



مشكلات الأطفال والمراهقين





جامعة دمشق
كلية التربية

مشكلات الأطفال والمراهقين

الدكتور أحمد محمد الزعبي
الأستاذ المساعد في قسم الإرشاد النفسي

الدكتور محمد الشيخ حمود
الأستاذ في قسم الإرشاد النفسي

١٤٣٣ - ١٤٣٤ هـ

٢٠١٢ - ٢٠١٣ م



محتويات الكتاب	
١٣	الفصل الأول: الطفولة
١٣	مفهوم الطفولة
١٤	العوامل المؤثرة في النمو
٢٦	مراحل النمو في الطفولة
٢٨	جوانب النمو في الطفولة
٤١	الفصل الثاني: المراهقة
٤٢	معنى المراهقة
٤٢	تعريف المراهقة
٤٢	أهمية دراسة المراهقة
٤٣	الاتجاهات الرئيسة في تفسير المراهقة
٤٦	مراحل النمو في المراهقة
٤٧	جوانب النمو في المراهقة
٥٧	الفصل الثالث: المشكلات النفسية عند الأطفال والمراهقين
٥٧	أولاً- الخوف

٧٠	ثانياً - القلق
٨١	ثالثاً - الخجل
٨٩	رابعاً - الغضب
٩٥	خامساً - الغيرة
١٠٥	سادساً - التبول اللاإرادي
١١٧	الفصل الرابع: مشكلات السلوك غير الاجتماعي عند الأطفال والمراهقين
١١٧	أولاً - السرقة
١٢٧	ثانياً - الكذب
١٣٥	ثالثاً - التمرد (أو العصيان)
١٤٢	رابعاً - جنوح الأحداث
١٥٣	الفصل الخامس: المشكلات السلوكية عند الأطفال والمراهقين
١٥٣	أولاً - السلوك العدواني
١٦٤	ثانياً - اضطرابات النوم
١٧٥	ثالثاً - التدخين
١٨٧	رابعاً - الإدمان على المخدرات

٢٠٦	خامساً- أوقات الفراغ
٢١٧	الفصل السادس: المشكلات النفسية - الحركية عند الأطفال والمراهقين
٢١٧	أولاً- اضطرابات التواصل(التأتأة)
٢٢٩	ثانياً- مص الأصابع
٢٣٨	ثالثاً- قضم الأظافر
٢٤٧	رابعاً- النشاط الزائد وضعف الانتباه
٢٥٧	خامساً- التوحد
٢٩٥	الفصل السابع: المشكلات الدراسية عند الأطفال والمراهقين
٢٩٥	أولاً- التأخر الدراسي
٣٠٥	ثانياً- ضعف الدافعية للدراسة والتعلم
٣٢١	ثالثاً- مشكلة الهروب من المدرسة
٣٢٦	رابعاً- عادات الدراسة الخاطئة
٣٣٥	المراجع:
٣٣٥	أولاً- المراجع العربية
٣٤٣	ثانياً- المراجع الأجنبية



تعريف بالكتاب

تعد سنوات الطفولة والمراهقة مهمة جداً في حياة الإنسان المستقبلية، إذ إن الخبرات التي يتلقاها الطفل والمراهق من أسرته ومدرسته ورفاقه وثقافته تترك انطباعاتها على شخصيتيهما حاضراً و مستقبلاً. فقد أكدت الدراسات والبحوث النفسية أن الصحة النفسية في سوانها وانحرفها تتأثر بهاتين المرحلتين من حياة الإنسان، وأن الاضطرابات النفسية التي تلحق بالأطفال والمراهقين تكون نتيجة عدم معرفتهم بحاجاتهم من قبل الأسرة والمدرسة. لذلك فإن الحاجة إلى معرفة المشكلات التي يعاني منها الأطفال والمراهقون قد أصبحت ضرورة في الوقت الحاضر أكثر من أي وقت مضى، وخاصة في ضوء التغيرات الدولية التي تستهدف إعادة بناء الإنسان ليكون قادراً على التصدي لتحديات العصر، والتوافق مع التقدم العلمي والتكنولوجي الذي يشهده العالم الآن، و كذلك في إطار الثورة المعرفية والإعلامية التي تستهدف هذه الفئة من أفراد المجتمع.

فالتعرف إلى مشكلات الأطفال والمراهقين والتعرف إلى أسبابها وكيفية علاجها، يساعدنا على تربية أجيال المستقبل تربية سليمة، لأن تقدم أي مجتمع يقاس حالياً بمقدار عنايته بتربية أبنائه، إذ كلما بذل المجتمع جهوداً كبيرة في تربية أبنائه تربية سليمة، وحافظ على صحتهم الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية، كلما عاد عليه بالخير والتقدم والرخاء. فالدول العظمى لم تحقق ما حقته من إنجازات علمية وتقنية إلا بفضل استثمار ثروتها البشرية من علماء وخبراء ومبدعين وقادة ومصلحين.

والكتاب الذي بين أيدينا موجه إلى الطلاب والباحثين والمختصين في علم النفس والمرشدين النفسيين وعلماء الاجتماع وإلى الآباء والمربين. فهو يهدف إلى تزويدهم بمعلومات علمية دقيقة واضحة بعيدة عن الإسهاب والتعقيد عن أهم المشكلات النفسية والسلوكية والدراسية التي يعاني منها الأطفال والمراهقون، والتعرف إلى أسبابها وكيفية الوقاية منها وعلاجها.

المؤلفان

والله ولي التوفيق





الفصل الأول

Childhood الطفولة

مفهوم الطفولة:

يمتد مفهوم الطفولة هنا ليشمل الفترة الزمنية التي تتراوح من فترة الولادة حتى بداية المراهقة. ولذلك فإن الاهتمام المتزايد بالطفولة لا ينصب على جهة معينة، أو يتحدد برعاية الأسرة، وإنما يتعدى ذلك إلى مؤسسات أخرى، من أهمها المدرسة ووسائل الإعلام المختلفة، والنظم الاجتماعية السائدة في المجتمع، ومؤسسات الدولة الأخرى التي تعنى بالطفولة كمؤسسات الصحة، ورعاية الأمومة والطفولة، وبرامج الإرشاد الأسري والصحي، وغيرها. لذلك فإن تقدم المجتمع بمستواه الاجتماعي والحضاري والاقتصادي يتأثر بمستوى نظرة المجتمع إلى أفراد ومدى تأسيس هذا المجتمع لعالم الطفولة. فالأطفال مرآة المجتمع وسر تقدمه وازدهاره، فالمجتمع يرى من خلال الطفولة كيف يمكن أن تكون عليه صورته في المستقبل. فالاستثمار الحقيقي لأي مجتمع هو استثمار في رأس المال البشري، إذ توفر الطفولة مدخلاً إلى التنمية الاجتماعية الأوسع، فرعاية الطفولة تدخل الوالدين وصناع القرار في عمل بناء من التخطيط الاجتماعي والمشاركة، لذلك أصبح يمثل رأس المال البشري في القرن الحادي والعشرين معظم أصول المشاريع التجارية الحديثة. فالاهتمام بالطفولة هو اهتمام بالمستقبل واستثمار لقدرات الأفراد.

في مجالات الحياة المختلفة مستقبلاً (إيفانز وآخرون، ٢٠٠٥؛ العوامل ومزاهرة، ٢٠٠٣؛ إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣).

العوامل المؤثرة في النمو:

الوراثة: Heredity

يقصد بالوراثة، انتقال الصفات الوراثية من الآباء إلى الأبناء عن طريق الجينات Genes، والصفة التي يرثها الفرد لا تتحدد بموروث واحد، وإنما تتحدد بالتفاعل الذي يحدث بين عدد من المورثات. ولذلك فإن الوراثة البيولوجية للفرد تتحدد بالمورثات، ويؤلف مجموعها النمط الداخلي، ومن مجموع المورثات يتحدد الأساس المهم للفردية (الزعيبي، ٢٠٠٧).

كما تتحدد استناداً إلى الوراثة كثيراً من مظاهر النمو الجسمية، والعقلية، والانفعالية، والاجتماعية، فلون البشرة، والطول، والقصر، والأعضاء الداخلية، ولون الشعر، وفصيلة الدم، وملامح الوجه، وشكل الجسم، تتحدد بالوراثة بشكل كبير. كما أن ذكاء الإنسان، وقدراته الخاصة، تتحكم فيه العوامل الوراثية إلى حد كبير، ولكن الاستعدادات الوراثية تبقى في تفاعل مستمر مع العوامل البيئية وتتأثر بها.

البيئة: Environment

تمثل البيئة مجموع العوامل الخارجية التي تؤثر تأثيراً مباشراً أو غير مباشر على الفرد منذ لحظة الإخصاب وحتى نهاية الحياة. وبهذا المعنى تشمل البيئة العوامل المناخية، والجغرافية، والعوامل الاجتماعية، والثقافية، والحضارية. إنها تمثل جميع

العوامل التي لا ترتبط بالمورثات. وتسهم العوامل البيئية بشكل كبير في تشكيل شخصية الفرد، وتكوين أنماطه السلوكية وأساليبه في مواجهة الحياة. كما أن تأثير البيئة لا يكون واحداً في مختلف مراحل حياة الفرد، بل يختلف من مرحلة إلى أخرى. والأسرة هي أولى الجماعات التي ينتمي إليها الفرد وتسهم في تشكيل شخصيته وأساليبه السلوكية من خلال عملية التنشئة الاجتماعية. فالخبرات المبكرة للطفل، والمواقف والإحباطات التي مرّ بها، تؤثر بشكل واضح في نموه الاجتماعي، والانفعالي، والعقلي، والجسمي.

فبالأسرة تعمل على إشباع حاجات الطفل النفسية والمادية، بحيث يشعر فيها بالأمن والتقدير، كما تعمل على تعليمه القيم والعادات والمعايير الاجتماعية، أما إذا لم تؤدّ الأسرة دورها بشكل صحيح، وتعرض الطفل فيها إلى مواقف الإحباط، والنبذ، والإهمال، وعدم الاستقرار، وعاش في جو مليء بالمشاحنات، فإن نموه يضطرب، وتظهر عنده المشكلات.

كما أن الحرمان الحسي للطفل الرضيع، وعدم اتصاله بالكبار يؤدي إلى إعاقة نموه وسلوكه بشكل سليم. وقد سمى سبيتز Spitz هذا السلوك الشاذ الناتج عن الحرمان من رعاية الكبار بالحرمان من السند Hospitalize، أي الحرمان من الكبار الذين يحتاج الطفل الرضيع إلى مساندتهم وعونهم وخاصة الأم. فقد أكد كاغان (Kagan, 1972) أن النقص في أنواع الاستثارة الحسية في مجال النشاط والاكتشاف خلال السنة الأولى من العمر من الأسباب الأساسية للتأخر المبكر. كما وجد يارو وآخرون (Yarrow, et al., 1975) أن الاستثارة الحسية - الحركية ترتبط

بالنمو العقلي للطفل، وتبقي الأطفال في حالة مناسبة من الانتباه تجعلهم يستجيبون لما يحيط بهم.

كما توجد بعض الأدلة التي تؤكد أن العلاقة المبكرة بين الأبناء والآباء، لها تأثير كبير في سلوك الأبناء وشخصياتهم في المستقبل وخاصة في مرحلة المراهقة. مما يؤكد حاجة الطفل إلى الأمان والاعتماد على السند من الكبار (وخاصة الأم). ومثال ذلك تلك التجربة التي أجريت على القردة الصغيرة، حيث صنعت لهم ثلاثة قردة من الأسلاك، إحداها مكسوة بالقماش لتشبه الأم الحقيقية، ولا تقدم الحليب، والثانية غير مكسوة بالقماش وتقدم الحليب، والثالثة غير مكسوة بالقماش ولا تقدم الحليب، فتبين أن القردة الصغيرة انجذبت إلى الأم المكسوة بالقماش وفضلتها على الأم غير المكسوة حتى وإن كانت مصدراً للغذاء.

كما تؤثر الحالة الانفعالية للأم على الجنين، فقد أظهرت التجارب التي أجريت على الأرانب الحوامل، أن الأمهات اللواتي يتصفن بالقلق، أنجبت سلالات يتصف سلوكها بالقلق من الأماكن العامة، وظهرت أعراض القلق في كثرة التبول والتبرز. فالحالة الانفعالية التي تعيشها الأم الحامل تؤثر على الجنين وحالته المزاجية مستقبلاً.

كما يعد المناخ المدرسي الذي يعيش في كنفه الطفل عاملاً مهماً جداً لنموه نمواً سليماً أو غير سليم. فالمدرسة التي تشجع عند التلاميذ روح التنافس، والتعاون، والتسامح، والعدالة، والأخلاق الفاضلة، فإنها تؤثر تأثيراً إيجابياً في نموه الاجتماعي والخلقي والنفسي والديني. ولذلك يعد أسلوب تعامل المعلم مع تلاميذه داخل الفصل،

ونظام المدرسة، وتعامل التلاميذ مع بعضهم ذا أثر كبير في نموهم وفي شخصياتهم وأساليبهم السلوكية (Stewart & Others, 1985).

وتؤثر الحالة الاجتماعية - الاقتصادية في نمو الفرد، حيث تبين أن الأطفال الذي ينمون في بيئات فقيرة ومحرومة، يتأثر نموهم في جميع المراحل بشكل سلبي، بعكس الأطفال الذين ينمون في بيئات غنية ويقدم لهم الغذاء المتوازن، مما ينعكس على نموهم بشكل إيجابي، ويكونون بعيدين عن الإصابة بالأمراض.

كما أن نقص الغذاء يؤثر على النمو العقلي والمعرفي لتلاميذ المدارس، ففي إحدى الدراسات التي أجريت في أندونيسيا لبيان العلاقة بين نقص الحديد والأداء المدرسي عند تلاميذ المدارس ما بين ٦ - ١٢ سنة في ثلاث مدارس ريفية، تبين أن المصابين بنقص الحديد أقل قدرة على التركيز والتحصيل. وبعد علاج نقص الحديد لمدة ثلاثة أشهر، تبين أن الأداء المدرسي لديهم قد تحسن أو تحسنت قدراتهم على التركيز (سوفتيري، وبوليت، ١٩٨٤).

التفاعل بين الوراثة والبيئة:

هناك تساؤل يطرح ذاته منذ بداية القرن العشرين على أيهما أكثر تأثيراً في النمو الإنساني الوراثة أم البيئة؟ وقد لاقى هذا التساؤل الكثير من الجدل والنقاش، حيث ردّ الكثير من علماء النفس المسؤولية للعوامل الوراثية بينما القليل من التأثير للعوامل البيئية، في حين أعطى بعض علماء النفس الأهمية الأولى للبيئة، وأهمية قليلة للعوامل الوراثية. فعلماء الوراثة يؤكدون أن التربية والتعليم والبيئة المحيطة لا تزيد من استعدادات الفرد، بل تمدّها بالمواد التي تعمل بها ولها. ولهذا فإن الفروق الفردية

ستكون واضحة بين الناس بغض النظر عن نوعية التعليم الذي يتلقونه والبيئة التي يعيشون فيها. ولهذا فإن نوع التعليم الذي يتلقاه الفرد يعتمد على استعداداته الموروثة للتعلم.

أما علماء البيئة فيرون أن الفروق الوراثية في الإمكانيات العقلية للفرد ليست كبيرة، وأن الجزء الأكبر من هذه الفروق يعود إلى الاختلافات البيئية وإلى فرص التعليم، والثقافة التي يتلقاها.

وحتى الآن لم تتحقق السيادة لأي من العاملين (الوراثة أو البيئة)، ويمكن أن نلاحظ أثر العوامل الوراثية بشكل واضح في صفات مثل طول القامة، ولون البشرة، ولون العينين، وشكل الشعر. أما أثر البيئة فيمكن ملاحظته بشكل كبير في السمات النفسية، والخلقية، والاتجاهات، والميول، والعادات.

والرأي السائد لدى علماء النفس هو أن نمو الطفل وسماته الشخصية، هي نتاج التفاعل بين عاملي الوراثة والبيئة، فالوراثة لا تعمل في فراغ، والبيئة يجب أن تتوفر لها مواد بيولوجية وراثية لتعمل معها وبها، فكلا العاملين مهمان، وهما يعملان بشكل متآزر ومتكاتف في تكوين الشخصية. وفي التفاعل بين الوراثة والبيئة، تضع الوراثة حدود النمو الممكن (حدود إمكانيات الفرد)، وتحدد البيئة مدى النمو الحقيقي لهذه الإمكانيات داخل تلك الحدود. ولهذا يمكن القول إن العلاقة بين الوراثة والبيئة علاقة تفاعل وتكامل، فالوراثة تحدد استعدادات الفرد وإمكاناته الفطرية، في حين تؤثر البيئة على هذه الاستعدادات فتتميزها وتطورها أو تعيقها. ولذلك فإن الظروف الاجتماعية، والتربوية، والنفسية التي يعيش في كنفها الطفل هي التي تسمح لذكائه بالظهور أو

تطمسه وتمنعه من الظهور أو تجعله يستغل ما لديه من ذكاء في مجال الجريمة والانحراف.

الغدد: Glands

لإفرازات الغدد تأثير كبير وواضح في عملية النمو الإنساني، وسرعته، وتنظيمه، ونظراً للدور المهم الذي تقوم به الغدد في عملية النمو، ولما يصيبها من نقص أو زيادة أو تعطيل لوظائفها، فإنه من المهم إلقاء الضوء على هذه الغدد، وسنتناول هنا الغدد الصماء وهي:

الغدة النخامية: Pituitary Gland

تقع الغدة النخامية تحت سطح المخ، ويتراوح وزنها بين ٣٥٠ - ١١٠٠ مجم، وتتكون من فصين، فص أمامي وفص خلفي وبينهما فص متوسط لا تعرف حتى الآن إفرازاته بشكل دقيق.

تعد الغدة النخامية سيدة الغدد، لتأثيرها الواضح على بقية الغدد، فإذا قلَّ إفراز تلك الغدد، نشطت الغدة النخامية لتعويض هذا النقص. ويفرز الفص الأمامي للغدة النخامية خمسة أنواع من الهرمونات ذات تأثير مهم على الغدة الدرقية والغدد الكظرية والغدد التناسلية، وهذه الهرمونات هي:

١ - هرمون النمو: Somatotroine ينظم هذا الهرمون نمو العضلات، والعظام، والأنسجة الأخرى من أعلى الجسم إلى أسفله، ويؤثر هذا الهرمون بشكل واضح في نمو الفرد.

٢ - الهرمون المنشط للغدة التناسلية Condotorphic Hormone يؤثر هذا الهرمون على بدء عملية البلوغ، حيث يساعد في نضج البويضة، وينظم الطمث الشهري، ونمو الحيوانات المنوية في الخصيتين عند الرجل، كما يؤثر في إفراز هرمون البروجستيرون لدى الأنثى، والتستستيرون لدى الرجل. وإن نقص هذا الهرمون يؤدي إلى توقف نمو الجهاز التناسلي، وإصابة الطفل بالسمنة المفرطة، والميل إلى النعاس. أما زيادة إفراز هذا الهرمون فقد يؤدي إلى تكبير النضج الجنسي مما ينعكس سلباً على النمو الجسمي.

٣ - الهرمون المنشط لإدرار الحليب (هرمون البرولاكتين): ينشط هذا الهرمون إدرار الحليب عند الأم بعد الولادة، كما يؤثر في إفراز الجسم الأصفر في المبيض عند الأنثى غير الحامل.

٤ - الهرمون المنشط للغدة الدرقية Thyrotrophic: يعدّ هذا الهرمون مسؤولاً عن تنظيم نشاط الغدة الدرقية، ويحول دون ضمورها، حيث يؤدي زيادة إفرازه إلى تضخم الغدة الدرقية، وزيادة نشاطها الإفرازي، كما يعدّ مسؤولاً عن بناء هرمون التيروتوكسين في الدرقية.

٥ - الهرمون المنشط للغدة فوق الغدة الكظرية (الادرينالية): يسمى هذا الهرمون بـ (Adernocorti cotrophic)، حيث يعمل على ضبط حجم وإفراز قشرة الغدة فوق الكظرية، ويضبط نسبة السكر في الدم.

أما الجزء الخلفي للغدة النخامية، فيفرز هرمونين: أحدهما يساعد في الاحتفاظ بكمية السوائل اللازمة للجسم، والثاني يساعد على انقباض عضلات الرحم أثناء

وبعدها.

الغدة الدرقية: Thyroid Gland

تقع هذه الغدة في مقدمة الجزء الأسفل من الرقبة أمام القصبة الهوائية تحت الجلد، وتتكون من فصين يتراوح وزنهما بين ١٠ - ١٥ مجم، ويزداد حجمها مؤقتاً أثناء البلوغ والحمل وفي فترة الحيض، وتفرز هرمون الثيروكسين Throxine، حيث تنظم عملية الأيض بصورة عامة، وتكون مسؤولة عن نمو وظائف الجهاز العصبي، كما تخزن مادة اليود الذي يستخدم لبناء هرمون الثيروكسين، وتساعد في تنظيم عملية النمو، وتنشط الأعصاب، وتنظم استهلاك الجسم للأكسجين. كما تتأثر الغدة الدرقية بغيرها من الغدد الصماء وخاصة الغدة النخامية عن طريق هرمون الثيروتروفين.

جارات الغدة الدرقية: Parathyroids Gland

وهي أربع غدد موجودة على جانبي الغدة الدرقية اثنتان على كل جانب الواحدة فوق الأخرى. تفرز هذه الغدد هرمون الباراثورمون Parathormon، الذي يعمل على تنظيم نسبة الكالسيوم والفوسفور في الدم، كما يعمل على تكوين العظام، ويساهم في النشاط العصبي والعضلي.

إن نقص إفراز هذا الهرمون، يؤدي إلى انخفاض نسبة الكالسيوم في الدم، ويؤدي إلى سرعة التهيج العصبي، والتشنج العضلي، والشعور بالضيق والخمول العقلي. أما زيادة إفراز هرمون جارات الدرقية، فيؤدي إلى زيادة نسبة الكالسيوم في الدم، كما تقل نسبته في العظام، مما يؤدي إلى لينها، وإلى تشوه الهيكل العظمي، وتكوين

حصيات الكلى، ويؤدي إلى ظهور علامات الملل والتعب الزائد عند الشخص، وقد يصاب بالغيبوبة.

الغدتان الكظريتان: Adrenals Glands

توجد الغدتان الكظريتان فوق الكليتين (واحدة فوق كل كلية)، ويتراوح وزنها بين ١٥ - ٢٠ مجم، وتتكون كل غدة من قشرة ولب (نخاع)، ويتراوح وزن القشرة بين ٠.٥ - ٥ مجم، وتفرز ثلاثة هرمونات هي: هرمون الكورتيزون الذي يؤدي دوراً مهماً في عمليات الهدم والبناء، وزيادة إفرازه يؤدي إلى زيادة نسبة السكر في الدم عن (٦.١) ميغروغرام، ورفع ضغط الدم. وهذه الزيادة في الإفراز تنتج عن ورم القشرة الأدرينالية الذي يؤدي إلى زيادة الوزن، والضعف العام، وزيادة الشعر في الجسم (وخاصة عند النساء)، وزيادة حب الشباب في الوجه والجسم. أما قصور إفراز الكورتيزون الناتج عن التهاب القشرة أو ضمورها، فيؤدي إلى مرض أديسون، حيث يتميز المريض بالضعف العام، ونقص الوزن مع تلون الفم والشفيتين بلون بني، ونقص في ضغط الدم، وانخفاض نسبة السكر في الدم.

كما تفرز قشرة الكظرية هرمون (الألدوستيرون) الذي يحافظ على نسبة المواد المعدنية في الدم (كالصوديوم والبوتاسيوم)، وتؤدي زيادة إفرازه إلى مرض كون (Conn)، ومن أعراضه، زيادة شديدة في ضغط الدم، وزيادة إفراز البوتاسيوم في البول ونقصه في الدم، مما يشعر المريض بالضعف الشديد في العضلات، وقد يؤدي إلى الشلل. أما الهرمون الثالث الذي تفرزه قشرة الكظرية فهو (الأندروجين)، الذي يؤدي دوراً مهماً في النمو الجنسي، وزيادة إفرازه يؤدي إلى تضخم السمات

الذكورية عند الإنسان، وزيادته عند النساء يؤدي إلى غلظ الصوت، وتساقط شعر الرأس، وظهور الشعر في الوجه، وإلى التبكير في النضج الجنسي عند الأطفال، مما يؤدي إلى استجابات سلوكية شاذة نتيجة لذلك.

أما لب الغدتين الكظريتين، فيفرز هرمون الأدرينالين (بنسبة ٨٠%)، والنور أدرينالين (بنسبة ٢٠%)، ويساعد الفرد في مواجهة المخاطر، والمواقف الطارئة مثل الخوف والغضب، حيث تزداد ضربات القلب، وتزداد حركات الرئتين لإمداد الجسم بالهواء اللازم لعملية الاحتراق. كما يزداد عدد الكريات الحمراء في الدم مما يساعد على تكوين الجلطة الدموية. أما وظائف هرمون النور أدرينالين فتشبه وظائف هرمون الأدرينالين ولكن مفعوله أقوى في رفع ضغط الدم.

الغدة الصنوبرية: Pineal Gland

تقع الغدة الصنوبرية تحت سطح المخ، وتفرز هرمون الميلاتونين الذي يصب في الدم، والسائل النخاعي Cerebrospinal Fluid، ويزداد هذا الإفراز في الثلث الأخير من الليل، حيث يبلغ ذروته ما بين الساعة الثانية والثالثة بعد منتصف الليل، وينخفض الإفراز خلال ساعات النهار. وهذا يعني أن الغدة الصنوبرية تتأثر بالضوء الذي يسقط على شبكية العين ويمر عبر المسار البصري إلى الألياف السمبثاوية (القريطي، ١٩٩٨: ٢٠٢).

أما وظائف هرمون الميلاتونين فتتجلى في تقوية الجهاز المناعي للجسم، حيث يساعد في مقاومة الجسم للأمراض وخاصة مرض السرطان، كما يساعد في مقاومة أعراض الشيخوخة، وحماية الجسم من التلف، والمحافظة على سلامة القلب، فهو

يقلل من ضغط الدم، وينقص من الكوليسترول، ويساعد على النوم الهادئ الطبيعي، وتجنب اضطرابات النوم كالأرق، حيث يسهم في بعض العمليات البيولوجية الخاصة بتكيف الفرد في دورة الليل والنهار، أو الضوء والظلام (الدوس وندشاري، ١٩٩٦).

الغدة التيموسية: Thymus Gland

توجد الغدة التيموسية في الجزء العلوي من التجويف الصدري خلف عظام القص. تنمو هذه الغدة في المراحل الأولى من حياة الطفل، ويتناقص حجمها ووزنها مع التقدم في العمر والقرب من مرحلة المراهقة. ومن وظائف الغدة التيموسية كف نشاط النمو الجنسي في مرحلة الطفولة، وتهيئة الإنسان للوصول إلى مرحلة البلوغ. وإن نقص إفرازها يؤدي إلى البكور الجنسي، وقد يؤدي إلى تأخر المشي حتى سن الرابعة والنصف، أما تضخمها وزيادة إفرازها فيؤدي إلى صعوبة التنفس.

الغدد الجنسية: Gland Conads

تتكون الغدد الجنسية عند المرأة من المبيضين، وعند الرجل من الخصيتين، وتفرز عدداً من الهرمونات، منها ما هو خارجي الذي يساعد على تكوين الخلايا التناسلية (الحيوانات المنوية عند الذكور، والبويضات عند الإناث)، وداخلي وهو إفراز الهرمونات الجنسية.

تفرز الخصيتان هرمون التستسترون (Testosterone)، كما تفرز أيضاً هرمون الأنوثة الأستروجين (Oestrogens) الذي ينشط إفراز الخصيتين لهرمون التستسترون وهو الجونادوتروفين الذي تفرزه الغدة النخامية، فعندما يقل إفراز

التستسترون يزداد نشاط الغدة النخامية فيفرز هرمون التستسترون، وعندما تزداد كميته يقل نشاط إفراز الغدة النخامية للجوناودوتروفين.

أما المبيضان فيفرزان نوعين من الهرمونات هي الأستروجين، والبروجسترون. ووظيفة الأستروجين لدى الأنثى ظهور الخصائص الجنسية الثانوية في مرحلة المراهقة والبلوغ مع النمو العام للجسم وتكوين الثديين، كما ينشط الدافع الجنسي. وإن النقص في إفراز هذين الهرمونين يؤدي إلى اضطراب في الدورة الشهرية وسرعة دقات القلب وارتفاع ضغط الدم وإلى اضطرابات نفسية.

غدة البنكرياس: Langerhans Gland

تقع غدة البنكرياس خلف المعدة، وهي غدة كبيرة تفرز هرمون الأنسولين الذي ينظم نسبة السكر في الدم الذي يمد الجسم بالطاقة، ويحول السكر الزائد إلى مادة نشوية تترسب في الكبد والعضلات وتعرف باسم الجلايكوجين مما يساعد على عودة نسبة السكر في الدم إلى وضعها الطبيعي.

إن نقص هرمون الأنسولين في الدم يؤدي إلى مرض السكر، والذي يكون على شكل زيادة نسبة السكر في الدم، كما يظهر السكر في البول، ويشعر الفرد بالجوع والعطش بشكل متكرر أكثر من الإنسان الطبيعي. أما زيادة الأنسولين في الدم فيؤدي إلى هبوط نسبة السكر في الدم مما يشعر الفرد بالتعب والإغماء، وهذا ما يوجب إعطاء المصاب قطعة من السكر أو حقنه بحقنة جلوكوز من أجل إعادة نسبة السكر في الدم إلى وضعها الطبيعي.

مراحل النمو في الطفولة:

أولاً- مرحلة المهد أو الرضاعة (من الميلاد حتى سنتين):

تبدأ مرحلة المهد من لحظة ميلاد الطفل وتستمر حتى نهاية السنة الثانية تقريباً. ولهذه المرحلة أهمية خاصة، إذ تتقرر في بداية هذه المرحلة قدرة الوليد على البقاء، وكفاءته في مواجهة مؤثرات البيئة الجديدة، مما يحدد مسار نموه فيما بعد. (Bee, 1981).

يمتلك الطفل استعدادات عصبية، وأجهزة جسمية تمكنه من التعايش مع البيئة الخارجية. فأجهزة التنفس، والهضم، والدوران مثلاً قد وصلت إلى درجة نضج تمكنه من البقاء. كما يزداد اعتماد الطفل على نفسه بازدياد قدرته على التعبير عن حاجاته ورغباته بالآخرين بصورة يمكنهم فهمها، كما تزداد فديته بازدياد نموه. وبالرغم من امتلاك الطفل لهذه الأجهزة، وقدرته على مواجهة الكثير من ظروف الحياة، فإنه يكون في هذه المرحلة أحوج ما يكون إلى الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية ليتمكن من النمو نمواً سليماً.

ثانياً- الطفولة المبكرة (من ثلاث سنوات وحتى ست سنوات): Early Childhood

تمتد هذه المرحلة من ثلاث إلى ست سنوات، وتسمى أحياناً مرحلة ما قبل المدرسة، إذ تستقبل الأطفال في دور الحضانة ورياض الأطفال. وتعد هذه المرحلة مهمة في حياة الطفل، حيث يقلّ فيها اعتماده على الكبار، ويزداد اعتماده على نفسه. إنها مرحلة التعبير العقلي عن الإحساس بالاستقلال الذاتي، وهو ما يسميه

أريكسون (Erickson) بسلوك المبادأة، حيث يحاول الطفل اكتشاف العالم الخارجي المحيط به.

كما يبدأ الطفل في هذه المرحلة الانتقال من بيئته المنزلية الضيقة إلى بيئة الحضانة ورياض الأطفال، ويبدأ في اكتساب أساليب توافقية صحيحة من خلال تفاعله مع البيئة الخارجية. كما يتم في هذه المرحلة استكشاف البيئة المحيطة به (الناس والأشياء المحيطة به)، فهو يريد أن يعرف ماهية هذه الأشياء، وكيف تشعر، وكيف يمكن أن يكون جزءاً منها، وهذا ما يجعله تدريجياً أكثر قدرة على التعامل بوضوح مع بيئته بالمقارنة مع المرحلة السابقة.

ثالثاً - الطفولتان الوسطى والمتأخرة: Middle And Late Childhood

تمتد مرحلة الطفولتين الوسطى والمتأخرة من نهاية سن السادسة وحتى سن الثانية عشر من العمر، وتسمى مرحلة المدرسة الابتدائية، حيث تبدأ ببداية دخول الطفل إلى المدرسة الابتدائية وتنتهي بنهايتها. وفي هذه المرحلة نجد أن معدلات النمو تتباطأ، إلا أننا نجد خلال العامين الأخيرين منها تغيرات جسمية ملحوظة وخاصة عند الإناث.

وفي هذه المرحلة يتم التركيز على إتقان المهارات الأساسية اللازمة للقراءة والكتابة والحساب، وهي مهمة تقع بالدرجة الأولى على عاتق المدرسة، كما تسهم الأسرة مع المدرسة في إكساب الطفل هذه المهارات. ويصرف الطفل في تعلم هذه المهارات جزءاً كبيراً من حياته اليومية، وكلما اكتسب قدراً أكبر من الكفاءة من القدرة

على القيام بمهارات معينة، كلما نما مفهومه عن ذاته بصورة أفضل وازدادت معها درجة استقلاليته.

فضلاً عن ذلك تنمو في هذه المرحلة اتجاهات الطفل نحو الجماعة والمؤسسات الاجتماعية، ويزداد وعيه بالجماعات. كما ينمو اتجاهه نحو العمل والإنجاز نتيجة نمو إمكانياته المختلفة التي تمكنه من القيام بالعمل والإنجاز، وهذا ما يترتب على الآباء والمدرسين مسؤوليات إضافية لتنمية هذه الاتجاهات.

جوانب النمو في الطفولة:

النمو الجسمي:

يتميز النمو الجسمي في سني المهد بالسرعة، إذ يستمر النمو خلال الأشهر الستة الأولى من الحياة بمعدل يشبه النمو في فترة ما قبل الولادة ثم يتباطأ تدريجياً. وتكون الزيادة في الوزن خلال العام الأول أكبر من الزيادة في الطول وفي العام الثاني يحدث العكس.

كما أن المهارات الحركية التي تظهر خلال سني المهد، تعد من العلامات الدالة على النمو والتطور عند الطفل. وبصفة عامة نجد أن الطفل يبدأ بالجلوس، ثم الحبو، والوقوف بمفرده، ثم المشي. وهذه الأنماط السلوكية الحركية إنما تحدث نتيجة التغيرات البيولوجية (نضج الجهاز العصبي، ونمو العضلات والعظام)، وتتحسن وتصبح أكثر اتقاناً ودقة نتيجة التعلم والتدريب.

وفي الطفولة المبكرة يكون النمو الجسمي أبطأ مما هو عليه في المرحلة السابقة

(سني المهد)، وتتضح مظاهر النمو الجسمي في شكل زيادة واضحة في الطول والوزن، وتكون الفروق الفردية واضحة بين أبناء العمر الواحد نتيجة الظروف البيئية التي يعيش فيها الطفل، والعوامل الوراثية التي يرثها من والديه وأجداده. أما الجهاز العصبي فينمو بسرعة خلال هذه المرحلة، حيث يصل وزن دماغ الطفل في نهاية هذه المرحلة إلى ٩٠% من وزن دماغ الراشد.

أما النمو الجسمي في الطفولتين الوسطى والمتأخرة فيتميز بالبطء والانتظام مقارنة بالمراحل السابقة، ومع ذلك نجد تبايناً واضحاً بين طفل السابعة وطفل الثانية عشرة. فالطفل في الصف الأول الابتدائي نجده طفلاً ساذجاً بسيطاً، ولكن نمو طفل الصف السادس الابتدائي الجسمي والعقلي يكون قد وصل إلى مرحلة متقدمة نسبياً.

ففي سن الثانية عشرة يبلغ طول الطفل الذكر حوالي ١٤٥ سم، أي حوالي ٨٦% من طوله النهائي، أما طول البنت فيصل في هذا العمر إلى حوالي ١٤٧ سم أي حوالي ٩٣% من طولها النهائي. وسبب زيادة الطول والوزن عند البنات بالمقارنة مع الذكور في نهاية هذه المرحلة يعود إلى البلوغ المبكر للفتاة بالمقارنة مع الفتى، وهذا التفوق للبنات على الذكور في الطول والوزن، يستمر حتى سن الرابعة عشرة تقريباً، وبعدها يعود الأولاد مرة ثانية ليتفوقوا على البنات في الطول والوزن، ويستمر الوضع بصورة نهائية.

النمو العقلي:

تعد الحواس النافذة التي يطل منها الطفل على عالمه الخارجي، ومن خلال تفاعل الطفل مع العالم الخارجي، وتزداد مدركاته. فالفرد جزء من الموقف المحيط به،

وحياته وإدراكه عبارة عن تفاعل مستمر بين تكوينه النفسي والحسي، وعوامل البيئة والثقافة التي يعيش فيها.

ولذلك كلما تنوعت الخبرات في محيط الطفل وازداد تفاعله معها، ازدادت خبرته وتنوعت، وتمكن من فهم العالم المحيط به بشكل أفضل. وقد أثبتت أبحاث (Bradly Gold Well, 1976) وجود ارتباط بين ظروف البيئة المنزلية ومستوى النمو العقلي - المعرفي عند الطفل، فالأطفال الذين يأتون من بيوت غنية بالخبرات المثيرة والملائمة للنمو المعرفي، يحصلون على درجات في الاختبارات العقلية تتزايد على مدى ثلاث سنوات الأولى من حياتهم، في حين أن الأطفال الذين يأتون من بيوت فقيرة في خبرات معينة بالذات، يحصلون على درجات في الاختبارات العقلية تتناقص تدريجياً في المدى نفسه (إسماعيل، ١٩٩٥).

ويرى إبشتين (Epstein, 1975)، أن الخبرات العقلية التي تقدمها البيئة تؤدي إلى تنشيط الشبكة العصبية بكل ما تحمله من طاقات موروثية وخاصة أثناء النمو السريع لهذه الشبكة، فإذا لم توفر البيئة هذه الخبرات التي تؤدي إلى تشغيل كل ما تحتوي عليه هذه الشبكة من استعدادات وطاقات، فقد تموت بعض هذه الاستعدادات (الفقي، ١٩٨٦).

يستمر النمو العقلي في الطفولة المبكرة بالتزايد، حيث نجد تغيرات واضحة فيه إذا ما قورن بالمرحلة السابقة. ويمر النمو العقلي في هذه المرحلة من وجهة نظر «بياجيه» بمرحلة ما قبل العمليات Pre-operational Stage وهي المرحلة التي تتلو المرحلة الحسية - الحركية. ففي هذه المرحلة لا يكون الطفل بعد قد اكتسب القدرة

على القيام بالعمليات المنطقية التي تتصف بها المراحل التالية في النمو العقلي. ففي مرحلة ما قبل العمليات تأخذ قدرة الطفل على استخدام الرموز والصور الذهنية في الازدياد بشكل ملحوظ، فتزداد قدرته اللغوية، ويصبح بإمكانه أن يتصور أساليب جديدة للعب الإبداعي، ويقضي معظم وقته في اللعب الإيهامي الذي يعتمد على الرموز والصور الذهنية، كما يتعامل بالصور الذهنية وبالرموز، ويتناول الأفعال والتصرفات الصريحة الظاهرة. فالطفل يعامل العصا وكأنها شمعة وينفخ فيها ليطفئها، أو يعامل مكعب الخشب وكأنه سيارة ويحركه يمينا ويسارا، ويصدر له ضجيجا كالذي يصدر عن السيارات.

كما يطلق بعضهم على هذه المرحلة (مرحلة السؤال)، إذ تكثر أسئلة الطفل بشكل واضح، حيث أن حوالي ١٠ - ١٥% من حديث الطفل في هذه المرحلة عبارة عن أسئلة (ماذا؟ ولماذا؟ متى؟ أين؟ من؟..). وتكون أسئلة الطفل عن الأشياء وأسبابها، وقد يكون مدفوعاً لهذه الأسئلة بالخوف، والقلق، أو حب الاستطلاع، أو لفت الانتباه إليه. وقد يضيق الآباء ذرعاً بهذه الأسئلة مما يجعلهم يجيبون إجابات خاطئة أو عشوائية، أو يتهربون كلياً من الإجابة عنها. ومن أسئلة الأطفال: من أين يأتي الأطفال؟ ما معنى الموت؟ لماذا ينتفخ بطن أمي؟ لماذا لا يلد أبي؟ لماذا لا يسقط القمر؟ ويلج الطفل في الحصول على الإجابة عن هذه الأسئلة، وتزداد أسئلته مع ازدياد نضجه العقلي. وأما تجاهل الوالدين لأسئلة أطفالهم فيؤدي إلى إثارة غضبهم، والإجابة غير المقبولة لدى الطفل تثير قلقه، مما يجعله يكثر من الأسئلة، مما يؤدي بدوره إلى ثورة الآباء وعقابهم للطفل للسائل.

ولكن القاعدة الصحيحة في الإجابة عن أسئلة الأطفال، هي أن تكون هذه الإجابات صحيحة، وبسيطة، ومناسبة لمستوى نموهم العقلي دون الدخول في التفاصيل. ولذلك فإن ازدياد الثروة اللغوية في هذه المرحلة، وتزايد نموه العقلي، يدفعانه باستمرار إلى محاولة فهم ما يجري حوله، وهو ينصت وقتاً كافياً لسماع الإجابات عن أسئلته، وقد لا يفهم مثل هذه الإجابات.

أما في مرحلة الطفولتين الوسطى والمتأخرة فيدخل الأطفال في ما يسميه «بياجيه» مرحلة العمليات العيانية أو المحسوسة (Concrete Operations)، ويقصد بها الأحداث العقلية ذات الدرجة العالية من التعقيد مثل الجمع، والطرح، والضرب، والقسمة. ففي هذه المرحلة يصبح الطفل قادراً على التفكير المنطقي في الأمور الحسية، أي في الأمور التي تقع ضمن خبرة الطفل المباشرة في حياته اليومية. والتفكير المنطقي لا يظهر إلا حين تتوافر للطفل ذخيرة من المفاهيم التي تنتظم فيما بينها في نسق متماسك (على شكل مبدأ)، وهذه الأنساق التي تشكل التفكير المنطقي تسمى العمليات Operations، وهي استجابة مركبة تم استيعابها (صادق وأبو حطب، ١٩٩٥).

النمو اللغوي:

تعتمد لغة الطفل في نموها على مدى نضج الأجهزة الصوتية، ومدى نضج الجهاز العصبي المركزي، ومدى مستوى التوافق العقلي والحركي والحسي الذي تقوم عليه المهارة اللغوية وخاصة في بدء تكوينها. وقد قسم علماء النفس، النمو اللغوي

عند الأطفال في سني المهد إلى مراحل مترابطة ومتدرجة لا ينفصل بعضها عن بعضها الآخر، وهذه المراحل هي:

أولاً: مرحلة البكاء: Crying Stage

ثانياً: مرحلة الأصوات الوجدانية: Emotional Sounds

ثالثاً: مرحلة المناغاة: Babbling Stage

رابعاً: مرحلة الكلام: Speech Stag (للمزيد عن هذه المراحل، انظر الزعبي (٢٠٠٧). النمو الإنساني، دمشق، دار الفكر).

كما لقي النمو اللغوي في سنوات ما قبل المدرسة اهتماماً كبيراً من قبل الباحثين، وخاصة ما يتعلق بمدى التعبير اللفظي عند الأطفال. فكلما ازداد العمر الزمني للطفل، كانت جملته أطول، وبعد ذلك مؤشراً لكفاءته اللفظية. فالجملية المكونة من كلمتين تعدّ تحسناً في فعالية اتصال الطفل عن كلماته المفردة. كما أن تقدم الطفل في استخدام الجمل ذات الكلمات الثلاثة أو الأربعة يعدّ تنوعاً أكبر في بنائه اللغوي، وتوجد فروق فردية في ذلك التنوع في البناء اللغوي، حيث نجد بعض الأطفال يستخدمون ذواتهم فقط كمصدر للأفعال مثل: «أريد حلوى»، في حين نجد آخرين يدركون أن الآخرين يمكن أن يكونوا مصدراً للأفعال، مثل «سيارة بابا». ويتجلى النمو اللغوي عند الأطفال بالنطق، والجمل الطويلة، والمفردات الأكثر والأغنى، والبناءات الأكثر تنوعاً.

وبالرغم من صعوبة تقدير عدد المفردات اللغوية لدى الأطفال، فإننا نجد أن أغلب

أطفال الثالثة والرابعة لديهم حصيلة لغوية مكونة من بضعة آلاف من الكلمات ذات الصيغة المجهولة والمعلومة.

ومن الجدير ذكره، هو أن إدراك الأطفال غير المتطور للتتابع الزمني ينعكس في لغتهم، حيث يشير بالرمو (Palermo, 1974) أن الأطفال الصغار عادة ما يخلطون بين كلمتي «أكثر وأقل»، ويعدانها مترادفتين. كما أنهم يبدوون في تفهم كلمة «قبل وبعد» أثناء سنوات ما قبل المدرسة بالرغم من أنهم يفهمون كلمة «قبل» أبكر نسبياً من كلمة «بعد» (الأشول، ١٩٨٩).

أما فيما يتعلق بنمو الاستجابات اللفظية عند أطفال هذه المرحلة، فإنهم يتمكنون من فهم لغة الأفراد المحيطين بهم قبل أن يتمكنوا من التعبير عن أفكارهم تعبيراً لغوياً صحيحاً. فالمحصول اللغوي عند الأطفال يتباين تبايناً كبيراً تبعاً لمدى تعبيرهم. فالطفل قد يفهم آلاف الألفاظ، ولكنه لا يستطيع أن يستخدم إلا عدداً محدوداً جداً منها.

النمو الانفعالي:

يولد الطفل وهو مزود بانفعال أساسي هو عبارة عن استثارة عامة Generalized Excitement، تتمايز عن طريق النضج والتعلم فتصبح على شكل سرور أو انزعاج، ثم تتمايز أكثر لتصبح أكثر تخصصاً وتحديداً تستثيرها أنواع مختلفة من المثيرات، وتظهر بالتدريج انفعالات الخوف، والغضب، والحزن، والسرور، والحب، والتباهي... الخ.

وفي البداية تكون انفعالات الطفل مرتبطة أكثر بحاجاته البيولوجية، كما يستجيب لانفعالاته استجابة صوتية عامة، فيصيح، أو يصرخ، أو ينطق بعبارات لغوية تدل على حالته الانفعالية (ألم، جوع، حزن، خوف..)، وتتسم انفعالات الأطفال في هذه المرحلة بأنها عنيفة وشديدة وخاصة في حالات الخوف والغضب، كما أنها قصيرة الأمد سرعان ما تنتهي ليحل محلها انفعال آخر عندما يثير انتباههم موضوع آخر، كما تتسم بتكرار حدوثها. فضلاً عن ذلك تتسم انفعالات الأطفال في هذه المرحلة بالقلب إلى النقيض، إذ سرعان ما يبكي الطفل بشدة، ثم بعد قليل نجده يضحك قبل أن تجف دموعه بتأثير عامل آخر.

وفي الطفولة المبكرة تكون انفعالات الأطفال أكثر تمايزاً، كما يزداد تمايز الاستجابات الانفعالية، فتحل الاستجابات الانفعالية اللفظية تدريجياً محل الاستجابات الانفعالية الجسمية. كما تتميز انفعالات الأطفال في هذه المرحلة بالحدة، والمبالغة حيث نجد الطفل شديد الغيرة، شديد الغضب، شديد العناد، ولكن هذه الحدة الانفعالية تأخذ تدريجياً بالاستقرار.

أما في الطفولتين الوسطى والمتأخرة فتمتاز انفعالات الأطفال بالهدوء والاستقرار والثبات، كما تزداد قدرة الطفل على ضبط النفس، وضبط المشاعر وكبتها. فالأطفال في هذه المرحلة يعدون الانفعالات العنيفة والحادة سلوكاً يميز الأطفال الصغار وهو غير مقبول اجتماعياً، مما يجعل لديهم دافعاً قوياً لتعلم التحكم في انفعالاتهم لكي يكتسبوا محبة الجميع ومدحهم، كما يكون الطفل أكثر حرصاً على ضبط انفعالاته عندما يكون في أماكن تثبيته على ذلك الضبط، أو تعاقبه على عدم ضبطه

لانفعالاته، مما يجعل سلوكه الانفعالي يختلف في البيت عنه في المدرسة، وكذلك عنه بين أقرانه خارج المدرسة. وعادة ما يعبر الطفل عن انفعالاته باستجابات سارة مثل الضحك، أو الجري، أو القفز، أو الارتواء على الأرض، مما يدل على أنه سعيد ومتوافق. كما تحدث عنده أيضاً حالات من التقلب المزاجي، وقد يعاني من القلق والإحباط في بعض الأحيان، وقد تلجأ البنت للبكاء، وقد تنفجر غضباً كما كانت تعبر عن انفعالاتها قبل المدرسة الابتدائية. أما الأولاد فيكونون أكثر ميلاً للتعبير عن غضبهم في صورة عبوس، وتغضين الجبين. (الطحان، ١٩٨٩).

النمو الاجتماعي:

من الخصائص الأساسية التي تميز الإنسان عن الحيوان أنه كائن اجتماعي، فالطفل الإنساني لا يستطيع أن يحقق بقاءه أو يشبع حاجاته البيولوجية إلا عن طريق شخص آخر، وقد تطول هذه الفترة التي يعتمد فيها الطفل على الآخرين قبل أن يحقق استقلاله، ومن خلال اعتماد الطفل على الآخرين قبل أن يحقق استقلاله تنشأ روابط اجتماعية بينه وبين من يشكلون أهمية في حياته (الأم، الأب، الأخوة، الأقارب..).

وفي علاقة الرضيع مع الآخرين يكون التأثير متبادلاً بينهما، فعندما تحقق الأم مثلاً للرضيع الراحة والهدوء، فإنه يبتسم لها، وهذا ما يؤدي إلى زيادة اهتمامها به. وهذا التفاعل الثنائي الاتجاه يأخذ شكلاً دائرياً.

كما تعدّ مرحلة ما قبل المدرسة أكثر المراحل حساسية من حيث تشكيل شخصية الطفل وتحديد سلوكه الاجتماعي. فالأسرة تلعب دوراً مهماً في تشكيل السلوك

الاجتماعي للطفل من خلال عملية التنشئة الاجتماعية، إذ عن طريق هذه العملية يكتسب الطفل السلوك، والعادات، والقيم، والأدوار الاجتماعية، وكيفية التعامل مع الآخرين، والتمييز بين الخطأ والصواب.

وفي الطفولتين الوسطى والمتأخرة تزداد قدرة الطفل على العمل الجماعي، ففي بداية هذه المرحلة يكون من الصعب على الطفل الاشتراك في المناقشة على مستوى الأخذ والعطاء، وكثيراً ما يبتعد في نقاشه عن الموضوع الأساسي، وبعد ذلك بسنوات يتمكن الطفل من تركيز المناقشة حول موضوع واحد، وأن يكون أكثر فاعلية في المناقشة الجماعية.

ومن خلال نمو قدرة الطفل على العمل الجماعي، يتعلم احترام القوانين والقواعد الاجتماعية ويعدها ضرورية. وفي النصف الثاني من المرحلة الابتدائية يبدأ الطفل في استبدال معايير الوالدين والمدرسين بمعايير الأقران أو الشلة. ويرى هافجهرست (Havighurst, 1953) أن هذا الاستبدال يساعد الطفل على اكتساب نموذج ملائم للانتقال من مرحلة الاعتماد على الأبوين إلى الاستقلال عنهم. وهذا يعني أن دخول الطفل إلى المدرسة الابتدائية يجعله أقل اعتمادية على الوالدين وأكثر تركيزاً على الأقران الذين يقضي معهم عادة ساعات طويلة في المدرسة وخارجها، مما يجعل تأثيرهم عليه يتزايد بشكل كبير. فجماعات الرفاق يستخدمون من قبل تلميذ المدرسة كمرآة يرى فيها نفسه.



الفصل الثاني: المراهقة

- معنى المراهقة
- تعريف المراهقة
- أهمية دراسة المراهقة
- الاتجاهات الرئيسة في تفسير المراهقة
- مراحل النمو في المراهقة
- جوانب النمو في المراهقة



الفصل الثاني

المراهقة Adolescence

معنى المراهقة:

اشتق مصطلح المراهقة في اللغة الإنجليزية **Adolescence** من فعل **Adolescens** في اللغة اللاتينية، وتعني الاقتراب التدريجي من النضج الجسمي والجنسي والعقلي والانفعالي. ولهذا يختلف معنى المراهقة عن البلوغ **Puberty** الذي يعني نضج الغدد الجنسية التي تمكن الفرد من التكاثر والمحافظة على النوع. أما (هاريمان) فيرى البلوغ بأنه مرحلة من مراحل النمو الفسيولوجي . العضوي التي تسبق المراهقة، وتحدد نشأتها، بحيث يتحول الفرد خلالها من كائن لا جنسي إلى كائن جنسي.

أما معنى المراهقة في اللغة العربية فتعني الاقتراب من الحلم، في حين أن المراهقة من الناحية البيولوجية تعني تلك الفترة من حياة الفرد التي تبدأ بالبلوغ وتستمر حتى سن النضج، فهي مرحلة تمتد من نهاية مرحلة الطفولة وتستمر حتى بداية سن الرشد.

ولهذا فإن المراهقة فترة من حياة الإنسان تبدأ أول إشاراتها بالظهور عند غالبية المراهقين فيما بين سن الحادية عشرة وسن الثالثة عشرة من العمر، وتتسارع العملية حتى تبلغ ذروتها في سن الخامسة عشرة أو السادسة عشرة تقريباً، ثم تخف بعض الشيء، وفي السنة الثامنة عشرة تكون مراحل النمو التي تكون المراهقة قد تكاملت

إلى حد بعيد أو قريب، ولكن ليس معنى هذا أن كل فرد يسير وفق هذا النمط الزمني، ولكنه نمط صحيح إذا تكلمنا عليه بصورة عامة.

تعريف المراهقة:

عُرِّفت المراهقة تعريفات متعددة، حاول كل منها التركيز على جانب من جوانب النمو فيها، فقد عرفها هوروكس (Harrocks,1962) «بأنها الفترة التي يكسر فيها المراهق شرنقة الطفولة ليخرج إلى العالم الخارجي، ويبدأ في التفاعل معه والاندماج فيه».

أما المفدى (١٩٩٢: ٣٢) فقد عرف المراهقة بأنها (المرحلة التي تبدأ بالبلوغ وتنتهي بتحقيق النضج الجسمي والانفعالي والاجتماعي). ولهذا ومن خلال عرض عدد من التعريفات يعرف الزعبي (٢٠٠٧: ٢٢٤) المراهقة (بأنها عبارة عن الفترة الزمنية من حياة الإنسان التي تمتد ما بين نهاية الطفولة المتأخرة وبداية سن الرشد، تتميز بوجود مجموعة من التغيرات الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية).

أهمية دراسة المراهقة:

تُعَدُّ المراهقة قنطرة عبور بين الطفولة والرشد، كما أنها مفترق طرق يتحدد خلالها الطريق الذي سيتبعه المراهق في المستقبل والذي قد يجتازه بأمان، أو قد تعترضه بعض المشاكل. بالإضافة إلى ذلك فإن مرحلة المراهقة هي المرحلة التي يبدأ فيها الفرد بالتفكير في عمل معين أو تبني فكر سياسي أو ديني معين بشكل واضح. وهذا

ما يجعل المراهق في هذه المرحلة بالذات أحوج ما يكون إلى التوجيه الصحيح، والسير به نحو المستقبل الذي يحقق له السعادة ويعود إلى المجتمع بالخير الوفير. فمرحلة المراهقة هي مرحلة حساسة من الناحية الاجتماعية، حيث تشوب العلاقات التفاعلية بين المراهق ووالديه أو مع الكبار بعض الصعوبات، بالإضافة إلى تحمل المراهق في هذه المرحلة العديد من المسؤوليات الاجتماعية كعضو في المجتمع، كما يبدأ المراهق بالتفكير في الزواج وتكوين الأسرة وما يمكن أن ينجم عن ذلك من ولادة أطفال ومسؤوليات تجاه الأسرة. كل ذلك يجعل لدراسة المراهقة أهمية كبيرة ليس للمراهقين فحسب، وإنما أيضاً لذويهم (والدين . مدرسين . ولكل من يتعامل معهم).

الاتجاهات الرئيسية في تفسير المراهقة:

ظهرت اتجاهات عديدة في تفسير المشكلات التي يعاني منها المراهقون في مرحلة المراهقة نستعرض أهمها كما يلي:

أولاً - الاتجاه البيولوجي:

ويتزعم هذا الاتجاه ستانلي هول «S. Hall»، حيث يعد من أوائل من تصدر لمعالجة ظاهرة المراهقة، وقد سمي مرحلة المراهقة بأنها مرحلة ميلاد جديد، فقد وصف «هول» المراهقة بأنها مرحلة عواصف وتوتر (Storm & Stress) لأنها تتوافق بتوترات وصعوبات في التوافق في المواقف الجديدة التي يمر بها المراهق. أما آنا فرويد (ابنة سيجموند فرويد)، فتري أن المراهقة فترة من الاضطرابات في

الاتزان النفسي تظهر نتيجة النضج الجنسي، وترى أن الأنا الأعلى في هذه الفترة قد يتعرض للضعف بصورة غير مستمرة، مما يجعلها غير قادرة في بعض الأوقات على مقاومة هجمات «الهو» الضارة، مما يوقع الفرد في صورة إشباع جنسي غير صحيحة، وانخراطه في أشكال من السلوك العدواني (الزعيبي، ١٩٩٦).

ثانياً - الاتجاه الأنثروبولوجي:

يركز هذا الاتجاه على المحددات الاجتماعية والثقافية في تفسير المراهقة. فسلوك المراهق يختلف من مجتمع إلى مجتمع آخر وذلك وفقاً للثقافة السائدة في تلك المجتمعات. ففي عام ١٩٢٠ حاول كل من «مارجريت ميد»، و«روث بندكت»، وآخرين (M.Mead & R. Benedict, et.al)، إبراز أثر الأساليب الثقافية في فترة المراهقة، وعبروا عن ذلك بقولهم: إن المراهقة ليست فترة أزمة في كل المجتمعات. فقد ذكرت ميد (١٩٥٤) عندما قارنت سلوك المراهقة في جزر سمو (Samwa) التي تقع في جنوب المحيط الهادي، مع سلوك المراهقة في الولايات المتحدة الأمريكية، أن المراهقة في جزر سمو لا تعد أزمة عند الفتاة، في حين تعد أزمة عند الفتاة الأمريكية، وعللت «ميد» ذلك بناء على ما يسود المجتمع في جزر (سموا) من بساطة، وما يسود المجتمع الأمريكي من تعقيد في الحياة الاجتماعية، وكثرة مطالب حياة الإنسان الراشد.

ثالثاً - اتجاه أصحاب النظرية الاجتماعية:

ويفسر أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي سلوك المراهقين على أساس الثقافة السائدة، والتوقعات الاجتماعية، ويفترضون أن سلوك المراهقين هو نتيجة تربية

الطفل الذي تعلم أدواراً معينة، وبالتالي فإن عملية التنشئة الاجتماعية هي المسؤولة عن سلوك الفرد في سوائه وانحرافه.

رابعاً - الاتجاه التفاعلي:

يركز هذا الاتجاه على التفاعل بين المحددات البيولوجية والاجتماعية والثقافية للسلوك. فما يتعرض له المراهق من مشكلات وصعوبات إنما تعود لأسباب بيولوجية واجتماعية ونفسية في آن معاً. ويعد سولنبرغر (Sollenberger)، وكيرت ليفين (K. Levin) من زعماء هذا الاتجاه، حيث يرى سولنبرغر أن العوامل البيولوجية وحدها لا تفسر ما يعترى المراهقة من مظاهر سلوكية خاصة، ولكنها تسهم في إيجاد أنماط من السلوك تتميز بها مرحلة المراهقة، فالنضج الجسمي، والنشاط الفيزيولوجي الداخلي، يعكسان آثاراً على مشاعر الفرد، حيث يواجه المراهق مطالب لم يسبق له أن واجهها، ولا يعرف كيفية إشباعها.

كما أن ثقافة المجتمع لها دور في تحديد مدى قدرة المراهق على إشباع هذه الحاجات والمطالب الجديدة. ولذلك كلما كان المجتمع يتسم بالبساطة والوضوح في تحديد الأدوار التي ينبغي أن يقوم بها الراشد، كانت المراهقة تتسم بالهدوء والطمأنينة، ويجتازها المراهق ببسر (زيدان، ١٩٩٤).

فضلاً عن ذلك يرى (ليفين) أن المراهق يتسع مجاله الزمني، فهو يفكر أكثر في المستقبل، ويبدأ بالتمييز بين الحلم والحقيقة، ويشعر بالحاجة إلى وضع خطة زمنية تتسجم مع الأهداف المثالية التي يريد تحقيقها مع مطالب النمو التي يسعى للوصول إليها. ولذلك فإنه في سعيه إلى تحقيق ذلك يواجه صعوبات كثيرة، لأنه لم يصل بعد

إلى النضج الانفعالي والعقلي والاجتماعي الذي يساعده على حلها، مما يجعله يعاني من التوتر والصراع (الطحان، ١٩٨٩).

مراحل النمو في المراهقة:

لا يمكن فصل حياة الإنسان بعضها عن بعضها الآخر، فهي وحدة متكاملة، فكل مرحلة من مراحلها ترتبط بسابقتها ولاحقتها، وهذا ما أكدته الدراسات السابقة واللاحقة في مجال المراهقة، حيث عُدَّت المراهقة مرحلة نمو شامل ومتكامل للفرد تتداخل فيها المراحل مع بعضها بعضاً مما يصعب التمييز بين بداية مرحلة ونهاية مرحلة أخرى. وأهم التقسيمات لمرحلة المراهقة ذلك الذي يقسمها إلى قسمين:

أ - المراهقة المبكرة: Early adolescence

وتمتد من سن الثانية عشرة إلى سن الخامسة عشرة أو السادسة عشرة، حيث يصاحبها نمو سريع إلى ما بعد سن البلوغ بسنة تقريباً، ويتميز سلوك المراهق في هذه المرحلة بالسعي نحو الاستقلال، والرغبة في التخلص من القيود والسيطرة ويستيقظ عنده الإحساس بذاته وكيانه.

ب - المراهقة المتأخرة: Late adolescence

وتمتد من سن السابعة عشرة إلى سن الحادية والعشرين، ويتميز سلوك المراهق في هذه المرحلة بالتوافق مع المجتمع الذي يعيش فيه، والابتعاد عن العزلة، والانخراط في نشاطات اجتماعية، وتقل عنده النزعات الفردية، كما تتحدد اتجاهاته السياسية والاجتماعية، وتتضح ميوله المهنية.

جوانب النمو في مرحلة المراهقة:

أولاً: النمو الجسمي والفسولوجي:

تظهر في بداية فترة المراهقة تغيرات نمائية سريعة في حجم الجسم، بالإضافة إلى التغيرات في نسب الجسم، وتغيرات في إفرازات الغدد التناسلية. وقد بينت الدراسات أن التغيرات الجسمية في فترة المراهقة تعود إلى حركة الهرمونات (وهي مواد كيميائية تفرزها الغدد) إذ أن بعض الهرمونات تفرز لأول مرة في فترة المراهقة، في حين نجد هرمونات أخرى يتزايد إفرازها في هذه المرحلة. ولهذا تعد التغيرات الجسمية مؤشراً إلى أن الطفل بدأ ينتقل إلى مرحلة جديدة من حياته مفارقاً عالم الطفولة إلى الرجولة أو الأنوثة. فالنمو الجسمي يظهر من خلال نمو الأبعاد الخارجية للمراهق كالطول والوزن والعرض والتغيرات في ملامح الوجه وغير ذلك من مظاهر خارجية تصاحب عملية النمو. أما النمو الفسيولوجي فهو ذلك الذي يطرأ على الأجهزة الداخلية وخاصة نمو الغدد الجنسية. ولهذا ونتيجة للتغيرات الجسمية والفسيولوجية، يواجه المراهق مطالب جديدة، ويستجيب للنتائج والآثار التي تتركها تلك التغيرات. والملاحظ أن هناك فروقاً فردية في استجابة المراهقين لهذه التغيرات، فبعضهم يتقبلها ويتكيف معها بسهولة، في حين أن بعضهم الآخر توقعه في الإرباك والحيرة والقلق مما يعرضه للكثير من مشكلات سوء التوافق.

ثانياً - النمو العقلي:

تقترن التغيرات في النمو الجسمي والفسيولوجي في مرحلة المراهقة بالتغيرات في

النمو العقلي، فالقدرات العقلية لا تستمر طوال الحياة ولكنها تصل إلى ذروتها كما يرى تيرمان (Terman 1916) في سن السادسة عشرة تقريباً ثم تأخذ في الانخفاض التدريجي. ولكن هناك دراسات أخرى مخالفة لدراسة تيرمان، فقد بين كل من بالتز وآخرين (Baltes & Others 1973) وكذلك شي (Schie, 1974) أن الذكاء لا ينخفض مع التقدم في العمر الزمني ولكنه قد يتحسن أيضاً ويستمر في الازدياد خلال سن النضج.

ويرى مسن وآخرون (١٩٨٦) أن السنوات التي تقع بين البلوغ الجنسي والرشد لها أهميتها الشديدة بالنسبة للنمو العقلي المعرفي عند المراهق، حيث تصل قدرته على اكتساب المعرفة واستخدامها إلى ذروتها، ولو أنه لم يحدث تقدم ملحوظ في القدرة العقلية خلال سنوات التكوين هذه، ومن المستبعد أن يتم ذلك في زمن لاحق. ولكن هذا لا يعني أبداً أن كثيراً من الناس لا يواصلون تنمية قدراتهم العقلية في مرحلة الرشد، فالأفراد الذين يتمتعون بصحة جيدة، ويعيشون حياة عقلية ميسرة نشطة، غالباً ما يختلفون ويشذون عن القاعدة.

ثالثاً - النمو الانفعالي:

يشكل النمو الانفعالي عند المراهق جانباً أساسياً من جوانب النمو التي تطرأ على الشخصية، وهذا النمو له علاقة وثيقة بطبيعة التغيرات الفسيولوجية الداخلية التي تتم في هذه المرحلة من العمر وما يصاحبها من تغيرات في المشاعر والإحساس، كما أن له علاقة بالبيئة الخارجية الاجتماعية، وخاصة التي تحيط بالمراهق، وتكون بمثابة مثيرات أساسية لانفعالاته.

ولهذا يهتم المراهقون بهذا الجانب من النمو ويعيرونه أهمية خاصة في حياتهم، فشعور المراهق نحو نفسه وشعوره نحو الآخرين يشكلان أبرز ملامح حياته الانفعالية، فحياة المراهق مليئة بالانفعالات التي توصف بأنها عنيفة وحادة، فكثيراً ما تتنابه ثورات من القلق والضيق والحزن، كما نجده أحياناً ثائراً ناقداً لكل ما يحيط به دون أن يستطيع التحكم في نفسه وانفعالاته. بالإضافة إلى ذلك نجد أن المراهق كثيراً ما يعيش حاله من التناقض الوجداني حيث يتذبذب بين الحب والكره والشجاعة والخوف والسرور والحزن والتدين والإلحاد.

كما نلاحظ أيضاً عند المراهق السعي نحو الاستقلال الانفعالي عن الوالدين وغيرهم من الكبار وذلك من أجل تكوين شخصية مستقلة قادرة على العيش ضمن حياة انفعالية لا يسيطر عليها الآخرون ولا يتحكمون بها، وهذا ما يوقعه في كثير من الأحيان في الإحباط الشديد نتيجة عدم تمكنه بعد من هذا الاستقلال التام عن الآخرين، ولهذا يكون رد فعله قوياً وانفعالاته شديدة وغير متناسبة مع شدة الإحباط الذي تعرض له. بالإضافة إلى ذلك يلاحظ عند المراهق الخجل والميل إلى الانطواء والعزلة والتمركز حول الذات نتيجة للتغيرات الجسمية والجنسية السريعة التي تحصل عنده وتثير عنده الشك والحيرة.

ولكن الحياة الانفعالية عند المراهق ليست دائماً مليئة بالجوانب السلبية، فالانفعالات عند المراهق ذات أهمية خاصة لأنها تدفعه نحو مزيد من مصادر استمتاعه بالحياة. ولهذا نجد المراهق يبحث دائماً عن خبرات انفعالية جديدة وذلك من خلال قراءاته للقصص والمسرحيات ومشاهدته للأفلام السينمائية السارة حيناً

والمحزنة حيناً آخر.

رابعاً - النمو الاجتماعي:

يعد الميل إلى الاجتماع عند الفرد أحد الميول القوية التي وجدت مع الإنسان، والتي تستمر في نموها وتطورها مع التقدم في العمر. فالسلوك الاجتماعي عند الفرد عملية مستمرة ومتطورة، ويعتمد مدى نجاح المراهق في التوافق مع المواقف الاجتماعية الجديدة إلى حد كبير على خبراته الاجتماعية الأولى وما كونه من اتجاهات نتيجة هذه الخبرات، ولهذا فإنه كلما كانت البيئة الاجتماعية للمراهقين أكثر غنى وكانت مناسبة، أدى ذلك إلى تكوين علاقات اجتماعية سوية. أما البيئة الاجتماعية غير المناسبة فإنها تؤدي إلى شعور المراهق بالعزلة، وتسبب له الشعور بالضيق، والألم النفسي، والقلق، والخوف وغير ذلك من الانفعالات، وما يكون لذلك من أثر على نشاطه العقلي، حيث تضعف قدراته الفكرية وتعوق تفتحها وازدهارها. ولهذا تزداد أهمية العلاقات الاجتماعية عند المراهق في هذه المرحلة وذلك لأنها تؤثر بشكل متزايد في حياته وسلوكه بشكل عام. وقد أكدت الدراسات أن عملية التنشئة الاجتماعية، والتي يكون لها أثر كبير في مرحلة الطفولة، يستمر أثرها في مرحلة المراهقة، حيث يتم تشرب القيم والمعايير الاجتماعية عن طريق الأشخاص والمؤسسات الاجتماعية التي يتعامل معها المراهق كأعضاء الأسرة، والمدرسة والثقافة العامة التي يعيش فيها.

