



اضطرابات ارتقائية عصبية

الفرقة الأولى (برنامج الفئات الخاصة)

أ.م.د/ حسين أبو المجد

أستاذ علم النفس الإكلينيكي (م)

رئيس قسم علم النفس

مدير وحدة الارشاد والعلاج النفسي بكلية الآداب

مدير مركز ذوي الاحتياجات الخاصة

جامعة جنوب الوادي

إلى من وهبنا الحب والحنان .. وسَهرا ليقدم لنا لحظة سعادة ..
إلى من شقبا ليصنعوا لنا هذه الحياة .. إلى من كانا سبباً في
وجودنا -والذي العزيز (رحمه الله) ووالدتي الغالية أمد الله في
عمرها ورزقها الصحة والعافية

د/ حسين أبوالمجد

فهرس الموضوعات

الصفحات	الموضوع
٤٦ - ٧	الفصل الأول (الاتجاهات النظرية في تفسير الاضطرابات الانفعالية والسلوكية)
١٢١ - ٤٧	الفصل الثاني (بعض أشكال الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال)
١٨٠ - ١٢٢	الفصل الثالث (بعض أشكال الاضطرابات الانفعالية لدى الأطفال)
١٨٣ - ١٨١	المراجع

الفصل الأول

الاتجاهات النظرية في تفسير

الاضطرابات الانفعالية والسلوكية

الاتجاهات النظرية في تفسير الاضطرابات الانفعالية والسلوكية

تمهيد:

تعد الاضطرابات الانفعالية والسلوكية احد اشكال السلوك اللاتكيفية التي تعيق عملية النمو الطبيعي لدى الافراد وتؤثر في عمليات تفاعلاتهم الاجتماعية وادائهم المهني والاكاديمي. ومثل هذه الاضطرابات حظيت بأهتمام العديد من الاتجاهات النظرية تماماً كما هو الحال في دراسة السلوكات التكيفية السليمة على اعتبار ان فهم الظاهرة النفسية يتطلب دراستها ببعديها التكيفي واللاتكيفي.

وفيما يلي عرض لبعض ابرز الاتجاهات النظرية.

أولاً: نظريات التحليل النفسي Psychoanalytic Theories

تجمع معظم نظريات التحليل النفسي حول دور خبرات الطفولة المبكرة في بناء الشخصية وفي الأنماط التكيفية التي تتميز بها الشخصية المستقبلية. وترى ان غالبية الاضطرابات النفسية والسلوكية التي يعاني منها الافراد في المراحل العمرية اللاحقة ترجع في بعض اسبابها الي خبرات الطفولة المؤلمة غير السارة التي تكون مكبوتة في

اللاشعور، والتي تبقى تعمل باستمرار وتظهر في شكل الاضطراب السلوكي لذلك تركز نظريات التحليل النفسي على ضرورة تحليل ديناميات الشخصية من اجل التعرف على الخبرات اللاشعورية، كون ان مثل هذه الخبرات تشكل الاندفاعات اللاشعورية للسلوك.

وترى هذه النظريات ان الاضطرابات الانفعالية والسلوكية منها قد ترتبط بجملة اسباب مثل الازمات والصدمات النفسية والعلاقات السيئة مع الوالدين وعدم إشباع الحاجات والتعرض الى العقاب والتهديد والاهمال من قبل الاخرين ولا سيما الوالدين او بسبب عوامل التكوين البيولوجي.

يعد العالم النمساوي سيجموند فرويد من ابرز اعلام نظريات التحليل النفسي، فهو يرى في نظريته حول الشخصية والتي تعرف باسم النظرية الدينامية بان الشخصية عبارة عن مجموعة قوى من الدوافع والعمليات النفسية المتغيرة والقوى اللاشعورية التي تحرك السلوك، ويرى ان السلوك هو نتاج تفاعل مجموعة من القوى اللاشعورية والدوافع، حيث تعبر الشخصية عن ذاتها في نوعين من

السلوك هما:

أ. السلوك الظاهر ويتمثل في الأفعال والأقوال والإيماءات الظاهرة.

ب- السلوك الضمني ويتمثل في الاستجابات غير الظاهرة التي تعبّر

عن أغوار الشخصية.

يفترض فرويد وجود مجموعتين من الدوافع المتعارضة في الشخصية، تتمثل المجموعة الأولى في دوافع الحياة والتي تهدف إلى الحفاظ على حياة الإنسان وبقائه وتتمثل في دوافع الحب الجنسي وحب الذات وحب الآخرين والبناء والتعاون والصداقة، ومثل هذه الدوافع تستمد قوتها من طاقة الليبدو وتجد في السلوك الجنسي تنفساً لها. أما المجموعة الثانية من الدوافع فتعرف بدوافع الموت وهي لاشعورية وتدفع الإنسان إلى العدوان والتدمير.

وفيما يتعلق بالجهاز النفسي، فيرى فرويد أنه يتألف من ثلاثة مستويات تقع فيها كافة أنواع الخبرات والذكريات والمعارف والرغبات، وهذه المستويات هي:

أ. الشعور: ويمثل الجانب الشعوري من شخصية الفرد، وفيه تقع

كل الخبرات والمعارف والادراكات والرغبات التي يكون الفرد على وعي تام بها والتي يسهل عليه تذكرها واسترجاعها. ومثل هذا الجانب لا يمثل الا جزءاً صغيراً من الحياة النفسية للفرد، وهو يخضع لعوامل الزمان والمكان والواقع والمبادئ والاخلاق.

ب. ما قبل الشعور: وفيه تقع الافكار والرغبات والذكريات التي

تكون قريبة من حيز الشعور، بحيث تصبح شعورية عند الحاجة، حيث يقلل من الجهد يستطيع الفرد تذكرها واسترجاعها.

ج- اللاشعور: يمثل العمليات النفسية التي لا يكون الفرد على

وعي تام بها، وفيه تقع الرغبات المكبوتة التي ترتبط بدوافع الجنس والعدوان بالاضافة الى الافكار والذكريات والاحداث والخبرات الانفعالية المؤلمة التي مر بها الفرد في طفولته وبقيت دفينة لا تستطيع الدخول الى حيز الشعور. ومثل هذا الجانب لا يخضع لعوامل مثل الزمان والمكان والاخلاق، وانما يعمل وفقاً لمبدأ تحقيق اللذة وتجنب الألم والنشاط الدائم، حيث محتوياته قد تبرز نفسها الى حيز الشعور من خلال الاحلام، وولات اللسان والنسيان والنكات وبعض

الاضطرابات النفسية أو الاضطرابات الانفعالية والسلوكية.

ويرى فرويد ان الشخصية الانسانية تتألف من ثلاثة انظمة نفسية

تتنافس فيما بينها للحصول على الطاقة النفسية وهي: Id والانا

Ego والانا الاعلى Super ego

الهو Id مصدر الطاقة النفسية، وهو لا شعوري ويمثل الجانب

الحيواني من الانسان. ويعد هو المكون الاول الذي ينمو في

الشخصية، ويعمل وفق مبدأ تحقيق اللذة وتجنب الالم، ويمثل هو

الغرائز الجنسية والدوافع العدوانية والرغبات المكبوتة التي تدفع الفرد

باستمرار الى اشباعها. يمثل الانا النظام الثاني في الشخصية، حيث

تنمو عندما يدرك الفرد وجود متطلبات ومعوقات تحول دون اشباع

دوافع هو.

تعمل الانا Ego وفق متطلبات الواقع، وتسعى الى اشباع

دوافع هو بطرق تتسجم مع مطالب ومعايير المجتمع. ترتبط الانا

بالهو، وبالرغم من ان جزءاً، ضئيلاً منها لا شعورياً، الا ان الجزء

الاكبر منها شعوري يتصل بالواقع ويراعى متطلباته وظروفه. وبهذا

المنظور، فالانا تمثل الجانب التنفيذي للشخصية من حيث اتخاذ القرارات والتفكير العقلاني واشباع مطالب الهو بطرق مقبولة والسلوك وفقاً لمعايير المجتمع.

اما المكون الثالث للشخصية، فهو الانا الأعلى Super ego ، ويضم الانا المثالية والضمير والمبادئ والقيم والمثل الاخلاقية. ويعمل هذا المكون باستمرار على كبح مطالب الهو ومنعها من اشباع دوافعها.

يؤكد فرويد ان المكونات الثلاثة للشخصية ليست مستقلة عن بعضها البعض، ولكنها متفاعلة ومتداخلة معاً وتتنافس فيما بينها على الطاقة النفسية اثناء مرور الفرد في المراحل النمائية المختلفة (وهي المرحلة الفمية، والشرجية، والقضيبيية، والكمون والتناسلية). ويرى انه في كل مرحلة من هذه المراحل يخبر الفرد اللذة في احد اعضاء

الجسم، وهو بحاجة الى اشباع الحاجات المرتبطة بها. لذلك تسعى الانا الى التوفيق بين دوافع الهو الملحة ونواهي الانا الاعلى ومطالب الواقع التي تقف في وجه اشباع دوافع الهو. وهكذا فعندما

تتجح الانا في التوفيق بين المطالب المتعارضة يتحقق النمو السليم

للشخصية على نحو يمكّن الف رد من التكيف النفسي والاجتماعي.

اما في حال فشل الانا في التوفيق بين دوافع الهو ومطالب الانا

الاعلى وعجزها عندئذ من حل الصراعات والتناقضات فيما بينهما،

فان نوعاً من التثبيت يحدث لدى الفرد ويتولد عن ذلك مشاعر التوتر

والقلق والاضطراب السلوكي لديه. ونتيجة لذلك، فان الانا تلجأ الى

تنمية الحيل الدفاعية لحل الصراعات والتقليل من مشاعر القلق

والتوتر عبر عمليات تشويه لا شعورية للواقع.

لقد واجهت نظرية فرويد في التحليل النفسي انتقادات عديدة من

قبل علماء النفس التحليليين أمثال كارل يونج، وادلر واريكسون وغيرهم.

فقد شكك هؤلاء بمصداقية وجود الرغبات الجنسية لدى الاطفال، كما

انهم انتقدوا نظرية فرويد من حيث المبالغة في تأكيده على الجوانب

البيولوجية في بناء الشخصية ودور كل من اللاشعور وخبرات الطفولة

المبكرة في تحديد ملامح الشخصية المستقبلية للفرد.

فبالاضافة الى العوامل البيولوجية، يرى هؤلاء العلماء ان نمو

الشخصية الانسانية يعتمد على عوامل اخرى تتمثل في مجموعة العوامل الثقافية والاجتماعية. ففي هذا الصدد، يرى ادلر (Adler) أن الاهتمام الاجتماعي فطري الطابع، حيث يميل الانسان بطبيعته الى الانغماس في العلاقات الاجتماعية مدفوعاً بدوافع ايجابية تتمثل في الحب والتعاون والاهتمام والتقبل والتعاطف.

ويرى ادلر ان الافراد يندفعون نحو العلاقات الاجتماعية لان مثل هذه العلاقات تسهم في تشكيل شخصياتهم وتساعدهم في تحقيق التفوق وتعويض مشاعر النقص لديهم. وحسب وجهة نظر ادلر، فان الاضطرابات السلوكية ومظاهر عدم التوافق ترجع الى مشاعر النقص وعجز الذات الخلاقة من بلوغ الاهداف وتحقيق التوافق وذلك عندما يفشل الفرد من الدخول في العلاقات الاجتماعية المتبادلة أو عندما يفقد الدعم الاجتماعي.

فيرى اريكسون (Erickson) ان الانسان اثناء نموه النفسي الاجتماعي يمر بثمانية مراحل في كل منها يواجه الفرد صراعاً اوازمة من نوع معين يفترض منه ايجاد حلاً مناسباً لها للمرور بسلام الى

المرحلة التي تليها، حيث يتوقف تطور الشخصية او نموها على طبيعة الخبرات. والحلول التي يتعلمها في كل مرحلة من هذه المراحل. ويرى اريكسون ان الفرد يكتسب خلال حلة للازمات مهارات جديدة يترتب عليها مسؤوليات ومتطلبات اجتماعية اضافية والتي بدورها تخلق لديهم ازمات جديدة. هذا ويعتمد نمو الفرد الشخصي على طبيعة العلاقات الاجتماعية التي تربطه بالآخرين ولا سيما الوالدين، ومدى الدعم الذي يقدمونه له خلال عمليات التطبيع الاجتماعي. واعتماداً على ذلك فان الاضطرابات السلوكية تتولد لدى الافراد عندما يفشلون في حل الازمات التي يواجهونها في المراحل المتعددة. فعلى سبيل المثال، في المرحلة العمرية الأولى يواجه الطفل ازمة تعلم الثقة مقابل عدم الثقة بالآخرين وهنا يتوقف نموه على مدى تقديم الحب والرعاية والحنان والغذاء من قبل الآخرين ولا سيما الام، ان عدم تلبية مثل هذه المطالب يخلق لديه ازمة عدم الثقة بالآخرين والتي تستمر معه طوال حياته ويتولد عنها العديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية.

ثانياً: النظريات السلوكية Behavioral Theories

ترى النظريات السلوكية ان معظم السلوكات الانسانية السوية منها وغير السوية متعلمة من خلال تفاعلات الفرد المستمرة مع البيئات والمثيرات المادية والاجتماعية. فالانسان يولد ولديه بعض المنعكسات اللاارادية والاستعدادات البيولوجية التي تساعده في عملية التفاعل مع البيئة، ومن خلال عملية التفاعل هذه يكتسب الفرد الخبرات والمعارف والانماط السلوكية المتعددة. ووفقاً لهذا المنظور، تجمع معظم النظريات السلوكية على ان التعلم هو بمثابة تشكيل ارتباطات بين مثيرات واستجابات فكما يكتسب الفرد السلوك السوي السليم، فانه يتعلم الانماط السلوكية غير التكيفية بحيث تنقوى او تضعف مثل هذه الارتباطات وفقا للخبرات العقابية اوالتعزيزية التي توفرها البيئة التي يتفاعل معها الفرد. وهكذا فالسلوك هو دالة للمحددات البيئة، وهكذا تعتمد طبيعة السلوك على نوعية وطبيعة الخبرات التي توفرها البيئة للأفراد.

تعنى النظريات السلوكية بدراسة السلوك الظاهر، وترى أن مثل هذا السلوك يمثل سمة شبه ثابتة نسبياً في شخصية الفرد عندما يتكرر استخدامه من قبل الفرد في مواقف وظروف محددة، على اعتبار ان هذا السلوك قد ارتبط بالسابق في مثل هذه المواقف والظروف ؛ فهي تتجاهل التفسيرات التقليدية للشخصية التي تؤكد ان الحاجات والدوافع والسمات والرغبات على انها المحركات الرئيسية للسلوك بالوقت التي تتجاهل فيه كذلك العمليات المعرفية. وحسب وجهة النظريات السلوكية، فالسلوك المضطرب او غير السوي متعلم نتيجة مرور الفرد بخبرات بيئية سابقة او تفاعله مع مثيرات غير مناسبة.

ومثل هذا السلوك المضطرب تقوى عند الفرد بسبب تلقيه خبرات تعزيزية في السابق لهذا السلوك أو بسبب فشل الفرد في الاستفادة من الخبرات التعليمية او لان الفرد يجد في هذا السلوك وسيلة لتجنب العقاب واشباع بعض الدوافع لديه. بالرغم من ان النظريات السلوكية تتفق فيما بينها على ان السلوك هو مجرد ارتباط بين مثير واستجابة، الا انها تختلف فيما بينها من حيث تفسير الالية التي يتشكل م خلالها

هذا الارتباط وذلك على النحو

التالي:

1- نظرية الاشرط الكلاسيكي Classical Conditioning Theory

اهتمت هذه النظرية بدراسة الانعكاسات الطبيعية وهي الاستجابات اللاارادية التي تستجر من قبل مثيرات طبيعية خاصة بها؛ فهي تؤكد ان مثل هذه السلوكات يمكن استجراها بمثيرات اخرى محايدة من خلال عملية الاشرط. لذلك اكدت هذه النظرية فكرة حد التعلم من خلال الاشرط او الاقتران. من ابرز رواد هذه النظرية يعد عالم النفس الروسي ايفان بافلوف (Ivan Pavlov) والامريكي جون واطسون (Watson)، حيث اهتم بافلوف بدراسة الاستجابات الطبيعية الفسيولوجية واستطاع من خلال فكرة الاقتران اشرط نوعين من الاستجابات لدى الحيوانات (الكلاب)، وهي اشرط الشهية، وفيها استطاع استجرا استجابة سيلان اللعاب لمثيرات محايدة مثل صوت الجرس؛ والاشراط المنفر وفيه تمكن من استجرا استجابة التجنب (الهروب) لمثيرات محايدة مثل الضوء الاخضر و المربع الاسود.

اهتم ايفان بافلون بدراسة الاستجابات الفسيولوجية وهي المنعكسات الطبيعية التي تستجر بشكل لا ارادي من قبل مثيرات طبيعية خاصة بها، بحيث يمكن استجرار مثل هذه الاستجابات من قبل مثيرات اخرى محايدة وفقاً لمبدأ الاقتران او الاشرط. والفكرة الرئيسية هنا، ان الاستجابات الطبيعية التي تستجر من قبل مثيرات طبيعية خاصة بها يمكن للكائن الحي تعلم الاستجابة لها لمثيرات اخرى محايدة من خلال اقتران هذه المثيرات لعدد من المرات بالمثيرات الطبيعية.

ففي احدى تجاربه، قام باشرط المثير المحايد (المربع الاسود) لعدد من المرات مع مثير طبيعي (الصدمة الكهربائية)، ولاحظ لاحقا ان الكلب اصبح يظهر استجابة الهروب والخوف بمجرد رؤية المربع الاسود، اما واطسون فقد استطاع كذلك اشرط استجابة الخوف لدى احد الاطفال من الارنب الابيض وذلك باشرط الارنب الابيض بمثير طبيعي (صوت مرتفع)، حيث اصبحت تظهر استجابة الخوف لدى الطفل عند مجرد رؤية الأرنب الأبيض.

وحسب وجهة نظر نظرية الاشراف الكلاسيكي، فان العديد من الانماط السلوكية ولا سيما الانفعالية منها كالخوف والتجنب والخلج والتشاؤم والقلق والحب وغيرها هي استجابات اشراطية متعلمة لمثيرات محايدة وفقاً لعملية الاقتران. ومن هذا المنطلق، فان الاضطرابات السلوكية والانفعالية يمكن اعتبارها سلوكات شرطية غير تكيفية جرى تعلمها من قبل الافراد استجابة لمثيرات شرطية (كانت بالاصل محايدة) نتيجة لتكرار اقترانها بمثيرات طبيعية (غير شرطية) لعدد من المرات، بحيث اصبح يتكرر ظهور مثل هذه الاستجابات لدى الافراد في العديد من المواقف عند مواجهتهم مثيرات معينة.

وهي خوف مرضي غير مبرر من مواقف او مثيرات قد لا فعلى سبيل المثال، نجد ان الفوبيا(Phobias) تستدعي بالضرورة استجابة الخوف، واحياناً قد لا تكون مثل هذه المثيرات او المواقف ضارة أو مخيفة.

فالافراد الذين يعانون من مثل هذا الاضطرابات عادة ما يظهرون ردات فعل انفعالية شديدة من الخوف والقلق عند تعرضهم لمثل تلك

المثيرات او المواقف. وتكوين مثل هذه المخاوف لدى الافراد ما هو الا نتاج لعملية الاشراف الكلاسيكي.

2- نظرية الاشراف الاجرائي Operant Theory

اهتم سكنر بدراسة وتفسير السلوكات الاجرائية الارادية التي تصدر عن الافراد على نحو هادف دون ان يكون بالضرورة هناك مثيرات قبلية تثيرها. ويرى ان مثل هذه السلوكات متعلمة ويتوقف تكرارها على النتائج البعدية (المثيرات البعدية) التي تتبعها. فهو يرى ان السلوك محكوم بنتائجه ومثل هذ النتائج تحدها البيئة. وهكذا فالسلوك وظيفة لنتائجه، حيث يتقوى السلوك ويتكرر (اذا كانت نتائجه تعزيرية)، في حين يضعف وتقل احتمالية ظهوره لاحقا اذا كانت مثيراته البعدية عقابية او مؤلمة.

بالاضافة الى فئة الاستجابات الاجرائية غير المسبوقه بمثيرات قبلية، تحدث سكنر عن فئة الاستجابات الاجرائية المسبوقه بمثيرات قبلية، تعرف باسم المثيرات التمييزية، حيث وجود مثل هذه المثيرات يؤدي الى احتمال حدوث استجابة شرطية معينة. فالمثير التمييزي

يهيئ الى ظهور استجابة شرطية معينة، يتكرر ظهورها بوجود ذلك
المثير، وعندما يجري تعميم مثل هذه الاستجابة تصبح استجابة
اجرائية.

واعتمادا على ما سبق، نجد أن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية
هي بمثابة استجابات متعلمة قد تكون اجرائية تم تدعيمها سابقا
بمثيرات بعدية تعزيزية مما ساهم في تقويتها وزاد من تكرار ظهورها
لدى الفرد كوسيلة لتحقيق وظيفه او نتائج تعزيزية. وقد تكون
استجابات شرطية تعزز ظهورها بوجود مثيرات تمييزية قبلية وبناتجها
التعزيزية البعدية. كما أن مثل هذه الاضطرابات ربما تكون قد تشكلت
لدى الفرد كوسيلة لتجنب العقاب.

فعلى سبيل المثال، قد يمارس الطفل السلوك العدوانى لان مثل
هذا السلوك تم تدعيمه بالسابق او لان نتائج مثل هذا السلوك معززة
للطفل، كما ان الطفل يلجأ الى الكذب كنوع من السلوك التجنبى بسبب
خبرات العقاب السابقة. وهكذا نجد ان سكرن يؤكد ان المثيرات البيئية
التعزيزية والعقابية على انها المحددات الرئيسية للسلوك التكيفي وغير

التكيفي.

3. نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning Theory

تؤكد هذه النظرية أهمية الجانب الاجتماعي لعملية التعلم، فهي ترى ان السمة الاجتماعية من الطبيعة البشرية مسؤولة الى درجة كبيرة عن تعلم انماطاً معينة من السلوك والخبرة، بحيث تتباين مثل هذه الانماط تبعاً لاختلاف المجتمعات ونوعية الخبرات السائدة فيها. وتحديداً، فان هذه النظرية ترى ان التعلم يحدث من خلال الملاحظة والتقليد Observing & Modling .

وملاحظة سلوكيات الاخرين ينتج عنها من اثار عقابية او تعزيزية ينشأ الدافع لدى الافراد في تعلم أو عدم تعلم بعض الخبرات ان التعلم من خلال الملاحظة والتقليد (النمذجة) يستند والانماط السلوكية. يرى باندورا (Bandura) الى ثلاث عمليات اساسية هي:

أ. العمليات الابدالية:

الخبرات والانماط السلوكية التي يتم تعلمها بطريقة مباشرة من خلال التفاعل مع المثيرات والمواقف يمكن تعلمها على نحو غير

مباشر (بديلي) وذلك من خلال ملاحظة سلوكيات الاخرين وتقليد مثل هذه السلوكيات. وكما يؤثر كل من التعزيز والعقاب مباشرة في السلوك، يمكن لهما التأثير في سلوك الافراد على نحو غير مباشر؛ اي على نحو بديلي من خلال التأثير بخبرات التعزيز والعقاب المترتبة على سلوك النماذج التي يلاحظونها.

ب. العمليات المعرفية:

هناك عمليات وسيطية تتدخل بين التعرض للمثيرات وانتاج الفعل السلوكي. حيث تلعب ادراكات وتوقعات الفرد ودوافعه دوراً في تحديد ما يتم تعلمه من سلوك النماذج.

ج- عمليات التنظيم الذاتي:

يعمل الفرد على اعادة تنظيم الخبرات التي يتم ملاحظتها، بحيث يظهر السلوك المناسب بما يتناسب والتوقعات التي يعتقد الفرد تحقيقها، وبما يتناسب مع طبيعة المواقف التي يواجهها.

وانطلاقاً من ذلك، يرى باندورا ان ليس كل ما يتم ملاحظته من اقوال او افعال او ايماءات يتم تقليدها من قبل الافراد، حيث تتدخل

العمليات المعرفية وعمليات التنظيم الذاتي لتحديد ما ينبغي تعلمه أو
ادائه، وهذا بالطبع يشير الى الجانب الانتقائي لعملية التعلم من خلال
الملاحظة.

