

" أنماط تواصل الأهل مع أولادهم الذين يعانون من اضطرابات في الإصغاء والتركيز والإفراط في الحركة " , هل تحدّ منها أم تعزّزها؟

رولا الكرد/ بدارنة

مُحاضرة ومرشدة تربوية في كلية دافيد يلين

توطئة:

تعتبر ظاهرة الـ ADHD (*Attention deficit hyperactivity disorder*) الموجودة بنسبة 3-5% في جميع الناس, الاضطراب العصبي التطوري الأكثر انتشاراً في مرحلة الطفولة , ويعدّ من بين الحالات المزمنة المنتشرة للغاية , وذات الانعكاسات بعيدة الأثر على الأولاد في سنّ المدرسة (*American Academy of Pediatrics*, 2000). ويتميز هذا الاضطراب بخلل في الأنماط السلوكية التطورية, فيما يتعلّق بالإصغاء لدى الولد , أو الإفراط في الحركة الاندفاعية, التي توصف في كثير من الحالات بأنها من العوامل المؤدية إلى حدوث خلل في الأداء الاجتماعي أو التعليمي أو العائلي.

يتحدث المرشد الأخصائي للاضطرابات العقلية والنفسية *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) IV; عن ثلاثة أنواع من الـ ADHD وهي:

- النوع الأول: العامل الرئيسي والأبرز فيه هو انعدام الإصغاء .

(*Predominantly Inattentive type*)

- النوع الثاني: يتميز بالإفراط في الحركة والاندفاعية والنشاط المفرط والمكثف.

- النوع الثالث: ويشمل النوعين السابقين , أي انعدام الإصغاء , والإفراط في الحركة الاندفاعية.

يتفاوت الأولاد الذين يعانون من هذه الظاهرة باعتبارهم مصنّفين بصورة رسمية تحت تسمية *Disruptive Disorders of Childhood* في درجة اعتبار سلوكهم سلبياً وشائكاً ومعيقاً أو متسبباً بضائقة آخذة في التفاقم, أو في اعتبارهم عيباً يجثم على

كاهل الأهل أو على جهات أخرى في محيطهم. وتوطئة للنقاش الذي سيُعرض لاحقاً يمكن الإشارة إلى أن الضائقة التي يعيشها أهالي هذه الفئة من الأولاد ليست ناجمة حصراً عن التعاطي مع أعراض انعدام الإصغاء أو الاندفاعية والإفراط في الحركة , وإنما بسبب المطالب الأخرى التي تواجههم بخصوص هؤلاء الأولاد , والناجمة عن مشاكلهم السلوكية, وبالتالي يعاني أهالي هذه الفئة من الأولاد في كثير من الأحيان من تلقي المكالمات المتكررة من المعلمين حول اختلال سلوك ابنهم, وعليهم "تعليل" سلوك ابنهم للأهالي الآخرين, ويتعرضون في كثير من الأحيان للقيود الاجتماعية, وهكذا نجدهم في كثير من الأحيان مضطرين للتغيب عن العمل لكي يشاركوا في اللقاءات التي تُعقد في العيادة العلاجية , ونجدهم في كثير من الأحيان يشعرون بالقلق الدائم من مغبة تعرض ابنهم للأصابة بحادث بسبب سلوكه وهم على حق في ذلك , ونشير إلى أن هذه هي عوامل التوتر والضغط التي يتحدّث عنها عادة أهالي الأولاد الذين يعانون من الـADHD. (Johnson, and Reader, 2002).

ونظراً لأنّ نتائج الأبحاث تلمّح إلى إمكانية أن تمثّل التصرفات المستعرضة بواسطة هذه الفئة من الأولاد عوامل ضغط وتوتر عائلية ملموسة , وأن هذه العوامل منوطة بالنتائج السلبية , فقد كان من المثير القيام بمهمتين:

الأولى – فحص العلاقة ما بين المشاكل السلوكية للأولاد الذين يعانون من هذه الظاهرة, وبين نمط تواصل الأهل.

الثانية - رؤية هل يؤثر نمط تواصل الأهل على تفاقم الاضطرابات السلوكية لدى هذه الفئة من الأولاد أو يحدّ منها!

سأتناول خلال هذا المقال تعريف الـADHD, خصائصه, مقوماته المركزية, وظواهر مترتبة على هذه المشكلة , ثم أنتقل إلى القسم الرئيسي من المقال , والذي سيتم الفحص فيه من خلال الكتب والمنشورات العلمية التي تُعنى بالعلاقة ما بين المشاكل السلوكية لدى هذه الفئة من الأولاد ونمط تواصل الأهل , إذا ما كان الأهل يؤثرون على سلوك ابنهم الذي يعاني من الـADHD أم لا؟

وسيتّم التطرق في الختام إلى السؤال الهامّ الذي يتمّ توجيهه للأهل, وهو: كيف يمكن منع تفاقم المشكلة والحفاظ على عدم استفحال الاضطرابات السلوكية لدى الأولاد الذين يعانون من اضطراب في الإصغاء والتركيز؟

تعريف اضطراب الإصغاء والتركيز:

ADHD هو اختصار لتعريف قلة الانتباه والتركيز , مع الإفراط في الحركة (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), حيث عادةً ما تظهر قبل سن سبع سنوات, وهناك كثير من المدارس فيها أطفال يعانون من هذه المشكلة, لكن المشكلة الأكبر هي أن قلة من المعلمين والأهل لديهم المعلومات الكافية عنه, وعن كيفية التعامل معه.

يُعتبر اضطراب الإصغاء والتركيز مع الإفراط في الحركة خلا تطورياً في السيطرة الذاتية , ومن عوارضه: مشاكل في الإصغاء والسيطرة على الدوافع, كثرة الحركة, بالإضافة إلى التصرفات غير المقبولة من الناحية الاجتماعية , حيث يقومون بتصرفات تتميز بالمعارضة والرفض, بحيث نعرفهم من خلال التشخيص ((oppositional defiant disorder (ODD) - وهو اضطراب يتميز بسلوك معارض وغير منصاع). ويظهر حوالي 20% حتى 30% من هؤلاء الأولاد أعراضاً من السلوك غير الاجتماعي المركب من اضطراب سلوكي (conduct disorder – CD), مع العلم أن هذه الحالة تتفاقم خلال سنّ المراهقة لتبلغ حوالي 40%-60%

(Barkley et al., 1990, من: Harrison, Christine & Sofronoff, 2002).

وهناك من يعتبر الـ ADHD بمثابة خلل عصبي يؤثر على نحو خمسة بالمائة من شريحة الأولاد في الولايات المتحدة وإسرائيل, بحيث يؤدي هذا الخلل إلى اضطرابات في الإصغاء , ويتطرق إلى ظاهرة تشمل أعراضاً مثل: الخلل في الإصغاء, الاندفاعية والإفراط في النشاط الحركي. (٦٦٢-٧١٧, 1997).