كما تظهر عند المراهقين أيضاً المحاكاة لسلوك الآخرين من الرفاق والكبار، وهذا دليل على عدم الشعور بالأمن في المواقف الاجتماعية الجديدة، ولكنها تعطي مكانها

تدريباً لتأكيد الذات في مرحلة المراهقة المتأخرة.

كما يسعى المراهق إلى بلوغ الاستقلال العاطفي والاقتصادي عن الأسرة، ويزداد اهتمامه بالتعرف على المهن التي يمكنه الالتحاق بها والتي تتفق مع قدراته وإمكانياته. بالإضافة إلى ذلك تزداد قدرة المراهق على التمييز بين حاجاته وخططه وآماله الذاتية، وبين حاجات الجماعة التي ينتمي إليها وخططها وآمالها نظراً لزيادة معرفته لذاته وإدراكه بأنه مجرد فرد في شبكة العلاقات الاجتماعية المتبادلة (عريفج، ١٩٨٧).

ويرى قشقوش (١٩٨٠) أن المراهق في هذه المرحلة يميل إلى التفكير في إمكانية تحسين ظروف المجتمع الذي يعيش فيه، وتكون لديه القدرة على التمييز بين ما هو كائن بالفعل وما ينبغي أن يكون. بالإضافة إلى ذلك يزداد اتصال المراهق بعالم القيم والمعايير والمثل العليا نتيجة تفاعله مع البيئة الاجتماعية.

خامساً - النمو الخلقى:

إن كثيراً من أوجه النمو الخلقى للفرد تحدث في أثناء فترة المراهقة والشباب، إذ إن الفرد في هذه المرحلة من النمو يبلغ أقصى درجة من الانشغال بالقيم الخلقية والتفكير في المعايير والمثل العليا، كما أن القدرات المعرفية تزداد في هذه المرحلة ازدياداً يؤدي إلى وعي أكبر في التعامل معها. كما يتزايد اهتمام المراهق بمعرفة ما هو صواب وما هو خطأ، ويكون حريصاً على المعرفة الأخلاقية والنشاطات الأخلاقية، ولذلك يعيد المراهق النظر باستمرار في قيمه الخلقية ومعتقداته وبخاصة إذا كان المجتمع من النوع الذي يزخر بالضغوط المتضاربة والقيم المتعارضة. ولهذا

يرى (أريكسون) أن من المستحيل على الفرد إذا لم تكن لديه فكرة عما ينبغي الإيمان به واعتناقه أن يكتسب شعوراً ثابتاً بالذات أو الهوية (مسن وآخرون، ١٩٨٦). ويُجمع معظم علماء النفس على أن الخلق مركب اجتماعي مكتسب يقوم في جوهره على فضائل وسجايا تقرها الجماعة وترضاها لنفسها. فهو بذلك إحدى الدعائم الرئيسة للشخصية الإنسانية (البهي لسيد، ١٩٩٧، ٣٢٦).

ويرى مسن وآخرون (١٩٨٦) أن سلوك المراهقين لا يوافق دائماً ما لديهم من معتقدات وقيم خلقية، فبعضهم يكونون أميل إلى التشدد في الالتزام بمعتقداته الخلقية، في حين أن بعضهم الآخر قد يستسلم بسرعة للإغراء أو إلى ضغط الجماعة، في حين أن آخرين لا يوجه سلوكهم إلا الخوف من العقاب الخارجي، ولا يتوجه سلوكهم بالمعايير الداخلية الذاتية. فتحول المعايير الخلقية إلى ضوابط داخلية توجه السلوك، يتوقف على طبيعة العلاقة بين الطفل والوالدين. فإذا كان الوالدان يتصفان بالدفء والحب، ويقدمان للطفل نماذج طيبة للسلوك الخلقي ويناقشانه بلطف، ويفسران له القواعد والمعايير التي يجب عليه اتباعها بدلاً من فرضها بالقوة عندها نجد الطفل يصل إلى درجة من النمو الخلقي يستطيع من خلالها استدخال المعايير الخلقية للوالدين، وأن يسلك بحسب المعايير السائدة في مجتمعه.

سادساً - نمو الشعور الديني:

يحتل الدين أهمية كبيرة في حياة المراهق، إذ يشكل أحد أبعاد الشخصية ويتناول نواحي الحياة الشخصية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية، كما يعتبر قوة دافعة للسلوك، وله أثره الواضح على النمو النفسي للمراهق. فالعقيدة الدينية عندما تتأصل

في النفس الإنسانية تدفعها إلى سلوك إيجابي تجعل الفرد يعيش في حالة من الاستقرار والأمن. فالإيمان يؤدي إلى الأمان، إذ يؤثر على حياة الإنسان عبر مراحل تطورها من الطفولة إلى المراهقة فالرشد ثم الشيخوخة.

ففي دراسة قام بها شاب (Schab,1968) لبيان الاتجاهات السائدة لدى المراهقين البيض والسود نحو الأسرة والمدرسة والدين والأخلاق على عينة قوامها (١٠٠) تلميذ من تلاميذ ولاية جورجيا الأمريكية، تبين أن ٨٥% من أفراد العينة يعتقدون أن الدين يمثل أمراً مهماً في حياتهم.







الفصل الثالث

المشكلات النفسية عند الأطفال والمراهقين

أولاً - الخوف Fear

مقدمة:

تحتل دراسة المخاوف عند الأطفال والمراهقين أهمية خاصة لدى علماء النفس، حيث يمثل سلوك الطفل والمراهق الأساس المهم لسلوك الراشد. ولهذا يعتقد الكثير من علماء النفس أن المخاوف وما يتصل بها من حالات القلق والاضطراب النفسي تشكل جزءاً كبيراً من الدوافع البشرية التي تزداد في مرحلة الطفولة، وتؤثر في علاقات الفرد بالآخرين. ويذكر عبد الخالق (١٩٨١: ١٣٢) أن تعطيل السعادة في حياة أي فرد إنما يرجع إلى ثلوث الخوف أو القلق والكراهية والشعور بالذنب.

والخوف انفعال يتضمن حالة من التوتر تدفع الشخص الخائف إلى الهرب من الموقف الذي أدى إلى استثارة خوفه حتى يزول التوتر. وتتميز مخاوف الأطفال بعدم الثبات، وبالتغير مع التقدم في العمر، وقد تزول عند الطفل بعض المخاوف لتحل محلها مخاوف أخرى (الزعبي، ٢٠٠٧).

وتتباين وجهات نظر علماء النفس حول المخاوف وما إذا كانت فطرية أو مكتسبة. فقد ذكر الدسوقي (١٩٧٩: ١٧) مثلاً أن الخوف يمكن إرجاعه إلى أسباب وراثية تجعل من الخوف برنامجاً متوارثاً لدى الإنسان كي يعينه على مواجهة الواقع واستمرار البقاء. إن أصحاب هذه النظرية يرون أن ثمة مخاوف فطرية تولد مع

الفرد، وتشيع بين البشر أجمعين مهما اختلفت أعمارهم وتباينت حضاراتهم، إذ أنها ثابتة وغير قابلة للتغيير (حافظ، ١٩٩١: ٤١٥).

وتعدّ هورلوك (Hurlock, 1981) أن المخاوف في مرحلة الطفولة مكتسبة على الرغم من تمايزها، واختلافها من مرحلة لأخرى. كما يعتقد أصحاب المدرسة السلوكية أن المخاوف المرضية تنشأ نتيجة لخبرة مباشرة أو غير مباشرة، حيث يحدث إشراف بين موقف معين وخبرة الخوف. وهذا يعني أن المخاوف عند الأطفال متعلمة. فالطفل يتعلم الخوف عن طريق الربط بين شعوره بالخوف الشديد في بعض المواقف، وبعض الأشياء أو الحيوانات أو الموضوعات، ثم كيف تم هذا الربط.

كما وجد ساندرز (Saunders, 1973: 144-147) أن شدة ما يبديه الطفل من مخاوف ترتبط بنوعية العلاقة المتبادلة بين الطفل والأسرة من جهة وبالمواقف التي يشعر فيها بالتهديد وعدم الأمن والفشل من جهة أخرى.

ولهذا فإن زيادة المخاوف لدى الأطفال تؤدي إلى إعاقة حريتهم وتلقائيتهم وتحد من قدرتهم على مواجهة متطلبات الحياة. وفي هذا السياق يذكر (Saunders, 1973) أن كل ما من شأنه أن يقلل من ثقة الطفل بنفسه، أو يزعج به في مواقف يشعر فيها بعدم الأمن والتهديد، أو ما يهدده بالفشل، أو ما من شأنه أن يحط من تقديره لذاته، تزيد من احتمال أن يصبح أكثر عرضة للخوف ومعاناة له (سلامة، ١٩٨٧: ٥٤).

ولهذا تمثل البيئة التي يعيش فيها الطفل بكل ما تتضمنه من موضوعات ومتغيرات باعثاً قوياً قد يؤدي إلى ظهور مثيرات جديدة للخوف.

ويشير البعض إلى وجود علاقة بين المخاوف والعمر الزمني للطفل، فالمخاوف التي يكتسبها الطفل في طفولته تظل كامنة لسنوات عديدة، ثم لا تلبث أن تكشف عن محتوياتها خلال مرحلة الطفولة المتأخرة، وقبل البلوغ حيث يشعر الطفل بعدم الكفاية في موقف ما، أو خلال فترات الشدة التي يمر بها، أو حين تنعدم ثقته في علاقاته بالآخرين بوجه عام، أو في علاقاته وثقته بحب والديه له بوجه خاص. ولكن عندما يجد الطفل من يثق به في مواقف الخوف والتوتر (الوالدين مثلاً) فإن ذلك يؤدي إلى الإقلال من درجة الخوف عند الطفل في هذه المواقف. بالإضافة إلى ذلك فإن درجة المخاوف عند الطفل تزداد وتتعدد إذا كان الطفل وحيداً دون سند.

أنواع للمخاوف:

سوف نتحدث عن ثلاثة أنواع للمخاوف التي تظهر عند الأطفال وهي:

أ - الخوف الطبيعي:

وهو شعور أو إحساس الطفل بالخوف، ويكون طبيعياً ويظهر كرد فعل لمؤثر «مثير» خارجي يتخذ الطفل إزاءه أسلوباً وقائياً أو دفاعياً. فمخاوف الأطفال هي مخاوف محسوسة والمقصود هنا المخاوف الحقيقية، وأسبابها حقيقية وواقعية يعبر عنها الطفل بسهولة ووضوح. فهي حالة انفعالية تثيرها المواقف الخطرة أو المنذرة بالخطر والتي يصعب على الطفل مواجهتها. ومن أمثلة مخاوف الأطفال الحقيقية الطبيعية: الخوف من الظلام، والأصوات المرتفعة، والمرض، والوحوش والحيوانات والمرتفعات والغرباء، والمواقف غير المألوفة والرعد والأشباح... والمخاوف عند الأطفال تظهر بشكل أكبر فيما بين سنتين وست سنوات من الحيوانات والعواصف

والظلام والغرباء، وإنّ حوالي ٥٠% من الأطفال تظهر لديهم مخاوف مشتركة من الكلاب والظلام والرعد والأشباح.

كما بينت الدراسات أنّ مخاوف الأطفال تبلغ ذروتها في عمر سنتين وأربع سنوات، وتقل هذه المخاوف في عمر خمس سنوات، ثمّ تختفي في عمر تسع سنوات. وبناء على هذا فإنّ حوالي ٩٠% من الأطفال دون سن السادسة من العمر يظهر لديهم خوف محدد يزول بشكلٍ طبيعي.

فالمخوف الطبيعي عند الأطفال يساعد في الحفاظ على البقاء، حيث يعدّ مصدر تنبيه إلى مصدر الخطر ويُعدّ الجسم لحماية النفس والدفاع ضد الخطر. فهو ظاهرة طبيعية تؤدي وظيفة بيولوجية في حياة الإنسان.

فالأحلام في أغلب الأحيان تعكس مخاوف عند الطفل. وإذا استمعنا إلى أحلام الأطفال فيمكن الكشف مبكراً عما يعانيه الطفل وما يخيفه، ونعمل كراشدين لتخليص الطفل من هذه المخاوف. فالمخوف عند الطفل يكون طبيعياً إذا كان من أشياء ضارة تدفعه إلى الحذر والحيلة من هذه الأشياء تجنباً لضررها.

ب - المخاوف المرضية:

ولكن هناك بعض المخاوف عند الأطفال لا يكون لها سبب حقيقي معروف، وتكون شديدة، وتستمر لفترةٍ طويلة من أشياء أو مواقف أو أشخاص.. وهذه المخاوف ليس لها ما يبررها في الواقع، وتسبب لصاحبها القلق والشعور بالعجز وظهور بعض الأعراض النفسجسمية عليه مثل: القيء، والإسهال، والاضطراب في التنفس، وسرعة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، والتبول اللاإرادي، وتقلصات في

الأحشاء الداخلية، وغير ذلك من الأساليب التوافقية غير السوية.. ومن هذه المخاوف: الخوف من الظلام والأماكن المغلقة أو المرتفعة، ومن الحيوانات والحشرات. ولهذا فلا بد أن تُعطى مثل هذه المخاوف المرضية اهتماماً شديداً من قبل الوالدين، والعمل على معالجتها حتى لا تتطور وتسبب اضطراباً نفسياً شديداً عند الطفل وتستمر معه إلى سن الرشد.

كما يرى زهران (١٩٧٤) أنّ المخاوف المرضية تمثل حوالي ٢٠% من مرضى العصاب. في حين بيّنت إحدى الدراسات أنّ الخوف من الكائنات الخرافية (الأشباح) وغير ذلك من كائنات يكون موجوداً لدى ٢٠% من الأطفال من سن خمس سنوات إلى إحدى عشرة سنة.

والجدير ذكره أنّ الفرق بين الخوف والخوف المرضي، هو فرق في درجة الخوف.. فالخوف المرضي يظهر على شكل خوف مبالغ فيه في مواقف كثيرة من أشياء لا تسبب الخوف لمعظم الأفراد في مثل سن الفرد الخائف، أو يظهر خوفاً مبالغاً فيه من أشياء لا يخاف منها غيره. والمخاوف المرضية تكون عادة مرتبطة بمكان معين أو إنسان أو أشياء وتستمر لسنوات عديدة عند الشخص. أمّا المخاوف العادية فهي انفعالات تثيرها المواقف الخطرة أو المنذرة بالخطر والتي يصعب على الفرد مواجهتها. فهي حالات يحسها الإنسان في حياته العادية حين يخاف مما يخيف فعلاً.

ج - المخاوف المدرسية:

يأتي الطلاب إلى المدرسة وهم بحاجة إلى المحبة، والانتماء، والاعتماد على النفس

والحياة الاجتماعية. ولكن هل تستطيع المدرسة أن تقوم بهذه المهمة؟ يرى الطبيب النفسي الألماني لمب (Lempp,1970) أنّ الأطفال لا يصبحون مرضى بسبب المدرسة ولكنهم يعانون منها دون شك، فقد كان في السابق يأتي لعيادتي طفل من كل (١٢) طفلاً، واليوم طفل من كل ثلاثة أطفال. ويرى آخر (بروفيسور في الصحة النفسية) أنّ بين كل ألف طفل يراجعونه يكون نصفهم معانياً من مشاكل مدرسية مثل الرسوب، والصداع، وآلام في البطن، وقضم الأظافر، والحركة الزائدة، وتشوش الإدراك، والاضطرابات السمعية والبصرية، والاضطرابات اللغوية وغيرها والتي تزول في أثناء الإجازات المدرسية.

فقد ذكرت التقارير أنّ حوالي نصف مليون طالب يرسم سنوياً في ألمانيا الغربية، وبعض حالات الرسوب قد تنتهي بالانتحار، أو النكوص إلى عادات سلوكية طفلية في سن يكون قد تخلص من هذه العادات. بالإضافة إلى ذلك فإنّ حالة الذعر تسيطر على الكثير من التلاميذ في أثناء فترة الاختبارات المدرسية مما يترتب على المعالجين والمرشدين النفسيين مهمة كبيرة خلال هذه الفترة (عبد الرزاق، ١٩٨٧). كما دلّت الدراسة التي قام بها بنيامين وآخرون (Benjamin,etal.1981)، على أنّ الطلاب الذين يعانون بشكل كبير من قلق الامتحان ينخفض مستوى أدائهم في الواجبات المنزلية، ويصادفون مشكلات في تعلم المواد الدراسية، وفي تحديد العناصر الهامة في تمارين القراءة.

وهذه النتائج تكون نتيجة لشعور الطالب بعدم الأمن، والخوف غير العادي مما يؤدي إلى ضعف في تركيزه، وقلقه في أثناء النوم، وتشويش في أثناء الدراسة مما يضعف

الاستعداد للامتحان.

بالإضافة إلى ذلك فإنّ سلوك المدرّس ينعكس على تلاميذ المدرسة. فالتلميذ غير المتوافق مع التلاميذ الآخرين في المدرسة يظهر مستوى تحصيلياً ضعيفاً نسبياً، ويؤثر سلوكه سلباً في الفصل الدراسي. إذ كلما زاد الخوف من المدرسة انعكس ذلك على التوافق النفسي والاجتماعي للتلميذ، فالخوف انفعال هروبي كما ترى ذلك جودنف (Goodenough).

أسباب المخاوف المرضية:

يمكن إيجاز أهم أسباب المخاوف المرضية بما يلي:

١ . الصدمات الانفعالية الشديدة والمؤلمة:

قد تكون مخاوف الأطفال ذات علاقة بموقف مؤلم مخيف كأن يذهب الطفل مع أمه أو أبيه إلى المستشفى، ويشاهد هناك الطبيب يقوم بعملٍ يثير الألم الشديد عند الطفل، أو يرى الدم ينزف من طفلٍ في المستشفى فيقوم الطبيب بخياطة الجرح والطفل يصرخ ويتألم.

كما أنّ الخبرة الصادمة في حالة الأطفال الصغار مع كلب ضال يمكن أن تؤدي إلى تعميم للخوف من جميع الكلاب وجميع الحيوانات ذات الفراء.

٢ . تخويف الأطفال:

قد يلجأ الوالدان إلى أسلوب تخويف الأطفال إذا تأخر الطفل مثلاً عن النوم بعد ذهابه للفرش فيلجأ الوالد أو الوالدة إلى تهديد الطفل بأنّه سوف يحضر له أحد الحيوانات المفترسة، أو أنّ هذا الحيوان المفترسة ينتظر خارج الباب وبأنّه سوف

يأكله إذا لم ينم.. فكيف لمثل هذا الطفل أن ينام نوماً هادئاً وهو مهدد بهجوم مثل هذا الحيوان عليه؟ وكيف له أن يخرج خارج البيت والحيوان ينتظره؟ وهكذا فإنّ هذا الطفل الصغير يصدق هذا التهديد، ويستجيب لأمه وهو يتألم من الخوف الذي يمكن أن يعممه على الحيوانات الأخرى المشابهة. ويبقى هذا التأثير إذا لم يعالج يؤثر في شخصيته حتى نهاية الحياة.

٣ . التقليد:

يتعلم الأطفال الخوف في كثير من الأحيان عن طريق تقليد الكبار أو الأخوة أو الزملاء. وقد دلت الدراسات على أنّه يوجد لدى الطفل شديد الخوف واحد من الوالدين على الأقل مصاب بمخاوف شديدة. فالأم التي تخاف من الحشرات والصرابير والمرتفعات يصيبه ما أصابها من هلع أو خوف عند رؤيته مثل هذه الحشرات أو صعوده إلى تلك المرتفعات. فالخوف انفعال يكتسبه الطفل من البيئة التي يعيش فيها تماماً مثلما يتعلم أخلاقه أو ميوله أو اتجاهاته المختلفة (عريفج، ١٩٨٧).

فالأطفال يكتسبون مخاوف والديهم عن طريق عمليات التقمص أو التعلم بالملاحظة. كما يلجأ أحد الوالدين إلى رواية خوفه أمام الأطفال أو أحدهم عن حيوانات معينة مما ينعكس على الطفل ويؤدي إلى شعوره بالخوف.

٤ . المشاهدات التي يراها الطفل من خلال التلفزيون والفيديو والكتب الهزلية:

تحتوي مشاهد التلفزيون وأفلام الفيديو والكتب الهزلية على جميع أشكال العنف، والتأثير السلبي لمثل هذه المشاهد يظهر على شكل مزيدٍ من الخوف والعدوان لدى

مشاهدي العنف. فقد أظهرت الدراسات أن الأطفال الذين يشاهدون التلفزيون ممن تقع أعمارهم ما بين ٧-١١ سنة هم أكثر خوفاً من الأطفال من العمر نفسه والذين لا يشاهدون هذه البرامج.

فمشاهدة الطفل لفيلم مرعب فيه قتل وسفك دم وممارسة اعتداء ووحشية أو خطف أطفال يجعل الطفل يعتقد أن ما رآه في الفيلم الذي شاهده هو حقيقة وليس مجرد فيلم للتسلية، وأن ما حدث للطفل أو للأطفال أو الكبار في الفيلم يمكن أن يحدث له.

٥ . الأسباب الأسرية:

والظروف الأسرية المضطربة والتي يسودها التوتر والمشاحنات المستمرة بين الأبوين أو بين الأخوة أو بين الآباء والأبناء تؤدي إلى شعورٍ بعدم الأمن. فالأطفال الذين لا يشعرون بالأمن يحسون أنهم أقل قدرة من غيرهم على مواجهة المخاوف، وتتطور هذه المشاعر وتتضخم عند الطفل لتصبح على شكل خوفٍ مرضي.

بالإضافة إلى ذلك فإن أساليب التربية المتزمّنة أو العطف الزائد وعدم المساواة بين الأطفال يمكن أن توجد الخوف عند الأطفال... وهذا الخوف يتطور لديهم ليصبح على شكل خوف مرضي وفقد الثقة بكل المحيطين.

٦ . تعلم المخاوف:

تنشأ المخاوف - حسب رأي المدرسة السلوكية - عن طريق التعلم. فالطفل يتعلم الخوف عن طريق الربط بين شعوره بالخوف الشديد في بعض المواقف وبعض الأشياء أو الحيوانات أو الموضوعات ثم ينسى كيف تم هذا الربط. فتعلم الطفل (ألبرت) للخوف حسب ما ذكره (واطسن) والذي لم يكن يخاف من الفئران البيضاء،

علّمه واطسن الخوف منها بأن قدم له فأراً أبيض وقرع من خلفه قضيبين من الحديد فخاف الطفل من الصوت العالي الصادر عنهما. وبتكرار العملية ربط الطفل بين الفأر الأبيض والصوت المزعج، وهذا أدى إلى تعلم الطفل الخوف من الفأر الأبيض، وعمّم هذا الخوف على كل الحيوانات ذات الفراء الأبيض.

الوقاية من المخاوف المرضية:

يتفق الكثير من علماء النفس على أن المخاوف المرضية عند الأطفال هي استجابات متعلّمة، والوقاية منها وعلاجها ميسوران ويكون ذلك بمساعدة الأطفال على حل صراعاتهم (عند علماء التحليل النفسي) وإزالة التعلم الخاطئ الذي واجهوه في البيت والمدرسة (عند السلوكيين وأصحاب نظرية التعلم الاجتماعي). وتتلخص أهم الطرق الوقائية من المخاوف المرضية فيما يلي:

- ١ . عدم تخويف الأطفال وكذلك عدم استغلال مخاوفهم من السيطرة عليهم وضبط سلوكهم.
- ٢ . تبصير الأطفال بالأشياء المؤذية، وتوضيح ما فيها من تهديد لحياتهم، وبيان كيفية الحذر منها والبُعد عنها، حتى تكون استجاباتهم مناسبة لما فيها من أخطاء.
- ٣ . تشجيع الطفل على الاعتماد على نفسه، وتحمل المسؤولية حتى يتعوّد على الجرأة والإقدام.
- ٤ . تدريب الآباء والأمهات أنفسهم على ضبط انفعالات الخوف عندهم لإخفاء مخاوفهم عن أطفالهم حتى لا يتعلموها بالملاحظة والتقليد... ولهذا فلا بد أن يكون الوالدان نموذجاً للهدوء والتفؤل والاستجابة بشكل مناسب.

٥ . تقليل قلق الأمهات على أطفالهن لأنه كلما كانت الأم قلقة أو خائفة على طفلها، قلق الطفل أيضاً وخاف على نفسه.

٦ . الإقلال من تحذير الآباء لأبنائهم أو تأنيبهم أو تحقيرهم وإهانتهم أو ضربهم، لأن مثل هذه التصرفات من الآباء تضعف في أبنائهم الثقة بالنفس، وتجعلهم هيايين جبنا، يشعرون بالتهديد والخوف من أشياء ومواقف كثيرة.

٧ . إذا حدث ما يزعج الطفل ويخيفه فلا بد من مناقشته وتبصيره بالحادث بأسلوب يناسب فهمه وإدراكه، ومساعدته على حل الصراعات التي قد تنشئ مثل هذه المواقف.

٨ . لابد أن توجد رقابة علمية وتربوية على المطبوعات المحلية والمستوردة وكل ما ويُبث عبر الراديو والتلفزيون وأفلام الفيديو حتى نجنب أطفالنا من الأضرار النفسية (عودة، وآخرون، ١٩٨٤).

علاج المخاوف المرضية:

أ- العلاج بالاستبصار : Insight Therapy

وهو نوع من العلاج النفسي يقوم على الكشف عن صراعات الطفل وتبصيره بها ومساعدته على حلها وتنمية ثقته بنفسه وبمن حوله، وتعديل مفهومه عن ذاته وتعديل اتجاهاته نحو والديه وأخوته وأصدقائه ومدرسيه... بالإضافة إلى ذلك لابد من تبصير الوالدين والمدرسين وكل من له علاقة بمخاوف الطفل ضرورة المساهمة في علاج هذه المخاوف، فعلاج المخاوف المرضية عند الأطفال يعتمد على تعاون المحيطين بالطفل إلى حد كبير.

ب - العلاج السلوكي: Behavior Therapy

يهدف العلاج السلوكي إلى تعديل السلوك Behavior Modification ويتم ذلك عن طريق تحديد السلوك المطلوب تعديله والظروف التي يحدث فيها ذلك السلوك وتعديل العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب، ويحدث ذلك عن طريق إضعاف استجابات الخوف عند الطفل الذي يعاني من المخاوف المرضية وتقوية استجابات عدم الخوف من الموضوعات التي تعلم الخوف منها، وأهم طرق العلاج السلوكي المتبعة في علاج المخاوف المرضية ما يلي:

١ . خفض الحساسية المنظم للإحساس بالخوف:

الهدف من هذه الطريقة مساعدة الطفل الذي يعاني من المخاوف المرضية ليصبح أقل حساسية تجاه الموضوعات المثيرة لهذه المخاوف، ويتم ذلك عن طريق اقتراب الطفل تدريجياً من الأشياء التي يخافها سواء أكان ذلك في مواقف حقيقية أو عن طريق التلفزيون أو عن طريق التخيل. لذلك ينبغي عدم إجبار الأطفال على التزيت على كلبٍ يخافون منه، فالطريقة المثلى هي ترك الأطفال يراقبون كلاباً يتم إطعامها من وراء النافذة، ثم يُراقبون كلاباً في الغرفة نفسها، ويقومون بإطعام الكلب بأنفسهم. فالتقدم التدريجي يؤدي إلى تزايد الشجاعة شيئاً فشيئاً. ومن الممكن أن تقرأ للطفل قصصاً عن الكلاب، وأن تتاح لهم فرصة اللعب مع الجراء الصغيرة بدلاً من اللجوء إلى أسلوب الإقناع فحسب، مما يؤدي إلى تناقص المخاوف عند الطفل.

إن تقريب الطفل التدريجي من الموضوع المخيف وهو مسترخٍ وفي حالة نفسية طيبة تجعل الموقف المؤلم ممتعاً وغير مؤلم مما يغيّر استجابة الطفل وانتقاله من الخوف إلى الأمن والطمأنينة.

٢ . ملاحظة نماذج الشجاعة مع التشجيع المقرون بالشرح اللفظي:

وهذه الطريقة تساعد في تقليل الحساسية، فالطفل من خلال الملاحظة يتعلم كيف يتعامل مع الأفراد غير الخائفين في المواقف المخيفة.. فالملاحظة تقنع بعض الأطفال بأن ما يخافون منه هو في الواقع لا خطورة فيه ومثال ذلك: أن تُعرض على الطفل أفلام كرتونية فيها الشيء الذي يخاف منه، ويلاحظ أيضاً الأطفال الآخرين يشاهدونه وهم فرحون مسرورون... فيقوم الطفل بتقليدهم في سلوك الجماعة هذا ويتخلى عن مخاوفه ويجعله يقبل على الموضوع المخيف بارتياح شأنه شأن غيره من الأطفال، ومن المفضل في هذه الطريقة المزاجية بين الشرح اللفظي وتشجيع الطفل مادياً أو جسمياً على مواجهة الموقف المخيف بالتدريج وذلك بوجود الوالدين، وهذا من شأنه أن يسهم في تهدئة الطفل. فكلمات الشرح اللطيفة من قبل الوالدين تُعدُّ إثابة للطفل من أجل كفّ استجابة الخوف ليتعلم استجاباتٍ أخرى أكثر نضجاً.

٣ . الاسترخاء:

إنّ استرخاء عضلات الطفل الخوّاف يعارض ظهور الشعور بالخوف عنده (إشراط مضاد). فالاسترخاء يساعد الطفل على التركيز الإيجابي، فالخوف من الظلام مثلاً يمكن أن يُضاد عن طريق الاسترخاء التام، ويتم تدريب الطفل على فعالية الاسترخاء وهو في سريره أولاً، ليستطيع استخدامه في المواقف المثيرة للخوف،

حيث يتمكن من الاسترخاء لمجرد الإثارة أو كلمة بسيطة مثل (استرخ)، كما يمكن تدريب الطفل على الاسترخاء بفاعلية في أثناء وجوده في حمام دافئ مما يكسبه طريقة للتغلب على الخوف عندما يذهب إلى النوم، فيقوم بإرخاء عضلاته ويتخيل نفسه في حمام دافئ.

٤ . الإيحاء الذاتي:

إنّ تعليم الطفل كيفية الإيحاء الذاتي (التحدث مع الذات) بشكلٍ صامت يمكن أن يحسّن من مشاعره نحو الموضوع المخيف.

فالتفكير بالأشياء المخيفة يجعلها تبدو أكثر خوفاً، في حين أن التفكير بأفكارٍ إيجابية تؤدي إلى سلوك أهدأ. ومثال ذلك: «أستطيع أن أواجه ذلك»، «إنني أصبح أكثر شجاعة، أزمة وتمر»، «كل شيء سيكون على ما يرام»، «أنا بخير»، «إنها مجرد تخيلات»، «الوحوش لا توجد إلا في الأفلام وبعيداً عن الناس»، «الرعد لا يمكن أن يؤذي». يمكن أن يؤذي.

ثانياً - القلق : Anxiety

يعد القلق من الانفعالات النفسية الأساسية التي تصيب الإنسان في هذا العصر، فقد وصف علم النفس والطب النفسي هذا العصر بأنه عصر القلق والضغط النفسية. كما يشكل القلق القاعدة الأساسية والمحور الدينامي في جميع الاضطرابات النفسية والعقلية، والنفسجسمية وهو أكثر فئات الاضطرابات النفسية شيوعاً. وقد يكون القلق عرضاً لبعض الاضطرابات النفسية، وقد يغلب القلق في حالات

فيصبح هو نفسه اضطراباً نفسياً أساسياً. فالقلق عبارة عن حالة انفعالية مركبة غير سارة تمثل مزيجاً من مشاعر الخوف المستمر، والفزع، والرعب، والانقباض، والهم نتيجة توقع خطر على وشك الحدوث، أو الإحساس بالخطر والتهديد من شيء متوقع وغامض يعجز الفرد عن تحديده بشكل موضوعي.

والقلق يظهر عند الإنسان عندما يواجه بالفجوة بين ما هو عليه، وما يتمنى أن يكون عليه (الزعيبي، ٢٠٠٨). كما يظهر القلق على شكل شعور بعدم الارتياح والهم المتعلق بالمستقبل، واضطرابات نفسية وفسولوجية، ولهذا يكون معظم القلق الذي نجده في مواقف الحياة اليومية على شكل خوف نتيجة إدراك الفرد لموقف عاجل تحتوي عناصره على الخطر والضرر الذي يكون جسماً أكثر منه نفسياً. أما القلق الحقيقي فمصادره غير محددة تماماً، وقد يكون بداخلنا على هيئة إحساس بالعجز أو عدم الاتساق نحو موقف ما، أو نتيجة لمبالغتنا في درجة التهديد.

والإنسان يتعرض في حياته اليومية إلى درجات متباينة من القلق، فهو يلاحظ لدى طلبة الجامعة قبل الامتحان، فعندما يعدون هذا الامتحان أنه موقف تحدٍّ، فإن هذا الامتحان يقودهم إلى التفوق، أما عندما يرون الامتحان موقف تهديد، فإنه يوصلهم إلى الفشل والاضطراب النفسي. كما يلاحظ القلق لدى العاملين في ميادين التجارة ولدى العسكريين قبل المعركة، ولدى الموظفين الذين يواجهون تهديداً في كسب رزقهم.

فالقلق يظهر على شكل أعراض جسمية ونفسية، كسرعة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وشحوب الوجه، وبرودة الأطراف، وسرعة التنفس، والشعور بالهم

والحزن، واضطرابات النوم، وتغير الشهية للطعام، والنظرة السوداوية للحياة، وهذه الأعراض تصيب الإنسان عندما يشعر بالتهديد في مواقف الحياة.

أسباب القلق عند الأطفال:

توجد أسباب عدة للقلق منها:

١. أسباب عضوية وراثية:

قد ينجم القلق عن اضطرابات عصبية نتيجة ورم في المخ، أو التهاب في الدماغ، كما أن نقص الأوكسجين الناجم عن مرض بجهاز الدوران، أو اختلال إيقاع القلب، أو نقص الكفاءة الرئوية، أو الأنيميا (فقر الدم)، وكذلك النشاط في الجهاز السمبثاوي، وزيادة التوتر العضلي، تؤدي إلى ظهور القلق عند الشخص. كما تسهم أيضاً اضطرابات الغدد الصماء (النخامية والدرقية وجارات الدرقية)، ونقص فيتامين (ب١٢)، وحالات التسمم بالكحول، ونقص السكر في الدم، والاضطرابات الهرمونية، وزيادة هرمونات السيروتونين، والنورأدرينالين، في حدوث القلق.

فضلاً عن ذلك، فقد أظهرت الدراسات الحديثة وجود علاقة بين القلق والعوامل الوراثية عند الإنسان، ففي دراسة على (١٧) توأماً متماثلاً و (٢٨) توأماً متشابهاً، تبين أن القلق موجود عند حوالي (٤١%) من التوائم المتماثلة، وعند (٤%) من التوائم المتشابهة (الخوري، ١٩٩٤).

٢. أسباب نفسية واجتماعية:

ويقصد بها ضغوط الحياة التي نعيش فيها في هذا العصر الذي يوصف بعصر القلق والضغط النفسية، والعلاقات الإنسانية المضطربة بين الناس، والاضطرابات

الأسرية، والتعرض للخبرات العاطفية والاقتصادية والثقافية والحضارية المؤلمة (السباعي، ١٩٩١).

فالقلق يمثل استجابة لعدم الشعور بالأمن النفسي من قبل الشخص الناجم عن النقد المستمر من قبل الآخرين والزملاء. كما أن الشعور بالنقص والعجز، وعدم الثقة بالنفس وبالأخرين في المواقف والخبرات الجديدة، والشعور بفرط الثقة بالنفس (تضخم الذات)، وبامتلاك قدرات متميزة في جميع مواقف الحياة، تؤدي إلى أشكال مختلفة من القلق عند الإنسان عندما تنفجر بالونة الزهو الزائف والشعور بالإحباط.

وتؤكد النظرية السلوكية أن القلق سلوك متعلم (Greist,etal.,1986)، فالقلق وفقاً لذلك عبارة عن استجابة انفعالية مكتسبة تتم استثارتها بواسطة مثيرات تستطيع أن تثير القلق لدى الشخص وإن كان بعض تلك المثيرات لا تؤدي إلى القلق فعلاً، ولكن حدوث مثل تلك المثيرات في مواقف معينة ومثيرة للقلق قد عمم عليها الصفة المثيرة للقلق، ومن ثم عمم الاستجابة على تلك المثيرات (الطحان، ١٩٩٠).

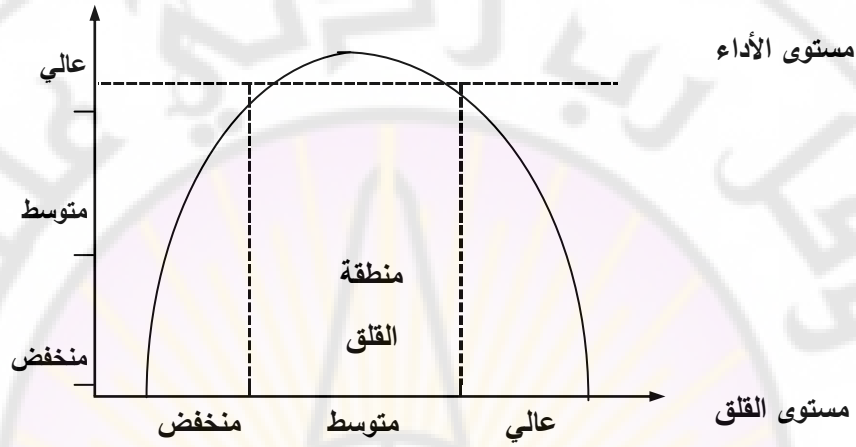
آثار القلق على الأداء والتعلم:

يؤثر القلق على أداء الفرد لواجباته ومهامه تأثيراً واضحاً، فهناك القلق بصورته البسيطة، الذي يعدّ بمثابة الدافع المنشط والميسر للأداء (Facilitating). ولهذا يحتاج كل فرد إلى درجة ما من التوتر تعينه على شحذ همته، وتكسر طاقته للعمل لمواجهة مشكلات الحياة بنجاح. وهذه الدرجة عادة ما تكون شعورية دافعية، وضرورية لتحقيق توافقنا النفسي والاجتماعي، وتساعدنا على التعامل بكفاءة مع المواقف والمشكلات التي نواجهها. وهذه الوظائف الدافعية والإيجابية للقلق في سلوك

الفرد ترتبط بالدرجة المعتدلة أو المتوسطة منه، وعندما يتجاوز القلق هذا الحد المعتدل أو المتوسط سواء بالزيادة أو النقصان، تكون له آثار سلبية على الأداء، حيث يثبط ويضعف الأداء عند الفرد في تعامله مع المواقف الحياتية والمشكلات التي تواجهه، كما أنه يؤثر في كفاءة الاتصال، وفي النجاح المدرسي، والقدرة على كسب التقبل الاجتماعي، ويسبب اضطراباً وتشويشاً في تعامله مع الموقف والمشكلات المختلفة، ويؤدي أيضاً إلى سوء توافقه النفسي والاجتماعي. فالقلق هنا يظهر على شكل مخاوف غير منطقية، وشعور بعدم الكفاءة.

من جانب آخر، فإن القلق يضعف القدرة على التركيز والحفظ والتذكر، والصعوبة في تنظيم المعلومات واستدعائها واستخدامها، وبناء على ذلك فإن الطالب الذي يخاف من الامتحان يفشل في حل الأسئلة التي بإمكانه حلها في المنزل قبل الامتحان.

ولهذا يمكن القول إن العلاقة بين القلق والأداء المتسق علاقة منحنية (Curvilinear) تأخذ شكل (∩)، وليست علاقة مستقيمة (Linear). وقد كان أول من أشار إلى هذه العلاقة كل من يركس ودودسون (Yerkes & Dodson, 1908) كما هو موضح في الشكل (١).



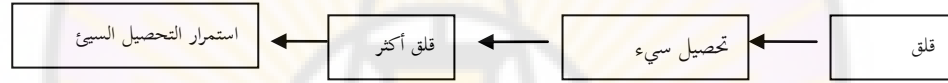
الشكل رقم (١) العلاقة بين مستوى القلق ومستوى الأداء (القريطي، ١٩٩٨: ١٣٥)

من خلال الشكل (١) نتبين أن القلق إلى حد معين يكون دافعاً جيداً للأداء والتعلم، أما عندما يتجاوز القلق هذا الحد المعين (حد التوسط والاعتدال)، يكون له أثر سلبي على الأداء والتعلم. فالقلق عندما يكون منخفضاً عند الفرد فإنه يؤدي إلى ضعف الأداء وتنشيطه، وتكون الدافعية للتعلم في هذه الحالة غير متوفرة، أما عندما يبلغ مستوى القلق حداً متوسطاً أو معتدلاً، فإنه يثير الدافعية لدى الفرد ويجعله يؤدي أداءً جيداً. ولكن عندما يتجاوز مستوى القلق حد الاعتدال، فإنه يصبح معوقاً للأداء، حيث يؤدي إلى ضعف التركيز عند الفرد، وتشتيت انتباهه، واضطراب تفكيره، ويقلل عنده الكفاءة في مواجهة المشكلات.

ويذكر الصبوة (١٩٩٤: ٣٧) أن القلق كحالة وكسمة عندما يرتفع عن حد الوسط والاعتدال، فإنه يؤثر سلباً في كل من التفكير التجريدي والإبداعي. كما يرى

دافيدوف (١٩٨٣) أن القلق الزائد لدى بعض الأفراد يؤدي إلى صعوبات في تخزين المعلومات واسترجاعها، حيث يستقبل ذوو القلق العالي أجزاء من المعلومات أقل مما يستقبله نظراؤهم من ذوي القلق المنخفض، كما يستخدمون خطأً أقل فاعلية منهم في تنظيم المعلومات.

ويذكر نيكل (Nickel, 1993؛ في الشيخ حمود وعمار، ٢٠١٢: ٣٣٧) أن القلق يرتبط سلباً مع التحصيل الدراسي، فالقلق يؤدي إلى تحصيل سيئ، وهذا بدوره يؤدي إلى



شكل (٢): العلاقة بين القلق والتحصيل

قلق أكثر، والقلق يؤدي إلى استمرار التحصيل السيئ وهكذا دواليك والشكل (٢) يوضح ذلك:

كيف نتعامل مع القلق؟

يعد القلق خبرة مؤلمة يعاني منها الفرد، مما يحتم علينا وضع استراتيجيات معينة لإيقافه أو تجنبه. فمعظم أشكال سلوكنا التي تبدو غير منطقية يمكن فهمها على أنها محاولات لا شعورية للهرب من أنفسنا، أو للدفاع عنها من مواقف تعد مصادر فعلية أو محتملة للقلق، وهذه الأنماط السلوكية الهروبية أو الدفاعية على حد سواء تختلف من فرد إلى آخر، ومن موقف إلى موقف آخر. هناك إجراءات عدة لابد من اتباعها في الوقاية والعلاج من القلق من ضمنها:

آ - العلاج النفسي:

يقوم هذا النوع من العلاج على مجموعة من الإجراءات منها:

١ . العمل على تطوير قدرة الطفل على فهم المشكلات ومواجهتها:

إن معرفة الطفل للعلاقة السببية بين الأحداث، يمكن أن تقلل من القلق، وتمكنه من اختيار أفضل الأساليب لحل المشكلات التي يواجهها، فالقيام بالعمل هو أفضل من التوتر والقلق.

ولهذا لا بد من تعليم الطفل بأن عدم النجاح هو أفضل بكثير من عدم المحاولة، ولأن الفشل والتوتر يمكن تحملهما عندما يشعر الفرد بأنه قد بذل جهوده، وتتكوّن الثقة لدى الطفل عندما يفهم كيف يتعامل مع المشكلات ويحلها، فالتعامل مع التوتر هو نوع من المشكلات، ويجب أن يتعلم الطفل كيفية تحليل موقف التوتر، وأن يساعد في تحديد ما الذي ينبغي عمله.

فبعض المواقف تتطلب أسلوباً هادئاً وصبوراً، وبعضها يتطلب سرعة في اتخاذ القرار، وعلى الآباء تعليم أبنائهم كيفية التمييز بين المواقف المختلفة وكيفية القيام بالعمل المناسب لطبيعة الموقف.

٢ . لا بد من تقبل الطفل وإعطائه شعوراً بالأمن والطمأنينة:

لا بد للآباء من أن يهتموا ببناء أساس من الشعور بالأمن عند الطفل منذ طفولته المبكرة وإبعاده عن كل ما يخيفه، وأن يعودوه الابتعاد بعض الوقت عن المنزل بحيث يزداد هذا الوقت تدريجياً. ومن الضروري أيضاً تجنب الحدة في النقاش مع الطفل،

وأن يتم الحديث معه في مواقف بعيدة عن التوتر عندما يكون في وضع نفسي يشعر فيه بالأمن والاطمئنان.

ومن المستحسن أيضاً أن يتم تطمين الطفل من قبل الراشدين الذين يتصفون بالهدوء والثبات الانفعالي، وأن يذكر للطفل بأن هناك الكثير من المشاكل في الحياة والتي ينبغي أن يتم توقعها والتعامل معها ثم نسيانها، لأن الالتصاق بالمشكلة والشعور بضرورة الوصول إلى حلّ كامل بشأنها يؤدي إلى الشعور بالقلق، وقد يوصل إلى طريق مسدود.

٣. تشجيع التعبير عن الانفعالات:

إن التعبير عن الانفعالات من قبل الطفل يعمل كمضاد لحالات القلق التي يُعاني منها، لذلك يمكن عقد جلسات أو مناقشات أُسرية يعبر فيها كل عضو عن مشاعره وأحاسيسه ومخاوفه بحرية تامة مما يساعد على التفريغ الانفعالي للشحنات التي يعاني منها الفرد ويساعده على تجريد مشاعره نحوها، وتصبح أقل تأثيراً في سلوكه. واللعب بالنسبة إلى الطفل من الوسائل الهامة التي يُعبر من خلالها عن انفعالاته، ويمكن اختيار ألعاب تتضمن أسئلة مفتوحة مثل: «كيف يشعر الأطفال عندما يكون المدرسون متشددين كثيراً؟ أو ماذا يمكنك أن تفعل لو تخطاك شخص وأنت تنتظر دورك في صف؟

٤. تدريب الطفل على الاسترخاء:

لابد في حالات القلق التي يشعر بها الأطفال أن يدرّبوا على القيام باستجابات الاسترخاء، حيث يتعلمون كيف يتنفسون بعمق وإرخاء عضلاتهم بشكلٍ تدريجي

منظم، فالتدريب على الاسترخاء هو مضاد للقلق. ويمكن أن يتم الاسترخاء مع تخيل الطفل لمواقف مثيرة للقلق، ويكون مفيداً في أثناء إعداد قائمة بأسباب القلق والتوتر، وتستخدم كمصدر للمواقف المثيرة للقلق المراد تخيلها في أثناء الاسترخاء، وعندما يتعلم هذه الخطوة يمكن للطفل أن يسترخي بنفسه عندما يواجه مواقف مثيرة تبعث على القلق.

ب- العلاج الطبي . الدوائي:

تعد المهدئات البسيطة من زمرة ديازيبام (Diazepam) فعالة في السيطرة على أعراض القلق. أما الليبريوم، والفاليوم، فيمكن وصفها في حالات القلق الشديد. أما نوبات الجزع والخوف فيمكن منعها أو إضعافها بإعطاء الأدوية المضادة للاكتئاب الثلاثية الحلقة كيميائياً مثل: الأنافرانيل (Anafranil)، أو بمثبطات خميرة أحادي الأكسيداز (وهي من المواد التي لها دور النقل العصبي (MAOI).

كما أثبتت الدراسات الإكلينيكية حدوث تحسن في حالات القلق بإعطاء مستحضر (Aprozolam) واسمه التجاري (Xanax) لتثبط نوبات الجزع والخوف. كما أن إعطاء المواد حاصرات مستقبلات بيتا (Beta Blockers)، وهي مواد تثبط المستقبلات العصبية ذات الحساسية (الكاتيكولاقيات)، أي لأدرينالين والنورأدرينالين في النقل العصبي للأعضاء مثل (القلب) كالبروبرانولول، والأتينول لعلاج نوبات الجزع والقلق المزمن التي تحدث بفعل الأعراض الجسمية. فهذه الأدوية تثبط التنبيه العصبي في القلب فلا يتسارع، ويتباطأ التنفس.

وهذه الأدوية تتميز بأنها خالية من الخاصية المثبطة للوعي بعكس المهدئات

الصغرى مثل الديازيبام، أو التأثيرات الجانبية للأدوية المضادة للاكتئاب المزعجة (الحجار، ١٩٩٨: ٨٥).

كما أن إعطاء دواء (Melleril) بمقدار (١٠ ملغ) مرتين يومياً يفيد في السيطرة على أعراض القلق. والجدير بالذكر أن الاستخدام المديد لهذه الأدوية (وخاصة الفاليوم ومشتقاته) في علاج اضطرابات القلق تؤدي إلى التعود الفيزيولوجي. ولا بد من التنويه أن وصف الدواء المضاد للقلق أو الاكتئاب أو الأدوية النفسية الأخرى لا يتم إلا من قبل طبيب نفسي، وليس من قبل المتخصص النفسي أو المعالج النفسي.

ومن الضروري الانتباه إلى أن العلاج النفسي السلوكي يجب أن يتلو العلاج الدوائي، وذلك لتطوير قدرة المريض على فهم المشكلات ومواجهتها بنفسه، وإعطائه شعوراً بالأمن والطمأنينة.

ج . طرائق أخرى:

ومن الطرائق الأخرى للسيطرة على القلق عند الإنسان القيام بفعاليات ممتعة مثل: قراءة كتاب أو قصة، أو الإصغاء إلى موسيقى هادئة، أو النظر إلى صور فنية جميلة، أو القيام برسم بعض المشاهد الطبيعية، أو الاستحمام بالماء الدافئ وغير ذلك من الفعاليات المحببة للمريض. فتشتيت انتباه المريض عن حالة القلق التي يعاني منها يساعده كثيراً في تخفيض أعراض القلق. كما أن الاستحمام بالماء الدافئ يساعد في الاسترخاء ويخلص الطفل من مشاعر القلق، ومن الطرق المساعدة الأخرى أن يعمل الفرد على إهمال ما يثير القلق.

ثالثاً - الخجل

مفهوم الخجل وطبيعته:

الخجل حالة طبيعية في كثير من الأحيان، فبعض الأطفال يظهرون نوعاً من الخجل والاعتماد على أهل عند لقاء الأقارب أو الأصدقاء أو الغرباء. ولكن عندما يكون الخجل شديداً ويستمر لفترة طويلة (سنة أشهر على الأقل) عندئذ يمكن أن يسمى الخجل بالاضطراب التجنبي أو الهروبي Avoidant Disorders. فالطفل الخجول عادة يتحاشى الآخرين، ويعاني من عدم القدرة على التعامل بسهولة مع زملائه في المدرسة والمجتمع، ويعيش منطوياً على نفسه، بعيداً عن الآخرين، ويحاول الابتعاد عن الآخرين في المناسبات الاجتماعية، ويتكلم بصوت منخفض ويتلعثم ويحمر وجهه وأذناه، بالرغم من أنه طبيعي ونشط في منزله وبين ذويهِ. فقد عرّف كورسيني (Corsini,1987) الخجل بأنه ظاهرة انفعالية يعاني صاحبها من قلق مفرط وأفكار سلبية نحو الذات. كما عرّف بيلكونس و زيمباردو (Pilkons,P.& Zimbardo,P.,1979) الخجل بأنه يتضمن صعوبات في الأداء، فضلاً عن فقدان التوكيد، والتفكير في أشياء غير سارة في المواقف الاجتماعية، وأفكار سلبية نحو الذات.

ولذلك فإن الطفل الخجل يكون مفرطاً في خجله، وتعوزه الثقة بالنفس في مواجهة ما يواجهه من أمور عادية، وهو أكثر انتشاراً لدى الإناث منه لدى الذكور. فالخجل في حد ذاته ليس خطراً، ولكن الخطر فيما يترتب عليه من قلة اندماج الطفل في

مواقف الحياة اليومية، ومشاركة زملائه في أنشطتهم، وتجنب التواصل والارتباط بصداقات، وظهور الغيرة والحسد في أعماقه عندما يشاهد أصدقاءه يلعبون ويتصرفون بصورة طبيعية فينفرد منهم، وينزعج ممن يوجه إليه أية ملاحظات عن تصرفاته.

والطفل الخجل يصبح أكثر حساسية وأكثر عصبية من الأطفال العاديين نتيجة شعوره بالنقص، مما يجعله سهل الاستثارة، وكثير الحركة والتشاؤم والحذر، وعدوانياً لأتفه الأسباب. والخوف من الخجل عند الأطفال يكون من استمراريته حتى مرحلة المراهقة والشباب، مما يؤدي إلى العزلة التامة التي يصعب معها التكيف، كما يعاني من القلق والتوتر عندما تفرض الظروف نفسها عليه لكي يتفاعل مع الآخرين (الشربيني، ١٩٩٤).

يبدأ اضطراب الخجل، لدى بعض الأطفال في عمر ما بين ٢ . ٣ سنوات، وأحياناً قد يستمر حتى المدرسة الابتدائية، وقد يظهر فجأة في المدرسة الابتدائية لدى بعض الأطفال عندما يزداد تفاعلهم الاجتماعي، وقد تتحسن حالة بعض الأطفال بعد فترات من الشدة يمرون بها، ولكن بعضهم الآخر تستمر معه الحالة حتى سن المراهقة والرشد ويتحول إلى ما يسمى بالرهاب الاجتماعي Social Phobia.

أضرار الخجل:

يؤدي الخجل إلى ضعف قدرة الطفل الخجول على الاندماج في الحياة مع زملائه، وإلى نقص في المهارات الاجتماعية خارج الأسرة، ويضعف من قدرته على التعلم من تجارب الحياة، كما يجعل سلوكه يتصف بالجمود والخمول داخل المدرسة، كما أنه

يتجنب الاتصال بالأطفال الآخرين ولا يرتبط بصداقات طويلة الأمد، ويبتعد عن كل طفل أو شخص يوجه إليه اللوم أو النقد، مما يجعله محدود الخبرة ضعيف التعلم في المدرسة، ويجعله عالة على نفسه وأسرته ومجتمعه.

أنواع الخجل:

يميز آيزنك (Eysenck, 1969: 27) بين نوعين من الخجل هما:

١. **الخجل الاجتماعي . الانطوائي:** يتميز هذا النوع من الخجل بالعزلة، ولكن مع قدرة الفرد على العمل بكفاءة مع الجماعة إذا اضطر إلى ذلك.
٢. **الخجل الاجتماعي . العصبي:** ويتميز صاحب هذا النوع من الخجل بالقلق الناتج عن الشعور بالحساسية المفرطة نحو الذات، وإحساس بالوحدة النفسية. وهذا النوع من الخجل يدفع صاحبه إلى الوقوع في صراعات نفسية بين رغبته في تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين وخوفه منهم.
- كما أشار كل من بيلكونس و زيمباردو (Pilkons&Zimbardo,1979) إلى نوعين آخرين للخجل هما:
٣. **الخجل العام:** يتميز صاحب هذا النوع من الخجل بعيوب في أداء المهارات: كالحرص والفشل في بعض الأحيان أثناء الاستجابة في الموقف الاجتماعي. وقد يظهر الخجل العام بوضوح في الجلسات الاجتماعية والأماكن العامة.
٤. **الخجل الخاص:** ينصب اهتمام صاحب هذا النوع من الخجل على الأحداث الذاتية، وغالباً ما يتعلق بالعلاقات الشخصية الحميمة.
- وتذكر النبال (١٩٩٦: ١٧٨) نوعين آخرين من الخجل هما:

٥- **الخجل كحالة:** وهو نوع من الخجل يزول مع زوال الموقف الذي أدى إلى الخجل عند صاحبه.

٦- **الخجل كسمة:** وهذا النوع من الخجل متأصل في بناء الشخصية، حيث يقلق مزاج صاحبه، ويخفض مهاراته الاجتماعية، ويزيد من انطوائه، وقد يؤدي إلى مخاوف اجتماعية كثيرة.

مظاهر الخجل:

من أبرز المظاهر التي تميز الطفل الخجول: الصمت أثناء صحبة الآخرين، وصعوبة تكوين صداقات، وتجنب التواصل البصري أثناء التخاطب، والشرود أثناء التحدث مع الآخرين، وكثرة الابتسام، والبطء أثناء المناقشة الجماعية، والتلعثم بالكلام، والميل إلى الابتعاد عن المواجهة وتفضيل البقاء في الصف الخلفي في المواقف الاجتماعية، وكثرة الاعتماد على الآخرين، والشعور بالضيق أثناء التفاعل الاجتماعي، وكثرة التفكير في المواقف غير السارة، وانشغاله بتقييم الآخرين. والجدير ذكره فإن هذه المظاهر الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية والوجدانية التي يخبرها الخجول تشكل عائقاً في التفاعل الاجتماعي البناء، وإذا لم يعالج الطفل الخجول من هذه المظاهر، فسوف تلازمه طيلة حياته، وتتدخل في شؤونه وتفقده الشعور بالراحة والتوافق السليم، وتعرض صحته النفسية للخطر.

معدل انتشار الخجل عند الأطفال:

يعدُّ الخجل ظاهرة واسعة الانتشار بين الأطفال، ففي دراسة مسحية قام بها زيمباردو

(Zimbardo,1977) على عينات من أطفال المدارس الابتدائية، تبين له أن ٥٠% من الذكور، و ٦٠% من الإناث يعانون من الخجل.

ويذكر (Harris,1986: 558) أن (Welding,1977) قد توصل إلى أن ٩% من عينة مكونة من (٦٧٠) من الإناث ممن تراوحت أعمارهن بين ٣ . ٧ أعوام كن يعانين من الخجل المستمر، بالإضافة إلى بعض الاضطرابات السيكوسوماتية، في حين عانى ١٦% من الذكور من عينة مكونة من (٧٠٢) ذكر من الأعمار ذاتها من السلوك الانسحابي، بالإضافة إلى النشاط الزائد واضطرابات في الكلام.

ومن خلال ما تقدم نجد أن نسبة انتشار الخجل بين الأطفال ليست بسيطة وهو أكثر انتشاراً بين الإناث منه لدى الذكور.

أسباب الخجل:

للخجل عند الأطفال أسباب كثيرة منها:

١ - الوراثة:

يرى بعض الباحثين أن فسيولوجية الدماغ عند الأطفال المصابين بالخجل هي التي تهيئهم لأن يستجيبوا استجابات تتصف بالخجل. كما أن الجينات الوراثية لها تأثير كبير في خجل الأطفال، فالطفل الخجول غالباً ما يكون له أب يتمتع بصفة الخجل، أو قد يتمتع بصفة الخجل، أو قد يتمتع أحد أقاربه (العم، الجد...) بالخجل، فالطفل يرث بعض صفات والديه.

٢ - أسلوب معاملة الوالدين للأبناء:

قد يكون قلق الأم الزائد على طفلها ومراقبتها المستمرة لتصرفاته بهدف حمايته من الأسباب التي تحول دون انطلاقه وعدم استمتاعه باللعب أو التواصل والتفاعل مع الأطفال الآخرين.

كما أن التشدد في معاملة الطفل والإكثار من زجره وتوبيخه لأتفه الأسباب وخاصة أمام أقرانه من العمر نفسه، يثير لدى الطفل الشعور بضعف الثقة بالنفس ومشاعر النقص، ويلجأ إلى الغياب عن أعين الآخرين.

٣ - الخلافات بين الوالدين:

تسبب الخلافات بين الوالدين مخاوف غامضة لدى الطفل وتجعله يشعر بعدم الأمان مما يؤثر في نفسيته، ويؤدي إلى الانطواء، ويلوذ بالخلل.

٤ - عدم تعويد الطفل على الاختلاط بالآخرين:

إن جعل الطفل تابعاً للكبار وفرض رقابة شديدة عليه، يشعره بالعجز عند محاولة الاستقلال واتخاذ القرارات التي تخصه.

٥ - الشعور بالنقص:

يعد شعور الطفل بالنقص من أقوى مسببات الخجل، ويتولد هذا الشعور بسبب وجود عاهات جسمية لديه (كالعرج، أو ضخامة الجسم، أو ضعف السمع أو البصر، أو قصر القامة أو طوله الشديد... الخ). وقد تعود مشاعر النقص عند الطفل نتيجة قلة مصروفه مقارنة بزملائه، أو رداءة ثيابه مقارنة بالزملاء أو عدم تمكنه من دفع ما

يترتب عليه من اشتراكات تطلب منه من قبل المدرسة، أو اقتتائه أشياء لفترة طويلة ولا يستطيع تغييرها نظراً لفقره.

٦ - التأخر الدراسي:

إن تأخر الطفل الدراسي عن باقي زملائه من الأمور الجوهرية التي تشعره بالخل وبأنه أقل من مستوى زملائه. ولكن لا يعني ذلك أن كل تلميذ خجول متأخر دراسياً، فكثير من التلاميذ الأوائل في المدرسة يعانون من الخجل لأسباب أخرى.

٧ - تقليد الوالدين:

عادة ما يكون للآباء الخجولين أبناء خجولون والعكس ليس صحيحاً، إذ أن الأبناء يقلدون آباءهم في الخجل، وخاصة عندما يدعم الآباء هذا السلوك لدى أبنائهم.

٨ - شعور الطفل بعدم الأمن:

إن الطفل الذي لا يشعر بالأمن والطمأنينة يتجنب الاختلاط مع الآخرين، إما لقلقه الشديد، وإما لفقدانه الثقة بالآخرين وخوفه منهم، أو من سخرتهم منه.

علاج الخجل:

توجد أساليب متعددة يمكن الاستفادة منها في علاج الخجل عند الأطفال منها:

١ . تحديد مصادر الخجل عند الطفل وكيف نشأت: لابد من التفكير في المواقف التي تسبب الخجل عند الأطفال وجعلها عادية ومشوقة وليست غريبة، لأن ذلك من شأنه إبعاد مشاعر القلق عنهم.

٢ . لابد من تدريب الطفل الخجول على مواجهة المواقف الاجتماعية والتعامل مع الأطفال الآخرين والكبار، وهذا الأمر يحتاج إلى تدريب حوالي عشر دقائق يومياً.

ولابد أيضاً من تشجيعه على سرد قصة أمام الأهل أو الأصدقاء، ومكافأته على أدائه (بالحلوى، الهدايا، التشجيع اللفظي)، وعدم الإكثار من الملاحظات في المراحل الأولى من التدريب. فكثير من الحالات تتحسن مع زيادة التجارب الناجحة والثقة بالنفس، وكثير منها يتحسن مع التقدم في العمر.

٣. تشجيع الطفل على التعبير عن نفسه بصراحة: لابد من تشجيع الطفل الخجول على التعبير بصراحة ودون خوف عن رغباته وحاجاته وامتلاك الشجاعة للرفض أو الاعتراض عندما لا يرغب بشيء معين.

٤. عدم إهانة الطفل أو انتقاده أمام الآخرين: إن إهانة الطفل أو انتقاده أمام زملائه أو أمام الآخرين (أقارب أو غرباء) يؤدي إلى شعور الطفل بالإهانة والنقص وقلة الحيلة مما يدفعه إلى الانسحاب من هذه المواقف والانعزال عن الآخرين.

٥. تدعيم ثقة الطفل بنفسه: إن بناء ثقة الطفل بنفسه يكون من خلال ذكر مواضع قوته ومواقف النجاح التي حققها وإنجازاته، ومن خلال قبول بعض الجوانب التي قد يعاني منها. ومن الضروري أيضاً ترك بعض الحرية للطفل لاكتشاف ما حوله بنفسه لأنه يتعلم من خلال التجربة. كما لابد من تقبل بعض الأخطاء عند وقوع الطفل بها والمساعدة في المحاولة مرة أخرى حتى يحقق النجاح، لأن ذلك يساعد في تدعيم ثقته بنفسه. كما لابد من أن يشعر الطفل الخجول بالحب والود لكي يتقبل الأسباب الكامنة وراء خجله.

٦- تشجيع الطفل على الهوايات المفيدة: لابد من تشجيع الطفل على ممارسة هواياته، لأن ذلك من شأنه أن يكسبه احترامه لنفسه من خلال تحقيق إمكاناته

والتفاخر بها. كما لابد من تشجيع الطفل على الاستمرار في ممارسة هذه الهوايات وتوجيهه حسب الإمكانيات التي يمتلكها بما يحقق له النجاح، مع تشجيعه على التواصل مع الآخرين ومشاركتهم مناسباتهم، لأن ذلك يقوي الأنا لديه، ويعزز ثقته بنفسه (المالح، ١٩٩٥).

رابعاً - الغضب:

يختلف الغضب عند المراهقين عن الغضب عند الأطفال، لأن مثيرات الغضب واستجاباته في المراهقة تتأثر في تطورها بالعمر الزمني، وبالمواقف المختلفة المحيطة به، وبنوع إدراكه وبمستواه خلال مراحل نموه (هرمز وإبراهيم، ١٩٨٨، البهي السيد، ١٩٩٧). فالغضب عند المراهق يرتبط بمحاولات لتأكيد ذاته، وتحقيق استقلاله، ووسيلة لإثبات ذاته، وحماية حقوقه وكبريائه، وتحديد علاقاته بالآباء والمعلمين.

تطور المدى الزمني لانفعال الغضب:

أوضحت الدراسات التي قام يتباهي ن (Meltzer, 1933) أن ٩٠% من حالات الغضب عند الأطفال لا تدوم أكثر من خمس دقائق، ثم يعود الطفل إلى حالته الطبيعية، في حين أن متوسط المدى الزمني لحالات الغضب عند المراهقين تستمر حوالي (١٥) دقيقة بمدى يتراوح بين دقيقة واحدة وثمان وأربعين دقيقة، ويتحكم في طول الفترة الزمنية لثورة الغضب كل من عمر الفرد وشدة الضغوط الاجتماعية المحيطة بهم. أما مدى تكرار هذه الثورات الغضبية عند المراهق فيعود

إلى عدد التهديدات البيئية وقوتها من جهة، وعلى الفروق الفردية بين المراهقين من جهة أخرى.

أسباب الغضب ومثيراته:

تتصل مثيرات الغضب في مرحلة المراهقة بالحياة الاجتماعية المحيطة بالمراهق اتصالاً وثيقاً. فالمراهق يغضب عندما يؤنب، أو يوبخ، أو ينتقد، أو يتكرر له النصح، أو عندما يشعر بأن زملاءه لا يعاملونه برفق، أو عندما يقسو الأب أو المعلم في معاملته دون وجه حق، أو عندما تحجب عنه امتيازات معينة يعدها حقاً له، أو عندما يعامل كطفل، أو عندما يتدخل الآخرون في شؤونه. كما يغضب المراهق كذلك عندما لا تسير الأمور على ما يرام، وإذا لم يستطع إنجاز ما يسعى إليه، وإذا قوطع مراراً وهو منهمك في أمر يريد إنجازه، وإذا اعتدى الأخوة أو الأبناء على ما يعده ملكاً خاصاً به، وعندما يرى الظلم يقع على أسرته أو أصدقائه أو الحيوانات أحياناً.

كما يغضب المراهق حينما يزعجه الآخرون في أثناء المذاكرة، وهو يستعد لامتحان أو حينما يوقظه أهله من النوم دون أن يأخذ كفايته منه.

كما يثير غضب المراهق أيضاً العوامل الطبيعية الخارجية مثل الجو العاصف أو البرد القارس أو الحر الشديد أو الزواجع.. الخ.

وقد أكدت العديد من الدراسات ما ذكر آنفاً، حيث بينت إحدى هذه الدراسات التي أجريت على طلاب المدارس الثانوية أن أكثر الظروف إثارة للغضب عند هؤلاء الطلاب القواعد المتصلة باللبس والإقامة الدقيقة، ومضايقة الآباء للأبناء وفرضهم قيوداً كثيرة

عليهم. فقد شكا حوالي ٥٠% من الأولاد و ٨٠% من البنات من إلحاح أمهاتهم عليهم لاصطحاب أخواتهم وإخوانهم الأصغر منهم معهم أينما ذهبوا. في حين أن دراسة أخرى أجريت على طلبة إحدى المدارس المتوسطة (الإعدادية) وطالباتها والتي تتراوح أعمارهم ما بين ١١ - ١٦ سنة، بينت أن الظروف المثيرة للغضب عند الطلاب والطالبات هي: تعرضهم للسخرية والاستهزاء والشعور بالإجحاف، وتعرضهم للكذب، وانتزاع حوائجهم منهم.

أشكال التعبير عن الغضب:

قد يتخذ الغضب عند المراهق أشكالاً مختلفة أهمها ما يلي:

- ١- **الشكل الحركي:** يبدو هذا الشكل عندما يحاول المراهق التنفيس عن غضبه بذرع الغرفة مجيئاً وذهاباً في ثورة واضطراب، أو عندما يشغل نفسه بنشاط أو عمل شاق يتطلب طاقة حركية عالية، أو عندما يستخدم الهجوم والضرب والرفس، أو عندما يغادر المنزل بعصبية ويهيم على وجهه في الطرقات، أو عندما يضرب يده بقوة على المنضدة، أو يكسر أو يمزق شيئاً معيناً.
- ٢- **الشكل اللفظي:** تتحول استجابات الغضب عند المراهق في هذا الشكل، من الشكل الحركي إلى الشكل اللفظي، حيث يظهر على صورة تهديد ووعيد وشتائم، أو قد يطلق الألقاب على من يضايقونه، أو يناقش بلهجة حادة غاضبة لإثبات فكرته أو حجته بدلاً من اللجوء إلى الشكل الحركي. ويعد استخدام هذه الأشكال عند المراهق دليلاً على تطور النمو الانفعالي عن الشكل السابق.

٣- **تعبيرات الوجه:** وفي هذا الشكل نلاحظ صورة أخرى من النمو الانفعالي عند المراهق فهو لا يعبر عن غضبه بالضرب أو بالتهديد أو بالشتائم، وإنما تتحول استجاباته الغضبية على شكل وجه متجهم عابس، وتغضين في الجبين، واحمرار أو اصفرار الوجه أو نظرات جامدة (Stone Glances)، أو تحديق بارد في الشخص الذي تسبب في غضبه، أو زمجرة تظهر من خلال التنفس.

٤- **اللوم:** وفي هذا الشكل ينحو المراهق باللائمة على نفسه، وينقد نفسه بشكل لاذع، ويتجه بغضبه نحو ذاته، وقد يبكي، ويشعر بالإثم والألم على خطيئة ارتكبها مما يدل على رهاقة مشاعره.