وحسب هذا النموذج، نجد ان الفرد اثناء التفاعل مع الاخرين
وملاحظة سلوكياتهم، يعمل على نحو انتقائي الى الانتباه الى بعض
الجوانب السلوكية لديهم ويعمل جاهداً على تعلم البعض منها وتخزينها
في الذاكرة رمزياً او لفظياً أو حركياً ليصار الرجوع اليها عندما يجد
نفسه يتطلب استدعاء انماطاً معينة من السلوك. والانتقائية هذه لا
تتعلق باختيار بعض انماط سلوك النماذج وتقليدها فحسب، لا بل
تتعدى ذلك لتشمل الاداء. فمن خلال عملية التنظيم الذاتي، يعمل
الفرد على اعادة تنظيم السلوكات والخبرات التي تم ملاحظتها وتعلمها
وصياغتها على نحو ينسجم مع توقعاته وادراكاته واهدافه ...

يؤكد باندورا ان من خلال الملاحظة والتقليد، يمكن للأفراد تعلم

ثلاث انواع من نواتج التعلم هي:

أ. تعلم انماط سلوكية وخبرات جديدة ليست في حصيلته الفرد السلوكية السابقة.

ب. تحرير أو كف انماط سلوكية متعلمة سابقا، فمن خلال ملاحظة سلوك النماذج وما يترتب عليها من نتائج عقابية أو تعزيزية، يتعلم الفرد كف أو تحرير سلوك. ويحدث الكف عندما نلاحظ نموذجا يعاقب على سلوكه، أما التحرير فيحدث عندما نلاحظ نموذجا يعزز أو لا يعاقب على سلوكه.

ج. تنشيط سلوك وتسهيل ظهوره: ان ملاحظة سلوك النماذج تنشيط سلوكاً لدينا وتسهل عودة ظهوره بعد ان كان في طي النسيان.

وهكذا فمن خلال عمليات التفاعل الاجتماعي وملاحظة سلوك الآخرين، يمكن تعلم العديد من الخبرات وانماط السلوك يمكن اجمالها بالآتي:

١. تعلم معظم جوانب السلوك الاجتماعي مثل العادات والتقاليد والاعراف والقيم ومهارات التفاعل والتواصل الاجتماعي والادوار الاجتماعية المرتبطة بالجنس.

٢. تعلم قواعد وقوانين السلوك والمبادئ الاخلاقية والدينية.

٣. تعلم جوانب السلوك الحركي والمهارات الحركية العامة والدقيقة

والمهارات الحرفية والمهنية والفنية والاكاديمية.

٤. تعلم السلوك الانفعالي وتطوير الانفعالات المتعددة واساليب التعبير

عنها، بالاضافة الى تعلم الميول والاتجاهات واساليب ادارة الذات

والضبط الذاتي.

٥. تعلم السلوك اللغوي ومهارات التعبير والمعاني واللهجة.

٦. تعلم جوانب السلوك العقلي ومهارات التفكير واساليب حل المشكلات.

٧. تعلم انماط السلوك غير السوي وغير الاجتماعي بالاضافة الى العادات

السيئة وبعض الاضطرابات الانفعالية مثل الخوف والقلق والكره والعدوان.

وحسب هذه النظرية، فكما يتم تعلم السلوك السوي السليم من

خلال التعرض الى سلوكيات النماذج، يتعلم الافراد كذلك السلوك غير

السوي؛ فقد يتعلم الفرد سلوكيات غير تكيفية من خلال النماذج المعززة

مثل الغش، والكذب والاعتمادية، والقلق والعدوان والسرقة والغيرة

وتعاطي المخدرات والادمان على المسكرات والتدخين والهروب من

البيت والمدرسة والانحراف والجنوح والى غير ذلك من الانماط

السلوكية غير السوية.

فالأضطرابات الانفعالية والسلوكية تنشأ لدى الاطفال نظراً لقلة خبراتهم وضعف قدراتهم على إدارة الذات فهم يمتازون بالحساسية والشفافية وسرعة الاستثارة والتأثر بالآخرين. ومن هنا نجد انهم سرعان ما يتأثرون بالنماذج ويتعلمون العديد من انماطهم السلوكية السوية منها وغير السوية. ونتيجة لتعرضهم المتكرر والمستمر لبعض النماذج التي تمارس سلوكات مضطربة، فقد يتعلمون مثل هذه السلوكات ولا سيما اذا كانت هذه السلوكات معززة.

4. نظرية المحاولة والخطأ Learning by Trail & Error

يرى ثورنديك في نظرية المحاولة والخطأ ان تعلم السلوك يأتي استجابة لموقف مثيري او اشكالي يواجه الفرد. فالفرد اثناء تفاعلاته اليومية يواجه مواقف مثيرية او اشكالية تتطلب منه القيام بسلوك معين، حيث يتعلم مثل هذا السلوك من خلال المحاولة والخطأ. ويتم ارتباط حل ما في موقف مثيري أو اشكالي معين تبعاً للآثر البعدي (حالة الرضا) التي تتبعه مما يعزز هذا السلوك لديه بحيث يتكرر مستقبلاً في ذلك الموقف او المواقف الاخرى المماثلة.

ويرى ثورنديك ان اساليب التعبير عن الانفعالات متعلمة وفقاً لمبدأ المحاولة والخطأ، حيث جاءت نتائج خبرات النجاح والفشل التي مر بها الفرد اثاد تفاعلاته المتراكمة. وانطلاقاً من ذلك، فالاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي يمارسها الافراد ما هي الا نماذج سلوكية ثم تعلمها بالمحاولة والخطأ وتعززت مثل هذه السلوكات وازادت احتمالية تكرارها لديهم نظراً للاثر البعدي المترتب عليها ممثلاً في حالة الرضا والارتياح.

ثالثاً: النظرية البيئية Ecological Theory

تعزو هذه النظرية اسباب الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الافراد الى عوامل الاستثارة البيئية غير المناسبة. وترى ان نوعية تفاعلات الفرد مع البيئة وما توفره البيئة له من خبرات تحدد الانماط السلوكية لديه. فالبيئة السليمة التي توفر خبرات معتدلة ومتوازنة وايجابية تسهم في النمو السليم للفرد وتساعده بالتالي في تطوير الأنماط السلوكية التكيفية، في حين تسهم البيئات المضطربة التي توفر فرصاً وخبرات سيئة في توليد الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لديه وتشمل البيئة كل ما يحيط بالفرد ويتفاعل معه من مثيرات مادية

فيزيائية محسوسة ومؤثرات ومواقف اجتماعية؛ فهي تمثل الوسط الذي يعيش وينمو فيه.

لقد دلت نتائج العديد من الدراسات النفسية والتربوية والاجتماعية والتي اجريت في مختلف البيئات والمجتمعات، على ان شخصية الافراد وخصائصهم النمائية تتوقف الى درجة كبيرة على نوعية العناصر المادية والثقافية والاجتماعية السائدة فيها بالاضافة الى نوعية الخبرات التي توفرها لافرادها . فحسب وجهة هذه النظرية، فالفرد ليس مستقلاً او منفصلاً عن بيئته، فهو يتأثر بكل ما هو موجود فيها وبمطالبها وبمشكلاتها والتي تفرض عليه بالتالي انماطاً معينة من السلوك، حيث يطور الفرد فلسفته الشخصية اتجاه البيئة والآخرين تبعاً لنوعية الخبرات والمعطيات والمشكلات التي يواجهها في بيئته.

تدرس هذه النظرية اثار العوامل البيئية المادية والاجتماعية ونمط العلاقات المتبادلة بين الافراد وبيئاتهم

وترى ان الاضطرابات الانفعالية في انماط السلوك والقرارات الشخصية والمهنية والسلوكية ما هي الا نتاج للخبرات البيئية غير

المناسبة التي يتعرض لها الفرد اثناء نموه، وما يترتب عليها من اختلال في طبيعة العلاقة القائمة بينه وبين بيئته. ففي هذا الصدد، يرى هارنج وفيليب (Haring & Philips) ان السلوك المضطرب هو نتاج العلاقة غير المتزنة بين الفرد وبيئته والممثلة بالاحداث المادية والرفاق والوالدين والمدرسون. هذا وتتطلق النظرية البيئية في تفسيرها للاضطرابات الانفعالية والسلوكية من عدد الافتراضات هي:

أولاً: الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لا تمثل حالات مرضية بحد ذاتها وانما هي مجرد مظاهر لحالات عدم التوازن بين الفرد والبيئة التي يعيش فيها.

ثانياً: الفرد ليس مستقلاً او منفصلاً عن البيئة التي يعيش فيها ويتفاعل مع عناصرها، فهو يمثل عنصراً في انظمة اجتماعية متباينة من حيث ديناميتها تبدأ بالاسرة ومروراً بجماعات الرفاق والاصدقاء وزملاء العمل وانتهاءً بالمجتمع الكبير.

ثالثاً: قد ينشأ الاضطراب السلوكي أو الانفعالي لدى الفرد كنتاج لعدم توافق او تكافؤ قدراته وتوقعاته مع مطالب المجتمع ومشكلاته.

واعتماداً على ذلك، فهي ترى امكانية تخفيض حده الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الافراد، وفق عدداً من العمليات تتمثل في إحداث التغيير في توقعات وادراكات الفرد او من خلال الضبط البيئي المتمثل في إحداث التغييرات في محتوى البيئة او من خلال إحداث التغيير في كل من تصورات الفرد وادراكاته ومحتوى البيئة.

ترى هذه النظرية ان هناك جملة عوامل بيئية قد تقف وراء توليد الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الافراد وهذه العوامل هي:

١. العوامل الجغرافية:

مثل الموقع والمناخ والتضاريس والامكانيات والموارد المادية المتاحة، ومثل هذه العوامل قد تفرض على الافراد مطالب وتحديات تزيد من حجم الضغوط عليهم، مما يتسبب في توليد اضطرابات انفعالية وسلوكية لديهم.

٢. العوامل الحضارية والثقافية: مثل العادات والتقاليد والطقوس والقيم والتحديات والطموحات التاريخية والمعايير الثقافية والتي تسهم الى درجة كبيرة في حدوث الاضطرابات لدى الافراد واختلال الصحة

النفسية لديهم. فالمجتمعات المتشددة في معاييرها والتي تسود فيها انماطاً وقوالباً جامدة غير مرنة من قواعد السلوك بالاضافة الى انها تفرض على افرادها حجماً كبيراً من التوقعات تسهم بلا شك في توليد الاضطرابات السلوكية لديهم. كما تلعب المشكلات الاجتماعية والاقتصادية التي تعاني منها المجتمعات دوراً في ذلك، حيث تزداد المطالب المتعلقة بظروف العمل والسكن وتوفير الخدمات، مما يزيد ذلك من حجم الضغوط لدى الافراد.

من جهة اخرى، قد تتولد الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الافراد كنتاج للتطور الحضاري والثقافي السريع والذي يتطلب من الافراد مجاراة مثل هذا التطور، بحيث يزداد حجم الابعاء والمسؤوليات عليهم، نظراً لعدم توفر الوقت للراحة والاسترخاء وممارسة الهوايات، والاستغراق في العلاقات الاجتماعية ورعاية افراد الاسرة او لعدم توفير الامكانيات المادية المتزايدة استجابة لمطالب هذا التطور.

٣. عوامل التنشئة الاجتماعية Socialization Process

تعمل التنشئة الاجتماعية على تحويل الفرد من كائن بيولوجي

الى كائن اجتماعي من خلال تعليمه الخبرات الاجتماعية والثقافية والادوار الاجتماعية وقواعد السلوك. تبدأ عملية التنشئة الاجتماعية منذ مرحلة الولادة وتستمر خلال مراحل حياة الانسان، بحيث يفترض بالفرد تعلم واكتساب الخبرات والمعارف المناسبة لكل منها وذلك حسب طبيعة الثقافة السائدة في مجتمعه.

تلعب المؤسسات الاجتماعية كالاسرة والمدرسة والمؤسسات الاخرى التعليمية والدينية والثقافية دوراً في عمليات التطبيع الاجتماعي، وذلك بما تمارسه من اساليب الرعاية وبما توفره من خبرات لافرادها.

أ. الاسرة Family

تشكل الاسرة العامل الاول والاساسي في بناء شخصية الافراد وتطويرها ، ففيها يتم تكوين اللبنة الأولية من شخصية الافراد لانها اول بيئة اجتماعية ينشأون فيها ويتفاعلون مع متغيراتها. فالاسرة توفر عوامل الحب والحماية والرعاية والامان والدفع والغذاء، وتوفر كذلك الخبرات المعرفية والاجتماعية والانفعالية واللغوية والاخلاقية للافراد.

ففي الاسرة يتعلم الطفل الكثير من الخبرات كاللغة والقيم والاخلاق وقواعد السلوك، وفيها يتم التتميط الاجتماعي وتعلم الادوار المرتبطة بالجنس، وهي التي تعنى بالفرد وتزوده ببعض الخبرات المعرفية وتعمل على تنميته انفعالياً وتسهم الى درجة كبيرة في تكيافة النفسي والاجتماعي.

تلعب نوعية الخبرات والتفاعلات التي يعايشها الفرد في الاسرة في درجة تكيافه النفسي والاجتماعي. وقد تنشأ الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الاطفال كنتاج لنوعية الخبرات التي يتعرضون لها وأنواع التفاعلات السائدة في الاسرة. ان وجود الخلافات الزوجية او التشدد في اساليب التربية والتدريب أو التساهل والاهمال او الحرمان بسبب الظروف الاقتصادية وانشغال الوالدين عن الابناء واضطراب العلاقات بين افراد الاسرة ينعكس سلبيا في نمو الاطفال وفي بناء شخصيتهم، وهذا بالتالي يؤدي الى توليد بعض الاضطرابات السلوكية او الانفعالية لديهم.

وتجدر الاشارة هنا الى نتائج الدراسات التي بحثت بطبيعة مثل

هذه العلاقات، وجدت ان مثل هذه العلاقات تبادلية، فكما يؤثر الاباء

في سلوكات ابناءهم، نجد ان سلوكات اباؤهم تتأثر بالمقابل بممارسات الابناء. وهكذا فالعلاقات التفاعلية المتوازنة في الاسرة تكفل سلامة الصحة النفسية لدى الابناء وفي تعلمهم انماط السلوك التكيفي السليم

ب: المدرسة School

تعد المدرسة البيئة الاجتماعية الثانية التي ينمو فيها الطفل ويتعرض فيها الى الكثير من الخبرات المعرفية والاكاديمية واللغوية والاجتماعية بالاضافة الى تفاعلاته المستمرة مع الاقران والمدرسون، والتعرض الى المواقف السارة منها والمؤلمة. وبالتالي فان نمو الطفل الشخصي يعتمد الى درجة كبيرة على نوعية الخبرات وطبيعة العلاقات التي يواجهها الطفل في المدرسة.

ومع ان بعض الاطفال يذهبون الى المدرسة وهم يعانون من بعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والتي كانت قد تشكلت عندهم سابقاً في الاسرة، فقد تسهم المدرسة اما في تقاوم مثل هذه الاضطرابات او تخليص الاطفال منها، في الوقت الذي قد تعمل فيه المدرسة على تطوير بعض الاضطرابات الأخرى لدى اطفال اخرين.

ففي المدرسة تزداد المطالب ويسود فيها مناخ يفرض على الافراد اكتساب خبرات اكااديمية ومعرفية واجتماعية معينة والطاعة والالتزام بالانظمة والتعليمات والدخول في علاقات اجتماعية متعددة مع الاقران والمدرسون، وكل هذا قد يشكل خبرات سارة أو مؤلمة للطفل، مما يؤثر بالتالي في نوعية الاتجاهات التي يطورها، وفي طبيعة انماطه السلوكية وتفاعلاته.

رابعاً: النظرية البيوفسيولوجية Biophysiological Theory

ترى هذه النظرية ان الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها الافراد هي ذات منشأ بيولوجي - فسيولوجي، حيث يولدون ولديهم الاستعداد لذلك فالاضطرابات الانفعالية او السلوكية حسب هذه النظرية تعود في اسبابها الى عوامل عصبية او جينية أو بيوكيميائية او فسيولوجية، حيث تعمل مثل هذه العوامل على توليد او تقاوم الاضطراب السلوكي لدى الافراد. فعلى سبيل المثال، تشير الدلائل العلمية الى ارتباط حالات التوحد لدى الاطفال بالاختلال وعدم التوازن الكيميائي في اجسامهم، في حين وجد ان النشاط الزائد وتشتت الانتباه يرجع في احد اسبابه إلى خلل أو تلف بسيط في الخلايا العصبية.

وبالرغم من عدم ظهور الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى بعض الافراد، فهذا لا يعني بالضرورة عدم وجود الاستعداد البيولوجي لديهم. فالاستعداد البيولوجي قد يدفع بالبعض إلى تطوير الاضطراب السلوكي في الوقت الذي يبقى كامناً لدى البعض الاخر من الناس. هذا ويمكن اجمال العوامل البيولوجية - الفسيولوجية على النحو التالي:

أ. الوراثة Heridity

تعرف الوراثة على انها عملية انتقال الصفات من الالباء الى الابناء بواسطة الجينات. تشتمل الخلايا الانسانية على (٤٦) كروموسوماً كل منها يحمل الاف الجينات الوراثية، ومثل هذه الجينات تحدد الصفات الجسمية والاستعدادات لدى الافراد، حيث تتوقف خصائصهم واستعداداتهم على نوعية الجينات التي تنتقل الدهم من الالباء. يبدأ التكوين البشري عند التقاء الحيوان المنوي الذكري بالبويضة الانثوية، حيث يتشكل الزايحوت لينمو ويتطور وفق عمليات الانقسام الاختزالي وغير المباشر ليصبح انساناً مكتملاً عند نهاية

مرحلة الحمل. يتألف كل من الحيوان المنوي الذكري والبويضة الانثوية على (٢٣) كروموسوم، اثنان وعشرون منها مسؤولة عن تحديد الصفات الجسمية كالطول واللون وشكل الانف ولون العيون والاستعداد للاصابة ببعض الامراض بالاضافة الى الاستعدادات النفسية، ويحمل عند الذكر كروموسوم (XX) وعند الانثى (Xy) واحد مسؤول عن تحديد جنس المولود،

واعتمادا على نوعية الجينات الموروثة في كل من الحيوان المنوي والبويضة تتحدد خصائص الفرد عندها الجسمية واستعدادته النفسية بالاضافة الى جنسه. فاذا كان الحيوان المنوي يحمل الجين (y) يكون المولود ذكراً ، اما اذا كان يحمل الجين (x) وعندها يكون جنس المولود انثى على اعتبار ان الانثى دائما تعطي الجين الجنسي. واعتماداً على ذلك، قد تقف العوامل الجينية وراء حدوث الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى بعض الافراد اعتماداً على نوعية الجينات التي تنتقل اليهم من الوالدين. لقد اظهرت نتائج الدراسات التي اجريت على التوائم المتماثلة وتلك التي درست

السلالات (شجرة العائلة) تأكيد دور العوامل الوراثية في التسبب في الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الافراد. فقد وجد ان فصام الطفولة والخلل الدماغي والشيزوفرنيا وبعض الاضطرابات الاخرى تنتقل بالموروثات (الخلايا الجينية) او نتيجة خلل في الاداء الوظيفي لهذه الخلايا.

كما وجد ان السلوك الاجرامي والعدواني حيث يرتبط الى درجة كبيرة بوجود جين ذكري زائد (Y) لدى الافراد، اظهرت نتائج الدراسات ان التركيب الجيني (Xyy) يظهر لدى البعض من الجانحين ومرتبكي الجرائم وتظهر نتائج دراسات اخرى وجود استعداد وراثي لدى البعض من الافراد لتطوير مشاعر الاكتئاب وبعض الاضطرابات النفسية الاخرى.

ب. العوامل العصبية Neural Factors

يتألف الجهاز العصبي الانساني من بلايين الخلايا العصبية يوجد القسم الاكبر منها في الدماغ. يعمل الدماغ على تخطيط وتنفيذ ومراقبة معظم الانشطة الانسانية الفسيولوجية والفكرية والانفعالية

والحركية واللغوية، حيث انه يعمل على التنسيق بين عمل الخلايا العصبية المستقبلية للاحاسيس والخلايا العصبية المستجيبة. ويكون اداء الدماغ في اعلى مستوياته عندما يتكامل عمل الخلايا العصبية معا وتتنشط في تشكيل الممرات العصبية فيما بينها.

ان الخلل في وظائف الخلايا العصبية لبعض مناطق الدماغ او تعرضها إلى بعض التلف او الاصابة قد يتسبب في خلل في الانماط السلوكية لدى الافراد، والتي قد تتبدى في بعض اشكال الاضطرابات السلوكية فعلى سبيل المثال، التلف البسيط في خلايا القشرة الدماغية أو الاختلال في الاداء العصبي قد يؤدي إلى الاضطراب السلوكي المعروف بالنشاط الزائد والتشتت في الانتباه، في حين التلف الشديد قد يتسبب في حدوث الاعاقات العقلية والحركية.

ج- العوامل البيوكيميائية Biochemical Factors

تعتمد الوظائف النفسية على مدى توازن الانشطة العضوية وتكامل اداء الاجهزة الجسمية المختلفة معاً. فالخلل في اداء اي عضو أو جهاز من الاجهزة الجسمية ينعكس سلباً في الاداء النفسي

والسلوكي لدى الفرد. هذا ويعد التوازن الكيميائي في الجسم الانساني من العوامل الهامة في السلوك نظراً لدوره في التحكم في عمليات النمو من جهة وتنظيم عمليات البناء والهدم، أو ما يعرف بعملية التمثيل الغذائي من جهة أخرى.

إن الاختلال في التوازن الكيميائي للدماغ يؤدي بما لا يدعو للشك الى اشكال الاضطراب السلوكي لدى الافراد بما ينتج عنه من خلل في عملية التوصيل بين الخلايا العصبية. فمن المعروف ان التوصيل العصبي بين الخلايا العصبية يتم من خلال النواقل العصبية، وهي مواد كيميائية بعضها ذو صفة اثارية والبعض الاخر ذو صفة تضيقية. فعند حدوث اي اضطراب في كيمياء الدماغ فان ذلك يؤدي الى سوء الأداء الوظيفي للدماغ الامر الذي يتسبب في الاختلال السلوكي او النفسي لدى الفرد.

لقد وجد ان الاختلال في كمية النواقل العصبية من حيث الزيادة والنقصان يرتبط الى درجة كبيرة في الاضطرابات السلوكية لدى الافراد، فعلى سبيل المثال ، يؤثر الناقل العصبي المعروف باسم

الاستيل كولين في عمليات التعلم والانتباه والتذكر، في حين يرتبط الناقل العصبي السيروتونين بالاضطرابات مثل الانتباه والعدوان والعنف والاستحوادية.

اما الدوبامين فيرتبط بالانشطة الحركية وعمليات التعلم، حيث النقص فيه يؤدي الى اعراض باركنسون، كما ويلعب النوبنفرين دوراً بارزاً في تنظيم المزاج والسلوك الانفعالي لدى الافراد، في الوقت الذي يؤثر فيه الناقل العصبي (جابا) في اعراض القلق والصرع والرهاب بالاضافة الى اضطراب كمياء الدماغ هناك الاضطرابات التي تحدث بسبب الخلل في افرازات الغدد والتي تنعكس كذلك سلباً في مستوى نمو الافراد وفي ادائهم النفسي والسلوكي، فحالات التهيج وسرعة الاستثارة واضطرابات الادراك تحدث بسبب نقص هرمون الانسولين التي تفرزه البنكرياس، في حين يرتبط الخوف والقلق والغضب والميل الى المهاجمة او الانسحاب بمستوى هرمون الادينارلين التي تفرزه الغدة الكظرية. اما حالات التبدل والميل الى الكسل وتدهور الذاكرة فيتسبب بنقص هرمون الثيروكسين التي تفرزه الغدة الدرقية.

وهكذا نجد ان الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الافراد قد ترتبط بدرجة كبيرة بالاختلال في افراز الهرمونات والانزيمات التي تفرزها الغدد المختلفة.

د - عوامل أخرى Other Factors

هناك عوامل اخرى قد تقف وراء حدوث الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الاطفال ومن هذه العوامل ما يلي:

١ . العوامل النمائية:

حيث الخلل في عمليات النمو قد يتسبب في بعض اشكال الاضطراب الانفعالي أو السلوكي لدى الاطفال ، ومن هذه الاضطرابات فصام الطفولة والقلق.

٢ . العيوب والتشوهات الجسمية:

ان وجود بعض التشوهات في اعضاء الجسم سواءاً من حيث الشكل أو الحجم قد يؤدي الى الشعور بالنقص والدونية، الامر الذي ينتج عنه بروز بعض اشكال الاضطراب السلوكي او الانفعالي لدى الافراد.