مميزات هذه الفئة من الأولاد:

تجد هذه الفئة من الأولاد صعوبة في تركيز انتباههم واهتمامهم على المحفزات والمؤشرات ذات الصلة بالمهمة المطلوبة, ويتميزون بنزعتهم للتعاطي مع مفاهيم غير سليمة من هذه المحفزات والمؤشرات , أو مع محفزات ومؤشرات ليس لها أي صلة بالمهمة المطلوبة منهم أصلاً, ويتجسد ذلك في استصعابهم إتمام المهام الأكاديمية

والاجتماعية المطلوبة منهم. كذلك تمتاز هذه الفئة من الأولاد باضطرابات سلوكية تشمل مشاكل الانضباط وممارسة العنف تجاه الأصدقاء , وميولاً للكذب والعلاقات السلبية مع زملاء والكبار , مع التنويه إلى أن القدرة المتدنية على التكيف في الحياة اليومية مع زملائهم وأبناء جيلهم تفضي إلى نبذهم واستبعادهم.

الاندفاعية أيضاً هي مميز آخر لفئة ال-ADHD, وتظهر بشكل جلي وواضح على تصرفاتهم, فما هي مؤشرات الاندفاعية؟

تتمثل هذه المؤشرات في عدم قدرة هذه الفئة من الأولاد على التفكير بعواقب سلوكهم قبل القيام بهذه التصرفات. ومن المعروف أن هؤلاء الأولاد ذوو قدرة متدنية أو قاصرة على معالجة المعلومات الاجتماعية بسبب التسرع في الاختيار , ولأنهم لا يأخذون كافة الاعتبارات والأبعاد بالحسبان, مع التأكيد بأن هؤلاء الأولاد سرعان ما يصابون بالإحباط, إلى جانب رغبتهم وتلفهم على تلبية احتياجاتهم على الفور, وانعدام قدرتهم على التفكير بالنتائج , وانعدام قدرتهم على التعلم من التجربة.

السلوك والتفكير الاندفاعي يدفعهم في كثير من الحالات إلى مواجهة أوضاع خطيرة بسبب نزعتهم لردود فعل عنيفة, أو غير مقبولة من الناحية الاجتماعية , وهذا ما يجعل زملاءهم وأبناء جيلهم ينظرون إليهم وكأنهم غير ناضجين من الناحيتين الاجتماعية والعاطفية, وبالتالي تكون النتيجة النفور منهم ونبذهم وعدم تقبلهم.

ويشار إلى أنّ الإفراط في الحركة والنشاط هو إحدى الخصائص الأخرى , نظراً لأنّ هؤلاء الأولاد يميلون إلى المبالغة في الحركة خلال الجلوس على كراسيهم ومقاعدهم, ويبدو ذلك واضحاً من خلال كثرة وقوفهم , ووتيرة تجولهم في الصف , والانشغال عن المهمة المطلوبة منهم بأمور أخرى , ما يتسبب في إثارة الغيظ والرفض لدى الكبار والأولاد الآخرين.

وعلاوة على ذلك فإنّ هؤلاء الأولاد يستصعبون فصل الواقع عن المشاعر والعواطف , فنجدهم انفعاليين أكثر من الأولاد الآخرين (Phd, Frankel & MD, Feinberg, 2002; Barkley, 1990) ; ٢٢٢ - لاو١١٦, 1997.

ويضيف جيجل و جيجل (2000) أن المزيد من الاضطرابات المترتبة على هذه الحالة لم يتم ايرادها حتى الآن وهي: صعوبات التعلم, والاضطرابات التي تعزى إلى التفاعل بين الأهل والولد , والانتقال غير السليم للمراحل المختلفة من التطور.

ولكن ما يجب ذكره والتنويه إليه الآن هو أن الأطفال الذين يعانون من كثرة النشاط الحركي وقلة التركيز ليسوا أطفالا مشاغبين, أو عديمي التربية, بل هم أطفال يعانون من مشكلة مرضية لها تأثير سيء على التطور النفسي للطفل , وتطور ذكائه وعلاقاته الاجتماعية.

ظهور الأعراض:

ترى و١٦٦٥ (1994) أن هذه الأعراض تبدأ قبل سنّ الرابعة , لكننا لا ننتبه إليها في غالبية الحالات إلا عندما يتواجد الولد في إطار المدرسة. وهي تتفق في الرأي مع كلّ من Johnson & reader (2002) اللذين لاحظا أن هذا الخلل أكثر انتشاراً في صفوف الأولاد الذكور منه لدى الإناث , مع الإشارة إلى أن الكثير من الأبحاث التي أجريت منذ ذلك الحين تقدر بأنّ النسبة بين الذكور تبلغ ستة أضعاف التي بين الإناث.

تشخيص ظاهرة اضطراب الإصغاء والتركيز:

أحياناً يكون من الصعب جداً تشخيص هذه الحالة , حيث أنها تتشابه مع أمراض كثيرة أخرى , وتبدأ الأعراض عادةً قبل أن يبلغ الطفل سن السابعة , ويجب قبل وضع التشخيص استبعاد كل الأمراض والاضطرابات العاطفية الأخرى. وتساعدك القائمة التالية لتعرف فيما إذا كان طفلك مصاباً بهذه الحالة أم لا , فبعد أن تستطلع هذه القائمة من الأعراض وتجد أن قسماً كبيراً منها ينطبق على حالة طفلك , فيجب عليك استشارة طبيب الأطفال.

الأطفال ما بين سن الثلاث إلى خمس سنوات:

- الطفل في حالة حركة مستمرة ولا يهدأ أبداً.
- يجد صعوبة بالغة في البقاء جالساً حتى انتهاء وقت تناول الطعام.
- يلعب لفترة قصيرة بلعبه , وينتقل بسرعة من عمل إلى آخر.

- يجد صعوبة في الاستجابة للطلبات البسيطة.
- يلعب بطريقة مزعجة أكثر من بقية الأطفال.
- لا يتوقف عن الكلام ويقاطع الآخرين.
- يجد صعوبة كبيرة في انتظار دوره في أمر ما.
- يأخذ الأشياء من بقية الأطفال دون الاكتراث لمشاعرهم.
- يسيء التصرف دائماً.
- يجد صعوبة في الحفاظ على أصدقائه.
- يصفه المدرسون بأنه صعب التعامل.