ولكن توجيه الغضب نحو الذات ولومها بشكل متكرر، قد ينعكس على المراهق على شكل أمراض واضطرابات سيكوسوماتية (أي اضطرابات جسمية ذات أساس ومنشأ نفسي) مثل الحساسية الشديدة، والصداع النصفي، وسوء الهضم، وغير ذلك من أمراض.

٥- **النية والفعل:** وفي هذا الشكل من الغضب، يحاور المراهق نفسه حواراً داخلياً صامتاً، وينوي القيام بفعل معين، ولكنه يتخفف كثيراً من المظاهر الداخلية حينما يعلن موقفه للناس، حيث تدل أبحاث ملتزر (Meltzer, 1933) أن أعلى نسبة لهذه النوايا الداخلية تبدو في رغبة المراهق في البكاء والصراخ والوعيد بالإهانة، وأن أوسطها يكون على شكل سخرية وعتاب وهرب، ولكن الاستجابات الخارجية الفعلية التي ترتبط ارتباطاً قوياً بهذه النوايا العدوانية لا تكاد تتجاوز ٤%،

وأن المظهر اللغوي الهادئ للغضب يبلغ ٤٠%. (هرمز وإبراهيم، ١٩٨٨، البهي السيد، ١٩٩٧).

كيف يستجيب المراهق لغضبه؟

الغضب انفعال طبيعي لا مفر منه في كثير من الأحيان في مواقف الحياة المختلفة، والمراهق الذي يدرك هذه الحقيقة سيكون قادراً على إدراك المعاناة والآلام الناجمة عن الغضب، فإذا استطاع المراهق أن ينظر نظرة موضوعية إلى غضبه، ويتحكم بنفسه، بحيث لا يغضب إلا في الوقت المناسب، حتى لا يعرض نفسه للوم وتقدير الاعتذار المتكرر للآخرين، فإنه يكشف عن حقيقة نفسه، ويتعامل معها بشكل واقعي دون تأنيب أو شعور بالإثم بسبب استسلامه المتسرع لنوبات الغضب، ولكن في حالة الوقوع في الغضب فعليه ألا يكثر من لوم نفسه حتى وإن لم يجد مبرراً لغضبه.

ولهذا لا بد من انتباه الكبار إلى غضب المراهقين، والاستماع إليهم فيما يبرر غضبهم، مما يجعل الغضب وسيلة لفهم المراهق لنفسه ووسيلة لفهم الآخرين في آن واحد معاً.

علاج الغضب:

يجب العناية بعلاج الغضب عند الأطفال والمراهقين والشباب باستخدام الطرائق

والأساليب التي تمكنهم من مواجهة انفعالاتهم بصورة سليمة، إذ إن انفعال الغضب له انعكاساته السيئة على الفرد والأشخاص المحيطين الذين يتعامل معهم. ومن أهم أساليب علاج الغضب ما يلي:

■ تزويد الطفل و المراهق الغاضب بالمعلومات الكافية عن كيفية التعامل مع الغضب.

■ تدريب الطفل و المراهق الغاضب على توجيه الغضب عند حصوله على أشياء لا تلحق الأذى بالآخرين، لأن التعبير عن الغضب أو التصريح به يعدّ عاملاً مهماً في تخفيف آثاره السلبية في حياة الإنسان النفسية والاجتماعية.

■ تقديم الإرشاد النفسي للأشخاص الذين تتكرر عندهم حالات الغضب. فقد أكد عديد من الدراسات التجريبية كدراسة خضر (٢٠٠٠)، فعالية الإرشاد النفسي بشكل عام في خفض حدة الغضب والتخفيف من آثاره على الأفراد من مختلف الأعمار، وذلك باستخدام فنيات متعددة، وخاصة مهارة التواصل الاجتماعي مع الآخرين وهي كما ذكرتها شقير (١٩٩٨) والغيداني (١٩٩٦):

١- مهارة التواصل غير اللفظي وتتمثل في: التعبير الانفعالي، والحساسية الانفعالية، والضبط الانفعالي.

٢- مهارة التواصل اللفظي وتتمثل في: التعبير الاجتماعي، والحساسية الاجتماعية. كما تعطي المهارات الاجتماعية الفرصة للفرد لكي يتخلص من احتمال العجز السلوكي أو التجاوز السلوكي، عندما يواجه مشكلة أو موقفاً اجتماعياً ضاغظاً، أو تفاعلاً اجتماعياً مع الجماعة أو داخلها (بسيوني، ٢٠٠٥: ٦٣٧).

خامساً - الغيرة: Jealous

طبيعة الغيرة ومفهومها:

تعد الغيرة من المشكلات السلوكية الشائعة الانتشار بين الأطفال، حيث تظهر على شكل انفعال يعبر عن مدى حساسية الطفل للعلاقة العاطفية بينه وبين والديه، كما تظهر على شكل فعل يعبر عن شعوره الداخلي المؤلم.

فالغيرة عبارة عن انفعال ينشأ من الإحباط ومن القلق الناتج عن شعور الطفل بتناقص اهتمام الوالدين ومحبتهم له نتيجة ولادة مولود جديد للأسرة أو شعوره بخيبة الأمل في الحصول على رغبته، أو الشعور بالنقص بسبب الإخفاق أو الفشل. إنها مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالسلوك الاتكالي عند الطفل (الزعبي، ٢٠٠٨).

فالغيرة شعور ينتج عن موازنة رغبات الطفل مع ما حققه غيره، وقد ترتبط بطلب شخصي يلزمها إحساس بالإحباط، أو بالذل. والغيور بوجه عام إنسان أناني ضعيف واسع الخيال، شديد الانطواء على نفسه، يعيش في عالم مغلق لا ينفك يمرح فيه رهط مروع من الأشباح (الزعبي، ١٩٩٧).

وقد عرّف «عيسوي» الغيرة بأنها «شعور يتكون من الخوف، والغضب، والشعور بالتهديد في حياة الطفل، أو عندما يجد تحدياً لارتباطاته العاطفية، وقد تظهر هذه الغيرة في شكل عدوان على الأخ أو الأخت، وقد يعبر عنها في شكل ارتداد على الذات فيؤذي الطفل نفسه» (العيسوي، ١٩٩٣).

متى تظهر الغيرة عند الأطفال؟

تكاد أن تكون الغيرة عند الأطفال ظاهرة عامة، وبخاصة في السنوات الست الأولى من العمر، إذ من الطبيعي أن تدفع حاجة الطفل إلى أهله عفويًا للغيرة ممن جاء يقاسمه حبه، وهذا يتفق مع واقع حاجته الماسة إليهم (نصار، ١٩٩٣).

ففي مرحلة الرضاعة تظهر الغيرة عند الطفل عندما يداعب الأبوان طفلاً آخر غريباً، ويُظهرا نحوه بعض مشاعر الحنو والاهتمام، ويقومان بحمله. ولكن قمة الشعور بالغيرة عند الأطفال تكون فيما بين ٣ . ٤ سنوات، فالطفل في هذا العمر يشعر بأن بعض امتيازاته المادية والمعنوية بدأت تتضاءل وتتحول إلى طفل آخر، فيبدأ الشعور بالقلق والكراهية لبيئته، وقد يميل إلى الانتقام، ويلجأ إلى سلوكيات معينة من أجل جذب انتباه الآخرين إليه، فيعتمد إلى البكاء أو التظاهر بالمرض. ولكن الغيرة الأخوية لا تصبح سلبية إلا في ظل ظروف أسرية توجب العناصر السلبية فيها على حساب العناصر الإيجابية. ولكن مع التقدم في العمر فإن الطفل يعبر عن غيرته بشكل آخر، ويتعلم كيف يخفي مظاهر الغيرة ويستبدلها بمظاهر أخرى تعبر نفسياً عن الغيرة.

كما تظهر الغيرة عند الأطفال عندما لا يوجد بينهم فارق كبير في السن. كما أن الطفل الكبير أكثر غيرة من غيره من الأطفال الذين ولدوا بعده، خاصة عندما يقوم الآباء بمقارنة الطفل الأصغر بالكبير، وإظهار محاسنه، أو الإغداق عليه بالهدايا وإهمال الطفل الأكبر.

كما تظهر الغيرة أيضاً عند الطفل الوحيد أكثر من غيره من الأطفال الآخرين، حيث

يكون الطفل الوحيد محاطاً بكل العناية والرعاية من قبل والديه، ويعدُّ مركز اهتمام الأسرة، ومتعوداً على الأخذ دون العطاء، وعندما يواجه العالم الخارجي أثناء اللعب يواجه بالكثير من الإحباطات، لأن الامتيازات التي كان يتمتع بها داخل الأسرة لم تعد موجودة، مما يولد لديه شعوراً بأن الناس يعادونه ويتآمرون عليه.

مظاهر الغيرة:

تظهر الغيرة عند الأطفال على شكل سلوكيات ظاهرة مثل: الثورة، والنقد، والعصيان، والهياج. أو على شكل سلوكيات غير ظاهرة مثل: الانطواء، والامتناع عن المشاركة، والخجل. أو على شكل سلوكيات تعويضية مصطنعة، كأن يقوم الطفل الذي يغار من أخيه المولود حديثاً بتقبيله، وضمه، والتردد إليه لتغطية الشعور بالغيرة. كما قد تظهر الغيرة على شكل سلوك سلبي كالاعتداء، والضرب، والتخريب، مما يجعل من اكتشافها أمراً صعباً.

كما يمكن أن تتمثل الغيرة عند الطفل على شكل إضراب عن الطعام، أو التمارض لجذب انتباه والديه كتغطية للغيرة التي يشعر بها نحو أخيه. ويمكن إيجاز أهم المظاهر التي يعبر من خلالها الطفل عن الغيرة بما يأتي:

- **الغضب:** ويكون على شكل سب، وشتائم، ومضايقات، وتخريب، وعصيان، وصياح، واعتداء جسدي على الأخوة الجدد، وشدّهم من شعرهم، ويكون ذلك ناشئاً من الفشل الذي يواجهه الطفل. وفي أحيان أخرى تظهر الغيرة المكبوتة على شكل إنزال العقاب والتعنيف من قبل الطفل الغيور.

- **الميل إلى الصمت:** ويكون على شكل خجل، وانطواء، وسلبية، وفقدان الشهية للطعام، والنكوص إلى مراحل طفلية مبكرة، وغيرها من مشاعر النقص.
- **وقد تأخذ الغيرة بعد سن العاشرة شكلاً تجسسياً، وشائية، ومحاولة الإيقاع بالآخرين.**

• **المظاهر الجسمية:** وتظهر لدى الطفل على شكل صداع، وشعور بالتعب، وتمارض، لجذب انتباه الآخرين وخاصة الوالدين وحياسة اهتمامهما. وقد يصاحب ذلك ارتفاع في درجة حرارة الجسم أو قيئ أو إسهال أو إمساك.

• **المظاهر النفسية:** تظهر لدى الطفل الغيور مشاعر الحزن واليأس، ويتكرر عنده البكاء، ويزداد التبول اللاإرادي، ويبدأ بمص إصبعه ويقضم أظافره، وينكص إلى لغة الأطفال الصغار، وذلك لجذب انتباه الآخرين، وكسب عطفهم.

• **الميل إلى التحايل:** فالطفل الغيور يلجأ إلى أساليب التحايل، واصطناع الحب الزائف نحو الطرف الآخر، وتعمية الأنظار عن الغيرة الدفينة لديه من أجل الحصول على ما فقده من مكاسب، مثل تقبيل المولود الجديد، والإغداق عليه بالهدايا والحنان، والجلوس إلى جانبه، وذلك للاحتفاظ بمركزه عند أمه.

أسباب الغيرة:

يمكن إيجاز أهم هذه الأسباب بما يأتي:

■ ولادة مولود جديد للأسرة:

إن ولادة مولود جديد للأسرة يجعل الوالدين يحولان انتباههما من الطفل الأول إلى الطفل الثاني. كما أن الطفل الأول لا يحتمل أن يقتسم مع غيره عطف والديه

وحبهما، فتعلق الطفل بوالديه يبلغ من الشدة والعنف حداً لا يستطيع أن يرى له شريكاً يزاحمه حبهما (الهاشمي، ١٩٩٠) مما يشعر الطفل بالغيرة من المولود الجديد الذي سلبه الكثير من الامتيازات، وسلبه اهتمام الوالدين ومحبتهم، مما يجعله يشعر بالتهديد، وعدم الثقة بمن حوله، وقد يلجأ إلى استخدام أساليب توافقية غير سوية، كالاعتداء بالضرب على المولود الجديد.

■ التمييز في المعاملة بين الأبناء:

تلجأ الأم أحياناً إلى التذمر من بعض أبنائها، حيث تشكو لابنتها من أخيها الأكبر الذي عذبتها...، ومثل هذه العبارات التي تتردد على مسمع الطفل، تلحق أشد أنواع الأذى بنموه، إذ تنفره من وضعه (ككبير، أو كصغير) ضمن إطار الأسرة، بسبب ما يجريه الأهل من مقارنة تنصب لصالح الأخ الآخر (نصار، ١٩٩٣).

■ الشعور بالنقص:

يؤدي الشعور بالنقص إلى غيرة شديدة عند الأطفال، خاصة عندما يتوافق هذا الشعور مع عدم القدرة على التغلب عليه. فقد يكون النقص على شكل إعاقة جسدية في أحد أعضاء الجسم، مما يشعر الطفل بحرمانه مما يتمتع به أخوته. كما يشعر الطفل بالنقص بسبب ما يعانيه من بدانة أو قصر أو طول مفرط أو ضعف جسمي عام. وقد تزداد الغيرة حدة، إذا قام الأهل بالموازنة بينه وبين أخوته، أو بينه وبين الأطفال الآخرين.

■ التقصير الدراسي:

يحاول الطفل المقصر دراسياً التعبير عن غيرته بالصاق التهم بالأطفال الناجحين، أو إذاعة الشائعات عنهم، ليقفل من شأنهم أمام الآخرين.

■ الغيرة عند الطفل الوحيد:

يكون الطفل الوحيد محاطاً بكل ضروب العناية والرعاية، ويستحوذ على اهتمام الوالدين، فهو مركز اهتمام الأسرة، ويكون في الغالب أنانياً متعوداً الأخذ دون العطاء. فالطفل الوحيد عندما يخرج ليلعب مع زملائه، فإنه يصطدم معهم لأنهم لا يسمحون له بالاعتداء عليهم دون أن يعتدى عليه، ويشعر بأن الناس يعادونه ويتآمرون عليه، وقد يستمر هذا الشعور حتى عندما يكبر ويتزوج ويكوّن أسرة، مما يخلق لديه مشكلات مع زوجته وأولاده، وحتى في مهنته مع زملائه في العمل.

كما أن الغيرة التي يشعر بها الطفل في المدرسة، تكون أشد وأقصى من الغيرة التي يشعر بها في الأسرة، ففي المدرسة تقل الامتيازات التي كان يستأثر بها في أثناء وجوده مع والديه في الأسرة، مما يوقعه في الإحباط، ويولد لديه مشكلات نفسية واجتماعية كثيرة.

الوقاية والعلاج من الغيرة:

من أهم الإجراءات للوقاية والعلاج من الغيرة ما يأتي:

● تهيئة الطفل نفسياً لاستقبال المولود الجديد:

على الوالدين مصارحة الطفل بأنه سيكون له أخ أو أخت، حتى لا يفاجأ بذلك، وأن يتم الحديث معه عن المولود الجديد بالخير، وأنه سوف يلعب معه ويسعده، وسوف

يشارك معاً في الألعاب والهدايا، وأنه لن ينتزع منه امتيازاته التي كان قد حققها، ولن يحدث أي ضرر.

• تنظيم عملية الإنجاب:

يجب أن يعمل الوالدان على جعل فاصل زمني معقول بين ولادة الطفل والطفل الآخر، بحيث لا يكون قصيراً يؤدي إلى شعوره بالغيرة، ولا طويلاً حتى لا يشعر الطفل بفقدان امتيازاته التي اعتادها لفترة طويلة.

• المساواة في المعاملة بين الأبناء:

إن تمييز الوالدين في المعاملة بين الأبناء، يلحق أضراراً بالغة الخطورة بهؤلاء الأبناء ويثير مشاعر الغيرة لدى الطفل الأقل تميزاً، كما يؤدي به إلى العدوان، والغضب، وغير ذلك من ردود الأفعال. كما ينعكس على صاحب الامتياز بالغرور.

• مراعاة الفروق بين الأطفال:

يجب على الوالدين والمربين التعامل مع الأطفال، باعتبار أن كلاً منهم شخصية مستقلة لها امتيازاتها واستعداداتها الخاصة، إذ أن مقارنة الأطفال بعضهم ببعض يولد لدى الطفل الأقل تميزاً الشعور بالذل والشعور بالنقص، والأفضل هو مقارنة الطفل بنفسه في مواقف مختلفة مع التشجيع، مما يثير لديه الدافعية إلى التحسن، وكسب الكثير من الامتيازات ويتم التعرف إليه بشكل أعمق. ومن الضروري أيضاً إبراز الأهل للقدرات الخاصة بالطفل، وتوجيهه في طريق بلورتها، لأن كل طفل يتمتع بشخصية فريدة ينبغي على الأهل المحافظة عليها.

• تعزيز ثقة الطفل بنفسه:

على الآباء والمربين العمل على تعزيز ثقة الطفل بنفسه، من خلال تخليصه من مشاعر الأنانية والتمركز حول الذات، وتعويد الأخذ والعطاء، والتعاون والمشاركة، مما يزيد من تقديره لنفسه، وتقديره للجماعة، وتقدير الجماعة له، ويؤدي إلى تخفيف مشاعر النقص عنده.

• إبعاد الطفل عن مواقف المنافسة الشديدة:

فالمنافسة الشديدة تؤدي إلى وقوع الطفل بالفشل، وتولد لديه مشاعر الغيرة، ولهذا لابد من إدخال الأمن النفسي، والدفء العاطفي إلى حياة الطفل، وتعويدته تقبل التفوق والنجاح، وتحمل الهزيمة والفشل دون الشعور بالغيرة. عدم المبالغة في امتداح الأطفال الآخرين أمام الطفل أو إبراز عيوبه وأخطائه أمامهم.

فامتداح الأطفال الآخرين أمام الطفل، أو إبراز عيوبه أمامهم، من شأنه إثارة مشاعر الحقد والغيرة عنده على الأطفال الممتدحين. ومن المفضل في هذه الحالة إشعار الأطفال جميعاً في الأسرة أو في المدرسة بالمساواة والعدل في المعاملة دون محاباة أحدهم على حساب الآخر.

• عدم المبالغة في رعاية الطفل المريض:

إن المبالغة في رعاية الطفل المريض، والإغداق عليه بالهدايا والنقود، أو إعطائه الكثير من الامتيازات، يثير الغيرة عند أخوته، ويجعلهم يلجأون إلى التمارض أو حيل أخرى للحصول على مثل هذه الامتيازات.

• اعتدال الآباء في اهتمامهم بمشاعر الغيرة عند الطفل:

يجب على الآباء ألا يعيروا الكثير من الاهتمام لمشاعر الغيرة التي تظهر عند الطفل وعدم القلق، لأن ذلك سيزيد من قوتها. والأفضل هو أن يظهر الآباء العطف والحنان على الطفل الغيور وإشعاره بأنه لا يزال موضع حب ورعاية من قبل والديه، وعدم الاستخفاف به أو السخرية منه ومن تصرفاته.

• مساعدة الأهل للطفل الغيور على عيش غيرته:

لابد للأهل من مساعدة الطفل الغيور على أن يعيش غيرته عبر تمكينه من التنفيس عنها بشكل طبيعي، ويتم ذلك من خلال التوجيه المستمر له، بحيث تبقى مشاعر الغيرة عنده ضمن الحدود الطبيعية، حتى لا يضطر إلى كبثها في أعماق لوعيه، لأن كبثها لا يعني عدم وجودها، بل تبقى ناشطة جداً وتزداد حدة. ولذلك فإن إفراح الأهل للطفل المجال للتعبير عن غيرته، تسقط المشاعر غير المقبولة إلى الخارج فلا يتبقى عنده سوى تلك النزعات الطبيعية التي يسهل ضبطها والسمو بها نحو الأشكال الإيجابية، كالتنافس السليم، وتأكيد الذات عبر أعمال ونجاحات تؤكد تفوقه الشخصي المتلائم مع الاستعدادات والطاقات الخاصة به (نصار، ١٩٩٣).

• إتاحة الفرصة للطفل بإقامة علاقات اجتماعية بناءة مع الأطفال الآخرين:

لابد للآباء والمربين من أن يفسحوا المجال للطفل الغيور بإقامة علاقات اجتماعية مع الأطفال الآخرين، تكون قائمة على أساس الحب والتعاون والثقة، واحترام الآخرين مما يخرجهم من دائرة التمرکز حول الذات، ويزيد من تقديره للجماعة وتقدير الجماعة له.

• العمل على تنويع أنشطة الطفل:

يجب إخراج الطفل الغيور من إطار العزلة التي يعيش فيها، وإتاحة الفرصة له للاشتراك في أنشطة متنوعة ضمن إطار قدراته وإمكاناته، مما يشعره بالسعادة، والنجاح، ويولد لديه مزيداً من الثقة بالنفس.

• العلاج النفسي ضروري في حالة الغيرة الشديدة:

يؤدي العلاج النفسي في حالة الغيرة الشديدة عند الأطفال إلى نتائج طيبة، ويتم ذلك من خلال العلاج الفردي والجماعي، حيث يتم إبراز نواحي القوة عند الطفل، وتنمية ثقته بنفسه، وتسهيل عملية التنفيس الانفعالي لديه. كما أن العلاج السلوكي يكون مفيداً في حالة الغيرة عند الأطفال، حيث يتم ربط مثيرات الانفعال بأمور محببة، وتقليل العوامل التي من شأنها تعزيز الغيرة تدريجياً حتى يتم انطفائها ومحوها.

كما يفيد العلاج باللعب أيضاً في تخليص الطفل من مشاعر الغيرة وذلك من خلال تهيئته للعب مع المولود الجديد، أو إتاحة الفرصة له للعب مع أطفال آخرين في روضة الأطفال أو في المدرسة، مما يتيح له تفريغ الشحنات الانفعالية، واستثمار ما لديه من طاقة وتوجيهها بالشكل الصحيح. كما أن الحوار البناء مع الطفل من شأنه إعادة ثقته بنفسه، ويتم ذلك من خلال الدعم والتشجيع والتوجيه والإرشاد النفسي.

سادساً - التبول اللاإرادي Enuresis

مفهوم التبول اللاإرادي ومظاهره:

يُقصد بالتبول اللاإرادي تكرار نزول البول لا إرادياً في الفراش من قبل الطفل في سن الخامسة فما فوق مرتين أسبوعياً لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر، أو عدم قدرة الطفل العادي على التحكم في عملية التبول في سنٍ ينتظر فيه أن يكون قد تعود على ضبط جهازه البولي.

وحالة التبول اللاإرادي كثيرة الشيع عند الأطفال الذين يُعانون من بعض المشاكل العاطفية والانفعالية، كما تظهر عند غيرهم ممن لا يعانون من هذه المشاكل. وقد يكون التبول اللاإرادي في الليل، وقد يكون في النهار، وقد يكون في الليل والنهار. وقد يكون التبول اللاإرادي متصلاً أي منذ الولادة، وقد يكون متقطعاً، فقد يحقق الطفل نجاحاً لمدة ثلاثة أشهر في انقطاعه عن التبول اللاإرادي، إلا أنه يعود إلى التبول اللاإرادي مرة أخرى. وتشير الدراسات إلى أن معظم الأطفال (٨٠% منهم)، من نوع المتبولين لاإرادياً بشكلٍ متصل. كما أظهرت الدراسات أن حوالي ٢٥% ممن يتبولون لاإرادياً في الليل تظهر عندهم هذه المشكلة في النهار.

وإن نسبة الأطفال الذين يتبولون لاإرادياً تتناقص تدريجياً مع تقدمهم في العمر. وتشير البيانات إلى أن كل واحد من أربع حالات ما بين الرابعة والسادسة من العمر، وأن ١٢% من الأطفال ما بين السادسة والثامنة من العمر، وأن ٥% من أطفال سن

العاشرة إلى الثانية عشرة، و ٢% من صغار الراشدين يُعانون من حالات التبول اللاإرادي بين الحين والآخر في فراشهم. كما بيّنت الدراسات أيضاً أنه في عمر الثالثة تصل نسبة الأطفال الذين تعلّموا ضبط التبول ليلاً إلى ٧٥%، وفي سن الخامسة تكون النسبة العظمى منهم قد تعلمت ضبط التبول الليلي، ويبقى حوالي ١٠% منهم يعانون من المشكلة، وتتناقص هذه النسبة سنوياً.

ويُعاني من هذه المشكلة حوالي ١٣ - ٢٥% من أطفال الصف الأول الابتدائي. وأظهرت الدراسات (عكاشة، ١٩٧٦) أن هذه المشكلة تنتشر بين الذكور أكثر منها عند الإناث. وبيّنت دراسة كاوفمان (Kuuffman, 1981) أن نسبة من يعانون من هذه المشكلة من الذكور هو ضعف النسبة عند الإناث. والجدير بالذكر أن حالات التبول اللاإرادي لا تُعدُّ مشكلة إذا ما حدث ذلك في الطفولة المبكرة (أي قبل ثلاث أو أربع سنوات)، أما إذا استمرت بعد هذه السن فإنها تُعدُّ حالة مرضية.

أسباب التبول اللاإرادي:

تجمع الدراسات على تصنيف أسباب التبول اللاإرادي إلى ما يلي:

١. أسباب عضوية - وراثية:

إن بعض من يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي يظهر لديهم خللٌ في الجهاز البولي، إما بسبب الوراثة أو بسبب الأمراض التي تصيبه «أي التي تُصيب الجهاز البولي، مثل التهاب مجرى البول، أو وجود حصوة في إحدى الكليتين أو المثانة أو الحالب» أو نتيجة الإصابة بأمراضٍ أخرى مثل التهاب المستقيم، ومرض السكري، والإمساك وسوء الهضم. وتتراوح التقديرات لوجود أسباب عضوية لهذه المشكلة، مثل:

التهاب القناة البولية، واضطرابات بنىوية في الجهاز البولي كصغر حجم المثانة أو اتساع فوهة المثانة، ما بين ١٠.١%.

وكثيراً ما يرتبط التبول اللاإرادي بوجود البول الحمضي المركز، وديدان في الشرج، أو بسبب وجود حالات فقر الدم ونقص الفيتامينات.

وتشير بعض الدراسات «Frury» إلى أن مشكلة التبول اللاإرادي مشكلة وراثية بدليل أن آباء الأطفال المتبولين لاإرادياً كانوا يُعانون من هذه المشكلة بنسبة ٣٢% آباء، و ٢٠% أمهات. وأيد «Katter» ذلك فوجد أن ٥٢% من أسر هؤلاء الأطفال لهم فرد أو أكثر كان يُعاني من التبول اللاإرادي في صغره أو لا يزال يُعاني منه (عودة، وآخرون، ١٩٨٤). ويرى اسمان (Esman,1977) أن ما يقارب ثلاثة أضعاف حالات التبول اللاإرادي موجودة بين آباء الأطفال المتبولين لاإرادياً منها بين آباء الأطفال غير المتبولين لاإرادياً عندما كانوا أنفسهم أطفالاً.

ب . أسباب انفعالية . نفسية:

في معظم الحالات يعود التبول اللاإرادي إلى عوامل نفسية - انفعالية، فقد تظهر هذه المشكلة عند الطفل نتيجة ولادة مولود جديد في الأسرة مما يشعر الطفل بالغيرة نتيجة تركيز الأم عنايتها على الطفل الجديد وإهمالها للطفل السابق، فيتكون القلق عند هذا الطفل ويمكن أن يبلل ثيابه أو فراشه. ويرى «فرويد» في تفسيره للتبول اللاإرادي أنه عرض نكوصي يدل على ما يعانيه الطفل من صراع نفسي لم يحل نتيجة ما يدركه من تحول الوالدين عنه إلى العناية بأخيه الأصغر، ويعتقد أنه مهدد بفقدان حبهما له، مما يؤدي إلى ظهور هذه المشكلة لديه لجذب انتباههما إليه، فإذا

ما تحقق ذلك استمر في تبلييل الفراش ليحصل على مزيدٍ من الاهتمام ورعاية الوالدين (عودة وآخرون، ١٩٨٤).

كما أن الخوف سواء أكان من الظلام أو الحيوانات المفترسة أو من التهديد بالعقاب، أو لسماع قصة مزعجة من شأنه أن يؤدي إلى التبول اللاإرادي. بالإضافة إلى ذلك فالعلاقات الأسرية المضطربة التي تهدد أمن الطفل تؤدي إلى هذه الحالة. وهذا يعني أن التبول اللاإرادي يعكس مخاوف عدم الأمان عند الطفل وقد يأتي بعد أحداث تجعل الطفل يشعر بعدم الأمان.

وتشير الدراسات أيضاً (Kauffman, 1981) إلى أن التبول اللاإرادي عرض لاضطراب في شخصية الطفل. وتأييد ذلك أن الطفل الذي يبيل فراشه يُعاني من مشاكل نفسية كثيرة منها: مص الأصابع، وقضم الأظافر، وأحلام اليقظة، والشرود الذهني، والانطواء، والتأتأة، والخوف، والالتكالية. كما وجد بيفرلي «Beverly» أن الآباء يصفون أطفالهم الذين يبيلون فراشهم بالعصبية وسرعة الغضب وسرعة البكاء.

ج . أسباب اجتماعية:

تُعدُّ الظروف الاجتماعية التي يعيش فيها الطفل أحد الأسباب الرئيسة المسؤولة عن مشكلة التبول اللاإرادي عند الطفل. فكثر عدد الأطفال في الأسرة والذي ينجم عنه نقص في تدريب الطفل على ضبط المثانة بشكلٍ مبكر تركز العوامل النفسية والجسمية والتي تسبب التبول اللاإرادي.

لذلك فإن أصحاب نظرية التعلم يرون أن اكتساب عادة التحكم بالمثانة سلوك متعلم والتأخر في اكتسابه يعود إلى أخطاءٍ في التدريب عليه. فالطفل الذي يفشل في

ضبط عمليات المثانة حتى سن السادسة وما بعدها إما أن يكون والداه قد أهملوا في تدريبه أو علماه بطريقة خاطئة (Kauffman, 1981؛ عن عودة وآخرين، ١٩٨٤). كما أن القسوة في المعاملة، وحرمان الطفل من حنان الوالدين، وشعوره بعدم الأمان وعدم الثقة فيمن حوله يؤدي إلى التبول اللاإرادي.

كما أن التدليل الزائد لا يقل أثراً من القسوة في المعاملة من قبل الوالدين، إذ أن ذلك يؤدي إلى نموه متعوداً الأخذ دون العطاء، اتكالياً في كل شيء، ولا يستطيع أن يحل صراعاته بنفسه مما يؤدي به إلى النكوص والارتداد والتنشيت.

كما أن إثارة الغيرة والمنافسة بين الأشقاء، أو بين التلاميذ في الفصل الواحد ينمي عندهم الشعور بالحقد والغضب والإحباط والصراع والقلق مما يجعلهم مهينين للتبول اللاإرادي كحيلة دفاعية لحل صراعاتهم أو لإثارة الانتباه إليهم.

ويخطئ الوالدان عندما يعاملان الطفل بقسوة حين تبليد فراشه مما يؤدي إلى تعقيد المشكلة، ويطيل استمرارها. كما يخطئ الوالدان أيضاً عندما يحيطان هذه العملية بسرية تامة، كأن هذه المشكلة من العيوب المخجلة مما يشعر الطفل بالخجل والذنب والقلق وتتعدد المشكلة أكثر.

علاج التبول اللاإرادي:

أولاً . العلاج الطبي:

لابد من علاج الطفل الذي يُعاني من التبول اللاإرادي طبياً إذا كانت أسباب مشكلته تتعلق بالناحية العضوية. ومن المتوقع أن يكون تجاوب الطفل مع العلاج الطبي سريعاً إذا كان سبب التبول اللاإرادي عضوياً، ويكون العلاج الطبي باستخدام

الأدوية، أو اللجوء إلى العمل الجراحي أحياناً. ويذكر كوران وآخرون (Curran,etal.1972) أن استخدام الدواء ضروري في الحالات التي تُعاني من نوم عميق، كما يمكن استخدام الأدوية المقوية للجهاز السمبثاوي والتي تخفض من النوم العميق مثل «البلاذونا» و «اللايثالين» وهذه الأدوية تزيد من قدرة المثانة على الاحتفاظ بكميات كبيرة من البول.

ثانياً . العلاج النفسي:

أ . العلاج بالاستبصار:

يقوم هذا النوع من العلاج على أساس تبصير الطفل بمشكلاته وأسبابها وتبصيره بصراعاته النفسية ليتمكن من حل الصراعات ومواجهة الإحباط والمخاوف بأساليب مباشرة.

كما يعمل المعالج على تنمية ثقة الطفل بنفسه وتحسين علاقاته بنفسه وبالأخرين، وإلى تنمية دوافعه لاكتساب السلوك المقبول في عمليات الإخراج، وغرس الثقة بإمكاناته وقدرته على التخلص من هذه المشكلة، وذلك لضمان استمرار إقباله على العلاج. كما ينبغي تعويد الطفل الاعتماد على نفسه في وقت مبكر حتى يتعود كيف يواجه الأمور بنفسه.

ولا يكتفي المعالج بتبصير الطفل بحالته، بل يعمل على توجيه عناية الوالدين والمحيطين بالطفل من أخوة ومدرسين، وتبصيرهم بالمشكلة، وأسبابها ومسؤولياتهم في العلاج حتى يشعر الطفل بالأمن والطمأنينة والتقبل، ويدرك مكانته وكفاءته مما يخفف عنه مشاعر القلق والذنب. كما يجب على الوالدين تشجيع الطفل وإحساسه

بأنه سيتمكن في القريب العاجل من الحفاظ على نظافة نفسه أثناء النوم.

ب . العلاج السلوكي:

يُعدُّ هذا العلاج من الأساليب الحديثة في علاج التبول اللاإرادي. وتقوم فكرة العلاج السلوكي على أساس أن الطفل قد اكتسب هذه المشكلة نتيجة عدم تدريبه الصحيح على عمليات الإخراج. ويهدف هذا النوع من العلاج إلى إعادة تربية الطفل صاحب المشكلة، وتدريبه بطريقة صحيحة. وقد ثبت نجاح هذا الأسلوب في علاج كثير من الأطفال، بجهدٍ قليل ووقتٍ قصير، ودون أن يكون له آثار جانبية سيئة. وأهم طرق العلاج السلوكي في علاج حالات التبول اللاإرادي ما يلي:

١ . التعلم الإجرائي:

وهذه الطريقة ترتبط باسم «سكنر» في التعلم الإجرائي منذ عام ١٩٥٠ والتي استخدمت في علاج حالات التبول اللاإرادي. كما سُميت هذه الطريقة طريقة التعزيز الإيجابي، وتقوم على أساس تدريب الطفل على عمليات ضبط المثانة بتعزيز السلوك المقبول وعدم تعزيز السلوك غير المرغوب فيه حتى يتعلم الاستجابة الصحيحة، وتخففي المشكلة. ومن أهم أساليب التعلم الإجرائي ما يلي:

أ - **لوحة النجوم: Chart Star** ويكون بالطلب إلى الطفل الاحتفاظ بسجل الأيام المبللة والليالي الجافة... ويتم إبراز الليالي الجافة على اللوحة بواسطة نجوم ذهبية، وأن يُعطى الطفل مكافأة على الليالي الجافة كأن يقضي الوالد معه فترة إضافية من الوقت عند كل مرحلة من التحسن، ويقوم الوالدان بالثناء على الطفل. أما بالنسبة إلى الليالي المبللة فيتجاهل الأبوان ذلك.

ب - الاحتفاظ بالبول **Relain Urine**: لقد دلت الدراسات على أن عدداً من المتبولين لا إرادياً غير قادرين على الاحتفاظ بكمية طبيعية من البول في المثانة. لذلك فإن تدريب الطفل على احتمال كميات أكبر من البول في المثانة يمكن أن يؤدي إلى زيادة قدرة المثانة على الاستيعاب.

٢ - التعلم الشرطي:

أ- طريقة الجرس والوسادة: بدأ استخدام العلاج السلوكي بالتعلم الشرطي في الثلاثينات من القرن العشرين عندما قام مورر ومور (Mowrer & Mowre) بعلاج حالات التبول اللاإرادي بطريقة الجرس والوسادة. وهذه الطريقة من الطرق الناجحة في علاج هذه الحالات، فبعد استخدام هذا الأسلوب لمدة شهرين أو ثلاثة ينجح حوالي ٧٠% من الحالات. أما الحالات الأخرى فإن معاودة استخدام الجهاز مرة أخرى ينهي في العادة الانتكاس.

يتكون الجهاز من وسادة رقيقة خاصة للتدريب تُوضع فوق سرير الطفل وتحت الطفل مباشرة، وعندما تُبلل ليلاً يغلق دائرة كهربائية، مما يؤدي إلى رن الجرس وإضاءة مصباح مما من شأنه إيقاظ الطفل وأخذه إلى الحمام.

وعندما يتعلم الطفل ضبط المثانة بهذه الطريقة تُرفع الوسادة والجرس، وبعد استخدام هذه الطريقة لمدة أربعين سنة تبين نجاحها في علاج ٧٠% إلى ٩٠% من حالات التبول اللاإرادي غير الناجم عن أسباب عضوية.

ينام الطفل على وسادة أو وسادات تتصل بجهاز إنذار يُعطي صوتاً مماثلاً للطنين (طنان). وعندما يتبول الطفل على الوسادة، فإن البول بذاته يغلق الدارة الكهربائية

فيصدر جهاز الإنذار أصواتاً.

ب - **طريقة إيقاظ الطفل ليلاً:** كما استخدم التعلم الشرطي عن طريق إيقاظ الطفل ليلاً (Night time Awakening)، وتكون الخطوة الأولى بتحديد الوقت الذي يبلى فيه الطفل عادة فراشه كل ليلة، ثم ضبط ساعة منبه بحيث ترن في غرفة الطفل قبل وقت التبول بقليل مما يؤدي إلى إيقاظ الطفل وذهابه إلى المرحاض، ومن ثم يعاود النوم حتى الصباح. وبعد مرور سبع ليالٍ متتالية بدون تبول على الفراش بهذه الطريقة يتم ضبط المنبه لينطلق بعد مرور ساعة ونصف من ذهابه إلى النوم، ثم بعد ٦٠ دقيقة بعد النوم، ثم تُخفض إلى ٤٥ دقيقة، وأخيراً بعد ٣٠ دقيقة. وبعدها على الطفل أن يتعود الذهاب إلى المرحاض بدون المنبه كل ليلتين مرة حتى يُلغى استخدامه تدريجياً.

٣ . خفض القلق:

قد يظهر التبول اللاإرادي فجأة من جديد بعد أن يكون الطفل قد أمضى فترة من الوقت دون أن يتبول في فراشه. وهنا لابد من البحث عن الحادث الذي أثار قلقه قبل استئناف هذه الحالة مثل: ولادة مولود جديد في الأسرة، أو الانتقال إلى منطقة جديدة، أو حدوث شجار عائلي، أو غياب أحد الوالدين لفترة طويلة. وهنا لابد من العمل على خفض القلق بتوجيه مزيدٍ من العناية والرعاية والدعم والتفهم للطفل، وتوفير جوٍّ من الأمن والطمأنينة في حياة الطفل حتى تزول أسباب القلق. ولا بأس من الجلوس مدة (١٠ - ١٥) دقيقة والحديث مع الطفل حديثاً يبعث على الاطمئنان والارتياح، مما يجعله ينام وهو في حالة استرخاء.

٤ . فرض عقاب على الطفل:

يقوم بعض الآباء بالطلب من الطفل في سن المدرسة والذي لم يتخلص من التبول اللاإرادي ليلاً أن يقوم بتغيير الشراشف المبللة، ووضعها في الغسالة دون توبيخ الطفل أو تأنيبه وإشعاره بالذنب.

٥ . استبعاد السوائل:

لابد من استبعاد السوائل مثل: اللبن والماء والعصير وماء الشعير من طعام الطفل بعد الساعة الخامسة مساءً، والذهاب إلى الحمام قبل النوم وبعد الاستيقاظ مباشرة.

ثالثاً . إرشاد الوالدين:

يتم إرشاد الوالدين أو أحدهما بضرورة توجيه الطفل للاستفادة من إمكانياته لمواجهة مشكلة التبول اللاإرادي والإشراف على تدريبه وتعليمه العادات الصحيحة في التبول. كما ينبغي توجيه الآباء إلى كيفية معاملة الطفل من خلال البعد عن القسوة في معاملته وكيفية تعويده ضبط نفسه أطول مدة ممكنة.





الفصل الرابع

مشكلات السلوك غير الاجتماعي عند الأطفال والمراهقين

أولاً- السرقة Stealing

مفهوم السرقة وطبيعتها:

إن الميل إلى التملك أمر مشروع عند كل إنسان، ولكن العدوان على ممتلكات الآخرين، والاستحواذ عليها بطريقة غير سليمة أو بدون وجه حق، يعد سرقة، لأنها تلحق الضرر بالفرد أو بالمجتمع، ويعاقب عليها القانون، وكذلك المجتمع، وحتى الأديان السماوية تشددت في معاملة السارقين.

فالسرقة غالباً ما تكون صفة مكتسبة يتعلمها الطفل من معاشته للآخرين وتفاعله معهم، حيث يأخذ الأطفال عن آبائهم نظرتهم واحترامهم لحقوق الآخرين فيقلدونهم فيها تماماً، كما يقلدونهم في العادات والتقاليد الاجتماعية الأخرى (الزعبي، ٢٠٠٥: ٧٥؛ وشحيمي، ١٩٩٤: ٧٥).

والدافع إلى السرقة قد يكون صادراً عن حاجة ماسة لسد رمق أو لاقتناء حاجة، والأهل لا يستطيعون إشباع هذه الحاجة، فيضعف الطفل أمام الإغراء، وتحدث السرقة، أو قد يخل الأهل عليه بشرائها غير مقدرين لمرحلة الطفولة واحتياجاتها (شحيمي، ١٩٩٤).

فالسرقة عند الأطفال من المشكلات الاجتماعية الحساسة التي تستلزم الوقوف

عندها، والتعرف إلى الدوافع الأساسية الكامنة وراءها، لأن تأصل هذه المشكلة عند الأطفال قد تدفعهم مستقبلاً إلى ارتكاب أخطاء جسيمة تؤثر في المجتمع، وفي نظرة الآخرين إليهم، وفي علاقاتهم الاجتماعية بالآخرين، وقد تتطور لتصبح مرضاً بحد ذاته من الصعب على الفرد أن يتخلص منها بسهولة (الزعبي، ٢٠٠٥: ١٨٢).

ويعرف ياسين (١٩٨٨: ٤٨) السرقة بأنها (العدوان المقصود أو غير المقصود على ملكية الآخرين). ومن خلال هذا التعريف نتبين أن السرقة مشكلة اجتماعية تظهر على شكل عدوان غير مشروع على ما يمتلكه الآخرون، سواء كان ذلك بقصد أو بدون قصد، بغرض امتلاك شيء لا يخصه. ولكن لا يوصف السلوك عند الطفل بأنه سرقة، إلا إذا عرف أن من الخطأ أخذ الشيء بدون إذن صاحبه، وأنه سوف يعاقب عليه. ولذلك يعد الخوف من العقاب، وسخط الوالدين على الطفل، هو السبب الذي يمنع صغار الأطفال من السرقة. ويذكر محسن (١٩٨٨) بأن هناك اختلافاً في نوعية السرقة وكيفيةها عند الأطفال (ذكوراً وإناثاً)، ولكنها تشكل حوالي (٧٠%) من أعمال الشغب ككل عند الأطفال والشباب. وهذه النسبة تكثر عند الذكور بمعدل عشرة ذكور لكل أنثى.

والسرقة البسيطة كثيرة الانتشار عند الأطفال في الطفولتين المبكرة والوسطى، وتبلغ ذروتها في حوالي (٥ - ٨) سنوات، ثم تميل بعدها إلى التناقص التدريجي مع نمو الضمير عند الطفل وابتعاده عن التمرکز حول الذات. ولكن استمرار السرقة عند الطفل بعد سن العاشرة من العمر، دليل على وجود الاضطراب النفسي عنده، ويكون بحاجة إلى مساعدة متخصصة. أما السرقة التي تحدث دون سن العاشرة

من العمر، وتكون نادرة الحدوث، أو تكون لمرة واحدة فقط، فلا نعلق عليها من المخاطر، لأن السرقة تصبح مشكلة أو تكون حالة مرضية عندما يتكرر حدوثها، وتصبح عادة أو شبه عادة عند الطفل.

أسباب السرقة عند الأطفال:

يمكن إيجاز أهم الأسباب الداعية إلى السرقة عند الأطفال والمراهقين كما يأتي:

- قد يسرق الطفل نتيجة حاجة مادية بسبب الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي يعيشها:

فالطفل المحروم يسرق لشراء بعض الأشياء التي يرغب فيها. وقد تكون هذه السرقات نقوداً أو سلعاً أو أطعمة من العربات أو المحلات التجارية. وقد تظهر دوافع السرقة هذه نتيجة وفاة الوالد، أو عجزه عن مساعدة الأسرة، أو البخل، مما يجعل الطفل يلجأ إلى السرقة لسد كفافه وكفاف أسرته، أو لشراء حاجاته الضرورية التي تعجز الأسرة عن الوفاء بها.

■ أساليب معاملة الوالدين غير المناسبة:

فالطفل يلجأ إلى السرقة نتيجة القسوة والعقاب التي يتعرض لها داخل الأسرة، وقد تكون السرقة ناجمة عن التدليل الزائد من قبل الوالدين، كما أن التصدع الأسري، والتضارب في أسلوب معاملة الطفل وتربيته بين الوالدين، يؤدي إلى الشعور بعدم الأمن وعدم الاستقرار عند الطفل، ويؤدي أيضاً إلى سلوك غير متوافق وهو اللجوء إلى السرقة.

■ التنشئة الاجتماعية غير السليمة:

إن التنشئة الاجتماعية غير السليمة، والتي تتسم كثيراً بالنبذ التام للطفل، وغياب التوجيه في الأسرة، وعدم وجود معايير أخلاقية في الأسرة، أو مثل عليا يقتدي بها، يجعل الطفل يعيش في حالة من الضياع والتفكك، ويميل إلى الانحراف، وينخرط في جماعات تؤدي به إلى السرقة وسلوكيات أخرى تؤدي إلى الإضرار به وبمستقبله وبالمجتمع.

■ السلوك التعويضي الناجم عن غياب أحد الوالدين أو كليهما:

قد يسرق الطفل كتعويض رمزي لغياب أحد الوالدين أو كليهما عن المنزل، سواء أكان هذا الغياب بسبب الطلاق، أو الخلافات الزوجية، أو بقصد العمل في الخارج لمدة طويلة، أو الوفاة. وتكون السرقة في هذه الحالة تعويضاً رمزياً للحب الوالدي والاحترام والمودة التي افتقدها الطفل.

■ كما يسرق الطفل بدافع لا شعوري للانتقام وكرد فعل على القسوة التي يعانيها من أحد والديه أو كليهما:

من خلال سلوك السرقة يبرهن الطفل عن كراهيته لوالده أو والدته أو كليهما، ويستخدم هذا الأسلوب لتسوية الحساب عن ظلم حقيقي أو متخيل يلحق بالطفل، فهي مواجهة انتقامية، وتعويض للعطف الذي حرم منه.

■ تعويض الشعور بالنقص وتدعيم احترام الذات:

فالطفل يسرق ويعطي للآخرين ويعطي لزملائه ليثبت لهم رجولته وكفاءته بأنه قادر

على مجاراتهم في النفقات، كما أن إعطاء زملائه الحاجيات المادية التي يسرقها تجعله مقبولاً عندهم، ويؤكد من خلالها مكانته الاجتماعية فضلاً عن ذلك قد يشعر الطفل أثناء السرقة بأنه قد أشبع هواية خاصة لديه، أو يستمتع لوجود حس المغامرة والاستثارة فيها.

■ القدوة السيئة:

قد تكون السرقة عند الطفل نتيجة اختياره لنموذج سيئ للاقتداء به والتوحد معه، إذ إن مشاهدة الطفل الأطفال الآخرين (الذين يعدهم قدوة له) يمارسون السرقة أمامه في المنزل أو في المدرسة، أو من الأماكن العامة.. يؤدي به إلى تقليدهم.

■ الشعور بالغيرة والميل للانتقام:

قد تدفع الغيرة الطفل بشكل غير مباشر إلى السرقة، فالطفلة قد تسرق ممتلكات غيرها من الأطفال سواء من المدرسة، أو من بيوت زميلاتها، فقد تبين أن زميلاتها كن يعرضن ما يشترينه من ألعاب جديدة يتباهي بها أمام هذه الطفلة، مما يجعل الغيرة تعتمل في نفسها، فتعتمد إلى سرقة هذه الألعاب وتحطيمها أحياناً دون الانتفاع بها. فالطفل لا توجد لديه إلا درجة متدنية في مواجهة الإحباط، ويجد صعوبة في مقاومة الإغراء. وقد يشعر الطفل أحياناً بأن أحد أخوته يتمتع بميزات ليست له، ويفرد بلعب ونقود وهدايا، مما يجعله يقوم بسرقتها وإخفائها، لأنه حرم منها فيريد حرمان أخيه من هذه الميزات بدافع الانتقام.

■ التوتر الداخلي والاضطراب النفسي:

والاضطراب النفسي عند الطفل مثل: الاكتئاب، الغضب الشديد، ولادة مولود جديد، الإخفاق بالدراسة. فالطفل يسرق في هذه الحالات محاولاً استعادة الشعور بالارتياح التوتر الذي يعاني منه، أو إبعاد حالة الحزن والاكتئاب التي يعيشها.

■ الأفلام التلفزيونية، والمجلات البوليسية:

إن مشاهدة الطفل لما يعرض من أفلام تلفزيونية وما فيها من نماذج لأشخاص يقومون بالسطو والسرقة، يمكن أن تجعل الطفل يعجب بهذه الشخصيات ويقوم بتقليدها، مبرراً ذلك بأنه ليس إلا بدافع التقليد والتمثيل. كما أن قراءة ما يكتب في المجلات البوليسية من حالات سرقة ونشل وقتل.. وغير ذلك، يؤثر مع الزمن على سلوك الطفل، ويجعله مستقبلاً يقوم بمثل هذه الأعمال.

■ السكوت على ما يأخذه الطفل بحجة أن ما استولى عليه هو من داخل ممتلكات الأسرة وليس لأحد من خارجها:

وهذا السبب هام وجوهري، إذ إن مفهوم السرقة مفهوم عام وكلي لا يتجزأ بين من هو ملك لمن هو داخل الأسرة أو خارجها، لأن من يسرق مال أخيه يسرق مال الآخرين، والتساهل في هذه المسألة يعد نوعاً من التشجيع على امتداد السرقة إلى خارج إطار المنزل (شحيمة، ١٩٩٤: ٧٦).

طرق الوقاية والعلاج:

إن العمل على وقاية الطفل من الوقوع في السرقة خير من العلاج، لأن ذلك يجنبه

الكثير مما يضر بسمعته، وبممتلكات الآخرين. ويمكن إيجاز أهم إجراءات الوقاية والعلاج لهذه الظاهرة بالآتي:

*** العمل على احترام ملكية الآخرين لدى الطفل:**

لابد من العمل على تدريب الطفل على احترام ملكية الآخرين باستخدام أسلوب الثواب والعقاب، مع ضرورة احترام ملكية الطفل وإشباع ميله إلى التملك. ويضطلع بهذه المهمة الآباء والمعلمون، بحيث يتم الإشراف على الأطفال الذين اعتادوا السرقة إشرافاً مباشراً، بحيث يتم مكافأة الطفل الذي يقلل من السرقة وبشكل تدريجي، ومعاقبة الطفل الذي يكرر سلوك السرقة.

*** اتخاذ الإجراء الفوري المناسب عند حدوث السرقة من قبل الطفل:**

على الآباء والمعلمين أن يواجهوا ما يحدث من سرقة لدى الطفل، بحيث يخصصوا وقتاً كافياً لفهم سلوكه هذا، والعمل على مواجهته وتعديله، ويكون ذلك إما بإعادة الشيء المسروق إلى صاحبه، أو بدفع مبلغ من المال لشراء بديل مناسب عن ذلك الشيء مع الاعتذار. كما يقوم الوالدان والمعلمون بمواجهة الطفل لفظياً بعد أن يهدأ، ويوضحون له مخاطر هذا السلوك، ويفسرون له لماذا يُعدُّ هذا السلوك غير مناسب، ويسمون هذا التصرف (سرقة) دون استخدام أي تسمية أخرى، ويظهرون له بأنهم يتفهمون دوافعه، وأنهم غير راضين عن سلوكه، ولكنهم في الوقت نفسه يعبرون عن محبتهم له وتوقعاتهم الإيجابية منه، وأنه ليس سيئاً.

*** العمل على مناقشة الطفل فيما حققه من خلال السرقة:**

لابد من معرفة الدوافع الكامنة وراء السرقة لدى الطفل، إذ قد تكون السرقة نتيجة حرمان مادي أو حرمان عاطفي، أو عدم النضج، أو حب الظهور، أو القدوة السيئة من الأهل أو الزملاء، بدلاً من سؤاله بشكل مباشر لماذا سرقت؟ فالطفل في هذه الحالة لا يملك إجابة مقبولة، لأنه يكون في حالة نفسية غير مستقرة.

*** عدم تمييز الأخوة أو التلاميذ عن الطفل صاحب المشكلة:**

على الآباء والمعلمين العدل في معاملة الأطفال، فلا يميزون الأبناء أو التلاميذ عن الطفل صاحب مشكلة السرقة، لأن ذلك يدفعه إلى اتخاذ سلوك دفاعي قد يضطره إلى الاستمرار في السرقة لتعويض الشعور بالغبن والإهانة.

*** عدم المبالغة في الاستجابة لسلوك السرقة عند الطفل:**

يجب على الآباء والمربين أن يتعلموا ضبط انفعالاتهم والتصرف بهدوء وحكمة عند مواجهة الطفل السارق، وعدم التشهير به أمام زملائه أو إخوانه، وعدم عدّ السرقة بمثابة فشل شخصي، والعمل على تشجيعه على مواجهة المشكلة بصراحة وموضوعية. ويمكن التعبير عن عدم الرضا عن سلوك الطفل السارق بطريقة حازمة دون الحاجة إلى الصراخ والانفعال الزائد، واتهام الطفل بأنه مجرم، لأن اتهام الطفل وإشعاره بأنه سيئ يجعله مقتنعاً بأنك على حق ويؤدي إلى شعوره بالذنب والعار.

*** تخصيص مصروف معتدل للطفل ومراقبته في كيفية إنفاقه بطريقة غير مباشرة**

دون إشعاره بأننا نقوم بعملية مراقبة:

فقد أكدت الأبحاث أن الطفل الذي يلجأ إلى سرقات صغيرة قد يكون نشأ في بيت يتجاهل حاجاته اليومية، أو أن الوالدين لا يخصصان له مصروفاً كافياً. فتخصيص مبلغ معتدل من المال كمصروف للطفل (سواء أكان يومياً أو أسبوعياً أو شهرياً) وخاصة في المدرسة الابتدائية ضروري لإبعاد الطفل عن سلوك السرقة.

*** الابتعاد عن رفاق السوء وتوفير القدوة الحسنة للطفل:**

إن توفير القدوة الحسنة للطفل في الأسرة أو في المدرسة، وتحديد اتجاهاته الإيجابية والسلبية نحو الأمانة والسرقة بكل وضوح، وتنمية هوايات نافعة عنده لإملاء وقت الفراغ الذي يوجد لديه، كل ذلك ينعكس على سلوك الطفل، ويجعله أكثر تمسكاً بها وممارستها، بدلاً من اللجوء إلى السلوك المنحرف.

*** ضرورة مراقبة الوالدين لأموالهم قبل تكوين عادة السرقة لدى الطفل:**

لذا فإن وضع المال في مكان أمين لا يستطيع الطفل العبث به كي تكون له حرمة أمر ضروري. فقد يدعي بعض الآباء أنهم يضعون النقود في أي مكان وفي متناول الجميع، مما يؤدي في بعض الأحيان إلى العبث به من قبل الأطفال أو أخذ مالٍ يحتاجون إليه أو الإقدام على سرقة تدريجياً.

*** فرض رقابة على الأفلام والقصص التي تقدم للأطفال:**

لابد من فرض رقابة صارمة على ما يقدم من برامج تلفزيونية للأطفال، لأن بعضها تعرض الطفل على السرقة بشكل غير مباشر، حيث تظهر السارق إنساناً يتمتع ببطولة خارقة، ويوصف بالمهارة والحنكة والذكاء، مما يجعل بعض الأطفال يتوقعون أن

يكونوا في مثل هذه الصفات، فيقعون في السرقة. كما أن القصص التي تقدم للأطفال يجب أن تكون هادفة وتربي على الفضيلة والخلق والدين، بدلاً من عرض قصص وأساطير تنثير لدى الطفل الفضول في تقليد مثل هذه الشخصيات التي يقرؤون عنها في هذه القصص (شحيمة، ١٩٩٤).

*** أن تعمل الأسرة بين الحين والآخر على مراقبة مقتنيات الطفل الخاصة:**

إن مراقبة الأسرة لما يملكه الطفل، والتعرف إلى سبب الزيادة أو النقصان في ممتلكات الطفل شيء ضروري، وذلك للعمل على رد كل شيء ليس له إلى صاحبه، واستعادة ما نقص من ممتلكاته الخاصة، لأن ذلك يعلمه كيفية المحافظة على ممتلكاته ويعلمه عدم العدوان على ممتلكات الغير، وأن هناك حدوداً يجب أن نتعامل في إطارها (ياسين، ١٩٨٨).

*** العمل على تغيير أسلوب المعاملة مع الطفل السارق:**

يجب على الآباء والمربين عدم وصف الطفل باللصوية ولو تهكماً، أو اللجوء إلى العقاب البدني المبرح، وذلك حفاظاً على سلامة البناء النفسي للطفل، فالإنسان السعيد لا يسرق قهراً ولا باستمرار.

ثانياً - الكذب Lying

مفهوم الكذب ومظاهره:

يعني الكذب ذكر شيء غير حقيقي في القول والعمل والسلوك وبنية غش أو خداع شخص آخر من أجل الحصول على فائدة أو التملص من أشياء غير سارة. فالكذب عادة واتجاه غير سوي يكتسبه الطفل من البيئة التي يعيش فيها. والكذب نزعة خطيرة وسلوك اجتماعي غير صحيح ينتج عنه الكثير من المشكلات الاجتماعية. بالإضافة إلى أنه يعود الطفل هذا السلوك فينشأ كذاباً. ولكن الكذب الذي يشغل بال الآباء والأمهات والمربين قد يكون بحكم مرحلة النمو التي يمرون بها. فالطفل يكذب رغبة منه في جذب انتباه الآخرين.

كما يجد الأطفال في سن ما قبل المدرسة الابتدائية (في سن ٤ . ٥ سنوات) صعوبة في التمييز بين الخيال والواقع، مما يجعلهم عرضة للوقوع في الكذب، وهو عند هؤلاء الأطفال قد يكون حالة عارضة ومألوفة، وبالرغم من ذلك فإن له دوافع وقوى نفسية تؤثر في سلوك الطفل. أما الكذب عند أطفال المدرسة الابتدائية فهو يكون من نوع الكذب اللا اجتماعي «Antisocial». حيث يتم الكذب عن قصد لينفي الطفل عن نفسه تهمة، أو ليدفع عن نفسه عقوبة أو ضرراً ما، أو للحصول على مكاسب، أو ليحط من قدر الآخرين، أو للانتقام نتيجة الشعور بالغيرة. فالأطفال يختلفون في مستوى نموهم الأخلاقي وفي فهمهم للصدق، حيث أن صدق

الأطفال هو صدق لفظي. ويميز بياجيه «Piaget» بين ثلاث مراحل لمعتقدات الأطفال حول الكذب وهذه المراحل هي (شيفر، شارلز، وآخرون، ١٩٨٩):
المرحلة الأولى: يعتقد الطفل بأن الكذب خطأ لأنه موضوع تتم معاقبته من قبل الكبار، ولو تم إلغاء العقاب لأصبح الكذب مقبولاً.
المرحلة الثانية: يصبح الكذب شيئاً خاطئاً بحد ذاته، ويظل كذلك حتى لو تم إلغاء العقوبة.

المرحلة الثالثة: الكذب خطأ لأنه يتعارض مع التعاطف والاحترام المتبادل. ولمعرفة مستوى المرحلة التي وصل إليها الطفل يمكن طرح الأسئلة التالية:

- لماذا يُعتبر ذكر الأكاذيب خطأ؟
- هل يكون مناسباً أن تكذب إذا لم يعلم أحد، ولم يقم أحد بمعاقبتك على ذلك؟
- والجدير بالذكر فإن معظم الأطفال يكونون في المرحلة الثانية (في عمر ست سنوات)، وفي المرحلة الثالثة يكون حوالي ثلث الأطفال من عمر ١٢ سنة.

أنواع الكذب:

توجد أنواع عديدة للكذب عند الأطفال منها:

١. **كذب التقليد:** يكون هذا النوع من الكذب تقليداً للناس الذين يعيش معهم كالآباء والأمهات أو أحد الزملاء الذي يعجب بشخصيته.
٢. **الكذب الخيالي:** وهنا يكذب الطفل لأنه يتخيل الأشياء وكأنها حقيقة واقعة، ولكنها في الواقع تكون من نسج خياله. وهذا النوع من الكذب يعبر عما يعانيه الطفل في الأسرة.

- ٣ . الكذب الالتهاسي: ويكون نتيجة الخلط بين الواقع والخيال.
 - ٤ . الكذب الادعائي: يكذب الطفل مدعياً وجود شيء ما عنده لشعوره بالنقص.
 - ٥ . الكذب الانتقامي: يكذب الطفل وفقاً لذلك من أجل إبعاد التهمة عنه، وينسبها لغيره.
 - ٦ . الكذب من أجل الامتلاك: وحسب هذا النوع من الكذب، يكذب الطفل ليستحوذ على بعض الأشياء التي يرغب فيها، ولا يستطيع الحصول عليها بالطرق الصحيحة. كما توجد أنواع أخرى كثيرة للكذب مثل الكذب الغرضي أو الأناني، والكذب الدفاعي، والكذب العنادي.. وغير ذلك من أنواع الكذب.
- أسباب الكذب:**

- توجد أسباب عديدة لكذب الأطفال، ويمكن تصنيف هذه الأسباب وفقاً للآتي:
- ١ - تقليد سلوك الراشدين: فالطفل يتعلم الكذب من قدوة سيئة سواء في الأسرة أو المدرسة أو المجتمع (كذب العدوى) (السيد الهابط، ١٩٨٣). فمن المعروف أن الطفل يتعلم الصدق أيضاً من الكبار المحيطين به، فإذا كانوا يلتزمون في أقوالهم وأفعالهم حدود الصدق المرعية يمكن أن يقلدهم في ذلك. أما إذا نشأ في بيئة تقوم على الخداع وعدم المصارحة وإظهار الشك في صدق الآخرين، فإن ذلك يؤدي به إلى اتباع هذه الأساليب، وسوف يتبع الكذب في تعامله مع الآخرين.
 - ٢ - يكذب الطفل للهروب من النتائج غير السارة، أو لفشله في تحقيق النجاح، وخوفاً من العقاب أو توقع وقوعه. فالعقاب إذا كان مطرداً قاسياً لا يتناسب وما يتطلبه الموقف أدى إلى اتخاذ الكذب وسيلة للوقاية (الكذب الدفاعي)، ولكن الكذب

كثيراً ما لا يحقق الغرض من حدوثه. فالأطفال كثيراً ما يندفعون في استخدام الكذب كسلاح غريزي لوقاية أنفسهم من العقاب، أو إذا ثبت للطفل أن الأمانة والصراحة لا تساعدانه في التخفيف من العقاب.

٣- **كما يكذب الأطفال نتيجة الشعور بالنقص.** فالطفل يلجأ في سبيل المفاخرة بقيمته الذاتية إلى المبالغة في بعض المواقف التي قام بدور فيها. كما ينسج الطفل قصصاً خيالية تكون محتوياتها ملفقة من قبله حتى لا يتجاهل الناس أمره. فالطفل يكذب ليلفت انتباه الوالدين، وكتعبير لا شعوري لإشباع حاجته إلى الأمن والحصول على حنان الوالدين.

٤- **الصرامة في المعاملة:** فقد يؤدي قلق الوالدين على أطفالهم، والتشدد في تنشئتهم على الصدق، حيث يدققون في كل عبارة تصدر عنهم، والتضييق عليهم في كل صغيرة أو كبيرة تصدر عنهم، تؤدي بالطفل إلى اللجوء إلى الكذب كمحاولة للظهور بالمظهر الذي يرغبه الوالدان. كما أن الإفراط في تدليل الطفل في صغره، ثم تغير أسلوب المعاملة بعد ذلك يشعر الطفل أن الأمر السابق «التدليل» قد تغير- وهذا ما يرفضه الطفل- ويدفعه إلى التمارض والكذب المرضي بغية العودة إلى ما كان عليه (الكذب الادعائي).

٥- **للمجتمع تأثير كبير في الطفل، حيث يدرّب أحياناً على المواربة والنفاق الاجتماعي وانتحال الأعذار الواهية والنجاح بوساطتها، وإسقاط الذنب على الآخرين، والهروب من المسؤولية والواجب.** فإذا نشأ الطفل في بيئة تحترم الحق وتلتزم الصدق بقدر دعوتها إليه، كان من الطبيعي أن يلتزم الطفل الصدق، أما إذا

سمع الطفل أحد أبويه مراراً يتشكك في صدق الآخرين، أو شاهد أمه تتملص من المسؤولية الملقاة عليها بادعاء المرض، أو إذا اشترك أحد الأبوين في خداع الآخر، أو إذا تم وعد الطفل مرات عديدة دون الوفاء بذلك، فالطفل في مثل هذه الظروف يتعلم أسلوب الخداع والغش والكذب المتكرر.

٦- كما يكذب الطفل أحياناً كـرغبة في تحقيق غرض شخصي، كأن يذهب الطفل إلى أبيه ويطلب منه النقود مدعياً أن والدته أرسلته لإحضار ذلك لقضاء بعض الحوائج، في حين أن الواقع أن الطفل يريد هذه النقود لشراء بعض حوائجه هو.

٧- كما يكذب الطفل أيضاً ليتهم غيره باتهامات يترتب عليها عقابهم أو سوء سمعتهم. ويحدث هذا النوع من الكذب الانتقامي نتيجة الغيرة التي يشعر بها الطفل، أو نتيجة عدم المساواة في المعاملة بين الأبناء.

٨- كما أن صغر عمر الطفل وعدم قدرته على التمييز بين الواقع والخيال قبل سن الخامسة يؤدي به إلى ذكر بعض الأماني والرغبات والإفصاح عنها بطريقة ممكنة التحقيق. وهذا النوع من الكذب مرتبط بالناحية الخرافية والأسطورية، والتي تكون قد تكونت نتيجة ذكر بعض القصص من الجد أو الأب قبل ذهابه إلى النوم مثلاً. فالطفل هناك لا يفرق بين الواقع والخيال وتلتبس عليه الأمور، وينتج عنده تداخل في الفهم، ويصعب التفريق بينها (الكذب الخيالي، أو الالتباسي).

٩- بعض الأطفال يكذبون على سبيل اللعب، وذلك رغبة منهم في رؤية تأثير كذبهم في المستمعين، ويشعرون بالسرور (Breckenridge، في العيسوي، ١٩٩٠).

١٠ - بالإضافة إلى ذلك فقد يكذب الطفل بدافع الولاء لطفل آخر، وذلك رغبة منه في تخليصه من مشكلة أو ورطة معينة. فالطفل هنا يقع في صراع عندما يتعارض شعوره نحو أصدقائه مع مبدأ الصدق.

الوقاية والعلاج:

١ - يحتاج الكذب إلى علاج نفسي في عمر مبكر من سن الطفل، خاصة إذا تطور مع نمو الطفل في العمر وأصبح ظاهرة ملازمة لحياته. فالطفل يقوم بالمبالغة والتهويل واختلاق الأقاويل وتلفيق التهم هنا وهناك، الأمر الذي يخلق شعوراً بعدم تصديقه من قبل أبويه ثم أقرانه ومعلميه، مما يولد عنده عدم حبه واحترامه من قبلهم، وهذا بدوره يفقده مكانته الاجتماعية.

٢ - لابد من البحث عن كل الأسباب الكامنة وراء الكذب والعمل على تحاشيها مع إعداد نظام تربوي «سلوكي» للطفل تطبقه الأسرة والمدرسة وكل من له علاقة بالطفل. ولهذا فلا بد من إعطاء الطفل المزيد من الثناء والتقدير لذاته ولما يقوم به، ولا بد من التعامل مع الطفل بصورة أقل قسوة، ولا بد أن تكون توقعات الراشدين من الطفل معقولة، كما يجب أن نحصل على المعلومات عن الطفل من مصادر أخرى، والعمل على تقديم إرشاد متخصص للطفل وأسرته.

٣ - لا بد من تعليم القيم الأخلاقية للطفل Teach Moral Values: لا بد من التأكيد على أن الصدق هو أمر أخلاقي ومفيد للشخص وللآخرين. كما لابد من تبصرة الطفل بأهمية الصدق في القول والفعل وتشجيعه عليه باستمرار. فالاحترام المتبادل والثقة تبنى على أساس الاتصال الصادق بين الأفراد وأن كلمة الشخص لها

أهمية كبيرة. ولا بد من التأكيد أيضاً على أن الصدق أمر متوقع من جميع أفراد العائلة طالما أنه جزء من معاييرها الأخلاقية، مما يدفعهم إلى قول الصدق دون خوف أو عقاب، بالإضافة إلى ذلك فلا بد من عدم التغاضي عن كذب مرحلة الطفولة أو الاستهانة به.

٤ - أن يتصف الآباء والكبار المحيطون بالطفل بالصدق، وإظهار احترامهم وإعجابهم بالصادقين في أقوالهم وأفعالهم. بالإضافة إلى ضرورة حرص الآباء على عدم إعطاء وعود لأبنائهم إذا كانوا غير قادرين على تنفيذها (الغزي، ١٩٧٦). فالتزام الآباء والمربين بحدود الصدق مع أبنائهم قولاً وفعلاً شيء ضروري للأطفال ليقلدوا سلوكهم وينهجوا نهجهم في توكي الصدق قولاً وفعلاً. كما يجب علينا كأباء ومعلمين عدم زج الطفل في مواقف يضطر فيها إلى الكذب، وألا نبالغ في عدم تصديقه على كل عمل يقوم به لأن هذا الأسلوب لا يجدي كثيراً في علاج الكذب.

