيث أن هؤلاء الأطفال عادة ما يكون لديهم زيادة في الحركة مع الاندفاعية، كما أنهم لا يستطيعون التركيز على أمر ما لأكثر من مدة محدودة، والتعلم يحتاج إلى التركيز للفهم والحفظ والتحصيل العلمي، لذا نلاحظ وجود الفشل الدراسي لديهم، وأغلب تلك الحالات يتم اكتشافها وتشخيصها نتيجة الفشل الدراسي، وفي نفس الوقت لاحظت بعض الدراسات أن هناك نسبة جيدة من هؤلاء الأطفال يعانون من صعوبات التعلم - الديسليكسيا - مثل الصعوبة في القراءة أو الكتابة وغيرها.

كذلك فإن الأطفال الذين يظهرون نشاطات زائدة كثيراً ما يواجهون صعوبات تعليمية وخاصة في القراءة ولكن العلاقة بين النشاط الزائد وصعوبات التعلم ما تزال غير واضحة.

هل يسبب النشاط الزائد صعوبات التعلم أم هل تجعل الصعوبات التعليمية الأطفال يظهرون نشاطات زائدة؟ أم هل أن الصعوبات التعليمية والنشاط الزائد ينتجان عن عامل ثالث غير معروف؟  
بعضهم اقترح أن التلف الدماغي يكمن وراء كل منهما ولكن البحوث العلمية لم تدعم هذا الاعتقاد دعماً قاطعاً بعد.

## المآل

تجمع البحوث على أن اضطراب الانتباه/النشاط الزائد من الاضطرابات التي تظهر في الطفولة وتستمر في أغلب الحالات إلى الرشد بحيث يوصف بأنه اضطراب "مزمن"، وإن تباين مع المرحلة العمرية كما سبق أن ذكر ذلك في المحكات التشخيصية، مع استمرار تأثيره على جوانب حياة الفرد المختلفة لاسيما إذا ما ترافق معه اضطرابات أخرى كاضطرابات القلق والوجدان، أو اضطراب المسلك<sup>(1)</sup>.

## أنواع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

حالة اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه حالة سلوكية مرضية، لها قواعد محددة للتشخيص، ومع التطور في المجال النفسي والتربوي تم تقسيم الحالة إلى أنواع متعددة، لكل منها قواعد التشخيص الخاصة به، وهي:

### - فرط الحركة - النشاط:

في هذه الحالة تكون أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه موجودة بنسبة متفاوتة، ولكن يغلب عليها علامات وأعراض فرط الحركة.

(1) e.g. Barkley, 1998; Faraone, Biederman, Spencer, Wilens, Seidman, Mick, and Dolye, 2000; Faraone, Biederman, Feighner, Monuteaux, 2000; Milberger et al., 1995; Wender, 2000.

- قلة الالتباه - ضعف التركيز:

في هذه الحالة تكون أعراض اضطراب فرط الحركة ونشأت الانتباه موجودة بنسبة متقاربة، ولكن يغلب عليها علامات وأعراض قلة الانتباه.

- اضطر اب فرط الحركة وتشتت الانتباه:

في هذه الحالة تكون أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه موجودة لكلا الحالتين، فرط الحركة وقلة الانتباه.

الأنواع الفرعية ومحاذاة الشيفرة

كما سلف يظهر هذا الاضطراب على ثلاثة أبعاد: قصور الانتباه، والنشاط الزائد، والاندفاعية.

والأقسام الفرعية لا تخرج عن هذه الأبعاد كما وضعها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للمعدل (DSM-IV-TR) وهي:

١- اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد: نمط مشترك، وهذا النوع يضم الأعراض الشخصية للبهين: قصور الانتباه والنشاط الزائد.

٢- اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد: نمط يسود فيه قصور الانتباه، وهذا النوع يضم أكثر الأعراض الشخصية لقصور الانتباه مع بعض أعراض النشاط الزائد.

٣- اضطراب قصور الانتباه/ النشاط الزائد: نمط يسود فيه النشاط الزائد، وهو عكس السالف من حيث علوية الأعراض التمييزية للنشاط الزائد.

وفيما يخص الأعراض والخاصة بقصور الانبثاء، كجزء من المحكات الشخصية، كما وردت في الدليل الشخصي والإحصائي الرابع المعد، فإنها تلخص، بشكل عام، في:

- عدم القدرة على الاستمرار في الانتباه المركز للتفاصيل حيث لا يستطيع الفرد تتبع التعليمات وبالتالي ارتكاب أخطاء قد تعكس الالامبالاة.

- عدم عمل الواجبات المدرسية أو المتعلقة بالعمل.
- عندما يُتحدث له يبدو وكأنه لا يسمع في كثير من الأحيان.

- لا يحب المهام أو الواجبات التي تتطلب جهداً ذهنياً ويتجنبها.
- يكون عرضة للتشتت بسهولة.
- غير منظم أو مرتب.
- ينسى كثيراً من المواعيد والأغراض سواء المدرسية (مثل أقلام أو دفاتر) أو الخاصة.

أما النشاط الزائد، فيظهر، بشكل عام كما سلف، في:

- التملل أثناء الجلوس ويبدو ذلك من خلال حركات اليدين والقدمين، أو ترك المقعد في وقت يكون المكوث مطلوباً.
- يظهر من خلال الحركة أو التحدث على نحو مفرط بدون كلل.
- التملل والضيق من الانتظار في الدور.
- يتسم اللعب والنشاط بالافتقار إلى الهدوء.
- أما الأعراض التشخيصية للدفاعية فتشمل:
- صعوبة انتظار الدور.
- مقاطعة الآخرين أو التدخل في الحديث أو اللعب.

ويلاحظ هنا أن مدة ستة أشهر على الأقل من استمرار الأعراض السالفة بحيث تكون مصدر سوء تكيف، وعدم تناسبها مع المرحلة العمرية شرط ضروري للتشخيص، كما أن الاندفاعية، حين التشخيص، تدخل ضمن النشاط الزائد، وليست فئة أو نوعاً مستقلاً بحد ذاته.

أما المحكات التشخيصية العامة للاضطراب فتتلخص في:

- وجوب أن تظهر الأعراض السالفة أو بعضها على الأقل قبل سن سبع سنوات.
- ظهور تأثير تلك الأعراض السلبي المعطل في مجالين على الأقل مثل المنزل، والمدرسة، والعمل.
- أن لا تكون تلك الأعراض نتاجاً حصرياً (متوقفة على تواجد) اضطرابات أخرى مثل الفصام أو أي اضطراب عقلي آخر، أو اضطرابات الوجدان أو القلق أو الشخصية.

وما يجب إبرازه هو عدم التعامل مع الأنواع الفرعية على نحو متماثل لأن التقسيم له انعكاساته الفعلية على متغيرات عديدة مثل: التحصيل الدراسي، والعوامل المعرفية في كل نوع فرعي<sup>(١)</sup>.

## الخصائص المصاحبة

هناك خصائص عديدة مصاحبة لهذا الاضطراب تتوقف مظاهرها وحدتها على حدة الاضطراب ونوعه، والمرحلة العمرية، ومن أهم تلك الخصائص فيما يتعلق بالجانب الانفعالي:

- انخفاض تقدير الذات بشكل عام.
- انخفاض عتبة تحمل الإحباط.
- حدة الطبع والمزاجية.
- عدم تحمل تأجيل المطالب.
- العناد.
- الملل.
- انخفاض الدافعية في الدراسة والعمل (تأجيل العمل أو المهمة لآخر لحظة أو عدم عملها إلا بالبحاح)<sup>(٢)</sup>.

أما في الجانب الأسري والاجتماعي فيلاحظ:

- بروز النبذ من الأقران (بشكل خاص في النمط الذي يسوده النشاط الزائد).
- الصراع في بيئة المدرسة مع المدرسين أو في بيئة العمل مع الزملاء.
- الصراع الأسري.

(1) e.g. Carlson and Mann, 2000; Frick and Lahey, 1991; Gansler, Fucetola, Krenzel, Stetson, Zimering, and Makary, 1998.

(2) e.g. Amen, 2001; Barkley, 1998; Erk, 1995; Gentschel and McLaughlin, 2000; Sagvolden, 1999; Slomkowski, Klein, and Mannuzza, 1995; Wender, 2000

- ضعف المهارات الاجتماعية.
  - السمعة الاجتماعية السيئة.
  - عدم إكمال التعليم وترك المدرسة<sup>(١)</sup>.
- أما في الجانب المعرفي، فإن الانخفاض الواضح في التحصيل الدراسي وبشكل خاص القراءة والرياضيات من أهم الخصائص المصاحبة<sup>(٢)</sup>.
- ويتجلى، بشكل عام، في:
- ضعف التحصيل الدراسي والرسوب المتكرر وربما ترك المدرسة<sup>(٣)</sup>.
  - شروذ الذهن وأحلام اليقظة.
  - قصور الذاكرة العاملة working memory.
  - معالجة المعلومات وصعوبات تعلم.
  - نسبة ذكاء منخفضة قليلاً<sup>(٤)</sup>.
- وإن كان هنالك فئة ذات ذكاء حاد وإبداعية مرتفعة<sup>(٥)</sup>.
- ومن مظاهر هذا الاضطراب فيما يخص الأداء التحصيلي:

- 
- (1) e.g. Amen, 2001; Barkley, 1998; Erk, 1995; Gentschel and McLaughlin, 2000; Greene, Biederman, Faraone, Sienna, and Garcia-Jetton, 1997; Slomkowski, et al., 1995; Wender, 2000
  - (2) Marshall, Hynd, Handwerk, and Hall, 1998; Merrell and Tymms, 2001
  - (3) e.g. Erk, 1995; Greene et al., 1997; Frick, Kamphaus, Lahey, Loeber, Christ, Hart, and Tannenbaum, 1991, 1995; Heiligenstein and Keeling, 1995; Hinshaw, lahey, and Hart, 1993; Reis and McCoach, 2000; Slomkowski, et al, 1995 .
  - (4) e.g. Barkley, 1997; Doyle, Biederman, Seidman, Weber, and Faraone, 2000; Erk, 1995; Murphy, Barkley, and Bush, 2001; Scaughency, Lahey, Hynd, Stone, Piacentini, and Frick, 1989; Wender, 2000; Willcut, Pennington, Boada, Oglie, Tunick, Chhabildas, and Olson, 2001
  - (5) Bonnie, 1995; Reis and McCoach, 2000

- رداءة الخط handwriting poor<sup>(١)</sup>.
- التعرض لحوادث عديدة مثل الإصابات العامة وإصابات الرأس والكسور والتمزق<sup>(٢)</sup>.
- القيادة المتهورة وحوادث السير بالنسبة للراشدين<sup>(٣)</sup>.

ويبدو واضحاً أن هذه الخصائص لا يمكن عزلها عن بعضها، فقصور الذاكرة العاملة يقود إلى "النسيان" في كثير من الأمور من الدراسة إلى الأمور الحياتية الأخرى، وهذا بدوره يقود إلى مشاكل في بيئة المدرسة أو العمل والمنزل، كذلك يلاحظ، فيما يبدو، أنه بسبب انخفاض الدافعية بشكل عام وضعف المستوى التحصيلي وتذبذب الأعراض فيما يخص الانتباه حسب جدة ومتعة المهمة، وعدم وعي الأسرة والمدرسة، يعتبر الفرد حراً في تلك المظاهر، وبالتالي يوصف بأنه "كسول" أو "غبي" أو "مهمل" أو "لامبال" أو "بارد" أو "غير صالح للدراسة أو العمل" ... الخ، وهذا يقود إلى صراع مع الوالدين وضغوط أسرية كبيرة وكذلك دراسية أو مهنية إذا كان راشداً. وقد تكون تلك الصراعات والضغوط هي أحد أسباب (رئيسية أو مساعدة) اضطرابات أخرى مصاحبة مثل جناح الأحداث والتعاطي.

أما الاضطرابات المصاحبة لاضطراب الانتباه/النشاط الزائد فهي عديدة، فقد وجد عبر دراسات كثيرة جداً أن اضطراب المسلك Conduct disorder، واضطراب المعارضة المتحدية Oppositional defiant disorder، واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع Antisocial personality disorder، واضطرابات القلق

- 
- (1) e.g. Barkley, 1997; Peeples, Searls, and Wellingham-Jones, 1996; Sagvolden, 1999.
  - (2) Gayton, Bailey, Wagner, and Hardesty, 1986; Hartsough and Lambert, 1985; Jaquess and Finney, 1994.
  - (3) Barkley, Murphy, and Kwasnik, 1996; Weiss, Hechtman, Perlman, Hopkins, and Wener, 1979.

Anxiety disorders والوجدان Mood disorders من أكثر الاضطرابات المصاحبة، وبشكل خاص اضطراب المسلك والمعارضة المتحدية حيث تصل النسبة إلى ٥٠%، إلا أن هذا لا يعني عدم وجود حالات لديها اضطراب الانتباه/النشاط الزائد فقط دون اضطرابات أخرى مصاحبة<sup>(١)</sup>.

وهذا بدوره يجعل مهمة التشخيص صعبة إلى حد ما، فتلك الاضطرابات منفردة تماثل في بعض أعراضها أعراض اضطراب الانتباه/النشاط الزائد، إلا أن هذا لا يعني أنه نتاج تلك الاضطرابات بل هو اضطراب مستقل<sup>(٢)</sup>.

---

(1) e.g. Amen, 2001; Abikoff and Klein, 1992; Barkley, 1998; Biederman, Faraone, Keenan, Steingrad, and Tsuang, 1991; Faraone, Biederman and Monuteaux, 2001; Heiligenstein and Keeling, 1995; Hinshaw et al., 1993; Lahey, Loeber, Hart, Frick, Applegate, Zhang, Green, and Russo, 1995; Milberger, Biederman, Faraone, Murphy, and Tsuang, 1995; Murphy et al., 2001; Johnston and Leung, 2001; Pfiffner, McBurnett, Lahey, Loeber, Green, Frick, and Rathouz, 1999; Smith, Pelham, Gnagy, Molina, and Evans, 2000, Wender, 2000.

(2) see Milberger et al., 1995.

## ▼▼▼▼▼ الفصل الثاني ▼▼▼▼▼

---

### الأعراض والخصائص العامة

## الأعراض والخصائص العامة

تتعدد أعراض ومظاهر اضطراب الانتباه /النشاط الزائد، ولكن السمة الرئيسية كما يوضحها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM-IV-RT, 2000 والدراسات العديدة جداً في التراث، تدور حول قصور في الانتباه و/أو نشاط زائد واندفاعية مقارنة بمظاهر النمو في المرحلة العمرية المعنية، وهذا يعكس الأنواع الفرعية كما سيأتي لاحقاً.

فيما يخص "قصور" أو "عجز" الانتباه attention deficit فإن مظاهره تتباين باختلاف المرحلة العمرية لهذا الاضطراب الذي يظهر في الطفولة وقد يمتد إلى الرشد أو يستمر مدى الحياة، ومشكلة الانتباه تكمن في صعوبة الاحتفاظ به وإبقائه لمدة ولو قصيرة، أي أن مدى الانتباه قصير short attention span، حيث يشعر الفرد (طفلاً أو مراهقاً أو راشداً) وكأنه يصارع للاحتفاظ بتركيزه وانتباهه مع عدم قدرته.

بالإضافة إلى ذلك، فإن محاولة الانتباه لأداء أي مهمة تكون مؤلمة ومنفرة وغير سارة، مما يعني بالتالي تجنب إي مهمة تتطلب الانتباه، كما يظهر هذا القصور في سهولة التشتت Distractibility حيث يمكن أن يُشتت الفرد (طفلاً أو مراهقاً أو راشداً) لأي مثير آخر حتى ولو كان ضوضاء بسيطة.

وهذا القصور في الانتباه - على يسر تحديده - ينعكس على أداء الفرد في جميع المجالات: أكاديمية واجتماعية ومهنية، وعلى سبيل المثال، يتصف أداء الفرد بالفوضوية وعدم التنظيم (مكانياً وزمانياً) وارتكاب الأخطاء والتي قد تتصف باللامبالاة والإهمال سواء في العمل أو المدرسة أو في المهام اليومية.

كما يتصف بعدم إكمال المهام المطلوبة منه: الانتقال من مهام (واجبات مدرسية أو وظيفية أو حياتية يومية) أو حتى ألعاب إلى مهام أو ألعاب أخرى، وتجنب المهام التي تتطلب الانتباه والتركيز.

كما يظهر الفرد أحياناً وكأن "عقله" في مكان آخر أو أنه لا يسمع أو يتابع ما يجري حوله، ويظهر هذا القصور كما سلف في أي مهمة تتطلب الانتباه والتركيز حتى

ولو كانت مهمة بسيطة بالنسبة للبعض، والجدير بالذكر أن مظاهر هذا القصور تظهر في المواقف التي تتطلب الانتباه والتركيز ومعالجة المعلومات مع افتقار للجاذبية والمتعة، فالأعراض تقل حدتها بشكل كبير في مواقف أخرى مثل: قصور الانتباه والتأمل في المواقف الجديدة، والمواقف التي يكون التعزيز بتكرار عال أو فوري، والمواقف التي يكون التفاعل مفرداً حديثاً أو تدريجياً مثل الدروس الخصوصية، ويحصل العكس من حيث زيادة حدة الأعراض في المواقف الجماعية: لعباً أو دراسة، والمهام المتكررة يومياً والروتينية مثل: عمل واجبات مدرسية، الانتباه للمدرس أثناء الشرح.

والجدير بالذكر أن مصطلح الانتباه Attention، لا يعني الانتباه القصير المدى أو بمعنى "فطن"، إنما يعني الانتباه المستمر أو القدرة على التركيز على مثير ما في البيئة مع عزل المثيرات الأخرى، لذا فهي عملية "انتقاء" مع "استمرارية"، وليس كما تعني في اللغة العربية على الأقل في أحد مضامينها من أنها عملية "قصيرة" و"عميقة".

وفيما يتعلق بالنشاط الزائد، تتباين صور هذا الجانب حسب المرحلة العمرية من نشاط حركي واضح إلى تملل، بشكل عام، يظهر في الطفولة كحركة دائبة غير هادفة بحيث ينتقل من موضوع أو مكان إلى آخر وكأن هناك من يدفعه نحو الحركة غير الهادفة التي لا يصاحبها كلل، وإذا ما جلس فإنه يحرك إما القدمين بضربهما في الأرض أو اليدين بتحريكهما في أي اتجاه.

ويجب ملاحظة أنه مع التقدم في العمر نحو المراهقة والرشد تكون الأعراض في هذا الجانب أكثر تخفياً حيث تتجسد لا في حركة أو نشاط ظاهر بل، غالباً، في تملل وملل وصعوبة في البقاء ساكناً فترة طويلة.

وينعكس هذا النشاط الزائد على مجالات عديدة، على سبيل المثال، في الجانب الأكاديمي، لا يبقى الطالب هادئاً لفترة حتى ولو كانت قصيرة مقارنة بزملائه، فقد يبدأ في محادثة زميل مع التملل، أو ضرب القدمين بالأرض أو النقر باليدين على الطاولة، أو النظر من النافذة كثيراً، وفي المنزل (إن كان طفلاً أو مراهقاً) قد لا يجلس للأكل بهدوء، أو أمام التلفزيون، أو متابعة برنامج ما إلا إذا كان ممتعاً جداً بالنسبة له.

أما فيما يخص الاندفاعية، فتظهر في سرعة الاستجابة وعدم المقدرة على تأجيلها وكفها والتحكم فيها، فعلى سبيل المثال، قد تظهر الاندفاعية في الأقدام على سلوكيات خطيرة، وبالتالي التعرض لكثير من الحوادث، كما قد تظهر في شكل استعجال وعدم تأني، ومقاطعة الآخرين في الحديث وعدم التروي فيه، والقيادة بتهور، والبحث عن الاستثارة، والانجذاب للتعزيز الفوري<sup>(١)</sup>.

ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار أن الأعراض السالفة (في كل الأبعاد) تتباين في أشكالها وصورها من فرد إلى آخر مع تباين في الحدة بحيث تكون واضحة جداً في الحالات الحادة وأقل وضوحاً في الحالات المتوسطة والأقل منها.

ويرى البعض أن كل تلك المظاهر بأبعادها الفرعية الرئيسية نتاج عامل سلوكي: انخفاض منحنى التعزيز المؤجل -a shorter delay-of-reinforcement- gradient<sup>(٢)</sup>، أو عامل نفسي-عصبي-معرفي<sup>(٣)</sup>.

### أعراض النشاط الزائد

يكون كثير من الأطفال في فترة من فترات حياتهم مشاغبين ودرجة حركتهم زائدة بعض الشيء أو درجة انتباههم ضعيفة نوعاً ما.

لكن ما نتحدث عنه هنا.. هو درجة غير طبيعية من النشاط الحركي الزائد وضعف التركيز تكون موجودة في أكثر من مكان مثلاً في البيت والمدرسة، وليس فقط في موقع واحد، وتعتبر هذه النقطة مهمة جداً في التشخيص حيث تفرقها عن أمراض نفسية أخرى.

يبدأ ظهور النشاط المفرط في سن الثالثة تقريباً، ولكنه يتضح بشكل جلي في سن دخول المدرسة، حيث يكون الطفل كثير الحركة، والقلق، والتململ، ويكون

(1) See Amen, 2001; Barkley, 1998; Frick and Lahey, 1991; Sagvolden,

1999; Wender, 2000

(2) Sagvolden, 1999

(3) Barkley, 1997

انفادياً في تصرفاته قليل التركيز، شارد الذهن، وغير قادر على توطيد صداقات ولا يستطيع الجلوس طويلاً في مكان واحد.

وبداً ظهور المشكلة بوضوح في المدرسة حيث المتطلبات الإضافية للعملية التعليمية والتربوية مثل الجلوس في الصف بهدوء بنظام الالتزام بالمكان وعدم التشويش على الآخرين والتركيز على ما يدور في الصف من شرح وتوجيهات للمدرسة.

## كيف تظهر أعراض اضطراب فرط الحركة ونشتت الانتباه؟

- الطفل لديه حاجة شديدة للحركة، لا يستطيع الاستقرار لفترة طويلة في سكون بل يتحرك حتى في كرسيه.. وهو واقف، واحتياجه للحركة باستمرار ليس شقوة فيه.. ولكن لأن طبيعة تكوينه لا تتحمل أن يبقى ساكناً لفترة طويلة.

- انتباه هذا الطفل يكون مشتتاً.. مضطرباً.. ضعيفاً، فالطفل يستقبل كل المثيرات الحسية بنفس الحساسية.. ولهذا يلفت نظره كل شيء ولا يستطيع تركيز انتباهه، أو التفريق والتمييز بين المهم وغير المهم، فإذا كان جالساً في الفصل يحاول التركيز على حديث المعلم، فإذا مر أحد المعلمين أمام باب الفصل.. أو تحرك أحد الطلاب.. أو ظهرت أصوات من بعيد.. فإنه لا يستطيع مواصلة الانتباه والتركيز بل يحدث لديه تشتت والتحول إلى الانتباه لما يحدث، بينما الطفل العادي يستطيع إهمال هذه الأشياء غير المهمة ومواصلة التركيز على المهم، ولهذا يكون ذهن هذا الطفل كالذي يسمع عدد كبير من مصادر الصوت في لحظة واحدة.. لا يستطيع السامع تمييزاً بينها.

- الاندفاعية، فهو لاء الأطفال يستقبلون ما يدور حولهم ثم يتصرفون مباشرة قبل أن يفكروا في الفعل أو رد الفعل.

## متى يكون نشاط الطفل مرضياً

يختلف الناس في سلوكياتهم من شخص لآخر وهو شيء طبيعي وواضح، ولكن اختلاف سلوكيات الأطفال في المراحل الأولى من العمر يجعلنا نتوقف حائرين

في التفريق بين الطبيعي وغير الطبيعي من تلك السلوكيات، فقد يكون من منظور الوالدين شيئاً طبيعياً، ولكن يراه الآخرون شيئاً غير مألوف وغير طبيعي وغير مقبول من المجتمع، وسلوكيات الطفل نتاج تعامل الآخرين من حوله معه مثل الدلال الزائد والحماية المفرطة، ومن الناحية الأخرى قلة الحنان والإهمال، ولكن هناك حالات مرضية قد تؤدي لتلك السلوكيات الخاطئة.

فقد يخرج الطفل عن حدود المعدل الطبيعي في حركته وسلوكياته، فنرى الطفل المخرب - الطفل كثير الحركة - الطفل الفوضوي - الطفل المعاند والعنيد - الطفل قليل الانتباه... وغيرها من الحالات بعضها طبيعي ومؤقت، والبعض منها مرضي ودائم، ومن تلك الحالات المرضية اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

يعرف النشاط الزائد عند الأطفال من خلال الأعراض السلوكية لديهم حيث أن الطفل يخرج عن حدود المعدل الطبيعي في حركته مما يسبب له فشلاً في حياته بسبب قلة التركيز، مع اندفاعيته المفرطة وتعجله الزائد والدائم، فهو لا يستطيع الانتهاء من عمل واحد في وقت واحد، ولا يستطيع الجلوس لإنهاء واجباته ولا يستطيع تتبع برنامج كامل، ولا يستطيع الاستماع إلى قصة كاملة، فهو في حركة دائمة مستمرة ولا يستطيع الجلوس دون الاهتزاز أو التحرك أو القفز.

والطفل الزائد النشاط غير حذر - يرفض العقاب - يبكي سريعاً - سريع الشكوى - يبدو مكتئباً وغاضباً أغلب الأوقات.

على الرغم من كل هذا فإن هناك مجالاً متسعاً لنشاط الأطفال المعتاد يراوح بين الطفل الهادي والطفل النشط العادي.

إلا أن هذا النشاط يتميز عن النشاط غير المعتاد فمثلاً الطفل في سن ٣-٦ سنوات يستنفد قوى أمه من نشاطه غير العادي ولكنه معتاد في هذه الفترة، أما الطفل الذي يعاني من النشاط الزائد كمرض فليس لديه القدرة على الراحة والاسترخاء وتظهر عليه المشكلة بوضوح حين يبدأ الطفل المدرسة حيث تكون تحت الملاحظة من المدرسة مدة ساعات، فتقوم بمقارنة نشاطه بمستويات نشاط الأطفال الآخرين ونجد أن الطفل ذا النشاط الزائد يؤدي إلى إقلال النظام بالفصل ويبدو سلوك الطفل غير طبيعي.

إن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ونقص الانتباه حالة مرضية سلوكية يتم تشخيصها لدى الأطفال والمراهقين، وهي تعزى لمجموعة من الأعراض المرضية التي تبدأ في مرحلة الطفولة وتستمر لمرحلة المراهقة والبلوغ، هذه الأعراض تؤدي إلى صعوبات في التأقلم مع الحياة في المنزل والشارع والمدرسة وفي المجتمع بصفة عامة إذا لم يتم التعرف عليها وتشخيصها وعلاجها.

وللوصول إلى تشخيص لتلك الحالة يجب أن تنطبق عليه شروط معينة ومحددة، وأن يقوم بالتشخيص متخصص في هذا المجال.

### الأعراض السلوكية للمرض:

- ١- لا يستطيع الجلوس لفترة زمنية محددة (أمثلة: مشاهدة T.V الاستماع إلى قصة شرح درس إلى ركوب الدراجة من تناول الوجبات).
- ٢- عدم التركيز لإنهاء عمل (ضرورة التركيز) (أمثلة: المذاكرة من الفهم - اللعب بأشياء تحتاج إلى تركيز وجلوس).
- ٣- لا يستطيع التحكم في أنفعالاته: (أمثلة: يبكي سريعاً دائماً - يتساجر سريعاً - ليس له أصدقاء - غليظ الطباع aggressive - جامح في سلوكه لا يتقبل التوجيه والنقد).
- ٤- لا يتكلم بطريقة جيدة (أمثلة: صوته عال - يتكلم كثيراً (ثرثرة) - يقول كلمات غير واضحة - صراخ فجائي - أحياناً يتهته - يقاطع المحادثات - يبدو شارداً في الكلام).
- ٥- لا يستطيع الجلوس أو الوقوف بطريقة سليمة.
- ٦- تكون حركته زائدة غير طبيعية (أمثلة: يتخبط في الأشياء أثناء حركته، يجري بسرعة زائدة).
- ٧- يحطم الأشياء بسهولة ويمسك الأشياء بعنف حتى تتحطم.
- ٨- لا يستطيع التعبير عن عواطفه بسهولة ولا يجلس بهدوء بجوار والديه ويكره أن يحضنوه أو يلمسوه.

٩- لا يستطيع النوم بسهولة وينقلب كثيراً أثناء النوم، وأحلامه عبارة عن كوابيس ويبيكي أثناء النوم، وفي حالة الأطفال أقل من ٣ سنوات تكون يده مغلقة ومضمومة وبعد الاستيقاظ يكون متعباً وقلقاً.

١٠- لا يحب نفسه ويعتقد أن الآخرين لا يحبونه ولا يثق بنفسه.

١١- لا يعتقد أنه يجب أن يبذل أي مجهود في أي شيء لإتمامه.

هذه الأعراض السابقة تؤدي إلى:

• اضطراب بسيط في المخ minimal brain dysfunction.

• عدم التركيز في التعلم.

• سهولة فقد الاهتمام بأي شيء.

• الاندفاع والتهور.

• عدم القدرة على تفهم الحقائق - صعوبة القراءة والهجاء.

أما زائدو النشاط، فيتأرجح ما بين الإرهاق الكامل (نوم) إلى النشاط العالي غير الطبيعي في اليوم الواحد.

الأعراض الفيزيائية للمرض:

• الأنف: زكام - رشح - عطس - إفرازات مستمرة - هرش في الأنف.

• آلام في الرأس وفي الظهر وفي الرقبة وفي العضلات وفي المفاصل، وهذه

الآلام غير متعلقة بالنشاط الحسي، وليست مترابطة أي لا تحدث كلها في نفس الوقت ومتفاوتة في الإحساس بها.

• البطن: آلام في المعدة - ميل للقيء - الإحساس بالانتفاخ والامتلاء - رائحة الفم

غير مستحبة - غازات - إسهال - إمساك، وهذه الأعراض مرتبطة بالمرض

ولكن لا تحدث كلها في نفس الوقت ومتفاوتة في الإحساس بها.

• المثانة: التبول اللا إرادي أحياناً أثناء النهار والليل مع الحاجة للتبول كثيراً.

• الوجه: شحوب اللون - دوائر وانتفاضات داكنة تحت العين.

• الأذن: سهولة تجمع السوائل خلف طبلة الأذن - طنين في الأذن ودوار.

• التنفس: سريع مع نهجان.

- ارتفاع طفيف في درجة الحرارة.
- هؤلاء الأطفال عادة ما يكونوا شديدي الحساسية للضوء العالي، وتختلف أعراض المرض من طفل لآخر، بل وتختلف في الطفل الواحد من يوم لآخر أو من ساعة لأخرى.
- ووجد أن هذه الأعراض قد تكون مرتبطة بغذاء الطفل فقد يكون الطفل هادئاً وطبيعياً، وبعد تناول غذاء معين ينقلب إلى طفل غير طبيعي.

### المظاهر السريرية:

يظهر الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب مجموعة الأعراض والتي لا ينبغي أن تكون جميعها متوفرة فيهم، وأهمها:

عدم الجلوس بهدوء والتحرك باستمرار، والتهور، والملل المستمر، وتغير المزاج بسرعة، وسرعة الانفعال، والشعور بالإحباط لأتفه الأسباب، وعدم القدرة على التركيز، والتوقف عن تأدية المهمة قبل إنهاؤها بشكل جيد، واللعب لفترة قصيرة بلعبه والانتقال بسرعة من عمل إلى آخر، واللعب بطريقة مزعجة أكثر من بقية الأطفال، وتشتت الانتباه بسهولة عند وجود أي مثير خارجي، ويتزامن ذلك بوجود صعوبة في إتباع التعليمات المعطاة، والتكلم في أوقات غير ملائمة والإجابة عن الأسئلة بسرعة دون تفكير، وصعوبة في انتظار الدور، والتشوش الدائم وإضاعة الأشياء الشخصية، وتردي الأداء الدراسي، والاستمرار في الكلام ومقاطعة الآخرين.



- ١- الأعراض الرئيسية الظاهرة على الطفل ذي النشاط الحركي الزائد:
  - ١- قلة الانتباه: يتصف هؤلاء الأطفال بأن المدة الزمنية لدرجة انتباههم قصيرة جداً، وعدم استجابتهم للمثيرات الطارئة بسهولة.
  - ٢- الشرود الذهني وضعف التركيز على الأشياء التي تهمة.
  - ٣- كثرة التملل والتذمر والنسيان وعادة ما يفقد أغراضه أو ينسى أين وضع أقلامه أو كتبه.
  - ٤- زيادة الحركة: لا يستطيع أن يبقى ساكناً فهو لا يستطيع أن يبقى في مكانه أو مقعده فترة بسيطة، وعادة ما يتسلق ويجري في كل مكان في البيت وفي السوق، ويوصف بأنه لا يهدأ أبداً.
  - ٥- الاندفاع: يكون هذا الطفل مندفع دون هدف محدد ويجاوب على الأسئلة قبل الانتهاء من سماع السؤال، ويقاطع في الكلام، وإذا سئل أجاب قبل انتهاء السؤال دون تفكير، ويبدو وكأنه لا يسمع عندما تتحدث إليه، ويتكلم بشكل مفرط.
  - ٦- لا يستطيع أن ينتظر دوره في أي نشاط، ويلاحظ عليه سرعة التحول من نشاط إلى نشاط آخر.
  - ٧- عدم المبالاة، وفوضوية الطبع وعدواني في حركاته، وسريع الانفعال والتغير في المزاج، ومتهور.
  - ٨- عدم الالتزام بأداء المهمة التي بين يديه حتى إنهاؤها، ولا يستطيع أن يستمر في إنهاء نشاط أو لعبة معينة، ويتفادى ما يجهد مثل الواجبات المنزلية والعباب الذكاء.
  - ٩- صعوبة التكيف مع الجو الجديد.
  - ١٠- تأخر النمو اللغوي.
  - ١١- الشعور بالإحباط لأتفه الأسباب مع تدني مستوى الثقة في النفس.
  - ١٢- اضطراب العلاقة مع الآخرين حيث يقطعهم، ويدخل في شؤونهم، ويقوم بإزعاج الآخرين بشكل متكرر ولهذا فهو قليل الأصدقاء.
  - ١٣- عدم القدرة على التعبير عن الرأي الشخصي بوضوح.
  - ١٤- يثار بالضحك أو البكاء العنيف لأتفه الأسباب.

## ٢- أعراض تشتت الانتباه:

- ١- الطفل يفشل دائماً في أن يولي انتباه قريب إلى التفاصيل، أو يقوم بعمل أخطاء إهمال أو عدم الانتباه في الأنشطة المدرسية، العمل والأنشطة الأخرى.
- ٢- يجد دائماً صعوبة في تحمل الانتباه للمهام وللأشياء الدقيقة والتفاصيل أو أنشطة اللعب التي تتطلب انتباه، وقصر فترة الانتباه بأي نشاط يحتاج إلى الانتباه.
- ٣- لا يبدو عليه الإنصات عند محادثته، فهو غالباً لا يبدو وكأنه يستمع مباشرة عندما يكلمه أحد.
- ٤- غالباً ما يجد صعوبة في متابعة التوجيهات والإرشادات الموجهة إليه، ويفشل في إتمام الأنشطة المدرسية والأعمال الروتينية أو المهام في مكان العمل (لا يرجع هذا السلوك التعارضي إلى الفشل في فهم التعليمات).
- ٥- غالباً ما يواجه صعوبة في تنظيم الموضوعات أو المهام أو الأنشطة .
- ٦- غالباً ما يتجنب ويكره، أو يتراجع عن الانشغال بالمهام أو المواضيع التي تتطلب جهد عقلي مثل النشاط المدرسي أو الواجب المنزلي.
- ٧- غالباً ما يفقد أشياء ضرورية لإنجاز المهام أو الموضوعات مثل اللعب، الواجبات المدرسية، أقلام الرصاص، الكتب والأدوات.
- ٨- غالباً ما يسهل تشتت ذهنه بالأشياء أو الظروف الخارجية.
- ٩- دائم النسيان في الأنشطة اليومية وتكرار الأخطاء البسيطة.
- ١٠- يظهر عليه القلق والاضطراب والتوتر.
- ١١- الانطوائية والخجل.
- ١٢- الانسحابية والابتعاد عن مواجهة الآخرين.
- ١٣- الظهور بمظهر من يحلم أحلام اليقظة (سرحان).
- ١٤- صعوبة التركيز لفترة طويلة إذ أن فترة التركيز تكون قليلة ما بين ٥-١٠ دقائق.
- ١٥- سهولة التشتت.

## الاندفاع Impulsivity

عندما يفكر الناس في الاندفاع، فهم عادة يفكرون في الاندفاع الإدراكي الذي يعبر عن التصرف بدون تفكير، ولكن اندفاع الأطفال ذوي النشاط الزائد مختلف قليلاً، فهم يتصرفون قبل التفكير لأنهم يجدون صعوبة في الانتظار أو التأخير في الإرضاء (Gratification) ويقودهم الاندفاع إلى الكلام خارج سياق الموضوع، أو مقاطعة الآخرين، أو الاندماج فيما يبدو أنه (مخاطرة كلام)، وقد يندفع الطفل عبر الشارع بدون النظر حوله، أو يتسلق شجرة عالية جداً، إن مثل هذا السلوك مخوف بالمخاطر، ولكن الطفل حقيقة ليس مغامراً أو مخاطراً، ولكن بالأحرى هو يجد صعوبة بالغة في السيطرة على اندفاعاته، وغالباً ما يفاجأ الطفل عندما يكتشف أنه وضع نفسه في مأزق خطير، ولا يوجد لديه فكرة عن كيفية الخروج منه.

ومن الجدير بالذكر أن النشاط الزائد والاندفاع لم يعودا يعتبران سمتين منفصلتين، تبعاً للمؤتمر التشخيصي الإحصائي الرابع DSM-IV.

### أعراض الاندفاع:

- ١- دائماً يندفع بالأجوبة قبل اكتمال السؤال.
- ٢- دائماً يجد صعوبة في انتظار دوره.
- ٣- دائماً ما يقاطع الآخرين أو يتطفل عليهم (يقحم نفسه في المحادثات أو الألعاب).

### أعراض الاضطراب كما حددتها (الجمعية النفسية الأمريكية (APA):

يعتبر النشاط الزائد والظاهر بوضوح هو أهم مظاهر هذه المشكلة، فنلاحظ أن الطفل كثير اللعب والحركة، ولا يستقر نشاطه إلا في حالة انشغاله بأمر يحبه فيمارسه ويركز فيه، وهو عادة يسبب مشكلات لنفسه وللأسرة، وعلى ذلك فإن أهم مظاهر وأعراض المشكلة كما حددتها (الجمعية النفسية الأمريكية (APA)) عام ١٩٩٤ هي:

### ١ - النشاط الحركي الزائد (فرط النشاط الحركي) Hyperactivity:

يعتبر النشاط الحركي الزائد هو أكثر المظاهر وضوحاً، فالشخص ذو النشاط الزائد سواء كان طفلاً في مرحلة ما قبل المدرسة أو كان كبيراً، يوصف بأنه دائماً في

حالة حركة (On to go) أو كأنه موتور دائر (Driven motor) ومع مرور الوقت وتقدم العمر، قد تنخفض مستويات النشاط الزائد، وعند مرحلة المراهقة والرشد، قد تبدو زيادة النشاط على أنها سلوك قلق ومتأمل.

وفيما يلي نذكر الأعراض المصاحبة لكل من هذه المظاهر تبعاً للمؤتمر التشخيصي الإحصائي الرابع:

#### أعراض النشاط الحركي الزائد:

- ١- الطفل دائم التحريك ليديه وقدميه، أو التلوي في المقعد.
- ٢- يترك مقعده غالباً في قاعة الدرس أو في المواقف التي يتوقع فيها جلوسه.
- ٣- غالباً ما يتجول أو يتسلق بشكل كبير ومندفع في مواقف لا يكون فيها ذلك ملائماً (عند المراهقين والراشدين قد يكون هذا راجعاً إلى مشاعر شخصية أو إلى القلق).
- ٤- دائماً ما يواجه صعوبات في اللعب أو الاندماج في النشاطات الترفيهية بهدوء.
- ٥- هو دائماً في حالة حركة (on-to-go) أو يتحرك كما لو كان تقوده آلة.
- ٦- دائماً يتحدث بشكل مفرط.

#### ٢- تشتت الانتباه (السهو) : Inattention

يوصف الطفل ذو النشاط الزائد بأنه قليل الانتباه (قصر فترات الانتباه) وبأنه مشتت الذهن، وبصفة عامة فإن تشتت الذهن وعدم الانتباه (السهو) ليست مترادفة، حيث أن تشتت الذهن يرجع إلى قصر فترات الانتباه والسهولة التي يمكن أن يسحب بها الطفل خارج الموضوع، ومن ناحية أخرى، عندما نقول أن أحداً ما مشتت الذهن، فإننا نقول أن جزء من عملية الانتباه لديه معطل، والأطفال ذوي النشاط الزائد AD/HD يمكن أن يواجهوا صعوبات مع بعض أو كل عمليات الانتباه.

كما يلاحظ أن بعض هؤلاء الأطفال قد يواجهون صعوبة في التركيز على الموضوعات أو المهام التي يؤدونها (خاصة إذا كانت روتينية أو مملة)، وآخرين منهم يمكن أن يفقدوا التركيز على طول الطريق، وفي كل الاتجاهات، والملاحظ الواعي يمكن أن يلاحظ ويعرف أين ومتى تتعطل عملية الانتباه لطفل معين.

## الآثار السلبية للنشاط الزائد

تؤثر كثير من الاضطرابات على التحصيل الدراسي والتكيف الأسري لدى الطفل والمراهق، ومن تلك الاضطرابات، التي تصل في تأثيرها إلى مرحلة الراشد، اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد أو المفرط - Attention Deficit-(Hyperactivity Disorder (ADHD).

وقد كان وما زال من الاضطرابات التي حظيت باهتمام كثير من الباحثين وذلك لامتداد تأثيره لمجالات واسعة:

- مجالات أكاديمية.
- مجالات اجتماعية.
- مجالات مهنية.

وكذلك لسعة انتشاره وتعدد أعراضه وتغيرها مع السن، وعلاقة هذا الاضطراب باضطرابات أخرى مثل:

- اضطراب المسلك Conduct disorder.
- اضطرابات القلق Anxiety disorders.
- اضطرابات الوجدان (أو المزاج) Mood disorders.

ويبدو أن كثير من المشاكل التي يواجهها المرشدون في المدارس على اختلاف مراحلها التعليمية ناتجة بشكل كبير من هذا الاضطراب غير المعروف لهم وللوالدين والمدرسين، وبالرغم مما تقدم، فإن هذا الاضطراب لم يحظ بأي اهتمام في البيئة العربية، ولم يكن موضوع دراسة أو بحث كافٍ سواء من قبل الباحثين أو طلاب الدراسات العليا كموضوع للرسالة العلمية.

ولهذا الاضطراب تأثير سلبي على:

- ١- الناحية الجسمية: حيث يحدث تدهور عام للصحة، ويصبح عرضة للأمراض، والتعرض للحوادث بسبب الاندفاع، كما لوحظ انخفاض كفاءة السمع والبصر لديهم دون التعرض لأمراض عضوية.

٢- النمو الاجتماعي: نقص في المهارات الاجتماعية، واضطراب في العلاقات الشخصية.

٣- النمو الانفعالي: إن نسبة ٧٥% من الأطفال المصابين بالنشاط الزائد، يعانون من الاكتئاب والإحباط وانخفاض مفهوم الذات.

٤- المهارات التعليمية: حيث أن لديهم صعوبات تعلم ويعانون من مشكلات تعليمية كثيرة.

## تأثير فرط النشاط الحركي على التحصيل الدراسي والعلاقات الاجتماعية

تظهر لدى بعض الأطفال في المراحل الدراسية المختلفة سلوكيات مزعجة ومشوشة تؤثر على سير العمل في الفصل الدراسي، ويفسرهما المعلمون غالباً على أنها تصرفات غير لائقة من طفل لا يشعر بالمسؤولية أو بعبارة أخرى "طفل مشاغب" كمقاطعة الطفل لعمل المعلم وعدم إتمام واجباته أو حتى التحديق في أشياء ليست مرتبطة بالدرس. ويستوجب أن يكون المعلم حذراً في تفسير سلوكيات هؤلاء الأطفال حيث أنها قد تكون مؤشراً في كثير من الأحيان لوجود اضطراب في الانتباه لدى الطفل، فقد يكون الطفل الذي يقاطع المعلم أو لا يتم واجبه لا يقصد أن يكون نداً له وإنما لا يمكنه التحكم في تصرفاته، كما أن الطفل الذي يحدق في أشياء لا ترتبط بالدرس ليس بالضرورة أن يكون هدفه تجاهل المعلم وإزعاجه بل انه يبدي نوعاً من أنواع تشتت الانتباه التي تحتاج إلى الرعاية والفهم، والتي قد تبرز بأشكال مختلفة ومتباينة كمقاطعة عمل المعلم أو عدم القدرة على التركيز أو حتى التركيز أو حتى النشاط الزائد.

ولكي يتم مساعدة هؤلاء الأطفال وتخليصهم من تلك المعوقات كان لابد من تعاون كافة الأطراف ذوي العلاقة مع الطفل لتحقيق النجاح، وأولى خطوات العلاج هي الفهم وإجراء التعديلات المناسبة لمساعدة الطفل.

وتظهر مشكلات تشتت الانتباه غالباً في مرحلة المدرسة حيث يكون الطفل عرضة لمهام دراسية متعددة تتطلب انتباهه لفترة طويلة من الوقت، وتستدعي قيامه

بجهود معينة لإتمام تلك المهام، فالأطفال ذوو تشتت الانتباه يواجهون صعوبة في بعض أو معظم المهام التي تتطلب نجاحاً أكاديمياً لبدء أو إتمام المهام، والقيام بالتحويل أو الانتقال من مهمة لأخرى، وكذلك التعامل مع الآخرين، وإتباع التعليمات، وإنجاز أعمال دقيقة أو تتطلب عملاً منظماً وأداء مهام تتطلب أكثر من خطوة أو مرحلة.