الأطفال ما بين ست إلى اثنتي عشرة سنة:

- يتورط هؤلاء الأطفال عادةً بأعمال خطيرة دون أن يحسبوا حساب النتائج.
 - يكون الطفل في هذا العمر متمملاً كثير التلوي والحركة , ولا يستطيع البقاء في مقعده, ويمكن أن يخرج من مقعده أثناء الدرس ويتجول في الصف.
 - من السهل شد انتباهه لأشياء أخرى غير التي يقوم بها.
 - لا ينجز ما يطلب منه بشكل كامل.
 - يجد صعوبة في إتباع التعليمات المعطاة له.
 - يلعب بطريقة عدوانية فظة.
 - يتكلم في أوقات غير ملائمة , ويجيب على الأسئلة بسرعة دون تفكير.
 - يجد صعوبة في الانتظار في الدور.
 - مشوش دائماً ويضيع أشياءه الشخصية.
 - يتردى أداؤه الدراسي.
 - يكون الطفل غير ناضج اجتماعياً , وأصداؤه قلائل , وسمعته سيئة.
 - يصفه مدرسه بأنه غير متكيف أو غارق بأحلام اليقظة.
- الأسباب المؤدية لاضطراب في الأصغاء والتركيز:**
- أسباب هذه الحالة غير معروفة تماماً , ويمكن لأي مما يلي أن يكون سبباً لهذه الحالة:
 - اضطرابات في المواد الكيماوية التي تحمل الرسائل إلى الدماغ.
 - إذا كان أحد الوالدين مصاباً فقد يصاب الأبناء.

- قد ينجم المرض عن التسممات المزمنة.
 - قد تترافق الحالة مع مشاكل سلوكية أخرى.
 - قد ينجم المرض عن مشكلة دماغية قديمة. (Barkley, 1990)
- بعض الدراسات الحديثة تشير إلى أن قلة النوم عند الطفل على المدى الطويل قد تكون سبباً في هذه الحالة , كما عند الأطفال المصابين بتضخم اللوزتين .

العلاقة بين المشاكل السلوكية لهذه الفئة من الأولاد وبين أسلوب تواصل الأهل:

من أجل فهم العلاقة بين أهل الولد وابنهم , سيتم التطرق بصورة مقتضبة لنظرية التواصل.

استعراض عام لنظرية التواصل

تنتقل نظرية التواصل من الافتراض الأساسي القاضي بأن تصرفات التواصل تشكل جزءاً من مجموعة الغرائز السلوكية التي تنتظم حول شخصيات تواصل , حيث يحاول الأطفال إنشاء قاعدة من الاستقرار والقوة والأمان مع أول شخص يعيرهم الاهتمام , وتكون هذه الشخصية عادة هي الأم , ومن هنا يطور الأولاد في مرحلة لاحقة ميول البحث والتحري. وتطلق على هذا التفاعل ما بين الأم والطفل تسمية "التحقيق من الأساس الآمن (المستقر, القوي)" (exploration form a secure base) (Ainsworth, 1967, من: Erdman, Phyllis 1998). عندما يشعر الأولاد بأن العوامل البيئية المحيطة بهم تعرضهم للخطر , وتؤثر على استقرارهم وأمانهم , فإنهم يحاولون إعادة إنشاء التفاعل مع شخصية متواصلة معهم لاستعادة الشعور بالأمان. وإذا كان رد فعل شخصية التواصل يتسم بالإيجابية بواسطة تنمية وضمان الأمان , فإن الولد يطور التواصل المتسم بالاستقرار مع هذه الشخصية , وهكذا يحصل على التشجيع لمواصلة عملية التحري والفحص في المستقبل, أما إذا كان رد فعل هذه الشخصية سلبياً من خلال التجاهل والتهرب من احتياجاته , أو انعدام السلوك المنهجي , فإن الولد ينمي سلوكاً يفتقر للاستقرار والأمان , وبالتالي فإنه لا يحصل على الحث والتشجيع للمحاولات التي يقوم بها في الفحص والتحقيق , أو ربما لا ترى هذه المحاولات النور , لأن هناك ضائقة شديدة للغاية ترافقها.

سواء كانت ردود فعل شخصية التواصل الخاصة بالولد سلبية أو إيجابية , فإنها تبقى في دماغ الولد وتدعى "الموزج العمل الداخلي" (internal working model) (Erdman, Phyllis, 1998; Bowlby 1988; Crittenden, 1990).

كان هذا عرضاً لنظرية التواصل باقتضاب, والآن سيتم التطرق إلى العلاقة بين الأهل والابن الذي يعاني من الـ ADHD.

تشكل الإعاقات , مثل اضطرابات الإصغاء , وتأثيرها على الأداء الاجتماعي والأكاديمي لدى الأولاد خلال العقد الأخير من الزمن مصدراً للقلق في صفوف الأهل والمربين. وعلى أي حال فحتى قبل عدة سنوات لم يكن لدى الأهل ما يكفي من الموارد للحصول على المعلومات الدقيقة حول تلك الإعاقات: (٦٦٣ - ٧٠٦ , 1997).

تضيف Elizabeth وزملاؤها (1993) بأن الأولاد الذين يعانون من هذه الظاهرة يفرضون على الأهل والمعلمين تحديات ملموسة , لا سيما وأن الإفراط في نشاطهم وعدم قدرتهم على الإصغاء واندفاعيتهم وسرعة اصابتهم بالإحباط تتطلب من الكبار المزيد من المهارات والتريث وطول البال والصبر. وما يزيد الطين بلة هو إن الكثير من هؤلاء الأولاد لا يمكننا السيطرة عليهم بسهولة من خلال طرق وتقنيات ومحفزات إيجابية (Douglas & Parry, 1983; Prior, Wallace & Milton, 1983) من:

(Elizabeth et al., 1993). وليس من قبيل المفاجأة أن يزيد المعلمون من الكبح والحزم في التعامل معهم , أو من الممكن أن تكون ردود فعل الأهل الذين يعانون أولادهم من هذه الظاهرة أقل إيجابية تجاههم (Campbell, 1975; Cunningham & Barkley, 1979 من: Elizabeth et al., 1993). ولا بدّ من الإشارة إلى أنه عندما يتناول هؤلاء الأولاد الأدوية والعقاقير المنشطة تتراجع الأعراض لديهم بصورة ملموسة, وبالتالي فإنّ الأهل والمعلمين على حدّ سواء يجب أن يتعاملوا معهم بصورة أكثر إيجابية , وتشير هذه المعطيات إلى أن الطرق والوسائل السلبية والحازمة التي يتبعها الكبار في التعامل مع هؤلاء الأولاد تظهر وتتواصل من خلال المقومات السلوكية الخاصة بهذا الاضطراب.

التنكيل الجسدي

يمثل التنكيل الجسدي نموذجاً متطرفاً من السلوك السلبي الذي ينتهجه الكبار , وتطرح المعطيات آفة الذكر أنّ الأولاد الذين يعانون من ظاهرة الإفراط في الحركة والنشاط وقلة الانتباه يكونون أكثر عرضة لمثل هذا التنكيل. (Elizabeth et al., 1993).