٥ - استخدام الثواب والعقاب: لا بد أن يتعلم الطفل من خلال الخبرة أن الكذب لن يؤدي إلى النجاح، وأن الصدق سوف يؤدي إلى تخفيض العقوبة التي يتلقاها نتيجة سوء تصرفه، وأن الكذب الذي يؤدي إلى التستر على سلوك لا اجتماعي لن يؤدي إلا إلى مزيد من العقوبة.

٦ - تنمية الوعي الذاتي عند الطفل، وإعطائه فرصة أخرى لتحاشي الكذب مع التشجيع على الأمانة وقول الصدق بدلاً من استمرار الزجر والعقاب. فالطفل عندما يكذب بإنكاره أنه قام بفعل شيء ما، لا بد من مساعدته على التعرف إلى دوره في الموقف المشكل، وذلك بجعله يتحدث عن كل مرحلة من مراحل الموقف فمثلاً يمكن

القول له: «أريد أن أعرف كل ما حصل منذ البداية وحتى النهاية». ولابد من مساعدته على التركيز حول ما ذكر ليظهر له أنك تشك في أن بعض الأجزاء التي ذكرت غير دقيقة وغير صادقة. وعندما يعود الطفل ويتفحص الموقف، فإنه يرى نفسه على خطأ، وأين أخطأ؟ وأين بالغ في وصف الواقع؟ ولا بد من إظهار الموافقة مع الطفل كلما كان على حق وكان واضحاً في كلامه (شيفر وميلمان، ١٩٨٩).

٧ - إعطاء الطفل البدائل والخيارات والاختيار بين الصدق والكذب كنموذجين في السلوك لبناء معيار الخير والشر في ضميره ووجدانه بثبات وبقناعة ذاتية لا بمخاوف خارجية سلطوية مؤقتة التأثير، وإعطاؤه الفرصة للتنفيس عن أحلام اليقظة لديه لتظهر على شكل تعبير صادق عن أحاسيسه بالرسوم والنشاطات والألعاب وممارسة الهوايات بدلاً من خروجها من صندوق الكبت اللاشعوري على شكل أكاذيب مفاجئة للأبوين والرفاق والمعلمين في المدرسة (ياسين، ١٩٨٨).

٨ - العمل على إشباع حاجات الطفل قدر المستطاع، وتوجيه الطفل إلى قول الصدق، وتوجيه سلوكه نحو الأعمال التي تتناسب وقدراته الطبيعية مما يشعره بالنجاح، ويشبع حاجته إلى الرضا والسعادة. أما تكليفه بالأعمال التي تفوق قدراته واستعداداته فإنه يشعر بالفشل، ويوقعه بالإحباط، ويشعره بالنقص والضعف.

٩ - التقليل ما أمكن من العقاب (وخاصة البدني) والنوم والتوبيخ لما لذلك من أثر عكسي. فشدة العقاب تعمل على تبدل الإحساس وتجعل الطفل يتعوده، ويحدث تثبيتاً على السلوك غير السوي، أي عكس ما يرغب الراشدون.

ولا بد من أن نشعر أبناءنا بثقتنا بهم، حتى يشعروا بالثقة بأنفسهم وبمجتمعهم، مما يجعلهم يقولون الصدق دون الخوف من العقاب. كما أن الحكمة والصبر في التعامل مع الأطفال الذين يلجأون إلى الكذب يقلل من سلوك الكذب لديهم.

١٠ - استشارة الاختصاصي النفسي عندما يزداد كذب الطفل كلما تقدم في العمر بدون مبرر وفي معظم المناسبات، وذلك من أجل تقديم المساعدة اللازمة.

ثالثاً - التمرد (العصيان) Disobedience

مفهوم التمرد ومظاهره:

من المشكلات العامة التي تشغل تفكير الآباء والمربين في مرحلة الطفولة المبكرة هي مشكلة التمرد والعناد عند الطفل، حيث يرى العديد من الباحثين (شيفر وميلمان، ١٩٨٩؛ حسين، ١٩٨٦) أن هذه المشكلة تصل ذروتها ما بين سن الثانية والرابعة من العمر. كما يرى جونسون (Johnson, 1973) أن حوالي ثلث مشكلات الأطفال لها علاقة بالتمرد أو العصيان.

ولهذا نرى بأن التمرد سلوك يظهر عند الطفل على شكل مقاومة علنية أو مستترة لما يطلب منه من قبل الآخرين من دون عذر منطقي، وذلك نتيجة شعوره بالقسوة والتسلط وما يؤدي إليه من عجز عن القيام برد فعل تجاه ذلك. فالطفل في هذه المرحلة من العمر يصعب عليه تعلم عمل الأشياء في الوقت المحدد الذي يجب أن تعمل فيه. ويتبرم الكثير من الآباء من سلوك عدم الطاعة الذي يظهر عند الطفل،

ويتساءلون عن كيفية تعليم الطفل أن يفعل ما يطلب منه في الوقت المحدد. من جهة أخرى فإن سلوك التمرد والعناد هو سلوك طبيعي ومعقول وتعبير صحي عن الأنا النامية التي تسعى إلى الاستقلال والتوجيه الذاتي إذا ظهر أحياناً في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، أما إذا تكرر واستمر هذا السلوك إلى فترة طويلة فإن ذلك يعد مؤشراً على عدم السواء، وقد يطور عادات سلبية لديه بحيث يظهر سلوك العناد عنده في جميع المواقف دون أن يكون هناك أي مبرر منطقي لذلك، وفي هذه الحالة يكون العناد أساساً لنوع من اضطرابات الشخصية عند الكبار، وهو ما يسمى بالشخصية السلبية العدوانية.

الأسباب:

إن أسباب العناد كثيرة ومتشابهة خاصة إذا ظهرت في سن ما بعد السادسة من العمر. ويمكن ذكر أهم هذه الأسباب فيما يلي:

١ - التساهل المفرط في معاملة الطفل (التدليل الزائد) بحيث يلبي الوالدان كل طلبات الطفل مهما كانت، وذلك ظناً منهما بأن ذلك يكون في صالحه وراحته مما ينعكس سلباً على سلوكه وشخصيته، ويجعله يلجأ إلى التمرد والعصيان في أي موقف في أثناء تعامله مع الآخرين.

٢ - القسوة المفرطة من قبل الوالدين في تعاملهما مع الطفل، وإجباره اتباع نظام معين في المعاملة، وآداب الطعام، والنقد المستمر لسلوكه، وطلب الطاعة الفورية منه بغض النظر عن شعوره واهتماماته في تلك اللحظة.

٣- **التذبذب في المعاملة:** إذ يلجأ الوالدان إلى القسوة المفرطة حيناً، وفي حين آخر يتساهلان بشكل مفرط مع الطفل في أثناء ردود الفعل نحو سلوكيات معينة يقوم بها. بالإضافة إلى ذلك فإن عدم اتفاق الوالدين على كيفية التعامل مع الطفل يؤدي إلى تفكك شخصيته واضطرابه وعدم استقراره النفسي، مما يؤدي به إلى العصيان والتمرد على أوامر الوالدين.

٤- **إهمال الوالدين لدور الأبوة:** هناك الكثير من الظروف التي تحيق بالوالدين وتعوق قيامهما بمهمة تربية الأبناء بشكل صحيح. فمطالب العمل الكثيرة والانشغال الزائد، بالإضافة إلى النزاع والشقاق المستمر بينهما والذي قد يؤدي إلى الطلاق، أو المشكلات الشخصية التي يتعرض لها أحد الوالدين أو كلاهما قد تؤدي إلى إهمال الطفل مما يولد عن ذلك سلوك الرفض والعناد عنده.

٥- **شعور الطفل بعدم الأمن والأمان:** يعاني الطفل من اضطرابات نفسية عندما لا يشعر بالأمن والحب في محيطه الأسري مما يجعله يسلك سلوك الرفض والعناد، والذي يظهر على شكل رفض للسلطة، ورفض للنوم، ورفض لطاعة الوالدين. فالقلق والصراخ المتكرر عند الطفل دليل على ما يعانيه من إحباط.

٦- **رغبة الطفل في تأكيد ذاته:** يمر الطفل في نموه النفسي بمراحل عديدة، وحينما تظهر عليه علامات العناد غير المبالغ فيه، فإن ذلك دليل على مرحلة نمو طبيعية، حيث تساعده هذه المرحلة على الاستقرار وإثبات الذات ولفت الأنظار إليه والاستقلال عن الآخرين والتأثير فيهم وتمكنه من تكوين قوة الإرادة، ولكنه سرعان ما يتعلم فيما بعد أن العناد ليس بالطريقة السوية لتحقيق مطالبه ولا بد له من استخدام

طرائق أفضل في تحقيق مثل هذه المطالب.

٧- **يظهر العناد كرد فعل ضد العجز والاعتمادية:** يظهر العناد عند الطفل كدفاع ضد شعوره بالعجز والقصور، أو كدفاع ضد الاعتماد الزائد على الوالدين أو أحدهما. كما يظهر كترجمة لحالة الضيق الشديد وتفريغ التوتر الذي يعاني منه.

٨- **تفضيل الوالدين أحد الأبناء دون الآخرين،** مما يدفع بالطفل المنبوذ أو المهمل إلى اللجوء إلى سلوك انتقامي ضد الوالدين أو قد يلجأ إلى سلوك يجتذب فيه انتباه الوالدين والمحيطين وذلك من خلال العناد والعصيان لأوامر الوالدين ومتطلباتهما.

٩- **محاكاة الطفل لأحد أبويه:** فاتجاهات الأبوين نحو السلطة والقانون تؤثر في اتجاهات الأبناء، فإذا أظهر الأبوان القليل من الاحترام للسلطة والنظام والقانون، فإن ذلك يؤدي بأطفالهم إلى عدم احترام الراشدين وسلطتهم والعكس صحيح. كما أن إصرار الطفل على رأيه يكون تقليداً لأبيه أو أمه عندما يصممان على أن يفعل الطفل شيئاً دون إقناعه بسبب تصرفهما.

١٠- **يلعب ذكاء الطفل دوراً أساسياً في التمرد والعصيان،** فإذا كان الطفل قليل الذكاء، مال إلى عدم الطاعة والعصيان، حيث أنه لا يستطيع بسهولة توقع نتائج تصرفاته بعكس الطفل الذكي الذي يمكنه أن يتوقع بسهولة نتائج تصرفاته، ويميل إلى تأجيل إشبعاته الفورية في سبيل تحقيق أهداف آجلة.

الوقاية والعلاج:

إن أهم طرق الوقاية والعلاج في عناد أو عصيانهم الأطفال يكون بما يلي:

أ- **الاعتدال في المعاملة:** وهذا يعني بأن تكون مطالب الأبوين من الطفل معقولة وبإمكان الطفل تنفيذها. أما إذا ظهر سلوك التمرد والعصيان عند الطفل، عندها يمكن للوالدين أن يثيروا بعبارات معينة إلى الأثر المزعج لسلوك العصيان ومشاعرهما نحو ذلك.

كما يجب أن نتوقع عدم الطاعة الفورية من الطفل دائماً، ولهذا يمكن أن يُعطى تحذيراً مسبقاً (لمدة ٥ دقائق) قبل تنفيذ ما يطلب منه. كما يجب السماح له بالتعبير عن مشاعره التي تسبب له الضيق ومساعدته في ذلك، مثل: «أنا أكره تنظيف الغرفة» وهذا لا يعني رفض الطفل للتنظيف، وإنما عبارة تعبر عما يشعر به فقط.

ب - **الثبات في المعاملة:** يجب ألا يكون هناك تذبذب في معاملة الطفل، مرة نتساهل معه في فرض القواعد، ومرة نتشدد معه. ولذلك لابد من أن يتم احترام القواعد التي نضعها من قبل الطفل وعدم السماح بتجاوزها إلا في الحالات الطارئة والنادرة جداً. ويجب عدم السماح للطفل بخرق القواعد من خلال ثورات الغضب التي يبديها، ويجب تنفيذ الجزاء معه بهدوء والابتعاد عن الغضب الشديد وكل ما يؤدي إلى التطرف وذلك لتعطي الطفل انطباعاً بأنك إيجابي نحوه، وأنت واثق من أنه سيتبع تعليماتك.

ج- **التشجيع المستمر للطفل** من خلال استخدام كلمات إيجابية معه، وإقناعه بتطبيق ما نطلب منه، والابتعاد عن أسلوب التحدي والعناد، وذلك من خلال سرد بعض القصص الدالة على سوء عاقبة العناد وفضل قبول التوجيه والنصيحة.

د- العمل على توفير الأمن والأمان للطفل، في جو أسري مفعم بالمحبة والحنان والثقة والعمل على احترام شخصيته، وتأكيد ذاته، وعدم مقارنته بالأطفال الآخرين، وعدم التشكي من الطفل أمام الآخرين حتى لا يشعر بالقوة والسيطرة على الوالدين وقدرته على التحكم فيهما مما يزيد في العناد.

فالعلاقة الحميمة مع الطفل تشعره بالأمن، ويمزج من المحبة، ويصبح أكثر ميلاً إلى الطاعة. فالطريقة التي يشعر بها الأطفال نحونا تحدد طريقتهم في الاستجابة للنظام الذي يفرضه، كما أنه كلما زاد حب الطفل لنا كان تقبله لتوجيهاتنا أفضل، فالعلاقة الوثيقة مع الطفل كفيلة بجلب سلوك المحبة والثقة.

هـ- عدم التمييز في معاملة الأطفال لأي سبب كان، لأن ذلك يثير في نفوس الأطفال الشعور بالغيرة ويؤدي إلى التمرد والعصيان.

و- توفير القدوة المناسبة: فالأب الذي يحترم قواعد المرور، ويتحدث عن رجل الأمن بشكل جيد، فمن المرجح أن يكون الأطفال أكثر امتثالاً للسلطة والطاعة من سلوك التمرد والعصيان.

ز- الثواب والعقاب: لابد من الثناء على سلوك الطاعة عند الطفل في كل مرة يقوم بذلك. كما أن الجزاء المادي لسلوك الطاعة يكون فعالاً عند الأطفال من عمر ١٢ سنة وما دون ذلك (مثل مشاهدة التلفزيون، أو قطعة حلوى.. إلخ).

وفي أحيان أخرى لابد من فرض جزاء أو عقاب على الطفل في كل مرة لا يمتثل للطاعة ويميل إلى العناد والعصيان. فالطفل الذي يتأخر مثلاً عن الحضور في الموعد المناسب إلى المنزل يفرض عليه عقوبة عدم مغادرة المنزل مساءً ليلة واحدة

إذا كان التأخير ١٥ دقيقة، وإذا كان التأخير ٣٠ دقيقة يُحرم ليلتين من مغادرة المنزل مساءً. ومن الممكن أن ينذر الطفل بعقوبة العزل إذا لم يتقيد بالتعليمات واستمر في ذلك.

ح- تجاهل السلوك غير المرغوب فيه: من المفضل تجاهل سلوك التمرد والعصيان في الحالات البسيطة دون الدخول في مجادلات مع الطفل، لأن الاهتمام بالسلوك السلبي عند الطفل قد يؤدي إلى تعزيزه. وفي الوقت الذي نؤكد فيه على ضرورة تجاهل سلوك عدم الطاعة تجاهلاً تاماً نؤكد على ضرورة إبداء الاهتمام الكلي لسلوك الطاعة، فقد وجد أن مثل هذا التحول في انتباه الأبوين فعال في خفض سلوك المعارضة بشكل ظاهر عند الطفل في سن ما قبل المدرسة (شيفر وميلمان، ١٩٨٩).

ط- ضرورة التعاون بين المنزل والروضة والمدرسة في التخلص من سلوك التمرد أو العصيان عند الطفل. فمعرفة كل من الوالدين والمربين في الروضة والمدرسة بحقائق نمو الطفل، وحقيقة ظهور العناد في مراحل نمو معينة عند الطفل كفيل بوضع برامج وقائية وعلاجية للتخلص من هذا السلوك اللااجتماعي عند الطفل.

رابعاً - مشكلة جنوح الأحداث:

عرفت مشكلة جنوح الأحداث منذ أكثر من ستة آلاف سنة في عهد الفراعنة، حيث نقش أحد كهنة الفراعنة على حجر قائلاً: "إن العالم يتدهور وينحط...ذلك لأن الأبناء لم يعودوا يطيعون آباءهم". وفي الوقت الحاضر ازداد عدد المراهقين الذين يرتكبون المخالفات ازدياداً ملحوظاً، حيث نجد الكثير من حوادث السرقة، والتشرد، والاغتصاب، وارتكاب جرائم القتل، وتعاطي المخدرات. فكثيراً ما نسمع شكاوى المعلمين ومديري المدارس من اعتداء بعض طلاب المرحلتين المتوسطة والثانوية على مدرسيهم، أو أنهم يرتكبون سلوكيات تدل على سوء الخلق، أو يشتركون في عصابات سرقة، أو قتل، أو غير ذلك من أفعال.

كما وُجد في عام (١٩٧٦) في مدينة شيكاغو الأمريكية، أن ثلث جرائم القتل ارتكبتها مراهقون دون سن العشرين، وأن ما يقرب من ثلث الجرائم الخطيرة التي وقعت في عام (١٩٧٧) ارتكبتها شباب دون سن الثامنة عشرة، وأن ما يقرب من ثلثها ارتكبه شباب دون سن الرابعة والعشرين (مسن، وآخرون، ١٩٨٦).

تعريف جنوح الأحداث:

عرّف المفدى (٢٠٠٢: ٣٧١) جنوح الأحداث بأنه "السلوك الإجرامي الصادر من الشخص الذي تجاوز عمره سبع سنوات ولم يصل إلى السن القانونية للتكليف". ومن المعروف أن السن القانونية الذي تأخذ به معظم المجتمعات هو سن الثامنة عشرة، حيث تبين الإحصاءات أن معظم الجانحين هم من المراهقين، وأن نسبة قليلة

منهم يكونون في مرحلة الطفولة.

وبناءً على ذلك يعرف (الزعبي، ٢٠٠٨: ١٦٢) الجنوح بأنه: سلوك عدواني شديد، يعبر من خلاله الجانح عما يعانيه من سوء توافق نفسي واجتماعي، والذي يظهر على شكل تمرد أو رفض للمعايير والقيم الأخلاقية والاجتماعية والدينية السائدة في المجتمع الذي يعيش فيه.

الفروق بين الجنسين في الجنوح:

تؤكد الدراسات التي أجريت في بيئات عربية وأجنبية أن نسبة الجنوح عند الذكور أعلى من نسبة الجنوح بين الإناث. فقد ذكر الحافظ (١٩٨١) أن أكثر حالات الجنوح عند الذكور تتم قبل بلوغهم سن العاشرة من العمر، حيث تم القبض ولعدة سنوات على الأولاد الذكور بسبب أنواع من السلوك أكثر عدوانية مثل السرقة، وجرائم القتل، والسطو، والاختلاس. أما الإناث فيتهمن بمخالفات مثل الهروب من المنزل، والتمرد على سلطة الأسرة، وارتكاب السلوك الجنسي الغيري. كما وجد في الولايات المتحدة الأمريكية أن ٨١% من الجانحين الذين تم القبض عليهم بسبب جرائم العنف كانوا من الذكور، وأن نسبة مخالفات الذكور إلى الإناث هي (٣,٥) إلى (١).

كما أظهرت الدراسات أن نسبة الجانحين من المراهقين ممن ينتمون إلى المستويات الاجتماعية والاقتصادية المتدنية أكثر من نسبة الجانحين ممن ينتمون إلى المستويات الاجتماعية والاقتصادية المتوسطة (قناوي، ١٩٩٢).

أسباب جنوح الأحداث:

توجد أسباب عديدة لجنوح الأحداث منها:

١- اضطراب العلاقات بين الوالدين والأبناء:

إن العلاقات المتوترة بين الآباء والأبناء تؤدي إلى الكراهية المتبادلة، والنبذ، وسوء الانسجام الأسري، والبلادة العاطفية. كما يتميز أسلوب المراهق الجانح بالقسوة واستخدام العقاب الجسدي أو الإهمال والتراخي والتغاضي عن السلوكيات غير الاجتماعية، والميل إلى السخرية من أبنائه وتحقيرهم ووصفهم بالسيئين والمنحرفين، كما يكثر غيابه عن المنزل بسبب انشغاله بأعماله الكثيرة على حساب الأسرة، ولا يهتمون بمستقبل أبنائهم. أما أمهات الجانحين فيتصفن بأنهن مهملات، ويتسمن بالعدائية تجاه أبنائهن، ولا يتحملن المسؤولية. ولذلك يمكن القول إن الأسر المفككة لا تشبع لدى أبنائها الحب والعطف الوالدي، ولا يشعر فيها الأبناء بالأمن والأمان، مما يجعلهم أكثر عرضة للجنوح والانحراف. ويذكر قشقوش (١٩٨٠) أن آباء الجانحين أكثر ميلاً إلى إعطاء أبنائهم قدراً أكبر من الاستقلال الشخصي، وإحاطتهم بنظام تسيبي مثل الليونة والإهمال، كما أنهم أقل إيجابية نحو أبنائهم.

٢- اضطراب العلاقات بين الوالدين:

إن العلاقات المضطربة بين الوالدين تؤدي إلى سلوكيات غير سليمة سواء نحو بعضهما بعضاً، أو نحو الأبناء، مما ينجم عن ذلك الكراهية بين أعضاء الأسرة وعدم اكتراث كل عضو من أعضاء الأسرة بالآخر، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى جنوح المراهقين، لأن رقابة الوالدين على الأبناء تضعف أو تكون في حدودها الدنيا.

وتذكر قناوي (١٩٩٢) أن القصور الشخصي والزواجي لدى الآباء يرتبط بالقصور لدى الأبناء، فقد تبين أن احتمال انتماء الأولاد الجانحين إلى آباء مضطربين نفسياً يكون أكبر مما هو عليه في حالة الأولاد العاديين. ويرى جلوك وجلوك (Glueck & Glueck, 1970) أن ٤٤% من المراهقين الجانحين ينتمون إلى آباء مضطربين نفسياً.

٣- الصحة السيئة:

من الأسباب التي تؤدي إلى الجنوح عند المراهقين في كثير من الأحيان ضغط جماعة الأقران (الرفاق)، فالمرهق يميل إلى تكوين صحة سيئة أحياناً داخل المدرسة أو مع آباء الحي، مما يجعلهم يسلكون سلوكيات خاطئة، كالهروب من المدرسة، وما يؤدي إليه من تأخر أو فشل دراسي، وقد يرتكبون الكثير من المخالفات الاجتماعية كالسرقة والاعتداء على أملاك الآخرين أو أعراضهم... الخ.

٤- أسباب نفسية:

إن شعور المراهق بالإحباط المتكرر، والحرمان العاطفي والانفعالي، وعدم الشعور بالأمن النفسي، يؤدي إلى تكوين مفهوم ذات سالب لديه، وإلى انخفاض في تقدير ذاته، مما يشعره بكراهية ذاته، وأنه غير أهل للقيام بكثير من الأعمال. وهذه المشاعر عند المراهق تجعله يقوم بسلوكيات دفاعية مثل التمرد، والميل للتخريب، وكثرة الشك والريبة، كما يتصف سلوكه بالرعونة والاندفاعية وعدم القدرة على ضبط النفس. وبناء على ذلك فإن هذه الحالة النفسية التي يعيشها المراهق تجعله مضطراً للقيام

بتفريغ شحناته الانفعالية وتوجيهها على شكل سلوكيات جانحة وغير متفقة مع قوانين المجتمع وعاداته وقيمه.

٥- انخفاض مستوى الذكاء:

يذكر المفدى (٢٠٠٢) أن متوسط ذكاء مجموعة الجانحين أقل من متوسط ذكاء مجموعة غير الجانحين، وهذا يعود من جهة إلى أن انخفاض مستوى الذكاء لا يمكن الشخص من استيعاب القيم الاجتماعية المناسبة، ومعرفة سبل النجاح في الحياة بشكل صحيح، كما لا يجعله يدرك عواقب السلوك الخاطئ. كما يؤدي الجنوح إلى الفشل الدراسي مما يهيئ ظروفًا نفسية ومعيشية تساعد على الجنوح.

٦- أسباب اقتصادية:

يكثر الجنوح بين المراهقين الذين ينتمون إلى أسر فقيرة، حيث تضطر هذه الأسر إلى العيش في أحياء فقيرة في أطراف المدن مما يهيئ الفرص لتعلم السلوك المضاد للمجتمع من الأصحاب الجانحين. ففي إحدى الدراسات التي أجريت على (٧٣٤) جانحاً في الولايات المتحدة الأمريكية، تبين أن ٦٣% من هؤلاء كانوا يسكنون في بيوت فقيرة، وأن ٢٥% منهم كانت الأحوال المادية حسنة، وأن ١٢% منهم فقط قد انحدروا من بيوت جيدة. ولذلك فإن أبناء الطبقات الفقيرة يسكنون في أحياء خاصة بالأقليات مما يهيئ الفرصة لأبنائها للانضمام إلى عصابات الجانحين، حيث أصبحت هذه الجماعات في السنوات الأخيرة في الولايات المتحدة الأمريكية شديدة العنف والخطورة. ولكن هذا لا يعني عدم وجود الانحراف والجنوح في

الطبقات المتوسطة والغنية. ولكن يمكن القول إن نسبة الجنوح في الطبقات الفقيرة هي أعلى منها في الطبقتين الوسطى والغنية، وقد لا تعكس نسبة الجانحين في الطبقات الغنية غالباً الواقع في كثير من المجتمعات لاعتبارات كثيرة.

٧- الخبرات المدرسية السيئة:

يمر بعض الطلاب في المدرستين الوسطى والثانوية بخبرات مدرسية قاسية وسيئة في آن واحد معاً، وذلك نتيجة التأخر الدراسي، أو قسوة بعض المعلمين وتعاملهم السيئ مع الطلاب، مما يجعل بعض الطلاب لا يتحملون هذه الخبرات المؤلمة، ويدفعهم إلى سلوك انتقامي تخريبي أحياناً أو اعتداء جسدي على بعض المعلمين، أو غير ذلك من سلوكيات طائشة وغير مسؤولة.

طرق الوقاية والعلاج من جنوح الأحداث:

إن أولى خطوات العلاج هي أن ننظر إلى السلوك الجانح على أنه عرض وليس مرضاً. وأن تبني نظرتنا للأحداث الجانحين على أنهم ضحايا ظروف معينة، وأنهم بحاجة للمساعدة، وأن نصلح من الظروف الاجتماعية التي تؤدي إلى الجنوح. ومن التدابير العلاجية التي يمكن الأخذ بها في جنوح الأحداث ما يلي:

- توفير الرعاية الأسرية للجانحين: يجب على الأسرة أن تشرف على سلوك المراهقين، وأن تتحمل المسؤولية في متابعة سلوكياتهم داخل الأسرة وخارجها.
- أن تتعرف المدرسة على الأحداث المحتمل جنوحهم في وقت مبكر قبل انزلاقهم إلى الجنوح، وتعمل على إبعادهم عنه من خلال جعل مناهجها أكثر توافقاً مع

حاجات المراهقين ورغباتهم، وتدريبهم على السلوك المقبول اجتماعياً والعمل على تعزيزه.

• التعرف إلى الأسباب الكامنة وراء جنوح الأحداث: ولذلك يجب عدم اللجوء إلى عقاب الحدث الجانح مباشرة، بل يجب التعرف على الأسباب التي أدت إلى الجنوح وخاصة عندما يحدث للمرة الأولى، ومحاولة القضاء على هذه الأسباب أو إضعافها إلى أقصى حد ممكن، لأن العقوبة يمكن أن تحدث آثاراً نفسية تفاعلية وردود فعل يمكن أن تضعف من تقبله للتوجيه والإرشاد. ولكن هذا الأسلوب في التعامل مع الأحداث الجانحين يختلف من حدث جانح إلى آخر (المفدى، ٢٠٠٢).

• إشباع الحاجات الأساسية للأحداث الجانحين: يبعد الغذاء والكساء والمسكن في مقدمة الحاجات الأساسية للإنسان، إذ إن أي عوز لهذه الحاجات يجعل الفرد يسعى إلى توفيرها بوسائل غير مشروعة (كالسرقة، والاحتيال، والغش... الخ)، وقد تصبح هذه الحاجات موضع استغلال من قبل المنحرفين فيجرونه إلى هاوية الرذيلة.

ولذلك تعدُّ الأسرة المسؤول الأول عن تأمين احتياجات الأحداث حسب إمكانياتها

وحدود دخلها. ولكن الأسرة الفقيرة لا تستطيع تأمين احتياجات الأحداث أو بعضها مما يجعلهم عرضة للجنوح بدافع الحاجة. وبناءً على ذلك لابد من تحسين الظروف المعيشية للأسرة من خلال تأمين الحد الأدنى الضروري لتأمين حياة كريمة لأعضائها. كما يمكن للدولة أو لبعض مؤسساتها الاجتماعية تأمين معونة مالية شهرية كافية للأسر الفقيرة التي لا يوجد فيها من يعولها، بالإضافة إلى إنشاء دور

الرعاية المناسبة للأحداث المتشردين الذين لا يوجد من يعولهم. ولذلك يمكن القول إن الجنوح عند الأحداث هو نتيجة لحياتهم في الجماعة (الزعيبي، ٢٠٠١).

• إرشاد الوالدين وتحميلهما مسؤولية العمل على تجنب الحدث التعرض للأزمات النفسية ومواقف الصراع والإحباط، وإقناع الأهل أن العقاب الشديد لا يجدي مع الجانحين. ولذلك لابد للوالدين من الاعتراف بشخصية الأبناء، وتصحيح أساليب المعاملة معهم، وعدم التفريق بينهم في المعاملة، وأن يكون الآباء قدوة حسنة لهم.

• التوسع في إنشاء مراكز رعاية الأحداث الجانحين من المراهقين: إن هذه المراكز من شأنها تقديم الرعاية النفسية والتربوية والاجتماعية والمهنية المناسبة للأحداث الجانحين، كما تعمل على تعديل دوافعهم واتجاهاتهم نحو الذات والأسرة والمجتمع، كما تساعد في زيادة الوعي عندهم لطبيعة العلاقات بينهم وبين والديهم من جهة وبينهم وبين أفراد المجتمع ومؤسساته الاجتماعية من جهة أخرى.

من جانب آخر فإن محاكم الأحداث الجانحين تلحق عدداً من الجانحين في مراكز تأهيل متخصصة لمدة لا تتجاوز ثلاث سنوات، لتعليمه حرفة معينة يستطيع الكسب الحلال من خلال ممارستها، حيث يعد هذا الإجراء إصلاحاً له، وعلاجاً للسبب الأساسي الذي أدى إلى جنوحه.

• إيداع الأحداث الجانحين في إحدى المستشفيات المتخصصة: إذا كان الحدث الجانح ذا عاهة جسمية أو عقلية، يكون من المناسب إيداعه في مستشفى مناسب لحالته. فقد نصت المادة (١٦) الفقرتين (أ و ب) من قانون الأحداث الجانحين السوري

على ما يلي: "كل حدث فرض عليه تدبير إصلاحي وكان في حالة عقلية أو نفسية أو جسدية تستوجب عناية طبية، عولج المعالجة التي تدعو إليها حالته. وإذا تبين أن جنوح الحدث ناجم عن مرض عقلي، وُضِع في مصح ملائم لحالته حتى يتم شفاؤه" (ربيع وآخرون، ١٩٩٥: ٢٢٨).





الفصل الخامس

المشكلات السلوكية عند الأطفال والمراهقين

أولاً- السلوك العدواني Aggression Behavior

مفهوم العدوان:

من الصعوبات التي تواجه تحديد معنى العدوان، عدم وجود خط فاصل وحاسم بين تلك الأفعال التي نستكرها نحن جميعاً، وبين تلك الأفعال التي نقبلها، لأننا لا نستطيع الاستمرار في الحياة بدونها. فالمراهق مثلاً عندما يتمرد على السلطة نصفه بالعدوان، ولكنه في الواقع أيضاً يعبر عن دافع قوي نحو الاستقلال الذي يعد ضرورة في النمو وتكوين الشخصية (العيسوي، ١٩٩٣: ١٦٣).

وبالرغم من صعوبات تحديد معنى العدوان فقد حاول العديد من العلماء والباحثين تقديم بعض التعريفات للعدوان. فقد عرفه زيلمان (Zillman, 1979) بأنه « أي نشاط يقصد به الشخص الإيذاء البدني أو الألم لشخص آخر ».

أما الرفاعي (١٩٨٨) فيرى أن العدوان عبارة عن « السلوك الهجومي المنطوي على الإكراه والإيذاء ».

ويرى الطحان وآخرون (١٩٨٩: ٢١٠) أن العدوان سلاح ذو حدين مفيد للفرد في تحقيق مآربه، والوصول إلى حقوقه، وإثبات ذاته، وضار بالعلاقات الاجتماعية الأسرية والمدرسية والمؤسسية بصفة عامة التي يحرص الفرد على تكوينها وتنميتها.

ومن خلال ما تقدم من تعريفات نجد أن العدوان يتضمن الإيذاء للآخرين أو الاعتداء عليهم أو على ممتلكاتهم، أو إيذاء الذات بشكل مباشر أو غير مباشر. وبناء على ذلك يخلص الكاتب إلى تعريف العدوان عند الأطفال «بأنه السلوك الموجه ضد الآخرين، والذي يكون القصد منه إيذاء الذات أو الآخرين أو الممتلكات بشكل مباشر أو غير مباشر» (الزعيبي، ١٩٩٧: ص ٢٢١).

أسباب السلوك العدواني:

يمكن إيضاح اتجاهات تفسير السلوك العدواني عند الأطفال والمراهقين والشباب كما يلي:

أولاً - الاتجاه الذي يؤكد أن السلوك العدواني عند المراهقين والشباب ينشأ نتيجة التعرض لإحباطات الحياة اليومية. فقد توصل كل من دولارد ودوب وميلر وسيرز (Dollard, Doap, Miller & Sears, 1939) في دراساتهم أن السلوك العدواني هو الاستجابة الطبيعية للإحباط، إذ كلما ازداد الإحباط وتكرر حدوثه، ازدادت شدة العدوان (الظاهر، ٢٠٠٤).

وبناء على ذلك فإن الإحباط يقود الفرد إلى العدوان، وأن العدوان هو النتيجة الحتمية الطبيعية للإحباط. ولذلك فإن أي موقف أو ظرف أو علاقة أو خبرة تسبب الإحباط للفرد يتولد عنها العدوان. فالعدوان هو الاستجابة الطبيعية للإحباط، ولكن عوامل التدريب والتعلم قد تمنعه من الظهور (الزعيبي، ١٩٩٧).

ثانياً - وهناك اتجاه آخر يوضح علاقة التسامح الذي يلقاه المراهق من الآخرين بالعدوان. فالتسامح يغذي العدوان ولا يزيله، إذ بمقدار شعور المراهق بأنه سيسامح

من قبل الأهل أو المدرسين، بمقدار ما ينزع إلى العدوان، فهو يعتبر أن التسامح معه نوع من الموافقة الضمنية على العدوان. فالمراهق الذي يعبت بدمية أخيه ويحطمها ولا يحاسب، فإنه يسعى إلى تكرار سلوكه العدواني مع ضحية أخرى ولكن بشكل أكثر شدة وأشد إيلاماً.

فالتسامح مع المراهق على سلوكه العدواني يقلل من شعوره بالخوف من العقاب، ومن الشعور بالذنب، وبالتالي يقل قمعه أو منعه للسلوك العدواني. فقد أظهرت نتائج بعض الدراسات أن العدوان كان يزداد في حالة وجود شخص كبير مع المراهق يسمح بالعدوان عما يظهره المراهق من عدوانية في حالة وجوده بمفرده، حيث يبدو أنه يمارس نوعاً من الضبط الذاتي Self-Control. كما أظهرت نتائج دراسات أخرى وجود علاقة بين العدوان وبين الجو الديمقراطي السائد في المنزل، فالآباء الديمقراطيون يسمحون بمزيد من مظاهر الحرية والحركة والنشاط للمراهق ومن بينها العدوان.

ثالثاً- أما الاتجاه الثالث فيركز على أن أساليب تربية الوالدين، والجو الأسري العام السائد في المنزل من شأنها أن تسهم في إيجاد العدوان عند المراهق.

فالحرمان من عطف الوالدين وحبهم يجعل المراهقين أكثر من غيرهم ميلاً إلى العدوان في ظل مواقف الحياة بما في ذلك مجالات اللعب. كما يتعزز السلوك العدواني ويتكرر عند المراهق عندما يكافأ على قيامه بتصرفات عدوانية، وذلك بحصوله على ما يريد، أو عندما يجتذب بسلوكه العدواني انتباه الآخرين واستحسانهم. ووفقاً لنظرية التعلم فإن السلوك الذي يثبت في الخبرة يدوم فترة أطول.

ولهذا فإن المراهق الذي يتعود أن يثاب على سلوكه العدواني، يتخذ من هذا السلوك منهجاً له لتحقيق إشباع حاجاته. كما أن التدعيم الإيجابي للسلوك العدواني عند حصول المراهق على أهدافه من خلال العدوان، من شأنه أن يؤدي إلى زيادة السلوك العدواني عندهم.

كما يتعلم المراهق سلوكه العدواني نتيجة تقمص شخصية أحد الوالدين أو كليهما، أو سلوك الأخوة والزملاء. فقد أوضحت الدراسات أن العديد من المراهقين العدوانيين يأتون من أسر يتم فيها التعبير بحرية عن العدوان. فعندما تمت دراسة المراهقين المشكلين شديدي العدوان في مواقفهم الأسرية، تبين أن كل أفراد أسرة المراهق العدواني . من الوالدين والأخوة . يظهر عندهم قدر من السلوك العدواني أكبر مما يظهر عند نظرائهم من الأسر العادية. كما أن المراهق «المشكل» لم يكن يظهر من العدوان أكثر مما يظهر عند سائر أخوته وأخواته (Patterson, 1976).

كما أظهرت إحدى الدراسات التي أجريت في ألمانيا في شهر فبراير عام ٢٠٠٠م على ٣٣ شاباً في عمر ١٣ . ١٧ سنة عدوانيين و ٦٦ شاباً في العمر نفسه ولكنهم كانوا غير عدوانيين (مجموعة ضابطة)، تبين أن والدي الشباب العدوانيين كانوا يعاقبون بشكل أقسى حتى على الأخطاء البسيطة، وكانوا رافضين من الناحية النفسية لأبنائهم بالمقارنة مع مجموعة الآباء في المجموعة الضابطة، وظهر السلوك العدواني بشكل مضاعف عند المجموعة التجريبية، وهذا ما يؤكد أثر سلوك القدوة في تعلم السلوك العدواني عند الأبناء.

ومن الممكن أن يكون تغيب الوالد لفترة طويلة عن المنزل عاملاً في زيادة السلوك

العدواني عند المراهق، حيث يتمرد المراهق على الأم أحياناً ليحقق ما يريد خاصة وأن الأم أقل من الأب قدرة على السيطرة على الأبناء.

من جهة أخرى فإن كثرة المشاحنات بين الوالدين، أو إذا كانت العلاقات التي تسود بين الآباء والأبناء تقوم على التوتر والصراع، فإن ذلك يجعل أبناء هذه الأسر في الغالب متوترين وتسهل استثارتهم لأتفه الأسباب، وهذا من شأنه أن يؤدي بالمراهق إلى شعوره بعدم الثقة بمن حوله، مما ينعكس على شخصيته، ويؤدي إلى ضعف قدرته على السيطرة على المشاكل والصعوبات التي يواجهها، مما يزيد من سلوكه العدواني.

رابعاً- في حين يركز الاتجاه الرابع على أن اتجاهات المجتمع نحو العدوان من شأنها أن تقوي الدافع إلى العدوان. ففي الولايات المتحدة الأمريكية مثلاً شهد العقد الأخير من هذا القرن تمجيداً للعنف وذلك من خلال وسائل الاتصال الجماهيري، وخاصة التلفزيون والسينما، كما أن الاعتقاد السائد لدى الكثير من المراهقين (والذي يغذى من قبل الكبار) أن العدوان دليل على الرجولة. وتؤكد نظرية الإشراف الإجرائي لسكنر أن السلوك العدواني يزداد احتمال حدوثه إذا كان يؤدي إلى نتائج سارة، ويقل احتمال حدوثه عندما تكون نتائجه مؤلمة.

خامساً- ويؤكد الاتجاه الخامس على العوامل النفسية ودورها في إيجاد السلوك العدواني عند المراهقين. فالصراعات النفسية والانفعالات المكبوتة عند المراهقين تدفع بهم إلى العدوان، فقد وجد سيرز (Sears) أن هناك علاقة بين العدوان وشعور المراهق بعدم الأمان، كما وجد أن العدوان يظهر عند المراهقين الذين يشعرون

بالذنب (الزعبي، ٢٠٠٨).

سادساً- كما أن شعور المراهق أو الشاب بالنقص نتيجة اتهامات الوالدين أو المعلمين له بالغباء، أو السخرية منه، أو اتهامه بالتقصير في تحصيله الدراسي، سواء أكان ذلك أمام إخوته أم أمام زملائه في المدرسة، من شأنه أن يشعره بالدونية وعدم الكفاءة، مما يدفعه إلى الرد على ذلك بأساليب عدوانية على زملائه أو إخوته (ربيع والغول، ٢٠٠٧).

سابعاً- أما الاتجاه السادس فيؤكد على الأساس البيولوجي في تشكل العدوان عند المراهقين: فقد أظهرت بعض الدراسات وجود علاقة بين العدوان واضطرابات الجهاز الغددي، حيث يرى سكاينز (Skines) أستاذ علم الهرمونات في جامعة هارفارد الأمريكية، أن زيادة إفراز الفص الأمامي للغدة النخامية يصاحبه توتر واندفاع إلى العدوان. كما وجد أن هناك أجهزة عصبية عدة في المخ تتحكم في نوعيات معينة من العدوان، وأن هذه الأجهزة تعمل عندما تصل إلى عتبة معينة. فعند الوصول إلى العتبة المنخفضة مثلاً نجد أن أجهزة المخ تنشط لا إرادياً، وتشعر الحيوانات بالقلق وربما بالعداء، إلا أن الانقضااض لا يحدث إلا إذا ظهر هدف مناسب (Moyer; Kenneth, 1978).

ويذكر دافيدوف (١٩٨٣) أن لأجهزة المخ دوراً في العدوان، وذلك من خلال تكثيفها لدور الدوائر العصبية المسيطرة على العدوان في أداء وظيفتها، ويمكن أن تمنع الدوائر العصبية من أداء وظيفتها، فعندما قام علماء النفس بإثارة الجزء الجانبي من الهيبوثلاموس لقطة، قام الحيوان بمهاجمة الفأر ولكن بطريقة نمطية.

كما أظهرت التجارب أن تخريب بعض التشكيلات الدماغية يؤدي إلى ظهور حالات من الغضب والسلوك العدواني. فعندما أجريت عمليات جراحية في الفص الجبهي من الدماغ عند القردة التي توجد في جماعات، لوحظ أن العلاقات الاجتماعية للجماعة تتأثر وتتعرض للانحلال، فالقردة ضعيفة النفوذ في الجماعة لم تعد تتجنب القردة صاحبة النفوذ، بل على خلاف ذلك بدأت تهاجم الحيوانات قوية النفوذ وبصورة موازية، وهذا يشير إلى أن بنية الجماعة قد تعرضت للتفكك تحت تأثير هذه العمليات.

كما تسهم الكروموزومات (XX) التي تحدد الجنس الأنثوي، والكروموزومات (XY) التي تحدد الجنس الذكري بشكل غير مباشر في تحديد درجة العدوانية وفي نسب الإفرازات الهرمونية. وذلك من خلال تأثيرها على القوة الفيزيائية للجسم. فاضطراب هذه الكروموزومات والتي تأخذ صيغة (XYY) تؤدي إلى السلوك العدواني وكذلك الإجرامي. وتشير الأبحاث الحديثة التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية إلى وجود مثل هذه الحالة عند شخص واحد من أصل (٥٥٠) شخصاً، وهذا ما جعل رجال القضاء يعيرون الجانب البيولوجي أهمية خاصة في تفسير السلوك العدواني والإجرامي عند الفرد. ومع ذلك لا يمكن ملاحظة وجود علاقة مباشرة بين تزامن هذه الظاهرة والجريمة (وطفة، ١٩٩٦: ٦٣).

الوقاية والعلاج من السلوك العدواني:

للعنوان أضرار خطيرة تعود على المراهق نفسه وعلى المجتمع الذي يعيش فيه على حد سواء، فهو يحول دون قيام العلاقات الاجتماعية والإنسانية السليمة بين

المراهق المعتدي وسائر المحيطين، كما أنه يسبب للمراهق اضطرابات جسمية ونفسية كثيرة. ومن أجل ضمان علاقات سليمة بين المراهق والآخرين، لابد من البحث الجاد عن سبل الوقاية من العدوان قبل وقوعه، ومعالجته في حالة حدوثه، ومن أجل ذلك لابد من إتباع الآتي:

• **العمل على فهم دوافع السلوك العدواني عند المراهق، والوقوف منه موقف المتفهم الهادئ،** إذ يجب علينا قبل أن نمنع المراهق من عمل شيء ما، أن نهئى له عملاً إيجابياً بدلاً من الأوامر والنواهي السلبية، ومثال ذلك أن نقول له: «من المفضل أن تفعل هذا.. تعال وافعل كذا.. جميل أن يكون لديك هذا الشيء..» وذلك بدلاً من أن نقول له: «لا تفعل هذا.. إياك أن تفعل ما فعلت.. لا تقترب من هذا المكان..».

ومن الضروري أيضاً تعزيز السلوك المرغوب فيه عند المراهق وإظهار الرضا في كل مرة يقوم المراهق في التعامل مع الآخرين (في اللعب مثلاً) دون أن يظهر عنده العدوان أو المشاجرة معهم.

• **أن يقوم الآباء بنهي أبنائهم عن السلوك العدواني، وتشجيعهم على السلوك الهادئ السليم،** ومعاملة الآخرين بالحسنى والعطف دون أن نعودهم الخنوع أو الفجور لقوله تعالى: «فمن اعتدى عليكم فاعتدوا عليه بمثل ما اعتدى عليكم».

• **تربية الأبناء تربية متوازنة تقوم على الأخذ والعطاء، وتنمية القيم الإيجابية لديهم ليدركوا معناها فيما بعد.** ولهذا يجب على الآباء والمربين عدم اللجوء إلى العدوان والغضب الشديد عندما يخطئ المراهق، والتحكم في الذات قدر الإمكان،

فالمراهق يقلد والديه والكبار من حوله في سلوكهم العدواني. فقد أظهرت الدراسات أن الآباء ذوي الاتجاهات العدوانية لا يتقبلون الأبناء ولا يمنحونهم العطف والقبول، ويميلون إلى استخدام العقاب البدني في ضبط سلوك أبنائهم (الزعبي، ٢٠٠٨). ويرى فيرجيلد (Fairchild, 1977) وسيرز (Sears, 1953) أن استمرار المزج بين ضعف العطف الوالدي وبين العقاب البدني القاسي لفترة طويلة من الزمن يؤدي إلى العدوان، والتمرد، وعدم تحمل المسؤولية لدى الأبناء (شيفر وميلمان، ٢٠٠٦). كما تبين أيضاً وجود علاقة بين سلوك المراهق العدواني وبين عقاب الآباء على هذا السلوك، فقد ظهر أن المراهقين العدوانيين في المدارس ينالون عقاباً كثيراً من الأب في المنزل. فالعقاب لا يمنع المراهق من السلوك العدواني بل يقوده إلى مزيد من العدوان نتيجة شعوره بالإحباط. ولهذا من الضروري الابتعاد عن عقاب المراهق عقاباً جسدياً، لأن هذا النوع من العقاب يؤدي إلى تبدل المشاعر الانفعالية لديه، كما أنه قد يآلف مثل هذه العقوبة، فلا تعود تجدي معه كثيراً، مما يجعل هذه العقوبة عديمة المفعول.

• من الضروري إبعاد المراهق عن المواقف والخبرات التي توقعه في الإحباط، وتوفير فرص النجاح له ما أمكن، فالنجاح في القيام بالأعمال الموكلة إلى المراهق تعزز من ثقته بنفسه، وتبعد عنه مشاعر النقص والإحباط، إذ إن الفشل والإحباط اللذين يتعرض لهما المراهق يدفعانه إلى التنفيس عنهما في الغالب بالعدوان على مصدر الإحباط، وقد يوجه العدوان أحياناً إلى ذاته أو إلى الممتلكات. فإذا فشل الطالب مثلاً في الإجابة عن سؤال وتم توبيخه من قبل المعلم، فقد يحمله ذلك على

الخروج من الفصل أو الاعتداء على أحد زملائه أو تخريب بعض ممتلكات المدرسة بدافع الانتقام. وفي حالة ظهور العدوان عند المراهق يجب عدم كبته (لأن ذلك يؤدي إلى نتائج نفسية وسلوكية غير مرغوب فيها)، وتوجيهه إلى مسالك مقبولة اجتماعياً.

• العمل على توفير الاطمئنان والأمن النفسي للمراهق في الأسرة والمدرسة.

فالمراهق الطفل الذي يعيش خبرات سارة وسعيدة، يعكس سعادته على الآخرين من خلال سلوكه معهم. كما أن توفير علاقات قوامها المحبة والمساواة والتسامح والتعاون في جو أسري آمن من شأنه أن يبعد المراهق عن العدوان، ويقلل منه في حالة وجوده.

• الإقلال ما أمكن من التعرض لنماذج عدوانية. يُعدُّ العالم بندورا (Bandoura)

مؤسس نظرية التعلم الاجتماعي، من أشهر الباحثين الذين أوضحوا من خلال التجريب تأثير النماذج العدوانية في تزايد العدوان عند الشباب والمراهقين عن طريق التقليد للأشخاص المهمين في حياتهم. ولكن بندورا ميّز بين اكتساب الفرد للسلوك وبين تأديته له. فاكتساب الشخص للسلوك لا يعني أنه بالضرورة سيؤديه، لأن تأديته لسلوك النموذج يتوقف بشكل مباشر على توقعاته من نتائج التقليد، وعلى نتائج سلوك النموذج أيضاً. فإذا توقع الشخص أن تقليده لسلوك النموذج سيعود عليه بالضرر وبناتج مؤلمة، فإن احتمال تكرار ذلك السلوك تكون قليلة، والعكس صحيح.

وبناء على ذلك فإن المراهق يتعلم العدوان من خلال ملاحظة النماذج العدوانية في محيطه، وإن احتمال تقليده لهذه النماذج يزداد عندما يكون النموذج ذا مكانة اجتماعية. ولهذا فإن مشاهد القتل والعراك التي يشاهدها المراهقون في التلفزيون

تؤدي إلى إيقاظ الأحاسيس الفسيولوجية عند المراهق مما من شأنه أن يؤدي إلى العدوان فيما بعد، خاصة إذا كان ما يعرض من نماذج عدوانية يتوافق مع قيم حياة المراهق التي كونها في الأسرة والمجتمع المحيط .

• **التجاهل المتعمد للسلوك العدواني، وتعزيز السلوك المرغوب فيه عند المراهق.**

إذ من الضروري أن يصاحب تعزيز السلوك المرغوب فيه عند المراهق تجاهلاً لتصرفاته العدوانية، خاصة إذا لم يترتب عليها إيذاء للآخرين. وتشير نتائج الدراسات أن الراشدين يمكن أن يخفضوا استجابات العدوان اللفظية والجسدية عند المراهقين بشكل ظاهر عن طريق التجاهل المنظم للسلوك العدواني، وإبداء الاهتمام بالسلوك التعاوني عندهم والعمل على تعزيزه (شيفر وميلمان، ٢٠٠٦).

• **أن تعمل الأسرة والمدرسة على توفير الأنشطة الحركية المنظمة للمراهق:**

فالمراهق يمتلك طاقة زائدة ويحتاج إلى الحركة والنشاط لتصريفها. ولهذا فإن توفير فرص اللعب للمراهق ، والرياضة التنافسية تساعد على تصريف نزعاته العدوانية بشكل مقبول اجتماعياً.

• **أن تعمل الأسرة والمدرسة أيضاً على مساعدة المراهقين في التعبير عن أنفسهم**

وتفريغ انفعالاتهم، وذلك من خلال توجيههم إلى النوادي الرياضية والثقافية والاجتماعية، واستثمار أوقاتهم بما هو نافع لهم ولأسرهم ولمجتمعهم، بدلاً من تركهم نهياً لرفاق السوء الذين يعلمونهم السلوكيات غير المرغوبة والعنيفة، ويجرونهم إلى طرق الرذيلة.

ثانياً – اضطرابات النوم: Sleep Disturbances

طبيعة اضطرابات النوم:

يُعدُّ النوم ذا قيمة حيوية في حياة الإنسان، لأنه صمام الأمان للصحة الجسمية والصحة النفسية في آنٍ معاً. وتزداد قيمة النوم بشكل أكبر في مرحلة الطفولة ليس فقط من أجل قيام أجهزة الجسم المختلفة بوظائفها، وإنما لتحقيق التوازن النفسي للطفل أيضاً. واضطرابات النوم البسيطة شائعة في مرحلة الطفولة خاصة في عمر السنتين، وكذلك عند الأطفال ما بين ثلاث وخمس سنوات. وهذه الاضطرابات تُعبر عن ردود فعلٍ طبيعية، وتعبر عن عدم الشعور بالأمن. واضطرابات النوم المؤقتة والمعتدلة في شدتها شائعة الظهور، إلا أن اضطرابات النوم الحادة أو المستمرة تُعدُّ أولى الدلائل على وجود الاضطراب النفسي لدى الأطفال. والفرق بين اضطرابات النوم الطبيعية والمرضية هو فرق في الدرجة وليس في النوع.

أشكال اضطرابات النوم:

من أهم أشكال اضطرابات النوم عند الأطفال والمراهقين ما يلي:

أ. الأرق: Insomania

الأرق هو عدم القدرة في الحصول على النوم الكافي، ويتجلى في صعوبة البدء في النوم، أو عدم الراحة في أثناء النوم، أو صعوبة الاستمرار فيه. كما يمكن أن يكون بالاستيقاظ المبكر في الصباح.

فالكثير من الأطفال والمراهقين يُصابون بالأرق الطويل الذي يكون بدوره مزعجاً

للطفل ووالديه. فإذا تم التأكد من عدم وجود مرض عضوي مثل الاضطرابات المعدية أو ضيق في التنفس، أو ارتفاع في درجة الحرارة... فإن الأرق يكون عرضاً نفسياً، يظهر على شكل إجهاد خلال النهار، وسرعة الاستثارة واختلال الأداء الوظيفي خلال ساعات النهار. يصاحب اضطراب الأرق شكاوى غير محددة من بينها اضطراب الوجدان والذاكرة والتركيز.

الأسباب:

- تحدث حالات الأرق عند الأطفال والمراهقين العاديين نتيجة تعرضهم لضغوط نفسية أو توتر أو إرهاق جسدي أو غير ذلك.
- تأخر أوقات الذهاب إلى النوم، أو تغيير مكان النوم.
- الحرمان من الأم أو الأب أو الأزمات الأسرية أو المدرسية تؤدي إلى الأرق عندهم.
- الشعور بالذنب والخوف من الوقوع في الخطأ أو مضايقة زملاء في الروضة أو في المدرسة يؤدي إلى الأرق عند هؤلاء الأطفال والمراهقين (الشربيني، ١٩٩٤).

أساليب التغلب على الأرق:

- كثير من حالات الأرق عابرة وبسيطة وتزول بزوال المؤثرات التي أدت إليها أو تعودها. ولكن هناك بعض حالات الأرق تستمر عند الأطفال وتحتاج إلى إجراءات علاجية. ومن أهم طرائق الوقاية والعلاج من الأرق عند الأطفال ما يلي:
- لابد من تحديد جدول زمني لنوم الطفل والتأكد من التزامه بذلك. وهذا يعني أن

يذهب الطفل إلى الفراش في موعد محدد، ويستيقظ في موعد محدد، مع تجنب النوم نهاراً بالنسبة للأطفال الكبار.

• **الكشف عن الظروف النفسية والاجتماعية المحيطة بالطفل**، بالإضافة إلى الفحوص الطبية لاستبعاد وجود أعراض جسمية (كالألم في أي جزء من أجزاء الجسم..).

• **لابد من وضع جدول زمني لنوم الطفل ومن التأكد من التزام الطفل بذلك**. وهذا يعني أن يذهب إلى الفراش ويستيقظ في الموعد المحدد نفسه ولا بأس من استخدام ساعة منبه. ومن المفضل تجنب النوم نهاراً بالنسبة إلى الأطفال الكبار.

• **أن يسبق النوم نشاطات هادئة تبعث على الاسترخاء**، مثل القراءة، كما أن حماماً ساخناً قبل النوم يساعد على الاسترخاء، أو تُستخدم أشرطة كاسيت تبعث على الاسترخاء.

• **الأكل باعتدال**: لذا لابد من تجنب الوجبات الثقيلة في وقت متأخر ليلاً. كما يمكن تجنب المشروبات التي تحتوي على منبهات مثل: الكافيين مدة ٥ . ٧ ساعات قبل النوم مثل: القهوة، والشاي، والكافا... ومما يساعد على النوم تناول وجبة خفيفة خاصة إذا كانت غنية بحامض «التريبتوفان» L-Tryptophan، إذ إن له خصائص تدفع إلى النوم.

• **تشجيع الطفل على ممارسة التمرينات الرياضية خلال النهار**. لأن ذلك من شأنه أن يؤدي إلى زيادة فترة النوم والنوم العميق الهادئ.

• **يجب أن تكون غرفة النوم مناسبة**: أي أن تكون معتدلة الحرارة وبعيدة عن

الضوضاء لأن الصوت المنبعث من الشارع أو من صوت المسجل أو التلفزيون يؤدي إلى اضطرابات في النوم.

- لا بد من استخدام السرير فقط للنوم، وليس لمشاهدة التلفاز أو للقراءة: ينصح الطفل الذي يعاني من الأرق بعدم اللجوء إلى الفراش إلا وقت النوم، وإذا لم يدركه النوم بعد خمس دقائق عليه أن ينهض من الفراش ويمارس بعض الأعمال.
- تغيير مكان النوم خاصة إذا كان المكان الأول يبعث على الخوف ويؤدي إلى الأرق.

ب - المشي أثناء النوم: Sleep Walking Disorders

وهو من الأعراض الشائعة بين الأطفال، حيث يحدث عادةً بعد ١ . ٣ ساعات من استغراق الطفل في النوم حيث يكون هناك انخفاض واضح في مستوى الوعي والاستجابة للمحيط عند الطفل.

يسير الطفل في هذه الحالة ليلاً وهو صامت ومشوش الوعي وإن كانت عيناه مفتوحتين، وأحياناً يجيب عن بعض الأسئلة بكلمة أو جملة مختصرة وعدم انتباه، وإذا أعيد إلى الفراش يعود بهدوء وينام غير متذكر لهذه الأحداث فيما بعد. ولكنه قد ينام في مكان آخر حتى الصباح، ويندهش عندما يجد نفسه في مكان آخر غير مكان نومه المعتاد. وتستغرق نوبة المشي عادةً بين ثلاث دقائق إلى نصف ساعة، والمشي أثناء النوم أكثر انتشاراً عند الأولاد من البنات.

يحدث المشي أثناء النوم في مرحلة النوم العميق، وعادة ما يحدث ذلك في الثلث الأول من النوم، حيث يكون الدماغ أثناء هذه العملية نصف نائم ونصف واع،

ويمكن للشخص أن يقوم ببعض المهام السهلة، ويتجنب بعض العوائق التي قد تواجهه وهو يمشي، ولكن قد يصطدم ببعض الأجسام الصلبة أو الحادة، وقد يقع من مكان عالٍ ويتسبب له الأذى أو الكسور.

وقد بينت الدراسات أن حوالي ١٠ - ١٥% من الأطفال يظهر لديهم المشي أثناء النوم في وقتٍ ما من حياتهم قبل سن المراهقة، ويظهر تناقص في مرات حدوث المشي أثناء النوم عند من توجد لديهم هذه الحالة مع التقدم في العمر، وتختفي عند معظم الحالات في عمر ٢٠ - ٣٠ سنة.

الأسباب:

لا توجد أسباب واضحة وراء المشي أثناء النوم، وقد تكون الحالة عرضية وعابرة، وتختفي معظم الحالات العارضة مع بدء المراهقة بصورة طبيعية، ولكن بعض الحالات قد تستمر مع الأطفال، ويكون لها أسباب معينة منها:

١. **العوامل الوراثية:** يزداد مشي الأطفال أثناء النوم إذا كان الوالدان قد أصيبا بهذا الاضطراب وهم أطفال.

٢. قد تعبر بعض حالات المشي أثناء النوم عند الأطفال عن صراع لا شعوري في حياة الطفل إذا تكررت مرات عديدة.

أساليب التغلب على اضطراب المشي أثناء النوم:

توجد إجراءات عديدة وقائية يمكن للأهل القيام بها مع الأطفال الذين يعانون من المشي أثناء النوم منها:

- ١ - عند تكرار حدوث هذه الظاهرة، لابد من عرض الطفل على الطبيب المختص لأنه قد يصف له بعض العقاقير الطبية التي من شأنها التقليل من حدوث المشي أثناء النوم.
- ٢ - إبعاد الطفل الذي يعاني من المشي أثناء النوم عن الانفعال قبل النوم، لأن القلق والتوتر والعصبية الزائدة تعد مثيرات تساعد على هذه الظاهرة.
- ٣ - إعطاء الطفل قسطاً وافياً من الراحة، لأن التعب والإرهاق من شأنهما زيادة احتمال حدوث المشي أثناء النوم عند المصابين بهذا الاضطراب.
- ٤ - إبعاد الأشياء الخطرة والحادة بالإضافة إلى مفاتيح السيارة من غرفة نوم الطفل الذي يعاني من المشي أثناء النوم.
- ٥ - يفضل أن تكون غرفة الطفل الذي يعاني من المشي أثناء النوم في الطابق الأرضي من المنزل لتجنب السقوط، وينصح بعدم نومه على سرير مرتفع.
- ٦ - وضع شبك حديدي على النوافذ لتجنب خطر قفز الطفل أثناء النوم، وقفل باب المنزل حتى لا يذهب إلى الشارع.
- ٧ - لابد من أن يُقاد الطفل الذي يمشي ليلاً إلى سريره.
- ٨ - إعطاء الطفل الذي يتقبل الإيحاء بشكل كبير، إichاءات مباشرة بأنه سوف يستيقظ بمجرد ملامسة قدميه للأرض في أثناء الليل.
- ٩ - يحذر من ربط أجراس في باب غرفة الطفل الذي يتجول ليلاً.

ج - الكابوس والفرع الليلي: Night mare and Night terrors

الكابوس يظهر في كل الأعمار، ويكون ظهوره واضحاً في الطفولة، حيث يستيقظ الطفل باكياً ويتذكر ما شاهده في نومه، ويروي له لأهله، ويستجيب لتهدة الوالدين ويعود للنوم سريعاً. ويسجل حوالي ٧ . ١٥% من الأطفال مشاكل تتعلق بالكوابيس، وهي أكثر شيوعاً عند الإناث منها لدى الذكور، وتكثر قبل سن العاشرة من العمر.

أما الفرع الليلي فيتجلى على شكل صراخ من قبل الطفل عند استيقاظه، وتبدو على وجهه علامات الرعب والخوف، ويستمر في بكائه بالرغم من تهدئة الوالدين له وتطمينه، ويصاحب ذلك شحوب في اللون وتصبب في العرق، وقد يتكرر الفرع مرات عديدة في الليلة الواحدة، ويستجيب لحظتها لمحاولات التهدئة. والطفل لا يتذكر ما أفزع بعد أن يستيقظ صباحاً وربما أنكر ذلك.

وقد يتطور الفرع عند الطفل ليكون على شكل نوبات صرعية. وتحدث نوبات الحلم المفزع خلال فترات النوم المصحوب بحركة العين السريعة (R.E.M)، ولكنها قد تحدث في أي وقت ليلاً، وتزداد قرب نهاية النوم (حمودة، ١٩٩٠).

يصيب الفرع الليلي الأطفال من عمر ٤ . ١٢ سنة ويختفي تلقائياً عند بلوغ المراهقة، وتستمر النوبة ما بين دقيقة إلى عشر دقائق، ويكثر حدوثه في الثلث الأول من الليل.

ينتشر الفرع الليلي عند الأطفال الذين ينغمس آباؤهم في الخمر والمخدرات، ولا يعودون إلى البيت إلا في ساعات متأخرة. والأطفال الذين لديهم حالة الفرع الليلي يكونون عصبيين المزاج، نشطين جسدياً، يذهبون إلى النوم وهم مرهقون، ويظهر

الرعب خلال الساعات الأولى من النوم. وهذا الفزع الليلي هو أكثر حدوثاً عند الأطفال في سن ما قبل المدرسة منه بين الأطفال الكبار والراشدين.

الأسباب:

توجد أسباب متعددة لكابوس الليل عند الأطفال، وخاصة إذا تكرر على فترات متقاربة تؤدي إلى اضطراب النوم منها:

- ١ . المعاناة من المشاكل النفسية، أو الظروف الأسرية والاجتماعية غير المناسبة.
- ٢ . سماع الطفل للقصص الخرافية، أو مشاهدته أفلاماً مرعبة قبل النوم.
- ٣ . المعاناة من الضغوط النفسية والإجهاد الجسدي.
- ٤ . إرغام الوالدين للطفل بالذهاب إلى النوم وتهديدهم ببعض الحيوانات المخيفة عند رفض ذلك.

أما أسباب الفزع الليلي عند الطفل فتتركز غالبيتها نتيجة مشاعر الخوف التي تغرسها الأم في نفس الطفل، كما تكثر نوبات الفزع الليلي كلما كان الطفل مجهداً.

الوقاية والعلاج:

توجد بعض الأساليب الوقائية والعلاجية للكابوس والفزع الليلي عند الأطفال في حالة تكرارها منها:

- ١ - أن تكون الساعات التي تسبق النوم هادئة، وتجنب مشاهدة أفلام الرعب والأفلام الخرافية قبيل النوم، أو تخويفه لعدم النوم. ومن الضروري أيضاً إبعاد الطفل عن الأصوات العالية أثناء النوم.

- ٢ - الكشف عن المشكلات النفسية والاجتماعية والتعليمية التي يعيشها الطفل.
- ٣ - كما أن الدعم الوالدي للطفل وطمأننته حين تعرضه للكابوس أو الفزع الليلي ضروري، حيث يحمل ويطمئن. ومن الضروري البقاء مع الطفل حتى تنتهي النوبة مما يؤدي إلى نوم هادئ فيما بعد.
- ٤ - كما أن استخدام العقاقير مفيد أيضاً لوقف حدوث نوبات الفزع الليلي مثل: دواء « Diazepam & Imipramine ».
- ٥ - كما أن إزالة الزوائد الأنفية في حالة وجودها ضروري لإبعاد الطفل عن حالة الفزع الليلي والكابوس.
- ٦ - ولابد من السماح للطفل بالتنفيس عن انفعالاته من خلال اللعب، ليتحرر من مخاوفه وقلقه، وذلك من خلال تمثيلية مسرحية أو تمثيلية الدمى والتغلب على الأشياء المخيفة بالتفوق عليها.

هـ - مقاومة الذهاب إلى النوم: Resistance to going to sleep

يقاوم الأطفال أحياناً الذهاب إلى النوم، وتزداد هذه المقاومة نتيجة اهتمام الوالدين الزائد والقلق لهذه الحالة. وقد تكون مقاومة الطفل للنوم نتيجة القلق أو الإثارة الزائدة، في حين يشعر آخرون بالوحشة إلى حد بعيد عندما يكونون وحدهم وهم بحاجة ماسة إلى الإطمئنان الذي يحصلون عليه من والديهم.

الأسباب:

توجد بعض الأسباب لمقاومة الطفل الذهاب إلى النوم منها:

- ١ - الخوف من الظلام: يعد الخوف من الظلام من أكثر العوامل الخارجية إثارة للخوف عند الأطفال وخاصة أثناء النوم، ولذلك على الوالدين أن يتفهما ذلك ولا يوصفا الطفل بالجبن والسذاجة، لأن الموضوع بالنسبة له حقيقي، ولذلك يجب على الوالدين تشجيع الطفل الحديث عن خوفه ومحاولة إقناعه بأن ذلك الخوف لا مبرر له، كما يجب ترك ضوء خافت في الممر حتى لا يكون الطفل في ظلام دامس.
- ٢ - عدم شعور الطفل بالنعاس: وهنا قد يحين موعد ذهاب الطفل إلى النوم دون الشعور بالنعاس نتيجة النوم في النهار. ولذلك لا بد من الإقلال من فترة نوم الطفل في النهار، وأن نأخذ بعين الاعتبار عدم ذهاب الطفل إلى النوم إذا لم يشعر بالنعاس وتأجيل ذلك بعض الوقت.

الوقاية والعلاج:

من أكثر المشكلات التي يواجهها الآباء مع أطفالهم قبل دخول المدرسة مشكلة مقاومة الذهاب إلى النوم، وهناك بعض الأساليب التي ينصح في اتباعها لمعالجة هذه الظاهرة منها:

- ١ - لا بد من تحديد موعد ثابت للنوم وذلك من أجل إقامة دورة معتادة للنوم والاستيقاظ في آن واحد، لأن الاعتياد على مثل هذا البرنامج يجعل الطفل مستعداً من الناحية الجسمية للنوم في المساء وفي الوقت نفسه، ولذلك يجب تنبيه الطفل إلى موعد النوم قبل حوالي عشر دقائق لتذكيره بما تم الاتفاق عليه.
- ٢ - أن يترافق ذهاب الطفل إلى النوم بإجراءات تشعره بالحب، وذلك من خلال سماعه لقصة ممتعة بهدوء، بحيث تساعد على الاسترخاء.

- ٣- يجب أن يتحلى الوالدان بالحزم مع الطفل. فعندما يقبل الوالدان الطفل ويقولان له تصبح على خير، فهذا يعني نهاية التقاعد بينهما، فالطفل قد لا يشعر بالنعاس ويبدأ بطلب بعض المتطلبات وعلى الوالدين إبلاغ الطفل بأنهما يتوقعان منه الاسترخاء، لأن الأطفال يحتاجون إلى حوالي نصف ساعة حتى يستغرقوا في النوم.
- ٤ - ألا يُرسل الطفل إلى النوم مبكراً عن الموعد المحدد كعقوبة له، لأن ذلك يؤدي إلى أن يقرن الذهاب إلى النوم بالوقت المعتاد مع العقوبة.