ففي مراحل العمر الأولى يمكن ملاحظة النشاط الحركي المتزايد للأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد، حيث يكون هؤلاء الصغار غير قادرين على توجيه انتباههم بشكل كبير على عناصر متعددة في الحياة اليومية، والبعض منهم يصبح صعب المراس لا يمكن بسهولة تهدئته واحتضانه، كما إنهم يبدعون بالجري بمجرد أن يتعلموا المشي، وتلاحظ الأسرة حبه المتزايد لتسلق الأشياء في المنزل وخارج المنزل والاندفاع في الطرقات المزدحمة بالسيارات وكأن حاجتهم للحركة تقوِّدهم لذلك، وعندما يضطرون للبقاء ثابتين في أماكنهم فإنهم غالباً يكافحون من أجل الخروج من المواقف وذلك بتحريك أقدامهم وسيقانهم والنزعة للانطلاق بأجسادهم بعيداً، وفي مرحلة رياض الأطفال يعرف هؤلاء الأطفال من خلال عدم مقدرتهم على الاستمرار لفترة طويلة في الأنشطة الترفيهية المختلفة أو عدم القدرة على الاستمرار في الحلقة لفترة كافية.

وفي المرحلة الابتدائية تزداد مسؤولية الطالب لتوجيه الانتباه داخل الفصل، وقد نرى المعلمين في هذه المرحلة يصفون هؤلاء الأطفال بأنهم متململون يخرجون من أماكنهم كثيراً، يحبون الكلام والثرثرة ويقاطعون الآخرين، وغالباً ما يحدقون في الفصل الدراسي وما به من أدوات أكثر من الانتباه للمعلم أو السبورة أو حتى للمهام التي توكل لهم، ويكون أداؤهم في معظمه غير مكتمل.

وفي مراحل المتوسطة والثانوية عندما يتحول الأطفال إلى مرحلة المراهقة فإنهم ينزعون إلى الاستقرار تدريجياً، ولا يبدون زيادة في النشاط الحركي، وفي المقابل قد يصبحون قلقين وقليلي الراحة، ودائماً يبحثون عن شيء ما، ويحبون الضجيج، مما يسبب لهم مشكلات تعليمية، كما أن عدم تطور المهارات الاجتماعية يتسبب في فشل كثير من علاقاتهم الاجتماعية.

وفي سن الرشد فإن ١ من كل ٣ مصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تتلاشى لديهم المشكلة ولا تعود الأعراض في الظهور مرة أخرى، فعند البعض قد تنقلص الأعراض ولكن عند البعض الآخر قد تتفاقم، فكثير منهم يواجهون مشكلات متعددة مثل عدم القدرة على متابعة حديث الآخرين ونسيان الواجبات أو التقارير المطلوبة، وكذلك عدم القدرة على التعلم، والرغبة في التسوق المفرط والمقامرة في الأموال، وتغيير الوظيفة المتكرر، وقد يشعرون بالاكتئاب والقلق وعدم الرضا عن الذات.

كما إنهم قد يفشلون في إقامة علاقات ناجحة مع الزملاء والآخرين ويواجهون مشكلات على مستوى الحياة الزوجية، كالشجار والطلاق وغيرها، وبالتالي فهم بحاجة لأساليب علاجية كغيرهم ممن يعاني من اضطراب فرط الحركة وقلة الانتباه لكي يتغير مجرى حياتهم.

وتشير الإحصاءات إلى أن ٩٠% من الأطفال الذين تم تصنيفهم على أنهم يعانون من اضطراب الحركة والانتباه هم من الذكور، على الرغم من إن بعض الدراسات قد أشارت إلى أن عدد الإناث والذكور الذين يعانون منه متساو. وينزع الذكور عادة إلى النشاط الحركي أكثر من الإناث فقد نجد العديد من الإناث اللواتي يواجهن مشكلة النشاط الحركي الزائد ونقص الانتباه يملن أكثر لأحلام اليقظة ويشعرن بعدم الرضا، وكثيراً ما يواجهون مشاكل في التحصيل الأكاديمي، إلا أنهم لا يستطيعون الانتباه بنفس الدرجة التي يكون عليها الذكور الذين يعانون من نفس المشكلة، إذ نجد الذكور عادة يخرجون من مقاعدهم الدراسية ويتحدثون دون انتظار لدورهم.

كما أنهم يقاطعون عادة الآخرين ويزعجونهم، وكثيراً ما يجعلون الحياة بالنسبة لهم ولغيرهم صعبة وغير مريحة، فهم قادرون على إثارة الخلافات والصراعات داخل الفصل أو حتى في منزل، وقد يفعلون ذلك حباً للإثارة والاستمتاع، ويصفهم الوالدين والمعلمون عادة بالكسل والعناد وعدم القدرة على تحمل المسؤولية.

كما إن كثيراً من الأطفال ينزعجون منهم ويفضلون عدم مصاحبتهم فهم يتصرفون أقل بكثير مما هو متوقع منهم ومن قدراتهم الحقيقية، وغالباً ما يطورون "مفهوم ذات" متدنياً عن أنفسهم نتاجاً للنقد والفشل الذي عادة ما يواجههم.

وقد يواجه القائمون على التشخيص مشكلة مع هؤلاء الأطفال حيث لا يسهل تطبيق الاختبارات عليهم وبالتالي لابد من اللجوء لاختبارات التقييم التي توجه للقائمين عليهم، كذلك الخاصة بالوالدين والمعلمين أو ذوي العلاقة، كما أن وضع الأطفال غير الثابت قد يؤثر الحيرة ويعطل عمليات التقييم، فقد نجدهم في إحدى الحصص منتبهين لما يقوله المعلم ويبدون تجاوباً وحساً واضحاً، وقد لا يحدث ذلك في حصة أخرى أو حتى في وقت آخر لنفس المادة، فالتذبذب في سلوكياتهم قد يصبح مصدراً محيراً للقائمين على التشخيص.

ويجعل التشابه بين أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه والمشكلات النفسية الأخرى من عملية التشخيص مهمة صعبة وشاقة. وتشير الإحصاءات إلى أن ٥٠% من الأطفال الذين يعانون من تشتت الانتباه يمكن تعليمهم في الفصل الدراسي باستخدام استراتيجيات تربوية ملائمة معهم وإعداد المعلم بشكل مناسب لمساعدتهم، أما بقية الأطفال الـ ٥٠% أيضاً فإنهم يحتاجون إلى بعض الخدمات المتخصصة من أخصائي التربية الخاصة.

ومن هؤلاء الـ ٥٠% فإن ٣٥-٤٠% يتم تقديم تلك الخدمات لهم مع إيقائهم في الفصل الدراسي العادي أو بمساعدتهم لبعض الوقت خارج الفصل في حجرة المصادر، وإعادتهم مرة أخرى إلى الفصل بعد تقديم الخدمات الملائمة لهم، أما بقية المجموعة الـ ١٥% من هؤلاء الأطفال والذين يعانون من تشتت شديد جداً في الانتباه فإنهم قد يحتاجون إلى فصل خاص داخل المدرسة العادية بعد مساعدتهم على التخلص من مشكلاتهم والتي لا يمكن التحديد مسبقاً للوقت الذي سيحتاجه كل طفل ليتجاوزها.

ولا يمكن أن نجزم ما هو العلاج الملائم لهؤلاء الأطفال إلا أننا نستطيع أن نوكد وعلى المستوى التربوي بأن خبرة المدرسة والمعلم وحرصهم على الأطفال الملحقين في مدرستهم، ورغبتهم الأكيدة في مساعدتهم، والبحث الدائم عن الأساليب الملائمة والمتجددة، هو العلاج الأكثر فعالية وتأثيراً من أي علاجات أخرى هذا الجهد من المهم أن يكون عبر تعاون وثيق بين الأسرة والمدرسة والطبيب المعالج.

## ▼▼▼▼▼ الفصل الثالث ▼▼▼▼▼

---

### أسباب النشاط الزائد

## أسباب النشاط الزائد

إن النشاط الزائد خلال ارتقائي (نمائي) يصيب ٣-٥% من تعداد الأطفال الذين هم في سنوات التعليم الابتدائي، ولكن السبب الأساسي للمشكلة مازال مجهولاً، فلا أحد يعرف تحديداً السبب الأساسي له.

وقد مر اضطراب الانتباه/النشاط الزائد بمراحل عديدة في تحديده والنظريات التي حاولت تفسيره من نظريات ركزت على العوامل البيئية فيما يتعلق بالتربية وظروف الأسرة إلى النظام الغذائي<sup>(١)</sup>.

إذ ليس هناك سبب واضح ومحدد لحدوث الحالة، فليس هناك عيوب واضحة في الجهاز العصبي، وقد اختلف العلماء في تحديد الأسباب التي تؤدي إلى النشاط الزائد بين الأطفال، حيث يراها البعض ترجع لأسباب عضوية، ويرى آخرون أنها ترجع لأسباب نفسية، وأيضاً ذكرت الأسباب البيئية، في حين اتجه علماء النفس إلى الأسباب الاجتماعية والنفسية.

ولكن هناك اتفاق بين العلماء إن الحالة تحدث نتيجة لأسباب عضوية نمائية للجهاز العصبي لم يتم التوصل لها وتحديدها، فاختلاف كيماويات المخ تؤدي إلى تأثيرات على المزاج والسلوك، وحصول الاضطرابات في الجهاز العصبي سواء التي حدثت خلال نمو الجنين، أو خلال الحمل وقبل الولادة، وأن لم تظهر أعراضها الكاملة حتى بلوغ الطفل سن المدرسة، وتلعب الوراثة دوراً مهماً ولكن لم يتم التعرف على المورث المؤدي له.

وهناك دراسات عديدة تشير إلى عدد من الأسباب ما تزال قيد الدرس والبحث، ومن هذه الدراسات ما يلي:

يميل العلماء إلى التحدث عن علاقة بين أمزجة وسلوكيات الآباء، ومزاج الطفل المفرط النشاط، وكشفت إحدى الدراسات أن الآباء ذوي المزاج العصبي غالباً ما

(1) Barkley, 1998

يكون لديهم أطفال يتميزون بفرط النشاط، وبالتالي يعتبر هؤلاء الآباء نشاط أطفالهم المفرط شيئاً طبيعياً.

ونتفق مع الكثيرين في أن زيادة النشاط لا ترجع إلى عامل واحد فقط وإنما ترجع إلى عدة عوامل مجتمعة.

أما الآن فإن الاتجاه السائد فيما يخص دور البيئة أم الوراثة والعوامل البيولوجية، يميل بشكل كبير نحو ترجيح الجانب الأخير وذلك من خلال الدراسات المختلفة (دراسات التوأم أو الأخوة أو التبني) حيث تشير إلى أن نسبة ظهور الاضطراب بين الأقارب من الدرجة الأولى أعلى<sup>(1)</sup>.

أما فيما يتعلق بالميكانيزم أو الآلية البيولوجية، فقد كان ينظر للاضطراب على أنه نتاج تلف في المخ Brain damage، أما الآن فتشير كثير من النظريات إلى أنه نتاج قصور في العقدة العصبية القاعدية الأمامية frontal-basal ganglia، وخلل في التوصيل العصبي (الدوبامين dopamine)، وذلك من دراسات أستخدم فيها الرنين المغناطيسي Magnetic Resonance Imaging (MRI) أو دراسات نفسية عصبية أستخدم فيها المقاييس التي تركز على الوظائف النفسية المعرفية التنفيذية executive functions (مثل: التخطيط، واستراتيجيات التنظيم، ودعم وظائف الذاكرة العاملة) والتي يعتقد بأن العقدة القاعدية تلعب دوراً فيها.

أما الدوبامين فإن العلاج الدوائي في الاضطراب يعمل بشكل رئيسي على الوظائف العصبية لنظام الدوبامين dopaminergic وهذا يدعم دوره في اضطراب

(1) see Biederman, Faraone, Mike, Spencer, Wilens, Keily, Guite, Ablon, Reed, and Warburton, 1995; Faraone et al., 1995; Faraone et al., 2000; Faraone, Biederman, Keenan, and Tsuang, 1991; Levy, Hay, McStephen, Wood, and Waldman, 1997; Rhee et al., 1999; Seidman, Biederman, Monuteaux, Weber, and Faraone, 2000; Swanson et al., 1998; Thapar, Holmes, Poulton, and Harrington, 1999.

الانتباه/النشاط الزائد، كما تدعمه دراسات مورث المُستقبل ٤ للدوبامين<sup>(١)</sup> dopamine D4-receptor gene.

وعموماً فإن أسباب هذه الحالة ما تزال غير معروفة تماماً، وقد اقترح عبر السنين الماضية عدة أسباب للنشاط الزائد، ويمكن لأي من العوامل التالية أن يكون سبباً للحالة، وفيما يلي سنحاول استعراض بعض هذه العوامل بشيء من الإيجاز:

#### (١) العوامل الوراثية (الجينية):

\* يعتبر بعض العلماء العوامل الأكثر أهمية للنشاط الزائد هي العوامل الوراثية فالوراثة لها دور مهم جداً في هذا الاضطراب، حيث أظهرت الدراسات انتشار مشكلة النشاط الزائد بشكل ملحوظ بين الأسر، وأن هذا الاضطراب قد يتوارثه أفراد العائلة، فقد لاحظوا أثناء دراسة (١٠) حالات من ذوي النشاط الزائد أن هناك (٨) حالات منها كان هذا الخل متوارث فيها أي بنسبة ٨٠% من الحالات، ويوجد احتمال بنسبة ٥٠% أن يكون أحد أو كلا الوالدين يعاني منه أيضاً، فإذا كان أحد الوالدين مصاباً باضطراب النشاط وقلة الانتباه فهناك احتمال كبير لأن يصاب الأبناء به، أما الحاليتين الباقيتين، فقد كانت الحالة ترجع لأسباب أخرى، مثل تدخين الأم أو إدمانها للكحوليات، أو تعرضها للتدخين السلبي أثناء فترة الحمل.

(1) see Aman, Roberts, and Pennington, 1998; Casey, Castellanos, Giedd, and Marsh, 1997; Faraone, Biedreman, Weiffenbach, Keith, Chu, Weaver, Spencer, Wilens, Frazier, Cleves, and Sakai, 1999; Mataro, Garacia-Sanchez, Junque, Estevez-Gonzalea, and Pujol, 1997; Oades, and Mueller, 1997; Silberstein, Farrow, Levy, Pipingas, Hay, and Jarama, 1998; Sunohara, Roberts, Malone, Schachar, Tannock, Basile, Wigal, Schuck, Moriarty, Swanson, Kennedy, and Barr, 2000; Sagvolden and Sergeant, 1998; Seidman et al., 2000; Spencer, Beiderman, and Wilens, 2000; Swanson, Flodman, Kennedy, Spence, Moyzis, Schuck, Murias, Moriarty, Barr, Smith, and Posner, 2000; Swanson et al., 1998.

كما أظهرت الأبحاث الأخيرة على التوائم أن نسبة الوراثة تصل إلى ٨٠% وهي نسبة تعتبر عالية جداً.

وهناك دراسة أعدها جيودمان وستيفنسون عام ١٩٨٩ تشير إلى أن العامل الوراثي يلعب دوراً مهماً في هذه الظاهرة، فقد تبين أن الأطفال التوائم وحيدى اللقاح (المتشابهة شكلاً وجنساً) أكثر تعرضاً للإصابة من الأطفال ثنائيى اللقاح (غير المتشابهين).

وعلى الرغم من كل ذلك يبقى السبب الأساسي للنشاط الزائد مجهولاً .

## (٢) العوامل العضوية:

أشارت معظم الأبحاث والدراسات إلى أن الأطفال ذوي النشاط الزائد قد يعود الاضطراب لديهم لأسباب عضوية ومنها:

\* تلف المخ: قد يكون تلف جزء من المخ أحد أهم الأسباب، فقد أشارت بعض الدراسات التي أجراها الأطباء أن الأطفال الذين يعانون من تلف في المخ يعانون من النشاط الزائد.

\* ضعف القشرة المخية.

\* عدم الالتحام بشكل سليم بين فصي المخ.

\* أي إصابة للجهاز العصبي أثناء الحمل أو الولادة لها تأثير.

\* قد ينجم المرض عن أذية دماغية قديمة مثل التعرض لنقص الأوكسجين.

\* إصابات الحوادث التي تؤثر على الجمجمة.

\* نقص نضج المخ.

\* الولادات المبكرة.

\* إصابات المخ بسبب التهابات أو سموم.

\* تناول الأم أدوية معينة أثناء فترة الحمل.

\* أيضاً التعرض لنسبة عالية من مادة الرصاص (التسمم بالرصاص).

\* خلل في وظائف الدماغ الكيميائية.

\* قد ينجم المرض عن التسممات المزمنة.

- \* الأنيميا المزمنة.
- \* الأنيميا الوراثية.
- \* ضعف الغدة الدرقية.
- \* نقص السكر في الدم.
- \* الإصابة بالطفيليات.
- \* التأثيرات الجانبية لبعض العقاقير.
- \* ضعف النظر والسمع.
- \* الإصابة بالأمراض المعدية خاصة الأمراض المعدية التي تؤدي إلى إصابة المخ مثل: الحمى الشوكية، وكذلك الحميات المختلفة التي قد تؤثر على المخ إذا لم تعالج في الوقت المناسب بالعلاج السليم.

### (٣) العوامل النفسية والاجتماعية:

اتجه بعض الباحثين وعلماء النفس والتربية إلى بحث الأسباب الحقيقية التي تكمن وراء مشكلة زيادة النشاط وانتشارها بين الأطفال، حيث أظهرت الدراسات أن النشاط الزائد يتزايد بين الأطفال كلما زادت الاضطرابات الأسرية لهؤلاء الأطفال، وفي رأيهم أن الكثير من الأطفال يعانون من النشاط الزائد بسبب الظروف الاجتماعية والنفسية المحيطة بهم، مثل:

- \* القلق.
- \* الإحباط.
- \* المعاملات الأسرية السلبية.
- \* الظروف الاجتماعية المتعارضة في الأسرة والمدرسة.
- \* الحرمان العاطفي أو الأطفال الذين يعيشون تحت تأثير المشاكل النفسية.
- \* الأمراض النفسية: الناتجة عن تفكك الأسرة، إما لتعرض لحوادث خطيرة، أو مواقف مؤلمة.
- \* عدم استقرار الأسرة.
- \* سوء الظروف البيئية.

\* قد تترافق الحالة مع مشاكل سلوكية أخرى.

\* انتقال الطفل إلى بيئة جديدة كبيئة المدرسة حيث أن النشاط الحركي يصحبه تشتت ونقص انتباه كعرض ملازم<sup>(1)</sup>.

#### ٤) العوامل البيئية:

أ- يعتبر بعض الأطفال أكثر حساسية للإضاءة الفلورسنت، حيث ثبت أن الأطفال الذين يتعرضون لفترات طويلة منتظمة لإضاءة الفلورسنت تنتشر بينهم أعراض النشاط الزائد، وقد فسر أحد العلماء هذه الظاهرة بقوله إن الإشعاع المنبعث من لمبات الفلورسنت يؤثر سلباً على الجهاز العصبي لبعض الأطفال ومن ثم تنتشر بينهم أعراض النشاط الزائد.

ب- وقد أشارت بعض الدراسات الحديثة إلى أن تعرض الطفل للضوضاء وقلة النوم على المدى الطويل قد تكون سبباً في هذه الحالة.

فإذا كان لدى طفلك مشاكل في النوم، لا تستغرب إذا تبعه مشاكل في تصرفاته، إن طفلاً في الخامسة من عمره ويعاني من مشاكل تنفسية تؤثر على نومه مثل الشخير هو أكثر عرضة لأن يكون لديه مشاكل سلوكية أثناء النهار مثل النشاط المفرط وقلة التركيز والعذوانية وذلك وفق دراسة أجراها باحثون لطب الأطفال في شيكاغو وبوسطن قيموا حالة ٣٠١٩ طفلاً وسألوا أهاليهم حول مشاكل النوم عندهم ومن ثم عن سلوكهم خلال اليوم.

وربطت أبحاث سابقة الشخير مع مشاكل النوم الأخرى مثل الاختناق (وقف التنفس اللاطوعي أثناء النوم) وإن جودة هذه الدراسة هي في أننا عند الأطفال نتحكم ولأسباب مختلفة بأشياء لا يتحكم بها البالغون.

هذا ما قالته الدكتورة ديبورا. ي. ويزمايد بروفيسور طب الأطفال في المركز الطبي الجامعي في راش في شيكاغو وفي دراسة موثقة من بين العوامل المتحكمة

(1) مفهوم نقص الانتباه وضعف التركيز: هو ضعف قدرة الطفل على التركيز في شيء محدد خاصة أثناء عملية التعلم، وقد يأتي منفرداً وقد يكون مصحوب بالنشاط الحركي الزائد.

وأوضحت أن الجنس، العرق، المستوى الدراسي للأُم، والحالة الاجتماعية، بالإضافة إلى سيرة الصحة النفسية، كل هذه العوامل يمكن أن تغير النتيجة.

وكان عدم انتظام النوم التنفسي والذي يأخذ بعين الاعتبار الشخير، الاختناق ومشاكل أخرى، قد بلغ عنها في ربع الأطفال، ثم سأل الباحثون عن المشاكل السلوكية أثناء النهار.

وبالمقارنة مع الأطفال الذين لا يعانون من الشخير أو أي مشاكل أخرى كعدم انتظام النوم التنفسي، كان هؤلاء الأطفال الذين يعانون من مشاكل أكثر تعرضاً لمشاكل سلوكية تتعلق بعدم انتظام التركيز وفرط النشاط، وكانوا أكثر بمرتين تعرضاً للنعاس أثناء النهار ومرتان ونصف أكثر تعرضاً لفرط النشاط ومرتين أكثر تعرضاً لعدم الانتباه أو العدوانية من الأطفال الذين لا يعانون من مشاكل في النوم أثناء الليل.

وأظهرت الدراسة وجود ترافق وليس سبب ونتيجة بين مشاكل النوم وعدم انتظام التركيز وفرط النشاط، ولكن بينت الدراسة أن النسبة السائدة في أعراض عدم انتظام النوم التنفسي قد تساهم في تصرفات سلوكية غير مرغوبة أثناء النهار.

إن الرسالة الموجهة لكلا الأبوين وأطباء الأطفال هي في أن يصبحوا أكثر معرفة بسلوكيات النوم، ومن الأهمية بمكان النظر إلى الطفل بشكل عام ومتكامل، عندما نلاحظ مشاكل سلوكية عند الأطفال فإننا وبسهولة ننسى أن هناك مشاكل فيزيولوجية قد تقاوم الغضب والألم عندهم.

إن على أطباء الأطفال أن يتذكروا بأن يسألوا عن نوعية النوم عند الأطفال أثناء الفحص، وأن على أطباء الأطفال أن يأخذوا بالحسبان أي تصرف سلوكي خاطئ أثناء النهار والذي يمكن أن يتعلق بمشاكل نوم عندما يحاولون أن يقرروا إزالة اللوزتين والزوائد الأنفية حيث أن الجراحة غالباً تحسن من مشاكل النوم.

إن معظم الآباء ينصرفون إلى مراقبة أطفالهم الرضع أثناء النوم ثم يقللون من تلك المراقبة كلما كبر الأطفال، ونقترح بأن يتابع الآباء مراقبتهم أثناء النوم خلال فترة كبرهم إلى أن ينضجوا فإذا سمعوا شخيراً عالياً أو لاحظوا ما يمكن تسميته توقف عن التنفس أثناء النوم، ينبه دكتور الأطفال بذلك.

لقد أصدرت المؤسسة العالمية للنوم في أوائل هذا العام معلومات حول الأطفال، بدانتهم ونومهم، وأعلنت بأن مشاكل وقف التنفس أثناء النوم بينما هي إحدى المشاكل العامة والملاحظة عند متوسطي الأعمار والبدنين من الرجال إلا أنها يمكن أيضاً أن تعتبر مشكلة عند الأطفال وخصوصاً مع ازدياد وزنهم وبدانتهم.

وفي بيان معن حثت المنظمة الأهل على الإطلاع والتعرف على أعراض وقف التنفس أثناء النهار والليل، وقد تضمن ذلك الشخير، نوبات وقوف التنفس أثناء النوم، النوم المتقطع، التنفس عن طريق الفم، وصعوبة الاستيقاظ حتى بعد نوم كاف، عدم التنبيه أثناء النهار، المشاكل السلوكية والنعاس.

ج- كما أثبتت الدراسات أن المواد الحافظة والمواد الكيميائية التي تستخدم في حفظ بعض المواد الغذائية، وكذلك الألوان الصناعية التي تحتوي عليها الكثير من الأطعمة ولعب الأطفال وبعض أنواع الحلوى، تؤثر في الجهاز العصبي للأطفال في مرحلة النمو، والتي يتم تناولها بكثرة وانتظام ولفترة طويلة وكل ذلك يؤدي إلى النشاط الزائد عند الأطفال.

كما أن الحساسية لدى بعض الأطفال الناتجة من الأطعمة والمواد الغذائية تسبب تطور المرض لدى الأطفال المصابين وتسبب التوتر العصبي وتزيد من حالة النشاط الزائد لدى الأطفال.



وكذلك نوعية الغذاء يمكن أن تلعب دوراً في التسبب بهذه الظاهرة فقد نشرت دراسة حول هذه النقطة تحدثت عن دور أنزيم الفينول سلفرانفيرس الذي يعمل على تكسير المواد الفينولية في الأمعاء، وأثبتت الدراسة أن هذا الأنزيم له علاقة بالنشاط المفرط.

كما أثبتت الدراسات أن الأطفال المفرطي الحركة يعانون من حساسية زائدة تجاه بعض الأطعمة بسبب الملونات والمواد المضافة والسكريات والمواد المحلاة. وقد أجرى الدكتور بن فنيغولد دراسة خاصة بهؤلاء الأطفال أورد فيها أن معظم الأطفال المفرطي النشاط يظهرون حساسية تجاه المواد الكيميائية والمواد الملونة والمضافة إلى جانب مركبات كيميائية تسمى (السالييلات) وتوجد في الأطعمة التي تبدو صحية.

هذه المواد تمتلك خصائص تشبه الأسبرين وتسبب ردود فعل لدى الأطفال والبالغين الذين يعانون بشكل خاص من حساسية تجاهها، وتوجد هذه المواد في البرتقال واللوز والطماطم والتفاح والشمش والخيار والكرز والخوخ والعنب والتوت البري والفليفلة وبعض أنواع الحوامض.

ومن المهم أن تلاحظ الأم على الطفل أي نوع من الأطعمة يفضلها ويتناولها بكثرة فربما يكون هذا النوع بالتحديد هو سبب المشكلة، حيث أن المادتين اللتين يرجح أن تكون أكثر تهيجاً هما الطماطم والمشروبات المنكهة بالبرتقال.

إن الكثير من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه أو فرط النشاط تنقصهم الحموضة الدهنية الأساسية ولاسيما (اوميغا ٣).

ويرجع تاريخ التعرف على دور الغذاء في النشاط الزائد لدى الأطفال منذ عام ١٩٩٤م حيث أشار كلوفيلد Schofield إلى وجود قلق وتوتر عند بعض الأطفال عند تناولهم أطعمة معينة.

وتلي هذه التقارير عدة تقارير من Schloss 1912، وكوك Cook 1922، هوبر Hobler 1916، وكانبيل Conpbell 1927، وكاستيل keston 1935، الفاريز Alvarez 1946، وبلاك Black 1942.

وهذه التقارير تؤيد وجود أعراض نشاط زائد للأطفال بعد تناولهم لأطعمة معينة، واقترحت التقارير وجود حساسية لدى هؤلاء الأطفال لمثل هذه الأطعمة. وبمرور الزمن لوحظ أن حبوب اللقاح والتراب والفطريات وبعض الروائح مثل العطور تسبب أعراض نشاط زائد للأطفال بعد تناولهم لأطعمة معينة، واقترحت التقارير وجود حساسية لدى هؤلاء الأطفال لمثل هذه الأطعمة<sup>(1)</sup>. وقد اقترحت هذه الدراسات غذاءً محددًا خاليًا من المؤثرات المسببة للحساسية في علاج هذه الظاهرة وأثبتت نجاحها.

وقد لاحظ كل من Speer، 1978 Diamer ظاهرة الإجهاد التوتري الناتج من الحساسية الغذائية وقاموا بنشر العديد من الأبحاث في هذا المجال لتنبية الأطباء لأعراض هذه الظاهرة في الأطفال، وقد لخصوا هذه الأعراض كما ذكر سابقاً، أما Crook 1961 قد لخص الأطعمة المسببة لظاهرة النشاط الزائد للأطفال وهي:

- حليب - شيكولاتة - بيض - قهوة - شاي - قمح - الذرة.
- زيت فول السوداني - عصير البرتقال كثرة تناول السكريات.
- الساليسيلات الطبيعية الموجودة في بعض الأطعمة (مثل اللوز - التفاح - العنب - الطماطم - الخوخ - البرتقال).

المواد المضافة للأطعمة:

المواد الحافظة - المواد الملونة والمكتسبة للنكهة - مواد أخرى مثل (حبوب اللقاح - التراب - الفطريات - بعض الروائح مثل العطور - المضادات الحشرية)، وأشار Feingold 1975 إلى تأثير الصبغات في الأطعمة على زيادة النشاط الزائد غير الطبيعي لدى كثير من الأطفال المرضى، وأنه يمكن علاج ذلك بتزويد الطفل بغذاء خالي من الصبغات الصناعية للمواد الحافظة، وأدت أبحاثه المنشورة في هذا المجال إلى تغيير القوانين المتحكمة في وجود الأغذية لتستكمل على قانون يحكم البطانة الغذائية الإرشادية لتحتوي على المواد المضافة للأطعمة والمشروبات والعقاقير.

(1) Speer 1954 , Croot 1961 , Dicky 1971 , Eeingold 1975.

وقد أكدت دراسة علمية حديثة شملت ١٨٠٠ طفل في سن الثالثة من العمر، وجود علاقة وثيقة بين فرط النشاط لدى الأطفال وتناول الأغذية التي تحتوي على الأصباغ والمواد الحافظة، وخاصة الحلويات.

وأكدت الدراسة أيضا أنه عندما امتنع الأطفال الذين أجريت عليهم التجربة عن تناول الأطعمة الحاوية للأصباغ والمواد الحافظة، تراجعت هذه الأعراض، ويذكر أن الأطفال الذين يعانون من فرط النشاط تتراوح نسبتهم ما بين ٣ و ٥% في البلدان الصناعية.

## ▼▼▼▼ الفصل الرابع ▼▼▼▼

---

### العلاقة بين التغذية وسلوك الأطفال

## العلاقة بين التغذية وسلوك الأطفال

تُجمع أبحاث عديدة في مجال "التغذية وسلوك الأطفال" أن الغذاء هو المسؤول الأكبر عن الاضطرابات في سلوك الأطفال، التي من أهمها ظاهرة الإفراط بالنشاط، وهي تشمل أيضاً عدم التركيز، هذه الظاهرة الآخذة بالانتشار في البيوت وفي المدارس ويعاني منها المربون والأهل، كما تُجمع هذه الأبحاث على أن العلاج الغذائي سيكون أفضل حل لهذه المشاكل السلوكية التي يمكن أن تكون خطيرة، إذ قد تتحول إلى العنف في الكثير من الأحيان، وهذا ما نلاحظه كثيراً في مجتمعنا.

وتختلف وجهات نظر العلماء في أسباب ظاهرة عدم التركيز والإفراط بالنشاط كثيراً كما ذكرنا، ومن العلماء من يعتقد بأن السبب يعود إلى نقص أملاح معينة أو نقص فيتامينات معينة، ومنهم من يرى أن السبب هو حساسية لبعض المواد الموجودة في الأغذية التي يتناولها الأطفال، وفي حالات كثيرة يكون السبب غذائياً، وهذا ما سنتحدث عنه، اعتماداً على آخر الأبحاث في هذا الموضوع وعن طرق العلاجات الغذائية التي ساعدت الكثير من الأطفال المفرطين بالنشاط.

### الغذاء وظاهرة الإفراط بالنشاط

نشر الطبيب بنيامين فاينغولد، المختص بطب الأطفال والحساسية، سنة ١٩٧٣ كتاباً بعنوان "لماذا طفلك مفرط بالنشاط"، وذكر في هذا الكتاب أن الأصباغ الغذائية الصناعية ومواد الطعم والمواد الحافظة المضافة للمنتوجات الغذائية هي العوامل الأساسية في الاضطرابات السلوكية والتعليمية عند الأطفال، وقد أوصى بطريقة غذاء سميت "غذاء فاينغولد" كعلاج لظاهرة "عدم التركيز والإفراط بالنشاط"، ويعتمد هذا الغذاء على الامتناع عن الأغذية التي تحتوي على الأصباغ الغذائية الصناعية ومواد الطعم والمواد الحافظة وعن مواد غذائية تحتوي على مواد معروفة باسم "سليسلات". وكانت نتائج الأبحاث التي نشرها الطبيب فاينغولد بمثابة الضوء الأول الذي أثار طريق النظرية الغذائية لتفسير ظاهرة الإفراط بالنشاط، وحفزت العديد من الباحثين على القيام بأبحاث أخرى، فمنهم من قام بفحص تأثير الأغذية على سلوك الأطفال عامة، وقد جاءت أبحاثهم بنتائج مدهشة في هذا المجال، وفيما يلي سنذكر بعضها:

### عصير الطماطم والبرتقال وفواكه أخرى:

لم يفكر أحد أن العصير يمكن أن يسبب الإفراط بالنشاط عند الأطفال، فقد قام فريق ألماني بأبحاث على أطفال مفرطين بالنشاط، إذ طلب من أهلهم أن يستبدلوا الغذاء العادي بحمية خاصة خالية من الطماطم وعصير الفواكه فتحولوا إلى أطفال عاديين، ثم طلب منهم إضافة طماطم لغذائهم وعندما أضافوا عصير الطماطم تحولوا مرة أخرى إلى مفرطين بالنشاط، كذلك الأمر عندما أضافوا عصير البرتقال.

هذه النتائج أدهشت العلماء والمختصين بالموضوع، فقد كان الاعتقاد بأن المواد الحافظة والأصبغ الغذائية المصنعة ومواد الطعم هي السبب، ولم يفكروا أبداً في أن المواد الغذائية الطبيعية يمكن أن تكون هي أيضاً سبباً للإفراط بالنشاط. وقد دلت الأبحاث أيضاً على أنه يوجد اختلاف بين الأطفال، فمنهم من هو حساس للطماطم ومنهم ليس كذلك، لذلك لا يمكن أن نعمم ونقول أن سبب الإفراط بالنشاط هو الطماطم أو عصير البرتقال، لذلك، إضافة إلى الانتباه لغذاء الأطفال، يجب استشارة خبير بالعلاج الغذائي بالنسبة لأطفالكم.

وبالإضافة إلى الطماطم وعصير البرتقال استنتج الباحثون أن هنالك أطفالاً حساسين لفواكه وخضار أخرى، وهنالك قوائم بأسماء الخضار والفواكه التي يمكن أن تسبب الإفراط بالنشاط، ومرة أخرى نذكر إن الأمر يختلف من طفل إلى آخر.

### الغذاء الغني بالسكريات والنشويات:

قام عدة باحثين بفحص تأثير الأغذية الغنية بالسكريات والنشويات واستنتجوا أنها تسبب الإفراط بالنشاط عند مجموعات الأطفال التي فحصوها، مع العلم أن جميع الأطفال يكتثرون من تناول هذه الأغذية، مثل الحلويات والمشروبات الخفيفة على جميع أنواعها، والكثير من الناس يعتبرونها ضرورة من الضروريات لا يمكن الاستغناء عنها، إذ أصبحت جزءاً من حياتهم.

كما يكثر الأطفال من الأغذية الغنية بالنشويات مثل، الخبز والأرز والبطاطا المقلية (شيبس) وهذه الأغذية سرعان ما تهضم وتتحول إلى سكر، وهذا يسبب في البداية ارتفاع السكر بالدم، ونتيجة لذلك يقوم البنكرياس بإفراز كميات كبيرة من

الأنسولين في الدم تسبب انخفاض السكر في الدم، الأمر الذي يحفز الغدة الكظرية الموجودة فوق الكلية على إفراز هرمون الأدرنالين، الذي يسبب النشاط الزائد والعصبية وظواهر أخرى من علامات الإفراط بالنشاط.

وقام فريق من الباحثين بأبحاث على مجموعات الأطفال، فحصوا خلالها تأثير غذاء متوازن، أي يحتوي على نشويات وزلال وفيتامينات وأملاح، مقابل غذاء غني بالنشويات والسكريات، فوجدوا أن الغذاء الغني بالنشويات قد سبب الإفراط بالنشاط، بينما الغذاء المتوازن لم يسبب ذلك.

### الحليب ومنتجاته:

أجريت عدة أبحاث لفحص تأثير الحليب ومنتجاته وقد دلت جميعها على أن الحليب ومنتجاته يمكن أن يكون سبباً للإفراط بالنشاط عند بعض الأطفال.

### تجمع مواد سامة في الجسم:

ينتج في جسمنا يومياً - نتيجة عمليات الهضم - العديد من المواد السامة، وتوجد لدى الجسم القدرة على التخلص من هذه المواد عن طريق تحويلها إلى مواد غير سامة وإفرازها خارج الجسم.

وهناك بعض الأطفال تنقصهم هذه القدرة، لذلك تتجمع هذه المواد في جسمهم وتؤدي إلى مشاكل، منها ظاهرة الإفراط بالنشاط، وتنشأ هذه الحالة عندما يتناول هؤلاء الأطفال الأدوية الكيميائية لعلاج الإفراط بالنشاط، لأن هذه الأدوية تضر بالكبد الذي من وظائفه التخلص من المواد السامة، وهذه من مضاعفات العلاج بالأدوية الكيميائية.

### التسمم الناجم عن المعادن الثقيلة:

المعادن الثقيلة، مثل الرصاص والكاديوم، وهي من النواتج السامة للصناعات الحديثة، ونسبة إصابة الأطفال بها عالية، ولقد دلت الفحوصات المخبرية التي أجريت على أطفال مفرطين بالنشاط أن أجسامهم تحتوي على تراكيز منخفضة من الخارصين والمغنيسيوم والكالسيوم والحوامض الدهنية الضرورية.

فالرصاص هو من المعادن الثقيلة التي تسبب اضطرابات حادة في الجهاز

العصبي عند الأطفال واضطرابات في السلوك، والتسمم الناجم عن الرصاص يمكن أن يؤدي إلى خلل في عملية التعليم والذاكرة والقدرة على حل امتحانات الذكاء، وهناك دلائل أكيدة تشير إلى أن الرصاص يؤدي إلى عدم القدرة على التركيز، وقد دلت دراسات أجريت على مجموعة أطفال ممن يعانون من عسر التعليم أن نسبة الرصاص عندهم عالية، كما أجريت أبحاث على التربة الموجودة بمحاذاة المدارس، التي توجد فيها نسبة عالية من الأطفال المفرطين بالنشاط، فوجد أن نسبة الرصاص عالية في هذه التربة، ومعروف أن الرصاص يؤثر على الأطفال أكثر بكثير من تأثيره على الكبار.

كما وجد أن الكاديوم أيضاً يؤدي إلى الإفراط بالنشاط وإلى اضطرابات سلوكية، والكاديوم هو مادة كيميائية سامة موجودة في أجهزة كهربائية كثيرة مثل، البطاريات والمطاط والبلاستيك ومبيدات الحشرات ومواد التصوير وهي منتشرة في جميع البلدان، أما انتشارها في البلدان الصناعية فهو واسع جداً.

### تناول المضادات الحيوية "Antibiotics":

تناول المضادات الحيوية يخل بالتوازن الموجود في الجسم، والهدف من تناول المضادات الحيوية هو قتل البكتيريا الضارة المسببة للأمراض، ولكن مع قتل هذه البكتيريا تقتل بكتيريا مفيدة تعيش في الأمعاء فتتكاثر فطريات من نوع كانديدا وتؤدي إلى مشاكل عديدة منها:

- الحساسية.
- الصداع.
- مشاكل التنفس.
- الاكتئاب.
- مشاكل مغوية أخرى.

ويصاب الأطفال نتيجة لذلك بالتهابات الأذنين والتهاب اللوزتين والتهابات أخرى، إضافة إلى ظاهرة عدم التركيز والإفراط بالنشاط.

### تأثير نقص المواد:

#### \* نقص المغنيسيوم:

قامت مجموعة من الباحثين بفحص نسبة المغنيسيوم لدى ١١٦ طفلاً من المفرطين بالنشاط فوجدوا أن هناك نقصاً بالمغنيسيوم لدى ٩٥% منهم. ونقص المغنيسيوم عند الأطفال يؤدي إلى

- العصبية.
- عدم الهدوء.
- انقباض عضلات.
- صداع.
- صعوبات التعلم.
- الإفرط بالنشاط.
- الخوف.
- ردود فعل جسمية.

#### \* نقص فيتامين B:

وجد بعض الباحثين الذين أجروا أبحاثاً على أطفال مفرطين بالنشاط أن عدداً منهم يعانون من نقص في مادة السيروتونين في الدماغ، ولتكوين هذه المادة يحتاج الجسم فيتامين B6 وعندما أضافوه إليهم تحسن وضعهم وتحولوا إلى أطفال عاديين غير مفرطين بالنشاط.

#### \* نقص الحديد:

يعاني العديد من الأطفال نقصاً في الحديد، ويؤدي هذا النقص إلى عدم القدرة على التركيز، ومقابل ذلك فإن النسبة العالية جداً من الحديد في الجسم تؤدي إلى العنف والإفرط بالنشاط عند الأطفال.

#### \* نقص أحماض دهنية:

وجد الباحثون أن هناك علاقة قوية بين النقص في أحماض دهنية ضرورية للجسم وبين علامات الإفرط بالنشاط، هذه الأحماض الدهنية ضرورية جداً لعمل الدماغ وكذلك لحاسة النظر، وعندما فحصوا نسبة هذه الأحماض عند ٥٣ طفلاً مفرطين بالنشاط بالمقارنة مع ٤٣ طفلاً طبيعيين، وجدوا أن الأطفال المفرطين بالنشاط تنقصهم هذه الأحماض الدهنية للضرورة.

#### \* نقص الخارصين:

عندما فحصت نسبة الخارصين لدى الأطفال المفرطين بالنشاط وجد أنها أقل من النسبة الطبيعية، والخارصين ضروري لعملية تطور الدماغ ولعمل جهاز المناعة.

## ▼▼▼▼▼ الفصل الخامس ▼▼▼▼▼

---

### التشخيص

## التشخيص

كثير من الأطفال الطبيعيين يمرون بفترات من فرط النشاط، أما الحالة المرضية من فرط النشاط التي نتكلم عنها فهي تصيب طفل واحد من عشرين طفل تحت عمر اثني عشر عاماً، وعلى أي حال، إذا وجدت أن طفلك قد يكون مصاباً بهذه الحالة فعليك استشارة طبيب الأطفال، حيث يتم تشخيص النشاط الزائد وقلة الانتباه عن طريق فحص الطبيب النفسي للطفل، وغالباً ما تشخص الحالة في الصف الأول أو الثاني الابتدائي.

وبشكل عام فالمرض ليس سهل التشخيص ومن الصعب جداً في كثير من الأحيان، تشخيص هذه الحالة إذ أن أعراض هذا المرض تتداخل أمراض كثيرة أخرى، وتتشابه أعراضها مع أعراض أمراض نفسية أخرى كالقلق والتوحد وبعض أمراض سلوكية أخرى، وتبدأ الأعراض عادة قبل بلوغ الطفل سن السابعة ويجب استبعاد كل الأمراض والاضطرابات العاطفية الأخرى قبل وضع التشخيص.

ومن المستلزمات الضرورية للتشخيص ملء بعض الاستبيانات والمقاييس السلوكية من قبل أهل الطفل ومن قبل معلميه، حيث تعتبر هذه قاعدة مهمة لكل طفل لمعرفة درجة مقياس سلوكه ومدى تقدمه في العلاج، وكذلك الملاحظة الميدانية في المدرسة ومراقبة الطفل في الفصل وفي ساحة المدرسة.

وفي بريطانيا يقوم المعلمون والمشرفون على الطلاب بتحويل التلاميذ إلى العيادات النفسية الإرشادية للأطفال، وذلك بعد تنفيذ الخطة الفردية للطفل والمسماة (IEP).

ويكون التشخيص في دول أوروبا وبريطانيا حسب تصنيف الأمراض النفسية ويشترط وجود ثلاث أعراض على الأقل، ولكن في الولايات المتحدة لا يشترط ذلك، لذا نرى أن نسبة الإصابة في أمريكا هي ١٠-٢٠% أكثر منها في بريطانيا حيث نسبته ٥% فقط وذلك للاختلاف في شروط التشخيص كما ذكرنا، ويعتبر موضوع الـ ADHD من أحد المواضيع التي يكثر عليها الأبحاث في الخارج.

## سمات تشخيصية أساسية لابد أن يتضمنها النشاط الزائد

- ١- أعراض عدم الانتباه (السهو) والنشاط الزائد والاندفاع لابد أن تستمر على الأقل لمدة ٦ شهور، وتكون مرضية ولا تتناسب مع مستويات النمو.

- ٢- بعض الأعراض التي تسبب عجز (عدم توافق) لابد أن تكون موجودة قبل سن السابعة.
- ٣- بعض الاختلالات الناتجة عن هذه الأعراض تكون موجودة في (النشاط المدرسي - الواجب المنزلي) أي تكون موجودة أما في البيت أو المدرسة.
- ٤- يوجد دليل على خلل إكلينيكي ملحوظ في الأداء الاجتماعي والأكاديمي أو المهني.
- ٥- الأعراض لا تحدث بشكل خاص في فترة الخلل النمائي نفسه ولا تعتبر الحالة أفضل من الأمراض العقلية الأخرى مثل الشيزوفرينيا.
- ٦- يجب أن يظهر من ٦ - ٩ من أعراض كل من عدم الانتباه، النشاط الزائد، والانفعال.