٢. الخلل في الحواس:

ان نقص كفاءة الحواس او البعض منها يؤثر في عمليات الانتباه والادراك لدى الفرد، وهذا بالتالي ينعكس سلبياً في الاداء النفسي والسلوكي لديه.

٣. المعاناة من بعض الامراض:

مثل امراض الدم والتهاب الدماغ والسحايا وغيرها قد تسهم في اثاره وتوليد الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الافراد.

الفصل الثاني

اشكال الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال

أشكال الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال

تمهيد:

تعد مرحلة الطفولة مسرحاً، لظهور المشكلات والصعوبات التي تتباين في اشكالها واعراضها ومستوى شدتها واستمراريتها واثارها في الشخصية، حيث يعاني الأطفال في المراحل العمرية المبكرة والمتوسطة من العديد من المشكلات النمائية التي تعيق من تحقيق مستوى النمو السليم لديهم أو عمليات التعلم والأداء.

لقد تم التعرف على الاضطرابات السلوكية عبر التاريخ، إذ أنه كان يطلق على كل المعاقين بصورة عامة هذه التسمية ومع ذلك فقد اختلفت المعتقدات من هؤلاء حول أسبابها، أعتقد البعض أن بهم مساً من الشيطان، وأقدموا على سلوكيات خاطئة، أو أنهم كسالى. وأعتقد البعض الآخر أن هذه السلوكيات معدية، وعكس هذا الاعتقاد أن يكون علاجها بطريقة العقاب الشديد، أو الحبس أو الضرب، أو التقييد بالسلاسل وغير ذلك من العقوبات. أظهرت الدراسات أن انتشار الاضطرابات السلوكية هي حالة عامة في أثناء الطفولة والمراهقة وتقدر النسبة بين ٦-١٦% عند الأولاد و ٢-٩%

عند الفتيان وتحت سن ١٨ عاماً. كما يكون هذا الاضطراب أكثر حدوثاً عند الأولاد مما عليه عند الفتيات وتزداد النسبة بستة أضعاف عند سن العاشرة ولاسيما عند الفتيات لأسباب غير واضحة في الوقت الحاضر.

يمكن تقسيم الاضطرابات النفسية التي تواجه الطفل والمراهق كالتالي:

١- اضطرابات معرفية (التخلف العقلي) وتم استبدالها بمصطلح العجز

الدراسي وحالياً باضطراب النمو الذهني.

٢- اضطرابات سلوكية مثل النشاط الزائد (فرط الحركة)، وتشتت

الانتباه، والجنوح، والتبول اللاإرادي .

٣- اضطرابات انفعالية: القلق والاكتئاب والرهاب .

٤- اضطرابات النماء مثل التوحد وصعوبات التعلم (القراءة، الهجاء،

المهارات الحسابية).

وتتنوع مثل هذه المشكلات لتشمل عدداً من الاضطرابات تتمثل بما يلي:

التخلف العقلي

يتصف التخلف العقلي بأداء ذهني أقل من المتوسط بكثير

بالإضافة إلى خلل ملحوظ في قدرة الشخص على التركيز مع

المتطلبات اليومية للبيئة الاجتماعية.

صفات المتخلف عقليًا :

- بطء الاستجابة .
- عدم القدرة على الفهم السريع .
- عدم القدرة على اتخاذ القرار .
- صعوبة في التركيز .
- صعوبة في التآزر الحركي .
- صعوبة في التذكر .
- سهولة الإثارة .
- تأخر في النمو .
- تأخر في الدراسة .

كيفية قياس التخلف العقلي :

حاصل الذكاء = العمر العقلي \times ١٠٠ ÷ العمر الزمني

درجات التخلف العقلي :

- متوسط الذكاء العادي من ٩٠ إلى ١١٠
- التخلف البسيط = ٥٠ إلى ٧٠
- التخلف المتوسط = ٣٥ إلى ٤٩
- التخلف الشديد = ٢٠ إلى ٣٤
- التخلف العميق = ١٩ إلى ٠

جدول رقم (١) يوضح درجات التخلف العقلي

درجات التخلف	بسيط	متوسط	شديد	عميق
حاصل الذكاء	٧٠ - ٥٠	٤٩ - ٣٥	٣٤ - ٢٠	أقل من ٢٠
التعليم	التأهيل الفكري	التأهيل الفكري	غير قابل	غير قابل
مرحلة ما قبل المدرسة	يستطيع اكتساب مهارات اجتماعية	يستطيع الكلام والتواصل بدرجة أقل	تأخر الكلام والنمو الحركي	نمو بطئ جدا في الجهاز الحركي والحسي
مرحلة المدرسة	قدرته في التحصيل لا تزيد عن نهاية المرحلة الابتدائية	يستطيع اكتساب بعض مهارات العمل	يتعلم الكلام ومبادئ النظافة	يستجيب لبعض التعليمات عن النظافة الشخصية
في الكبر	يستطيع اكتساب مهارات اجتماعية وبعض الأعمال الحرفية	تعليمه لا يتعدى الصف الثاني الابتدائي ويكتسب القدرة على الأعمال التي لا تحتاج لمهارة	يستطيع أداء أعمال بسيطة ولكن تحت إشراف مباشر	يكتسب القدرة على النظافة الشخصية في حدود بسيطة
عند التعرض للضغوط	قد يحتاج إلى إرشاد وتوجيه	دائما يحتاج للإرشاد والتوجيه	مراقبة دائمة	تحت رعاية خاصة

اضطراب النمو الذهني Intellectual Developmental Disorder

معايير التشخيص

الإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) هي اضطراب، يبدأ خلال فترة التطور مشتملاً على العجز في الأداء الذهني والتكفي في مجال المفاهيم والمجالات الاجتماعية والعملية. يجب أن تتحقق المعايير الثلاثة التالية:

أ) القصور في الوظائف الذهنية، مثل التفكير، وحل المشكلات، والتخطيط، والتفكير التجريدي، والمحاكمة، والتعلم الأكاديمي، والتعلم من التجربة، والتي أكدها كلٌ من التقييم السريري واختبار الذكاء المعياري الفردي.

ب) إن القصور في وظائف التكيف يؤدي إلى الفشل في تلبية المعايير التطورية والاجتماعية والثقافية لاستقلال الشخصية والمسؤولية الاجتماعية. ودون الدعم الخارجي المستمر، فالعجز في التكيف يحد من الأداء في واحد أو أكثر من أنشطة الحياة اليومية

مثل التواصل والمشاركة الاجتماعية والحياة المستقلة عبر بيئات متعددة، مثل البيت والمدرسة والعمل والمجتمع.

ت) بداية العجز الذهني والتكيفي خلال فترة التطور.

تعيين الشدة الراهنة (خفيفة - متوسطة - شديدة - عميقة)

اضطراب الحركة الزائدة وتشتت الانتباه

Attention Deficit Hyperactivity Disorder ADHD

تعد اضطرابات النشاط الزائد وتشتت الانتباه من أكثر الاضطرابات شيوعاً لدى الأطفال في المراحل العمرية المبكرة والمتوسطة، وهي تتواجد في جميع المجتمعات تقريباً رغم اختلاف الثقافات والعادات فيها. وبالرغم من أن هذه الاضطراب لا يعد من صعوبات التعلم إلا أنه يشكل بحد ذاته مشكلة سلوكية نمائية تتعكس اثارها سلباً في عمليات الإدراك والتعلم نظراً لعدم قدرة الطفل على التركيز وانتقاله غير الهادف من نشاط إلى نشاط آخر دون الاستغراق في الأنشطة أو إكمال أي منها.

ويعرف هذا الاضطراب (ADHD) على أنه نشاط جسدي وحركي حاد ومستمر تصحبه عدم القدرة على التركيز والانتباه على نحو يجعل الطفل عاجزاً عن السيطرة على سلوكياته وإنجاز المهمات. وهو أكثر شيوعاً لدى الذكور مقارنة بالاناث، فالنشاط الزائد وتشتت الانتباه هو الزيادة في الحركة عن الحد الطبيعي المقبول وبشكل مستمر، وفي الغالب لا تتناسب كمية وأنماط الحركة مع العمر الزمني للطفل، وتسبب في مشكلات للطفل والمحيطين به. فعلى الصعيد المدرسي، مثلاً، نجد أن الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب يمتاز بعدم الانضباطية والاندفاعية وكثرة التنقل والتجوال في غرفة الصف من غير استئذان، ويقوم في إلقاء الأشياء على الأرض ويعبث بممتلكات الآخرين، ويعمد إلى إزعاجهم لفظياً وحركياً، كما أنه لا ينتبه إلى التعليمات ولا يركز انتباهه في المهمات التعليمية أو الأنشطة التي يفترض منه القيام بها، وهذا بالطبع يؤثر في مستوى أداءه الأكاديمي وفي طبيعة علاقاته مع الأقران والمعلمون .

مظاهر الحركة الزائدة وتشنت الانتباه

من الطبيعي أن الأطفال يمتازون عموماً بكثرة الحركة والتقلب في المزاج وتشنت الانتباه، ومثل هذه الأعراض تظهر لديهم في بعض الظروف ولا تظهر في ظروف أخرى وتزول تدريجياً مع تقدمهم بالعمر. ولكن ما يميز الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشنت الانتباه والحركة الزائدة أن مثل هذه الأعراض تلازمهم معظم الوقت وباستمرار، وفي الغالب تكون فوق الحد الطبيعي المقبول وبشكل ملفت للنظر.

وبالطبع ليس من السهل الحكم على الأطفال في المراحل العمرية المبكرة على أنهم يعانون من هذا الاضطراب بمجرد أنهم يظهرون بعض الأنشطة الحركية وعدم التركيز في الانتباه، حيث عملية تشخيص مثل هذا الاضطراب تتطلب الحيطة والحذر واللجوء إلى إجراءات خاصة. عموماً تظهر المظاهر المميزة لاضطراب الحركة الزائدة وتشنت الانتباه قبل سن السابعة وتديم لمدة ستة أشهر على الأقل بحيث تشكل مثل هذه المظاهر عوامل إعاقة على المستويين

الأكاديمي والاجتماعي وحتى يصنف الطفل على أنه يعاني من هذا الاضطراب، يجب أن تظهر لديه على الأقل خمسة من المظاهر التالية وتدوم لديه مدة ستة أشهر أو أكثر، وهذه المظاهر هي:

أ. عدم التركيز والانتباه Inattention

ويتجلى ذلك في عدد من المظاهر التالية:

١. صعوبة التركيز في المهمات والعجز عن إكمالها، حيث لا يستطيع التركيز في مهمة لأكثر من بضع دقائق.
٢. الانتقال من مهمة إلى أخرى والفشل في إنجاز أية مهمة يقوم بها.
٣. كثرة النسيان ولا سيما للتعليمات والأوامر التي تطلب منه.
٤. سهولة شد انتباهه بمثيرات أخرى غير تلك المتضمنة بالمهمة التي هو في صدد الانتباه إليها.
٥. صعوبة في الانتباه إلى التفاصيل الدقيقة.
٦. اللامبالاة وكثرة الوقوع في الأخطاء.
٧. كثيراً ما يفقد الأشياء مثل الألعاب والأقلام والكتب واللوازم الخاصة به.

ب. الاندفاعية Impulsivity

وتتمثل هذه السمة في عدد من المظاهر هي:

١. تقلب المزاج وبشكل متكرر.
٢. سرعة الاستثارة والانفعال ولأتفه الأسباب.
٣. يتكلم في أوقات غير ملائمة ويجيب عن الأسئلة بسرعة وبدون تفكير.
٤. التهور وعدم التنظيم.
٥. التورط في أعمال خطيرة دون الأخذ بالاعتبار للنتائج المترتبة عليها.
٦. يقاطع كلام الآخرين ولا يتوقف عن الكلام.
٧. الاتسام بالفوضى وعدم النظام، وصعوبة الانتظار في الدور.
٨. العصيان وعدم الامتثال للأوامر والتعليمات.

ج. كثرة الحركة Over- activity

وتأخذ هذه السمة عدة مظاهر تتمثل بالآتي:

١. عدم الجلوس بهدوء والاستمرار في الحركة والتنقل.
٢. الحركة المستمرة وتحريك الأشياء من أماكنها.

٣. العبث بالأشياء والميل إلى التخريب.
٤. اللعب بطريقة عنيفة قد تلحق الأذى بالآخرين.
٥. ممارسة حركات عصبية في اليدين والرجلين والرأس.
٦. كثرة التملل والضحك بطريقة غير ملائمة مع إصدار أصوات غير مألوفة.

د. مظاهر أخرى.

بالإضافة إلى المظاهر السابقة يظهر الأطفال الذين يعانون من

هذا الاضطراب المظاهر التالية:

- أ. عدم الاستئذان مثل الخروج من المقعد أو أخذ أشياء الآخرين دون طلب الإذن منهم.
- ب. العدوان وإزعاج الآخرين بشكل متكرر.
- ج. إساءة التصرف مع الآخرين وعدم الإكتراث لمشاعرهم
- د. عدم القدرة على الاحتفاظ بالعلاقات مع الآخرين
- هـ. التأخر اللغوي

و. كثرة الإحباط والقلق والعصبية المفرطة.

ز. الفشل والاحباط المتكرر.

ح. التأخر الدراسي والاكاديمي.

ويمكن تلخيص اعراض الاضطراب فيما يلي :

أ- اضطراب الانتباه:

يكون مدي الانتباه قصيراً، بحيث لا يستطيع الطفل أن يستمر في نشاط معين أكثر من ١٠ دقائق، فينتقل إلي نشاط آخر؛ مما يؤدي إلى صعوبة التعلم. يقل تشتت الانتباه مع نمو الطفل.

ب-النشاط الحركي:

يتميز الطفل في هذه الحالة بنشاط حركي مستمر؛ بحيث لا يستطيع الجلوس في مكان واحد إلا لدقائق قليلة، ويتفحص الأشياء المحيطة به، ويكون التآزر الحركي مضطرباً بدرجة بسيطة في ثلاثة أرباع الحالات.

ج- اضطراب الانفعال:

يتميز الطفل بعدم الثبات وسرعة التقلب، سريع الغضب مع عدوان مع أي إحباط.

د- الاندفاع وصعوبة التحكم في التصرف:

يتصرف دون تفكير في عواقب الأمور مما يوقعه في الأخطاء ويسببها يعاقب.

ذ- علاقات الطفل بالآخرين:

يعد الطفل المشتت الانتباه اجتماعياً، وهو عنيد، ويجب السيطرة على من حوله، ويتكلم كثيراً.

و- الصعوبات المعرفية في التعلم:

رغم الذكاء المتوسط أو فوق العادي، يواجهون صعوبات في التعلم؛ بسبب صعوبة الإدراك والتمييز بين حروف بعض الكلمات، وصعوبة التعلم قد تدفعه لترك المدرسة .

أسباب النشاط الزائد وتشنت الانتباه:

يتجه الاعتقاد السائد إلى عزو النشاط الزائد وتشنت الانتباه إلى

تفاعل جملة من العوامل، حيث من الصعب القول بأن هناك سبب أو

عامل محدد يقف وراء هذا الاضطراب، ومن هذه العوامل ما يلي:

أولاً: العوامل البيئية Environmental Agents

أظهرت نتائج الدراسات أن هناك ارتباطاً وثيقاً بين تدخين

الأم الحامل وادمانها على الكحول وتعرض أبنائها إلى الإصابة بهذا

الاضطراب، بالإضافة إلى ذلك وجد أن التسمم بمركب الرصاص

والمواد السامة والتعرض إلى الاصابات في منطقة الرأس من

الأسباب المحتملة للنشاط الزائد.

ثانياً: العوامل التكوينية والوراثية Gentices Factors

بالرغم أن الأدلة العلمية غير قاطعة حول أثر العوامل الوراثية

في تطور هذا الاضطراب، إلا أن هناك بعض نتائج الدراسات تشير

إلى وجود أثر للعوامل الجينية التكوينية في ذلك.

ففي هذا الصدد، أظهرت نتائج دراسة جيودمان وستيفنسون الأثر الواضح للعوامل الجينية الوراثية في هذه الظاهرة، حيث تبين أن التوائم المتماثلة كانت أكثر تعرضاً للإصابة بهذا الاضطراب من التوائم غير المتماثلة. كما أظهرت نتائج دراسات أخرى احتمالية إصابة الأطفال بهذا الاضطراب بشكل أكبر إذا كان أحد والديهم مصاباً بهذا الاضطراب، وهو أكثر انتشاراً لدى الأقارب الذي يسود لديهم هذا الاضطراب. وبالرغم من هذه النتائج إلا أنه لغاية الآن لم يتم تحديد العوامل الجينية وآليات عملها على نحو دقيق وتام.

ثالثاً: العوامل العضوية Organic Factors

هناك عدداً من الأسباب العضوية المحتملة التي قد تقف وراء حدوث مثل هذا الاضطراب، ومن هذه الأسباب الإصابات البسيطة التي تلحق بالدماغ أو التشوهات الخلقية أثناء الولادة والرضوض والإصابات التي يتعرض لها الجنين. لقد أظهرت نتائج الدراسات أن نسبة قليلة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد

وتشتت الانتباه يعانون من تلف بسيط أو إصابة في القشرة الدماغية.
ومن الأسباب العضوية الأخرى الأورام ونقص الأكسجين الواصل
للخلايا الدماغية والتعرض للأشعة واضطراب المواد الكيميائية التي
تحمل الرسائل إلى الدماغ هذا بالإضافة إلى الخلل في بعض الحواس
أو وظائفها.

رابعاً: العادات الغذائية Food Additive & Suger

تظهر نتائج بعض الدراسات أن تناول أنواعاً محددة من الأغذية
مثل تلك التي تحتوي على السكريات والمواد الحافظة والنكهات الصناعية
وحامض السالسيك تسهم إلى درجة كبيرة في حدوث مثل هذا الاضطراب
لدى الأطفال ولا سيما إذا كان هناك إفراطاً مستمراً في تناولها.

خامساً: العوامل النفسية Psychological Factors

تلعب العوامل النفسية دوراً بارزاً في حدوث مثل هذا
الاضطراب وتطوره لدى الأطفال. فالعلاقات الأسرية وأساليب
الرعاية والتعامل داخل الأسرة وطريقة استجابات الراشدين للأطفال

قد تشجع أو تمنع حدوث مثل هذا الاضطراب لدى الأطفال. فوجود الخلافات والتوتر داخل الأسرة واضطراب العلاقات ووسائل الرعاية يؤثر في مزاج الطفل ويزيد من درجة الحساسية والتهيج لديه، كما أن التعزيز والتشجيع للطفل على بعض الأنماط السلوكية تشجع الطفل على ممارستها والإفراط فيها. هذا وتلعب النمذجة دوراً في تطور مثل هذا الاضطراب، حيث يلاحظ الطفل الأنماط السلوكية السائدة في أسرته والمدرسة ويسعى إلى التمتع مع مثل هذه السلوكيات ولا سيما عندما يرى أن مثل هذه السلوكيات ذات قيمة تعزيرية بالنسبة له.

ومن العوامل النفسية الأخرى التي تسهم في هذه الاضطرابات حالات القلق والاكتئاب والإحباط التي يعاني منها الطفل.

طرق الوقاية والعلاج

ما لا شك فيه أن اضطراب النشاط الزائد وتشتت الانتباه يعد من الاضطرابات المزعجة ليس للطفل فحسب لا بل وللمحيطين به

من أفراد الأسرة والأقران والمعلمون، ويمتد تأثيره في مجال التحصيل الأكاديمي وفي أنماط السلوك التكيفي. وللتقليل من آثار هذا الاضطراب يمكن اللجوء إلى مجموعة إجراءات وقائية وعلاجية منها:

أولاً: الإجراءات الوقائية

هناك حكمة شائعة تقول "أن الوقاية خير علاج". فللحد من ظهور هذا الاضطراب لدى الأطفال، هناك إجراءات وقائية يمكن اللجوء إليها وتتمثل في:

١. توفير البيئة الصحية السليمة للأم الحامل مثل الظروف النفسية والاجتماعية والغذاء المناسب بالإضافة إلى النصائح والإرشادات أثناء فترة الحمل. وتجنب تناول الأغذية غير المناسبة وتعاطي المخدرات والكحول والمهدئات والتدخين من قبل الأم الحامل حيث يسهم ذلك في الحد من ظهور مثل هذا الاضطراب لدى الأبناء.

٢. العمل ما أمكن أن تكون الولادة طبيعية وتوفير عوامل السلامة العامة أثناء الولادة.

٣. تجنب إثارة الطفل ومضايقته حتى لا تتطور لديه مشاعر التوتر

والعصبية والقلق.

٤. تقبل الطفل والتكيف مع مزاجه المتقلب وعدم الأفرط في توجيهه

اللوم والنقد لسلوكاته لمنع تطور أو تفاقم هذه الظاهرة لديه كرد

فعل معاكس.

٥. توفير فرص التعلم المناسب للطفل والتغذية الملائمة.

٦. تجنب حرمان الطفل من ممارسة اللعب واختيار الألعاب المفضلة لديه.

٧. تعليم الأطفال أنماطاً سلوكية هادفة وتعزيزهم على أدائهم الناجح.

٨. تعريض الطفل إلى نماذج إيجابية، بحيث يجب أن يتصرف الآباء

بطريقة مقبولة ويمارسون عادات سلوكية سليمة أمام أبنائهم.

٩. اللجوء إلى الإرشادات والنصائح اللغوية في توجيه الأطفال في بيئة

آمنة يتوفر فيها عوامل الحب والتقبل بعيداً عن النقد والتجريح.

١٠. تنظيم البيئة وضبط المشتتات التي قد تعمل على جذب انتباه

الأطفال مثل تغطية الأرض بالسجاد وإغلاق الخزائن ووضع الستائر

على النوافذ والتقليل ما أمكن من المنبهات الصوتية والبصرية.

١١. عدم تعزيز الطفل وتشجيعه على الانماط السلوكية غير

المرغوبة والعمل على تجاهلها وعدم الاهتمام بها.

ثانياً: الإجراءات العلاجية Medical Procedures

نظراً لما يترتب على اضطراب النشاط الزائد وتشتت الانتباه من

صعوبات تعيق عمليات التفاعل الاجتماعي والتعلم يقتضي الأمر التدخل

العلاجي المباشر والسريع من قبل أولياء الأمور والمعلمون والمختصون

ذوي العلاقة، ومن الأساليب العلاجية التي يمكن إتباعها ما يلي:

١. التدريب على الاسترخاء والتنفس العميق :

وذلك من أجل جعل عملية الانتباه أكثر تلقائية وفاعلية. يعمل

الاسترخاء العقلي على تهدئة الطفل ويقلل من التشتت لديه مما يزيد

بالتالي من زيادة مستوى تركيزه وتحسين اداءه. وقد تتضمن هذه العملية

الطلب من الأطفال تخيل بعض المشاهد لأن مثل ذلك يساعد على

الاسترخاء.

٢. التدريب على التنظيم الذاتي:

من خلال مساعدة الطفل على ملاحظة سلوكاته ذاتياً وتطوير قدرته على ضبط الذات. وتتطلب مثل هذه الطريقة تدريب الطفل على توجيه سلوكه من خلال الحديث مع نفسه وملاحظة ما يقوم به من أفعال، وهذا بالطبع يعني ضرورة ملاحظة الأهل والمعلمون لما يقوم به الطفل من أنماط سلوكية وتوجيهه على الانخراط في أفعال هادفة وهادئة مع تقديم الدعم له. ولتعزيز قدرته على الضبط الذاتي يفضل أن يتم التدرج في نوعية المهمات التي يطلب من الطفل الانخراط بها من حيث مستوى صعوبتها والزمن اللازم لتنفيذها وذلك من أجل تمكينه من تحقيق النجاح وتعزيز ثقته بذاته. ويمكن تحقيق ذلك من هذه خلال:

أ. جدولة المهمات والواجبات المطلوبة بحيث يتم إنجازها على مراحل مع تقديم

الدعم والتشجيع للطفل في كل مرحلة من هذه المراحل.

ب. التدريب المتكرر على القيام بأنشطة تزيد من مستوى التركيز والمثابرة

لديه مثل تجميع الصور وتصنيف الأشياء (حسب الشكل أو اللون أو

الحجم) والكتابة المتكررة بالإضافة إلى ألعاب الفك والتركيب.

٣. استخدام برامج التعزيز المختلفة وتشمل :

أ. التعزيز اللفظي للسلوك المناسب:

ويتمثل في تشجيع الطفل على السلوكات المرغوبة التي يقوم بها من خلال استخدام عبارات الثناء والمديح للطفل مثل : كم كنت رائعاً لأنك جلست هادئاً، جميل ما قد قمت به أنت ممتاز ورائع لأنك انهيت المطلوب منك وإلى غير ذلك من عبارات التشجيع والمديح. وحتى يكون هذا التعزيز فعالاً يجب أن يقدم بعد الانتهاء من العمل مباشرة وأن تكون نبرة الصوت أثناء تقديمه واضحة ومؤثرة مع النظر إلى الطفل والابتسامة له.