د- الحديث في أثناء النوم: Sleep Talking

يتجلى الحديث في أثناء النوم على شكل تمتمة ببضع كلمات، أو النطق ببعض المقاطع الواضحة، وهذا الحديث يدل على أفكار ونشاطات من اليوم السابق، كما يدل على انشغال تام بموقفٍ يثير القلق مثل الرسوب في أحد المواضيع المدرسية. وكثيراً ما يظهر الحديث في أثناء النوم وفي أثناء المرض الذي ترافقه حمى «ارتفاع درجة الحرارة». وإذا أردنا التعرف على ما يزعج الطفل يمكن الإصغاء إلى حديثه في أثناء النوم والتحدث معه بشكلٍ مناسب في اليوم التالي. ويحدث الكلام أثناء النوم في الفترة العمرية بعد السنتين.

الأسباب:

- ١- خوف الطفل من مواقف معينة مثل الخوف من المدرس أو الخوف من الرسوب.
- ٢- حب الطفل لبعض الأشياء ورغبته في امتلاكها.
- ٣- الاستثارة الشديدة في النهار، وخاصة الخلافات مع الأطفال الآخرين أو مع

إخوته أو والديه.

أساليب التغلب على حديث الطفل أثناء النوم:

يكون حديث الطفل أثناء النوم سليماً إذا كان عابراً ودون أن يترافق بأعراض جسمية أو نفسية، أما إذا كان حديث الطفل أثناء النوم شديداً ومزعجاً له وللآخرين فإن ذلك يحتاج إلى علاج نفسي.

ثالثاً - التدخين

مقدمة:

في أوائل القرن السادس عشر أدخل مكتشفو أمريكا عادة التدخين إلى الحضارة الأوروبية، حيث أخذ مصطلح نيكوتين اسمه من اسم السفير الفرنسي في ليشبونا (جون نيكوت) الذي دافع عن التبغ عندما ذكر أن التدخين له فوائد مثل: زيادة الوعي، وعلاج كثير من الأمراض. ولكن انتشار التدخين في البداية كان عن طريق البحارة الأسبان بعد اكتشاف أمريكا، فقد أرسل كريستوف كولومبوس (مكتشف أمريكا) في عام ١٥١٥م إلى أسبانيا بذور هذه الشجرة على أنها نبات طبي كان يعتقد أن له بعض الفوائد، ونقلوا هذه العادة إلى أوروبا فانتشرت فيها، ومن ثم انتقل إلى قارة آسيا، ثم إلى بلدان العالم الأخرى. ولكن المؤرخين يؤكدون أن كلمة (التبغ) اشتقت من كلمة (تباكو) وهي اسم جزيرة من جزر المكسيك، أما السجارة التي يعرفها الناس اليوم، فقد ظهرت في البرازيل في عام ١٨٧٠م، في حين ظهرت أول

إحصائية عن عدد المدخنين في الولايات المتحدة الأمريكية في عام ١٨٨٠م وكان تعداد السكان في الولايات المتحدة الأمريكية في ذلك الوقت خمسين مليون شخص، وعدد السجائر التي يدخنونها ١,٣ بليون سيجارة سنوياً. أما عندما وصل عدد سكان أمريكا إلى ٢٠٤ مليون شخص، ارتفع عدد السجائر التي يدخنونها إلى ٥٣٦ بليون سيجارة سنوياً، أي إن زيادة تدخين السجائر أكثر من زيادة عدد السكان بـ ١٣٣ مرة. ولكن آفة التدخين اليوم تعد من المشاكل الملحة التي تواجه دول شرق البحر المتوسط، حيث تقدر نسبة انتشار التدخين بين الأطفال والمراهقين في دولة الإمارات العربية المتحدة بـ ١٤,٣% ذكور و ٢,٩% إناث (فكري، ٢٠٠٣).

كما تشير الإحصائيات إلى أن ٣٠% من سكان دول الخليج يدخنون، و ٥٠% من طلاب المدارس الثانوية. وتعد الولايات المتحدة الأمريكية في طليعة الدول المنتجة للتبغ (٧٣٥,٧٨١ طن)، تليها الصين (٢,٥٢٤,٥٠٠)، ثم تركيا، ثم اليونان، ثم اندونيسيا.. الخ (صحيفة النبأ، ع ٤٣٦، ١٤٢٠ هـ).

أضرار التدخين:

للتدخين آثار عديدة صحية واجتماعية ونفسية ودراسية ودينية... الخ. ويمكن إيضاح

هذه الأضرار كما يلي:

أولاً- الأضرار الصحية:

يؤدي التدخين إلى الإصابة بعدد من الأمراض منها:

١- أمراض القلب والأوعية الدموية:

أكدت الدراسات الطبية أن التدخين يؤدي إلى تضيق في قطر الشرايين الدموية، ويؤدي تدريجياً إلى تصلبها، وقد يؤدي إلى جلطة القلب والدماغ والذبحة الصدرية. كما يسبب التدخين ارتفاعاً في ضغط الدم نتيجة زيادة نسبة المواد الدهنية في الدم، كما يؤدي أيضاً إلى تهيج عضلة القلب وانقباض الأوعية الدموية في أطراف الجسم، والشباب هم أكثر تأثراً بالتدخين من الكبار، لأن شرايين قلوبهم تنقلص بسرعة أكبر (عبد اللطيف، ١٤١٧هـ).

٢- **مرض السرطان:** يحتل مرض السرطان الذي يصيب المدخنين المرتبة الثانية بعد أمراض القلب والأوعية الدموية، كسرطان البلعوم والحنجرة والفم، وسرطان الرئة، وسرطان الدم، وسرطان المثانة، وسرطان الكلى.. الخ. وتشير الإحصائيات إلى أن عدد المصابين بسرطان الرئة بسبب التدخين يتجاوز (٢٣٥٠) شخصاً في آخر إحصائيات السجل الوطني للأورام (في السعودية) عدا سرطان الفم وسرطان المثانة.

٣- **أمراض الجهاز التنفسي:** يسبب التدخين اضطراباً في حاستي الذوق والشم، وآلاماً في البلعوم وخشونة في الصوت، ومع الزمن قد يؤدي إلى فقدان الصوت. فقد أوضحت إحدى الدراسات التي أجريت على المراهقين أن أمراض الرئة المزمنة قد تنشأ بعد تدخين ٥-١٠ سجائر في اليوم لمدة عام أو عامين. كما يزيد التدخين من الإصابة بالربو، كما يجعل المدخن أكثر عرضة للإصابة بالزكام والتهاب القصبات الحاد.

٤- **أمراض جهاز الهضم:** يؤثر التدخين على جهاز الهضم، فهو يؤثر بشكل مباشر على الغشاء المخاطي البطن لجهاز الهضم، مما يسبب الميل إلى القيء والغثيان مع

قلة الشهية للطعام، كما يسبب عسراً في الهضم، والإصابة بقرحة المعدة، بالإضافة إلى الإصابة بإنتانات الجهاز الهضمي المزمنة، والإمساك وما يصاحبه من صداع، ويقلل من الحيوية والنشاط.

٥- **أمراض العيون:** يؤدي التدخين إلى تصلب الشرايين المغذية للعين، مما يؤدي إلى ضمور العصب البصري وتليف الشبكية وانفصالها، ويسبب الماء الأبيض، مما يؤدي مع الزمن إلى الإصابة بالعمى في سن مبكرة.

٦- **أمراض الجنس:** يسبب التدخين ضعفاً في القدرة الجنسية عند الرجال، وتخفيف الرغبة الجنسية عند النساء.

٧- **يساعد في الصلع:** أكدت الدراسات أن التدخين يؤدي إلى تساقط الشعر، ويسرع بالصلع بشكل مبكر عند الشباب. فقد أوضحت إحدى الدراسات أن ٧٥% من الرجال المصابين بالصلع تتراوح أعمارهم بين ٢١-٢٢ سنة، وهؤلاء كانوا من المدخنين، وإن معظمهم قد بدأ بالتدخين في سن الرابعة عشرة أو الخامسة عشرة (موقع صيد الفوائد).

ثانياً- الأضرار الاجتماعية والاقتصادية:

يوجد عدد من الأضرار الاجتماعية والاقتصادية للتدخين، وخاصة عند الشباب والمراهقين منها:

١- يؤدي التدخين إلى ضعف مستوى إنتاج العاملين نتيجة الخمول والتعب الذي يصيبهم.

٢- خسارة كبيرة للأموال التي تتفق بدون فائدة، مما يؤثر على النمو الاقتصادي للمجتمع، ويؤخر من عملية التنمية.

٣- يسبب التدخين خسارة كبيرة نتيجة تحمل المجتمع نفقات العلاج التي تقدم للمدخنين نتيجة إصابتهم بعدد من الأمراض، وخاصة الخطيرة منها.

٤- قد يتسبب التدخين في إحداث الحرائق التي قد تكون آثراً مدمرة للأسرة أو للآخرين عند رمي أعقاب السجائر دون انتباه.

ثالثاً- الأضرار النفسية:

يشعر المدخن بأن التدخين يساعده على الاسترخاء والهدوء، ويبعد عنه التفكير في مشكلاته النفسية. وهذا الشعور ليس إلا شعوراً واهماً لا أساس له، وإنما يتذرع به المدخن للاستمرار في التدخين.

رابعاً- الأضرار الدراسية:

يؤثر التدخين في القدرة على التركيز، فسرعة التعب عند المدخن تجعله غير قادر على الاستمرار في الدراسة ومواصلة الجهد. كما أن استنشاق أول أكسيد الكربون الذي يحدث أثناء التدخين، يؤثر على التوازن الكيميائي للدم، مما يؤثر سلباً على نشاط الخلايا الدماغية التي تحتاج إلى دم نقي في أداء نشاطها. وهذا من شأنه أن يضعف من قدرة الطلاب المدخنين على التحصيل الدراسي، كما يضعف من دافعيتهم للتعلم.

ففي إحدى الدراسات التي أجرتها وزارة التربية والتعليم في المملكة العربية السعودية على (٧٥٢) طالباً من طلبة المدارس المتوسطة والثانوية في مدينة الدمام

ممن تتراوح أعمارهم ما بين ١٢-١٧ سنة، تبين أن ٣٠% ممن شملتهم الدراسة مدخنون (مجلة المعرفة، ع٤٩، ١٤٢٨هـ). وهذا يشير إلى حاجة طلاب المدارس المتوسطة والثانوية إلى توجيه وإرشاد للابتعاد عن هذه الآفة الضارة التي تفتك بمستقبل الطالب وصحته.

أسباب التدخين:

توجد أسباب عديدة للتدخين منها:

١- الأسباب النفسية:

يظن المدخن أن التدخين سمة من سمات الرجولة، مما يجعله يمارس هذه العادة المضرة. كما يلجأ المراهق إلى التدخين للتخلص من حالة القلق والتوتر أو الشعور بالنقص التي تسيطر عليه، حيث يعمل القلق هنا كمنبه يحرك سلوك الشخص للبحث عن وسيلة للتخلص مما يعانيه، فيلجأ إلى التدخين وهو هنا كالمستجير من الرمضاء بالنار، مما يوقعه في مزيد من القلق وهكذا...

٢- الأسباب الاجتماعية:

تعود مشكلة التدخين بشكل مباشر أو غير مباشر إلى البيئة الاجتماعية نذكر منها:

أ- التصدع الأسري:

فالعلاقات المتداعية بين الوالدين أو بين الوالدين والأبناء، من شأنها أن تؤدي إلى لجوء الشباب والمراهقين إلى ممارسة السلوكيات غير المرغوبة ومن ضمنها التدخين هرباً من هذه المشكلات أو محاولة نسيانها كما يعتقدون.

ب- ضعف رقابة الوالدين على الأبناء:

إن غياب الوالد عن الأسرة لفترة طويلة (أيام، أو شهور، أو سنوات) من شأنه أن يجعل الأبناء وخاصة الذكور منهم يلجؤون إلى التدخين أو ممارسات أخرى أشد خطراً، لأن سلطة الوالدين غير موجودة، كما أن التوجيه والرعاية غير موجودة، وقد تستسلم الأم وتعذ نفسها غير قادرة على السيطرة على الأبناء، وأن المسؤولية في ذلك هي مسؤولية الأب.

ج- التقليد:

يلجأ الشباب والمراهقون في كثير من الأحيان إلى التدخين مقلدين في ذلك الأب أو الأم أو المعلم أو أحد الأقارب أو أحد الممثلين ممن يعجبون به. وتشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن التدخين هو أكثر ظهوراً لدى المراهقين الذين يكون آباؤهم من المدخنين (شيفر وميلمان، ٢٠٠٦).

د- جماعة الرفاق:

إن أكثر الأوساط الاجتماعية تأثيراً في الشباب والمراهقين هم جماعة الرفاق الواقعين تحت تأثير هذه العادة، إذ إن تأثيراتهم تكون قوية، حيث يميل الفرد عادة إلى تقبل السلوكيات التي يقوم بها رفاقه وإلى تقليدهم في ذلك.

٣- الفراغ والضجر والرغبة في المغامرة والمتعة:

يحاول الإنسان عادة أن يجد ما يشغل وقته، فإذا لم يجد نشاطات ذات قيمة لقضاء وقته، فإنه من الممكن أن ينزلق إلى سلوكيات غير مناسبة كتعاطي التدخين

والمخدرات، ويزداد هذا الاحتمال إذا كانت القيم الاجتماعية تستند إلى أخلاق المتعة بغض النظر عن النتائج المترتبة على ذلك الاستمتاع (داود وحمد، ٢٠٠٤).

٤ - وسائل الإعلام:

تلعب وسائل الإعلام دوراً مهماً في المجتمعات الإنسانية في الوقت الحاضر، فهي أداة للبناء أو الهدم، فهناك الكثير من القنوات التلفزيونية الفضائية والصحف اليومية والمجلات التي تنشر الإعلانات المثيرة عن أنواع السجائر الفاخرة، وعن أشهر الممثلين والممثلات الذين يتعاطون مثل هذه السجائر، مما يدفع الشباب والمراهقين إلى تقليدهم نظراً لسرعة تأثرهم بمثل هذه الدعايات المغرضة والهدامة.

أساليب الوقاية والعلاج للتدخين:

من أجل مواجهة التدخين والأضرار الناجمة عنه لا بد من تضافر الجهود في مكافحة التدخين تعتمد على منهج ثابت ونية صادقة في المساعدة. ومن أهم أساليب الوقاية والعلاج في هذا المجال ما تقوم به كل من الأسرة والمدرسة ووسائل الإعلام والمجتمع، وذلك على الشكل التالي:

أولاً - دور الأسرة:

يمكن للأسرة أن تعمل على وقاية المراهقين والشباب من التدخين من خلال اتخاذ الإجراءات التالية:

١- أن يكون الآباء والكبار في الأسرة نماذج إيجابية للسلوك الإيجابي للمراهقين من حيث الامتناع عن تعاطي التدخين.

٢- ضرورة أن يتعرف الوالدان على أصدقاء ابنهم المراهق، وتشجيعه على إقامة علاقات جيدة مع الشباب المستقيمين في سلوكياتهم، من أجل ممارسة نشاطاتهم معهم (اجتماعية ودراسية...)، فالرفقة الصالحة مطلب نفسي واجتماعي لا يستطيع الإنسان الاستغناء عنه وخصوصاً في مرحلة المراهقة.

مساعدة الوالدين لأبنائهم الشباب والمراهقين لكي يكونوا مفهوماً إيجابياً عن ذاتهم، ويتقوا بأنفسهم، لأن ذلك من شأنه أن يساعدهم في مقاومة الضغوط التي يعانون منها بين الحين والآخر.

٣- أن يعمل الوالدان على معرفة حاجات أبنائهم المراهقين، ويتفهموا مشكلاتهم النفسية، وأن يسعوا إلى مساعدتهم في حلها بدلاً من لجوئهم إلى رفاق السوء.

ثانياً- دور المدرسة:

يمكن للمرشد المدرسي بالتعاون مع إدارة المدرسة والمعلمين أن يساعدوا طلابهم في المرحلتين المتوسطة (الإعدادية) والثانوية من خلال قيامهم بالأدوار التالية:

١- الدور الوقائي:

ويتضمن تقديم التوجيه والإرشاد للطلاب من خلال اللقاءات والندوات والمحاضرات لتدعيم السلوكيات الإيجابية المرغوب فيها وكيفية تجنب السلوكيات غير المرغوب فيها. ويمكن الاستفادة في هذا المجال من المختصين في المجال الطبي والتربوي والإرشادي، مع استخدام أحدث التقنيات التربوية المشوقة أثناء عرض المعلومات. من جانب آخر يمكن توزيع النشرات التي تتضمن توعية الطلاب بأضرار التدخين ومخاطر تعاطيه على صحة الإنسان الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية

، كما يمكن تنفيذ بعض البرامج الخاصة بالتوعية بأضرار التدخين.

٢- الدور الإنمائي:

ويتم ذلك من خلال البرامج التربوية التي تقدم للطلاب لتنمية قدراتهم وزيادة مهاراتهم من أجل التغلب على عادة التدخين. كما يقوم المرشد المدرسي بالتعرف إلى المدخنين في المدرسة، ويعمل على دراسة حالاتهم والتعرف إلى أسباب تعاطيهم التدخين، ويعمل على مساعدتهم في التخلص منه. كما يمكن للمدرسة أن تقيم معرضاً إرشادياً يظهر من خلاله مضار التدخين وآثاره وأحوال المدخنين، وأن تتم مشاركة الطلاب في إعداده، وتفسح الفرصة لأولياء الأمور بمشاهدته برفقة مدير المدرسة وبعض المعلمين والمرشد المدرسي.

٣- الدور العلاجي:

يستخدم المرشد المدرسي عدداً من الأساليب النفسية (المقابلة- الإرشاد الجماعي) والاجتماعية والدينية لمساعدة الراغبين من الطلاب المدخنين بالإقلاع عن التدخين. فالمرشد المدرسي يمكنه في هذه الحالة دراسة حالة الطالب المدخن (إرشاد فردي)، ومتابعة حالته مع الاستعانة بعيادة مكافحة التدخين في المنطقة التي يعيش فيها الطالب. كما يمكن للمرشد المدرسي استخدام الإرشاد الجماعي كونه يوفر للطالب المدخن الأمن الاجتماعي، حيث يتمكن المشاركون في جلسات الإرشاد الجماعي أن يناقشوا مشكلاتهم بحرية موضحين الأسباب الكامنة وراءها وكيفية التخلص منها وعلاجها (الزعبي، ٢٠٠٥).

ثالثاً- دور المجتمع:

لابد للمجتمع من القيام بدور فاعل لحماية أبنائه من التدخين وذلك من خلال وضع سياسات واستراتيجيات و برامج موضوعية للحد من تعاطي الشباب التدخين أو الترويج له، ويكون ذلك من خلال ما يلي:

- ١- إعداد فريق من المختصين لتدريب الكوادر العاملة في نشاط مكافحة التدخين.
- ٢- تشجيع وسائل الإعلام على القيام بدور رائد في التوعية بأضرار التدخين وكيفية التخلص منه.
- ٣- توفير العدد الكافي من عيادات مكافحة التدخين في مناطق مختلفة لكل محافظة من محافظات البلد لتقديم الخدمات الضرورية الوقائية والعلاجية لأفراد المجتمع كافة.
- ٤- تشجيع البحث العلمي في مجال كيفية الوقاية والتخلص من التدخين ورصد الحوافز الكافية له.
- ٥- التواصل مع المنظمات العالمية في مجال مكافحة التدخين(منظمة الصحة العالمية) للاستفادة من خبراتها وكسب دعمها.
- ٦- الاستفادة من اليوم العالمي لمكافحة التدخين وهو ٣١ أيار من كل عام للتوعية بمخاطر التدخين على الفرد والمجتمع والبيئة.

خطوات الإقلاع عن التدخين:

من المعروف أن التدخين يؤدي إلى تعلق المدخن به بسبب اختلاط مادة النيكوتين بالدم ،وفي هذه الحالة يصعب على المدخن أن يتخلى عنه بسهولة.ولكن

إذا وجدت الإرادة القوية عند المدخن لترك التدخين، فإن الخطوات التالية يمكن أن تساعد في ذلك وهي:

الخطوة الأولى:

حدد موعداً نهائياً للتوقف عن التدخين وحاول التقيد به، وعادة يجب ألا يكون تاريخ الإقلاع عن التدخين يتجاوز ٣-٤ أسابيع.

الخطوة الثانية:

تحدث مع الأصدقاء والمقربين إليك عن رغبتك في التوقف عن التدخين لأن ذلك يشكل لك دعماً ومساندة.

الخطوة الثالثة:

الإقلال التدريجي من عدد السجائر التي يدخنها المدخن خلال الأسابيع الثلاثة أو الأربعة التي حددها للإقلاع عن التدخين.

الخطوة الخامسة:

ضرورة الابتعاد عن المواقف الصعبة التي تستدعي الشخص المدخن عادة إلى التدخين.

الخطوة السادسة

ابتعاد الشخص عن الأصدقاء المدخنين حتى لا يعود ثانية إلى التدخين.

الخطوة السابعة:

الابتعاد عن الأماكن التي عادة تذكر الشخص المدخن بالتدخين (المقاهي، النوادي..). لفترة مؤقتة حتى يتمكن من تحمل الإقلاع عن التدخين.

الخطوة الثامنة:

محاولة المشاركة في أعمال أو ممارسة هوايات من أجل الانشغال بها عن التدخين
مثل: الأنشطة الرياضية، الزيارات الاجتماعية، القراءة والمطالعة في أمور محببة.

رابعاً - الإدمان على المخدرات:

أهمية دراسة مشكلة الإدمان على المخدرات:

يعدُّ إدمان المخدرات من المشكلات الاجتماعية الأساسية التي كثر انتشارها ويات
يهدد كيان المجتمعات الحديثة على المستوى العالمي، ودخلت حتى إلى المجتمعات
الإسلامية، وذلك بسبب توافرها على نطاق واسع، ونتيجة إمكانات التصنيع والنقل
والتوزيع التي وفرتها التقنيات الحديثة. فهي تحتل المشكلة الأولى في البلدان
الغربية، حيث يعتقد (٩٨%) من الشعب الأمريكي أنها المشكلة الأولى التي يعاني
منها المجتمع، كما يوجد على مستوى العالم أكثر من (٥٠) مليون مدمن مخدرات
(طاش، ١٩٩١).

وهذه المشكلة يزداد احتمال انتشارها بين المراهقين بالمقارنة مع غيرهم من الأفراد
في الفئات العمرية المختلفة، وذلك بسبب نزعة المراهق إلى التجريب والاستطلاع
والمغامرة وميله للإذعان إلى جماعة الرفاق (داود، وحمد، ٢٠٠٤).

ويذكر حمدي في دراسته أن حوالي ٩٠% من المدمنين قد بدؤوا التعاطي وهم
مراهقون، فالصغار عرضة لسوء استخدام المخدرات، لأن عدواه تنتشر بسهولة

بينهم. كما أن الإدمان على العقاقير يمكن أن يكون المنطلق لجميع أشكال الجرائم والسلوك المضاد للمجتمع.

كما تشير إحصاءات مكتب المخدرات في الأمم المتحدة إلى أن حجم تجارة المخدرات بلغت عام ٢٠٠٦ إلى ٤٥٠ مليار دولار سنوياً، واعتبر يوم (٢٥) يونيو من كل عام يوماً عالمياً للتوعية بأضرار المخدرات والمؤثرات العقلية (الغريب، ٢٠٠٨: ١٨).

ويذكر الحجار (١٩٩٢) أن الإدمان على المخدرات يؤثر تأثيراً سيئاً في حياة المدمنين وحياة الآخرين الذين يعيشون معهم، مما يجعل حوالي (٧٠) مليون من الأمريكيين يعانون من مشكلات اجتماعية وشخصية مهمة تعزى إلى الإدمان على المواد المبدلة للمزاج (Franks, 1985).

من جانب آخر فإن انتشار تعاطي المخدرات بين المراهقين قد أثر في حياتهم الاجتماعية والنفسية والدراسية وأدى إلى تسربهم من المدارس الثانوية. وتشير الإحصاءات إلى أن نسبة تسرب طلاب المرحلة الثانوية في الولايات المتحدة الأمريكية قد بلغت على النطاق القومي (٢٥%) رغم آثارها الضارة، كما أصبح حوالي (١٠) من طلاب الصفوف النهائية في المدارس الثانوية الأمريكية يدخنون الماريجوانا (من فصيلة الحشيش) يومياً بالرغم من تأثيرها السلبي في القدرة المعرفية وفي الذاكرة (الزعبي، ٢٠٠١؛ الحجار، ٢٠٠٧).

تعريف الإدمان على المخدرات: (Addiction)

تعني كلمة مخدر في اللغة العربية من الخدر، بكسر الخاء، أي أنها تستر العقل

وتحجبه.أو تكون مشتقة من الخدر بفتح الخاء والبدال وتعني في هذه الحالة الاسترخاء والفتور.وتعرّف المخدرات من الناحية الاجتماعية بأنها" المواد التي تؤدي بمتعاطيها وامتدوا لها إلى السلوك الجانح،وهي أيضاً تلك المواد المذهبة للعقل فيأتي مستعملها سلوكاً منحرفاً"(الغريب،٢٠٠٧: ٣١).

وقد عُرّف الإدمان على المخدرات تعريفات عديدة،حيث عرّفه النابلسي(١٩٩١) بأنه"عادة نفسية أو فسيولوجية قوية تستبد بالفرد وتسيطر عليه بحيث يعجز عن التخلص منها.إنه فرار وهمي من الواقع المتمثل أمام أنظارنا، وذلك لعدم قدرة الشخص على تحمل الواقع الذي يود الإنسان أن يزيله عن طريق الإدمان.إنه اغتصاب للذات والوجود معاً"

أما منظمة الصحة العالمية فقد عرّفت الإدمان بأنه"حالة من التخدير المؤقتة التي تنتج عن تكرار التعاطي لمادة مخدرة طبيعية أو مصنعة أو تخليقية(غويدي،١٩٨٩: ٩، في الغريب،٢٠٠٧: ٣٠).

أما سويّف(١٩٩٦) فيعرّف الإدمان على المخدرات بأنه"التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمواد مخدرة أخرى لدرجة أن المتعاطي يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي،كما يكشف عن عجز أو رفض لانقطاع أو لتعديل تعاطيه،وكثيراً ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما انقطع عن التعاطي".

الآثار الناجمة عن تعاطي المخدرات:

لتعاطي المخدرات تأثيرات عديدة على جوانب الحياة المختلفة،ويمكن إيجاز أهم هذه التأثيرات بما يلي:

• الآثار الجسمية:

تؤثر المخدرات بشكل كبير على الحواس، كما أنها أكثر إحداثاً للتعود. فالمخدرات تتداخل مع الذاكرة والإحساس والإدراك وتشوه الخبرات، وتؤدي إلى فقدان سيطرة الشخص المدمن على نفسه، مما يعرضه لخطر إيذاء نفسه وإيذاء الآخرين. كما يؤدي تعاطي المخدرات إلى اضطرابات عقلية شديدة، حسب كمية الجرعات المتناولة، وطول مدة التعاطي، وقابلية الشخص المتعاطي للتأثر.

من جانب آخر فإن تعاطي المخدرات يؤدي إلى ظهور هلاوس سمعية، حيث يسمع المتعاطي أصوات أشخاص تهدده أو تحقره فتثير عنده الخوف والقلق. كما تضطرب ذاكرة المدمن على المخدرات، وخاصة تذكر الأحداث القريبة، حيث يخفق في تذكر الوجوه والصور والأماكن (كما هو في زهان كورساكوف)، حيث يحدث تدهور وانحلال في القشرة المخية والأعصاب المحيطية، ولا يستطيع التعرف إلى الناس، وتضطرب عنده الاتجاهات الزمنية والمكانية، إذ لا يعرف المدمن أين هو. كما يؤدي الكوكايين إلى تسمم القلب، وقد يتسبب في أزمات قلبية مميتة.

• الآثار النفسية:

تتمثل الآثار النفسية لتعاطي المخدرات بالقلق الشديد، والاضطراب النفسي، والهلوسة، ويحتاج بعض هذه الاضطرابات إلى إدخال المدمن مستشفى الأمراض النفسية.

• الآثار على الأداء المعرفي والقدرة الإنتاجية:

أظهرت نتائج البحوث التي أجريت على متعاطي المخدرات، أنها تؤدي إلى انخفاض

واضح في الأداء الدراسي، وقد كان ذلك واضحاً بالنسبة للطلاب الذين كانوا متفوقين في دراستهم قبل تعاطي المخدرات. ووفقاً لما جاء في إحدى الدراسات، فقد كان احتمال حصول الطلاب الذين يتعاطون الماريجوانا على درجات متدنية في المتوسط أكبر منه بين الطلاب الآخرين بمقدار الضعف، ويصل احتمال غياب طلاب الصفوف العليا بالمدارس الثانوية الذين يفرطون في تعاطي المخدرات عن مدارسهم إلى ما يزيد عن ثلاثة أمثال غير المتعاطين، كما ينقطع خمس المفرطين في التعاطي عن مدارسهم ثلاثة أيام أو أكثر في كل شهر. ففي إحدى الدراسات التي أجريت في ولاية فيلادلفيا في الولايات المتحدة الأمريكية، تبين أن أربعة من بين كل خمسة طلاب منقطعين عن الدراسة كانوا ممن يتعاطون المخدرات.

كما توصلت دراسة الباز (١٩٩٩) حول الأداء المهني للمدمنين على المخدرات، إلى أن أداءهم المهني منخفض، وأن أقل أداء للمدمن يكون في الجوانب التالية:

الانتظام في العمل ٢- -الجزاءات ٣- -أداء الدور المهني ٤- -الاستقرار في العمل وبناء على ذلك فإن تعاطي المخدرات والإدمان عليها يعدّ تعطيلاً لقدرات جزء من القوى البشرية المنتجة في المجتمع وهدراً لموارده المالية، خصوصاً وأن عدداً من الدراسات قد أظهرت أن غالبية متعاطي المخدرات هم من فئة الشباب دون سن الثلاثين من العمر (درياس والحداد، ٢٠٠١، القشعان والكنيدري ٢٠٠٣، حسين، ٢٠٠٣).

فضلاً عن ذلك تزداد حالات سرقة ممتلكات المدرسة عند متعاطي المخدرات من

طلاب الصفوف الثانوية العليا، وذلك لتأمين شراء هذه المخدرات، كما أن نسبة (٦٤%) من المراهقين المتعاطين للمخدرات يميلون إلى السرقة من أسرهم أو أصدقائهم (نافع، ١٩٩١).

• الآثار الصحية:

قد يؤدي تعاطي المخدرات إلى إصابة الإنسان بأضرار صحية عديدة منها:

١- أضرار تصيب الجهاز الهضمي:

يؤدي تعاطي المخدرات إلى حدوث التهاب مزمن للغشاء البطن للفم والبلعوم، واضطراب في إفراز العصارة المعدية، وحدث تقرحات في الغشاء المخاطي، وبعض أنواع سرطانات المعدة، وإنهاك الخلايا الكبدية وإصابتها بقصور وظيفي ينتج عنه اضطراب في الهضم، واحتقانات وتليفات كبدية .

٢- أضرار تصيب الجهاز العصبي:

يؤدي تعاطي المخدرات إلى تخريب عضوي في المخ والتهاب الأعصاب.

٣- أضرار تصيب الجهاز التنفسي:

إن تعاطي المخدرات يؤدي إلى الإصابة بالتهابات رئوية مختلفة، ويعطل الأوعية الدموية الرئوية، ويضعف مرونة الحنجرة، ويهيج الشعب التنفسية، ويحدث بحة في الصوت والسعال المتكرر.

٤- أضرار تصيب الجهاز الدوري:

كما يؤدي تعاطي المخدرات إلى الإصابة باضطرابات في ضربات القلب وضغط الدم.

٥- أضرار حسية:

يؤدي تعاطي المخدرات إلى ضعف الإحساس بشكل عام، والشعور بآلام حادة بسبب التهابات الأعصاب، وحدوث اضطرابات حركية قد تؤدي إلى الشلل.

٦- اضطرابات نفسية:

يشعر مدمن المخدرات باليأس والقلق دون سبب مبرر، كما يشعر بالقلق وعدم الاستقرار والخوف، وتخيل أشباح مخيفة، وقد يؤدي بالمدمن إلى الانتحار.

٧- الإصابة بمرض الإيدز:

دلت الإحصاءات الأمريكية أن حوالي (٧٠%) من مرضى الإيدز من الشواذ جنسياً، وأن (٢٠%) منهم من متعاطي المخدرات بالحقن الوريدي. فمدمنو المخدرات يعد كل منهم الآخر بالتشارك في الحقنة ذاتها، وقد أصبح مدمن المخدرات بالحقن الوريدي مهدداً بالموت مرتين في الوقت الحاضر، إما عن طريق الجرعة المفرطة، أو عن طريق الإصابة بالإيدز (نافع، ١٩٩١).

• الآثار الاقتصادية:

تستهلك المخدرات جزءاً كبيراً من دخل المتعاطي، كما تكلف الدولة مبالغ كبيرة في عملية مكافحة الوقاية والعلاج. ففي جمهورية مصر العربية تكلف عملية مكافحة المخدرات أكثر من (٢٠٠) مليون جنيه سنوياً، بالإضافة إلى ما تنفقه الدولة في علاج المدمنين. وفي اليمن أظهرت إحدى الدراسات التي أجريت من قبل برونشتين (Bronstein)، أن القات يستقطع حوالي (١٣%) من ميزانية الأسرة، حيث

يأتي في المرتبة الثانية بعد الحبوب الغذائية من حيث الإنفاق. وفي دراسة أخرى أجريت في اليمن وجد أن متوسط ما ينفقه الفرد المتعاطي للقات يصل إلى حوالي (٤٤) ريالاً يومياً (أي حوالي ستة دولارات أمريكية في ذلك الوقت)، كما أن متوسط الوقت الذي يستغرقه متعاطي القات يبلغ حوالي أربع ساعات يومياً (مصيقر، ١٩٨٥: ١١٢).

الأسباب المفسرة لتعاطي المخدرات:

تتعدد أسباب تعاطي المخدرات، حيث يعيدها بعضهم إلى أسباب فسيولوجية خاصة بالمدمن، في حين يردها آخرون إلى أسباب اجتماعية، أما بعضهم الآخر فيردونها إلى أسباب نفسية، في حين أن آخرين يفسرونها استناداً إلى اهتزاز القيم الدينية عند المتعاطين. وفيما يلي سنوضح أهم الأسباب التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات والإدمان عليها:

أولاً- الأسباب الفسيولوجية:

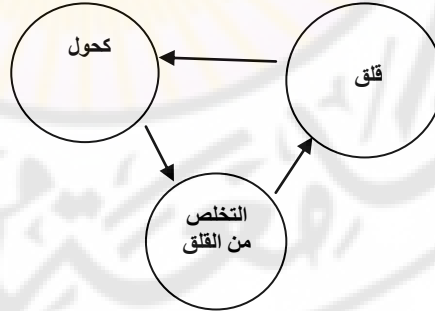
قد يحدث الإدمان على المخدرات بسبب بعض التغيرات الفسيولوجية التي تطرأ على الجسم نتيجة التعاطي، فقد تستجيب أنسجة الجسم كيميائياً إلى تغير معين نتيجة وجود مادة معينة في الدم، فإذا نقصت هذه المادة اضطر الإنسان إلى الإكثار منها ليشبع الكمية المطلوبة في الدم.

من جانب آخر فإن المخدرات تحمل نسبة من المورفين ذات التأثير على الجهاز العصبي المركزي، ولذلك فإن المخدرات بما تحمله من خصائص فارماكولوجية على

جسم الإنسان ذات فاعلية في تنمية التحمل، ومن ثم تنشأ الحاجة إلى زيادة الجرعة بشكل مستمر.

ثانياً- الأسباب النفسية:

يرى أنصار النظرية السلوكية أن تعاطي المخدرات ليس إلا عادة شرطية تنمو عن طريق التعلم، وتستمر عن طريق التدعيم الإيجابي القادر على تقوية العادة نفسها. وتؤيد الكثير من الملاحظات الإكلينيكية العلاقة بين نموذج التعليم عن طريق الارتباط الشرطي وبين نشأة الاعتماد على المخدرات. فالنموذج هو: قلق-كحول-التخلص من القلق، حيث يمارس ويكرر ويصبح مدعماً تدعيماً شديداً، والتدعيم هنا هو التخلص المباشر من القلق. ولما كان الفعل المنعكس الشرطي بتعاطي المخدرات فعلاً غير تكيفي، فإنه بالتالي يسهم في استمرار القلق الذي يستثير الاستجابة المنعكسة- كتعاطي المخدر- وهكذا يستمر الشخص المتعاطي في دائرة مفرغة بين القلق والمخدر، ويمكن تمثيل ذلك وفقاً للشكل (٣) التالي:



شكل (٣): العلاقة بين القلق والمخدر

وهكذا تدعم المادة تدعيماً إيجابياً، بحيث إذا حاول الفرد الامتناع عن المخدر، فإنه يعاني من القلق، والقلق لا يزول إلا بتناول المخدر، وهكذا تستمر حلقة الاعتماد المفرغة.

أما أصحاب سيكولوجية الذات فيرون أن الذات حينما تتعرض للضعف، فإنها تلجأ إلى تعاطي المخدرات كوسيلة دفاعية ضد الإحساس بالقلق والفشل والعجز، أو تعويض ضد النقص وعدم الكفاية.

كما توجد علاقة وثيقة بين عدم الشعور بالأمن وبعض مظاهر السلوك الشاذ كالانطواء والعدوان، وهذا العدوان قد يوجه إلى الذات أو إلى العالم الخارجي. ففي تعاطي المخدرات يكون هذا التعاطي بمثابة عدوان موجه نحو الذات لفقدان الشعور بالأمن، وقد يكون موجهاً نحو الآخرين عن طريق ترويح أو الاتجار بالمخدرات، وفي الغالب يكون التعاطي وسيلة للشعور بالأمن من خلال اتصال المتعاطي بغيره من المتعاطين، لأنه قد فقد الشعور الآمن في المنزل، إما لغياب الوالد عن المنزل لفترة طويلة، أو لأن العلاقات بين الوالدين لا يسودها التفاهم والوافق.

كما أن الأفراد الذين يعانون من بعض الاضطرابات النفسية كالإكتئاب والقلق هم أكثر عرضة من غيرهم للوقوع في تعاطي المخدرات، لأن الشعور بالألم النفسي لديهم يجعلهم يسعون للتخلص منه بأي ثمن، كما أن هذه الاضطرابات تجعلهم أيضاً غير قادرين على ضبط أنفسهم (المفدى، ٢٠٠٢).

ثالثاً - الأسباب الاجتماعية:

من الأسباب الاجتماعية ذات الصلة الوثيقة بتعاطي المخدرات عند الشباب

والمراهقين مايلي:

١- رفاق السوء:

تتابعت الاهتمامات العلمية في دراسة أثر سلوك جماعة الرفاق على الفرد، حيث يذكر العالم إدوين سوثرلاند (Edwin Sutherland) في نظريته الاقتتران الفارقة، أن إدمان المخدرات يكون عادة نتيجة الاتصال بجماعات مختلفة هي التي يتحد معها، فإذا اتحد مع جماعة لها الخبرة نفسها، فمن المحتمل أن تتوافق ممارسته مع معيار الجماعة في هذا الخصوص. ويضيف الفرد ليند سميث (Alfred Lind Smith) أن هذا الاقتتران يسبب الإدمان، وخاصة عندما يرتبط التعاطي في البداية بالتجريب، ثم تبدأ دورة الإدمان حينما يختبر الفرد تجربة الانسحاب من المخدر وما يصاحبها من قلق ليكون الاقتتران مع الجماعة مرة أخرى هو السبيل الوحيد للتخلص من هذا القلق.

وهذا يعني أن جماعة الرفاق لا يقتصر أثرها على تشجيع الفرد على التعاطي، بل يمتد هذا الأثر لكي تغرس فيه هذه العادة، لدرجة أنه لا يستطيع أن يتخلى عن المخدر. فرفاق السوء يشكلون أحد المتغيرات المترابطة بانتشار ظاهرة تعاطي المخدرات، وأن هناك علاقة ارتباطية إيجابية مباشرة بين تعاطي المخدرات ورفاق السوء بصرف النظر عن نسبية هذه العلاقة ودرجة تأثيرها من حالة لأخرى (السعد، ١٩٩٣: ١٥٥).

٢- الفشل في عملية التنشئة الاجتماعية:

يعد أسلوب التنشئة الاجتماعية في الأسرة من الحصون الأولى الذي يختبره الإنسان

ليتعلم كيف يتصرف في مواقف التحدي أو الألم. فمدمنو المخدرات لم يتعلموا جيداً كيف يتصرفون أثناء مواقف الأزمة، ويكون هذا المستوى، وكذلك من الفشل للتنشئة الاجتماعية ذا علاقة مركزية بمشكلة الإدمان، حيث يأتي المدمنون من تنشئة ذات إحساس بالنقص أو إحساس بضعف الثقة بالنفس في مواجهة الأزمات، أي إحساس بعدم القدرة على مواجهة المشكلات.

ولذلك يكون اعتبار المشاعر والاتجاهات السلبية التي توفرها التنشئة الاجتماعية السيئة، وكذلك التفكك الأسري بما يحمله من هجر أو طلاق أو خصام مستمر، بمثابة التربة الخصبة لنمو ظاهرة تعاطي المخدرات عند الشباب والمراهقين.

وتذكر حسون (١٩٩٥: ١٧٩) من خلال دراستها الميدانية التي أجريت في عام (١٩٩٣) حول انحراف الأحداث الذكور في الوطن العربي، أن طبيعة العلاقات السائدة بين الآباء والمراهقين تعاني مأزقاً علائقياً مهماً، سببه الأساسي هو عدم وجود خطوط واضحة ترسم العلاقة بين الطرفين، وتقوم على أسس سهلة الفهم والتطبيق تخدم الطرفين. فقد تبين أن غالبية الآباء لم يخططوا لبناء علاقات سليمة تهدف إلى مساعدة أبنائهم في مرحلة المراهقة كي يمارسوا حياة سليمة خالية من الانحرافات والإدمان والمشاكل وفي مقدمتها تعاطي المخدرات.

٣- المعايير والقيم:

فالمتعاطون للمخدرات يعد سلوكهم غير متوافق مع المعايير الاجتماعية السليمة السائدة في المجتمع الذي يعيشون فيه. كما أن التحولات والتغيرات السريعة في المجتمع (من المجتمعات الشعبية إلى المجتمعات الحديثة، أو من المجتمعات الريفية

إلى المجتمعات الحضرية)، تؤدي إلى اهتزاز القيم وانحرافها لعدم القدرة على مسايرة هذه التحولات ويؤدي إلى انتشار تعاطي المخدرات. كما ترى نظرية التفكك الاجتماعي أن الإدمان سلوك منحرف، يعبر عن مشكلة اجتماعية سببها البعد عن المعايير والقيم التي أقرها المجتمع (الغريب، ٢٠٠٧).

٤- الظروف الضاغطة:

عندما يتعرض المراهق والشاب إلى ظروف قاسية كالفشل الدراسي، أو الخسارة المالية الكبيرة، أو الطلاق، أو غير ذلك من ظروف قاسية، فإنه يصبح في وضع نفسي صعب قد يجعله عرضة للوقوع في المخدرات إذا توافرت له الظروف المواتية. ويزداد تأثير هذا العامل قوة إذا ترافق ذلك مع ضعف الوازع الديني، وعدم وجود المساندة الاجتماعية اللازمة.

رابعاً- وسائل الإعلام:

يذكر سويف (١٩٩٦) أن وسائل الإعلام المصرية بأشكالها المختلفة تأتي في المرتبة الثانية بعد الأصدقاء كمصدر يقدم للشباب المعلومات عن تعاطي المخدرات. كما أن المعلومات الخاطئة التي تقدمها وسائل الإعلام عن المخدرات، وما تحدثه للمتعاظم من تأثير يساعد على نسيان المشكلات أو تساعد على النشوة والراحة... الخ. كل ذلك يدفع بعض المراهقين والشباب إلى الإقدام على تجريب تعاطيها، وخاصة في غياب التوجيه الصحيح لهم من قبل الأهل والمدرسة. فضلاً عن ذلك فإن وسائل الإعلام تستخدم في بعض الأحيان أداة للدعاية لأنواع

من المخدرات، ويكون لتلك الدعاية تأثير أكبر لأنه يتم بطريقة غير مباشرة (كعرض المواقف الغرامية، أو تعاطي المخدرات من قبل بعض الممثلين المشهورين). إن تكرار تلك المشاهد يجعل المشاهد (وخاصة المراهق والشاب) لاشعورياً يربط بين تلك المواقف السارة وتناول المخدرات، وتوحي له بطريقة غير مباشرة بأن المتعة والسرور لا يكتملان إلا بتعاطي المخدرات (المفدى، ٢٠٠٢).

خامساً - أوقات الفراغ:

يعد الفراغ أوسع أبواب دخول المراهقين والشباب إلى عالم تعاطي المخدرات والإدمان عليها، حيث يلجأ المراهقون والشباب إلى ملء أوقات فراغهم في نوادي الإنترنت، من أجل تصفح المواقع التي لا تتناسب مع أخلاقيات المجتمع وقيمه وعاداته وتقاليده، وخاصة عندما يتوفر لديهم الاستعداد النفسي لذلك، وفي غياب التوجيه الأسري والمدرسي، وقلة البرامج والأماكن التي من خلالها يمكن تصريف طاقاتهم والاستفادة من استعداداتهم وقدراتهم وميولهم. فالعالم اليوم قد تحول بالنسبة إلى المراهقين والشباب إلى شاشة صغيرة يمكن مشاهدته من خلال جهاز كمبيوتر، أو جهاز هاتف محمول، أو جهاز تلفزيون، يقضي من خلالها المراهقون والشباب أكثر من ثلث أوقاتهم في التعامل مع هذه الأجهزة في موضوعات غير مفيدة. وهذا ما يجعل الأرضية مناسبة للانحراف وتعاطي المخدرات.

سادساً - الأسباب الدينية:

يعد ضعف الوازع الديني أحد الأسباب المهمة التي تجعل المراهقين والشباب

ينغمسون في تعاطي المخدرات، حيث يعد ذلك مظهراً من مظاهر الانحراف عن القيم الدينية التي يؤمن بها المجتمع، ففي إحدى الدراسات التي أجريت في المجتمع المصري، تبين أن (١٢%) من متعاطي الحشيش يعتقدون أن تعاطيه محرم دينياً، في حين يعتقد (٦١,٥%) منهم أنه مكروه فقط، وصرح (٢٦%) منهم أن تعاطيه غير محرم ولا مكروه، وعدّوا ذلك أن هذا الاعتقاد هو الذي دفعهم وشجعهم على تعاطيه (سوين، ١٩٨٨).

أعراض تعاطي المخدرات:

- توجد بعض الأعراض والسلوكيات التي قد تدل على تعاطي المراهق أو الشاب للمخدرات، ووجودها يستلزم الانتباه والتقصي، ومن هذه الأعراض:
- * - الخمول والكسل والرغبة في النوم بكثرة دون سبب ظاهر
 - * - النشاط الزائد، وعدم الاستقرار، وعدم القدرة على النوم الذي يكون بشكل مفاجئ (هذه الأعراض تكون نتيجة تعاطي منشطات).
 - * - سهولة الاستثارة والعصبية الشديدة.
 - * - ازدياد طلب المال واللجوء إلى السرقة لتأمينه (المفدى، ٢٠٠٢).

الوقاية من تعاطي المخدرات:

تتمثل أولى الإجراءات الوقائية **بالتحذير من تعاطي المخدرات**، وكان أول اتفاق دولي يعقد من أجل الحد من تعاطي المخدرات، هو اتفاق شنغهاي في عام (١٩٠٩)، ثم اتفاق لاهاي (١٩١٢)، وفي عام (١٩٧٢) وضعت لجنة المخدرات

اللمسات الأخيرة على البروتوكول الذي وقع في العام نفسه.

ومن الإجراءات الوقائية الأخرى محاربة المخدرات، حيث تضع السلطات في الدول العربية قوانين صارمة على تجارة المخدرات، وتعاقب الأشخاص الذين يروجون لها أو يتعاطونها بعقوبات شديدة، وتشدد المراقبة في المطارات، والموانئ البحرية، والحدود البرية.

كما تعد عملية التوجيه والإرشاد المضادة للمخدرات في المدارس ووسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة من أهم الإجراءات الوقائية الفاعلة.

من جانب آخر تلعب الأسرة دوراً مهماً في وقاية المراهقين والشباب من الوقوع في آفة تعاطي المخدرات. فالأسرة غالباً ما تكشف تعاطي الأبناء للمخدرات، ولهذا فإن ما تقوم به من إجراءات يمكن أن تكون مفتاح الوقاية لإبعادهم عن المخدرات. ولذلك فإن أهم ما تقوم به الأسرة هو إقامة علاقات جيدة مع الأبناء، علاقات تقوم على الحوار المريح البناء، بحيث يتمكن الآباء والأبناء من الاستماع إلى بعضهم بعضاً، لأن تعطل الحوار بينهما يدل على أزمة في العلاقات الأسرية من شأنها أن تجر مشكلات كثيرة للأبناء والآباء ومن ضمنها تعاطي المخدرات. وحتى يتم الحوار البناء بين الآباء والأبناء، لا بد أن تكون الاتصالات في الاتجاهين سالكة، أما الاتصال من طرف واحد (من الآباء مثلاً) وإهمال الطرف الثاني (الأبناء) فإنه يؤدي إلى تفكك الأسرة، ويهيئ المناخ المناسب للانحراف وتعاطي المخدرات. فأول ما يطلبه الأبناء من الآباء هو أن يسمعوا لهم، وأن يهتموا بهم، وأن يحترموا آراءهم، وأن يتناقشوا معهم في أمورهم وأمر الأسرة، وأن يشتركوا في اتخاذ القرارات التي تهم

الأسرة، فإذا لم يجد الأبناء من يهتم بهم ويسمع لهم في الأسرة، وجدوا من يهتم بهم ويسمع لهم ويحترمهم خارجها، وهنا يكون الفخ الذي يؤدي إلى الانحراف وتعاطي المخدرات.

علاج تعاطي المخدرات:

لا توجد طريقة واحدة يمكن أن تتبع من قبل المجتمعات كلها، لأن الظروف الاجتماعية والثقافية والدينية والشخصية هي التي تحدد الطريقة الأفضل لعلاج الإدمان على المخدرات. ومن الطرائق المستخدمة في علاج المدمن على المخدرات ما يلي:

١- العلاج الطبي:

يهدف العلاج الطبي إلى تحرير متعاطي المخدرات من الاعتماد الكيميائي، ويختلف تأثيره من فرد إلى فرد آخر باختلاف نوع المخدر ودرجة قوته، وباختلاف درجة التعاطي، وعدد مرات التعاطي، والكمية المستعملة. فهو يهدف إلى تهدئة المدمن، والقضاء على الأمراض التي أصابت المدمن نتيجة الإدمان، والوقاية المسبقة من الأمراض المحتمل أن يصاب بها، والإقلال التدريجي من اعتماد الجسم على المخدر، بالإضافة إلى تقوية الجسم وزيادة المناعة الطبيعية ضد الأمراض.

٢- العلاج النفسي:

يهدف العلاج النفسي إلى إعادة ثقة المدمن بنفسه، وإلى إعادة تقديره لذاته وإقناعه

بذلك. وعلى المدمن أن يشعر بأنه يشارك في وضع العلاج المناسب له، وأنه طرف أساسي في العملية العلاجية، وأن العلاج ليس مفروضاً عليه بل هو نتيجة رغبته في العلاج.

كما يهدف العلاج النفسي إلى محاولة تغيير سلوك المدمن السابق تدريجياً، وجعله ينبذ السلوك المرتبط بالإدمان، ومحاولة دفعه إلى تغيير نظرته للحياة والمجتمع المحيط به، بالإضافة إلى محاولة استعادة إرادته المسلوقة من طرف المخدر، وجعله يقرر مصيره بنفسه من خلال إعادة المبادرة له، وجعله يتخذ القرارات التي تخصه أو تخص أسرته، ومساعدته في مواصلة الحياة بصورة سوية بدون الاعتماد على الآخرين.

وبعد العلاج السلوكي المعرفي من أهم طرائق العلاج النفسي في معالجة الإدمان على المخدرات من خلال ما يسمى التدريب الذاتي أو العون الذاتي (Self-Help)، حيث يقوم المدمن بتعلم مهارات علاجية من خلال التدريبات التي ينفذها لتبديل سلوكه الإدماني. وهذا يعني أنه يساعد نفسه بنفسه في الشفاء من الإدمان على المخدر. وهذا ينعكس عليه من خلال ما يتلقاه من تغذية راجعة، في إعادة الثقة بالنفس، والقدرة على السيطرة على الذات. فالعلاج السلوكي المعرفي يكشف للمدمن عن قدراته الكامنة، ويسعى إلى تفجيرها وتتميتها من أجل تبديل السلوك الإدماني والسيطرة على نزوعاته.

ومن الطرائق النفسية الأخرى في علاج المدمنين على المخدرات، العلاج بالتنفير

وذلك من خلال استخدام صدمة كهربائية خفيفة عند قدوم المدمن على تناول المخدر، إذ يوجد جهاز خفيف يسهل حمله في اليد يقوم بتوليد صدمة كهربائية غير سارة كلما شعر المدمن بالرغبة في تعاطي المخدر. كما استخدم لازاروس (Lazarus, 1965) مزيجاً من الصدمة الكهربائية مع العلاج السلوكي من خلال إزالة الحساسية مع أحد المرضى، وكتب لهذا العلاج النجاح بعد حوالي شهرين فقط (الحجار، ١٩٩٤).

٣- العلاج الاجتماعي:

يعرّف العلاج الاجتماعي بأنه "طريقة لمساعدة الأسرة والأفراد في التغلب على ما يواجههم من مشاكل، وذلك عن طريق رفع مستوى أدائهم لوظائفهم الاجتماعية". فالعلاج الاجتماعي يبدأ عادة عندما ينتهي العلاج الطبي والعلاج النفسي. إنه يعني ضمان اجتماعي للفرد المدمن في عدم الاستقرار في تعاطي المخدر، والافتقار بتركه نهائياً، ويتم ذلك عن طريق مساعدة أفراد الأسرة والأصدقاء والأقارب، وكذلك المؤسسات الاجتماعية المختصة.

فالهدف من العلاج الاجتماعي هو جعل المدمن يصل إلى حالة من الاستقرار الاجتماعي، وتوجيه جهوده إلى الأشياء المفيدة، بالإضافة إلى نبذ السلوكيات الشاذة والافتقار بضرورة تجنبها والتخلي عنها، والدخول في حياة اجتماعية سوية، وإعادة دمج اجتماعياً ومهنيّاً تدريجياً. ولذلك يمكن القول إن علاج المدمن على المخدرات لا يتم في معزل عن محيطه الاجتماعي، فالإدمان ذاته قد يكون نتيجة التعامل السلبي مع المحيط الأسري، فالمعالج لابد أن يرى امتداد مشكلة المدمن في زوجته

وأولاده، ولذلك لابد أن يشمل العلاج أفراد أسرة المدمن جميعاً لإعادة تأهيله ضمن بيئته الاجتماعية والأسرية (الحجار، ١٩٩٤: ٢١١).

خامساً- أوقات الفراغ

مفهوم أوقات الفراغ:

يقصد بأوقات الفراغ تلك الأوقات التي لا يمارس الفرد فيها أي نشاطات أكاديمية (علمية أو أدبية) أو ثقافية أو فنية أو ترويحية. ولكن الإنسان لا يستطيع أن يعيش دون تفاعل مع مؤثرات الحياة المختلفة وأنشطتها المتنوعة، وهذا يختلف من شخص إلى آخر، فالأنشطة التي يمارسها الإنسان في أوقات فراغه، يمارسها بدوافع ذاتية أو اجتماعية بهدف التسلية والترفيه واكتساب المعرفة. كما أن المجتمعات الحديثة تهتم اليوم أكثر من أي وقت مضى بأنشطة أوقات الفراغ وكيفية قضائها والاستفادة منها، وخاصة لدى فئة الشباب والمراهقين.

ولذلك فإن الفراغ كمفهوم لغوي معرفي تتحدد إيجابيته أو سلبيته من خلال نوعية الممارسة السلوكية لأي نشاط في ضوء المحددات المقننة له على مستوى الفرد والمجتمع. وقد قال الرسول محمد صلى الله عليه وسلم: **نعمتان مغبون فيهما كثير من الناس، الصحة والفراغ.** فالفراغ قد يكون نعمة إذا تم استثماره بما يفيد، وقد يكون نقمة إذا لم يوجه بشكل صحيح واستثمر استثماراً خاطئاً.

أهمية تنظيم أوقات الفراغ:

فتنظيم وقت الفراغ مهم لصحة الفرد وكيانه بشكل عام: حتى إن المعالجين والأطباء النفسيين استعانوا بالنشاط الترويحي وممارسة الهوايات والفنون في معالجة المصابين بالأمراض العقلية.

• كما أن استغلال وقت الفراغ وتنظيمه بشكل مناسب يساعد في التغلب على الأمراض النفسية، ويحتفظ بالصحة النفسية السليمة.

• كما يفيد تنظيم وقت الفراغ أيضاً كبار السن: فالرجل الطاعن في السن عندما لا يعرف تنظيم وقت فراغه قد يعرضه للمرض ومن ثم الموت. أما أولئك الذين يحسنون شغل أوقات فراغهم، ويحتفظون بنشاطهم البدني والذهني فإنهم عادةً ما يعمرون أطول ويتمتعون بصحة أحسن.

• يمكن من التغلب على الشعور بالنقص: أما عدم استغلال هذه الأوقات بشكل مناسب فإنه يؤدي إلى الشعور بالملل والضجر، وقد ينحرف هذا بالفرد إلى اتباع أساليب غير مناسبة للتغلب على ما يعانيه من سأم وملل وضجر.

الحاجات التي يمكن إشباعها في أوقات الفراغ:

فالنشاط الذي يسلكه الإنسان بصورة عامة والمراهق بصورة خاصة في محاولة استغلال وقت الفراغ يشبع عند المراهق حاجات كثيرة منها:

١- إشباع الحاجات الجسمية:

إن إشباع الحاجات الجسمية من خلال وقت الفراغ يُخلص الإنسان من التوترات

العضلية، وينشط لديه الدورة الدموية من خلال ممارسة النشاطات والأعمال الحركية بدلاً من بقاء الفرد جالساً لفترة طويلة.

٢- إشباع الحاجات الاجتماعية:

بالإضافة إلى ذلك فإن النشاط الذي يقوم به الفرد في وقت الفراغ يشبع عنده الحاجات الاجتماعية، فالفرد يشعر بالمتعة والراحة بوجوده أو بتواصله مع الآخرين في عمل أو نشاط ترويحي. ولكي يتحقق ذلك بشكل جيد لابد أن يتعلم عن طريق الخبرة كيف يتعامل مع الآخرين بشكل ناجح، وهذا ما يساعد المراهق على السير نحو النضج الاجتماعي بشكل سليم. فالمراهق من خلال ممارسته لهواياته تتاح له فرصة الاتصال بزملائه في الأندية، كما أن حبه للهواية وميله لها يجعله يظهر بأحسن صورة أثناء تبادل الأفكار والآراء مع غيره. كما أن الهواية تجعل الفرد أكبر قيمة وأعظم أهمية عند الآخرين من خلال توفيرها له مجال العمل المناسب، والنجاح فيه مما يكسبه مزيداً من الثقة بالنفس.

٣- إشباع الحاجات المعرفية:

كما يمكن للهواية أن تحقق للمراهق إشباعاً لحاجاته المعرفية، إذ إن ممارسته للهواية يكسبه معارف ومعلومات جديدة عنها، بالإضافة إلى مساعدته في تحقيق أهداف عملية في الحياة.

٤- إشباع الحاجات الانفعالية:

كما تمكن الهوايات المراهقين بالإضافة إلى إشباع الحاجات السابقة، إشباع حاجاتهم الانفعالية، كالحاجة إلى الإبداع والحاجة إلى الإنجاز والتفوق. فتحقيق

النجاح في مزاوله النشاطات التي يختارها كهواية في أثناء وقت الفراغ من شأنه إدخال السرور والارتياح إلى نفسه، كما يعدّ ذلك متنفساً له يساعده في إعادة التوازن الضروري إلى نفسه.

أسباب وجود أوقات الفراغ:

توجد أسباب عديدة لوجود أوقات الفراغ عند المراهقين منها:

- ١- قلة وجود الأندية الرياضية والثقافية والاجتماعية المجهزة لقضاء أوقات الفراغ.
- ٢- عدم توجيه المدارس للطلاب في كيفية قضاء أوقات فراغهم بما هو مفيد.
- ٣- قلة اهتمام وسائل الإعلام في توجيه الشباب إلى كيفية قضاء أوقات الفراغ، وما هي الأماكن المفيدة في تحقيق ذلك.
- ٤- الاعتقاد الخاطئ لدى أولياء الأمور بأن ذهاب الشاب إلى النوادي الرياضية والاجتماعية والثقافية يعد مضيعة للوقت.
- ٥- قلة المرشدين الطلابيين المختصين في المدارس لتوجيه الطلاب إلى كيفية قضاء أوقات الفراغ بما هو نافع، والابتعاد عن ممارسة ما هو ضار.
- ٦- عدم تنظيم الطالب لوقته بشكل صحيح مما يجعله ينجز الأعمال المدرسية بسرعة، مما يوفر لديه وقتاً طويلاً لا يعرف كيف يتصرف به.
- ٧- عدم قناعة الشاب أو المراهق بأهمية التخطيط للوقت وتنظيمه وتنفيذه، مما يجعله ينتهي في ساعات النهار والليل بدون أي ضوابط.

أسباب سوء استغلال المراهقين والشباب لأوقات الفراغ:

١ - الصراع بين الآباء والأبناء:

أوضحت الدراسات العربية والأجنبية أنه كلما زاد إلحاح الوالدين على الشباب والمراهقين للإسراع في الاستفادة من الوقت، كلما ازداد تباطؤهم، وذلك نتيجة رغبتهم في الاستقلال وتأكيد الذات، من خلال استخدامهم للوقت بطريقة تضعهم في موقع المسيطر بينما تضع آباءهم في موقع المحبط والعاجز. ويؤدي شعور المراهق بالنجاح إلى تقوية هذا النمط السلوكي. ولهذا فإن نمط الوالد المسيطر أو شديد العصبية، يمكن أن يؤدي إلى ازدياد المشكلة وتفاقمها، وإلى مزيد من الصراع مع الأبناء..

٢ - استخدام المراهقين والشباب للوقت كوسيلة انتقامية:

فالعقاب المتكرر للمراهقين والشباب من قبل الآباء أو المعلمين، من الأسباب الرئيسة لتباطؤهم في العمل وإهدارهم للوقت كأسلوب من أساليب التمرد بدلاً من التحدي المباشر لهم. ولذلك فإن مثل هؤلاء الشباب والمراهقين ينظرون إلى سوء استغلال الوقت على أنه ليس من مسؤوليتهم وإنما من مسؤولية الآخرين، ويلقون باللائمة على الغير ولا يهتمهم إلا مصالحهم الخاصة .

٣ - القلق الناتج عن بدء النشاط اليومي:

إن تأخير المراهقين للأعمال والواجبات من الطرائق التي يستخدمونها عادة في تجنب المواقف غير المرغوب فيها، ولذلك يصبح الكسل وسيلة المراهقين في تجنب

أي مواقف يعتقدون أنها سوف تثير فيهم القلق أو عدم الارتياح. كما أنه من الشائع استخدام الوقت بشكل سيء كوسيلة لتجنب الفشل، حيث لا يلزم المراهقون أنفسهم باستخدام الوقت بشكل صحيح وفعال خوفاً من المخاطرة باحتمال الفشل. وبناء على ذلك فإن الشباب والمراهقين الذين يكثر من أحلام اليقظة، وكذلك الذين يعانون من قهرية شديدة، ويكافحون من أجل الوصول إلى الكمال يضيعون وقتاً كثيراً دون جدوى.

٤- عدم إعطاء الوقت أهمية كبيرة:

توجد بعض الأسر أو الثقافات التي لا تعير الوقت إلا أهمية قليلة، مما يجعل الأبناء يتعلمون ذلك، ولا يستفيدون منه بشكل صحيح أو يستغلونه بشكل عشوائي، وفي هذه الحالات لا يجد الآباء في ذلك مشكلة حتى تبدأ المدرسة بالشكوى من تأخر الطلاب المراهقين في أداء واجباتهم، ويسرفون في تضييع أوقاتهم دون جدوى، وعندئذ يدرك الآباء الفجوة بين قيمة الوقت في نظرهم وبين متطلبات المدرسة والمجتمع من أبنائهم.

طرق الوقاية والعلاج:

من أجل التغلب على تسويف الوقت وعدم الاستفادة منه بشكل صحيح، وكذلك من أجل استفادة المراهقين والشباب من وقت الفراغ لابد من الانتباه إلى ما يلي:

١- تعليم الأبناء كيفية الاستفادة من الوقت:

لابد من تعليم الأبناء تحديد أوقات محددة في إنجاز الأعمال، ومثال ذلك أن يكون هناك وقت للعب، ووقت للراحة، ووقت للمذاكرة وأداء الواجبات المنزلية، مع تحديد

حدود زمنية معقولة لإتمام المهمات وتعزيز ذلك عند النجاح، مما يجنب الأبناء من الوقوع في سوء الاستفادة من الوقت بشكل صحيح.

٢- أن يكون الآباء والمعلمون قدوة في الدقة وتنظيم الوقت:

يجب أن يكون الآباء والمعلمون قدوة حسنة في الدقة وتنظيم الوقت، وأن يتوقعوا الدقة والتنظيم من الأبناء والطلاب ويعززوا عليها. كما يجب تذكير المراهق أو الشاب بمرور الوقت وأن توقع منه التحسن مع الزمن وتثبيته عند النجاح في ذلك. ومن الضروري أيضاً تذكير الشباب والمراهقين ببعض الأقوال: "لا تؤجل عمل اليوم إلى الغد"، "افعل الآن" وليس "سوف أقوم بذلك غداً أو فيما بعد".

كما لا بد من تعليم الشباب والمراهقين مهارات تنظيم الوقت، وذلك من خلال تعليمهم أن المهمات الكثيرة أو الصعبة يجب أن تجزأ إلى مهمات جزئية، ثم البدء بإنجازها، ومن الممكن تقديم المساعدة الضرورية لهم دون إظهار الشكوى والتذمر.

٣- أن يتحمل المراهق أو الشاب مسؤولية إضاعة الوقت:

قد يتأخر الطالب عن مدرسته أو كليته لعدم التزامه بالوقت في الصباح، مما يعرضه لمساءلة المدرسة، أو يفوت على نفسه بعض الدروس أو المحاضرات المهمة، مما يجعله يندم على ذلك ويعقد العزم على عدم تكرار ما حدث. ولذلك يجب على الآباء أن يتعاونوا مع أبنائهم في تحديد المهمات الصباحية بشكل واضح وأن يتم التأكد منها، علماً بأن الذهاب إلى النوم قبل ساعة والاستيقاظ قبل ساعة من الوقت المعتاد يؤدي على خفض إضاعة الوقت.

٤- تقديم المكافآت للمراهق أو الشاب على النجاح:

من المراهقين من لا يرغب بأداء أي عمل منزلي أو مدرسي، ويتذمر من كل شيء، وفي هذه الحالة من المهم جداً استخدام نظام الحوافز معه، إذ إن مجرد قيام المراهق بأداء مهمة ما يمكن تعزيزه بسرعة، وتقديم المكافأة له للأعمال البسيطة في بادئ الأمر، ثم تقدم المكافآت تدريجياً للإنجازات الأكبر.







الفصل السادس

المشكلات النفسية – الحركية عند الأطفال والمراهقين

أولاً-اضطرابات التواصل Communication Disorders

مفهوم اضطرابات التواصل:

يعني التواصل بمفهومه العام نشاطاً يتضمن إرسال الكائنات الحية واستقبال ما تريده إلى بعضها بعضاً للتعبير عن حاجاتها. أما التواصل الإنساني فهو قدرة إنسانية كبيرة راقية تتضمن استخدام اللغة كرموز للتعبير عن الحاجات والأفكار والمشاعر من أجل التفاعل الاجتماعي. ولكن التواصل اللفظي عن طريق اللغة هو أحد أشكال التواصل الإنساني، فهناك أيضاً التواصل غير اللفظي كالإيماءات، وحركات الجسم المختلفة (حركات الوجه، واليدين... الخ) ولكن اضطراب التواصل يتم عندما يضطرب الاستخدام الطبيعي للنطق واللغة. ويميز الكثير من الباحثين بين نوعين من اضطرابات التواصل هما:

اضطرابات النطق، واضطرابات اللغة. فالأطفال الذين يظهرون اضطرابات النطق تكون لديهم صعوبات في إنتاج الأصوات بشكل مناسب، وصعوبة في المحافظة على نسق الكلام، وصعوبة في استخدام الأصوات بشكل فعال. أما الأطفال الذين يظهرون اضطرابات في اللغة، فيكون لديهم تأخر في ظهور اللغة في العمر

الطبيعي، وصعوبة في فهم اللغة، وصعوبة في تذكر الكلمات المناسبة في الأوقات المناسبة، وصعوبات في تركيب الجمل مع بعضها لتعطي معنى صحيحاً. ونظراً لما للغة من أهمية كبيرة في حياة الإنسان كوسيلة اتصال اجتماعي مهمة وخاصة فيما يتعلق بالتعبير عن الذات، والتواصل مع الآخرين، ووسيلة للارتقاء المعرفي والانفعالي والعقلي، فإنه لا بد من الحديث عما يعترى هذه اللغة من اضطرابات، والتعرف إلى أسباب هذه الاضطرابات، وكيفية تشخيصها، والاستراتيجيات التربوية للتغلب عليها.