### متى يتم التشخيص؟

اضطراب فرط الحركة وقلة الانتباه حالة نمائية، أي أن الطفل يصاب بها في مرحلة الحمل وقبل الولادة، ويمكن تشخيصها في أي مرحلة عمرية معتمدة على شدة الأعراض ونوعيتها، ولكن بعض تلك الأعراض تحدث بشكل متكرر لدى الأطفال الطبيعيين خلال مرحلة النمو، لذا يكون من الصعوبة القدرة على التشخيص الكامل، ولكن عند دخول الطفل للمدرسة (خمس - ست سنوات)، فهناك العديد من العوامل التي تساعد على ظهور الأعراض مثل البيئة المدرسية واختلافها عن المنزل، الضغوط التي يواجهها الطفل في المدرسة، كما أن الأعراض التي يتم تجاهلها في المنزل كأعراض طبيعية يمكن أبرازها في المدرسة.

### كيفية التشخيص

يتم التشخيص من خلال الفحص الطبي لاستبعاد الحالات المرضية الأخرى، كما يتم التقييم الطبي والنفسي من خلال معايير مقننة لكل مرحلة عمرية، ويتم متابعة الطفل وملاحظة التغيرات التي تحدث، والسلوكيات، وتسجيلها من خلال الوالدين والمدرسين، ومن يقوم برعايته.

إن تشخيص اضطراب الانتباه/النشاط الزائد يتم عبر وسائل متعددة منها التقرير الذاتي self-report، أو من خلال تقرير الوالدين والمدرسين<sup>(١)</sup>.

(1) e.g. DuPal, McGoey, Power, Anastopoulos, Reid, and Ikeda, 1997; Smith et al., 2000.

كذلك تستخدم وسائل أخرى مثل:

أ- المقاييس النفسية العصبية التي تتأثر بالوظائف المعرفية التنفيذية مثل:

- اختبار إعادة الأرقام.

- اختبار رموز الأرقام.

- تصميم المكعبات.

- اختبار الذاكرة البصرية.

- اختبار ويسكانسون لتصنيف البطاقات.

- اختبار الكلمات الملونة لستروب Stroop Color Word Test.

- اختبار النقر بالأصابع<sup>(1)</sup> Finger Tapping Test.

وهناك وسائل أكثر تعقيداً، في طور البحث، مثل المسح الدماغى الكهربائى<sup>(2)</sup>

Electroencephalographic scanning.

وعلى الرغم من تعدد المقاييس، فإن تشخيص اضطراب الانتباه النشاط الزائد

له محاذيره، وذلك لتعدد صور الاضطراب وأنواعه الفرعية وتواجد اضطرابات أخرى عديدة مصاحبة في كثير من الحالات كما سلف.

### مظاهر النشاط الزائد وقلة الانتباه

قد يكون من الصعب جداً أحياناً تشخيص هذه الحالة حيث أنها تتشابه مع أمراض كثيرة أخرى، وتبدأ الأعراض عادة قبل أن يبلغ الطفل السابعة من العمر، ويجب قبل وضع التشخيص استبعاد كل الأمراض والاضطرابات العاطفية الأخرى، ويلاحظ أن هؤلاء الأطفال يجدون صعوبة في التركيز ويكونون عادة اندفاعيين وزائدي الحركة، وبعض الأطفال يكون المرض على شكل نقص انتباه دون فرط الحركة، ويجب التذكر أن أي طفل طبيعى يتصرف بهذه الطريقة أحياناً، أما الأطفال المصابين بكثرة الحركة ونقص الانتباه فهم دائماً على نفس الحال من فرط النشاط.

(1) see Barkley, 1998, Doyle, et al., 2000

(2) Monastra and Lubar, 2001

وتساعد القائمة التالية للتعرف فيما إذا كان الطفل مصاب بهذه الحالة أم لا،  
فبعد أن يستطلع الأهل هذه القائمة من الأعراض ومطابقة قسماً كبيراً منها على حالة  
الطفل فيجب عندئذ استشارة طبيب الأطفال:

### ١ - الأطفال ما بين سن الثلاث إلى خمس سنوات.

- الطفل في حالة حركة مستمرة ولا يهدأ أبداً.
- يجد صعوبة بالغة في البقاء جالساً حتى انتهاء وقت تناول الطعام.
- يلعب لفترة قصيرة بلعبه وينتقل بسرعة من عمل إلى آخر.
- يجد صعوبة في الاستجابة للطلبات البسيطة.
- يلعب بطريقة مزعجة أكثر من بقية الأطفال.
- لا يتوقف عن الكلام ويقاطع الآخرين.
- يجد صعوبة كبيرة في انتظار دوره في أمر ما.
- يأخذ الأشياء من بقية الأطفال دون الاكتراث لمشاعرهم.
- يسيء التصرف دائماً.
- يجد صعوبة في الحفاظ على أصدقائه.
- يصفه المدرسون بأنه صعب التعامل.

### ٢ - الأطفال ما بين ستة إلى اثني عشر سنة:

- يتورط هؤلاء الأطفال عادة بأعمال خطيرة دون أن يحسبوا حساب النتائج.
- يكون الطفل في هذا العمر متململاً كثير التلوي والحركة ولا يستطيع البقاء في مقعده، ويمكن أن يخرج من مقعده أثناء الدرس ويتجول في الصف.
- من السهل شد انتباهه لأشياء أخرى غير التي يقوم بها.
- لا ينجز ما يطلب منه بشكل كامل.
- يجد صعوبة في إتباع التعليمات المعطاة له.
- يلعب بطريقة عدوانية فظة.
- يتكلم في أوقات غير ملائمة ويجب على الأسئلة بسرعة دون تفكير.
- يجد صعوبة في الانتظار في الدور.

- مشوش دائماً ويضيع أشياءه الشخصية.
- يتردى أدائه الدراسي.
- يكون الطفل غير ناضج اجتماعياً وأصدقاءه قلائل وسمعته سيئة.
- يصفه مدرسه بأنه غير متكيف أو غارق بأحلام اليقظة.

## طرق تشخيص النشاط الزائد

للأسف فانه لا يوجد اختبار بسيط ثابت لتشخيص النشاط الزائد، مثل اختبار الدم مع أنه يجب التأكد من القيام به للتأكد من عدم وجود خلل آخر تتشابه أعراضه مع النشاط الزائد، ولهذا نقول أن تشخيص النشاط الزائد هو حقاً معقد، فالتشخيص السليم يتطلب تقييم دقيق من خلال أخصائي مدرب جيداً (عادة ما يكون طبيب نفسي للأطفال أو طبيب مخ وأعصاب للأطفال) يعرف كثير حول مشكلة النشاط الزائد وكل الاختلالات الأخرى التي تتشابه أعراضها مع النشاط الزائد.

وبعد أن ينتهي من جمع وتقييم المعلومات الضرورية لابد أن يتبع نفس القواعد التي يتبعها الوالدين والمعلمين، الذين يرون هذا السلوك ويشتهون في إصابة الطفل بهذا الاضطراب، ويفترض أن الطفل ربما كان لديه نشاط زائد، حيث أن النشاط الزائد هو الاضطراب الذي إذا ظل بدون تحديد أو سيطرة يمكن أن يسبب تعقيدات طويلة المدى، ويجب أن يتم التشخيص من خلال أخصائي، مع تحذير الآباء والمعلمين من الاكتفاء بالتشخيص بأنفسهم.

وفيما يلي قائمتان من الأسئلة كل منهما تخص مرحلة عمرية من مراحل الطفولة التي تظهر فيها أعراض النشاط الزائد في سلوك الطفل، وعن طريق الإجابة عنها يمكن تحديد الطفل ذو النشاط الزائد حسب مرحلته العمرية:

### القائمة الأولى: تخص الأطفال في مرحلة الروضة (قبل المدرسة).

- ١- هل يسهر الطفل باستمرار لساعة متأخرة من الليل؟
- ٢- هل يصعب نوم الطفل ويتقلب في فراشه ؟
- ٣- هل يستيقظ الطفل كثيراً - ليلاً- دون أن يكون لديه مشاكل صحية ؟
- ٤- هل يتحرك أكثر من أقرانه وبصفة مستمرة ؟

- ٥- هل تنتابه نوبات غضب حادة باستمرار ؟
- ٦- هل يتململ كثيراً في جلسته ويبدو عليه عدم الاستقرار ؟
- ٧- هل يتعثر كثيراً أثناء سيره بسبب اندفاعه ؟
- ٨- هل يعاند الكبار بصفة خاصة ولا يطيع الأوامر ؟
- ٩- هل يدور كثيراً حول مقعده ويقفز عليه بقدمه ؟
- ١٠- هل يقفز هنا وهناك في أي مكان يتواجد فيه ؟
- ١١- هل يعتاد ترك طعامه وعدم إكمال وجبته ؟
- ١٢- هل يتعدى بالضرب على الأطفال الآخرين ؟
- ١٣- هل يصدر أصوات غير مفهومة محدثاً ضوضاء وجلبة ؟
- ١٤- هل يغتصب أشياء الآخرين ليلقي بها هنا وهناك دون مبالاة ؟
- ١٥- هل يبعثر طعامه ولعبه باستمرار ؟
- ١٦- هل يشاكس أخوته وزملائه باستمرار ؟
- ١٧- هل يكثر من الصياح بدون داع ؟
- ١٨- هل يسهل استثارته وبكائه لأسباب لا تستدعي البكاء ؟
- ١٩- هل يصعب عليه السكون والهدوء ؟
- ٢٠- هل يبدو غاضباً متجهماً معظم الوقت ؟
- ٢١- هل يصعب عليه الاستمرار في لعبة واحدة ولو لمدة قصيرة ؟
- يجب اشتراك كل من الأب والأم والإخوة في الإجابة على هذه الأسئلة، ومن الممكن اشتراك مشرفة الروضة إذا كان الطفل ملتحقاً بالروضة.
- إذا كانت الإجابة على معظم هذه الأسئلة (نعم) - ١٥ سؤالاً على الأقل -  
أمكن القول أن هذا الطفل ذو نشاط زائد.

#### القائمة الثانية: تخص الأطفال في المرحلة الابتدائية:

- ١- هل الطفل كثير الحركة ولا يهدأ ؟
- ٢- هل يحدث ضوضاء وضجيج باستمرار ؟
- ٣- هل يبكي بسهولة لأسباب لا تستدعي البكاء لمن هو في مثل سنه ؟

- ٤- هل يصعب عليه التركيز على شيء معين ؟
- ٥- هل ينقل انتباهه من شيء لآخر دون مبرر؟
- ٦- هل يبدو عليه التوتر دون أسباب واضحة ؟
- ٧- هل يعاند باستمرار ويخالف الأوامر؟
- ٨- هل يصعب عليه إكمال واجباته الدراسية باستمرار؟
- ٩- هل يكره الانضمام للألعاب النظامية ؟
- ١٠- هل يصعب عليه الجلوس في مكان واحد ؟
- ١١- هل يشكو منه زملائه لعدم تعاونه معهم ؟
- ١٢- هل يبدو غير مقبول من أقرانه ؟
- ١٣- هل يسبب إزعاجاً مستمراً لإخوته ووالديه ؟
- ١٤- هل يشكو المعلمون من عدم انتباهه في الفصل ؟
- ١٥- هل يغلب عليه الغضب وعدم الرضا ؟
- ١٦- هل يصعب التنبؤ بسلوكه ؟
- ١٧- هل يصعب على الطفل تركيز بصره على ما يفعله بيديه ؟
- ١٨- هل مستواه التحصيلي أقل من أقرانه، رغم تقارب مستوى الذكاء بينهم ؟
- ١٩- هل يغلب على خطوطه عدم الانتظام ؟
- ٢٠- هل يخرج من مقعده باستمرار بدون مبرر؟
- ٢١- هل ينتقل من نشاط لآخر بدون مبرر؟
- ٢٢- هل يصعب عليه السيطرة على انفعالاته ؟
- ٢٣- هل تغلب العشوائية على حركات الطفل ؟
- ٢٤- هل يشكو المعلمون دائماً من شغب الطفل ؟
- ٢٥- هل الطفل بلا أصحاب ؟

- يجب أن يشترك في الإجابة على هذه الأسئلة كل من الوالدين والمعلمين، ويمكن إشراك الإخوة الكبار أيضاً، وإذا كانت الإجابة على معظم هذه الأسئلة (نعم)-  
١٩ سؤالاً أو أكثر- أمكن القول أن الطفل ذو نشاط زائد.

## ▼▼▼▼▼ الفصل السادس ▼▼▼▼▼

---

### علاج اضطراب فرط النشاط وقلة الانتباه

## علاج اضطراب فرط النشاط وقلة الانتباه

هل يشفى هؤلاء الأطفال من تلك الحالة عندما يكبرون ويتقدمون في السن؟ في الحالات المشخصة تشخيصاً علمياً دقيقاً كان الاعتقاد السائد أنهم يشفون مع التقدم في العمر، ولكن الدراسات الحديثة أثبتت عكس ذلك في أغلب الحالات، ولكن الأطفال المصابين بفرط الحركة وقلة الانتباه تتحسن حالتهم مع التقدم في العمر، ويتعلمون كيفية التصرف والموائمة لحالتهم، فالحركة المفرطة تقل مع البلوغ. ولكن لوحظ أن نصف الحالات يمكن التأثير عليهم ولفت انتباههم بسهولة، تقلب المزاج، الانفعالية الزائدة، عدم القدرة على أكمال العمل المناط به والأطفال الذين يجدون الدعم والحب من الوالدين، والذين يقومون بالتعاون مع المدرسة والطبيب المعالج، يمكن لهم التحسن بدرجة كبيرة، كما يمكنهم التكيف مع حياتهم اليومية.

## اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وحالات أخرى

تختلط أعراض الحالة مع حالات سلوكية أخرى، وقد تحدث تلك الأمراض مع الحالة نفسها، ومنها:

- صعوبات التعلم - الديسليكسيا Learning disabilities.
- التوحد Autism.
- القلق والاكتئاب Anxiety disorder - Depression.
- الخرس أو الصمم الاختياري Elective mutism.
- اضطراب السلوك - التصرف Conduct Disorder.
- اضطراب المعارضة والعصيان (ODD) Oppositional defiant disorder.

## معالجة النشاط الزائد ADHD

يمكن علاج النشاط المفرط بعدة طرق وأكثر هذه الطرق استخداماً هي:

### ١- العلاج (الدوائي) الطبي:

١- يكون العلاج الدوائي بإعطاء الطفل بعض العقاقير الطبية التي يصفها الطبيب النفسي وهي عقاقير طبية منشطة نفسياً، وتحقق نجاحاً في حوالي ٧٠% من

الحالات، وتحد من نشاطه الحركي المفرط وتساعد على زيادة نسبة التركيز لديه، ولا تعطى هذه الأدوية إلا للأطفال ممن هم في سن المدرسة، كما يصف بعض الأطباء بعض الفيتامينات لتقوية الجسم حيث يستنزف هؤلاء الأطفال معظم طاقتهم في الحركة مما يؤثر على حركة الجسم ككل.

وتتضمن العقاقير المستخدمة لمعالجة النشاط الزائد:

- الريتالين.
- الدكسدرين.
- السایلرت.

وأكثر العلاج الدوائي انتشاراً واستخداماً هو ميثيلفينيدات (ريتالين) (methylphenidate (Ritalin) وينتمي لفئة "المنشطات" Psychostimulants، ويتمثل ميكانيزم عمله في إطلاق الدوبامين من حويصلات التخزين<sup>(١)</sup>.

ولهذا العقار (ريتالين)، كأي منشط آخر، أعراض جانبية مثل إنقاص الوزن، واضطراب في النوم والأكل<sup>(٢)</sup>، وبالرغم من ذلك، فإن عدد مستخدميه (أطفال وراشدون) يتزايد في كل عام، فعلى سبيل المثال كان هنالك ستمائة ألف وصفة للريتالين خلال عام ١٩٩٦ في الولايات المتحدة الأمريكية فقط<sup>(٣)</sup>، هذا علماً أن استخدامه يثير الكثير من الجدل حول المبالغة في تشخيص اضطراب الانتباه/النشاط الزائد وبالتالي استخدام العقار<sup>(٤)</sup>.

والريتالين ليس الدواء الوحيد فهناك عدة أدوية أخرى مثل الامفيتامينات<sup>(٥)</sup> (amphetamines).

(1) Russell, de Villiers, Savolden, Lamm, and Taljaard, 1998

(2) Leonard, 1992

(3) Safer, Zito, and Fine, 1996

(4) see Berman, Douglas, and Barr, 1999; Diller, 2000; Goldman et al., 1998; Kent, Camfield, and Camfield, 1999; Pelham, Hoza, Kipp, Gnagy, and Trane, 1997; Smith et al., 2000

(5) see Barkley, 1998; Wender, 1995

ومع أن هذه العقاقير المستخدمة لمعالجة النشاط الزائد منشطة نفسياً إلا أنها تحد من مستوى النشاط لدى الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد، فبالإضافة إلى أنها تقلل من الحركة الزائدة فإنها ترفع الأداء العقلي وتزيد من قوة التركيز وذلك بسبب اضطراب الجهاز العصبي المركزي لديهم، لذلك فهي لا تعطى ولا تصرف إلا تحت إشراف طبيب الأطفال. ويتخلص تأثير هذه العقاقير في إبطاء حركة الأطفال المستمرة بدرجة تكفي لزيادة تركيزهم في التعليم لمدة طويلة من الزمن، ولكن لا تؤدي إلى البطء الشديد في النشاط والعقاقير لا تغير من سلوكيات الطفل المصاب بالمرض إلا أنها تقلل من الجموحات السلوكية.

ويبدو أن فعالية العلاج النفسي بدون علاج دوائي غير فعالة<sup>(1)</sup> فقد اثبت العلاج الدوائي فعاليته بالنسبة للعديد من الحالات، ومع ذلك فإن أغلب المتخصصين والخبراء يصرون على ألا يكون العلاج الدوائي هو العلاج الوحيد، حيث يجب أن يصحبه العلاج السلوكي والأنواع الأخرى من طرق العلاج. ويكون قرار الأطباء بالموافقة على إخضاع الطفل للعلاج الدوائي بناء على نصيحة الطبيب أو الأخصائي هو قرار شخصي بمعنى أن مسؤوليته تعود إليهم، ويجب اتخاذ هذا القرار بعد عمل تقييم شامل للطفل وأخذ عينة من الدم لتحليلها، وبعد التأكد من أن الطفل ذو نشاط زائد فعلاً، حتى لا يتم إعطائه علاج غير مناسب قد يسبب له الضرر، ولذلك ينادي البعض بوجود معيار ثابت للتشخيص في المجتمع وقياس الخلل بدقة. وهذا النوع من العلاج يواجه العديد من أوجه النقد، منها:

- العقاقير والأدوية تهدف من استخدامها الحد من النشاط الحركي الزائد للطفل، ألا أنه شيء مؤقت وسرعان ما يعود الطفل لحالته السابقة.

٢- الاستمرار في المهدئات لفترات طويلة أظهر آثاراً جانبية على العمليات العقلية والعصبية والانفعالية للطفل، حتى أنه في حالة أحد الأطفال الذين خضعوا

(1) e.g. Abikoff, and Klein, 1992; Kendall, 1993; Klein and Abikoff, 1999; Pfiffner and McBurnett, 1997; Walen and Henker, 1991.

للعلاج الدوائي Ritalin أن الطفل بعد فترة قل نشاطه فعلياً ألا أنه لم يعد كما كان حيث فقد نشاطه وفضوله لمعرفة أي شيء وأصبح متبلداً نوعاً ما.

٣- العلاج بالعقاقير المنبهة أو المنشطة التي تؤدي لزيادة التركيز والتقليل من السلوك العشوائي غير المرغوب فيه، أحياناً ما تتعارض في أداء وظيفتها مع العقاقير المهدئة التي تهدف إلى تقليل النشاط الحركي كما تسبب بعض الأعراض الجانبية مثل الأرق والصداع وفقدان الشهية Anxiety.

وأهم التأثيرات الجانبية لهذه الأدوية والتي يجب دائماً أن يكون الأهل على علم بها هي: الصداع- الأرق- فقدان الشهية- العصبية- بطء رد الفعل- ارتباط المعدة- الإسهال- جفاف الحلق - الرجفة - زيادة إفراز العرق - زيادة نبض القلب - قلة النوم- انقباض عضلات بشكل غير إرادي وخاصة عضلات الوجه.

وهناك تأثيرات جانبية أخرى لا تحدث باستمرار: مثل الدوار- الغثيان (الميل للقيء)- احمرار في الجلد- نقصان في الوزن- اختلاف في ضغط الدم. وقد لا تظهر كل هذه الأعراض بل بعضها وقد تظهر في بداية تناول العقار ثم تختفي وقد تظهر بعد تناول العقار بمدة طويلة.

وقد وصف هذا الدواء في مرشد الأدوية بأنه يمكن أن يسبب الإدمان، كما ظهرت علامات التخلف العقلي والجسماني على قسم من الأطفال الذين تناولوا هذا الدواء لمدة طويلة.

والعقاقير التي تؤدي إلى فقد الشهية تؤدي بالتبعية إلى اضطراب النمو، لذا يجب الحرص في متابعة نمو الطفل والاستشارة الطبية على فترات منتظمة.

ملاحظة:

وجد أن الأطفال المصابون بالنشاط الزائد يعانون انخفاض نشاط الموجات والإشارات العصبية اللامخية مما يؤدي إلى انخفاض معدل نشاط القلب، وبالتالي اختلاف واضطراب ردود الأفعال عند وجود الضغط العصبي.

ويرجع أساساً إلى اختلال في تلوين السيروتوفين ونور ابفرين والدوبامين المسؤولين عن تنظيم وإرسال الإشارات العصبية وتنظيم موجات المخ، وهذا كله يؤدي

إلى انخفاض في النشاط الفسيولوجي للأجهزة الداخلية للجسم مع وجود ظاهرة النشاط الزائد حيث يكون نشاط المخ غير طبيعي وبالتالي ردود الأفعال غير طبيعية (السلوك). والعقاقير التي تحتوي على المركب أمفيتامين.. فهذا المركب مسؤول عن تنظيم وجود (السيروتومين، نور ابنفرين، الدوبامين). وبما أن النشاط الزائد غالباً ما ينخفض بشكل ملحوظ في بداية مرحلة المراهقة، فإن العقاقير يتم إيقافها عندما يبلغ الطفل الثانية عشرة أو الثالثة عشرة.

## ٢ - العلاج الغذائي:

العلاقة بين النشاط الزائد لدى الأطفال وبعض الفيتامينات:

لا يوجد اتفاق بين الباحثين وعلماء التغذية على الاحتياجات الأساسية من الفيتامينات والأملاح المعدنية والبروتين الكامل والكربوهيدرات والأحماض الدهنية الأساسية والأملاح التي يؤدي تناولها إلى النمو السليم وارتفاع الوقاية للجسم إلى يومنا هذا. وكثير من الأطباء اختصاصيي التغذية يرون أن الغذاء المتوازن يمد الجسم بالاحتياجات الأساسية من العناصر الغذائية السابقة سواء للأطفال أو البالغين. إلا أنه بتغذية الطفل ذو النشاط الزائد غذاء عالي الجودة لا يضمن إمداده باحتياجاته حيث إن حالة الطفل الغذائية تتأثر بالكثير من العوامل مثل: الهضم- الامتصاص- التمثيل الغذائي، وفي أي من هذه العوامل قد يكون هناك خطأ فسيولوجي، فالطفل ذو النشاط الزائد قد يعاني كثير من الأحيان من أن استفادته من الغذاء غير كاملة.

بالإضافة إلى أن الغذاء في عصرنا الحديث ليس بالقيمة الغذائية الجيدة كما كان عليها سابقاً بسبب (التصنيع- التسميد الصناعي- المبيدات الحشرية- التهجين- تلوث المياه وتلوث التربة وتلوث الهواء... الخ).

وللاختلافات الفردية تختلف الاحتياجات الغذائية، ومن المعروف أن التوصيات الغذائية أعلى من الاحتياجات حيث تغطي ٩٥% من الأفراد، وتختلف الاحتياجات أيضاً بـ:

- الوراثة.

- العادات الغذائية.
- الهرمونات.
- الضغط العصبي.
- الحالة الصحية.
- التفاعل بين العناصر الغذائية وبعضها....الخ. مثل:

- \* الكالسيوم.
- \* الفسفور.
- \* الحديد.
- \* فيتامين ج.
- \* الكافيين.
- \* التانات.
- \* الفينيك.
- \* الأملاح المعدنية.

وبعض الأفراد يعانون من ضعف وراثي في إحدى مراحل الميتابوليزم (الأيض الغذائي) وهذا يرفع احتياجاتهم لبعض العناصر الغذائية عن الأخرى. والنقص الطفيف في الفيتامينات لا يظهر في الأحوال العادية إلا أنه يعطي أعراضاً عامة، وهذه الأعراض يعاني منها عادة الأطفال ذوو النشاط الزائد، فهل ممكن أن يكون النشاط الزائد لدى الأطفال إعلاناً مبكراً على النقص في هذه الفيتامينات، ومن هنا ظهرت أهمية الإمداد بالفيتامينات والأملاح المعدنية والبروتين الكامل ذي القيمة الحيوية العالية للأطفال ذوي النشاط الزائد.

ومع تقدم الأبحاث حول علاقة التغذية بالسلوك، يزداد الاهتمام بهذا المجال ويتجه العديد من الباحثين ومراكز الأبحاث في العالم إلى فحص العلاقة بين التغذية والسلوك، ونكاد نحصل يومياً على معلومات جديدة ومشجعة.

والعلاج الغذائي يجب أن يكون على أيدي مختصين بهذا الموضوع، لأن الأسباب الغذائية لظاهرة الإفراط بالنشاط مختلفة، فكما ذكرنا، يمكن أن يكون بسبب

تناول مواد حافظة وأصبغ غذائية صناعية ومواد طعم، ويمكن أن يكون بسبب حساسية لبعض المواد الغذائية مثل، السكر والطماطم وعصير الفواكه المختلفة، ويمكن أن يكون بسبب نقص فيتامينات مثل مجموعة الفيتامينات B والفيتامينات C، ويمكن أن يكون بسبب نقص المغنيسيوم والكارسين والكالسيوم وأحماض دهنية ضرورية.

والخبير في العلاج الغذائي هو الذي يقرر طرق الكشف، ولكي يقوم بالعلاج عليه أن يوجه الولد المفرط بالنشاط إلى الفحوصات اللازمة.

وقد أوصى أغلب المتخصصين بإخضاع الطفل لأنظمة غذائية معينة ومناسبة لعلاج النشاط الزائد، أو التخفيف من حدة هذا النشاط، فقد ثبت من خلال بعض الدراسات أن العديد من الأطعمة والمشروبات التي يتناولها الأطفال على فترات طويلة ومستمرة تؤدي عند تناولها إلى النشاط الحركي الزائد لبعض الأطفال، وخاصة بسبب مكسبات اللون والرائحة والنكهات الصناعية التي تستخدم في أغلب الحلوى التي تقدم للطفل، والمعلبات أو الأغذية المحفوظة التي يدخل في حفظها المواد الكيميائية والصناعية.

ومن هذه الأطعمة أيضاً بعض المواد مثل السكر، الكاكاو، الشيكولاتة والمياه الغازية التي تحتوي على مادة الكولا، حيث تعتبر مواد منبهة أو منشطة للمخ، وينادي البعض من المتخصصين باستبدال هذه المواد بمواد أخرى طبيعية (أعشاب طبيعية) بديلة للسكر والشيكولاتة... الخ.

وبإيجاد بدائل للطفل حتى لا يشعر بالحرمان من كل ما يحب من الأطعمة، حتى أن بعض شركات الأدوية قد تخصصت في إنتاج بدائل طبيعية لهؤلاء الأطفال، وقد أوصوا باستخدام بعض المواد والبدايل من الأعشاب الطبيعية.

إلا أن البعض من المتخصصين قد اعترض على العلاج الغذائي باعتبار أنه لم تثبت فعاليته، وقد ارتكز اعتراضهم على إتباع نظام غذائي يومي للطفل على اعتبار أنه يقيد ويشعره بالحرمان فيزيد الحالة سوءاً وليس تحسناً.

والأبحاث في مجال العلاج الغذائي لظاهرة عدم التركيز والإفراط بالنشاط معاً، وظاهرة عدم التركيز على حدة، جارية يومياً وتبشر بنتائج ممتازة وبنجاحات كبيرة.

وحسب عدد من الأبحاث تم التغلب على ظاهرة الإفراط بالنشاط عن طريق المضافات الغذائية التي تستعمل في الطب المكمل، فمنهم من عالجوا الإفراط بالنشاط بواسطة منتج يحتوي على الحامض الدهني اوميغا - ٣، ومنهم من عالجه بإضافة الخارصين، ومنهم بإضافة الحديد ومنهم بإضافة المغنيسيوم، وكل علاج يعتمد على الحالة وعلى النقص الذي اكتشف عند الطفل ذي النشاط المفرط.

وهذا لا يعني أن جميع الأطفال المفرطين بالنشاط يمكن علاجهم بالعلاج الغذائي، لأن الأسباب مختلفة، ولكنه يعني أن العلاج الغذائي يمكن أن يكون في كثير من الحالات العلاج الوحيد لهذه الظاهرة الخطيرة.

### ٣- العلاج الأسري (المشورة الأسرية):

- إن أسرة الطفل تقع تحت ضغط نفسي واجتماعي ومادي كبير، ثم سرعان ما تظهر بعض المشاعر السلبية التي قد يعكسها الوالدان سواء عن وعي أو بدون وعي على الطفل، فقد لا يفهم الوالدان حقيقة مشكلة الطفل ويكونا في حيرة عن كيفية تفهم هذا الوضع، وكيفية التعامل مع الطفل، لذلك يكون على المعالج أو الأخصائي الاجتماعي النفسي بعض المهام:

١- تعريف الوالدين بالاحتياجات اللازمة لنمو الطفل: (مثل تولية الاهتمام أو الانتباه للمناطق التي يحتاج فيها الطفل إلى تدريب إضافي لتنميتها).

٢- مساعدة الآباء على معرفة كيفية تخطي المراحل الحرجة في عملية نمو طفلهم: مثل التصدي لتوضيح احتياجات طفلهم الخاصة لكل مدرس جديد للطفل.

٣- مشاركة الآباء وأبنائهم لتحديد المستوى المناسب لتدخل الوالدين: مثل تجنب أسلوب الحماية الوالدية الزائدة، وتدخلهم للدفاع عنهم في الوقت المناسب فقط.

- كما يجب على المعالج تقديم وتوضيح كل المعلومات التي تحتاجها الأسرة عن حالة الطفل وكيفية التعامل معه بصورة مناسبة فإذا سلمنا أن الأسرة وخاصة الوالدين والمعلمين ليسوا هم المتسببين في النشاط الزائد للطفل، إلا أن تعاملهم مع الطفل بأسلوب خاطئ يزيد الأمر سوءاً وخاصة إذا كانا يتصفان بالمعاملة الوالدية

الضعيفة أو الحماية الزائدة، أو استخدام أسلوب العقاب بشكل كبير وخاصة العقاب البدني، لذلك فإن الأسرة وكذلك المعلمين يجب توعيتهم بأسلوب التعامل مع الطفل.

#### ٤- العلاج السلوكي:

يرى علماء النفس والتربية، وخاصة السلوكيون، إن النشاط الزائد للطفل أو الحركات العشوائية التي تمارس بشكل قهري ترجع لأسباب بيئية، اجتماعية ونفسية، لذلك ينصحون بالعلاج السلوكي لجميع حالات النشاط الزائد.

وقد ثبت أنه أفضل الطرق، ويجب أن لا يكون العلاج دوائياً لوحده وإنما مع العلاج السلوكي، وهو جداً مهم حيث يوضع برنامج خاص للطفل ينفذ في البيت بالتعاون مع الأهل، وفي المدرسة بالتعاون مع المعلم، ويعتمد على نظام التعزيز للتصرفات الجيدة وهو جداً فعال إذا نفذ بطريقة صحيحة.

يعتمد العلاج السلوكي بالأساس على لفت نظر الطفل بشيء يحبه وبغيره على الصبر لتعديل سلوكه، وذلك بشكل تدريجي بحيث يتدرب الطفل على التركيز أولاً لمدة ١٠ دقائق، ثم بعد النجاح في جعله يركز لمدة ١٠ دقائق ثم تزداد إلى ١٥ دقيقة،... وهكذا. ولكن يشترط لنجاح هذه الإستراتيجية في التعديل أمران:

الأول: الصبر عليه واحتماله إلى أقصى درجة، فلا يستعمل العنف معه، لأن استخدام العنف معه ممكن أن يتحول إلى عناد، ثم إلى عدوان مضاعف، ولهذا يجب أن يكون القائم بهذا التدريب مع الطفل على علاقة جيدة به، ويتصف بدرجة عالية من الصبر، والتحمل، والتفهم لحالته، فإذا لم تجد ذلك في نفسك، فيمكن الاستعانة بمدرس لذوي الاحتياجات الخاصة ليقوم بذلك.

الثاني: يجب أن يعلم الطفل بالحافز (الجائزة)، وأن توضع أمامه لتذكّره كلما نسي، وأن يعطى الجائزة فور تمكنه من أداء العمل ولا يقبل منه أي تقصير في الأداء، بمعنى يكون هناك ارتباط شرطي بين الجائزة والأداء على الوجه المتفق عليه (التركيز مثلاً حسب المدة المحددة...)، وإلا فلا جائزة ويخبر صراحة بذلك.

وتشمل أساليب تعديل السلوك إعادة تنظيم البيئة الأسرية أو الصفية بحيث تخلو من الآثار البصرية الشديدة وتزيد مستوى الانتباه، وكذلك بينت الدراسات فاعلية

التدريب على تنظيم الذات معرفياً "الملاحظة الذاتية والضبط الذاتي اللفظي والتعزيز الإيجابي".

ويشمل العلاج السلوكي:

أ- التدعيم الإيجابي (التعزيز): وهو (دعم السلوك والعمل على تقويته ليتكرر) والمقصود هنا التعزيز الإيجابي، ويتضمن تقديم معززات مادية أو معنوية لسلوك الطفل الإيجابي، وقد يكون مكافأة مادية أو تقديراً اجتماعياً. ولكي يكون التعزيز فعالاً لابد أن تكون فيه الشروط التالية:

- أن يكون المعزز المستخدم مرغوب ومحبيب للطفل.
  - أن يكون قيمة تحدها ما يبذله الطفل من جهد للحصول عليه.
  - أن يكون فورياً، بمعنى أن تمنح مكافأة فور ظهور السلوك المرغوب- حتى لا ندعم سلوكاً عارضاً غير المرغوب فيه.
  - أن يبدأ التعزيز مستمراً بمعنى أن لكل استجابة مكافأة، ثم يكون منقطعاً.
- ب- التعلم بالنموذج: وهو من الأساليب الهامة في علاج السلوك، والمقصود به تقديم نموذج توضيحي للسلوك المرغوب بطريقة صحيحة ويتم جذب انتباه الطفل لمتابعة الأداء، ثم يطلب منه أن يحذيه.

ج- العلاج السلوكي المعرفي: يسعى هذا النوع من العلاج إلى التعامل مع خلل سلوكي محدد، وبذلك يحتاج إلى برنامج كالتالي:

- تأمين وتهيئة بيئة اجتماعية تقل بها المثيرات الخارجية.
  - تطبيق أساليب وفنيات العلاج السلوكي مثل التدعيم الإيجابي والسلبي والعزل.
  - تدريب الطفل على عملية الضبط والتنظيم الذاتي لسلوكه.
- إن مشكلة النشاط الزائد يمكن التغلب عليها من خلال برامج تعديل السلوك وهي تأتي في أغلب الحالات بنتائج طيبة.
- والطفل يستطيع ممارسة حياته والدخول إلى المدارس العادية وإن كان النشاط يؤثر على التحصيل الدراسي، ولكن توجد إمكانية التغلب على النشاط الزائد من خلال الخدمات السلوكية.

#### د- المساعدة التعليمية:

بعض الأطفال يعانون من مشاكل صعوبات التعلم كما ذكرنا (وهذه ليست لها علاقة بمستوى الذكاء)، حيث يستفيدون من بعض الحصص الأسبوعية المخصصة لصعوبات التعلم.

ويتم تعديل أساليب السلوك على الشكل التالي:

١- الاسترخاء حيث يتم تدريب الأطفال على الاسترخاء العضلي التام في جلسة

تدريبية منظمة على افتراض أن الاسترخاء يتناقض والتشتت والحركة الدائمة.

٢- التعاقد السلوكي هو اتفاقية مكتوبة تبين الاستجابات المطلوبة من الطفل،

والمعززات التي سيحصل عليها، عندما يسلك على النحو المرغوب ويمتنع عن

إظهار النشاطات الحركية الزائدة والتعزيز الرمزي.

٣- التدعيم الإيجابي المادي واللفظي للسلوك المناسب، وذلك بمنح الطفل مجموعة

من النقاط عند التزامه بالتعليمات، تكون محصلتها النهائية الوصول إلى عدد

من النقاط، تؤهله للحصول على مكافأة أو هدية.

٤- جدولة المهام، والأعمال، والواجبات المطلوبة، وبأوقات النوم والطعام واللعب

ومشاهدة التلفاز، والاهتمام بالإنجاز على مراحل مجزأة مع التدعيم والمكافأة

وفي وقت معين.

٥- تكرار القيام بنشاطات تزيد من التركيز والمثابرة، مثل تجميع الصور،

وتصنيف الأشياء (حسب الشكل/ الحجم/ اللون/..)، والكتابة المتكررة، وألعاب

الفك والتركيب، وغيرها.

٦- وضوح اللغة والتعليمات: والمعنى هنا أن يعرف الطفل ما هو متوقع منه

بوضوح ومن دون غضب، وعلى والديه ذكر السلوك اللائق والبدل عن

السلوك غير المرغوب فيه.

٧- إتاحة الفرصة للطفل لتفريغ الطاقة الموجودة لديه في أنشطة مثمرة هادفة، عن

طريق الرياضة والتمارين الحركية، وتنمية ميوله الفنية والموسيقية

## أساليب تعديل سلوك الطفل

فيما يلي بعض الأساليب التي يمكن إتباعها في تعديل سلوك الطفل:

أ- **تهيئة بيئة صحيحة للطفل:** أوضحت الدراسات أن الحالة الجسمية والعقلية للأم الحامل لها تأثير على مستوى نشاط الطفل وقدرته على التركيز فيما بعد، وتبين أن الإصابة بالأمراض أثناء الحمل أو تعاطي العقاقير أو التعرض للتوتر والقلق الشديد لفترات طويلة ترتبط كلها بالنشاط الزائد للطفل في السنوات الأولى من العمر.

ب- **تعليم الطفل نشاطات هادفة:** وذلك من خلال تعزيز الطفل إيجابياً في نشاطاته الهادفة، فالانتباه والثناء على أي إنجاز يحققه الرضيع أو الطفل في سنواته الأولى سوف يقوي السلوك الفعال لديه، وفي الوقت نفسه فإن الآباء والإخوة يمثلون نماذج للقدرة على التركيز وإتمام المهمات.

ج- **التدعيم الإيجابي اللفظي للسلوك المناسب،** وكذلك المادي، يجب أن يحرص الأبوان على إبراز أي سلوك منتج يقوم به الطفل وإسماعه عند قيامه بعمل جيد الكلمات التشجيعية كأن يقول له (رائع ... لقد أنهيت العمل بنجاح)، ويمكن تحديد الأهداف اليومية للطفل وامتداح أي جهد يبذله لتحقيق هذه الأهداف، ويمكن إخبار الطفل بالتحسن الذي أحرز فيما يتعلق بالهدوء والنشاط الهادف.

وكذلك بمنح الطفل مجموعة من النقاط عند التزامه بالتعليمات، تكون محصلتها النهائية الوصول إلى عدد من النقاط تؤهله للحصول على مكافأة، أو هدية، أو مشاركة في رحلة، أو غيرها، وهذه الأساليب لتعديل السلوك ناجحة ومجربة في كثير من السلوكيات السلبية، ومن ضمنها "النشاط الحركي الزائد".

ولكن يجب التعامل معها بجدية ووضوح حتى لا تفقد معناها وقيمتها عند الطفل، مع الأخذ في الاعتبار طبيعة الطفل، وأنه لا يمكنه الاستقرار والهدوء لفترة طويلة، ولذلك تستخدم في الأمور التي تجاوز حد القبول إما لضررها أو لخطرها، مع توضيح ذلك للطفل وذكر الحدود التي لا يمكنه تجاوزها.

د- **جدولة المهام، والأعمال، والواجبات المطلوبة، والاهتمام بالإنجاز** على مراحل مجزأة مع التدعيم والمكافأة، وذلك بشرح المطلوب من الطفل له بشكل بسيط ومناسب لسنه واستيعابه، والاستعانة بوسائل شرح مساعدة لفظية وبصرية مثل الصور والرسومات التوضيحية والكتابة لمن يستطيعون القراءة، وعمل خطوات معينة (يجب عملها تبعاً لجدول معين وفي وقت معين).

ويتم تطبيق هذا البرنامج بواسطة اختصاصي نفسي واختصاصي تربية خاصة، بالتضافر مع الأهل، والمعلم، والطبيب (إذا كان هناك حاجة مرضية مثل نقص مواد معينة بالجسم أو وجود ضرورة التحكم في فرط النشاط عن طريق أدوية معينة). ويمكن التعامل مع الطفل في مثل هذه الحالة عن طريق وضع برنامج يومي واضح يجب أن يطبقه بدقة، والإصرار على ذلك عن طريق ما يسمى بـ "تكلفة الاستجابة"، وهي إحدى فنيات تعديل السلوك، وتعني هذه الطريقة (فقدان الطفل لجزء من المعززات التي لديه نتيجة سلوكه غير المقبول، وهو ما سيؤدي إلى تقليل أو إيقاف ذلك السلوك) ومثل ذلك إلغاء بعض الألعاب، بل وسحبها مقابل كل تجاوز يقوم به الطفل خارج حدود التعليمات.

هـ- **التدريب المتكرر على القيام بنشاطات تزيد من التركيز والمثابرة، مثل القيام بتجميع الصور المتشابهة أو الصور المصنفة إلى الحيوانات ووسائط النقل والألعاب الرياضية وغير ذلك، وتصنيف الأشياء (حسب شكلها/ حجمها/ لونها/..)**، والكتابة المتكررة، وألعاب الفك والتركيب، وغيرها.

و- **العقود السلوكية:** ويعني بذلك عقد اتفاق واضح مع الطفل على أساس قيامه بسلوكيات معينة، ويقابلها جوائز معينة، والهدف هنا تعزيز السلوك الإيجابي وتدريب الطفل عليه.

وقد أورد "هوم" القواعد الأساسية للتعاقد التبادلي أي الاتفاق على تقديم مكافآت في مقابل السلوك المرغوب الذي يسلكه الطفل فإذا نفذ شيئاً تريده أنت أن يفعله فإن له بعد ذلك أن يقوم بعمل شيء يرغب هو في القيام به ويجب أن يكون التعزيز متكرراً وبمقادير صغيرة وفورياً على أن يعطى في مقابل تنفيذ المطلوب وليس لمجرد الطاعة،

ويمكن إطالة مدة العقد مع الوقت، ويجب هنا أن تكون الجوائز المقدمة صغيرة وقيمة (عند الطفل) ومباشرة، وتقدم على أساس عمل حقيقي متوافق مع الشرط والعقد المتفق عليه، ومثال ذلك العقد:

سأحصل كل يوم على "دينار، لعبة" - مثلاً حسب الظروف - إضافية إذا

التزمت بالتالي:

- الجلوس بشكل هادئ أثناء تناول العشاء.
  - ترتيب غرفتي الخاصة قبل خروجي منها.
  - إكمال واجباتي اليومية في الوقت المحدد لها).
- ويوقع على هذا العقد الأب والابن، ويلتزم الطرفان بما فيه، ويمكن للأب أن يقدم للطفل أو المراهق بعض المفاجآت الأخرى في نهاية الأسبوع، كاصطحابه في نزهة أو رحلة، أو أي عمل آخر محبوب للابن إذا التزم ببنود العقد بشكل كامل، وتكون هذه المفاجآت معزراً آخر يضاف لما اتفق عليه في العقد.

ز- التعزيز الموجب: إن استخدام التعزيز الموجب هو طريقة محسوسة لتوضيح ماهية السلوك المتوقع من الطفل وثبات أسلوب الأبوين وإمكانية التنبؤ به يعطي الطفل شعوراً بالأمن والهدوء، فقبل الدخول إلى متجر مثلاً قد يقول الأب لطفله: "سوف يكون هناك ضجيج كثير وأناس كثيرون ولكن يمكنك أن تبقى معي وسوف تشعر بالهدوء وأعلم أنه لا يسمح للأطفال بلمس أي شيء وبإمكانك أن تحمل هذه اللعبة"، أما في البيت فيمكن التقليل من المشتتات بمساعدة الطفل على ترتيب غرفته، وفي المكتب يجب إبعاد الأشياء غير الضرورية والتي تبعث على التششت.

ح- نظام النقطة: ويعني به أن يضع الأب أو المعلم جدولاً يومياً مقسماً إلى خانات مربعة صغيرة أمام كل يوم، ويوضع في هذه المربعات إشارة أو نقطة عن كل عمل إيجابي يقوم به الابن سواء إكماله لعمله أو جلوسه بشكل هادئ أو مشاركته لأقرانه في اللعب بلا مشاكل، ثم تحتسب له النقاط في نهاية الأسبوع، فإذا وصلت إلى عدد معين متفق عليه مع الطفل فإنه يكافأ على ذلك مكافأة رمزية.

ويمكن إضافة النقطة السلبية التي تسجل في نفس الجدول عن أي سلوك سلبي يقوم به، وكل نقطة سلبية تزيل واحدة إيجابية، وبالتالي تجمع النقاط الإيجابية المتبقية ويحاسب عليها.

ومن المهم جداً أن تكون هذه اللوحة في مكان واضح ومشاهد للطفل حتى يراها في كل وقت، ونظام النقط ذلك مفيد للأطفال الذين لا يستجيبون للمديح أو الإطراء، وهي مفيدة لأنها تتبّع للسلوك بشكل مباشر، ولكن يجب فيها المبادرة بتقديم الجوائز المتفق عليها على ألا تكون مكلفة للأسرة، وأن تقدم بشكل واضح ودقيق حسب الاتفاق حتى لا تفقد معناها.