يشير Barkley (1990), إلى أن الكتب والمنشورات تقترح أن يكون لحزم الوالدين وانصياع أو عدم انصياع الأولاد مكان بارز في العلاقة ما بين الأهل والولد, وتأثير ملموس على الحالة النفسية للولد وعلى سلوكه , لكن هاريسون وزملاؤها يرون أن هذه الظاهرة تتطلب الإشراف والمتابعة المكثفة من قبل الأهل خلال الطفولة والمراهقة, وهذا يشير إلى أن الإفراط في طلب المراقبة والمتابعة من الأهل يؤدي إلى "اضطراب عملية أداء الدور الطبيعي للأهل" وهذا تكون له انعكاسات بعيدة المدى على الأهل. (Barkley et al., 1992; من: Harrison, Christine & Sofronoff, 2002).

على سبيل المثال: الأهل الذين لديهم ولد كهذا يعانون من ضائقة أكبر في أداء دورهم كأهل بالمقارنة مع أهالي الأولاد العاديين , وأكثر بالمقارنة مع أهالي الأولاد الذين وجهوا إلى العيادة الطبية بدون تشخيص ADHD. (Breen and Barkley, 1988).

إذا أخذنا بعين الاعتبار الطبيعة المتغلغلة والمزمنة لظاهرة الإفراط في الحركة والنشاط وقلة الانتباه, فلا نتفاجأ بأن الكثيرين من الأهالي يواجهون مصاعب جمة في التعاطي مع هذا الاضطراب وأعراضه , بحيث تتعذر عليهم السيطرة على الموقف , وبالتالي يجدون أنفسهم في حالة عصبية. وإذا أخذنا بعين الاعتبار الوظيفة الحاسمة والمصيرية لأداء الأهل والعائلة في النتائج بعيدة المدى على هذا الولد , فقد وجد الباحثون أن تدرّج الحالة العصبية التي يواجهها الأهل كان عالياً جداً قياساً بالمعايير المقبولة لدى أهالي الأولاد الذين يعانون من ADHD, حيث أن عدوانية الولد وشدة الأعراض كان لها صلة بالحالة العصبية لدى الأهل. وتشير الأبحاث إلى أنّ انعدام المعرفة والإطلاع وانعدام المهارات المطلوبة للتعاطي مع هذه الظاهرة يعتبر من العوامل المؤدية لتفاقم الحالة العصبية لدى الأهل بالمقارنة مع أهالي الأولاد العاديين, مع الإشارة إلى أن الاكتئاب الذي يصيب الأمّ منوط بالمفهوم السلبي لسلوك الولد.

(Harrison, Christine & Sofronoff, K 2002; من: Forehand et al., 1986).

جولستين وجولستين (من: Harrison 2002) قالوا أنّ بعض الأهالي يفترضون أنّ غالبية مشاكل الولد ناجمة من عدم الانصياع أو عدم التجاوب المقصود والمتعمد أكثر من أن تعزى إلى عدم القدرة لدى الولد، وأنّ الأهل لا يحلون بصورة سليمة السلوك غير المقبول الصادر عن أولادهم، ويعتقدون أنه تصرف متعمد وبالتالي تكون ردود فعلهم سلبية.

حالات الفشل والأخفاق المتكررة في تحقيق انصياع الولد من الممكن أن تفضي إلى التراجع والابتعاد عن الولد في محاولة لتفادي التعرض للتجارب التي تبوء بالفشل، والشعور المتناقص من أداء دور الوالد بصورة سليمة وناجعة ومن ضائقة نفسية متفاقمة. هناك اعتقاد في الوقت الراهن يقول إنّ الأهل إذا كانوا قادرين على الفهم بأنّ مشاكل الولد ناجمة عن خلل في المهارات وعن عدم قدرته من الناحية الذهنية، وليس عن عدم التجاوب وعدم الانصياع بصورة حازمة وجازمة، فستكون لديهم دافعية أكبر، وسيشعرون بغضب أقل على الولد. لكن في البحث الوارد ضمن مقال هاريسون فقد كانت النتائج مناقضة تماماً لهذا الاعتقاد، لأنه عندما شعرت الأمهات بسيطرة متناقصة على سلوك الولد فقد درّجن أنفسهن وكأنهن يعانين من ضائقة واكتئاب. وكانت هذه النتيجة لانعدام القدرة في التأثير على صنع التغييرات في سلوك الولد، على الرغم من جميع الجهود التي تبذلها الأم. ومن المحتمل أن تكون هذه المشاعر منوطة بالمحاولة للسيطرة على "الأمر غير القابلة للسيطرة"، إذا أخذنا بعين الاعتبار أن المقومات الأساسية لهذه الظاهرة ليست خاضعة للسيطرة الإرادية لدى الولد، وبطبيعة الحال فإنّ الأهل لا يمكن منعها. (Harrison, Christine & Sofronoff, 2002).

في كثير من الأحيان يلاحظ الاضطراب السلوكي للمرة الأولى داخل العائلة، وفي التفاعل مع المعالجين الأوليين والرئيسيين.

وتعترف السايكوديناميكية، والتعلم الاجتماعي، والنظريات حول العلاقات العائلية بأنّ جودة العلاقة بين الأهل والولد لها وظيفة بالغة الأهمية في توليد أو تكريس المشاكل السلوكية، فإذا استوعب الولد العلاقات من حوله بصورة غير مستقرة، فمن الممكن أن يتسبب ذلك في تراجع موارده الشخصية (تدهور المهارات الاجتماعية، التنظيم العاطفي غير المقبول) وانعدام الدعم الاجتماعي (وهو النابع من عدم القدرة على إنشاء العلاقات). ومن الممكن أن تؤثر هذه العوامل عبر بلورة العملية التفاعلية بين الأهل والولد، ما يزيد

من المشاكل السلوكية للولد (مثلاً: قلة الانتباه والاهتمام أو تزايد انعدام المنهجية في وضع حدود لتصرفات الولد)، أو بواسطة الحد من التسامح مع المشاكل السلوكية والأحاسيس المشوّهة من قبل الأهل تجاه الولد.

(Patterson, 1986, من: Michelle Deklyen 1996).

وقد استعرض كرويل و فيلدمان (1988) (من: Michelle Deklyen 1996), البحث الأول الذي تمّ إجراؤه على أولاد في سنّ الروضة بعد توجيههم للعلاج الذي استخدمت فيه الوسائل المناسبة لتقييم التواصل بين الولد والأم , فتبيّن أنه كان لتواصل الأمّ وتصرفات الأهل والولد على حد سواء (انعدام الدعم من قبل الأم, تجاهل الولد والتهرب منه, والسلوك السلبي للولد) صلة باضطراب الولد. وقد فحص سبيلنر (1990) وزملاؤه (من نفس المصدر السابق), العلاقة بين تصنيف التواصل في سنّ الروضة والمشاكل السلوكية المشخصة عيادياً , فوجد أنّ 84% من الحالات الثنائية للأم والولد الموجّهين للعلاج لم تشهد تواصلًا مستقرًا أو آمنًا.