اضطرابات اللغة:

وهي أحد أشكال اضطرابات التواصل، وأكثرها شيوعاً، خاصة لدى الأطفال في سن قبل المدرسة الابتدائية وخلالها. ويقصد باضطرابات اللغة «تلك الاضطرابات المتعلقة باللغة نفسها من حيث زمن ظهورها، أو تأخرها، أو سوء تركيبها من حيث معناها وقواعدها، أو صعوبة قراءتها أو كتابتها» (الروسان، ١٩٩٦ آ: ٢٢٤). وبهذا المعنى قد يلفظ الطفل الأصوات اللغوية بطريقة خاطئة غالباً مفهومة للمستمع، أو قد يحذف أحد أصواتها اللغوية لتشبه المعنى المطلوب، أو قد يستبدل الصوت اللغوي بصوت لغوي آخر. وإذا كثرت الأصوات اللغوية المستبدلة يصبح حديث الطفل غير مفهوم.

ولكن الحكم على اضطرابات اللغة لا بد أن يأخذ بعين الاعتبار عمر الطفل الذي يظهر فيه هذا الاضطراب، فهو شيء مألوف وعادي عند الأطفال في عمر ما قبل المدرسة، في حين يصبح ذا دلالة عند الأطفال الأكبر سناً.

مظاهر اضطرابات اللغة:

تتعدد مظاهر اضطرابات اللغة بتعدد الأسباب المؤدية إليها. وقد ذكر عدد من الكتاب والباحثين مثل هالاهان (Hallahan, 1981)، وهيوارد (Heward, 1980)، وفاروق الروسان (١٩٩٦، آ: ٢٢٣) عدداً من المظاهر لاضطرابات اللغة منها:

١. اضطرابات النطق: Articulation

وتشمل الاضطرابات التالية:

آ- **الحذف: Omission** ويقصد بذلك حذف الفرد حرفاً أو أكثر من الكلمة مثل (خوف بدلاً من خروف). وتعد هذه الظاهرة طبيعية حتى سن دخول المدرسة، وبعد ذلك يمكن عدها مظهراً من مظاهر الاضطرابات اللغوية.

ب- **الإبدال: Substitution** ويقصد بالإبدال أن يستبدل الشخص حرفاً بحرف آخر من حروف الكلمة مثل حرف (الراء)، حيث يلفظه الطفل (لام) فكلمة (خروف) يلفظها (خلوف). كما يستبدل حرف (الكاف) بحرف (التاء) فيلفظ كلمة (سكينة) مثلاً (ستينة). وقد يعود السبب في ذلك إلى ضعف المهارة في تحريك اللسان عند ارتفاعه إلى الأعلى قريباً من سقف الحلق نتيجة كبر حجمه، أو وجود شقوق في سطحه. كما يعود ذلك أيضاً إلى تدريب خاطئ، وخاصة في نطق حرف (الذال) واستبداله بحرف (الزاء)، واستبدال حرف (التاء) بحرف (السين).

ج- **الإضافة: Additions** وتعني أن يضيف الشخص حرفاً جديداً إلى الكلمة المنطوقة مثل (لعبات بدلاً من لعبة). وتعد هذه الظاهرة طبيعية أيضاً حتى سن دخول الطفل إلى المدرسة الابتدائية.

د- التشويه: **Distortions** وتعني صعوبة لفظ بعض الحروف الأبجدية على نحو صحيح في مجتمع ما (ما عدا حرفي الميم والنون)، حيث تخرج الحروف المتحركة والساكنة بطريقة مشوهة، وتظهر الحروف المتحركة وكأن بها غنة، أما الحروف الساكنة فتأخذ أشكالاً متباينة من الشخير أو الإبدال. وتعد هذه الظاهرة طبيعية حتى سن دخول المدرسة الابتدائية.

٢- اضطرابات الصوت: **Voice Disorders**

تحدث اضطرابات الصوت عندما يكون نوع الصوت أو شدته أو تردده غير طبيعي. وهذا الاضطراب أقل حدوثاً لدى الأطفال بالمقارنة مع الكبار. فالصوت الضعيف الذي لا ينسجم مع آلية الصوت الطبيعية غالباً ما يعد عيباً؟ كما أن ارتفاع الصوت أو انخفاضه، ودرجة حدته تعد من اضطرابات الصوت، وذلك حسب عمر الشخص المتكلم وجنسه، والظروف المحيطة به. كما أن البحة الصوتية والخنة الأنفية (البسيطة، والزائدة)، التي تعني السماح لكمية قليلة أو كبيرة من الهواء بالمرور خلال التجويف الأنفي، تعد أيضاً اضطرابات صوتية.

٣- التأتأة أو اللججة أو التهتهة: **Stuttering**

وهي عبارة عن اضطرابات كلامية تتجلى على شكل تقلص الكلام مصحوبة بتكرار غير مرغوب، ووقفات في مجرى الكلام، وتكون إما على شكل ترددي (Clonic)، أو تشنجي (Tonic) (الزعبي، ٢٠٠١؛ آ: ١٣٦). وقد يحدث انقطاع بين الكلمات لفترة قصيرة فتخرج الألفاظ متناثرة وربما غامضة، وأحياناً تصاحب تلك الأعراض تشنجات في عضلات الوجه، أو الرمض بشدة في العين، أو الرعشة للشفنتين أو الوجه، أو هز

الرأس، ويكون الطفل غير واع بها في البداية، وبمجرد وعيه بها يبدأ باليات التجنب، وتظهر عنده الاستجابات الحركية والانفعالية (الشرييني، ١٩٩٤).

تظهر التأتأة عادة في الفئة العمرية ما بين ٣ - ١٠ سنوات، ونسبة ظهورها عند البنين مقارنة بالبنات هي تقريباً (٣: ١) وأحياناً (٨: ١)، وتكون التأتأة شديدة عادة في عمر (٣ - ٤) سنوات، وذلك أثناء اكتساب الطفل للكلام، أو عند دخوله إلى المدرسة، حيث توجد منافسة بين التلميذ وزملائه. أما في عمر (٦ - ٨) سنوات فتكون التأتأة أقل انتشاراً وأخف حدة. كما تحدث التأتأة في سن المراهقة، وخاصة عندما يضطر المراهق إلى الكلام في المواقف الجديدة. ومن أهم المؤشرات على وجود اللججة أو التأتأة ما يلي:

آ - إعادة الحرف أو تكراره (Repetition): مثل (د.د.د.) أو إعادة مقطع لفظي مثل (فا.فا.فا...)، أو إعادة الكلمة (لكن. لكن. لكن...) بشكل تشنجي لا إرادي.

ب - الإطالة الصوتية الزائدة: Prolongation of Sounds تحدث الإطالة الصوتية الزائدة للحروف الساكنة بشكل خاص، ويشير بعضهم إلى أن الإطالة الصوتية تكون في مراحل متقدمة من اللججة على عكس إعادة الحرف أو تكراره التي تكون في مراحلها المبكرة.

ج - التوقفات الكلامية أو الإعاقات: (Blockages) ويظهر ذلك على شكل عجز الطفل عن إصدار نطق الحرف أو المقطع اللفظي أو الكلمة، وفي الكلمات المشددة خاصة، مما ينجم عنه تقطعات كلامية Speech Interruptions. كما يصاحب

الجلجة اضطرابات في النشاط الحركي عند الشخص المتجلج، واضطرابات في عملية التنفس، ومحاولة تجنب ما يثير الجلجة أو ما يترتب عليها من نتائج.

٤ . السرعة الزائدة بالكلام: Cluttering

وتتصف بتكرار الكلام على نحو اندفاعي، بحيث يزيد المتحدث من سرعته في نطق الكلمات، وتبدو الألفاظ متزاحمة، والمقاطع مختزلة أو محذوفة، مما يخل بإيقاع الكلام، ولا يكون الكلام مرتباً ولا واضحاً، ويكون متقطعاً وكثير الأخطاء.

كما أن السرعة الزائدة في الكلام تشتمل على أربعة مظاهر هي: اضطرابات اللغة، واضطرابات الكلام، وصعوبات الإدراك، وعدم الوعي بالاضطراب. كما أشاروا إلى أن التشخيص للسرعة الزائدة في الكلام لا يشترط وجود المظاهر السابقة جميعها، ويشترك التلاميذ الذين يعانون من صعوبات تعليمية، والذين لديهم سرعة زائدة في الكلام في سمات شخصية متشابهة، تتضمن الاندفاع، وعدم الدقة، وسهولة التأثر بأفكار الآخرين، والإهمال. ومن المحتمل أن تلعب العوامل الوراثية دوراً بارزاً في اضطراب السرعة الزائدة في الكلام، وصعوبات التعلم.

مدى انتشار اضطرابات اللغة:

تختلف نسبة اضطرابات اللغة تبعاً لاختلاف الجنس، والعمر، والبيئة التي يعيش فيها الإنسان. كما تختلف باختلاف الدراسات التي أجريت حول ذلك. فاضطرابات التأتأة Stuttering والتلعثم مثلاً يتعرض إليها الأطفال الذكور أكثر من الإناث، والمراهقون أكثر من الأطفال.

كما تزداد الجلجة أو التأتأة مع تقدم العمر، وغالباً ما تظهر حالات الأفازيا

(Aphasia) (فقدان القدرة على فهم اللغة وإصدارها) لدى الكبار. أما عيوب النطق الإبدالية والحذف والإضافة فغالباً ما تظهر لدى الأطفال ولدى الإناث أكثر منه لدى الذكور. كما تختلف نسبة الاضطرابات اللغوية من بلد إلى آخر. فقد أشار بوم (Boom)، وريتشاردسون (Richardson) بأن نسبة اللججة بين تلاميذ المدارس الأمريكية والبريطانية تصل إلى حوالي (١%)، وفي بلجيكا (٢%) (الزباد ١٩٩٠: ١٤٤).

كما تظهر دراسة أخرى أجراها بيركن (Berkin, 1971)، أن نسبة أطفال المدارس الذين يعانون من اضطرابات في الكلام تتراوح ما بين (١% و ٣%). وتشير جلسب وآخرون (Gillespe.etal.1973) إلى أن نسبة الأطفال الذين يعانون من مشكلات في الصوت تقدر بحوالي (١% . ٢%)، وأن (١%) من تلاميذ المدارس يعانون من شكل من أشكال التأتأة.

أسباب اضطرابات اللغة:

يمكن تقسيم هذه الأسباب إلى ما يلي:

١. أسباب عضوية Organic Causes

إن أي خلل في سلامة أجهزة النطق واللغة يؤدي إلى اضطرابات لغوية متعددة، سواء كانت هذه الاضطرابات تتعلق بالقدرة على النطق أم الصوت، أم اللغة ذاتها. كما أن إصابة الأعصاب الدماغية أو القشرة المخية أو إصابة الحلق أو الحنجرة أو الأنف أو الأذن أو الرئتين بإصابات أو التهابات حادة، وإفرازات الغدد، واضطرابات

الدورة الدموية، قد تؤدي إلى تلف بعض الخلايا العصبية، وضعف الحواس، والضعف العقلي. فقد تتجم التأتأة مثلاً عن خلل في الجهاز السمعي عند الطفل، مما يؤدي إلى إدراك الكلام بشكل خاطئ، أو تأخر في وصول المعلومات المرتدة نتيجة الضعف في السمع.

كما أن إصابة الدماغ وخاصة مؤخرة الرأس في فترة الطفولة مثلاً، قد تؤدي إلى فقدان القدرة على النطق (Aphasia)، وحالات صعوبة القراءة (Dyslexia)، والكتابة (Dysgraphia)، وصعوبة فهم الكلمات أو الجمل (Agnosia) وصعوبة تركيب الجمل من حيث قواعد اللغة ومعناها. وهذه الحالات تمثل مظاهر أساسية لصعوبات التعلم (الروسان، ١٩٩٦، آ: ٢٢٧). أما إصابة الشفاه (مثل الشفة الشرماء)، وعدم تناسق الفكين وانطباقهما على بعض، وعيوب اللسان وتورمه، فإنها تؤدي إلى اضطرابات لغوية مختلفة. ويعتمد نوع الاضطراب في اللغة أو التشوه في نطق الحروف على المكان المصاب في جهاز الكلام. كما يعتقد أيضاً أن الارتباط في ميكانيكية بدء الكلام، قد يؤدي إلى اضطرابات لغوية.

٢. أسباب نفسية: Psychological Causes

تؤثر العوامل النفسية أحياناً في الآلية العضوية لإنتاج الكلام عند الطفل. فالتأتأة مثلاً تعد أحد أعراض القلق والصراع النفسي عند الطفل، وعدم شعوره بالأمن النفسي. كما أنها نتاج للمخاوف المرضية، والوساوس القهرية والفرع، والقلق الشديد، التي تجعل الفرد غير قادر على النطق السليم بسبب شدة خوفه ووسوسته، وقلقه حول نوع الكلام، وكيفية استخراج مقاطع الكلمات. كما أن سوء التوافق الأسري أو

المدرسي، يؤدي إلى بعض الاضطرابات اللغوية. فضلاً عن ذلك، قد يجني الطفل نتيجة اضطرابه اللغوي بعض المكاسب، ويشبع بعض رغباته، عندما يلفت انتباه والديه إليه واهتمامهما به، ويحوز على رعايتهما بعد رفضهما له.

٣ . أسباب اجتماعية: Social Causes

للبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الطفل تأثير كبير وواضح في نمو الطفل اللغوي. فالأسرة المثقفة تساعد أبناءها على نمو مفرداتهم اللغوية بصورة أفضل من البيئة الفقيرة. فاللغة تخضع للعلاقة الاجتماعية بين شخصين (الأنا، الأنت)، وأهم شخص يرتبط به الطفل وتتأثر به لغته داخل الأسرة هو الأم. فاللغة هي الوسيلة المهمة للطفل التي يعبر من خلالها للأم عن مطالبه واحتياجاته، ويتلقى من خلالها التعليمات. وهذا ما يجعل للأم تأثيراً واضحاً على لغة أطفالها. فقد أوضحت الدراسات أن أطفال الملجأ الذين حرّمو من أمهاتهم في فترات مبكرة، قد يتأخرون لغوياً حوالي ستة أشهر عن الأطفال العاديين. وبناء على ذلك كلما كانت الأسرة فقيرة ثقافياً، وكانت علاقة الطفل بوالديه مضطربة، وكلما كثرت الخلافات الأسرية بين الوالدين، وكلما كانت تنشئتهما للطفل متشددة أو تقوم على التدليل الزائد، كلما أدى ذلك إلى وجود اضطرابات في لغة الطفل. فقد تبين أن تقليد الأطفال للكلام غير الصحيح (المضطرب)، وتأكيد الوالدين بأن الطفل لديه اضطرابات في الكلام، وجعله موضع سخرية أمام الآخرين، فإن ذلك يزيد من اضطرابه اللغوي.

تشخيص اضطرابات اللغة:

يقوم المختصون بالنطق وباللغة عند تحويل الحالة إليهم بجمع معلومات أساسية عن الحالة من خلال الآباء والمعلمين، للتعرف إلى التاريخ النمائي للطفل منذ الولادة وحتى وقت دراسة الحالة. أما الاختبارات النفسية واللغوية والتربوية التي يمكن الاستعانة بها لتقييم حالة الطفل الذي يعاني من اضطرابات لغوية فهي:

• **اختبارات النطق:** يتم من خلال اختبارات النطق التأكد من نطق الطفل لأصوات الحروف أو الكلمات لتحديد الأصوات والحروف التي لا يتمكن من لفظها بشكل صحيح. ومثال ذلك اختبار فشر لوقمان للكفاية النطقية (The Fisher – Logemann test of Articulation competence, 1971).

• **اختبارات التمييز السمعي:** ومن خلال هذه الاختبارات يتم التأكد من دقة الإدراك السمعي للطفل، وذلك بالتأكد من قدرته على تمييز أصوات الحروف أو الكلمات. ومثال هذه الاختبارات: اختبار الاستيعاب السمعي. (Test for Auditory comprehension of Language by Corrow, E. 1977).

• **اختبارات المفردات اللغوية:** يتم التعرف من خلال هذه الاختبارات على عدد المفردات اللغوية التي اكتسبها الطفل، لأنها دليل واضح على مدى نموه اللغوي.

• **اختبار إلينوي للقدرات السيكلولغوية** Illinois test of Psycholinguistic Abilities ويصلح هذا الاختبار للأطفال من عمر ٢ . ١٠ سنوات.

• **اختبار سلفرلاند للتعرف الأولي على الأطفال ذوي الصعوبات اللغوية المحدودة** (Slingerland and screening tests for Identifying children with specific

(language Disability, 1974).

• **الملاحظات السلوكية:** وهذه الملاحظات إما أن تكون ملاحظات مباشرة يقوم بها المتخصص، أو تسجيل السلوك اللفظي الذي يقوم به الطفل في المواقف الاجتماعية المختلفة.

كما اتجه العلماء في السنوات الأخيرة إلى استخدام مقاييس عملية مثل مقاييس المهارة اليدوية، ومهارة الأصابع، واختبار بندر جشتالت، وغيرها من المقاييس الأدائية لتقدير حجم الاضطرابات الانفعالية والعقلية التي يعاني منها ذوو الاضطرابات اللغوية.

الخصائص السلوكية لذوي الاضطرابات اللغوية:

من أبرز الخصائص السلوكية لذوي الاضطرابات اللغوية خاصيتان أساسيتان هما:

أ. الخصائص العقلية:

يشير هالمان وكاuffman (Hallahan&Kauffman,1981) إلى تدني أداء ذوي الاضطرابات اللغوية على مقاييس القدرة اللغوية بالمقارنة مع العاديين من المستوى العمري نفسه. كما يمكن أن نجد أن أداءهم على اختبارات التحصيل الأكاديمي أقل بالمقارنة مع العاديين. وليس ذلك غريباً، إذ إن الاضطرابات اللغوية لها علاقة بمظاهر الإعاقة العقلية أو السمعية أو صعوبات التعلم، أو الشلل الدماغي (الروسان، ١٩٩٦، أ).

ب. الخصائص الانفعالية والاجتماعية:

يشعر الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات لغوية من رفض الآخرين لهم، كما

يشعرون بالانطواء، والنقص، والانسحاب من المواقف الاجتماعية. كما يعانون أيضاً من الفشل، ويميلون إلى العدوان على ذواتهم وعلى الآخرين، ويعملون على حماية أنفسهم بشكل مبالغ فيه.

الرعاية النفسية والتربوية لذوي الاضطرابات اللغوية:

إن المشكلة التي يعاني منها ذوو الاضطرابات اللغوية، أن معظمهم يفهم اللغة والكلام ولكنهم لا يتمكنون من التعبير عن أنفسهم لفظاً، مما يسبب لهم مزيداً من الاضطراب الوجداني.

ولذلك يعول على الأسرة دور مهم في رعاية أبنائها، وتجنبهم الكثير من المشكلات والصراع النفسي الناجم عن قلة وجود تفاعل اجتماعي سوي بينهم وبين غيرهم من الأطفال سواء داخل الأسرة أم خارجها. كما ينبغي للأسرة عند حدوث اضطراب مفاجئ في لغة الطفل عدم إهمال ذلك، أو اللجوء إلى السخرية والتهكم عليه، أو ممارسة الضغط على الطفل للإقلاع عن هذه العادة نتيجة قلقها عليه (يونس وحنورة، ١٩٩١).

ومن الضروري أيضاً أن تتجنب الأسرة تذكير الطفل الذي يعاني من اضطرابات في اللغة بعجزه أو قصوره، وعليها مراجعة الطبيب المختص، أو المختص في التربية الخاصة (Speech therapist)، من أجل معرفة أفضل الأساليب في مساعدة الطفل الذي يعاني من اضطرابات لغوية، حيث تكون مهمته قياس مظاهر اضطرابات النطق واللغة وتشخيصها، ثم وضع البرامج التربوية الفردية المناسبة. كما يقوم المختص اللغوي بتعليم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية وفق مبادئ تعديل

السلوك وأساليبه، ومن خلال التعزيز الإيجابي، أو السلبي أو العقاب، أو تشكيل السلوك تدريجياً، أو التقليد... الخ (الروسان، ١٩٩٦، آ: ٢٣٤).

ومن المستحسن أيضاً أن يتم اختيار الموضوعات المناسبة للحديث عنها من قبل الطفل، وتكون مهمة معلم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية مشاركة الأطفال في اختيار هذه الموضوعات المحببة والمشوقة لهم، وتشجيعهم على الحديث عنها، ومساعدة الأطفال الذين يعانون من التوتر الانفعالي على تخفيف هذا التوتر.

ومن الضروري أيضاً أن يستمع معلم الأطفال الذين يعانون من مشكلات أو صعوبات لغوية إلى حديث هؤلاء الأطفال دون أن تبدو عليه مظاهر الامتعاض أو التأفف، وخاصة من الأطفال الذين يعانون من تأتأة، أو سرعة زائدة في الكلام. كما يوجب على معلم التربية الخاصة تشجيع مثل هؤلاء الأطفال على الحديث أمام الآخرين، وتقليدهم لهم في نطق الكلمات، أو الجمل بطريقة صحيحة مع التعزيز في الوقت المناسب.

ثانياً - مصّ الأصابع: Thumb Sucking

مفهوم مشكلة مصّ الأصابع ومظاهرها:

تُعدّ عادة مصّ الأصابع شائعة عند الأطفال وخاصة في السنة الأولى والثانية، حتى ليتمكن القول إنها عرف عندهم بدلاً من تسميتها عادات. ولهذا يمكن عدّ مصّ الأصابع سلوكاً عادياً في الطفولة المبكرة، ومن أكثر العادات انتشاراً بين الأطفال،

وهي تتبع سلسلة من التنظيمات الحركية العضلية النافعة للطفل والمؤدية إلى الإشباع وحدوث اللذة. فالمص والعض وسيلتان لإثارة احساسات عضوية لذيدة يتمسك بها الطفل. بيد أن الأطفال يتفاوتون فيما بينهم تفاوتاً كبيراً فيما يتعلق بالتمسك بتلك العادات والقدرة على التخلص منها. فقد تكون عند بعضهم عابرة وتقل مع التقدم في العمر، في حين أنها تستمر عند بعضهم الآخر.

وقد دلت الدراسات على أن ٤٠% ممن هم في عمر سنة واحدة و ٢٠% ممن هم في عمر خمس سنوات و ٥% ممن هم في عمر ١٠ سنوات يمضون أصابعهم بشكل واضح في الولايات المتحدة الأمريكية (شيفر، وآخرون، ١٩٨٩).

كما لاحظ (Klackenberg, 1949) أن نصف عدد الأطفال الذين درسهم وعددهم (٢٥٩) طفلاً ممن كانوا يمضون أصابعهم كانوا في سن عام واحد.

كما وجد (Brazylton, 1956) أن ٩٠% من مجموع الأطفال وعددهم «٧٠» طفلاً متفوقين في نموهم، كانوا يمضون أصابعهم خلال العام الأول من عمرهم، وعندما أكملوا عاماً من عمرهم وجد أن أربعة فقط استمروا في المص. ويزداد مص الأصابع عندما يكون الطفل مريضاً أو خائفاً أو جائعاً.

فضلاً عن ذلك وجد أن حوالي ٤٥% من الأطفال يمضون أصابعهم دون عمر أربع سنوات، وقليل جداً من يستمر منهم في هذه العملية إلى ما بعد عمر ست سنوات.

وأظهرت بحوث شيفر، وميلمان (١٩٨٩م) أن الأطفال الذين يمضون أصابعهم بشكل متكرر في السنوات الأولى من العمر، سيقطع منهم حوالي ٥٠% عن هذه

العادات في عمر خمس سنوات، و ٧٥% منهم سيتركها في عمر ٨ سنوات، و ٩٠% منهم سيتخلص منها في عمر عشر سنوات. هذا وينتشر مص الأصابع المزمّن بين الإناث أكثر منه عند الذكور. فقد تتبعت (Yarrow, 1954) ٦٦ طفلاً منهم ٢٨ ولداً، و ٣٨ بنتاً لسنوات عديدة، حيث ذكرت أن ثلثي الأطفال كانوا يمصّون إبهامهم (٦٤%) من وقت إلى آخر خلال فترة البحث، كما وجدت أن عدد البنات اللاتي يمصّسن أصابعهن أكثر بعض الشيء من عدد الأولاد وأن نصف عدد الذين يمصّون أصابعهم ما زالوا يمصّونها حتى سن الرابعة.

أضرار مصّ الأصابع:

تؤدي عادة مصّ الأصابع لدى الأطفال إلى مجموعة من الأضرار، حيث أن هذه العادة قد تتأصل لدى الطفل حتى بلوغه سن الرشد، وقد يؤدي الاعتياد عليها إلى تشوه الفكّين والأسنان، كما تؤدي إلى التهاب الفم والبلعوم نتيجة دخول الأوساخ إلى الفم عن طريق الأصابع. كما يؤدي مصّ الأصابع إلى مشاكل في النطق والكلام مثل صعوبة نطق بعض الحروف، والتلعثم في الكلام نتيجة سوء التوازن العضلي الدقيق بين اللسان والعضلات الأخرى المحيطة بالفم. وقد يؤدي الضغط المستمر على الإبهام إلى دفع الأسنان الأمامية العلوية إلى البروز والأسنان السفلية إلى الداخل مما يؤدي إلى التشوه.

فضلاً عن ذلك فإن انشغال الطفل بمصّ الأصابع يجعله أقل تفاعلاً مع المحيطين، وقليل التركيز فيما يحدث حوله، مما يجعله أقل كفاءة من الناحية اللغوية. وتزداد سلبية الآثار الناجمة عن مصّ الأصابع عندما يترافق ذلك بسخرية الآخرين.

الأسباب:

توجد أسباب عديدة لمشكلة مصّ الأصابع عند الأطفال منها:

١ - **الإحساس بالمتعة:** يمص بعض الأطفال أصابعهم لأنهم يجدون في ذلك المتعة والراحة والاسترخاء مما يجعلهم يستمرون في ممارستها.

٢ - **عدم الاستقرار الانفعالي:** يلجأ بعض الأطفال إلى مصّ أصابعهم كلما مروا بأزمة نفسية أو موقف إحباطي، أو عندما يوجد مع أشخاص غرباء، أو عندما يترك وحيداً. كما تحدث عادة مصّ الأصابع عند بعض الأطفال عند شعورهم بالتهديد بالعقاب نتيجة ضعف إمكاناتهم في المدرسة، وكذلك نتيجة الشعور بالإهمال والنبذ من قبل المعلم، أو نتيجة اقتراب مواعيد الامتحانات.

٣ - **القلق:** يعد أحد الأسباب الرئيسة الكامنة وراء عادة مصّ الأصابع عند الأطفال، فالطفل أثناء وجوده في جو مشحون بالانفعالات والقلق، ووجود أفراد عصابيين من حوله يجعله يلجأ إلى هذه العادة لتصبح نتيجة التكرار ظاهرة متأصلة لديه.

٤ - **أساليب معاملة الوالدين:** إن وجود الطفل في جو مليء بالمشاحنات والنزاعات، والنقد المستمر له ولسلوكياته، والقسوة المفرطة أثناء التعامل معه، أو التدليل الزائد، أو التضارب في أساليب معاملة الوالدين للطفل، أو عدم شعوره بالاهتمام الكافي من قبل الوالدين وعدم منحه الحب الكافي، يؤدي إلى ظهور هذه العادة غير المقبولة اجتماعياً.

٥ - **عدم إشباع الحاجات الأساسية:** إن شعور الطفل بالحاجة إلى الغذاء، أو افتقاره إلى الحب والحنان اللذين يمنحانه الأمن والأمان، يؤدي إلى لجوء الطفل إلى عملية مص الأصابع.

٦ - **الخلاطات المستمرة داخل الأسرة:** إن عدم شعور الطفل بالأمن والراحة داخل الأسرة من شأنه إثارة الخوف والتوتر لديهن، وتجعله يلجأ إلى مصّ إصبعه من أجل التخفيف مما يعانيه من توتر وخوف.

طرق الوقاية والعلاج:

ماذا يستطيع الآباء والمربون أن يفعلوا كي يمنعوا حدوث مصّ الأصابع المزمن عند أطفالهم؟ هناك إجراءات عدة يمكن من خلالها وقاية الطفل من عادة مصّ الأصابع أو علاجها في حالة وجودها، وخاصة في سن ما بعد الفطام أو بعد سن الثالثة من العمر. وأهم هذه الإجراءات ما يلي:

١- توفير الأمان للطفل: Provide Security

إن شعور الطفل بالأمن والأمان يقلل ظاهرة مصّ الأصابع عنده، فإذا كان الطفل يعاني من صعوبات مدرسية، أو تنافس بين الأشقاء، أدى ذلك إلى ميله إلى مصّ الأصابع. ومن الضروري إعطاء الطفل مزيداً من الانتباه والاهتمام ومحاولة صرف انتباهه عن عملية المص وذلك من خلال إشراكه في كثير من الأنشطة المفيدة له. ولذلك لابدّ من تهيئة جو مريح للطفل في المنزل وأن يكون آمناً، وهادئاً وسعيداً، وأن تكون علاقته مع والديه أقرب إلى الصداقة، مع إزالة كل مظاهر القلق والاضطراب والتوتر التي يتعرض لها الطفل والعمل على حل صراعاته.

٢ - التجاهل: Ignoring

من الأفضل للآباء أن يتجاهلوا عادة مصّ الأصابع عند أبنائهم وعدم المبالغة في الانتباه إليها، وأن يصرفوا جانباً من العناية والقلق الذي يبدونه تجاه هذه الظاهرة، ونذكر الآباء بأن معظم الأطفال يقلعون عن هذه العادة بإرادتهم عند سن خمس أو ست سنوات، وعادة قبل ظهور الأسنان الدائمة. زد على ذلك فإن تركيز الآباء على عادة مصّ الأصابع عند أبنائهم يمكن أن يزيد المشكلة تعقيداً. فالنهي المستمر المصحوب بالتهديد والوعيد ومشاعر النبذ والكراهية تقوي هذه العادة عند الطفل، وتدفعه إلى العناد والمقاومة وكسب الموقف لصالحه.

لذلك من المفضل عدم المبالغة في الانتباه إلى هذه العادة التي تختفي بمرور الوقت من خلال التوجيه والإرشاد، واتباع موقف متسامح مع الأطفال الصغار الذين يمصون أصابعهم. وأظهر للطفل من خلال أقوالك وأفعالك أنك لا تعدّ مصّ الأصابع أمراً ذا أهمية كبيرة. ولا بد من تركيز الجهود على إرشاد الطفل على التخلص من هذه العادة شيئاً فشيئاً، وأن ننمي لدى الطفل الشعور بالسعادة والمحبة والقبول. وينصح في هذه الحالة في أثناء تجاهل عادة مصّ الأصابع عند الطفل أن نبقي الطفل مشغولاً بنشاطات هادفة بناءة بديلة بحيث تبقى اليدين مشغولتين، وأن نوفر له مواد لعب متنوعة تستدعي الاستخدام الفعال ليديه مثل المعجون وأقلام التلوين.

٣ - استخدام مصاصة كاذبة: Pacifier

تؤيد البحوث الحديثة استخدام المصاصة كبديل لمصّ الأصابع. وقد بينت الدراسات أن الأطفال الذين يستخدمون المصاصة الكاذبة خلال السنة الأولى من العمر تظهر

لديهم حالات مصّ الأصابع على نحو قليل في سنوات الطفولة اللاحقة.

٤- إطالة فترة الرضاعة: Increase Sucking Time

لابد من إطالة فترة إرضاع الطفل خاصة إذا ظهر أنه يمص إصبعه بعد الانتهاء من الرضاعة مباشرة أو على فترات متكررة بين الرضعات. ومن المفضل استخدام حلمة ثدي يسيل منها الحليب ببطء وإطالة فترة الرضاعة أكثر مع الاسترخاء، وعدم الاستعجال في نقل الطفل من برنامج رضاعة مرة كل ثلاث ساعات إلى برنامج مرة كل أربع ساعات. كما يمكن أيضاً تأخير فطام الطفل من ثدي الأم أو الرضاعة.

٥- الثواب والعقاب: Rewards and Penalties

إن استخدام الثواب مثل المديح الاجتماعي أو تقديم مكافأة مادية ملموسة، مثلاً الطعام والألعاب من قبل الآباء يساعد الأطفال في السيطرة على عادة مصّ الأصابع. لذلك فإن وضع نظام للتعزيز يقصّر من حدوث مصّ الأصابع، فإذا كان إصبع الطفل جافاً يقوم الأب أو الطفل بوضع نجمة على لوحة منشورة بشكل بارز، ويؤدي حصول الطفل على خمس نجوم إلى حصوله على مكافأة مادية أو جائزة، ومن ثم يمكن أن يحصل على الجائزة بعد حصوله على عشر نجوم وهكذا.

وعلى الوالدين عدم توبيخ الطفل عندما يمص إصبعه، لأن ذلك يشعره بالذنب، بل يجب عليهما مراقبة الظروف التي تجعل الطفل يستمر في هذه العادة. من جهة أخرى فإن فرض عقاب بسيط على الطفل في كل مرة يشاهد فيها وهو يمص إصبعه، يمكن أن يساعد في إضعاف هذه العادة عند الطفل. والعقوبة المألوفة هي

سحب المعززات الإيجابية مثل الامتناع عن شرح قصة للطفل قبل النوم، أو إغلاق التلفزيون لمدة خمس دقائق كلما شوهد الطفل وهو يضع إصبعه في فمه.. وهكذا.

٦- التوجيه: Guidance

يمكن في حالة الأطفال الكبار الذين يستمرون في ممارسة هذه العادة في سنوات المدرسة إعطاء توجيهات تبين الآثار السلبية التي تنجم عن عادة مصّ الأصابع، وأن يستنار فضول الطفل ليتعاون مع الوالدين في تصحيح هذه العادة من خلال الإقناع، وتذكيره دائماً إذا ما نسي واستمر في عادة مصّ الأصابع.

كما يمكن إبداء عدم الرضا عن هذه العادة الموجودة عند الطفل وإظهار الثقة بقدرته على التخلص منها. كما يجب على الوالدين عدم الخجل من ظهور هذه العادة لدى أبنائهم أو التحدث عنها باستمرار كمشكلة لا حل لها.

وإذا باءت الجهود بالفشل يحذر من إرغام الطفل قسراً على التخلص من هذه العادة، لأنه يمكن أن تتولد عند الطفل مشكلات انفعالية أكثر صعوبة وخطراً. كما يمكن للآباء والمربين من توجيه الأطفال لشغل أنفسهم بأنشطة يدوية منتجة تشعرهم بقيمتهم وقدرتهم على مساعدة الآخرين من خلال القيام بأعمال كثيرة.

٧- إشباع حاجات الطفل الضرورية:

على الآباء والمعلمين ضرورة الاهتمام بإشباع حاجات الطفل الضرورية وخاصة الحاجة إلى الحب والحرية واللعب، والجمع بين العطف والحزم في عملية التربية.

٨- الإيحاء: Suggestion

من المعروف أن الأطفال سريعو التأثير بالإيحاء، خاصة عندما يكونون صغاراً جداً.

ولذلك يمكن القول بصوت ناعم وأسلوب مهدد ومنوم في أثناء استرخاء الطفل ونعاسه، إنك حقاً تكبر وتزداد ذكاء يوماً بعد يوم، وقريباً سوف تبدأ بالذهاب إلى المدرسة مثل الأولاد الكبار، وسوف تصبح كبيراً جداً ولن تمصّ إصبعك بعد الآن، كثير من الأطفال الصغار يمصّون أصابعهم وربما كنت أنا أيضاً أمصّ إصبعي عندما كنت طفلاً صغيراً، ولكن إذا كنت قد فعلت ذلك، فإنني عندما كبرت مثل الكثيرين من الأولاد والبنات الصغار، توقفت عن مصّ إصبعي لأنني كبرت، وسوف أراهن أنك أنت أيضاً قريباً ستصبح كبيراً جداً بحيث لن تمصّ إصبعك بعد الآن، وربما سيحدث ذلك في الشهر القادم، وربما سوف تصبح كبيراً جداً، أو ربما بعد غد، بحيث عندما يدخل إبهامك في فمك سوف تقول: لا يا إصبع، لن أقوم بمصّك بعد الآن، لأنني أصبحت الآن كبيراً عليك أن تبقى خارج فمي.

إن الكبار لا يقومون بمصّ أصابعهم، هذا ما يفعله فقط الناس الصغار.

سوف أصبح كبيراً أنت يا سيد إصبع، ابعد خارج فمي. نعم يا عزيزي إنك تكبر وتزداد قوة وقريباً لن تمصّ إصبعك أبداً أبداً (شيفر، وميلمان، ١٩٨٩ ص ٢٤٢).

٩- المكافأة:

توفير الهدايا، والأنشطة اللازمة والمناسبة للطفل مع توفير الهدوء اللازم لممارسة فعالياته، وتنظيم فترات العمل والراحة، وتوفير بيئة صالحة يشعر فيها بالأمن والاستقرار النفسي.

١٠- العناية الصحية:

ضرورة العناية الصحية والفحوص الطبية الدورية للتعرف إلى الأسباب الجسمية

التي قد تساعد على ظهور الاضطرابات العصبية لديه (حسين، ١٩٨٦).

ثالثاً - قضم الأظافر : Nailbiting

يعد قضم الأظافر عند الأطفال والمراهقين ظاهرة سلوكية تبدو على شكل قضم متكرر للأظافر، حيث تظهر من وقت إلى آخر وفي مناسبات معينة، ويكون من الصعب السيطرة عليها، وتكون انعكاساً لاضطراب نفسي (توتر، قلق...) نتيجة لضغوط في المنزل أو في المدرسة.

فقد أكدت الدراسات العديدة أن هناك عدداً كبيراً من الأطفال والمراهقين يقضمون أظافرهم من وقت إلى آخر وبدرجات مختلفة (قد يصل بعضها إلى أسفل مستوى الجزء العلوي من الجلد المحيط بالظفر)، حيث تظهر عند الأطفال من عمر سنتين ويستمررون في هذه العادة بشكل متكرر وإلى وقت متأخر. وقد دلت الدراسات أيضاً أن هذه الظاهرة تنتشر حتى بين طلبة الجامعات حيث يعاني منها ٢٥% . ٣٦% من مجموعة الطلبة.

كما أظهرت الدراسات أن هذه الظاهرة أكثر انتشاراً بين الإناث منها بين الذكور، ففي إحدى الدراسات التي أجريت في روسيا (موسكو، ٢٠٠٤) وجد الباحثون أن ٦٩% من الإناث و ٦٢% من الذكور الذين شاركوا في الدراسة يقضمون أظافرهم أو أشياء أخرى مثل أقلام الرصاص (Naseej, 2004).

وأظهرت الدراسات أيضاً (Valenstein, et al.1955) أن الذكور يقضمون أظافرهم

بشدة أكثر من البنات في الأعمار ما بين ٧- ١٥ سنة، أما في عمر سبع سنوات فإن الذكور أقل قسماً حاداً للأظافر من الإناث، وأن أكبر نسبة من قضم الأظافر كانت في سن (١٢) سنة بالنسبة للذكور، كما أن نسبة لا تقل عن ١٠% من الأفراد تبقى لديهم تلك العادة قرب العشرين من العمر (الشرييني، ١٩٩٤).

تكثر عادة قضم الأظافر (٢٣%) عند الأطفال عند جلوسهم أمام التلفزيون، أو عند قراءة كتاب مثير أو سماع قصة أو رؤية حادثة مثيرة في فلم تلفزيوني (٨%). كما يميل عدد من الأطفال (١١%) إلى قضم أظافرهم عند تركيز انتباههم في المدرسة (منصور، ١٩٨١).

ولذلك تعد هذه العادة من أكثر العادات صعوبة من حيث قابليتها للتغيير، إذ إن الذين يقضمون أظافرهم يكونون حساسين بالنسبة إلى استهجان المحيطين بهم، ولذلك فإنهم يقضمون أظافرهم أثناء عزلتهم.

آثار قضم الأظافر:

كشفت الدراسات الحديثة أن الأطفال الذين يقضمون أظافرهم ربما يؤثرن بذلك على معدل ذكائهم. كما يذكر باحثون في روسيا أن الأطفال الذين يقضمون أظافرهم أكثر عرضة للتسمم بالرصاص، ويعود السبب في ذلك إلى أن الرصاص يتراكم على الأظافر نتيجة اللعب في ظروف غير نظيفة داخل البيت وخارجه. فقد أكد العلماء منذ زمن بعيد أن التعرض للرصاص يؤدي إلى مشاكل في النمو عند الأطفال، ويؤدي الجملة العصبية. والرصاص يوجد بصورة طبيعية في التربة، وفي الفواكه والخضار غير النظيفة، وفي الدهانات. فقط أظهرت إحدى الدراسات التي أجريت في

روسيا أن اثنين من ثلاثة أطفال يعانون من مستويات عالية من الرصاص، ووجدوا علاقة بين مستويات الرصاص وعادة قضم الأظافر لدى هؤلاء الأطفال. كما كشفت دراسة في بريطانيا أن ما بين ٦% . ١٠% من الأطفال في دمهم من الرصاص ما يدعو إلى القلق (Naseej, 2004).

الأسباب:

توجد أسباب عديدة لقضم الأظافر عند الأطفال منها:

١ - **القلق والتوتر:** تعد عادة قضم الأظافر عند عدد كبير من الأطفال وسيلة للتخلص من القلق والتوتر نتيجة للضغوط النفسية التي يعاني منها سواء في المنزل أم في المدرسة. فالتوتر الذي يعاني منه بعض الأطفال يدفعهم إلى القيام بشيء ما فيلجأ إلى قضم الأظافر.

٢ - **الشعور بالملل والضجر:** فشعور الطفل بالضيق والملل والضجر نتيجة عدم معرفته ما يمكن أن يقوم به من نشاطات، أو ممارسته لأعمال روتينية لا ترضي فضوله يؤدي به إلى اللجوء إلى قضم الأظافر هروباً مما يعانيه من ملل وضجر.

٣ - **الشعور بالبوؤس الناشئ** عن عجز الطفل في الوصول إلى المستوى الذي يتمنى الوصول إليه مثل: التأخر في قدرة عقلية أو حسية أو جسمية معينة، أو عندما يكون الطفل قد حُرِم من مميزات يتحلى بها أخوته فيُفضلون عليه، وعندما يُحرم أيضاً من التقدير والاهتمام.

٤ - **وجود الطفل في أماكن يشعر فيها بالشقاء** ويقضي فيها جزءاً كبيراً من وقته كل يوم كالمدرسة والمنزل مما يؤدي إلى عصبية وعدم استقراره.. فالمكان المملوء

بالمعوقات التي تقف دون تحقيق حاجاته المختلفة كالحاجة إلى الحرية واللعب والحركة يؤدي إلى شعور الطفل بالشقاء.

٥ - الاستثارة الانفعالية أو حالات التعب الشديد أو حالات الإهمال والحرمان. ولكن عندما ينهمك الطفل في عمل أو نشاط يستخدم فيه كلتا يديه فإنه لا يلجأ إلى مثل هذه العادات إلا نادراً. كما أظهرت بعض الدراسات أن الأطفال ذوي العادات الفموية البارزة تتكرر إصابتهم بالتهاب الحلق أكثر من الأطفال الآخرين عموماً.

٦ - دليل على ضعف التوافق النفسي والاجتماعي عندهم، فقد يقوم بها الطفل أحياناً كرسبة في إزعاج والديه، ويمكن أن تتدعم هذه العادة عند الطفل عندما يظهر الوالدان انزعاجاً لمجرد رؤيتهم الطفل وهو يقضم أظافره. كما يكشف ذلك الإحساس المتضارب عن حاجة الطفل إلى عقاب نفسه لشعوره بالسخط على والديه والعداء الموجه لهما (حسين، ١٩٨٦).

٧ - دليل على فشل الآباء في عملية التنشئة الاجتماعية.

٨ - توقعات الوالدين والمعلمين العالية من الطفل: فتوقعات الوالدين أو المعلمين العالية والتي تفوق مستوى ما يستطيع إنجازها الطفل، أو كثرة الأعباء المدرسية المطلوبة منه والإلحاح عليه بالقيام بها تحت التهديد بالعقاب إذا لم يتم إنجازها، فإن ذلك يؤدي إلى التوتر والقلق والخوف الذي يظهر على شكل رد فعل نفسي كقضم الأظافر، والتي تدل على ميوله العدوانية نحو الوالدين أو المعلمين.

٧- تقليد الآخرين: تظهر عادة قضم الأظافر عند الطفل نتيجة وجود نماذج في محيطه كالأصدقاء أو أحد أفراد الأسرة يقضمون أظافره مما يؤدي إلى تثبيت هذه

العادة لديه أو تأخر عدوله عنها.

١٠ - أسباب جسمية: فقد تكون لدى الطفل حالة جسمية يتسبب عنها عدم الاستقرار والعصبية، مثل الإصابة بالديدان، وتضخم اللوزتين، أو الزوائد الأنفية إلى جانب سوء الهضم والاضطرابات الغدية وكل ما يؤثر في الصحة العامة تأثيراً سيئاً.

الوقاية والعلاج:

إن عادة قضم الأظافر عادة مدمومة تستدعي الانتباه والاهتمام ولا بد من العمل على علاجها على أسس سليمة قائمة على تشخيص مسبق لبيان الأسباب المؤدية إليها.

لذلك على الوالدين أن يناقشا مع الطفل مساوئ هذه العادة، مع رفع دافعية الطفل للتغلب على هذه المشكلة، وبإمكان الطفل الذي يمتلك دافعية لوقف هذه العادة أن يجمع بين استراتيجيات عدة منها:

١ - الاحتفاظ بسجل:

يمكن للأطفال في سن الثامنة من العمر أو أصغر سناً أن يلاحظوا أو يُسجلوا المرات التي يقضمون فيها أظافرهم ووضع علامة على بطاقة في كل مرة يقومون فيها بقضم أظافرهم، وتدوين ما الذي كان يفعله قبل البدء بقضم أظافره مباشرة حتى يمكن تحاشي الموقف الذي سبق قضمه لأظافره. وقد أظهرت الدراسات أن مجرد تسجيل مدى تكرار السلوك المشكل غالباً ما يؤدي إلى إنقاصه، لأن هذا السجل يؤدي إلى زيادة الوعي وإلى تقييم كيفية استغلال الشخص لوقته وجهده.

٢ . المكافآت: Rewards

يمكن للأبوين أن يحددوا أهدافاً للتحسن. فبمجرد أن يبين السجل عدد المرات التي يقوم فيها الطفل بقضم أظافره خلال اليوم، وأن هذا العدد قد تناقص خمس مرات، يعطيا الطفل مكافأة صغيرة يومياً إذا حقق الهدف. ويمكن أيضاً للطفل أن يحقق مكافأة كبيرة في الأسبوع مثل: اصطحاب الطفل في زيارة للأصدقاء، أو قضاء وقت أطول في مشاهدة التلفزيون. كما يمكن استخدام نظام النقاط بحيث يحصل الطفل على خمس نقاط على البطاقة إذا تناقص عدد مرات قضم الأظافر عنده بمقدار خمس مرات. وبالإضافة إلى تقديم المكافآت يمكن الاهتمام بالثناء على الطفل من قبل الراشدين مما من شأنه أن ينقص عادة قضم الأظافر.

٣ - العقوبات:

يمكن جمع الثواب مع العقاب في معالجة ظاهرة قضم الأظافر، حيث يؤدي ذلك إلى نتائج أسرع. فقد يكون سحب المكافأة الإيجابية مثل: حرمان الطفل من مشاهدة التلفزيون لفترة من الوقت، أو خسارته لبعض النقود من مصروفه اليومي، كلما شوهد من قبل الأبوين وهو يقضم أظافره، مجدياً في علاج هذه الظاهرة.

٤ - التدريب على زيادة الوعي: Awareness Training

يمكن مساعدة الطفل في هذه الحالة ليصبح أكثر وعياً بمشكلته، وذلك بأن يطلب منه أن يخصص خمس دقائق كل صباح وكل مساء ليجلس في مكان هادئ أمام مرآة، ويقوم ببطء بتمثيل حركات قضم الأظافر كما لو كان يقوم بقضمها فعلاً، وفي

أثناء قيامه بتمثيل الدور عليه أن يقول بصوتٍ عالٍ «هذا ما لن أفعله اليوم». وهذا الإجراء يساعد على زيادة وعي الطفل، وزيادة قدرته على التحكم الإرادي بعادة قضم الأظافر.

٥ - تعليم الطفل استجابة منافسة: Competing Response

لابد من تعليم الطفل استجابات منافسة كلما شعر بالحاجة إلى قضم أظافره، وذلك مثلاً بأن يمد الطفل ذراعيه على جانبيه، ويضم قبضتي يديه بقوة حتى يشعر بالتوتر في الذراع واليد. وعلى الطفل ممارسة الاستجابة المنافسة ما بين دقيقتين إلى ثلاث دقائق بعد أن يشعر بإغراء القضم. ومن الاستجابات المنافسة أيضاً قيام الطفل بالنقر بأظافره على سطح قاس أو يسبح بمسبحة. كما يمكن أن يكافئ الطفل نفسه فوراً لقيامه بالاستجابة المنافسة بتقديمه كأساً من الشراب أو قطعة حلوى، مما يؤدي إلى تقوية حدوث الاستجابة المنافسة.

٦ - تعليم الطفل الابتعاد عن الإثارات المستمرة: Teach Relaxation

بما أن عادة قضم الأظافر هي في الأصل نتيجة التوتر الشديد أو القلق، لذا من الممكن التحكم بها عن طريق تعلم أسلوب تكيف بديل مع هذه المواقف المثيرة، وذلك بالابتعاد عن الجو المشحون بالتوترات والمنازعات، والأجواء المليئة بالصخب المستمر الناتجة عن أجهزة التسجيل والتلفزيون، وتعليمه كيفية ممارسة الاسترخاء وذلك من خلال الاستجابة لكلمة دالة يقولها الطفل لنفسه مثل: اهدأ، ولهذا الإجراء خطوتان هما:

- ١ - التدريب على الاسترخاء العضلي التام.
 - ٢ - مزاججة الكلمة الدالة (cue-word) بحالة الاسترخاء.
- ويتم ترسيخ ربط الكلمة الدالة بجعل الطفل ينتبه إلى تنفسه في أثناء ترديده الكلمة الدالة بصوتٍ غير مسموع مع كل زفرة تنفس. ويقوم أحد الأبوين في أول خمسة اقترانات بتريد الكلمة الدالة بصوت مرتفع وبشكل متزامن مع زفرات الطفل، ثم يتابع الطفل بعد ذلك هذا الإجراء بحيث يجري عملية الاقتران خمس عشرة مرة إضافية. وعندئذ يُمنح الطفل مدة ستين ثانية لكي ينتبه إلى شعوره العام المصاحب للاسترخاء، وبعد ذلك يُعاد تكرار الكلمة الدالة عشرين مرة أخرى.
- ويشجع الطفل على القيام بممارسة كل من تمارين الاسترخاء وإجراءات إقران الكلمة الدالة يومياً، وعندما يتقن العملية يطلب إليه أن يقوم بملاحظة الزيادة في التوتر المصاحب لقضم الأظافر، وأن يقوم بعد ذلك بتطبيق إجراءات السيطرة من خلال الإشارة، وهي الزفير مع ترديد الكلمة الدالة بصوت غير مسموع: «اهدأ» (Calm) (شيفر، وميلمان، ١٩٨٩).
- ٧ - عدم مبالغة الوالدين في الانتباه إلى العادة الذميمة، ولا يعني ذلك تجاهلها تماماً بل إرشاد الطفل إلى التخلص منها شيئاً فشيئاً، لأننا إذا بالغنا في أهمية ذلك الأمر أدى هذا إلى توجيه أنظار الأسرة كلها إلى الطفل لمناقشة أمره ويرون في ذلك شذوذاً، فيستمد الطفل من هذا الأمر جانباً من الرضا اللاشعوري. فأشد ما يقوي العادة عند الطفل هو تكرار نهيه عنها، وهذا ما يؤدي به إلى العناد والمقاومة، خاصة إذا كان النهي مصحوباً بالتهديد والوعيد ومشاعر النبذ والكراهية والاشمئزاز.

٨ - تخليص الأطفال من مشاعر العدائية التي تكون موجهة إلى الوالدين من خلال اللجوء إلى عادة قضم الأظافر كظاهرة تنفيسية نتيجة الشعور بالقلق والشعور بالذنب. وإذا أراد الوالدان تغيير عادة قضم الأظافر عند أبنائهم فلا بد أن يغيروا هذه العادة السيئة عند أنفسهم (بالنسبة إلى الآباء الذين يقضمون أظافرهم)، لأن الأطفال يحاكون آباءهم أيضاً عندما يقلعون عن هذه العادة.

٩- وقد يفيد الإيحاء في علاج قضم الأظافر عند الأطفال عن طريق استخدام «جرامفون» يوضع في حجرة الأطفال بعد أن يستغرقوا في النوم والذي يُكرر باستمرار «لن أقضم أظافري، فقضم الأظافر عادة قذرة، ولن أقضم أظافري مرة أخرى». وتُدار الأسطوانة عند نوم الطفل ثم توقف قبل أن يستيقظ في الصباح. ويرى آيزنك (Eysenk, 1965) أن عدداً كبيراً من الأطفال قد أُلغى عن قضم الأظافر بهذه الطريقة.

كما يرى آيزنك أيضاً أنه بالإمكان إخراج عادة قضم الأظافر من ميدان اللاشعور من خلال الالتفات إليها والنظر عن قرب على كل تفاصيلها. فقد استخدم «دونلاب» هذا الأسلوب في التخلص من قضم الأظافر والتدقيق، حيث يطلب من الطفل أن يقضم أظافره بإصرار، وذلك عند ذهابه إلى عالم النفس والجلوس أمامه لمدة نصف ساعة يومياً. وسرعان ما اختفت ظاهرة قضم الأظافر عند الأطفال وأصبح الشفاء ثابتاً نسبياً.

١٠ - ممارسة الأنشطة: إن إشغال الطفل الذي تعود على قضم أظافره بممارسة الأنشطة المفيدة التي تمتص طاقته، وتخفف من توتره وقلقه يساعد في تخليصه من

هذه العادة. فإشغال أيدي الطفل بنشاط يدوي يقوي من ثقته بنفسه من خلال إنجاز ما يسند له من أعمال.

رابعاً- النشاط الزائد وضعف الانتباه: Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Disorder

يشكو كثير من الآباء من نشاط مفرط عند بعض أبنائهم مع ضعف في تركيز الانتباه وتشتته، ويسمى اضطراب فقدان التركيز الذي يترافق مع النشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). ولهذا لابد للأسرة والمدرسة من إدراك أن الطفل هو أكثر من يتأذى بهذا الاضطراب، حيث لا يستطيع النوم جيداً، ويكون لديه ضعف في التركيز، كما يظهر عليه تشوش دائم، وتكون العمليات العقلية عنده أسرع من أن يستوعبها مما يؤدي إلى ضعفه في التحصيل. وقد نجد بعض الأطفال يشكون من الانزعاج، ويطلبون السكوت من غيرهم لسماعهم أصواتاً كثيرة مشوشة قد لا يسمعونها ولا يتأذى منها غيرهم.

والنشاط الزائد اضطراب شائع بين الأطفال وتزيد نسبة انتشاره بين الذكور بمعدل ثلاثة أضعاف نسبة انتشاره بين الإناث، وهو كثير الحدوث في المراحل العمرية المبكرة ولكن قليلاً ما يتم تشخيصه لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، كما دلت الإحصاءات على أن حوالي ٥% . ١٠% من جميع الأطفال لديهم نشاط زائد، وأن حوالي ٤٠% من الأطفال يحالون إلى عيادات الصحة النفسية نتيجة لفرط

النشاط.

مفهوم النشاط الزائد:

يعرّف شيفر وميلمان (١٩٨٩، ص ٦) النشاط الزائد «بأنه حركات جسمية تفوق الحد الطبيعي أو المقبول». إنه متلازمة (تتأذر Syndrome) مكون من مجموعة اضطرابات ينشأ نتيجة أسباب متعددة نفسية وعضوية معاً. وقد ذكر في إحصائيات إنكلترا أن هناك ما يقرب من ٣٠% من الأطفال يوصفون بفرط النشاط من قبل ذويهم (الحجار، ١٩٨٧).

ولكن الشيء المهم هو نوع النشاط الذي يوجد عند الطفل وليس مستوى النشاط ذاته، فالعشوائية في النشاط والسلوك غير الموجه نحو هدف، وعدم الامتثال للنظام، مثل نظام الصف، أو مواعيد طعام الأسرة هو المعيار الذي يمكن من خلاله أن نحكم على النشاط الزائد عند الطفل والذي يُعدّ من المشكلات اليومية التي تُعاني منها الأسرة والمدرسة.

وقد أظهرت الدراسات أن النشاط الزائد يكثر عند الذكور وعند أبناء الطبقات الفقيرة عما هو عند الإناث وأبناء الطبقات الغنية. ودلت الإحصاءات على أن حوالي ٥% من ١٠% من جميع الأطفال لديهم نشاط زائد، وأن حوالي ٤٠% من الأطفال يُحالون إلى عيادات الصحة النفسية نتيجة فرط النشاط.

ولهذا يجب عدم التسرع والحكم على الطفل بأن ما يوجد لديه من نشاط زائد يدل على اضطراب في السلوك إذ غالباً لا يكون كذلك. فالطفل بطبيعته لديه طاقة زائدة ولا بد أن يتحرك، ويلعب، وقد يسبب الأذى أحياناً (بدون قصد) مما يجعل هذا

السلوك غير محتمل عند الأم المكتئبة، أو في الأسر كثيرة الأولاد، أو بالنسبة إلى الأم ذات الاستعداد الوسواسي المسبق.

ومن الملاحظ أن النشاط الزائد عند الأطفال يتناقص تدريجياً مع النمو في العمر ويكون أقل بشكل واضح في سن المراهقة، إلا أنه قد يستمر لدى بعضهم حتى سن الرشد مصحوباً بضعف القدرة على التركيز.

ضعف القدرة على تركيز الانتباه:

تعد مشكلة ضعف القدرة على تركيز الانتباه عند الطلاب من المشكلات التربوية التي شغلت تفكير المربين منذ القديم وحتى الآن، حيث نجد أن نسبة تقدر بحوالي ٥%-١٠% من طلاب المدارس يعانون من قصر فترة الانتباه وتشتته، بالرغم من أن طول فترة الانتباه تزداد مع التقدم في العمر. أما معدل طول فترة الانتباه فهي حوالي (١٤) دقيقة عند الطفل من عمر خمس سنوات، وتزداد تدريجياً مع التقدم في العمر لتصل إلى حوالي نصف ساعة أو تزيد عن ذلك، وذلك حسب طبيعة المهام التي يتفاعل معها طالب المدرسة، ومدى ميله إليها وجاذبيتها لانتباهه. فتركيز الانتباه عند الطالب يحتاج منه إلى التركيز على المهمة التعليمية المطلوبة وإهمال الموضوعات غير الضرورية. ولذلك فإن ضعف قدرة الطالب على التمييز بين ما هو ضروري وغير ضروري يؤدي إلى صعوبة في الانتباه إلى المعلومات والأحداث ذات العلاقة، والانتقال إلى موضوع آخر ليس له أهمية.

تعريف ضعف القدرة على تركيز الانتباه:

يمكن تعريف ضعف القدرة على تركيز الانتباه بأنه: انخفاض قدرة الطالب على تركيز انتباهه في مهمة تعليمية معينة، والانتقال من نشاط إلى آخر دون إكمال أي منهما، وتشتت انتباهه بسهولة عن هدفه الأصلي (الزعبي، ٢٠٠٨: ٢٨٧).

ولذلك نجد الطالب ضعيف القدرة على تركيز الانتباه كثيراً ما يفقد حاجياته في المدرسة وينسى أين وضعها، وينشغل بأي حدث جديد، ولا ينهي المهمات التعليمية المطلوبة منه. وقد يكون تشتت انتباهه وضعف تركيزه سبباً في نشاطه الحركي الزائد بدون هدف، حيث نجده كثيراً ما يلتفت إلى الوراء ليحدث زملاءه، أو ينشغل بذاته ولا ينتبه إلى ما يقوله المعلم أثناء الشرح. ولذلك يمكن قياس مدى الانتباه عند الطالب من خلال قياس طول الفترة الزمنية التي يقضيها في أداء مهمة تعليمية معينة، إلا أن النظر والتفكير أثناء أداء العمل ضروريان، والانتباه الحقيقي يقاس بمدى ملائمة الاستجابة، إذ إن بعض الطلاب ينظرون إلى المدرس ولكن دن تركيز ولا تدبر أو تفكير.

أسباب النشاط الزائد وضعف القدرة على تركيز الانتباه عند الطلاب:

ينتج ضعف القدرة على تركيز الانتباه عند طلاب المدارس عن أسباب عديدة

منها:

• الأسباب الجسمية:

قد ينجم ضعف التركيز عند الطالب نتيجة خلل عضوي في الدماغ، حيث إن

آليات الدماغ هي التي تجعل الطالب قادراً على التركيز وعلى استبعاد الإثارة غير المناسبة.

• الأسباب العقلية:

لابد للطالب أثناء تركيز انتباهه في مهمة تعليمية ما، أن يتمتع بمهارات إدراكية مناسبة. فالإدراك السمعي والبصري يقوم على استقبال الأصوات والمناظر ثم يدرك معناها، وبعد ذلك يستجيب لها استجابة مناسبة. فإذا لم يتمتع الطالب بقدرة على تمييز العلاقات بين المنبه الأساسي (وهو هنا صوت المعلم) وبين المنبهات الأخرى (وهي الأصوات غير الضرورية)، فإنه لا يكون قادراً على التركيز، وسرعان ما يتشتت انتباهه إلى الأشياء غير المهمة.

كما إن الطالب الذي لا يدرك تسلسل الأحداث التي تحتاج إلى الإصغاء والتذكر والفهم ثم القيام بالعمل المناسب، يصبح مشوشاً ولا يتمكن من الاستمرار في الانتباه والإصغاء. من جانب آخر فإن الطلاب الذين يعانون من صعوبات في التعلم (learning disabilities)، أو تخلف أو إعاقة عقلية، من شأنها أن تعيق قدرتهم على تركيز الانتباه لفترة طويلة.

• الأسباب النفسية:

إن ضعف إحساس الطلاب بالأمن النفسي والقلق والخوف من الفشل أو ضعف الكفاءة في الأداء، يؤدي إلى ضعف قدرتهم على الانتباه ويعانون من تشتت في التفكير، كما أنهم يبقون معتمدين على التوجيهات الخارجية في تعلمهم، ولا يتمكنون من إنجاز واجباتهم بمفردهم دون دعم وتشجيع خارجي مستمر، فخوفهم من أداء

العمل بصورة ناجحة يدفعهم إلى تجنب التعامل معه خوفاً من التوتر الذي قد يتولد عن ذلك. وهذا ما يضعهم تحت فئة من يعانون من صعوبات في الانتباه (Attention difficulties).

كما أن الطالب غير الناضج نفسياً والذي لا يتمتع بصبر ومثابرة كافيين في إنجاز الأعمال المترتبة عليه، يشعر بأن إنجاز أي مهمة تعليمية غير ضروري، وينصرف إلى عمل أشياء أخرى غير مطلوبة منه وغير ضرورية.

• الصعوبة في تحمل الإحباط:

فالتألم في هذه الحالة ينتقل بسرعة من موضوع إلى آخر، ويندفع في إعطاء إجابات غير ناضجة قبل أن يفكر جيداً بالإجابة الصحيحة، وذلك بسبب القلق الذي يسيطر عليه ومحاولة الاندفاع الشديد للتخلص من الموقف المحبط أو الصعب (من وجهة نظره) بسرعة.

• الأسباب المدرسية:

من الممكن أن يكون المعلم أحد الأسباب التي تؤدي إلى ضعف قدرة الطالب على تركيز الانتباه. فالمعلم الذي لا يستخدم أساليب جذابة في تعليمه، ولا يستخدم الوسائل التعليمية المثيرة للانتباه، ولا يراعي حاجات الطلاب النفسية والتربوية، ولا يستخدم التعزيز عند نجاح الطلاب في المهمات التعليمية، ولا يراعي الفروق الفردية في التعليم، كل ذلك من شأنه أن يضعف قدرة الطلاب على التركيز ويؤدي إلى تشتت انتباههم.

طرق الوقاية والعلاج:

من أهم هذه الطرائق ما يلي:

• ضرورة الاهتمام بصحة الأم الجسمية والنفسية:

فالاهتمام بصحة الأم الحامل الجسمية والنفسية، من شأنه أن يمنع حدوث ضعف القدرة على التركيز الناتج عن أي ضرر يتعرض له دماغ الجنين أثناء الحمل. فتعاطي الأم الحامل للكحول أو المخدرات أو التدخين، أو تعرضها لأزمات نفسية شديدة أثناء الحمل، يؤدي إلى تعرض الجنين لضعف القدرة على التركيز وصعوبات في التعلم فيما بعد (شيفر وميلمان، ٢٠٠٦).

• الإقلال من مشتتات الانتباه:

لابد من تنظيم بيئة التعلم من أجل الإقلال من مشتتات الانتباه، بحيث لا يتضمن المكان المعد للدراسة إلا الكتب والدفاتر والأقلام الضرورية وفي مواجهة الجدار في أحد أركان الغرفة. كما ينبغي أن لا تكون هناك مشتتات صوتية من المنزل مثل صوت التلفزيون أو الراديو أو المسجل أثناء الدراسة. ومن الضروري زيادة جاذبية المهمات التعليمية التي تقدم للطلاب وجعلها مصدراً للمتعة، إذ كلما استطاع الطالب الانتباه بشكل أفضل استفاد أكثر مما يتعلمه.

• التخطيط الدقيق للمهام التعليمية:

فالطلاب يستجيبون بشكل أفضل للمواد التي يحبونها ويميلون إليها. كما يجب أن تكون الواجبات المدرسية والمنزلية محددة وليست عامة، لأن الطالب يحتاج إلى

الشعور بالنجاح عندما ينجز مهمات قصيرة ومحددة، وحتى نضمن ذلك يجب أن يكون الوقت المخصص للمهمة قصيراً مع فترات للراحة، ومن الممكن أن نزيد الوقت الذي تحتاجه المهمات التعليمية تدريجياً مع تزايد قدرة الطالب على الانتباه لفترة أطول.

• أن تقدم للطالب التعليمات بشكل واضح ومحدد:

من المهم أن يقدم المعلم أو الوالدان للطالب الذي يعاني من ضعف في تركيز الانتباه، التعليمات ذات العلاقة بالمهمة التعليمية بشكل واضح، ومن المهم تجنب أي كلام غير ضروري، فالأبوان كثيرا الكلام يضران بالطالب الذي يعاني من تشتت الانتباه. فالآباء التاملين يتعلم منهم الأبناء التأمل والتفكير والإصغاء بدلاً من التصرف باندفاع وتسرع. وعلى الآباء والمعلمين أن يعرفوا أنه يجب أن يتعلم الطلاب التروي والتأمل أثناء المحادثة بدلاً من التسرع والقفز إلى النتائج.

• تعزيز الانتباه ومقاومة التشتت:

تزداد فترة الانتباه عند الطلاب كأى سلوك آخر عن طريق تعزيز التزايد في طول الفترة التي يركز فيها الطالب انتباهه، ويكون التعزيز على شكل امتداح العمل من حيث جودته والوقت الذي قُضي فيه، وأن يتبع الثناء والمكافآت مباشرة فترات الانتباه التي يستمر فيها الطالب بالقيام بنشاط ما بالرغم من وجود المشتتات، وعدم التركيز على جوانب الضعف أو القصور لديه.

وعلى الآباء والمعلمين أن يدركوا أن إطالة فترة الانتباه عند الطلاب الذين يعانون من ضعف القدرة على التركيز، تحتاج إلى الصبر والتكرار والثبات. ومن الممكن أن يتم

التدريب على إطالة فترة الانتباه عن طريق التدريب والتحسين التدريجي بالنسبة لمثل هؤلاء الطلاب، بحيث يقسم العمل الصعب إلى مجموعة من الأعمال الصغيرة البسيطة بحيث تتم مكافأتها. ومن الممكن هنا استخدام التعزيز عند النجاح في المهمات التعليمية مهما صغرت، كما يتمثل في الانتهاء من النشاط أو العمل المحدد، والاستجابة بدقة للتعليمات، مع تجاهل بعض السلبيات التي تحدث بين الحين والآخر.

• **تعليم الطلاب التركيز دائماً على العناصر المهمة في المهمات التعليمية:**

فالطالب عليه أن ينتبه جيداً إلى العناصر الأساسية في المهمة التعليمية، وأن يتجاهل الأشياء السلبية، وهذا يحتاج إلى تدريب وصبر من قبل من يقوم بتدريب مثل هؤلاء الطلاب الذين يعانون من تشتت في الانتباه.

• **التدريب على الاسترخاء والتنفس بعمق:**

وفي هذا الجانب لابد من تدريب الطالب الذي يعاني من ضعف القدرة على تركيز الانتباه في المهمات التعليمية على الاسترخاء جسدياً وعقلياً، مما يجعل عملية الانتباه عنده أكثر تلقائية وفعالية مع استخدام التغذية الراجعة البيولوجية (Biofeedback) (شيفر وميلمان، ٢٠٠٦).

• **تحسين طرائق التدريس من قبل المعلمين:**

إن تحسين المعلم لطريقة تدريسه، وجعلها أكثر جاذبية، واستخدام الوسائل التعليمية المناسبة والجاذبة، من شأنه أن يحسن من قدرة الطالب الذي يعاني من ضعف القدرة على التركيز على الانتباه.

والجدير ذكره أن معالجة ضعف القدرة على تركيز الانتباه يحتاج إلى تضافر جهود كل من المرشد النفسي المدرسي، ومدير المدرسة، والمعلم، والأسرة، حيث يتم إعلام المرشد المدرسي من قبل المعلم بالطلاب الذين يعانون من ضعف القدرة على تركيز الانتباه (ربيع والغول، ٢٠٠٧). وأن يعمل الطالب بعد عودته من المدرسة جدولاً يحدد فيه وقتاً لإنهاء الواجبات المنزلية والدراسة، ووقتاً للعب، ووقتاً لمشاهدة التلفزيون أو زيارة بعض الأصدقاء. ويجب تنفيذ هذا الجدول بعد الانتهاء من تناول وجبة طعام الغداء.

• تشجيع الطالب على ممارسة رياضة الجري يومياً:

تشير الدراسات أن الجري يساعد الإنسان على زيادة نشاطه العقلي وزيادة القدرة على الانتباه (إبراهيم وآخرون، ٢٠٠٣). لهذا لا بد من تشجيع الطالب على هذه الرياضة المفيدة للجسم والعقل والنفس في آن واحد معاً.