ط- وضوح اللغة وإيصال الرسالة: والمعنى هنا أن يعرف الطفل ما هو متوقع منه بوضوح وبدون غضب، وعلى والده أن يذكر له السلوك اللائق في ذلك الوقت، فيقول الأب مثلاً: "إن القفز من مكان إلى آخر يمنعك من إتمام رسمك لهذه اللوحة الجميلة"، أو "إن استكمالك لهذه الواجبات سيكون أمراً رائعاً"، والمهم هنا هو وضوح العبارة والهدف للطفل، وتهينته لما ينتظر منه، وتشجيعه على القيام والالتزام بذلك.

أما إذا فشلت كل هذه الطرق في تحقيق النتيجة المأمولة، فيمكن إعطاء الأطفال بعض الأدوية والأطعمة الخاصة المناسبة، من أجل حدوث الاسترخاء العضلي عندهم، وتدريبهم على التنفس العميق وممارسة بعض التدريبات العضلية التي لها تأثير إيجابي على الأطفال ذوي النشاط الحركي الزائد، ويتم ذلك عن طريق مراجعة إحدى العيادات النفسية المتخصصة..".

ي- تنمية القدرة على ضبط الذات: تعتبر طريقة التحدث مع النفس واحدة من أقوى الطرق المتاحة، حيث يعلم الطفل أن يوجه سلوكه عن طريق التحدث إلى نفسه، فبدل أن يتحرك على غير هدى عليه أن يخبر نفسه ماذا يجب أن يفعل، وذلك بصوت مرتفع أولاً ثم بصمت فيما بعد، كأن يقول لنفسه: (أريد أن أنهي هذه لذا يجب علي أن أنتبه وسوف ألعب فيما بعد).

كما يمكن تذكره بأن عليه أن يقول لنفسه "قف وفكر" ومن الضروري أن يقوم الأهل بملاحظة قدرة الطفل الفعلية على الهدوء والانخراط في نشاط هادف على أن يتبع ذلك ثناء لفظي مثل "هذا رائع.. لقد استطعت تهدئة نفسك".

ك- طرق الأخصائيين: إذا لم تتجح الأساليب السابقة فيمكن اللجوء إلى الأخصائيين لإعطاء الطفل نوعاً من العلاج تحت إشراف طبي، ومن الطرق التي يتوقع نجاح تطبيقها مع الأطفال ذوي النشاط الزائد الاسترخاء العضلي وتقليل الحساسية للتوتر، والتنفس بعمق وتدريب العضلات.

ل- لقد وجد العالم الألماني (منول) طريقة جديدة لعلاج هذه المشكلة (العلاج بالألوان) فقد وجد أن هناك ألوان أساسية للعلاج منها اللون الأزرق والبنفسجي فهما لونان مهدئان يبعثان الطمأنينة والهدوء والراحة النفسية وينصح الطبيب باستخدام هذين اللونين في رحاب حجرات الأطفال ذوي النشاط الزائد، وفرش حجراتهم ومعظم ملابسهم، ويمنع استخدام اللون الأحمر معهم حيث يزيد من نشاط الطفل.

هذه بعض الأساليب المقترحة ولا ننسى ضرورة التواصل مع مدرسيه بالمدرسة، ليتم التعاون فيما بين الأهل والمدرسة، نحو تحفيز الطفل على أن يخرج أحسن ما عنده، بالإضافة إلى ضرورة عرضه على اختصاصي تخاطب وتنمية قدرات ليسير العلاج جنباً إلى جنب نحو الأفضل بالنسبة له.

إذن الموضوع بحاجة إلى جهد ومتابعة، ولكن نؤكد على ما يلي:

- ضرورة إتباع البرنامج بدقة لأن ذلك يسهل الحياة بشكل كبير على الطفل وعلى أهله مستقبلاً، أي بذل جهد في البداية على أمل تحقيق أفضل نتيجة ممكنة في المستقبل.

- ضرورة إدماج برنامج تعديل السلوك مع أي برنامج تعليمي أكاديمي، أو طبي (دوائي إذا كان هناك ضرورة لذلك).

- يفضل عمل جميع الفحوصات المطلوبة للتأكد من أن هذه الأعراض ليست مظهراً مصاحباً لمشكلة أخرى، فقد بينت الدراسات أن اضطراب نقص الانتباه

أو فرط النشاط يترافق مع عدد من الاضطرابات النفسية الأخرى، والاضطرابات العضوية واستعمال بعض الأدوية، وهذه الفحوصات تشمل الفحوصات الطبية، واختبار الذكاء، واختبارات صعوبات التعلم، وذلك لتحديد إن كان هذا عرض لمشكلة أخرى أم أنه ما يعرف بمتلازمة فرط النشاط وضعف التركيز فقط.

إن نتائج التدريب تكون ذات نتائج جيدة جداً، مع تعاون الأهل، ووجود المدرب القدير، ومراعاة الفروق الفردية بين الأطفال.

وإذا لم يعالج الطفل فإنه يبقى مصدر قلق للعائلة، وللأهل دور كبير في العلاج ويتجسد هذا الدور من خلال وضع جدول يومي لحياة الطفل يساعده على تنظيم حياته اليومية فمثلاً يحدد للطفل الوقت الذي يستيقظ فيه ومتى يجب عليه أن يعود من المدرسة ومتى وقت التلفاز وهكذا، ولا يترك الطفل لوحده في أماكن يجدها مناسبة ليأخذ حريته مثل الحدائق العامة.

ومن الضروري منح الطفل المكافآت عن كل مرة يحسن التصرف فيها وليس كلام فقط كي لا يفقد الثقة، إضافة إلى منح الطفل الحب والحنان اللازمين، ويجب الابتعاد عن العقاب الجسدي وأفضل ما يفعله الوالدين عندما يقوم طفلهم بتصرف ما هو تجاهل الأمر والعودة لمناقشة الأمر مع الطفل عندما يهدأ.

### دور الأهل في العلاج السلوكي

تكمُن مشكلة هؤلاء الأطفال بأنهم غير متوافقين مع ذواتهم وهم أطفال بحاجة لنوع من الاهتمام والرعاية الخاصة، وهم يحبون أن يفرضوا ما يرغبون على أسرهم لا اعتقادهم بعدم الاهتمام بهم من قبل ذويهم، وغالباً ما يعامل هؤلاء الأطفال بتذمر من أسرهم، وبعضهم يعنف ويتلقى الضرب والاهانة من قبل أسرته، وقد يكون غير محبوب من قبل أفراد الأسرة بسبب شقاوته، لذا يتوجب على الوالدين التنبيه لهذه الأمور وإعادة الحسابات مع أطفالهم الأشقياء أو العدوانيين أو العصبيين وكذلك الأطفال الغيورين والعنيدون غير المتعاونين.

وللتعامل مع هذه الحالة يجب على الطبيب المعالج والأبوين أن يجلسوا سوياً للوقوف على متطلبات هذا الطفل اجتماعياً وتربوياً وعلمياً، لكي يدرك الأبوان كيفية التعامل مع الطفل.

إذا فالوالدين بحاجة لمعرفة ما هي الإرشادات التي يمكن أن تساعدكم في الحد من هذه الظاهرة الخطيرة لدى أطفالهم والتي يمكن لو أهملت أن تتطور وتصبح مشكلة صعبة الحل وقد تقضي على مستقبل الطفل في بعض الحالات النادرة ومن أهمها:

- ١- على الأبوين أن لا يناقشا المشكلة مع الطفل كثيراً فلا شيء يثيره أكثر من الكلام عليه وكذلك التكلم أمام الآخرين أو معهم عن مشكلته.
- ٢- ينبغي على الأبوين أن يخبرا الطفل بأنهما على استعداد لمساعدته إذا احتاج لذلك.
- ٣- عليهما أن يشجعا الطفل بتعلم بعض الايجابيات في السلوك مثل زيادة اللعب مع أقرانه أو معنا أو ممارسة بعض النشاطات والهوايات المحببة إليه.
- ٤- بعد موافقة الطفل في القيام ببعض السلوك الايجابي على الأبوين مكافئته والثناء عليه لاسيما أمام الآخرين.
- ٥- ينبغي عليهما عدم الانفعال عند تكرار الخطأ أو فشله في النجاح فإنهما يحتاجان للصبر والتشجيع معه.
- ٦- على الأبوين أن يتجاهلا السلوك السلبي مادام لا يوجد خطر ظاهري على الطفل وأن لا يشغلا بالهما بتصرفاته ولكن ينتبها إليه.
- ٧- يجب على الأبوين أن يعيدوا ترتيب أثاث المنزل بما يتناسب مع نشاط الطفل الزائد، وإبعاد الأشياء سهلة الكسر والآلات الحادة عن متناول يديه لكيلا يتضرر بسببها أو يتسبب بحدوث كارثة.
- ٨- المكافئة المعنوية والعطف وتقديم الدعم النفسي من أهم عوامل النجاح لتشجيع الطفل على تخطي المشكلة، كذلك الوعود بالقيام بزيارة الأقارب والأصدقاء المحبين إليه، والمكافئة بالنتزه أو الذهاب لبعض أماكن الألعاب المناسبة لسنه،

وإن أمكن الوعود ببعض الهدايا البسيطة وليست المكلفة والتدرج فيها من الأقل تكلفة إلى الأكثر لها مفعول السحر على تغيير سلوك الطفل ونجاحه.

٩- من أهم عوامل النجاح لعلاج المشكلة هي تغيير أسلوب الوالدين وطريقة تعاملهما مع الطفل بالتفاهم والتروي وعدم ضرب الطفل أو القسوة عليه وتهديده فهو أمانة بين أيديهم ولأن ذلك يولد الحقد والكرهية كما أن العنف لا يرجو منه فائدة في تغيير سلوك الطفل.

#### ٥- العلاج النفسي:

العلاج النفسي قد يحتاجه كل من الطفل والأسرة أيضاً، حيث يكون هؤلاء الأطفال أكثر عرضة للاضطرابات النفسية والإحباط والاكتئاب، فهو يقدم للوالدين المعلومات التي يحتاجونها عن هذا النوع من الاضطرابات، ويوضح لهم الاضطرابات الانفعالية المصاحبة له، والمشاعر والانفعالات التي قد ينتاب أحد أو كلا الوالدين تجاه حالة الطفل مثل القلق، الإحباط، الإنكار أو الغضب، كما يقدم لهم المساعدة عن كيفية التعامل مع الطفل، وكيفية مساعدته على التخلص من النشاط الزائد أو التخفيف من حدته، ومساعدته على التكيف مع البيئة المحيطة والاندماج في المجتمع، وتكوين علاقات اجتماعية سوية.

#### ٦- العلاج التربوي:

يجب على القائمين على عملية التربية توفير نوع من الدراسة الخاصة لهؤلاء الأطفال، وتجهيز قاعات الدرس بالإمكانات التي تناسبهم، بحيث تبعد عن كل ما يسبب تشتت انتباه الطفل من ضوضاء ومؤثرات خارجية، كما يجب أن تكون واسعة حيث أن معظم هؤلاء الأطفال يقلقون من مجرد وجودهم في أماكن ضيقة، فيكثر من الحركة واختلاق الأعداء للخروج من الفصل، كما يجب توفير مدرسين وأخصائيين اجتماعيين ونفسيين مدربين جيداً للتعامل مع الاحتياجات الخاصة للأطفال ذوي النشاط الزائد.

## الطفل المصاب في المدرسة

يجد الطفل كثير الحركة صعوبة كبيرة في التأقلم مع قوانين المدرسة ويجب أن يشرح وضع الطفل للمدرس بحيث يقدم له المساعدة، ويفضل إبقاء الطفل المصاب ضمن مجموعات صغيرة من الطلاب وليس ضمن أعداد كبيرة وتذكر دوماً أن الطفل المصاب بكثرة الحركة ونقص الانتباه ليس لديه نقص في الذكاء، والطفل كثير الحركة يستفيد من الدروس القصيرة أكثر مما يستفيد من الدروس الطويلة، ويجب أن يتعاون كل من الأهل والطبيب والمدرس والمرشد الاجتماعي في العلاج.

وهناك الطرق العلاجية النفسية لتحويل وتبديل السلوكيات وتطوير المعرفة وكيفية تعامل المدرسة مع الطفل وأن أمكن وضعه في أحد فصول التربية الخاصة المزودة بكوادر فنية تعني كيفية التعامل مع هؤلاء الأطفال.

وبشكل عام لا علاج شافي ونهائي للمرض ولكن هناك الكثير من الأمور التي تساعد الطفل على العيش بشكل طبيعي، وأهم ما يمكن للأهل أن يقدموه للطفل مثلاً السماح للطفل بالقيام بالكثير من التمارين الرياضية وبهذا يشعر الطفل بأن قسماً من فرط النشاط لديه يمكن أن يمارسه في الرياضة.

### دور المدرسة

المدرسة لها تأثير قوي وفعال في مساعدة الطفل، كما ذكرنا، فقد يكون المعلم أول من يحول الطفل إلى العيادة بعد موافقة الأهل في بعض الدول، وتعتبر دراية المعلم بهذا الموضوع مهمة جداً، حيث أن ردة فعله وتعامله مع الطفل يختلف عند معرفة سبب هذا السلوك، لأن الجهل بهذا الاضطراب مشكلة موجودة فعلاً والأبحاث ما زالت قائمة عليها في الخارج، ولا يوجد للأسف توعية جيدة بها لحد الآن في المدارس، حيث أن الغالبية العظمى لا تعرف ما هو ADHD وضرورة تشخيصه المبكر.

ولا ينكر أحد المجهود الجبار الذي يقوم به المعلم، فعمله شاق ويستغنى كل الطاقات، ولكن مهارته وإبداعه وتميزه عن الآخرين يكمن هنا في تغيير مسار هذا الطفل الذي يواجه صعوبات مختلفة، فالمعلم يعتبر الأساس في خطة العلاج، وفي بعض الأحيان وبسبب تعاون المعلم وتفهمه خطة العلاج السلوكي، يستغنى عن العلاج بالأدوية.

## وسائل تفيد في زيادة الانتباه عند الأطفال

هناك أشياء كثيرة يمكن للوالدين القيام بها لمساعدة طفلها وتحسين تركيزه نوجزها في التالي:

### \* التشاور والتباحث مع المدرس:

إذا كانت هذه المشكلة يزداد حدوثها مع الطفل فقط في المدرسة فقد يكون هناك مشكلة مع المدرس في أسلوب شرحه للدرس، وفي هذه الحالة لابد للوالدين من مقابلة المدرس ومشاورته ومناقشة المشكلة ووضع الحلول الممكنة.

### \* مراقبة الضغوطات داخل المنزل:

إذا كانت هذه المشكلة يزداد حدوثها مع الطفل في المنزل فقد يكون ذلك رد فعل لضغوط معينة في المنزل، فإذا لاحظ الوالدان تشتت الانتباه أو النشاط الزائد أو الاندفاع لدى طفلها وكانا يمران بظروف انفصال أو طلاق أو أحوال غير مستقرة، فإن هذا السلوك قد يكون مؤقتاً، ويقترح الأخصائيون هنا زيادة الوقت الذي يقضيه الوالدين مع الطفل حتى تزيد فرصته في التعبير عن مشاعره.

### \* فحص حاسة السمع:

إذا كان الطفل قليل الانتباه وسهل التشتت ولكن غير مندفع أو كثير الحركة، فعلى الوالدين فحص حاسة السمع عنده للتأكد من سلامته وعدم وجود أي مشكلات به وبعمليات الاستماع، ففي بعض الأحيان رغم أنه يسمع جيداً يحتمل أن المعلومات لاتصل كلها بشكل تام للمخ.

### \* زيادة التسلية والترفيه:

يجب أن تحتوي أنشطة الطفل على الحركة والإبداع، والتنوع، والألوان والتماس الجسدي والإثارة، فمثلاً عند مساعدة الطفل في هجاء الكلمات يمكن للطفل كتابة الكلمات على بطاقات بقلم ألوان وهذه البطاقات تستخدم للتكرار والمراجعة والتدريب.

### \* تغيير مكان الطفل:

الطفل الذي يتشتت انتباهه بسرعة يستطيع التركيز أكثر في الواجبات ولفترات أطول إذا كان كرسي المكتب يواجه حائطاً بدلاً من غرفة مفتوحة أو شباك.

**\* تركيز انتباه الطفل:**

وضع قطعة كبيرة من الورق المقوى على شكل صورة ما على مساحة أو منطقة تركيز الانتباه أمام مكتب الطفل ويطلب منه التركيز والنظر داخل الإطار وذلك أثناء عمل الواجبات وهذا يساعده على زيادة التركيز.

**\* الاتصال البصري:**

لتحسين التواصل مع الطفل قليل الانتباه على الوالدين دائماً الاتصال البصري معه قبل الحديث والكلام.

**\* الابتعاد عن الأسئلة المملة:**

على الوالدين التعود على استخدام الجمل والعبارات بدلاً من الأسئلة فالأوامر البسيطة القصيرة أسهل على الطفل في التنفيذ.. فلا يقال للطفل مثلاً: (ألا تستطيع أن تجد كتابك؟) فبدلاً من ذلك يقال له: (اذهب واحضر كتابك الآن ثم عد وأرني إياه).

**\* تحديد الكلام جيداً:**

يقول د. جولد شتاين الخبير بشؤون الأطفال: "دائماً أعط تعليمات إيجابية لطفلك فبدلاً من أن تقول لا تفعل كذا، أخبره أن يفعل كذا وكذا، فلا تقل (ابعد قدمك عن الكرسي) وبدلاً من ذلك قل له (ضع قدمك على الأرض) وإلا سوف يبعد الطفل قدميه عن الكرسي ويقوم بعمل آخر كأن يضع قدميه على المكتبة.

**\* إعداد قائمة الواجبات:**

على الوالدين إعداد قائمة بالأعمال والواجبات التي يجب على الطفل أن يقوم بها ووضع علامة (صح) أمام كل عمل يكمله الطفل وبهذا لا تكرر تحديد الأعمال والواجبات وتكون هذه القائمة كمفكرة، والأعمال التي لا تكتمل يخبر الطفل أن يتعرف عليها في القائمة.

**\* تقدير وتحفيز الطفل على المحاولة:**

على الوالدين أن يكونوا صبورين مع طفلهما قليل الانتباه فقد يكون يبذل أقصى ما في وسعه فكثيراً من الأطفال لديهم صعوبة في البدء بعمل ما والاستمرار به.

**\* تحديد الاتجاه جيداً:**

ينصح خبراء نمو الأطفال دائماً بتجاهل الطفل عندما يقوم بسلوك غير مرغوب فيه، ومع تكرار ذلك سيتوقف الطفل عن ذلك لأنه لا يلقى أي انتباه لذلك، والمهم هو إغارة الطفل كل انتباه عندما يتوقف عن السلوك غير المرغوب ويبدأ في السلوك الجيد.

**\* وضع نظام محدد والالتزام به:**

الالتزام بالأعمال والمواعيد الموضوعة، فالأطفال الذين يعانون من مشكلات الانتباه يستفيدون غالباً من الأعمال الواظبة عليها والمنظمة كأداء الواجبات ومشاهدة التلفاز وتناول الأكل وغيره.

ويوصي الخبراء بتقليل فترات الانقطاع والتوقف حتى لا يشعر الطفل بتغيير الجدول أو النظام وعدم ثباته.

**\* إعطاء الطفل فرصة للتنفيس:**

لكي يبقى الطفل مستمراً في عمله فترة أطول يقترح الخبراء السماح للطفل ببعض الحركة أثناء العمل.. فمثلاً: أن يعطى كرة إسفنجية من الخيط الملون أو المطاط يلعب بها أثناء عمله.

**\* التقليل من تناول السكر:**

كثير من الأبحاث لا تحذر من السكر كثيراً ولكن يرى بعض المختصين أنه يجب على الوالدين تقليل كمية السكر التي يتناولها الطفل فبعد تشخيص ما يقرب من ١٤٠٠ طفل وجد أن حوالي ثلث الأطفال يتدهور سلوكهم بشكل واضح عند تناولهم الأطعمة مرتفعة السكريات.

وأثبتت بعض البحوث أيضاً أن الطعام الغني بالبروتين يمكن أن يبطل مفعول السكر لدى الأطفال الحساسين له، لذلك إذا كان الطفل يتناول طعاماً يحتوي على السكر فيقدم له مصدر بروتين كاللبن، أو البيض، والجبن.

## النشاط الزائد لدى الأطفال مرض قابل للعلاج

يثير النشاط الزائد لدى الأطفال أحياناً بعض المخاوف لدى الآباء والمختصين الذين يعتبر بعضهم أن ذلك حالة طبيعية يمكن استغلالها بتوجيهه بطريقة سليمة، في حين ترى دراسات حديثة أن ذلك النشاط حالة نفسية مرضية تستلزم العلاج. فقد قام البروفيسور النرويجي تاريي ساغفولدن<sup>(1)</sup> بإجراء دراسة موسعة عن ظاهرة نشاط الأطفال الزائد توصل فيها إلى أن حركتهم الدؤوبة وسلوكهم الاستغزالي ونشاطهم الزائد المزعج لمن حولهم هو حالة نفسية تعود إلى سوء أداء وظيفة مادة "الدوبامين"، وأن النقص في هذه المادة يسبب عدم التوازن الكيميائي في خلايا الدماغ مما يحدث حالة مرضية.

ويقول ساغفولدن بعد الإعلان عن نتائج دراسته إن نقص الدوبامين يدفع لفعل أشياء دون تفكير أو اختيار، مؤكداً أن الأفعال الصادرة عن الطفل تصدر بدافع نفسي قوي وأنه حين تضعف ذاكرته يصعب عليه أن يتعلم من أخطائه أو ينتبه لعواقب أفعاله.

ويضيف البروفيسور الذي عمل بهذا المجال عشرات السنين أن السائد فيما مضى أن هذه الحالة تنتهي بمجرد تجاوز فترة المراهقة، لكن التجارب أثبتت أن ٧٠% من المصابين بهذه الحالة لا تنفك عنهم حتى عند الكبر.

ورغم التقدم الكبير في الطب إزاء مثل هذه الحالات فإن ساغفولدن يؤكد عجز الاختصاصيين عن معرفة سبب إصابة الذكور به دون الإناث.

وينصح ساغفولدن أولياء الأمور بعدم الشعور بعقدة الذنب إزاء مثل هذه الحالة، ونبه إلى ضرورة المواءمة بين الحالة والعملية التربوية وما تتطلبه من رعاية شاملة حتى يسهل على الطفل تجاوزها تدريجياً.

(1) يشرف ساغفولدن على مركز تابع للأكاديمية النرويجية للعلوم حيث يقوم بتنظيم لقاءات مع المصحات، ويعرض عليهم نتائج ما توصل إليه أهل الاختصاص حتى يتم وضع هذه التجارب قيد الاستعمال.

## نُجارب وعلاج

ويرى ساغفولدن في الفئران مثلاً يمكن من خلاله فهم هذه الظاهرة وأسبابها، وذلك في الوقت الذي يصعب فيه أخذ عينات من مخ الطفل لدراسة الحالة وفك لغزها. كما أثبت وجود الأجسام المضرة في البيئة المحيطة والتي تساعد على إحداث اختلال في أداء مادة الدوبامين كانتشار الأجسام السامة في الجو مثل الـ PCB أصبح منتشرًا في كل مكان من العالم بسبب سباق التسلح الكيميائي الذي انطلق منذ عام ١٩٢٠.

ويقول الباحث النرويجي إن الأمر يستدعي عملاً متقناً لتوفير علاج مناسب لواحد من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً في المجتمع البشري اليوم.

## ▼▼▼▼▼ الفصل السابع ▼▼▼▼▼

---

التغيرات السلوكية عند الأطفال ..  
وقفة تأمل !

## التغيرات السلوكية عند الأطفال.. وقفة تأمل! الأطفال بين السنة الأولى والثلاث سنوات

يبدأ الطفل في التعلق الانتقائي بوالدته عند شهره السابع تقريباً فإن حدث أن انفصل الطفل عن أمه لأي سبب بعد هذا السن ينشأ لديه قلق من الانفصال يؤدي إلى تغير في سلوكه يتجلى بالبكاء وسرعة الانفعال.

وعندما يبلغ الطفل عامه الأول، يولد التطور المعرفي لديه رغبة فطرية في الاستقلال عن يهتم به، ما يقوده إلى صراع أكبر بين رغبته في البقاء قرب أمه وعطشه للاستقلالية.



هذه المرحلة أساسية في نمو ثقة الطفل بنفسه وتقديره لذاته، حيث يعتمد التبدل السلوكي للطفل على التعلم من خلال التشجيع والتقليد.

وبغض النظر عن الطريقة المتبعة في تحفيز سلوك الطفل، يجب أن يهدف تعليم الطفل إلى تقوية حس الاستقلالية لديه، وبعد ذلك، يتعلم الطفل كيف يحفظ تعابير الوجه ويفسرها لتعكس شعوره بقيمته الذاتية ويبدأ بعملية تطوير لغته.

وفي هذه المرحلة أيضاً يكون الطفل أنانياً لا يفكر سوى بنفسه، متجاهلاً حاجات الآخرين، كما انه لا يتمتع بحس للوقت فقد تساوي الدقائق بالنسبة إليه ساعات والعكس صحيح، لذلك نراه يخاف ويثور إذا ما تركته أمه للحظات من دون علمه، وبسبب تفكيره الإيحائي نراه يقوم بمعاينة أفعاله إذا لم تتصرف بشكل جيد أو نراه يحزن إذا ما قمنا بالإساءة إليها.

وفي ختام هذه المرحلة ومع التطور المعرفي والحركي واللغوي، تزداد قدرة الطفل على التحكم ببوله وبرازه ويبني حجر الزاوية في ردود فعله المستقبلية إزاء القلق والإحباط الذي قد يصيبه فيما بعد.

يستعين الطفل بين السنة الأولى والثالثة بالمهارات المعرفية والحركية التي اكتسبها حديثاً لاستكشاف وفهم العالم من حوله عبر اختباره بشكل طبيعي لردود الفعل الناتجة عن:

- طاعته لأوامر ذويه أو السلوك المشاكس.
- ضعفه في الحكم على الأمور، والحوادث الناجمة عنه.
- الانفصال عن والدته والإحساس بالقلق والاكتئاب الناجم عنه.
- أما الأم التي غالباً ما تكون حاملاً بطفل آخر فتواجه العديد من المشاكل مثل:
- سوء تفسير نشاط طفلها الزائد والتي غالباً ما تردده إلى الغيرة.
- صعوبة التعامل مع حركة طفلها الزائدة.
- القلق والاكتئاب بسبب نشاط ولدها الزائد مما يسبب لها الإحراج في المجتمع.
- تشجيعها غير الإرادي لتصرفات طفلها السلبية.
- اعتبارات عامة:

- من الضروري أن يدرك الأهل الحقائق التالية المتعلقة بسلوك الأطفال:
- يلعب العامل الوراثي دوراً هاماً في تحديد سلوكيات الأطفال، فهناك أطفالاً يسهل التعامل معهم وآخرين يكون التعاطي معهم صعباً.
- إن حركة الطفل الزائدة أمر اعتيادي عند الأطفال في هذه السن لكنها تطورت عند البعض لأن الأهل عززوها بشكل أو بآخر.

- على الأهل أن يشجعوا حس الاستقلالية لدى طفلهم.
- على الأهل عدم التركيز على مشاعر الغضب التي يوقظها فيهم سلوك الطفل المشاكس بل عليهم أن يفكروا بالأمور بأبعادها وعليهم أن يضعوا نصب أعينهم الطريقة التي يجب أن يتبعوها لتغيير السلوك غير المرغوب به.
- يجدر بالأهل التعامل بصرامة مع تصرفات طفلهم، الجيد منها والسيئ وبطريقة متشابهة في كل مرة فلا يستهان بها مرة ويشدد عليها في مرة أخرى، فلا يضحكوا للطفل عندما يشتم مثلاً ثم يوبخوه عندما يشتم مرة ثانية.

- يجب أن يحال الأطفال الذين يعانون مشاكل في التواصل الاجتماعي وفي اللعب مع أقرانهم إلى الأخصائيين.
- قد يتطلب إحالة الطفل إلى طبيب نفسي والعائلة إلى تقييم من قبل أخصائيين اجتماعيين إذا كان سلوك الطفل ورده فعل أهله خارج النطاق الطبيعي المتعارف عليه.

وقد بينت الدراسات أن الأطفال الذين يتمتعون بقدرة مرتفعة في النفس قد نشأوا في عائلات محبة حيث يقدّر الأهل ويكافئوا الانجازات الفردية للطفل مقارنة مع عائلات أخرى تنفّر إلى العاطفة ويتحكم فيها الأهل بقرارات أولادهم أو مع عائلات محبة وغير متطلبة.

ويندرج الأهل عادة ضمن فئتين:

- أ- فئة مترددة وغير متحمسة لأهمية التعامل مع سلوك الطفل المشاكس، وقد يكتفي الأهل في هذه الفئة عند طمأننتهم بأن الأطفال المشاكسين بين سن السنة والثلاث سنوات سيصبحون أكثر تفهماً للضوابط الاجتماعية، وستعلمهم الأيام كيفية التحكم بانفعالاتهم وعواطفهم.
- ب- فئة متقبلة ومتحمسة للتدخل العلاجي.

## سلوك الطفل ومشاكل الأهل

### ١ - تدريب الأطفال على التحكم بطرح الفضلات:

- التحكم بالبول يعكس مدى قدرة الطفل على التحكم في حاجاته وفي اندفاعه، فالطفل في هذا السن لا يعتبر بأن الفضلات مادة مقرفة بل بالعكس يفخر بها حيث يعتبرها هدية من ذاته يقدمها للعالم الخارجي.

وفي المقابل ينظر الأهل إلى الفضلات باشمزاز مما يضع الطفل في صراع بين أحاسيسه البريئة وإملاءات أهله فتصعب عليه عملية التدريب على دخول الحمام، وسيفضل الطفل (الذي يعاني من مشكلة في تفهم حاجاته ومن وهن في العلاقة النفسية والاجتماعية بينه وبين ذويه) قضاء حاجته داخل الحفاظ، الأمر الذي طالما كان مقبولاً منهم.

- على الأهل أن يدركوا أن الهدف الأساسي من وراء التحكم بالبول هو التوصل إلى جعل طفلهم يقبل وجهة النظر التي تقول: "أن الحمام هو المكان الذي يجب أن تقضى فيه الحاجة، فهو المكان الذي تنتمي إليه الفضلات" ويشعر فيه بالسعادة إذا نجح الطفل في التحكم ببوله وطرح فضلاته فهو بهذا يسعى إلى إرضاء أمه أو المسؤول عنه من خلال اعتماد وجهة نظرهم.

### طريقة المعالجة:

يجب وضع خطط منظمة لهذا التدريب ابتداءً من العام الثاني استناداً إلى المفاهيم المذكورة آنفاً، وعلى سبيل المثال من الضروري أن يكرر الأهل على مسمع الطفل في المراحل الأولى من التدريب وبشكل متكرر بأن دخول الحمام هو للبول أو لطرح الفضلات ليثيروا رغبته في تقليدهم أولاً ثم تشجيعه عندما يقضي حاجته في الحمام.

- إذا فشلت المحاولة الأولى على الأهل أن ينتظروا ثم يحاولوا مرة ثانية في وقت لاحق.

- إذا فشلت كافة المحاولات، عندها يكون الطفل غير مستعد لدخول الحمام وحده.

- على الأهل أن يطمئنوا من أن اضطرابات المثانة والتحكم بالإفراغ تُحل قبل سن الرابعة.

## ٢ - مشاكل الاعتماد على الآخرين:

- يعيش الأطفال في صراع ناتج عن رغبتهم في الاستقلال (أي تطبيق ما يرونه مناسباً لهم) أو تنفيذهم لرغبة ذويهم (صراع بين طاعة الأهل أو السلوك المعاكس).

- يشكل سلوك الطفل المعاكس فرصة يعود فيها الطفل إلى مراحل التطور الأولى عندما كان يشعر بالرعاية والاهتمام من أهله، خلال هذه الفرصة.

- يفاضل الطفل من أجل تكوين فكرة أفضل عن الوسائل التي يستطيع من خلالها الحصول على أفضل المكاسب من الاهتمام والرعاية من ذويه.

- تظهر العودة إلى الوراء: من خلال تكرار كلمة "كلا" التي تعكس صراع الطفل من أجل الاستقلالية في قراراته، والتي لا تعني بالضرورة رفض الطفل لتنفيذ المطلوب منه بل هي في الحقيقة تمنح الطفل فرصة للتفكير بما يعرض عليه وذلك:

أ- من خلال شعور الطفل بالخوف الذي يعكس حاجة الطفل إلى التعلق.

ب- من خلال نوبات الغضب التي تعكس وهن في العلاقة النفسية والاجتماعية بين الطفل وذويه.

ج- من خلال ممارسة العادة السرية والغشوة: وهي تعكس عودة الطفل إلى سلوك كان الطفل قد تعلمه صدفة بواسطة التعلم عن طريق التشجيع على أساس الحافز "العادة السرية" أو على أساس ردة الفعل "الغشوة" وهو يعود إليها عند شعوره بالقلق أو الخوف أو الوحدة.

د- من خلال الكوابيس التي تعكس الصراعات التي يعيشها الطفل في حياته اليومية.

هـ- من خلال عدم القدرة على التحكم بالبول.

و- من خلال مشاكل النطق لدى الطفل.

### طريقة المعالجة:

- على الأهل أن يتجاهلوا أي سلوك رجوعي عند الطفل وذلك لتفويت الفرصة عليه باستعمال هذه الطريقة وهذا الأسلوب في المستقبل كوسيلة للفت الانتباه.
- على الأهل تجنب تعزيز هذا السلوك من خلال عدم المبالغة في ردة فعلهم إزاء خوف الطفل.
- على الأهل أن يشجعوا الطفل على تصرفاته المقبولة اجتماعياً فقط.
- على الأهل أن يحددوا قدر المستطاع من استعمالهم لعبارات مثل "لا تلمس هذا" و"لا تفعل ذاك" كردة فعل على نشاط طفلهم الزائد، فهذه الطريقة كفيلة بالتخفيف من استعمال الطفل لكلمة "كلا" وتقلل من مشاكسته وتؤدي إلى تطور أفضل لاستقلاليتة.
- على الأهل أن يبعدوا من أمام أطفالهم الأشياء الثمينة والمثيرة لفضولهم.
- على الأهل أن يتأكدوا دائماً من أن طفلهم يلعب في مكان آمن بعيداً عن متناول الأدوية.
- على الأهل أن يتجنبوا تهدئة الطفل بالساكر لكي يتوقف عن تصرفاته المزعجة لأن ذلك يعزز لديه العادات الغذائية السيئة.

### ٣- قلق الانفصال:

- تعرض الطفل للقلق هو جزء أساسي في عملية تطوير خبراته في التعامل مع القلق في المستقبل.
- إن الطبع والتفكير وقوة ردة الفعل إزاء قلق الانفصال كلها أمور محددة وراثياً بشكل مسبق ويقوم الأهل بتعزيزها لاحقاً.
- وقد قسم "بولبي" نتائج قلق الانفصال إلى ثلاث مراحل:
- أ- الاعراض (الشعور بالضيق والاضطراب).
- ب- اليأس (الحزن والبكاء).
- ج- الانفصال (لامبالاة مصحوبة بدرجات متفاوتة من الحزن والاكتئاب).

- يعد قلق الانفصال نموذجاً عما قد يختبره الطفل من خسارة في حياته المستقبلية، وبالتالي فإن مساعدة الطفل على التعاطي مع قلقه في هذه المرحلة سيساعده على التعامل مع قلقه في المستقبل.

- يعد قلق الانفصال أيضاً نموذجاً عما قد يختبره الطفل من اكتئاب في حياته المستقبلية، وبالتالي فإن مساعدة الطفل على التعاطي مع قلقه في هذه المرحلة سيساعده على التعامل مع الاكتئاب الذي قد يتعرض له في المستقبل

#### طريقة المعالجة:

- تعزيز روابط الثقة بين الطفل وأمه، ما معناه انه لا يجب أن يكذب الوالدين على طفلها ويعدوه بأمور غير واقعية أو يهددوه بعقاب مستحيل.

- تطبيق تقنيات تغيير السلوك وتعزيزه بواسطة التشجيع الإيجابي للحد من اعتراضات الطفل وبأسه.

- تعزيز سلوك اجتماعي بديل لدى الطفل كأن يطلب منه مثلاً أن يهتم بألعابه أثناء غياب أمه ثم يطلب منه أن يخبرهم عن خبرته.

- عند غياب الأم لبعض الوقت، اثنوا على قيامه بأعمال إيجابية لدى غياب أمه وعلى جهوده في مساعدة أمه في أعمالها المنزلية اليومية وتجاهلوا الأمور السلبية التي قام بها.

#### ٤ - مشاكل الأكل:

إن رفض الطفل للطعام تعتبره الأم تحدياً لأموته ولقدرتها على تربية طفلها، والطفل بإدراكه هذه الحقيقة يستخدم الطعام كسلاح قوي في سبيل تحقيق استقلاليته عن آراء والدته.

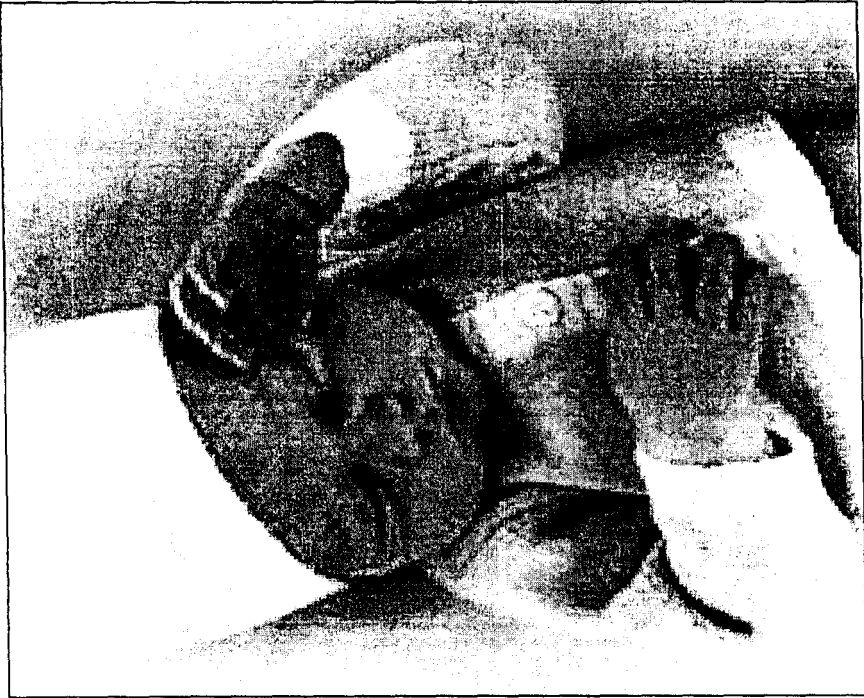
ومن ناحية أخرى، فإن الأطفال يدركون غريزياً كمية الأكل التي يحتاجونها لينموا بشكل معافى.

ويتابع طبيب الأطفال نمو الأطفال بمتابعة زيادة وزنهم وطولهم على جداول خاصة للنمو وهي قلما تتأثر بشكاوى الأمهات من قلة أكل أولادهم.

### طريقة المعالجة:

- على الأهل أن يلاحظوا عند زيارتهم لطبيب الأطفال طول طفلهم ووزنه استناداً إلى عمره وبحسب جداول النمو، ويجب أن يطمئنوا إذا كان طفلهم يتبع نمط نمو صحي على هذه الجداول.
- أما إذا كان نمو الطفل غير طبيعي وفقاً لجداول النمو، فيجب على طبيب الأطفال إجراء الفحوصات اللازمة.
- لا تلعب الفيتامينات والمقدمات أي دور في زيادة الوزن، وقد يصادف استعمالها خلال الفترة التي تلي استقرار العلاقة بين الأم وطفلها مما يحسن شهية الطفل.

### ٥- مشاكل النوم:



تترافق الأحداث اليومية التي يمر بها الأطفال مع أحلام مزعجة ومع صعوبة في النوم، وقد تنشأ اضطرابات النوم بسبب حادثة ما أو ما بعد دخول الطفل إلى المستشفى أو عند انتقاله إلى منزل آخر أو بسبب أحداث عائلية مستجدة.

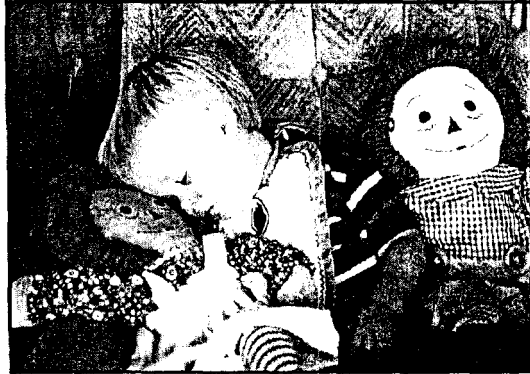
الوقاية:

لعل صعوبة الإيواء إلى الفراش من أكثر مشاكل النوم رواجاً لدى الأطفال وهي غالباً ما تترافق والكثير من البكاء، وهذه التعليمات تساعد الأهل على تأمين نوم هنيء لأطفالهم:

- تحديد وقتاً معيناً لنوم الطفل منذ صغره.
- تحميم الطفل بالماء الدافئ قبل أن يأوي إلى فراشه.



- إبقاء ضوءاً خافتاً في الغرفة أثناء الليل.
- وضع لعبة في سرير الطفل عند ولادته.



- رواية قصة للطفل أو غناء أغنية هادئة له وهو في السرير.

- تزويد الطفل بكوب من الماء قبل أن يأوي إلى فراشه.
  - تجنب مشاكسة الطفل وتجنب التوبيخ اليومي وتجنب مشاهدته للرسوم المتحركة العنيفة.
  - عدم إيقاظ الطفل إن تقلب كثيراً في نومه أو تكلم أثناء نومه.
  - في بداية التدريب على النوم، من المتوقع أن يبكي الطفل عدة أيام، لذا على الوالدين أن يطمئنوا الجيران بأن طفلهم يبكي لأنه يعاني مشكلة في النوم، وبأن بكاءه سينتهي قريباً.
  - على الأهل أن يطمئنوا بأن كثرة البكاء لا تسبب الاختناق أو الفتق.
- طريقة المعالجة:

- تستعمل تقنيات تغيير السلوك التي تعتمد التعلم عن طريق التشجيع على أساس ردة الفعل لمتتين العلاقة النفسية والاجتماعية بين الطفل وذويه.
- في الحالات الصعبة قد يلجأ طبيب الأطفال، بمساعدة الأهل، إلى وضع خطة لكي ينام الطفل بهناء حيث تستعمل في الحالات الصعبة منها المهدئات في بداية العلاج.

#### ٦- التوحد:

- التوحد هو عبارة عن مجموعة اضطرابات عصبية وبيولوجية وسلوكية تختلف في شدتها حسب العمر عند الإصابة ومدى ارتباطها باضطرابات أخرى مثل الصرع والتخلف العقلي والتأخر اللغوي.
- لا يوجد سلوك محدد يتميز به التوحد، فهو يتضمن سلوكيات ناتجة عن عيوب في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي، مثل:
- الضحك والقهقهة دون مناسبة.
  - الإشارة للحاجة بالإيماء.
  - التصرف كأصم.
  - النشاط الحركي الزائد.
  - مقاومة التعلم.

- التعلق غير المناسب بالأشياء.

- عدم الخوف من المخاطر.

- مقاومة تغيير الروتين.



- العواطف الفاترة.

- اللعب الغريب.

- تدوير الأشياء.

- عدم التواصل مع الآخرين.

إن وجود طفلاً متوحداً في الأسرة يعتبر تحدياً للأهل ويشكل ضغطاً نفسياً كبيراً، ويجب أن يتعرف الوالدين على هذه الاضطرابات وعلى الخدمات المتوفرة لمساعدتهم في تحمل المسؤولية، ومن الممكن تشخيص المرض من عمر سنتين.

#### طريقة المعالجة:

يمكن تعديل سلوك الأطفال وتذليل الصعوبات السلوكية من خلال تعزيز استقلاليتهم الشخصية والمسؤولية الاجتماعية وتحسين مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، كما تلعب برامج التربية الرياضية دوراً هاماً في تعديل السلوكيات غير المرغوبة عند الأطفال المتوحدين.

## ٧- الإكثار من مشاهدة التلفزيون:

"أوصى علماء مهتمون بطب الأطفال بالتقليل من مشاهدة الأطفال للتلفزيون لما يسببه من اضطرابات تؤثر سلباً على نمو الطفل خاصة في مجال زيادة الحركة، ونقص الانتباه"<sup>(١)</sup>.

وأكدوا على أن مشاهدة الأطفال لبرامج التلفزيون لأقل من عامين خاصة تزيد من العنف والعوانية وتقلل من التحصيل العلمي وقدرات الطفل للقراءة والكتابة.

ويشدد التنبيه على الأطفال الذين يعانون من زيادة الحركة ونقص الانتباه لأن هذه الفئة يكونون غير مباليين واندفاعيين ومعرضين للحوادث، كما أن علاقتهم مع البالغين تقتقد إلى الحذر والتخطيط وغير محبوبين بين الأطفال الآخرين.

هذا ويؤكد الخبراء على أن التلفزيون بطبعه وسيلة تؤدي إلى السلبية، لأنها لا تحتاج إلى أي نشاط ذهني من جانب المشاهد، كما أنها متناقضة تماماً مع الأنشطة الإبداعية وتقلل من قدرة الأطفال على تعلم القراءة.

و"كلما ازدادت مشاهدة الأطفال للتلفزيون بين سن عام و٣ أعوام ارتفع خطر إصابتهم بمشكلات في قدرتهم على الانتباه والتركيز عند سن السابعة، ومن آثار تلك المشاهدة على الأطفال أنه يزيد من معدل الخوف لدى الطفل وفقدانه الثقة بنفسه وبمن حوله، ويخلق لديه رد فعل مباشر عنيف لحماية نفسه من أي سلوك غير مقصود، ويكون لدى الطفل حالة من تبدل المشاعر واللامبالاة، خاصة إذا تعرض للعنف بطريقة عشوائية ومتكررة.

