

سلسلة الاضطرابات النفسية  
٥

دكتور مجدى محمد الدسوقى



# اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

الأسباب - التشخيص - الوقاية والعلاج



مكتبة الأنجلو المصرية

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد



المؤلف في سطور :

دكتور مجدى محمد محمد الدسوقي .

■ حصل على درجة الماجستير فى التربية تخصص صحة نفسية

من كلية التربية ، جامعة عين شمس ، عام ١٩٩٠ م .

■ حصل على درجة دكتوراه الفلسفة فى التربية تخصص صحة نفسية

من كلية التربية ، جامعة عين شمس ، عام ١٩٩٤ م .

■ له عدة مؤلفات منها :

- ١ - سلسلة الاضطرابات النفسية التى تشمل خمسة أجزاء هى :  
اضطرابات النوم ، فقدان الشهية العصبى ، الشره العصبى ، اضطراب صورة الجسم ،  
اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .
  - ٢ - ميكولوجية النمو من الميلاد حتى المراهقة .
  - ٣ - القياس فى العلوم التربوية والنفسية .
  - ٤ - دراسات فى الصحة النفسية .
  - ٥ - قياس الشخصية ( رؤية عربية ) .
  - ٦ - أكثر من ٢٠ مقياساً نفسياً فى مجالات القياس النفسى قام بتعريبها وتقنينها على  
البيئة المصرية ، وكلها منشورة بالمكتبات المصرية .
  - ٧ - عضو بالجمعيات العلمية المصرية .
  - ٨ - شارك فى العديد من المؤتمرات والندوات العلمية ، واللقاءات الفكرية المرتبطة  
بقضايا المجتمع .
- ويرحب المؤلف بتعليقاتكم واقتراحاتكم فيما يتعلق بهذه المؤلفات وذلك  
بالمكاتبة على البريد الإلكتروني :

E - mail : dr\_meldesoki@hotmail.com

dr\_meldesoki@yahoo.com

مكتبة الأنجلو المصرية

THE ANGLO-EGYPTIAN BOOKSHOP



The World of Words & Thoughts

# سلسلة الاضطرابات النفسية ( ٥ )

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

دكتور

مجدى محمد الدسوقي

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية النوعية – جامعة المنوفية

الناشر

مكتبة الأنجلو المصرية

١٦٥ ش محمد فريد - القاهرة

## الإهداء

إلى أساتذتي الأجلاء  
أهدى بعضاً من طيب غرسهم الكريم  
تقديراً لعطائهم و عرفاناً بفضلهم  
جزاهم الله عنى خيراً الجزاء

تيسفتنا شلوا كصنلا اقلنا

(٥)

ةلبتتلا رهقنا با اقلنا  
لنا انا كصنلا اقلنا

رهقنا

رهقنا اقلنا رهقنا

رهقنا اقلنا رهقنا اقلنا

رهقنا اقلنا رهقنا اقلنا

أسم الكتاب : اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (سلسلة الاضطرابات)

أسم المؤلف : د. مجدى محمد الدسوقى

أسم الناشر: مكتبة الأنجلو المصرية

أسم الطابع: مطبعة محمد عبد الكريم حسان

سنة الطبع: ٢٠٠٦

رقم الإيداع: ٢١٠٢٨

الترقيم الدولي : I.S.B.N 977 - 05 - 2172 - 8

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

مقدمة :

الحمد لله رب العالمين الذى استطعت بتوفيقه إنجاز هذا الكتاب كى أقدمه للباحثين والطلاب والعاملين فى مجال التربية والتعليم والآباء كى يكون لديهم معلومات كافية عن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وخاصة أن هذا الاضطراب لم يتم تحديد معالمه تحديداً دقيقاً إلا فى التسعينيات من القرن الماضى على الرغم من الاهتمام الكبير الذى أولاه علماء الطب النفسى لهذا الاضطراب .

واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد هو أحد الاضطرابات الخطيرة فى ميدان الصحة النفسية ، والأطفال المصابون به يعانون من مصاعب فى الانتباه ، ومصاعب فى التحكم فى الاندفاع ، وضبط مستوى النشاط ، وكل ذلك يؤدى إلى إعاقة خطيرة فى الأداء الوظيفى فى حياتهم اليومية متمثلاً فى أدائهم فى الفصول الدراسية ، وعلاقاتهم بالرفاق أو الأقران ، وعلاقاتهم الأسرية ، علاوة على ذلك فإن هؤلاء الأطفال يكونون عرضة للخطر من جراء مجموعة متسقة من المشكلات كمراهقين أو راشدين فيما بعد .

ويتضمن الاضطراب نقص الانتباه ، والنشاط الزائد ، والاندفاعية وكل مكون من هذه المكونات الثلاثة يتم تعريفه على ضوء معايير سلوكية متعددة ، فنقص الانتباه يظهر فى الانتباه الرديئ ( الاهتمام بالدوافع المشتتة وتجاهل الدوافع المتعلقة بالموضوع ) ، وعدم القدرة على الانتباه المستمر إلى جانب السلوكيات التى تتمثل فى الاهتمام والنسيان عند أداء الأنشطة اليومية ، والأطفال غير المنتبهين يفقدون ممتلكاتهم فى أغلب الأوقات ،

ويكونون مشتتى الذهن ، ولا يستطيعون اتباع التعليمات ، ويعانون من صعوبة تنظيم المهام أو أدائها ؛ لذلك فإن هؤلاء الأطفال يشرد ذهنهم بسهولة ويتجنبون أداء المهام التي تتطلب الانتباه لمدى زمنى طويل ، والمكون الخاص بالاندفاعية والنشاط الزائد ينقسم إلى أنواع فرعية لفرط النشاط ، والاندفاع ، ويتسم فرط النشاط بالتململ ، والحركات العصبية ، والتجول بطريقة غير ملائمة ، وصعوبة اللعب بهدوء ، والقلق ، وعدم الراحة ، والتحدث بطريقة زائدة عن الحد بمعنى أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يكونون غير قادرين على خمد نشاطهم فى المواقف التي تتطلب منهم عمل ذلك ، فهم يتحركون بدرجة زائدة عن الحد الطبيعى ولا يجلسون ساكنين ، ولا يمكنهم اللعب بهدوء ، فهم دائماً فى حالة حركة وغالباً ما يتململون ويصدرون حركات عصبية بأيديهم وأقدامهم ، وتتمثل الاندفاعية فى قلة التحكم أو السيطرة فى المواقف التي تتطلب الانتباه الجيد .

والجدير بالذكر أن هذا الاضطراب يحظى باهتمام كبير فى أمريكا والدول الغربية ؛ حيث توجد عيادات متخصصة لعلاج الاضطراب يعمل بها متخصصون متمرسون لديهم خبرة كبيرة عن أسباب الاضطراب ، وأعراضه ، وكيفية تشخيصه وعلاجه ، يضاف إلى ذلك أن القائمين على العملية التعليمية يشترطون على المدرسين فى جميع المراحل التعليمية حضور دورات تدريبية خلال العام الدراسى كى يستمروا فى الاحتفاظ بترخيص مزاولة مهنة التدريس ، كما يؤكد القائمون على العملية التعليمية أيضاً على ضرورة أن يكون موضوع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على قائمة برامج التدريب وورش العمل ، كما توجد حجرات دراسية بكل مدرسة مجهزة خصيصاً للتلاميذ الذين يعانون من الاضطراب

كى يتلقون فيها دروسهم وفقاً لبرامج تربوية خاصة ، أما فى الوطن العربى فلا يوجد مثل هذا الاهتمام ، فالغالبية العظمى من العاملين فى المجال التعليمى من معلمين وأخصائيين اجتماعيين ليس لديهم المعلومات الكافية عن الاضطراب .

وعلى الرغم من أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يكون ذكائهم عادياً إلا أن تحصيلهم فى المدرسة يكون ضعيفاً ؛ وذلك لأن الأعراض المرضية الأساسية لهذا الاضطراب التى تتمثل فى النشاط الزائد ، ونقص الانتباه ، والانفعالية ، والصعوبة فى اتباع التعليمات وعدم التنظيم تساهم جميعها فى حدوث المصاعب الأكاديمية ، بالإضافة إلى ذلك فإن هؤلاء الأطفال تكون مهاراتهم الاجتماعية رديئة غالباً ، كما أن علاقاتهم البين شخصية تكون مضطربة وخاصة مع الرفاق والمعلمين والوالدين ، وهذه المصاعب تزداد فى حالة وجود اضطرابات أخرى مصاحبة للاضطراب الأساسى مثل اضطراب التحدى والمعارضة ، واضطراب التواصل واضطراب الحالة المزاجية ، واضطرابات القلق ، ومثل هؤلاء الأفراد تحدث لهم صراعات عائلية مع والديهم ، ويكون لديهم أسباب مهياة سابقة لمستويات عليا من التوتر الوالدى والأمراض النفسية ، وعدم التوافق الأسرى ؛ ولذا فإن الإهمال فى علاج الأفراد المصابين بهذا الاضطراب يؤدى إلى ضياع نسبة كبيرة من أبناء المجتمع ؛ لأنه فى حالة ترك الاضطراب بدون علاج واستمراره إلى مرحلة المراهقة يتحول إلى نقطة معينة إلى سلوك مضاد للمجتمع يعرف باسم اضطراب التواصل ، وقد أشارت نتائج غالبية الدراسات التى أجريت فى هذا الصدد إلى أن هذا الاضطراب إذا ترك بدون علاج فإن ثلث الأفراد الذين يعانون منه تظهر



لديهم حالات مرضية مشتركة تشمل اضطراب التحدي أو المعارضة ،  
واضطراب التواصل ، واضطرابات الاكتئاب ، واضطرابات القلق ،  
وصعوبات التعلم .

ويتألف الكتاب الذي بين أيدينا من أحد عشر فصلاً على النحو  
التالي :

**الفصل الأول :** يتناول مفهوم الاضطراب ، وخصائصه ، وأعراضه ،  
ومعدلات انتشاره .

**الفصل الثاني :** يتناول الوصف التشخيصي للاضطراب ، والقضايا المرتبطة  
بمعايير التشخيص الحالية .

**الفصل الثالث :** يتناول أسباب الاضطراب البيولوجية ، والعصبية ، والبيئية ،  
والكيميائية ، والاجتماعية ، وكذلك النظريات التي تفسر  
أسباب الاضطراب .

**الفصل الرابع :** يتناول استراتيجيات تقدير الاضطراب كالملاحظة المباشرة ،  
والمقابلات الشخصية ، ومقاييس تقدير السلوك سواء التي  
يقوم بها الأخصائيون النفسيون أو المدرسون .

**الفصل الخامس :** يتناول العلاج الدوائي للاضطراب .

**الفصل السادس :** يتناول التدخلات العلاجية القائمة على المدرسة والأداء  
الأكاديمي .

**الفصل السابع :** يتناول العلاج الأسري للاضطراب .

**الفصل الثامن :** يتناول العلاج السلوكي للاضطراب .

**الفصل التاسع :** يتناول العلاج المعرفي السلوكي للاضطراب .

الفصل العاشر : يتناول التدريب على المهارات الاجتماعية .

الفصل الحادى عشر : يتناول كيفية التعامل مع الطفل الذى يعانى من الاضطراب .

وأخيراً ... أسأل الله سبحانه وتعالى أن أكون بهذا الجهد العلمى المتواضع قد أسهمت فى إثراء المكتبة العربية فى علم النفس والصحة النفسية بوجه عام ، وفى مجال التربية الخاصة بوجه خاص ، وأن أسهم فى تمهيد الطريق أمام الباحثين لإجراء المزيد من الدراسات حول اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

وبعد ... اللهم إني بذلت قدر جهدى ما استطعت ، واستتفرت من طاقتى ما أدركت ، وتوكلت عليك سبحانه فيما كتبت ، فإن كنت وصلت إلى الصواب فيما ذهبت إليه فالمنة والفضل منك ، وإن كان هناك خطأ أو وهن فمنى ، وحسبى أننى بشر قد حاولت فأخطأت وأصابت ، وإليك اللهم أتوجه بالرجاء والدعاء أن يكون عملى خالصاً لوجهك الكريم وأن تتفعنى به ، وأن ينتفع به القارىء .

اللهم علمنى ما ينفعنى ، وانفعنى بما علمتنى ، وزدنى علماً

دكتور

مجدي محمد الدسوقي

اضطراب القلق الاجتماعي (Social Anxiety Disorder) هو اضطراب نفسي يتميز بالقلق المفرط في المواقف الاجتماعية. يتميز بالقلق المفرط في المواقف الاجتماعية. يتميز بالقلق المفرط في المواقف الاجتماعية. يتميز بالقلق المفرط في المواقف الاجتماعية.

# الفصل الأول

## مفهوم وخصائص الاضطراب

يحدث الاضطراب نتيجة لتفاعل عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية. يتميز بالقلق المفرط في المواقف الاجتماعية. يتميز بالقلق المفرط في المواقف الاجتماعية. يتميز بالقلق المفرط في المواقف الاجتماعية.

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

مقدمة :

اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder ( ADHD ) هو المصطلح الحالي الذي تستخدمه الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ( APA ) لوصف الأطفال والمراهقين والراشدين الذين يظهرون أنماطاً سلوكية تتمثل في نقص الانتباه Inattention ، والاندفاعية Impulsivity ، وفرط النشاط Hyperactivity ، وعلى الرغم من أنه قد تم التعرف منذ وقت طويل على هذا الاضطراب بواسطة المهنيين العاملين في مجال الرعاية الصحية للأطفال والمراهقين إلا أن عامة الناس لم يعرفوا شيئاً عن هذا الاضطراب إلا في الآونة الأخيرة ، ومن العوامل التي ساهمت بلا شك في زيادة الوعي الاهتمام المتزايد الذي حظى به هذا الاضطراب من خلال وسائل الإعلام ، فخلال الخمسة أعوام الماضية - على وجه الخصوص - كان هناك سيلاً من التقارير المحلية والإقليمية والقومية عن الاضطراب ظهرت بدرجة ملحوظة في عناوين مقالات الجرائد ، والمجلات ، وكموضوعات للمناقشة في العديد من البرامج الإذاعية والتلفزيونية مما ساعد على زيادة الوعي بالاضطراب ، وبسبب هذا الوعي أصبح هناك متطلبات جديدة على الممارسين للرد على الأسئلة التي تدور حول الاضطراب بدرجة أكبر مما كانت في الماضي .

### المنظور التاريخي :

يشير بعض الأفراد - لأسباب ليست واضحة - بسخرية إلى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على أنه آخر بدعة أو تقليعة في الطب النفسي أو أنه الاضطراب الذي يعاني منه ٩٠ % من

المفحوصين أو الخاضعين للدراسات ، وتبرير هذه الادعاءات أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد هو الأحدث في خط طويل من المسميات التشخيصية التي استخدمت لوصف الأطفال والمراهقين الذين تظهر عليهم أعراض مركبة لنقص الانتباه أو شرود الذهن والاندفاع أو التسرع ، وفرط النشاط ، وفي بادئ الأمر لاحظ الأطباء أن هؤلاء الأطفال يظهرون مستويات عالية من نقص الانتباه ، والاندفاعية ، والنشاط الزائد وذلك في عام ١٩٢٠ ، ومنذ ذلك الوقت أطلق على هذا الاضطراب مسميات عديدة تشمل الخلل الوظيفي الطفيف في المخ Minimal Brain Dysfunction أو التلف البسيط في المخ Minimal Brain Damage والنشاط المفرط أو الحركة الزائدة Hyperkinesia ، وفي عام ١٩٨٠ اعترفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بتشخيص هذا الاضطراب وأدرجت محكات تشخيصه في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders .

وهناك اتجاهان رئيسيان يميزان تاريخ هذا الاضطراب :

الاتجاه الأول :

يتعلق بموضوع التشابه في التشخيص فمنذ الوصف الأول لستيل Still في أوائل القرن الماضي حتى أواخر الستينات كان هناك شبه اتفاق على مسمى هذه الحالة ، وانعكاساً لعدم اتفاق الآراء فإن كثيراً من المسميات المختلفة تم استخدامها مثل الخلل الوظيفي للمخ ، والتلف البسيط في المخ ، وزملة النشاط الزائد للطفل Hyperactive Child Syndrome ، ونظراً لأن استخدام مسميات متعددة يحد من التقدم العلمي بدأ الكلينيكيون والباحثون يعترفون بالحاجة إلى وجود مصطلحات تشخيصية مشتركة أو عامة ، وأدى

نشر الطبعة الثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM - II) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٦٨ إلى تقديم الفرصة الحقيقية الأولى من خلال عرضه استجابة فرط الحركة لدى الأطفال ، وعلى الرغم من ذلك فإن بعض الأسماء الأخرى استمرت في الاستخدام لوصف هذا الاضطراب ، وعندما ظهر الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية (DSM - III) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٨٠ التزم معظم الكلينيين والباحثين بالمعايير المحددة لتشخيص الاضطراب .

#### الاتجاه الثانى :

يتعلق هذا الاتجاه بطريقة وضع مسميات لهذا الاضطراب ، وباستثناء وصف ستيل Still فى أوائل القرن الماضى فإن معظم الأوصاف الأولى لهذه الحالة مثل اضطراب السلوك التالى لالتهاب الدماغ Postencephalistic Behavior Disorder عكست الأسباب المرضية المفترضة ، وخلال منتصف الثلاثينيات من القرن الماضى بدأ اتجاه منافس فى الظهور لهذا الاتجاه يركز على شكل أوصاف متعددة تقوم على أعراض مرضية مثل زملة عدم الارتياح أو التملل Restlessness Syndrome ، وعلى الرغم من أن كلا الاتجاهين ظل مستمراً خلال الثلاثة عقود التالية إلا أن هذا الأمر بدأ يأخذ اتجاهات مختلفة استندت على الأوصاف المرضية ومصادر العلل ، وأصبح الاتجاه الذى يقوم على الأوصاف المرضية يكتسب القبول ، وعندما ظهر مصطلح استجابة فرط الحركة لدى الأطفال Hyperkinetic Reaction of Childhood المتضمن فى الدليل التشخيصي والإحصائي الثانى

للاضطرابات النفسية ( DSM - II ) بدأت مرحلة جديدة من تشخيص الاضطراب ، وظل هذا التقليد متبعاً في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث ( DSM - III ) وكذلك الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل أو المراجع ( DSM - III - R ) ، وتمت مراجعة مسمى الاضطراب ومقاييسه التشخيصية عدة مرات منذ عام ١٩٦٨ أى منذ ظهور الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني للاضطرابات النفسية ، وهذا الدليل اعتبر اضطراب نقص الانتباه والاندفاعية عرضين رئيسيين ، والأطفال الذين يظهر عليهم هذين العرضين كانوا يشخصون على أنهم مصابون باضطراب نقص الانتباه ( ADD ) Attention Deficit Disorder ، والأطفال الذين يظهر عليهم هذين العرضين إضافة إلى النشاط الزائد كانوا يشخصون على أنهم مصابون باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ( ADHD ) Attention Deficit Hyperactivity Disorder ، وقد لقي هذا التشخيص الكثير من النقد بسبب عدم وجود أدلة تثبت وجود اضطرابين منفصلين ، ومن هنا تم الحديث عن اضطراب واحد في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية وهو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ( ADHD ) ويتسم هذا الاضطراب بنقص الانتباه ، وفرط النشاط ، والاندفاعية ، غير أن الأبحاث التي أجريت فيما بعد دعمت فكرة وجود فئة من الأطفال تكمن مشكلتهم الأساسية في نقص الانتباه ، واحتمال وجود فئة أخرى من الأطفال خصوصاً الأصغر سناً تتمثل مشكلتهم الأساسية في فرط النشاط والاندفاعية ، ومن هنا قسم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلى ثلاث فئات هي :

الفئة الأولى : تشمل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد  
والاندفاعية على نحو شديد .

الفئة الثانية : تشمل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الذى  
يغلب عليه نقص الانتباه .

الفئة الثالثة : تشمل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الذى  
يسود فيه فرط النشاط والاندفاعية .

ويشار غالباً إلى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد  
على أنه فرط للنشاط ، ويتميز بصعوبات تعوق السلوك الموجه لأداء المهمة  
عند الأطفال ، ومن هذه الصعوبات الاندفاعية ، والنشاط الزائد ،  
والصعوبات الخاصة باستمرار الانتباه ، وتشيع الأعراض المرضية  
للاضطراب إلى حد كبير بين الأطفال الذين يترددون على مراكز الإرشاد  
والتوجيه النفسى ، وكذلك الأفراد الذين يُحولون إلى عيادات الصحة العقلية ،  
والأطفال الذين يعانون من الاضطراب يتصرفون بطريقة مغالية فى  
النشاط ، وباندفاعية أو كلاهما ، ويظهر هذا الاضطراب غالباً قبل دخول  
الطفل المدرسة ، فالطفل الذى يعانى منه يكون نشيطاً بدرجة كبيرة جداً ( أو  
بدرجة لا يمكن تصديقها ) فنجدته يهز سريره لدرجة تكاد أن تكسره كما  
يتواجد فى أماكن ممنوعة فنجدته مثلاً يرقد تحت حوض المطبخ أو يفتش فى  
أجزخانة الدواء أو يحاول الصعود فوق دولاى غرفة النوم أى أنه يتحرك  
بسرعة هنا وهناك ، وعند دخوله المدرسة لا يستطيع أن ينتبه أو يهتم لأى  
مهام يكلف بها ، ولا يتبع التعليمات ويتحدث دائماً مع من يجلس بجواره فى  
الفصل أو يتجول فى الفصل بدون إذن من المدرس ، وعندما يجلس ويركز  
المعلم نظره عليه ليتأكد من أنه يعمل يجده يأتى بحركات عصبية أو ينقر



بقلمه على المكتب أو ينظر خارج النافذة أو يمر بأحلام يقظة ، وهذا الطفل لا تستمر صداقاته طويلاً ؛ لذلك يكون له عدد قليل جداً من الأطفال الذين تستمر صداقاتهم لفترة طويلة ، وتبدو له القواعد المدرسية على أنها تحديات مستحيلة .

ولو رجعت عزيزى القارىء بذاكرتك إلى أيام المدرسة الابتدائية ، وحاولت أن تتذكر زملائك فى الفصل الذين كان ينظر إليهم المعلمون أو يعتبرونهم مصدر إزعاج مستمر ، فإنك تجد أنهم كانوا قلقين جداً وغير مرتاحين ولا يستطيعون الجلوس فى مقاعدهم ، وكانوا دائماً يدخلون فى مشاجرات ويسببون المتاعب ، كما أنهم كانوا استفزازيين لدرجة أن أولياء أمورهم ورفاقهم يتجاوبون معهم دائماً بالغضب وبنفاذ الصبر والعقاب أو تجنبهم وتحاشيهم .

وهذا الاضطراب هو أحد الاضطرابات الخطيرة فى ميدان الصحة النفسية ، والأطفال المصابون به يعانون من مصاعب فى الانتباه ، ومصاعب التحكم فى الاندفاع ، وضبط مستوى النشاط وكل ذلك يؤدي إلى إعاقة خطيرة للأداء الوظيفى فى حياتهم اليومية متمثلاً فى أدائهم فى الفصول الدراسية ، وعلاقاتهم بالرفاق أو الأقران ، وعلاقاتهم الأسرية ، علاوة على ذلك فإن هؤلاء الأطفال يكونون عرضة للخطر من جراء مجموعة متسقة من المشكلات كمرهقين أو راشدين فيما بعد .

ويرى زكريا الشربيني ( ١٩٩٤ ) أن اضطراب نقص الانتباه يتصف بنقص مدى الانتباه والاندفاعية ، وفرط النشاط لدى الطفل ؛ حيث يكون الطفل دائم النشاط والحركة تقريباً لدرجة تجعله موضوع شكوى فى الروضة

أو المدرسة أو المنزل .

بينما يرى عبد الرقيب البحيري وعفاف عجلان ( ١٩٩٧ ) أن مصطلح اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعنى وجود مجموعة من الأعراض لدى الطفل تتمثل فى قصر فترة الانتباه ، والتسرع والتلملل الحركى ، وتعتبر هذه الزملة من الأعراض جزءاً من أنماط سلوكية فى نظام اجتماعى مثل البيئة المدرسية أو المنزلية .

ويرى جوميز وكوندون Gomez & Condon ( ١٩٩٩ ) أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعنى ما يبديه الطفل من سلوك غير مناسب للمرحلة العمرية التى يمر بها من فرط للنشاط ، ونقص الانتباه ، والاندفاعية .

ويتضمن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عدم الانتباه ، والنشاط المفرط ، والاندفاعية وكل مكون من هذه المكونات الثلاثة يتم تعريفه على ضوء معايير سلوكية متعددة ، فعدم القدرة على الانتباه تظهر فى الانتباه الرديئ ( الاهتمام بالدوافع المُشتتة وتجاهل الدوافع المتعلقة بالموضوع ) ، وعدم القدرة على الانتباه المستمر إلى جانب السلوكيات التى تتمثل فى الإهمال والنسيان عند أداء الأنشطة اليومية ، والأطفال غير المنتبهين يفقدون ممتلكاتهم فى أغلب الأوقات ، ويكونون مشتتى الذهن ، ولا يستطيعون اتباع التعليمات ، ولديهم صعوبة فى تنظيم أو أداء المهام ؛ لذلك فإن هؤلاء الأطفال يشرد ذهنهم بسهولة ويتجنبون أداء المهام التى تتطلب الانتباه لمدى زمنى طويل ، والمكون الخاص بالاندفاعية والنشاط الزائد ينقسم إلى أنواع فرعية لفرط النشاط ، والاندفاع ويتسم فرط النشاط

بالتلمل ، والحركات العصبية ، والتجول بطريقة غير ملائمة ، وصعوبة اللعب بهدوء ، والقلق ، وعدم الراحة ، والتحدث بطريقة زائدة عن الحد بمعنى أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يكونون غير قادرين على خمد نشاطهم في المواقف التي تتطلب منهم عمل ذلك فهم يتحركون بدرجة زائدة عن الحد الطبيعي ولا يجلسون ساكنين ، ولا يمكنهم اللعب بهدوء فهم دائماً في حالة حركة وغالباً ما يتململون ويصدرون حركات عصبية بأيديهم وأقدامهم ، وتتمثل الاندفاعية في قلة التحكم أو السيطرة في المواقف التي تتطلب الانتباه الجيد .

ويميل الأفراد الذين يعانون من الاضطراب إلى الاستجابة لأول فكرة تدخل عقلهم أو تطراً على بالهم ؛ لذلك فهم يتسرعون في الإجابة على الأسئلة ولا يستطيعون انتظار دورهم ، ويقاطعون الآخرين أثناء الحديث ، ولا يفكرون في نتائج سلوكهم ، ويصعب عليهم تأجيل إشباع حاجاتهم ، وهذه السمات المميزة للاضطراب لا تظهر بالضرورة في نفس الوقت وبـنفس الدرجة ، وغالباً يتم تشخيص الأطفال على أنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إذا توافر نقص الانتباه ، والاندفاعية ، وفرط النشاط معاً ، والتعرف على هؤلاء الأطفال يتم في مرحلة مبكرة من حياتهم ، فقبل سن دخول المدرسة نجد أن هؤلاء الأطفال يصعب التعامل معهم وهذا هو رأى والديهم وأقاربهم وأصدقائهم .

ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ( DSM – IV ) فإن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتداخل مع اضطراب التواصل ( CD ) و اضطراب التحدى أو المعارضة ( ODD ) Oppositional Defiant Disorder ، ومن

ثم فهناك مشكلة رئيسية تتمثل في صعوبة التمييز بين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد واضطراب التواصل ؛ حيث تتراوح نسبة التداخل بينهما ما بين ٣٠% - ٩٠% ، ويؤكد بعض الباحثين على أن هذين الاضطرابين شئ واحد ، بينما أشارت دراسات أخرى إلى أنهما اضطرابان منفصلان ، وقد استقر الرأي على الإبقاء على هذين الاضطرابين منفصلين مع شدة ترابطهما ( هينشو Hinshaw ، ١٩٩٤ ) ، وقد تكرر هذا الأمر مع اضطراب التحدي والمعارضة حيث اختلف الباحثون حول مدى اختلاف اضطراب التحدي والمعارضة عن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، فيرى بعضهم أن التمييز بينهما زائف ، بينما يرى الآخرون أنهما مختلفان من حيث الأسباب والأعراض وطرق العلاج ، كما أن هذا الاضطراب له فئة منفصلة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ، والاضطرابات الثلاثة تضمهم فئة واحدة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية هي فئة اضطرابات السلوك غير السوي أو المفكك Disruptive Behavior Disorder .

ويتفق أنجيللو وآخرون Angello et al. ( ٢٠٠٣ ) على أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد اضطراب طبي نفسي يتم تشخيصه بطريقة أكثر شيوعاً في مرحلة الطفولة ، وطبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ( DSM - IV ) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٩٤ يتضمن هذا الاضطراب مجموعة من الأعراض المرضية تتميز بمصاعب مستمرة في ثلاث نواحٍ هي :

- مدى الانتباه .

- التحكم فى الاندفاعية .

- النشاط الزائد أو فرط النشاط .

وهذا الاضطراب من الاضطرابات المزمنة التى تبدأ فى سن مبكرة بداية من مرحلة الرضاعة أو بداية العمر ويمتد حتى نهاية مرحلة الرشد ، ولهذا الاضطراب تأثيرات سلبية على حياة الطفل فى البيت والمدرسة .

وأظهرت نتائج العديد من الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يكونون :

- اندفاعيين .

- كثيرى النسيان .

- قلقين إلى حد الاضطراب .

- غير قادرين على اتباع التعليمات أو التوجيهات أثناء أدائهم للمهام .

- لا يمكن التنبؤ بسلوكهم .

- متقلبي المزاج .

وتظهر هذه السمات فى مرحلة الطفولة المبكرة ، وتكون مزمنة فى طبيعتها ولا ترجع إلى أسباب بدنية أو عقلية أو انفعالية أو عاطفية ، فبين الحين والآخر يكون هؤلاء الأطفال غير منبهين أو مشتتين واندفاعيين ، ويظهرون مستويات عالية من النشاط ، وهذه السلوكيات هى القواعد التى يتسمون بها وليست الاستثناء ، كما أن التباين فى الأداء يكون شائعاً بدرجة كبيرة بين هؤلاء الأطفال ، وعندما يترك الاضطراب دون علاج فإن الأطفال الذين يعانون منه يخشى عليهم من :

- انخفاض القدرة على التعلم .

- التقدير المنخفض للذات .

- المشكلات الاجتماعية .

- المشكلات العائلية .

ويرى باركلي وآخرون Barkley et al. ( ٢٠٠١ ) أنه فيما بين الخامسة إلى الثامنة من عمر الأطفال فإن حوالي ٤٥% - ٤٧% من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يُظهرون مشكلات ملحوظة تتمثل في تحدى ومقاومة سلطة الوالدين ، والعداء للآخرين ، والانفعال السريع .

ويستمر هذا الاضطراب من الطفولة حتى المراهقة وفي بعض الأحيان يستمر حتى مرحلة الرشد ، والصورة على المدى الطويل للأفراد الذين يعانون منه تتعد بنشوء الكثير من الاضطرابات النفسية الأخرى بمرور الوقت مثل اضطرابات القلق ، والاكتئاب ، واضطراب العلاقات البين شخصية ( بيدرمان وآخرون Biederman et al. ، ١٩٩٦ أ ) .

وبينما ينشأ لدى بعض الأفراد اضطرابات نفسية في مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد فإن هناك أفراداً آخرين يتورطون في نمط من المشكلات يتمثل في مخالفة القوانين وسوء استخدام المادة Substance Abuse ( مانيوزا وآخرون Mannuzza et al. ، ١٩٩٨ ) ، وحتى الأطفال الذين كفوا عن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يدخلون في سنوات المراهقة أو الرشد ولديهم تاريخ يتعلق بوجود صعوبات في مرحلة الطفولة يترك علامات دائمة على الشخصية وتقدير الذات والعلاقات البين شخصية .

ويؤثر اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تأثيراً كبيراً على نمو الأطفال فهو يؤثر على التعلم ، ويصاحبه عدد كبير من المشكلات التي تتعلق بالنمو والمشكلات العاطفية ، والمشكلات السلوكية ، والمشكلات الخاصة بالعلاقات الاجتماعية ، وكذلك المشكلات المتعلقة بالأنشطة الحسية والحركية وأحياناً تكون هذه المشكلات المصاحبة ظاهرة بوضوح لدرجة أنها تحجب وجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

### تعريف الاضطراب :

يرى أناسـتوبولس Anastopoulos ( ١٩٩٩ ) أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد حالة مزمنة تتسم بمستويات غير ملائمة من نقص الانتباه ، والاندفاعية ، والنشاط الزائد ، وهذا الاضطراب له تأثير ضار وخطير على الأداء النفسي للطفل والمراهق ، والفرد الذي يعاني منه يُظهر قدرة أكاديمية منخفضة ، وضعف في التحصيل الأكاديمي إلى جانب العديد من المشكلات التي تتعلق بالعلاقات مع الرفاق وتدنى مفهوم الذات .

وعلى الرغم من أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يكون ذكاؤهم عادياً إلا أن تحصيلهم الدراسي يكون ضعيفاً ؛ وذلك لأن الأعراض المرضية الأساسية للاضطراب التي تتمثل في النشاط الزائد ، ونقص الانتباه ، والاندفاعية ، والصعوبة في اتباع التعليمات وعدم التنظيم تساهم جميعها في حدوث المصاعب الأكاديمية ، بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب تكون مهاراتهم الاجتماعية رديئة غالباً ، كما أن علاقاتهم البين شخصية تكون مضطربة وخاصة مع الرفاق والمعلمين والوالدين ، وهذه المصاعب تزداد في حالة وجود

اضطراب التحدي والمعارضة ، واضطراب التواصل واضطراب الحالة المزاجية ، واضطرابات القلق ( كارلسون ومان Carlson & Mann ، ٢٠٠٢ ) ، ومثل هؤلاء الأفراد تحدث لهم صراعات عائلية مع والديهم ، ويكون لديهم أسباب مهياة سابقة لمستويات عليا من التوتر الوالدي والأمراض النفسية ، وعدم التوافق الأسري ( باركلي Barkley ، ١٩٩٠ ) .

وهكذا ؛ يمكن القول بأن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتميز بعدم القدرة على تركيز الانتباه ، ووجود سلوك زائد ، أو سلوك إندفاعي أو كلاهما ، وفيما يلي عرض للمفاهيم المرتبطة بهذا الاضطراب :

١ - نقص الانتباه :

ضعف الانتباه Inattention هو أحد أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ويتميز هذا العرض بالقابلية للتشتت ، والانتقال المتكرر من نشاط إلى آخر دون اكتمال أي منهما ، وعدم القدرة على التركيز لمدة طويلة ؛ لذلك فإن الأفراد الذين يعانون من الاضطراب يجدون صعوبة في متابعة التعليمات ، وإنهاء الأعمال التي يكلفون بها ، ويرى جمعة يوسف ( ٢٠٠٠ ) أن الدراسات التي أجريت في هذا الصدد تشير إلى أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يؤدون بشكل سيئ على اختبارات الأداء المتواصل ، والمهام الأدائية التي تتطلب من المفحوص التحكم والاستجابة في عدد من الحروف على شاشة الحاسب الآلي ولا يعتبر نقص الانتباه عند هؤلاء الأفراد قصدياً أو نوعاً من العناد ، ولكنه يعكس العجز عن مواصلة التركيز .

وقد ميز الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية ( DSM - III ) بين فئتين لاضطراب الانتباه هما :



- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention

. Deficit Hyperactivity Disorder ( ADHD )

- اضطراب نقص الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد Attention

. Deficit Disorder ( ADD )

ويتصف الأطفال ذوو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

( ADHD ) بعدم القدرة على الانتباه والاندفاعية وفرط النشاط ، بينما

يتصف الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه ( ADD ) بعدم القدرة

على الانتباه والاندفاعية ( هالجين ووايتبورن Halgin & Whitbourne ،

. ( ١٩٩٧ )

وفي عام ١٩٨٧ قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بإجراء

مراجعة للطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات

النفسية دمجت فيها النشاط الزائد مع اضطراب نقص الانتباه ، ومنذ ذلك

التاريخ أصبح يطلق على هذا الاضطراب مصطلح اضطراب نقص الانتباه

المصحوب بالنشاط الزائد ( ADHD ) ، وهذا ما أكدته الدليل التشخيصي

والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ( DSM - IV ) الصادر عام ١٩٩٤

بأنه لا يوجد سوى نوع واحد من الاضطراب وهو اضطراب نقص الانتباه

المصحوب بالنشاط الزائد ( ADHD ) وأن اضطراب نقص الانتباه والنشاط

الزائد عرضان متلازمان لاضطراب واحد وليس نمطين منفصلين ( جوميز

وكوندون Gomez & Condon ، ١٩٩٩ ) .

٢- النشاط الزائد :

النشاط الزائد أو فرط النشاط Hyperactivity هو العرض الأكثر

وضوحاً لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ويظهر غالباً

اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد  
كسلوك مزعج وغير مريح ، والطفل الذي يعاني من النشاط الزائد تظهر عليه مجموعة من الأعراض منها عدم القدرة على تركيز الانتباه لمدة طويلة ، وعدم القدرة على ضبط النفس ، ولا يستطيع إقامة علاقات طيبة مع أقرانه أو والديه أو مدرسيه ( عبد العزيز الشخص ، ١٩٨٤ ) ، ويعانى الأطفال الذين يوصفون بأن لديهم نشاطاً زائداً من عدم القدرة على التحكم فى حركاتهم الجسمية ، والاستجابات الاندفاعية ، ولهذا نجد أن أعراض النشاط الزائد تتنوع وفقاً لعمر الطفل وظروف الموقف ، ومن المظاهر الشائعة لهذا الاضطراب العناد وصعوبة الانقياد ، وحدة الطبع ، وتقلب المزاج ، وتدنى مفهوم الذات ، وانخفاض القدرة على التحمل ، وفى المدرسة يعاني هؤلاء الأطفال من صعوبة التركيز فى المهمة ، وصعوبة التنظيم ، وعدم القدرة على إنجاز الأعمال المدرسية ، كما أنهم يعانون من القلق بشكل مفرط ، ويتحدثون باندفاعية ، ويتركون مقاعدتهم فى الفصل دون إذن ، وقد يواجه هؤلاء الأطفال أيضاً مشكلات خارج المدرسة ، كما أنهم لا يتبعون تعليمات الوالدين ويصرون على أداء أنشطة تناسب أعمارهم فقط ( عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوى ، ١٩٩٩ ) .