خامساً - التوحد:

مقدمة:

إن كلمة التوحد (Autism) هي كلمة يونانية (Autos) وتعني الذات، وأصبحت تستخدم اليوم لوصف حالات الاضطراب النمائي الذي يطلق عليه بالتوحد. وفي بداية القرن العشرين استُخدم التوحد من قبل الطبيب النفسي بلويلر (E.Bleuler). أما اكتشاف التوحد بمفهومه الحالي فقد تم من قبل العالم ليو كانر (Leokanner, 1943)،

حيث يعد أول من أشار إلى «التوحد» كاضطراب يحدث في الطفولة في العصر الحديث في عام (١٩٤٣)، وأطلق عليه لفظ (Autism)، واستطاع تصنيفه بشكل منفصل عن الإعاقات الأخرى، وعنى به الانقلاب أو التوقع على الذات. كما ذكر أنه يوجد لديه أحد عشر مصاباً بالتوحد يعانون من الأعراض نفسها، ونشر ملاحظاته في صفحة تصف حالة التوحد في الطفولة المبكرة، وأثارت هذه الصفحة اهتماماً كبيراً، وكانت البداية لدراسة أعراض التوحد.

كما اكتشف العالم هانس أسبرجر (Hans Asperger) في عام ١٩٤٤ في فيينا بالنمسا حالات تختلف في سماتها وأعراضها عن حالات ليو كانر، إذ يعد التوحد استناداً إلى وجهة نظر هذين العالمين، اضطراباً بيولوجياً يحدث منذ الولادة، وتنتج عنه مشاكل سلوكية كثيرة (الكندري، ٢٠٠٩؛ البطاينة وآخرون، ٢٠٠٧).

تعريف التوحد:

عُرف التوحد تعريفات عديدة من قبل عدد من العلماء والباحثين. فقد عرّفت الكندري (٢٠٠٩: ٢٣٣) التوحد بأنه « اضطراب في الجهاز العصبي، يؤثر على قدرة الطفل في التواصل اللغوي مع الآخرين، مما ينعكس سلباً على تحصيله التعليمي، يظهر بصورة عامة قبل سن الثالثة من العمر، وله أنواع مختلفة، ولكن معظم الحالات تتشابه في خصائصها وطرق علاجها».

وعرّفته الجمعية الأمريكية للتوحد Autism Associaty of America بأنه "أحد الاضطرابات التطورية التي تظهر مؤشراتها في السنوات الثلاث الأولى، نتيجة خلل في كيميائية الدم أو إصابة الدماغ، وتؤثر على وظائف المخ، وعلى جوانب النمو الأخرى".

ولكن التعريف الأكثر قبولاً من وجهة نظر القمش والمعاينة (٢٠٠٧: ٢٩٥) هو أن التوحد "اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي (وظيفي) في الدماغ، غير معروف الأسباب، يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، ويتميز فيه الأطفال بالفشل في التواصل مع الآخرين، وضعف واضح في التفاعل، وعدم تطوير اللغة بشكل مناسب، وظهور أنماط شاذة من السلوك، وضعف في اللعب التخيلي" (Knoblock, 1980).

وبناء على ذلك يمكن القول: "إن التوحد هو "مفهوم يصف حالة من حالات اضطرابات النمو تصيب الطفل قبل سن الرابعة من العمر، تنجم عن خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي (المخ)، يؤدي إلى خلل في نمو الإدراك الحسي

واللغوي، وفي القدرة على التواصل والتفاعل مع الآخرين، يترافق مع رغبة الطفل التوحيدي في الانطواء على الذات، واستغراق في التفكير مع ضعف في الانتباه، بحيث لا يستطيع الإحساس بمن حوله من أفراد أو أحداث، كما يتميز بنشاط حركي زائد، ونمو لغوي بطيء، وتكون استجاباته ضعيفة للمثيرات الحسية الخارجية، ويقاوم التغيير في محيطه، مما يجعله أكثر حاجة للاعتماد على غيره، والتعلق بهم" (الزعيبي، ٢٠٠٨: ٢٣).

نسبة انتشار التوحد:

يوجد تباين في تقديرات انتشار حالات التوحد، ولكن هناك اتفاق بأن نسبته آخذة بالتزايد نتيجة ظهور أدوات التشخيص الحديثة للتوحد، حيث يرى بعضهم أن نسبته تتراوح بين (١٥-٢٠) حالة لكل عشرة آلاف حالة ولادة حية، ويظهر لدى الذكور (٤) أربع مرات أكثر من الإناث أي بنسبة ٤:١، وفي فئة التوحد الشديد تكون نسبة إصابة الذكور إلى الإناث ٢:١، وذلك باستثناء اضطراب ريت (Rett's Disorder) الذي تم تشخيصه أكثر لدى الإناث. أما التوحد الشديد فيظهر في الغالب لدى الإناث ويكون مصحوباً بتخلف عقلي شديد، وفي هذه الفئة من التوحد تكون نسبة التوحد اثنين من الذكور مقابل كل أنثى. كما تشير دراسات أخرى أن التوحد أكثر انتشاراً بين الإناث منخفضات الذكاء، وأقل انتشاراً بين الذكور الأعلى في نسبة ذكائهم عن الإناث المصابات بالتوحد، وليس هناك حتى الآن ما يفسر بدقة هذه الفروق المتعلقة بمتغيري الجنس والذكاء (الزريقات، ٢٠٠٤).

وتذكر جمعية علم النفس الأمريكية (A.P.A, 2000) أن ٧٠-٨٠% من حالات

التوحد تظهر بوضوح خلال السنة الأولى من العمر، أما الباقي منهم فينمون بصورة طبيعية، ثم يتراجعون بين السنة الثانية والثالثة ويفقدون بعض المهارات التي اكتسبوها مثل استخدامهم لبعض الكلمات، واهتماماتهم الاجتماعية. كما يتزايد انتشار التوحد بنسبة ١٠-١٧% سنوياً، فقد أعلنت الحكومة الأمريكية أن التوحد قد أصبح مشكلة صحية وطنية طارئة (عليوات، ٢٠٠٧).

أما الجمعية الأمريكية للتوحد فقد أشارت أن نسبة التوحد تكاد تصل إلى حالة واحدة لكل (٥٠٠) حالة ولادة حية في الولايات المتحدة الأمريكية. وقد أشارت آخر الإحصائيات الأكثر تشاؤماً إلى أن نسبة انتشار التوحد هو حالة واحدة لكل (٢٠٠) فرد (Garland and Harris, 2005؛ في البطاينة وآخرون، ٢٠٠٧: ٥٧٥).

الاضطرابات المصاحبة للتوحد:

يطلق على جميع أنواع التوحد وفقاً إلى ما جاء في القانون التعليمي الأمريكي للأشخاص المعاقين اسم الاضطراب النمائي العام (Pervasive Developmental Disorders, PDD) ومن أنواع الاضطرابات المصاحبة للتوحد ما يلي:

أولاً- اضطراب التوحد الكلاسيكي: Classical Autism

وهو عبارة عن إعاقة نمائية عصبية تبدأ عند الطفل من بداية السنة الثالثة من العمر (٣٦ شهراً) وتستمر طوال حياته. ويظهر عند الطفل قصور في التفاعل الاجتماعي ومهارات التواصل اللغوي وغير اللغوي والنمطية في السلوك.

ثانياً- متلازمة أسبرجر: Asperger's Syndrome

إن الطفل الذي تظهر عنده متلازمة أسبرجر، تظهر عنده أعراض القصور في

التفاعل الاجتماعي، والنمطية في السلوك، والانشغال الكامل بالأشياء دون أن يظهر على الطفل تأخر في اللغة والإدراك، ولكن قد يظهر عليه قصور في استخدام اللغة أثناء التواصل الاجتماعي، كما يظهر عليه تأخر في التطورات الحركية والعاطفية. كما يتصف المصاب بعرض أسبرجر بأنه يعاني من الانطواء، ويكون حساساً، ويمكن أن يتعرض للإساءة من أقرانه مما يؤدي به إلى الاكتئاب، ولكن بعضهم مبدعون وموهوبون في مجالات معينة.

فاضطراب أسبرجر هو إعاقة تطويرية عصبية يشترك في العديد من أعراض مرض التوحد. وهذا الاضطراب شائع بين الذكور أكثر من شيعه لدى الإناث. ومن أهم الخصائص التي تميز الأطفال المصابين بمتلازمة أسبرجر ما يلي:

- لديهم قدرة عقلية عامة (ذكاء) متوسط أو فوق المتوسط .
- لديهم ضعف في فهم العلاقات الاجتماعية.
- لديهم مهارات لغوية عادية أفضل من غيرها من المهارات.
- لا يحبون التغيير في أي شيء وخاصة الأكل والملابس.
- يعانون من القلق.
- لديهم تصلب وتحذلق في الكلام.

ثالثاً - اضطراب ريت: Rett's Disorder

يُعدُّ اضطراب ريت أحد الاضطرابات النمائية التي تظهر بعد عمر أربعة أو خمسة أشهر من الولادة، أما قبل ذلك فيعيش الطفل حياة طبيعية ولا تظهر عليه أعراض الاضطراب، وبعد حوالي سنة ونصف يلاحظ الوالدان تغيراً في سلوكيات

طفلتهم أو طفلهم مع تراجع للقدرات المكتسبة، حيث يبدأ الطفل بفقدان القدرة على تحريك اليد، وبعد سنتين ونصف يبدأ بتحريك يديه بطريقة نمطية متكررة وكأنه يهزها أو يرفرفها، كما يتبع ذلك نقص جوهري في بعض القدرات مثل الكلام، والتفكير، واستخدام اليدين، وهو قليل الحدوث عند الأطفال بالمقارنة مع الاضطرابات النمائية الأخرى، ويكون عند البنات أكثر من الذكور، ويبرز على شكل إعاقة عقلية ونمو بطيء في حجم الدماغ، حيث يكون ٣٠% أقل من حجم الدماغ الطبيعي. ويذكر جرين (Green,1996) عدداً من الخصائص التي تميز الطفل الذي يعاني من اضطراب ريت منها:

- (١) عنده تباطؤ في نمو محيط الرأس في العمر بين ٥-٢٤ شهراً.
- (٢) يفقد القدرة المكتسبة لحركة اليدين في العمر بين ٥-٣٠ شهراً.
- (٣) يفقد التواصل الاجتماعي المكتسب سابقاً.
- (٤) تكون مشيته غير متوازنة، كما تظهر عنده حركات جسمية نمطية.
- (٥) لديه نقص واضح في تطور اللغة.
- (٦) يمص أصابعه وأطراف يديه.
- (٧) عنده معاناة في البلع والمضغ والتنفس.

رابعاً- اضطراب الطفولة التفككي: Childhood disintegrative Disorder

يُعدُّ اضطراب الطفولة التفككي إعاقة نمائية تؤثر على أداء الطفل الوظيفي، حيث يتسم بقصور شديد في القدرة على تنمية الكلام وتطوير مهارات اللغة، وتأخر في المهارات الحركية لفترة تتراوح بين ٢-٤ سنوات. كما نلاحظ عنده ضعفاً في القدرة

على التحكم في المثانة والأمعاء، وضعف في المهارات اللغوية والاجتماعية، وقلة اللعب، وفشلاً في تكوين علاقات مع الأقران، وهو نادر الحدوث قبل العام الثاني، ويظهر لدى الذكور أكثر من الإناث. وقد أطلق على هذا الاضطراب سابقاً اسم العته الطفولي (الجنون). أما الآن فقد تم تشخيصه باسم أعراض هيلر (Heller, Syndrome) أو الذهان التفككي، حيث يتشابه في أعراضه مع أعراض اضطراب التوحد، ولكنه يحدث في عمر بين (٢-١٠) سنوات، وتكون أعراضه على شكل نقص في المهارات الاجتماعية والانفعالية بشكل مباشر.

خامساً - اضطراب نمائي عام غير محدد: Pervasive Development Disorder Not Otherwise Specified

سمي هذا الاضطراب بهذا الاسم، لأنه لا تتوافر فيه معايير معينة لتشخيص الطفل، كما تظهر على الطفل أعراض تتشابه مع أعراض التوحد ولكنها لا تنتمي إلى التصنيفات السابقة.

سادساً - اضطراب نمائي متعدد الأنظمة: Developmental Disorder Multisystem

تم اكتشاف هذا الاضطراب في عام ١٩٩٤ في الولايات المتحدة الأمريكية من قبل المركز الوطني للطفولة والشباب والأسر. ويظهر عند الأطفال في عمر (٢٤) شهراً أو أقل، حيث يظهرون قصوراً في التفاعل الاجتماعي مع الوالدين، كما أنهم لا يتواصلون بصرياً مع الآخرين، ولا يجيدون مخاطبة الآخرين، ويجدون صعوبة في التواصل مع الآخرين بأي شكل (كاستخدام اللغة أو اللمس بالإشارة)، كما يجدون صعوبة في استخدام بعض الحواس كالבصر والسمع واللمس، ولديهم ضعف في

تحريك أجسامهم للوصول إلى هدف معين. بالإضافة إلى ذلك نجد عندهم قصوراً في ردود الفعل نحو الأشياء الملموسة أو المسموعة أو المقروءة، حيث يشعرون بالغضب الشديد عند ملامسة الآخرين لهم.

يتميز الأطفال من ذوي الاضطراب النمائي متعدد الأنظمة عن غيرهم من أطفال التوحد بأنهم يستجيبون للعلاج سريعاً، وليس لديهم قصور حاد في القدرات العقلية، وقليلاً ما تظهر عندهم سلوكيات نمطية (Quinn&Malone,2000), في الكندري، ٢٠٠٩).

الأعراض العامة للتوحد:

من أهم أعراض التوحد الأكثر ظهوراً عند الأطفال ما يلي:

أولاً- ضعف في مهارات التفاعل الاجتماعي:

يتميز الطفل التوحدي بضعف القدرة على التواصل مع الآخرين والاستجابة لهم (سواء بالكلام أو غيره)، إذ إن غالبية أطفال التوحد يعانون من نقص في المهارات اللغوية، كما يعانون من ضعف القدرة على فهم العواطف وتفسير المعاني التي يعبر عنها الآخرون من خلال حركات أعينهم أو ملامح وجوههم. كما أنهم يعيشون في عزلة مع أنفسهم دون إغارة الانتباه إلى وجود الآخرين، كما يتجنبون المواقف الاجتماعية بالرغم من وجود الآخرين بالقرب منهم، ويتعامل معهم على أنهم أشياء وليسوا بشراً. فهو يمسك بيد الشخص مثلاً لتحريك لعبة يمسكها دون أن يتفاعل معه.

ثانياً - الضعف في أشكال الاتصال وإقامة علاقات مع الآخرين:

يعاني أطفال التوحد من ضعف في جميع أشكال الاتصال التي تتضمن تعابير الوجه وإيماءاته، إذ تعدُّ هذه التعابير والإيماءات الوجهية من علامات التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، كما أنها من علامات الإدراك، وهذا الإدراك غير موجود لدى أطفال التوحد.

وتشير الإحصائيات أن حوالي ٥٠% من الأطفال التوحديين لا تنمو لديهم لغة مفهومة تساعدهم على التواصل مع الآخرين ، كما أن بعضهم الآخر لديه صعوبة أو أكثر في صورة من صور التواصل عدا اللغة إن وجدت. أما الأطفال الذين لديهم القدرة على الكلام فإنهم يرددون الكلمات تزييداً لما يسمعونه دون فهم (بطرس، ٢٠٠٧).

ثالثاً - ضعف القدرات اللغوية:

يستمر أطفال التوحد متأخرين في اكتساب اللغة، حيث نجد أن بعض الأطفال لا يتكلمون طوال حياتهم، وأن حوالي (٥٠%) منهم تقريباً يتعلمون لفظ بعض الكلمات ولكنهم يكونون متأخرين في بداية تعلم الكلام عن الأطفال العاديين. كما نجد حوالي (٤٠%) من أطفال التوحد في العالم لا يحسنون الحديث وليست لديهم لغة التخاطب، وإذا استطاع بعضهم أن يتحدث مع الآخرين فإن حديثهم يكون عبارة عن محاكاة ببغاوية (Echolalia)، أي يردد ما قاله الشخص الذي يخاطبه مثل: خذ يا خالد اللعبة، فإنه يردد نفس القول خذ يا خالد اللعبة، وعندما يقال له كيف حالك يرد بقوله كيف حالك، كما يكررون لازمات صوتية من وقت إلى آخر مثل الإصرار على

تكرار كلمة أو جملة معينة أو صوت معين.

رابعاً- النمطية Typically ومحدودية النشاطات والاهتمامات:

تكون حركات أطفال التوحد ونشاطاتهم محدودة جداً، إذ يميلون إلى تكرار النشاط ذاته دون أي تطوير لنشاطات إبداعية. كما أنهم يقاومون أي تغيير في حياتهم اليومية (أي يفضلون العمل الروتيني)، إذ يشعرون بالقلق والتوتر ويثورون عندما ترتب ألعابهم بطريقة جديدة، أو عندما يتغير مكان نومهم، أو غير ذلك من أشياء اعتادوا عليها.

من جانب آخر تظهر لدى الطفل التوحدي بعض السلوكيات النمطية مثل تحريك أصابعه أو يديه أو جسمه..الخ، كما يُظهر الطفل سلوك إيذاء الذات أو الضرب أو التخريب، حيث يفتقر إلى الوعي بجسده والتحكم الإرادي بأفعاله (الفوزان، ٢٠٠٣).

خامساً - تكرار العبارات من غير فهم:

يقوم الطفل التوحدي بتكرار عبارات معينة سمعها من غيره أو من التلفزيون دون أن يفهم معناها، ثم يكررها لفترة طويلة، طالما أن ذاكرته تملئ عليه ذلك.

سادساً- القصور في التكامل الحسي:

يعاني الطفل التوحدي من قصور في التنظيم الحسي، إذ يكون إما في صورة حساسية زائدة أو منخفضة للمثيرات الحسية السمعية والبصرية أكثر من الطبيعي، وقد يكون هذا القصور وراء السلوكيات النمطية أو الشاذة عند هؤلاء الأطفال. وتختلف درجة حساسية الأطفال لتلك المثيرات من البسيط إلى الشديد، فقد نشاهد أحد أطفال التوحد يضع يديه على أذنيه بشكل متكرر، مما يشير إلى أن هذا الطفل

يعاني من حساسية زائدة لسماع الأصوات كالأصوات المنبعثة من الأجهزة الكهربائية، مثل المكنسة والخلاط وما شابه ذلك، في حين نجد طفلاً آخر يضع يديه أمام عينيه وينظر من بين أصابعه مما يوحي بأن هذا الطفل يعاني من حساسية بصرية. كما نجد كثيراً أن الطفل الذي يعاني من الحساسية الشديدة تتناوبه نوبات غضب عارمة نتيجة مثيرات بصرية وسمعية تفوق احتمال طاقته الحسية (فراج، ٢٠٠٣).

سابعاً- ضعف في الأداء العقلي - المعرفي:

يعاني أطفال التوحد عادة من تأخر في الخبرات المعرفية، حيث نجد أن (٦٠-٨٠%) منهم تقل درجات ذكائهم عن (٥٠) درجة، ولكنهم يختلفون عن الأطفال المتخلفين عقلياً، إذ تتصف درجات الذكاء عند المتخلفين عقلياً بالاستقرار، بالرغم من بذل الجهود المستمرة لتطويرها. أما أطفال التوحد فقد يظهرون مهارات دقيقة المستوى، مثل إجراء بعض العمليات الحسابية في الدماغ، إلا أن هذه العمليات محدودة في مجال حل المشكلات.

وتشير الإحصائيات إلى أن حوالي (٣٠%) من أطفال التوحد لديهم إعاقة عقلية، حيث تكون درجة ذكائهم أقل من (٣٠) درجة.

ثامناً- ضعف في اللعب والتخيل:

نجد لدى معظم أطفال التوحد إدراكاً لأبعاد اللعب وخاصة اللعب التخيلي، حيث يأخذ اللعب عادة شكلاً نمطياً وتكرارياً محدوداً وعدم مشاركة أقرانهم في اللعب (القمش والمعاينة، ٢٠٠٧).

الأسباب المساعدة على الإصابة بالتوحد:

نظراً للمدى الواسع لأعراض التوحد ومستويات شدتها، فإنه من المنطق افتراض وجود أسباب عديدة لهذا الاضطراب يمكن إجمالها فيما يلي:

١- الأسباب الوراثية:

يوجد جدل كبير حول دور الوراثة كعامل مسبب للتوحد، فقد أشارت البحوث أن الجذور الجينية الوراثية تعد أهم العوامل المسببة للتوحد. ولكن حتى الآن لم يتم الجزم بوجود مورث (جين) محدد يكون مسؤولاً عن حدوث التوحد. فقد تبين في إحدى الدراسات التي أجريت على التوائم أن حدوث التوحد في كلا التوأمين

يصل إلى نسبة (٥٠%). كما أظهرت دراسة أخرى أن العائلة التي يوجد لديها طفل توحد، يوجد لدى بعض أفرادها اضطرابات في التعلم واللغة ومشاكل في النمو الأخرى بدرجات متفاوتة، يكون حدوث التوحد عند هذه العائلة خمسين ضعفاً أكثر منه في العائلات الأخرى (Taylor, et al., 2002، في البطاينة والجراح، ٢٠٠٧).

٢ - الأسباب العضوية - العصبية:

تؤكد الأسباب العضوية وجود خلل عضوي عند الطفل التوحد، سواء أكان الخلل في تركيب خلايا الجسم، أم في أجهزته، بصورة تؤدي إلى إعاقة نموه الإدراكي أو العقلي، أو الانفعالي، أو اللغوي، أو جميعها بصورة عادية. ويرى رايشيلت (Reicheilt, 1994)، أن التوحد الطفلي هو نتيجة لاختلال الجينات عند الشخص المصاب.

كما أن ظهور التوحد خلال الأشهر الأولى من الحياة، وتأثيره في كل مظاهر التطور، واستمراره مدى الحياة، يوحي بوجود قصور وظيفي في الجهاز العصبي المركزي.

كما تبين من خلال الدراسة التي أجراها (Small,1975) أن قياس النشاط الكهربائي لمخ الأطفال التوحديين، قد برهن أن (٦٤%) منهم لديهم انحرافات في صور التخطيط الكهربائي (EEG). في حين يعتقد باحثون آخرون وجود خلل فسيولوجي يتضمن اضطراباً في عملية الأيض أو البناء الحيوي (Metabolism) كمسبب عضوي أساسي لحدوث التوحد الطفلي.

٣- الأسباب الولادية:

من العوامل الولادية التي تسهم في الإصابة بالتوحد:

أ-الالتهابات الفيروسية:

من الالتهابات الفيروسية التي تسبب التوحد عند الأطفال:

- الحصبة الألمانية: وهو التهاب يصيب الجنين داخل الرحم.
- تضخم الخلايا الفيروسي: وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.
- التهاب الدماغ الفيروسي: وهو التهاب دماغي فيروسي يتلف مناطق الدماغ المسؤولة عن الذاكرة.

ب- اضطرابات عملية الأيض: Metabolic

ومن هذه الاضطرابات:

أ- حالات شذوذ أيض البيورين: وهو خلل في الأنزيمات، يؤدي إلى إعاقة في النمو مصحوبة بمظاهر سلوكية توحدية.

ب- حالات شذوذ أيض الكربوهيدرات: وهو خلل في قدرة الجسم على تمثيل العناصر النشوية الموجودة في الطعام وامتصاصها.

ج- نظرية الحامض الأميني بيبتايد (Peptide): وحسب هذه النظرية، يكون التوحد نتيجة وجود الحامض الأميني بيبتايد خارجي المنشأ (من الغذاء) الذي يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي، مما يؤدي إلى اضطراب العمليات داخله. فالطفل التوحدي نتيجة وجود مشاكل في جهازه العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ، ومن ثم تأثيرها على الدماغ وحدوث أعراض التوحد.

٤- الأسباب الكيميائية الحيوية:

من أبرز الأسباب الكيميائية الحيوية في التوحد:

أ- فقد وجد العلماء في بعض المناطق التي تتحكم فيها العواطف والانفعالات نسبة من السيروتونين (Serotonin)، والدوبامين (Dopamine)، والنورابينيفرين (Nor-Epinephrine).

ب- كما وجد العلماء أن نسبة السيروتونين (Serotonin) ترتفع عند أطفال التوحد بنسبة تصل إلى (١٠٠%) ولكن العلاقة بينهما غير واضحة.

ج- يزيد تواجد الدوبامين (Dopamine) في المناطق التي تتحكم في الحركة الجسمية، حيث تبين أن استخدام العلاج لتخفيض نسبتها يؤدي إلى تحسن الحركة لدى الأطفال الذين لديهم حركات متكررة (Stereotypic movement).

د- وجد أن النورابينيفرين (Nor-Epinephrine) يتركز في المناطق التي تتحكم في التنفس، والذاكرة، والانتباه، وتلعب دوراً مهماً في حدوث التوحد (Grandin, 1995؛ في البطاينة والجراح، ٢٠٠٧).

٥- التطعيم الثلاثي (MMR):

ناقش عدد من العلماء من جميع أنحاء العالم في مؤتمرين طبيين في لندن في مستشفى (Royal Free)، أثر الفيروسات التي تتلف الجهاز المناعي، حيث أظهروا وجود احتمال علاقة بين تطعيم MMR (الحصبة والحصبة الألمانية والنكاف) وبين الإصابة بالتوحد. كما أوضح الدكتور فيجنندرا سنج (من جامعة ولاية أتاها) في المؤتمر الدولي العام عن التطعيم في فرجينيا والذي عقد في شهر سبتمبر عام (٢٠٠٠)، أن جرعات التطعيم (MMR) تسبب ردة فعل مناعية تؤدي إلى تلف البروتين في المخ، وبالتالي تسبب التوحد نتيجة عدم استطاعة الجسم مقاومتها بطريقة مناسبة (عليوات، ٢٠٠٧).

كما افترض بعض الباحثين أيضاً أن تحصينات الحصبة والحصبة الألمانية والنكاف (MMR) مسؤولة عن المشاكل المعوية المعوية التي تخفف بالمقابل من عملية امتصاص العناصر الغذائية الأساسية والفيتامينات مسببة اضطراباً نمائياً مثل التوحد.

كما تشير دراسات عديدة في أمريكا والسويد، أن ازدياد حالات التوحد يعود إلى التأثيرات التراكمية لزيق اللقاحات. ويقول الباحثون في بريطانيا وأمريكا أن ازدياد عدد حالات التوحد يتزامن مع تزايد عدد اللقاحات التي تعطى للأطفال الصغار، حيث يحتوي عدد من هذه اللقاحات على مادة حافظة تدعى (ثيومرسال) يشكل الزئبق نسبة (٤٩٦%) من تركيبها، مع العلم أن للزئبق آثاراً سمية على الأعصاب، وخاصة عند الأطفال الذين لا تزال أدمغتهم في طور النمو (عليوات، ٢٠٠٧: ١٨٦).

٦ - الأسباب البيئية:

تؤكد وجهة نظر كل من كانر وآيزنبرج (Karner&Eisenberg,1956; Eisenberg,1975)، أن الحرمان العاطفي يعد من العوامل الأساسية المسببة لاضطراب التوحد الطفلي، فالتوحيديون ينتمون إلى أسر تتميز بالبرود العاطفي، في حين تتدنّى لديهم مشاعر الدفء الاجتماعي، والعزلة التي تظهر عند الأطفال التوحيدين، تؤكد وجود علاقة مضطربة بين الطفل ووالديه، بسبب الاتجاهات السلبية التي يتخذها الوالدان نحوه.

كما يرى كل من دي مير، وجاكسون (١٩٨١) أن التوحد الطفلي يحدث نتيجة عدم توفر الاستثارة من جانب الأم، وإخفاقها في إشباع الحاجات الأساسية للطفل، ومحاولة إجبار الطفل على كبت غرائزه، والحرمان من الاستثارة الحسية خلال أهم مراحل نموه، وحرمان الطفل من مداعبة الأم له، وحمله أو لمس جسده... الخ (ريزو، وزايل، ١٩٩٩: ٣٩٦).

٧ - التفاعل بين الأسباب البيئية والعضوية:

يفترض أصحاب هذا الاتجاه أن الاستعدادات العضوية لدى الطفل تهيئ الظروف لتأثير عدم كفاءة الرعاية الوالدية، مما يؤدي في النهاية إلى حدوث التوحد الطفلي. فالأطفال الذين لديهم استعداد داخلي للاضطراب، لكنهم يعيشون في ظل ظروف رعاية والدية متميزة، قد لا تظهر عليهم أعراض ذلك الاضطراب بالفعل. أما أولئك الأطفال الذين يعانون من خلل عضوي بسيط، ولكنهم لا يجدون الرعاية الوالدية المناسبة، أو يتعرضون لرعاية والدية مضطربة، فإنهم يصبحون أكثر عرضة لظهور أعراض التوحد الطفلي. وهكذا فالعوامل العضوية تضع الاستعداد لدى الطفل للاضطراب، ولكنه لا يحدث إلا إذا تعرض لخبرات بيئية صادمة، أو رعاية والدية مضطربة (ريزو، و زابل، ١٩٩٩، ٣٩٩).

تشخيص التوحد : Diagnostic of Autism

كيف تتم عملية تشخيص التوحد؟ لا يوجد اتفاق واضح بين الباحثين في تشخيص اضطراب التوحد، فبعضهم يرى أن الأطفال الذين يعانون من قصور حاد في جميع مهارات التفاعل الاجتماعي والتواصل والمهارات اللغوية وغير اللغوية يطلق عليهم التوحديون. في حين يرى آخرون أن اضطراب التوحد يمكن تشخيصه بالنسبة للأطفال الذين يعانون من قصور في بعض مهارات اللغة والأداء الاجتماعي (الكندري، ٢٠٠٩).

وفي السنوات الأخيرة حصل تطور ملموس في أدوات التشخيص والتقييم لحالات التوحد تستطيع تغطية الجوانب المختلفة للاضطراب الطبية والنفسية والسلوكية

والتربوية، حيث يتم تشخيص التوحد في الوقت الحاضر من خلال الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل من قبل اختصاصي معتمد، وعادة ما يكون اختصاصياً في طب الأطفال أو طبيباً نفسياً أو طبيب أطفال أو اختصاصي تربية خاصة أو اختصاصي أعصاب قبل عمر ثلاث سنوات، حيث يتم عمل تخطيط للمخ وأشعة مقطعية ورنين مغناطيسي، وذلك لاستبعاد وجود أي مرض عضوي من الأطباء المختصين. أما تاريخ نمو الطفل فتتم دراسته بعناية عن طريق جمع معلومات دقيقة من الوالدين والأشخاص المقربين الآخرين الذين لهم علاقة مباشرة بحياة الطفل (عليوات، ٢٠٠٧).

محددات ومعايير تشخيص التوحد:

أصدرت بعض المنظمات والهيئات والجمعيات عدداً من المعايير التشخيصية للتوحد لعل من أشهرها وأفضلها :

أولاً- معايير تشخيص التوحد التي وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية: (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, DSM IV)، والتي جاءت على النحو التالي:

تتضمن معايير التشخيص ظهور ستة أعراض (نقاط) على الأقل من المجموعات الأولى والثانية والثالثة شرط أن يكون فيها اثنان (نقطتان) على الأقل من أعراض المجموعة الأولى بالإضافة إلى عرض واحد على الأقل من كلتا المجموعتين الثانية والثالثة.

المجموعة الأولى:

١- قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي في اثنين أو أكثر من الأعراض التالية:

- خلل واضح في استخدام عدد من السلوكيات غير اللفظية مثل التواصل البصري، وتعابير الوجه، وحركات الجسم، والإيماءات، والهيئة الجسدية.
- الفشل في تكوين علاقات صداقة مع الزملاء بما يتناسب ومستوى التطور الذي يتناسب معه.
- قصور في التلقائية ومشاركة الآخرين في اهتماماتهم ورغباتهم.
- قصور في التفاعلات الاجتماعية والعاطفية مع الآخرين.
- ٢- قصور نوعي في التواصل في اثنين أو أكثر من العناصر التالية:
 - تأخر في تطور اللغة الشفهية أو فقدانه كلياً، مع عدم القدرة على التواصل بالإيماءات أو الإشارات بدلاً من ذلك.
 - عجز في القدرة على المبادرة في التحدث مع الآخرين أو الاستمرار في تبادل الحديث معهم.
 - استخدام نمطي ومتكرر للغة واستخدامها بطريقة بلهاء.
 - محدودية القدرة على اللعب التلقائي أو اللعب الاجتماعي التمثيلي والمتنوع الذي يتناسب مع العمر.
- ٣- سلوكيات نمطية متكررة وقصور في النشاطات والاهتمامات تكون في اثنين أو أكثر من الأعراض التالية:
 - انشغال متواصل واهتمام بنمط واحد من الأشياء التي يهتم بها لفترة طويلة، مع التركيز أثناء انشغاله بذلك.

- تعلق غير طبيعي ببعض العادات أو الحركات مثل ثني اليدين أو التصفيق بهما، أو حركات جسمية معقدة اعتاد على القيام بها.
- انشغال مبالغ فيه بأجزاء الأشياء مثل تكرار لمس الأشياء، أو الاهتمام بأجزاء من اللعبة.

المجموعة الثانية:

- تأخر أو أداء غير طبيعي في أحد الأعراض التالية:
- قصور في التفاعل الاجتماعي.
- قصور في استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي.
- قصور في اللعب الرمزي أو التخيلي.

المجموعة الثالثة:

- ١- اقتصار أنشطة الطفل على عدد محدود من السلوكيات النمطية المتكررة كما تظهر في واحد على الأقل من الأعراض التالية:
- اندماج كلي في واحد أو أكثر من الأنشطة أو الاهتمامات النمطية غير الطبيعية من حيث طبيعتها أو شدتها.
- نقص في المرونة عند القيام بسلوكيات وأنشطة روتينية أو حركات لا طائل منها.
- تكرار حركات نمطية بدون هدف مثل طقطة الأصابع أو ثني الجذع إلى الأمام والخلف أو تحريك الذراعين أو القفز .
- انشغال بأجزاء أو أدوات واللعب بها لمدة طويلة.

٢- ظهور تأخر وظيفي واضح يكون قد بدأ قبل العام الثالث من عمر الطفل في واحد مما يلي:

- استخدام اللغة في الاتصال والتواصل.

- التفاعل الاجتماعي.

- اللعب الرمزي أو الإيهامي التخيلي (لعب أدوار الكبار).

٣- غياب أعراض متلازمة ريت (Rett):

ثانياً- ومن الأدوات الأخرى المستخدمة لمعرفة جوانب الاضطراب بشكل عام هي

ICD (1992) كما ذكرها القمش والمعاينة (٢٠٠٧ : ٣٠١):

أ- وجود قصور أو عجز في نمو واحدة أو أكثر مما يلي وذلك قبل ثلاث سنوات من العمر:

• اللغة التعبيرية المستخدمة في التواصل.

• نمو التفاعل الاجتماعي أو التفاعل المشترك.

• اللعب الرمزي أو الوظيفي.

ب- القصور في التفاعل الاجتماعي المشترك:

• عدم القدرة على متابعة النظر لأعين الآخرين، والتعبير بالوجه، والتعبير بالجسم، والإشارة، وتنظيم التفاعل الاجتماعي.

عدم القدرة على تطوير علاقات تتضمن المشاركة في الاهتمامات والأنشطة والمشاعر.

- قصور في البحث عن أشخاص آخرين يتجه إليهم للراحة أو الود أو في أوقات الضغط العصبي، أو تقديم الراحة لهم عندما يظهر عليهم القلق أو الحزن.
- نقص في المتعة والسعادة المشتركة بينهم وبين الآخرين.
- قصور في المشاركة الاجتماعية والعاطفية، وعجز في الاستجابة لعواطف الآخرين.

ج- القصور في التواصل:

- تأخر ونقص كامل في اللغة المنطوقة.
- عدم الاستطاعة في بدء حوار مع شخص آخر أو تكملته.
- عدم ملائمة الصوت في درجة الصوت والنبرة.

د- الأنشطة والاهتمامات:

- الانشغال بأنواع محدودة من الاهتمامات.
- التعلق والارتباط بأشياء غير عادية.
- الالتصاق بأشياء غريبة في الأصل.
- سلوك نمطي متكرر وآلي.
- الانشغال بأجزاء من الأشياء.
- الاهتمام بتفاصيل صغيرة غير مهمة في البيئة المحيطة.

ثامناً - تصنيف المؤلف (الزعبي، 2012):

بعد هذا العرض الموجز الذي يحدد أبرز الأعراض والصفات التي يعاني منها الأطفال التوحيديون والتي تم التوصل إليها من قبل عدد من الكتاب والباحثين من

خلال أدوات التشخيص المختلفة، فإنه يمكننا التوصل إلى عدد من الصفات التي تميز الطفل الذي يعاني من التوحد لابد أن يتوافر منها عشرة على الأقل لتشخيص الطفل بأنه توحيدي وهي:

- ١ . لا يحب أن يحتضن.
- ٢ . يظهر وكأنه لا يسمع.
- ٣ . لا يهتم بمن حوله.
- ٤ . لا يظهر الألم وقت الإصابة.
- ٥ . يرتبط بالأشياء ارتباطاً غير طبيعي.
- ٦ . لا يحب اللعب بالكرة، في حين نجد لديه مهارة عالية في ترتيب المكعبات أو غيرها من المهارات.
- ٧ . يقاوم الطرائق التقليدية في التعلم (يركب الدراجة بالعكس).
- ٨ . يحب الانعزال عن الغريب والمعارف.
- ٩ . ينضم إلى الآخرين تحت الإلحاح فقط.
- ١٠ - عنده ضعف في القدرة العقلية.
- ١١ . قد تكون لديه قدرات معينة (مثل الرسم، السباحة، العزف...).
- ١٢ . يكتسب بعض الكلمات وسرعان ما ينساها.
- ١٣ . لا يحب التجديد، كما يحب الأشياء أن تبقى في مكانها.
- ١٤ . لا ينظر في عيون الآخرين أثناء الحديث معهم.
- ١٥ . يستعمل الأشياء من دون أن يدرك وظيفتها.

- ١٦ . يفكر ويتكلم باستمرار عن شيء واحد فقط.
 - ١٧ . يضحك أو يقهقه بدون سبب.
 - ١٨ . يظهر تفاعلاً من جانب واحد.
 - ١٩ . لا يدرك الأخطار العامة.
 - ٢٠ . يردد الكلام دون فهم معناه (كالبيغاء).
- فإذا انطبقت على الطفل عشر عبارات وأكثر مما سبق يمكن القول إنه طفل توحدي.

علاج التوحد:

يمكن أن يتم العلاج النفسي الحديث للطفل التوحدي على مرحلتين هما:

المرحلة الأولى: تزويد الطفل التوحدي بالدعم والتشجيع إلى حد كبير، والعمل على تجنب الإحباط مع الفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج.

المرحلة الثانية: تطوير مهارات اجتماعية لدى الطفل التوحدي، تتضمن تأجيل الإشباع والإرضاء، في إطار بيئة صحية انفعالياً.

ومن أهم الخدمات العلاجية والنفسية والتربوية للطفل التوحدي ما يلي:

أولاً- التدخل المبكر: Early Intervention

يشير التدخل المبكر إلى مجموعة من الإجراءات المنظمةة التي تهدف إلى تشجيع أقصى مستوى ممكن من نمو أطفال التوحد في جوانب الشخصية المختلفة (الجسمية والعقلية واللغوية والانفعالية والاجتماعية) في عمر ما قبل السادسة.

وبناء على ذلك فإن التدخل المبكر مع أطفال التوحد مهم جداً في سن مبكرة، حيث يتم وضع خطة فردية مناسبة لهم تتناسب وقدراتهم واستعداداتهم. فقد تبين خلال

العقدين الماضيين أن التدخل المبكر مع أطفال التوحد دون السادسة من العمر قد أدى إلى نتائج إيجابية. ولذلك يتطلب التدخل المبكر مع هؤلاء الأطفال تصميم برامج تربوية فردية، وتقديم خدمات طبية وتربوية وعلاجية طبيعية ووظيفية وعلاج للنطق. وقد وجدت برامج عديدة لهذا الغرض منها التحليل السلوكي التطبيقي، وبرامج (TEACCH) التي تعتمد على تنظيم البيئة واستعمال الجداول، وبرامج (بكس) التي تقوم على أساس تبادل الصور (العبادي، ٢٠٠٥).

ومن العوامل المشتركة بين هذه البرامج، التركيز على جوانب الضعف والقوة لدى الطفل التوحدي وتعزيز اهتماماته، والاستخدام الواسع للمثيرات البصرية أثناء عملية التعليم، والجداول عالية التنظيم للأنشطة، وتدريب آباء أطفال التوحد والمهنيين العاملين معهم، مثلاً لو كان الطفل ضعيفاً من الناحية اللغوية، نبدأ بجلسات التخاطب، ولو كان لديه نقص في القدرات الإدراكية، لابد من تدريبه على التركيز ووضع تمارين تقوي هذا الجانب، ولو كان عنده ضعف في التآزر البصري والحركي، نضع تمارين تقوي ذلك.

كما توجد أنشطة متنوعة وتمارين تساعد في تقوية المهارات الإدراكية، مثل مهارة تآزر العين مع اليد، ومهارة الإدراك الحسي والسمعي والبصري، ومهارة استخدام العضلات الكبيرة والصغيرة، والمهارة اللغوية، ومهارة الاعتماد على النفس.

ومما يشكل الأساس في التدخل المبكر لعلاج أطفال التوحد وتعديل سلوكياتهم، ما تقوم به الأسرة من رعاية وعطف وحنان للطفل التوحدي، إذ إنها تقضي ساعات طويلة مع أبنائها، وتستطيع تهيئة البيئة المناسبة لهم.

ومما يؤكد دور الأسرة وأهميته، تخلي أغلب المؤسسات التعليمية الناجحة في أوروبا عن إبقاء أطفال التوحد في سكن داخلي يبعدهم عن أهلهم، واستعاضت عن ذلك بالبرامج النهارية، ليعود الطفل إلى منزله في نهاية اليوم الدراسي.

ولذلك لابد للأسرة من إشغال الطفل التوحيدي وعدم تركه في فراغ لوحده أو جالساً أمام التلفاز لساعات طويلة، بل لابد من تنظيم وقته والاستفادة منه في التعليم وتطبيق برنامج منزلي هادف. ففي الصباح مثلاً من الممكن تدريبه على تغيير لباس النوم (البيجاما)، وعند تناول وجبة الإفطار ندرجه على مسك المعلقة بيده، ثم نسمح له بمشاهدة التلفاز لمدة ساعة. وفي أثناء وجبة الغداء ندرجه على كيفية تناول الطعام لوحده، وعلى بعض التدريبات الأخرى مع تقديم التعزيزات المناسبة له.

ونظراً لأهمية دور الأسرة في تدريب الطفل التوحيدي، فقد أعدت السعد (٢٠٠٠) برنامجاً تربوياً وتعليمياً لتحديد حاجات الأطفال المصابين بالتوحد، وكان ترتيب أولويات الحاجات التدريبية والتعليمية من وجهة نظر الآباء كما يلي:

- تنمية التحكم في العضلات الكبيرة والدقيقة والمهارات الحركية.
- التدريب على تناول الطعام بصورة مناسبة.
- التدريب على السلوك المناسب في المواقف المتعددة.
- السعي نحو تعديل بعض أنواع السلوك غير المرغوب فيها مثل الضرب والقفز والبصق.
- التدريب على استخدام وسيلة تواصل مناسبة للطفل مع الآخرين لفظية أو غير لفظية.

- التدريب على كتابة الكلمات البسيطة (مهارة معرفية).
 - تطوير مهارات الاعتماد على النفس.
 - التدريب على استخدام المرحاض في قضاء حاجته.
 - توفير نشاطات ترفيهية ممتعة للطفل والمشاركة في نشاطات اجتماعية مع الآخرين.
 - تطوير مهارات مهنية تخدم الطفل مستقبلاً في حياته الاجتماعية.
 - تطوير الطفل على الجلوس لأطول فترة ممكنة.
 - التدريب على الاستجابة للمثيرات السمعية والبصرية.
 - تنمية القدرة على الاختيار بين البدائل، ومنحه حرية أكبر في المجتمع.
- ثانياً- الخدمات العلاجية الطبية والدوائية:**

لا يوجد هناك دواء معين لعلاج التوحد، ولكن بعض الأدوية قد تساعد من يعاني من هذا الاضطراب، وهذه الأدوية تحتاج إلى متابعة خاصة من أجل معرفة فاعليتها، ومقدار الجرعة المناسبة، لأن نتائج ذلك تختلف من طفل إلى آخر. كما يجب استخدام الأدوية مع الطرق العلاجية الأخرى. وهذا يعني أن التدخل العلاجي للطفل التوحد يعتمد على خصوصية كل حالة، ومن الأساليب المستخدمة حالياً ما يلي:

- التحليل الوظيفي للسلوك.
- المعالجة الحسية التطورية.
- التدخل العلاجي بالأدوية النفسية.
- التدخل العلاجي البيولوجي بالأدوية غير النفسية.

ومن الجدير ذكره فإنه بالرغم من أن أغلب النظريات المفسرة للتوحد تتجه إلى اعتبار التوحد اضطراباً بيولوجياً، فإنه لم يتم التوصل حتى الآن إلى علاج طبي دوائي يمكن أن يعالج المصابين بالتوحد، أو يغني عن التدخل التربوي- التعليمي الذي يُعدُّ من الأساليب الجيدة في الوقت الحاضر.

أما دور الطبيب النفسي، فإنه يشارك في التشخيص التفريقي، ويقدم بعض العلاجات في حالات التوتر الشديد، والحركات المفزعة، والانفعالات الشديدة التي قد تظهر عند الطفل التوحد. أما الدواء الذي يمكن أن يصفه الطبيب النفسي، فإنه لا يؤثر بحد ذاته على المرض، وإنما يؤثر على الأعراض، كما يسهم في التخفيف من السلوكيات المصاحبة للتوحد مثل السلوك العدواني، والنشاط الزائد، وصعوبة النوم، وارتفاع معدلات القلق، وذلك في إطار خطة علاجية متكاملة. كما تستخدم في هذه المرحلة طريقة العلاج البيئي، والتي يتم من خلالها تقديم برامج للطفل التوحد، تعتمد على الجانب الاجتماعي، كما تعتمد على التشجيع، والتعلم على إقامة علاقات اجتماعية بناءة.

أما مصير هؤلاء الأطفال التوحديين، ومدى استفادتهم من العلاج النفسي والبيئي والاجتماعي، فإنه يعتمد على عاملين هما:

أ. هل اكتسب الطفل التوحد اللغة قبل ٦ سنوات؟

ب. هل يتمتع بذكاء أقل من (٧٠) درجة؟

من أهم الخدمات العلاجية الطبية والصحية لأطفال التوحد مايلي:

١ - الحمية الغذائية:

يذكر بول شاتوك (Paul Sattock) من جامعة سنترلاند في بريطانيا، أن أساس اضطراب التوحد هو اضطراب في عملية الأيض، حيث ينجم التوحد عن تأثير الببتايد (Petide) والتي تنجم من عدم اكتمال انحلال بعض الأطعمة وخاصة الجلوتين (Gluten) من الدقيق (القمح) ومن بعض الحبوب الأخرى، والكازين من الحليب أو منتجات الألبان، إذ تسبب هذه العملية زيادة نشاط التوصيل العصبي، وقد يحدث هذا النشاط اضطراباً في أنظمة الجهاز العصبي المركزي، مما يؤدي إلى اضطراب في الجوانب المعرفية والانفعالية ونظام المناعة والقناة الهضمية (شيلي، ٢٠٠١؛ في البطاينة والجراح، ٢٠٠٧).

ومن أكثر الأغذية والمشروبات المثيرة للحساسية لأكثر من (٦٠%) من المصابين بالتوحد ما يلي:

- منتجات الحليب الحيواني بأنواعه المختلفة.
- منتجات القمح والجاودار والشعير والشوفان.
- الشاي والقهوة.
- سكر القصب وسكر الشمندر.
- المواد الحافظة والملونة للأطعمة.
- الفول السوداني والحمضيات والكحول والخميرة.

وبناء على ذلك لابد من وضع برنامج غذائي خاص بأطفال التوحد خال من الجلوتين والكازين بعد إجراء فحوص مخبرية للبول لمعرفة مستوى الببتايد المخدرة،

حيث تساعد الحمية الغذائية المناسبة أطفال التوحد في تحسين بعض المظاهر السلوكية لديهم، مما يجعلهم أكثر قابلية للتعلم والتدريب.

تأثير الحمية على الطفل التوحد:

يذكر جيمس وآخرون (James;et al., 2004) أن الحمية الغذائية للطفل التوحد تؤدي إلى عدد من التغيرات الإيجابية منها:

- ❖ ازدياد معدلات التركيز والانتباه.
- ❖ يصبح الطفل أكثر هدوءاً واستقراراً.
- ❖ انخفاض ملحوظ في الاعتداء على الذات وعلى الآخرين.
- ❖ تحسن في نظام النوم.
- ❖ تحسن في أساليب التواصل والاتصال مع الآخرين (شفهياً أو جسدياً).
- ❖ تحسن ملحوظ في التأزر الحركي والبصري.
- ❖ تحسن واضح في عادات الطعام، من حيث تناول أصناف مختلفة من الطعام لم يكن يتناولها الطفل من قبل.

٢- العلاج بالفيتامينات: Mega Vitamins

من خلال التجارب التي أجراها الباحث (Rimland) عام ١٩٨٧ في معهد أبحاث التوحد في جامعة كاليفورنيا، تبين أن أجسام أطفال التوحد تحتاج إلى جرعات غذائية لا تتوفر في الأغذية العادية، وهذه الجرعات الإضافية تتكون من فيتامين (B) حيث تتراوح الجرعة اليومية بين (٣٠-٣٠٠ ملغ) وخاصة فيتامين (B6) بالإضافة إلى جرعات يومية من المغنيزيوم تتراوح بين (٣٥٠ - ٥٠٠)، حيث تبين

أن (٣٠-٥٠%) من هؤلاء الأطفال يتحسن سلوكهم في التواصل البصري، وعادات النوم، والانتباه، والتحدث، واستخدام الكلمات (Witwer&Lecavalier,2005). من جانب آخر فإن فيتامين C(سي) يفيد في وقاية الأطفال التوحديين وعلاجهم، حيث يعدُّ أكثر المواد أماناً ويفيد المخ ويعزز الإدراك ويقوي جهاز المناعة في الجسم. أما مقدار الجرعة من فيتامين (سي) فقد أوضحت الدراسات أنه بالنسبة للأشخاص الأصحاء فإن (١٠-١٥ جرام) يومياً يمكن أن يتحملة الإنسان بسهولة، ويمكن زيادة الجرعة إلى (٣٠) جرام يومياً.

ثالثاً- العلاج السمعي: Auditory therapy

يتميز أطفال التوحد بحساسيتهم للأصوات، ولذلك يمكن إسماع الطفل موسيقى إلكترونية معينة عن طريق سماعات الرأس لمدة (٣٠) دقيقة مرتين في اليوم لمدة عشرة أيام، لأن ذلك من شأنه تحسين قدرة الطفل على الاستماع والتركيز ولو جزئياً.

رابعاً- العلاج الطبيعي:

العلاج الطبيعي هو عبارة عن مجموعة برامج علاجية تدعم وتنمي قدرات الشخص الذي يعاني من الإصابة أو الخلل الوظيفي، وذلك لتمكينه في النهاية من الاعتماد على ذاته في تلبية احتياجاته الحياتية، والبدء في تأدية دور يتناسب مع قدراته وإمكانياته المتبقية، وذلك عن طريق وضع الخطط العلاجية الخاصة التي تسعى لتحسين وظائف العظام والعضلات وتنميتها، وتحسين حركة المفاصل والتأزر الحركي والتدريب على استخدام الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية إذا ما اقتضت الحاجة لذلك (عليوات، ٢٠٠٧).

من خلال ما تقدم نجد أن العلاج الطبيعي يعتمد على التمرينات والتدريبات العضلية والحركية، وتمارين التوازن، وأساليب التدليك اليدوي والكهربائي، والعلاج بالماء، والعلاج بالأجهزة المعتمدة على التيار الكهربائي الضعيف.

ولذلك فالعلاج الطبيعي للأطفال التوحديين يساعد في تنمية الجوانب التالية:

- ١- القدرات العضلية.
 - ٢- القدرات الحركية.
 - ٣- التوازن الحركي.
 - ٤- إعادة تأهيل المهارات الحركية الأساسية.
 - ٥- تنمية القدرات الحركية الكبيرة مثل: المشي والركض، والقدرات الحركية الدقيقة مثل استخدام الأيدي والأصابع.
 - ٦- معالجة بعض المشاكل الصحية.
- ولذلك يمكن الاعتماد على بعض الأجهزة والتمرينات في العلاج الطبيعي للأطفال التوحديين منها:
- أجهزة تستخدم التيار الكهربائي الضعيف.
 - أجهزة تعتمد على درجة الحرارة.
 - العلاج بالمغطس المائي.
 - التمارين الرياضية حسب كل حالة.
 - المساج والتدليك اليدوي وذلك بالاستعانة ببعض أجهزة التدليك الحديثة.

ومن أجل ضمان نجاح العلاج الطبيعي وتحقيق أكبر فائدة مرجوة منه، لابد من المثابرة في أداء التمرينات والبرامج العلاجية اللازمة وفي أوقاته المحددة. ومن أجل ذلك لابد من إشراك الأسرة في خطة العلاج الطبيعي للطفل التوحيدي، حتى تتم متابعته من قبل أفراد الأسرة، وتقيم التمرينات العلاجية في المنزل.

خامساً- الاحتياجات الإرشادية والتربوية والنفسية للطفل التوحيدي:

يحتاج أطفال التوحد إلى الإثارة والتحفيز والتشويق بصورة خاصة لأن قلة هذه الحوافز والإثارات تسبب لهم الإحباط. ومن الأمور التربوية التي يجب الانتباه إليها ما يلي:

- أن نقدم للطفل أي شيء يرغبه مثل الطعام.
- عدم المبالغة في تقديم المكافآت في بداية التعلم، وأن يكون التعزيز بالتدريج.
- عدم معاقبة الطفل إذا فشل في عمل ما، وإنما سيعاقب نفسه بنفسه عندما يكتشف من يقوم بتدريبه أمره.
- ضرورة المحافظة على استمرارية وجود الطفل في المدرسة، والعمل على تدعيم اتجاهاته الإيجابية نحو المدرسة والمعلمين والإداريين.
- تنسيق الجهود بين المدرسة والمنزل والمتخصصين للمحافظة على مستوى التقدم الذي وصل إليه الطفل قدر الإمكان.
- إجراء بعض التعديلات على بعض مفردات المنهاج في بعض المواد بشكل يسمح للطفل التوحيدي فهمها استناداً إلى قدراته.

- تعيين لجنة خاصة للأطفال التوحديين لإعداد الامتحانات والإشراف عليها، حتى يتم تقييم قدراتهم بشكل فعلي وما تم اكتسابه من معلومات ومهارات.
- حث الإداريين والمسؤولين عند رسم السياسة التعليمية، أن يأخذوا بعين الاعتبار طبيعة المشكلات السلوكية والتربوية والخصائص والسمات الشخصية التي تميز أطفال التوحد بعين الاعتبار عند قبولهم في المدارس العادية.
- إتاحة الفرصة للأطفال الاختلاط مع الأطفال الآخرين دون أن يمثل هذا الاختلاط ضغطاً عليهم (الشيخ؛ والعاسمي، ٢٠١١).
- وضع سماعات على أذني الطفل أثناء اللعب على الكمبيوتر، من أجل الاستماع لما يصدر عن الألعاب من أصوات وكلمات تساعد على التدريب على تركيز الانتباه لما يصدر من أصوات أو كلمات. وهذا ما يساعد على تدريب الطفل على تعلم الكلام، ويحسن من مستوى تفكيره.
- كما يمكن استخدام العلاج باللعب، حيث يشعر الطفل التوحيدي بوجوده كإنسان يشارك فيه ويستمتع بالتعامل مع من حوله. كما يساعد اللعب الطفل التوحيدي في التعبير عن نفسه وإبداء رأيه في الأشياء التي يتعامل معها، والإحساس بالفرح والحزن من خلال اللعب بالألعاب والتحدث إليها بمساعدة المعالج الوظيفي أو من يقوم مقامه. كما يمكن عن طريق اللعب تنمية قدرة الطفل التوحيدي على التخيل وتعلم الأشياء (العبادي، ٢٠٠٦).
- كما تتم الرعاية النفسية للأطفال التوحديين، من خلال وضع الطفل في جو من

الرعاية والحب الذي يوفر له فرصة الإقبال على العالم الذي يعيش فيه، وإبعاده عن الطقوس التي يقوم بها وعن سلوكه العدوانية.

كما يمكن استخدام العلاج السلوكي من خلال التحكم في العوامل المثيرة للسلوك، إذ إن كل سلوك هو عبارة عن استجابة لمثير ما. وحسب العلاج السلوكي يتم مكافأة الطفل التوحدي على السلوك الصحيح أو إبعاده عن السلوك الخاطئ.







الفصل السابع

المشكلات الدراسية عند الأطفال والمراهقين

أولاً-التأخر الدراسي Underachievement

مفهوم التأخر الدراسي:

يعدّ التأخر الدراسي من المشاكل كثيرة الانتشار في مدارسنا بمراحلها المختلفة، فهو ظاهرة تربوية عامة، فلا يكاد يخلو فصل دراسي من الفصول في أي مدرسة من هذه المشكلة، ولذلك لقيت اهتماماً عالمياً واسعاً في الأوساط العلمية منذ بداية القرن العشرين، والطلاب الذين يعانون من هذه المشكلة، تظهر عندهم مشكلات سلوكية واضطرابات نفسية مع ازدياد مشاعر الإحباط التي تلازم أفراد هذه الفئة، والتي تظهر في صورة سلوك عدواني ضد الزملاء أو المدرسين، والخروج عن النظام، وغير ذلك من سلوكيات خاطئة (شعلة، ٢٠٠٢).

والتأخر الدراسي مشكلة تربوية ونفسية واجتماعية يعاني منها التلاميذ والآباء والمعلمون في آن واحد، فهو يمثل هدراً في الطاقة البشرية، حيث نجد أن ما لا يقل عن ٢.٣ % من تلاميذ المدارس الابتدائية متأخرون دراسياً.

تعريف التأخر الدراسي:

عرّف التأخر الدراسي تعريفات عديدة تبعاً لتداخل العوامل المسببة له، فقد

عرّفه منصور (١٩٨١) من منظور التحصيل الدراسي بأنه "حالة نقص أو تأخر في التحصيل لأسباب عقلية أو جسمية أو اجتماعية أو انفعالية بحيث تنخفض نسبة التحصيل دون المستوى العادي". وبهذا المعنى يكون التأخر الدراسي تأخراً في التحصيل عن متوسط الأقران في الصف نتيجة أسباب اجتماعية أو نفسية أو اقتصادية أو ثقافية.

كما عرّف الدمنهوري (١٩٩٥) وزهران (١٩٩٧) والقريطي (١٩٩٨) التأخر الدراسي بأنه "انخفاض نسبة التحصيل دون المستوى العادي المتوسط في حدود انحرافين معياريين سالبين" (عبد الحميد، ٢٠٠٢: ١٧١).

من هذا المنطلق يعرف (الزعيبي، ٢٠٠٨: ٢١٨) التأخر الدراسي بأنه "مشكلة دراسية تظهر على شكل تأخر في مستوى التحصيل عن المستوى المتوسط، بحيث يكون هذا المستوى عند التلميذ أقل من مستوى قدرته التحصيلية الحقيقية، والذي قد يكون في مادة دراسية أو أكثر، وقد يكون دائماً أو مؤقتاً، يعود في أسبابه إلى عوامل جسمية أو عقلية أو انفعالية أو اجتماعية أو تربوية".

أنواع التأخر الدراسي:

- ١- قد يكون التأخر الدراسي عاماً في المواد الدراسية جميعها، وهنا يرتبط التأخر في الغالب بنقص القدرات العقلية عند التلميذ، وتنخفض نسبة الذكاء عنده إلى حد يتراوح بين ٧٠% - ٨٥%.

- ٢- كما أن التأخر الدراسي قد يكون خاصاً في مادة أو مواد معينة (مثل الحساب، أو الإملاء...)، حيث يرتبط التأخر هنا بنقص في قدرة عقلية معينة.
- ٣- ويمكن أن يكون التأخر الدراسي **طويل الأمد** Long-term: عندما يقل مستوى تحصيل الطالب الدراسي عن مستوى قدرته خلال فترة زمنية طويلة.
- ٤- وهناك **تأخر دراسي موقعي** Situational: ويرتبط بمواقف معينة وخبرات سيئة مثل انتقال الطالب من المدرسة، أو وفاة شخص عزيز عليه.
- ٥- كما يمكن تقدير التأخر الدراسي على أساس **العمر التحصيلي والعمر الزمني** للطالب وذلك من خلال المعادلة التالية:

العمر التحصيلي

$$\text{النسبة التعليمية} = \frac{\text{العمر الزمني}}{100} \times 100$$

فعندما يكون العمر التحصيلي أقل من العمر الزمني، فهذا يعني أن هناك تأخراً دراسياً.

أسباب التأخر الدراسي:

تتعدد أسباب التأخر الدراسي وتفاوت في قوتها ومضاعفاتها بين فئات المتأخرين دراسياً، ويمكن تصنيف هذه الأسباب إلى ما يلي:

١- أسباب عقلية:

المتأخرين دراسياً بين النقص والضعف العقلي، وهذا ما أكدته دراسة برادة وزهران (١٩٧٤)، حيث وجد أن ٧٨ % من المتأخرين دراسياً ينتمون إلى مستويات الذكاء دون المتوسط. فانخفاض الذكاء يعد من العوامل المعجلة لظهور التأخر الدراسي عند التلاميذ، كما يرتبط بانخفاض نسبة الذكاء ضعف القدرة على التركيز، والشرود الذهني، والعجز عن التذكر، والربط بين الأشياء، ونقص القدرة اللغوية والعديد، وصعوبة التفكير المجرد، وضعف القدرة على حل المشكلات، ونقص الميل العلمي.

٢- الأسباب الجسمية:

توجد علاقة بين النمو الجسدي المضطرب وبين التأخر الدراسي، فقد بينت الدراسات أن معدل النمو لدى الأطفال المتأخرين دراسياً أقل في تقدمه بالنسبة إلى متوسط معدل نمو أقرانهم العاديين والمتفوقين (حسين، ١٩٨٦). كما أن الضعف العام وقلة الحيوية، وقلة النشاط الجسدي العام، تعد من الخصائص الجسمية والصحية العامة للمتأخرين دراسياً. وهذه الخصائص تعوق التلميذ عن الانتظام في دراسته، وتعرضه للإجهاد السريع، بالإضافة إلى معاناة المتأخر دراسياً من أمراض مختلفة منها: الأمراض الداخلية، والأمراض الصدرية، وأمراض القلب، وأمراض الغدد ٧% من أفراد عينة المتخلفين دراسياً يعانون من عيوب في السمع (ضعف في السمع)، وأن ٦% يعانون من عيوب في النطق والكلام أهمها اللثغة واللجلجة، والبطء الواضح في الكلام، وأمراض العيون إلى غير ذلك من أمراض.

فضلاً عن ذلك يلاحظ عند الأطفال المتأخرين دراسياً ضعف في حاسة أو أكثر، وكذلك عيوب في النطق والبطء في الكلام، وهذا ما أكدته دراسة برادة وزهران (١٩٧٤).

٣- الأسباب النفسية:

يعاني الأطفال المتأخرون دراسياً من الشعور بالقلق والخوف والشعور بالنقص والخجل والغيرة والميل إلى العدوان نحو زملائهم أو نحو مدرسيهم أو المدرسة بصورة عامة. كما يشعرون بضعف الثقة بالنفس. كما أنهم يعانون من الاستغراق في أحلام اليقظة، وشروء في الذهن، وعدم القدرة على التركيز لفترة طويلة.

٤- الأسباب الاجتماعية والاقتصادية منها:

أ- اضطراب العلاقات بين الطفل والديه أو بينه وبين إخوته يجعل الجو النفسي الذي يعيش فيه الطفل غير مناسب للدراسة والتحصيل. بالإضافة إلى ذلك فإن أساليب التنشئة الوالدية التي يتبعها الوالدان مع الطفل، وما يسودها من تسلط وقسوة ونبذ أو حماية زائدة وإسراف في التدليل، من شأنه أيضاً أن لا يهيئ المناخ المناسب للدراسة.

ب- كما أن اتجاهات الوالدين السلبية نحو الدراسة والمدرسة، وعدم اهتمامهم بالتعليم، من شأنه أن ينمي لدى التلميذ اتجاهات غير مرغوبة نحو المدرسة والدراسة.

ج- كما أن التفكك الأسري، وكثرة الشجار بين الوالدين وما يؤدي إليه من انفصال وطلاق، يؤدي إلى سوء التوافق النفسي والاجتماعي عند الطفل، وينعكس ذلك مباشرة على تحصيله الدراسي وهروبه من المدرسة.

د- كما أن عدم توفر الجو المناسب للمذاكرة في المنزل نتيجة كثرة عدد أفراد الأسرة، والخلافات العائلية، وحالات الطلاق والقسوة في التعامل مع الأبناء، كل ذلك ينتج عنه قلة تقدير مطالب التلميذ وانفعالاته، مما يؤدي إلى القلق والاضطراب ويؤثر في حياة التلميذ الدراسية.

هـ- كما أن انشغال الوالدين الزائد بالعمل وإهمال الطفل دون توجيه ورعاية، بالإضافة إلى فشل الوالدين في إعداد الطفل وتهيئته لدخول المدرسة عوامل أساسية في التأخر الدراسي، فقد أثبتت دراسة سلطان وآخرين (١٩٧٤) أن أسر المتفوقين دراسياً يقومون بمتابعة أولادهم في شؤون الدراسة والتعاون مع المدرسة في تدعيم العمل التعليمي بنسبة أكبر من أسر الأطفال المتأخرين دراسياً.

و- البيئة الدراسية (بما تضمه من مدرس ومادة دراسية وإدارة وزملاء داخل المدرسة) تشكل أحد العوامل البيئية التي تسهم في التأخر الدراسي إذا كان دورها سلبياً تجاه التلميذ في المدرسة.

٦- الأسباب الشخصية:

تظهر الأسباب الشخصية لدى المتأخرين دراسياً على شكل سوء استخدام الوقت وتنظيمه، وانخفاض الدافعية للتعلم، وعدم معرفة الطرائق الصحيحة في المذاكرة،

بالإضافة إلى تأجيل المذاكرة إلى نهاية العام الدراسي، وقلة الاهتمام بالواجبات الدراسية، والغياب المتكرر، وقلة الانتباه داخل الفصل، وتكوين مفهوم سلبي عن الذات، حيث يعتقد الطالب المتأخر دراسياً أنه عاجز عن فهم المواد الدراسية ومتابعتها.

طرق الوقاية والعلاج للتأخر الدراسي:

يمكن تقسيم الخدمات المقدمة للتلاميذ المتأخرين دراسياً إلى قسمين هما:

أولاً- الخدمات الوقائية:

تهدف الخدمات الوقائية إلى الحد من العوامل المسؤولة عن التأخر الدراسي ومن أهم هذه الخدمات :

• **خدمات صحية:** وتتمثل في العناية بالصحة الجسمية للأطفال منذ سن مبكرة مع المتابعة المستمرة لهم في سنوات الالتحاق بالمدرسة.

كما تتمثل هذه الخدمات بمساعدة التلاميذ ذوي الإعاقات البصرية والسمعية من خلال تزويدهم بالنظارات الطبية والسماعات المناسبة أو الرعاية الصحية المستمرة لهم في المراكز الصحية والمستشفيات.

• **خدمات تربوية:** وتتمثل في توجيه اهتمام المدرس بمراعاة الفروق الفردية بين التلاميذ أثناء التعليم، وتنويع طرائق التدريس، واستخدام الوسائل التعليمية المناسبة والمتنوعة لما لها من أهمية في تعليم المتأخرين، وذلك نتيجة مخاطبتها للحواس التي

من شأنها تسهيل عملية الفهم والاستيعاب.

• **خدمات توجيهية:** وتتمثل في تقديم التوجيه المناسب للطلاب إلى كيفية المذاكرة الصحيحة والسليمة ومساعدتهم على كيفية تنظيم أوقات الفراغ والاستفادة منها، وتنمية الوعي الصحي والاجتماعي لديهم وغرس القيم النبيلة في نفوسهم وذلك من خلال المناقشات الجماعية والدروس الصفية والبرامج الإذاعية في المدرسة (في الطابور الصباحي) ومن خلال النشرات والمطبوعات المنظمة.

• **خدمات إرشاد نفسي:** وتتمثل في مساعدة التلاميذ على التوافق مع البيئة المدرسية والأسرية، وتنمية الدافعية للدراسة، والاتجاهات الإيجابية نحو المدرسة والمعلمين، ومقاومة الشعور بالعجز والفشل، وتحفيز مستويات الطموح لديهم، ويتم ذلك من خلال الإرشاد الطلابي الفردي والجماعي حسب حالات التأخر الدراسي الموجودة في المدرسة.

• **خدمات التوجيه والإرشاد الأسري:** وتتمثل في توجيه الآباء بكيفية معاملة الأبناء وتوجيههم وتهيئة الظروف المناسبة لهم في المنزل للمذاكرة ومتابعة الأبناء في دراستهم والتواصل المستمر مع المدرسة.

• **تشجيع أولياء الأمور على إرسال أبنائهم إلى دور الحضانة ورياض الأطفال:** وذلك لتدريب حواسهم وعقولهم وتنمية قدراتهم العقلية والجسمية والاجتماعية لتلافي حدوث تأخر دراسي فيما بعد (Baier, 1980).

فالتربية في سن مبكرة تساعد على تنمية الخيال والإبداع وتطويرهما عند الطفل

عن الحرمان الاجتماعي والثقافي الذي يعانيه الكثير من الأطفال في منازلهم.

ثانياً: الخدمات العلاجية:

تهدف الخدمات العلاجية إلى إزالة العوامل المسؤولة عن التأخر الدراسي عند التلميذ وذلك من خلال:

١ - العلاج التعليمي:

في هذا النوع من العلاج يركز المرشد الطلابي على كل ما له صلة بالمادة الدراسية وبطريقة التدريس، وبعلاقة التلميذ مع المعلم، وضعف التلميذ وعدم استيعابه لأساسيات المادة الدراسية. وفي هذه الحالة يقوم المرشد الطلابي بمساعدة المتأخر دراسياً بتوجيهه إلى كيفية المذاكرة السليمة للمواد الدراسية، ومساعدته في وضع جدول عملي لتنظيم وقته وكيفية الاستفادة منه في المذاكرة والمراجعة.