ويشير جيمس وستيفن في مقالهما إلى احد الأبحاث الذي لا يتعلق بصورة عينية بهذه الظاهرة , لكن تمّ تخطيط البحث لتقييم نماذج من أداء الأهل والعائلة في أنواع مشابهة من السلوك المضطرب (مثلاً: أولاد من ذوي المزاج الحادّ) , فأظهر أنّ تزايد المشاكل السلوكية لدى الولد له صلة بخوف الأم واكتئابها , وبالشعور من التراجع في وظيفة الأهل والحدّ من قدرة الوالدين على أداء وظيفتهما , وقلة التواصل بين الأهل والولد, وبالمزيد من العلاقات السلبية مع الزوج, والضائقة التي لها صلة بالعائلة.

(Jonson & Reader, 2002, من: Sheeber & Johnson, 1992)

يخلص جيمس وستيفن الى الاستنتاج في هذا المضمار بأنّ التصرفات السلبية لدى الأولاد قد تتسبب بسلوك سلبي من قبل الأهل. ويبدو أن هذا الاضطراب في دور الوالدين يؤدي إلى زيادة التصرفات السلبية لدى الولد , التي قد تؤدي بدورها إلى استفحال ضائقة الأهل. ومن الجائز ان تكون هذه الدائرة القسرية ناجمة عن تسبب الأهل بتصرفات سلبية لدى الولد وبالعكس , فيتسبب الولد بتصرفات سلبية لدى الأهل , ما يتسبب في تفاقم الضائقة والتأثير السلبي على أداء كل من الأهل والولد, وهذا يزيد من عوارض الظاهرة ولا يساعد في التخفيف منها.

(Jonson & Reader, 2002, من: Sheeber & Johnson, 1992)

ولإلقاء الضوء على هذه الظاهرة بشكل أكبر، كانت لي هذه المقابلة مع والدته تُعاني طفلتها من صعوبات في التركيز والإصغاء، وهذا مُلخص ما جاء فيها:

عمر الطفلة: 9 سنوات.

عدد الاخوة: أخ واحد أصغر منها بسنتين.

مؤهلات الأم: دبلوم سكرتاريا.

مؤهلات الأب: ثانوي.

عمل الأم: ربة بيت.

عمل الأب: تاجر.

الأسئلة التي طرحت على الأم:

- ما هي المشكلة التي تعاني منها ابنتك؟
- كيف لاحظت وجود المشكلة؟
- كيف أثرت هذه المشكلة على تصرفات وسلوك ابنتك؟
- هل تلقيت تفسيراً واضحاً لمشكلة ابنتك؟
- كيف تقبلت وجود هذه المشكلة؟
- ما مدى تأثير هذه المشكلة على علاقتك بابنتك؟ وهل تخلق لك ولنفسها المشاكل؟
- ما مدى الضغط الذي تُلقيه عليك حالة ابنتك؟
- هل تلقيت دعماً ومساندةً من العائلة المحيطة؟
- هل تؤثر هذه المشكلة على علاقاتك الاجتماعية؟
- هل هنالك تفهم من المدرسة لحالة ابنتك؟
- كيف تتعاملين مع ابنتك في المواقف المختلفة؟ وكيف يؤثر ذلك على تعاملها وسلوكها؟ مع مثال.
- السؤال الأخير، حسب رأيك ومن خلال تجربتك مع ابنتك، كيف يمكن منع تفاقم المشكلة والحفاظ على عدم استفحال الاضطرابات السلوكية؟

ملخص إجابات والدة الطفلة:

لاحظت وجود المشكلة منذ دخول ابنتي لصف البستان, فجميع الفعاليات التي يعملها الطلاب من ألعاب تركيبية وتلوين, كانت ابنتي لا تعملها ولا تركز بالفعالية, والمعلمة كانت دائماً تقول لي: " ابنتك عندها مشكلة" " ابنتك بطينة ولا تركز بالفعاليات ". طلبت مني مرشدة المدرسة أن أخذ ابنتي لمركز الإرشاد, حتى تتأكد من أن هذه المشكلة ليست مشكلة نفسية أو من مشكلة عائلية.

ولكن قبل توجهنا لمركز الإرشاد حصل فراغ بيني وبين ابنتي, حيث كنت كثيرة الصراخ ودائمة العصبية ودائماً ألقى اللوم عليها وأسألها: لماذا تصرفت هكذا؟ ولماذا لم تكلمي الفعالية مثل بقية الأطفال؟ ولماذا.....؟ ولماذا.....؟ وقد شعرت بأن ذلك حدّ من قدراتها ومن عملها وانجازاتها, وكان دائماً عندها شعور بأنني زعلانة منها, لأنها لا تحقق لي ما أطمح منها, وهذا خلق توتراً بيني وبينها. وهذا ما أشار اليه Johnson & Reader (2002) حيث بيّنوا بأن تزايد المشاكل السلوكية لدى الولد له صلة بخوف الأم واكتئابها, وبالشعور من التراجع في وظيفتها كأم, والحد من قدرة الوالدين على أداء وظيفتهما, ما يخلق نوعاً من التوتر في طبيعة العلاقة بين الأهل وبنهم.

وتُكمل الأم: عندما توجهنا إلى مركز الإرشاد, كان التركيز هناك على عمل فعاليات مشتركة مع ابنتي, حتى أشعر أنا كأم, وتشعر ابنتي بأنها تنجز شيئاً, وهذا الشيء حسن علاقتي مع ابنتي, وأصبحت أفضل من قبل. وبعد ذلك وجهنا المركز لأحد الأطباء, وقام هو الآخر بدوره, وشرح لي مشكلة ابنتي, وأعطاني بعض النصائح, وطلب مني إحضار معلمة خاصة لها, حتى تصبح العلاقة بيني وبين ابنتي أقوى, وبالفعل هذا ما حدث, لأن متطلبات الصف الأول في مدرسة خاصة كانت توترني وتتعب ابنتي كثيراً.

هذه المشكلة أثرت على تصرفات وسلوك ابنتي, فأحياناً كثيرة كانت تشعر بالضيق لأنها لا تستطيع عمل كل شيء مثل أخيها, حيث أن أخاها متفوق في المدرسة, وهذا يخلق نوعاً من الغيرة, فيُصبح عندي في البيت نوع من الصراع بينهما. هذا بالإضافة إلى أن ابنتي كثيرة الحركة, "عجولة" وانفعالية, ردّات فعلها غير ملائمة للحدث, كثيرة البكاء والانفعال, وتحاول دائماً أن تثبت لنفسها وللجميع بأنه لا يوجد نقص عندها, لذلك

تكون دائماً في حالة صراخ وفوضى. كما وأنه لا يوجد عندها ثقة بالنفس , ولكن حالياً تحسن هذا الشيء , ودائماً تردد جملة " أنا مش هبلة" .

الطبيب أعطاني تفسيراً لمشكلة ابنتي , حيث كان التفسير الوحيد الذي تلقينته , فقد قال لي بأن نقصاً في الأكسجين أثناء الولادة يسبب مثل هذه الحالات , كما وأني أنجبتها في الشهر الثامن , وهذا قد يكون سبباً أيضاً. هذا ما تلقينته من تفسير , ولم أتلق أي تفسير آخر من مصادر أخرى.