ب. التعزيز المادي:

ويتمثل في استخدام الهدايا والجوائز والألعاب والأطعمة (الحلوى، والعصائر) كمكافئة للطفل على سلوكه المناسب ولا سيما عندما يجلس هادئاً وعندما تطول فترة انتباهه ويصغي إلى التعليمات أو عندما يلعب ويتحرك بهدوء وعندما ينجح في انجاز بعض المهمات.

ج- التعزيز الرمزي:

وهي عبارة عن معززات رمزية يمكن استبدالها لاحقاً بمعززات مادية وتشمل المعززات الرمزية الكوبونات والطابع، والى وغير ذلك. بالإضافة لذلك يمكن اتباع أسلوب النقاط، ممثلاً ذلك بالعلامات أو وضع بعض إشارات مقابل اسم الطفل عندما يمارس السلوك المرغوب بحيث يتم استبدال هذه الإشارات لاحقاً بمعززات أخرى مثل الألعاب والحلوى والجوائز المادية.

د. العقود:

ويتمثل ذلك في استخدام سلوك مفضل، لدى الطفل كمعزز لسلوك لا يرغب الطفل فيه، أو الاشتراط على الطفل بالحصول على مكافئة أو جائزة معينة إذا ما قام بعمل ما أو انجز مهمة معينة. فعلى سبيل المثال، يمكن للاباء والمعلمون تحديد أنماط السلوك التي يفترض للأطفال القيام بها مقابل السماح لهم بالحصول على مكافئات معينة أو ممارسة أنشطة يفضلونها.

٤. تزويد الطفل بنظام من التعليمات:

وفي هذا الإجراء يفترض بالآباء والمعلمون التوضيح للأطفال ما هو متوقع منهم، ووصف أنماط السلوك المرغوب دون إظهار الغضب والانفعال كأن يقول الأب للطفل مثلاً أن كثرة تنقلك من مكان على آخر سوف يعيقك من إنجاز المهمة، أو إن هذه الأفعال الحركية التي تقوم بها ربما تؤدي بك إلى السقوط وتعريض نفسك للخطر، أو عندما تشعر بالضيق والتعب خذ نفساً عميقاً وتابع من جديد.

٥. الأساليب المتخصصة:

عندما تفشل الإجراءات السابقة في علاج اضطراب النشاط الزائد وتشتت الانتباه لدى الأطفال يمكن اللجوء إلى الأخصائيين النفسيين لإعطاء الأطفال أنواعاً معينة من العلاج تحت الإشراف الطبي أو اقتراح حميات غذائية معينة أو اللجوء إلى أساليب الاسترخاء العقلي وتقليل الحساسية للتوتر. ومن أنواع الأدوية التي يمكن إعطاءها للأطفال الريتالين والدكسيدرلين والسايلر وغيرها، ولكن يجب الحذر في

الإفراط في استخدام مثل هذه الأدوية ويجب أن تعطى تحت الإشراف الطبي لأن لمثل هذه الأدوية تأثيرات جانبية مثل الأرق والصداع وقلة الشهية. بالإضافة إلى الأدوية والعقاقير الطبية يمكن توظيف الأساليب العلاجية النفسية التي تعمل على إزالة التوتر وحل الصراعات ومن أبرزها العلاج من خلال اللعب.

معايير تشخيص اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة

أ) نمط مستمر من عدم الانتباه وفرط الحركة الاندفاعية يتداخل

مع الأداء أو التطور، كما يتظاهر ب (١ أو ٢)

١- عدم الانتباه: ستة من الأعراض التالية أو أكثر استمرت لستة أشهر

على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً

ومباشرةً على النشاطات الاجتماعية والمهنية والأكاديمية:

ملاحظة: إن الأعراض ليست فقط مظهراً من مظاهر السلوك الاعتراضي

والعدائية، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات. بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً

والبالغين (سن ١٧ وما فوق)، فيلزم خمسة أعراض على الأقل.

- غالباً ما يخفق في إعارة الانتباه الدقيق للتفاصيل أو يرتكب أخطاء دون مبالاة في الواجبات المدرسية أو في العمل أو في النشاطات الأخرى (مثلاً إغفال أو تفويت التفاصيل، العمل غير الدقيق).
- غالباً ما يصعب عليه المحافظة على الانتباه في أداء العمل أو في ممارسة الأنشطة (مثلاً صعوبة المحافظة على التركيز خلال المحاضرات، المحادثات أو القراءة المطولة).
- غالباً ما يبدو غير مصغٍ عند توجيه الحديث إليه مباشرة (عقله يبدو في مكان آخر مثلاً حتى عند غياب أي ملهي واضح).
- غالباً لا يتبع التعليمات ويخفق في إنهاء الواجب المدرسي أو الأعمال الروتينية اليومية أو الواجبات العملية (يبدأ المهام مثلاً ولكنه يفقد التركيز بسرعة كما ينلهى بسهولة).
- غالباً ما يكون لديه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة (الصعوبة في إدارة المهام المتتابعة مثلاً، صعوبة الحفاظ على الأشياء والمتعلقات الشخصية بانتظام فوضوي غير منظم العمل يفتقد لحسن إدارة الوقت، والفشل بالالتزام بالمواعيد المحددة).

- غالباً ما يتجنب أو يكره أو يتردد في الانخراط في مهام تتطلب منه جهداً عقلياً متواصلاً كالعمل المدرسي أو الواجبات في المنزل، للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين إعداد التقارير وملء النماذج، مراجعة الأوراق الطويلة).

- غالباً ما يضيع أغراضاً ضرورية لممارسة مهامه وأنشطته (كالمواد المدرسية والأقلام والكتب والأدوات والمحافظ والمفاتيح والأوراق والنظارات والهواتف).

- غالباً ما يسهل تشتيت انتباهه بمنبه خارجي (للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين قد تتضمن أفكاراً غير ذات صلة).

- كثير النسيان في الأنشطة اليومية (مثل الأعمال الروتينية اليومية، إنجاز المهام، للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين، إعادة طلب المكالمات، دفع الفواتير، والمحافظة على المواعيد).

٢- **فرط الحركة الاندفاعية:** ستة من الأعراض التالية استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرةً على النشاطات الاجتماعية والمهنية والأكاديمية.

- ملاحظة:** إن الأعراض ليست فقط مظهراً من مظاهر السلوك الاعتراضي والعدائية، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات. بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً والبالغين (سن ١٧ وما فوق)، فيلزم خمسة أعراض على الأقل.
- غالباً ما يبدي حركات تملل في اليدين أو القدمين أو يتلوى في كرسيه.
 - غالباً ما يغادر مقعده في الحالات التي يُنتظر فيها منه أن يلازم مقعده. (في صفوف الدراسة أو المكتب أو أماكن العمل الأخرى أو في الحالات التي تتطلب ملازمة المقعد).
 - غالباً ما يركض أو يتسلق في مواقف غير مناسبة (قد يقتصر الأمر عند المراهقين أو البالغين على إحساسات الشعور بالانزعاج).
 - غالباً ما يكون لديه صعوبات عند اللعب أو الانخراط بهدوء ضمن نشاطات ترفيهية.
 - لا يرتاح للثبات في (مدفوع بمحرك) غالباً ما يكون متحفزاً أو يتصرف كما لو أنه شئ معين لفترات مطولة كما في المطاعم أو الاجتماعات حيث قد يلحظ الآخرون صعوبة التماشي معه.

- غالباً ما يتحدث بإفراط
- غالباً ما يندفع للإجابة قبل اكتمال الأسئلة (يكمل الجمل للآخرين مثلاً، لا ينتظر دوره في عند الحديث).
- غالباً ما يجد صعوبة في انتظار دوره. (عند الانتظار في الطابور مثلاً).
- غالباً ما يقاطع الآخرين أو يقم نفسه في شؤونهم (مثلاً، في المحادثات، والألعاب، أو الأنشطة، قد يبدأ في استخدام أشياء الآخرين دون أن يطلب أو يتلقى الاذن، بالنسبة للبالغين، قد يتدخل أو يستولي على ما بفعله الآخرون).
- أ) وجود بعض أعراض فرط الحركة الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه قبل عمر ١٢ سنوات.
- ت) وجود بعض أعراض فرط الحركة الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه في بيئتين أو أكثر (في المدرسة مثلاً والعمل وفي المنزل، مع الأصدقاء أو الأقارب أو غيرها من الأنشطة).
- ث) يوجد دليل صريح على تداخل الأعراض أو إنقاصها لجودة، الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

ج) لا تحدث الأعراض حصراً في سياق الفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر ولا تُفسر بشكلٍ أفضل باضطراب عقلي آخر (مثل، اضطراب مزاج أو اضطراب قلق أو اضطراب تفارقي أو اضطراب شخصية، أو التسمم).

حدد فيما إذا كان:

- اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة، النمط المشترك: إذا تحقق المعيار أ ١ عدم الانتباه و أ ٢ فرط الحركة الاندفاعية لمدة ستة أشهر مضت.

- اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة، سيطرة نمط اللانتهاب: إذا تحقق المعيار أ ١ عدم الانتباه ولم يتحقق المعيار أ ٢ فرط الحركة الاندفاعية في الأشهر الستة الماضية.

- اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة، سيطرة نمط فرط الحركة الاندفاعية: إذا تحقق المعيار أ ٢ فرط الحركة الاندفاعية ولم يتحقق المعيار أ ١ عدم الانتباه في الأشهر الستة الماضية.

تحديد الشدة الحالية:

- خفيف: أعراض قليلة، إن وجدت تتجاوز تلك المطلوبة لوضع التشخيص موجودة في الوقت الراهن، والأعراض تؤدي إلى ضعف طفيف في الأداء الاجتماعي والأكاديمي، أو المهني.
- متوسط: الأعراض أو الضعف الوظيفي الموجود بين "خفيف" و"شديد".

Enuresis: اضطراب التبول اللاإرادي

هذه حالة شائعة بين الأطفال حتى سن المراهقة، ويكثر بين البنين مقارنة بالبنات، ويكون المرضى من ذوي الذكاء المتوسط أو أقل من المتوسط. ويبدأ الطفل خلال السنة الأولى من حياته في السيطرة الجزئية بشكل تدريجي أثناء النهار (الاستيقاظ) وتكتمل السيطرة خلال العام الثاني. أما السيطرة أثناء النوم فتتم خلال العام الثالث، ولكن اكتمال السيطرة يتم ما بين العام الثالث والرابع بشكل تدريجي ولا يتم تشخيص الحالة إلا بعد عمر الخامسة.

يعد التبول اللاإرادي من أكثر الاضطرابات شيوعاً لدى الأطفال، وهي ظاهرة مرضية عامة تعرف باسم سلس البول والتي تسبب الإزعاج لكل من الأطفال والأمهات ويعرف التبول اللاإرادي على أنه عدم القدرة على التحكم بالمثانة مما يتسبب في انسياب البول على نحو لاإرادي. وقد يأخذ التبول اللاإرادي أحد شكلين هما التبول في الفراش أثناء النوم وهو ما يعرف بالتبول الليلي، أو التبول أثناء اللعب أو الجلوس والوقوف ويعرف بالتبول النهاري.

هناك نوعان من التبول اللاإرادي: التبول المستمر الذي يبدأ منذ الولادة ويستمر إلى المراحل العمرية اللاحقة، والتبول المتقطع الذي يحدث في فترات متقطعة، ومثل هذا النوع يحدث عادة بعد التحكم بعملية التبول لفترة من الزمن بحيث يعود الطفل للتبول مرة أخرى بين حين وآخر.

لا يعتبر التبول اللاإرادي مشكلة حتى سن الخامسة من العمر، حيث يلاحظ أن ١٠% من الأطفال يستمرون في التبول

حتى هذا العمر تقريباً، ولكن حدوث التبول وبشكل مستمر أو متقطع بعد هذا العمر يعني وجود مشكلة حقيقة لدى الطفل تستدعي الانتباه والعلاج. ففي الظروف النمائية السليمة نجد أن غالبية الأطفال يبدأون في ضبط مثانتهم في نهاية السنة الثانية من العمر وحتى نهاية السنة الرابعة، وهذا الأمر يعد طبيعياً لا مشكلة فيه، فإذا ما استمر الطفل في التبول اللاإرادي الليلي أو النهاري خلال السنة الخامسة من العمر واستمر في ذلك، فإن الأمر يتطلب التشخيص الدقيق لمثل هذه الظاهرة والتدخل العلاجي المناسب.

تسود ظاهرة التبول اللاإرادي لدى الذكور أكثر من الإناث ويتناقص معدل حدوثها مع التقدم بالسن، هذا وتبلغ نسبة حدوثها (١٢%) لدى الأطفال بين سن الخامسة والسادسة، و(٨%) لدى أطفال الثامنة من العمر، في حين تبلغ نسبتها (٥%) بين سن ١٢ و ١٥ سنة لتتناقص وتصبح (٢%) في بداية سن المراهقة و(١%) بعد سن الخامسة عشرة.

أشكال التبول اللاإرادي:

كما أسلفنا سابقاً أن التبول اللاإرادي قد يحدث أثناء النوم أو أوقات اليقظة، وقد يأخذ الشكل المتقطع أو المستمر بحيث تتباين أشكال اضطراب التبول اللاإرادي لتأخذ الأشكال التالية:

١. التبول اللاإرادي منذ الولادة:

من الطبيعي أن الأطفال منذ الولادة وحتى نهاية السنة الثانية لا يستطيعون التحكم بعمليات التبول وذلك بسبب عدم إكمال عمليات النضج لديهم، ومثل هذا النوع من التبول هو الأكثر انتشاراً لدى الأطفال حيث تشكل نسبته ٨٦% من مجموع حالات التبول اللاإرادي.

٢. التبول اللاإرادي المؤقت (الانتكاسي):

ويحدث هذا النوع من التبول عندما يصل الطفل إلى مرحلة التحكم في عمليات التبول وضبط المثانة لفترة زمنية تتراوح بين ٦ أشهر إلى سنة، إلا أنه يعود إلى تبليل ثيابه مرة أخرى نتيجة لظروف نفسية أو بيئية أو أسرية.

٣. التبول اللاإرادي الليلي:

يكثر هذا النوع لدى الأطفال في المراحل العمرية المبكرة، حيث نجد أن ٦٦% من مجموع الأطفال يببلون ثيابهم أثناء الليل. وقد يرتبط حدوث هذا النوع من الاضطراب بعوامل مثل البرد أو الأحلام والكوابيس التي يعاني منها الأطفال.

٤. التبول اللاإرادي النهاري:

ويحدث هذا النوع عندما يواجه الأطفال مواقف جديدة أو مقلقة أو غير مألوفة مثل الانتقال إلى سكن جديد أو أثناء الزيارات أو الدخول إلى رياض الأطفال أو المدرسة.

٥. التبول اللاإرادي الليلي النهاري:

بالرغم من أن بعض الأطفال يتببلون لا إرادياً أثناء الليل والبعض الآخر أثناء النهار، نجد ان هناك أطفالاً يعانون من هذا الاضطراب أوقات النوم واليقظة، ويسود مثل هذا النوم لدى ٣٣% من مجموع الأطفال في السنوات العمرية المبكرة.

٦. التبول اللاإرادي العرضي المزمن:

وهو من أكثر اضطرابات التبول اللاإرادي خطورة وأكثرها تأثيراً في نفسه الأفراد وإزعاجاً للمحيطين بهم. ويظهر هذا الشكل في التكرار غير المألوف لعملية التبول وانتكاس الحالة بعد الشفاء المؤقت لها، بحيث يتكرر التبول اللاإرادي لدى الأطفال ويستمر لديهم لفترات لاحقة.

٧. التبول اللاإرادي المصاحب للأحداث:

وهذا الشكل من التبول يحدث في مواقف وحالات مؤقتة مثل سفر أحد الوالدين أو بسبب الغيرة من قدوم طفل جديد أو بسبب الحرمان أو القلق.

٨. التبول اللاإرادي غير المنتظم:

ومثل هذا النوع يحدث على فترات متقطعة ومتباعدة، وقد يرتبط بالأحداث اليومية أو الليلية التي يمر بها الطفل.

أسباب التبول اللاإرادي:

هناك مجموعة أسباب محتملة تقف وراء حدوث اضطراب التبول اللاإرادي لدى الأطفال منها ما هو عضوي ومنها ما هو نفسي. هذا وقد يتفاعل أكثر من عامل واحد في تطور هذا الاضطراب، ويمكن إبراز هذه الأسباب والعوامل على النحو الآتي:

أولاً: الأسباب الفسيولوجية والعضوية

يمكن إجمال هذه الأسباب والعوامل على النحو التالي:

- أ. فقر الدم وزيادة تركيز مادة التوكسين في الجسم.
- ب. خلل في النمو التكويني أو الوظيفي في أحد أعضاء الجهاز التناسلي.
- ج. خلل في الأداء الوظيفي للجهاز العصبي الذي يتحكم بعمليات التبول.
- د. الالتهابات مثل التهاب المثانة والحالب والمستقيم والكلى أو وجود الحصى في الكلى والتهاب اللوزتين والزوائد الأنفية.
- هـ. صغر حجم المثانة وعدم اكتمال نموها.

- و. الإصابة ببعض الأمراض مثل مرض السكري، واضطراب عمل الغدة النخامية والأمراض المعوية التي تسببها الديدان والطفيليات مثل الأكسيوروس والانكلستوما والبلهارسيا وغيرها.
- ح. وجود تشوهات في العمود الفقري وخصوصاً الفقرات القطنية مما يتسبب بحدوث ضغط على الأعصاب المسيطرة على عمل المثانة.
- ط. الإصابة ببعض الاضطرابات والأمراض العصبية مثل حالات الصرع.
- س. الخلل أو النقص في إفراز بعض الهرمونات مثل الأنسولين والذي يتحكم بعملية التبول.

ثانياً: الأسباب الوراثية

تشير الاحصائيات إلى أن ٧٥ % من الأطفال الذين يعانون من التبول اللاإرادي ينحدرون من آباء وأمهات كانوا يعانون من هذا الاضطراب. وتظهر نتائج بعض الدراسات الاخرى كذلك وجود علاقة ارتباطية بين تبول الأطفال وتبول إخوانهم ضمن الأسرة أو العائلة الواحدة.

ثالثاً: الأسباب الاجتماعية والتربوية:

وتتمثل هذه الأسباب فيما يلي:

١. انتقال الأسرة إلى مسكن جديد، وزيارة الأصدقاء والأقارب لفترة من الزمن.
٢. تقصير الوالدين وعجزهم على تدريب الطفل على ضبط عملية التبول أو بسبب عدم اللامبالاة في مراقبة الطفل أو إيقاظه أثناء الليل وإرشاده للذهاب إلى الحمام.
٣. الإفراط والمبالغة في التدريب على عملية الإخراج والتبول من قبل الوالدين
٤. الخلافات العائلية وتفكك الأسرة وكذلك الصراعات والشجار داخل الأسرة أمام الأبناء.
٥. وفاة أحد الأشخاص المقربين للطفل.
٦. التدليل والتسامح الزائد عندما يتبول الطفل مما يعزز هذا السلوك لديه لاحقاً.
٧. التدريب على التحكم بعمليات التبول في سن مبكرة

رابعاً: الأسباب النفسية

تكاد تكون الأسباب النفسية من أكثر العوامل التي تؤدي إلى تطوير اضطراب التبول اللاإرادي لدى الأطفال، وتتمثل هذه الأسباب بما يلي:

- أ . الغيرة الشديدة نتيجة لوجود منافس للطفل داخل الأسرة أو بسبب قدوم مولود جديد، مما يولد سلوك الغيرة لديه.
- ب. فقدان الشعور بالأمن، والقلق وكثرة الإحباطات والصراعات.
- ج. سوء علاقة الطفل بأمه وإهمالها أو تقصيرها في إشباع حاجات الطفل.
- د. الحرمان العاطفي من جانب الوالدين
- هـ. التهديد والعقاب الشديد من قبل الوالدين مثل الضرب والتوبيخ.
- و. الخوف من الظلام أو الحيوانات أو الأفلام والأشباح والصور المرعبة.
- ز. قلق الانفصال والخوف من فقدان أو الابتعاد عن أحد الوالدين
- ح. الإفراط في أساليب رعاية وحماية الطفل مما يؤدي إلى تدني ثقة الطفل بنفسه ورفع مستوى الاعتمادية على الآخرين لديه.

ط. تغيير المربية

ي. ذهاب الطفل إلى الروضة والمدرسة.

الإجراءات الوقائية والعلاجية

هناك عدد من الإجراءات يجب القيام بها لعلاج حالات

التبول اللاإرادي والتقليل منها ما أمكن، ومن هذه الإجراءات:

١. الكشف الطبي والتحقق من السلامة العضوية والفسيوولوجية للطفل.

ويتم هذا الإجراء من خلال عمل التحاليل المختلفة للبول والبراز والدم

للتأكد من سلامة الجهاز البولي والتناسلي وجهاز الإخراج لدى الطفل. كما

يجب فحص الطفل للتأكد من سلامة الأنف والأذن والحنجرة وخلوها من

الالتهابات بالإضافة إلى فحص الجهاز العصبي والهضمي. وفي حال

وجود أية أمراض أو اضطرابات عضوية عندها يستلزم الأمر علاج هذه

الاضطرابات من خلال الأدوية والعقاقير الطبية تحت الإشراف الطبي

المناسب واستخدام جرعات من العسل قبل النوم.

٢. في حال التأكد من خلو الطفل من أية أمراض أو

اضطرابات عضوية: يمكن للوالدين اتباع الإجراءات التالية:

- إراحة الطفل نفسياً وبدنياً وإعطاءه فرصة كافية للنوم وذلك من أجل

تهدئة الجهاز العصبي وتخفيف التوتر النفسي لديه

- التقليل من شرب الماء والعصائر والأغذية والفواكة التي تساعد

على إدرار البول قبل ساعات من موعد نوم الطفل.

- تخفيض مستوى التوتر والضغط لدى الطفل

- تدريب الطفل أثناء النهار على تأخير عمليات التبول لأطول وقت

ممكناً ومكافئته على ذلك.

- إشباع حاجات الطفل وتوفير الأمن والحنان والحب والعطف للطفل.

- تعزيز ثقة الطفل بنفسه وتشجيعه على المحافظة على فراشه نظيفاً

وجافاً من خلال مبدأ التعزيز التفاضلي بحيث يتم مكافأة الطفل

عندما لا يتبول وحرمانه من التعزيز عندما يبول على نفسه.

- عدم مقارنة الطفل بالآخرين الذين يستطيعون التحكم بعمليات التبول.

- الابتعاد عن التهكم والسخرية والنقد والعقاب والتهديد أو التشهير

بالطفل أمام الآخرين

- التدريب السليم والمتزن على العادات الصحية السليمة وكيفية

التحكم في عمليات التبول والإخراج.

- تبديد مشاعر الخوف والقلق والتوتر لدى الأطفال ومنعهم من مشاهدة

الأفلام والصور المرعبة أو الاستماع إلى الأحاديث والقصص

المخيفة.

- الابتعاد عن الملابس الضيقة أو تلك التي يصعب على الطفل

خلعها وذلك لمساعدته على الاعتماد على الذات في عمليات

التبول.

٣. استخدام الجرس الكهربائي: يعرف هذا الإجراء باسم طريقة الجرس

والوسادة، ويستخدم عندما يستمر الطفل بالتبول حتى عمر متأخر بالرغم

من كل الجهود التي يبذلها الوالدين في علاجه. يعد هذا الإجراء فعالاً حيث

وجد ان ٧٠% من الحالات يتم شفاؤها بعد شهرين من استخدامه.

وهذا الإجراء هو بمثابة وسادة سلكية صغيرة توضع فوق سرير الطفل وتتصل بجرس كهربائي مثبت بجانب السرير، فعند نزول أول قطرة بول فإن الدائرة الكهربائية تتوقف فيرن الجرس، وهذا يدفع الطفل إلى التوقف عن التبول والاستيقاظ والذهاب إلى الحمام.

معايير تشخيص اضطراب التبول اللارادي

أ) إفراغ متكرر للبول في الفراش أو في الملابس (سواءً كان غير إرادي أو عمداً).

ب) السلوك هام سريرياً كما يتجلى إما بتكراره مرتين في الاسبوع لمدة ثلاثة أشهر متتالية على الأقل، أو بوجود إحباط هام سريرياً أو انخفاض في الأداء الأكاديمي (المهني)، أو في مجالات أخرى هامة من الأداء.