وفيما يتعلق بالأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين سنتين و٦ سنوات، فإن بعض الهيئات العلمية توصي بألا يشاهد أطفال هذه المرحلة التلفزيون، وألا يلعبوا ألعاب الفيديو والكمبيوتر لأكثر من ساعة واحدة أو ساعتين على الأكثر يومياً"<sup>(٢)</sup>.

(١) جاء ذلك في الندوة التي نظمها مركز دراسات الطفولة بعين شمس برئاسة الدكتورة منى سالم مديرة المركز ومشاركة أساتذة متخصصين في علم الأطفال والطب النفسي كما ذكرت صحيفة الأخبار اليومية المصرية.

(٢) سهير الدفراوي: مخاطر التلفزيون على مخ الطفل

## صور تربوية خاطئة

إن الثمن لتعرض الأطفال الصغار لبرامج تلفزيونية لا تصلح للصغار ولا للكبار يكون فادحاً، فيفسح المجال لمشاهد العنف والعادات السيئة، فبعض برامج التلفزيون تحتوي على تزيين لعادات سيئة مثل التشديق بالعبارات البذيئة "السوقية" والتدخين وتعاطي الخمر والمخدرات، ولا يقتصر الأمر على البرامج، ففي الإعلانات التي تكثف قبل وبعد وأثناء البرامج التي تحظى بإقبال من المشاهدين، تنفث أنماط السلوك السيئ هذه.

إن مشاهدة التلفزيون لأوقات طويلة تحرم صغار الأطفال من النشاطات الطبيعية اللازمة للنمو السوي للمخ وبزوغ المواهب وعلى رأسها التفاعل اللصيق والمحبة مع الأبوين، وغيرهما من القائمين على رعايتهم، ومع أقرانهم.

كما أن الاستثارة الزائدة للمخ الصغير في بعض برامج التلفزيون، خاصة المستوردة، مثل الرسوم المتحركة ومواد الفيديو سريعة الإيقاع، ترهق خلايا المخ وتعيق النمو السوي للتشابكات بينها، والأهم أن مثل هذه البرامج تعيق استفادة المخ من المؤثرات ذات الإيقاع العادي في باقي نشاطات الحياة في نطاق الأسرة والمدرسة وغيرهما من المؤسسات المجتمعية (حيث يكون المخ قد اعتاد على إيقاع سريع وصاخب).

ويشير عدد من الدراسات إلى أن الإفراط في مشاهدة التلفزيون يؤدي إلى قصر زمن الانتباه لدى الأطفال، ويقلل من قدرتهم على التعليم الذاتي، فأكثر برامج التلفزيون، بما في ذلك الرسوم المتحركة، ليست تعليمية "أي لا تنمي قدرات التعليم الذاتي لدى الأطفال"، وحتى بالنسبة للبرامج ذات الصلة التعليمية، فإن غالبيتها تقدم كل الحلول جاهزة، أي تتصف بما يسمى التعليم السلبي، ويعيق الإفراط في المشاهدة، ومن ثم، التحصيل التعليمي، ويضعف من بناء القدرات المعرفية والمهارات.

كما أن تعرض الأطفال لاستشراء صنوف السلوك الاجتماعي السلبية، وعلى رأسها العنف، في برامج التلفزيون، خاصة تلك المستوردة، هو أخطر مضار المشاهدة الزائدة على الحد المفيد، فالمعروف أن التعرض الزائد للعنف يضر بالتطور العاطفي

للأطفال، ولا يقتصر هذا الأثر السيئ لمشاهدة العنف على البرامج، وإنما يمتد إلى المشاهد العنيفة الخاصة بالحوادث والحروب والكوارث الطبيعية التي تتخلل نشرات الأخبار.

وقد أدى مجمل هذه الأسباب إلى أن تصدر جمعية طب الأطفال الأمريكية بيانات صارمة تؤكد على:

- عدم السماح للأطفال الأصغر من عامين بمشاهدة التلفزيون على الإطلاق.
- منع وجود أجهزة التلفزيون والأجهزة الإلكترونية المشابهة في غرف الأطفال.
- ألا تطول مشاهدة الأطفال الأكبر من عامين للتلفزيون عن ساعتين في اليوم، شريطة أن تكون البرامج المشاهدة من النوعية المناسبة لهم (تخدم تنمية عقولهم وتفتح مواهبهم).

من هنا نبدأ العمل:

يقترح عدد من المختصين بطب الأطفال والطب النفسي عدة آليات لتجنب مخاطر التلفزيون على رأسها تجنب التعامل مع التلفزيون كجليس أطفال، بل يجب أن يشارك الأهل أطفالهم في مشاهدة البرامج ومناقشتها معهم عند الحاجة، لتعزid الجوانب المفيدة في البرامج ومعاونة الأطفال على تجاوز جوانبها الضارة، وتزداد أهمية هذه المشاركة في حالة الأطفال الأصغر من عشر سنوات الذين قد يصعب عليهم التفرقة بين الحقيقة والخيال، ومن ثم يزيد احتمال تضررهم عقلياً أو وجدانياً من المضامين غير المناسبة للأطفال.

وتساعد المشاركة في المشاهدة على أن يبلور الأطفال توجهاً نقدياً رشيداً تجاه التلفزيون ووسائل الإعلام الأخرى، إضافة إلى تشجيع الأطفال على القيام بنشاطات متنوعة تنمي قدراتهم العقلية والوجدانية كبديل لمشاهدة التلفزيون، خاصة بمشاركة الأهل لهم فيها، واختيار الأهل للبرامج التي يشاهدها الأطفال، بالتوافق معهم، مع محاولة توجيههم للبرامج التعليمية وتجنب البرامج المحتوية على مضامين غير مناسبة وتلك التي يتضارب توقيتها مع نشاطات الحياة العادية كالواجبات والدراسة.

وإذا تعذر هذا التوافق، فيجب على الأهل أن يجدوا وسيلة تمنع الأطفال من تشغيل جهاز التلفزيون دون رضاهم، وقد يتم تحديد وقت مشاهدة التلفزيون بما لا يتعدى ساعتين في اليوم لجميع أفراد الأسرة، ويجب تجنب جميع أفراد الأسرة تناول الطعام، أو الوجبات الخفيفة، أمام التلفزيون.

إن الطفل الذي اعتاد الإفراط في مشاهدة التلفزيون يشعر بالملل وبوجود وقت فراغ، فعلى الأم أن تتذكر أن هذه الفترة الصعبة ستكون مؤقتة، فإذا تحلت بالصبر ساعدت على إنقاذ ابنها من براثن التلفزيون، وتحقيق أعظم فائدة له في المستقبل.

ويجب تذكر أن النشاط الأساسي للأطفال في هذه المرحلة يجب أن يكون اللعب، فمن طريق اللعب يستطيع الطفل إثارة حواسه وعقله واكتشاف عالمه الاجتماعي والعاطفي والعقلي، وفي هذه المرحلة يبدأ الأطفال الأنشطة، ويتعلم الطفل كيف يقسم وقته بين الأنشطة المختلفة، ويجب على الآباء قراءة الكتب لأطفالهم من ١٠ إلى ١٥ دقيقة يومياً قبل النوم، فهذا من شأنه تحفيز عقولهم وقدراتهم على التخيل، كما يشعرهم بالاهتمام والحب.

## ▼▼▼▼▼ الفصل الثامن ▼▼▼▼▼

---

# العوارض السلبية خلال مراحل التطور والنمو

## العوارض السلبية خلال مراحل التطور والنمو

### عناد الأطفال

العناد ظاهرة شائعة لدى الأطفال، وهي تعبير عن الرفض للقيام بعمل ما ولو كان مفيداً أو الانتهاء عن عمل ما وإن كان خاطئاً، ويتميز العناد بالإصرار وعدم التراجع، حتى في حالة الإكراه والقسر يبقى الطفل محتفظاً برأيه وموقفه ولو داخلياً، ويعتبر العناد من النزعات العدوانية، وهو سلوك سلبي وتمرّد ضد الوالدين وانتهاكاً لحقوق الآخرين، وهو محصلة للتصادم بين رغبات الطفل وطموحاته وأوامر الكبار ونواهيهم.

ومن الجدير بالذكر أن العناد قد يظهر ويختفي تحت ظروف معينة وفي مواقف معينة، فقد يظهر في البيت ويختفي في المدرسة والعكس صحيح، وهنا يكون الطفل واعياً ومدرّكاً لسلوكه العنادي ولكنه يفعل ذلك لتحقيق رغبة أو هدف ما، وحالما يحقق ما يريد فإنه يتخلى عن عناده، وعندما يكون العناد مستشرياً وسمة قوية للطفل فإن ذلك قد يكون نواة لاضطراب في الشخصية وهو ما نسميه اضطراب الشخصية السلبية العدوانية.

فالطفل قبل السنتين لا يملك الاستقلالية الكافية فهو يعتمد على والديه بشكل كبير جداً، لذلك لا تظهر عليه السلوكيات العنادية بشكل واضح، فيما عدا بعض الممانعة، ولكن ذلك لا يعد عناداً لأن العناد موقف وسلوك ينبني على الإحساس بالاستقلالية الجزئية من جانب الطفل ونمو تصوراتّه الذهنية، فيقوم بممارسة هذه الاستقلالية بالرفض والاحتجاج والممانعة وإبداء الرأي المخالف.

وبالرغم من أن العناد قد يأخذ مكانه عند سن الثالثة إلا أنه قد يلزم بعض الأطفال حتى سن المراهقة، وفي الغالب لا يتم ظهوره بعد سن المراهقة إن لم يظهر قبل ذلك، وقد وجدت الدراسات أنه ينتشر بنسبة ١٥-٢٢% بين أطفال المرحلة الابتدائية وهو في هذه السن أكثر انتشاراً بين الذكور منه بين الإناث ولكن النسبة تتساوى بعد ذلك، ولعل العناد يظهر بشكل جلي عند مرحلتي الانفصال (حوالي عمر سنتين وعند بلوغ سن المراهقة).

#### أشكال العناد:

أشكال العناد عبارة عن درجات غير منفصلة تظهر عند تعامل الطفل مع الكبار أو رفاقه ولكنها قد لا تظهر في جلسات التقويم النفسي والمقابلة الشخصية:

فالعناد التصميم والإرادة يعتبر نوعاً محموداً يجب تشجيعه ودعمه ومثال ذلك عندما يحاول الطفل على إصلاح لعبته مثلاً ويصر على ذلك مهما منعه الكبار، ولكن عندما يكون العناد ضرباً من الرعونة كأن يصر الطفل على الذهاب لشراء ملابس صباح الجمعة أو يصر على زيارة صديق في وقت غير مناسب أو مشاهدة فلم تلفزيوني وقد حان وقت نومه فإن ذلك يعتبر على النقيض عناد يفقد لتقدير الأمور والوعي الكافي لإدراك الصبح والخطأ ولا يجب الاستسلام له.

وقد تزيد درجة العناد لدى الطفل فيعاند نفسه لغيظه من أمه فيرفض الطعام وهو جائع ويرفض لعبة وهو يريدتها وما إلى ذلك، هذه المكابرة تولد صراعاً بين رغبتى الطفل في الاستمرار في موقفه وبين اشتياقه لما عرض عليه، وهذا الصراع ينتهي بالتنازل عند محاولة الكبار في حله.

أما حين يعتاد الطفل العناد كسلوك راسخ وصفة ثابتة في شخصيته، فإن ذلك قد يؤدي إلى اضطراب شديد في السلوك والانفعالات والعلاقة مع الآخرين بسبب النزوع للمشاكسة والخلاف مع الناس من حوله بسبب أو بدون سبب.

هذا الشكل من العناد درجة مرضية وتحتاج لاستشارة المختصين لعلاجها، وأيضاً فقد يكون سبب العناد خللاً فسيولوجياً مثل إصابات الدماغ والتخلف العقلي.

وبشكل عام يكون العناد أحد الأنواع التالية:

- ١- المقاومة السالبة: يطيع ولكن يتذمر.
- ٢- التحدي الظاهر: يكون على استعداد للمعركة في أي وقت.
- ٣- العناد الحاقق: يعني يطلب منه شيء يعمل العكس.

#### أسباب العناد:

عندما تكون توقعات الكبار وطلباتهم من الطفل بعيدة عن الواقع وغير مناسبة لقدراته وإمكاناته ينتج عن ذلك شعور بالفشل، وعندما يصر الكبار على قناعاتهم وتوقعاتهم يبدأ الطفل بالرفض كسلوك عنادي، وهو في الحقيقة لا يعاند الكبار ولكنه يرفض الوقوع في الفشل الذي يصر الكبار من حوله على الوقوع فيه غير أبيين بمشاعر الخوف والإحباط عنده، وهو في هذه الحالة أفضل منهم في تقدير إمكاناته وما يمكنه فعله.

كما أن ارتفاع مستوى الذكاء بما لا يتناسب مع النمو الانفعالي أو العاطفي للطفل يولد العناد.

وليس من الغريب أن تختلط الحقيقة بالخيال عند الأطفال، فيتشبث الطفل بموقف غير واقعي ضرباً عرض الحائط برأي الكبار مما ينشأ عنه نوع من العناد نتيجة لهذا التصادم.

وقد يقلد الطفل أمه أو أباه في الإصرار على رأيهم وعدم التنازل مهما حاول معهما أسلوب الإقناع والحوار الهادئ عندما يطلبان منه شيئاً ما وذلك ما يعرف بأسلوب التعلم بالمحاكاة، وهذا يستلزم من الآباء والأمهات أن لا يعتمدوا الحدة والتعنت على حساب الحوار المنطقي والنقاش المقنع.

ولعل الطفل أحياناً يحاول ممارسة تأكيد ذاته بالإصرار على موقفه والعناد، وإذا كان هذا القدر من الفعل أو رد الفعل غير مبالغ فيه فلا بأس من التساهل معه وتشجيعه لتعليم الطفل كيف يكون قوي الإرادة، وهناك متسع من الوقت ليتعلم الطفل أن العناد والتحدي ليس الطريقة المثلى لتحقيق المكاسب وهذه مرحلة نمائية تالية، وهكذا يتعلم الطفل من خلال سلسلة من المراحل الإطار الواقعي للتعامل مع النفس ومع الآخرين.

ولعلنا نحن من يدفع الطفل للعناد أحياناً بانتهاج الأسلوب الصارم الجاف من الأوامر والنواهي، وهذا أسلوب ترفضه الفطرة التي تحب الرجاء والاحترام، لذلك فإن الطفل يتأذى من التضيق عليه فترة من الزمن ثم ينتقل بعد ذلك إلى الرفض والتحدي كرد فعل لهذا الأسلوب من التعامل.

والحماية الزائدة من جهة تجعل الطفل يشعر بالعجز والاعتمادية على والديه معطلاً قدراته هو، وقد يرفض ذلك بنوع من العناد للخروج من دائرة الحماية والوصاية والحصول على قدر أكبر من الحرية.

وهذا الشعور بالعجز قد يكون حقيقياً نتيجة إعاقة معينة أو خبرات طفلية مر بها خلال حياته مما يولد لديه رغبة في العناد وتحدي الواقع أو الذات أو الآخرين.

وقد يتعزز السلوك العنادي بالإذعان له وتشجيعه بالمكاسب التي يرمي لها الطفل، إما خوفاً عليه أو لإنهاء الموقف، وهنا يتعلم الطفل أن مزيداً من الإصرار سيجلب له التنازلات والمكاسب.

### طريقة المعالجة:

يتسم الأطفال بالاختلاف أكثر من الكبار، ولذلك لابد من تقويم كل حالة على حدة وفهم الأسباب وما عساه قد يكون مساهماً في نشوء هذا السلوك العنادي.

ومن الأساليب المفيدة توقيع العقاب المناسب على الطفل فور عناده لأن ما يناسب طفلاً قد لا يناسب آخر وما سيفيد في وقت ما قد لا يفيد في وقت آخر، المهم عدم تأجيل العقاب بهدف إعطاء فرصة يراجع فيها الطرفان نفسيهما، ليستأنف الحوار بعد ذلك بأسلوب أكثر هدوءاً وإقناعاً.

ومعاملة الطفل العنيد ليست أمراً سهلاً لذلك لابد من التحلي بالصبر وعدم اليأس والاستسلام للأمر الواقع بحجة أن الطفل عنيد، كذلك لابد من الثبات في المعاملة فالاستسلام أحياناً يعلم الطفل فنيات الإصرار والعناد.

ومن المعتاد أن يقال للطفل أو يذكر أمامه انه طفل عنيد أو أن فلان شاطر فهو ليس عنيد، هذا النوع من القول يؤكد للطفل العناد ويرسخه فيه مهما توضح له أن العناد سيئاً، كما انه من المهم عدم صياغة الطلب بتوقع الرفض لأن ذلك يعطيه خياراً بالرفض ويشجعه عليه.

وعلى النقيض فإن إرغام الطفل على الطاعة العمياء بدلاً من دفع المعاملة والمرونة يجعله يلجأ للعناد للخلاص من العبودية والحصول على حريته، لذلك فمن المهم أن نغض الطرف عن الأمور البسيطة ونبدي التسامح أحياناً.

ويبقى أسلوب الحوار والإقناع بعد توقيع العقاب الناتج عن العناد أمر مهم لتعليم الطفل كيف يكون مقنعاً لا عنيداً أرعناً لا يمتلك القدرة على التعامل بهدوء وروية.

### الطفل العنيد والأسرة:

يتصف الطفل هو طفل متسرع، غير ناضج من ناحية العاطفة والانفعالات، حساس، متمركز حول ذاته، شكاك، وسواسي، ضعيف النفس، ينقصه الهدف في الحياة، والصغير غالباً يعاند بالتذمر والمخالفة.

والسلوك العنادي يظهر في مجموعة من المواقع العمرية أكثر فمثلاً قد يظهر عند الولد الذي بين البنات أو عند الطفل الأول، أو الثاني لأنه يغار من الأكبر منه، أو الأخير لأنه المدلل، وعادة تحسن الأسر الاستعداد للمولود الجديد من ناحية الشوق

ولكنها لا تحسن الاستعداد النفسي للأولاد الكبار، وتفهمهم أن لكل ولد مكانته الخاصة وعندما يأتي المولود الجديد يشعر القديم أنه قد أخذ مكانه. ويظهر العناد عند الأطفال من مرحلة ٢-٣ سنوات، ويظهر في الأسر المتساهلة جداً والمتشددة جداً، وعندما يطلب من الأطفال أن يدرسوا في ساعة معينة قد يأخذهم العناد، فقد أثبت العلم أن الإنسان له ساعة معينة بيولوجية أي ساعة قمة وفيها يكون له استعداد عالي. وباختصار فالطفل الذي يعاند هو أما:

- ١- لديه مشكلة في طريقة التفكير، ويكون سلبياً دائماً يعني يفهم الآخرين خطأ، وعندما يفكر في أي موقف يأخذه على أنه تحدي.
- ٢- لديه مشكلة في مهارة التعبير عن النفس فهو يعبر عن نفسه بالعناد.

#### التعامل مع الطفل العنيد:

- ١- من خلال بناء العلاقة العاطفية المتينة وكسر الحواجز.
- ٢- تحقيق المطالب الشخصية.
- ٣- الابتعاد عن التسلط والتساهل الشديدين.
- ٤- جعل الجو الأسري مريحاً وممتعاً.
- ٥- التفهم والاستماع ولا بد أن يكون هناك حوار.
- ٦- وجود تقبل وتعبير عن الحب.
- ٧- التشجيع والتعاون.
- ٨- تقليص الحجج والدفاعات.
- ٩- الوقت والزمن فالتغير بطيء دائماً.
- ١٠- الثناء أو التعزيز الإيجابي: مدحه.
- ١١- مسألة المعاملة بالمثل ولكن بطريقة معينة.
- ١٢- أسلوب التأنيب الفعال.
- ١٣- تجاهل التحدي البسيط.
- ١٤- عقد الاتفاقيات: إذا عملت كذا فلك كذا.
- ١٥- عدم إصدار الأوامر.
- ١٦- تجنب المواقف المثيرة للانفعال.

١٧- ترك المجال للطفل للتعبير عن انفعالاته.

### كيف يتكون العناد:

يتكون العناد عادة عندما لا يستطيع الطفل أن يتكيف مع الظروف، مثلاً هو مقتنع بالذي في داخله ولا يستطيع أن يقنع المقابل فيعاند.

### ضروريات التعامل مع الطفل العنيد:

- أن لا يشعر الآباء بأن أفضل طريقة لمعالجة العناد هو العناد، أو يعني كسر الحديد بالحديد، فأسلوب التفاهم هو الأفضل.
- تفريغ الطاقة الانفعالية للطفل في أمور مفيدة.
- تحويل الانتباه: التركيز الطفل على نقطة ما وإعطائها أهمية كبيرة.
- توفير حالة استرخاء في البيت.
- رفع معدل الأحداث الإيجابية في الحياة.
- الاهتمام بالصحة: الرياضة، والنشاط الجسمي.

### طريقة فعالة لوضع الحدود للطفل:

ثورة الأم على طفلها وصراخها عليه عندما يرتكب خطأ ما ويتمادى في ارتكابه، لن يصل بها إلى نتيجة إيجابية لتطوير سلوكه، إذ تفقد هذه الأم هيبتها وقوة تأثيرها على طفلها بهذا الأسلوب الذي سيتعود عليه ويواصل فعله الذي يريده. إلا أن هناك طريقة فعالة ومؤثرة في ردع الطفل عندما يخطئ ويعاند، تتمثل في استخدام الأم نبرة حازمة في حديثها مع طفلها، مع تطبيق العقاب الذي يتناسب مع ما فعله الطفل من تكرار لتصرفه السلبي.

ولنأت بمثال عملي يوضح لنا ما تعانيه الأم من إرهاق وتعب دون نتيجة عندما تتبع الأسلوب الأول، وكيف تقوم بتطبيق الأسلوب الثاني لتصل إلى هدفها التربوي: كأن تقول الأم لطفلها "لا تأكل أي حلوى قبل الغداء"، ألا أن الطفل تجاهل تنبيه أمه، وكأنه قد سمعه من قبل عشرات المرات، وعاند وأصر على ما يريد ولم يصغي ولم يطع، وخطف قطعة من الحلوى، فعلى الأم في هذه الحالة أن تكون قوية وحازمة، وتبتعد عن الصراخ في وجهه لكي تمنعه من تناول أي طعام قبل وجبة الغداء، فهو لن يأبه به، لأنه تكرر من قبل دون عقاب.

إن التصرف السليم في مواجهة هذا الموقف هو أن تقول الأم لطفلها بنبرة حازمة: "بقى على الغداء نصف ساعة، الوقت الآن غير مناسب لأكل الحلوى".

فإذا ألح طفلها وعاند فإن عليها عندئذ أن تركز نظراتها في عينيه وتقول له بلهجة صارمة وحازمة وهي تشد على مخارج ألفاظها: "أعتقد أنك سمعت ما قلته، والمطلوب الآن أن تقوم بتنفيذه، وإلا ستجد عقاباً لعدم طاعتك، أنا أريد أن تصبح قوياً، لذلك عليك أن تتناول الحلوى بعد الغداء، حتى تتناول غداءك كاملاً".

ولنفرض أن الطفل لم يستجب، عندئذ لابد للكم أن توقع عليه العقاب الذي تختاره في هذا الموقف، إما أن تحرمة يوماً من مشاهدة التلفزيون، أو عدم اللعب مع أصدقائه في ذلك اليوم، المهم هنا هو شرحها لطفلها باختصار عن سبب منعه من أكل الحلوى في ذلك الوقت، وحزمها معه في حالة عدم طاعته لها.

وقد يعترض البعض ويقول بأنه فعل ذلك مع طفله لكنه لم يطعه، والجواب على ذلك بسيط، وهو أن النتيجة لا تأتي إلا عن طريق التعود، وتكرار وقوع العقاب على الطفل في حالة عدم احترامه لأوامر والدته، وسترى الأم بعد ذلك أنها ما إن تركز نظراتها في عيني طفلها وتقول له بحزم أن يترك القطعة التي في يده لأنه يأكلها في وقت غير مناسب فإنه سيتركها فوراً.

إن واجب الآباء أن يتعلموا الأساليب الحديثة في تربية أبنائهم، كما يؤكد على ذلك العالم في مجال التربية النفسية للطفل الدكتور (فيتزوف دينسون) في كتابه المعروف (كيف نربي أبنائنا؟) عندما يقول: "الأبوة عملية تعلم مستمرة، إذ لا يكفي أن نكون آباء فقط لكي نفهم أطفالنا ونسعدهم، علينا أن نتعلم كل الوسائل التي تصل بنا إلى تحقيق هذا الهدف، لنفترض أننا لم نلعب الشطرنج أبداً، وقررنا فجأة أن نلعبها، من الطبيعي أننا قد نخطئ وقد نصيب، وقد نشعر باليأس وعدم الارتياح ونحن نمارسها، لكن أليس من الأفضل لو طلبنا مساعدة شخص ذي خبرة وتجربة في هذه اللعبة لكي يعلمنا كيف نلعبها، إن هذا المثال ينطبق إلى حد ما على تعلم كيفية ممارسة فن الأبوة، إن على الآباء أن يستعينوا بمن هم أكثر منهم خبرة في هذا المجال ليمارسوا دورهم الهام على أفضل وجه).



## ▼▼▼▼▼ الفصل التاسع ▼▼▼▼▼

---

### صعوبات التعلم

## صعوبات التعلم

أحياناً نعجز عن تفسير بعض الظواهر أو أن نفشل في فهم بعض البديهيّات، لكن لا يعني ذلك عجزنا التام عن الفهم أو التعلم أو المحاولة في التفسير والبحث عن خفايا ما نراه بأعيننا ونشعره بقلوبنا.

لكن هؤلاء الأطفال قد عانوا من هذا العجز الحقيقي عن التعلم والقدرة على تفسير الأشياء وربطها بعقولهم وأحاسيسهم، فيتوقفون عن أي ردة فعل لهذه الظاهرة، عاجزين عن التعبير، والتفاعل مع ما يرونه أو يحسونه.

ففي كثير من الأحيان ينتاب الأبوين الخوف والقلق لما يلاحظانه على صغيرهما من عدم القدرة على إمساك الأشياء بكلتا يديه أو كثرة حركته واندفاعه وخاصة في أثناء اللعب أو السير أو لعدم تجاوبه مع ما يدور حوله من حركة أو أحداث مثيرة.

وفي الجهة الأخرى نرى الأمر نفسه يحدث مع المدرسين، إذ كثيراً ما يواجهون صعوبات في أداء رسالتهم وذلك لما يواجهونه من مشكلات في توصيل المعلومات وتفسير الظواهر لخيالات وتفكير هؤلاء الأطفال، فمنهم من يقوم بإثارة الشغب داخل الفصل، ومنهم من يقوم بالاعتداء على زملاءه ومنهم من يضايق غيره ومنهم المهمل في أداء واجباته وفهم دروسه.

لكن كل هذه التصرفات ترجع إلى سبب خارج عن إرادتهم وهو عجزهم عن التعلم والربط وهو سبب خارج عن نطاق التخلف العقلي أو الإعاقة السمعية أو البصرية وإنما قد تكون إعاقة في مجال الإدراك والربط بين ما يرونه وما يصل للمخ. لذا فهم بحاجة لمن يقوم بدور الربط بالنسبة لهم ليساعدهم في التخطي والوصول لمرحلة الفهم والاستيعاب بين ما يرونه وما يشعرونه وما يدركونه بعقولهم.

## تعريف صعوبات التعلم

هناك العديد من التعاريف التي تم صياغتها لوصف الأطفال الذين لديهم صعوبات في التعلم حيث يعتبر اضطراب يؤثر في قدرة الشخص على تفسير ما يراه أو يسمعه أو في ربط المعلومات القادمة من أجزاء مختلفة من المخ.

ويعتبر التعريف الفيدرالي أشهر هذه التعاريف جميعاً حيث ينص على أن صعوبات التعلم عبارة عن اضطراب أو خلل في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية المتعلقة باستخدام اللغة أو فهمها سواء كان ذلك شفاهة أم كتابة بحيث يتجسد هذا الاضطراب في نقص القدرة على الإصغاء أو التفكير أو التحدث أو القراءة أو التهجئة أو أجزاء العمليات الرياضية وتنطوي أوجه الاضطراب المذكورة أعلاه على حالات مثل قصور الإدراك الحسي وإصابة الدماغ والخلل البسيط في وظائف المخ وعسر القراءة وعدم القدرة على تطوير مهارات التعبير والكلام.

وهناك تعريف آخر لاضطرابات التعلم: "أنه عبارة عن اضطراب أو خلل في واحدة أو أكثر من الأبنية الأساسية والتي لها تأثير على قدرات الطفل في فهمه واستعماله للغة المنطوقة أو المكتوبة سواء في الإصغاء أو الكلام أو القراءة أو الكتابة". وتعريف مايكل بست "Mykle Best": وهو "يستخدم مصطلح الاضطرابات النفسية أو العصبية في التعلم ليشمل مشكلات التعلم التي تحدث في أي سن والتي تنتج عن انحرافات في الجهاز العصبي المركزي وقد يكون السبب راجعاً إلى الإصابة بالأمراض أو الحوادث أو سبباً نمائياً".

وتعريف كيرك "kick" وهو: "تشير الصعوبات الخاصة بالتعلم إلى تخلف معين أو اضطراب في واحدة أو أكثر من مهارات النطق أو اللغة أو الإدراك أو السلوك أو القراءة أو الهجاء أو الكتابة أو الحساب".

أما التعريف الأقرب للمنطق والذي تأخذ به حالياً السلطات التعليمية في الولايات المتحدة الأمريكية فهو "تعني الصعوبة الخاصة في التعلم ( Learning Disability) اضطراباً في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي يتطلبها فهم اللغة (مكتوبة أو منطوقة) واستخدامها".

وتظهر هذه الاضطرابات في:

١- نقص القدرة على السمع.

٢- التفكير.

٣- القراءة.

- ٤- الكتابة.
- ٥- الهجاء.
- ٦- الكلام.
- ٧- العمليات الحسابية.
- ٨- الإعاقة الإدراكية.
- ٩- الإصابة في المخ
- ١٠- عسر القراءة (Dyslexia).
- ١١- الحبسة الكلامية (Aphasia) والتي ترجع لظروف نمائية.

## قياس وتشخيص صعوبات التعلم

تحتاج عملية التعرف على حالات صعوبات التعلم إلى تجميع بيانات إضافية واسعة عن الطفل، ويقوم بذلك فريق متكامل من الأخصائيين والمعلمين والأهالي وتكون عملية التقويم شاملة للطفل لمعرفة وجود صعوبات في التعلم. وتستمد المعلومات من الملاحظة خارج الفريق الذي يعد التقرير ويقوم بالتشخيص.. وتستمد أيضاً من ملاحظة الطفل أكاديمياً داخل الفصل. وهناك أساسيات يمكن الاعتماد عليها في ذلك مثل:

- ١- الاستبعاد: أي يستبعد الأطفال الذين لديهم عجز أو قصور يسبب لهم هذه الصعوبة وهذا لا يعني أنه ليس من المعاقين من يعاني من الصعوبة التعليمية غير أن هؤلاء يحتاجون إلى برامج خاصة تتناسب مع إعاقاتهم.
- ٢- التباعد: بناء على التباعد يشخص الصعوبة الخاصة في التعلم في الحالات التالية:

- نقص معدل التحصيل الدراسي.
- عدم تناسب التحصيل مع مقدرة الطفل.
- وجود تباعد وانحراف حادين المستوى التحصيلي والمقدرة العقلية.
- وجود اضطراب واضح يعوق القراءة والكتابة والفهم.

وعلى الرغم من أنه لا يمكن الحكم على هؤلاء الأطفال إلا بعد وضعهم تحت محكي التباعد والاستبعاد، فهناك محك آخر وهو:

٣- محك المشكلات المرتبطة بالنضوج والتربية الخاصة: فقد تختلف معدلات النضج من طفل لآخر وقد يكون ذلك غير منتظم أي أن الخلل في عملية النضج قد يؤدي إلى الصعوبة التعليمية وقد قال (بندر Bender) و(سجلرلاند Slingerland) أن من الحقائق المعروفة نفسياً في نمو الأطفال الذكور إنهم أبطأ من الإناث، كما أن هناك علاقة أخرى من العلامات التي تدل على الصعوبة التعليمية.

٤- العلامات النيترولوجية: مثل: التلف العضوي أو النيترولوجي عند الأطفال وعلى الرغم من أن الصعوبات التي تواجه فريق الباحثين والخبراء في هذا المجال إلا أن المحاولات لازالت مستمرة.

الخصائص التعليمية لأطفال صعوبات التعلم:

- ١- انخفاض معدل التحصيل الدراسي للطفل بعام أو أكثر عن معدل عمره العقلي.
- ٢- ضعف في طلاقة القراءة الشفهية.
- ٣- ضعف في فهم ما يقرأ.
- ٤- ضعف في القدرة على تحليل صوتيات الكلمات الجديدة.
- ٥- صعوبات في التهجى.
- ٦- عكس الحروف والكلمات والمقاطع عند القراءة.
- ٧- عكس الحروف والأرقام عند الكتابة.
- ٨- ضعف في معدل سرعة القراءة.
- ٩- تعلم مهارة الحساب محدودة وانخفاض مستوى تحصيل الأطفال في الحساب عن عمرهم العقلي..
- ١٠- قصور الانتباه.
- ١١- التشتت والشروء.
- ١٢- النشاط الزائد.
- ١٣- الاندفاعية.

## تصنيف الصعوبات التعليمية وأقسامها

هناك حالات متنوعة في الصعوبات التعليمية مثل مشكلات الرياضيات أو القراءة، أو الهجاء أو اللغة أو الانتباه الدراسي أو الاضطرابات النفسية، ومشكلات الذاكرة، أو الإدراك البصري والسمعي.

وهناك طرق التعرف على حالات الصعوبات الخاصة يتعلم الطفل في بداية نموه العادي والطفل يكتسب أشكالاً مختلفة من الحركة أثناء عملية النمو.

أما الصعوبات التعليمية في مجالات الدراسة فهي تقع ضمن إطار الدراسة المفصلة لطرق التدريس، والمناهج التعليمية، وتقتصر على الإشارة إلى الأشكال التي تظهر فيها هذه الصعوبة الناتجة عن المشكلة الإدراكية أو الحركية، أو مشكلات تكوين المفاهيم في مجالات المهارات الأكاديمية الأساسية والقراءة والحساب والكتابة.

### ١ - صعوبات القراءة:

وهذه تشكل نسبة كبيرة بين الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم، لأن التعلم المدرسي يعتمد بقدرة كبيرة على المقدرة على القراءة، وهي ذات أثر مدمر وهدام للطفل، ويستخدم مصطلح عسر القراءة (Dyslexia) أحد الأعراض الأولية للصعوبة في تعلم القراءة.

وقد اختلفت التعاريف لهذا المصطلح، لأنه لا ينطبق على جميع الأطفال دون تمييز، وبوجه عام فيستبعد منهم الأطفال الذين لديهم مقدرة عقلية منخفضة أو المعاقون في حدة الحواس السمع والبصر بصفة خاصة، أو الذين لديهم اضطرابات انفعالية أو اجتماعية، كما أن التلف النيورولوجي قد يوجد في حالات عسر القراءة أو لا توجد على الإطلاق.

وقد عرف (فريوسون) عسر القراءة بأنه:

(عجز جزئي في القدرة على القراءة أو فهم ما يقوم به الفرد بقراءته قراءة صامتة أو جهورية) وقد وضعت تعاريف كثيرة ومختلفة لذلك.

وعلينا أن نعلم أن تفسير هذا المصطلح لا بد أن يتم في علاقاته بالإطار الذي

يناقش فيه.

## أنواع عسر القراءة:

أ- عيوب صوتية في أصوات الحروف، بحيث يعجز الطفل عن قراءة الكلمات، وبالتالي يعاني من عدم القدرة على الهجاء، نظراً لعدم القدرة على استخدام المهارة الصوتية.

ب- عيوب في القدرة على الإدراك الكلمات ككل، مثل: نطق الأصوات وكأنهم يواجهونها لأول مرة، ويقومون بكتابتها بواسطة تهجي الكلمات بطريقة تعتمد على أصوات الحروف مما يترتب عليه أخطاء إملائية.

ج- قد تكون الصعوبة في الطريقتين السابقتين معاً، لذلك فيبقى هؤلاء الأطفال يعانون من هذا العجز.

## ٢- صعوبات الكتابة والهجاء:

فقد يعاني الطفل من هذه الصعوبة وهذا المصطلح يسمى (Dysgraphai) أو (Dysorthography)، وهذه تعتمد على كثير من المهارات الفرعية، وقد يحتاج المعلم إلى تحديد بدقة الطبعة الخاصة بهذه الصعوبة.

وبالرغم من عدم إعطاء الأهمية الكافية لهذه الصعوبة إلا أن بعض المربين يؤمنون بأن وجود التمييز البصري والسمعي، والمقدرة على إدراك التتابع، والتنسيق بين حركة العين واليد، والذي يتطلب في علاجه إلى تحليل أنواع الأخطاء التي يقع فيها الطفل باستخدام استراتيجيات تعليمية خاصة للتغلب على هذه الصعوبة، مثل ذكر أشكال الحروف حتى يستجيب شفوياً لدرس الهجاء مع الاستمرار في العمل على علاج هذه الصعوبة بطريقة فردية ومستمرة.

## ٣- صعوبات في تعلم الحساب:

يطلق على هذه الصعوبة عسر العمليات الحسابية (Dyscalculia) لأنها تحتاج إلى استخدام رموز، والمقدرة على التمييز الصحيح لهذه الرموز.

وقد تكون الصعوبة في هذا التمييز بين الصور أو الأشكال الرمزية المتشابهة رقم ( ٨٠٧ ) أو رقم ( ٦٠٢ ) وتحتاج العمليات الحسابية الأولية إلى مقدرة على إدراك

الترتيب والتتابع، كي يتمثل ذلك في عملية العد، كما أن هناك مشكلات إضافية تظهر عند استخدام مصطلحات ورموز مجردة مثل:

- أكثر من.. أقل من.. يساوي... الخ.

واستخدام الأشياء المحسوسة في تعليم العد يكون مفيداً في زيادة مقدرة الطفل على الاستيعاب الحسابي.

## السمات الشخصية للأطفال ذوي الصعوبات التعليمية

هناك سمات واسعة من السلوكيات والصفات الشخصية المرتبطة بذوي الصعوبات التعليمية.

وتعتبر الخصائص السلوكية للطلاب الذين لديهم صعوبات تعلم مهمة للتمييز بين هؤلاء التلاميذ الآخرين (العاديين) ويتفق المختصون في مجال صعوبات التعلم على ارتباط صعوبات التعلم بالخصائص الاجتماعية التربوية التالية:

- الانخفاض في درجة الذكاء (أقل من المستوى العادي بانحرافين معيارين أو أكثر).
- التدني الشديد في المستوى الدراسي.
- العجز بما لا يقل عن مجالين من مجالات السلوك التكيفي.

وقد يعاني الأطفال من مشكلات لغوية فلا يفهمون الرسائل الصوتية الموجهة إليهم، أو لا يكونون قادرين على إرسال رسائل صوتية لغيرهم، لذلك يحصل لهم فشل دراسي إذا كان أسلوب التدريس المستخدم بأسلوب صوتي لا يستطيع تشكيل الإعاقة بين الصوت والرمز، ولم يعد قادراً على تمييز أصوات اللغة، أو قد تكون المشكلة في الذاكرة فهو لا يستطيع استدعاء أشياء مثل الكلمات المرئية، وجدول الضرب.

## أشكال السلوك الاجتماعي والانفعالي التي تؤدي إلى الصعوبات التعليمية

أ- النشاط الزائد (Hyperactivity):

وقد وصفها (واكر) أنها مرض من الأمراض.. وأن وراء سلوك الطفل الذي يظهر نشاطاً زائداً ودافعاً قوياً يجعل حيز الطفل محدوداً وناقص الانتباه، وقد يجد

الطفل صعوبة في النوم أو التعلم أو الجلوس أو الاستجابة للنظام، وقد تظهر عليه هذه العلاقات أثناء النهار أو في الصباح فقط، أو في المساء فقط، أو بعد تناول الطعام. وعلاجها: طبيباً وفردياً هناك علاج المعايير العادية للسلوك.

#### ب- السلوك الاندفاعي:

فهم يندفعون لعمل أشياء دون تفكير في العواقب ويكونون تحت ضغط أو تفكير مفاجئ وغير متوقع.

#### ج- القابلية للتشتيت (Distactidility):

من السهل جذب انتباه هؤلاء الأطفال إلى مثيرات أخرى مختلفة، ويرتبط هذا بقلة الانتباه وقصره، بحيث لا يستطيع الطفل تركيز انتباهه فترة طويلة إلى الأمر المثير.

#### د- الثبوت:

وهو عكس التشتيت، ويكون سلوك الطفل فيه استجابياً لفترة طويلة، وتكون الاستجابة قد فقدت قيمتها أو ملائمتها للموقف لأن الطفل يعجز عن إنهاؤها في الوقت المناسب مثل تكرار الرسم أو النقاط أو الخطوط.

#### و- عدم الثبات الانفعالي:

وهو تغير متكرر في حالة مزاجية، مع عدم ثبات الانفعال، وهذا من مظاهر عدم الثبات أو الاستقرار الانفعالي بسبب خلل في الأداء الوظيفي للجهاز العصبي، وقد لوحظ أن كثيراً من هذه الأعراض السلوكية السابقة تميل إلى الاختفاء في مرحلة ما قبل المراهقة، أو في فترة المراهقة وقد تستمر كنتيجة للمظاهر السلوكية السابقة.

ومن الضروري البدء في برنامج علاجي فردي في وقت مبكر بحيث يتضمن تشخيصاً دقيقاً لحالة الطفل ويتم ذلك من خلال تعاون فريق من الأخصائيين الذين يقومون بدورهم بتقديم الإرشاد والتوجيه للأهالي.

## أساليب تعديل السلوك في حالات صعوبات التعلم

### أ- التعزيز الإيجابي (Positive Reinforcement):

ويستخدم هذا الأسلوب من أجل زيادة أنماط سلوكية مرغوب فيها مثل تعلم الكلام، ارتداء الملابس وتناول الطعام بطريقة سليمة، ويعتبر التعزيز الإيجابي من أفضل الأساليب المستخدمة، وقد يكون على شكل مواد غذائية أو على شكل ألعاب أو على شكل تعزيز اجتماعي، كما يمكن أن يكون بشكل رمزي.

### ب- التعزيز السلبي (Negative Reinforcement):

ويشير التعزيز السلبي إلى زيادة قوة الاستجابة بعد حدوثها وذلك بإزالة الأحداث المؤلمة، ومن الأمثلة على التعزيز السلبي ما يذكره (Lovans , Schaelfer , 1965 & Simmons) في استخدام أسلوب التعزيز السلبي في تشجيع اثنين من الأطفال (Autistic) على الحديث مع الآخرين حيث وضع الأطفال في غرفة مكهربة الأرضية، فإذا اتجهوا نحو الكبار والحديث معهم عرضوا لصدمة كهربائية خفيفة، فإذا الصدمة تقل أو تنتهي، فهذا يعني أن السلوك المرغوب قد عزز بطريقة سلبية (Kazdin , 1980).

كما استخدم التعزيز السلبي مع الأطفال المعوقين عقلياً من أجل تنمية ميلهم نحو بعض الألعاب.

### ج- العقاب (Punishment):

ويعني إيقاع حدث مؤلم أو سحب مثير مرغوب فيه، ومن الطرق المستخدمة هنا مع المعوقين طريقة التصحيح الزائد (Over Correction) كما يحدث لدى الفرد الذي لديه سلوك تخريبي لسريته، فنجعله يرتب سريره والأسرة الأخرى أيضاً. ومن طرق العقاب الحرمان من الحصول على شيء مرغوب فيه ويحبه، فالمعاقون عقلياً يحبون الأكل ويتلذذون من امتلاء بطونهم بالطعام من أي نوع وبأي كمية، ويتأثرون جداً إذا حرّموا من الأكل، وهذا يجعل الطفل مهيناً نفسياً لتقبل الإرشاد والتوجيه (مرسي، ١٩٧٠) وينصح استخدام التعزيز الإيجابي معهم بدلاً من العقاب.

## د- المحو (Extinction):

ويعني التقليل التدريجي من تعزيز استجابة متعلمة سبق تعزيزها ويمكن أن يبدأ المحو عن طريق تعزيز استجابات بديلة مرغوب فيها من أجل محو استجابات غير مرغوب فيها.

ويمكن استخدام المحو في محو سلوك التقيؤ عند طفلة بإهمالها عند القيام بهذا السلوك والعناية بها عندما لا تفعل ذلك.

ويمكن استخدام المحو أيضاً، كاستخدامه في حالة محو سلوك العدوان لدى الطفل، فقد أهمل سلوك العدوان، وعزز سلوك التصرف اللائق عن طريق الانتباه من المعلمة (Kazdin , 1980).

## و- التشكيل والتسلسل (Shaping & chaining):

إن تشكيل السلوك هو تعزيز التقاربات المتتابعة لسلوك نهائي مرغوب فيه، وفي عملية التشكيل نشير إلى مهارة واحدة مثل عملية الإخراج أو خلع القميص أو لبس البنطلون.

أما عملية التسلسل فهي عملية تستخدم لوصل عدة وحدات سلوكية معاً، وهنا نشير إلى مجموعة من المهارات الفرعية المتسلسلة التي تؤدي إلى السلوك النهائي، مثلاً في حالة اللبس الكامل فإن التسلسل هنا يشير إلى لبس الملابس الداخلية، ثم البنطلون، ثم القميص، الجوارب، الحذاء في تتابع مستمر.

## ط- النمذجة (Modeling):

وتعتبر من أكثر الطرق فعالية في اكتساب الطفل سلوكاً معيناً، حيث يوضح له كيف يقوم بعمل شيء ثم يطلب منه أن يكرر ما قمنا به أي يسلك عن طريق تقليد النموذج. هذا وقد وجد (Banduca , 1965) بأن نتائج التعلم عن طريق النموذج أفضل من التعلم الإجرائي خاصة إذا كانت الاستجابة المطلوبة جديدة أو السلوك المراد أدائه جديداً. وبالنسبة للألعاب يمكن استخدام مبدأ أو أسلوب النمذجة استعمالاً كبيراً في تعليمها.