ويوصف الأطفال الذين لديهم هذا العرض بأن لديهم إفراطاً فى الحركة ، وصعوبة الانخراط فى الأنشطة الهادئة بما فيها مشاهدة التلفزيون ، ويمتد النشاط المفرط عبر مواقف كثيرة حتى أثناء النوم ، ولكنه أكثر حدوثاً فى المواقف الرسمية النظامية عن المواقف غير الرسمية ، وهو أكثر قابلية للملاحظة فى الفصول الدراسية ، ولذلك فهو يشخص أول مرة فى أثناء سنوات الدراسة المبكرة ( جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ) .

وفى دراسة تحليلية للمظاهر السلوكية لعدد من المشكلات التى يعاني

منها الأطفال توصلت فيولا البيلاوى ( ١٩٩٠ ) إلى عدة مظاهر تميز مشكلة النشاط الزائد عن غيرها من المشكلات وهى كثرة الحركة ، وعدم الاستقرار فى مكان واحد ، وسرعة الاستثارة ، والتهيج ، ونقص الانتباه ، وإحداث الفوضى والضجيج ، ونقص التفكير ، وعدم التروى ، كما توصل عدد آخر من الباحثين إلى عدة مظاهر سلوكية تميز الاضطراب منها كثرة الحركة ، وعدم الاستقرار ، وعدم القدرة على الجلوس فى مكان واحد ، وعدم القدرة على إتمام أى عمل .

وهكذا يمكن القول بأن النشاط الزائد يتمثل فى الإفراط فى النشاط غير الملائم لعمر الطفل ، وكذلك طبيعة الأعمال التى يقوم بها إلى جانب التملل وعدم الهدوء وكثرة الشغب ، ومخالفة النظام ، وعدم الاستقرار ، وعدم القدرة على إتمام أى عمل ، وسرعة الانفعال ، والفشل فى إقامة علاقات إيجابية مع المحيطين به من الرفاق والوالدين والمعلمين .

### ٣- الاندفاعية :

الاندفاعية Impulsivity هى التهور والعشوائية فى إصدار الأفعال والأقوال وهى استجابة الفرد لأول فكرة تطرأ على ذهنه ، والأطفال المصابون باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لا يستطيعون التحكم فى اندفاعيتهم أو ضبط سلوكياتهم طبقاً لمتطلبات الموقف ، والطفل الذى يعانى من الاضطراب لا يقصد فى معظم الأحوال إثارة المشاكل السلوكية فهو يعرف الصواب والخطأ ولديه القدرة على التفرقة بين ما يجب عليه أن يفعله وما يجب عليه ألا يفعله ، ولكنه متسرع ومندفع فى رد الفعل أو اتخاذ القرار فهو لا يفكر إلا بعد حدوث المشكلة ، ولذا فإنه يشعر بتأنيب الضمير والذنب ، ولكن الغريب أن هذه المشاعر لا تعوقه عن القيام بمثل

هذا السلوك في المستقبل ، ويرى كمال سالم سيسالم ( ٢٠٠١ ) أن الطفل العادي أى الذى لا يعانى من الاضطراب عندما يريد أن يقوم بسلوك عدوانى تجاه زميله فى الفصل كأن يدفعه مثلاً فإنه ينظر حوله كى يتأكد من أن أحداً لن يراه عندما يقوم بهذا العمل حتى يتجنب العواقب ، أما الطفل الذى يعانى من الاندفاعية فإنه يندفع دون تفكير فى دفع زميله دون أن ينظر حوله ليرى ما إذا كان هناك من سيراه ، ولهذا فإنه دائماً ما يضبط متلبساً بإتيان السلوك غير المرغوب فيه مما يعرضه للعقاب ، ويعانى المدرس فى الفصل من تكرار مقاطعة هذا الطفل له أثناء الشرح فهو يسأل ويتكلم ويجيب دون أن يسمح له بذلك ، وغالباً ما تكون أسئلته وإجاباته غير متعلقة بالدرس أو بالسؤال الذى طرحه المدرس كما أنه يجيب على الاختبارات قبل أن يستمع إلى التعليمات التى يلقيها المدرس ، ولذلك فهو يقع فى الكثير من الأخطاء ، وعلى مستوى الأنشطة الرياضية فهو يتدخل فى اللعب ولا ينتظر حتى يأتى دوره ، كما أنه لا يتبع القواعد واللوائح التى تحكم اللعب .

وهكذا يتضح أن الطفل الذى يعانى من الاندفاعية يجد صعوبة فى انتظار دوره ، ويقاطع الآخرين ويتطفل عليهم ، ويندفع فى المحادثات والألعاب .

وصف لحالة طفل يعانى من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

تقابلت والدة " م " وهو طفل صغير يبلغ من العمر سبع سنوات مع مدرسه الذى صرح لها بأن ابنها قلقاً دائماً ومشتت الانتباه فى الفصل ، وكل بضع دقائق يقوم من على مقعده فى الفصل ويبحث عن شئ على الرف الموجود عليه الكتب ، أو ينظر من النافذة ، وعندما يكون جالساً على مقعده يرفس برجليه إلى الأمام وإلى الخلف أو ينقر بأصابعه على سطح المقعد

الذى يجلس عليه ، كما أنه يغير مقعده باستمرار ويستأذن فى الذهاب إلى دورة المياه ثلاث مرات على الأقل كل حصة ، ويتكلم بسرعة كبيرة كما أن أفكاره غير مرتبة ، وأثناء الفسحة يكون عدوانياً وينتهك قواعد اللعب ، وأكدت والدة هذا الطفل الوصف الذى قاله المدرس عن ابنها ، وصرحت بأنه يقوم ببعض السلوكيات المشابهة فى البيت ، وعلى الرغم من أن هذا الطفل كان مستوى ذكائه عادياً إلا أنه لا يقدر على تركيز انتباهه لمدة تزيد على بضع دقائق ( هالجين ووايتبورن Halgin & Whitbourne ، ٢٠٠٠ ) .

ويعرض أوليفر وإستينكامب Olivier & Steenkamp ( ٢٠٠٤ )

حالة طفل يعانى من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ؛ حيث يصف هذا الطفل ما يشعر به على النحو التالى :

- أكون مزعجاً فى البيت والمدرسة باستمرار لأننى أقوم بالعديد من الأخطاء ولا أستطيع أن أنتهى من أعمالى .
- يشعر الآباء والمعلمون بالخيبة تجاهى .
- يشعر الآباء والمعلمون بفقدان الأمل فى .
- الآخرون غير جادين معى حتى عندما أحاول أن أعمل بجد .
- لا أرى الأشياء التى يراها الآخرون فى الطريق .
- أشعر بالوحدة .
- يعتقد الآخرون أننى شاذ .
- لا يحببنى ويتجاهلنى الآخرون .
- يسخر الآخرون منى أحياناً .
- أشعر بصعوبة فى التعامل مع الآخرين .

- أتمنى من الآخرين أن يتركوني وحدي .
- أنسى الأشياء باستمرار .
- يصعب عليّ إنجاز أعمالى بصفة عامة .
- يصعب عليّ إنجاز أعمالى المدرسية .
- أهمل كل شئ .

### معدلات الانتشار :

يبدأ حدوث هذا الاضطراب مبكراً بمعنى أن أعراضه تظهر قبل سن السابعة ، ويؤثر فيما يقرب من ٣% - ٥% من الأطفال الملتحقين بالمدارس ، وتتراوح نسبة إصابة البنين إلى البنات بين ٥ : ١ ( إرفين وآخرون Ervin et al. ، ١٩٩٦ ) ، ويميل الاضطراب إلى أن يكون مزمناً ، فأكثر من ٥٠% من الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يستمرون في تقديم الأدلة على وجود الأعراض المرضية الخطيرة حتى مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد ( ويس وهيكتمان Weiss & Hechtman ، ١٩٩٣ ؛ إرفين وآخرون Ervin et al. ، ١٩٩٦ ) ، وبالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يكونون معرضين بدرجة عالية للمعاناة من الاضطرابات التي تتعلق بالتعلم والسلوك وخاصة السلوك الاجتماعي الانفعالي ( ويس وهيكتمان Weiss & Hechtman ، ١٩٩٣ ) .

ويصعب التعرف على نسب الانتشار الحقيقية للاضطراب ، وذلك بسبب اختلاف التعريف ، ومكونات الاضطراب على مرور الزمن ، وتشير نتائج عدد كبير من الدراسات إلى أن الاضطراب ينتشر لدى ٥% من أطفال المجتمع المدرسي في نفس المدى العمرى ، وهناك ما يقرب من ٣% - ٥% من العينة السكانية العامة للأطفال يعانون من الاضطراب

( الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ،  
١٩٩٤ ) ، ويقرر باحثون آخرون أن نسب انتشار الاضطراب في سن  
المدارس الابتدائية تتراوح بين ٥% - ١٥% ( جمال الخطيب ، ١٩٩٢ ) ،  
بينما أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن معدل انتشار الاضطراب  
أطفال المدارس يبلغ ١٦,١% ، ويشيع انتشار الاضطراب بين الأولاد  
في مرحلة ما قبل المراهقة ، وتزيد نسبة الانتشار بين الأولاد عن البنات ؛  
حيث تبلغ نسبة حدوثه داخل العينات العيادية من ٦ : ١ بينما في عينات  
المجتمع تصل النسبة إلى ٣ : ١ ( وليريتش وآخرون Wolrich et al. ،  
١٩٩٨ ) ، كما يحدث الاضطراب بنسب متكررة كبيرة قبل سن الثامنة  
ويصبح أقل تكراراً بعد ذلك ، وبعض الآثار أو النتائج المتبقية مثل نقص  
الانتباه ربما تستمر حتى مرحلة المراهقة أو مرحلة الرشد ( ولينز وآخرون  
Wilens et al. ، ٢٠٠٢ ) .

وأشارت نتائج عدد من الدراسات الحديثة إلى زيادة انتشار الاضطراب  
بين الذكور عنه لدى الإناث ؛ حيث إن الذكور يبدوون أكثر اندفاعية ، ولديهم  
قابلية أكبر لتشتت الانتباه داخل حجرة الدراسة ، كما أن الأعراض الشخصية  
والعدوانية لدى الذكور أكثر منها لدى الإناث مع ارتفاع معدل المشكلات  
النفسية لديهم ، وأشارت نتائج دراسات أخرى بأن نسبة انتشار  
الاضطراب بين الأطفال حوالي ٧,٧% وبنسبة ٢ : ١ بين الذكور  
والإناث على التوالي ( باركلي وآخرون Barkley et al. ، ٢٠٠٣ ) .

ويرى ويندر Wender ( ١٩٩٥ ) أن اضطراب نقص الانتباه  
المصحوب بالنشاط الزائد من أكثر الاضطرابات شيوعاً بين الأطفال ؛ حيث  
ورد تقرير عن وكالة الصحة العقلية الأمريكية جاء فيه أن نصف الأطفال

المحالين للعلاج بها يعانون من الاضطراب ، كما بينت نتائج الدراسات  
الوبائية الحديثة أن نسبة حدوث الاضطراب تصل إلى ١٠ % تقريباً بين  
أطفال العالم ، وأن معدل انتشاره بين الأطفال في عمر المدرسة يتراوح بين  
٤ % - ٦ % ، والجدير بالذكر أن معدل انتشاره بين الأطفال الذين ينتمون  
للأسر ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض يصل إلى ١٠ % .  
تقريباً ، أما عن معدل انتشاره بين الذكور والإناث بصفة عامة فإن نسبة  
انتشاره تصل إلى ستة أضعاف انتشاره بين الإناث .

وعلاوة على ذلك يشيع الاضطراب بين الأطفال الذين توجد لديهم  
اضطرابات مزاجية ، واضطراب القلق ، وهناك نسبة تقدر بـ ٥ % من بين  
أطفال المدارس يعانون من الاضطراب ، وحوالي ٨٠ % من هؤلاء الأطفال  
من البنين بمعنى أن نسبة انتشار الاضطراب بين البنين والبنات تصل إلى  
٤ : ١ ( الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric  
Association ، ١٩٩٤ ) ، وكثيراً من الأطفال يظهرون انخفاضاً في  
الأعراض المرضية للاضطراب عندما ينتقلون إلى مرحلة المراهقة المتأخرة  
( مانيوزا وآخرون Mannuzza et al. ، ١٩٩٣ ؛ الجمعية الأمريكية للطب  
النفسي American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ) ، وقد تبين أن  
الاضطراب أكثر شيوعاً لدى أقارب الدرجة الأولى للأفراد المصابين  
بالاضطراب ، كما أن هناك نسبة أعلى لانتشار اضطرابات المزاج ،  
والقلق ، وصعوبات التعلم ، وتعاطي المخدرات ، واضطراب الشخصية  
المضادة للمجتمع لدى أفراد الأسر التي ينتمي إليها الأطفال المصابون  
بالاضطراب ، وقد أشارت الدراسات التتبعية العديدة التي أجريت في هذا  
الصدد أن ٣٠ % - ٨٠ % من الأطفال المصابين بالاضطراب يستمر



كبيرة ؛ حيث توصل عدد كبير من الباحثين إلى أن الأفراد الذين يعانون من الاضطراب كانوا في مرحلة المراهقة أكثر اشتراكاً أو تورطاً في الأعمال الإجرامية ، وأعمال العنف ، والتعرض لخبرات الفشل الدراسي ، وكذلك المشكلات الاجتماعية ( مانيوزا وآخرون Mannuzza et al. ، ١٩٩٣ ،  
تالده ، آخرون ، ١٩٩٣ ) ، ووصف نتائج الدراسات  
التتبعية التي أجريت في هذا الصدد أنه عندما ينتقل الخاضعون للدراسة إلى  
عقدهم الثالث فإن العديد من أوجه القصور تظل موجودة كالسلوك المضاد  
للمجتمع ، وفي بعض الحالات يكون سوء استخدام المادة أكثر شيوعاً مقارنة  
بمجموعة الأسوياء ( يونج وتون Young & Toone ، ٢٠٠٠ ) .

وأظهرت نتائج الدراسة التتبعية التي قام بها مانيوزا وآخرون  
Mannuzza et al. ( ١٩٩٣ ) على مجموعة من الأولاد أن ٢٥ % من  
أفراد العينة ظلوا يعانون من الأعراض المرضية وذلك في المرحلة العمرية  
من ١٦ - ٢٣ عاماً ، وكان اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ،  
واضطراب سوء استخدام المادة أكثر الاضطرابات شيوعاً ، وأن ١٧ %  
يعانون من اضطراب سوء استخدام المادة ، وفي المرحلة العمرية من ٢٣ -  
٣٠ عاماً وجدوا أن ١٨ % من أفراد العينة يعانون من اضطراب الشخصية  
المضادة للمجتمع ، ١٦ % يعانون من سوء استخدام المادة .

كذلك أوضح هيكتمان Hechtman ( ١٩٩٦ ) أنه عندما يصل الأطفال  
الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلى  
مرحلة النضج فإن نتيجة من بين الثلاث نتائج التالية تكون منتظرة أو  
متوقعة :

- ١- أداء وظيفي جيد لا يختلف بدرجة دالة عن أداء المجموعة الضابطة

السوية .

٢- وجود مجموعة ثانية أكثر شيوعاً تستمر في المعاناة بدرجة ملحوظة وتمثل هذه المعاناة في المشكلات التي تتعلق بالتركيز ، والاندفاعية ، والأداء الوظيفي الاجتماعي والانفعالي ، وهذه المعاناة تؤدي إلى اضطراب العلاقات بين شخصية ، والتقدير الرديء للذات ، وسرعة الغضب ، والاندفاع ، والقلق ، وعدم الثبات الانفعالي .

٣- وجود مجموعة ثالثة تتسم بالسلوك المضاد للمجتمع وربما يعاني أفراد هذه المجموعة من الاكتئاب ، والميول الانتحارية ، والتورط في تعاطي المخدرات .

وهكذا ؛ يتضح أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعتبر بعيداً عن كونه اضطراباً حميداً فهو يحمل في طياته مخاطر كبيرة بالنسبة للسلوكيات المضادة للمجتمع وكذلك الخلل الوظيفي المعرفي والمشكلات بين شخصية .

وتؤكد نتائج العديد من الدراسات أن هناك نسبة كبيرة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يستمرون في إظهار المعاناة من أعراضهم المرضية حتى مرحلة المراهقة وحتى مرحلة الرشد الأولى ( يونج وتون Young & Toone ، ٢٠٠٠ ) .

واستناداً إلى دراسة ميكي وآخرون McKee et al. ( ٢٠٠٤ ) وجد أن هناك نسبة تتراوح بين ٣٠ % : ٧٠ % من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تستمر معهم الأعراض المرضية حتى مرحلة الرشد ، وبعض الباحثين المعاصرون يعتقدون أن

نقص الانتباه يمكن رؤيته لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع غلبة نقص الانتباه وربما يكون ذلك مشكلة مختلفة من الناحية الكيفية أو الوصفية عن النوع الخاص بنقص الانتباه الموجود في النوع المركب .

وكل هذه الأمور تؤدي إلى مضامين شيقة عن طبيعة اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الذي نجده أمامنا بصورة أساسية على هيئة اضطرابين منفصلين ومتميزين من الناحية الكيفية أو الوصفية ، فالنوع المتمثل في اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع غلبة نقص الانتباه ربما يكون هو اضطراب نقص الانتباه الحقيقي .

### أعراض الاضطراب :

يلخص عدد كبير من الباحثين أهم السلوكيات التي يتصف بها الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وهذه السلوكيات مشتقة من معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ( DSM - IV ) وموزعة على الأعراض الرئيسية للاضطرابات على النحو التالي :

#### ١- نقص الانتباه :

- يفشل في أن يعطي انتباه مركز للتفاصيل ولديه أخطاء في العمل المدرسي والأنشطة المختلفة .

- غالباً ما يجد صعوبة في الانتباه للأعمال سواء الصعبة أو السهلة .

- يسرح باستمرار أثناء أداء الأنشطة .

- يبدو عليه عدم الانتباه والتشتت عندما تتحدث إليه مباشرة .

- لا يتبع التعليمات ويفشل في إنهاء العمل المدرسي ولا يحل

- الواجبات المكلف بها .
- يجد صعوبة فى تنظيم أنشطته والأعمال التى يحاول القيام بها .
- يتجنب الاشتراك فى أداء المهام التى تتطلب مجهوداً ذهنياً .
- غالباً ما يفقد الأشياء الضرورية للقيام بالأنشطة والمهام مثل الأقلام ، والكتب ، والأدوات الدراسية ... الخ .
- ينسى الأنشطة اليومية وكذلك أشياءه الشخصية .
- عدم إتمام الأنشطة وينتقل من نشاط إلى آخر دون إتمام الأول أو التفكير فى إنجائه .
- عدم القدرة على متابعة المعلومات سواء السمعية أو البصرية للنهاية .
- يعانى من صعوبات التعلم .
- غير قادر على التركيز .
- يعانى من التشتت وأحلام اليقظة .
- لا يصغى للآخرين .
- يتشتت انتباهه بسرعة بفعل المثيرات الخارجية .
- يفشل فى متابعة التعليمات التى توجه إليه .
- يتعرض للحوادث بسبب ضعف الانتباه .

## ٢- فرط النشاط :

- يحرك قدميه ويديه كثيراً ويتلوى فى مقعده .
- يترك مقعده فى الفصل أثناء شرح المعلم ويتجول فى الفصل .
- يتحرك ويجرى بإفراط فى أوقات غير مناسبة .
- يجد صعوبة فى اللعب أو الانغماس فى الأنشطة الترفيهية بهدوء .

- متعجل باستمرار ويتحرك كما لو كان يدفعه موتور .
- ثرثار أى يتحدث باستمرار دون كلل أو ملل .
- عدم الاستقرار أثناء الجلوس .
- يسبب صخباً داخل الفصل .
- يرحل ، يحريى فى العصى .
- غير متعاون مع معلميه ومشرفيه .
- يظهر سلوك العناد والمعارضة .
- يخالف التعليمات والأنظمة .
- يسلك بشكل مختلف عن أقرانه فى مثل سنه .
- يصعب التنبؤ بسلوكه .

### ٣- الاندفاعية :

- يندفع فى الإجابة قبل اكتمال سماع الأسئلة .
- يجد صعوبة فى انتظار دوره فى أمر ما .
- يقاطع الآخرين أثناء الحديث ويتطفل عليهم .
- يندفع فى المحادثات والألعاب بتهور .
- لا يستطيع السيطرة على أفعاله .
- حساس تجاه النقد .

وعادة تكون القدرات الذهنية لهؤلاء الأطفال طبيعية أو أقرب للطبيعية ، وتكون المشكلة الأساسية لدى هؤلاء الأطفال هى أن فرط النشاط أو ضعف الانتباه لا يساعدهم على الاستفادة من المعلومات أو المثيرات من حولهم فتكون استفادتهم من التعليم ضعيفة لأنهم يحتاجون للتحكم فى سلوكيات فرط الحركة وضعف التركيز وذلك لأن من الأعراض العامة

## للاضطراب :

- عدم أتمام الأنشطة ، والانتقال من نشاط إلى آخر دون إتمام الأول ، ونظراً لفشله السريع في عمل أو إنجاز شئ فإنه يتركه ولا يحاول اكماله أو التفكير في انهاءه .
- لا يستطيع أن يحدد هدفاً لحركته أو متابعة المعلم أثناء الشرح ففي طريقه لعمل شئ ما يجذبه شئ آخر .
- تكرار النسيان وخاصة الأشياء الشخصية .
- عدم الترتيب والفوضى .
- الحركة الزائدة المثيرة للانتباه ، وعدم الثبات في مكان لفترة طويلة .
- عدم الالتزام بالتعليمات اللفظية ، والفشل في تنفيذها مع عدم التأثر بالعقاب والتهديد .
- يشكل اتباع النظام المدرسي ، والانضباط داخل الفصل الدراسي ، وحل الواجبات عبئاً على هؤلاء الأطفال ليس لأنهم لا يفهمون المطلوب بل لأنهم لا يستطيعون التركيز والانتباه والثبات في مكان لفترة مناسبة .

الأعراض التي تميز الأطفال 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 ثم ينتقل بسرعة من عمل إلى آخر .
- يجد صعوبة في الاستجابة للطلبات البسيطة .
- يلعب بطريقة مزعجة أكثر من بقية الأطفال .

- يجد صعوبة كبيرة في انتظار دوره في أمر ما .
- يأخذ الأشياء من بقية الأبطال -ون الاكتراث بمشاعرهم .
- يسئ التصرف دائماً .

ويرى السيد علي و فائقة بدر ( ١٩٩٩ ) أنه يصعب التعرف على

الطفل الذي يعاني من الاضطراب قبل التحاقه بالمدرسة للأسباب الآتية :

١- أن الطفل في عمر ما قبل المدرسة يكون نشيطاً جداً بالفطرة ، كما أنه يقضى معظم وقته في اللعب والنعب الذي لا يتطلب منه تركيز انتباهه لمدة زمنية طويلة .

٢- أن التليفزيون يقدم برامج مثيرة وسريعة تجذب انتباه الأطفال بما فيهم الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ، وتشير بالذكر أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يجلسون أمام التليفزيون لمدة طويلة يشاهدون البرامج المحببة إليهم دون كلل أو سمل .

٣- أن معظم آباء هؤلاء الأطفال ليس لديهم معومات سابقة أو خبرة كافية عن الاضطراب كما أنهم يكونوا قد تعبدوا على سلوك طفلهم ويرون أنه طبيعي وخاصة إذا كان هذا الطفل من التوحيد في الأسرة ، ومثل هؤلاء الآباء لا يستطيعون التعرف على سلوك طفلهم إلا في المناسبات المختلفة التي تجب عليهم -مثل أختين في مثل عمره الزمنى كالأعياد والأفراح وغيرها .

الأعراض التي تميز الأطفال بين سن ست سنوات إلى اثني عشر سنة :

- يصفه مدرسيه بأنه غير متوافق مع زملائه أو عازي في البيت .
- اليقظة .

- مشوش دائماً ويضيع أغراضه الشخصية .
- غير ناضج اجتماعياً ، وقليل الأصدقاء .
- يجد صعوبة في انتظار دوره في أمر ما .
- يلعب بطريقة عدوانية فظة .
- يتكلم في اوقات غير ملائمة ، ويجب على الأسئلة بسرعة ودون تفكير .
- يتورط في القيام بأعمال خطيرة .
- يتسم سلوكه بالتململ وكثرة الحركة ولا يستطيع البقاء في مقعده مدة طويلة .
- يترك مقعده أثناء شرح المعلم ويتجول داخل الفصل .
- يثير انتباهه أشياء أخرى غير التي يقوم بها .
- لا ينجز الأعمال أو المهام التي يكلف بها بشكل كامل .
- يجد صعوبة في اتباع التعليمات التي تعطى له .
- يعاني من ضعف القدرة على الإنصات فيبدو وكأنه لا يسمع .
- يعاني من ضعف القدرة على التفكير .
- لا يتمسك بالتقاليد أو النظم المعمول بها .
- يبرئ نفسه دائماً من الأخطاء التي يقع فيها ويلقى باللوم على الآخرين .
- يتردد كثيراً إذا حاول اتخاذ قرار .
- يصدق كل ما يقال له دون تفكير .
- يعاني من عدم الثبات الانفعالي .
- يجد صعوبة في الاحتفاظ بأصدقائه .



ويرى باركلي Barkley ( ١٩٨٥ ) أن الأطفال مضطربى الانتباه يفشلون فى النجاح من المرة الأولى فى إحدى سنوات الدراسة الابتدائية ، وهناك ما بين ٦٠ % - ٨٠ % من هؤلاء الأطفال يعانون من صعوبات التعلم ، وعلى مستوى اضطراب التوافق النفسى والاجتماعى فإن هؤلاء الأطفال يحوون عدوانيين ومدفعين ؛ ولذا فمن المتوقع ان يعانى هؤلاء الأطفال من اضطراب العلاقة بالآخرين ، ويرى ويس وهيكتمان Weiss & Hechtman ( ١٩٨٦ ) أن سبب سوء توافق هؤلاء الأطفال وضعف علاقاتهم بالآخرين يرجع إلى اندفاعيتهم ، ونشاطهم غير الهادف ، وضعف تركيزهم ، وعدم قدرتهم على تحمل الإحباط ، ويرجع والن وهينكر Whalen & Henker ( ١٩٩٢ ) ضعف علاقات هؤلاء الأطفال إلى عدم احترامهم للقواعد الاجتماعية فضلاً عن أنهم غير مطيعين ومشاكسين وغير ناضجين ، وأن ٦٠ % تقريباً من هؤلاء الأطفال منبوذين من أقرانهم وانفعاليون وسلبيون ، ودائماً ما يكونوا مصدر إزعاج ومشكلات للآخرين .

### خصائص الأطفال الذين يعانون من الاضطراب :

يتميز الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بمجموعة من الخصائص التى تميزهم عن الأطفال العاديين منها :

#### ١- الخصائص السلوكية :

يعانى الأطفال ذوى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من المشكلات السلوكية فهم أكثر عدوانية واندفاعية وتهوراً ، وأوضح بيدرمان وآخرون Biederman et al. ( ١٩٩١ ) أن الاضطرابات السلوكية تنتشر لدى ٥٠ % من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص

## الانتباه .

وتشمل الخصائص السلوكية المرتبطة باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عدم الصبر ، وتغير الحالة المزاجية ، وعدم القدرة على تحمل السراقفة المحيطة بالإدراك ، العناد ، ضعف الثقة بالنفس ، وتدنى مفهوم الذات ، وعدم القدرة على تحمل المسؤولية وتختلف حدة هذه الخصائص السلوكية باختلاف العمر الزمني والبيئة التي يعيش فيها الفرد .

كما يتميز الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب بالانزعة نحو إيقاع الأذى بالآخرين ومضايقتهم ، واضطراب التفكير ، وعدم القدرة على الضبط الذاتي ( بيندا وآخرون . Pineda et al. ، ١٩٩٩ ) .

وأظهرت نتائج العديد من الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يظهرون صعوبات في تعديل وتنظيم استجاباتهم تجاه المتطلبات البيئية ؛ لذلك فهم يواجهون صعوبات في تنفيذ أو تطوير خطط الأداء السلوكي الرامية لتحقيق الأهداف مثل حل الواجبات أو التفاعلات البين شخصية ، حتى عندما يكونوا قد تعلموا خطة أو استراتيجية في موقف معين فإنهم يواجهون صعوبة في استخدام الخطة أو الاستراتيجية في مواقف أخرى مشابهة ، كما أن هؤلاء الأفراد يظهر لديهم صعوبة في انتظار دورهم في موقف ما ، وتعوزهم الدافعية لأداء معظم النشاطات ، والغالبية العظمى من هؤلاء الأطفال تتسم سلوكياتهم بالتحدي والمعارضة ؛ حيث يجادلون الكبار باستمرار ويرفضون اتباع التعليمات .

ويرى ماريني ميركولينو وآخرون ( ٢٠٠٣ ) أن حوالي ٦٧ % من

الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يواجهون مشكلات كبيرة تتعلق بالسلوكيات السلبية والعدائية والعصيان نحو الوالدين ونحو الأفراد المهمين الآخرين ، وفي أحيان عديدة يكون هؤلاء الأطفال سريعى الانفعال ، ولا يلتزمون بالقوانين ، ويغضبون من الآخريين بسهولة ، ويميلون إلى تحميل الآخرين مسؤولية أخطائهم ، ومن جانب آخر تظهر نسبة أقل - ولكنها كبيرة أيضاً - من هؤلاء الأطفال ( ٢٠ % - ٣٠ % ) سلوكيات التعدى على الحقوق الأساسية للآخرين مثل الاعتداء المتكرر على الآخرين ، والقسوة مع الحيوانات ، والسرقه وإتلاف الممتلكات ، وعدم احترام القوانين والأعراف الاجتماعية .

## ٢- الخصائص الانفعالية :

يقرر الباحثون أن حوالى ٢٠ % - ٣٠ % من الأفراد المصابين باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد يعانون من اضطراب التوتر أو القلق ، وأن حوالى من ١٠ % - ٤٠ % من هؤلاء الأفراد يعانون من اضطراب الحالة المزاجية ، وقد تدعو الحاجة فى مثل هذه الحالات إلى علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والقلق والاكتئاب فقد يكون القلق والاكتئاب هما السبب الرئيسى لنقص الانتباه ، وعدم الدافعية أو شرود الذهن لدى هؤلاء الأفراد .

كما أظهرت نتائج العديد من الدراسات التى أجريت فى هذا الصدد أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعانون من الانطواء ، والسلبية ، وعدم الثقة بالنفس وفقدان الإحساس بالأمان ، واضطراب الحالة المزاجية ، وعدم توافق ردود أفعالهم الاجتماعية أو استجاباتهم مع الحدث أو المثير ، وأنهم يفشلون فى التعبير عن عواطفهم

الخاصة مثل الشعور بالسعادة ، والدهشة ، والحزن ، والخوف ،  
والاشمئزاز ، كما أنهم يعانون من تدنى تقدير الذات ، وعدم القدرة على  
إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين ، كما أنهم غير ناضجين انفعالياً  
فانفعالاتهم تتسم بالتقلب فتارة يكونون هادئين ومترنن المزاج ، وتارة أخرى  
ينفجرون في ثورة من العصب يععبها بقاء سيد ، كما ان هوءاءه سرر-  
منبوذون من رفاقهم ويغلب على سلوكياتهم التدمير وإتلاف ممتلكات  
الغير ، ويشعرون بالسعادة من جراء هذه السلوكيات ، ويؤكد ذلك كمال  
سالم سيسالم ( ٢٠٠١ ) حيث يرى أن الاندفاع لمثل هذه السلوكيات هو  
تعبير واضح عن عدم قدرة الفرد على التحكم فيما يصدر عنه من سلوك  
سواء كان لفظياً أو حركياً مما يؤدي بصاحبه إلى النبذ والرفض الاجتماعى  
نتيجة لتحاشى الآخرين التعامل مع صاحب هذا السلوك ، كذلك يؤدي هذا  
السلوك الاندفاعى إلى الإضرار الجسمى بصاحبه فهو يقدم على الأعمال  
الخطيرة باندفاع ودون تفكير فى العواقب .

### ٣- الخصائص المعرفية :

يتباين تأثير اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد  
على النمو المعرفى للطفل ما بين الخفيف والشديد ، وتشير الدراسات  
التى أجريت فى هذا الصدد إلى أن هذا الاضطراب يكون مصحوب  
عادة باضطرابات فى التعلم والسلوك وبصفة خاصة صعوبات القراءة  
والكتابة ، والتهجئه ، والرياضيات ، واضطرابات الحالة المزاجية  
والسلوك المشكل والقلق ، كما يؤثر اضطراب نقص الانتباه  
المصحوب بالنشاط الزائد على فاعلية الذاكرة وخاصة الذاكرة العاملة  
وتنظيم استقبال المثيرات وإدراكها ، ويحدث اضطراب نقص

الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عبر جميع مستويات الذكاء ، وحتى داخل مجتمع المتفوقين عقلياً ، وشديدي الذكاء ، وعادة يواجه هؤلاء الأطفال أنماط متباينة من الفشل المدرسي على الرغم من امتلاكهم لقدرات عقلية عادية وربما عالية ( فتحى الزيات ، ٢٠٠٢ ) ، كما أن هؤلاء الاطفال يعانون من اضطراب الذاكرة ، والإدراك ، والترميز ، وتكوين المفاهيم ( محمد على كامل ، ١٩٩٦ ) ، وقد يعانون من قصور فى العمليات البصرية وفى الوظائف الإجرامية مثل التخطيط وحل المشكلة والفشل فى الاحتفاظ بالمعلومات وتنظيم السلوك ( بورك وآخرون ، Burke et al. ، ٢٠٠٣ ) .

وتتداخل مظاهر صعوبات التعلم تداخلاً كبيراً مع مظاهر اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، فتتراوح نسبة الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وفى نفس الوقت يعانون من صعوبات التعلم ما بين ١٥ % - ٤٥ % من المجموع الكلى للأطفال ذوى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ( كلارك وآخرون ، Clarke et al. ، ٢٠٠٢ ) ، وأشار جولدشتين وجولدشتين Goldstein & Goldstein ( ١٩٩٠ ) إلى أنه على الرغم من أهمية عامل الانتباه فى حياة الطفل فإن هذا العامل بمفرده لا يعتبر كافياً لحدوث عملية التعلم وذلك لأن المشكلة الأساسية للطفل الذى يعانى من صعوبات التعلم هى صعوبة التعامل مع المعلومات لا الانتباه فقد ينتبه ويركز على كل ما يقال له من معلومات ، ولكنه لا يستطيع التعامل معها بما يتطلبه هذا التعامل من تحليل واستجابة وتذكر واستدعاء وتخزين

وربط للعلاقات .

#### ٤- الخصائص الاجتماعية :

يظهر الفرد الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عدداً من السلوكيات غير المناسبة اجتماعياً مثل عدم الانتباه بالتقاليد والنظم المعمول بها ، وعدم الثبات الانفعالي ، وكثرة التحدث أو التثيرة المستمرة ، ومقاطعة الآخرين أثناء الحديث ومثل هذه السلوكيات تفقده التوافق الاجتماعي مع الآخرين وتجعله منبوذاً أو مرفوضاً اجتماعياً ، يضاف إلى ذلك أن الأفراد الذين يعانون من الاضطراب تتصف علاقاتهم بالسلبية وعادة ما يمثلون مشكلة للآباء والمعلمين والأشخاص المحيطين بهم .

وأظهرت نتائج العديد من الدراسات أن الأفراد الذين يعانون من الاضطراب يظهرون معدلاً مرتفعاً في السلوكيات غير المناسبة مثل السرقة ، والغش ، والسلوك التخريبي ، وعدم القدرة على التواصل مع الآخرين وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة ( هينشو وآخرون . Hinshaw et al. ، ١٩٩٢ ؛ فان لير وآخرون . van Lier et al. ، ٢٠٠٣ ) ؛ لذلك نجد أن هؤلاء الأفراد يعانون من مظاهر الرفض والإعراض الاجتماعي من أقرانهم والمتعاملين معهم في الأسرة والمدرسة ، وعادة ما يجدون اتجاهات سلبية نحو مصادقتهم والتفاعل معهم ( موير Moyer ، ٢٠٠٣ ) .

#### ٥- الخصائص التعليمية :

يعانى الأفراد ذوى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من صعوبات القراءة ، والكتابة ، وإجراء العمليات الحسابية ، وكذلك التأخر

الدراسي ، ومثل هذه المشكلات تمثل اضطراباً في التعلم وخصوصاً عند إجراء عملية التقييم ؛ لذلك نجد أن المدرسة تمثل مصدر إحباط لمثل هؤلاء الأطفال .

ويذكر باركلي ( Barkley ) ( ٢٠٠٣ ) أن الطيف الواسع من اضطرابات

اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتصف بالسلوكيات الآتية :

- يترك مقعده أثناء شرح المعلم ويتجول داخل الفصل .
- لا يهتم بالتعليمات التي يوجهها له المعلمون .
- يتحدث باستمرار داخل الصف بسبب أو بدون سبب .
- عدم القدرة على الانتباه وفهم ما يقوله المعلم .
- يفقد أدواته الشخصية من كتب وأقلام ... الخ باستمرار .
- انخفاض أدائه المدرسي بكثير عن معظم زملائه .
- عمله المدرسي غير مكتمل وغير منسق

ويرى فتحى الزيات ( ٢٠٠٢ ) أن هناك ثلاثة مظاهر أساسية تقف خلف تعرض الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد للفشل الدراسي أو على الأقل انخفاض مستوى التحصيل الأكاديمي وهذه المظاهر هي :

- قصور الانتباه .
- الاندفاعية في الفعل ورد الفعل .
- الإفراط في النشاط الذي يؤدي إلى إعاقة الانتباه ، والفشل في الحصول على درجات تحصيلية عالية ، والفشل في الاحتفاظ أو تخزين المعلومات .