أما بخصوص تقبلي للمشكلة فقد كان ذلك صعباً جداً , كنت دائماً أتساءل " لماذا ابنتي هكذا ؟ ! كانت تحبطني كل مرة من تصرفاتها الشقية , ولكن عندما فكرت وقرأت ما يسببه نقص الأكسجين قلت :

" الحمد لله بأن هذا النقص أدى فقط لصعوبات التركيز والأصغاء " والطبيب كان دائماً يطمئنني بأن هنالك تحسناً في حالتها , وها هي علاقتي معها تتحسن بالتدريج , وهذا ما يطمئنني. ولكنها في المدرسة ترسب في الامتحانات وعلاماتها منخفضة جداً , وهذا ما يزعجني , كنت أصرخ عليها وألومها لأنني كنت أقضي معها ساعات طويلة لتدريسها. ولكن حالياً لا أضغط عليها ولا أتأثر أمامها , وأقول لها : العلامة ليست مهمة. المهم أنك حاولت. وهذا ما أكد عليه هاريسون وسوفرونوف (2002) بحيث أن الأهل إذا كانوا قادرين على الفهم بأن مشاكل ابنهم ناجمة عن خلل في المهارات وعن عدم قدرته من الناحية الذهنية , وليس عن عدم التجاوب وعدم الانصياع بصورة حازمة وجازمة , فستكون لديهم دافعية أكبر . وسيشعرون بغضب أقل على ابنهم , وستتحسن طبيعة العلاقة فيما بينهم.

هذه المشكلة أثرت على علاقتي بابنتي , فعلاقتي معها في البداية كانت متوترة جداً , ولكن الوضع تحسن الآن , وهي تشعر الآن بأنني أقف إلى جانبها , وعند حدوث مشكلة مع الأصدقاء أو المدرسة , أذهب معها وأدافع عنها , وهذا يطمئنها , والآن علاقتنا جيدة وبيننا أسرار أيضاً. أما بالنسبة لخلق مشاكل لنفسها , فهي تفعل ذلك لأنها تحاول إبراز نفسها ولا تستطيع. كذلك لا يوجد لها أصدقاء كثير , وذلك بسبب تصرفاتها. وهناك مشكلة تواجهها ابنتي حالياً هي عدم مقدرتها ركوب الدراجة , ولكن ما يسعدني الآن هو أنها دائماً تشعرني بأنها قوية , ولا تظهر أمامي بأنها ضعيفة وعندها مشكلة , فدائماً تحاول إخفاء المشكلة.

حالة ابنتي تسبب لي الضغط الشديد , فأنا دائماً مضغوطة , ودائماً أحسب حساب الكلام الذي سأقوله لها , وأحاسب نفسي , وأخاف على تأثير الكلام عليها , حتى علاقتي مع زوجي تأثرت بذلك , فهي دائماً تُراقبنا وتعار جداً , حيث أنها لا تحب أن أنشغل عنها بأحد آخر , ودائماً تقول لي : " أنا أهم من أخوي , درسيني أنا بالأول" , وهذا يتطلب بذل مجهود كبير مني. وهذا ما أكدت عليه هاريسون وزملاؤها (2002) حيث يرون بأن هذه الظاهرة تتطلب الإشراف والمتابعة المكثفة من قبل الأهل , وهذا يشير إلى أن الأفراط في طلب المراقبة والمتابعة من الأهل يؤدي إلى " اضطراب عملية أداء الدور الطبيعي للأهل" , ما تكون له انعكاسات بعيدة المدى على الأهل.

أما بالنسبة للعائلة فهي لا تعرف شيئاً عن مشكلة ابنتي , لأنهم لا يستوعبون ذلك. ومن يعرف بهذه المشكلة أمي وأختي فقط , لأن أختي عندها بنت تُعاني من نفس المشكلة. أما بالنسبة لزوجي فهو بعيد عن المشكلة , ولا يحاول بذل أي جهد معها. وهذا ما أشار إليه Johnson & Reader (2002) , حيث أن تزايد المشاكل السلوكية لدى الولد له صلة بمزيد من العلاقات السلبية مع الزوج والعائلة.

أما بالنسبة لمدى تأثير هذه المشكلة على علاقتي الاجتماعية فهي تؤثر أحياناً , فمثلاً عندما نذهب لزيارة عائلة فيها بنات من نفس عمرها لا تنسجم معهن , وتشعر بأنها منبوذة , وخصوصاً إذا كانت مجموعة البنات أشطر منها في المدرسة , حيث يبتعدن عنها ويسمعنها كلاماً لا تحب أن تسمعه مثل: " إنت مش شاطرة". لذلك هي تضغط علي بأن لا أزور هذه العائلة , فأضطر لألغاء الزيارة لأجلها.

أما بالنسبة للمعلمات والمدرسة فهم غير متفهمين لحالة ابنتي, فهم يُعطونها امتحانات مطوّلة مثل باقي الطالبات المتفوقات, ويعاملونها ويشرحون لها الدروس مثل باقي الطالبات , ولا يعاملونها معاملة خاصة, لذا فهي ضعيفة في المدرسة.

بالنسبة للسؤال كيف تتعاملين مع ابنتك في المواقف المختلفة؟ وكيف يؤثر ذلك على تعاملها وسلوكها؟ مع مثال. أجابت الأم: كنت دائماً أريدها أن تكون مجتهدة وأضغط عليها وأصرخ بوجهها , وأذهب للسؤال عنها في المدرسة , حتى أصبحت العلاقة بيننا صعبة. وهذا ما أكد عليه جيمس وستيفن في هذا المضمار , حيث قالاً بأن التصرفات السلبية لدى الأولاد قد تتسبب بسلوك سلبي من قبل الأهل. ويبدو أن هذا الاضطراب في

دور الوالدين يؤدي الى زيادة التصرفات السلبية لدى الولد , و التي قد تؤدي بدورها الى استفحال ضائقة الأهل.

تضيف الأم: بعد ذلك خففت الضغط عليها وتركتها وشأنها دون صراخ أو لوم , فأصبحت العلاقة أحسن, واليوم أصبحت لدي المقدرة للتعامل معها بشكل أحسن , حتى وإن رسيت بالشهادة أقول لها لا بأس.

أما اجابة الأم عن السؤال الأخير, بأنه حسب رأيك ومن تجربتك مع ابنتك, كيف يمكن منع تفاقم المشكلة , والعمل على عدم استفحال الاضطرابات السلوكية أجابت:

- قلة الضغط اللفظي تريحها نفسياً.

- عدم الطلب منها القيام بعمل يرهقها , ولكن ليس دائماً , فهي أحياناً تكون بحاجة للضغط حتى تنجز ما تقوم به .

- اللعب معها بالعاب تحتاج لتركيز .