## معلمي أطفال صعوبات التعلم

- ١- معلم خاص: حيث يبدأ مع الطفل في غرفة المصادر ويقوم بتدريس الطفل المواد بطريقة مبسطة مسهلة تتناسب مع خصائصه التعليمية وفي غرفة المصادر يتم تعليم الطلاب مهارات يفقدونها مثل تعليمهم لمهارة الانتباه لفترة طويلة أثناء القراءة والحساب.
- ٢- معلم عادي: وهو مدرس الصف العادي حيث يقضي فيه الطالب بقية يومه ويستكمل بقية المواد مع الطلاب الآخرين.
- ويجب مع المعلم العادي التعاون مع معلم غرفة المصادر من أجل إكمال ما بدأه معلم غرفة المصادر والتعاون من أجل رفع مستوى الطالب وقدراته والمهارات لديه.
- كذلك يجب على معلم غرفة المصادر تقديم المشورة لمعلم الفصل العادي في الأمور التي تخص الطلاب ذوي صعوبات التعلم مثل طرق التدريس والاستراتيجيات التعليمية.
- وأساليب التعامل مع الطالب وأساليب تأدية الامتحانات ووضع الدرجات وكتابة التقارير.

## إرشادات لمدرس أطفال ذوي صعوبات تعلم

- وهي مجموعة من الإرشادات مقدمة لمدرس غرفة المصادر أو مدرس الصف العادي أو الفصول الخاصة منها:
- ١- التكلم ببطء وثبات وبوضوح وبصوت مقبول.
  - ٢- يجب الإصرار على أن يتبع الطفل التعليمات التي يوجهها المعلم له.
  - ٣- الاستمرار بتوجيه الطلاب خلال أداء الواجبات.
  - ٤- منح الطالب الوقت الكافي للإجابة.
  - ٥- يجب أن تكون لديه معرفة وخبرة بأساليب تعديل السلوك.
  - ٦- يجب أن لا يستخدم أسلوب التهديد والوعيد.
  - ٧- توفير البيئة التعليمية المناسبة لكي يظهر الطفل استعداداته الكافية وذلك عن طريق النماذج والتعيينات الدراسية.
  - ٨- الأخذ بعين الاعتبار أن جميع التلاميذ احتياجاتهم مختلفة.

- ٩- يجب أن لا يهمل الفروق الفردية.
- ١٠- أن يصمم البرنامج الخاص من خلال حاجات وقدرات الطفل.
- ١١- استخدام المواد التعليمية بتتابع منتظم.
- ١٢- نظم استجابات الطفل في المواقف التعليمية.

## المناهج الخاصة بصعوبات التعلم

لا تختلف مناهج أطفال صعوبات التعلم عن مناهج العاديين حيث يدرس أطفال صعوبات التعلم نفس المنهج العادي للعاديين وفي مدارس عادية والاختلاف ليس في المنهج ولكن في طريقة التدريس في البرامج التربوية.

### طرق التدريس:

من أهم طرق التدريس المستخدمة هي:

### استخدام غرفة المصادر:

ويعني أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم يمكن أن يستفيدوا من مناهج الفصل العادي ولكن مع بعض المساعدة أو مع تقديم بعض الخدمات الخاصة التي يقدمها المدرس الخاص لطالب صعوبات التعلم في غرفة خاصة تسمى غرفة المصادر ويوضع بها الطفل لفترة قصيرة من اليوم الدراسي ويكمل باقي يومه الدراسي في الفصل العادي حيث يتوفر له فرصة التفاعل مع الأطفال العاديين ومع طلاب آخرين.

ومن خلال غرفة المصادر يتم التعاون بين المدرس الخاص ومدرس الفصل العادي من أجل تنفيذ برنامج تربوي تعليمي للطالب والذي يمكن تقسيمه إلى خمس خطوات بهدف وضع خطة تربوية فردية يتم من خلالها تحديد وقياس مظاهر الصعوبات وعمل برنامج تعليمي له وتتكون هذه الخطوات من:

- ١- قياس مظاهر صعوبات التعلم وتشخيصها.
- ٢- تخطيط البرنامج التربوي ويعني صياغة الأهداف وطرق تنفيذها.
- ٣- تطبيق البرنامج التربوي.
- ٤- تقييم البرنامج التربوي.
- ٥- تعديل البرنامج التربوي على ضوء نتائج عملية التقييم.

### الأنشطة الأساسية التي تحتويها غرفة المصادر:

تحتوي غرفة المصادر على العديد من الأنشطة اللازمة لمساعدة الطفل ذوي الصعوبات التعليمية للتغلب عليها، وكذلك تحتوي على أنشطة تساعد كل من مدرس غرفة المصادر ومدرس الفصل العادي على التعامل بفعالية مع الطفل ذوي صعوبات في التعلم، وعلى فهم حاجاته والتعرف على جوانب القوة وجوانب الضعف لديه وتشمل غرفة المصادر:

- ١- أدوات واختبارات لتشخيص جوانب القصور لدى الطفل وتحديد طبيعة العلاج المطلوب.
- ٢- طرق أساليب تدريس تتناسب مع طبيعة الصعوبات التي يعاني منها الطفل.
- ٣- مواد تعليمية تتناسب مع طبيعة طرق وأساليب التدريس.
- ٤- تدريس الأطفال في مجموعات يراعي فيها نوع ودرجة الصعوبة التي تعاني منها هذه المجموعة.
- ٥- أنشطة وأدوات تعليمية تثير اهتمام المتعلم وبالتالي تضمن تعاونه ومشاركته وتفاعله.
- ٦- جداول تنظيم المدة التي يقضيها كل طفل في غرفة المصادر وفي الفصل العادي.
- ٧- التخطيط التعاوني بين مدرس المصادر ومدرس الفصل العادي.

## ▼▼▼▼▼ الفصل العاشر ▼▼▼▼▼

---

### السلوك العدواني عند الأطفال

## السلوك العدواني عند الأطفال

تلعب التنشئة الاجتماعية دوراً كبيراً في حياة الطفل فهو من خلالها يتعلم استجابات لمواقف مختلفة بطرق متعددة، وما السلوك العدواني الذي يظهر على بعض الأطفال إلا وسيلة للتعبير عن نقص حاجة ما، لم تشبع في وقتها المناسب. وبذلك يمكن القول أن السلوك العدواني هو سلوك مكتسب من البيئة، أي أن البيئة التي ينشأ فيها الطفل عامل أساس في تنمية ذلك السلوك.

وإذا ما اتبع المربون الأساليب التربوية اللازمة لرعاية هذا السلوك وقاية وعلاجاً فعندئذ يمكن الحد من انتشاره بين أطفالنا.

في هذا الفصل سنتعرف على أنواع وأساليب هذا السلوك والعوامل المساعدة على كشفه وظهوره، مع سرد الأساليب الإرشادية التي نتوخى من خلالها وقاية وعلاج أطفالنا ليكونوا أكثر إنتاجية وفاعلية في حياتهم.

### تعريف العدوانية:

يعتبر السلوك العدواني استجابة غير مسبوقة، وتعني إلحاق الأذى بالآخرين سواء كان الأذى جسدياً كالعض أو الضرب أو أذى نفسياً كالإهانة بالكلام البذيء أو كان مادياً كإتلاف الممتلكات.

وتعتبر العدوانية رد فعل طبيعي لدى الطفل لحماية نفسه وسعادته وفرديته، فهو استجابة طبيعية لمواقف الإحباط، ويعد شرطاً للنمو، إن العدوانية سلوك متعلم مكتسب من خلال الملاحظة والتقليد، وعلى التربويين والأسر ضبط هذا السلوك وتهذيبه بالطرق الإيجابية.

### أنواع السلوك العدواني:

يمكن تقسيم السلوك العدواني حسب الغرض والأسلوب والتوجيه إلى أنواع:

فمن حيث الغرض يقسم إلى:

- عدوان هجومي / أي إيقاع الأذى بالآخرين.
- عدوان وسيلي (دفاعي): ويقصد به الدفاع عن النفس كوسيلة من أجل الحياة.

ومن حيث الأسلوب يقسم إلى:

- عدوان جسدي: مثل الضرب.

- عدوان لفظي: مثل الشتم والتهديد.

أما من حيث التوجيه فيقسم إلى:

- عدوان مباشر: وهو توجيه العدوان نحو المصدر الأصلي للإحباط.

- عدوان غير مباشر: توجيه العدوان نحو جهة أخرى لها علاقة بالمصدر الأصلي المسبب للإحباط.

### أسباب السلوك العدواني:

يتعلم الطفل الاستجابة للمواقف المختلفة بطرق متعددة ويرجع هذا إلى نوع العلاقات الأسرية والبيئة والعوامل المؤثرة فيها، فالبيئة الخالية من المشاجرات والغضب وسرعة الانفعال والعدوان تنعكس على الطفل بالإيجاب، والعكس صحيح، وإذا ظهر العدوان على سلوك الطفل فلا يجب أن نكبتة لأن الكبت في هذه الحالة يؤدي إلى نتائج وخيمة، بل علينا أن نعمل على توجيه تلك الطاقة الزائدة لدى الطفل إلى مسالك مقبولة اجتماعياً وتربوياً.

ويعتبر السلوك العدواني في هذه الحالة ضرورياً لحفظ التوازن الشخصي ومساعدة الطفل على النمو الذاتي والاستقلالية ليتغلب ذاتياً على العقبات التي تواجهه. كما أن ضعف التوجيه وعدم اكتساب الطفل مهارات التعامل مع المواقف التي يتعرض لها تساعد على بروز هذا السلوك.

هذا ويمكن أن يظهر السلوك العدواني لدى الطفل نتيجة للعوامل التالية:

- ١- الفشل والإحباط المستمر.
- ٢- العقاب الذي يتوقعه الطفل.
- ٣- الرغبة في الاستقلال عن الكبار والتحرر من السلطة الضاغطة عليه والتي تحول دون تحقيق رغباته وإشباع حاجاته.
- ٤- الكراهية وخاصة من الوالدين أو المعلمين.
- ٥- الكبت المستمر سواء في البيت أو المدرسة.

- ٦- بعض العوامل الجسمية مثل التعب أو الجوع.
- ٧- الصراعات والانفعالات المكبوتة.
- ٨- الشعور بالنقص سواء كان نقصاً جسمى أو عقلياً أو نفسياً.
- ٩- حرمان الطفل من الحنان والحب أو التقبل الاجتماعي.
- ١٠- تشجيع الوالدين أبناءهم على السلوك العدواني في خلافاتهم مع الأطفال الآخرين واستخدامه كسلاح في مجابهة الحياة نتيجة لبعض الموروثات الثقافية.
- ١١- مشاهدة الأنموذج العدواني سواء الحي أو ما يشاهده الطفل على شاشة التلفاز.
- ١٢- الشعور بعدم الأمان أو الشعور بالنز أو الغيرة.
- ١٣- عجز الطفل عن تكوين علاقات اجتماعية أو قصوره عن التكيف الاجتماعي.
- ١٤- خلل هرموني نتيجة اضطراب وظائف بعض الغدد في الجسم.

#### الكشف عن السلوك العدواني:

من الممكن اكتشاف الميول العدوانية عند الطفل وفق الآتي:

- ١- ملاحظته أثناء ممارسة النشاط الحركي كاللعب أو الرسم.
- ٢- عرض مجموعة من الصور عليه وملاحظة إسقاطاته الانفعالية.
- ٣- ملاحظة تفاعله مع الآخرين من أقرانه في المواقف المختلفة.

ويمكن القول أن الطفل العدواني هو الذي يضايق أو يخيف أو يهدد أو يؤذي الآخرين الذين لا يتمتعون بنفس درجة القوة التي يتمتع هو بها بحيث يخيف غيره من الأطفال بالمدرسة أو في الحي، فيجبر غيره على ما يريد هو بنبرته الصوتية العالية واستخدام التهديد، فدائماً ما يستغل معظم الأطفال العدوانيين خوف الضحية فيسيطرون عليها من خلال حالة الخوف ويذكرونها دائماً بسطوتهم من خلال نظراتهم وإشاراتهم وألفاظهم التهديدية والتحقيرية.

إن السلوك العدواني ينبثق بدافع الشر، ويمكن أن يتمثل في العناصر التالية:

- ١- الرغبة المبدئية في الإيذاء.
- ٢- التعبير عن الرغبة في الإيذاء بإيقاع الفعل عملياً.

- ٣- توظيف القوة النفسية والجسدية بالتعدي العلني على الأضعف.
- ٤- تكرار حدوث إيقاع الأذى الفعلي بشكل دائم.
- ٥- تحقيق درجة عالية من الاستمتاع النفسي الشخصي عند تنفيذ الأذى بالآخرين.

### الأساليب الإرشادية الوقائية:

إن للغضب والسلوك العدواني أضراراً خطيرة على الفرد، وطريقة تعديل السلوك العدواني تعتمد على المبادئ والأسس النظرية التي يفسر العدوان في ضوءها، فإذا اعتبرنا أن الإنسان في بعض جوانب شخصيته عدوانياً بالغريزة فإن علينا أن نرتقي بهذا الجانب ونهذبه ونوجهه إلى مجالات مقبولة اجتماعياً مع ضرورة تنظيم وتنقيف البيئة الحاضنة للطفل.

وستحدث هنا عن الأساليب الوقائية التي من شأنها المساعدة في الحد من

السلوك العدواني لدى الأطفال وذلك على النحو التالي:

- ١- توفير علاقات قوامها المحبة والألفة والإخاء والمساواة والتسامح والتعاون، وتوفير الجو الأسري السليم المليء بالدفء والحنان والأمن والطمأنينة والثقة.
- ٢- إشباع حاجات الطفل الجسمية والنفسية وإثبات وجوده بصفة خاصة.
- ٣- الوقوف على أسباب السلوك العدواني لدى الطفل بهدوء دون نبذ أو توبيخ أو عقاب بدني أو نفسي كي لا يجنح الطفل ويزداد عناداً أو غضباً وعدوانية وتدميراً فيظهر الطاعة خوفاً من العقاب في حين أنه يسلك السلوك غير المرغوب فيه حينما تتاح له الفرصة ويظل بذلك منطرباً في انفعالاته.
- ٤- تجنب الطفل خبرات الفشل والإحباط كلما أمكن ذلك وتوفير فرص النجاح وتعويد الأعمال التي تتناسب مع قدراته وإمكانياته ومرحلة نموه.
- ٥- عدم توفير مطالب الطفل كلها في الحال ولكن إرجاء بعضها إلى وقت لاحق كي لا يتعود على أسلوب البكاء والغضب حينما يريد تحقيق رغباته فالحياة لن تعطيه كل ما يريد في المستقبل.
- ٦- على الآباء أن يدبروا أنفسهم أولاً على ضبط النفس والتحكم في ثورات الغضب وكذلك في كل عاداتهم وتقاليدهم واتجاهاتهم، فالطفل يقلد والديه وكل من حوله

- ويكون ضحية لسلوك الكبار الذين يتقمص شخصيتهم ويعمل على تقليدهم.
- ٧- عدم الإكثار من التدخل في حرية الطفل وأنشطته أو تحديد حركته أو إجباره على الطاعة العمياء دون تذكير أو نقد أو مناقشة.
- ٨- ضرورة أن يتبين الآباء أن الأطفال يختلفون في استجاباتهم للمواقف المثيرة للغضب والعوان، وذلك باختلاف شخصياتهم والعوامل النفسية والاجتماعية المحيطة بهم.
- ٩- معاملة الطفل معاملة تشعره بالعدل والمساواة وبالرضى بالحقوق، وعدم التجني عليه في ظل البيئة التربوية السليمة.
- ١٠- لا ينبغي أن يظهر الآباء أمام الطفل بمظهر الضعف أو القلق تجاه ثورات الغضب والعوان التي يقوم بها الطفل كما أنه لا يجب أن يظهر عدم المبالاة أو عدم الاهتمام بذلك السلوك وإفهامه بأن ذلك سلوك منبوذ اجتماعياً وغير مقبول خلقياً.
- ١١- ضرورة توافر المعاملة المتساوية العادلة بقدر الإمكان بين الأطفال وعدم تمييز بعضهم على بعض، كما لا يجب عقد مقارنات بين الأطفال في قدراتهم وصفاتهم الشخصية.
- ١٢- تجنب الأطفال عامة مشاهدة أي نماذج عدوانية من أجل عدم محاكاتها وتقليدها.
- ١٣- تدريب الطفل على التعبير عن ذاته من خلال الحديث والحوار مع الآخرين واللجوء إلى الأكبر منه سناً لطلب المساعدة بدلاً من الاعتداء بالضرب.
- وعلينا أن نذكر الآباء بأن علاج الطفل العدواني وتعديل سلوكه يحتاج إلى كثير من الصبر والحكمة واستشارة المختصين، وإن ينطلق توجيه وإرشاد الطفل من منطلقات علمية تربوية.
- وفيما يلي العديد من الأساليب العلاجية لتعديل السلوك العدواني لدى الأطفال حسب ما يلي:
- ١- دراسة أسباب الغضب والعوان بدقة فمن الممكن أن يكون السبب جسمى نتيجة لتعب أو مرض معين أو يكون نتيجة نشاط و طاقة زائدة.

ولابد من بحث حالة الطفل وعلاقته بوالديه وزملائه وإخوته وكيفية شغل أوقات فراغه وهواياته وميوله، أي بحث المشكلة من جميع الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية والعقلية.

#### ٢- التعويد على ضبط النفس:

مساعدة الطفل على ضبط نفسه والسيطرة على انفعاله والتحكم فيه بقدر المستطاع ولكن ليس بمعنى أن نعود الطفل وندرجه على بلادة الإحساس، فتعويد الطفل على ضبط النفس يجب أن يكون نابعاً منه وليس مفروضاً عليه.

#### ٣- تعزيز السلوك المرغوب فيه:

على الوالدين والمربين مكافأة السلوك المضاد لسلوك العدوان عند الأطفال وذلك بأشكال التعزيز المتنوعة المتاحة.

#### ٤- التجاهل المخطط:

إن تشجيع السلوكيات غير العدوانية يجب أن يكون مقروناً بتجاهل السلوكيات العدوانية وفي ذلك عملية إطفاء للسلوك غير المرغوب.

#### ٥- تنمية المهارات الاجتماعية:

ينهج الأطفال السلوك العدواني عندما يفتقرون للمهارات الاجتماعية مثل التحدث بلطف مع الآخرين أو التعبير عن أنفسهم بدون إيذاء المشاعر، لذلك يجب تعليمهم مهارات الاتصال مع الآخرين.

#### ٦- توكيد الذات:

وهو أن نساعد الطفل كي يحصل على حقوقه بدون إيذاء مشاعر الآخرين أو أفكارهم أو الاعتداء عليهم وبدون صراعات، فمثلاً عندما يأخذ طفل شيئاً ما يخص طفلاً آخر فإن على الأخير أن يقول له (هذا لي من فضلك أرجعه إليّ) وفي ذلك جرأة إيجابية تؤكد ذاته وتحفظ حقوقه، وعلينا أن نعلمه وندرجه على قول لا، عندما تنتهك حقوقه الخاصة ولكن بدون الاعتداء على حقوق الآخرين.

#### ٧- المحاكمة الذاتية:

يجب أن يُعوّد الطفل العدواني أن يكون حكماً على نفسه بمعنى أن نجعله يفكر

قبل أن يتصرف ويعيش الدور كما لو كان قد وقع عليه العدوان ويمكن أن نذكره الخسائر التي لحقت به جراء اعتدائه على أطفال سابقين وما ترتب على ذلك من فقدان الصداقات والنبذ ومشاعر الآخرين نحوه.

#### ٨- الحديث مع الذات:

يجب أن نعلم الطفل العدواني الحديث مع الذات عندما ينزع إلى العدوان فمثلاً قبل أن يقدم على ضرب طفل آخر أن يعد إلى العشرة وأن يقول لنفسه توقف لا تضرب، وهكذا يحدث نفسه بشكل إيجابي وبصورة متكررة مع ضرورة تجنب نقد الطفل العدواني لأن النقد وحده يشجع على العدوان.

#### ٩- عدم تعريض الطفل لنماذج عدوانية:

على الوالدين والمربين أن يحرصوا على عدم مشاهدة الطفل العدواني لنماذج عدوانية حية أو مصورة لأنها تعد بمثابة معزز لسلوكه العدواني والحرص على عدم تشاجر الوالدين أمامه، وفي المقابل يجب أن يشاهد نماذج حية ومصورة للسلوك السوي والتعامل مع المشكلات والاختلافات بأسلوب يحفظ حقوق الجميع وخال من العدوان.

#### ١٠- تقديم أساليب بديلة للتحرر من الغضب:

من الأساليب الناجحة في التخفيف من غضب الطفل أن تشركه في نشاطات كإحدى البدائل للتخلص من السلوك العدواني، فعندما يمارس الطفل اللعب فإنه قد يضرب لعبته بدلاً من ضرب زميله، فللعب قوة إيجابية وتنفيس إيجابي عن الغضب المولد للعدوان.

#### ١١- التأكيد على النظام المنزلي:

على الوالدين الاتفاق على نظام منزلي يركز على عدم الرضى عن السلوك العدواني لمنع حدوثه، مع تعويد الطفل أن يعتذر لإخوته عندما يخطئ.

#### ١٢- العقاب:

إن استخدام الإقصاء لمدة محدودة هو من أفضل الأساليب العقابية للطفل العدواني (أي عزل الطفل عن الحصول على المعززات الدافعة للعدوان) هذا ويمكن تطبيق عزل الطفل وفق ما يلي:

١- يعزل طفل ما قبل المدرسة لمدة دقيقتين فقط في غرفة العزل بإغلاق الباب أما طفل المدرسة فيعزل لمدة خمس دقائق وهذا الإجراء يخضع لتعليمات وأنظمة المنزل.

٢- يعزل الطفل بعد السلوك العدواني مباشرة ولا يُستمع أو يُتحدث إليه.

٣- عندما يعود الطفل من العزل ويتصرف بشكل مناسب فقدم له المديح وأظهر له الاهتمام.

١٣- شجع الطفل على محبة الغير:

كلما أحب الطفل الآخرين كلما قل عدوانه عليهم، فعلى الوالدين تشجيع التعاطف والاهتمام بالآخرين وذلك بتوضيح مدى الأذى الذي سيلحق بالأطفال المعتدى عليهم، وعلى الوالدين تقديم المديح في كل مرة يظهر فيها الطفل العدواني الاهتمام بالآخرين وبمعانائهم.

١٤- إشباع حاجات الطفل:

حاول اكتشاف حاجات الطفل والتي من شأن عدم إشباعها التشجيع على

العدوان وذلك وفق ما يلي:

- قدم المديح عند السلوك المقبول وتجنب الانتقاد.
- افحص الطفل عند المختصين وتأكد من عدم وجود صعوبة في التعلم.
- تأكد من عدم وجود إعاقات جسدية.
- حاول إيجاد التكيف المطلوب للطفل مع الآخرين.
- اشبع جميع حاجات الطفل المشروعة.
- وثق علاقتك بالطفل واحترمه وعمق حبك له وأشعره بالدفء.
- ١٥- لا ينبغي أن يشعر الطفل بسخط الآباء منه أو فشلهم في تعديل سلوكه أو عجزهم عن السيطرة عليه.

كما أنه من الخطأ أن ينتقد الآباء سلوك الطفل أمام الغير أو أن يستخفون به،

الأمر الذي يجعل الطفل يشعر بالنقص أو الضيق مما قد يفاقم المشكلة.

## أساسيات تأديب الأطفال

- ١- البدء بتأديب الطفل عند بلوغه ٦ أشهر من العمر لحمايته.
- ٢- تحذير الطفل من السلوك الخاطئ بقاعدة واضحة ومباشرة: "لا تدفع أخاك".
- ٣- توضيح السلوك الحسن والمقبول للطفل: "عليك أن تطالع الكتب عندما أتحدث بالهاتف".
- ٤- تجاهل الأخطاء الهامشية وغير المهمة في السلوك مثل أرجحة الأرجل.
- ٥- وضع قواعد معقولة وممكنة التنفيذ وفي متناول الطفل.
- ٦- عدم معاقبة الطفل على السلوك الطبيعي في سنه مثل مص الإصبع أو الخوف من الانفصال.
- ٧- التركيز في البداية على قاعدتين أو ثلاث فقط مع إعطاء الأولوية لسلامة الطفل.
- ٨- عدم استخدام العقاب لتغيير السلوك العنادي مثل التبول في الملابس وعدم الأكل.
- ٩- الثبات والانظام في تطبيق القواعد التأديبية.

## القواعد العامة لمعاقبة الطفل

- ١- عدم التردد وتنفيذ ما تقوله بكل دقة.
- ٢- توجيه الطفل بعطف ومودة: خاطبه كما تحب أن يخاطبك الناس، تجنب التعنيف والاحتقار، فالطفل يتعلم من أسلوبك وألفاظك. "أنا آسف لكن لا أقدر أن أتركك تعمل كذا...".
- ٣- يجب توقيع العقاب حال وقوع الخطأ: فإن تأجيل العقاب يقلل من فاعليته.
- ٤- ذكر الطفل في جملة واحدة بالقاعدة السلوكية التي تعاقبه على خرقها: وذكره بالسلوك المرغوب فيه.
- ٥- تجاهل حجج الطفل عند قيامك بعقابه: ولكن ناقشه لاحقاً في ذلك وبهدوء.
- ٦- اجعل العقاب قصيراً: كإبعاد اللعب يوماً أو يومين أو العزل لمدة ٥ دقائق بحد أقصى.

- ٧- عامل الطفل بعد إنزال العقاب به بمحبة وثقة: ولا تعود للتعلق على الخطأ.
- ٨- وجه العقاب للجرم لا للطفل نفسه: تجنب الإهانات والتعميم "أنت لا تعمل شيء صحيحاً أبداً".

## وسائل التأديب والنتائج المترتبة عليها

أولاً- اختيار الوسيلة المناسبة للعمر:

- ١- من الولادة حتى ٦ أشهر: لا يحتاج الطفل إلى تأديب.
  - ٢- من ٦ أشهر إلى ٣ سنوات: خلق الجو المنزلي، صرف الانتباه، تجاهل التصرفات، الرفض الشفهي وغير الشفهي، التأديب الحركي، الهجر.
  - ٣- من ٣ إلى ٥ سنوات: الأساليب السابقة (خاصة الهجر)، حصر المواقع التي يستطيع الطفل إساءة الأدب فيها والنتائج الطبيعية المترتبة على ذلك.
  - ٤- من ٥ سنوات إلى سن المراهقة: الأساليب السابقة، تأخير منح الامتيازات، رسائل الأنا، مناقشة الأمور في اجتماعات الأسرة.
  - ٥- سن المراهقة: النتائج المنطقية للسلوك، رسائل الأنا، اجتماعات الأسرة، يمكن التوقف عن الهجر والتأديب الحركي.
- ثانياً- خلق البيئة المنزلية: تغيير الأشياء المحيطة بالطفل وإزالة ما قد يسبب له مشكلة مثل البوابات والأقفال.
- ثالثاً- صرف انتباه الطفل عن السلوك الخاطئ: إلى شيء آخر يجذبه بعيداً عن مثيرات هذا السلوك.
- رابعاً- تجاهل السلوك السيئ للطفل: خاصة إذا لم يكن هذا السلوك خطراً مثل البكاء، الإزعاج، الشجار، المقاطعة، الغضب.
- خامساً- التعبير عن عدم الموافقة على السلوك شفهيًا وغير شفهي: إما بلطف أو بنظرة صارمة وقول "لا" أو "كف عن كذا".
- سادساً- التأديب الحركي أو نقل الطفل إلى مكان آخر: قد لا يوافق رغبته مثل الفراش أو الكرسي.

سابعاً- هجر الطفل أو عزله اجتماعياً: بصورة مؤقتة إلى مكان ممل لمدة دقيقة واحدة لكل سنة من سنوات العمر ولا تتجاوز مدة العزل ٥ دقائق، وبعد الهجر من أنجح الأساليب التأديبية.

ثامناً- حصر الأماكن التي يمكن للطفل التصرف فيها بصورة خاطئة: مثل العبث بأنفه في غرفته، وبعد الحصر من أنجح الأساليب في تجنب الصراع في الحالات التي لا يمكن تصحيحها.

تاسعاً- استغلال النتائج الطبيعية للسلوك الخاطئ: عندما يكسر لعبته لا يصبح لديه لعبة ويجب أن يتحمل ذلك.

عاشراً- استغلال النتائج المنطقية للسلوك الخاطئ: ربط الحرمان من شيء محبب أو فقد الامتيازات بالسلوك الخاطئ لجعل الطفل مسؤولاً عن مشاكله وقراراته. حادي عشر- تأجيل منح الامتيازات للطفل: عندما يطلب منه عمل شيء ما قبل السماح له بما يريد، مثل يمكنك اللعب عندما تدرس، فإذا لم يدرس لا يسمح له باللعب.

ثاني عشر- إطلاع الطفل على شعورك تجاه سلوكه (رسائل الأنا): قولك "أنا زعلان من فعلك كذا" أفضل من قولك "أنت ...." لأن الأخيرة تفجر رد فعل عكسي.

ثالث عشر- مناقشة المشكلات من خلال تنظيم اجتماعات الأسرة: ويصلح ذلك للأطفال الكبار الذين يحتاجون للحديث مع الوالدين وليبدأ الحديث بقول: "أحتاج لتغيير السلوك كذا...، ما رأيك كيف يمكن أن تقوم بذلك؟ وما هو المناسب في رأيك؟".

رابع عشر- التوقف المؤقت عن العقاب البدني: بالذات للعوانية والعنف لأن ذلك يعطي انطباعاً للطفل بأن العنف سلوك مقبول لحل المشكلات.

خامس عشر- التوقف عن الصراخ: الصراخ يعلم الصراخ، والحديث بصوت هادئ يعلم الهدوء واللباقة.

سادس عشر- تعزيز السلوك الحسن: أبذل جهداً خاصاً في تتبع السلوك الحسن وكافئه بنظرة حانية وتربية على الكف وكلمة طيبة، فالحصول على رضى الوالدين أعظم جائزة للطفل.

## التأديب بالهجر

ويكون ذلك في:

- (١) شبك اللعب أو السرير.
- (٢) المقاعد أو أركان الغرفة.
- (٣) غرفة مع ترك الباب مفتوح.
- (٤) في غرفة مع غلق الباب.

## كيف يتم عزل الطفل

- ١- تحدد الفترة التي يتم فيها عزل الطفل بدقيقة مقابل كل سنة من العمر بحد أقصى ٥ دقائق، وإذا غادر المكان يعاد إليه ويعاد حساب المدة.
- ٢- وضع الطفل في العزل، يطلب منه ذلك أو يحمل إلى مكان العزل، ولا يلتفت للبكاء أو الاحتجاج، وبمجرد أن يعتاد الطفل على هذا النظام فإنه يقوم بالذهاب لمكان العزل بنفسه عندما يطلب منه ذلك.
- ٣- إبقاء الطفل في مكان العزل للمدة المطلوبة ومراقبته للالتزام بالعزل، وإذا لزم الأمر فأمسكه طوال المدة.
- ٤- إنهاء فترة العزل عندما تقرر أنت ذلك، وعامله بعد ذلك بصورة طبيعية.
- ٥- ممارسة أسلوب العزل يجب أن لا تتم إلا بعد أن يشرح ذلك للطفل ويعلم أنه بدلاً من الضرب، ومن المهم أن يعرف أنماط السلوك الحسن والخطي.

## التأديب بالعقاب البدني

- ١- لا ينصح بضرب الطفل ولكن إذا كان ولا بد فعند ضرب الطفل يجب أن تكون يدك مفتوحة وأن تضرب من فوق الملابس.
- ٢- اضرب على الردفين أو الرجلين أو اليدين.
- ٣- يجب ألا تزيد على ضربة واحدة.
- ٤- لا تضرب الطفل الذي لم يبلغ عاماً.

- ٥- تجنب رج الطفل بعنف.
- ٦- لا تستخدم الضرب أكثر من مرة واحدة في اليوم.
- ٧- تعلم بعض أساليب التهذيب البديلة عن الضرب.
- ٨- لا تضرب الطفل أبدا وأنت فاقد السيطرة على نفسك أو مضطرب.
- ٩- لا تستخدم العقاب البدني للطفل على سلوكه العدواني.
- ١٠- لا تسمح لمربية الطفل أو مدرسه بضربه.

## ▼▼▼▼ الفصل الحادي عشر ▼▼▼▼

---

### نزعة التخريب عند الأطفال

## نزعة التخريب لدى الأطفال

يعد نزوع الأطفال نحو التخريب من المسائل التي تعاني منها غالبية الأسر، حيث يتسبب في كثير من الأحيان بإيجاد المتاعب والأضرار للأسرة والمجتمع. ويلاحظ أن مثل هكذا أطفال ما إن يقع نظرهم على شيء، سواء في خلوتهم أو مع الآخرين، حتى يبادروا إلى تخريبه وتحطيمه، ولا يعني هذا أنهم يتصفون بالغباء دائماً، بل قد تكون لديهم درجات عالية من الذكاء، لكنهم رغم ذلك يقدمون على مثل هذه الأفعال.

ومن صفاتهم أنهم يسعون دائماً إلى تخريب كل ما تقع عليه أعينهم فتراهم أحياناً يمزقون قطعة قماش تكون في متناولهم، أو يحطمون صحناً، أو يمزقون أوراق الجدران، ويعبثون بستانر البيت، وبالكتب وما شابه ذلك.

### أشكال التخريب

لا يقتصر التخريب على صورة محددة ويتلبس بأشكال وصور متنوعة وعديدة، فقد يحصل في بعض الحالات على شكل أفعال وتصرفات تثير غضب وانزعاج الوالدين والآخرين، من قبيل فتح وغلق الأبواب، والعبث بالملابس أو المكواة وخلق الضوضاء بالصياح، أو إيذاء طفل صغير وإيكاذه من خلال ضربه أو خطف شيء ما من يده أو العبث بألعابه.

### الأسباب والدوافع

فيما يخص أسباب ودوافع التخريب لدى الأطفال، لابد من تناولها على النحو

الآتي:

#### أ- الأسباب النفسية:

في الواقع أن نزعة التخريب عند الأطفال لها جذور نفسية، فالطفل لا يقدم على التخريب عملياً إلا بعد أن يكون قد ورد على ذهنه وخطط له مع نفسه، ومن شأن شعور الطفل بحاجة إلى شيء ما والحرمان من شيء أن يدفعه إلى التخريب، ونشير فيما يلي إلى بعض هذه الأسباب:

١- التحري:

يلجأ الطفل أحياناً إلى التخريب بسبب حب التحري والتقصي ومعرفة حقيقة الأشياء، دون أن يقصد التخريب لذاته.

٢- الحساسية:

الطفل بطبيعته حساس إزاء الأشياء التي يراها أمامه، ومن مقتضيات نموه هو سعيه إلى العبث بالأشياء وتجريبها وأحياناً تخريبها.

٣- الخيال الطفولي:

في بعض الأحيان يعبث الأطفال بشيء ما بهدف إرضاء خيالاتهم الطفولية، لأن الأطفال يتمتعون بقدرة فائقة على التخيل حتى أنهم قد يبنون في خيالهم قصوراً في القمر، ويصنعون أجنحة يطفرون بها في السماء، ومن هنا فإنهم قد يقدمون على التخريب من أجل تحقيق أوهامهم وتخيلاتهم.

٤- حب الاستفراد:

وقد يلجأ الطفل إلى التخريب أحياناً بسبب رغبته في الاستفراد بتملك شيء معين دون أن يستطيع تحقيق ذلك.

٥- الاضطراب:

قد يمارس الطفل التخريب أحياناً بسبب نوع من الاضطراب النفسي أو النشاط الزائد الذي يخرج عن توازنه ويفقده السيطرة على إرادته.

ب- الأسباب العاطفية:

الكثير من الممارسات التخريبية لها أسباب وجذور عاطفية، وبعبارة أخرى يلجأ الطفل أحياناً إلى ممارسة التخريب لأن شيئاً ما يجرح عواطفه ويمكن الإشارة في هذا المجال إلى مسائل عديدة منها:

- إفراغ الانفعالات:

يلجأ الأطفال أحياناً إلى التخريب بهدف إفراغ انفعالاتهم النفسية، وهذه المسألة تعد من وجهة النظر العلمية نوعاً من رد الاعتبار، فمثلاً يلجأ الطفل الغاضب بسبب التأنيب أو التوبيخ أو الضرب إلى التخطيط في عالمه الخيالي للتأثر ورد الاعتبار لكنه

عندما يعجز عن تنفيذ مخططه في الواقع، يندفع بشكل لا إرادياً إلى ممارسة الشغب والتخريب للتنفيس عن غيظه.

- الحسد:

يقدم الطفل على التخريب أحياناً تعبيراً عن الحسد والاحتجاج على اهتمام الآخرين بطفل آخر أكثر منه.

- اليأس:

الطفل يبني عادة آمالاً كبيرة على أبويه ويعتبرهما الملجأ الأول والأخير في حياته، ومن هنا إذا شعر في وقت ما أنهما لا يعيرانه أهمية ويبخلان عليه بالعطف والمحبة، يصاب باليأس والإحباط، ولا يعد يكثرث لعواقب أفعاله وتصرفاته.

- إظهار الغضب:

يعبر الطفل الغاضب من والديه وذويه عن غضبه في بعض الحالات التي يكون فيها غاضباً بشدة ولا تسعفه ألفاظه للتعبير عن غضبه بالكلام من خلال ارتكاب أشد الأفعال التخريبية.

ج- الأسباب الاجتماعية:

١- العلاقات غير الطبيعية:

يدل اندفاع الطفل نحو ممارسة العنف والتخريب أحياناً على عدم سيادة علاقات طبيعية في الأسرة التي يعيش في وسطها، بمعنى عدم انسجام الأبوين وبقية أعضاء الأسرة، وحصول المشاحنات والشجار المستمر بينهم، الأمر الذي يقلق الطفل بشدة، ويدفعه إلى التعبير عن غضبه وعدم رضاه عن ذلك باللجوء إلى أعمال الشغب والتخريب.

٢- العقاب الشديد:

إن من شأن العقاب الشديد والمفرط أن يوتر أعصاب الطفل ويدفعه إلى البحث عن سبيل ينفس من خلاله عن كبته النفسي ومن هنا فإنه يبادر إلى التخريب والإيذاء تعبيراً عن رفضه لهذه الحالة.

### ٣- الاضطراب:

يجد الطفل نفسه أحياناً في وضع حرج لا يعرف سبيلاً للتخلص منه، فيلجأ مضطراً إلى ممارسة الشغب والتخريب، ويمكن ملاحظة هذه الحالة عند الأطفال الذين يجبرون على حضور مجلس ما في الوقت الذي يكونون فيه راغبين في النوم والراحة، أو عند أولئك الذين يوضعون في المدرسة من دون رغبة منهم في ذلك.

### ٤- التسلية:

يحصل التخريب أحياناً بهدف التسلية وملء الفراغ، فعندما لا يجد الطفل ما يشغل به نفسه، بينما يكون الآخرون منهمكين في أعمالهم، يلجأ إلى التخريب لإشغال نفسه، ومن مظاهر هذه الحالة: التخطيط والكتابة على الجدران، والعبث بالكراسي والمناضد، و... وهو بالطبع يجيد التخريب لكنه لا يجيد الإصلاح.

### ٥- لفت الأنظار:

هذه المسألة نفسية واجتماعية في نفس الوقت فعندما يجد الطفل أبويه وذويه منهمكين في شؤونهم أو يتجاذبون أطراف الحديث مع بعضهم، وليس هناك من يعيره أهمية، يشعر بالحاجة إلى لفت نظرهم بنحو وآخر، فيلجأ إلى العبث والتخريب، ويمكن ملاحظة هذه الحالة عند الأطفال الصغار أكثر من غيرهم.

### ٦- محو آثار الخطأ:

يلاحظ أحياناً إن الطفل يرتكب خطأ معيناً فيتصور أنه سيعاقب عليه، فيلجأ إلى التخريب عن جهل بهدف محو آثار خطئه.

### د- الأسباب الشخصية:

وأحياناً يكون لنزوع الأطفال نحو التخريب أسباب شخصية ذات أبعاد واسعة، وإذا شئنا أن نتناولها بالبحث والتحليل فإننا نكون بحاجة إلى أفراد بحث منفصل في هذا المجال، إلا أن ما يمكن الإشارة إليه هنا بإيجاز هو ما يلي:

### ١- العصبية:

هناك بعض الأطفال يعانون من هذه الحالة بسبب العوامل الوراثية أو بسبب

تأثيرات الأجواء المحيطة بهم، وعلى أي حال فمن شأن العيب في شخصية الطفل أياً كان سببه أن يساهم في اندفاعه إلى أعمال التخريب.

## ٢- الثأر:

في بعض الأحيان يحاول الطفل القيام بأعمال تخريبية بهدف الثأر من والديه أو أي شخص يزعجه ويؤذيه بنحو وآخر. ومن الممكن أن مثل هذا الطفل قد لاقى من والديه فعلاً أو تصرفاً أزعجه وآلمه، ولأنه لا يستطيع التصدي لهما مباشرة، فإنه يثار لنفسه من خلال التخريب الذي يثير أعصابهما.

## ٣- إثبات الذات:

هذه المسألة بحد ذاتها قد تكون عاملاً من عوامل إثبات الشخصية فإذا أمر الأب أو الأم الطفل بأمر ما، أو طلباً إليه القيام بعمل معين، وتمرد عليهما ولم ياتمر بأمرهما، وحرماه من بعض الامتيازات، فإنه سيلجأ إلى العناد والتخريب من أجل إثبات ذاته واستفاد صبر والديه بهدف الرضوخ إليه، وبطبيعة الحال ينجح الوالدان في مثل هذه الحالة في السير قدماً نحو توجيهه وإرشاده متى ما صمدا ولم يستسلما لرأيه وطلبه، وإلا فإن الأمور كلها تسير من بعد ذلك وفقاً لرأي ورغبة الطفل.

## ٤- العداوة:

إن الطفل الذي يشعر بأن له موقفاً وشخصية متميزة في البيت، ويأتي شخص آخر فيدخل في شؤونه، أو يسلب منه اهتمام الآخرين، ينزعج عادة بشدة ويضمّر له الحقد والعداء، ويحاول إيذائه وتخريب أشياءه بنحو أو آخر، وكذلك قد يتسبب اهتمام المعلم في المدرسة، بتلميذ ما وامتداحه والإشادة به، بإثارة أحقاد الآخرين عليه ومعاداتهم له واتخاذ مواقف تخريبية ضده.

## ٥- الشغب:

يحصل التخريب من قبل الطفل في بعض الحالات بسبب الشغب وسوء الخلق فالميول التخريبية تكون في هذه الحالة متجذرة في ذهن الطفل وما لم يمارس التخريب لا يهدأ له بال.

## ٦- الفشل:

قد يلجأ الطفل أحياناً إلى التخريب والمشغبة بسبب الشعور بالفشل في أمر ما فمثلاً ينزعج إذا ما شاهد أن رأيه أو ذوقه لا يؤخذ به، ويحاول مداراة فشله وانزعاجه بالتمرد والتخريب.

## و- الأسباب العضوية:

وأخيراً فإن القسم الخاص من أسباب وعوامل التخريب لدى الأطفال هو الأسباب العضوية التي تتضارب بشأنها الآراء، فالبعض يعتبر التخريب حالة ذاتية وغريزية ويعتقد أنها ترافق الطفل منذ ولادته، فيما يرى غيرهم أنها حالة اكتسابية ناشئة من البيئة، وسنشير فيما يلي إلى بعض المسائل التي يتفق عليها الجميع دون أن ندخل في نقاش مع هذه الآراء:

### ١- صرف الطاقة:

يمتاز الأطفال بالحركة والسعي والنشاط، وهذه الحالة تدل على نموهم وسلامتهم من جهة، وعلى صرفهم للطاقة من جهة أخرى، وبعبارة أخرى لما كان هؤلاء يتمتعون بالسلامة والصحة البدنية لذا فإن كل ما يدخل إلى أجسامهم من طعام يتحول إلى عناصر مولدة للطاقة إلى درجة يحارون معها في كيفية تصريفها، فيسعون إلى تصريفها بواسطة اللعب والجري والتخريب، وبالطبع أن هذه المسألة لا ضرر فيها إلا إذا لم توجه بشكل صحيح.

### ٢- حالة طبيعية:

يعتقد بعض متخصصي علم نفس الأطفال أن تخريب الأشياء والعبث بها ولمسها يعد حالة طبيعية في حياة كل طفل، ويرون هؤلاء أن هذه الحالة ينبغي أن لا تأخذ منحى إيذائياً، ويجب العمل على إيجاد علاج لها في حال حصولها عن عمد وسابق معرفة باعتبارها تدل على الإصابة بنوع من الاضطرابات النفسية.

### ٣- وجود مرض:

الذين يعانون من أمراض عضوية غامضة يعجزون عن الاستقرار والهدوء

فيندفعون بطبيعة الحال إلى التخريب والإيذاء، أما الذين يعانون من أمراض نفسية فإنهم يميلون كذلك إلى القيام بمثل هذه التصرفات التخريبية والإيذاوية من أجل تسكين اضطراباتهم الداخلية.

#### ٤- النقص العضوي:

لا يؤدي النقص العضوي لوحده إلى حصول الاندفاع نحو التخريب والإيذاء لدى الأطفال، إن سبب لجوء هؤلاء إلى ممارسة الإيذاء والتخريب هو الموقف السلبي للبعض الذي يستتبع النقص العضوي ويسخر منه على الدوام.

## ▼▼▼▼ الفصل الثاني عشر ▼▼▼▼

---

### ثرثرة الطفل

## شرقة الطفل

تنزعج كثير من الأمهات بسبب ثرثرة أطفالهن، وكثرة تساؤلاتهم حول الموضوعات التي تثار أمامهم، وقد يلجأ إلى نهرهم، أو عدم الإجابة على أسئلتهم، أو إخبارهم بأنهم مازالوا صغاراً وعندما يكبرون سوف يفهمون.

إن هذا الأسلوب خاطئ في التربية، حيث إن الحوار والمناقشة من الأساسيات التي يجب أخذها في الاعتبار عند تربية وتعليم الطفل سواء في البيت أو في المدرسة، خاصة بالنسبة للطفل دون السادسة، وهو سن ما قبل المدرسة، حيث إنه باستطاعته في هذه المرحلة أن يتلقى المعلومات بصورة أدق إذا كانت موجهة إليه بصفة شخصية، وهذا ما يحدث عندما يدور حديث بينه وبين الأم حيث يحدث التفاعل الوجداني أثناء الحوار عن طريق التواصل بالعين.