ت) العمر ٥ سنوات على الأقل (أو ما يعادله في مستوى التطور العقلي).

ث) لا يُعزى هذا السلوك للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل المُدرّات

أو الأدوية المضادة للذهان (أو عن حالة - طبية أخرى (مثل)

السكري، الشوك المشقوق، اضطراب صرعي).

حدّد في ما إذا كان:

- أثناء الليل فقط Nocturnal Only : إفراغ البول فقط أثناء النوم

ليلاً.

- أثناء النهار فقط Diurnal Only : إفراغ البول أثناء ساعات الاستيقاظ.

- أثناء الليل والنهار Nocturnal and Diurnal : تشارك النمطين

المذكورين.

اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder

هو نوع من اضطرابات النماء أو الارتقاء وتظهر أعراضه قبل

عمر الثالثة، والاضطراب يشمل الحالات التالية:

١- التواصل الاجتماعي.

عجز شديد في مهارات التواصل اللفظي والغير لفظي مسبباً

تدنياً شديداً في الأداء، مع بدء محدود جداً للتفاعل الاجتماعي، مع

أقل الاستجابات لاستهلاجات الغير، مثلاً شخص لديه كمية قليلة من الكلام الواضح والذي نادراً ما يبدأ التفاعلات وإذا فعل فإنه يعتمد مقاربات غير مألوفة لتلبية الاحتياجات فقط وللإستجابة للمقاربات الاجتماعية المباشرة بشدة فقط.عجز واضح في مهارات التواصل اللفظي والغير لفظي، الاختلالات الاجتماعية ظاهرة حتى مع الدعم في المكان، مع بدء محدود للتفاعل الاجتماعي مع استجابات منقوصة أو شاذة لاستهلاجات الغير فمثلاً شخص يتكلم جملاً بسيطة وتفاعلاته محددة باهتمامات ضيقة، ولديه تواصل غير لفظي غريب.

٢ - السلوك المحدد المتكرر.

انعدام المرونة في السلوك، وصعوبة شديدة في التأقلم مع التغيير، أو أن السلوكيات النمطية/المتكررة تتداخل بوضوح مع الأداء في جميع المناحي. إحباط/صعوبة كبيرة لتغيير التركيز أو الفعل.

٣-اضطرابات أخرى مثل الرهاب واضطرابات النوم والأكل ونوبات

من الهياج والعدوان الموجه نحو الذات .

٤-التفاعل الاجتماعي:

فقدان الاستجابة لمشاعر الآخرين، وفقدان التبادل الاجتماعي والعاطفي وعدم تعديل السلوك طبقاً للإطار الاجتماعي واستخدام ضعيف للرموز الاجتماعية، اذن التوحد هو عبارة عن إعاقة نمائية معقدة تظهر عند بعض الأطفال خلال السنوات الثلاثة الأولى من العمر وتتجلى في مظاهر نمائية مثل:

١. الاضطراب في التفكير والعمليات العقلية.
٢. الاضطراب في عمليات التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين.
٣. الاضطراب في النطق واللغة.
٤. الاضطراب في الاستجابة للمثيرات الحسية.

يصاب بهذا الاضطراب حوالي (٢٠) طفل من كل (١٠٠.٠٠٠) طفل تقريباً وهو أكثر انتشاراً لدى الذكور من الإناث،

حيث يزيد معدل انتشاره لدى الذكور اربع مرات عنه عند الإناث، وهو ليس من الاضطرابات التي ترتبط بالعوامل الثقافية أو العرقية أو الاجتماعية أو الاقتصادية أو الأكاديمية.

يحدث التوحد نتيجة اضطرابات عصبية تؤثر في نشاط الدماغ وتعيقه من النمو السليم مما يترتب على ذلك قصور في مجالات التفكير والتفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل مع الآخرين، حيث يعاني المصابين بهذا الاضطراب مشكلات في التواصل اللفظي وغير اللفظي وعمليات التفاعل الاجتماعي وفي ممارسة الأنشطة والألعاب والاستجابة للمثيرات والمواقف المختلفة، الأمر الذي يجعل منهم غير قادرين على التكيف وتحقيق الاستقلالية الذاتية.

أسباب اضطراب التوحد

ترجع أسباب التوحد إلى عاملين رئيسيين تتمثل في:

١. العوامل الداخلية:

ويتمثل في العوامل الجينية الوراثية لوجود جينات تثير الاستعداد والقابلية للإصابة بالتوحد لدى بعض الأطفال. فقد اظهرت نتائج بعض

الدراسات التي قدمت في مؤتمر أبحاث التوحد في أمريكا وجود جينات تؤثر في فعالية بروتين الميتالوثيونين المسؤول على تنظيم نسبة الزنك والنحاس في الجسم مما يتسبب في اضطراب في نشاط وجود اختلافات الجهاز العصبي. ويظهر من تحليل الصور الإشعاعية المغناطيسية (MRT) في الأنشطة الحيوية والعصبية للدماغ، بالإضافة إلى اختلافات في تركيب الدماغ لدى الأطفال التوحديين ولا سيما في الجزء المسؤول عن الحركات اللاإرادية للجسم.

٢. العوامل الخارجية:

وتتمثل في عوامل التلوث في البيئة مثل المعادن السامة كال زئبق والرصاص أو الاستعمالات المفرطة للمضادات الحيوية أو التعرض للالتهابات والفيروسات. وهذا يترتب عليه حدوث تغيرات نتيجة لزيادة تكاثر الفطريات والبكتيريا في الامعاء تتمثل في زيادة الأمعاء ونقص الفيتامينات ونقص الأحماض الأمينية ونقص قدرة الجسم على التخلص من السموم.

الأعراض الرئيسية للتوحد:

يمكن رصد أعراض التوحد ما بين السنة الثانية والثالثة من

عمر الطفل. وعموماً يمتاز التوحد بمجموعة من اعراض رئيسية هي:

١. ضعف العلاقات الاجتماعية: يتصف الطفل المتوحد بعدم

قدرته على التواصل الاجتماعي وإقامة العلاقات مع الام والأب وأفراد

العائلة والأفراد الآخرين، فهو لا يهتم بوجود الآخرين ولا ينتبه أو ينظر

إليهم عندما يكلمونه، ولا يستمتع بوجودهم أو يشاركهم اهتماماتهم

والعابهم. كما أنه يفضل أن يكون منعزلاً يمارس العابه ونشاطاته بشكل

منفرد بعيداً عن الآخرين. ويمتاز الطفل المتوحد ايضاً بعدم قدرته على

التعرف على مشاعر الآخرين أو الإحساس بها، حيث لا يعطي بالاً

لمشاعر وانفعالات الآخرين ولا يتفاعل معها

٢. ضعف التواصل اللغوي: يمتاز الطفل المتوحد بضعف قدرته

على التعبير اللغوي وتأخر في الكلام، حيث يستعمل كلمات غريبة من

تأليفه ويكرر استعمالها، ويميل عادة إلى ترديد آخر.

كلمة في الجملة التي يسمعها ويواجه صعوبات في استعمال الضمائر، فمثلاً بدل أن يقول "أنا أريد أن أنام" نجده يقول "أحمد يريد ان ينام" حيث أنه يستبدل الضمير باسمه. وفي هذا المجال نلاحظ أن الطفل المتوحد لا يستجيب بشكل ملائم للتعبيرات اللفظية ويتصرف وكأنه أصم، فهو لا يجيد التواصل اللفظي مع الآخرين، وعادة ما يعبر على احتياجاته من خلال الإيماءات والإرشادات بدلاً من الكلمات. عموماً يتصف هذا الطفل ببطء النمو اللغوي واستخدام كلمات غريبة غير مألوفة دون ربطها بمعانيها أو السياق الذي تحدث فيه.

٣. الانغلاق الذاتي ومقاومه التغيير: يمتاز الطفل المتوحد بعدم المرونة وحب الروتين ومقاومه التغيير، فهو لا يميل إلى تغيير أنماط اللعب والأنشطة التي يمارسها أو تغيير ملابسه أو أنواع المأكولات التي يتناولها، ويميل إلى التعلق بأشياء محددة مثل دمية، أو وسادة أو أي شيء آخر. ومما يميز الطفل المتوحد أيضاً عدم قدرته على اللعب العفوي أو اللعب المرتكز على الخيال أو محاكاة أفعال الآخرين وتدني

قدراته على المبادرة والابتكار، فهو يصر على الأشياء ذاتها ويقاوم أي تغيير ويميل الى تدوير الأشياء واللعب بطرق غير مألوفة، وقد يلحق الأذى بذاته نظراً لانعدام احساسه بالخوف المترتب عن اللعب أو العبث ببعض الأشياء.

٤. مظاهر سلوكية أخرى: بالإضافة إلى الأعراض السابقة،

هناك جملة خصائص أخرى يتصف بها الطفل المتوحد مثل:

١. الإفراط الملحوظ في النشاط البدني أو الخمول الشديد.
٢. الضحك والقهقهة بطريقة غريبة وغير ملائمة.
٣. تقلب المزاج وإبراز الانفعالات المفاجئة.
٤. ضعف المهارات الحركية الدقيقة والعامية.
٥. اضطراب في عمليات الإدراك والتفكير وحل المشكلات.
٦. الاستجابة غير الطبيعية للأحاسيس الجسدية كالأحاسيس اللمسي أو ضعف في الاستجابة للألم وضعف الأحاسيس الأخرى الشمية والبصرية والذوقية.
٧. تدني ضعف حب الفضول والاكتشاف لديهم.

علاج اضطراب التوحد

تظهر الخبرات العملية فعالية التدخل المبكر في التخفيف من اعراض التوحد المختلفة، إذ أن توظيف برامج تربوية ملائمة ومكثفة مثل برامج الدمج ال تربوي والبرامج التي تعزز من اهتمامات الطفل، والبرامج التي تركز على المثيرات البصرية والبرامج التي تتضمن التدريب للآباء والعاملين من شأنه أن يسهم إلى درجة كبيرة في مساعدة الأطفال التوحديون على التكيف وتحقيق مستوى معقول من التعلم.

لقد اظهرت نتائج الدراسات أن الأطفال المصابين بالتوحد يستجيبون بشكل جيد إلى برامج التربية الخاصة المتخصصة وعالية التنظيم والتي تركز على تلبية الاحتياجات الفردية للأطفال، ومثل هذه البرامج تصمم بعناية فائقة من قبل فريق من الأخصائيين يتألف من معلمي التربية الخاصة وإخصائي تعديل السلوك وأخصائي علاج النطق والكلام وأخصائي التدريب السمعي والدمج الحسي وأخصائي التغذية والأطباء.

وتركز برامج التربية الخاصة على عدد من المسائل تتمثل في

- أ. علاج مشكلات التواصل .
- ب. تنمية المهارات الاجتماعية .
- ج. علاج الضعف الحسي.
- د. تعديل السلوك .
- هـ. التدريب على مهارات الحياة اليومية .
- و. تنمية الاستقلالية الفردية الذاتية.
- ز. تنمية قدرة الطفل التوحدي على الاختيار من بين البدائل واتخاذ القرارات.

وفي الغالب تشتمل برامج التربية الخاصة على الإجراءات

- العلاجية المبينة ادناه او بعضاً منها:
١. إجراءات تعديل السلوك.
 ٢. إجراءات علاج النطق
 ٣. إجراءات تنمية الإحساس .
 ٤. إجراءات تنمية التواصل البصري.

٥. إجراءات العلاج بالموسيقى.

٦. إجراءات التدريب السمعي

٧. إجراءات العلاج الوظيفي .

٨. إجراءات العلاج الفيزيائي.

معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد

أ) عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، في

الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ وذلك من خلال ما يلي:

١- عجز عن التعامل العاطفي بالمثل، يتراوح، على سبيل المثال،

من الأسلوب الاجتماعي الغريب، مع فشل الأخذ والرد في المحادثة،

إلى تدنٍ في المشاركة بالاهتمامات، والعواطف، أو الانفعالات، يمتد

إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

٢- العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل

الاجتماعي، يتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى

الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام

الإيماءات، إلى انعدام تام للتعبير الوجهية والتواصل غير اللفظي.

٣- العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها، يتراوح، مثلاً من صعوبات تعديل السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات، إلى انعدام الاهتمام بالأقران.

تحديد الشدة الحالية: تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة، المتكررة

ب) أنماط متكررة محددة من السلوك، والاهتمامات، أو الأنشطة وذلك بحصول اثنين مما يلي على الأقل، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ، (الأمثلة توضيحية، وليست شاملة):

١- نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء، أو الكلام (مثلاً، أنماط حركية بسيطة صف الألعاب أو تقليب الأشياء، والصدى اللفظي، وخصوصية العبارات)

٢- الإصرار على التشابه، والالتزام غير المرن بالروتين أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي (الضيق الشديد عند التغييرات

الصغيرة والصعوبات عند التغيير وأنماط التفكير الجامدة وطقوس التحية

والحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم).

٣- اهتمامات محددة بشدة وشاذة في الشدة أو التركيز (مثلاً، التعلق

الشديد أو الانشغال بالأشياء غير المعتادة، اهتمامات محصورة بشدة

مفرطة المواظبة).

٤- فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو اهتمام غير عادي في

الجوانب الحسية من البيئة مثلاً، عدم الاكتراث الواضح للألم/درجة

الحرارة، والاستجابة السلبية لأصوات أو لأنسجة محددة الإفراط في

شم ولمس الأشياء، الانبهار البصري بالأضواء أو الحركة.

تحديد الشدة الحالية:

تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة، المتكررة

(ت) تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو (ولكن قد لا يتوضح

العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة

أو قد تحجب بالاستراتيجيات المتعلمة لاحقاً في الحياة).

ث) تسبب الأعراض تدنياً سريرياً هاماً في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني الحالي، أو في غيرها من المناحي المهمة.

ج) لا تُفسر هذه الاضطرابات بشكلٍ أفضل بالإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل. إن الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معاً في كثير من الأحيان، ولوضع التشخيص المرضي المشترك للإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام.

ملاحظة: الأفراد الذين لديهم تشخيصات ثابتة حسب الدليل الرابع لاضطراب التوحد، واضطراب اسبرجر، أو اضطراب النمو الشامل غير المحدد في مكان آخر، ينبغي منحهم تشخيص اضطراب طيف التوحد. الأفراد الذين لديهم عجز واضح في التواصل الاجتماعي، ولكن أعراضهم لا تلبى المعايير لاضطراب طيف التوحد، ينبغي تقييمهم لاضطراب التواصل الاجتماعي (العملي).

حدد ما إذا كان

- مع أو دون ضعف فكري مرافق
- مع أو دون ضعف لغوي مرافق
- مترافق مع حالة طبية أو وراثية معروفة أو عامل بيئي
- مترافق مع اضطراب آخر في النمو العصبي، أو العقلي، أو السلوكي

اضطرابات النطق والكلام

يعد النطق أو الكلام أحد الوسائل اللغوية التي من خلالها يتفاعل الفرد مع الآخرين وينقل لهم افكاره ويعبر فيها عن حاجاته ورغباته، وهو أداة للتواصل وإعطاء التعليمات والأداء ووسيلة لاكتساب المعرفة والتفكير والتخيل والترويح عن النفس. وتتبع أهمية النطق في كونه إحدى السمات التي تميز الإنسان عن بقية المخلوقات وتأكيد صبغته الاجتماعية. هناك العديد من مشكلات النطق والكلام التي يعاني منها الأفراد ومثل هذه المشكلات تتباين من حيث اسبابها واعراضها.

ويرى الباحثون أن اضطرابات النطق والكلام تصنف إلى فئتين هما:

أ. اضطرابات النطق والكلام ذات المنشأ العضوي:

ومثل هذه الاضطرابات تحدث نتيجة خلل أو عيب في جهاز السمع أو جهاز الكلام كالتلف أو التشوه أو نتيجة لنقص في القدرة العقلية العامة لدى الفرد أو لإصابات في مناطق معينة. ففي هذا الصدد، أظهرت نتائج الأبحاث التشريحية أن التلف أو الخلل في منطقة الدماغ يؤثر في قدرة الفرد على التعبير اللغوي في الوقت الذي تدعى منطقة باروكا (Baroca) يستطيع فيه فهم العبارات المسموعة، في حين وجد أن الخلل أو التلف في منطقة ورينك (Werincks) يعيق عملية فهم التعبير اللغوية ويؤثر في قدرة الفرد على ربط تعابيره اللغوية بالسياق الذي تحدث فيه.

ب. اضطرابات النطق والكلام ذات المنشأ الوظيفي:

تتمثل هذه الاضطرابات في عدد من العيوب مثل عدم القدرة على التعبير أو الفهم، وغالباً هذه الاضطرابات لا ترتبط بأسباب عضوية وإنما ترجع إلى أسباب اجتماعية ونفسية، وهي تتباين في

نوعها وشدتها تبعاً لمدى قوة العوامل المسببة لها، وخصائص الفرد.
وفيما يلي عرض لبعض اضطرابات النطق والكلام:

١. الحذف:

ويتمثل هذا النوع من الاضطراب في حذف بعض الأصوات أثناء نطق الكلمات والجمل مما يجعل من لغة الفرد غير واضحة ومفهومة، وقد يشتمل هذا العيب على حذف صوت حرف معين أو أصواتاً متعددة ويتكرر مثل هذا الحذف في كلام الفرد لدرجة أن المقربين له كالآباء والأمهات لا يستطيعون فهم كلامه.

٢. الإبدال:

ويتمثل هذا النوع من الاضطراب عندما يستبدل الفرد بعض الأصوات بأصوات أخرى أثناء عمليات النطق للمفردات والجمل.
ويأخذ الإبدال شكلين هما:

أ. الإبدال الجزئي:

وفيه يستبدل الفرد صوت حرف بصورة حرف آخر أثناء نطقه المفردة أو كلمة ما. فقد يستبدل حرف الراء مثلاً بحرف الغين عند

نطق كلمات مثل (تمرين) حيث يلفظها (تمغين) أو استبدال حرف
الراء بحرف الواو وحرف السين بحرف الشين أو استبدال حرف التاء
بحرف الفاء مثل (فوم) بدلا من (ثوم).

ب. الإبدال الكلي:

وهنا يستبدل الفرد لفظ كلمة بلفظ آخر مغاير كأن يقول (دالة)
ويقصد بها غزالة.

٢. التحريف:

ويحدث هذا النوع عندما يلفظ الفرد صوت الحرف بطريقة
خاطئة ولكن يكون الصوت الجديد قريباً من صوت الحرف الأصلي،
وقد يكون السبب في ذلك اصدار الصوت من المكان غير الصحيح
أو بسبب وضع اللسان في الموضع غير الصحيح أثناء النطق.

٤. الإضافة:

ويحدث هذا النوع عندما يضيف الفرد صوتاً أو مقطعاً إلى النطق
الصحيح. فالفرد عندما ينطق كلمة ما يضيف لها صوت حرف أو
أصوات أكثر من حرف واحد مما يجعل من كلامه نوعاً ما غير واضح.

٥. الخمخمة:

ويتمثل هذا النوع من الاضطراب في خروج بعض أصوات الحروف من الأنف بدلاً من الفم، مما يعطي نطق الفرد طابعاً خاصاً يمتاز بحده درجة التنغيم.

٦. السرعة الزائدة في الكلام:

ويتمثل هذا النوع في سرعة نطق الكلمات والعبارات مما يجعل من الكلام غير واضحاً ويرتبط هذا النوع من الاضطراب بخلل في عمليات التنفس.

٧. الحبسة:

هناك أنواعاً عديدة من الحبسة، وأهم ما يميز الفرد الذي يعاني من الحبسة، في أنه يعاني من عسر في الكلام، حيث نجده يبذل مجهوداً ويأخذ وقتاً لنطق الكلمة وسرعان ما يتبع ذلك نطق انفجاري سريع للكلمة.

٩. التأتأة:

وهي الكلام المتقطع غير الاختياري عند بداية النطق يتمثل في اضطراب في الإيقاع الصوتي يأخذ شكل تكرار وإعادة صوت معين

مثل (أأأأأأ...) وقد يأخذ هذا الاضطراب شكل التلعثم في الكلام ويظهر في المراحل العمرية المبكرة وينخفض تدريجياً مع التقدم بالعمر وعمليات التعلم. وهذا وقد يترافق هذا النوع باضطرابات انفعالية أخرى مثل الخجل وتدني مفهوم الذات والانسحاب.

١٠. اللجاجة:

وهي نوع من إعادة في الكلام تظهر في شكل ترديد وتكرار سريع للمفردات وقد يصاحبه تشنجات في عضلات التنفس والكلام. فقد نجد أن الفرد الذي يعاني من هذا الاضطراب يكرر نطق حرف معين دون مبرر لذلك كأن يقوم (س س سيارة) أو (ححمص)، وإلى غير ذلك من التكرارات النطقية غير المبررة.

وتعرف مشكلات النطق والكلام باضطرابات التواصل:

وتتميز اضطرابات التواصل بما يأتي:

- عدم الاستخدام الاجتماعي لأي مهارات لغوية قد تكون موجودة.
- ضعف المرونة في التعبير اللغوي.
- فقدان نسبي للقدرة على الابتكار والخيال في عمليات التفكير .

- فقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية.
- عدم استخدام الإشارات المصاحبة التي تساعد في تأكيد أو توضيح التواصل الكلامي.

اضطراب اللغة Language Disorder

- أ) الصعوبات الثابتة في اكتساب واستخدام اللغة عبر الطرق المختلفة (المنطوقة والمكتوبة ولغة الإشارة مثلاً أو غيرها) وذلك بسبب عجز الاستيعاب أو الإنتاج والتي تشمل ما يلي:
- ١- قلة المفردات (المعرفة بالكلمات واستخدامها).
 - ٢- التحدد في بناء الجملة (القدرة على وضع الكلمات ونهايات الكلمات معاً لتشكيل الجمل استناداً إلى قواعد اللغة والصرف).
 - ٣- ضعف التخاطب (القدرة على استخدام المفردات والجمل المترابطة لشرح أو وصف موضوع ما أو سلسلة من الأحداث أو إجراء محادثة).
- ب) القدرات اللغوية أدنى إلى حد كبير وكمياً أقل من تلك المتوقعة بالنسبة للعمر، مما يؤدي لتحدد وظيفي في التواصل الفعال، والمشاركة الاجتماعية، والإنجازات الأكاديمية، أو الأداء المهني،

بشكلٍ فردي أو في أي مجموعة.

ت) ظهور الأعراض في فترة النمو المبكر.

ث) الصعوبات لا تُعزى إلى ضعف سمعي أو حسي آخر، أو مشكلة

حركية، أو حالة طبية أو عصبية أخرى ولا تُفسر بشكلٍ أفضل بإعاقة

ذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل.

اضطراب صوت الكلام Speech Sound Disorder

أ) صعوبة ثابتة في إنتاج صوت الكلام الذي يتداخل مع الكلام

الواضح أو يمنع التوصيل اللفظي للرسائل.

ب) الاضطراب يسبب قيوداً للتواصل الفعال والتي تتداخل مع

المشاركة الاجتماعية، والتحصيل الدراسي، أو الأداء المهني، بشكلٍ

فردي أو في أي مجموعة.

ت) ظهور الأعراض في فترة النمو المبكر.

ث) المصاعب لا تُعزى إلى ظروف خلقية أو مكتسبة، مثل الشلل

الدماغي، والحنك المشقوق، والصمم أو فقدان السمع، إصابات

الدماغ الرضية، أو حالات طبية أو عصبية أخرى.

اضطراب الطلاقة (التأتأة) (Fluency Disorder (Stuttering))

معايير التشخيص

أ) اضطرابات في السلاسة الطبيعية وتوقيت الكلام مما يعتبر غير مناسب لعمر الفرد والمهارات اللغوية، وتستمر مع الزمن، وتتميز بالحدوث المتكرر والملاحظ لواحد (أو أكثر) مما يلي:

١- التكرار الصوتي واللفظي.

٢- تمديد الصوت للحروف الساكنة وكذلك أحرف العلة.

٣- تكسر الكلمات (على سبيل المثال، توقفات ضمن الكلمة).

٤- إحصارات مسموعة أو صامتة (وقفات في سياق الحديث مملوءة أو فارغة).

٥- الإطناب (استعمال بدائل الكلمات لتجنب الكلمات الإشكالية).

٦- تنتج الكلمات مع زيادة التوتر الجسدي.

٧- التكرار الأحادي لكلمة كاملة.

ب) يسبب الاضطراب القلق حول التحدث أو يؤدي إلى قيود على

التواصل الفعال، والمشاركة الاجتماعية، أو الأداء الأكاديمي أو

المهني، بشكلٍ فردي أو في أي مجموعة .

ت) بدء الأعراض يكون في فترة النمو المبكر.