- التشجيع وإبداء الاهتمام.

هذا ما جاء في المقابلة, حيث عكست فكرة ولو بسيطة عن طبيعة العلاقة بين الأهل وابنهم , الذي لديه صعوبات في التركيز والإصغاء.

والسؤال المطروح الآن هو: كيف يمكننا منع تفاقم هذه المشكلة , ومنع استفحال المشاكل السلوكية لدى الأولاد الذين يعانون من ADHD ؟

يرى كلّ من بركلي (1990), وبياترسون من: (Deklyne, M, 1996) أنّ أحد العوامل الأساسية في الإجابة عن هذا السؤال يكمن في معنى وصلاحيات دور الأهل. وهناك عدد من الشهادات التي من الممكن ان تقترح ضرورة توفير الأشراف والمراقبة من قبل الوالدين على الأولاد الذين يعانون من ظاهرة الإفراط في الحركة والنشاط وقلة الانتباه , ولا بدّ من أن تكون لدى الأهل سيطرة أعلى , بالمقارنة مع أهالي الأولاد العاديين , لنلا تتفاقم لديهم مشاكل سلوكية ومصاعب أخرى.

يعدّ هؤلاء الأولاد من التحديات المتميزة بالنسبة للأهل وللمهنيين والأخصائيين على حدّ سواء, مع العلم بأنهم بأمسّ الحاجة للدفع والحنان والعطف والاحتواء , إلا أنهم في الوقت ذاته بحاجة للانضباط الصارم والحازم , ووضع الحدود لتصرفاتهم.

الخطط العلاجية

تشمل الخطط العلاجية المقترحة على الأهالي بصورة عامة التدريب على المحفزات والعقوبات المنهجية , وتشديد المتابعة والمراقبة , والإشراف على تصرفات هؤلاء الأولاد.

ويضيف اردمان (1998) في رؤيته لهذه الظاهرة كمشكلة فردية تستوجب العلاج من خلال تناول الأدوية ومن خلال استراتيجيات لإدارة السلوك, أو كلا النظريتين سوياً, لأنّ هناك انعكاسات بعيدة المدى لهذه الحالة. فالأولاد الذين يشعرون بالإحباط والخوف والقلق بسبب انعدام العلاقة الطبيعية مع الأهل , سيشعرون بأنهم/الضحايا في حال التركيز عليهم كمشكلة والجانب الإيجابي الوحيد لهذه الطريقة أحادية الجانب كعلاج دوائي هو أنه من شبه المؤكد أن يؤدي هذا العلاج إلى التحسن في بعض المشاكل السلوكية , والتسبب بردود فعل ايجابية ومطمئنة لدى الولد, وبالتالي فمن الممكن ان يحدّ من الأنماط السلوكية القسرية, وعليه فكلّ من الأمّ والولد يمكنهما بسهولة أكبر إنشاء تصرفات إيجابية وداعمة, بدلاً من نمط الهجوم والهجوم المضادّ الذي تعودا عليه.

ومن المهم ذكره بأن هذه الأدوية لا تعطى إلا للأطفال الذين في سن المدرسة , وأهمها الريتالين والدكسيدرلين , وهي لا تعطى ولا تصرف الا تحت إشراف طبيب الأطفال, وأهم التأثيرات الجانبية لهذه الأدوية هي الصداع والأرق وقلة الشهية. ويجب أن لا يكون العلاج دوائياً بحتاً , وإنما مترافقاً مع العلاج السلوكي.

وتتمثل المسألة الثانية في أنّ الاستراتيجيات السلوكية, مثل طرق الأجر والتعزيز والمحفزات المادية " כלכלת אסימונים " يمكن أن تعطي أثراً شكلياً للعلاقة بين الأهل والولد, وتمت الإشارة إلى ان الأولاد يمكنهم أن يظهروا بصورة انتقائية تصرفات الـ ADHD في بعض الأوضاع , بينما يبدون في الوقت ذاته طبيعيين للغاية في أوضاع أخرى , ما يدلّ على النزوات الكامنة في تصرفاتهم , وكيف يمكنها تكمين علاقة تتميز بالجفاء والقطيعة بين الأهل والولد.

أما أساليب تعديل السلوك فهي تشمل إعادة تنظيم البيئة الأسرية أو الصفية , بحيث تخلو من الآثار البصرية الشديدة, وكذلك بينت الدراسات فاعلية التدريب على تنظيم الذات معرفياً (الملاحظة الذاتية والضبط الذاتي واللفظي والتعزيز الإيجابي), ويمكن استخدام التعاقد السلوكي (العقد السلوكي هو اتفاقية مكتوبة تبين الاستجابات المطلوبة والمعززات

التي سيحصل عليها عندما يسلك على النحو المرغوب فيه , ويمتتع عن اظهار النشاطات الحركية الزائدة) والتعزيز الرمزي.

إجمال:

كثيراً ما يوصف الطفل الذي يعاني من ADHD بالطفل السيء او الصعب الذي لا يمكن ضبطه. فبعض الآباء يزعمهم النشاط الزائد لدى أطفالهم , فيعاقبونهم , ولكن العقاب يزيد المشكلة سوءاً. كذلك فإن إرغام الطفل على شيء لا يستطيع عمله يؤدي إلى تفاقم المشكلة, إن هؤلاء الأولاد لا يرغبون في خلق المشكلات لأحد , ولكن الجهاز العصبي لديهم يؤدي الى ظهور الاستجابات غير المناسبة, ولذلك فهم بحاجة الى التفهم والمساعدة والضبط , ولكن بالطرق الايجابية , واذا لم نعرف كيف نساعدهم , فعلينا أن نتوقع منهم أن يخفقوا في المدرسة , بل ولعلمهم يصبحون جانحين أيضاً.

لذلك نجد بان ظاهرة الـ ADHD هي اضطراب مدمر للغاية , وله انعكاسات بعيدة المدى على الكثير من مجالات الأداء النفسي لدى الولد , بما في ذلك المجال التعليمي والاجتماعي والتكيف العاطفي. إنّ انعدام النضوج الاجتماعي والصعوبات التعليمية, والتثاقل و انعدام التجاوب (انعدام انصياع), والخلل في الذاكرة على المدى القصير هي من الأعراض البارزة والمنتشرة لهذا الاضطراب. ومن المعهود أن تواجه الأولاد الذين يعانون من ظاهرة الإفراط في الحركة والنشاط وقلة الانتباه مصاعب في كبح التصرفات التي تعتبر "شقية" وغير منضبطة وغير مقبولة في مجتمعنا, مثل الصعوبة في الجلوس بهدوء لوقت طويل, الإكثار من الكلام, اللعب واللهو بصورة صاخبة, التسبب بإزعاج للآخرين, والحركة بعصبية وتسرع.