وننصح الأم باستخدام لغة يفهمها الطفل في الحوار معه، كما عليها أن تتلقى منه الرد بصدر رحب، ونؤكد على أن الحوار يلعب دوراً هاماً في تنمية التفكير لدى الطفل، لأن أي فرد يحتاج لأن يفكر كي يعبر عن شيء ما بالكلام، ويساعد رد فعل الآخرين وأسئلتهم على بلورة الأفكار وتعميقها، وعلى الأم أن تحدد الغرض من الأسئلة التي توجهها إلى طفلها لإثارة الحوار أو النقاش.

لهذا عليها أن تراعي الارتقاء بتفكير الطفل ولغته، وتعوّده أن يفكر بشكل منطقي ومتسلسل، ومساعدته على إدراك العلاقة بين السبب والنتيجة، كما عليها تعويده أساليب طرح الأسئلة، ومحاولة الإجابة عليها، والدفاع عن وجهة نظره بالأدلة والمعلومات، مما يعزز من قوة شخصيته ويسمو بذاته، ومن المهم على الأم أن تدرك أهمية تقبل وجهة نظر الطفل، وعدم الاستهزاء بها، حتى لا يصبح ذا شخصية مهزوزة، وليس هناك مانع من جعل الطفل يترأس ويقود النقاش بنفسه.

وهناك كثير من الدراسات الاجتماعية التي أجريت حول أهمية التفاعل اللفظي، حيث أثبتت جميعها أن هذا التفاعل يحقق إتقان التحدث، وإدارة الحوار، وحسن صياغة الأسئلة، وتوجيهها بالشكل والتوقيت المناسبين. وعلى الأم أيضاً إتقان مهارة الاستماع، فلو راقبت نفسها لوجدت أنها تلقى الأوامر والمعلومات معظم الوقت، دون إعطاء الفرصة للطرف الآخر في التعبير عن رأيه، لهذا عليها أن تدرب نفسها على الاستماع والإنصات لطفلها، فإذا وجدت أنه لم يعتد البدء في الحديث، تشجعه بتوجيه الأسئلة المناسبة، وتحفزه بإثارة موضوعات قريبة إلى نفسه.

## الحوار وتوجيه الأبناء

يعتبر الحوار من وسائل الاتصال الفعالة، وتزداد أهميته في الجانب التربوي في البيت والمدرسة، ولأن الخلاف صبغة بشرية فإن الحوار من شأنه تقريب النفوس وترويضها، وكبح جماحها بإخضاعها لأهداف الجماعة ومعاييرها، ويتطلب الحوار مهارات معينة، وله قواعد إجرائية وآداب تحكم سيره، وترسم له الأطر التربوية التي من شأنها تحقيق الأهداف المرجوة.

إن في ثنايا الحوار فوائد جمة نفسية وتربوية ودينية واجتماعية وتحصيلية تعود على المحاور بالنفع كونها تسعى إلى نمو شامل وتتهج نهجاً دينياً حضارياً ينشده كثير من الناس.

والقرآن الكريم أولى الحوار أهمية بالغة في مواقف الدعوة والتربية، وجعله الإطار الفني لتوجيه الناس وإرشادهم إذ فيه جذب لعقول الناس، وراحة لنفوسهم، إن الأسلوب الحوارية في القرآن الكريم يبتعد عن الفلسفات المعقدة، ويمتاز بالسهولة، فالقصة الحوارية تطفح بألوان من الأساليب حسب عقول ومقتضيات أحوال المخاطبين الفطرية والاجتماعية، وغلف تلك الأساليب بلين الجانب وإحالة الجدل إلى حوار إيجابي يسعى إلى تحقيق الهدف بأحسن الألفاظ، وألطف الطرق، قال تعالى: ﴿ اذْهَبْ إِلَىٰ فِرْعَوْنَ

إِنَّهُ طَغَىٰ ۖ فَقَوْلَا لَهُ قَوْلًا لَّيِّنًا لَّعَلَّهُ يَتَذَكَّرُ أَوْ يَخْشَىٰ ۝ (طه: ٤٣-٤٤).

وقوله تعالى في موقف نوح عليه السلام مع ابنه: ﴿وَهِيَ تَجْرِي بِهِمْ فِي مَوْجٍ كَالْجِبَالِ وَنَادَى نُوحُ ابْنَهُ وَكَانَ فِي مَعْزِلٍ يَا بُنَيَّ ارْكَبْ مَعَنَا وَلَا تَكُنْ مَعَ الْكَافِرِينَ﴾ ﴿٤٢:٤٣﴾، هذا الماء قال لا عاصم اليوم من أمر الله إلا من رحم وحال بينهما الموح فكان من المغرقتين ﴿٤٢:٤٣﴾، هذا وقد ورد ذكر الحوار في أكثر من موضع في القرآن الكريم في مواقف للدعوة والتربية.

وسنتطرق هنا إلى موضوع الحوار، ماهيته وهدفه وأهميته ومقوماته وكيفية، وفوائده التربوية، لزيادة الرصيد المعرفي في التربية للمرشدين والمعلمين والآباء والأمهات.

## هدف الحوار

لكل حوار هدف وهو الوصول إلى نتيجة مرضية للطرفين، وتحديد الهدف يخضع لطبيعة المتحاورين إذ أن حوار الأطفال غير حوار المراهقين أو الراشدين، وبذلك فقد يكون الحوار لتصحيح بعض المفاهيم وتثبيت العقيدة في نفوس الناشئين، وقد يكون لتهديب سلوك معين أو رفع مؤشر التحصيل الدراسي، أو بناء الأسرة، وقد يكون الحوار من قبل الأب مثلاً من أجل تمثل القدرة في تطبيق الحوار فيكون محاوراً جيداً ليفتدي به أبنائه ويتشربوا سلوكه.

وقد يستخدم المرشد الطلابي، في المدرسة، أو والد الطفل الحوار من أجل التفريغ الانفعالي ليشعر المحاور الصغير بالراحة في ثنايا الحوار، إذن فالأهداف متعددة للعلاج والبناء.

## أهمية الحوار

يعد الحوار من أحسن الوسائل الموصلة إلى الإقناع وتغيير الاتجاه الذي قد يدفع إلى تعديل السلوك إلى الحسن، لأن الحوار ترويض للنفوس على قبول النقد، واحترام آراء الآخرين، وتتجلى أهميته في دعم النمو النفسي والتخفيف من مشاعر

الكبت وتحرير النفس من الصراعات والمشاعر العدائية والمخاوف والقلق، فأهميته تكمن في أنه وسيلة بنائية علاجية تساعد في حل كثير من المشكلات.

### كيف يمكن أن يكون الحوار مفيد:

- \* تحديد الهدف من الحوار وفهم موضوعه، والمحافظة عليه أثناء الحوار إذ أن من شأن ذلك حفظ الوقت والجهد وتعزيز احترام الطرف الآخر.
- \* التهيؤ النفسي والعقلي والاستعداد لحسن العرض وضبط النفس، والاستماع والإصغاء والتواضع، وتقبل الآخر، وعدم إفحامه أو تحقيره، والتهيؤ لخدمة الهدف المنشود بانتهاج الحوار الإيجابي البعيد عن الجدل وتحري العدل والصدق والأمانة والموضوعية في الطرح مع إظهار اللباقة والهدوء، وحضور البديهة، ودماثة الأخلاق، والمبادرة إلى قبول الحق عند قيام الدليل من المحاور الآخر.
- \* عدم إصدار أحكام على المتحاور أثناء الحوار حتى وإن كان مخطئاً لكي لا يتحول الموقف إلى جدال عقيم لا فائدة منه.
- \* محاورة شخص واحد في كل مرة ما أمكن ذلك دون الانشغال بغيره أثناء الحوار حتى يلمس الاهتمام به فيغدو الحوار مثمراً ومحققاً لأهدافه.
- \* اختيار الظرف الزمني والمكاني ومراعاة الحال:
- على المحاور أن يختار الوقت والمكان المناسبين له ولمحاوره على حد سواء وبرضى تام.
- على المحاور أن يراعي حالة محاوره أيضاً، فيراعي الإرهاق والجوع ودرجة الحرارة، وضيق المكان والإضاءة والتهوية بحيث لا يكون الحوار سابقاً لطعام والمحاور جائع، أو أن يكون الحوار سابقاً لموعد الراحة والمحاور يفضل النوم، أو يكون الحوار في وقت ضيق كدقائق ما قبل رحلة، أو وقت عمل آخر، أو أثناء انشغال الطالب المحاور بشيء يحبه أو في وقت راحته أو في زمن مرهق له كزمن انصراف الطلاب إلى منازلهم نهاية اليوم الدراسي أو أثناء تمتعهم بوقت فسحتهم المدرسية.

- مراعاة مقتضى حال المحاورين من جميع الجوانب النفسية والاقتصادية والصحية والعمرية والعلمية ومراعاة الفروق الفردية والفئة العمرية مع الإيمان بأن الاختلاف في الطبيعة الإنسانية أمر وارد.

### قواعد جوهرية في كيفية الحوار:

#### ١ - الاستماع الإيجابي:

وهي طريقة فعالة في التشجيع على استمرارية الحوار بالإيجابية وهي تنمي العلاقة بين المتحاورين، والاستماع الإيجابي أثناء محاورة الطفل أمر هام حيث يعني أن يكون المحاور بكل عواطفه نحو ما يقوله ذلك الطفل (قبول المشاعر مهما كانت) بل والتجاوب مع حركاته وتعبيراته غير اللفظية، وهذا من شأنه الوصول إلى حلول مرضية لمشكلات الطفل، وسيصبح الاستماع الإيجابي سلوكاً مكتسباً بالقودة.

ويحتاج الاستماع الإيجابي إلى رغبة حقيقية في الاستماع تخدم الحوار، وفي ذلك تعلم الصبر وضبط النفس، وعلاج الاندفاعية وتنقية القلب من الأنانية الفردية، وفي ذلك تربية للأولاد على الجرأة وغرس الثقة في نفوسهم بإعطائهم الفرص للتعبير عن مشاعرهم، وتنمية قدراتهم وتحقيق ذواتهم، والاستماع الإيجابي يؤدي إلى فهم وجهة نظر الآخرين وتقديرها ويعني مساحة أكبر في فهم المشاعر.

#### ٢ - حسن البيان:

يحتاج المحاور إلى فصاحة غير معقدة الألفاظ، وإلى بيان دون إطالة أو تكرار فتكون العبارات واضحة، ومدعومة بما يؤكدتها من الكلام الطيب والشواهد والأدلة والأرقام وضرب الأمثلة.

#### ومن البيان:

- تبسيط الفكرة (إن كان المحاور طفلاً) وإيراد الحكايات الداعمة لاستثارة الاهتمام واستتطاق المشاعر مع تقديرها، ومواصلة الحوار حتى يتحقق الهدف.

- عدم السرعة في عرض الأفكار لأن ذلك يُعجز الطفل فلا يستطيع الملاحظة، وكذلك عدم البطء كي لا يمل.
- ترتيب الأفكار بحيث لا ترحم الأفكار في ذهن المحاور، خاصة الصغير، فيضطرب إدراكه، وعلى المحاور أن يراعي الأمور التالية:
  - ألا ينشغل بالفكرة اللاحقة حتى ينهي الفكرة الأولى.
  - ألا يظن أن أفكاره واضحة في ذهن محاوره كما هي واضحة في عقله هو.
  - أن يعرف متى يتكلم ومتى ينصت ومتى يجيب بالإشارة.
  - استخدام نبرة صوت مرحة وهادئة.
  - أن يتحكم في انفعالاته حتى لا تسقط على الصوت أثناء الحوار.
  - أن يخفض من صوته وأن يتذكر دائماً أن الحجة الواهية لا يدعمها أي صوت مهما علا، فالحجة القوية غنية بذاتها عن كل صوت.
  - لا بأس بشيء من الطرفة والدعابة الكلامية والرواية النادرة التي تجذب المحاور، مع وزن الكلمة قبل النطق.
  - الحذر من الاستطراد.
  - ألا يتعجل المحاور الرد قبل الفهم لما يقول محاوره تماماً.

### ٣ - الجاذبية:

- يحتاج المحاور إلى الجاذبية، وتقديم التحية في بدء الحوار، وأن يبدأ بنقاط الاتفاق كالمسلمات والبيدهيات، وليجعل البداية هادئة حنونة، تقدر المشاعر عند الأطفال، وليبدأ مع المحاور الطفل بمواضيع شيقة يحبها، أما مع الراشدين فلتكن البداية منطقية عقلانية، وإذا لم يجد المنطق والبرهان فليعمد إلى التودد والإحسان مع المراهقين والراشدين.
- على المحاور أن يمازح الشخص الذي يحاوره مهما كان فضاءً، وأن يظهر احترامه وأن يضع نفسه مكانه وأن يعامله على هذا الأساس، لأن من شأن البدء بنقاط الاتفاق والبدء بالثناء على المحاور الآخر امتلاك قلبه وتقليص الفجوة

- وكسب الثقة بين الطرفين، وتبني جسراً من التفاهم يجعل الحوار إيجابياً متصلاً، أما البدء بنقاط الخلاف فستسبب الحوار نفساً مبكراً.
- يحتاج المحاور إلى جعل فقرة الافتتاح مسترعية انتباه محاوره، وعليه أن يحاول أن يكون الحديث طبيعياً مبنياً على الفهم، وأن يعي الهدف المراد الوصول إليه من حوارهما.
- على المحاور ألا يستخدم كلمة "لا" خاصة في بداية الحوار، ولا يستعمل ضمير المتكلم أنا، ولا عبارة "يجب عليك القيام بكذا..." ولا عبارة "أنت مخطئ، وسأثبت ذلك".
- على المحاور أن يستخدم الوسائل المعينة والأساليب الحسية والمعنوية التي تساعد على توصيل ما يريد كالشعر وضرب الأمثال والأرقام والأدلة والبراهين وخاصة للراشدين مع تلخيص الأفكار والتركيز على الأكثر أهمية.
- ضبط الانفعالات ("لا تغضب"، توجيه نبوي) فعلى المحاور أن يكون حكيماً يراقب نفسه بنفس الدرجة من اليقظة والانتباه التي يراقب فيها محاوره، وعليه إعادة صياغة أفكار محاوره وتصورات وقسمات وجهه ورسائل عينيه، وعليه ألا يغضب إذا لم يوافق محاوره الرأي.
- عدم إعلان الخصومة على المحاور كي لا يحال الحوار إلى جدل وعداء.
- مخاطبة المحاور باسمه أو لقبه أو كنيته التي يحبها، مع عدم المبالغة في ذلك.
- الإجابة بـ "لا أدري" أو "لا أعلم" إذا سئل المحاور عن مسألة لا يعرفها، وفي ذلك قدوة صالحة للأولاد، وفيه شجاعة نفسية بعدم التستر على الجهل الشخصي.
- الاعتراف بالخطأ وشكر المحاور الآخر على تنبيهه للمحاور الأول حتى وإن كان المحاور صغيراً، وقد يبدو ذلك صعباً في نظر البعض أمام الأولاد ولكن التعلم بالقدوة من أكبر الفوائد التربوية.
- على المحاور التذكر في كل لحظة أنه يحاور وليس يجادل خصماً، وأن يتذكر عند محاوره الأولاد أن ذلك الحوار أشد من موج البحر في يوم عاصف، فإن

- لم يكن رباناً ماهراً للحوار يمنع الاستطراد ويتجنب تداخل الأفكار، غرقت سفينة الحوار في بحر النقاش والجدل العقيم.
- على المحاور ألا يضخم جانباً واحداً من الحوار على حساب جوانب أخرى.
- على المحاور ألا يتعالى بكلمة أو بإشارة أو بنظرة.
- على المرشدين أن يفرقوا بين الحوار وبين الجلسة الإرشادية وفنياتها، مع توظيف الحوار لخدمة الأهداف الإرشادية.
- على المحاور أن يتذكر دائماً أن الحوار المحمود هو الذي يحق الحق، ويبطل الباطل.

### الحوار التربوي: في البيت والمدرسة

لعل ما يدعو إلى الحوار مع الأولاد (بنين وبنات) داخل المدرسة والبيت هو الإيمان بهدف نبيل وهو تحقيق التقبل عن طريق التواصل اللفظي وغير اللفظي مع الأولاد، وهذا يتحقق عن طريق الحوار الإيجابي الذي يتيح فرصة لنمو الأولاد وبناء شخصياتهم بعيداً عن اللوم والحكم المتسرع والتوجيه الجاف وغرس الكبت والعداء في نفوس الأولاد.

إن الاختلاف بين البشر أمر وارد والحوار المحمود من شأنه تقريب وجهات النظر والتوصل إلى حل وسط يرضى به المحاورون.

#### فوائد الحوار التربوي:

- يعزز استراتيجيات بناء العلاقات الإيجابية بين الوالدين والأولاد من جهة وبين الأولاد ومنسوبي المدرسة من جهة أخرى حيث يؤكد الاحترام المتبادل والتقبل ونبذ الصراع.
- يبني ويعزز ثقة الأولاد بأنفسهم ويؤكد ذواتهم وينمي استقلاليتهم، ويشجعهم على اتخاذ قراراتهم بأنفسهم وهذا من أهم أهداف التوجيه والإرشاد الطلابي.
- يدرّب الأولاد على تقبل الاختلاف مع الآخرين وأن ذلك لا يعد تهديداً لهم.

- يدرّب الأولاد على تحقيق وتقرير مبدأ القيم المقبولة فهو مناخ ممتاز لتعديل السلوك.
- ينمي المبادرة والمنافسة، وحب الاكتشاف فهو تنمية للروح الاجتماعية حيث يساعد في التغلب على الخوف الاجتماعي والخجل، ويعطي مناعة ضد ذلك مستقبلاً.
- يظهر الحوار، للآباء والمعلمين والمرشدين بشكل صريح أو بشكل إسقاطي، ما يعانيه الأولاد من مشاعر عدائية أو قلق أو خوف أو صراعات نفسية وإحباطات وكبت، وهذه فرصة يجب أن تنتهز لعلاج تلك المشكلات ودعم النمو الانفعالي واستتطاق المشاعر والتفيس ومن ثم العلاج، وهذا من صلب العملية الإرشادية.
- يساعد الأولاد على تصحيح أخطائهم بأنفسهم بالاقتناع نتيجة التعلم.
- يساعد على رفع مؤشر التحصيل الدراسي حيث يفرغ كثيراً من المكبوتات كما أن ما يسقطه من فلتات اللسان قد يوظف إرشادياً مما يدعم التحصيل الدراسي إيجابياً.
- يساعد الطالب على اكتساب أصدقاء جدد قد يهدونه إلى ما فيه الخير.
- الحوار يدعم فعالية التوجيه والإرشاد إذ أن المقابلات الإرشادية تسهل بالحوار كما أن المقابلة تستخدم فنيات (مهارات) أساسية كالإصغاء والاستماع والنظر والصوت والأسئلة... الخ، وهذا يتم في الحوار الإيجابي أيضاً.
- تعليم المحاورين الشجاعة النفسية في القبول عند ظهور الدليل من المحاور الآخر.

### توظيف الحوار تربوياً:

- على المربين من الآباء والأمهات والمرشدين والمعلمين أن يراعوا النقاط الآتية:
- أن يكونوا قدوة صالحة يحتذى بها في الحوار وتطبيق أصوله.

- اتخاذ الوسائل المعينة في تعديل السلوك، وعدم التركيز على جوانب القصور لدى الأولاد وعدم نقدهم وتحقيرهم.
- إعطاء الفرصة بشكل أكبر للأولاد للمحاوره والتشجيع على ذلك لأن كثرة كلام الأب تقلل فرص استماع الولد إلى الكلام.
- على المربين تحرّي الصدق في طرحهم أثناء الحوار وفي سلوكهم دائماً وعدم التناقض الانفعالي.
- على المربين انتهاز النهج العلمي التربوي السليم في التعامل مع الأولاد.
- على المربين أن يجعلوا الجو المحيط بالأولاد جواً ودياً دافئاً بعيداً عن التسلط أو التسيّب، جواً يسوده فهم المشاعر وتقديرها وتمييزها، وتوظيف التفاعلات المنطقية المقبولة، ومن شأن ذلك تحقيق النمو الشامل والتركيز على التواصل الإيجابي المبني على التقبل بصفته أهم قاعدة لإنشاء علاقة إيجابية في ضوء التواصل اللفظي وغير اللفظي البناء.
- على الوالدين التخلص من الشعور بالدونية عندما يتحاوران مع أولادهما.
- المحاولة الجادة من قبل المربين للتعرف عن طريق الحوار على الدوافع الداخلية لسلوك الأولاد في البيت والمدرسة، ومن ثم إشباع حاجاتهم وعلاج مشكلاتهم.
- على المربين تقديم الثواب الفوري، والاستمرار في التعزيز عندما يمارس الأولاد الحوار.
- على المربين التنبيه لطبيعة الحوار إذ أن حوار الصغار يتطلب الدخول في علاقة تفاعلية تشاركهم نفس المشاعر وفق الإصغاء والتقبل والتشجيع على التعبير عن المشاعر ليستمر المحاور الصغير في قول المزيد دون توجيه أو دون اللجوء إلى المنطق العقلي، أما حوار المراهقين فهو مزيج مما ذكر، وتوظيف المنطق العقلي معاً، مع التذكر أن الهدف بنائي.
- على المربين أن يتذكروا أن الحوار وسيلة تربوية فعالة في الإقناع، وبالتالي تغيير الاتجاه نحو الأمور ومن ثم تعديل السلوك وفق النسق المراد.

- تعليم الأولاد بالقدوة، أن يقول أحدهم (لا أدري) عندما لا يعرف الإجابة، وذلك في ثنايا الحوار معهم.
- لإنهاء الحوار بطريقة تربوية مثمرة يجب ألا ينظر على أن هناك رابح وخاسر أو فرض سلطة وأوامر فقط.

## ▼▼▼▼▼ الفصل الثالث عشر ▼▼▼▼▼

---

### توجيهات عامة للمرشدين والآباء والمعلمين

## توجيهات عامة للمرشدين والآباء والمعلمين

- عدم الحكم على الطفل بأنه مصاب باضطراب نشاط حركي زائد إلا بعد ملاحظته ومراقبته (مدة لا تقل عن ستة أشهر ) للتأكد من وجود التششت والعدوانية والسلوك المندفع المصحوب بنشاط مفرط (غير عادي) يمارسه الطفل وذلك من قبل الوالدين والمعلمين والمرشد الطلابي.
- الأخذ في الاعتبار أنه قد يصاب بعض الأطفال بتششت وضعف تركيز دون النشاط الحركي الزائد لأسباب متعددة.
- يجب على الآباء مراجعة الطبيب المختص، وعلى المرشدين تحويل الطفل إلى وحدة الخدمات الإرشادية في حال الشك بأنه يعاني من هذا الاضطراب بعد الملاحظة الدقيقة للوقت الكافي.
- عدم استثارة الطفل المضطرب حتى لا تزيد عدوانيته، حيث أن العدوانية هي السلوك الغالب عليه.
- يحتاج هذا الطفل إلى علاقة حميمة للتأثير فيه، وتوجيه سلوكه، مع التعزيز اللفظي والمادي بالثناء والمدح وتقديم مكافأة مادية له عندما يقوم بنشاط مقبول وهادف، (وهذا يناسب الأطفال الأصغر سناً).



- يحتاج هذا الطفل إلى الضبط لتعديل المواقف دون اللجوء إلى العنف أو الاستهزاء، ويمكن إجراء التعاقد التبادلي، حيث يتم الاتفاق مع الشخص

- المضطرب ووالده أو معلمه على تقديم مكافآت في مقابل التقليل من النشاط الزائد (وهذا يناسب الأطفال الأكبر سناً والمراهقين).
- عدم أخذ الطفل إلى رحلات طويلة بالسيارة، أو أخذه إلى الأسواق لساعات طويلة، وذلك مخافة التنبيه الزائد المستمر للطفل حيث أن ذلك يصعد نشاطه.



- إبعاد الأشياء الثمينة والخطرة والقابلة للكسر عن الطفل وأن يكون المنزل خالياً منها قدر الإمكان.
- يمتاز هذا الطفل بالذكاء في الغالب، فينبغي تعزيز ذلك.
- إن هذا الاضطراب يؤثر على مستوى التحصيل الدراسي للطفل، ولكن بتضافر الجهود بين المدرسة والمنزل يمكن الأخذ بيد الطفل إلى بر الأمان.
- يحتاج الطفل المضطرب إلى تدريب تدريجي مستمر للجلوس على الكرسي دون حركة مفرطة أطول فترة ممكنة.
- من الأهمية ألا تزيد فترة الاستذكار عن عشرين دقيقة في بداية الأمر، ثم يمكن زيادتها تدريجياً بعد فترة، مع أهمية تهيئة الطفل لذلك مسبقاً.
- من الأفضل تجنب التشويش والمقاطعة أثناء الاستذكار، مع أهمية الهدوء التام في المنزل لزيادة التركيز ولسرعة الانجاز، مع الحرص على الهدوء قبل موعد النوم بمدة كافية.

- تقسيم المهارات المطلوبة والواجبات إلى وحدات أصغر لإنجازها وفق جدول منظم.
- تذكير الطفل بالعودة إلى عمله الذي يقوم به في المدرسة أو في المنزل، مع أهمية تطبيق نظام ثابت من المتوقع أن يستطيع الطفل تطبيقه بدقة، مع ضرورة التعزيز الفوري، وأن ينفذ وفق خطوات سهلة وواضحة وقليلة.
- التأكيد على المراقبة المستمرة لسلوك الطفل بشكل عام، ووضعه على إحدى المقاعد الأمامية بالفصل، لأن ذلك يساعد على ضبطه بدرجة أكبر.
- مراعاة أن اللعب مع شخص أو شخصين أفضل من اللعب مع مجموعة.
- توجيه الطفل إلى الألعاب الهادئة والمفيدة بشكل عام.
- عدم تدعيم السلوك المضطرب (النشاط الحركي المفرط)، بل اعتراضه وتوقيفه دون عنف، وتوجيهه إلى سلوك آخر إيجابي.
- تدعيم أي سلوك بديل (مناقض) لنقص التركيز، أو لزيادة النشاط غير الموجه.
- عدم تكليف الطفل بأكثر من طلبين في نفس الوقت لأن ذلك يشتت انتباهه.
- إذا وصف الطبيب للطفل دواء (الريتالين) فيجب التقيد بتعليماته بدقة مع أهمية الاستمرار في تطبيق الإرشادات التي ذكرت وتوفير الغذاء الجيد دون الإسراف في تناول السكريات وكذلك المنبهات والمشروبات الغازية التي تحتوي مادة الكافيين المنبهة والتي قد تساعد على زيادة الحركة.

### ما ينبغي على المعلم معرفته

الطفل الذي يزجج الصف باستمرار ونادراً ما يكمل تمارين الصف أو الواجبات قد لا ينوي / يعتمد أن يكون (متعباً / مجهداً / مضايقاً) ولكن قد تبدو عليه علامات اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

كذلك الطالب الذي يسرح كثيراً أو لا يرد على توجيهات المعلم، قد تكون هذه التصرفات منه هي من سمات اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لديه، وهذا الاضطراب يسبب الاندفاعية وصعوبات الانتباه وأحياناً يتسبب في نشاط زائد.

وأفضل طريقة لمساعدة هؤلاء الأطفال (كغيرهم ممن لديهم احتياجات خاصة) هو عندما يفهم المدرس المشكلة الخاصة بالطالب ويجري بعض التعديلات في المنهج وترتيب الصف، لا يتوجب على المعلم العمل بمفرده بل كجزء من فريق عمل متكامل يشمل الإداريين، تربيين للتعليم الخاص، أخصائي نفسي، أطباء، والأهل كذلك.

### التعرف على اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه

العديد من الطلبة لا يتم التعرف على اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه عندهم إلى وقت دخولهم المدرسة، فاندفاعيتهم وعدم تركيزهم وحركتهم الزائدة هي الأعراض الأكثر وضوحاً، وينبغي في هذه الحالة نصح الأهل بالكشف على طفلهم للتأكد ما إذا كان يعاني من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه أو أي صعوبات تعلم أخرى.

#### من مظاهر اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه:

- عدم الإنصات للمعلم.
- إعطاء الانطباع بعدم معرفة ما يدور حولهم في الفصل.
- الملل.
- عدم القدرة على التركيز على ما هو مهم.
- التشتت وصعوبة أو عدم استعداد للتنقل من موضوع لآخر.
- العناد.
- عدم انتظار الدور والإجابة دون إذن.

جميع هذه المظاهر قد تكون إشارات لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. وإذا شك المعلم بأن تصرفات أحد الطلبة قد يكون سببه اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه أو صعوبة أخرى يدوّن في مذكرة التصرفات المحددة التي يظنها دليلاً أو إشارة، مثلاً كم مرة يترك الطالب مقعده أو لا ينهي عمله. ويمكن للمعلم اللجوء إلى طرق تعلم مخصصة أو مختلفة قد تحد من المشاكل والمصاعب حتى قبل تشخيص الحالة بشكل رسمي.

### عوامل تتسبب في الظاهرة:

- هناك عوامل أخرى قد تسبب تصرفات أو علامات تشبه أعراض وسمات اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه منها:
- سوء المعاملة والإهمال.
  - المخدرات.
  - الحرمان.
  - بيئة محدودة منعت تعلم الطفل أو غير منظمة في المنزل.
  - العديد من المشاكل النمائية.
  - الاضطرابات النفسية.

لذلك يحسن أن يتصل المعلم بولي أمر الطالب في بداية ظهور المشاكل مع الطالب، فقد يكون عنده معلومات تفسر تصرفات الطالب أو ينبه إلى عوامل أخرى تؤثر عليه.

### الأدوية في المدرسة

٦٠% إلى ٩٠% من الطلاب الذين يعانون من هذا الاضطراب يعطون نوعاً أو آخر من الأدوية، ويجب في هذه الحالة التأكد من معرفة الأعراض الجانبية التي قد تسببها تلك الأدوية، ومتى يأخذها الطالب ويلاحظ أن الجرعة المناسبة يجب أن لا تسبب الخمول أو النعاس، بل يمكن للطالب التركيز على عمله دون تشتت، فالعقاقير تساعد على التقليل من حدة النشاط الزائد وتحسن التركيز ولكنها لا تحل المشاكل الأكاديمية التي يواجهها الطفل، بل هي أداة تمكن المعلم من استخدام وسائل/ طرق أخرى لمساعدة الطالب.

ولا يجب على الطالب تناول الأدوية دون إشراف، كما يجب تنبيه كل المعلمين لمراقبة الطالب ومتابعة حالته بسبب إمكانية حدوث أعراض جانبية أو مشاكل صحية محتملة.

### ماذا يفعل المعلم مع الطفل ذي النشاط الزائد؟

- ١- الحركة الهادفة عكس الحركة الزائدة لذا يفضل أن يحرص المعلم على إبراز أي سلوك منتج يقوم به التلميذ، فعندما يقوم بعمل جيد يمكن أن يقول له: "رائع لقد أنهيت العمل كله وبشكل دقيق" أو "استمرارك في رسم هذه اللوحة حتى تنتهيها سيكون رائعاً".
- ٢- يكون المعلم مستعداً لجذب انتباه الطفل بنشاط آخر، ويحرص على ألا يبقى الطفل في نشاط واحد لفترة زمنية طويلة.
- ٣- قد يكون من الأفضل الأخذ بيد الطفل ليعرض عليه مجموعة من الأنشطة الهادفة ليختار منها النشاط المحبب له.
- ٤- مقارنة الطفل بإخوته وأقرانه تزيد من مشكلته وتؤدي إلى تثبيتها لديه.
- ٥- يمكن توفير أدوات لتفريغ الطاقة مثل: (كيس ملاكمة) وتوضع في حجرة مناسبة أرضها مغطاة حيث أن تفريغ الطاقة بشكل منضبط يعتبر طريقة مناسبة ليتعلم كيف يفرغ الطاقة بشكل غير مؤذي.
- ٦- يمكن إخبار الطفل بالتحسن الذي أحرزه فيما يتعلق ببهوئه خلال اليوم كاملاً.
- ٧- مقابل تعزيز النشاط الإيجابي يجب إهمال النشاط الزائد.
- ٨- من المناسب تهيئة الطفل قبل وقوع الحدث، مثال: قبل الذهاب إلى رحلة يمكن أن يقول له: ستذهب في رحلة إلى حديقة الحيوان حاول أن تبقى معنا ولا تبعد عن المجموعة.

### أسرار المدارس الناجحة

المدارس الأكثر نجاحاً في مساعدة طلبة اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه يتأكدون أن الخطة الفردية الموضوعية تأخذ بعين الاعتبار الفروقات الفردية / الفوارق بين الطلبة عند تقييمهما، وفي هذه المدارس يعمل فريق عمل على تطبيق تقنيات وتعديلات تناسب قدرات وطرق تعلم كل طالب على حدة.

كما أنهم يعملون أيضاً كشركاء للأهل لوضع وتحقيق أهداف معينة ضمن خطة عمل مشتركة مع ضرورة التواصل ومتابعة التطورات أو المشاكل التي تحدث.

ويجب عدم عزل الطالب عن غيره، مع وضع برامج تحفيز تختلف في بساطتها أو تعقيدها مثل نظام نقاط أو "التصرف، الهدف اليومي" واستخدام الألعاب كجزء من إستراتيجية التعلم والتدريب على مهارات اجتماعية عن طريق وضع مجموعات صغيرة ليتعلم الطفل قراءة المواقف وتعبير غيره.

وتستخدم العديد من المدارس القوائم والجداول لمساعدة أو مساندة مدرس الصف والأخصائي لتحقيق التواصل مع ولي الأمر، وهنا نود أن نذكر أن المدرسة قد تتفق مع الأهل على مكافأة الطالب بناءً على تصرفاته في المدرسة من باب التعاون بين البيت والمدرسة.

## استراتيجيات في الفصل

المعلم ليس مضطراً لانتظار تشخيص رسمي وإنما بإمكانه البدء بالعمل بهذه الاقتراحات (ووضع خطة تشمل النقاط التالية) حيث يجدها مناسبة فقد تساعد أي طالب يعاني من مشاكل في التركيز، التشتت، أو النشاط الزائد:

- التعديل في الترتيب المقاعد في الفصل.
- طريقة إلقاء الدرس.
- الواجبات.
- أساليب الامتحانات.
- أسلوب إدارة الصف.
- يجب توضيح التوقعات وقوانين المدرسة / الصف لهم.
- تصميم المهام / الأهداف الأكاديمية بطريقة واضحة وسهلة.
- تجزئة الأعمال إلى خطوات صغيرة ووحدات أقل تعقيداً.
- دمج التعزيزات لكل خطوة يتمها الطالب.
- إعطاء وقت أكثر خاصة عند الامتحانات.

وقد وجد بعض المعلمون أن وضع فرق عمل أو تقسيم الفصل وسيلة جيدة لتشجيع الطلبة ومساعدتهم على التركيز على ما هو مطلوب.

## استراتيجيات لمساعدة الطالب

لا توجد خطة واحدة أو طريقة أو ترتيب أفضل من غيرها مع الجميع وذلك لأنه لا يوجد طفلان يعانيان من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه تتطابق عندهما الأعراض تماماً، فكل طفل مميز وكل طفل تظهر عليه أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه بشكل يختلف قليلاً عن غيره ولذلك يمكن مساعدة الأطفال كل حسب حالته عن طريق ما يأتي:

- وضع مكتب الطالب عند مقدمة الفصل أو بالقرب من المدرس.
- الحرص على إبقاء التواصل البصري.
- استخدام الإشارات لتوضيح نقط معينة.
- إزالة الوسائل والأدوات الزائدة في وقت حل المسائل وكل ما قد يلفت نظر الطالب.
- اطلب من الطالب (أو الفصل بكامله لعدم التفرقة) بإدخال الأدوات إلى حقائبهم عند عدم استخدامها.
- تحديد مكان لوضع أدوات الفصل والكتب.
- قد يحتاج الطلبة إلى توجيه شفوي ومرئي.
- تمهيد التغيرات أو التنقل من نشاط إلى آخر.
- عند السؤال: اللفظ اسم الطالب ثم انتظر عدة ثوانٍ ثم اسأل السؤال بطريقة مختصرة واضحة.
- تنويع أساليب التدريس أو إدخال أنشطة متنوعة إلى المادة بحيث يجعلها أكثر إثارة.
- تعديل نوع التمارين المطلوبة أو الواجبات أو حتى لون الأوراق المستخدمة.

## التعامل مع الطفل وإدارة التصرفات

الأطفال الذين لديهم اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه يستجيبون بشكل جيد للمكافأة التي تعطى على التصرفات الجيدة لتعزيزها.

- من الممكن إيجاد ووضع نظام نقاط حيث يكسب الطلبة عدداً من النقاط عند التزامهم بقاعدة معينة ويفقدونها عند عدم التزامهم بها، كذلك قد يجد المعلم إن استخدام الملصقات أو اللوحات مجدٍ عند الطلبة الأصغر سناً.
  - يركز المعلم على عدد قليل من التصرفات في وقت واحد ويضعها في خطة تعديل السلوك، فقد يستطيع بعض الأطفال العمل لتحقيق هدف معين ونيل المكافآت بعد فترة ما (نهاية الأسبوع مثلاً) ولكن البعض الآخر لا يستطيع الصبر فيتوجب على المعلم إتباع أسلوب مكافأة العمل أو التصرف حال حدوثه.
- الاختبارات:**

- إعطاء الطالب وقت إضافي.
- السماح للطالب بالجلوس في مكان هادئ.
- زيادة عدد الاختبارات لتحسين المعدل المتوسط.
- السماح للطالب بإعادة الاختبار أو الإجابة على سؤال تجاوزه دون إجابة.
- إعطاء التوجيهات وقراءتها.
- تدريب الطالب على أخذ الامتحانات (كيف يقرأ السؤال ويجزئه ثم مراجعة حلوه).
- السماح بالإجابة الشفهية.
- توفير نموذج من الاختبار مجزأ إلى أجزاء صغيرة واضحة.
- استخدام أسئلة تكون إجابتها علامة (X-؟) واختيار الجواب الصحيح.
- لا يقيم المعلم الإملاء كجزء من مضمون الإجابة (مثلاً في مادة العلوم).
- طباعة الأسئلة (لا تكون مكتوبة بخط اليد).

#### الرياضيات:

- السماح باستخدام الآلة الحاسبة.
- التقليل من عدد المسائل في الورقة الواحدة.
- استخدام أوراق ذات (أعمدة / مربعات) بحيث تسهل على الطالب ترتيب الأعداد والخانات.

- إصاق خط الأعداد على مكتب الطالب.
- قراءة المسائل وتحليلها.
- استخدام الصور أو الرسم البياني.
- توفير بعض الأدوات ليستخدمها الطالب مثل الخرز.

#### توجيهات عامة:

- استخدام الأوراق الصغيرة أو توضيح/ التأشير على الواجبات في الكتب.
- مساعدة الطالب على تطوير واستخدام قوائم لمراقبة نفسه (قائمة أدوات).
- وضع المسطرة تحت الجملة المقروءة.
- توزيع أوراق العمل كل واحدة على حدة (واحدة تلو الأخرى).
- استخدام ملف خاص أو دفتر لتدوين الواجبات المنزلية والملاحظات.
- وضع نظام عام للفصل: كيفية الدخول بداية اليوم، كيف تُسلم الأعمال والواجبات، ما هو مكان الكتب، الأدوات، الأشياء الخاصة للتلاميذ.. الخ.

#### السلوك والتصرف:

- تحديد وقت في بداية الصباح لتنظيم اليوم الدراسي مع الطالب.
- تعديل ردود الفعل أو الجزاء مثلاً: مكافأة الطالب كثير النسيان في حالة عدم نسيانه أدواته بدلاً من عقابه عندما ينسى.
- التقليل قدر الإمكان من العقاب واستخدام التعزيز بدلاً منه.
- تطوير خطط تعديل سلوك ووضعها حسب حالة كل طالب بطريقة إيجابية متواصلة.
- زيادة عدد المرات التي يكافأ فيها الطالب.
- الاتفاق مع الطالب على إشارة أو كلمة تدله على أن تصرفه غير مقبول أو غير مناسب.
- عدم الالتفات للتصرفات التي لا تزعج الصف بشكل كبير.
- تحديد مكان داخل الفصل أو خارجه يمكن للطالب الذهاب إليه لإبعاد نفسه عن باقي الصف وتسمى بمنطقة "الأمان" أو "الهدوء" عند شعوره بالتوتر أو القلق.

- توفير بدائل للعادات أو التصرفات المزعجة غير المقصودة مثلاً الطالب الذي يضرب بالقلم على طاولته باستمرار، نستطيع إعطائه قطعة إسفنج أو ما شابهها.

- الانتباه لأي تغيير في التصرف الذي قد يكون له علاقة بعلاج معين.

أشياء نفكر فيها:

عندما لا يحسن الطفل القراءة .... نعلمه.

عندما لا يحسن الطفل السباحة .... نعلمه.

عندما لا يحسن الطفل الحساب .... نعلمه.

عندما لا يحسن الطفل قيادة السيارة / الدراجة .... نعلمه.

عندما لا يحسن الطفل التصرف بالشكل الصحيح .... نعاقبه .. نعلمه؟!.

لماذا تطلب السؤال الأخير بعض التفكير؟ ليكون أسلوبنا مع الأطفال واحداً دائماً ولنكن قدوة لهم، فهم يقلدون من حولهم وهذه أفضل طريقة لتعليمهم (التعليم بالقدوة).

## الخاتمة

بعد استعراض مختصر للمعلومات التي وردت في هذا الكتاب عن اضطراب تشتت الانتباه والنشاط الزائد (AD/HD) تبين لنا خطورة المشكلة، وتعيدياتها على المدى الطويل التي تتركها على شخصية الطفل، كما يتضح مما تقدم أن انتشار هذا الاضطراب واسع حسب الإحصائيات الموجودة، وقد يكون هذا مؤشراً على تواجده بنسب قريبة في مجتمعات أخرى.

ولتخيل حجم المشكلة يمكن تخيل مدرسة عدد الطلاب فيها أربعمئة طالب، حيث سيصل من لديهم هذا الاضطراب ما بين ٢٤ إلى ٣٦ طالباً، إذا كانت النسبة من ٦% إلى ٩%.

بالإضافة إلى ذلك نجد البعد الآخر وهو امتداد تأثيره إلى جميع المجالات:

- المهنية.
- الأكاديمية.
- الأسرية.

أخذين بنظر الاعتبار أنه اضطراب "طويل المدى" يظهر في الطفولة ويمتد، في أكثر الحالات، إلى الرشد.

والمشكلة الأخرى هي ما يتعرض له الفرد من ضغوط مهنية ودراسية وأسرية كثيرة حول انخفاض الدافعية والأداء، ويلازم على ذلك من واقع أنه مسؤول مسؤولية كاملة عن ذلك، لذا يتم وصفه من قبل المحيطين به بعدة أوصاف حسب المجال، فإذا كان طالباً فهو كسول، أو غبي، أو بارد، أو لا مبال وغير ذلك من الأوصاف.

وهذا ما نراه في كثير من الأسر والمدارس من وجود فئة توصف بتلك الأوصاف مع أنها في الحدود الطبيعية من حيث نسب الذكاء، بل أن بعضهم قد يكون أعلى من المتوسط في نسب الذكاء.

ونجد الوالدين يتسائلون عن المشكلة، حيث أن ابنهم طبيعي من حيث ذكائه إن لم يكن فوق المتوسط، ومع ذلك فتحصيله الدراسي ضعيف، كما أنه لا يعتمد عليه في

المهام الأخرى، هذه الشكاوى، وغيرها كثير، يرددها المدرسون والمرشدون (غير المدربين) حيث يقفون عاجزين أمام مثل هذا الاضطراب لاسيما إذا تراكمت مع اضطرابات أخرى مثل اضطراب المسلك، أو المعارضة لمتحدية أو اضطرابات القلق، أو الوجدان.

وفي مثل هذه الحالات نجد أنه يُكتفى بوصفه بأنه: شقي، لا يسمع الكلام، غير مؤدب، لا مبال، لم تتم تربيته، وهذا لا يمنع من أن بعض السلوكيات لدى المراهق مظهر من مظاهر المرحلة العمرية كنتاج لمطالبها، ونتاج تعلم اجتماعي وتعزيز إجرائي، لذا يجب التمييز بين السلوك عندما يكون نتاج المرحلة والتعلم الاجتماعي، وعندما يكون نتاج اضطراب.

إن التعامل مع النوعين مختلف جداً وأي خلط ستكون نتائجه الفشل، وهو ما يحصل عندما يتم التعامل مع النوع الأخير على أنه نتاج تعلم اجتماعي ومرحلة عمرية.

وقد يكون من مؤشرات الاضطراب تواضع فعالية "العقاب" و/أو "التعزيز الإيجابي"، بشكل خاص إذا لم يصمم على تحليل وظيفي، حيث تتم الاستجابة للمثير الأكثر تعزيزاً، أو لا يتم الاستجابة إذا كان حجم المعزز أقل من جهد الاستجابة، أو أن العقاب أكبر من المعزز الإيجابي، وهذا واضح في أبجديات السلوك الإجرائي<sup>(1)</sup>.

وفي حالة اضطراب الانتباه/النشاط الزائد قد نجد صورة مختلفة حيث أن الانتباه خبرة منفرة وكريهة إلى درجة أن تحمل أي عقاب أو أي تعزيز إيجابي لا يفوقها إما ترهيباً أو ترغيباً، لذا فإن تحمل أي ضغوط أو أي عقاب أقل تعزيزاً من خبرة النفور تلك، وهذا يتفق مع أساسيات تعديل السلوك، إلا أن البعد الداخلي لا يؤخذ بعين الاعتبار عندما يتم التعامل مع هذه الفئة، وهذا ما يلاحظه المحيطون بمن لديه هذا الاضطراب، فبالرغم من كثرة الضغوط إلا أنها لا تجدي نفعاً، بل إنها قد تزيد من تعقد صورة الاضطراب والدخول في حلقات مفرغة Vicious circles.