ملاحظة: يتم تشخيص الحالات المتأخرة الحدوث عند البلوغ

لاضطراب الطلاقة .التأتأة).

ث) الاضطراب لا يُنسب إلى عجز حركي حسي كلامي، ولا يُنسب إلى

سوء الانسياب المرتبط بأذية عصبية (مثل السكتة الدماغية والأورام

والرضوض)

أسباب اضطرابات النطق والكلام

كما أسلفنا سابقاً أن هناك مجموعتين من العوامل التي تقف

وراء اضطرابات النطق والكلام وهي العوامل العضوية والعوامل

النفسية والاجتماعية، وفيما يلي عرض لأبرز العوامل النفسية

والاجتماعية:

١. الإفراط في استخدام العقاب:

ولا سيما البدني منه والتهديد المستمر بإنزال العقوبات بالطفل مما

يولد لدى الطفل مشاعر التوتر والقلق والذي ينعكس في شكل اضطرابات

في النطق.

٢. توقعات الوالدين:

يجهل كثير من الآباء والأمهات مراحل التطور النمائي عند الطفل الأمر الذي يجعلهم يتوقعون أن التدريب المبكر على النطق يسرع من عمليات الكلام والاكساب اللغوي لدى الطفل. وهكذا نجد أن بعض الآباء والأمهات يصرون على تدريب الطفل مبكراً على الكلام، الأمر الذي يخلق لديه نوعاً من التوتر أو رد الفعل المعاكس يظهر في شكل التلعثم أو التأتأة في الكلام.

٣. الحرية الزائدة والإفراط في دلال الطفل :

إن شدة الحرص والخوف من قبل الآباء على الأطفال يجعل منهم أفراداً أكثر اعتماداً واثكالية على الآخرين، وهذا من شأنه أن يعيق عملية النطق لديهم والتعبير عن ذواتهم.

٤. الشعور بعدم الأمان:

تسهم الخلافات العائلية وعدم الاستقرار في العلاقات بين الوالدين، وما ينجم عن ذلك كثرة الصراعات والشجار في خلق حالة من التوتر والقلق لدى الطفل من حيث يشعر الطفل بعدم الأمان والخوف من فقدان

أحد والديه والخوف من المستقبل، وقد يتطور ذلك ليظهر في أشكال اضطرابات سلوكية وانفعالية منها اضطرابات النطق مثل التأتأة والتلعثم واللججة.

٥. التعبير عن الصراعات المكتوبة:

هناك من يرى أن بعض اضطرابات النطق أو الكلام هي مجرد تنفيس عن الدوافع والرغبات المكبوتة مثل الدوافع الجنسية والعدوانية والتي لا يستطيع الفرد التعبير عنها مباشرة بسبب العوامل الاجتماعية والدينية والثقافية، أو أنها تعبير عن الخبرات المؤلمة وغير السارة التي خبرها الفرد في السابق.

٦. التقليد والنمذجة:

تتطور بعض اضطرابات النطق لدى بعض الأطفال نظراً لتعرضهم لفترة طويلة لنماذج تعاني من اضطراب في الكلام أو النطق ولا سيما إذا كان سلوك مثل هذه النماذج معزلاً، حيث يعتمد بعض الأطفال لتقليد سلوكياتهم والتمذج معهم، وهذا بالتالي من شأنه أن يسهم في تطور اضطراب في النطق لديهم.

٧. التعزيز والتدعيم:

قد يعتمد بعض الآباء والمحيطين بالطفل بتعزيز وتدعيم اضطراب النطق لديه من خلال الابتسامة له وتكرار ترديد مفرداته وذلك من باب إظهار الحب والإعجاب بتعبيرات الطفل. ومثل هذا الأمر يدفع الطفل إلى الاعتقاد بان هذا التعزيز جاء تدعيماً لتعابيريه مما يؤدي بالتالي إلى استمرار الطفل في نطق المفردات بالطريقة التي تعود عليها، وقد يستمر هذا الاضطراب لديه لفترات عمرية لاحقة إذا لم يتم تداركه وعلاجه.

الإجراءات الوقائية والعلاجية

للتغلب على مشكلات النطق والكلام هناك عدد من الإجراءات الوقائية والعلاجية بالإمكان اللجوء إليها، وحتى يتحقق الغرض من هذه الإجراءات يجب تظافر الجهود وتكثيف عملية المتابعة والاستمرار في متابعة حالة الطفل من قبل الوالدين والمعلمون والأخصائيين ذوي العلاقة. وفيما يلي عرض لبعض الوسائل الوقائية والعلاجية.

أولاً: العلاج النفسي:

ويهدف هذا العلاج إلى إزالة عوامل التوتر والقلق وحل الصراعات المكبوتة لدى الطفل ومساعدته على التخلص من مشكلاته وتعميق إدراكه لمفهوم الذات لديه وتنمية اتجاهاته وتوقعاته. وعادة يتم هذا العلاج من قبل الأخصائيين النفسيين.

ثانياً: العلاج التقويمي:

ويقوم هذا العلاج على فكرة استخدام أدوات وأجهزة معينة توضع تحت لسان الطفل لمساعدته على النطق الصحيح. ويتم هذا الإجراء العلاجي من قبل الطبيب ومعالج النطق.

ثالثاً: العلاج الكلامي

وتستند هذه الطريقة إلى عدد من الإجراءات تتمثل فيما يلي:

١. التدريب على الاسترخاء: وعمل الشهيق والزفير قبل نطق الكلمة أو العبارة، لأن مثل هذا الإجراء يساعد على تهيئة الحبال الصوتية على الأداء بالشكل الملائم.

٢. تدريب الأطفال على تخفيض أصواتهم ونطق الحروف والكلمات بشكل بطيء.

٣. تدريب الأطفال على القراءة بصوت عال أو القراءة على صوت المؤقت

الموسيقى وكذلك القراءة أمام المرآة مع توجيههم لملاحظة حركات الشفاه

واللسان أثناء إصدار الأصوات

٤. التدريب على النطق من خلال النمذجة، وفي هذا الإجراء يجلس الطفل

مقابل المعالج وتوضع بينهما مرآة تكون مقابل الطفل، بحيث يطلب من

الطفل ملاحظة حركات فم المعالج عند نطق الكلمات والحروف والطلب

منه إعادة لفظها وملاحظة حركات فمه في المرآة أثناء اللفظ أو النطق.

خامساً: إجراءات أخرى

وتتمثل هذا الإجراءات فيما يلي:

١. التدريب على النطق دون أي إكراه أو إجبار الطفل على ذلك،

وفي هذا الإجراء يمكن استخدام الكتب المصورة، وفيها يتم تدريب

الطفل على القراءة من خلال الإشارة إلى الصورة التي تقابل اللفظ

أو تحديد اللفظ المقابل للصورة مع الطلب من الطفل نطق الألفاظ

في جو يمتاز بالهدوء والتقبل، ويطغى عليه طابع المرح والفكاهة.

٢. استخدام إجراءات التعزيز التفاضلي وتنويع أشكال المكافآت. ففي

إجراءات التعزيز التفاضلي يجب تعزيز الطفل عندما يلفظ

أصوات الحروف والكلمات بشكل صحيح وإهماله وتجاهله عندما

يلفظها بطريقة خاطئة.

٣. التقليل من مصادر الضغط والتهديد وتبديد مشاعر القلق والتوتر

لدى الطفل، وتوفير بيئة ملائمة على التواصل الاجتماعي داخل

الأسرة والمدرسية.

الفصل الثالث
بعض أشكال الاضطرابات الانفعالية
لدى الأطفال

الفصل الثالث

بعض أشكال الاضطرابات الانفعالية لدى الأطفال

تمهيد:

يعاني الأطفال من بعض المشكلات الانفعالية التي تعيق نموهم الشخصي وعمليات تكيفهم الاجتماعي، بالإضافة إلى أن البعض منهم يمارس انماطاً سلوكية غير اجتماعية تشكل مصدراً لإزعاج الآخرين، الأمر الذي ينعكس أثره سلبياً في شخصية الفرد ويعيقه من عمليات التفاعل الاجتماعي والتحصيل الأكاديمي، وفيما يلي عرض لبعض هذه المشكلات:

الخجل Shyness

يعد الخجل ظاهرة انفعالية اجتماعية تظهر لدى الأطفال في الفترة العمرية بين ٢ إلى ٣ سنوات ويستمر خلال المراحل اللاحقة، بحيث يشكل مشكلة حقيقية للفرد في مرحلة المراهقة، إذ يبلغ نسبة انتشاره حوالي ٤٠% لدى المراهقين والشباب. تشكل ظاهرة الخجل مصدر إزعاج

وإحراج للمراهقين والشباب من حيث تعيقهم من عمليات التواصل الاجتماعي المناسب مع الآخرين وإلى انسحابهم من العديد من المواقف.

اعراض الخجل

يمتاز الافراد الخجولين بالمظاهر التالية:

أ. تجنب التواصل مع الآخرين والانسحاب من المواقف.

ب. انعدام الثقة بالذات وبالآخرين.

ج. الميل الى التزام الصمت.

د. الحساسية الزائدة والشعور بعدم الارتياح.

هـ. المعاناة من مشاعر القلق والنقص.

و. انعدام زمام المبادرة والتطوع والمغامرة.

ح. الخوف والتردد وعدم القدرة على تحمل المسؤولية.

عموماً يمتاز الافراد الخجولين بتحاشي التواصل مع الآخرين، وعدم الرغبة في المشاركة في المواقف الاجتماعية والخوف وضعف الثقة بالنفس وبالآخرين والتردد والتكلم بصوت منخفض وأحمرار

الوجه وتصيب العرق عند الحديث وقد يترافق ذلك مع حدوث ارتعاش في اطراف الجسم مثل اليدين عند الحديث أمام الآخرين.

اسباب الخجل:

هناك عدد من الاسباب التي تؤدي الى ظهور الخجل لدى الافراد

منها:

١. انعدام الشعور بالأمن:

يتولد الخجل لدى الأفراد بسبب غياب عوامل الأمن والطمأنينة نتيجة لممارسات التنشئة الاجتماعية الخاطئة التي يمارسها الوالدين في التربية، ولا سيما في مراحل الطفولة المبكرة. ومن هذه الممارسات الخاطئة ما يلي:

أ. الحماية الزائدة:

إن الإفراط في العناية بالطفل والحرص الشديد عليه في مرحلة الطفولة ينمي لديه الإحساس بالتبعية والاعتماد على الآخرين والاتكال عليهم في تسيير اموره الحياتية، وهذا ينجم عنه انخفاض ثقة الطفل بذاته

وعدم ميله للمغامرة أو المبادرة بحيث يصبح أكثر سلبية وأكثر خجلاً
عندما يتطلب الموقف منه القيام بعمل معين أو الحديث أمام الغير.

ب. الإهمال والتجاهل والنبذ:

يؤدي الإهمال والتجاهل المتكرر إلى توليد مشاعر النقص
والدونية لديهم، وهذا بالتالي يجعل منهم أكثر اعتمادية على الآخرين
وأكثر خجلاً وأقل ميلاً للمخاطرة واتخاذ المبادرات.

ج. النقد والتهم:

يفرط بعض الآباء في توجيه اللوم والنقد لأطفالهم، كما أنهم
يسخرون من سلوكياتهم ومبادراتهم في بعض المواقف. وكنتيجة لكثرة
النقد والتهم والسخرية هذه يتولد عند الأطفال الشعور بالخوف
والتردد والخجل والشعور بالدونية.

د. الإفراط في استعمال العقاب والتهديد:

إن لجوء بعض الآباء إلى أساليب العقاب القاسية والتهديد
بإنزال العقوبات يخلق لدى الأطفال استراتيجيات سلوكيه انسحابية
وينمي لديهم الشعور بالخجل كذلك.

هـ. عدم الثبات في تربية الطفل:

إن تذبذب أساليب التربية المتبعة من قبل بعض الآباء في تهذيب وتنشئة أبنائهم ينعكس سلباً في أنماطهم السلوكية. فتساهل الآباء مع الأطفال في بعض المواقف والحزم الشديد معهم في مواقف أخرى والاهتمام بهم أحياناً وإهمالهم وتجاهلهم في أوقات أخرى يجعل منهم غير آمنين ومترددتين، حيث يصعب عليهم التنبؤ بسلوكات والديهم نحوهم، وهذا الأمر يجعل منهم خجولين، ومثل هذا الخجل قد يمتد ليظهر في المواقف المدرسية والاجتماعية الأخرى.

٢. مشاعر النقص:

يتولد الخجل لدى الأفراد بسبب ما يعترضهم من مشاعر النقص والدونية بوجود بعض العاهات الجسدية لديهم مثل انتشار البثور على الوجه أو العرج أو طول الأنف أو السمنة أو النحافة أو عدم جمال الوجه. وقد تنتج مشاعر النقص لدى الأفراد بسبب مقارنة نفسه بالآخرين أو بسبب تدني المستوى الاقتصادي لأسرته. وكنتيجة لمشاعر النقص هذه يصبح الفرد

شديد الحساسية بحيث يتجنب الاتصالات الاجتماعية مع الآخرين ويميل إلى العزلة.

٢. التمدج مع أحد الوالدين:

تظهر نتائج الدراسات أن الآباء الخجولين غالباً ما يكون لديهم أطفالاً خجولين، حيث يوجد هناك علاقة ارتباطية بين الخجل والنماذج الخجولة. فالآباء الخجولين في الغالب يحتفظون بأدنى حد من العلاقة الاجتماعية والتواصل مع الآخرين، ومثل هذا الجانب ينعكس في أنماط سلوكيات أبنائهم الاجتماعية نظراً لتمذجهم بسلوكيات والديهم.

٣. تدعيم الخجل:

إن الإفراط والمبالغة من قبل الآباء والمعلمون والأقران بنعت الفرد بان خجولاً ينمي الإحساس بالخجل لديه ويعمقه على نحو يجعله يعتقد اعتقاداً كبيراً بأنه خجول، وهذا يترتب عليه التردد والدونية وتجنب التواصل مع الآخرين.

٤. التأخر الدراسي:

يؤدي الفشل في إحراز النجاح في بعض المهام الأكاديمية وتدني المستوى الدراسي للطفل مقارنة بأقرانه إلى الشعور بالدونية والإحساس بالخجل من الأقران والمعلمين والآخرين، وإذا تكرر الفشل قد ينزع الطفل بعدها، إلى الهروب من المدرسة تفادياً لمشاعر الخجل المؤلمة.

٥. اضطرابات النمو والإصابة بالمرض:

قد يتولد الخجل لدى الطفل كنتيجة لإصابته بأحد اضطرابات النطق والكلام أو لمعاناته من بعض الأمراض الأمر الذي يدفع بالطفل إلى تجنب الاحتكاك بالآخرين وعدم الاندماج في التفاعلات الاجتماعية كمخرج للحالة التي يعاني منها.

علاج الخجل:

يمكن تفادي اضطراب الخجل لدى الأفراد والتقليل من اعراضه

من خلال اتباع الاجراءات التالية:

أولاً: التدريب على المهارات الاجتماعية

ويتمثل في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الفرد الخجول وتشجيعه على التواصل والتفاعل مع الآخرين، ويتم ذلك من خلال اتباع برنامج تدريبي وفق خطوات متسلسلة على النحو التالي:

أ. إعطاء التعليمات:

وفي هذه الخطوة يوضح المرشد للفرد الخجول مهارات التواصل الاجتماعي مثل التمهيد والمبادرة بإلقاء التحية، والابتسام وهز الرأس والاتصال بالآعين والتحدث بأفكار وموضوعات تثير اهتمام الآخرين وكيفية التعليق والرد على الآخرين، وقد يلجأ المرشد هنا ليكون نموذجاً للفرد الخجول وقد يستعين بعرض نماذج جيدة تمارس مهارات التواصل الاجتماعي.

ب. لعب الدور:

وهنا يطلب من الفرد الخجول بتكرار السلوك بالإضافة إلى تمثيل أدوار مختلفة كدور القائد أو المعلم، ويمكن عكس الأدوار

بحيث يقوم الفرد الخجول بلعب دور المرشد. وهكذا يستمر تكرار السلوك الاجتماعي ولعب الأدوار والنمذجة إلى ان يتم تطوير مستوى مناسب من المهارات الاجتماعية لدى الفرد الخجول.

ج. تشجيع الفرد على تقليد الأدوار المختلفة: والاختيار من

بين بدائل السلوك مع تقديم التغذية الراجعة الملائمة لاداءه الاجتماعي.

ثانيا: تقليل فرط الحساسية التدريجي Desentization

ويتم في هذا الإجراء إزالة مشاعر الخجل لدى الفرد وتعليمه مهارات التواصل الاجتماعي بشكل تدريجي، حيث يتم تبديد مشاعر التوتر والحساسية من المواقف الاجتماعية عبر خطوات متسلسلة على النحو التالي :

أ. تدريب الفرد الخجول على الاسترخاء النفسي والجسمي.

ب. تدريب الفرد على التخيل، حيث يطلب المرشد من الفرد

الخجول تخيل نفسه في مواقف اجتماعية، بسيطة او تخيل مهارات

اجتماعية يمكنه القيام بها مثل تخيل إلقاء التحية على المعلم أو الترحيب بأحد الأصدقاء، ومن ثم تخيل مواقف اجتماعية أكثر تعقيداً كالاشتراك في حفلة أو مباراة.

ج. تدريب الفرد على التفاعل مع مواقف شبه حقيقية: وهنا يطلب من الفرد الخجول الحديث أمام مرآة وتشجيعه على النظر إلى نفسه أثناء الحديث، أو الحديث أمام جمهور غير حقيقي من خلال استخدام قاعة خاصة يتواجد فيها مقاعد وكراسي فارغة من الناس، بحيث يطلب منه ممارسة مهارات التواصل الاجتماعي مثل إلقاء التحية والحديث عن الموضوع والاستماع إلى تعليقات الجمهور والرد عليها.

د. تدريب الفرد على التفاعل والتواصل الاجتماعي من خلال تعريضه إلى المواقف الاجتماعية الحقيقية مثل دعوة أحد الزملاء إلى المنزل أو الاشتراك في رحلة مع مجموعة من الأصدقاء أو من خلال مجموعة صغيرة كمجموعات اللعب والدراسة.

ثالثاً: التدريب على تأكيد الذات وتعزيز الثقة بالنفس Self Assertening

وهنا يتم تدريب الفرد على التعبير عن نفسه وإبداء رأيه بصراحة حول المواضيع المتعددة من حيث ميوله لها أو رفضها، وكذلك تدريبه على التغلب على مشاعر الخوف والتردد والحرص في الرد على ملاحظات الآخرين وردود افعالهم وعدم السماح لهم باستغلاله نظراً لحاله الخجل التي يعاني منها.

رابعاً: استخدم اجراءات العلاج النفسي الجماعي: وتقوم فكرة هذا العلاج على تشكيل مجموعات من الافراد الذين يعانون من مشكلة نفسية مماثلة، بحيث يتفاعلون معا ويتداولون مشاعرهم ومشكلاتهم مما يعزز الشعور بالثقة لدى الافراد بانفسهم ويساعدهم بالتخلص من المشكلة التي يعانون منها. فعند اشراك الفرد الخجول في جماعة افراد خجولين، فان هذا الاجراء يمكنه من التعرف عن مشكلته ويساعده بالتالي عن التخلص منها.

خامساً: إجراءات أخرى وتتمثل في :

- ١ . عدم مقارنة الفرد بالآخرين ولا سيما الأفراد الذين هم أفضل منه
- ٢ . توفير الرعاية والحب والعطف للفرد.
- ٣ . الابتعاد عن النقد والتهمك والسخرية من الفرد وخاصة أمام الآخرين.
- ٤ . عدم دفع الفرد إلى القيام بمهام او اعمال تفوق قدراته ومهاراته.
- ٥ . تدريبه على تحمل المسؤولية من خلال توفير فرص ملائمة لذلك.
- ٦ . تدريبه على الحوار والمناقشة مع الوالدين ثم الآخرين.
- ٧ . توفير فرص يستطيع النجاح بها ومكافئته على ذلك.
- ٨ . تشجيعه على الذهاب في نزاهات إلى الحدائق العامة وإشراكه في اللعب مع الآخرين.
- ٩ . تدريبه على الحديث الذاتي من خلال إجراءات العلاج العقلي الانفعالي، حيث يحاور الفرد نفسه كأن يقول "أنا خجول ماذا أفعل كي اتخلص من هذا الخجل". يجب ان انجح، ساكون أكثر جراءة في المرة القادمة...". وحتما فإن هذا العلاج يساعد الفرد على التخلص من الأفكار السلبية حول ذاته وإبدالها بأفكار أكثر إيجابية

الاعتمادية الزائدة

من المشكلات الانفعالية والاجتماعية التي تظهر بشكل واضح لدى بعض الأطفال الاعتمادية والإتكال على الآخرين من حيث طلب المساندة والمحبة والدعم والانتباه. ويبرز السلوك الاعتمادي في مظاهر عدة تأخذ شكل الصراخ والبكاء والتوسل ومقاطعة حديث الآخرين والطلب من الوالدين عمل أشياء بإمكان الاعتمادي القيام بها والرغبة في التواجد إلى جانب الكبار والطلب المتكرر للمساعدة والعون من الآخرين والبحث عن جذب انتباه الآخرين واهتمامهم (السفاسفة وعريبات، تعد الاعتمادية الزائدة من مظاهر عدم النضج ولا يقتصر وجودها في مرحلة الطفولة فحسب، لا بل تمتد لمرحلة المراهقة والشباب، حيث كثيراً من المراهقين والشباب يلجأون إلى والديهم أو زملائهم أو الآخرين لمساعدتهم في عمل الأشياء أو حل مشكلاتهم، وغالباً ما يمتازون بكثرة التذمر والشكوى.

يرتبط تطور سلوك الاعتمادية بعوامل التنشئة الاجتماعية وأساليب

التربية، ومن العوامل التي تسهم في تطور هذا السلوك ما يلي:

١. التعزيز الأبوي:

يطور الأطفال السلوك الاعتمادي كنتاج للتعزيز والتدعيم الذي يحصلون عليه من والديهم عندما يلجأون إليهم في طلب العون والمساعدة أو جلب الانتباه والاهتمام. فالأطفال يتعلمون كيف يؤثر على والديهم من خلال ممارسة أنماط سلوكية طفولية مثل التعلق بالوالدين أو استعطافهم أو الاحتماء بهم. كما نجد أن بعض الآباء لا يرغبون في ان يروا أبناءهم كباراً فيتعاملون معهم على أنهم لا زالوا صغاراً لذلك نجدهم يوفرون لهم كل عوامل الدعم والمساعدة والحب والرعاية، ومثل هذه الممارسات الأبوية تعزز السلوكات غير الناضجة لدى أبناءهم وتجعل منهم أكثر اعتماداً على الآخرين.

٢. الشعور بالذنب:

هناك بعض الآباء يعانون من مشاعر الذنب اللاشعورية بسبب عدم اهتمامهم الكافي بأولادهم أو بسبب غيابهم عن المنزل لفترة من

الزمن أو بسبب مرض أبنائهم أو وجود إعاقة لديهم، مما يدفعهم إلى الاستسلام إلى الأبناء والاستجابة لمطالبهم كنوع من التعويض، وهذا بالتالي يجعل من الأبناء اعتماديون.

٣. تساهل الوالدين:

يخشى بعض الآباء من فقدان حب وثقة أبنائهم إذا ما عاملوهم بشدة وقسوة، لذلك يلجأ هؤلاء إلى الاستجابة إلى مطالب أبنائهم عندما يكون أو يصرخون وحتى وإن لم تكن هذه الطلبات منطقية. إن استجابة الآباء لمطالب أبنائهم عندما يكون أو يصرون على شيء ما يعد بمثابة تعزيز وتدعيم لمثل هذا السلوك، بحيث يتمادى الأبناء لاحقاً في استغلال الآباء للحصول على ما يريدون من خلال البكاء والنحيب والصراخ أو من خلال كثرة التذمر والشكوى.

٤. الرغبة في الحصول على السلطة ولفت انتباه الآخرين:

يمارس بعض الأطفال أنماط السلوك الاعتمادي مثل البكاء والصراخ كوسيلة لجذب انتباه الآباء والحد من سيطرتهم عليهم، وهم بهذا

الإجراء يسعون إلى اكتساب بعض القوة لتعزيز مواقفهم واتجاه والديهم.

٥. التمرکز حول الذات:

يمتاز الفرد المتمركز حول ذاته بالانرجسية (عشق الذات) والأنانية، فهو يقيم الآخرين في ضوء مدى الاستفادة منهم ومدى استجابتهم لمطالبه. ومن هنا فإن المتمركز حول الذات يعتقد بأن على الآخرين ضرورة الاستجابة لمطالبه، وهذا مما يعزز السلوك الاعتمادي لديه.