ومن المسلم به أن عدم القدرة على كبح جماح السلوك الاندفاعي للطفل والتحكم فيه يزيد من احتمالات الفشل الدراسي ؛ حيث تفرض البيئة المدرسية عقوبات وانطباعات معينة لعدم الوفاء أو الانصياع لمتطلباتها ومنها :

- ضرورة ان يطل الصفح جاسا ومنصبصا تي سنا .
- أن يمارس العمل في واجباته مستقلاً .
- أن ينشغل بوقته وواجباته وتكليفاته .

ويجد هؤلاء الأطفال صعوبة بالغة في الضبط أو التحكم وفي الانصياع لهذه المتطلبات أو تنظيم سلوكهم بما يقابل هذه المتطلبات ، وعادة ما يعاقبهم النظام المدرسي على الرغم من أن عقاب هؤلاء الأطفال على هذه السلوكيات يؤدي إلى نتائج عكسية تبدو في ترسيخ اعتقاد لدى الطفل بضعف كفاءته الذاتية والاستسلام للواقع الذي يعيشه والتسليم بعدم قدرته على تغييره .





الفصل الثانی  
تشخيص الاضطراب

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

### مقدمة :

يصعب تشخيص اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بسبب عدم وجود اختبار طبي واقعي ومميز يستخدم في التشخيص مما يجعل عملية التشخيص في الغالب عملية ذاتية ، وهذا هو السبب في حتمية أن يجرى تشخيص الاضطراب عن طريق شخص مؤهل للقيام بهذه العملية بدقة ، وفي أول الأمر تم استخدام مصطلح اضطراب نقص الانتباه ( ADD ) Attention Deficit Disorder وتم وصف الأفراد الذين يعانون من الاضطراب بأنهم أقل انتباهاً ، ولم يتم الاهتمام بالأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه عندما يكون مصحوباً بالنشاط الزائد ، ويصنف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ( DSM - IV ) اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder ( ADHD ) إلى ثلاث أنواع فرعية مختلفة تتضمن نقص الانتباه ، والاندفاعية ، والنشاط الزائد .

وكان يعتقد في الماضي أن هذا الاضطراب عابر ويصيب الأطفال في مرحلة الطفولة فقط إلا أن الدراسات التتبعية المختلفة أوضحت أنه يستمر خلال مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد المبكر لدى الغالبية العظمى من الحالات ، ويسبب العديد من المشكلات للأطفال والمراهقين الذين يعانون منه في تفاعلاتهم أو تعاملاتهم اليومية مع الوالدين والمعلمين والأصدقاء التي تتمثل في السلوك الذي يدل على التحدي أو المعارضة ، وضعف التحصيل الدراسي ، واضطراب التواصل الاجتماعي ، وعدم القدرة على اتباع القواعد والنظام ، والخطورة الطويلة الأمد لسوء استخدام المادة ، والانحراف وكل هذه

بب تتجمع أو تتحد معاً لتوثق التأثير المدمر للاضطراب على  
الأسر والمجتمع .

### الاضطراب :

يعد العالم الأمريكي هورس برون من واضطراب نقص الانتباه المصحوب  
بالنشاط الزائد ، وهؤلاء الأطفال لا يتم تشخيصهم بالقدر الكافي لأنهم نادراً  
يهدون السلوك القلق ، والتطفلى ، والحركى الزائد الذى يندر بالخطر ،  
على الكلينيكيون فى تشخيصه ، وينظرون إلى هؤلاء الأطفال غالباً على  
بجرد كسالى أو ليس لديهم أى دافع أو رغبة فى إنجاز الأعمال ، ولا  
يحتاجون المساندة والتأييد والعلاج الذى يمكن أن يساعدهم على أن  
يكونوا أقل إحباطاً وأكثر إنتاجية ، وعلى الرغم من أن الاضطراب يوجد  
بإثبات إلا أنه يكون غالباً من النوع الذى يتمثل فى نقص الانتباه وليس  
بالنشاط الزائد .

ومعظم الكتب المنشورة التى تناولت اضطراب نقص الانتباه  
مصحوب بالنشاط الزائد تقدم القليل من الإرشاد بشأن الاضطراب ، وتناقش  
الموضوع الأطفال الذين يسمون بالنشاط الزائد بطريقة مزمنة ولا  
يهدون للأطفال الهادئين الذين يعانون من نقص الانتباه ، وبعض  
الدراسات المتخصصة تعترف بوجود الاضطراب بدون النشاط الزائد ، فى  
الذى نجد فيه المجالات العلمية المتخصصة وخاصة السيكولوجية  
على معلومات ضئيلة جداً عن كيفية التعرف على الأفراد الذين لا  
يهدون الاضطراب لديهم النشاط الزائد ، وحتى وقت قريب جداً لم يتم  
إثبات الكثير عن الاضطراب الذى لا يصاحبه نشاط زائد .

وقام دى بول واستونر DuPaul & Stoner ( ١٩٩٤ ) بمراجعة البحوث السابقة واستنتجا أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ( ADHD ) Attention Deficit Hyperactivity Disorder كان يسمى فيما مضى باضطراب نقص الانتباه ( ADD ) Attention Deficit Disorder وكان يوجد فى بعدين مستقلين هما :

- بعد يتكون من النشاط الزائد والسلوك الاندفاعى .

- والبعد الآخر يتكون من عدم التنظيم المرتبط بنقص الانتباه والصعوبة فى تكملة المهام .

كذلك توصلنا إلى أن اضطراب نقص الانتباه بدون النشاط الزائد ( ADD ) يختلف عن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ( ADHD ) ، فالأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه الذى لا يظهر فيه النشاط الزائد يذكرون وجود مشكلات مزمنة تتمثل فى عدم القدرة على أداء المهام حتى المهام أو المتطلبات التى يعرفون أنها مهمة وعاجلة لسلامتهم أو رفاحتهم ، والكثير من هؤلاء الأفراد يذكرون وجود صعوبة كبيرة لديهم فى الاحتفاظ بطاقتهم للقيام بالقراءة أو الكتابة أو تأدية المهام ، ويذكرون أنهم يشعرون بالدوخة حتى بعد أن يناموا نوماً جيداً ، والبعض منهم تتطبق عليه المعايير التشخيصية للغفوة النومية Narcolepsy إذ يذكرون حدوث مشكلات تتمثل فى صعوبة التغلب على الدوخة وتعرضهم للغفوة النومية وهم فى سياراتهم عند الوقوف فى إشارات المرور ، وكذلك يتعرضون للنعاس أثناء المذاكرة أو أثناء الاستماع إلى المحاضرات أو حضور الاجتماعات ، وهذه المشكلات تجعل الحياة صعبة بالنسبة لهؤلاء الأفراد ومما يزيد الأمر صعوبة أن هؤلاء الأفراد يرون فى أنفسهم القدرة على تحقيق النجاح ؛ لذلك فإن التذكرة المتكررة بأن الفرد فى استطاعته أن يؤدي أفضل إذا كان أكثر توافقاً

أو ثباتاً من الأمور التي يجب أن توضع في الاعتبار عند تقديم البرامج العلاجية لهؤلاء الأفراد ، فالفجوة الواسعة بين إمكاناتهم وبين التحصيل أو الإنجاز الحقيقي تعرض هؤلاء الأفراد إلى الهزيمة وال فشل .

رابط في "التربية والنشأة" "اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد"

النفسية ( DSM - III - R ) أن كلاً من اضطراب نقص الانتباه ، والنشاط الزائد عرضان مندمجان مع بعضهما وأطلق عليهما مصطلح اضطراب نقص الانتباه ، وقسم هذا الدليل الأطفال مضطربي الانتباه إلى فئتين هما :  
أ- فئة الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

ب- فئة الأطفال مضطربي الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد ( الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ١٩٨٧ ) .

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ( DSM - IV ) ميز بين ثلاثة أنواع من اضطرابات الانتباه هي :  
أ- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد النوع المركب Attention Deficit / Hyperactivity Disorder, Combined Type وفي هذا النوع يوجد لدى الأطفال ست أعراض أو أكثر لعدم القدرة على الانتباه مع مصاحبتهما لست أعراض أو أكثر من النشاط الزائد والاندفاعية ، وينتشر هذا النوع من الاضطراب بين الأطفال والمراهقين .

ب- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع غلبة نقص الانتباه Attention Deficit / Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive Type ، وفي هذا النوع من الاضطراب يوجد لدى الأطفال

ست أعراض أو أكثر لعدم القدرة على الانتباه مع وجود أعراض قليلة لا تدل على النشاط الزائد .

ج- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع غلبة النشاط الزائد ، الاندفاعية Attention Deficit / Hyperactivity Disorder, Predominantly Hyperactivity – Impulsive Type ، ويميز هذا النوع وجود ستة أعراض للنشاط الزائد والاندفاعية مع انخفاض واضح لأعراض اضطراب نقص الانتباه ( الجمعية الأمريكية للطب النفسى American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ) .

وعلى الرغم من أن الدراسات المتعلقة بعلم الأوبئة تقترح أنه فى عينات المجتمع يكون النوع المتميز نقص الانتباه هو النوع الأكثر شيوعاً أو انتشاراً إلا أن النوع المركب هو الذى يتم تحويله إلى الخدمات العيادية ( لاهى وآخرون Lahey et al. ، ١٩٩٤ ) .

### الوصف التشخيصى للاضطراب :

كما يوحى مصطلح اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يظهرون نشاطاً عضلياً زائداً عن الحد أو مبالغ فيه مثل الجرى بلا هدف أو الجرى العشوائى والتلمل ، وتعد صعوبة الاستمرار فى الانتباه هى الملمح الرئيسى للاضطراب ، فالأطفال الذين يعانون من الاضطراب يكونون مشتتى الذهن بدرجة كبيرة جداً ، ويفشلون فى اتباع التعليمات أو الإجابة على الأسئلة أو الاستجابة للأوامر التى توجه إليهم .

ومن بين السمات الأخرى لهذا الاضطراب وجود السلوك الاندفاعى

Impulsive Behavior ، والتم الضئيل للإحباط ، ونتيجة لهذه المشكلات فإن هؤلاء الأطفال يكونون غالباً أكثر انخفاضاً في مستوى الذكاء ، وعادة فإنه في حوالي ٧ - ١٥ اختبارن اختبارات الذكاء تكون درجاتهم أقل من المتوسط ، ويميل الأفراد الذين يعانون من الاضطراب إلى التحدث بلا انقطاع أو بطريقة مستمرة ، ويكونوا متطفلين على الآخرين ، وغير ناضجين اجتماعياً ، وفي دراسية على ٩١٦ مراهقاً في نيوزيلندا وجد أن المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لديهم معدلات أعلى في خالفات المرورية مقارنة بغيرهم من المراهقين العاديين ( نادا - جا وآخرون . Nada - Reja et al. ، ١٩٩٧ ) .

وتتضمن الأوصاف الكلية للأطفال الذين يعانون من الاضطراب الشكوى من عدم القدرة على البقاء أو الاستماع إلى التعليمات ، وعدم استكمال الأعمال أو المهام التي يكلفون بها ، وسيطرة أحلام اليقظة ، والشعور بالملل أو الضجر بسهولة... الخ ، ومن الأمور الشائعة للاضطراب صعوبة الاستمرار أو الاحتفاظ بالانتباه أثناء أداء المهام ، وتظهر هذه المشكلات في أغلب الأحيان في المواقف التي تستدعي الانتباه المستمر ، كما يظهر أيضاً على الأطفال الذين يعانون من الاضطراب الاندفاعية ؛ حيث يبدأون في أداء المهام قبل أن يسعوا إلى التعليمات أو بعد الانتهاء منها ، ويتحدثون في غير دورهم أو عما لا يطلب منهم ذلك ، ويقومون بتلميحات وإشارات وتعليقات طائشة دون اعتبار للعواقب أو النتائج الاجتماعية ، كما تتضمن الأوصاف الكلينية أيضاً فرط النشاط الحركي واللفظي فنجد هؤلاء الأفراد في حركة دائمة وغير قريبين على أن يظلوا ساكنين... الخ ،

وبالنسبة للمكون اللفظي فإنه يتم التركيز غالباً على الشكوى من تحدث الطفل بدرجة زائدة عن الحد أو أنه ثرثار لا يستطيع التوقف عن الكلام أو لديه فم متحرك لا يستطيع السكوت سواء كان ذلك بصفة معتدلة أو بصفة حادة .

ويرجع ذلك إلى أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يفتقرون إلى المصاعب المتعلقة بالسلوك الذي تحكمه القواعد تمثل ملمحاً سريرياً مهماً للاضطراب ، فقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يظهرون مشكلات ملحوظة وعلى قدر كبير من الدلالة تتمثل في عدم الالتزام بالقواعد والأوامر .

وتؤكد نتائج التقارير الكلينيكية الخاصة بالوالدين والمعلمين على عدم قدرة الأطفال الذين يعانون من الاضطراب على اتباع التعليمات ، ومثل هذه المصاعب تنشأ في مجموعة متنوعة من السياقات ولكنها تحدث في أغلب الأوقات في المواقف التي يكون فيها الكبار غائبين ، أي عندما يكون هناك طلب متزايد للتنظيم أو الضبط الذاتي للسلوك ، كما أن هؤلاء الأطفال يظهرون أيضاً عدم امتثال كبير لأداء مهامهم أو واجباتهم ويكون ذلك واضحاً فيما يتعلق بأدائهم في الفصول الدراسية ، وفي نتائج الاختبارات ، وفي استكمالهم للواجبات المنزلية أو الأعمال المنزلية الروتينية ، وعلى الرغم من أنه يمكن القول جديلاً بأن جميع الأطفال يظهرون قدراً معيناً من التغييرية في هذه النواحي فمن الواضح من الخبرة الكلينيكية والنتائج البحثية أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يظهرون ذلك بدرجة أكبر بكثير .

ويؤثر الأفراد الذين يعانون من الاضطراب على الأفراد الذين يعيشون معهم بطريقة سلبية ؛ حيث يكون لديهم صعوبات كبيرة في التأقلم مع



والديهم وذلك لأنهم لا يطيعون الأوامر أو القواعد التي توجه لهم ، وعلى وجه العموم فإن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب لا يبدو عليهم القلق على الرغم من أن نشاطهم الزائد عن الحد ، وتمللمهم ، وقلّة راحتهم ، وشرود ذهنهم تُعدّ علامات أو مؤشرات للقلق ، و عادة يكون تحصيلهم في المدرسة ، ويظهرون عادة صعوبة في القراءة ، وتعلم المواد الدراسية الأخرى ، كما أنهم يثيرون الكثير من المشاكل السلوكية ، ولا يتحملون تأخير أو إرجاء الإشباع ، ويميلون إلى عصيان الأوامر والقواعد ويثيرون العديد من المشاكل المتعلقة بالعمل المدرسي والعلاقة بالمعلمين وزملائهم الآخرين .

والطفل الذي يعاني من الاضطراب نجده مشتت الانتباه ، ويضرب الأطفال الآخرين باندفاعية شديدة ، ويضرب الأشياء برجليه ، ويرمي الأشياء الموجودة فوق المكاتب على الأرض ، ويمسح الأشياء المكتوبة على السبورة ، ويتلف كتبه وكتب زملائه ، وغيرها من الممتلكات المدرسية ، ويقفز ويندفع من مكان إلى آخر داخل الفصل الدراسي كما أنه غيور إلى حد كبير من أخوته وبقية زملائه داخل الفصل الدراسي ، وعلى الرغم من أن نسبة ذكائه تكون متوسطة أو فوق المتوسط إلا أنه يشعر أنه غبي .

والأوصاف المستقبلية لهذا الاضطراب ربما تشمل أوجه الاضطراب في السلوك الذي تحكمه القواعد ، والتغير في الأداء كمعالم محددة ، وعلى الرغم من ذلك فإن معظم المحترفين في هذا المجال ينظرون إلى نقص الانتباه والاندفاعية وفرط النشاط على أنها الأعراض المرضية الأساسية للاضطراب ، وعلى الرغم من أن هذه الأعراض قد تم النظر إليها على أنها مميزة للاضطراب فإن صدق هذا الافتراض قد أثبتت حوله الشكوك ، فعلى

المستوى النظرى فإن الأعراض المرضية الثلاثة الأساسية المميزة للاضطراب بالإضافة إلى الكثير من المعالم المصاحبة لها ربما تتبع من عجز دال فى عمليات الكف السلوكى Behavioral Inhibition Processes ، ومن وجهة النظر العملية الدقيقة فإنه فى الآونة الأخيرة أوضحت نتائج التحليل العاملى أنه على الرغم من ان الاعراض المرضيه لنقص الانتباه تميل فى الواقع إلى أن تتجمع بمعزل عن الأعراض المرضية للاندفاعية وفرط النشاط فإن هذين العرضين المرضيين الأخيرين رغم ذلك يتجمعان معاً بطريقة منتظمة ( أناستوبولس Anastopoulos ، ١٩٩٩ ) .

### تشخيص الاضطراب :

اعتمد الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية ( DSM - IV ) على ست خطوات أساسية لتشخيص الاضطراب هى :

#### الخطوة الأولى :

المقابلة الشخصية مع الوالدين التى تتضمن عرض المشكلات ، والتاريخ المتعلق بالنمو ، والتاريخ الأسرى .

#### الخطوة الثانية :

إجراء مقابلة شخصية مع الطفل للتعرف على سلوكه فى البيت وفى المدرسة ، وكذلك التعرف على أدائه الوظيفى الاجتماعى .

#### الخطوة الثالثة :

تطبيق مجموعة من المقاييس التى تقدر السلوك فى البيت والمدرسة وكذلك الأداء الوظيفى الاجتماعى .

#### الخطوة الرابعة :

الحصول على بيانات من المدرسة تتضمن طبيعة سلوك الطفل في المدرسة ، ودرجات الاختبارات التحصيلية ، والموقف الدراسي وغيرها من المعلومات المهمة .

#### الخطوة الخامسة :

إجراء مجموعة من الاختبارات النفسية مثل اختبارات الذكاء وذلك لقياس نسبة الذكاء ، واختبارات تصفية أخرى للتأكد من عدم وجود صعوبات للتعلم .

#### الخطوة الأخيرة :

تتضمن هذه الخطوة إجراء الفحوص البدنية والعصبية ، والأفراد الذين يقومون بهذا الإجراء هم الأطباء النفسيون ، والمتخصصون في علم النفس والصحة النفسية ، وأطباء الأطفال ، وأطباء الأمراض العصبية كما يقدم الوالدين والمعلمين والأخصائيين النفسيين معلومات مهمة تساعد في عملية التشخيص .

#### كيف يتم تشخيص الاضطراب :

كما تم تناوله سابقاً ينبغي أن يستند تشخيص اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلى عدد من الملاحظات فهذا الاضطراب ليس له هوية أو كيان بيولوجي محدد ، ولكنه يمثل مجموعة من الأعراض السلوكية والمرضية ، وكما ذكر سابقاً يقوم الوالدان والمعلمون باستكمال مجموعة من الاختبارات النفسية ، ويتم ملاحظة الأطفال في البيت والمدرسة ، كما يتم إجراء مقابلة كلينيكية للطفل والأسرة ، ومن بين الأدوات أو المقاييس التي يتم استخدامها مقاييس التقدير السلوكي وذلك للتعرف على أو تحديد

الاضطراب ومن أهم المقاييس التي تستخدم في هذا الصدد مقياس كونرز لتقديرات المعلم (CTRS) The Conners' Teacher Rating Scale وهذا المقياس يتم تطويره باستمرار وفقاً لمحكات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية ، ويستخدم بطريقة مكثفة في تقدير الاضطراب منذ نشره لقبوله الواسع ، وعلى الرغم من ان فهم الاحصائيين سرياً - - - - - تغير عبر السنين إلا أن تفضيلهم لهذا المقياس استمر ثابتاً ، ويعتمد مقياس كونرز لتقديرات المعلم على مقياس تقدير مكون من أربع نقاط ليست موجودة على الإطلاق ، موجودة بدرجة قليلة ، موجودة بدرجة كبيرة ، موجودة بدرجة كبيرة جداً ، ويتضمن هذا المقياس ٢٨ فقرة لجمع المعلومات من المستجيب ، ويقوم بتكملة هذا المقياس كلاً من معلم الطفل ، والوالدين أو أحدهما ، وبعد ذلك يتم تحديد ما إذا كان الطفل تحدث له الأعراض المرضية المميزة للاضطراب أم لا .

وهناك مقياس آخر يستخدم على نطاق واسع وهو اختبار كونرز للأعراض المرضية المختصر Conners' Abbreviated Symptoms Questionnaire (CASQ) ويشار إليه غالباً على أنه مؤشر أو دليل على وجود النشاط الزائد ، ويتكون هذا المقياس من ١٠ فقرات تفيد في معرفة أو تحديد الأطفال الذين يتسمون بالنشاط الزائد ، ويقيس التغيرات في المشكلات المتعلقة بفرط النشاط والسلوك وذلك بعد إجراء التدخلات العلاجية وعلى الأخص الأدوية المنبهة ( باركلي Barkley ، ١٩٩٨ ) .

ومن المقاييس التي تقيس اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) Attention Deficit Hyperactivity Disorder وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية مقياس

انتباه الأطفال وتوافقهم Children's Attention and Adjustment Survey ( CAAS ) ، وهذا المقياس مصمم لتقدير أنماط السلوك المرتبطة باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وتم تصميم هذا المقياس في أوائل السبعينات من القرن الماضي ، وذلك بهدف توفير أداة سلوكية يمكن استخدامها بواسطة المدرسين والوالدين والأطباء في قياس الأعراض المرتبطة بالنشاط الحركي الزائد ، ويتكون المقياس من صورتين أحدهما صورة التقييم المنزلية وتتكون من ٣١ فقرة ، والأخرى صورة التقييم المدرسية وتتكون أيضاً من ٣١ فقرة أيضاً ، والعبارات الخاصة بكل صورة ذات صلة بأنماط السلوك الموجودة لدى الأطفال الذين يعانون من خلل طفيف في وظائف المخ ، ويوجد أمام كل عبارة أربع اختيارات إطلاقاً ، وقليلاً ، إلى حد ما ، وكثيراً ، وبينت التحليلات العاملية لهذا المقياس بصورتيه المنزلية والمدرسية الأبعاد التالية : نقص الانتباه ( N ) Inattention ، الاندفاعية ( I ) Impulsivity ، والنشاط الزائد ( H ) Hyperactivity ومشكلات السلوك أو التواصل ( CD ) Conduct Problems ، وبتدمج العبارات الموجودة على بعدى نقص الانتباه والاندفاعية يتكون مقياس فرعي جديد يسمى اضطراب الانتباه ( ADD ) Attention Deficit Disorder . أمام المقياس الفرعي السادس فهو مقياس اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ( ADHD ) والمقياس الفرعي السابع والأخير يشتمل على العبارات المذكورة في معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية ( DSM - III - R ) وبالتالي أصبح لكل صورة من صورة المقياس سبع أبعاد تتشابه في مسمياتها ، ونقل هذا المقياس إلى البيئة العربية عبد الرقيب البحيري وعفاف عجلان ( ١٩٩٧ ) بعد أن قاما باختصار عبارات كل صورة سواء صورة التقييم المدرسية أو

المنزلية إلى ٢٣ عبارة فقط ، ويلاحظ على هذا المقياس أنه يقيس الأعراض المرضية المميزة للاضطراب وفقاً لمحكات الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية ، ومن المقاييس التي تقيس الاضطراب وفقاً لمحكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ( DSM - IV ) مقياس اعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD Symptoms Rating Scale ( ADHD - SRS ) إعداد هولاند وآخرون Holland et al. ( ٢٠٠١ ) ويصلح هذا المقياس لقياس الاضطراب لدى الأفراد الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٥ - ١٨ عاماً ، كما قام مجدى الدسوقي ( ٢٠٠٤ ) بإعداد مقياس تقدير أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (\*) وذلك لتقدير سلوك الأفراد الذين يعانون من الاضطراب ويتكون المقياس من ٤٤ فقرة تصف أوجه سلوك وسمات الشخص الذى يعاني من الاضطراب ، وتقوم الفقرات المكونة للمقياس على السلوكيات الأكثر شيوعاً للاضطراب والمذكورة فى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ( DSM - IV ) ، وكذلك مجموعة المؤلفات المتخصصة ، ويتألف المقياس من ثلاث مقاييس فرعية هي :

المقياس الفرعى الأول : يقيس النشاط الزائد ويشمل العبارات من ١ - ١٧ .

المقياس الفرعى الثانى : يقيس الاندفاعية ويشمل العبارات من ١٨ -

٢٨ .

المقياس الفرعى الثالث : يقيس نقص الانتباه ويشمل العبارات من ٢٩ -

٤٤ .

(\*) المقياس منشور بمكتبة الأنجلو المصرية .

ويسهل إجراء هذا المقياس بواسطة الوالدين والمعلمين والأخصائيين النفسيين وغيرهم من الأفراد الذين لديهم معرفة كبيرة بسلوك المفحوص أو الذين تتاح لهم فرصة كبيرة لملاحظته ، ويمكن استخدام هذا المقياس في البيت وفي المدرسة ، ويفيد في تشخيص الاضطراب لدى الأفراد الذين تبدأ أعمارهم الزمنية من خمس سنوات .

تم وضع تعليمات بسيطة للمقياس تتضمن الإجابة على كل عبارة من عبارات المقياس تبعاً لبدائل ثلاثة هي : هذا السلوك لا يمثل مشكلة ، هذا السلوك يمثل مشكلة متوسطة ، هذا السلوك يمثل مشكلة حادة ، وقد وضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة صفر ، ١ ، ٢ على الترتيب ، ويستخدم الجمع الجبري في حساب الدرجة على كل مقياس فرعي ، والدرجة الكلية على المقياس هي مجموع درجات المقاييس الفرعية الثلاثة ، والدرجة المرتفعة على المقياس تشير إلى أن الفرد يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والعكس صحيح .

ومن المقاييس التي تفيد في التأكد من الأعراض المرضية السلوكية المميزة للاضطراب قائمة أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ( ADHD - SC4 ) ( ADHD Symptom Checklist - 4 ) إعداد جادو وسبرافكين ( Gadow & Sprafkin ) ( ١٩٩٧ ) وتعد هذه القائمة بديلاً للمقابلات الشخصية الطبية النفسية التي تعتبر طويلة إلى حد كبير ومستهلكة للوقت ، وتستند هذه القائمة إلى معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ( DSM - IV ) ، وتصلح القائمة للاستخدام بالنسبة للوالدين والمعلمين لأنه طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية تنطبق الأعراض المرضية

لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب التحدى أو المعارضة بدرجة متساوية فى البيت والمدرسة ، وقام مجدى الدسوقى ( ٢٠٠٤ ) بنقل هذه القائمة إلى البيئة العربية ، وتتضمن القائمة أربعة مقاييس فرعية هي :

- مقياس اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

ويتكون هذا المقياس من ١٩ عبارة تقيس الأعراض السلوكية المميزة للاضطراب .

- مقياس اضطراب التحدى أو المعارضة :

ويتكون هذا المقياس من ثمان عبارات تقيس الأعراض السلوكية المميزة لاضطراب التحدى أو المعارضة .

- مقياس الصراع بين الرفاق :

ويتكون هذا المقياس من ١٠ عبارات تقيس سلوكيات الصراع بين الفرد الذى يعانى من الاضطراب ورفاقه .

- مقياس الآثار الجانبية للأدوية المنبهة :

ويتكون هذا المقياس من ١٣ عبارة تقيس الآثار الجانبية المترتبة على تناول الأدوية المنبهة .

ويحدد المُقدر درجة حدوث السلوك على القائمة تبعاً لبدائل أربعة هي : أبداً ، أحياناً ، كثيراً ، دائماً ، وقد وضعت لهذه الاستجابات أوزان متدرجة كالآتى : أبداً ( صفر ) ، أحياناً ( ١ ) ، كثيراً ( ٢ ) ، دائماً ( ٣ ) ، ويستخدم الجمع الجبرى فى الحصول على الدرجة الكلية على كل مقياس فرعى ، والدرجة المرتفعة تشير إلى وجود الأعراض السلوكية المميزة للاضطراب والعكس صحيح .



التشخيص الرسمي أو المعتمد للاضطراب :

المعايير التشخيصية الرسمية لتشخيص اضطراب نقص الانتباه

المصحوب بالنشاط الزائد هي معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع

للاضطرابات النفسية ( DSM - IV ) الصادرة عن الجمعية الأمريكية

للطب النفسي American Psychiatric Association ، ووفقاً لهذا الدليل

فإن محكات تشخيص اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

تتمثل في :

أ- يشترط أن ينطبق على الفرد أحد البندين التاليين إما " أولاً " أو " ثانياً "

مما يأتي :

أولاً : أن ينطبق على الفرد ستة على الأقل من الأعراض المرضية التالية

الدالة على نقص الانتباه ، وأن تستمر تلك الأعراض لمدة لا تقل عن

ستة أشهر على الأقل ، وأن تكون بشكل لا يتفق ولا يتسق مع مستواه

النمائي مما يؤدي إلى سوء توافقه ، وهذه الأعراض هي :

١- ارتكاب أخطاء تدل على الإهمال واللامبالاة بخصوص العمل

المدرسي أو المهني أو الأنشطة الأخرى ، والعجز عن الانتباه الدقيق

للتفاصيل .

٢- صعوبة استمرار الانتباه في المهام المكلف بها أو في أنشطة اللعب

٣- عدم الإنصات عندما يتحدث إليه أحد بشكل مباشر .

٤- عدم اتباع التعليمات ، والعجز عن إكمال العمل المدرسي أو العمل

اليومي أو مهام العمل المهني ليس بسبب العناد أو العجز عن فهم

التعليمات .

٥- وجود صعوبة في تنظيم وترتيب الأنشطة والمهام والأعمال التي

تعرض عليه .

٦- تجنب القيام بالمهام التي تتطلب المجهود العقلي المستمر أو التي تحتاج إلى الانتباه والتركيز مثل العمل المدرسي ، والواجب المنزلي .

٧- كثرة الأخطاء الناجمة عن الإهمال ، وأنشطته مثل الألعاب

والأدوات المدرسية كالكتب والأقلام والأدوات الأخرى .

٨- شروذ الذهن وعدم الانتباه بسهولة .

٩- كثير النسيان للأنشطة والأعمال اليومية المتكررة والمعتادة مما يجعله

في حاجة إلى متابعة مستمرة .

ثانياً : أن ينطبق على الفرد ستة من الأعراض التالية الدالة على النشاط

الزائد / الاندفاعية ، وأن تستمر تلك الأعراض لمدة لا تقل عن ستة

شهور على الأقل ، وأن تكون بشكل لا يتفق ولا يتسق مع مستواه النمائي

مما يؤدي إلى سوء توافقه ، وهذه الأعراض هي :

#### ● النشاط الزائد :

١- غالباً ما يتململ أثناء جلوسه ، ويكثر من حركة يديه ورجليه ويخبط

بهما أو يتلوى في مقعده .

٢- غالباً ما يترك مقعده في الفصل بطريقة غير ملائمة ، كذلك يترك

مقعده في المواقف التي نتوقع منه فيها أن يبذل جالساً في مقعده ،

ويظل يمشى ذهاباً وإياباً دون سبب أو هدف .

٣- يجري ويقفز ويتسلق الأشجار أو الأماكن المرتفعة ، وذلك في

المواقف التي تكون فيها هذه الأفعال غير ملائمة ، وفي حالة المراهقين

والراشدين يقتصر ذلك على الشعور الذاتي بعدم الاستقرار أو

الاستياء .

٤- غالباً ما يجد صعوبة في اللعب أو ممارسة أنشطة قضاء وقت الفراغ

بهذوء .

٥- "الحركة الزائدة" كما ذكرنا فربما الحركات

موتور .

٦- غالباً ما يتحدث بدرجة زائدة عن الحد في معظم الأوقات .

### ● الاندفاعية :

٧- التسرع في الإجابة عن الأسئلة التي توجه إليه قبل أن يتم الانتهاء

منها .

٨- لديه صعوبة في انتظار دوره .

٩- يقاطع الآخرين ويتطفل عليهم كأن يتدخل في محادثاتهم أو ألعابهم .

ب- أن تحدث الأعراض الدالة على نقص الانتباه و النشاط الزائد

والاندفاعية التي سببت عجزاً أو قصوراً لدى الفرد قبل سن السابعة .

ج- أن تسبب هذه الأعراض خللاً أو قصوراً ذا دلالة كLINIكية في الأداء

الوظيفي اليومي للفرد في موقفين أو أكثر سواء في المنزل أو المدرسة

أو العمل .

د- أن توجد أدلة واضحة وقاطعة ذات دلالة كLINIكية تؤكد حدوث

الاضطراب في الجانب الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني .

هـ- ألا ترجع هذه الأعراض إلى اضطراب نمائي عام ( منتشر ) أو

الفصام ، أو أى اضطراب عقلي آخر كأن يكون اضطراباً وجدانياً ،

أو اضطراب القلق ، أو اضطراباً تفككياً ( انشقاقياً ) أو اضطراب

## الشخصية .

ويشترط لدقة التشخيص ما يلي :

١- أن يذكر الوالدان أو المعلمون ستاً على الأقل من التسع مشكلات المتعلقة بالسلوك في أي من القائمتين لضمان وجود الاضطراب وتشخيصه بطريقة مناسبة .

٢- تكرار يفوق أو يتعدى ما يتوقع من الأطفال في نفس العمر العقلي .

٣- أن يكون لهذه السلوكيات تأثير على الأداء الوظيفي السيكولوجي ، ولا ترجع إلى أنواع أخرى من اضطرابات التعلم أو اضطرابات الشخصية ، ويرمز للتشخيص بالكود التالي :

٣١٤,٠١ = اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد -

النوع المركب, Attention Deficit / Hyperactivity Disorder, Combined Type ، وذلك في حالة وجود المعيار الأول في أولاً ، والمعيار الأول في ثانياً خلال الستة أشهر الأخيرة .

٣١٤,٠٠ = اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع غلبة نقص

الانتباه, Attention Deficit / Hyperactivity Disorder, Predominantly Inattentive Type ، وذلك في حالة وجود المعيار الأول في أولاً ، وعدم وجود المعيار الأول في ثانياً خلال الستة أشهر الأخيرة .

٣١٤,٠١ = اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع غلبة

النشاط الزائد والاندفاعية Attention Deficit / Hyperactivity Disorder, Predominantly Hyperactivity - Impulsive Type وذلك في حالة وجود المعيار الأول في ثانياً ، وعدم وجود المعيار

الأول في أولاً خلال الستة أشهر الأخيرة .

٣١٤,٩ = اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد غير

المحدد Attention Deficit / Hyperactivity Not Otherwise

محدد

واضحة من نقص الانتباه أو النشاط الزائد والاندفاعية والتي لا

تستوفي المعايير الخاصة باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط

الزائد ( الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric

Association ، ١٩٩٤ ؛ هـالـجـين ووايتـبـورن Halgin &

Whitbourne ، ٢٠٠٠ ؛ باركلي Barkley ، ٢٠٠٣ ) .

وكما يتضح من هذه المعايير فإن الطريقة التي يعلن فيها اضطراب

نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عن نفسه من الناحية الكلينيكية تختلف

من طفل إلى آخر ، فالأطفال الذين يوجد لديهم أعراض اضطراب نقص

الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد المتمثلة في نقص الانتباه ربما تشكل

مخاوف أكبر نسبياً عن الاندفاعية أو المشكلات المتعلقة بالنشاط الزائد ،

وبالنسبة لأطفال آخرين ربما تكون الاندفاعية والنشاط الزائد من المصاعب

الأكثر ظهوراً ، وبالتأمل في هذه الفروق أو الاختلافات الممكنة في العرض

الكلينيكي فإن المعايير المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع

للاضطرابات النفسية ( DSM - IV ) لا تسمح بذلك فقط ولكنها تتطلب

التقسيم الفرعي لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فمثلاً

عندما يوجد أكثر من ستة أعراض مرضية من كلتا القائمتين وتطبق جميع

المعايير الأخرى فإن تشخيص اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي

الزائد من النوع المركب يكون موجوداً ، وفي حالة وجود ستة أعراض

اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد -  
مرضية أو أكثر تتعلق بنقص الانتباه ووجود أقل من ستة أعراض مرضية  
تتعلق بالنشاط الزائد والاندفاعية فإن التشخيص المناسب سيكون هو  
اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الذى يتعلق بنقص الانتباه  
فى المقام الأول ، ويتعرف المهنيون بسرعة على الأنماط الموجودة فى  
الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية ويسيرونها من  
تلك الأنماط التى تميز اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد -  
النوع المركب أو اضطراب الانتباه غير المتميز (\*) ( Undifferential  
Attention Deficit Disorder فى التصنيف التشخيصى والإحصائى الثالث  
المعدل للاضطرابات النفسية ( DSM - III - R ) الصادر عن  
الجمعية الأمريكية للطب النفسى عام ١٩٨٧ ، و اضطراب نقص الانتباه  
المصحوب بالنشاط الزائد أو غير المصحوب بالنشاط الزائد الموجود  
فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث للاضطرابات النفسية  
( DSM - III ) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى عام ١٩٨٠ ،  
ومع ذلك ظهر فى الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات  
النفسية ( DSM - IV ) ولأول مرة الحالة من النوع المعروف باضطراب  
نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد التى تتميز بالنشاط الزائد والاندفاعية  
فى المقام الأول والذى يعتبر التشخيص المناسب الذى يجب أن يتم عمله  
عندما تظهر ستة أعراض أو أكثر للأعراض المرضية الدالة على السلوك  
الاندفاعى والسلوك الذى يتسم بالنشاط الزائد ، وستة أعراض مرضية على  
الأقل تتعلق بنقص الانتباه مع انطباق جميع المعايير الأخرى .

(\*) أى اضطراب الانتباه المصحوب بفرط النشاط أو اضطراب الانتباه غير  
المصحوب بفرط النشاط .