(1) see Herrnstein, 1970

وإذا أخذنا الاضطرابات المصاحبة كجزء من المعادلة سنجد أن الحلقات المفرغة ستكون أكثر تعقيداً، على سبيل المثال، إذا كان الفرد لديه اضطراب آخر (القلق العام general anxiety) فإن الضغوط، بسبب تواضع الأداء، ستسهم في رفع التنبيه arousal مما سيؤثر سلباً على الأداء حيث أن العلاقة ليست خطية بين التنبيه والأداء، وتجاوز نقطة معينة يجعله ذا تأثير سلبي، وكذلك العلاقة الموجبة بين القلق والتنبيه، وهذا بدوره سيدفع نحو مزيد من الضغوط المدرسية والأسرية (إن كان الفرد طالباً)، والضغوط بدورها سترفع من التنبيه وتتغلق الحلقة، وهذا قد يدفع نحو مزيد من المشاكل الأسرية وربما الجناح والتعاطي مع افتراض عدم وجود اضطراب المسلك.

لذلك يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار تعقد هذا الاضطراب وتداخله مع عدد كبير من الاضطرابات، وتعدد أعراضه التي تتواجد بشكل متباين حسب الحالة والنوع الفرعي، وذلك كله قد يقود إلى خطأ التشخيص، فهي ليست مجرد مشكلة تتعلق بالنمو وتزول بعد فترة وإنما هي مشكلة ارتقائية، تتعلق بالشخصية ككل، وتسبب صعوبات شديدة في التعلم، كما تترك هذه المشكلة أثراً سلبياً على شخصية الطفل من خلال:

- ١- التأثير على مستوى نمو الطفل، وخاصة حالته الصحية بوجه عام.
- ٢- تؤثر على التفاعل الاجتماعي والأداء الاجتماعي للطفل بوجه خاص وللأسرة بوجه عام.
- ٣- الطفل ذو النشاط الزائد عادة ما يكتسب تقدير منخفض للذات، مما يؤثر على شخصيته ككل وعلى صحته النفسية.
- ٤- إيجاد صعوبات شديدة بسبب صعوبة التركيز وتشتت الانتباه وعدم القدرة على البقاء في مكانه لفترة طويلة.
- ٥- ندرة الدراسات المتخصصة في الوطن العربي عن مشكلة النشاط الزائد بالرغم من خطورة هذه المشكلة.
- ٦- انتشار المشكلات السلوكية في أطفال وخاصة عند أطفال المرحلة الابتدائية نسبتها ٢٥% منها ٢٠% تتعلق بمشكلة النشاط الزائد وحدها، وهذا يدل على مدى انتشار هذه المشكلة وضرورة الاهتمام بها.

- ٧- عدم وجود أخصائيين مدربين تدريباً جيداً للتعامل مع هؤلاء الأطفال.
- ٨- عدم وجود وعي اجتماعي بهذه المشكلة على الرغم من انتشارها بين أبنائنا بشكل ملحوظ.
- ٩- إن استمرار هذه المشكلة حتى ما بعد مرحلة المراهقة تشكل خطورة على الطفل والمجتمع لأنها تفرز أشخاص عدوانيين ومعادين للمجتمع Anti Society.
- ١٠- إن هذه المشكلة منتشرة جداً وخاصة عند أطفال المرحلة الابتدائية، وما يسترعي الاهتمام أن الكثير من المعلمين والأخصائيين الاجتماعيين وحتى الآباء يتعاملون مع الطفل ذو النشاط الزائد على أنه طفل غبي وسيء السلوك فيلجأ بعضهم للتعزيز السلبي لهذا السلوك عن طريق العقاب، وخاصة العقاب البدني، مما يزيد من الأمور سوءاً.

وقد خرجت العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الموضوع بعدد من التوصيات لابد من التعرف إليها وهي:

أولاً: توصيات عامة، خاصة بالمجتمع ككل:

- ١- إن الدراسات والأبحاث في هذا المرض قليلة، فلا توجد قياسات محددة لنسبة هؤلاء الأطفال في العالم، وهو يحتاج إلى مزيد من الدراسات والأبحاث الميدانية، والتوجه نحو دراسة هذا الاضطراب في المجتمع العربي، ويتم البدء بعمل مسح للطلاب الذين لديهم هذا الاضطراب للتعرف على الانتشار ومن ثم المعالجة.

- ٢- نشر الوعي المعرفي فيما يختص بهذا المرض وخطورته على الأطفال وخاصة في مجال التعليم للمدرسين وإدارة المدرسة والمرشدين الطلابيين، والتوعية الشاملة لدى كل المختصين برعاية الطفل ومدارس الأطفال ودور رعاية الأطفال وفي مرحلة ما قبل المدرسة وكذلك الأسر التي يوجد بها من لديه هذا الاضطراب.

٣- إضافة المرض ضمن الأمراض التي يكشف عن وجودها بين الأطفال داخل برامج الصحة المدرسية على أساس أنه من الأمراض التي يمكن ملاحظتها بدقة أكثر داخل الفصل الدراسي أو في دور الرعاية، والتعاون التام بين المنزل والمدرسة لمحاولة التعامل مع الأطفال المصابين بالمرض بطريقة علمية سليمة للوصول بهم إلى حياة أفضل.

٤- التوعية العامة في وسائل الإعلام حيث أن الغالبية لم تسمع بهذا الاضطراب أو أن معلومات البعض قاصرة إذا ما تمت مقارنتها بمعلوماتهم حول اضطرابات أخرى مثل: القلق والاكتئاب.

٥- العناية بتعليم هؤلاء الأطفال بوضع نظام تعليمي خاص يتناسب مع قدراتهم العقلية والجسمية بحيث تصل بهم إلى مستوى تعليمي معقول.

٦- محاولة الأسرة والمدرسة توجيه هذه النشاط غير العادي إلى سلوكيات مقبولة من المجتمع باشتراكهم في الأنشطة الرياضية.

٧- إذا استمرت الحالة المرضية مع الطفل لما بعد البلوغ فيوجه نشاط الشخص المريض إلى الوظائف التي تتطلب نشاطاً غير عادي.

وهناك توصيات عديدة تتفرع من التوصيات الرئيسية السالفة كعمل ورش عمل للمرشدين والآباء، ونشر كتيبات، والتي تصب في التعريف بالاضطراب والتعامل معه بشكل علمي، وهذا ما تم السعي له في هذا الكتاب والذي تطرق لأهم المحاور بشكل مركز مع أيراد كثير من الدراسات الحديثة.

ثانياً: توصيات خاصة بالأمهات والمسؤولين عن تربية الطفل وتنشئته داخل

أسرته:

١- التوعية العلمية البسيطة للأسرة والأمهات بصفة خاصة بهذا المرض وطرق اكتشافه والأعراض السلوكية الخاصة به وأسبابه ومدى الأضرار التي تلحق بالطفل في حالة إهماله العناية به ووضعه تحت العلاج والملاحظة المستمرة.

٢- توعية الأسرة والأمهات بعدم تعريض الطفل المريض بالنشاط الزائد أو مرض فقد الانتباه وقلة التركيز لأي ضغوط عصبية داخل أسرته، بل يجب إبعاده بقدر الإمكان عن مشاكل الأسرة المعقدة.

٣- محاولة مساعدة الطفل بما يتناسب مع قدراته في التعلم وتوجيه سلوكياته بقدر الإمكان.

٤- محاولة دراسة ومعرفة الأسباب التي أدت إلى إصابته بهذا المرض لعلاجها والتغلب عليها.

٥- العلاقات الأسرية المتوازنة والسليمة من العوامل الرئيسية التي تقلل من إصابة الأطفال بهذا المرض.

٦- نشر الوعي الغذائي بين الأمهات والمسؤولية عن تربية الطفل وذلك لوضعه تحت الرعاية الغذائية المناسبة لحالته حسب نوع الأطعمة التي تسبب له زيادة أو إقلال في الأعراض المرضية لديه وتزيد أو تقلل من قدرته على التعلم بالتالي هو تدريب الأمهات والمسؤولية عن تربية ورعاية الطفل بطرق استعمال الاستبيان الخاص بالتعرف على إصابة الطفل بهذا المرض.

٧- الاهتمام والتأكيد على أهمية الرعاية الطبية الدورية للطفل بمجرد الشك في أنه مصاب بهذا المرض، وفي حالة التأكد من إصابته يوضع تحت رعاية طبية متخصصة في هذا المجال.

## المصادر والمراجع

### ١- المراجع العربية:

١. عمر سلمان أحمد (١٩٩٩): علم نفس الطفل، دار المتنبّي، بغداد.
٢. د. نوال عبد الرزاق الحسيني (٢٠٠٠): سيكولوجية الطفل والنشاط الحركي الزائد، جامعة بغداد، بغداد.
٣. د. إحسان محمود علي (٢٠٠١م): الاتجاهات المعاصرة في تفسير اضطراب قلة الانتباه وفرط النشاط الحركي، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، بغداد.
٤. محمد عماد الخزرجي (١٩٩٥): فرط النشاط وقلة الانتباه بين السيكولوجية والمجتمع، وزارة التربية والتعليم، بغداد.
٥. محمد قاسم عبد الكريم (١٩٩٨م): أساسيات التعليم والتعلم لذوي الاحتياجات الخاصة، جامعة الموصل.
٦. سيد محمد خير الله وممدوح الكناني (١٩٨٣م): سيكولوجية التعلم بين النظرية والتطبيق، دار النهضة العربية، بيروت.
٧. سيد محمد غنيم (١٩٧٨م): سيكولوجية الشخصية، دار النهضة العربية، القاهرة.
٨. طلعت منصور (١٩٧٧م): التعلم الذاتي وارتقاء الشخصية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
٩. ملاك جرجس، المشكلات النفسية للطفل وطرق علاجها، القاهرة، دار الحرية، ١٩٨٧م.
١٠. هدى بريدة (١٩٩٠م): علم نفس النمو، القاهرة، مطابع روز اليوسف.
١١. علياء شكري (١٩٨١م): الاتجاهات المعاصرة في دراسة الأسرة. دار المعارف، القاهرة.

١٢. زهير أحمد السباعي، شيخ إدريس عبد الرحيم (١٩٩١م): القلق وكيف تتخلص منه. دار القلم، دمشق.
١٣. هارولد ريجنالد بيتش - تعريب فيصل محمد الزراد (١٩٩٢م): تعديل السلوك البشري. دار المريخ، الرياض.
١٤. أحمد الحبابي الفاسي (١٩٩١م)، الطرق التربوية وعلم النفس من القرآن الكريم، دار المسيرة، تونس.
١٥. أحمد عبد الرحمن الصويان (١٤١٣هـ)، الحوار.. أصوله المنهجية وآدابه السلوكية، دار الوطن، الرياض.
١٦. سلمان خلف الله (١٤١٩هـ)، الحوار وبناء شخصية الطفل، مكتبة العبيكان، الرياض.
١٧. طارق بن علي الحبيب (١٤٢١هـ)، كيف تحاور، مؤسسة الجريسي، الرياض.
١٨. عبد اللطيف الخياط (١٤٢١هـ)، التربية الفعالة، دار الهدى، الرياض.
١٩. محمد ديماس (١٤٢٠هـ)، فن الحوار والإقناع، دار ابن حزم، بيروت.
٢٠. الندوة العالمية للشباب الإسلامي (١٤١٦هـ)، ط٤، في أصول الحوار.
٢١. إيفلين أم فليد (٢٠٠٤م): حصن طفلك من السلوك العدواني والاستهزاء، مكتبة جرير - الرياض.
٢٢. ماريان يوردن (٢٠٠٤م) صراع الأخوة، مكتبة جرير - الرياض.
٢٣. كات كيللي (٢٠٠٤م) سلوكيات الطفل السيئة، مكتبة جرير - الرياض.
٢٤. محمد جميل (١٩٨٤م): قراءات في مشكلات الطفولة ط٢، تهامة - جدة.
٢٥. محمود عطا (١٩٩٦م): الإرشاد النفسي والتربوي، دار الخريجي - الرياض.
٢٦. بثينة عمارة (١٩٩٨م): الأسس العلمية لتنشئة الأبناء، دار الأمين للطباعة - القاهرة.
٢٧. رزق سند (١٩٩٥م) قراءات في علم النفس، دار النهضة العربية - بيروت.

٢٨. إحسان المالح (٢٠٠٠م): الطب النفسي والحياة - مقالات، مشكلات، فوائد - الجزء الثالث، دار الإشراف، دمشق.

٢٩. جمال الحامد (٢٠٠٠م): نقص الانتباه وفرط الحركة لدى الأطفال. جامعة الملك فيصل.

٣٠. حامد زهران (د. ت): التوجيه والارشاد النفسي. ط ٢، عالم الكتب، القاهرة.

٣١. هدى الحسيني (٢٠٠٠م): المرجع في الإرشاد التربوي (الدليل الحديث للمربي والمعلم) أكديما - بيروت.

٣٢. نبيه الغبرة (١٩٩٣م): المشكلات السلوكية عند الأطفال. ط ٤ المكتب الإسلامي، بيروت.

٣٣. ممدوح حسن برهم (١٩٩٠م): أطفال فرط النشاط الحركي وكيفية التعامل معهم، مطبعة الديار العربية، بغداد.

٣٤. رسول حاتم قاسم (١٩٩٤م): سيكولوجية الطفل والمراهق، دار الوفاق العربي، بغداد.

٣٥. ميثم عبد الرحيم الجبوري: المشكلات السلوكية عند الأطفال وطرق التعامل معها، مطبعة نينوى، الموصل.

٣٦. أميرة حسن عبد الرزاق (٢٠٠٢م): السلوك العدوانى لدى الأطفال، مكتب بحوث الطفولة، بغداد.

٣٧. د. السيد محمد قطب (١٩٨٥م): دراسة بحث لنيل درجة الماجستير - جامعة الأزهر.

٣٨. دراسة لمراجعي العيادة النفسية (١٩٨٨ - ١٩٩٣م): مستشفى الملك خالد الجامعي - الرياض.

## ٢- المراجع في اللغة الروسية:

١. برونر، جيروم: سيكولوجية المعرفة، ترجمة بابيتسكي، دار التقدم، موسكو ١٩٧٧.

٢. بوشكين، ن: علم النفس والسبرينتيك، دار التربية، موسكو ١٩٧١.

٣. تاليزينا، ن: توجيه عملية التعلم، جامعة موسكو ١٩٧٥.
٤. تيخاميروف، ك: بنية النشاط العقلي لدى الإنسان، جامعة موسكو، ١٩٦٩.
٥. غلاتسكي، ب: ذاكرة الإنسان، ترجمة سيد روفاء، دار السلام، موسكو ١٩٧٨.
٦. يلينا، ي: التربية، دار التنوير، موسكو، ١٩٦٩.

### ٣- المراجع والمصادر الأجنبية: REFERENCES

- 1- Gravel J, (1995) Early otitis media, auditoryabilities, and educational risk. Am J Speech-Language Pathol 4:89-94.
- 2- Kumin L, Councill C, Goodman M(1995): The pacing board: A technique to assist the transition from single word to multi wordutterance. Infant –Toddler Invention 5:293-303.
- 3- MacDonald ID (1989): " Becoming partners with Children – From play to conversation. " San Antonio: Special press.
- 4- Manolson A (1992): It takes Tow to Talk' (2nd ed.). Idylewild, CA: Imaginart.
- 5- Meyers L (1994): Access and meaning: the keys to effective computer used by children with language disabilities. J Special Educ Technol.12:257-275.
- 6- Miller IF(1988): Facilitating advanced speech and language development.In C Tingey (ed.):"Down Syndrome: A Resource Handbook."Boston, MA: College-Hill press, pp.119-133.
- 7- Ropert JE, Medley L(1995): Otitis media and speech-language sequelae in young children: Current issues in management. Am J speech-language patho l4:15-24.
- 8- Schwartz S.Miller" : (1996) The new Language of Toys: Teaching Communication Skills to Special Needs Children? Bethesda, MD: Woodbine House.
- 9- Abikoff, H., and Klein, R. (1992). Attention-deficit hyperactivity and coduct disorder: Comorbidity and Implications for treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 881-892.

- 10- Aman, C. J., Roberts, R. J., and Pennington, B. F. (1998). A neuropsychological examination of the underlying deficit in attention deficit hyperactivity disorder: Frontal Lobe versus right parietal lobe theories. *Developmental Psychology*, 34, 956-969.
- 11- Amen, D. G. (2001). *Healing ADD*. New York. G. P. Putnam's sons Press.
- 12- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual disorders (4th ed. Text Revision)*. Washington, DC.
- 13- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- 14- Barkley, R. A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (2end ed.)*. New York: Guilford Press.
- 15- Barkley, R. A., Murphy K. R., and Kwansnik, D. (1996). Motor vehicle driving competencies and risks in teens and young adults with attention deficit by hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 98, 1089-1095.
- 16- Berman, T., Douglas, V. I., and Barr, R. G. (1999). Effects of methylphenidate on complex cognitive processing in attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 90-105.
- 17- Biederman, J., Faraone, S. V., Keenen, K., Steingrad, R., and Tsuang, M. T. (1991). Familial association between attention deficit disorder and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 251-256.
- 18- Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T., Keily K., Guite, J., Ablone, S., Reed, E. D., and Warburton, R. (1995). High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with

- childhood onset of the disorder: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 431-435.
- 19- Carlson, C. L. and Mann, M. (2000). Attention-deficit hyperactivity disorder, predominately inattentive subtype. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 499-510.
  - 20- Cramond, B. (1995). Attention-deficit hyperactivity disorder and creativity: What is the connection? *Journal of Creative Behavior*, 28, 193-210.
  - 21- Diller, L. H. (2000). The ritalin wars continue. *Western Journal of Medicine*, 173, 366-367.
  - 22- Doyle, A. E., Biederman, J., Seidman, L. J., and Faraone, S. V. (2000). Diagnostic efficacy of neuropsychological test scores for discrimination boys with and without attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 477-488.
  - 23- DuPaul, G. J., McGoey, K. E., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., Reid, R., and Ikeda, M. J. (1997). Teacher rating of attention deficit hyperactivity disorder symptoms: Factor structure and normative data. *Psychological Assessment*, 9, 436-444.
  - 24- Eric, P. and Lahey, B. B. (1991). The nature and characteristics of attention-deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review*. 20, 163-173.
  - 25- Erk, R. R. (1995). The conundrum of attention deficit disorder. *Journal of Mental Health Counseling*, 17, 131-145.
  - 26- Faraone, S. V., Biederman, J., Keenan, K., and Tsuang, M. T. (1991). Separation of DSM-III attention deficit disorder and conduct disorder: Evidence from a family-genetic study of American child psychiatric patients. *Psychological Medicine*, 21, 109-121.

- 27- Faraone, S. V., Biederman, J., and Monuteaux, M. C. (2001). Attention deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder in girls: Further evidence for a familial subtype. *Journal of Affective Disorders*, 64, 19-26.
- 28- Faraone, S. V., Biederman, J., Chen, W. J., Milberger, S., Warburton, B., and Tsuang, M. T. (1995). Genetic heterogeneity in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): Gender, psychiatric comorbidity, and maternal ADHD. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 334-345.
- 29- Faraone, S. V., Biederman, J., Feighner, J. A., and Monuteaux, M. C. (2000). Assessing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: Which is more valid? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 830-842.
- 30- Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T., Wilens, T., Seidman, L., Mick, E., and Doyle, A. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: An overview. *Biological Psychiatry*, 48, 9-20.
- 31- Faraone, S. V., Biederman, J., Weiffenbach, B., Keith, T., Chu, M. P., Weaver, A., Spencer, T. J., Wilens, T. E., Frazier, J., Cleves, M., and Sakai, J. (1999). Dopamine D-sub-4 gene 7-repeat allele and attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 768-770.
- 32- Farmer, J. E. and Peterson, L. (1995). Injury risk factors in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Health Psychology*, 14, 325-332.
- 33- Frick, P., Kamphaus, R. W., Lahey, B. B., Loeber, R., Chris, M. A., Hart, E. L., and Tannenbaum, L. E. (1991). Academic underachievement and the disruptive behavior disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 289-294.
- 34- Frick, P., Kamphaus, R. W., Lahey, B. B., Loeber, R., Chris, M. A., Hart, E. L., and Tannenbaum, L. E. (1995). Academic underachievement and the disruptive behavior disorder:

- Correction. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 220.
- 35- Gansler, D. A., Fucetola, R., Krengel, M., Stetson, S., Zimering, R., and Makary, C. (1998). Are there cognitive subtypes on adult attention deficit/hyperactivity disorder? Journal of Nervous & Mental Disease, 186, 776-781.
- 36- Gayton, W. F. Bailey, C., Wagner, A. and Hardesty, V. A. (1986). Relationship between childhood hyperactivity and injury proneness. Perceptual and Motor Skills, 63, 801-802.
- 37- Gentschel, D. A., and McLaughlin, T. F. (2000). Attention deficit hyperactivity disorder as a social disability: Characteristics and suggested methods of treatment. Journal of Development & Physical Disabilities, 12, 333-347.
- 38- Goldman, L., Genel, M., Bezman, R.J., and Slantez, P.J. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Journal of the American Medical Association, 279, 1100-1107
- 39- Greene, R. W., Biederman, J., Faraone, S. V., Sienna, M., and Garcia-JettonJ. (1997). Adolescent outcome of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and social disability. Consulting and Clinical Psychology, 65, 758-767.
- 40- Hartsough, C. S and Lambert, N. M. (1985). Medical factors in hyperactive and normal children: Prenatal, development, and history findings. American Journal of Orthopsychiatry, 55, 190-201.
- 41- Heiligenstein, E., and Keeling, R. P. (1995). Presentation of unrecognized attention deficit hyperactivity disorder in college students. Journal of American College Health, 43, 226-228.
- 42- Herrnstein, R. j. (1970). On the law of effect. Journal of Experimental Analysis of Behavior, 13, 243-266.

- 43- Hishaw, S. S., Lahey, B. B., and Hart, E. L. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development & Psychopathology*, 5, 31-49.
- 44- Jaquess, D. L. and Finney, J. W. (1994). Previous injuries and behavior problems predict children's injuries. *Journal of Pediatric Psychology*, 19, 79-89.
- 45- Kendall, P. C. (1993). Cognitive-behavioural therapies with youth: Guiding theory, current status, and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 235-247.
- 46- Kent, M. A., Camfield, C. S., and Camfield, P. R. (1999). Double-blind methylphenidate trials: Practical, useful, and highly endorsed by families. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153, 1292-1294.
- 47- Kewley, G. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder in underdiagnosed and undertreated Britain. *British Medical Journal*, 316, 1594-1595.
- 48- Klein, R. G., and Abikoff, H. (1999). Behavior therapy and methylphenidate in treatment of children with ADHD. *Journal of Attention Disorder*, 2, 89-114.
- 49- Lahey, B. B., Loeber, R., Hart, E. L., Frick, P. J., Applegate, B., Zhang, Q., Green, S. M., and Russo. M. F. (1995). Four-year longitudinal study of conduct disorder on boys: patterns and predictors of persistence. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 83-93.
- 50- Leonard, B. F. (1992). *Fundamentals of psychopharmacology*. Chichesrer. Jhon Wiley.
- 51- Levy, F., Hay, D. A., McStephen, M., Wood, C., and Waldman, I. D. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder: A category or acontiuunuun? A genetic analysis of a large-scale study. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 36, 737-744.

- 52- Marshall, R. M., Hynd, G. W., Handwerk, M. J., and Hall, J. (1998). Academic underachievement in ADHD subtypes. *Journal of Learning Disabilities*, 30, 635-642.
- 53- Mataro, M., Garcia-Sanchez, C., Junque, C., Estevez-Gonzalez, A., and Pujol, J. (1997). Magnetic resonance imaging measurement of the caudate nucleus in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder and its relationship with neuropsychological and behavioural measures. *Archives of Neurology*, 54, 963-968.
- 54- Merrell, C. and Tymms, P. B. (2001). Inattention, hyperactivity and impulsivity: Their impact on academic achievement and progress. *British Journal of Education Psychology*, 71, 43-56.
- 55- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V., Murphy, J., and Tsuang, M. T. (1995). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disorders: Issues of overlapping symptoms. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 1793-1803.
- 56- Monastra, V. J., Lubar, J. F., and Linden, M. (2001). The development of a quantitative electroencephalographic scanning process for attention deficit-hyperactivity disorder: Reliability and validity studies. *Neuropsychology*, 15, 136-144.
- 57- Murphy, K. R., Barkley, R. A., and Bush, T. (2001). Executive functioning and olfactory identification in young adults with attention deficit-hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 15, 211-220.
- 58- Oades, R. D., and Muller, B. (1997). The development of conditioned blocking monoamine metabolism in children with attention-deficit-hyperactivity disorder or complex tics and health controls: An exploratory analysis. *Behavioural Brain Research*, 88, 95-102.
- 59- Peebles, E. E., Searls, D. T., and Wellingham-Jones, P. (1996). Attention-deficit hyperactivity disorder: A

- longitudinal case study of handwriting characteristics. *Perceptual & Motor Skills*, 81, 1243-1252.
- 60- Pelham, W. E., Hoza, B., Kipp, H. L., Gnag, E. M., and Trane, S. (1997). Effects of methylphenidate and expectancy on ADHD children's performance, self-evaluation, persistence, and attribution on a cognitive task. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 5, 3-13.
- 61- Pfiffner, L. J., and McBurnett, K. (1997). Social skills training with parent generalization treatment effects for children with attention deficit disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 749-757.
- 62- Pfiffner, L. J., McBurnett, K., Lahey, B. B., Loeber, Green, S., Frick, P. J., and Rathouz, P. J. (1999). Association of parental psychopathology to the comorbid disorder boys with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 881-893.
- 63- Rhee, S. H., Waldman, I. D., Hay, D. A., and Levy, F. (1999). Sex differences in genetic and environmental influences on DSM-III-R attention -deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 24-41.
- 64- Ries, S., and McCoach, D. B. (2000). The underachievement of gifted students: What do we know and where do we go? *Gifted Child Quarterly*, 44, 152-170.
- 65- Russell, V., de Villiers, A., Sagvolden, T., Lamm, M., and Taljaard, J. (1998). Differences between electrically-, ritalin- and amphetamine-stimulated release of [3 H] dopamine from brain slices suggest impaired vesicular storage of dopamine in an animal model of attention-deficit hyperactivity disorder. *Behaviour Brain Research*, 94, 163-171.
- 66- Safer, D. J., Zito, J. M., and Fine, E. M. (1996). Increased methylphenidate usage for attention deficit hyperactivity disorder in the 1990's. *Pediatrics*, 98, 1084-1088.

- 67- Sagvolden, T. (1998). Attention deficit/hyperactivity disorder. *European Psychologist*, 4, 109-114.
- 68- Sagvolden, T., and Sergeant, J. A. (1998). Attention deficit/hyperactivity disorder: From brain dysfunction to behaviour. *Behavioural Brain Research*, 94, 1-10.
- 69- Schaughency, E. A., Lahey, B. B., Hynd, G. W., Stone, P. A., Piacentini, J. C., and Frick, P. J. (1989). Neuropsychological test performance and the attention deficit disorder clinical utility of the Luria-Nebraska neuropsychological Battery-Children's. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 112-116.
- 70- Seidman, L. J., Biederman, J., Monuteaux, M. C., Weber, W., and Faraone, S. V., (2000). Neuropsychological functioning in nonreferred sibling of children attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 252-265.
- 71- Silberstein, R. B., Farrow, M., Levy, F., pipingas, A., Hay, D. A., and Jarman, F. C. (1998). Functional brain electrical activity mapping in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1105-1112.
- 72- Slomkowski, C., Klein, R. G., and Mannuzza, S. (1995). Is self-esteem an important outcome in hyperactivity children? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 303-315.
- 73- Smith, B. H., Pelham, W. E, Gngay, E., Molina, B., and Evans, S. (2000). The reliability, validity, and unique contribution of self-report by Adolescents receiving treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 489-499.
- 74- Spencer, T., Biederman, J., and Wilens, T. (2000). Pharmacotherapy of attention deficit hyperactivity disorder. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 77-97.
- 75- Sunohara, G. A., Roberts, W., Malone, M., Schachar, R. J., Tannock, R., Basile, V. S., Wigal, S. B., Schuck, S., Moriarty,

- J., Swanson, J. M., Kennedy, J. I., and Barr, C. L. (2000). Linkage of the dopamine D4 receptor gene and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 1537-1542.
- 76- Swanson, J. M., Flodman, P., Kennedy, J., Spence, M. A., Moyzis, R., Schuck, S., Murias, M., Moriarty, J., Barr, C., Smith, M., and Posner, M. (2000). Dopamine genes and ADHD. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24, 21-25.
- 77- Swanson, J. M., Sergeant, J. A., Taylor, E., Sonuga-Barke, E. J. S., Jensen, P. S., and Cantwell, D. P. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder hyperkinetic disorder. *The Lancet*, 351, 429-433.
- 78- Thapar, A., Holmes, J., Poulton, K., and Harrington, R. (1999). Genetic basis of attention deficit and hyperactivity. *British Journal of Psychiatry*, 174, 105-111.
- 79- Walen, C. K. and Henker, B. (1991). Therapies for hyperactivity children: comparison, combination, and comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 126-137.
- 80- Weiss, G., Hechtman, L., Perlman, T., Hopkins, J. and Wener, A. (1979). Hyperactives as young adults. *Archives of General Psychiatry*, 36, 675-681.
- 81- Wender, P. H. (2000). ADHD: Attention-deficit hyperactivity disorder in children and adults. New York: Oxford university Press.
- 82- Wender, P. H. (1995). Attention-deficit-hyperactivity disorder in adults. New York: Oxford university Press
- 83- Willcutt, E. G., Pennington, B. F., Boada, R., Ogline, J. S., Tunick, R. A., Chhabildas, N. A., and Olson, R. K. (2001). A comparison of the cognitive deficit in reading disability and attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 157-172.

- 84- Zarin, D. A., Suarez, A. P., Pincus, H. A., Kupersanin, E., and Julie, M. (1998). Clinical and treatment characteristics of children with attention-deficit hyperactivity disorder on psychiatric practice. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37, 1262-1270.

## الفهرس

المقدمة ٣

### الفصل الأول

اضطراب النشاط الحركي الزائد المصحوب بنقص الانتباه ٥

اضطراب النشاط الحركي الزائد المصحوب بنقص الانتباه ٦

المقدمة ٦

مفهوم النشاط الزائد ٩

كثرة النشاط الحركي وقلة الانتباه ١١

ما هو الـ ADHD ١٣

مفهوم النشاط الزائد وقلة الانتباه ١٤

ماذا يعني تشتت قلة الانتباه ١٤

ماذا يعني فرط الحركة - زيادة النشاط؟ ١٤

ماذا تعني الاندفاعية؟ ١٥

المدة الطبيعية للتركيز والانتباه ١٥

نسبة انتشار اضطراب النشاط الزائد ١٥

الأعمار التي يحدث فيها الاضطراب ١٧

هل الطفل مصاب بتخلف فكري؟ ١٧

هل الطفل لديه صعوبات في التعلم؟ ١٧

- المآل ١٨  
أنواع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه ١٨  
الأنواع الفرعية ومحركاتها التشخيصية ١٩  
الخصائص المصاحبة ٢١

## الفصل الثاني

### الأعراض والخصائص العامة ٢٥

- الأعراض والخصائص العامة ٢٦  
أعراض النشاط الزائد ٢٨  
كيف تظهر أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه؟ ٢٩  
متى يكون نشاط الطفل مرضياً ٢٩  
الأعراض السلوكية للمرض ٣١  
الأعراض الفيزيائية للمرض ٣٢  
المظاهر السريرية ٣٣  
الاندفاع Impulsivity ٣٦  
١- النشاط الحركي الزائد فرط النشاط الحركي Hyperactivity ٣٦  
٢- تشتت الانتباه Inattention ٣٧  
الآثار السلبية للنشاط الزائد ٣٨  
تأثير فرط النشاط الحركي على التحصيل الدراسي والعلاقات الاجتماعية ٣٩

## الفصل الثالث

### أسباب النشاط الزائد ٤٣

- أسباب النشاط الزائد ٤٤

- ٤٦ - العوامل الوراثية الجينية
- ٤٧ - العوامل العضوية
- ٤٨ - العوامل النفسية والاجتماعية
- ٤٩ - العوامل البيئية

## الفصل الرابع

### ٥٥ العلاقة بين التغذية وسلوك الأطفال

- ٥٦ العلاقة بين التغذية وسلوك الأطفال
- ٥٦ الغذاء وظاهرة الإفراط بالنشاط
- ٥٧ عصير الطماطم والبرتقال وفواكه أخرى
- ٥٧ الغذاء الغني بالسكريات والنشويات
- ٥٨ الحليب ومنتجاته
- ٥٨ تجمع مواد سامة في الجسم
- ٥٨ التسمم الناجم عن المعادن الثقيلة
- ٥٩ تناول المضادات الحيوية "Antibiotics"
- ٦٠ تأثير نقص المواد
- ٦٠ \* نقص المغنيسيوم
- ٦٠ \* نقص فيتامين B
- ٦٠ \* نقص الحديد
- ٦٠ \* نقص أحماض دهنية
- ٦٠ \* نقص الخارصين

## الفصل الخامس

### ٦١ التشخيص

- ٦٢ التشخيص
- ٦٢ سمات تشخيصية أساسية لابد أن يتضمنها النشاط الزائد
- ٦٣ متى يتم التشخيص؟
- ٦٣ كيفية التشخيص
- ٦٤ مظاهر النشاط الزائد وقلة الانتباه
- ٦٥ ١- الأطفال ما بين سن الثلاث إلى خمس سنوات.
- ٦٥ ٢- الأطفال ما بين ستة إلى اثني عشر سنة
- ٦٦ طرق تشخيص النشاط الزائد
- ٦٦ القائمة الأولى تخص الأطفال في مرحلة الروضة قبل المدرسة.
- ٦٧ القائمة الثانية تخص الأطفال في المرحلة الابتدائية

## الفصل السادس

### ٦٩ علاج اضطراب فرط النشاط وقلة الانتباه

- ٧٠ علاج اضطراب فرط النشاط وقلة الانتباه
- ٧٠ اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وحالات أخرى
- ٧٠ معالجة النشاط الزائد ADHD
- ٧٠ ١- العلاج الدوائي الطبي
- ٧٤ ٢- العلاج الغذائي
- ٧٧ ٣- العلاج الأسري المشورة الأسرية
- ٧٨ ٤- العلاج السلوكي

- ٨١ أساليب تعديل سلوك الطفل
- ٨٦ دور الأهل في العلاج السلوكي
- ٨٨ ٥- العلاج النفسي
- ٨٨ ٦- العلاج التربوي
- ٨٩ الطفل المصاب في المدرسة
- ٨٩ دور المدرسة
- ٩٠ وسائل تنفيذ في زيادة الانتباه عند الأطفال
- ٩٣ النشاط الزائد لدى الأطفال مرض قابل للعلاج
- ٩٤ تجارب وعلاج

## الفصل السابع

### ٩٥ التغيرات السلوكية عند الأطفال وقفة تأمل !

- ٩٦ التغيرات السلوكية عند الأطفال .. وقفة تأمل !
- ٩٦ الأطفال بين السنة الأولى والثلاثة سنوات
- ٩٧ اعتبارات عامة
- ٩٩ سلوك الطفل ومشاكل الأهل
- ٩٩ ١- تدريب الأطفال على التحكم بطرح الفضلات
- ١٠٠ ٢- مشاكل الاعتماد على الآخرين
- ١٠١ ٣- قلق الانفصال
- ١٠٢ ٤- مشاكل الأكل
- ١٠٣ ٥- مشاكل النوم
- ١٠٥ ٦- التوحد
- ١٠٧ ٧- الإكثار من مشاهدة التلفزيون

١٠٨ صور تربوية خاطئة

## الفصل الثامن

١١١ العوارض السلبية خلال مراحل التطور والنمو

- ١١٢ العوارض السلبية خلال مراحل التطور والنمو
- ١١٢ عناد الأطفال
- ١١٢ أشكال العناد
- ١١٣ أسباب العناد
- ١١٥ الطفل العنيد والأسرة
- ١١٦ التعامل مع الطفل العنيد
- ١١٧ كيف يتكون العناد
- ١١٧ ضروريات التعامل مع الطفل العنيد
- ١١٧ طريقة فعالة لوضع الحدود للطفل

## الفصل التاسع

١١٩ صعوبات التعلم

- ١٢٠ صعوبات التعلم
- ١٢٠ تعريف صعوبات التعلم
- ١٢٢ قياس وتشخيص صعوبات التعلم
- ١٢٣ الخصائص التعليمية لأطفال صعوبات التعلم
- ١٢٤ تصنيف الصعوبات التعليمية وأقسامها
- ١٢٤ ١- صعوبات القراءة

## الاضطرابات الحركية

- ١٢٥ \_\_\_\_\_ ٢- صعوبات الكتابة والهجاء
- ١٢٥ \_\_\_\_\_ ٣- صعوبات في تعلم الحساب
- ١٢٦ \_\_\_\_\_ السمات الشخصية للأطفال ذوي الصعوبات التعليمية
- ١٢٦ \_\_\_\_\_ أشكال السلوك الاجتماعي والانفعالي التي تؤدي إلى الصعوبات التعليمية
- ١٢٦ \_\_\_\_\_ أ- النشاط الزائد Hyperactivity
- ١٢٧ \_\_\_\_\_ ب- السلوك الاندفاعي
- ١٢٧ \_\_\_\_\_ ج- القابلية للتشتيت Distactidility
- ١٢٧ \_\_\_\_\_ د- الثبوت
- ١٢٧ \_\_\_\_\_ و- عدم الثبات الانفعالي
- ١٢٨ \_\_\_\_\_ أساليب تعديل السلوك في حالات صعوبات التعلم
- ١٢٨ \_\_\_\_\_ أ- التعزيز الإيجابي Positive Reinforcemvt
- ١٢٨ \_\_\_\_\_ ب- التعزيز السلبي Negative Reinforcement
- ١٢٨ \_\_\_\_\_ ج- العقاب Punishment
- ١٢٩ \_\_\_\_\_ د- المحو Extinction
- ١٢٩ \_\_\_\_\_ و- التشكيل والتسلسل Shaping & chaining
- ١٢٩ \_\_\_\_\_ ط- النمذجة Modeling
- ١٣٠ \_\_\_\_\_ معلمي أطفال صعوبات التعلم
- ١٣٠ \_\_\_\_\_ إرشادات لمدرس أطفال ذوي صعوبات تعلم
- ١٣١ \_\_\_\_\_ المناهج الخاصة بصعوبات التعلم
- ١٣١ \_\_\_\_\_ طرق التدريس
- ١٣١ \_\_\_\_\_ استخدام غرفة المصادر
- ١٣٢ \_\_\_\_\_ الأنشطة الأساسية التي تحتويها غرفة المصادر

## الفصل العاشر

### السلوك العدواني عند الأطفال

- ١٣٣ \_\_\_\_\_
- ١٣٤ \_\_\_\_\_ السلوك العدواني عند الأطفال
- ١٣٤ \_\_\_\_\_ تعريف العدوانية
- ١٣٤ \_\_\_\_\_ أنواع السلوك العدواني
- ١٣٥ \_\_\_\_\_ أسباب السلوك العدواني
- ١٣٦ \_\_\_\_\_ الكشف عن السلوك العدواني
- ١٣٧ \_\_\_\_\_ الأساليب الإرشادية الوقائية
- ١٤٢ \_\_\_\_\_ أساسيات تأديب الأطفال
- ١٤٢ \_\_\_\_\_ القواعد العامة لمعاقبة الطفل
- ١٤٣ \_\_\_\_\_ وسائل التأديب والنتائج المترتبة عليها
- ١٤٥ \_\_\_\_\_ التأديب بالهجر
- ١٤٥ \_\_\_\_\_ كيف يتم عزل الطفل
- ١٤٥ \_\_\_\_\_ التأديب بالعقاب البدني

## الفصل الحادي عشر

### نزعة التخريب لدى الأطفال

- ١٤٨ \_\_\_\_\_ نزعة التخريب لدى الأطفال
- ١٤٨ \_\_\_\_\_ أشكال التخريب
- ١٤٨ \_\_\_\_\_ الأسباب والدوافع
- ١٤٨ \_\_\_\_\_ أ- الأسباب النفسية

- ب- الأسباب العاطفية ١٤٩  
ج- الأسباب الاجتماعية ١٥٠  
د- الأسباب الشخصية ١٥١  
و- الأسباب العضوية ١٥٣

## الفصل الثاني عشر

### ١٥٥ ثرثرة الطفل

- ١٥٦ ثرثرة الطفل  
١٥٧ الحوار وتوجيه الأبناء  
١٥٨ هدف الحوار  
١٥٨ أهمية الحوار  
١٥٩ كيف يمكن أن يكون الحوار مفيد  
١٦٠ قواعد جوهرية في كيفية الحوار  
١٦٠ ١- الاستماع الإيجابي  
١٦٠ ٢- حسن البيان  
١٦١ ٣- الجاذبية  
١٦٣ الحوار التربوي في البيت والمدرسة  
١٦٣ فوائد الحوار التربوي  
١٦٤ توظيف الحوار تربوياً

## الفصل الثالث عشر

### ١٦٧ توجيهات عامة للمرشدين والآباء والمعلمين

- ١٦٨ توجيهات عامة للمرشدين والآباء والمعلمين

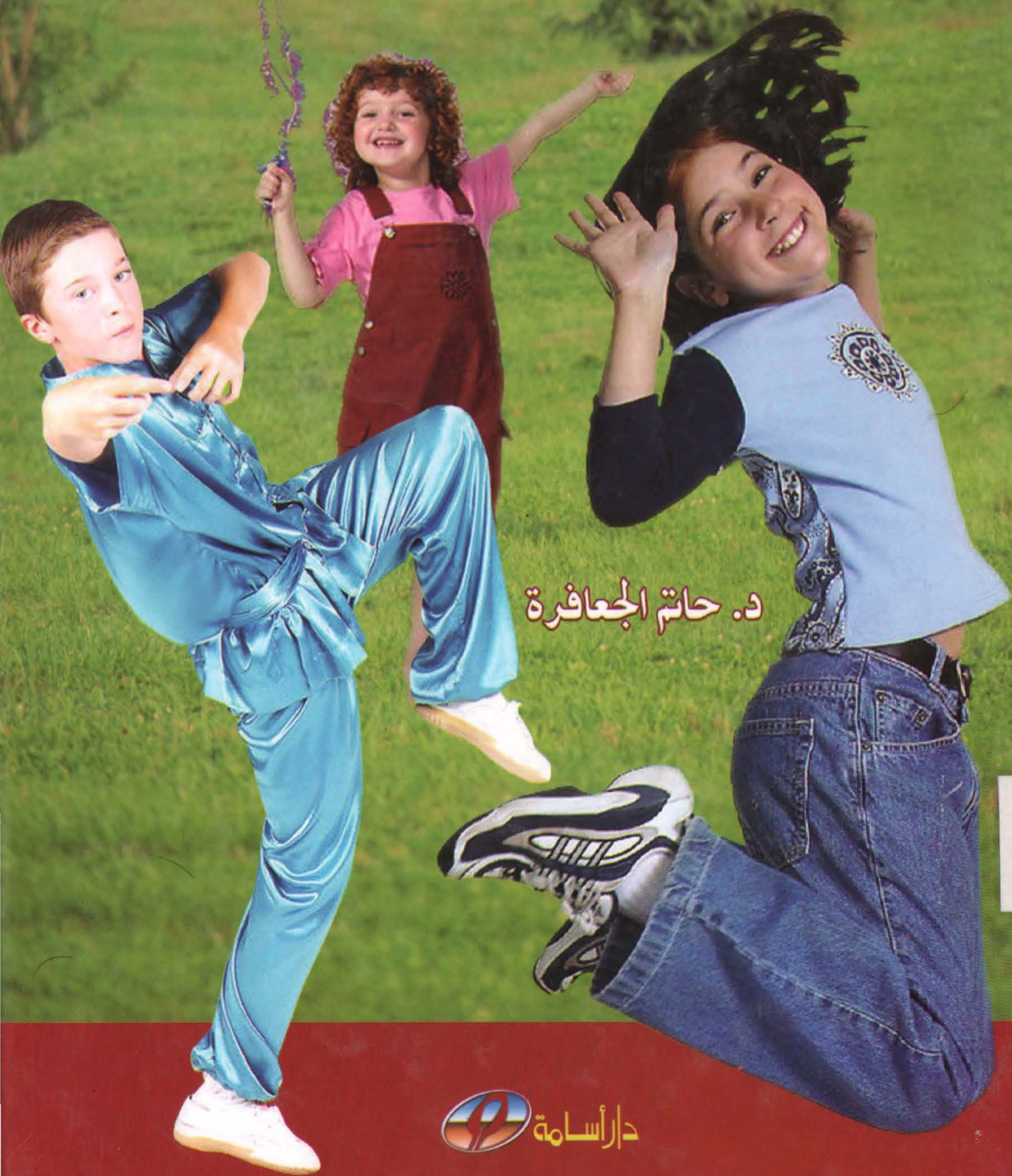
## ▲▲▲▲ الاضطرابات الحركية ▲▲▲▲

- ١٧٠ ما ينبغي على المعلم معرفته \_\_\_\_\_
- ١٧١ التعرف على اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه \_\_\_\_\_
- ١٧١ من مظاهر اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه \_\_\_\_\_
- ١٧٢ عوامل تتسبب في الظاهرة \_\_\_\_\_
- ١٧٢ الأدوية في المدرسة \_\_\_\_\_
- ١٧٣ أسرار المدارس الناجحة \_\_\_\_\_
- ١٧٤ استراتيجيات في الفصل \_\_\_\_\_
- ١٧٥ استراتيجيات لمساعدة الطالب \_\_\_\_\_
- ١٧٥ التعامل مع الطفل وإدارة التصرفات \_\_\_\_\_
- ١٧٩ الخاتمة \_\_\_\_\_
- ١٨٥ المصادر والمراجع \_\_\_\_\_
- ١٩٩ الفهرس \_\_\_\_\_





# الاضطرابات الحركية عند الأطفال



د. حاتم الجعافرة



دار أسماء