يرى Erdman (1998) و (Harrison, C; Sofronoff, K, 2002) أن البيئة العائلية المشوشة وغير المنظمة أو المهملة والمقصرة تعتبر من العوامل المؤثرة على هذه الفئة. جميع هذه الأمور تزيد من الصعوبات أمام تأدية الأهل لوظيفتهم, وتتسبب في زيادة العصبية والعنف لديهم, ما يؤدي إلى تفاقم ظاهرة الإفراط في الحركة والنشاط وقلة الانتباه لدى الابن, ويجعل الأولاد يتصرفون بصورة غير مقبولة, عنيفة وبدون تركيز..... وقد رأت ديكليين (1996) أن الصعوبات التي تواجه الأمهات غير المستقرات وغير الأمنات في إنشاء علاقات حميمة مع الآخرين قد تحدّ من الفرص

المتاحة لأولادهم في تعلم المهارات الجيدة للتعامل مع الآخرين , فنجد أن الأطفال الذين يحظون ببيئة من الحنان والمحبة والتواصل الآمن والمستقر مع شخصية الوالد يبديون سلوكاً اجتماعياً إيجابياً , سواء تجاه الأهل أو تجاه أبناء جيلهم وعلل سببها المشاكل السلوكية التي عرفها كعدم تجاوب وعدم انصياع وعدوانية وانعدام السيطرة المزمن والمتكرر بوتيرة كبيرة , كنتيجة لغياب رد فعل فوري, منهجي وملئم من الناحية التطورية من الأهل تجاه تصرفات الأولاد. وقد ربط البحث الذي أجراه باترسون التصرفات غير المقبولة من الناحية الاجتماعية لدى الأولاد , بالإخفاق التعليمي, نبذ هؤلاء الأولاد من قبل أبناء جيلهم, التقدير الذاتي المتدني, والأهل الذين يفتقرون لمهارات الإدارة والسيطرة. (Erdman, 1998; Deklyen, 1996).

وهكذا فقد لاحظنا بأن العلاقة بين الأهل والولد تنطوي على أهمية كبرى , وبالذات إذا كان الوالد من ذوي الاضطرابات في الإصغاء والتركيز. فإذا كانت هذه العلاقة إيجابية ومنظمة , توفر المحبة والحنان والدفء والتقبل والمحفزات والعقوبات الفورية والملائمة, وهذا يعود على الولد بالفائدة والنعف ويضبط سلوكه.

والعكس صحيح أيضاً, أي إذا كانت العلاقة بين الأهل والولد ضعيفة, تتميز بالعنف وانعدام الاستقرار, فإن هذا يؤثر على الولد بصورة سلبية, ويزيد من التصرفات السلبية , ويؤدي إلى تفاقم ظاهرة الإفراط في الحركة والنشاط وقلة الانتباه.

إن هؤلاء الأولاد بحاجة للدفء والمحبة والتقبل والحنان إلا أنهم في الوقت ذاته بحاجة للانضباط الشديد والحازم , والحدود الواضحة للحفاظ على عدم تفاقم المشاكل السلوكية لديهم. كما وأن الأهل المنظمين والمرتبين والهادئين يعملون على الحد والتخفيف من المشكلة لدى ابنهم.

وأخيراً وفي نهاية هذا المقال أود أن أقدم بعض النصائح للأهل للتعامل مع ابنهم ال-

: ADHD

- عليكم بتحديد زمن الفعالية مع ابنكم .
- التصحيح الفوري للأخطاء التي يرتكبها الولد.
- توفير التعزيز الايجابي.
- الاشتراك بورشات وأيام دراسية , بهدف تعلم طرق تدخل علاجية.
- تقوية العلاقة مع المعلم , حتى تصبح المشاركة والتدخل مفيدة أكثر.

- علموا أنفسكم التسامح.
- قبل معاقبة الأولاد شجعوهم وادعموهم.
- ردّوا بقلب واسع مع حزم.
- حضروا أنفسكم منذ البداية لحالات قد تواجهكم فيها مشاكل.
- هيّا الى العمل بدلاً من الكلام.

المراجع

יגיל, דוד. יגיל, סבה. (2000). " פסיכו-גוירו- תרפיה- טיפול משולב ורב-תחומי בהפרעת קשב ויתר- פעילות". סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום. כרך 5, מס'1, ע'7-17.

יזדי- עוגב, אורלי. (1997). " הפרעות בקשב, ליקויי למידה ומאפיינים חברתיים ופסיכומטוריים". **הד הגן**, סיון תשנ"ז, שנה ס"א, חוברת ד', ע'357-367.

קרן, מירי ואחרים. (2001). " הפרעת קשב וריכוז בגיל הרך: איפויניה הייחודיים ומהלכה מינקות ועד גיל -הגן". **הרפואה**. כרך 140, חוב'י"א, נובמבר, ע'1021-1025.

פרוש, שולה. (1994). " סקירה ספרותית בנושא Attention Deficit - ADHD". **IJOT כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק**, כרך 3, מס'1, פברואר.

Barkley, RA. (1990). "Attention Deficit Hyperactivity disorder". **A hand book for Diagnosis and Treatment**. The Guilford Press, New York, pp 109-111.

Barkley, RA. (1997). **ADHD and the nature of self –control.**
New York: Guilford.

Deklyne, Michelle. (1996). " Disruptive Behavior Disorder and Intergenerational Attachment Patterns: A Comparison of Clinic – Referred and Normal Functioning Preschoolers and Their Mothers". **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Vol. 64, No. 2, pp 357-365.

Elizabeth A, and others. (1993). " The ASSOCIATION Between Punitive Childhood Experiences And Hyperactivity ". **Child Abuse & Neglect**. Vol. 17. pp 357-366.

Erdman, Phyllis. (1998). " Conceptualizing ADHD As A Contextual Response To Parental Attachment ". **The American Journal Therapy**, Department of Counseling, Texas A&M University- Commerce, pp 177-185.

Fred F; David F. (2002). " Social Problem Associated with ADHD vs. ODD in Children Referred for Friendship Problems". **Child Psychiatry and Human Development**, Vol. 33(2), pp 125-146.

Frankel, Fred; Feinberg, David. (2002). " Social Problems Associated with ADHD vs. ODD in Children Referred for Friendship Problems". **Child Psychiatry and Human Development**, Vol. 33(2), Winter.

Harrison, Christine; Sofronoff, Kate. (2002), " ADHD and Parental Psychological Distress: Role of Demographics, Child Behavioral Characteristics, and Parental Cognitions". **J. AM. ACAD. Child Adolescent Psychiatry**, 41:6, June.

Johnson, James H; Reader, Steven K. (2002). "Assessing Stress in Families of Children with ADHD: Preliminary Development of the Disruptive Behavior Stress Inventory (DBSI)". **Journal OF Clinical Psychology in Medical Setting**, Vol. 9, No 1, March.

Whitmore, Elizabeth A, and others. (1993). " The Association Between Punitive Childhood Experiences And Hyperactivity ". **Child Abuse & Neglect**, Vol 17. pp 357-366.