ويتشابه التصنيف الدولي العاشر للأمراض النفسية International Classification of Diseases ( ICD - 10 ) الصادر عن منظمة الصحة العالمية World Health Organization عام ١٩٩٣ إلى حد كبير مع محكات اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أو اضطراب نقص الانتباه غير المصحوب بالنشاط الزائد الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ، وهذا التصنيف يستخدم قوائم منفصلة للأعراض المرضية تجمع بين طياتها مجموعة تتكون من ١٨ عرضاً مرضياً ، ومع ذلك فعلى عكس الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية فإن التصنيف الدولي العاشر يستخدم قائمة تتكون من تسع فقرات تتعلق بنقص الانتباه ، وقائمة تتكون من خمس فقرات تتعلق بالنشاط الزائد ، وقائمة تتكون من أربع فقرات تتعلق بالأعراض المرضية للدفاعية ، وكل قائمة من هذه القوائم تختلف في النقاط القاطعة أو الفاصلة للأعراض المرضية فمثلاً ستة أعراض مرضية على الأقل لنقص الانتباه ، وثلاثة أعراض مرضية للنشاط الزائد ، وعرض مرضي واحد للدفاعية قبل النظر إلى التشخيص المتعلق باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وأكثر من ذلك فإن التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية يشترط ما يلي :

- ١- أن تظهر الأعراض المرضية قبل عمر السابعة .
- ٢- أن تستمر الأعراض المرضية لمدة ستة أشهر على الأقل .
- ٣- أن تكون أعراض الاضطراب النمائي واضحة .
- ٤- لا ترجع علامات الاضطراب إلى حالات طبية نفسية أخرى على سبيل المثال اضطراب الحالة المزاجية .

ومما يجب الإشارة إليه أن المحكات التشخيصية المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ( DSM - IV ) وكذلك المحكات المتضمنة في التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية ( ICD - 10 ) بينهما قدر كبير من التداخل في محتويات قوائم الأعراض المرضية ، ورغم هذا التداخل أو وجه التشابه الكبيرة فإن هناك اختلافات أو فروق ممكنة من أهمها أن مجموعة الأعراض المرضية والنقاط الحاسمة للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع قد استمدت بطريقة عملية من التجارب الميدانية الكلينية ، بينما الأعراض المرضية المتضمنة في التصنيف الدولي العاشر تم تحديدها بدرجة أساسية على أساس إجماع آراء العلماء في اللجنة ، وعلى الرغم من أن كلا النظامين يتطلب دليلاً على الانتشار عبر المواقف المختلفة فإن الأعراض المرضية المتضمنة في التصنيف الدولي العاشر صريحة وواضحة وصارمة إلى حد كبير في هذا الصدد ، كما يختلف التصنيف الدولي العاشر عن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية في أنه لا يسمح لأي نوع فرعي تشخيصي ، وعلى الرغم من ذلك فإن الحدوث المشترك أو المتزامن للتطور الاكتئابي أو اضطرابات القلق يمنع بطريقة ذاتية عمل تشخيص باستخدام التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية ، ولكن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية يسمح بإمكانية التعرف عليهم كاضطرابات مرضية مشتركة تحدث مع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ( أناستوبولس Anastopoulos ، ١٩٩٩ ) .

### القضايا المرتبطة بمعايير التشخيص الحالية :

هناك مجموعة من القضايا التي ترتبط بمعايير التشخيص الخاصة



باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد منها ما يلي :

١- محتوى المفردات أو الفقرات لا ينطبق بطريقة متساوية تماماً على الأعمار المختلفة ، فالفقرات المتعلقة بنقص الانتباه ربما يكون لها تطبيقاً تنموياً أكبر عند الأعمار الذمينة لسن المدرسة وحتى المراهقة و الرشد المبكر ، وعلى النقيض فإن الفقرات المتعلقة بالسلوك الزائد والاندفاعية تبدو أنها أكثر تطبيقاً على الأطفال الصغار وغير ملائمة على الإطلاق للمراهقين الأكبر سناً والراشدين .

٢- الدرجة القاطعة للأعراض المرضية ربما تحتاج إلى تعديل بالنسبة للجنس أو النوع ، فالأطفال الصغار من الذكور تنطبق عليهم الفقرات بدرجة أكبر عما في حالة الأطفال الصغار من الإناث ، ونظراً لأن الغالبية العظمى للأطفال في التجربة الميدانية للدليل التشخيصي والإحصائي كانوا من الأولاد فإن عتبة الأعراض المرضية المختارة ملائمة للولاد بدرجة أكبر وإلى حد كبير جداً عن الإناث ( دي بول وآخرون ، DuPaul et al. ، ١٩٩٩ ) .

٣- إن بداية حدوث أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط عند عمر سبع سنوات ليس لها ما يبرره ، فالفروق النوعية أو الكيفية ليست واضحة بالنسبة لمن تنطبق عليهم المعايير ( البدايات المبكرة ) ، وبين من لا تنطبق عليهم المعايير ( البدايات المتأخرة ) ، فالبداية المبكرة قبل سن السابعة ربما تكون فيها أعراض مرضية أكثر حدة واستمرارية إلى جانب المزيد من المشكلات المتعلقة بمستوى القراءة والأداء المدرسي ( تانوك وآخرون ، Tannock et al. ، ٢٠٠٠ ) .

٤- المدة المطلوبة التي تقدر بستة أشهر قصيرة للغاية ، ولا توجد بحوث لاختبار وجود الأعراض المرضية خلال هذه المدة ، ومن المهم جداً أن تكون الأعراض المرضية موجودة ومستمرة بدرجة نسبية إذا أردنا التحقق من وجود الاضطراب كعجز يتعلق بالنمو ، وحينما تستمر أو تدوم المشكلات لمدة ١٢ شهراً على الأقل ربما تكون المشكلات السلوكية متواصلة بدرجة عالية ( كريستال وآخرون . Crystal et al. ، ٢٠٠١ ) .

٥- من شروط الدليل التشخيصي والإحصائي أن تظهر الأعراض المرضية في اثنين على الأقل من ثلاث بيئات ( الأسرة - المدرسة - العمل ) حتى يمكن التحقق من انتشار الأعراض المرضية ، وأن يتفق اثنين من بين المصادر الثلاثة للمعلومات التي تتمثل في الوالدين ، والمعلم ، وصاحب العمل أو رئيس العمل على وجود الأعراض المرضية ، واختلاف هذه المصادر يعكس اختلاف في سلوك الفرد مما يؤدي إلى اختلاف الأحكام والقرارات ، والإصرار على مثل هذا الاتفاق ربما يقلل من انطباق معايير التشخيص على بعض الأفراد ، وأفضل حل لهذه المشكلة هو دمج تقارير الوالدين وتقارير المعلمين مع بعضهما والاعتماد على الأحكام الموجودة في كلا المصدرين للمعلومات ( ميتسيس وآخرون Mitsis et al. ، ٢٠٠٢ ) .

٦- أخيراً تعطى معايير الدليل التشخيصي والإحصائي إرشاداً ضئيلاً للكلينيين في حالة التشخيصات الفارقة للاضطراب لتمييزه عن الاضطرابات النفسية الأخرى التي ربما تتواجد معه ، فكما هو معروف فإن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يرتبط بمجموعات مختلفة من الاضطرابات الانفعالية والتعليمية والاجتماعية

وبعض هذه الاضطرابات ينشأ مباشرة نتيجة لهذا الاضطراب ، بينما هناك اضطرابات أخرى تدل على وجود حالات مرضية مشتركة وأوجه عجز في التعلم ربما تكون مصاحبة أو تنشأ من اضطرابات أولية أو أساسية تتداخل مع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ويحتاج الكلينيكيون أن يكونوا على دراية بالأعراض المرضية الأساسية المصاحبة لهذه الاضطرابات وطبيعتها لكي يتمكنوا من التمييز بدقة بين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وبين هذه الاضطرابات ويسجلوا وجودها المشترك أو توажدها المنفصل عن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ( باركلي Barkley ، ٢٠٠٣ ) ، وهذه الموضوعات أو القضايا المتعلقة بمعايير التشخيص الحالية للاضطراب يجب مناقشتها في الطبقات أو الإصدارات المستقبلية ، وعلى الرغم من ذلك فإن المعايير الحالية من أفضل المعايير المقدمة لقياس الاضطراب ، كما أنها تمثل تحسناً عن معايير التشخيص السابقة ، ومع بعض الانتباه والاهتمام بالقضايا أو الموضوعات التي سبق ذكرها فإنه من الممكن جعل معايير التشخيص الحالية أكثر دقة وأكثر إفادة ، وفي نفس الوقت يجب أن يكون الكلينيكيون على دراية بهذه المشكلات وأن يفكروا في تعديل محكات التشخيص الحالية في ضوء الملاحظات التي تم سردها سابقاً .

### **الحالة المرضية المشتركة :**

من النادر أن نشاهد حالة لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد غير مصحوبة بإضطراب واحد إضافي أو أكثر ، وبمعنى آخر فإن الحالة المرضية المشتركة هي القاعدة وليست الاستثناء ، فما يزيد على

اصطراب نقص الانتباه المصحوب باضطراب  
٥٠% من الأفراد الذين تم تشخيصهم على أنهم يعانون من الاضطراب  
يكون لديهم اضطراب نفسي آخر ربما يخفى أو يعقد تشخيصهم وعلاجهم  
( جينسين وآخرون . Jensen et al. ، ١٩٩٧ ) ، وأظهرت نتائج العديد من  
الدراسات أن اضطرابات الاكتئاب ، والقلق ، وسوء استخدام المادة ،  
والعدوان ، واضطرابات النوم تحدث لدى الأشخاص الذين يعانون من  
اضطراب نقص الانتباه ( ADD ) Attention Deficit Disorder بدرجة  
ملحوظة أكبر مما في الأشخاص الذين لا يعانون من نفس الاضطراب ( بال  
وآخرون . Ball et al. ، ١٩٩٧ ؛ جينسين وآخرون . Jensen et al. ،  
١٩٩٧ ؛ كوفيلير Cuvelier ، ٢٠٠٢ ) .

وفي نصف الحالات التي تعاني من الاضطراب وجد ارتباط واضح  
وبمستويات دالة بالأعراض المرضية للعدوان ويندرج ذلك تحت  
وصف اضطراب التحدي أو المعارضة Oppositional Defiant Disorder  
( ODD ) ، واضطراب المسلك أو التصرف أو التواصل Conduct  
( CD ) Disorder ( هينشو Hinshaw ، ١٩٨٧ ؛ جينسين وآخرون  
Jensen et al. ، ١٩٩٧ ) .

والأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط  
الزائد مع اضطرابات السلوك المفكك أو غير السوي Disruptive  
Disorders يكونون في خطورة واضحة لمجموعة من المصاعب الحادة التي  
تتضمن اضطراب العلاقات الأسرية ( التفكك الأسري ) ، وكذلك المشكلات  
التي تتدرج تحت النمط المعادي للمجتمع ، واضطراب المهارات اللفظية ،  
والمستويات الشديدة جداً من نبذ الرفاق لهم ، وتاريخ طويل يتميز بخطورة  
أساسية وواضحة للاستمرار في الأنماط السلوكية اللااجتماعية أو المضادة

للمجتمع ( هينشو Hinshaw ، ٢٠٠٠ ) .

وربما لا يكون من المدهش أن نعرف أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتداخل إلى حد كبير مع ما يطلق عليه العدوانية ، وفى الحقيقة فإنه يوجد نسبة من الشباب تصل إلى الثلث تظهر مثل هذه الأنماط من الحالة المزاجية المشتركة ، وعلى الرغم من أن قدراً قليلاً هو الذى يعرف عن التداخل بين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والعدوانية إلا أنه يوجد دليل يؤكد على أن الأفراد الكبار الذين يعانون من الاضطراب بالإضافة إلى اضطرابات القلق الواضحة يظهرون أنماطاً مختلفة من الاستجابة للعلاج عن الصغار الذين يعانون من الاضطراب والذين لا توجد لديهم مثل هذه الحالة المرضية المشتركة ( جنسين وآخرون Jensen et al. ، ١٩٩٧ ) .

والأقارب البيولوجيون من الدرجة الأولى للأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من المحتمل بدرجة كبيرة أن يكون لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد ، واضطراب الاكتئاب الحاد ، واضطراب القلق ، واضطراب التواصل واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع وذلك بنسبة أكبر من أقارب الأصغر الذين لا يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ومثل هذه الاضطرابات ربما تكون موروثه عند البعض وليس كل أفراد الأسرة ، كما أن الحالة المرضية المشتركة ربما تكون أيضاً رد فعل للتعايش مع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، فمنذ سنوات العمر المبكرة يمر الأفراد الذين يعانون من الاضطراب بإحباط شديد ومستمر وذلك

في بذلهم الجهد كي يتعلموا ويكونوا على وفاق مع الآخرين ، وغالباً يقاسون من النقد المستمر من جانب المعلمين والوالدين والأخوة والأخوات ، ومن جانب زملائهم ورفاقهم مما يسبب لهم اليأس والقنوط والاكتئاب المزمن وكل هذه الأوضاع تمثل حالات مرضية مصاحبة لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ومن المحتمل ان يسا اضطراب تمرير هذه المشاعر .

وتؤكد ذلك سوزان يونج Young ( ٢٠٠١ ) حيث توصلت في إحدى دراساتها التي أجرتها على مجموعة مكونة من ٤٧ طفلاً في سن الدخول للمدرسة تم تشخيصهم وفقاً لمحكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ( DSM - IV ) أنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أن ٤٩ % منهم يعانون من اضطراب الاكتئاب وحده ( ن = ١٠ ) ، واضطراب القلق وحده ( ن = ٥ ) أو كلا الاضطرابين أي القلق والاكتئاب معاً ( ن = ٨ ) ، والمعروف أن الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب فقط يذكرون غالباً وجود صعوبات تتعلق بالتركيز والاستمرار في بذل الجهد وذلك خلال مدة تعرضهم للاكتئاب ، أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يذكرون غالباً معاناتهم من صعوبات دائمة أي تستمر طو ال حياتهم تتمثل في نقص الانتباه ، وفقدان الطاقة والنشاط ، وكذلك الأعراض الاكتئابية التي تكون مفروضة عليهم نتيجة الاضطرابات الأخرى المصاحبة .

ويرتبط اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد النوع المركب بدرجة كبيرة باضطراب التحدي أو المعارضة Oppositional Defiant Disorder ( ODD ) ؛ حيث يكون الطفل عدوانياً وسلبياً ويجادل

بصفة مستديمة ويتحدى الوالدين وأولى الأمر الآخرين ، وعندما يكون الطفل الذى يعانى من الاضطراب معارضاً إلى حد كبير جداً فربما ينطبق عليه فى هذه الحالة المعايير التشخيصية لاضطراب التحدى والمعارضة ويحتاج إلى علاج كل من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب التحدى أو المعارضة .

ويرى باركلى Barkley ( ٢٠٠٣ ) أن حوالى ٣٥ % من الأفراد الذين يعانون من اضطراب التحدى والمعارضة يظهرون مشكلات سلوكية أكثر حدة أو شراسة ويسمى الاضطراب فى هذه الحالة اضطراب التواصل ( CD ) Conduct Disorder وتتضمن هذه المشكلات السلوكية التزويغ من المدرسة ، والقسوة البدنية على الحيوانات والناس ، والأنشطة الإجرامية ، كما يرى أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع اضطراب التحدى أو المعارضة يدخلون فى متاعب جملة فى المدرسة وفى المجتمع ، ولكنهم لا يحملون نفس النسبة من الخطورة المتمثلة فى استمرار النتائج الرديئة على المدى الطويل وحتى مرحلة الرشد كما هو الحال مع الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد واضطراب التواصل .

وتوضح الدراسات الطولية أن خطر حدوث سوء استخدام المادة بغير الأفراد المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الذى تلازمة حالة مرضية مثل اضطراب التواصل يكون متزايداً بدرجة كبيرة فهناك نسبة تزيد على ٧٠ % من بين الكبار الذين تم تشخيصهم على أنهم يسيئون استخدام المادة وجد أنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ( كوبي وآخرون Kube et al. ، ٢٠٠٢ ) ، وهذا

التداخل يثير التساؤل الخاص بما إذا كان الأشخاص المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الذين تماثلوا للشفاء من الإدمان تزيد فرصهم في الامتناع عن استخدام المادة إذا تم علاجهم من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عن طريق الأدوية ، ولكن هناك مخاطر أيضاً في حالة عدم علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأشخاص المتماثلين للشفاء من خطر الإدمان .

ويذكر كيلنر وآخرون Kellner et al. ( ٢٠٠٣ ) أنه في عينة تكونت من ٦٠٠ طفلاً يعانون من إعاقات في اللغة أو الكلام كان ٣٠ % منهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد المصاحب لحالتهم المرضية ، وفي مجموعة أخرى مناضرة تعاني من صعوبات تعلم القراءة والكتابة ، وإجراء العمليات الحسابية البسيطة كان ٦٣ % منهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مصاحب لحالتهم المرضية ، وهؤلاء الأفراد جميعاً يكونون في خطر ملحوظ قد يعتر بهم يتمثل في ضعف الأداء الأكاديمي ، واضطراب التفاعل الاجتماعي ، وتدني تقدير الذات .

ويرى هينشو Hinshaw ( ٢٠٠٠ ) أنه توجد نسبة تقدر بواحد لكل خمسة أو ستة أطفال ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تظهر عجزاً واضحاً في التعلم يتضح في التفاوت الكبير في الأداء الأكاديمي ( في القراءة عادة ) ، وفي اختبارات الذكاء ، وعندما يرتبط هذا الاضطراب بعدم القدرة على التعلم فإن العلاج بالأدوية المنبهة التي يتم استخدامها مع هذه الحالات يسهل بعض الجوانب المرتبطة بالقدرة على التحصيل ، ولكن لا يغير من أوجه العجز الهامة أي الجوانب التي تشكل



جزءاً من تعلم القراءة والكتابة الصحيحة ، وبالتالي فإن التدخلات  
السيكولوجية التي تستهدف بطريقة مباشرة المشكلات الأكاديمية تعتبر من  
الأولويات الرئيسية .

وهذا : يسع ان نذكر ان  
المصحوب بالنشاط الزائد وغيره من الأعراض المرضية النفسية يشير إلى  
التحديات الكلينيكية الواضحة التي يظهرها الأطفال والمراهقون الذين يوجد  
لديهم هذه الصورة للأعراض المرضية المتعددة ؛ لذلك يجب على المهتمين  
بدراسة الاضطراب محاولة فهم الميكانيزمات المسؤولة عن هذا الارتباط .

### **نقاط الضعف المصاحبة للاضطراب :**

في حالة وجود علامات دالة من الناحية الكلينيكية لاضطراب نقص  
الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن مجموعة الأعراض المرضية تصاحبها  
نقاط ضعف واضحة في الجوانب المتعلقة بالأداء الوظيفي الضروري لكفاءة  
النمو ، وهذا الضعف يكون واضحاً في حالة الاضطرابات المشتركة أو  
المصاحبة للحالة :

• في الحالات التي توجد فيها جوانب مشتركة لعدم القدرة على التعلم فإن  
الاضطراب يرتبط بشدة بالأداء الأكاديمي الرديء في المدرسة ، كما  
يظهر في التحصيل المنخفض الذي توضحه درجات الاختبارات وغيرها  
من المؤشرات الأخرى مثل وضع الأفراد في فصول التربية الخاصة ،  
وارتفاع نسبة التسرب من التعليم ( باركلي Barkley ، ١٩٩٨ ) .

• المعدلات العالية للتفاعلات غير السوية بين الوالدين والطفل ، والتوتر  
والكرب اللذان يظهران بدرجة كبيرة على الوالدين ، وكذلك المعدلات

العالية لحالات عدم الرضا بين الوالدين ، وارتفاع معدلات الطلاق فى الأسر التى بها طفل يعانى من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ( باركلي Barkley ، ١٩٩٨ ) ، وعلى الرغم من أن الاضطرابات السابقة ترتبط بتطور أعراض الاضطراب فإن أحد البحوث التى تناولت اسباب الاضطراب لدى الاسر الفاطنه فى المدن اظهرت نسبة خطورة عالية ، وهذا يعنى أن المؤشرات السابق ذكرها والمتعلقة بالتوتر والكرب تنتج عن الاضطراب وليس بالضرورى أن تنتج عن الأسباب ، وبصرف النظر عن اتجاه السهم السببى فإن التدخلات المثمرة فى حالة اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يجب أن توجه اهتمامها وهدفها مباشرة إلى أنماط التفاعل الأسرية .

• ترتبط نقطة الضعف المدمرة إلى حد كبير جداً بعدم قدرة الأطفال الذين يعانون من الاضطراب على إقامة علاقات اجتماعية حميمة ، وذلك لأن هؤلاء الأطفال يمرون بمستويات عالية أو كبيرة للرفض والنبذ من جانب رفاقهم الذين يتساوون معهم فى العمر وذلك بعد فترات قصيرة من التفاعل أو التعامل معهم ( إيرهاردت وهينشو Erhardt & Hinshaw ، ١٩٩٤ ) ، كما ينظر إليهم بتجاهل من جانب رفاقهم أو زملائهم بمجرد التعامل معهم ، ونظراً لأن النبذ من جانب رفاقهم أو زملائهم يرتبط بطريقة متكررة بنتائج رديئة طويلة الأمد مثل التسرب من المدرسة أو عدم مواصلة الدراسة ، وكذلك بالاضطرابات المتعلقة بالصحة النفسية فى مرحلة الرشد فلا عجب فى أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد قد تم النظر إليه بدرجة قوية على أنه اضطراب مستمر له نتائج طويلة الأمد تتعلق بالجانب النمائى للشخصية الإنسانية ، والنبذ من

جانب الرفاق يعتبر حالة عامة بالنسبة للأطفال الذين لديهم حالة مرضية مشتركة من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والعدوانية وحتى في غياب السلوك العدواني فإن هؤلاء الأطفال يعانون من عدم التحاق من ، فاقهم ( هينشه ، آخرون ، Hinshaw et al ، ١٩٩٧ ) ، وكما هو الحال بالنسبة لنواحي الضعف المرتبطة بالبيت والمدرسة فإن المشكلات المتعلقة بالتفاعلات الاجتماعية ، وبالعلاقات مع الرفاق عند هؤلاء الأطفال هي هدف أساسي لاستراتيجيات التدخل العلاجي .

- هناك نقطة ضعف أخرى ملحوظة بالنسبة للأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وهذا الضعف يرتبط بتعرض هؤلاء الأطفال للإصابات العارضة بما في ذلك الحوادث التي تكون شديدة جداً كالسقوط الذي ينتج عنه كسور في العظام ، أو إصابتهم في حوادث السيارات ، أو ابتلاعهم لمواد سامة بطريقة عارضة ، وفي مرحلة المراهقة تنتشر حوادث السيارات بشكل عام بين هؤلاء الأطفال ، ويرى هينشو Hinshaw ( ٢٠٠٠ ) أن هذه الحوادث ترتبط ارتباطاً مباشراً بمشكلات عدم القدرة على التحكم في الاندفاع ، ومن ثم فهناك تحدي آخر أمام المعالجين النفسيين يتمثل في وضع البرامج العلاجية التي تقلل من حدة هذه الآثار المدمرة على الفرد بصفة خاصة ، وعلى أفراد المجتمع بصفة عامة .

وعلى العموم فإن نقاط الضعف الواضحة والخاصة باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تتضح أهميتها في أنها :

- ١- تساعد على التحقق من حالة اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كاضطراب كلينيكي حقيقي له آثار مدمرة .

- ٢- تؤكد على الحاجة إلى تطوير استراتيجيات التدخل الوقائي .
- ٣- تلقى الضوء على الحاجة إلى طرح مبادرات تتعلق بالتوافق الاجتماعي وكيفية التعامل مع الأفراد الذين يعانون من الاضطراب .

الفصل الثالث  
أسباب الاضطراب

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

### مقدمة :

يهتم هذا الفصل بعرض الأسباب الكامنة وراء حدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد سواء البيولوجية أو النفسية أو البيئية أو الكيميائية أو الثقافية والاجتماعية ، كما يهتم أيضاً بعرض النظريات التي تفسر أسباب حدوث الاضطراب ، وفي نهاية الفصل يتم عرض أوجه العجز المعرفية المصاحبة للاضطراب .

### أسباب الاضطراب :

اتجهت البحوث والدراسات النفسية والتربوية لدراسة أسباب اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وقدمت العديد من الأسباب والتفسيرات الكامنة وراء الاضطراب ، ومن هذه التفسيرات والأسباب ما يلي :

#### أ- الأسباب البيولوجية :

ينطوى المنحى البيولوجى على عدة تفسيرات منها :

#### ١- التفسير الوراثى :

أسفرت سلسلة من الدراسات النمائية للتوائم التي أجريت في التسعينيات من القرن الماضي عن وجود دليل على تقديرات عالية عن احتمال وجود عوامل وراثية مسئولة عن حدوث الاضطراب بمعدلات تتراوح من ٧٠% - ٨٠% ( تانوك Tannock ، ١٩٩٨ ) ، وعلى الرغم من أن هذه التقديرات ربما تكون ضخمة في بعض الحالات ، وذلك بسبب استخدام تقديرات للأعراض المرضية للاضطراب من قبل الأم ، إلى جانب أن هذه التقديرات ربما تحدث نتائج متناقضة وخاصة في حالة التوائم المتماثلة .

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

وتشير البحوث الحديثة إلى أن العوامل الوراثية تلعب دوراً مهماً في حدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ( هيكتمان Hechtman ، ١٩٩٦ ) ، كما يؤكد عدد كبير من الباحثين على أن العوامل الوراثية من الدلالات المهمة على نشوء الاضطراب ، وهناك مجموعة من الدراسات التي بحثت في العلاقة بين العوامل الوراثية واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد منها دراسة أندرسون وآخرون Anderson et al. ( ١٩٩٤ ) التي أوضحت نتائجها أن ٢٠ % من الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد كان آباؤهم وأمهاتهم يعانون من النشاط الزائد أثناء طفولتهم وأن ثلث هؤلاء الآباء والأمهات يعانون من مشكلات نفسية وسلوك مضاد للمجتمع .

بينما أوضحت دراسة باركلي وبيدرمان Barkley & Biederman (١٩٩٧) التي أجريت على أخوة وأخوات الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أن سلوك النشاط الحركي الزائد أكثر انتشاراً بين أخوة وأخوات الأطفال الذين يعانون من الاضطراب .

كما أوضح كارني Carney ( ٢٠٠٢ ) أن ما بين ٥٥ % - ٩٢ % من أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يرتبط بعوامل وراثية ، كذلك أشارت نتائج دراسة بلاكمان وهينشو Blachman & Hinshaw ( ٢٠٠٢ ) إلى تفشي أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بين أفراد العائلات التي أجريت عليها الدراسة ودعم باركلي Barkley ( ٢٠٠٣ ) هذه النتيجة وأضاف أن هذا التفشي ناتج عن عوامل وراثية وليس بفعل العوامل البيئية .

وأظهرت نتائج دراسة المقارنة التي أجراها بيدرمان وآخرون Biederman et al. ( ١٩٩٢ ) على الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وأقاربهم من الدرجة الأولى أنه يوجد ارتباط قوى بين معاناة هؤلاء الأقارب من القلق ، والاكتئاب ، والسلوك المضاد للمجتمع ، وبين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال .

هذا ؛ بينما أشار أرنولد وجينسين Arnold & Jensen ( ١٩٩٥ ) إلى أن بعض حالات اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تنتج عن قصور فى الجينات يعرف باسم عرض ضعف كروموسوم X Fragile x Syndrome ، وكذلك إيمان الأم للمشروبات الكحولية أثناء فترة الحمل ، وتعاطيها للأدوية بدون استشارة طبية أو قصور الغدة الدرقية .

والنتيجة المهمة هنا هى أن مثل هذه التقديرات للاحتمال الوراثي باستثناء ما أشار إليه أرنولد وجينسين Arnold & Jensen ( ١٩٩٥ ) تتعلق بأبعاد الأعراض المرضية للاضطراب ولا تتعلق بالنمط التشخيصي فى حد ذاته ، فما يتجه أو يميل إلى أن يكون وراثياً هو القابلية لمجموعة السلوكيات المتعلقة بالاضطراب وليس الاضطراب ذاته ، والتضمنين الكلينيكى المستمد من الطبيعة الوراثية القوية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد هو أن أقارب الدرجة الأولى ( الأقارب البيولوجيين ) للأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يظهرون الأعراض الكلينيكية للاضطراب .

وعلى الرغم من ذلك فإن هناك بعض التأييد لفكرة أن هذا الاضطراب



## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

عائلي بمعنى أن غالبية الأفراد الذين يعانون منه غالباً ما يندرجون من أسر تعاني من الاضطراب ( فاراون وآخرون . Faraone et al. ، ١٩٩٧ ) ويذكر السيد على وفائقة بدر ( ١٩٩٩ ) نقلاً عن كابلان وآخرون Kaplan et al. أن ٥٠ % تقريباً من الدراسات الحديثة أوضحت أن الأطفال المصابين بالاضطراب يوجد في أسرهم من يعاني من الاضطراب ، وأن معدل انتشاره بين أبناء هذه الأسر يكون مرتفعاً لدى الأطفال التوائم عنه لدى الأطفال غير التوائم ، كما أن معدل انتشاره بين التوائم المتماثلة مرتفعاً عن انتشاره بين التوائم غير المتماثلة ، ويؤكد ذلك جمعة يوسف ( ٢٠٠٠ ) حيث يرى أن الأدلة المؤيدة لذلك اشتقت من عدة مصادر منها دراسة التوائم ، ودراسات التبنى ، ودراسات الأسرة ، وأنه تبين من دراسة أجريت على ٢٣٨ زوجاً من التوائم تطابق التشخيص باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى ٥١ % من التوائم المتماثلة ، ٣٣ % من التوائم غير المتماثلة .

كما أن الدراسات التي أجريت على التوائم والأخوة والأسر والأبناء بالتبنى أوضحت أهمية العوامل الوراثية في حدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ؛ حيث أظهرت نتائج هذه الدراسات وجود تماثل في تشخيص الاضطراب لدى ٨١ % من التوائم المتماثلة مقارنة مع نسبة الثلث فقط لدى التوائم غير المتماثلة المتشابهة في الجنس ، وأظهرت الدراسات التي أجريت على الأقارب من الدرجة الأولى ( الأخوة والأبوين ) للأفراد ذوي الاضطراب أن ٢٥ % منهم يتم تشخيص الاضطراب لديهم مقارنة مع ٧ % فقط من أقارب الأفراد غير المصابين بالاضطراب ، وأن الأقارب بالتبنى للأفراد المصابين بالاضطراب أقل عرضة للإصابة بالاضطراب من أقارب الدرجة الأولى ( أناستوبولس وباركلي

( Anastopoulos & Barkley ، ١٩٩٠ ) .

وهكذا ؛ يتضح من كل ما سبق أن العامل الوراثي يسهم في حدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلى حد كبير ، وفي محاولة لشرح التعديلات بين أرباب "التنظيم الذاتي" و "التحكم الذاتي" في "المشكلات السلوكية" Barkley ( ١٩٩٨ ) على ضعف المنع السلوكي Impaired Behavioral Inhibition والتحكم الذاتي Self - Control وهذا الضعف يتضح في أربعة مجالات للأداء الوظيفي هي :

- الذاكرة العملية غير اللفظية .

- استدماج ( استيعاب ) الكلام الموجه للذات .

- التنظيم الذاتي للحالة المزاجية والدافعية ومستوى الإثارة .

- تركيب وتوليف سلوكيات جديدة موجهة أو هادفة .

فالمشكلات المتعلقة بالذاكرة تجعل الطفل يعاني من صعوبة تتبع الزمن أو تذكر التواريخ ، والاستدماج أو الاستيعاب الضعيف للإرشادات بمعنى أن هؤلاء الأطفال لا يستجيبون للإرشادات ويميلون إلى التحدث والثرثرة بدرجة زائدة عن الحد وينقصهم أو يعوزهم الإحساس بالسلوك الذاتي الذي تحكمه القواعد ، وكل هذا الضعف في التنظيم الذاتي ينعكس على الحالة المزاجية والدافعية مما يجعل هؤلاء الأطفال يظهرون انفعالاتهم بدون رقابة ، ونظراً لأنهم غير قادرين على تنظيم دوافعهم فإنهم لا يستطيعون حل المشكلات أو إتيان سلوكيات جديدة هادفة .

٢- التفسير العصبي :

يوجد اعتقاد بأن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ينتج عن إصابة مخية طفيفة ؛ حيث يظهر الأطفال المصابون بالاضطراب

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

علامات عصبية توحى بوجود إصابة مخية ، فنقص نضج المخ يؤدي إلى انخفاض في النشاط المخي خصوصاً في الفص الأمامي للمخ ( باركلي Barkley ، ٢٠٠١ ) ، وقد يكون من المسببات البيولوجية حدوث تلف بالمخ نتيجة لتعاطي الأمهات لمواد ضارة أثناء الحمل مثل التدخين أو تعاطي بعض الأدوية وخاصة المضادات الحيوية ، أو الولادة قبل الأوان والولادة العسرة التي ينتج عنها تلف بعض خلايا المخ نتيجة نقص الأكسجين ، ومما يؤكد ذلك أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعانون من انخفاض نظام المنع أو الكف السلوكي للمخ Brain's Behavioral Inhibition System ( كواي Quay ، ١٩٨٩ ) .

وتضمن تقرير نشر عن المعهد القومي للصحة National Institute of Health بالولايات المتحدة الأمريكية صغر حجم القطاع الأمامي الأيمن من الدماغ وعدم تناسق نشاط الكتلة العصبية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مقارنة بالأطفال العاديين وأشار التقرير أيضاً أن الجزء الأيمن من المخ عند الأطفال العاديين يبدو أكبر من الجزء الأيسر ، وأن هذا التناسق لا يظهر لدى الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ( رابوبورت Rapoport ، ١٩٩٦ ) .

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن الأفراد المصابين بالاضطراب يظهرون مستويات منخفضة من التمثيل الغذائي للنواقل العصبية Neurotransmitters التي تفرز مواد كيميائية في المخ بشكل طبيعي مقارنة بالأسوياء ، وأن هذه الفروق تتركز في اللحاء تحت الحركي ، واللحاء تحت الجبهي الذي يتحكم في النشاط الحركي والانتباه ، وقد

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

أدى استخدام العقاقير التي تتببه النشاط في المناطق الكافة من المخ إلى خفض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وهو ما يدل على التفسيرات السابقة ( جمعة يوسف ، ٢٠٠٠ ) ، وقد أثبتت بعض العقاقير الطبية مثل الميثيل فينيديت Methylphenidate ( أو الريتالين Ritalin ) والديكسترو امفيتامين Dextroamphetamine ( أو الديكسدرين Dexedrine ) فاعلية كبيرة في الحد من شدة الأعراض لدى الأطفال الذين يعانون من الاضطراب مما يدل أيضاً على التفسيرات السابقة ، كما أثبتت أيضاً أن شذوذ الفص الجبهي في المخ وانخفاض نشاط المراكز العصبية المسئولة عن الربط بين مناطق المخ يؤدي إلى حدوث الاضطراب وقد يرجع هذا الشذوذ إلى إصابة في المخ نتيجة حدوث صدمة في الرأس أو إصابة بمرض أو التهاب ( أرنولد Arnold ، ٢٠٠٠ ) ، وهناك وجهة نظر أخرى ترى أن تلف المخ الناتج عن عدوى ميكروبية ، أو فيروسية أو الناتج عن التسمم بمادة الرصاص أو مكسبات الطعام الصناعية أو الناتج عن نقص الأكسجين قبل أو أثناء الولادة قد يكون سبباً أيضاً في حدوث الاضطراب ( محمود حمودة ، ١٩٩٨ ) .

### ب- الأسباب النفسية :

توجد مجموعة من العوامل النفسية تؤدي إلى حدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد منها الضغوط النفسية ، والقلق ، والتوتر ، واضطرابات العلاقات الأسرية ، ويذكر جمال الخطيب ( ١٩٩٢ ) أن الضغوط النفسية والإحباطات الشديدة من

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

العوامل النفسية التي تسهم في حدوث الاضطراب ، ويؤكد ذلك محمد على كامل ( ١٩٩٦ ) حيث يرى أن اضطراب نقص الانتباه الناتج عن الإحباط العاطفي سرعان ما يختفى بزوال العوامل المحيطة مثل الضغوط النفسية ، واضطراب التوازن العائلي أو العوامل المؤدية إلى التوتر ، واستناداً إلى ما نعرفه الآن عن بيولوجيا اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن النظريات الحديثة تستند إلى وجهة النظر السيكولوجية العصبية ، ويرى كواي Quay ( ١٩٨٩ ) أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ينتج عن إعاقة أو ضعف في نظام الكف السلوكي Behavioral Inhibition System الذي يستند على الناحية العصبية .

وفي تفصيل أو إسهاب مكثف لنفس الموضوع يرى باركلي Barkley ( ١٩٩٥ ) أن العجز في الكف السلوكي يكون هاماً في فهم أوجه العجز أو الخلل المعرفية السلوكية والاجتماعية التي تنشأ عن الاضطراب ، ويتمشى ذلك مع ما ذكره سيرجنت Sergeant ( ١٩٩٥ ) من أن اضطرابات الكف السلوكي على رأس قائمة المشكلات الخاصة بحدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

### ج- الأسباب البيئية :

تلعب العوامل البيئية دوراً كبيراً في حدوث الاضطراب ويبدأ تأثير هذه العوامل منذ لحظة اندماج الحيوان المنوي مع البويضة ( لحظة الإخصاب ) كما يمتد تأثير هذه العوامل أثناء وبعد عملية الولادة فتعرض الأم أثناء فترة الحمل للأشعة السينية أو أشعة X ، أو تناولها للأدوية وخاصة

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالشايط الزائد

المضادات الحيوية خلال الثلاث شهور الأولى للحمل ، أو تعاطيها للمخدرات أو الكحوليات أو إصابتها ببعض الأمراض مثل الحصبة الألمانية أو الزهري أو السيلان أو نقص الرعاية الجسمية والنفسية كل ذلك يؤدي إلى احتمال تعرض الجنين لحدوث تلف في المخ أو في الجهاز العصبي المركزي أو في المراكز العصبية المسؤولة عن الانتباه ، كما أن الولادة السرة أو الطويلة قد تؤدي إلى نقص الأكسجين الواصل إلى مخ الجنين مما يعرضه لتلف بعض خلاياه ، كما أن الولادة باستخدام الآلات الحديدية مثل الفت والشفاط تؤدي إلى تلف بعض خلايا المخ وخاصة إذا كان الطبيب غير متمرس على استخدام هذه الأدوات ، كما يؤدي تعرض الطفل للحادث وخاصة إذا ارتطمت رأسه بشدة بالأرض إلى حدوث الاضطراب .