٦. الشعور بالحرمان:

عندما يشعر الفرد بالحرمان والإهمال غالباً يعاني من حالة حسد دائم اتجاه الامتيازات والمكاسب التي يحققها الآخرون. لذلك يتمنى هذا الفرد بالحصول على مثل هذه المكاسب والامتيازات، فيلجأ إلى أساليب اعتمادية مثل التذمر والشكوى والبكاء وعدم القدرة على تحمل الإحباط في سبيل لفت انتباه واهتمام الوالدين والآخرين المحيطين به.

علاج الاعتمادية الزائدة:

يمكن علاج سلوك الاعتمادية الزائدة من خلال الإجراءات التالية:

أولاً: الحزم في التعامل مع الأبناء:

ويتمثل ذلك في تجاهل الطفل وعدم الاهتمام أو الانتباه إلى طلباته عندما تكون غير مقبولة أو غير معقولة. وهذا يتطلب عدم التراجع والاستسلام لمحاولات الطفل المتكررة كالتوسل والبكاء والصراخ والتذكر والشكوى. والحزم في التعامل يقتضي الإصرار على الطفل الالتزام ببعض انماط السلوك مثل الالتزام بموعد النوم واللعب ومشاهدة التلفزيون والطعام من خلال تقييده بقوانين وقواعد ثابتة ومنتظمة.

ثانياً: التجاهل

عند إصرار الطفل على استخدام السلوك الاعتمادي بالرغم من التوضيح له ان مثل هذا السلوك سيء وغير مناسب وبيان له ما هو السلوك البديل، يفترض بالآباء إهمال وتجاهل الطفل وعدم الانتباه له عندما يمارس مظاهر السلوك الاعتمادي، فالتجاهل المنتظم والثابت

يعمل تدريجياً على إزالة مظاهر السلوك الاعتمادي لدى الطفل.

ثالثاً: التصحيح:

يجب على الآباء تصحيح السلوك الاعتمادي لدى الأطفال بطريقة ودية وبأسلوب هادئ بعيداً عن العصبية والغضب والتهديد. ويتمثل التصحيح في التأكيد على الطفل ضرورة الابتعاد عن السلوكات غير الناضجة وتذكيره بمدى الارتياح والسعادة التي يحققها عندما يسلك كالكبار والتوضيح له مساوئ السلوكات غير المرغوبة وعدم قبولها من الآخرين.

رابعاً: استخدام نظام تعزيز مناسب:

وفي هذا الإجراء يتم تحديد السلوكات غير المرغوبة المراد تعديلها أو إزالتها بالإضافة الى تحديد أنماط السلوك المراد تشكيلها لدى الفرد. ويتم إتباع نظام معين من التعزيز والمكافئات مثل المعززات المادية والاجتماعية، بحيث يتم وفق هذا البرنامج تعزيز الفرد على السلوك المرغوب فيه وعدم تعزيره وتجاهله على السلوكات غير المرغوب فيها.

فعلى سبيل المثال، قد يتبع الآباء نظام النقاط بحيث يعطي الطفل نقطة في كل مرة يسلك فيها بالسلوك المرغوب فيه، وبعد حصوله على عدد من النقاط يقوم باستبدالها بمعززات مادية مثل الألعاب والهدايا والحلوى، أو يستخدم الإطراء والثناء والمديح. وقد يلجأ الآباء إلى استخدام نظام العقود كإسماح للطفل باللعب أو مشاهدة التلفزيون عندما يتصرف بطريقة ناجحة.

خامساً: استخدام العقوبات

عندما يتكرر استخدام مظاهر السلوك الاعتمادي عند الطفل ويصر عليها، يمكن استخدام بعض الإجراءات العقابية لإزالة مثل هذه المظاهر والتقليل منها وذلك من خلال اتباع إجراءات العقاب السلبي، ويتمثل في حرمان الطفل من بعض الامتيازات التعزيزية لقاء سلوكياته غير المرغوب فيها أو استخدام العزل بإرساله إلى غرفة أخرى لبضع دقائق.

سادساً: اجراءات أخرى وتتمثل في:

١. إعطاء الطفل مزيداً من الحرية والاستقلالية من حيث تشجيعه على القيام ببعض الأعمال التي يمكنه القيام بها وتشجيعه على تحمل المسؤولية.

٢. تشجيع الطفل على اتخاذ القرارات والاختيار من بين البدائل المتاحة مثل اختيار الألعاب أو الملابس.

٣. توفير قدر معقول من الدعم والحب والرعاية والحنان للأطفال وعدم الإفراط في الدلال من حيث إعطاءهم أشياء لا يحتاجونها أو القيام نيابة عنهم بأعمال يستطيعون القيام بها.

الانسحاب الاجتماعي Social Withdrawn

يعد الانسحاب الاجتماعي أحد مظاهر القلق لاجتماعي الذي يسود لدى شريحة واسعة من الأفراد في المستويات العمرية المختلفة. ويعرف مثل هذا الاضطراب بأوصاف أخرى مثل العزلة الاجتماعية والانتواء على الذات والانسحاب الناتج عن القلق. يتجلى الانسحاب الاجتماعي في جملة من المظاهر السلوكية تتمثل في الأعراض التالية:

١. تجنب التفاعلات الاجتماعية والمشاركة فيها.
٢. الاخفاق في عمليات التواصل الاجتماعي وتكوين العلاقات والصدقات
٣. الميل إلى العزلة والابتعاد عن الآخرين.
٤. الشعور بعدم الارتياح وفقدان الاحساس بالسعادة والأمن.
٥. التمرکز حول الذات وعدم الاتزان الانفعالي.
٦. الخجل والأحجام عن اتخاذ المبادرات.
٧. المعاناة من مشاعر القلق والاكتئاب والخوف
٨. حب الروتين ومقاومة التغيير.
٩. عدم وعي الذات والشعور بالدونية وسهولة الانقياد للآخرين.
١٠. قد يترافق باضطرابات سلوكية أخرى مثل مص الإصبع وقضم

الأظافر واضطراب في النطق كالتلعثم.

هذا وتعد ظاهرة الانسحاب الاجتماعي من الاضطرابات

الانفعالية الاجتماعية الخطيرة نظراً لأنها تعيق الأداء الوظيفي للفرد

على المستويين النفسي والاجتماعي وتبرز آثارها في المجالات

التالية

١. إعاقة النمو الاجتماعي لدى الفرد وحرمانه من تطوير المهارات الاجتماعية في التواصل والتفاعل بالإضافة إلى إعاقة تطور مهارات الإدراك الاجتماعي والمحاكمة العقلية الاجتماعية.
٢. تطوير اضطرابات نفسية لدى الفرد مثل الاكتئاب والانطواء (الانغلاق النفسي) والقلق.
٣. إعاقة الأداء الأكاديمي وتدني المستوى التحصيلي بصفة خاصة والمستوى الانتاجي بصفة عامة لدى الفرد.

أسباب الانسحاب الاجتماعي

تتمثل العوامل التي تؤدي إلى حدوث ظاهرة الانسحاب

الاجتماعي بما يلي:

١. العوامل العضوية والفسولوجية مثل وجود تلف أو خلل في الجهاز العصبي المركزي أو اضطراب في إفراز الهرمونات الغدية مثل إفرازات الأدرينالين والثيروكسين.

٢. أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة مثل الإفراط في النقد والتجريح والسخرية وكثرة التهديد والعقاب البدني بالإضافة على عدم احترام الطفل وتجاهله ومقارنته بأخوانه وأقرانه.

٣. عدم الثبات والانتظام في التعامل مع الطفل والتذبذب في ذلك، مثل الازدواجية في المعاملة كالحاق الأذى والعقاب بالطفل في بعض المواقف على بعض الأنماط السلوكية والتسامح وتعزيزه على هذه الأنماط في مواقف أخرى. كما أن عدم الانسجام والاتفاق بين الأب والأم في اعتماد أساليب موحدة في التعامل مع الطفل يدفع به إلى تنمية سلوك الانسحاب الاجتماعي .

٤. الخجل: يعد الخجل من أكثر الأسباب التي تؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي وذلك لأن الخجل يعيق الفرد من الاندماج في التفاعلات الاجتماعية والتعبير عن ذاته وآرائه بصوت عالي.

٥. رفض الآباء لأبنائهم: إن رفض الآباء المقصود أو غير المقصود لأبنائهم يخلق لديهم الشعور بالدونية وتدني مفهوم الذات والاستغراق

في أحلام اليقظة والميل إلى العزلة والانسحاب

٦. معاناة أحد الوالدين من الاضطرابات السلوكية: قد يرتبط وجود الانسحاب

الاجتماعي لدى الأطفال بسبب معاناة أحد والديهم من الاضطرابات

الانفعالية والسلوكية. ففي هذا الصدد أظهرت نتائج الدراسات احتمالية

تعرض الأطفال للإصابة بالاضطرابات الانفعالية إذا كان أحد والديهم

يعاني من بعض الاضطرابات الانفعالية والسلوكية.

٧. خبرات الطفولة السابقة المؤلمة والخوف من الآخرين قد تكون إحدى

العوامل الدافعة لتطوير سلوك الانسحاب الاجتماعي لدى بعض الأفراد.

٨. المعاناة من بعض الإعاقات الحركية أو الحسية أو المعاناة من بعض

اضطرابات النطق تؤدي بالطفل إلى العزلة والانسحاب.

علاج الانسحاب الاجتماعي:

من الأساليب الملائمة لعلاج ظاهرة الانسحاب الاجتماعي ما يلي:

أولاً: العلاج السلوكي Behavioral Treatment

تقوم فكرة العلاج السلوكي على إزالة السلوك غير المرغوب

والاستعاضة عنه بسلوك آخر اكثر قبولاً اجتماعياً من خلال توظيف برامج تعديل السلوك المناسبة، ولإزالة سلوك الانسحاب الاجتماعي يمكن استخدام إجراءات تشكيل السلوك وفيها يتم تحديد السلوك المستهدف تشكيله لدى الفرد واختيار المعززات المناسبة وتقديمها بشكل مستمر لهذا السلوك ريثما يصل إلى المستوى المطلوب، ومن ثم يتم الانتقال تدريجياً إلى مهارة أخرى من مهارات السلوك الاجتماعي لتعليمها للفرد.

بالإضافة الى جداول التعزيز، يمكن استخدام النمذجة لتعليم الطفل أنماط السلوك الاجتماعي وتنمية المهارات الاجتماعية لديه وذلك من خلال عرض نماذج محببة وجاذبة تمارس مهارات التفاعل الاجتماعي، والطلب من الطفل تقليد سلوك هذه النماذج وتعزيزه على ذلك سواءً من خلال إجراءات التعزيز الإيجابي أو السلبي.

ومن الاجراءات السلوكية الأخرى في علاج الانسحاب الاجتماعي هو استخدام المثبرات وتتمثل في الاستعانة بعدد من

المثيرات القبلية (التمييزية) التي تشجع الفرد على التحفيزية للسلوك الاجتماعي المناسب، مع العمل على إزالة مثل هذه المثيرات تدريجياً مع التقدم بالبرنامج العلاجي، وذلك من أجل أن يصبح الفرد قادراً على أداء السلوك الاجتماعي بشكل مستقل دون الحاجة لوجود مثل هذه المثيرات.

وبالإضافة لما سبق يمكن استخدام مبدأ إزالة فرط الحساسية التدريجي في علاج الانسحاب الاجتماعي ويتمثل في تقليل حساسية الفرد المفرطة وقلقه الشديد من المواقف الاجتماعية تدريجياً بحيث يتم تدريبه على تخيل التفاعل في مواقف اجتماعية افتراضية والانتقال تدريجياً إلى تعريضه إلى مواقف اجتماعية حقيقية.

ثانياً: العلاج الاجتماعي Social Treatment

ويتمثل في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الطفل من خلال

الإجراءات التالية:

أ. استخدام التعليمات والحث والتشجيع على التمتع مع الآخرين

ولعب الأدوار وتقديم التغذية الراجعة المناسبة.

ب. الاستعانة بالرفاق ممن تتوفر لديهم مهارات التفاعل الاجتماعية وتدريبهم على كيفية التعامل مع الأطفال المنسحبين، وذلك من أجل مساعدتهم على التفاعل والتكيف

ج. التشجيع على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والترفيهية والرياضية والفنية بالإضافة إلى تشجيع الطفل على المشاركة في جماعات اللعب والدراسة والانتماء إلى الفرق والنوادي والجمعيات.

د. تعزيز الثقة بالنفس من خلال توفير فرص للطفل يحقق فيها النجاح وتقديم الدعم له وتشجيعه على ممارسة الهوايات والألعاب والرسم والموسيقى، بالإضافة إلى تعزيز قدرته على اتخاذ القرارات والمغامرة.

ثالثاً: العلاج البيئي Ecological Treatment

ويتم من خلال إعادة تنظيم عناصر البيئة ومكوناتها على

صعيد الأسرة والمدرسة وذلك من أجل زيادة احتمالية حدوث السلوك الاجتماعي المناسب لدى الفرد. ويتضمن إعداد البيئة التقليل من أو إزالة المثيرات الضاغطة التي تعيق الفرد من تطوير المهارات الاجتماعية وتؤدي به إلى سلوك الانسحاب.

ويتطلب العلاج البيئي تفاعل أولياء الأمور والمعلمون والأقران وأخصائي التربية الخاصة والمرشدين النفسيين للمساهمة معاً في إعداد بيئة مناسبة تشجع الطفل على التفاعل الاجتماعي وتطوير المهارات الاجتماعية المناسبة لديه.

السرقة Stealing

تعد السرقة من المشكلات الاجتماعية، وهي أحد أنماط السلوك المضادة للمجتمع Antisocial Behavior ومثل هذه المشكلة لا ترتبط في مرحلة عمرية معينة من مراحل العمر، فقد تسود في كل المراحل العمرية مع اختلاف في دوافعها وأشكالها وأساليب تنفيذها، وقد تظهر خلال مرحلة الطفولة المبكرة، أي بين السنة الرابعة

والثامنة من العمر وتتطور لتصبح جنوحاً ما بين السنة العاشرة والثانية عشر، وقد تستمر خلال مرحلة المراهقة والمراحل اللاحقة لتصبح عادة سلوكية لدى الفرد.

وتشير الاحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أنه ما يقارب من (٢٥.٠٠٠) طفل سنوياً يرسلون إلى الإصلاحيات ودور الجنوح بسبب السرقة، تعد السرقة من أنماط السلوك المتعلمة، إذ تكون في البداية نوع من الاضطراب السلوكي وتتطور لتصبح جنوحاً أو عادة بسبب العوامل البيئية التي تعزز مثل هذا السلوك، وتتمثل السرقة في نزعة الفرد إلى الاستحواذ على أشياء وممتلكات الآخرين بدون وجه حق من خلال استغلالهم وتضليلهم. هذا وتختلف دلالات السرقة باختلاف المرحلة العمرية التي يمر فيها الفرد. ففي المراحل العمرية المبكرة قد يسرق الطفل لعب الآخرين بسبب عدم إدراكه لمفهوم الملكية أو مفهوم السرقة أو بسبب التمرکز حول الذات. وفي مراحل أخرى قد يقف السبب وراء السرقة في إشباع دوافع الحرمان

أو العدوان أو الحاجة أو إشباع دوافع أخرى لدى الفرد كحب التملك أو نتيجة معاناة الفرد من بعض الاضطرابات النفسية.

أنواع السرقات ودلالاتها:

هناك أنواعاً مختلفة من السرقات لكل منها دلالاتها واسبابها الخاصة ومنها:

١. السرقة الذكية مقابل السرقة الغبية: تمتاز السرقة الذكية بصعوبة

اكتشافها أو اكتشاف الشخص السارق، في حين يسهل اكتشاف

السارق في حالة السرقة الغبية، وسواء كانت ذكية أو غبية فقد يكون

السبب وراء هذه السرقات دوافع الحاجة أو حب التملك والاستحواذ.

٢. السرقة الفردية مقابل السرقة الجماعية: تتم السرقة الفردية عادة من قبل

فرد واحد بدافع مثل حب التملك أو إيذاء الآخرين أو الحاجة، في

حين تتم السرقة الجماعية من قبل جماعات أو عصابات، ومثل هذا

النوع من السرقات تتحدد فيه الأدوار الخاصة بكل فرد من أفراد

الجماعة أو العصابة، وهي تشكل مصدر تهديد للأفراد والمجتمعات.

٣. السرقة العرضية مقابل السرقة المعتادة: في السرقة العرضية قد يسرق

الفرد بسبب دوافع الإغراء أو التهديد أو التحريض، وفي الغالب قد لا يتكرر مثل هذا السلوك لدى الفرد مستقبلاً، أما السرقة المعتادة فهي تتكرر لدى الفرد باستمرار بحيث يصعب على الفرد التراجع عنها.

٤. السرقة للحاجة مقابل السرقة من أجل المباهاة: قد يضطر الفرد أحياناً إلى السرقة بسبب عوامل الحاجة أو الحرمان، ومثل هذه السرقة تعرف بالسرقة من أجل الحاجة، في حين يلجأ بعض الأفراد إلى السرقة من أجل المباهاة والتفاخر من أجل تعزيز مفهوم الذات لديهم أمام الآخرين، وفي مثل هذا النوع من السرقة قد لا يكون الفرد محتاجاً للمسروقات، وإنما يسرق فقط بدافع التباهي والتفاخر وحب الظهور.

أسباب السرقة

هناك عدد من العوامل والأسباب التي تدفع بالافراد الى

ممارسة سلوك السرقة بحيث يمكن اجمالها على النحو التالي:

أولاً: الأساليب التربوية الخاطئة في التعامل مع الأبناء:

مثل التدليل الزائد للطفل وعدم تدريب الطفل على التفريق بين

ملكيتة وملكية الآخرين واحترام خصوصياتهم، بالإضافة إلى
الاساليب التي تمتاز بالقسوة والعقاب والحرمان الشديد.

ثانياً: البيئة الخارجية:

حيث يتعلم الفرد السرقة بالتمذج مع الآخرين ولا سيما إذا كان
يعيش وسط بيئة اجتماعية تمارس السرقة أو تعزز مثل هذا السلوك.

ثالثاً: التدعيم الأبوي والأسري:

هناك بعض الأهل يشعرون بالسعادة عندما يقوم أبناءهم
بالسرقة بحيث يعززونهم على مثل هذا السلوك وقد يدفعون بالأبناء
الآخرين إلى ممارسة مثل هذا السلوك. كما أن هناك بعض الأهل
يتساهلون مع الأبناء ولا يسألونهم من أين حصلوا على بعض
الأشياء مما ينمي سلوك السرقة لديهم

رابعاً: ممارسة سلوك السرقة من قبل أحد الوالدين أو احد أفراد

الأسرة:

بحيث يكتسب الطفل هذا السلوك كنتاج لملاحظة سلوك الكبار

والتمذج مع هذا السلوك.

خامساً: العوامل الداخلية الخاصة بالفرد :

مثل الشعور بالنقص والدونية والعدوانية، بحيث ينزع بعض الأفراد إلى السرقة بدافع المباهاة والتعويض واثبات الذات أمام الآخرين أو بسبب تحقيق المتعة والتمرد على السلطة. كما أن البعض قد يلجأ إلى السرقة بدوافع الغيرة من الآخرين بحيث يجد في سلوك السرقة وسيلة لإيذائهم والانتقام منهم.

سادساً: الحرمان الشديد والحاجة الملحة:

قد يسرق أبناء الطبقات الفقيرة والمتوسطة بسبب تدني المستوى الاقتصادي وعدم قدرة الأسرة على تلبية حاجات الأبناء.

سابعاً: مشاهدة وسائل الإعلام ولا سيما الأفلام التي تعرض

في دور السينما والتلفزيون:

حيث يتعلم بعض الأفراد سلوك السرقة واساليب تنفيذها نتيجة لمشاهدة مثل تلك الافلام، وتزداد احتمالية التأثر بمثل هذه الأفلام

إذا كان إبطالها نماذجاً جذابة ومحبية للأفراد.

ثامناً: قد يلجأ بعض الأفراد إلى السرقة:

بسبب صراعات نفسية مكبوتة أو بسبب عوامل الإحباط المتكرر حيث يجد في هذا السلوك المتعة والتفيس لمثل هذه الصراعات.

الأساليب الإرشادية والعلاجية

من أجل علاج سلوك السرقة أو الحد والتقليل منه لدى الأفراد، يمكن اللجوء الى الاجراءات التالية:

١. تصحيح السلوك:

عند قيام الطفل بالسرقة يجب على الوالدين معالجة الأمر بروية وبتأني وتعليم الطفل السلوك الصحيح بدون غضب او عنف أو تهديد، فمثلاً عندما يسرق الطفل شيئاً ما من طفل آخر على الوالدين جعل الطفل يُعيد ما أخذه إلى مالكة والاعتذار له عن ذلك.

وفي حال استهلاك الطفل للشيء المسروق يجب على الأهل دفع ثمنه لصاحبه، او جعل الطفل يدفع ثمنه من مصروفه الخاص.

٢. مواجهة الوضع:

على الآباء مواجهة هذا السلوك لدى أبنائهم وعدم التغاضي عنه، إذ يتطلب منهم الحزم والجدية في التعامل مع هذا السلوك من خلال الوقوف على معرفة الأسباب التي دفعت بالأبناء إلى السرقة بطريقة ودية وسهلة بدون أي تعقيد حتى لا ينعكس ذلك سلباً على نفسية الطفل مستقبلاً.

وعلى الآباء اتباع أسلوب الحوار والاقناع مع أبنائهم، كأن يقول الوالد لأبنه مثلاً ماذا تشعر لو ان شخصاً سرق لعبتك؟ هل تحب أن يسرق شخصاً ما نقودك؟ لا أدري لقد فقدت بعض النقود فإذا كنت قد أخذتها بسبب حاجتك لها، سأكون فخوراً بك إذا أبلغتني بذلك؟

٢. تفهم السلوك:

عندما يسرق الأبناء يجب على الآباء عدم التماذي في العقاب أو توجيه اللوم أو المبالغة بنعت الأبناء باللصوص أو السارقين. وعلى العكس من ذلك يجب إشعارهم بأنهم متفهمون لهذا السلوك وبأنهم متأكدون أنهم يدركون مساوئ هذا السلوك، وبأنهم سوف لن يكررونها مستقبلاً.

وعلى الآباء هنا تعليم أبنائهم ان أخذ أشياء الآخرين ليس أسلوباً لحل مشكلاتهم، فإذا كانوا بحاجة لشيء ما، عليهم اللجوء إليهم لمساعدتهم في الحصول عليه دون الحاجة إلى إيذاء الآخرين وسلب ممتلكاتهم.

٤. إجراءات أخرى وتتمثل في:

- أ. تنمية القيم الاخلاقية والدينية لدى الأبناء
- ب. إشباع حاجات الطفل قدر المستطاع وتوفير مصروف ثابت للطفل مع توفير الألعاب والوسائل الترفيهية.
- ج. تزويد الطفل بالحب والحنان والرعاية ومساعدته على إنشاء علاقات

ودية مع الآخرين وتعزيز ثقته بالنفس

د. تدريب الطفل على احترام ملكية الآخرين وعدم الاعتداء عليها

هـ. عدم ترك الأشياء ولا سيما المغرية أمام أنظار الطفل حتى لا تشجعه على

السرقه.

و. توفير النماذج الجيدة، إذ يجب أن يكون الآباء نماذجاً صالحة لأبنائهم.

ز. المتابعة والمراقبة، إذا يجب على الآباء مراقبة سلوكيات أبنائهم ومتابعتهم

و أبعادهم عن رفاق السوء.

ح. مساعدة الأبناء من خلال الحوار على التعبير عن أنفسهم وإظهار

المشاعر والدوافع المكبوتة ومساعدتهم على حل مشكلاتهم.

ط. استخدام التعزيز بأنواعه وأشكاله المختلفة للأبناء على السلوكيات

المرغوبة. فعندما لا يسرق الطفل يمكن للأب تعزيزه بمكافئات مادية او

اصطحابه إلى رحلة أو نزهة مميزة أو إعطائه بعض النقود.

ي. سرد بعض القصص للاطفال التي تبين مساوئ السرقة وما آل السارقين

دون الإشارة مباشرة إلى الطفل بأنه منهم.

العدوان Aggression

يعد العدوان من المظاهر النفسية التي شغلت اهتمام المفكرين والفلاسفة ورجال الدين وعلماء النفس والاجتماع والسياسيين وعلماء البيولوجيا قديماً وحديثاً، فهو من أنماط السلوك الأكثر شيوعاً في حياة الأفراد والمجتمعات، فما تراه من حروب وأعمال عنف وقمع واستبداد وتسلط واختطاف ونهب وسلب الآخرين وجرائم الاغتصاب والاعتداء الجنسي وعدم العدالة الاجتماعية ما هو إلا من مظاهر السلوك العدوانى.