كما أن التنوع في الأنشطة المدرسية يساعد الطفل على التركيز ويطيل أمدته، بالإضافة إلى أنه يقضي على الملل، ويحفز الطفل على النشاط، ويزيد من حبه للمدرسة ويجعل اتجاهاته نحوها إيجابية.

ولابد من الاهتمام باستخدام الوسائل التعليمية المناسبة والمتنوعة لما لها من أهمية في تعليم المتأخرين دراسياً، وذلك نتيجة مخاطبتها للحواس التي من شأنها أن تسهل عملية الفهم والاستيعاب، ومن الضروري أيضاً:

أ- إعداد مناهج وبرامج دراسية خاصة بالمتأخرين دراسياً تعتمد على النواحي الحسية وشبه الحسية، ولا تتطلب ذكاءً عالياً. ولذلك لا بد أن تكون الكتب المقررة ملونة وجاذبة للتلاميذ المتأخرين دراسياً من أجل إثارة فضولهم للاطلاع والمزيد من الدراسة.

ب- الإرشاد المدرسي: يقوم المرشد الطلابي بمساعدة المتأخرين دراسياً في التعرف إلى أنفسهم وتحديد مشكلاتهم، وكيفية الاستفادة مما لديهم من قدرات واستعدادات، وكذلك الاستفادة مما هو موجود في المدرسة من إمكانيات بما يحقق له التوافق النفسي والاجتماعي والدراسي.

٢- العلاج الاجتماعي: وفي هذا النوع من العلاج يتم التركيز من قبل المرشد الطلابي على المؤثرات البيئية التي أدت إلى التأخر الدراسي، ويقترح تعديلها أو تغييرها بما يحقق الهدف المنشود. ومن المقترحات العلاجية في هذا الجانب ما يلي:

أ- ضرورة الاهتمام بدراسة الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمتأخرين دراسياً والعمل على تعديلها أو تغييرها، مع تهيئة الظروف المناسبة للتحصيل والدراسة الجيدة تلافياً لحدوث التأخر الدراسي.

ب- ضرورة اتباع أساليب تربوية سليمة في تنشئة الأطفال وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة، وتجنب كل ما يؤدي إلى التفكك الأسري حتى نستطيع استبعاد حالات التأخر الدراسي، وتعديل اتجاهات الوالدين نحو الأبناء.

ج- تقديم بعض المساعدات المالية العينية للتلميذ إذا كانت الأسرة تعاني من صعوبات مالية في توفير الأدوات المدرسية للتلميذ.

د- نقل التلميذ المتأخر دراسياً من فصله إلى فصل آخر كإجراء علاجي إذا اتضح أنه يعاني من سوء توافق مع زملائه في الفصل أو عدم القدرة على التعامل معهم.

ثانياً- ضعف الدافعية للدراسة والتعلم: Unmotivated at school

مقدمة:

من أهم المشكلات التي تثير قلق الآباء والمعلمين على مستقبل الطلاب التعليمي والمهني مشكلة ضعف الدافعية للتعلم والتحصيل الدراسي، إنها مشكلة تثير في نفوس الغالبية العظمى من أولياء الأمور والمعلمين الحيرة وتجعلهم يتساءلون: كيف نجعل هؤلاء الطلاب يقبلون على الدراسة؟ كيف نزيد من دافعيتهم للتعلم والتحصيل؟ كيف نحسن مستوى إنجازهم الدراسي؟ (داود وحمد، ٢٠٠٤).

مفهوم الدافعية للتعلم (Learning Motivation):

عرفت الدافعية تعريفات متعددة، بعضها ركز على العوامل الداخلية التي تحرك السلوك، في حين ركز بعضها الآخر على كل من العوامل الداخلية والخارجية معاً ففي استثارة السلوك وتوجيهه. فقد عرف بيلا-ر سنومان (Behler&Snowman, 1990) الدافعية بأنها: «حالة داخلية تستثير سلوك الفرد وتعمل على استمراره وتوجيهه نحو تحقيق أهدافه». أما المعايطة (٢٠٠٠:

١٤٧) فقد عرف الدافعية بأنها: «عبارة عن الحالات الداخلية والخارجية للعضوية التي تحرك السلوك وتوجهه نحو تحقيق هدف أو غرض معين، وتحافظ على استمراريته حتى يتحقق ذلك الهدف».

وبناء على ذلك يمكن القول: إن الدافعية تعبر عن حالة داخلية لدى الفرد، بيولوجية أو نفسية، تستثير السلوك وتوجهه نحو هدف معين من أجل خفض حالة التوتر التي يشعر بها بهدف تحقيق التوازن البيولوجي والنفسي (الزعبي، ٢٠٠٨: ٢٣٦).

أما الدافعية للتعلم، فيرى بيلر وسنومان (Biehler & Snowman, 1990) أنها: «الحالة الداخلية أو الخارجية لدى المتعلم التي تحرك سلوكه وأدائه، وتعمل على استمراره وتوجهه نحو تحقيق هدف معين أو غاية محددة» (قطامي، ١٩٩٢: ١٧). ولهذا فإن الدافعية للتعلم تعبر عن حالة داخلية لدى المتعلم تدفعه إلى الانتباه إلى الموقف التعليمي والقيام بنشاط موجه، والاستمرار في هذا النشاط حتى يتحقق التعلم كهدف للتعلم. وبناء على ذلك ننتبين أن الدافعية للتعلم تتضمن عناصر عديدة منها:

- الانتباه إلى عناصر مهمة في الموقف التعليمي.
- القيام بنشاط موجه والاستمرار فيه فترة زمنية معينة.
- تحقيق الهدف من التعلم.

الدافعية الداخلية والدافعية الخارجية:

يعد سلوك التعلم مدفوعاً داخلياً إذا قام به الفرد المتعلم من أجل التعلم

ذاته، وليس من أجل الحصول على أي مكافأة خارجية. فالدافعية الداخلية (Intrinsic Motivation) هي قوى موجودة داخل العمل أو الموضوع الذي يجتذب المتعلم نحوه، مما يشعره بالرغبة في أدائه دون وجود تعزيز خارجي ظاهر.

فالطالب الذي يهدف إلى التفوق في التحصيل، فإن الثواب الذي يحصل عليه يكون في انغماسه في النشاط لذاته هو ما يسمى بالدافعية الداخلية، حيث يكون تأثيرها على التعلم والإنجاز أقوى من تأثير المكافآت (الدافعية الخارجية). ومن أهم الدوافع الداخلية ذات التأثير الكبير في التعلم، دافع حب الاستطلاع، ودافع المنافسة، والميول، والاتجاهات الطموح، وحب العمل..

أما الدافعية الخارجية (Extrinsic Motivation) فتهم بالنتائج النهائية بدلاً من الاهتمام بطريقة التعلم والإنجاز، وتتحكم بها قوى موجودة خارج النشاط أو العمل (التعزيزات)، لدفع المتعلم نحو التعلم، ولحفزه للقيام به كالدرجات المدرسية، والجوائز المادية، وشهادات التقدير، والثناء، وإرضاء الآباء والمعلمين. فكثيراً ما يؤدي الإنجاز الناجح إلى حصول الطالب على جائزة مثل تسجيل اسمه في لوحة الشرف، أو الحصول على مكافأة مادية.. الخ. مثل هذا السلوك الإنجازي الذي يكون هدفه الحصول على مكافأة خارجية، يوصف بأنه مدفوع خارجياً. فالدافعية الخارجية كما يرى خير الله، والكناني (١٩٩٦) تهتم بالنتائج النهائية بدلاً من الاهتمام بطريقة التعلم والإنجاز. ويذكر أبو علام (١٩٩٣) أنه من الممكن للسلوك أن يكون مدفوعاً في الوقت نفسه بدوافع داخلية ودوافع خارجية، فقد اعتادت المجتمعات المتحضرة تشجيع النجاح وتشجيع الطموح من خلال الثواب والمكافآت التي يحصل عليها

المتفوقون. ومثال ذلك ما تعتمد المدارس في مختلف مراحلها، والجامعات من تكريم الطلبة المتفوقين وتسليم الجوائز المادية والتقديرية، مما يشجع على مزيد من التفوق والإنجاز.

ولابد من التأكيد هنا على أن الطلبة من ذوي الدافعية الداخلية القوية للتعلم والإنجاز كثيراً ما يتوقعون ثواباً خارجياً على إنجازاتهم المتفوقة، بل إنهم يطلبون الاعتراف بإنجازاتهم من خلال الجوائز المادية والمعنوية التي يحصلون عليها. فالعبرة بالنسبة لهم من هذه الجوائز ليس قيمتها وإنما في المعنى الذي تمثله.

ضعف الدافعية للتعلم:

تناول العديد من الكتاب والباحثين ضعف الدافعية للتعلم، حيث عرف قطامي (١٩٩٢: ١٨٧) سلوك تدني الدافعية للتعلم الصفي بأنه: «السلوك الذي يظهر فيه الطلبة شعورهم بالملل والانسحاب والسرхан وعن المشاركة في الأنشطة التعليمية الصفية».

وهذا يعني أن ضعف الدافعية للتعلم يمكن أن تتمثل عن طلاب المدارس

بمظاهر عديدة منها:

- ضعف الرغبة في التعلم لدى بعض الطلاب.
- وقلة الحماس والإيجابية للعمل المدرسي.
- وعدم بذل الجهد الكافي الذي يتناسب مع استعدادات الطلبة وقدراتهم.
- كره الطالب للمدرسة والدراسة والتهرب منها.
- عدم تحمل الطالب للمسؤولية.

- وضع أهداف غير واقعية (سهلة جداً أو صعبة جداً مستحيلة التحقيق).

وتشير الدراسات إلى أن ضعف الدافعية للتعلم والتحصيل الدراسي أكثر انتشاراً بين الذكور عما هي لدى الإناث، حيث تشير الإحصائيات إلى أن ما بين ١٥%-٤٠% من طلاب المدارس تحصيلهم متدن (شيفر وملمان، ٢٠٠٦).

هل يمكن التعلم بدون دافعية؟

شغلت العلاقة بين الدافعية والتعلم العلماء لسنوات طويلة، حيث كانت التساؤلات:

هل يمكن التعلم بدون دافعية؟ وهل توجد علاقة بين الدافعية والإنجاز والتحصيل الأكاديمي؟

وللإجابة عن التساؤل الأول، يمكن القول: إن العلاقة بين الدافعية والتعلم تحددها طبيعة المهام التي يؤديها المتعلم ومدى صعوبتها. فزيادة الدافعية إلى حد معين تؤدي إلى تسهيل الأداء، أما الدرجات المتطرفة من الدافعية (قوة أو ضعفاً) فتؤدي إلى ضعف الأداء وتدهوره حتى في أبسط الأعمال، وقد يحدث ذلك نتيجة التبدل الانفعالي وضعف الاهتمام بموضوع التعلم (في حالة نقص الدافعية)، أو عن الضعف الجسمي أو ظهور استجابات داخلية، أو ظهور بعض الحالات الانفعالية (كالقلق) مع زيادة الدافعية (صادق، وأبو حطب، ١٩٩٦). وهذا ما يتفق مع قانون بيركس - دودسن (YerxDodson, 1908) الذي ينص على أن: «الحد المناسب من الدافعية لتسهيل التعلم يتناقص كلما زادت صعوبة العمل».

وبناء على ذلك يمكننا القول: إن التعلم لا يتم بدون دافعية، إذ تعدّ الدافعية شرطاً

أساسياً من شروط التعلم، وهذا يعني أن التعلم لا يحدث دون نشاط داخلي يدفع المتعلم نحو هدفه. فكلما كانت الدافعية أقوى، ازدادت فاعلية التعلم والإنجاز، وازدادت سرعته مقارنة مع الدافعية الأضعف. ولكن علينا الانتباه إلى أنه يجب ألا تزيد قوة الدافعية عن حد معين، لأنها كما سبق أن ذكرنا تؤدي مفعولاً عكسياً.

أما فيما يخص التساؤل الثاني: «هل توجد علاقة بين الدافعية للتعلم وبين الإنجاز والتحصيل الأكاديمي؟»، فقد أظهرت دراسة كل من مارك وكارولين (Mark&Karolyn, 1960)، وقشقوش (١٩٧٥)، وعبد القادر (١٩٧٧)، وجود علاقة وثيقة بين دافعية الإنجاز والتفوق الأكاديمي، وأن الدرجات المختلفة في دافعية الإنجاز تؤثر تأثيرات متباينة في التحصيل الدراسي لدى الطلاب (عارف، ١٩٩٢: ١٩٤).

ويرى ساليلى (Salili, 1980) أن الشخص ذو الدافعية المرتفعة للإنجاز يتميز بتميمته لمستويات داخلية عالية من التفوق والامتنياز والاستقلالية والمثابرة، واختبار الأداء الذي يتميز بالصعوبة. ومثل هذا الشخص لا يعتمد على المساندة الخارجية أو الثناء الاجتماعي، فهو يجتهد ويناضل لأن لديه مستوى داخلياً من التفوق (عبد الخالق، والنيال، ١٩٩٢: ١٦٩).

أسباب ضعف الدافعية للتعلم:

لوحظ في السنوات الأخيرة في المجتمعات النامية انخفاض واضح في مستوى أداء الطلبة، ومستوى دافعتهم للتعلم خلال العام الدراسي، مما انعكس سلباً على تحصيلهم الدراسي، وهذا ما جعل المربين ينتبهون إلى ضرورة إغارة موضوع الدافعية

للتعلم أهمية خاصة، وأن يبحثوا عن أسباب ضعفها، وأن يحاولوا وضع استراتيجيات مناسبة لعلاجها.

وبناء على ذلك يمكننا صياغة أهم الأسباب الكامنة وراء ضعف الدافعية للتعلم والتحصيل الدراسي عند الطلاب كما يلي:

١- ضعف الاستعداد للتعلم:

يعد ضعف الاستعداد للتعلم (Learning Readiness) عند الطلاب أحد الأسباب الرئيسة في تدني الدافعية للتعلم، إذ أن تعلم الطالب واستيعابه للخبرات الجديدة يتوقف على المرحلة النمائية التي يمر بها من جهة، وعلى مدى توفر خبرات سابقة ومفاهيم أساسية قبلية ضرورية للتعلم الحالي عنده من جهة أخرى.

٢- البيئة الأسرية للطلاب:

تؤكد الدراسات أن البيئة الأسرية التي يعيش في كنفها الطالب، والتي لا تعير التعليم أهمية تذكر، ولا تشجع أبناءها على النجاح تؤدي إلى خفض الدافعية للتعلم لديهم، مما يؤثر سلباً على تحصيلهم الدراسي (صادق وأبو حطب، ١٩٩٦).

كما أن أساليب الوالدين في تربية الأبناء وتنشئتهم، والتي تقوم على القسوة والنبذ والحرمان، وكذلك توقعاتهم المنخفضة من أبنائهم، من شأنه أن يضعف الدافعية للتعلم عند الأبناء، ويؤدي إلى إهمالهم للواجبات المدرسية، ويخفض مستوى الطموح لديهم.

من جانب آخر فإن غياب أحد الوالدين عن الأسرة لفترات طويلة (بسبب العمل أو الطلاق..) يؤدي إلى شعور الأبناء بأهمية الانتماء إلى جماعة أخرى (جماعة

الرفاق) أكثر من اهتمامهم بالرغبة في التعلم والتحصيل (خليفة، ١٩٩٧).
كما أن المشاهدات التلفزيونية الكثيرة من قبل الأبناء، بالرغم من علم الوالدين بذلك،
يؤدي إلى ترك الواجبات الدراسية التي يجب أن تنجز في المنزل، مما ينجم عن ذلك
ضعف الدافعية للتعلم والتحصيل.

ولذلك يمكن القول: إن المناخ الأسري الذي لا يساعد على التعلم، ولا يستثير
الدافعية الداخلية لدى الأبناء للتعلم سبب رئيسي في تقصيرهم وفشلهم الدراسي.

٣) البيئة المدرسية:

يعد المعلم الوسيط التربوي المهم في العملية التعليمية- التعلمية، وبخاصة في
المراحل ما قبل الجامعية، فهو يقضي ساعات طويلة في التفاعل مع طلبته أثناء
اليوم، ويمكنه إحداث التغيير أو التعديل المناسب في شخصية طلابه.

وبناء على ذلك فإن المعلم لا يستند في تعليمه إلى استعدادات طلابه وقدراتهم في
كل خبرة تعليمية يريد تقديمها لهم، ولا يعطيهم استقلالاً في تنظيم أعمالهم، ولا يراعي
الفروق الفردي بينهم، ويقدم لهم الخبرات والمواد التعليمية بشكل غامض وغير منظم،
وتكون هذه الخبرات قاصرة في إشباعها لحاجات الطلاب وقلة جاذبيتها لهم، ولا
ترتبط مع مواقف الحياة اليومية. كما أنه لا يقدم التغذية الراجعة لهم عن إنجازاتهم
في الوقت المناسب، ولا يسمح لهم بالمشاركة أثناء الحصص الدراسية، ويكون
التفاعل بينه وبين طلابه أثناء الحصة الدراسية في أقل حدّ ممكن، وقلة حيوية المعلم
وسلبية في عملية التعلم، وخلو الأساليب الجديدة في تدريسه، وسيطرة الروتين على
طريقته في التدريس، وقلة استخدامه للوسائل التعليمية، وإغفاله التركيز على الدافعية

الداخلية لدى طلابه والتركيز فقط على الدافعية الخارجية التي تجعل الدافع الحقيقي لدى الطلاب من النجاح هو الحصول على المكافأة المادية أو إرضاء المعلم أو الوالدين، وقلة تقديره لأهمية الانتباه والتركيز أثناء الحصة الدراسية، وغير ذلك من الأساليب التي تسود العمل المدرسي. كل ذلك من شأنه أن يضعف الدافعية للتعلم عند الطلاب، ويخفض من تحصيلهم الدراسي (قطامي، ١٩٩٢).

٤) خبرات النجاح والفشل التي يمر بها الطالب:

تؤثر خبرات النجاح والفشل في قوة الدافعية للتعلم لدى الطلاب تأثيرات متباينة، وذلك تبعاً لدرجة الدافع للنجاح أو الدافع لتجنب الفشل. فالطلاب الذين يحصلون على النجاح بصورة مستمرة فإن ذلك يؤدي إلى خفض دافعية التعلم عندهم. أما الطلاب من ذوي الدافعية القوية للنجاح، فيتعاملون مع المهام التعليمية بقدر كاف من التحدي، ويهتمون بالتميز والتفوق ذاته، ولا يهتمون كثيراً بالمكافآت الخارجية، ويفضلون المهام التعليمية التي تتضح فيها مسؤولياتهم، وفي مستوى متوسط من الصعوبة، يعدّ النجاح المتوقع حدثاً ساراً لهم في حد ذاته.

أما توقع الطالب الفشل نتيجة الخبرات السابقة التي يمر بها، فيؤدي به إلى بناء صورة سلبية عن ذاته، وتجعله يختار المهام التعليمية السهلة جداً لتجنب الفشل، أو الصعبة جداً ليبرر لنفسه ما أصابه من فشل بأن المهمات التعليمية التي اختارها كانت صعبة (أبو علام، ١٩٨٣). وقد يميل إلى عزو فشله في التعلم إلى انخفاض قدرته على التعلم، مما يولد لديه الشعور بالذنب والعجز والتقصير، وبخاصة عندما يعزو فشله إلى قلة الجهد المبذول من قبله. وهذا ما يؤدي إلى انخفاض الدافعية

للتعلم عنده في مواجهة المهمات التعليمية المشابهة. كما أن تكرار الفشل بصورة كبيرة لدى الطالب يؤدي إلى تثبيط همته، وإضعاف دافعيته للتعلم والنجاح. ولذلك يجب على المعلمين الانتباه إلى ضرورة أن تكون الواجبات المدرسية من مستويات صعوبة مختلفة بحيث تتناسب مع مستوياتهم العقلية والمعرفية، وتستثير لديهم الدافعية لمزيد من الاهتمام بالتعلم.

كما يجب على المعلم أن يراعي في أسئلة الامتحانات بأن تكون من مستويات صعوبة متباينة لتتناسب مع مستويات الطلاب، وليجنبهم الفشل الذي يحطّ من دافعيتهم للتعلم والتحصيل.

أساليب التغلب على ضعف الدافعية للتعلم:

يعود ضعف الدافعية للتعلم عند الطلاب إلى أساليب يمكن التحكم فيها والتخفيف من آثارها، ومن أهم هذه الأساليب:

١- توفير المناخ المناسب للتعلم:

من أجل تحقيق حاجة الإنسان إلى التعلم والمعرفة، لابد أولاً من إشباع حاجاته النفسية الأساسية مثل الحاجة إلى الأمن، والانتماء، والتقبل، وتقدير الذات، إذ إن الفشل في تحقيق هذه الحاجات قد يؤدي إلى إضعاف دافعية الطالب إلى التعلم والتحصيل.

بالإضافة إلى ذلك لابد للمعلم من توفير المناخ النفسي السليم للطالب في غرفة الصف لإتاحة الفرصة له لأن يتعلم بشكل صحيح، كما يجب على المعلم توفير بيئة تعليمية للطالب محوراً الأساسي هو التعلم وذلك من خلال:

- تهيئة مواقف تعليمية . تعليمية تزيد من رغبة الطالب ودافعيته للتعلم.
- زيادة أهمية النجاح والتعلم لدى الطلاب فيما يؤدونه من أعمال، بحيث يكون معيار النجاح والفشل هو الجهد المبذول وليس الحظ أو الصدفة.
- توجيه انتباه الطلاب إلى الأنشطة التعليمية المتنوعة التي تستثير فضولهم إلى المعرفة، وأن يكون هدفهم الرئيسي هو التعلم.
- الربط بين ما يتم تعلمه وبين مواقف الحياة اليومية.
- تنويع الأساليب أثناء التدريس، كرفع الصوت وخفضه حسب طبيعة الموقف التعليمي، والنظر إلى الطلاب ومشاركتهم أثناء الحصة الدراسية وتنويع الأسئلة التي تطرح والإجابة عنها من قبل الطلاب، واستخدام التعابير غير اللفظية أثناء الشرح، كتعابير الوجه، وحركات اليدين والجسم، وأن يقدم المادة التي سيتم تعلمها بطريقة مشوقة ومثيرة للاهتمام، وأن يستخدم عبارات التشجيع اللفظي عند نجاح الطالب، والابتعاد عن اللوم والسخرية في حال الفشل.
- زيادة دور الطلاب في مواقف التعلم، وتعزيز رغباتهم ومبادراتهم للتعلم.
- تقديم مواد مثيرة للتعلم عند الطلاب، بحيث تساعد على الاكتشاف والإبداع.
- العمل على إبعاد العوامل المشتتة لانتباه الطلاب داخل الفصل، واستثارة انتباههم إلى الخبرات الجديدة التي تقدم لهم في مواقف التعلم، وتشعرهم بأهمية هذه الخبرات في مواقف الحياة اليومية.

٢- مساعدة الطلاب على وضع أهداف واقعية لأنفسهم:

إن وضع الطالب للأهداف التي يريد تحقيقها من أكثر العمليات الدافعية والمنشطة

للتحصيل الدراسي، فهي توجه أنشطة التعلم والجهد المبذول وكمه، كما تتيح الفرصة له لكي يمارس النجاح ويستشعره.

وهذا يرتبط بمستويات الأهداف التي يحددها الطالب ومدى قابليتها للتحقيق. فقد أوضحت دراسة (روسورك، ١٩٧٧) أن الطلاب الذين يضعون أهدافاً صعبة نسبياً ولكنها محددة، يحققون مستويات تحصيلية أعلى من أولئك الذين يضعون أهدافاً سهلة نسبياً لكنها عامة وأقل تحديداً (الزيات، ١٩٩٦).

ولذلك يمكن للمعلم مساعدة طلابه في صياغة أهدافهم وتحقيقها، وبخاصة إذا كانت هذه الأهداف قصيرة المدى مثل: التمكن من حفظ مادة دراسية معينة مما يجعلهم يعتمدون على أنفسهم كلما حققوا النجاح في مرحلة دراسية أعلى، وهذا يتطلب من المعلم تدريب طلابه على تحديد هذه الأهداف بصورة واقعية وفي حدود قدراتهم، ليتمكنوا من الوصول إليها بنجاح. وهذا ما يكسبهم الثقة بأنفسهم، ويحسن مهاراتهم الدراسية، نتيجة الشعور بأن ما تحقق من أهداف هو نتيجة لقدراتهم وجهودهم الذاتية. أما الطلاب الذين يضعون أهدافاً أدنى من إمكاناتهم، فلا بد من تشجيعهم من قبل المعلم على رفع مستوى هذه الأهداف تدريجياً بعد تحقيق النجاح. أما الطلاب الذين يخشون الفشل، فينبغي أن تقدم لهم مهمات تعليمية أقل في مستوى صعوبتها، في حين أن الطلاب الذين يتمتعون بدرجة عالية من الدافعية للتعلم والإنجاز، فيمكن أن تقدم لهم مهمات تعليمية صعبة بعد أن يكونوا قد فشلوا فيها في المحاولة الأولى (خطاب، ١٩٨٨ : ٣٦٨ . ٣٦٩).

٣) استخدام التعزيز الصفّي في الوقت المناسب:

يلعب التعزيز دوراً مهماً في التعلم المدرسي واستثارة دافعية الطلاب للتعلم وتوجيه نشاطاتهم. وللتعزيز أشكال متنوعة فقد يكون على شكل مكافآت مادية، أو درجات مدرسية، أو شهادات تقديرية، أو نشاطات ترويحية (رحلات). كما يكون التعزيز على شكل تغذية راجعة (Feedback) يتعرف من خلالها الطالب إلى نتائج أدائه للأنشطة التعليمية مباشرة. وتتباين أساليب حصول الطالب على التغذية الراجعة فقد يحصل عليها بنفسه من خلال مكافأة الذات بعد النجاح أو قد يحصل عليها من خلال المعلم باستخدام العبارات التي تشير إلى ما هو صحيح أو خاطئ في إجابات الطالب وتصحيح ما هو خاطئ. وبذلك يمكن للتغذية الراجعة أن تزيد من فاعلية التعلم وتضمن استمرار دافعية الطلاب للتعلم. وبناء على ذلك يمكن للمعلم في ضوء معرفته بطبيعة التعزيز واستراتيجيات استخدامه، من وضع برامج تعزيز مناسبة لطلابه تستثير دافعيتهم للتعلم، وتعزز رغبتهم بالنجاح.

٤) تهيئة بيئة تعليمية مناسبة بعيدة عن القلق:

يعبر القلق عن حالة انفعالية مركبة وغير سارة تمثل مزيجاً من مشاعر الخوف المستمر والفرع والرعب والانقباض والهم نتيجة توقع خطر على وشك الحدوث، أو الإحساس بالخطر والتهديد من شيء متوقع وغامض يعجز الفرد عن تحديده بشكل موضوعي (الزعبي، ٢٠٠٥).

والقلق عندما يكون في حد التوسط والاعتدال يكون بمثابة الدافعية الجيدة للتعلم والأداء، أما عندما يتجاوز هذا الحد فإنه يضعف الدافعية للتعلم، ويؤدي إلى ضعف

التركيز، ويشتت الانتباه عند الطلاب، ويقلل من كفاءتهم في مواجهة المشكلات التي تعترضهم، وكذلك الحال بالنسبة إلى القلق المنخفض، فإنه يضعف أيضاً الدافعية للتعلم عند الطالب، ويؤدي إلى اللامبالاة والإهمال.

والجدير ذكره أن مستوى القلق يزداد عند الطلاب عندما يضعون لأنفسهم أهداف طموح مرتفعة للإنجاز والتحصيل بحيث يصعب عليهم تحقيقها، كما يرتفع مستوى قلق الامتحان عند الطلاب بارتفاع مستوى توقعات الوالدين، وبخاصة إذا كان إحراز درجات عالية في الامتحان يشكل أهمية كبيرة للوالدين أو يترتب على الفشل في الامتحان عقوبات كثيرة من قبلهم، ولذلك يجب على المرشدين النفسيين في المدارس وكذلك المعلمين من العمل على خفض مستويات القلق لدى الطلاب وذلك من خلال تعليمهم عادات دراسية أكثر فاعلية، وتوجيههم إلى ضرورة الاستعداد المناسب للامتحان، وأن تعمل المدرسة على توفير الجو النفسي الآمن للطلاب بعيداً عن الخوف والقلق، جوّ يسمح بالخطأ دون معاناة لمرارة الشعور بالفشل أو السخرية، ويسمح للطلاب التعبير عن أنفسهم بحرية مما يعزز لديهم الثقة بالنفس، وينمي عندهم مفاهيم إيجابية عن أنفسهم، ويزيد من مستوى دافعيّتهم للتعلم.

٥) توفير المناخ الأسري المناسب:

للمناخ الأسري الذي يعيش في كنفه الطالب دور مهم في تنشيط الدافعية للتعلم وبذل المزيد من الجهد لتحقيق النجاح، فالوالدان اللذان يقدران النجاح المدرسي

ويشجعان عليه بصرف النظر عن مستواهم الاجتماعي والاقتصادي يسهمان بدور كبير في تقوية الدافعية للتعلم لدى أبنائهم.

وفي هذا الصدد أوضحت دراسة ونتربوتوم (Winterbottom,1958) على (٣٠) تلميذاً من أبناء الطبقة الوسطى ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٨ و ١٠) سنوات، وذلك بهدف بيان مدى قوة الدافع للإنجاز باستخدام اختبار تفهم الموضوع (TAT)، وأساليب الآباء في تنشئة الأبناء. وقد توصلت الباحثة إلى أن أمهات التلاميذ ذوي الدافع المرتفع للإنجاز اختلفن عن أمهات التلاميذ ذوي الدافع المنخفض للإنجاز في ثلاثة أساليب هي:

- ١- كن يملن إلى أن يضعن مستويات عالية في الأداء لأبنائهن.
- ٢- كن يتوقعن السلوك الاستقلالي وسلوك الإتقان من أبنائهن.
- ٣- كن يثبن أبنائهن إثباتات يتميز فيها الجانب الانفعالي عن طريق تقبيلهم واحتضانهم وإظهار الحب لهم.

كما تبين أيضاً من خلال دراسات أخرى أن التدريب القائم على الاعتماد على النفس، وكانت أساليب الوالدين في التربية تقوم على الحب والتقبل والابتعاد عن القسوة ، مع وضع حدود للسلوك المنضبط والعمل على التقيد بها، بعيدة عن الإهمال أو التسبب أو الدلال الزائد، أدى إلى وجود حاجة مرتفعة للتعليم والإنجاز الدراسي.

دور المرشد النفسي المدرسي (الطلابي) في التغلب على ضعف دافعية الطلاب للدراسة والتعلم:

يعد المرشد المدرسي المسؤول الفني الأساس في المدرسة في مساعدة الطلاب من ذوي الدافعية الضعيفة للتعلم والتحصيل الدراسي. ومن أهم ما يقوم به المرشد النفسي - المدرسي في ذلك ما يلي:

- توجيه المدرسين إلى ضرورة الاهتمام بتتويع طرائق التدريس ومراعاة الفروق الفردية بين الطلاب.
- توجيه المدرسين إلى ضرورة مراعاة ما لدى الطلاب من استعدادات وقدرات والعمل على تنميتها أثناء التدريس.
- توجيه المدرسين إلى استخدام التعزيز المادي والمعنوي كلما دعت الحاجة إلى ذلك.
- التأكيد على استخدام الوسائل التعليمية الحديثة والمناسبة في التدريس، بحيث تكون مشوقة ومثيرة، وتزيد من اهتمام الطلاب بما يقدم أثناء الحصة الدراسية.
- التأكيد على أهمية النشاطات الصفية وغير الصفية في التعلم والتعليم (كالنشاطات الرياضية، والاجتماعية، والعلمية، والفنية، والترفيهية، وغيرها..).
- التواصل مع أولياء أمور الطلاب كلما دعت الحاجة إلى ذلك، وتبادل الرأي للتعرف إلى الأسباب التي تعوق دافعية أبنائهم في بذل الجهد الكافي للتعلم والتحصيل الدراسي.

- مساعدة الآباء في كيفية تشجيع الأبناء منذ وقت مبكر على بذل الجهد الكافي في التعلم، والتأكيد على أهمية المثابرة والصبر و تحمل الإحباط لتحقيق أفضل مستوى ممكن من التعلم والتحصيل الدراسي.
- تقديم الإرشاد العقلي - المعرفي والإرشاد الجماعي من أجل مساعدة الطلاب على زيادة إدراكهم لأهمية التعلم والتعليم كوسيلة للتقدم والنهوض. وبناء على ذلك لابد من فتح الحوار البناء بين المعلم والطلاب، وكذلك بين المرشد النفسي-المدرسي وبين الطلاب لإيضاح الأسباب التي تؤدي إلى ضعف الدافعية للتعلم والتحصيل الدراسي عندهم، والعمل على إقناعهم بأن الاستمرار في هذا السلوك سيؤدي إلى ضعف التحصيل وال فشل في التعلم. كما لابد من إقناعهم بأن تحسين مستوى التحصيل لا يتم إلا من خلال تحسين مستوى دافعتهم للتعلم.

ثالثاً - مشكلة الهروب من المدرسة: Truancy

مقدمة:

من المشكلات التربوية التي يعاني منها المربون في المدارس مشكلة الهروب من المدرسة، فهي موجودة في المدارس الابتدائية والمتوسطة والثانوية، وهي تؤرق الآباء كما تؤرق المعلمين ومديري المدارس وإدارات التربية والتعليم. يبدأ هروب التلاميذ من المدرسة في سن مبكرة، حيث نلاحظه عند تلاميذ الصف الأول الابتدائي وحتى طلاب الصف الثالث الثانوي، ويكون انتشاره بين التلاميذ

الذكور أكثر من انتشاره بين الإناث. وتشير إحدى الدراسات أن ٨٢% من التلاميذ الذين يتكرر هروبهم من المدرسة، كانوا يكررون هروبهم خلال السنتين الأوليين من التحاقهم بالمدرسة. والجدير ذكره أن مشكلة الهروب من المدرسة تزداد مع تقدم عمر التلميذ، وتصبح أكثر انتشاراً في المدرسة الإعدادية (المتوسطة) وخاصة في سن الثالثة عشرة.

تعريف الهروب من المدرسة:

يعرّف رياض (٢٠٠٢) الهروب من المدرسة بأنه "حالة يتعمد فيها الطفل التغيب عن المدرسة دون عذر قانوني، ودون موافقة الوالدين والمدرسين". يتجلى هروب التلميذ من المدرسة عندما يخرج من المنزل صباحاً إلى المدرسة، ولكنه لا يكمل يومه الدراسي وينتقل أي عذر للخروج منها والذهاب إلى مكان آخر يقضي فيه وقته حتى انتهاء الدوام المدرسي، ثم يعود إلى المنزل. وفي حالات أخرى لا يصل التلميذ إلى المدرسة ولكنه يذهب إلى مكان آخر غير المدرسة لقضاء وقته حتى خروج التلميذ من المدرسة فيذهب إلى المنزل. وإذا تكرر الهرب من المدرسة بحيث أصبح التلميذ يتغيب أيام عديدة في الشهر، فإن المشكلة تعد خطيرة، وهذا ما يؤثر في مستواه الدراسي ويزيد من احتمال جنوحه (شيفر وملمان، ٢٠٠٦).

أسباب الهروب من المدرسة:

توجد أسباب عديدة تجعل بعض التلاميذ يهربون من المدرسة منها:

- ١- **صرامة الجو المدرسي إلى درجة كبيرة:** فقد تكون العلاقة بين التلميذ وأحد المعلمين سيئة، مما يجعله يهرب من المدرسة في اليوم الذي تكون لهذا المعلم حصص دراسية على التلميذ خوفاً وتجنباً للعقاب المدرسي الذي يمكن أن يناله.
- ٢- **الإهمال والتسيب في المدرسة:** فالترخي في الانضباط المدرسي، وعدم رقابة ما يجري من حضور وغياب للطلاب، يشجع هؤلاء الطلاب على الهروب من المدرسة أو عدم الحضور أصلاً ما دامت السلطة القائمة في المدرسة لا تعير أي اهتمام لهذا الهروب.
- ٣- **رفاق السوء:** حيث نجد أن هروب التلميذ من المدرسة ناتج عن تشجيع تلاميذ آخرين قد تعودوا الهروب من المدرسة والذهاب إلى أماكن اللهو والمتعة للتدخين وتعاطي الخمر والمخدرات.
- ٤- **اتجاهات الوالدين السلبية من المدرسة:** فالوالدان اللذان لا يهتمان بمتابعة سلوكيات أبنائهم في المدرسة، ولا يعرفان شيئاً عن تحصيلهم، ولا يتواصلان مع إدارة المدرسة، وينظران إلى المدرسة نظرة سلبية، يكونان سبباً في هروب أبنائهما من المدرسة .
- ٥- **طموح الآباء الزائد:** قد يدفع الآباء بأبنائهم إلى نوع من التعليم لا يتناسب مع قدراتهم وميولهم، مما يجعلهم لا يحصلون التحصيل الدراسي الذي يرضي طموح آبائهم، فيشعرون بالإحباط والعجز، والقلق والهروب من المدرسة .

٦- **العلاقات الأسرية المشحونة باستمرار:** فالعلاقات السائدة في المنزل والتي يسود فيها الخصام بين الوالدين أو بين الوالدين أو أحدهما مع الأبناء، لا تسمح للطلاب بمذاكرة دروسه وأداء واجباته الدراسية اليومية. وهذا ما يتخذه الطالب مبرراً لنفسه إما بعدم الذهاب إلى المدرسة وانتحال الأعذار لذلك، أو يذهب إلى المدرسة ولكنه سرعان ما يغادرها هرباً، لأنه لم يقم بأداء واجباته الدراسية.

٧- **شعور التلميذ بأن المدرسة لا تشبع حاجاته،** وأنها لا تلبي طموحاته، وأن ما يقدم فيها من نشاطات وفعاليات لا ترضي اهتماماته، ويعدّ الدروس التعليمية مملة وغير ممتعة ، مما يجعله ينفر من المدرسة ويهرب منها.

٨- **ضعف الدافعية للتعلم والتحصيل:** فإذا لم تكن لدى التلميذ دافعية مناسبة للتعلم والتحصيل، فإن ذلك يؤدي إلى الشعور بالنقص والتأخر الدراسي، ويهرب من المدرسة.

٩- **ضعف القدرات العقلية عند التلميذ:** فإذا لم يمتلك التلميذ قدرات عقلية مناسبة لمتابعة الدراسة فإن ذلك يعرضه للفشل المتكرر، ويؤدي إلى شعوره بالنقص أمام زملائه، مما يدفعه إلى الهروب من المدرسة .

الوقاية والعلاج لمشكلة الهروب من المدرسة :

إن الوقاية والعلاج من هذه المشكلة تحتاج إلى تكاتف جهود كل من الآباء والمدرسين ومديري المدارس وإدارات التعليم. ومن ضمن الإجراءات المقترحة للوقاية

والعلاج من هذه المشكلة ما يلي :

- ضرورة تواصل الآباء مع المدرسة للتعرف مباشرة فيما لو تغيب ابنهم عن المدرسة في أي حصة دراسية، أو أنه لم يذهب أصلاً إلى المدرسة، وأن يتحملوا مسؤولية شخصية في ذلك دون إلقاء اللوم على المدرسة.
- على الآباء أن يصغوا إلى ابنهم لمعرفة الأسباب التي تؤدي إلى هروبه من المدرسة، فقد يكون السبب أنه يعاني من صراعات داخلية، وقد يكون السبب أنه يخاف من طالب آخر عدواني، أو أنه يخاف من الفشل في الامتحانات، ولذلك لابد من تقديم المساعدة له ليتمكن من مواجهة مشكلاته.
- جعل الجو المدرسي مناسباً للتلاميذ، سواء من حيث علاقة المعلمين والمديرين مع التلاميذ أو من حيث علاقة التلاميذ بعضهم ببعض.
- تفعيل دور الإرشاد الطلابي في المدارس وذلك من خلال تبصير الطلاب الذين يهربون من المدرسة بأضرار مصاحبة رفاق السوء على الدراسة والسلوك .كما يجب على المرشد النفسي المدرسي التعرف إلى المشكلات الأسرية والمدرسية والنفسية التي يعاني منها الطلاب الذين يتكرر هروبهم من المدرسة، ويساعدهم في حلها بالتعاون مع الأطراف ذات العلاقة بالمشكلة.
- إشباع حاجات التلاميذ النفسية والاجتماعية والجسمية والمعرفية داخل المدرسة.
- إثارة الدافعية عند التلاميذ لمزيد من التعلم والتحصيل، وأثر ذلك في تحسين

المستوى المعيشي والاجتماعي مستقبلاً.

■ عقد ندوات توجيهية داخل المدرسة بين الحين والآخر، يتم فيها التأكيد على أهمية الدراسة والاستمرار فيها.

■ تفعيل دور مجالس الآباء والأمهات، وطرح قضايا عديدة تبين أهمية علاقة الآباء بالأبناء، ودور الآباء في متابعة تحصيل أبنائهم، والاستفسار المستمر عن سلوكياتهم ومدى انتظامهم في المدرسة .

رابعاً - عادات الدراسة الخاطئة: Poor study habits

مقدمة:

تعد المدارس والجامعات من المؤسسات التربوية المهمة التي تضطلع بمهمة التربية والتعليم ونقل الثقافة المتجددة، وتوفر الظروف المناسبة لنمو الطلاب نمواً متوازناً جسدياً وعقلياً ونفسياً واجتماعياً، كما تعد مجالاً حيوياً لرعايتهم وإرشادهم إلى عادات الدراسة الصحيحة، ورعايتهم نفسياً لمساعدتهم في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي وتحقيق أفضل إنتاجية أكاديمية ممكنة. ولكن الكثير من الطلاب في مراحل الدراسة المختلفة قد لا يعرفون كيفية المذاكرة الصحيحة، ويستنزفون أوقاتهم بدون تحقيق ما يطمحون إليه، ولا يستفيدون مما لديهم من إمكانات جسمية وعقلية ونفسية واجتماعية واقتصادية بشكل صحيح، مما يؤثر سلباً على تحصيلهم الدراسي، وعلى توافقهم النفسي والاجتماعي. فقد أظهرت الدراسات المسحية الحديثة أن ٦٠% من طلاب

المدارس ممن هم في سن السابعة عشرة في الولايات المتحدة الأمريكية يؤدون واجبات بيتية لمدة تقل عن خمس ساعات أسبوعياً، وأن ٦% يقومون بأداء واجبات بيتية لمدة تزيد عن عشر ساعات أسبوعياً، وأن ٧% تكون لديهم واجبات بيتية ولا ينجزونها، وأن ٦% يقولون إنه ليس لديهم أي واجب منزلي (شيفر وميلمان، ٢٠٠٦). ولذلك سوف نتناول مشكلة عادات الدراسة الخاطئة التي يقع فيه كثير من طلابنا، ولا يعرفون كيفية مواجهتها بعادات دراسية صحيحة، حيث سنتناول هذه المشكلة من حيث التعريف بها، ونتعرف إلى أسبابها، وأهم طرائق علاجها.

مفهوم عادات الدراسة الخاطئة:

يقصد بعادة الدراسة الخاطئة الأسلوب أو الطريقة التي يتبعها الطالب في دراسة مادة التعلم ، والتي تتم من خلال قراءتها بدون تروٍ وفهمٍ وتذكرٍ لها ومراجعتها باهتمام، كما لا تتم دراستها بقصد التعلم والفهم والحفظ.

ففي المدرسة يستخدم الطالب وظائفه العقلية (كالتذكر والتخيل والتفكير والإدراك والانتباه) في التحصيل المعرفي، وذلك من خلال قراءة المادة الدراسية، وفهمها، وتحليلها، وحفظها وتذكرها، وإجراء تطبيقات عملية حولها (مثل حل تمارين حسابية، أو تطبيق قواعد نحوية في الإعراب في مادة النحو.. الخ). وهذه تتم في المدرسة أو في المنزل كواجبات. وعندما لا يتم تنفيذ هذه العملية بشكل ناجح وفعال باستمرار، يمكن القول بأن الطالب لديه عادات خاطئة في الدراسة.

آثار عادات الدراسة الخاطئة:

لعادات الدراسة الخاطئة عدد من الآثار منها:

- تعد السبب الرئيس في الفشل والتعلم غير الفعال في المدرسة أو الجامعة.
- تؤدي في معظم الأحيان إلى الضعف في التحصيل الدراسي بغض النظر عن قدرات الطالب العقلية، حيث أظهرت الدراسات أن أداء الطلبة ذوي التحصيل المنخفض أدنى من أدائهم المتوقع من خلال اختبارات الذكاء والقدرات العقلية. فالطالب الضعيف في التحصيل هو الذي يكون أدائه أدنى من أداء زملائه في الصف الدراسي بسنتين.
- تدني مفهوم الذات لدى الطلبة ذوي عادات الدراسة الخاطئة.
- شعور الطلاب بالإحباط وفقدان الأمل في تحسن قدرتهم على التعلم والتحصيل، وهذا ما يؤدي إلى انخفاض رغبتهم في المثابرة وبذل الجهد.

أسباب عادات الدراسة الخاطئة:

من الأسباب التي تؤدي إلى عادات الدراسة الخاطئة عند الأطفال والمراهقين من طلاب المدارس والجامعات ما يلي:

١- عدم معرفة طرائق الدراسة الصحيحة:

لا يعرف كثير من الطلاب كيف يدرسون، كونهم لم يتعلموا مهارات الدراسة الصحيحة في المدرسة أو في المنزل من قبل، أو أنها عُلِّمت لهم لكنهم لم يستخدموها، أو لا توجد لديهم الدافعية الكافية لاستخدامها، أو لأن عادات الدراسة

الخاطئة قد تحكمت بهم نتيجة ممارستها من قبل.

٢- تدخل الوالدين المبالغ به في شؤون دراسة الأبناء:

إن الاهتمام المبالغ به بدراسة الطالب قد ينطوي على الاعتقاد بعدم قدرته على العمل باستقلال، وقد يدرك أن إلحاح الوالدين أو أحدهما شرط ضروري لأداء الواجبات الدراسية، متناسياً أن الدراسة والواجبات المنزلية هي من مسؤوليته وحده قبل كل شيء، وعليه أن يتحمل بكفاءة هذه المسؤولية.

٣- ضعف القدرة على التعلم :

فقد تكون بعض اضطرابات التعلم ذات الأساس العصبي موجودة عند بعض الطلاب في المدرسة مثل صعوبات تعلم القراءة، وصعوبات تعلم الرياضيات وصعوبات تعلم العلوم، وصعوبات تعلم الإملاء. وهذه الصعوبات في التعلم يمكن تشخيصها من خلال الاختبارات التربوية والنفسية، إذ إن أي ضعف في هذا المجال ينبغي التعرف إليه وتقييمه ومتابعته.

٤- ضعف قدرة الطالب على ضبط سلوكه:

فقد يكون سبب عادات الدراسة الخاطئة عند الطالب مرتبطاً بخلل في وظيفة الجهاز العصبي المركزي، مما يجعله غير قادر على ضبط ذاته، إذ لا يستطيع الجلوس بدون حركة، ولا يتمكن من التركيز فيما يقوله المعلم، ولا يستطيع تجنب المشتتات، كما أن بعضهم يتصرفون بشكل إلحاحي، مما يؤثر في دراستهم وقدرتهم على التعلم.

٥- المشكلات النفسية:

إن معاناة الطالب من بعض المشكلات النفسية، كالتوتر الناتج عن الخلافات

الأسرية، أو الخلافات مع بعض الزملاء، يمكن أن تؤدي إلى صعوبة في التركيز، وكذلك الحال بالنسبة لبعض المشكلات النفسية الأخرى كالقلق والاكتئاب، يمكن أن تعيق كفاءة الطالب في التعلم، وتؤدي إلى تدني مفهوم الذات عنده والشعور بعدم الكفاءة، مما ينعكس على تدني دافعيته للدراسة وخفض أدائه في التحصيل.

٦- النزعة إلى الكمال:

إن نزعة الطالب لبلوغ الكمال في أداء واجباته الدراسية، يمكن أن تؤدي به إلى تأجيل إتمام هذه الواجبات أو عدم إتمامها نهائياً.

٧- ضعف الدافعية للتعلم:

يعد ضعف الدافعية للتعلم أحد أهم الأسباب التي تؤدي إلى تعلم عادات دراسية خاطئة، وتؤدي إلى الخمول والالتكال على الآخرين في تأدية الواجبات الدراسية أو الغش في الاختبارات نتيجة ضعف الاستعداد لأداء هذه الاختبارات.

٨- الخوف من النجاح والرغبة في الفشل:

إن بعض الطلاب قد تعلموا عدم بذل الجهد الكافي في التعلم والتحصيل الدراسي، ولكي يدرسوا لفترة كافية من الوقت لابد أن يتعلموا ويتقبلوا فكرة تأجيل إشباع بعض الرغبات الآنية، وأن يعملوا بجدية كافية في الوقت الراهن لكي يحصلوا على مكافآت مؤجلة، مثل الدرجات المدرسية المرتفعة، والحصول على المعرفة، ونيل رضا المعلمين والآباء واستحسانهم.

١٠- التوقعات المنخفضة من بعض الطلاب:

إن توقعات المعلمين أو الآباء أو الزملاء المنخفضة من بعض الطلاب وخاصة

الطلاب الفقراء، يجعلهم لا يبذلون الجهد الكافي الذي يتناسب مع ما لديهم من إمكانيات وقدرات، بل يجعلهم يتمثلون هذه القيم ويتصرفون وفقاً لهذه التوقعات، فيكون أدائهم وفقاً لما توقعه منهم الكبار.

الإجراءات العلاجية لعادات الدراسة الخاطئة:

لابد من التذكير منذ البداية أنه لابد من تعليم الطالب العادات الدراسية المناسبة منذ سنوات دراسته الأولى، حتى يتعلم كيفية أداء واجباته بالطريقة الصحيحة مهما كانت هذه الواجبات بسيطة، فهي واجبات تزداد صعوبة مع تقدم الطالب في سنوات دراسته. ومن أجل ذلك لابد من اتباع الإجراءات التالية مع أبنائنا الطلبة:

١- لابد أن يعرف الطالب أن الدراسة هي مسؤوليته، وأن عدم الدراسة أو التهاون في أدائها يؤدي إلى انخفاض تحصيله الدراسي، وأن مساعدته في تخطيط أوقات الدراسة يجب أن يكون بناء على طلبه.

٢- تنظيم بيئة الطالب الدراسية (غرفة الدراسة)، بحيث تزال كل مشتتات الانتباه كالمجلات، والمسجلات، وكتب التسلية، وألعاب الكمبيوتر.. وغيرها.

٣- لابد من توفير الجو المناسب للطالب، بعيداً عن التشويش والتوتر والمشاحنات.

٤- أن يقوم الطالب بتنظيم الوقت ويخصص وقتاً محدداً للدراسة يومياً والالتزام به، والدراسة أولاً بأول بدلاً من جعل الواجبات الدراسية تتراكم عليه والاقتصار على دراستها ليلة الامتحان.

٥- أن يراقب الطالب سلوكه الدراسي أثناء أوقات الدراسة الفعلية التي يتم فيها التركيز على المهمات التعليمية، والعمل على زيادة زمن المذاكرة اليومي تدريجياً.

٦- أن يكافئ الطالب نفسه عندما ينجز المهمات التعليمية التي خطط لإنجازها، وذلك بإعطاء نفسه فترة راحة لمدة ١٠-١٥ دقيقة بعد كل ساعة إلى ساعتين دراسة، أو يكافئ نفسه بممارسة بعض النشاطات التي يفضلها، مثل مشاهدة التلفزيون، أو اللعب بالكمبيوتر، أو غير ذلك من النشاطات.

٧- أن يستخدم الطالب طريقة SQ3R التي تعني (survey, question, read, review, recite)، وهي الطريقة التي تقوم على المسح والتساؤل والقراءة والمراجعة والتسميع كأسلوب في الدراسة. فالطالب يجب عليه في بداية دراسته للمادة التعليمية، أن يتصفح العناوين الرئيسية (المسح)، ثم يقوم بتحويل هذه العناوين ورؤوس الموضوعات إلى أسئلة (التساؤل)، ثم يبدأ بقراءة الموضوع بحثاً عن إجابات للأسئلة (القراءة)، ثم يعمل على مراجعة الموضوعات الأساسية (المراجعة)، وأخيراً يعمل على تسميع المعلومات التي تعلمها وراجعها بصوت مرتفع (التسميع)، ثم يقوم بتلخيص النقاط البارزة. وقد ثبت نجاح هذا الأسلوب مع طلبة المرحلتين الثانوية والجامعية (شيفر وميلمان، ٢٠٠٦؛).

٨- أن يجزئ الطالب المادة الدراسية الطويلة والصعبة إلى وحدات صغيرة، بحيث يتمكن من دراستها وفهمها وحفظها، ويمارس التدريب المجزأ بشكل يومي وهكذا حتى يتمكن من المادة كلها في نهاية الأسبوع.

٩- لا بد من ثناء الآباء على الطالب عندما يحقق تقدماً في دراسته ويصل إلى إنجاز أكاديمي مناسب، ولا بأس من تقديم بعض المكافآت له بين الحين والآخر.

١٠- أن يستخدم أسلوب الاسترخاء العضلي للتخلص من القلق والتوتر سواء قبل الجلوس للدراسة أم قبل الامتحان (داود وحمد، ٢٠٠٤).





المراجع

أولاً - المراجع العربية:

- إبراهيم، عبد الستار؛ والدخيل، عبد العزيز؛ وإبراهيم، رضوى (٢٠٠٣). العلاج السلوكي للطفل والمراهق. الرياض: دار العلوم.
- إبراهيم، فيوليت فؤاد (١٩٩٧). حلقة بحث ما قبل التعليم المبكر (ما قبل المدرسة). القاهرة: الأنجلو المصرية.
- آرونز، مورين؛ جيتنس، تيسا (٢٠٠٦). الأوتيزم: المشكلة والحل. العلاج الأمثل لمرض التوحد. القاهرة: دار الفاروق.
- إسماعيل، محمد عماد الدين (١٩٩٥). الطفل من الحمل إلى الرشد (ج ١، ج ٢). الكويت: دار القلم.
- إيفانز، جوديت؛ مايرز، روبرت؛ إلفيلد، إيلين (٢٠٠٥). احتساب الطفولة المبكرة - دليل برمجة رعاية وتنمية الطفولة. بيروت: مكتب اليونسكو الإقليمي.
- بسيوني، سوزان صدقة (٢٠٠٥). التعبير الانفعالي وعلاقته بالمهارات الاجتماعية لدى عينة من طالبات كلية التربية للبنات بجدة وفعالية برنامج إرشادي للتخفيف من حدة الغضب. القاهرة: المؤتمر السنوي الثاني عشر لمركز الإرشاد النفسي. القاهرة: جامعة عين شمس، ٢٥-٢٧ كانون أول، ص ٦٣٥ - ٧١٤.
- البطاينة، أسامة؛ الجراح، عبد الناصر؛ غوانمة، مأمون (٢٠٠٧). علم نفس الطفل غير العادي. عمان: دار المسيرة.

- بطرس، بطرس حافظ (٢٠٠٧). إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرههم. عمان: دار المسيرة.
- البهي السيد، فؤاد (١٩٩٧). الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة. القاهرة: دار الفكر العربي.
- الحافظ، نوري (١٩٨١). المراهق (دراسة سيكولوجية). بيروت: دار الطليعة.
- الحجار، محمد حمدي (١٩٩٢). العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
- الحجار، محمد حمدي (١٩٨٧). أبحاث في علم النفس السريري والإرشادي. بيروت: دار العلم للملايين.
- الحجار، محمد حمدي (٢٠٠٧). علم النفس الجنائي. دمشق: دار اليقظة الفكرية.
- حسين، محمد عبد المؤمن (١٩٨٦)، مشكلات الطفل النفسية. الإسكندرية: دار الفكر الجامعي.
- حسين، عبد العزيز (٢٠٠٣). اتجاهات أفراد المجتمع نحو مدمني المخدرات المعالجين. المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، ص: ٢٦٩-٣٠٧.
- حسين، محي الدين (٢٠٠٣). التأهيل النفسي والاجتماعي لمتعاطي المخدرات ومدمنيها. الدليل الأول، مدخل إلى تأهيل مدمني المخدرات. القاهرة: المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان والمتعاطي.

- خضر، عبد الباسط متولي (٢٠٠٠). فعالية الإرشاد النفسي الديني والتدريب على المهارات الاجتماعية والدمج بينهما من خفض حدة الغضب لعينة من المراهقين. *مجلة كلية التربية، القاهرة: جامعة عين شمس، م ٣ ع (٢٤)، ص ٢١٧ - ٢٥٢.*
- خطاب، محمد (١٩٨٨). *انخفاض الدافعية. برامج في تعديل السلوك، خطوات إجرائية لمعالجة مشكلات سلوكية في المدرسة. مديرية الصحة المدرسية. عمان: جمعية عمال المطابع التعاونية.*
- الخوري، حنا؛ مختار، منال (١٩٩٤). *الطب النفسي، ط ٥. دمشق: منشورات جامعة دمشق.*
- دافيدوف، لندال (١٩٨٣). *مدخل علم النفس. ترجمة سيد الطواب وآخرون. الرياض: دار ماكجروهيل.*
- داود، نسيم؛ حمدي، نزيه (٢٠٠٤). *بعض مشكلات المراهقة وأساليب المساعدة في حلها. الرياض: مكتب التربية العربي لدول الخليج.*
- الدوس، سينوت حليم؛ والدنشاري، عز الدين (١٩٩٦). *الميلاتونين. القاهرة.*
- ربيع، هادي مشعان (٢٠٠٧). *المرشد التربوي ودوره الفاعل في حل مشاكل الطلبة. عمان: دار عالم الثقافة.*
- الروسان، فاروق (١٩٩٦). *سيكولوجية الأطفال غير العاديين. مقدمة في التربية الخاصة. عمان: دار الفكر.*
- رياض، سعد (٢٠٠٢). *الاضطرابات النفسية للأطفال والمراهقين: التشخيص الوقاية والعلاج. المنصورة، دار الكلمة.*

- ريزو، جوزيف ؛ زابل، روبرت (١٩٩٩). **تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً، ج ١**. ترجمة: عبد العزيز السرطاوي، وزيدان السرطاوي. العين: دار الكتاب الجامعي، الإمارات العربية المتحدة.
- الزريقات، إبراهيم (٢٠٠٤). **التوحد: الخصائص والعلاج**. عمان: دار وائل.
- الزعبي، أحمد محمد (٢٠٠٨). **المشكلات النفسية والسلوكية والدراسية عند المراهقين والشباب**. دمشق: دار الفكر.
- الزعبي، أحمد محمد (٢٠٠١). **أسس علم النفس الجنائي**. عمان: دار زهران.
- الزعبي، أحمد محمد (١٩٩٦). **سيكولوجية المراهقة**. صنعاء: دار الآفاق.
- الزعبي، أحمد محمد (٢٠٠٥). **مشكلات الأطفال النفسية والسلوكية والدراسية - أسبابها وسبل معالجتها**. دمشق: دار الفكر.
- الزعبي، أحمد محمد (٢٠٠٧). **النمو الإنساني: الطفولة والمراهقة**. دمشق: دار الفكر.
- الزعبي، أحمد محمد (٢٠٠٨). **المشكلات النفسية والسلوكية والدراسية عند المراهقين والشباب - أسبابها وسبل معالجتها**. دمشق: دار الفكر.
- الزعبي، أحمد محمد (٢٠١٢). **الأطفال التوحديون**. دمشق: دار الفكر.
- الزعبي، وليد علي (١٩٩٧). **الغيرة: عاطفة تحتاج إلى توجيه**. مركز المعلومات القومي. دمشق: **مجلة المعلومات**. السنة السادسة، العدد ٦١، ص: ٥٢ . ٥٥.
- زيدان، محمد مصطفى (١٩٩٤). **النمو النفسي للطفل والمراهق ونظريات الشخصية، ط ٤**. جدة: دار الشروق.

- سوين، ريتشارد (١٩٨٨). علم الأمراض النفسية والعقلية. (ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة)، القاهرة: دار النهضة العربية.
- شحيمي، محمد أيوب (١٩٩٤). مشاكل الأطفال.. كيف نفهمها؟ المشكلات والانحرافات السلوكية وسبل علاجها. بيروت: دار الفكر العربي.
- الشيخ حمود، محمد؛ العمار، خالد (٢٠١٢). الإرشاد المدرسي. جامعة دمشق: مطابع جامعة دمشق.
- الشيخ، دعد؛ العاسمي، رياض (٢٠١١). مشكلات الأطفال والمراهقين. دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- شيفر، شارلز؛ ميلمان، هوارد (٢٠٠٦). مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها. ترجمة سعيد العزة. عمان: دار الثقافة.
- صادق، آمال؛ أبو حطب، فؤاد (١٩٩٥). نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلى مرحلة المسنين، ط٣. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- الصبوة، محمد نجيب (١٩٩٤). التفكير التجريدي والإبداعي لدى مرتفعي القلق ومنخفضيه من طلاب الجامعة. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ٨ع. القاهرة: المصرية للدراسات النفسية، إبريل، ص ص: ١٧ . ٤٥.
- الطحان، محمد خالد، وسيد الطواب؛ ونيل محمود (١٩٨٩). أسس النمو الإنساني، ط٣. دبي: دار القلم.
- عارف، زبيدة أسامة (١٩٩٢). دوافع الإنجاز ودوافع الانتماء، وعلاقتها بالتفوق في التحصيل الدراسي لدى طالبات الثانوية العامة بمدينة جدة. رسائل الماجستير في

- النفس، ج ٢، مركز البحوث التربوية والنفسية، مكة المكرمة: ص ٥٩٧ - ٦١٣.
- عامر، طارق (٢٠٠٨). **الطفل التوحدي**. عمّان: اليازوردي.
- عبد الحميد، سهام علي (٢٠٠٢). فاعلية برنامجين إرشاديين لمواجهة مشكلة التأخر الدراسي. **مجلة الإرشاد النفسي**، القاهرة: ع (١٥)، ص: ١٦٩-٢٠٤.
- عبد الخالق، أحمد محمد؛ ومايسة النبال (١٩٩٢). الدافعية للإنجاز وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية لدى عينة من تلاميذ المدارس الابتدائية وتلميذاتها بدولة قطر. **مجلة مركز البحوث**، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- عبد السلام، فاروق؛ طاهرة، ميسرة؛ مهنى يحيى (١٩٩٧). **مدخل إلى الإرشاد التربوي والنفسي**. جدة: الدار السعودية للنشر والتوزيع.
- عبد اللطيف، غازي (١٤٢٧هـ). **التدخين بين الطب والدين**. عمّان: دار ابن حزم.
- عريفج، سامي (١٩٨٧). **علم النفس التطوري**. عمان: دار مجدلاوي.
- عليوات، محمد عدنان (٢٠٠٧). **الأطفال التوحديون**. عمّان: اليازوردي.
- العواملة، حابس؛ مزاهرة، حابس (٢٠٠٣). **سيكولوجية الطفل - علم نفس النمو**. عمان: الأهلية للنشر.
- عودة، محمد؛ مرسى، كمال إبراهيم (١٩٨٤). **الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام**. الكويت: دار القلم.
- العيسوي، عبد الرحمن (١٩٩٠). **الإرشاد النفسي**. الإسكندرية: دار الفكر الجامعي.

- العيسوي، عبد الرحمن (١٩٩٣). مشكلات الطفولة والمراهقة. أسسها
الفسولوجية والنفسية. بيروت: دار العلوم العربية.
- الغريب، أسامة (٢٠٠٣). بعض مظاهر اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى
ذوي التعاطي المتعدد والكحوليين. رسالة دكتوراه غير منشورة، المنيا، جامعة المنيا.
- الغريب، عبد العزيز علي (٢٠٠٨). القبول الاجتماعي للمدمن المتعاطي: دراسة
ميدانية على عينة من أفراد المجتمع بمدينة الرياض. مجلة البحوث
الأمنية، الرياض: م (١٦)، ع (٣٨)، ص: ١٥-٨٢.
- فراج، عثمان لبيب (٢٠٠٣). العوامل المسببة للتوحد. اتحاد هيئات رعاية الفئات
الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية، ع ٧٤، يونيه.
- الفقي، حامد (١٩٨٦). واقع الطفل الكويتي قبل المدرسة الابتدائية. الكويت:
الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.
- فكري، محمود؛ وأبو صعب، بسام (٢٠٠٢). البحث الدولي حول استهلاك التبغ
بين الأطفال والمراهقين. أبو ظبي: الإدارة المركزية للتنشيط الوقائي - قطاع الطب.
- الفوزان، محمد أحمد (٢٠٠٣). التوحد: المفهوم.. والتعليم.. والتدريب. الرياض: دار
عالم الكتب.
- القريطي، عبد المطلب أمين (١٩٩٨). في الصحة النفسية. القاهرة: دار الفكر
العربي.
- القشعان، حمود؛ والكندري، يعقوب (٢٠٠٢). العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤدية
لتعاطي المخدرات والمسكرات: دراسة ميدانية على المدمنين الكويتيين. المجلة التربوية

- ، الكويت:، جامعة الكويت، ص ص ٧٥-١٢٣.
- قطامي، نايفة (١٩٩٢). **أساسيات علم النفس المدرسي**. عمان: دار الشروق.
- القمش، مصطفى نوري؛ المعاينة، خليل عبد الرحمن (٢٠٠٧). **سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**. عمان: دار المسيرة.
- قناوي، هدى (١٩٩٢). **سيكولوجي المراهقة**. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- الكندري، هيفاء (٢٠٠٩). **العمل الاجتماعي مع ذوي الاحتياجات الخاصة وأسره**. الكويت: مكتبة الفلاح.
- ليوري، آلين؛ وفابن فيوليت (٢٠٠٠). **الدافعية والنجاح المدرسي**. ترجمة محمد الطيب سعداني. دمشق: المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف والنشر.
- المالح، حسان (١٩٩٥). **الخوف الاجتماعي**، ط ٢: دمشق: دار الإشراف.
- مسن، بول؛ كونجر، جوني، كاجان، جيروم (١٩٩٣). **أسس سيكولوجية الطفولة والمراهقة**، ط ٢. الكويت: مكتبة الفلاح.
- النابلسي، محمد أحمد (١٩٩١). **علم نفس المجتمع، الإدمان وحش يهدد المجتمع**. بيروت: الثقافة النفسية، ٢(٥)، كانون ثاني.
- نافع، إبراهيم (١٩٩١). **في بيتنا مدمن، كيف نمنع الكارثة؟ القاهرة: مركز الإهرام**.
- نصار، كريستين (١٩٩٣). **كيف نتعامل مع أولادنا اليوم**. بيروت: دار العلم للملايين.
- النيال، مایسة (١٩٩٦). **الخجل وأبعاد الشخصية: دراسة ارتقائية وارتباطية**.

دراسات نفسية . القاهرة: رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، م ٦ ، ع ٢٤ ، ص ١٧٣-٢٣٠ .

- الهاشمي، عبد الحميد (١٩٩٠). علم النفس التكويني، ط ٦. الرياض: دار الهدى.

- هرمز، صباح حنا؛ إبراهيم، يوسف حنا (١٩٨٨). علم النفس التكويني- الطفولة والمراهقة. جامعة الموصل: دار الكتب للطباعة والنشر.

- وطفة، علي (١٩٩٦). الأسس الفيزيولوجية والنفسية للعنف والعوانية. هل يمكن للعنف الإنساني أن يفسر على نحو فيزيولوجي؟ المعرفة. دمشق: وزارة الثقافة، العدد ٣٩٩، ك ١، ص ص: ٥٣ - ٦٨ .

- ياسين، عطوف محمود (١٩٨٨). أسس الطب النفسي الحديث. بيروت: مؤسسة يحسون الثقافية.

ثانياً - المراجع الأجنبية:

- American Psychiatric Association(APA)(1994).**Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders. 4th. Edition, Washington.**
- Bayer, R., & Colgrove, J. (2002). Politics and Ideology in The Campaign Against environmental Tobacco Smoke; **Am Public Health**, 92: p 949-954.
- Bee, H. (1981). **The Developing Child**. Th. Ed., New York: Harper & Row, Publishers, Inc.
- Corsini, R. (1987). **Concise encyclopedia of psychology**,

- New York: John Wiley & Sons.
- Esch, IS. & Carr, JE. (2004). Secretin as a treatment for autism: A review of the evidence. **Journal of autism and developmental disorders**. 34 (5):543-556.
 - Harris, A. (1986). **Child development**. New York: west publishing company.
 - Hurlock, E.B. (1981). **Developmental Psychology**. New Delhi, TMH.
 - James.; Stephen. Temple. Rimland, B. (2004). A advise for parents of Young Autistic children: Working Paper: Greater Phoenix Chapter of the Autism Society of American: http://www.phxautism.org/autism_overview_03_08_04_%20AZ%20ad+dendum.doc
 - Michael,G&Nadine,B.,John,M(2002). **Factors Associated with Abstinence Lapse or Relapse to Heroin use after residential Treatment**. USA: **Addiction**, Vol.97, Issue10.
 - News. Naseej. Com (2004). Allrights reserved. <http://www.Ahaatthyme.Com&kidshealth.Org>.
 - Pilkons, P. & Zimbardo, P. (1979). The **Personal and social dynamics of shyness**, In C.E. Izard (Ed.). **Emotions in Personality and Psychopathology**. New York: Plenum press, 133-160.
 - Taylor,D.H.(2002). Benefits of Smoking Cessation for Longevity. **Am J Public Health**,92,P:902-996.
 - World Health Organization (2002). Tobacco Free Sports –

- Towards Tobacco Free Generation. **World no tobacco day.**
Global Deception:25-28.
- Stewart, K. (2007).**Helping a child with nonverbal learning disorders or Asperser's disorder:** A parent's guide (2ed.).
New harbinger Publications, Inc.: Oakland, CA.
- Willis,S.L.(2003).Acomprehensive guide to managing Autism
[http://www.cancertutor.com/comprehensive guide.doc](http://www.cancertutor.com/comprehensive_guide.doc).
- Witwer, A. & Lecavalier, L. (2005).Treatment incidence and
Patterns and adolescents with autism spectrum disorders.
Journal Of child and adolescent's psychopharmacology,
15(4):671-681

اللجنة العلمية:

أ.د. سامر رضوان

أ.د. علي نحيلي

د. كمال بلان

المدقق اللغوي:

د. سامر زيود

حقوق الطبع والترجمة والنشر محفوظة لمديرية الكتب والمطبوعات