ويؤكد ذلك فارون وآخرون Faraone et al. ( ١٩٩٧ ) حيث يرون أن هناك عوامل أخرى بالإضافة إلى العوامل الوراثية التي تسهم في حدوث الاضطراب منها مضاعفات الولادة ، والتلف المخي المكتسب ، والتعرض لمواد سامة ، وكذلك الأمراض المعدية .

ويرى فان دير كروول وآخرون van der Krol et al. ( ١٩٩٨ ) أن الظروف البيئية السيئة يمكن أن تزيد الأعراض المرضية للاضطراب ، وعلى الرغم من ذلك فإنه لا يبدو واضحاً ما إذا كان سلوك الوالدين ينبغي النظر إليه كسبب أو كرد فعل للسلوك المضطرب للطفل ، وعادة فإن هناك عوامل مختلفة متعددة تتفاعل مع أي طفل مصاب بالاضطراب .

وتساهم عوامل الخطر البيولوجية الأخرى بدرجة أساسية في حدوث الاضطراب ، وتتضمن عوامل الخطر هذه التدخين ، وتعاطي الأم للخمور

وغيرها من المنشطات النفسية التي تؤدي إلى انخفاض وزن الطفل عند الميلاد ( وزن أقل من ٢,٥ كجم ) ، وهذه المجموعة من عوامل الخطر تجعل من المحتمل التعرض للأعراض المرضية المتعلقة باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فيما بعد ( تانوك Tannock ، ١٩٩٨ ) .

وعلى الرغم من وجود عدد قليل من النظريات المتعلقة بالعوامل البيئية التي تم اقتراحها لتفسير اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلا أن هذه النظريات لم تلق التأييد الكبير في مجموعة المؤلفات البحثية ، وبالتالي فإن الإدعاء بأن الرعاية الوالدية السيئة والبيئات الأسرية التي تتسم بالفوضى تعد سبباً من أسباب حدوث الاضطراب لم يلق تأييداً كبيراً ، وعندما يوجد اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بين الأطفال الذين ينحدرون من هذه الأسر فإن آباء هؤلاء الأطفال يكون لديهم تاريخ مرضي في الطفولة والكبر يدل على وجود الاضطراب ، وإذا كان الأمر كذلك فإن ذلك سيساعد على شرح السبب في أن بيوتهم من المحتمل أن تكون بيوتاً فوضوية ، وفي نفس الوقت يقدم دليلاً للتفسير الوراثي لحالة الطفل الذي يعاني من الاضطراب ، وفي ظل هذا السيناريو المتشابهة فإن الفوضى المنزلية ربما ينظر إليها حينئذ على أنها من العوامل التي تؤدي إلى تفاقم المشكلة أو زيادة الأمر سوءاً وليست سبباً لحدوث الاضطراب لدى الطفل .

#### د- الأسباب الكيميائية :

يرى عدد كبير من الباحثين أن اختلال التوازن الكيميائي للنواقل العصبية بالمخ التي تعمل على نقل الإشارات العصبية بين المراكز العصبية المختلفة بالمخ يؤدي إلى اضطراب نقص الانتباه مما يضعف من قدرة الفرد

على الانتباه والتركيز ، وبالتالي يزداد نشاطه الحركي واندفاعيته ، وأن الدوبامين Dopamine هو المسئول عن حدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بدليل أن الأدوية المنشطة للانتباه تساعد على زيادة إفراز الدوبامين مما يؤدي إلى زيادة هرمون الأدرينالين الذي تفرزه الغدة الكظرية الذي بدوره يعمل على زيادة الانتباه (Stein et al. ، ١٩٩٥) .

ويوجد إجماع على أن عدم التوازن الكيميائي العصبي يلعب دوراً حيوياً في حدوث الأسباب المرضية ، فعلى وجه التحديد ربما يكون هناك أوجه للشذوذ في نظام أو أكثر من النظم المتعلقة بالخلية العصبية المفرزة لأحادي الأمين Monoaminergic Systems التي تتضمن إما ميكانيزمات أو طرق عمل الدوبامين Dopamine أو النورإينفرين Norepinephrine (زاميتكن ورابوبورت Zametkin & Rapoport ، ١٩٨٦) ، ومركز هذا الخلل الوظيفي يقع في مقدمة الفص الجبهي للمخ أو المنطقة الأمامية الجبهية للمخ Prefrontal-Limbic Areas of the Brain (لو وآخرون Lou et al. ، ١٩٨٩) .

وبالنسبة للغالبية العظمى من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن مثل هذه الظروف العصبية تنشأ من عوامل فطرية أو خلقية تتضمن النقل الجيني أو الوراثة ، والحمل ، ومضاعفات الولادة (بيدرمان وآخرون Biederman et al. ، ١٩٨٧) ؛ لويتش Deutsch ، ١٩٨٧ ؛ إيديلبروك Edelbrock ، ١٩٩٥) ، وبالنسبة لعدد قليل نسبياً من الأطفال الذين ينطبق عليهم هذا التشخيص فإنه يمكن أن يكون سبب الاضطراب حدوث إصابة بالرأس ، أو مرض عصبي ، أو



المضاعفات الناتجة عن تزايد نسبة الرصاص أو المضاعفات البيولوجية الأخرى ( روس وروس Ross & Ross ، ١٩٨٢ ) ، وإحدى وجهات النظر التي تلقت قدراً كبيراً من الاهتمام اقترحت أن الاضطراب يحدث نتيجة لعوامل تتعلق بالغذاء ولاسيما المواد الصناعية التي تضاف للأغذية لإعطائها لونا أو نكهة خاصة .

وهكذا ؛ يتضح أن الكلينيين ينظرون إلى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على أن له أسباب متعددة ومتداخلة مع بعضها إلى حد كبير .

#### هـ- الأسباب الثقافية والاجتماعية :

بالإضافة إلى الأسباب السابقة فإن التأثيرات الثقافية والاجتماعية تلعب دوراً كبيراً في تفاقم الأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فمعظم الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب نشأوا في بيئات أسرية مضطربة ( بيدرمان وآخرون Biederman et al. ، ١٩٩٥ ) ، وهناك بعض الدلائل التي تشير إلى أن البيئة الأسرية لها تأثير واضح في نشوء الاضطراب فاقترحت إحدى الدراسات أن المشكلات التي تحدث بين الوالدين تؤدي إلى حدوث الاضطراب بين الأبناء ، يضاف إلى ذلك أن تربية طفل يعاني من الاضطراب يكون أكثر صعوبة من تربية طفل عادي لا يعاني من الاضطراب ، وهذا الضغط الواقع على الأسرة يمكن أن يؤدي إلى حدوث اضطرابات عائلية ، وبالمثل فإن التجارب الفاشلة للطفل في المدرسة يمكن أن تكون النتيجة وليست السبب في حدوث الاضطراب .

و- التنشئة الاجتماعية :

بسبب التأكيد فى الآونة الأخيرة على الإسهامات البيولوجية المسئولة عن حدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يرى عدد كبير من الباحثين فى هذا المجال أن التنشئة الاجتماعية الوالدية المبكرة لا تتعلق بالمظاهر السلوكية ذات العلاقة بالاضطراب ، وهذا الاعتقاد يكشف عن عدم فهم طبيعة الاحتمال الوراثى ، فالميول المزاجية المبكرة التى تكون موروثه تتفاعل وتتجاوب مع بيئة التنشئة الاجتماعية الأولية لتحدث دلالات أو علامات معينة ؛ لذلك فإن ملاءمة مزاج أو طبع الوالدين لم يحظ بالدراسة الكافية رغم أنه متغير مهم جداً فى تكوين أو نشأة الاضطراب ، كما أن البحوث التى تناولت الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أوضحت أن اتجاهات وممارسة الوالدين الخاطئة لها علاقة بنواحى الضعف لدى الأولاد والفتيات الذين يعانون من الاضطراب ، فعلى سبيل المثال أوضح أندرسون وآخرون Anderson et al. ( ١٩٩٤ ) أن درجة سلبية وعداوة الأم الموجهة نحو طفلها الذى يعانى من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أظهرت مستويات عالية من السلوك الظاهرى المعادى للمجتمع ( السرقة ) ، كما وجد هينشو وآخرون Hinshaw et al. ( ١٩٩٧ ) أن أسلوب الأمهات فى التربية الذى يعتمد على الدفاء والتشجيع على الاستقلالية يزيد بدرجة كبيرة من التفاعلات السلوكية الإيجابية كما يساعد أيضاً على أن يكون عامل حماية ضد النبذ أو الرفض من جانب الرفاق لدى العينة التى تعانى من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد .

باختصار يمكن القول بأنه رغم الأسس البيولوجية القوية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن التنشئة الاجتماعية الأسرية غير

السوية تعتبر على قدر كبير من الأهمية في تشكيل الحالة المرضية المشتركة للعدوان والسلوك المضاد للمجتمع .

النظريات التي تفسر أسباب الاضطراب :

اسبب اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد  
الزائد مازال غير معروفاً ، ولكن النظريات السائدة تشمل عدداً من الأسباب كالعوامل الجينية أو الوراثية ، والحالات العصبية البيولوجية ، والعوامل المتعلقة بالأغذية ، ونقص التغذية ، والتأثيرات البيئية أو السامة ( الإفرازات السمية ) ، ومن النظريات التي تفسر أسباب اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ما يلي :

أولاً : النظريات الجينية Genetic Theories

مؤدى هذه النظريات أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يكون لديهم معدل منخفض بطريقة غير عادية لنشاط أجزاء معينة من المخ تكون مسؤولة عن التحكم الحركي والانتباه ، ومع ذلك فمصدر هذه العيوب العصبية غير أكيد ، وتفترض هذه النظريات وجود عيوب في أيض الدوبامين Dopamine والنورإبينيفرين Norepinephrine ( كلارك وآخرون ، Clarke et al. ، ٢٠٠٢ ) ، ولقد بينت الدراسات التي أجريت في هذا الصدد وجود علاقة بين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وبين الجين الناقل للدوبامين Dopamine DRD<sub>4</sub> Receptor Gene وهذا الجين أظهر تكراراً متزايداً لدى الخاضعين للدراسة الذين يعانون من الاضطراب ، ومعظم هذه النظريات تؤكد على أن إصابة المخ ، وتعرض الجنين للمواد السامة الناتجة عن التلوث البيئي يؤدي إلى تعرض الطفل للاضطراب .

- الدراسات الأسرية :

أوضحت نتائج الدراسات العديدة التي أجريت في هذا الصدد

ما يلي :

أ - أنه من ١٠ % - ٣٥ % من أفراد عائلات الأطفال الذين يعانون من

اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

الاضطراب .

ب - أن خطورة تعرض أخوة الأفراد الذين يعانون من الاضطراب تصل

إلى ٣٢ % .

ج - أنه توجد معدلات عالية للنشاط الزائد لدى الوالدين البيولوجيين

للأطفال المصابين بالاضطراب .

د - انتشار الاضطراب بين التوائم المتماثلة بنسبة ٨٠ % - ٩٠ % ، ولدى

التوائم غير المتماثلة بنسبة ٢٠ % - ٣٠ % .

- العوامل البيئية وغيرها من العوامل المحتملة :

يقدم عدد كبير من الباحثين حججاً على أن الضغط أو التوتر وسوء

التغذية أثناء فترة الحمل يجعل الطفل بعد ميلاده أكثر حساسية ، وأكثر قابلية

للتعرض للمشكلات النمائية ، كما أن تناول الأم للمشروبات الكحولية أثناء

فترة الحمل له علاقة بحدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط

الزائد ، وهناك بعض العوامل البيئية الأخرى المسهمة في حدوث

الاضطراب مثل الإصابات أو العدوى في الجهاز العصبي المركزي ،

والإضافات الصناعية للأطعمة .

- التدخين ، وارتفاع نسبة السكر في الدم ، وتناول الوجبات الغنية

بالمواد الكربوهيدراتية أثناء الحمل له علاقة بالمشكلات السلوكية عند

الأطفال في سنواتهم المبكرة ، فالتدخين مثلاً يخفض مستوى الأكسجين في الدم ، ومن المعروف أن الأكسجين مهم جداً لنمو خلايا مخ الجنين ، كما أن الوجبات الغنية بالمواد الكربوهيدراتية والسكرية تخفض أيضاً مستوى الأكسجين في الدم ، ومن المهم جداً للأم الحامل أن تتخلص من عادة التدخين ، وتتجنب الإفراط في تناول الأطعمة الغنية بالمواد الكربوهيدراتية والسكرية لكي تساعد على ضبط مستوى الأكسجين في الدم حتى تضمن نمواً صحياً للجنين وتمنع حدوث الاضطرابات السلوكية لأطفالها .

- التسمم الناتج عن الرصاص ، واضطراب إفراز الغدة الدرقية :

يُعد التسمم الناتج عن الرصاص ، واضطراب إفراز الغدة الدرقية من الأسباب الرئيسية لحدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عند الأطفال ؛ لذلك يجب وضعهما في الاعتبار عند تشخيص الاضطراب .

- نقص التغذية :

نقص الأغذية الغنية بالأحماض الدهنية خاصة 3 - Omega له علاقة بحدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

- اضطراب العلاقة بين الوالدين والطفل :

اضطراب التفاعل بين الوالدين والطفل له تأثير على نمو اضطراب التحدي والمعارضة الذي يعتبر حالة مرضية مشتركة مع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ويرى عدد كبير من الباحثين أن الأطفال الذين لديهم استعداد مسبق للإصابة باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتعرضون للإصابة

بهذا الاضطراب مرة أخرى بعد الأحداث الحياتية العنيفة والمسببة للتوتر والصدمة .

وتشمل العوامل البيئية المرتبطة بالاضطراب أيضاً الوزن المنخفض عند الولادة ، المنحنية Hypnozia ( النقص الشديد في الأكسجين عند الولادة ) ، وتعرض الرحم للعديد من الإفرازات السمية الناتجة عن تعاطي الكوكايين والنيكوتين ، كما أوضحت نتائج العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الصدد وجود مجموعة من العوامل التي تسهم في حدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد منها :

- نقص الكالسيوم .
- ارتفاع نسبة النحاس في الدم .
- نقص الحديد ( يسبب قصور الانتباه ) .
- نقص المنجنيز ( يسبب التملل والقلق وعدم الارتياح و حدوث صعوبات التعلم ) .
- سوء التغذية بصفة عامة يرتبط بحدوث صعوبات التعلم .
- الأطفال الذين يعانون من صعوبة القراءة لديهم أيضاً شاذ للزنك والنحاس حيث تكون نسبة الزنك منخفضة في الدم ، ونسبة النحاس عالية .
- نقص اليود أيضاً يؤدي إلى حدوث صعوبات التعلم .
- تعاطي الأم للكوكايين أثناء الحمل يؤدي إلى حدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

### نظرية التفكك Theory of Disintegration

صاغ هذه النظرية دابرويسكى Dabrowski عام ١٩٦٠ وتؤكد هذه

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

النظرية على أن الأفراد الذين لديهم إثارة مفرطة Overexcitability يبالغون في ردود أفعالهم تجاه البيئة في النواحي التالية :

- النواحي النفس حركية .

- الانقياد للشهوة الحسية .

- التخيل .

- السلوك الذهني أو العقلي .

- العلاقات العاطفية التي تشمل العلاقات العميقة أو الحميمة .

- الانزعاج من الموت .

- الاكتئاب .

- تقدير الذات .

- الحاجة إلى الأمان .

- الخجل .

- الاهتمام بالآخرين والقلق عليهم .

وهذه العلامات أو الملامح شائعة لدى الأفراد الذين تم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

## نظرية المخ الأيسر / المخ الأيمن Left – brain / Right - brain Theory

يرى مؤيدوا هذه النظرية أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يستخدمون الجانب الأيمن من المخ في تشغيل المعلومات وفي اتباعهم لأساليب التعلم ويظهرون ميلاً أو اتجاهًا بأن يكونوا متعلمين حركيين ، وكثيراً من المدارس التقليدية تؤيد هذه الفكرة وترى أن الأشخاص الذين يستخدمون الجزء الأيسر من المخ في تشغيل المعلومات يكونون مفكرين منطقيين ،

ومتعلمين سمعيين وبصريين ، بينما الأطفال الذين يسيطر عليهم الجزء الأيمن من المخ لا يتلاءمون بالمثل ، ويتعرضون للعديد من المشكلات ، ولأن هؤلاء المتعلمين يعتبرون متعلمين لمسئيين Tactile Learners فما يحاولون بطريقة تلقائية استخدام حاستهم فى اللمس بالتقاط القلم الرصاص ولمس الشخص الجالس أمامهم أو بوضع أيديهم فى جيوبهم ، وفى أغلب الأحيان يساء فهم هؤلاء الأطفال على أنهم من مثيرى الشغب أو المسببين للمشكلات ، كما يرى مؤيدو هذه النظرية أيضاً أن توفير المساعدة البسيطة مثل تزويد الطفل بكرة مطاطية لكي يستخدمها فى شغل حاسة اللمس أثناء استماعه للشرح من المعلم أو القراءة أو الكتابة ، ويعتقدون أن عمل ذلك ربما يزيد من التعلم السمعى والبصرى إلى جانب تقليل السلوك غير المقبول فى حجرة الدراسة ، ويقترح أصحاب هذه النظرية أنه على الوالدين أن ينادوا على الطفل أولاً قبل أن يوجهوا إليه أى توجيهات فنظراً لأن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أطفالاً لمسئيين ربما لا يحسون بنداء الوالدين لهم أو لا تشغلهم المصادر السمعية ؛ لذلك يجب على الوالدين لمس الطفل من ذراعه أو كتفه وبعد أن يستجيب لهما يقدموا له التوجيهات اللفظية لكي يساعده على تشغيل أو هضم المعلومات بطريقة كافية .

**أوجه العجز المعرفية المصاحبة للاضطراب :**

يرى باركلي Barkley ( ٢٠٠٣ ) أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يظهرون غالباً أوجه عجز



## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

في كثير من القدرات المعرفية ، ومن بين أوجه العجز هذه الصعوبات المتمثلة في :

- ١- ضعف اللياقة البدنية والتنسيق الحركي العام والتتابع الحركي .
- ٢- البطء في تسمية الألهان أو معرفة الألهان .
- ٣- اضطراب الذاكرة اللفظية وغير اللفظية وعدم القدرة على إجراء العمليات الحسابية .
- ٤- اضطراب التخطيط والتوقع .
- ٥- اضطراب الاستراتيجيات التنظيمية المتعلقة بالتطوير والتطبيق والمراقبة الذاتية .
- ٦- ضعف التضمين الداخلي للكلام الموجه للذات .
- ٧- ضعف الضبط الذاتي للانفعالات .

وتعد الصعوبات الخاصة بالتحكم الانفعالي من أهم الصعوبات البارزة لدى الأطفال الذين يعانون من الاضطراب مع حالة مرضية مشتركة لاضطراب التحدي أو المعارضة ، كذلك أظهرت نتائج العديد من الدراسات أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يصاحبه تدنى مستوى النمو الخلقى Moral Development .

الإعاقات التي ترتبط بالاضطراب :

يرى باركلي Barkley ( ٢٠٠٣ ) أن الإعاقات التالية ترتبط باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

النواحي المعرفية :

- أوجه عجز متوسطة في الذكاء .
- تدنى مهارات التحصيل الأكاديمي .

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

- صعوبات في التعلم : القراءة من ٨ % - ٣٩ % ، التهجيئة من ١٢ % - ٢٦ % ، الرياضيات من ١٢ % - ٢٣ % .
- إحساس رديء بالوقت .
- زيادة تواتر أخطاء المتعلقة بالعمارة اللفظية ، عند اللفظ .
- عدم القدرة على التخطيط .
- إحساس متضاؤل بالأخطاء .
- عجز الإبداع السلوكي الموجه نحو الهدف .

### اللغة :

- تأخر الكلام .
- ضعف القدرة اللغوية من ١٠ % - ٥٤ % .
- كلام تحادثي زائد عن الحد ( شائع ) ، وكلام منخفض عند المواجهة .
- تنظيم رديء وتعبير غير فعال عن الأفكار .
- عجز لفظي أثناء حل المشكلات .
- سلوك رديء في الامتثال للقواعد .
- نمو ضعيف في التفكير الخلقى .

### النمو الحركي :

- تأخر التناسق الحركي بنسبة ٥٢ % .
- ظهور علامات عصبية تتعلق بضعف التنسيق أو التوافق الحركي .
- بطء القدرة الحركية .

### الانفعال :

- ضبط رديء للانفعالات .

- عدم القدرة على تحمل الاحباطات البسيطة .
- تدنى مستوى الإثارة .

#### الأداء المدرسى :

- سلوك مضطرب فى حجرة الدراسة .
- تدنى الاداء التحصيلى .
- تدنى المستوى الأكاديمى بنسبة ٥٦ % .
- تكرار الحصول على تقديرات أو درجات ضعيفة مما يستدعى إعادة السنة بنسبة ٣٠ % .
- وضع التلميذ فى برنامج أو أكثر من برامج التربية الخاصة .
- توقف الدراسة أو تأجيلها بنسبة ٤٦ % .
- الطرد من المدرسة من ١٠ % - ٢٠ % .
- الفشل فى التخرج من المدرسة الثانوية من ١٠ % - ٣٥ % .

#### أداء المهام :

- انخفاض مستوى الدافعية .
- أداء منخفض فى ظل الإثابات المرجأة .
- استمرار ردى فى بذل الجهد .
- تدهور الأداء فى حالة تغير نظام التعزيز المستمر إلى التعزيز على فترات .

#### المخاطر الصحية :

- قابلية كبرى للإصابات الناتجة عن الحوادث .
- مشكلات تتعلق بالنوم من ٣٠ % - ٦٠ % .

- مخاطر عند قيادة السيارات تتمثل في الاصطدام بوسائل النقل الأخرى ، ومخالفات تجاوز السرعة المقررة أو المحددة .
- التدخين ، والاعتماد على النيكوتين .
- تناول الخمر وإدمانها .

كما يتضمن الاضطراب عجزاً خطيراً في مجموعة من القدرات السيكولوجية التي تحدث ضرراً خطيراً لدى الأفراد الذين يعانون من الاضطراب ، فأوجه العجز في الكف السلوكي ، وضعف الانتباه من الأمور الهامة أو الجوهرية للاضطراب ، ولا يوجد أدنى شك بأن هذا الاضطراب يؤدي إلى إعاقات أو خلل في الأنشطة الحياتية الرئيسية التي تشمل العلاقات الاجتماعية والتعليم والأداء الوظيفي المهني والتمسك بالقواعد والأعراف الاجتماعية والقوانين ( باركلي Barkley ، ٢٠٠١ ) .

وأوضحت نتائج الدراسات العصبية التي أجريت على عديد من المناطق الخاصة بالمخ التي تشمل الفص الأمامي ، وارتباطه بالعقد العصبية الأساسية ، وعلاقة العقد العصبية بالجوانب الرئيسية للمخ أن الأفراد الذين يعانون من الاضطراب يكون لديهم نشاط كهربى مخى ضئيل ، ويظهرون رد فعل للإثارة بدرجة أقل في واحد أو أكثر لهذه المناطق ( باتى وآخرون Bate et al. ، ٢٠٠١ ) .

والدراسات العديدة التي أجريت على التوائم توضح أن البيئة الأسرية لا تقوم بأى إسهام دال ومتميز في حدوث الاضطراب ، وهذا لا يعنى أن البيئة الأسرية وقدرة الوالدين على التصرف في الأحداث الحياتية المتوترة أو العلاقات المنحرفة مع الرفاق ليس لها تأثير على الأفراد الذين يعانون من

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

الاضطراب ، كما أوضحت نتائج دراسات أخرى أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لديهم اضطرابات أخرى مصاحبة للاضطراب ويتعلق البعض منها بدرجة واضحة بالبيئات الاجتماعية التي يعيشون فيها ( كه منحنا Comings ، ٢٠٠٠ ) .

ويسبب هذا الاضطراب مشكلات جمة ، وتوحى الدراسات الخاصة بالمتابعة أن الأفراد الذين يعانون من الاضطراب تزيد نسبة تسربهم من المدرسة ( النسبة من ٣٢ % : ٤٠ % ) ، ولديهم عدد قليل جداً من الأصدقاء أو لا يكون لديهم أصدقاء على الإطلاق ( النسبة من ٥٠ % : ٧٠ % ) ، ويكون أدائهم متدنياً جداً في العمل ( النسبة من ٧٠ % : ٨٠ % ) ويشتركون في نشاطات معادية للمجتمع ( النسبة من ٤٠ % : ٥٠ % ) ، يستخدمون التبغ أو المخدرات الممنوعة وذلك بنسبة أكبر مما في حالة الأفراد العاديين ، كما أنهم يتورطون في قيادة السيارات بسرعة مما يتسبب في حدوث حوادث لهم ، كما أنهم يمرون بفترات اكتئاب ( النسبة من ٢٠ % : ٣٠ % ) ، ويعانون من اضطرابات في الشخصية في مرحلة الكبر ( النسبة من ١٨ % : ٢٥ % ) ، وفي أحيان كثيرة يسيئون التصرف ويعرضون حياتهم للخطر .

ورغم ذلك ومع وجود هذه النتائج الخطيرة ، توضح الدراسات أن أقل من نصف هؤلاء الأفراد يتلقون العلاج ، ويمكن أن تساعد وسائل الإعلام في تحسن هذه الحالات من خلال ما تبثه عن أسباب الاضطراب ، وأعراضه ، وطرق تشخيصه ، وعلاجه وذلك بصورة دقيقة ومسئولة بقدر الإمكان ، ولا تسمح لأبواق الدعاية التي يقوم بها النقاد الاجتماعيين والأطباء الذين يسترزقون بأي طريقة والذين

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

يوحوا للأهل والجمهور بأنه لا يوجد اضطراب حقيقي بهذا الاسم فنشر القصص الزائفة حول هذا الاضطراب والتشكك في وجوده وعلاجه يشبه من يقول أن الأرض مسطحة وليست كروية بمعنى أنه يهدم الحقائق العلمية الثابتة كقانون الجاذبية الأرضية والحدود الدورية في الكيمياء ، وهذا محض افتراء ؛ ولذا ينبغي على وسائل الإعلام أن تعرض وتصور اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على حقيقته وبكل دقة وواقعية كما تم عرضه علمياً ، وعلى أنه اضطراب حقيقي وله تأثير كبير على الأفراد الذين يعانون منه دون ذنب أو خطأ يتعلق بهم أو بوالديهم أو معلمهم .

## الفصل الرابع استراتيجيات التقدير

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

قائمة :

على الرغم من وجود خطوط إرشادية واضحة نسبياً لتشخيص اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلا أن تشخيص الاضطراب يزال أمراً صعباً ، وأحد العوامل التي تسهم في ذلك اتباع الباحثين طرائق كLINIكية متنوعة في التقدير ، يضاف إلى ذلك أن الطبيعة الخاصة للعينة السكانية التي تعاني من الاضطراب تقدم الكثير من العقبات أمام عملية التقدير ، فيحدث في بعض الأحيان أن تكون الأعراض المرضية الأساسية أو الأولية للاضطراب موجودة إلا أن التقلبات التي تحدث استجابة للموقف تؤثر على عملية التقدير ، وأحد العوامل التي تحدد التباين أو الاختلاف الدرجة التي يكون فيها الأطفال الذين يعانون من الاضطراب مهتمين بما يفعلونه أو يقومون به ، فالأعراض المرضية للاضطراب تظهر بدرجة كبيرة جداً في المواقف المتكررة ، والمواقف المملة التي تبعث على الضجر وذلك بدرجة أكبر من المواقف الجديدة أو المثيرة ( باركلي Barkley ، ١٩٧٧ ) ، وأحد المحددات الأخرى هو تباين المواقف ففي مواقف اللعب الحر ، وكذلك المواقف التي تقل فيها الأوامر والتعليمات يكون الأطفال الذين يعانون من الاضطراب لديهم الحرية في أن يفعلوا ما يحلو لهم ، وبالتالي فإن سلوكهم لا يمكن تمييزه نسبياً عن سلوك الأطفال العاديين ( لوك Luk ، ١٩٨٥ ) ، ومع ذلك قد تنشأ أو تظهر مشكلات مهمة لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عندما يفرض الآخرون على هؤلاء الأطفال مطالب أو يضعون القواعد المحددة لسلوكهم ، ونظراً لطلب المتزايد لتنظيم السلوك الذاتي فإن المواقف الجماعية تسبب المشكلات بدرجة كبيرة جداً للأطفال الذين يعانون من الاضطراب عن المواقف التي يتعامل فيها فرد مع فرد آخر ، كما أن الأعراض المرضية المميزة



للاضطراب تظهر في المواقف التي يتم فيها إرجاء التغذية المرتدة بشكل متكرر ( دوجلاس Douglas ، ١٩٨٣ ) .

### استراتيجيات التقدير :

يؤثر على عملية التقدير عامل هام جداً هو الاحتمال المتزايد بأن الأطفال والمراهقين الذين يعانون من الاضطراب يظهر عليهم حالات مرضية مشتركة على سبيل المثال عدم الامتثال ، وحب الجدل ، واعتلال المزاج ، والكذب ، والسرقعة ، وغيرها من الحالات التي يظهرونها والتي تتعلق باضطراب التحدي والمعارضة ، واضطراب التواصل التي ربما تحدث بنسبة تصل إلى ٦٠ % من العينة السكانية التي يتم تحويلها إلى عيادات العلاج من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ( باركلي وآخرون Barkley et al. ، ١٩٩١ أ ) ، وفي الواقع فإن الغالبية العظمى من الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يمرون بنوع ما من المصاعب المدرسية ، والمشكلة الشائعة بوجه خاص هي أن مستواهم التحصيلي يكون متدنياً بدرجة أكبر من إمكاناتهم التي يمكن تقديرها ، كما أن هناك نسبة تتراوح من ٢٠ % : ٣٠ % يظهر عسر أو صعوبة القراءة إلى جانب أنواع أخرى من أوجه العجز النوعي في التعليم ( باركلي وآخرون Barkley et al. ، ١٩٩٠ ) ، وفي بعض الأوقات تتضمن المصاعب اضطراب في تكوين الصداقات نتيجة حدوث مشكلات عديدة في عملية التطبيع الاجتماعي ، وعلى الرغم من ذلك فإنه في أغلب الأحيان يكون الاستمرار في أو المحافظة على علاقات مرضية مع الرفاق مسألة ذات اهتمام كلينيكي كبيرة ، فبسبب عدم القدرة على التحكم في السلوك في المواقف الاجتماعية المختلفة فإن الأطفال والمراهقين الذين يعانون من

اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يبتعدون بين الحين والآخر عن رفاقهم الذين يرفضونهم اجتماعياً أو يتجنبونهم ، ونتيجة لمثل هذه المشكلات السلوكية والأكاديمية فإن الأطفال والمراهقين الذين يعانون من الاضطراب يظهرون في أغلب الأوقات تقدير منخفض للذات ، وتظهر عليهم علامات الإحباط ، وعدم القدرة على التحمل ، كما تظهر عليهم الأعراض المرضية للاكتئاب والقلق وغيرها من المشكلات الانفعالية ( Anastopoulos ، ١٩٩٩ ) .

ونتيجة لكل ذلك فإن خطر حدوث حالات مرضية مشتركة يكون عالياً جداً داخل العينة السكانية التي تعاني من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وبالتالي فمن المهم جداً للكلينيين أن يدخلوا طرقاً للتقدير لا تتناول فقط الأعراض المرضية الأساسية للاضطراب بل يجب أن تتناول أيضاً الجوانب الأخرى التي تتعلق بالأداء السيكولوجي الوظيفي للطفل والمراهق ، إذ إن الطرق والإجراءات المتعددة يمكن أن تؤدي إلى نتائج مختلفة بشأن وجود أو عدم وجود الحالات المرضية المشتركة ، لذلك فإنه ينبغي على الإكلينيكين أن يكونوا على دراية واسعة جداً بالموضوعات الخاصة بالطرق والمفاهيم التي يمكن أن تؤثر على عملية اتخاذ القرار ( بيدرمان وآخرون ، Biederman et al. ، ١٩٩٦ ب ؛ هينشو وآخرون ، Hinshaw et al. ، ١٩٩٧ ) .

وهناك أمر ذو أهمية كبيرة جداً وهو الحاجة إلى جمع بيانات تتعلق بالأداء الوظيفي الوالدي فقد بينت البحوث أن آباء الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يكونون في أغلب الأحيان سلبيين في أسلوبهم الوالدي ، كما أنهم ينظرون إلى أنفسهم على أنهم

أقل دراية بأدوارهم الوالدية ، وقد يمرون بتوتر أو ضغط كبير في دورهم الوالدى وعلى الأخص فى حالة وجود المعالم المرضية المشتركة لاضطراب التحدى والمعارضة ( Anastopoulos ، ١٩٩٩ ) ، كما أن المراهقين الذين يعانون من الاضطراب يكونون معرضين لخطر متزايد من جراء حدوث صراع كبير بينهم وبين والديهم ولاسيما فى حالة وجود معالم اضطراب التحدى والمعارضة ، يضاف إلى ذلك أن الأطفال والمراهقين الذين يعانون من الاضطراب يصبحون عبئاً على والديهم ؛ حيث يظهرون المزيد والمزيد من أوجه عدم الامتثال لتعليمات الوالدين ، بالإضافة إلى ذلك فإن أهل هؤلاء الأطفال يجدون أنفسهم غالباً متورطين فى حل كثير من المشكلات المتعددة التى يسببها أطفالهم مع رفاقهم وإخوانهم وأقاربهم التى تحدث أثناء مرحلة الطفولة وخلال مرحلة المراهقة أيضاً ( باركلى وآخرون . Barkley et al. ، ١٩٩٢ ب ) ، وسواء كانت هذه المشكلات الأسرية تنتج من وجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عند الطفل والمراهق أم لا فإن هذا الموضوع ليس واضحاً تماماً .

وعلى الرغم من أن جمع المعلومات من الوالدين ربما لا يلقى المزيد من الضوء على ما إذا كان تشخيص اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد موجود أم لا ، إلا أنها تزودنا بسياق لفهم كيفية الاستمرار فى السلوكيات المسببة للمشكلات ، وعلاوة على ذلك فإن هذه المعلومات تكون أساساً لتحديد إلى أى مدى سيقوم الوالدين أو الأهل أو المانحين لرعاية الأطفال بتنفيذ الاستراتيجيات الموصى بها فى العلاج نيابة عن الطفل أو المراهق .

ويرى باركلي Barkley ( ١٩٩٠ ) أنه يجب أن تكون التقييمات الكلينيكية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد شاملة ومتعددة الجوانب في طبيعتها ، وذلك بهدف السيطرة على الحالات المرضية المشتركة التي تصاحب الاضطراب وتؤثر على الأداء الوظيفي في البيت والمدرسة وكذلك الأداء الوظيفي الاجتماعي .

وهذه الطريقة للتقدير المتعددة الإجراءات تشمل إجراء المقابلات الشخصية للوالدين والطفل ، وتشمل أيضاً تطبيق المقاييس المقننة لتقدير سلوك الطفل ، ومقاييس التقدير الذاتي للوالدين ، والملاحظات السلوكية المباشرة للأعراض المرضية للاضطراب في المواقف الطبيعية ، وإجراء الاختبارات السيكولوجية التي تتم في العيادات .

### المقابلات الشخصية :

يعتبر إجراء المقابلات الشخصية للوالدين والأطفال مصدراً قيماً للمعلومات المتصلة بالمشكلات التي تتعلق باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ونظراً لمرونة إجراء هذه المقابلات مع الوالدين والأطفال فإنها يمكن أن تسفر عن وفرة من المعلومات التي تتعلق بالأداء الوظيفي السيكولوجي للطفل ، فالمقابلة الشخصية الجيدة التنظيم والمعدة إعداداً جيداً تسهل جمع البيانات ، ومن بين الإجراءات أو الطرق الكثيرة التي من هذا النوع والتي استخدمت في البحوث الخاصة باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ما يلي :

١- قائمة المقابلة التشخيصية للأطفال Diagnostic Interview Schedule

Costello et al. إعداد كوستيلو وآخرون for Children ( DISC )  
( ١٩٨٢ ) .

٢- المقابلة التشخيصية للأطفال والمراهقين Diagnostic Interview  
for Children and Adolescents ( DICA ) إعداد هيرجانيك وآخرون  
Herjanic et al. ( ١٩٧٥ ) .

وعلى الرغم من أن المقابلات الشخصية تقدم مزايا كثيرة إلا أنها  
مرهقة ومتعبة في الاستخدام ، وتعد قائمة تقدير أعراض اضطراب  
نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD Symptom  
Checklist - 4 ( ADHD - SC4 ) إعداد جادو وسبرافكين Gado &  
Sprafkin ( ١٩٩٧ ) تعريب وتقنين مجدى الدسوقي ( ٢٠٠٤ ) بديلاً  
للمقابلات الشخصية الطبية النفسية التي تعتبر طويلة إلى حد كبير ومستهلكة  
للوقت .

ومن أهم مميزات المقابلات المنظمة ما يلي :

- ١- تقدم معلومات واقعية عن كيفية عمل الأفراد في البيئات الطبيعية وفقاً  
لتقارير مقدمي المعلومات .
- ٢- لا يتطلب إجراؤها تدريباً مكثفاً .
- ٣- توفر تقييماً يتميز بالثبات من شخص إلى آخر .
- ٤- تتماشى مع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات  
النفسية .

بينما تتمثل قيود المقابلات المنظمة فيما يلي :

١- يستغرق إجراؤها وقتاً طويلاً .

٢- تصمم للحصول على معلومات عن المشكلات الانفعالية والسلوكية ، وتأثير هذه المشكلات على الأداء الوظيفي والسيكولوجي ، وتفشل في الحصول على معلومات عن الأسرة تتعلق بأنماط التفاعل الأسرى ، والمشكلات النفسية والاجتماعية التي تسود الأسرة .

٣- طول الأسئلة وتعقيدها قد لا يكون مناسباً للأطفال الصغار .