فالعدوان بالمفهوم العام عبارة عن أي سلوك يهدف إلى إلحاق الأذى بالآخرين أو تخريب الممتلكات أو إيذاء الذات. وحتى يعتبر السلوك عدوانياً يجب أن يكون مقصوداً بحد ذاته ويمارس من قبل الفرد والجماعة بهدف إلحاق الأذى أو الضرر بالآخرين بدون وجه حق. ومن هنا لا يعتبر كل سلوك عدوانياً وأن تضمن إلحاق الضرر بالآخرين أو بممتلكاتهم. فالجندي الذي يقتل العدو من أجل الدفاع

عن الوطن لا يعد سلوكه عدوانياً، والطبيب الذي يستأصل جزءاً من جسم المريض لا يعد سلوكه عدوانياً، والأذى الذي يلحق بالآخرين أو بممتلكاتهم أثناء ممارسة نوعاً من الألعاب لا يعد سلوكاً عدوانياً. وهكذا يجب الأخذ بعين الاعتبار القصد والنية التي تكمن وراء السلوك عند التمييز بين أنماط الفعل العدوانية وأنماط السلوك الأخرى التي يترتب على ضرر بالآخرين أو إتلاف للممتلكات.

يمارس الأطفال في المراحل العمرية المبكرة والمتوسطة بعض أنماط السلوك العدواني، ويعد مثل هذا السلوك عادياً يرتبط بالخصائص النمائية للأطفال، حيث انهم لم يصلوا إلى مستوى كاف من النضج يمكنهم من التحمل والإدراك السليم بالإضافة إلى حالة التمرکز حول الذات وحكمهم على التصرفات من خلال النتائج المترتبة عليها وليس القصد من وراءها .

ومثل هذه الأنماط السلوكية العدوانية تتلاشى تدريجياً مع عمليات النمو عبر المراحل اللاحقة. ويلاحظ في بعض الحالات أن

شدة السلوكيات العدوانية ومدى تكرارها تكون ملفتة للنظر لدى بعض الأطفال بحيث تكون فوق الحد المقبول وقد تترافق العدوانية لدى هؤلاء الأطفال بأنواع أخرى من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، أو أنها تشكل مظهر مميزاً للاضطراب الانفعالي أو السلوكي الذي يعاني منه بعض الأطفال.

وقد تستمر هذه العدوانية لدى هؤلاء الأطفال وتتفاقم خلال مراحل النمو اللاحقة لتصبح سمة بارزة في شخصياتهم، الأمر الذي يستدعي التدخل ومحاولة علاج هذه المشكلة لمساعدتهم على النمو والتكيف السليمين.

أشكال السلوك العدواني

يمكن أن يأخذ السلوك العدواني أحد الأشكال التالية:

١. العدوان المادي:

ويتمثل في أنواع السلوك التي تلحق الأذى والضرر الجسمي بالآخرين أو بإيذاء النفس أو تخريب وتدمير الممتلكات. ومثل النوع

يكون عادة مصحوباً بمشاعر شديدة من الغضب، ومن الأمثلة عليها الضرب، والقتل والرفس والتدمير والتكسير، و..الخ.

٢. العدوان اللفظي:

ويأخذ هذا النوع أنماط السلوك الكلامي مثل التهديد والتشهير والشتم والسب والاستهزاء والتحقير، وقد يكون موجهاً نحو الذات والآخرين.

٣. العدوان الرمزي:

ويعرف بالعدوان التعبيري ويتبدى في أنماط سلوكية إيمائية مثل تعابير الوجه والعيون، كالنظر إلى الآخرين بطريقة ازدراء وتحقير، أو تجاهل النظر إلى الآخرين أو عمل حركات إيمائية باليد.

بالإضافة إلى الأشكال السابقة، يصنف البعض العدوان إلى أصناف أخرى مثل العدوان الاجتماعي مقابل العدوان غير الاجتماعي والعدوان المباشر مقابل العدوان غير المباشر، والعدوان الوسيلى مقابل العدوان المعادي.

أسباب السلوك العدواني:

تباينت وجهات النظر حول أسباب السلوك العدواني ويرجع السبب في ذلك إلى اختلاف الافتراضات النظرية والمنطلقات الفكرية والفلسفية التي ارتكزت عليها النظريات النفسية والاجتماعية المختلفة.

وفيما يلي عرض لبعض هذه النظريات:

أولاً: نظرية الغرائز

تؤكد هذه النظرية أن العدوان هو عبارة عن غريزة فطرية تولد مع الإنسان، وما السلوك العدواني إلا وسيلة لتفريغ الشحنات أو الطاقة البيولوجية الكامنة لدى الفرد، ومن ابرز الفلاسفة الذين دافعوا عن هذه الاتجاه الفيلسوف مكدوجل والفيلسوف توماس هوبس وكذلك عالم النفس كونراد.

هذا ويرى فرويد في نظرية التحليل النفسي أن الإنسان يولد ولديه دافعين غريزيين هما دافع الحياة والذي يتم التعبير عنه بالحب والجنس، ودافع العدوان والذي يجد تنفيساً له من خلال الرغبة في

التدمير والموت والتخريب وإيذاء النفس والآخرين. ويرى فرويد أن مثل هذا الدافع يمكن تحويله وتوجيهه نحو أهداف بناءه من خلال تحقيق التوازن بين مكونات الشخصية الثلاث الهو والانا والأنا الأعلى.

ثانياً: النظريات السلوكية

ترى النظريات السلوكية ان السلوك العدوانى هو بمثابة سلوك متعلم كباقي السلوكات والخبرات الأخرى، حيث يكتسبه الفرد من جراء تفاعلاته المتعددة مع المثيرات البيئية التي يصادفها. وحسب نظرية الاشراف، فالعدوان سلوك انفعالي شرطى تطور لدى الفرد تجاه مثيرات معينة كنتاج لاقتران مثل هذه المثيرات بمثيرات طبيعية تثير الغضب والانفعال والعدوان لدى الفرد.

أما نظرية الاشراف الإجرائى فتنظر إلى العدوان على أنه سلوك إجرائى - وسيلى يتقوى لدى الفرد لارتباطه بالتعزيز فى السابق فأصبح يتكرر لديهم لاحقاً كوسيلة للحصول على هذا التعزيز. اما

نموذج المحاولة والخطأ فيرى أن السلوك العدواني هو بمثابة محاولة سلوكية اكتسبها الفرد من خلال المحاولة والخطأ، حيث وجد فيها حلاً للمواقف الاشكالية التي يواجهها.

ثالثاً: نظرية الإحباط - العدوان

تؤكد هذه النظرية أن الاحباطات المتكررة تؤدي إلى توليد العدوان لدى الأفراد، فعند فشل الأفراد من تحقيق أهدافهم وإشباع حاجاتهم ودوافعهم، فإن فشلهم هو قد يتبدى في أنماط من السلوك العدواني. تعد نظرية دولارد وميلر المعروفة باسم الإحباط - العدوان من أبرز النظريات التي دافعت عن وجهة النظر هذه، حيث ترى أن الإنسان عندما يواجه عوائق تحول بينه وبين تحقيق الأهداف التي يسعى لها، يتشكل لديه الإحباط وكنتيجة لهذا الإحباط يتولد لديه السلوك العدواني كرد فعل معاكس.

رابعاً: النظرية الفسيولوجية

وتعزى هذه النظرية أسباب العدوان إلى عوامل ترتبط بالجهاز

العصبي أو الجهاز الغدي، حيث ترى أن العدوان يكثر لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب أو تلف في الجهاز العصبي، كما أنه يرتبط إلى درجة كبيرة بزيادة إفراز الهرمون الجنسي المعروف باسم التستستيرون، فكلما زادت نسبة تركيزه في الدم، زادت احتمالية حدوث السلوك العدواني.

خامساً: نظرية التعلم الاجتماعي

ترى هذه النظرية أن السلوك العدواني يتم تعلمه كنتاج لعمليات التفاعل الاجتماعي، بحيث يكتسب الأفراد هذا السلوك من خلال التقليد والنمذجة. فالأطفال يلاحظون سلوكيات والديهم واخوانهم واقربانهم ومعلموهم ويعملون على تقليدها، كما انهم يتعلمون انماط السلوك بما فيها العدوانية من خلال مشاهدة الأفلام والمسلسلات. ففي هذا الصدد اظهرت النتائج العديدة من ابحاث ودراسات العالم أن الأطفال والأفراد على حد سواء يتعلمون أنماط السلوك العدواني المشهور البرت باندورا (Bandura) من خلال مشاهدة النماذج، وتزداد احتمالية التأثير بالنماذج في حال توفر الدافعية لدى الأفراد في

تعلم مثل هذا السلوك ولا سيما عندما تكون نتائجه التعزيزية واضحة ومؤثرة فيهم.

سادساً: عوامل أخرى وتشمل:

أ. الرغبة في التخلص من سيطرة الكبار.

ب. الدلال الزائد والحب والحماية الزائدة.

ج. غياب الأب لفترة طويلة عن البيت.

د. الغيرة والرغبة في جذب الانتباه.

هـ. العقاب الشديد ولا سيما الجسدي منه.

و. عوامل النقص قد تدفع بالفرد الى العدوان كوسيلة

تعويضية.

ز. الحرمان الشديد قد يولد الرغبة بالانتقام من الآخرين أو من

ممتلكاتهم.

اضطراب المسلك (Conduct Disorder)

هو مجموعة تصرفات دائمة ومتكررة ينتهك فيها الطفل حقوق

الآخرين، عدوانية تجاه ممتلكات غيره ، أو ضده، ويتعدى القوانين التي

تحكم من هم في سنه، لمدة مستمرة لا تقل عن ستة أشهر. يحدث هذا الاضطراب في سن البداية التي هي قرب سن البلوغ (١٢ - ١٥) عامًا. وينتشر الجنوح بنسبة كبيرة بين البنين عنهما في البنات ١٢ : ١ .

أعراض (اضطراب المسلك):

- السرقة أكثر من مرة بدون مواجهة الشخص .
- السرقة أكثر من مرة بمواجهة الشخص .
- الهروب من المدرسة على الأقل مرة أو مرتين دون العودة بنفسه.
- الكذب المتواصل.
- إشعال الحرائق .
- تكرار التخريب لممتلكات غيره .
- شدة القوة في إيذاء الحيوانات.
- استخدام أدوات في العراك في أحيان كثيرة (العصي والأدوات الحادة).
- شدة القسوة تجاه الآخرين.

أسباب (اضطراب المسلك):

يقع الغالبية العظمى من الجانحين في خانة الحرمان والإحباط

وفقد الشعور بالأمن نتيجة إنهيار الأسرة أكثر من خانة التدليل
والعناية، وتلعب العوامل الاقتصادية والاجتماعية دورها في تحويل
الطفل العنيف إلى جانح ومنها:

- وفاة أحد الوالدين وعدم وجود بديل لصورة الأب أو الأم.
- دور رفاق السوء.
- رفض الأبوين للطفل.
- القسوة الزائدة في تعليم الأولاد .
- الوجود في ملاجئ في سن مبكرة.
- الأسرة الكبيرة العدد .
- الأب المدمن.

معايير تشخيص اضطراب المسلك

أ) نمط من السلوك المتكرر والمستمر، والذي تنتهك فيه حقوق
الآخرين الأساسية أو القواعد الاجتماعية الأساسية المناسبة لسن
الشخص أو القوانين، كما يتجلى ذلك بوجود ثلاثة على الأقل من

المعايير الخمسة عشر التالية خلال الاثني عشر شهراً الماضية من أي من الفئات التالية، مع وجود معيار على الأقل في الأشهر الستة الماضية:

*** الاعتداء على الناس والحيوانات**

- (١) عادة ما يتتّم على الآخرين أو يهددهم أو يخيفهم.
- (٢) عادة ما يبدأ بالعراك الجسدي.
- (٣) استخدم سلاحاً يمكن أن يلحق أذى جسدي خطير للآخرين (مثل عصا، حجر، زجاجة مكسورة، سكين، مسدس).
- (٤) كان قاسياً جسدياً نحو الآخرين.
- (٥) كان قاسياً جسدياً نحو الحيوانات.
- (٦) سرق وهو يواجه الضحية (مثل السلب، نشل محفظة، ابتزاز، سطو مسلح).
- (٧) أجبر شخصاً بالقوة على نشاط جنسي.

*** تدمير ملكية**

(٨) انخرط عمداً في إشعال نار بقصد إلحاق أذى كبير.

(٩) دمر عمداً ملكية آخرين (بوسيلة غير إشعال النار).

* الخداع أو السرقة

(١٠) تسلل إلى منزل أو مبنى أو سيارة شخص آخر.

(١١) غالباً ما يكذب للحصول على بضائع أو امتيازات أو لتجنب

التزامات معينة (أي يخدع الآخرين).

(١٢) سرق أشياء ذات قيمة دون مواجهة الضحية (مثل سرقة محلات

ولكن دون كسر واقتحام، تزيف).

* انتهاكات خطيرة للقواعد

(١٣) غالباً ما يمكث خارج المنزل ليلاً رغم منع الوالدين، وذلك قبل

عمر ١٣ سنة.

(١٤) هرب من البيت طوال الليل مرتين على الأقل وهو يعيش في

كنف والديه أو والديه بالتبني أو مرة واحدة دون عودة وذلك لمدة

طويلة.

(١٥) غالباً ما يتغيب عن المدرسة، وذلك قبل عمر ١٣ سنة.

ب) يسبب الاضطراب في السلوك انخفاضاً سريرياً هاماً في

الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

ت) إذا كان عمر الشخص - ١٨ سنة أو أكثر، لا تتحقق

معايير اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع.

تحديد ما إذا كان:

- نمط البدء خلال الطفولة: يظهر الأفراد عرض واحد على الأقل من

سمات أعراض اضطراب المسلك قبل سن ١٠ سنوات.

- نمط البدء خلال المراهقة: لا يظهر الأفراد أي أعراض مميزة من

اضطراب المسلك قبل سن ١٠ سنوات.

- غير محدد البداية: يتم استيفاء معايير تشخيص اضطراب المسلك،

ولكن ليس هناك ما يكفي من المعلومات المتاحة لتحديد ما إذا كان

ظهور الأعراض الأولى قبل أو بعد سن ١٠ سنوات.

تحديد ما إذا كان:

- مع محدودية المشاعر الموالية للمجتمع: للتأهل لهذا المحدد، يجب أن يكون الفرد قد أبدى اثنين على الأقل من الخصائص التالية بشكلٍ مستمر خلال ١٢ شهراً على الأقل وذلك عبر العديد من العلاقات والمواضع. هذه الخصائص تعكس نموذج الفرد من الأداء العاطفي والشخصي خلال هذه الفترة وليس مجرد حوادث عرضية في بعض الحالات. وبالتالي لتقييم المعايير لهذا المحدد، فمن الضروري وجود مصادر معلومات متعددة. بالإضافة إلى التقرير الذاتي للفرد، وإنه لمن الضروري الأخذ بعين الاعتبار التقارير المقدمة من قبل الآخرين الذين عرفوا الفرد لفترات طويلة من الزمن (على سبيل المثال، الآباء والمعلمين وزملاء العمل وأفراد الأسرة البعيدين، والأقران).

- فقدان الندم أو الشعور بالذنب: لا يشعر بالسوء أو بالذنب عندما يفعل شيئاً خاطئاً (استبعاد الندم الذي يظهره عندما يمسك به و/أو

يواجه عقاباً). يظهر الفرد نقصاً عاماً في القلق إزاء الآثار السلبية لأفعاله. على سبيل المثال، عدم الندم عند الفرد بعد إيذائه لشخص أو أنه لا يهمله عواقب كسر القواعد.

- قاسي القلب عديم التعاطف: الإهمال وغير المبالاة إزاء مشاعر الآخرين. يوصف الفرد بالبرود وغير المكترث. يبدو الشخص أكثر قلقاً إزاء الآثار المترتبة على أفعاله على نفسه أو نفسها، بدلاً من آثارها على الآخرين، حتى عندما ينتج عنه ضرر كبير للآخرين.

- غير مبال بالأداء: لا يظهر قلقه إزاء الأداء الضعيف/الإشكالي في المدرسة، في العمل، أو في الأنشطة الهامة الأخرى. فلا يبذل الفرد الجهد اللازم لأدائها جيداً، حتى عندما تكون التوقعات واضحة، وعادة ما يلقي باللوم على الآخرين بسبب الأداء الضعيف.

- الوجدان الضحل أو الضعيف: لا يعبر عن المشاعر أو يظهر العواطف للآخرين، إلا عبر الوسائل التي تبدو ضحلة، غير صادقة، أو سطحية (على سبيل المثال، الأفعال التي تتعارض مع العاطفة

الظاهرة، ويمكن أن يغير العواطف من الإظهار إلى الإخفاء بسرعة) أو عندما تستخدم المشاعر المُظهرة لتحقيق مكاسب (على سبيل المثال، تظهر المشاعر للتلاعب أو ترهيب الآخرين).

تحديد الشدة الحالية:

الخفيف: مشاكل قليلة في السلوك إذا وجدت تتجاوز تلك المطلوبة لوضع التشخيص، واضطراب المسلك يسبب ضرراً طفيفاً نسبياً للآخرين (على سبيل المثال، الكذب، التغيب عن المدرسة، والبقاء خارجاً بعد حلول الظلام دون إذن، وغيرها من كسر القواعد).

المتوسط: عدد المشاكل السلوكية والتأثير على الآخرين تتوسط تلك المحددة في "خفيف" وتلك الموجودة في "الشديد" (على سبيل المثال، سرقة دون مواجهة الضحية، التخريب).

الشديد: الكثير من المشاكل السلوكية تتجاوز تلك المطلوبة لوضع التشخيص، أو مشاكل في السلوك تسبب ضرراً كبيراً للآخرين (على سبيل المثال، الجنس بالإكراه، والقسوة الجسدية، استخدام

سلاح، والسرقة بينما يواجه الضحية، والكسر والدخول).

علاج العدوان

عند علاج العدوان يفترض البحث عن الأسباب التي تقود إلى الغضب والعدوان لدى الطفل، ويمكن استخدام أكثر من أسلوب في التفاعل مع العدوان تتمثل بما يلي:

أولاً: العلاج السلوكي:

ويقوم هذا العلاج على أحداث تغيير في بيئة الفرد من خلال التحكم بمثيرات العدوان القبلية والبعدية بتوظيف برامج التعديل السلوكي المناسبة، ويمكن في هذه البرامج استخدام المبادئ التالية:

أ. استخدام اجراءات العقاب السلبي ويتمثل ذلك في حرمان الطفل من المعززات أو الامتيازات أو الحرمان من اللعب عندما يمارس السلوك العدوانى، أو اللجوء إلى استخدام إجراءات العزل والإقصاء عن طريق نقل الطفل من البيئة المعززة إلى بيئة غير معززة.

ب. استخدام إجراءات التعزيز التفاضلي، وفي هذا الإجراء يتم تعزيز السلوكات الاجتماعية الإيجابية أو الاستجابات التي تكون باتجاه السلوك الجيد وتجاهل السلوك العدواني وعدم تعزيزه.

ج. التصحيح الزائد للسلوك العدواني ويتم هذا من خلال إجراءات مثل:

١- الطلب من الطفل إعادة ممتلكات الآخرين عندما يأخذها منهم بالقوة والاعتذار لهم عن هذا السلوك.

٢- الطلب من الطفل طلب الصفح والسماح من الآخرين عندما يتصرف بطريقة عدوانية اتجاههم.

٣- التحذير اللفظي للطفل بضرورة عدم تكرار مثل هذا الفعل العدواني.

٤- الممارسة السلبية: وفيها يطلب من الفرد تكرار السلوك العدواني الذي قام به اتجاه الآخرين مرات ومرات (تمثيل الفعل) والهدف من ذلك تحقيق الاشباع والتعب لدى الفرد على نحو يجعله يكف

عن مثل هذا السلوك لاحقاً.

ثانياً: العلاج من خلال النمذجة ولعب الأدوار

وفي هذا النوع يتم تعريض الطفل إلى نوعين من النماذج إحداها يمارس سلوكات عدوانية تعاقب عليها بشدة وأخرى تمارس سلوكات اجتماعية وتعزز عليها، والهدف من ذلك كف السلوك العدوانى وتشجيع السلوك الاجتماعى لدى الطفل. كما يمكن تعزيز الطفل وتشجيعه على لعب الأدوار من أجل استجرا استجابات غير عدوانية.

ثالثاً: العلاج النفسى

ترى نظرية التحليل النفسى عدم إمكانية ضبط أو تغيير الدافع العدوانى لدى الأفراد ولكن يمكن تعليمهم تحويل هذه الطاقة وتفريغها فى أنشطة اجتماعية مقبولة، وعليه يمكن استخدام وسائل متعددة لتفريغ طاقة العدوان لدى الطفل عن طريق استخدام اللعب والرسوم والكتابة والتمارين الرياضية والموسيقى وغيرها من الأنشطة المحببة الأخرى.

رابعاً: إجراءات أخرى مثل:

- ١- تدريب الطفل على مهارات السلوك الاجتماعي بشكل تدريجي وتقليل درجة الحساسية نحو المواقف التي تثير الغضب لديه وتشجعه على العدوان.
- ٢- إحاطة الطفل بالعطف والحب والحنان وإشعاره بالدفء والأمان.
- ٣- تقليل مشاهدة الطفل لبرامج وأفلام العنف المعروضة في التلفاز.
- ٤- يجب على الآباء أن يكونوا قدوة حسنة أمام الأطفال من حيث عدم إظهار مشاعر الغضب والعدوان وتجنب الشجار والنزاع أمام أبنائهم.
- ٥- تنمية القيم الاخلاقية والوازع الديني لدى الأبناء وبيان مساوئ السلوك العدواني وآثاره، في جو يمتاز بالأمن والدفء والهدوء.

المراجع

- أحمد عكاشة؛ طارق عكاشة (٢٠١٥). *الطب النفسي المعاصر*، ط ١٧، القاهرة: مكتبة الأنجلوالمصرية.
- حسان المالح (١٩٩٧). *الطب النفسي والحياة*، ط ٢، دمشق: دار الإشراقات.
- حسين أبو المجد (٢٠١٥). *الأعراض الجسدية وعلاقتها بالاكتئاب دراسة مقارنة بين المكتئبين وغير المكتئبين*. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة جنوب الوادي.
- حسين أبو المجد (٢٠١٨). *المخططات المعرفية كمنبئات بالأعراض الجسدية واضطراب الشخصية الحدية*. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة جنوب الوادي.
- ديفيد باولو (٢٠١٥). *مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجى تفصيلي*، ط ٢، ترجمة صفوت فرج، مراجعة: صفوت فرج، القاهرة: الأنجلو المصرية.
- ريتشارد سوين (١٩٧٩). *علم الأمراض النفسية والعقلية*. ترجمة عبد العزيز سلامة، الكويت: مكتبة الفلاح.

- عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٤). *الأمراض السيكوسوماتية*. بيروت: دار النهضة العربية.
- لطفى الشربيني (٢٠٠٣). *معجم مصطلحات الطب النفسي*. الكويت: مركز تعريب العلوم الصحية.
- محمد أحمد ؛ ومحمد إبراهيم؛ وزيبي السيد (٢٠١٣). *تشخيص الأمراض النفسية للراشدين مستمدة من (DSM-4 / DSM-5)*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية
- محمد حسن (٢٠١٥). *الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية*. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- محمد شعلان (١٩٧٩). *الاضطرابات النفسية في الأطفال*. ج ٢، الجهاز المركزي للمكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية
- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩). *الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية. المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الأمراض النفسية والسلوكية: (ترجمة وحدة الطب النفسي بكلية الطب جامعة عين شمس تحت إشراف الدكتور أحمد عكاشة)، (المكتب الإقليمي لشرق المتوسط).*

- نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي (١٩٩٩). *المرشد في الطب النفسي*، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

- **American Psychiatric Association (APA) (2013).** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.) (DSM-5).* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Buckley P., Bird J., Harrison G. (1995). *Examination Notes in Psychiatry, 3rd edition,* Oxford, Reed Educational and Professional Publishing Ltd.
- Gelder M., Mayou R., Cowen P. (2001). *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry,* 4th edition, Oxford University Press.
- Sadock B., Sadock V. (2003). *Comprehensive Textbook of Psychiatry,* 9th edition, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins.
- Semple D., Smyth R., Burns J., Darjee R., McIntosh A. (2005). *Oxford Handbook of Psychiatry,* 1st edition, Oxford University Press