٤- تقدم معلومات محددة تتعلق بالأحداث البيئية التي تسبب المشكلات الانفعالية والسلوكية ، وكذلك التداخيات التي تؤدي إلى استمرار الأداء غير التكيفي ، وبالتالي يصعب تصميم تدخلات سلوكية فعالة بدون وجود معلومات منظمة عن المثيرات السابقة للسلوك ونتائجه .

٥- غير حساسة للفروق بين الجنسين بمعنى أن الأسئلة واحدة ولا تتغير مع الذكور والإناث من مختلف الخلفيات الثقافية .

٦- يتم تنقيحها باستمرار مما يجعل النماذج السابقة قديمة .

### مقاييس تقدير السلوك :

تعد قوائم الضبط المقننة للسلوك ومقاييس التقدير جزء لا يمكن الاستغناء عنه في تقدير سلوك الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فملاءمتها وقابليتها للتطبيق على عدد كبير من الأفراد وقدرتها على جمع المعلومات أسهمت في تطبيقها الواسع في الممارسة الكليينكية ، وعلى الرغم من توافر عدد كبير من الاستبيانات المتنوعة الآن فإن معظمها لا يتفق مع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ( DSM - IV ) .

ومن المقاييس التي تتفق مع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية ( DSM - III - R ) لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ما يلي :

١- قائمة تحديد سلوك الطفل ( CBCL ) Child Behavior Checklist إعداد أشينباك Achenbach ( ١٩٩١ ) .

٢- نظام تقدير سلوك الأطفال Behavior Assessment System for Children إعداد رينولدز وكامفوس Reynolds & Kamphaus ( ١٩٩٢ ) .

٣- مقاييس كونرز المنقحة ( المعدلة ) لتقدير الوالد والمعلم Revised Connors Parent & Teacher Rating Scales إعداد جويت وآخرون Goyette et al. ( ١٩٧٨ ) .

٤- مقياس تقدير اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD Rating Scale إعداد ديوبل DuPaul ( ١٩٩١ ) .

٥- مقياس التقدير الشامل للمعلم ADD-H Comprehensive Teacher Rating Scale إعداد أولمان وآخرون Ullmann et al. ( ١٩٨٤ ) .

ومما يجب الإشارة إليه أنه توجد فروق في المدى الدقيق والصيغة ومحتوى هذه الأدوات أو المقاييس ولكن الأمر المشترك بينهم جميعاً هو اعتمادهم في تقدير الأعراض المرضية للاضطراب على نظام ليكرت بمعنى أنها تعتمد على التقدير الكمي لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

وعلى ضوء الحدوث العالي نسبياً للضغط النفسى الواقع على

الوالدين ، والخلافات الاجتماعية ، والحالة المرضية النفسية التي توجد بين آباء الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يجب على الكليينيكين أن يدخلوا مقاييس التقدير الذاتى للوالدين فى عملية التقدير ، وربما يتضمن ذلك :

- قائمة الأعراض المرضية المعدلة Symptom Checklist 90 - Revised ( SCL - 90 - R ) إعداد ليروجاتس Derogatis ( ١٩٨٦ ) والتي نقل الصيغة الأولى منها إلى العربية عبد الرقيب البحيرى ( ١٩٨٤ ) .

- مؤشر الضغوط الوالدية Parenting Stress Index إعداد : أبيدين Abidin ( ١٩٨٣ ) .

- مقياس بيك للاكتئاب Beck Depression Scale إعداد بيك وآخرون Beck et al. ( ١٩٧٩ ) .

- مقياس لوك وولاس للتوافق الزوجى Locke - Wallace Marital Adjustment Scale إعداد : لوك وولاس Locke & Wallace ( ١٩٥٩ ) .

- قائمة التوافق الزوجى ( MSI ) Marital Satisfaction Inventory التي أعدها شنايدر Snyder ونقلتها إلى العربية فيولا البيلاوى ( ١٩٨٧ ) .

المقاييس التي يتم إجرائها فى العيادة :

أكثر المقاييس المستخدمة بدرجة كبيرة فى تقدير اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد هو اختبار الأداء المستمر Continuous Performance Test ( CPT ) ويوجد من هذا الاختبار نسخ متعددة تشمل اختبار الأداء المستمر إعداد كونرز Connors ( ١٩٩٤ ) ، واختبار



متغيرات الانتباه Attention Variables Test إعداد جرينبرج Greenberg ( ١٩٩١ ) ، ونظام التشخيص لجوردن Gordon Diagnostic System إعداد جوردن Gordon ( ١٩٨٣ ) الذى قام بتعديله بعد ذلك عام ١٩٩١ ، وهذه الطرق تتطلب من الطفل أو المراهق أن يراقب أو يشاهد بطريقة نموذجية شاشة كمبيوتر من ٩ - ٢٢ دقيقة يتم خلالها تقديم المثيرات البصرية والسمعية ( مثل الحروف والأرقام ) على فترات متغيرة ، وعندما تظهر المثيرات المستهدفة يجب على الطفل أو المراهق أن يجيب إما بالضغط على زر أو يأخذ مسافة على لوحة المفاتيح أو بالماوس أو الامتناع عن الإجابة ، وأحد أسباب الانتشار الواسع لاستخدام اختبارات الأداء المستمر هي درجة نجاحها فى التمييز بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، والأفراد العاديين ، ورغم هذا النجاح على المستوى الجماعى فإن كثيراً من هذه المقاييس تحدث معدلات زائفة بدرجة عالية عندما يتم تطبيقها على الأطفال أو المراهقين بصورة فردية ( ماتير - شارما وآخرون Matier - Sharma et al. ، ١٩٩٥ ) ، وعلى الرغم من أن الأسباب الدقيقة لهذا التباين ليست واضحة فإن التفسير الممكن ينبع من النظر إلى الحقيقة التى تقضى بأن هذه الطرق يتم استخدامها بطريقة نمطية فى العيادات فى ظل حالات تغذية استرجاعية جديدة نسبياً ، وهذا بدوره يؤدي إلى انخفاض كبير فى احتمال الكشف عن الأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

ويؤخذ على مقاييس التقدير ما يلى :

١- عدم الموضوعية فى التقدير : غالباً ما تتباين التقديرات على نحو كبير وذلك وفقاً لرأى المستجيب الذى يكمل المقياس ، فقد يختلف تقدير أحد

المدرسين لطفل ما عن تقدير المدرس الآخر ، علاوة على ذلك فإن الأم تميل إلى المبالغة في تقدير المشكلات الخارجية والداخلية لطفلها .

٢- يقتصر استخدام مقاييس التقدير في حالة التنبؤ التشخيصي ، فهي مفيدة في الكشف عن طبيعة وحدة المشكلات الانفعالية والسلوكية إلا أنها لا تقدم بيانات عن الأحداث التي تسبق المشكلات السلوكية .

### طرائق الملاحظة المباشرة :

من الطرائق المتاحة أيضاً طرائق التقدير باستخدام الملاحظة التي تعتمد على تقدير مشكلات سلوك الأطفال الذين يعانون من الاضطراب بطريقة مباشرة ، وكذلك تقدير تفاعلاتهم مع الآخرين ، ومن بين هذه الطرائق نظم ملاحظة السلوك في الفصول الدراسية ، ونظم تقدير التفاعلات التي تتم في العيادة بين الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ، وهذه النظم تستهدف أوجه السلوك التي تعكس جوانب معينة من الاضطراب مثل سلوك عدم أداء المهمة أو التملل أو عدم الامتثال ، وباستخدام التعريفات التفصيلية لمثل هذه السلوكيات أو بوضعها في الاعتبار ( على سبيل المثال يفشل الطفل في الامتثال لطلب أو أمر من أحد الوالدين خلال عشر ثوان ) يقوم الملاحظون بمراقبة حدوث هذه السلوكيات أو عدم حدوثها أثناء فترات مخصصة ( كل ثلاثين ثانية مثلاً ) أو على فترات من الوقت تمتد من مجرد بضع دقائق إلى ثلث ساعة أو نصف ساعة ، وبسبب الحقيقة التي تقضي بأنهم يحاولون مراقبة السلوك في ظل حالات تشبه إلى حد كبير ظروف الحياة الحقيقية فإن مثل هذه الطرق في أغلب الأحيان يكون موثوق فيها بدرجة كبيرة ، وتكون صادقة بدرجة أكبر عما في طرق التقييم التي تحدث داخل العيادات ، وتقدم طرق الملاحظة بيانات عن طبيعة مشكلات الطفل

وحدثها كما تقدم أيضاً معلومات عن المواقف أو العواقب التي تؤدي إلى تفاقم المشكلات السلوكية والأكاديمية أو تخفف منها وتلطفها ، وعلى الرغم من قيمة الملاحظة إلا أنها تستغرق وقتاً طويلاً وتفتقر إلى معايير نموذجية .

### طرائق أخرى :

يرى العديد من الباحثين أن المعلومات المقدمة عن الأداء الوظيفي العقلي ، ومستويات التحصيل الأكاديمي ، وأوجه العجز في القدرة على التعلم في حاجة إلى أن تدمج في التقدير الذي يتم عمله للأطفال والمراهقين موضع الشك في أنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وبسبب حقيقة أن العاملين بالمدارس وغيرهم من المهنيين يهتمون في أغلب الأحيان بهذه المشكلات قبل أن يتم تحويل الأطفال الذين يعانون من الاضطراب للعلاج فإن مثل هذه المعلومات يمكن الحصول عليها عادة من خلال مراجعة السجلات المدرسية ، والسجلات الطبية ، وإذا لم يتوافر ذلك لأي سبب من الأسباب في وقت العلاج الذي يقدم للطفل أو المراهق ، فإنه يجب إجراء اختبارات إضافية من هذا النوع ، وهناك مجموعة متنوعة من الأدوات متاحة لهذا الغرض منها الطبعة الثالثة لمقياس وكسلر لذكاء الأطفال Wechsler Intelligence Scale ( وكسلر Wechsler ، ١٩٩١ ) ، واختبار وكسلر للتحصيل الفردي Wechsler Achievement Test ( وكسلر Wechsler ، ١٩٩٢ ) .

وكما لوحظ من قبل فإن التقييم الكلينيكي للأطفال والمراهقين المشكوك في أن لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتطلب طريقة شاملة ومتعددة الأساليب لإجراء التقييم ، وكجزء من عملية التقييم يجب أن يركز الكلينيكيون على الانتباه للمصاعب السلوكية المصاحبة للاضطراب ،

وكذلك الجوانب الأخرى المتعددة للأداء الوظيفي النفسى للطفل أو المراهق ،  
وعلاوة على ذلك يجب عليهم أن يدخلوا طرق تقدير تسفر عن معلومات عن  
الأداء الوظيفي الوالدى والاجتماعى والعائلى حتى يمكن فهم السياق  
السيكولوجى الذى يعمل فيه الطفل أو المراهق .

ويرى كثير من الوالدين أن طرق التقدير غير متكافئة مع ما يعتقدون  
أنه يجب عمله لمعرفة وجود أو عدم وجود الاضطراب ؛ حيث يجادلون  
قائلين إذا كنتم تحاولون أن تكتشفوا ما إذا كان طفلى يعانى من اضطراب  
الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد فلماذا تقضون وقتاً كبيراً فى إجراء  
مقابلات شخصية لى وتجعلونى أملاً الاستبيانات ؟ ، ولماذا لا تقضون وقتاً  
أكبر فى فحص أو اختبار طفلى ؟ ، وهذه الأسئلة تترك بلا إجابة ، فمثل هذه  
الأمور يمكن أن تجعل الوالد يشكك فى كفاءة الكلينيكى الذى يقوم بعملية  
التقييم ، وهذا بدوره يؤثر على رغبتهم فى تنفيذ الفرضيات العلاجية ،  
وتوقعاً لمثل هذه المشكلات يجب على الكلينيكيين أن يشرحوا التفسير  
العقلانى لطريقتهم المتبعة فى التقدير ، وعلى وجه الخصوص فإنهم فى  
حاجة إلى أن يذكروا أن أداء الاختبارات النفسية يحتاج إلى الإشراف الدقيق  
حتى يمكن الكشف عن الأعراض المرضية للاضطراب بطريقة واضحة ،  
ولهذا السبب فإن مدخلات الوالد والمعلم تساعد على إظهار واستنتاج  
الأعراض المرضية للاضطراب ، وهذا التفسير يساعد على تخفيف  
المخاوف لدى الوالدين ، ويقلل من الشكوك التى يمكن أن تؤثر على العلاج .

ومما يجب الإشارة إليه أن الاستخدام الكلينيكى لطرائق التقدير التى تم  
التحدث عنها سابقاً ليس مقصوراً على المراحل التشخيصية لعملية التقدير ،  
ولكن هذه الطرق والإجراءات تكون أيضاً بمثابة مقاييس للنتيجة المتعلقة

بتقدير الكفاءة للطرائق المتعددة للعلاج .

ملاحظات هامة لدقة التقييم والتقدير :

١- أولاً وقبل كل شيء لا يمكن أن يتم تقييم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بدقة خلال فحص قصير للطفل يستغرق من ٥ - ١٠ دقائق أو بإجراء مناقشة مع الوالدين كما هو شائع بدرجة كبيرة في بعض عيادات الأطفال نظراً لأنه توجد مجموعة من الأسباب تكمن وراء إظهار الأطفال لمستويات عليا لعدم الانتباه والنشاط الزائد في البيت والمدرسة تشمل الاضطرابات العصبية ، وردود الأفعال نحو التوترات التي تنتج عن الإصابات والخلل في النظام الأسري ... الخ ، ولا يمكن إجراء أو عمل تشخيص بطريقة عرضية أو سريعة دون معرفة التاريخ التفصيلي الكامل للطفل والأسرة حتى يمكن وضع تصنيف الأعراض المرضية المتعلقة باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في سياق تاريخي وحذف الأسباب أو التصورات العقلية البديلة .

٢- أكثر الكلينيين دقة لا يمكنهم أن يميزوا الأعراض المرضية المتعلقة باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد استناداً إلى سلوك الطفل في العيادة ، ففي الواقع يكون الأطفال الذين يعانون من الاضطراب متجاوبون بدرجة كبيرة مع الشيء الجديد أو غير المألوف أثناء الزيارة الرسمية ، فالطفل الذي لديه سلوك مضطرب أو مشوش بطريقة ملحوظة في البيت أو المدرسة يمكن أن يتماسك تماماً في مثل هذه المواقف ، وبالتالي ينتج عن ذلك تقديرات سلبية زائفة ، والمعلومات المستمدة من

والوالدين والمعلمين في مثل هذه المواقف تعتبر ضرورية جداً للتقدير والتشخيص ؛ لذلك يرى هينشو ونيج Hinshaw & Nigg ( ١٩٩٩ ) أن مقاييس التقدير الثابتة أو الصادقة المعايير التي تسمح لمنظور الوالدين ومنظور المعلمين بالتقدير النموذجي للأداء ذات أهمية كبيرة في عملية التقييم .

٣- على الرغم من أن الأطفال أنفسهم يكونون مصدراً مهماً لتقديم المعلومات فيما يتعلق بالحالة المرضية الداخلية ، وكذلك السلوكيات المعادية للمجتمع ، فإن المراهقين لا يذكرون في تقاريرهم بدرجة جيدة الأعراض المرضية المتعلقة بالاضطراب ، وبالتالي فعند وضع أو تحديد تشخيص للاضطراب فإن التقرير الذاتي للطفل ينبغي أن يتم التقليل من التأكيد عليه لصالح أو لتحبيذ المعلومات المستمدة من الوالدين والمعلمين ، ومع ذلك فالمعلومات المأخوذة عن الطفل تظل مهمة جداً فيما يختص بالاضطرابات الداخلية ، واضطرابات التفكير ( هينشو Hinshaw ، ٢٠٠٠ ) .

٤- على الرغم من أن التقييمات الطبية والعصبية ضرورية لعملية التشخيص الفارقى إلا أن النتائج الإيجابية في هذا الخصوص لا يتم الاحتياج إليها عادة لتشخيص الاضطراب ، وعلى الرغم من أن المهام العملية التي تقيس الأداء الوظيفي الانتباهي تسفر عن نتائج إيجابية إلا أنها ليست دقيقة لتحبيذ استخدامها بكثرة في تقييم الفروق الفردية بين الأطفال للتأكد من وجود أو عدم وجود الاضطراب ، وهكذا يتضح أنه على الرغم من البحث المستمر في الميكانيزمات المعرفية والانتباهية ، وميكانيزمات تشغيل المعلومات المتعلقة بأساسيات الاضطراب فإن تشخيص

اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يظل تشخيصاً سلوكياً ( هينشو Hinshaw ، ٢٠٠٠ ) .

٥- وأخيراً فإن تقييم الأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لا يتوقف بانتهاء الدراسة التشخيصية المكثفة ، ولا ينبغي أن يكون مقصوراً على الأعراض المرضية للاضطراب وحدها ، فلا بد من التقدير المستمر خلال مرحلة العلاج ، وكذلك إدماج المعلومات بشأن المشكلات الداخلية والظاهرية المصاحبة ، ومعرفة أنماط التفاعل الأسرية ، وإدراكات الذات ، والأداء المدرسي ، والعلاقات مع الرفاق وذلك لمراقبة نجاح أو فشل استراتيجيات التدخل المختارة ( هينشو وآخرون Hinshaw et al. ، ١٩٩٧ ) ، وهذا التقدير المتكرر والمستمر في مرحلة العلاج وما بعد العلاج لا ينبغي أن يستغرق وقتاً طويلاً كما هو الحال في الدراسة التشخيصية المكثفة ، ويمكن إجراء قائمة مراجعة للأعراض المرضية إلى جانب التقديرات المستمرة للأداء الوظيفي .

استمارة تشخيص نقص اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :  
أعدت هذه الاستمارة بواسطة الهيئة العاملة بمركز علاج الأشخاص ذوي الإعاقات Resource Center for Persons with Disabilities ( RCPD ) التابع لجامعة ميتشجان الأمريكية Michigan State University وفقاً للمحكات المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية لتشخيص الاضطراب ، وقام المؤلف بتعريبها ، وتعبأ هذه الاستمارة بواسطة المتخصصين أو من لديهم خبرة في تشخيص الاضطراب .

## بيانات أولية :

- الاسم : ..... الجنس ( ذكر / أنثى ) .
- اسم القائم بعملية التقدير : .....
- علاقته بالمفحوص : .....
- تاريخ التشخيص الأولى : .....
- تاريخ التشخيص الحالي : .....
- تاريخ ميلاد المفحوص : .....
- تاريخ الإجراء : .....
- بيانات أخرى : .....

## تعليمات :

فيما يلي مجموعة من الأعراض السلوكية التي تميز سلوك الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

## المرجو منك :

- أن تحدد أي من الأعراض المرضية التالية استمر لمدة ست شهور على الأقل إلى الحد الذي يصبح فيه الفرد غير متوافق مع المستوى المتعلق بالنمو وذلك بوضع دائرة حول " نعم " أو " لا " ثم وضح الحدة أو الشدة النسبية للاضطراب .
- لا تضع أكثر من دائرة أمام عبارة واحدة .
- لا تنس أن تجيب عن كل العبارات .

وشكراً على تعاونك



## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

١- يفشل دائماً في الانتباه للتفاصيل ، ويرتكب أخطاء طائشة تدل على عدم الدقة وذلك في العمل المدرسى أو الأنشطة الأخرى .

نعم لا

بدرجة بسيطة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ بدرجة شديدة أو حادة

٢- يجد صعوبة في الاستمرار في الانتباه أثناء أداء المهام أو الواجبات أو الأنشطة المتعلقة باللعب .

نعم لا

بدرجة بسيطة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ بدرجة شديدة أو حادة

٣- لا ينصت عندما يتحدث إليه شخص بطريقة مباشرة .

نعم لا

بدرجة بسيطة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ بدرجة شديدة أو حادة

٤- لا يتبع التعليمات ويفشل في استكمال العمل المدرسى أو الأعمال المنزلية أو الواجبات المكلف بها ، ولا يرجع ذلك إلى سلوك معارض أو فشل في فهم التعليمات .

نعم لا

بدرجة بسيطة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ بدرجة شديدة أو حادة

٥- يجد صعوبة في تنظيم المهام التي يقوم بها .

نعم لا

بدرجة بسيطة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ بدرجة شديدة أو حادة

٦- يتجنب الاشتراك فى المهام التى تتطلب المجهود ذهنى المستمر مثل العمل المدرسى أو الواجب المنزلى .

نعم لا

بدرجة بسيطة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ بدرجة شديدة أو حادة

٧- تضيع منه الأشياء الضرورية لأداء المهام أو الأنشطة مثل اللعب ، والكتب ، والأدوات المدرسية كالأقلام ... الخ .

نعم لا

بدرجة بسيطة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ بدرجة شديدة أو حادة

٨- يتشتت ذهنه غالباً عن طريق المثيرات الخارجية .

نعم لا

بدرجة بسيطة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ بدرجة شديدة أو حادة

٩- يميل إلى النسيان غالباً عند أداء الأنشطة اليومية .

نعم لا

بدرجة بسيطة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ بدرجة شديدة أو حادة

١٠- يتململ غالباً ويحرك يديه وقدميه أو يتقلب فى مقعده .

نعم لا

بدرجة بسيطة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ بدرجة شديدة أو حادة

١١- يترك مقعده غالباً أثناء تواجده فى الفصل أو فى مواقف أخرى يتوقع فيها أن يظل جالساً .

نعم لا

بدرجة بسيطة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ بدرجة شديدة أو حادة

١٢- يجرى ويتسلق الأشجار والحوائط فى المواقف التى لا يتناسب معها ذلك .

نعم لا  
بدرجة بسيطة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ بدرجة شديدة أو حادة

١٣- لديه صعوبة تتعلق باللعب بطريقة هادئة فى الأنشطة الترفيهية لقضاء وقت الفراغ .

نعم لا  
بدرجة بسيطة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ بدرجة شديدة أو حادة

١٤- يتصرف بحركة وتسرع كما لو كان يحركه موتور .

نعم لا  
بدرجة بسيطة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ بدرجة شديدة أو حادة

١٥- يتحدث بإفراط دائماً (ثرثار) .

نعم لا  
بدرجة بسيطة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ بدرجة شديدة أو حادة

١٦- يندفع للإجابة قبل أن يتم الانتهاء من طرح الأسئلة .

نعم لا  
بدرجة بسيطة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ بدرجة شديدة أو حادة

١٧- يجد صعوبة فى الانتظار إلى أن يحين دوره .

نعم لا  
بدرجة بسيطة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ بدرجة شديدة أو حادة

١٨- يقاطع الآخرين ويتطفل عليهم أثناء المحادثات أو الألعاب .

نعم لا

بدرجة بسيطة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ بدرجة شديدة أو حادة

١٩- يقدم دليلاً على وجود الأعراض المرضية الخاصة بالنشاط الزائد

والاندفاعية أو نقص الانتباه التي أحدثت ضعفاً أو إعاقة وكان ذلك

موجوداً قبل بلوغه من العمر سبع سنوات .

نعم لا

بدرجة بسيطة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ بدرجة شديدة أو حادة

٢٠- يقدم دليلاً على الضعف أو الإعاقة نتيجة الأعراض المرضية في مكانين

أو أكثر على سبيل المثال البيت ، والمدرسة .

نعم لا

بدرجة بسيطة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ بدرجة شديدة أو حادة

٢١- يقدم دليلاً على أن الأعراض المرضية لا تحدث بصفة استثنائية

أثناء مجرى أو سير الاضطراب التتموى السائد أو الفصام أو

اضطراب ذهاني آخر ، ولا تعزى لأي اضطراب نفسى آخر

مثل اضطراب المزاج ، واضطراب القلق ، والاضطراب

الانشقاقى ، واضطراب الشخصية .

نعم لا

بدرجة بسيطة ١ ٢ ٣ ٤ ٥ بدرجة شديدة أو حادة

اختبار اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد للأطفال

إعداد : المؤلف

بيانات أولية :

- الاسم : ..... الجنس ( ذكر / أنثى ) .
- اسم القائم بعملية التقدير : .....
- علاقته بالمفحوص : .....
- تاريخ التشخيص الأولى : .....
- تاريخ التشخيص الحالي : .....
- تاريخ ميلاد المفحوص : .....
- تاريخ الإجراء : .....
- بيانات أخرى : .....

تعليمات :

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تصف سلوك الطفل الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، والتي يمكن أن تصدر عنه في أي وقت ، ويوجد أمام كل عبارة أربعة اختيارات هي : أبداً ، أحياناً ، كثيراً ، دائماً .

المرجو منك :

- أن تقرأ كل عبارة من هذه العبارات بدقة تامة .
- أن تحدد درجة انطباق العبارة على الطفل بوضع علامة ( ✓ ) أسفل الاختيار الذي ينطبق عليها وذلك في ورقة الإجابة المنفصلة .
- لا تضع أكثر من علامة أمام عبارة واحدة .
- لا تتس أن تجيب عن كل العبارات .

وشكراً على تعاونك

م	السلوك
١	مدى انتباهه قصير .
٢	يسئ استخدام الأشياء .
٣	تركيزه ضعيف .
٤	يتحرك باستمرار .
٥	يضع الأشياء في غير مكانها الصحيح .
٦	يتخطى السطور أثناء القراءة .
٧	يجد صعوبة في تعلم ألعاب ومهارات جديدة .
٨	لا ينتبه لسماع التعليمات .
٩	يخالف بين الأرقام ويبدل مواضع الحروف في الكلمات ( كأن يخالف بين رقمين فيكتب ١٢ بدلاً من ٢١ أو يقدم حرف على حرف آخر في بعض الكلمات فيقول طبيخ بدلاً من بطيخ مثلاً ) .
١٠	يبدو قلقاً ومضطرباً .
١١	يجد صعوبة في الجلوس ساكناً في مقعده .
١٢	لا يستطيع الجلوس في مكان واحد لمدة طويلة .
١٣	يتشتت ذهنه بسهولة .
١٤	يعانى من العصبية الزائدة .
١٥	يبدو شارد الذهن .
١٦	تتقصه اللباقة فغالبا يتفوه بأول شئ يطرأ على ذهنه .

السلوك	م
يتصرف باندفاعية دون التفكير في النتائج .	١٧
يسهل استثارته .	١٨
يخطف حاجات الآخرين دون اكرات لمشاعرهم .	١٩
لا يستطيع أن ينجز ما يطلب منه بشكل كامل .	٢٠
يندفع في الإجابة عن الأسئلة قبل الانتهاء منها .	٢١
غير صبور .	٢٢
يجد صعوبة في اتباع التعليمات والأوامر .	٢٣
يرتكب أخطاء طائشة في عمله المدرسي .	٢٤
يميل إلى إحراج الآخرين .	٢٥
لا يستمر في صداقاته أو لا يحافظ عليها .	٢٦
لا يستطيع الاستمرار في العمل المنظم .	٢٧
يتأخر عن مدرسته باستمرار .	٢٨
يؤجل أداء المهام الصعبة .	٢٩
لديه صعوبة البدء في عمل الأشياء .	٣٠
يفزع من المهام اليومية أو الواجبات المدرسية .	٣١
يبدأ الأعمال ولا ينهيها .	٣٢
يفشل في تكملة العمل المدرسي أو الواجبات المدرسية .	٣٣
يقضى وقتاً طويلاً في أداء الواجب المدرسي .	٣٤

السلوك	م
يميل إلى الانحراف عن المسار الصحيح .	٣٥
اتجاهاته سلبية باستمرار .	٣٦
تصرفاته لا تتوافق مع عمره الزمني .	٣٧
يسئ إلى الآخرين لفظياً وجسدياً .	٣٨
يبدو عليه النسيان عند أداء الأنشطة والمهام .	٣٩
يتضايق من أقل شيء .	٤٠
يفقد الأشياء الضرورية لأداء الأنشطة أو المهام .	٤١
يؤدي بطريقة رديئة في حالة وجود ضغط عليه .	٤٢
يعانى من صعوبة في القراءة ما لم يكن مهتماً بالموضوع .	٤٣
يشعر بالتعب بسرعة .	٤٤
يفزع من أقل الأشياء .	٤٥
يشعر بارتياح عندما يتحرك .	٤٦
يعانى من تقلب المزاج .	٤٧
يرتكب أخطاء تدل على الإهمال .	٤٨
يتضايق بسهولة وينفعل من أدنى الأشياء .	٤٩
يتحدث بدرجة زائدة عن الحد ( ثرثار ) .	٥٠
يتململ حتى عندما يكون جالساً بهدوء .	٥١
يصعب عليه الانتظار حتى يأتي دوره .	٥٢



السلوك	م
يجد صعوبة في تنظيم المهام التي يقوم بها .	٥٣
يشعر أن ذهنه فارغاً أو خاوياً أثناء تأدية الاختبارات .	٥٤
لا يستطيع تحمل المواقف الصعبة .	٥٥
يتحدث بصوت عالٍ دون مراعاة النظام .	٥٦
يخرج على النظام .	٥٧
يتطفل على الآخرين .	٥٨
يقاطع الآخرين أثناء المحادثات .	٥٩
يفشل في اتباع قواعد اللعب .	٦٠
يبدو ضيق الصدر ولا يحتمل الآخرين .	٦١
أداؤه الدراسي منخفض .	٦٢
يجد صعوبة في البقاء جالساً حتى ينتهي من تناول طعامه .	٦٣
يصعب عليه تعلم أشياء جديدة .	٦٤
يفقد أدواته الشخصية من كتب وأقلام ... الخ .	٦٥
يصعب عليه البدء في تنفيذ الأعمال والواجبات .	٦٦

ورقة الإجابة

درجة حدوث السلوك				م	درجة حدوث السلوك				م
دائماً	كثيراً	أحياناً	أبداً		دائماً	كثيراً	أحياناً	أبداً	
.....	.....	.....	.....	٢٠	.....	.....	.....	.....	١
.....	.....	.....	.....	٢١	.....	.....	.....	.....	٢
.....	.....	.....	.....	٢٢	.....	.....	.....	.....	٣
.....	.....	.....	.....	٢٣	.....	.....	.....	.....	٤
.....	.....	.....	.....	٢٤	.....	.....	.....	.....	٥
.....	.....	.....	.....	٢٥	.....	.....	.....	.....	٦
.....	.....	.....	.....	٢٦	.....	.....	.....	.....	٧
.....	.....	.....	.....	٢٧	.....	.....	.....	.....	٨
.....	.....	.....	.....	٢٨	.....	.....	.....	.....	٩
.....	.....	.....	.....	٢٩	.....	.....	.....	.....	١٠
.....	.....	.....	.....	٣٠	.....	.....	.....	.....	١١
.....	.....	.....	.....	٣١	.....	.....	.....	.....	١٢
.....	.....	.....	.....	٣٢	.....	.....	.....	.....	١٣
.....	.....	.....	.....	٣٣	.....	.....	.....	.....	١٤
.....	.....	.....	.....	٣٤	.....	.....	.....	.....	١٥
.....	.....	.....	.....	٣٥	.....	.....	.....	.....	١٦
.....	.....	.....	.....	٣٦	.....	.....	.....	.....	١٧
.....	.....	.....	.....	٣٧	.....	.....	.....	.....	١٨
.....	.....	.....	.....	٣٨	.....	.....	.....	.....	١٩

درجة حدوث السلوك				م	درجة حدوث السلوك				م
دائماً	كثيراً	أحياناً	أبداً		دائماً	كثيراً	أحياناً	أبداً	
.....	.....	.....	.....	٥٣	.....	.....	.....	.....	٣٩
.....	.....	.....	.....	٥٤	.....	.....	.....	.....	٤٠
.....	.....	.....	.....	٥٥	.....	.....	.....	.....	٤١
.....	.....	.....	.....	٥٦	.....	.....	.....	.....	٤٢
.....	.....	.....	.....	٥٧	.....	.....	.....	.....	٤٣
.....	.....	.....	.....	٥٨	.....	.....	.....	.....	٤٤
.....	.....	.....	.....	٥٩	.....	.....	.....	.....	٤٥
.....	.....	.....	.....	٦٠	.....	.....	.....	.....	٤٦
.....	.....	.....	.....	٦١	.....	.....	.....	.....	٤٧
.....	.....	.....	.....	٦٢	.....	.....	.....	.....	٤٨
.....	.....	.....	.....	٦٣	.....	.....	.....	.....	٤٩
.....	.....	.....	.....	٦٤	.....	.....	.....	.....	٥٠
.....	.....	.....	.....	٦٥	.....	.....	.....	.....	٥١
.....	.....	.....	.....	٦٦	.....	.....	.....	.....	٥٢

استبيان التحقق من وجود أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب  
بالنشاط الزائد لدى المراهقين والراشدين

إعداد : جاسبر وجولدبيرج Jasper & Goldberg

تعريب المؤلف

أعد هذا الاستبيان لارى جاسبر وإيفان جولدبيرج & Jasper  
Goldberg لمساعدة الكلينيكى أو الأخصائى النفسى لكى يقرر أو يحدد ما إذا  
كان الفرد يحتاج إلى أن يذهب لمتخصص فى الصحة النفسية للتشخيص  
والعلاج من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ويفيد هذا  
الاستبيان فى تشخيص الاضطراب لدى المراهقين والراشدين .  
بيانات أولية :

الاسم : ..... الجنس ( ذكر / أنثى ) .  
تاريخ التشخيص الأولى : .....  
تاريخ الميلاد : .....  
بيانات أخرى : .....

تعليمات :

فيما يلى مجموعة من الفقرات التى تشير إلى معرفة كيف كان سلوكك  
وشعورك فى مواقف الحياة المختلفة ، المرجو منك توضيح مدى انطباق كل  
عبارة من هذه العبارات على حالتك العامة فى الفترة الأخيرة وذلك بوضع  
علامة ( ✓ ) بجوار الاختيار الذى ينطبق عليك .

لاحظ أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة والإجابة تعد  
صحيحة - فقط - طالما تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذى تحمله  
العبارة .

وشكراً على تعاونك

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

- ١- ذهني يتشتت وأسرح أثناء تأدية المهام التي أكلف بها سواء في البيت أو المدرسة أو العمل .
- أ - إطلاقاً .
- ب - قليلاً .
- ج- إلى حد ما .
- د- بطريقة متوسطة أو معتدلة .
- هـ- إلى حد كبير .
- و- كثيراً جداً .

- ٢- أجد صعوبة في قراءة المواد المكتوبة ما لم تكن هذه المواد شيقة .
- أ - إطلاقاً .
- ب - قليلاً .
- ج- إلى حد ما .
- د- بطريقة متوسطة أو معتدلة .
- هـ- إلى حد كبير .
- و- كثيراً جداً .

- ٣- عندما أكون وسط مجموعة من الأفراد أجد صعوبة في التركيز على كل ما يقال من حوارات .
- أ - إطلاقاً .
- ب - قليلاً .
- ج- إلى حد ما .
- د- بطريقة متوسطة أو معتدلة .
- هـ- إلى حد كبير .
- و- كثيراً جداً .

٤- طبعى حاد وأغضب بسرعة .

أ - إطلاقاً .

ب - قليلاً .

ج- إلى حد ما .

د- بطريقة متوسطة أو معتدلة .

هـ- إلى حد كبير .

و- كثيراً جداً .

٥- أثار وأغضب لأتفه الأسباب .

أ - إطلاقاً .

ب - قليلاً .

ج- إلى حد ما .

د- بطريقة متوسطة أو معتدلة .

هـ- إلى حد كبير .

و- كثيراً جداً .

٦- أقول أشياء بدون تفكير وبعد ذلك أشعر بالندم .

أ - إطلاقاً .

ب - قليلاً .

ج- إلى حد ما .

د- بطريقة متوسطة أو معتدلة .

هـ- إلى حد كبير .

و- كثيراً جداً .

٧- أتخذ قرارات سريعة دون تفكير كافٍ فى النتائج السيئة الممكنة .

أ - إطلاقاً .

ب - قليلاً .

ج - إلى حد ما .

د - بطريقة متوسطة أو معتدلة .

هـ - إلى حد كبير .

و - كثيراً جداً .

٨ - علاقاتي بالآخرين سيئة لأنني أميل إلى التحدث أولاً ثم التفكير فيما بعد .

أ - إطلاقاً .

ب - قليلاً .

ج - إلى حد ما .

د - بطريقة متوسطة أو معتدلة .

هـ - إلى حد كبير .

و - كثيراً جداً .

٩ - حالتي النفسية ليست على وتيرة واحدة .

أ - إطلاقاً .

ب - قليلاً .

ج - إلى حد ما .

د - بطريقة متوسطة أو معتدلة .

هـ - إلى حد كبير .

و - كثيراً جداً .

١٠ - أجد صعوبة في التخطيط عند أدائي لسلسلة من المهام أو الأنشطة .

أ - إطلاقاً .

ب - قليلاً .

ج - إلى حد ما .

- د- بطريقة متوسطة أو معتدلة .  
هـ- إلى حد كبير .  
و- كثيراً جداً .

١١- أتضايق بسهولة .

- أ - إطلاقاً .  
ب - قليلاً .  
ج- إلى حد ما .  
د- بطريقة متوسطة أو معتدلة .  
هـ- إلى حد كبير .  
و- كثيراً جداً .

١٢- أنا شخص حساس فكثير من الأشياء تضايقتني وتسبب لي الكدر .

- أ - إطلاقاً .  
ب - قليلاً .  
ج- إلى حد ما .  
د- بطريقة متوسطة أو معتدلة .  
هـ- إلى حد كبير .  
و- كثيراً جداً .

١٣- أكون متسرعاً في أغلب الأحيان .

- أ - إطلاقاً .  
ب - قليلاً .  
ج- إلى حد ما .  
د- بطريقة متوسطة أو معتدلة .  
هـ- إلى حد كبير .  
و- كثيراً جداً .



١٤- أشعر براحة كبيرة عندما أتحرك .

أ - إطلاقاً .

ب - قليلاً .

ج- إلى حد ما .

د- بطريقة متوسطة أو معتدلة .

هـ - إلى حد كبير .

و- كثيراً جداً .

١٥- أبدأ الإجابة على السؤال قبل أن يتم الانتهاء من طرح بقية السؤال .

أ - إطلاقاً .

ب - قليلاً .

ج- إلى حد ما .

د- بطريقة متوسطة أو معتدلة .

هـ - إلى حد كبير .

و- كثيراً جداً .

١٦- عادة أعمل في أكثر من عمل في وقت واحد ، وأفضل في الانتهاء من

الكثير من هذه الأعمال .

أ - إطلاقاً .

ب - قليلاً .

ج- إلى حد ما .

د- بطريقة متوسطة أو معتدلة .

هـ - إلى حد كبير .

و- كثيراً جداً .

١٧- توجد موضوعات وأشياء كثيرة في رأسى .

أ - إطلاقاً .

ب - قليلاً .

ج- إلى حد ما .

د- بطريقة متوسطة أو معتدلة .

هـ - إلى حد كبير .

و- كثيراً جداً .

١٨- حتى عندما أكون جالساً بهدوء فإننى عادة أحرك رأسى أو قدمائى .

أ - إطلاقاً .

ب - قليلاً .

ج- إلى حد ما .

د- بطريقة متوسطة أو معتدلة .

هـ - إلى حد كبير .

و- كثيراً جداً .

١٩- يصعب علىّ أن أنتظر دورى أثناء أداء الأنشطة الجماعية .

أ - إطلاقاً .

ب - قليلاً .

ج- إلى حد ما .

د- بطريقة متوسطة أو معتدلة .

هـ - إلى حد كبير .

و- كثيراً جداً .

٢٠- ذهني مشوشاً جداً لدرجة أنه من الصعب أن يعمل أو يؤدي وظيفته .

أ - إطلاقاً .

ب - قليلاً .

ج- إلى حد ما .

د- بطريقة متوسطة أو معتدلة .

هـ - إلى حد كبير .

و- كثيراً جداً .

٢١- تقفز الأفكار من ذهني بطريقة سريعة لا أستطيع التحكم فيها .

أ - إطلاقاً .

ب - قليلاً .

ج- إلى حد ما .

د- بطريقة متوسطة أو معتدلة .

هـ - إلى حد كبير .

و- كثيراً جداً .

٢٢- أشعر أن مخي كما لو كان تليفزيون تعمل كل قنواته في وقت واحد .

أ - إطلاقاً .

ب - قليلاً .

ج- إلى حد ما .

د- بطريقة متوسطة أو معتدلة .

هـ - إلى حد كبير .

و- كثيراً جداً .

٢٣- لا أستطيع أن أتوقف عن أحلام اليقظة .

أ - إطلاقاً .

ب - قليلاً .

ج- إلى حد ما .

د- بطريقة متوسطة أو معتدلة .

هـ - إلى حد كبير .

و- كثيراً جداً .

٢٤- أشعر بالكرب نتيجة للطريقة المشوشة أو غير المنظمة التي يعمل بها

مخى .

أ - إطلاقاً .

ب - قليلاً .

ج- إلى حد ما .

د- بطريقة متوسطة أو معتدلة .

هـ - إلى حد كبير .

و- كثيراً جداً .

القائمة العامة لمراجعة الأعراض المرضية للكبار

الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه

**General Adult ADD Symptom Checklist**

أعد هذه القائمة دانييل أمين Daniel Amen وقام المؤلف

بتعريبها ، وتحتوى على مجموعة من الفقرات التي تهدف إلى

مساعدة الأخصائي النفسى أو الشخص الذى يقوم بالتقدير فى التعرف

على ما إذا كان الشخص الذى يقوم بتقديره يعانى من اضطراب

نقص الانتباه ، ويوجد أمام كل عبارة خمسة اختيارات أبداً ، نادراً ، بين الحين والآخر ، بطريقة متكررة ، بطريقة متكررة جداً ، وعند التصحيح تأخذ التقديرات التالية على التوالي صفر ، ١ ، ٢ ، ٣ ، ٤ والدرجة المرتفعة على القائمة تشير إلى أن الفرد يعاني من اضطراب نقص الانتباه والعكس صحيح ، وفيما يلي عرض بنود هذه القائمة .

### التاريخ الماضي :

- ١- تاريخ الأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه مثل : شروود الذهن أو التشتت ، والمدى القصير للانتباه ، والاندفاعية ، والتأمل ، والقلق .
- ٢- التاريخ المتعلق بعدم القدرة على التحصيل في المدرسة ( بطاقات التقدير المدرسية يوجد بها تعليقات تفيد في هذا الغرض ) .
- ٣- تاريخ يتعلق بوجود مشكلات سلوكية متكررة في المدرسة ( عند الذكور غالباً ) .
- ٤- تاريخ يدل على التبول في الفراش قبل سن الخامسة .
- ٥- تاريخ أسرى يدل على وجود اضطراب الانتباه ، وصعوبات التعلم ، والاضطرابات المزاجية .

### المدى القصير للانتباه / شروود الذهن أو التشتت :

- ٦- مدى انتباهه قصير ما لم يكن مهتماً إلى حد كبير بعمل شيء ما .
- ٧- يشرذ ذهنه بسهولة ويميل إلى الحركة .
- ٨- يصعب عليه الانتباه للتفاصيل .
- ٩- يصعب عليه الاستماع بعناية للتعليمات أو الإرشادات .

- ١٠- يضع الأشياء في غير موقعها أو مكانها الصحيح .
- ١١- يترك بعض السطور أثناء القراءة أو يقرأ نهاية الصفحة أولاً ، ولديه صعوبة في السير بانتظام أثناء القراءة .
- ١٢- يصعب عليه تعلم أشياء جديدة ؛ لأنه لا يركز أثناء إعطاء التعليمات أو الإرشادات .
- ١٣- يتشتت ذهنه بسهولة أثناء أداء المهام المكلف بها .
- ١٤- يمتلك مهارات استماع رديئة .
- ١٥- يميل إلى الضجر بسهولة ( لا ينسجم دائماً ) .

#### القلق أو التملل :

- ١٦- قلق ومضطرب ويحرك رجليه باستمرار .
- ١٧- يجب أن يتحرك ليفكر .
- ١٨- يصعب عليه الجلوس ساكناً في مكان ما لفترة طويلة .
- ١٩- يشعر دائماً بالقلق والعصبية .

#### الاندفاعية :

- ٢٠- يندفع في الكلام والأفعال .
- ٢١- يقول ما يطرأ على ذهنه دون تفكير في التأثير الذي يحدثه ذلك .
- ٢٢- يصعب عليه اتباع الإجراءات المنظمة .
- ٢٣- أسير اللحظة التي يعيش فيها .
- ٢٤- يرتكب مخالفات مرورية باستمرار .
- ٢٥- يميل إلى إحراج الآخرين .

- ٢٦- متسرع في استجابته ويتفاعل مع الأمور فوراً وبدون تفكير .
- ٢٧- غير صبور مع تحمل ضئيل للإحباط .
- ٢٨- يكذب أو يسرق دون تردد .

### التنظيم السيئ أو الرديئ :

- ٢٩- يصعب عليه الاستمرار في العمل المنظم .
- ٣٠- يتأخر في أغلب الأوقات أو يكون في عجلة من أمره .
- ٣١- يمتلك مجموعة كبيرة من المواد ( أكوام من الأشياء ) .
- ٣٢- يفرع بسهولة من المهام الخاصة بالحياة اليومية .
- ٣٣- إدارة مالية سيئة ( تأخر في دفع الفواتير ، إنفاق سيئ للمال .. الخ ) .
- ٣٤- ينجح في التنظيم إذا وجد أفراد يساعدونه على ذلك .

### مشكلات تتعلق بالبدء في أداء المهام والاستمرار فيها :

- ٣٥- يصعب عليه البدء في تنفيذ الأعمال أو الواجبات .
- ٣٦- يبدأ في تنفيذ المشروعات ولا ينتهي منها ( مواصلة رديئة للعمل ) .
- ٣٧- بداياته حماسية ، ولكن النهايات رديئة .
- ٣٨- يقضى وقت طويل جداً في العمل وذلك بسبب عدم الكفاءة أو عدم الفاعلية .

- ٣٩- أداؤه غير متسق .

### المشاعر الداخلية السلبية :

- ٤٠- يعاني من إحساس مزمن بعدم القدرة على التحصيل .
- ٤١- يعاني من إحساس مزمن بتدني تقدير الذات .

- ٤٢- يعاني من إحساس مزمن بأن الآخرة ( القيامة ) على وشك الحدوث .
- ٤٣- يعاني من تقلب الحالة المزاجية .
- ٤٤- يعاني من الشعور بالسلبية .
- ٤٥- يعاني من الشعور بهبوط العزيمة .

#### اضطراب العلاقات الاجتماعية :

- ٤٦- يصعب عليه الاستمرار في العلاقات الحميمة .
- ٤٧- يصعب عليه إقامة علاقات توادية ناجحة .
- ٤٨- يشعر بأنه أقل نضجاً .
- ٤٩- متمركز حول ذاته .
- ٥٠- ينظر إلى احتياجات الآخرين على أنها غير مهمة .
- ٥١- يوجه دائماً الألفاظ البذيئة للآخرين .
- ٥٢- ينفجر في نوبات هستيرية .
- ٥٣- يتجنب الأنشطة الجماعية .
- ٥٤- يثير المشكلات مع أهل السلطة أو ولى الأمر .

#### الطبع الحاد :

- ٥٥- يتسم طبعه بردود الفعل السريعة واحتقار وإهانة الآخرين .
- ٥٦- يسهل استثارته .

#### البحث المتكرر عن الإثارة :

- ٥٧- يبحث باستمرار بين الحين والآخر عن الإثارة العالية كالقفز والاشتراك في سباقات الجري ، والأعمال التي تحدث توتراً



عالياً... الخ .

٥٨- يبحث باستمرار عن الصراع والمجادلة .

٥٩- يثير الخلافات الشخصية بغرض التسلية .

الميل إلى تشويش الأفكار أو السلوكيات :

٦٠- يقلق بدون داعي .

٦١- يدمن الطعام والشراب ... الخ

تحويل / تبديل الأرقام والحروف والكلمات :

٦٢- يحور الكلمات في المحادثات .

٦٣- تبديل الأرقام والحروف والكلمات .

٦٤- يجد صعوبة في تدفق المعلومات من المخ إلى القلم .

٦٥- خط رديء مع تفكك الحروف .

٦٦- يجد صعوبة في التنسيق .

كلما حاول جاهداً كلما كان أسوأ :

٦٧- يكون أداؤه أسوأ ما يمكن تحت الضغط النفسي .

٦٨- يصبح ذهنه خاوياً أثناء تأدية الامتحان .

٦٩- يحصل على نتائج أسوأ كلما حاول أكثر .

٧٠- يتدهور تحصيله الدراسي نتيجة للضغط النفسي .

٧١- يرتبك عندما تطرح عليه أسئلة في المواقف الجماعية .

٧٢- يشعر بالتعب أو النعاس أثناء القراءة .

## صعوبات تتعلق بالنوم والاستيقاظ :

- ٧٣ - يجد صعوبة في الدخول في النوم أثناء الليل .
- ٧٤ - يجد صعوبة في الاستيقاظ من النوم .
- ٧٥ - يشعر بالتعب في أول النهار أو بعد الاستيقاظ من النوم .
- ٧٦ - يشعر بالتعب والخمول أثناء النهار .

## الحساسية للضوء أو اللمس :

- ٧٧ - يفرع بسهولة ( الصوت الضعيف يزعج والحركة البسيطة تثير ) .
- ٧٨ - يشعر بحساسية للضوضاء والضوء .

ونظراً لأن المعلمين يلعبون دوراً رئيسياً في تحديد اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فهم في حاجة إلى أن يكونوا على علم ودراية واسعة بالاضطراب ، ومع ذلك فالدراسات السابقة التي أجريت في هذا الصدد أوضحت أن بعض معلمى التربية الخاصة تلقوا تدريباً بسيطاً بخصوص الاضطراب وكيفية علاجه والبعض الآخر لم يتلق أى تدريب خاص بالاضطراب أو الموضوعات المتعلقة بالعلاج بالأدوية المنبهة ( كاستيرن وآخرون . Kastern et al. ، ١٩٩٢ ؛ ريد وآخرون Reid et al. ، ١٩٩٤ ) ، والدراسات التي أجريت في الآونة الأخيرة أوضحت أن الحالة مازالت على ما هي عليه فنذكر بيكولو - تورسكى وويشويل ( Piccolo - Torsky & Waishwell ) ( ١٩٩٨ ) أن تدريب المعلمين قبل الخدمة بهدف التعرف على وتشخيص الاضطراب كان محدود جداً ، ولقد ذكر معلمو التربية الخاصة ، ومعلمو التعليم العام أنهم بحاجة إلى مزيد من المعلومات عن الاضطراب وعن استخدام الأدوية المنبهة .

وأوضحت نتائج دراسة سنيدر وآخرون Snider et al. ( ٢٠٠٣ ) التي تم إجراؤها على عينة من معلمى التعليم العام والتعليم الخاص بهدف تقييم معرفتهم بتشخيص اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وكيفية علاجه بالأدوية المنبهة أن معرفة المعلمين بالاضطراب كانت محدودة إلا أنهم اتفقوا على أن الأدوية المنبهة ساعدت التلاميذ الذين تم تشخيصهم على أنهم يعانون من الاضطراب على أن يسلكوا أو يتصرفوا بطريقة أفضل فى حجرة الدراسة ، وساعدتهم على إنجازهم لواجباتهم ، وتحسين علاقاتهم مع معلميهم ورفاقهم ، وكذلك تحسين الانتباه فى المدرسة ، وتحقيق مزيد من التعلم ، واتفقوا أيضاً على أنهم يحتاجون إلى المزيد من المعلومات عن الأدوية المنبهة وآثارها الجانبية ، كذلك أظهرت نتائج هذه الدراسة أن آراء المعلمين بشأن تأثير الأدوية المنبهة على السلوكيات المتعلقة بالمدرسة موجبة بوجه عام على الرغم من أن معلمى التربية الخاصة كانوا أكثر إيجابية من معلمى التعليم العام .

وعلى الرغم من نتائج البحث السابق ، واتفق التلاميذ الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بأن الأدوية المنبهة ساعدتهم على الأداء بدرجة أفضل فى الاختبارات ، وفى عمل الواجبات المنزلية بعد المدرسة إلا أن سنيدر وآخرون Snider et al. ( ٢٠٠٣ ) يرون أن الأدوية المنبهة ليس لها فوائد طويلة الأمد يمكن قياسها بخصوص التحصيل الأكاديمي ، فعلى الرغم من أنها تحسن بالفعل سلوكيات المذاكرة وأداء الاختبارات إلا أن التحسن فى هذه النواحي يعتبر غير كافياً بأن يترجم إلى فوائد أو مكاسب أكاديمية على المدى الطويل .

## بناء البيئة المناسبة للتعلم :

فيما يلي مجموعة من النقاط الأساسية التي يجب على المعلم أن يضعها في الاعتبار عند التعامل مع التلاميذ الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

١- اسمح للتلاميذ الذين يعانون من الاضطراب بالجلوس بالقرب من مكتبك في الفصل ، ويجب أن يكون ذلك في إطار أو كجزء من طريقة تنظيم المقاعد داخل الفصل .

٢- ضع هؤلاء التلاميذ في مقدمة الفصل ، وظهورهم تجاه بقية زملائهم في الفصل حتى لا تجعل التلاميذ الآخرين يرونهم فذلك يقلل من تشتتهم إلى حد ما .

٣- أحط هؤلاء التلاميذ بتلاميذ آخرين يقدمون نماذج جيدة للعب الأدوار .

٤- شجع التعلم عن طريق الرفاق أو ما يسمى بالتعلم التعاوني .

٥- قلل قدر المستطاع من المثيرات المشتتة داخل الفصل الدراسي ، وحاول ألا تضع التلاميذ الذين يعانون من الاضطراب بالقرب من جهاز التكييف أو المناطق التي بها حركة كثيرة في الصف كالأبواب أو النوافذ .

٦- نظراً لأن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب لا يتجاوبون جيداً مع التغيير لأن أي تغيير يساعد على تشتتهم ؛ لذا تجنب هذه التغييرات وراقبهم جيداً وأجذب انتباههم بطريقة مشوقة باستمرار .

٧- كن مبدعاً وأوجد مكاناً للدراسة خالٍ من المثيرات واسمح لجميع التلاميذ بالدخول في هذه المنطقة أو هذا المكان حتى لا يشعر التلاميذ الذين يعانون من الاضطراب بأنهم مختلفين عن التلاميذ الآخرين أو أن هناك شيء ما .

٨- شجع الوالدين على أن يخصصوا لأولادهم مكاناً ملائماً للمذاكرة في البيت خالٍ من المثيرات المشتتة ، وأن يحددوا لهم نظام معين للمذاكرة ، وأن يراجعوا معهم دروسهم ، وينبغي على المعلم مساعدة الوالدين في تنفيذ ذلك من خلال :

- أ- قيامه بالتوقيع بصفة مستمرة ويومياً على دفتر الواجبات للتأكد من استكمال الواجبات المنزلية ، وينبغي على الوالدين أن يوقعوا أيضاً .
- ب- استخدام هذا الدفتر للاتصال بالوالدين والتحدث معهم .

### إعطاء الواجبات :

- ١- أعط واجب واحد فقط في اليوم .
- ٢- قم بالإشراف ومتابعة الواجبات باستمرار .
- ٣- قم بتعديل الواجبات إذا دعت الحاجة إلى ذلك ، وناقش الأمر مع العاملين في مجال التربية الخاصة لتحديد نواحي القوة والضعف عند كل تلميذ .
- ٤- قم بتطوير برنامج تعليمي يتناسب مع كل فرد ، ويؤكد على الجانب الفردي .
- ٥- تأكد من أنك تختبر المعرفة ولا تختبر مدى الانتباه .
- ٦- أعط وقتاً إضافياً للواجبات أو المهام ، فالتلاميذ الذين يعانون من الاضطراب يعملون بطريقة بطيئة ، ولا تعاقبهم لاحتياجهم لوقت إضافي .
- ٧- تذكر دائماً أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يشعرون بالإحباط بسهولة فالتوتر والضغط والتعب والإرهاق يمكن أن يؤثر بطريقة سلبية جداً على ضبط الذات لديهم ويؤدي إلى سلوكهم السيئ أو الرديء .

# الفصل الخامس العلاج الدوائي

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

مقدمة :

على الرغم من أن مجموعة الأعراض المرضية المميزة لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تم وصفها لأول مرة منذ أكثر من مائة عام مضت فإن الاختلافات مازالت تدور حول أكثر الطرق فاعلية في العلاج ولاسيما العلاجات الخاصة باستخدام العقاقير أو الأدوية المهدئة .

واستخدم الكلينيكيون والباحثون لسنوات طويلة الأدوية في علاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وعلى الرغم من أن الميكانيزمات أو الأنظمة التي تحدد العمل العلاجي غير واضحة فإن نتائج البحوث أوضحت أن المنبهات ومضادات الاكتئاب لهما دور في المساعدة على تقليل أو خفض الأعراض المرضية للاضطراب ، ولقد بينت العديد من الدراسات أن الأدوية المنبهة مؤثرة وفعالة بدرجة عالية في السيطرة على الأعراض المرضية للاضطراب ، وذلك لدى نسبة عالية من الأفراد الذين تناولوا هذه الأدوية ، وطبقاً لبعض التقديرات فإن نسبة تتراوح من ٨٠ % : ٩٠ % يستجيبون للعلاج الدوائي بدرجة مشجعة أو مرضية ( رابابورت وآخرون Rapaport et al. ، ١٩٩٤ ) ، وتوضح هذه الاستجابة في تحسن الأعراض المرضية الأساسية المصاحبة للاضطراب ، وهذه الأدوية تؤدي إلى الامتثال المتزايد لدى الطفل ، كما أنها تقلل من السلوك العدواني ، وعلى الرغم من أن هناك آثار جانبية يمكن أن تنشأ من استخدام هذه الأدوية ( على سبيل المثال فقدان الشهية ، والأرق ) إلا أن هذه الآثار الجانبية تتجه إلى أن تكون معتدلة في طبيعتها ومعظم الأطفال يتحملونها بدون صعوبة كبيرة حتى لو تم تعاطيها لفترة ممتدة من الوقت ( باركلي Barkley ، ١٩٩٠ ) .

## العلاج الدوائى :

يعتبر العلاج الدوائى أحد طرق العلاج الأكثر استخداماً لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ومن الغريب أن الأدوية التى تساعده الأطفال على الهدوء هى الأدوية المنبهة ، وهذا الاكتشاف تم التوصل إليه بالصدفة عندما تم وصف دواء البنزدرين Benzedrine وهو دواء منبه لعلاج الصداع الذى يعانى منه الأطفال الذين لديهم مشكلات تتعلق بالسلوك ، وأكثر الأدوية انتشاراً لعلاج الاضطراب هى الأدوية المنبهة التى تشمل الميثيل فينيديت Methylphenidate ( المعروف تجارياً باسم الريتالين Ritalin ) ، والديكسترو أمفيتامين Dextroamphetamine ( المعروف تجارياً باسم الديكسدرين Dexedrine ) والبيمولين Pemoline ( المعروف تجارياً باسم سلرت Cylert ) ومن بين هذه الأدوية يعتبر الريتالين هو الدواء الذى يتم اختياره غالباً لأنه يعمل بسرعة ، وتظهر فاعليته على السلوك فى خلال مدة تتراوح من ٣٠ - ٤٥ دقيقة بعد تناوله عن طريق الفم ، ويصل تأثيره العلاجى إلى ذروته خلال فترة تتراوح من ساعتين إلى أربع ساعات ، وتبقى كميات ضئيلة منه فى الدم لمدة تصل إلى ٢٤ ساعة ، وهذا الدواء متوافر على شكل أقراص بجرعات ٥ مليجرام أو ١٠ مليجرام أو ١٥ مليجرام ، ويتم وصفه بحيث يتم تناوله بجرعات تؤخذ مرتين فى اليوم ، وتبدأ الجرعة الصباحية بـ ٥ مليجرام فى اليوم وتزيد بمعدل ٠,٣ - ٠,٧ مليجرام لكل كيلوجرام من وزن المريض لتصل الجرعة النهائية إلى ٦٠ مليجرام فى اليوم ، وأوضحت نتائج البحوث الحديثة أن إضافة جرعة ثالثة يمكن تحملها بدرجة معقولة من جانب معظم الأطفال ، ويوجد من هذا الدواء الآن كبسولات تحتوى على ٢٠ مليجرام ، والكثير من الأطفال يتناول هذه الأدوية فى أيام الدراسة فقط ، ويمكن استخدامها أيضاً فى عطلة نهاية



الأسبوع ، وأثناء العطلات الدراسية ولاسيما في الحالات التي تكون فيها الأعراض المرضية للاضطراب شديدة وتؤثر على الأداء الوظيفي في المنزل ، ويعتبر الميثيل فينيديت Methylphenidate الدواء المنبه الأكثر شيوعاً لعلاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وهذا الدواء يؤدي إلى تحسن مستوى الانتباه لدى الأطفال المصابين بالاضطراب كما أنه يقلل من شرود الذهن ، والانففاعية ، والنشاط الزائد ، والقدرة على العمل ، وتحسين الأداء داخل الفصل الدراسي .

وفي دراسة مسحية أجراها رونهم وآخرون Runnheim et al. ( ١٩٩٦ ) وجد أن ٤٠ % من أطفال المدرسة الإعدادية ، ١٥ % من أطفال المدرسة الثانوية الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تم علاجهم باستخدام الميثيل فينيديت وهذا العقار له تأثير مهدئ قوي ؛ حيث قلل من فرط النشاط لدى الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد ، كما قلل من التشتت أو شرود الذهن ، وفي نفس الوقت زاد من فترة انتباههم وقدرتهم على التركيز ، ونتيجة لذلك كانوا في أغلب الأوقات قادرين على الأداء بصورة أفضل ( برينا Perina ، ٢٠٠٢ ) .

وقد أشاعت الدعاية المضادة لهذا العقار أنه يسبب تلفاً في الدماغ ، وارتفاعاً في ضغط الدم ، ويؤدي إلى تشتت وارتباك ، وإلى اضطرابات انفعالية ، وصرع ، وتوتر ، واكتئاب ، وقد يؤدي إلى الانتحار ، وأدت هذه الشائعات إلى انتشار الذعر في بداية الأمر بين أولياء أمور الأطفال الذين يتعاطون هذا العقار ، إلا أن التقارير الطبية عن نتائج البحوث حول هذا العقار أفادت بأنه مأمون الجانب ، وأن ما أشيع عن مضاره لا صحة له ، وقد زاد من ثقة أولياء الأمور بهذه التقارير الطبية ما أكده المدرسون

والأخصائيون النفسيون من نتائج مبهرة لهذا العقار خاصة فيما يتعلق بالتعامل مع المشكلات السلوكية داخل الفصل ( كمال سيسالم ، ٢٠٠١ ) .

كما توصل فافا Fava ( ١٩٩٧ ) إلى أن الميثيل فينيديت يخفض العدوانية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وبصفة عامة فإن الكثير من الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يكون أدأؤهم وتقدمهم معقولاً أو طبيعياً عندما يستخدمون هذا العقار ، كما وجد أن هذا العقار لا يؤثر على نسب ذكائهم ، ويساعدهم على أن يستخدموا قدراتهم الأساسية بطريقة أكثر فاعلية .

ووفقاً لنتائج العديد من الدراسات فإن الأدوية المنبهة تفيد في العلاج القصير الأمد لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في مرحلة الطفولة ، ولكن بالنسبة للكبار الذين يعانون من الاضطراب فإنه يوجد عدد قليل من الدراسات التي أوضحت أن العلاج بالأدوية المنبهة يعطى نتائج جيدة ( ويندر وآخرون Wender et al. ، ١٩٨٣ ؛ سبنسر وآخرون Spencer et al. ، ١٩٩٥ ؛ هول وجوشي Hall & Gushee ، ٢٠٠٢ ) .

ويعتبر الميثيل فينيديت من أكثر الأدوية التي يتم التوصية بتناولها غالباً ، ويكون التحسن الكلينيكي فورياً ؛ حيث يظهر تأثير العلاج في خلال مدة تتراوح من ساعة إلى ساعتين ، ولكن استمرارية التأثير الدوائى قصيرة مما يتطلب تناول جرعات متعددة يومياً فيتم تناول الدواء مرتين في اليوم ، ولكن لتجنب الأرق لا يوصى باستخدامه في وقت متأخر من اليوم ، ويبدو أن الأدوية المنبهة لها تأثير كبير على النشاط الحركى والقلق وعدم الانتباه ، ويوصى غالباً بأنه قبل البدء في العلاج يجب علاج أى اضطرابات نفسية

مصاحبة كالاكتئاب الكلينيكي مثلاً ، ويعاد تقدير أو تقييم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بعد تحسن الحالة ، أما بالنسبة للأفراد الذين يسيئون استخدام المادة فإنه يجب تحويلهم للعلاج من هذه الحالة أولاً وذلك قبل العلاج بالأدوية المنبهة .

وطبقاً للبيانات الصادرة عن الهيئة الأمريكية للإشراف على الأدوية U.S. Drug Enforcement Agency ( ٢٠٠٢ ) هناك زيادة تقدر بنسبة ٩٠٠ % فى إنتاج الميثيل فينيديت فى الفترة من عام ١٩٩٠ حتى عام ٢٠٠١ وأنه تم استهلاك ٩٠ % من هذا العقار فى الولايات المتحدة الأمريكية فى علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، كما زاد إنتاج الأدوية الأخرى المستخدمة فى علاج الاضطراب ، وفى الفترة من عام ١٩٩٣ إلى عام ٢٠٠١ زاد إنتاج المنبهات النفسية مثل الديكس-تروأمفيتامين Dextroamphetamine ( الديكس-يرين Dexedrine ) ويلييه أديرال Adderall بنسبة وصلت إلى ٤٤ % ، وهذه الإحصائيات زادت من عملية الدعاية ، كما أوجدت الاهتمام وكذلك القلق بين الوالدين والمعلمين ، فالتشخيص المتزايد للاضطراب إلى جانب الزيادة الكبيرة فى إنتاج الأدوية المنبهة أدى إلى أن بعض الولايات الأمريكية أصدرت حلولاً سياسية فمجالس التعليم فى كل من ولاية تكساس Texas وولاية كولورادو Colorado استخدمت حلولاً غير ملزمة توصى بأنه يجب على المدارس أن تفكر فى حلول بديلة غير طبية مع الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية ومشكلات تتعلق بالانتباه ، والاهتمام أو القلق الذى يكمن وراء هذه الحلول هو أن

المعلمين كانوا متسرعين جداً في توجيه الأهل إلى أن يستخدموا هذه الأدوية لأطفالهم .

وتدخل الكونجرس في هذه العملية أيضاً ففي ٩ سبتمبر ٢٠٠٠ رفعت لجنة التعليم والعمالة بالكونجرس قضية واستمعت إلى أقوال الشهود بأن المدارس تجبر أولياء الأمور على أن يعطوا أدوية منبهة لأطفالهم ( ساسك Sack ، ٢٠٠٠ ) .

كما تتضمن المنبهات الشائعة الاستعمال أيضاً البيمولين Pemoline ( الذي يعرف تجارياً باسم سيلرت Cylert ، وديكسترو أمفيتامين Dextroamphetamine ) الذي يعرف تجارياً باسم ديكسدرين Dexedrine ) وتوثق الدراسات قصيرة المدى فاعلية هذان العقاران في تحسين سلوك التلميذ داخل الفصل الدراسي وزيادة فترة الانتباه ، والعلاقات بين شخصية ، أما في العدد القليل نسبياً من الدراسات طويلة المدى فلا يظهر أن لهما فاعلية جوهرية في تحسن الانتباه والعلاقات بين شخصية ( هوبز وآخرون Hupps et al. ، ٢٠٠٢ ) .

ويرى باركلي Barkley ( ١٩٩٦ ) أن الأدوية المنبهة تزيد من قدرة الطفل على التعلم ، وتخفض الاندفاعية والسلوك الفوضوي وتزيد من قدرته على التحكم في الحركة ، وتقلل من السلوك العدوانى ، كما أنها تحسن من علاقته بالآخرين وتزيد من ثقة الفرد بنفسه ، ويختلف عقار البيمولين Pemoline من الناحية الكيميائية عن عقار الريتالين Ritalin كما أن آثاره الجانبية أقل ويفيد في تحسين سلوك الطفل داخل الفصل الدراسي ؛ حيث يزيد من عمليات التشغيل

المعرفى Cognitive Processing بدون حدوث أية آثار جانبية (بيلهام وآخرون ، Pelham et al. ، ١٩٩٠ ) .

وبصفة عامة يمكن اعتبار البيمولين عقاراً آمناً بالنسبة للمراهقين والشباب الذين يعانون من الاضطراب ، ويمكن تعاطيه على المدى الطويل لزيادة الأداء دون حدوث آثار جانبية بشرط ألا يتجاوز الجرعة المحددة .

ويرى العديد من الباحثين أنه على الرغم من أن التأثير الدوائى القصير المدى للأدوية المنبهة على الأعراض المرضية للأطفال الذين يعانون من الاضطراب قد تم تحديده جيداً فإن آثارها أو نتائجها على المدى الطويل غير معروفة .

وأظهرت نتائج العديد من الدراسات أن الأدوية المنبهة تزيد من مدى الانتباه والقدرة الأكاديمية ، والعلاقات الاجتماعية بالإضافة إلى التحكم فى الاندفاع ، وطاعة من هم فى السلطة وذلك بنسبة تصل إلى ٧٥ % من الأطفال الذين يعانون من الاضطراب والذين يتلقون العلاج الدوائى ( بيلهام ، Pelham ، ١٩٩٣ ) ، وقد قوبلت هذه الأدوية باستحسان وحماس من جانب الوالدين ، وكذلك المعلمين الذين يقومون بالتدريس لهؤلاء الأطفال ، وأيضاً من جانب الكلينيين وذلك بسبب فاعليتها الظاهرة فى التحكم فى السلوك المضطرب .

كذلك أوضحت التقديرات وجود نسبة تقدر بـ ٢ % : ٣ % من الأطفال فى سن المدرسة يتناولون دواء واحد أو أكثر من الأدوية المنبهة ، وأن هناك نسبة تقدر بـ ١٥ % : ٢٠ % من الأطفال الذين يدرسون فى مدارس التربية الخاصة يأخذون عقار واحد أو أكثر بانتظام ( فورنيس

وكافال Forness & Kavale ، ١٩٨٨ ، باركلي Barkley ، ١٩٩٠ ، ) ومن المتوقع أن هذه الأعداد قد ازدادت نظراً لزيادة إنتاج الميثيل فينتيديت خلال العقد الماضي ( الهيئة الأمريكية للإشراف على الأدوية U.S. Drug Enforcement Agency ، ٢٠٠٢ ) .

وتجدر الإشارة إلى أنه لا يوجد من بين جميع الأدوية المنبهة ما يساعد على الشفاء التام من الاضطراب فهي جميعاً تساعد على تحسن الأداء الأكاديمي والاجتماعي داخل الفصل وفي المنزل ، وعلى المدى البعيد فإن ذلك سيؤدي إلى اكتساب المهارات اللازمة للنجاح في الحياة العملية ، ولقد أثبتت الدراسات العديدة التي أجريت على الأطفال الذين يعانون من الاضطراب الذين تم علاجهم باستخدام الأدوية المنبهة أنهم استطاعوا الانتهاء من الدراسة في المرحلة الثانوية مما أدى إلى انخفاض احتمالات الفشل في المستقبل ( كمال سيسالم ، ٢٠٠١ ) .

وعلى الرغم من أن استخدام الأدوية المنبهة في علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد له أوجه قصور متعددة وتحذيرات كثيرة سيتم مناقشتها فيما بعد إلا أن الكثير من الدراسات الحديثة أوضحت أن أكثر من ٩٠ % من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد استجابوا بطريقة مشجعة لدواء الريتالين Ritalin والديكسيدرلين Dexedrine وهذه الأدوية تجعل الأفراد الذين يعانون من الاضطراب أكثر انتباهاً ، وأقل اندفاعية ، وأقل اضطراباً بالإضافة إلى ذلك تتحسن قدراتهم الإنتاجية والأكاديمية ، كما يتفاعل الآباء والمعلمون مع هؤلاء الأطفال بطريقة أكثر إيجابية ، وفي بعض الحالات يكون التحسن من

جراء استخدام هذه الأدوية كبيراً ومؤثراً لدرجة أن الأطفال الصغار يصبحون قادرين على الاستمرار في الفصول العادية ولا يحتاجون إلى تعويلهم إلى فصول خاصة ، وعلى الرغم من الفوائد الكبيرة للعلاج بالأدوية المنبهة إلا أنها لا تعتبر علاجاً كاملاً للاضطراب فالدواء وحده لا يحسن المهارات الأكاديمية والاجتماعية ، وكذلك لا يحسن التحصيل الأكاديمي ، يضاف إلى ذلك أن الأدوية المنبهة الأكثر استخداماً هي أدوية قصيرة المفعول ويتم إعطاؤها بطريقة نموذجية مرتين في اليوم ويتلاشى تأثيرها تماماً عندما يعود الطفل إلى البيت بعد انتهاء اليوم الدراسي ، وبالتالي يضطر الوالدان إلى التعامل مع مشكلات التصرف مع الطفل في البيت ، كما أن السبب الرئيسي والمهم من مخاوف هذه الأدوية يتعلق بعدم وجود نتائج طويلة الأجل ، وتوقف التغيرات الإيجابية المصاحبة للعلاج عند التوقف عن استخدام الدواء .

ويرى عدد كبير من الباحثين أن نتائج الدراسات الخاصة بالمتابعة أظهرت أن الأطفال الذين تم علاجهم باستخدام الأدوية المنبهة يستمر لديهم مشكلات دالة تتعلق بالأداء الأكاديمي إلى جانب المشاكل الاجتماعية والعاطفية التي تمتد إلى مرحلة المراهقة وكذلك مرحلة الرشد المبكر (مانيوزا وآخرون ، Mannuzza et al. ، ١٩٩١ ؛ بريجز - جوان وآخرون ، Briggs - Gowan et al. ، ٢٠٠٠ ) .

ومن العقاقير التي تستخدم أيضاً في علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مضادات الاكتئاب Antidepressants مثل الإميبيرامين Imipramine ، وديسبرامين Desipramine ، ونورتريبتلين Nortriptyline ، وأميتريبتلين Amitriptyline ، وكلولميبرامين

Clomipramine ، وبيوبروبيون Bupropion ، ويتم استخدام هذه الأدوية في المواقع التي تظهر فيها آثار جانبية متزايدة للمنبهات أو في المواقع التي يكون فيها اضطراب الحالة المزاجية مصاحباً للأعراض المرضية للاضطراب ، وتأثير هذه الأدوية يفوق تأثير المنبهات ، لأن تأثيرها يظل ثابتاً حتى المساء ، وهي تزيد من إفراز كل ناقلات الأمين الحيوى بما فيها الدوبامين Dopamine ونورإبينفرين Norepinephrine والسيروتونين Serotonin ، ويعتبر الإمبيرامين Imipramine من أكثر الأدوية استخداماً لعلاج الاضطراب فهو ذو مفعول طويل مقارنة بالأدوية الأخرى إذ يتراوح مفعوله من ١٠ - ٢٠ ساعة ، ويمكن أن يعطى مرة واحدة في اليوم وفي المساء ، وعلى الرغم من أن تناول الجرعة خلال النهار قد يعطى لها تأثير أكبر إلا أن تأثيرها المسكن الذى يؤدي إلى الهدوء الزائد للنشاط المفرط قد لا يشجع على تناولها أثناء النهار ، كما أن مضادات ارتفاع ضغط الدم Antihypertensives مثل كلونيدين Clonidine ، وجوانفاسين Guanfacine تفيد في علاج الاضطراب .

وعندما تتطور وتزيد المشكلات والتأثيرات الجانبية للأدوية المنبهة التي يتناولها المريض بحيث يصعب عليه الاستمرار في تناولها فإنه يجب في هذه الحالة التوقف عن تناول هذه الأدوية والتفكير في بدائل لها ، ولقد أشار باركلي Barkley ( ٢٠٠٣ ) إلى أن الأدوية التي تستخدم في علاج الاكتئاب تعتبر أفضل البدائل لعلاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، فقد وصلت الاستجابة لهذه الأدوية إلى حوالى ٧٠ % لدى الأطفال الذين يتناولونها للعلاج من الاضطراب ؛ حيث تخفض درجة الاندفاع وفرط النشاط ، وتحسن الحالة المزاجية والاستقرار الانفعالى ، وتخفف القلق ،



وتحسن كفاءة النوم أما تأثيرها على الانتباه فهو محدود إذا ما قورنت بالفوائد الأخرى .

ومن أهم فوائد الأدوية المضادة للاكتئاب ما يلي :

- يستمر مفعولها لفترة أطول إذا قورنت بالأدوية المنبهة .
- لا تزيد من حدة التقلصات والتشنجات اللاإرادية كما فى حالة الأدوية المنبهة .
- لا تؤثر على النمو .
- لا تؤثر على الوزن .
- تعتبر أكثر فاعلية فى حالة مصاحبة اضطراب الحالة المزاجية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

أما آثارها الجانبية فتتمثل فى جفاف الفم ، والإمساك ، والدوخة ، الهدوء غير الطبيعى ، وتناولها بجرعات أكبر من الجرعات المحددة يؤثر على حياة المريض ، وعلى الرغم من ذلك فإن البحوث الحديثة أوضحت أن الجرعات المنخفضة من هذه الأدوية تحدث يقظة متزايدة واندفاعية أقل بالإضافة إلى انخفاض السلوك المضطرب والسلوك العدوانى ( أناستوبولوس Anastopoulos ، ١٩٩٩ ) ، ونظراً لأن هذه النتائج العلاجية يمكن أن تتناقص بمرور الوقت فإن مضادات الاكتئاب ليس هى الدواء الذى يتم اختياره غالباً للعلاج الطويل الأمد لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

وفى الآونة الأخيرة أثرت العديد من الأسئلة التى تتعلق بالاستخدام المتزايد للعقاقير فى علاج الأطفال الذين يعانون من الاضطراب منها ما يلي :

س ١ : من الذى يتم اختياره للعلاج ؟ .

من المهم الحصول على تشخيص دقيق قبل البدء فى العلاج باستخدام العقاقير ، ومع ذلك فإن الكثيرين يشكون فى كفاءة طرق التقدير المتبعة فى التعرف على أو تحديد الأطفال الذين يحتاجون إلى الأدوية ، فعلى سبيل المثال لا يتم عمل تمييز واضح بين الأطفال الذين يبدوون فى حاجة إلى العلاج الدوائى بسبب النشاط الزائد ، والأطفال الذين يرجع عدم انتباههم نتيجة للجوع أو نتيجة الفصول الدراسية المزدهمة أو نتيجة محتوى المنهج غير المناسب أو بسبب القلق والاكتئاب اللذان يحدثان بسبب وجود مشاكل أسرية .

س ٢ : ما الغرض الذى يتم من أجله استخدام الأدوية ؟ هل من أجل راحة الكبار ؟ أم من أجل الاحتفاظ بجو هادئ داخل الفصل الدراسى ؟ .

الأفراد الذين طرحوا هذا السؤال يشيرون إلى احتمال أن الأطفال الذين يظهرون الغضب وعدم الارتياح والحيرة والفتور فى المدرسة ربما يظهرون تفاعلاً طبيعياً أو عادياً فقط للطرق التربوية التى يتلقونها والتى تفشل فى جذب اهتمامهم أو إشباع حاجاتهم ، وتعاطى هؤلاء الأفراد للأدوية يكون بمثابة تجنب أو تحاشى اتخاذ البديل الصعب والباهظ الثمن الذى يتمثل فى توفير برامج تعليمية أفضل .

س ٣ : هل نتائج العلاج بالأدوية تساوى الآثار الجانبية التى تصاحب استخدام هذه الأدوية ؟ .

بعض العقاقير مثل الريتالين Ritalin يكون لها آثار جانبية غير مرغوب فيها مثل الأرق الحاد ، وفقدان الشهية للطعام ، واليأس أو الفتور ، والدوخة ، والصداع بمختلف أنواعه ، وفى الآونة الأخيرة حامت الشكوك

حول هذه الأدوية بأنها تسبب تأخر النمو ، كما أنه من الصعب تحديد الجرعات العلاجية المناسبة ، فالجرعات الزائدة عن الحد تحدث العديد من الاضطرابات النفسية ، وحتى في حالة استخدام العقاقير التي تحدث آثاراً جانبية فهناك احتمال لوجود آثار عكسية على المدى الطويل من جراء الاستخدام المستمر خلال مراحل النمو المبكرة .

س ٤ : هل هذه العقاقير ملائمة للأطفال ؟ .

استخدم الأطباء في بعض الحالات مضادات الاكتئاب مثل الديسبرامين Desipramine ، وهذه الأدوية تسبب العديد من المشاكل مثل جفاف الفم ، وانخفاض الشهية للطعام ، والصداع ، والدوخة ، وآلام المعدة ؛ لذلك يجب توخي الحرص والحذر عند استخدام هذه الأدوية لأن زيادة الجرعة عن الحد المسموح به الذي أوصى به الطبيب قد يؤدي إلى الوفاة .

وعلى وجه العموم ينبغي عند استخدام العلاج الدوائي مع الأطفال توخي أكبر قدر من الحيطة أو الحذر ، ويجب استخدام الدواء فقط مع الأطفال الذين لم تفلح معهم أي بدائل علاجية أخرى ، ومن المهم أيضاً عدم وصف العلاج الدوائي إلا بعد أخذ موافقة مسبقة ومعلنة من جانب أهل الطفل ، وتوعيتهم بالآثار الجانبية المحتملة الحدوث نتيجة زيادة الجرعة أو نتيجة سوء استخدام العقار ( هول وجوشي Hall & Gushee ، ٢٠٠٢ ) ، وفي نفس الوقت يجب معرفة أن هذه الأدوية قد تفيد بالفعل بعض الأطفال .

وأخيراً فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الذين يستفيدون بالفعل من العلاج بالعقاقير

يحتاجون إلى طرق وإجراءات علاجية أخرى للتعامل مع المشكلات المصاحبة للاضطراب مثل صعوبات التعلم ، والمشكلات السيكولوجية ، والبين شخصية ، والعائلية ، ويتم ملاحظة هذه المشكلات داخل الفصل الدراسي لأن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يكونون مزعجين داخل حجرات الدراسة ، ونظراً لأن المعلمين يلعبون دوراً مهماً في الاختبارات المبدئية للتحقق من وجود الاضطراب وإحالة الأطفال للعلاج ، فإنه يجب أن يكونوا على دراية كبيرة بالاضطراب ، وأن يكونوا موضوعيين إذا كانوا يريدون أن يلعبوا دوراً في عملية تشخيص وعلاج الاضطراب .

وهناك عدد محدود جداً من الدراسات التي حاولت البحث في مدى معرفة المعلمين بالاتجاهات المستخدمة في تعليم الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلى جانب مدى معرفتهم أيضاً بشأن العلاج بالأدوية المنبهة التي تستخدم في علاج الاضطراب ، فحاول ريد وآخرون Reid et al. ( ١٩٩٤ ) تقييم إدراكات المعلمين للحواجز التعليمية ، والكفاءة الذاتية في التعامل مع التلاميذ الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وذلك استناداً إلى تدريبهم السابق وخبرتهم الذاتية ووجدوا أن المعلمين المدربين وذوى الخبرة كان لديهم ثقة أكبر مما لدى المعلمين الذين لا توجد لديهم خبرة في هذا المجال ، ولكنهم جميعاً أكدوا على العوائق أو العقبات المتعلقة بالتعلم الفعال التي تشمل قلة الوقت لإجراء التدخلات العلاجية المتخصصة ، ونقص التدريب ، وازدحام الفصول ، ووحدة مشكلات التلاميذ .

وقام جيروم وآخرون Jerome et al. ( ١٩٩٤ ) بتقييم معرفة المعلمين الكنديين والأمريكيين للمفاهيم المتعلقة باضطراب

نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ووجدوا أنه على الرغم من أن خبرات المعلمين كانت قليلة فيما يتعلق بالاضطراب إلا أنهم أبلوا بلاءً حسناً في الأسئلة التي تتناول معرفتهم بخصوص تحديد أسباب الاضطراب أو مصادره .

### القبول أو الإذعان لاستخدام الأدوية :

يؤدي قبول استخدام التدخلات العلاجية الدوائية إلى حدوث مشكلة خطيرة ، وذلك لأن المراهقين لا يستمرون غالباً في تناول الأدوية ولاسيما عندما يدركون أنها غير مفيدة ، ويرى تايلور Taylor ( ١٩٩٤ ) أن المراهقين يتوقفون عن استخدام الدواء للأسباب الآتية :

- ١- الاعتقاد بأن الدواء لم يعد يحدث نتائج موجبة .

- ٢- الآثار الجانبية غير المرغوب فيها التي يحدثها الدواء مثل آلام المعدة ، وفقدان الشهية ، والأرق.... الخ .

- ٣- الآثار الناتجة عن الجرعات غير الملائمة على سبيل المثال تجاوز الجرعة المقررة يؤدي إلى تدمير الأطراف ، والإحساس بالكسل ، والبلادة ، واللامبالاة .

وهذه الأعراض الناتجة في حاجة إلى الاهتمام من جانب الأطباء الذين يوصفون الأدوية أو يكتبونها في روشتاتهم ، ويمكن أن يزداد القبول لتناول الدواء من خلال التدخلات فالمراقبة الدقيقة من جانب الوالدين والعاملين في المدارس والأطباء ، والضبط الدقيق لمستويات الجرعة يخفف من حدة المشكلات المرتبطة بنقص الكفاءة العلاجية للدواء وكذلك الآثار الجانبية الناتجة عن تناوله .

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

ويرى هول وجوشى Hall & Gushee ( ٢٠٠٢ ) أن المراقبة المنظمة تساعد على التحقق من تأثيرات الدواء على الأداء الوظيفي الأكاديمي ، والاجتماعي ، والسلوكي ، وبالتالي تقدم معلومات موثوق فيها بدرجة أكبر من الاعتماد على إدراكات المراهق كمصدر وحيد للمعلومات الخاصة بتغيير الجرعة ، والمراهقون في حاجة إلى أن يفهموا لماذا يتناولون الدواء ، ولماذا يستمرون في العلاج بالأدوية ، وأن الدواء ليس له علاقة بسلوكهم الطيب ولكنه يساعدهم على التحكم في سلوكهم ، ويجب أن يفهموا أيضاً أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لا يمثل عذراً لسلوكهم غير المقبول .

ويعتبر النسيان وعدم التنظيم أيضاً قضية أو موضوعاً يتدخل في الإذعان أو القبول لتناول الدواء ، وفي حالة وجود هذه المشكلات فإن التكنيكات الفنية تكون مفيدة ويرى هول وجوشى Hall & Gushee ( ٢٠٠٢ ) أن ساعات الإنذار من الأشياء المفيدة التي تساعد على التذكر وعلى الأخص عندما تكون مواعيد تناول الدواء متباينة ، وينبغي على الوالدين أن يراقبوا الإذعان أو الرضوخ لتناول الأدوية ، وأن يتعاونوا مع الطبيب والمعالج النفسي ، أو الأخصائي النفسي في حالة عدم الامتثال لتناول الدواء .

### مخاطر سوء استخدام العقاقير ( الدواء ) :

يخشى الوالدان من أن القرار بتناول الدواء يجعل ابنهم أكثر عرضة للخطورة المتزايدة بسوء استخدام العقاقير وهذه المخاوف أو الاهتمامات الزائدة لها ما يبررها ، ولكن فيما يتعلق باتخاذ القرار بتناول الدواء ينبغي على الوالدين أن يوازنوا بين المخاطر المحتملة

وبين فوائد العلاج الدوائى ويقارنوا ذلك بمسألة ترك المشكلة بلا حل أو علاج .

ويؤكد جوفيرا وآخرون Guevera et al. ( ٢٠٠٢ ) على أن خطورة عدم علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أكبر من المخاطر الخاصة بالأدوية المستخدمة فى علاجه .

ويرى هوبز وآخرون Hupps et al. ( ٢٠٠٢ ) أن سوء استخدام المادة ربما يكون أعلى لدى المراهقين الذين لم يتم علاجهم من الاضطراب ، وذلك بسبب المشكلات التى يواجهونها والتى لم يتم حلها كالغضب ، والتقدير الرديء للذات ، وعدم القدرة على تحمل الإحباط ، وهذه المشكلات التى لم يتم حلها تضع المراهقين الذين يعانون من الاضطراب فى خطر بالنسبة لسوء استخدام المادة .

ويحذر هاريل وبرون Harel & Brown ( ٢٠٠٣ ) من أن تجريب العقاقير ربما يحدث بعض الراحة من الأعراض المرضية بالنسبة للأفراد الذين يعانون من الاضطراب ، وأن الأفراد ربما يستمرون فى التطبيب أو العلاج الذاتى ، وهناك مشكلة أخرى خطيرة تتجم عن استخدام المهدئات والأقراص المنومة فى علاج الاضطراب ؛ لأن هذه المنبهات تسبب الإدمان وليست المنبهات التى يتم إدمانها ؛ لذا يجب توخى الحيلة والحذر عند اتخاذ قرار بشأن استخدام الأدوية المنبهة فى علاج الاضطراب ، وعلى الأخص فيما يتعلق بالحقيقة التى تقضى بأن الفشل فى التطبيب أو العلاج يؤدي إلى نتائج خطيرة فالأعراض المرضية للاضطراب إذا تركت بدون فحص وتدقيق وعلاج يمكن أن تؤدي إلى حدوث مشكلات جمة .

## سوء استخدام الدواء :

لم تتوصل الدراسات الأولية التي اهتمت بالبحث في تأثيرات الأدوية المنبهة على المراهقين إلى أى دلائل على إدمان العقار ( سافير وألين Safer & Allen ، ١٩٧٦ ، فارلى Varley ، ١٩٨٣ ، ويس وهيكتمان Weiss & Hechtman ، ١٩٩٣ ) ، ولحسن الحظ فإن عدد الأفراد الذين يسيئون استخدام الأدوية المنبهة ضئيل جداً ولا يرجع إلى تعاطي الدواء ولكن هناك عوامل أخرى تسهم في حدوث ذلك مثل وجود مصاعب أكاديمية أو اضطرابات أسرية... الخ ، وعلى الرغم من ندرة هذه الحالات إلا أنه يجب على العاملين في هذا الميدان أن يكونوا متيقظين تماماً لإمكانية أو احتمال سوء استخدام الأدوية المنبهة وخاصة الميثيل فينيديت أو الريتالين وذلك في المواقع التي يوجد فيها عدد كبير من المراهقين الذين يعالجون بالأدوية المنبهة مثل مدارس التربية الخاصة ومراكز التأهيل المهني .

وعلى الرغم من أن الريتالين يعتبر دواءً آمناً نسبياً إلا أن تناوله أو تعاطيه يحتاج إلى مراقبة دقيقة من جانب المسؤولين ؛ ولذا فإن المراقبة الدقيقة من جانب الوالدين والعاملين في المدارس والأطباء تعتبر أمراً هاماً ، وفي النهاية يرى هول وجوشي Hall & Gushee ( ٢٠٠٢ ) أنه عند احتمال التعرض للخطر من المهم أن نتذكر أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب نقص الانتباه من الاضطرابات الفسيولوجية وليس اضطرابات سلوكية أو صعوبات في التعلم وأن الهدف من العلاج الدوائي هو تنبيه مراكز الانتباه حتى تؤدي وظيفتها بفعالية وكفاءة ، وإذا قام فرد بتناول الدواء في حالة عدم وجود اضطراب نقص الانتباه أو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن هذا



الدواء يؤثر على جهاز الانتباه في صورة توتر وسلوك زائد في التركيز ، ولا ينتج عن ذلك السرور أو الإحساس بالسعادة ، ولتحقيق نتائج سارة يجب على المرء أن يستخدم الجرعات المحددة للأدوية أو يزيد الجرعة أحياناً حسب الإرشادات الطبية لكي يتم حدوث الأثر أو النتيجة المرجوة من الدواء ، وإلى اليوم لم تُظهر نتائج البحوث المختلفة التي أجريت في هذا الصدد وجود مشكلة لدى الغالبية العظمى من الأفراد الذين يتناولون الأدوية المنبهة للعلاج من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

### النتائج الطويلة الأمد للعلاج الدوائي :

على الرغم من النتائج الموجبة القصيرة الأمد للعلاج بالأدوية المنبهة إلا أن العلاج بهذه الأدوية لم يظهر تحسن طويل الأمد في الأداء الوظيفي السلوكي والأكاديمي ، والأداء النفسي الاجتماعي ( جاكوبيفتز وآخرون Jacobvitz et al. ، ١٩٩٠ ؛ ويس وهيكتمان Weiss & Hechtman ، ١٩٩٣ ) ، وعندما تم التحكم أو السيطرة على مستوى الأعراض المرضية وجد أن مدة العلاج بالأدوية المنبهة لم تكن عاملاً للتنبؤ بنتيجة العلاج ( فيشر وآخرون Fischer et al. ، ١٩٩٣ ) ، وربما يرجع ذلك إلى فشل الوالدين في تجديد الوصفات الطبية ( الروشنتات ) بعد شهر من العلاج ، وإلى المعايير المستخدمة للحكم على التحسن الكلينيكي ، وإلى اختلاف الجرعة العلاجية وإلى عوامل تتعلق بالتغذية ، وهكذا يمكن القول بأن النتائج الطويلة الأمد لتناول الأدوية لم يتم دراستها بطريقة كافية ( سوانسون وآخرون Swanson et al. ، ١٩٩٣ ) ، ونقص الدليل على الكفاءة الطويلة الأمد لتناول الأدوية دفع الباحثون إلى البحث عن علاجات مركبة تقدم للأفراد الذين يعانون من الاضطراب ، وعلى الرغم من أن الدراسات

الخاصة بنتائج العلاج النفسى الدوائى التى بحثت فى النتائج القصيرة الأمد أوضحت بين الحين والآخر أن السمات الأولية للاضطراب ( فرط النشاط والاندفاعية ) تتحسن إلى حد كبير ، إلا أن هناك سمات أخرى ثانوية مثل الأداء الأكاديمى ، والأداء الاجتماعى لم يطرأ عليها أى تحسن أو تأثير ، وبالتالي أصبح هناك توجه كبير من الباحثين نحو طرق العلاج المركب ، ففى دراسة اهتمت بالبحث عن نتائج العلاج الدوائى فقط مقارنة بنتائج العلاج الدوائى مع التدخلات العلاجية السلوكية والتربوية ذكر سوانسون Swanson ( ١٩٩٢ ) أن الغالبية العظمى من المراهقين الذين تم علاجهم باستخدام مجموعة مركبة من التدخلات العلاجية كانوا أفضل بكثير من المراهقين الذين تم علاجهم بالأدوية فقط .

#### الآثار الجانبية للعلاج الدوائى :

على الرغم من الفوائد المتعددة للأدوية المنبهة فإن لها بعض الآثار الجانبية التى يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند استخدامها مع الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ، فقد تؤدى هذه الأدوية إلى الانسحاب الاجتماعى ، وإلى زيادة زمن تركيز الانتباه ، أو إلى الكسل والخمول والنعاس أو إلى زيادة درجة التهيج والقلق والتوتر ، وهذه الآثار الجانبية غالباً ما تظهر مع بداية استخدام الطفل للدواء أو عندما يتناوله بجرعات كبيرة ، وفى جميع الأحوال فإن هذا التأثير الجانبى يمكن أن يزول تماماً بعد ساعات قليلة من التوقف عن تناول الدواء ، ويراعى عند ملاحظة الآثار الجانبية أن يقوم المعالج بتخفيض حجم الجرعة الدوائية أو استبدال الدواء بدواء آخر ، كذلك قد يعانى بعض الأطفال من الصداع بعد تناول الدواء وذلك بصورة مؤقتة ، ويختفى هذا الصداع تماماً بعد مرور فترة من تناول الدواء ، وإذا استمر هذا

الصداع وتكرر لفترات طويلة فإنه من الضروري تغيير الدواء ، وقد تظهر لدى بعض الأطفال مشكلات وآلام في المعدة ولكن هذه المشكلات تزول إذا تم تناول الدواء مع الطعام ، وإذا استمرت هذه الآلام على الرغم من تناول الدواء مع الطعام فإنه لابد من إعادة النظر في كمية الجرعة الدوائية أو تغيير الدواء ( كمال سيسالم ، ٢٠٠١ ) .

ويعتبر التسمم القلبي Cardiotoxicity أكبر مشكلة تواجه من يتناولون مضادات الاكتئاب الثلاثية ؛ حيث عانى عدد كبير من الأطفال الذين يتناولون مضادات الاكتئاب من أعراض كامنة للقصور في أداء القلب وتشمل الآثار الجانبية أيضاً جفاف الفم ، والإمساك ، والدوخة ، والهدوء غير الطبيعي ، وإذا تناول المريض هذه الأدوية بجرعات أكبر من التي يصفها الطبيب المعالج قد يؤدي ذلك إلى خطورة شديدة على حياة المريض ، كما تؤدي مضادات ارتفاع ضغط الدم أيضاً إلى حدوث صداع وآلام بالمعدة ، وفرط النوم ، وفقدان الشهية للطعام ( ماريني ميركولينو وآخرون ، ٢٠٠٣ ) ، وعلى الرغم من أن العلاج بالعقاقير الطبية فعال إلى حد كبير في معظم الحالات إلا أنه له بعض الآثار الجانبية التي تظهر على الطفل مثل الأرق ، والميل إلى النوم ، والخمول ، وفقدان الشهية للطعام ، والصداع ، وحدث آلام بالمعدة ، والرعدة ، وتقلب الحالة المزاجية ، ولكن معظم هذه الأعراض تزول تلقائياً وبالتدريج بعد أسبوع أو أسبوعين من بدء العلاج .

وبعض الأطفال الذين يتعاطون هذه الأدوية تحدث لهم اضطرابات في النوم ، وتكون شهيتهم للطعام منخفضة ، ويمكن التغلب على ذلك بتنظيم وقت استخدام هذه العقاقير ، فالأدوية التي تسبب اضطرابات النوم يمكن تناولها في أول الليل فقط ، والأدوية التي تسبب فقدان الشهية يتم تناولها مع

الطعام أو بعد تناوله ، كما أن الأفراد الكبار الذين يعانون من الاضطراب ويعالجون بالميثيل فينيديت Methylphenidate يتعرضون لخطر أكبر وهو أنهم يصبحون مدمغين لهذا العقار ( كلين - شوارتز Klein - Schwartz ، ٢٠٠٣ ) .

ولقد أكدت تحاليل البحوث التي أجريت على الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ويتناولون الأدوية المنبهة أن هذه الأدوية لا تؤثر على النمو ، وأنها تؤدي إلى تحسين سلوك تناول الطعام ، وأنها تساعد على الجلوس والتركيز على مائدة الطعام فترة كافية تسمح لهم بتناول وجبة غذائية كاملة مما يساعدهم على النمو السليم .

ويرى كمال سيسالم ( ٢٠٠١ ) أن الدراسات الحديثة أثبتت أن جميع الأدوية المنبهة تفيدهم . في تحسين الانتباه وزيادة التركيز ، وأنها لا تؤدي إلى الهروب من الواقع ، والغياب عن الوعي كما في المخدرات ، وأن درجة النشاط واليقظة الذي تحدثه هذه الأدوية على الجهاز العصبي للأطفال تعتبر منخفضة نسبياً عن المعدل الطبيعي ، كما أن هذه الأدوية لا تؤثر على النمو ، وتؤدي إلى تحسين سلوك تناول الطعام ، كما يرى باركلي Barkley ( ١٩٩٩ ) أن الأطفال الذين يتعاطون الأدوية المضادة للاضطراب يكونون أكثر سعادة ونجاحاً في الدراسة ويسلكون مسلكاً اجتماعياً ملائماً بدرجة أكبر مع والديهم .

ومما يجب الإشارة إليه أن العلاج بالعقاقير الطبية لا يكون فعالاً مع جميع الحالات ، وخاصة إذا كان الاضطراب يرجع لأسباب تتعلق بحدوث تلف بخلايا المخ ، ويؤكد ذلك باركلي Barkely ( ١٩٩٩ ) حيث أوضح أن

هناك نسبة تصل إلى حوالي ٢٥ % من الأطفال الذين يرجع اضطرابهم لأسباب تتعلق بتلف المخ لا يستجيبون للعلاج بالعقاقير الطبية ؛ لذلك نادى بتنوع الأساليب العلاجية .

والأدوية المستخدمة لعلاج الاضطراب التي تتضمن الأديرال Adderall والريتالين Ritalin ، والديكسدرين Dexedrine لها بعض الفائدة العلاجية ، ولكن أيضاً لها بعض الأضرار ، فالأطفال الذين يتناولون هذه الأدوية للعلاج تحدث لهم آثار جانبية تتمثل في الأرق ، وفقدان الشهية ، والتغيرات المزاجية ، ونقص الوزن ، وسرعة الغضب ، وحدوث آلام بالمعدة ، وصداع ( فيتزباتريك وآخرون . Fitzpatrick et al. ، ١٩٩٢ ؛ سوانسون وآخرون . Swanson et al. ، ١٩٩٥ ) ، بالإضافة إلى ذلك فالجرعات العالية ارتبطت بالاضطرابات القهرية ، وفي بعض الحالات ارتبطت باضطرابات الحركة أو الاختلاجات العصبية ( أى الحركات العضلية العصبية اللاإرادية المتكررة مثل البربشة ، والرشف ... الخ ) ، وعلى الرغم من وجود معلومات قليلة عن النتائج الطويلة الأمد للمنبهات النفسية إلا أنه لا يوجد دليل قاطع على أن الجرعات المعتدلة من الأدوية المنبهة التي يتم مراقبتها بعناية تكون ضارة ، كما أن هناك دليل على أن هذه الأدوية تفقد فاعليتها في حالة استخدامها الطويل ، وقد تزداد الآثار الجانبية لها ( دورتي وآخرون . Doherty et al. ، ٢٠٠٠ ؛ موليني وفرانكينبرجر Moline & Frankenberger ، ٢٠٠١ ) ؛ لذلك يجب تقنين الجرعات العلاجية بعناية من أجل تجنب الآثار الجانبية الضارة والمحافظة على فاعلية العقار بدرجة كبرى .

وعلى الرغم من أن الأدوية المنبهة تقلل الأعراض المرضية المرتبطة

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلا أن العلماء مازالوا غير متأكدين من تأثير هذه الأدوية على خفض النشاط الزائد وزيادة الانتباه ، وسوء الفهم الشائع هو أن الأدوية المنبهة لها تأثير مختلف على الأفراد الذين يعانون من الاضطراب عن تأثيرها على العينة السكانية العامة ، وهذه النتيجة المتناقضة توحي بأن الأدوية المنبهة تهدئ الأفراد الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وتزيد من طاقة الأفراد الذين لا يعانون من الاضطراب ، وبسبب سوء الفهم هذا يذكر الوالدان والمتخصصون أنه في حالة تحسن سلوك الطفل بعد تناوله هذه الأدوية فإنه في هذه الحالة يتأكد التشخيص ، ولكن هذا الرأي ليس صحيحاً فالأطفال الذين لا يوجد لديهم الاضطراب يستجيبون للجرعات المنخفضة للأدوية المنبهة بنفس الطريقة التي تتم أو تحدث مع الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ، وهذا يوحي بأن الأدوية المنبهة ليس لها تأثير غير مألوف على الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ، وبالتالي فإن هذا السبب لا يستخدم في التحقق من التشخيص ( باركلي Barkley ، ١٩٩٦ ) .

وعلى الرغم من أن التجارب القصيرة الأمد للأدوية المنبهة قد أيدت كفاءتها إلا أنها لم تجعل سلوك الأطفال سلوكاً سوياً بدرجة كاملة ، وهذا يعني أنه مازالت تحدث لهم مشكلات سلوكية بدرجة أكبر من الأطفال العاديين أو الطبيعيين وربما يرتبط ذلك بالحقيقة التي تقضى بأن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يرتبط بحالة أو أكثر من الحالات المرضية المشتركة أو المصاحبة له ( كونرز وإيرهاردت Connors & Erhardt ، ١٩٩٨ ) .

وأوضحت نتائج دراسة مايز وآخرون ( Mayes et al. ) ( ٢٠٠٠ ) أن

صعوبات التعلم تنتشر لدى نسبة تصل إلى ٧٠% بين الأطفال الذين شخصوا على أنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

وهناك تساؤل بشأن ما إذا كانت الأدوية المنبهة تحسن من الأداء الأكاديمي بنفس الدرجة التي تحسن بها المشكلات الاجتماعية والسلوكية ، والعديد من البحوث أوضحت بأن هناك تحسن ضئيل إن لم يوجد على الإطلاق بالنسبة للأطفال الذين لديهم صعوبة في القراءة والذين تم علاجهم بالأدوية المنبهة ، وأنه لا يوجد دليل واضح على أن هذه الأدوية تحسن التحصيل الأكاديمي بوجه عام ( فرانكينبرجر و كانون Frankenberger & Cannon ، ١٩٩٩ ) ، والتحليل البعدي لجميع الدراسات التي أجريت على الأدوية المنبهة في الفترة من عام ١٩٨١ حتى عام ١٩٩٥ أوضح أن نتائج التأثير بالنسبة للسلوك كان أكبر من نتائج التأثير بالنسبة للناحية الأكاديمية ( فرونيس وآخرون Forness et al. ، ١٩٩٩ ) .

وهناك مجموعة من الملاحظات على العلاج بالأدوية منها :

- ١- أن الدليل المتعلق بتحسين الأداء الدراسي باستخدام هذه الأدوية ليس قاطعاً ( سوانسون وآخرون Swanson et al. ، ١٩٩٥ ) .
- ٢- أن المدى الزمني لمفعول هذه الأدوية قصيراً ، وأن الفوائد التي يتم اكتسابها عندما يكون الدواء نشطاً أو فعالاً تتوقف بمجرد تلاشي أثر الدواء ( هينشو Hinshaw ، ١٩٩٤ ) .
- ٣- في حالات نادرة تكون الفوائد الناتجة عن استخدام العلاج بالأدوية المنبهة كافية لتحقيق تحسن كلينيكي كامل ( بيلهام وهينشو Pelham &

( Hinshaw ، ١٩٩٢ ) .

٤- على الرغم من الفوائد أو المكاسب القصيرة الأمد التي يتم الحصول عليها بفضل العلاج بالأدوية إلا أنه لا يوجد دليل يدعم أو يؤيد الفوائد الطويلة الأمد للتدخلات العلاجية الدوائية ( ويس وهيكتمان Weiss & Hechtman ، ١٩٩٣ ) .

وهكذا ؛ يتضح أن العلاج الدوائي وحده لا يعد تدخلاً قوياً أو حيويًا لتغيير سير الاضطراب ؛ لذلك بدأ الباحثون يدمجون العلاج الدوائي مع استراتيجيات التدخل النفسي لزيادة الفوائد الناتجة عن استخدام كل طريقة من طرق العلاج .

ورغم النتائج المفيدة للأدوية المنبهة إلا أنها تؤدي إلى العديد من الأعراض الجانبية كما سبق ، كما يمكن أن تؤدي إلى حالة نفسية تتسم بالفتور أو اليأس ، كما أن هذه العلاجات لا تشفى من الاضطراب بمعنى أنها لا تحقق السلوك السوي التام لهؤلاء الأطفال ، ويلزم الأمر تدخل علاجى إضافى ، وأخيراً والأهم فإن نتائج أو تأثيرات التدخلات العلاجية باستخدام الأدوية المنبهة نادراً ما يتم تعميمها لأن فاعلية هذه الأدوية تتبدد أو تتلاشى بعد تناولها بحوالى ٤ ساعات تقريباً .

وهكذا ؛ يمكن القول بأنه على الرغم من الفوائد الأكيدة للأدوية المنبهة فى علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلا أن العلاج باستخدام الأدوية المنبهة ليس الحل الشافى الذى يمكن من خلاله التغلب على الأعراض المرضية للاضطراب ومن الأسباب المؤيدة لذلك ما يلى :

١- على الرغم من أن الأدوية المنبهة تساعد الغالبية العظمى من الأطفال



الذين يعانون من الاضطراب إلا أن هناك نسبة تصل إلى ٢٠% لا تستفيد من الأدوية ( هناتكو Hnatko ، ٢٠٠٢ ) .

٢- يحدث لبعض الأطفال آثار جانبية تمنعهم من الاستمرار في تناول الأدوية بصفة مستمرة .

٣- الغالبية العظمى من الأطفال الذين يستفيدون من الأدوية مازالت تعثرهم صعوبات خاصة بالأعراض المرضية الأساسية للاضطراب أو المشكلات المصاحبة له ، ولذا يجب معالجتهم باستخدام وسائل أخرى .

٤- بعض الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يستطيعون التغلب على الأعراض المرضية للاضطراب بطريقة فعالة دون استخدامهم للأدوية وخاصة عندما تكون الأعراض المرضية معتدلة أو متوسطة .

٥- هناك بعض الأطفال يعارضون بدرجة قوية تناول الأدوية ، ويحدث ذلك بدرجة كبيرة أيضاً مع المراهقين .

٦- يؤدي في بعض الأحيان فرض الدواء على الطفل إلى خلق المزيد من المشكلات بدلاً من حل المشكلات .

ولهذه الأسباب جميعها فإن العلاجات الأخرى تكون ضرورية ومهمة للعلاج الفعال للاضطراب .

وأوجه القصور الموجودة في علاجات اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد زادت من فرص البحث عن تدخلات علاجية إضافية يمكن أن تؤدي إلى استمرارية أكبر للتغير السلوكي بمرور الوقت ، ولقد كانت التدخلات المعرفية - السلوكية من بين العلاجات البارزة التي تمت دراستها بقدر كبير من الأهمية بهدف تحقيق أكبر قدر من التغيرات

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

السلوكية الدائمة ، وتعامل السلوكيون مع هذا الاضطراب عن طريق تعليم الأطفال من خلال الوالدين والمعلمين أساليب السلوك الصحيح في البيت أو في المدرسة ، ومثل هذه العلاجات كانت ناجحة نسبياً وعلى الأخص عند استخدامها مع العلاج بالعقاقير ( باركلي وبيدرمان Biederman & Barkley ، ١٩٩٧ ) .

**الفصل السادس**  
**التدخلات القائمة على الممارسة**  
**والأداء الأكاديمي**

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

### مقدمة :

هناك اختلاف كبير بشأن العلاج الأكثر فاعلية ، وأكثر طرق العلاج شيوعاً أو انتشاراً كما سبق الحديث هي استخدام الأدوية المنبهة ، وهذه الأدوية لها تأثير مهدئ على الأطفال الذين يعانون من الاضطراب وتزيد قدرتهم على حل المشكلات ، وتحسن أدائهم الأكاديمي ، وتزيد من سيطرتهم على السلوك العدواني ، ومع ذلك فإن الكليينيكين يبدون تخوفهم أو قلقهم من التأثيرات الجانبية المحتملة لتعاطي هذه الأدوية على المدى الطويل ، ونظراً لأن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يظهرون ضعفاً واضحاً في الأداء الأكاديمي والسلوكي والانفعالي وكذلك الأداء المتعلق بالعلاقات البين شخصية ، فإنه يخشى عليهم من المشكلات التي تتعلق بالفشل الدراسي ، والنبذ الشديد من جانب الرفاق ، والحوادث الخطيرة المتعلقة بالسلوك الاندفاعي ، وعلاوة على ذلك فمن المحتمل أن تستمر لديهم هذه الأعراض المرضية الأساسية خلال مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد .

ويعتبر المجال البين شخصي مهماً بدرجة كبيرة للأفراد المهتمين بعلاج الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ، فهؤلاء الصغار يكرههم رفاقهم بدرجة كبيرة ، وهذا النبذ يحدث بعد فترة وجيزة جداً من التعامل معهم ، وقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أن الرفض من جانب الرفاق يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالعديد من المشكلات كالتسرب من المدرسة ، والانحراف ، وخطورة التعرض للمرض النفسي ، وسواء كان الرفض الاجتماعي ثانوياً للعرض النفسي الظاهر للاضطراب أو كان يمثل عاملاً مسبباً لعدم التوافق اللاحق فإن الباحثين أصبحوا يهتمون

بدرجة كبيرة بتطوير استراتيجيات العلاج التي تستهدف المشكلات البين شخصية بطريقة مباشرة ، ومن بين العلاجات التي حظيت بالتأييد الكلينيكي إرشاد الوالدين والمعلمين وتدريبهم على طرق التصرف في حالة وجود الاضطراب .

### التدخلات القائمة على المدرسة والأداء الأكاديمي :

ينبغي أن تستمر التدخلات العلاجية المتعلقة بتحسين الأداء الأكاديمي أثناء مرحلة المراهقة ، كما أنه من الضروري وجود الفصول العلاجية ، ورغم هذه الحاجة فإن البحوث التي تناولت الاستراتيجيات الفعالة لعلاج المشكلات المتعلقة بالمدرسة بالنسبة للمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد قليلة جداً ؛ لذلك فإن التدخلات التي سيتم مناقشتها فيما بعد تدخلات واعدة ومبشرة بالنجاح .

وعلى الرغم من أن الكثير من المشكلات السلوكية المرتبطة بالاضطراب لها تأثير كبير على الأداء الأكاديمي داخل الفصل الدراسي ، وكذلك التحصيل الأكاديمي بما في ذلك استكمال الواجبات أو الأعمال أو الصعوبات المتعلقة بالتنظيم فإنه يوجد عدد قليل جداً من الدراسات التي تناولت التدخلات الخاصة بالنسبة للمراهقين ، وعلاوة على ذلك فإن الغالبية العظمى من المراهقين الذين يعانون من الاضطراب يتلقون العلاج عن طريق المراكز الطبية أو مراكز الصحة النفسية الموجودة في العيادات العامة .

ويرى شابيرو وآخرون Shapiro et al. ( ١٩٩٦ ) أنه على الرغم من أن العلاج في العيادات الطبية ربما يكون مفيداً إلا أن التدخلات العلاجية

فى المدرسة ينبغى أن توضع فى الاعتبار على أنها جزء مكمّل لهذه العلاجات فالخدمات التى تقدم فى المدرسة مهمة بدرجة كبيرة لأن المراهقين الذين يعانون من الاضطراب يواجهون تحديات متعددة من ناحية المطالب التعليمية المفروضة عليهم فى هذه المرحلة ، ويضع الوالدان والمعلمون آمال كبيرة على أن ينجز المراهقون الأعمال المكلفين بها بطريقة مستقلة دون الاعتماد على الغير ، ولسوء الحظ فإن الكثير من المراهقين الذين يعانون من الاضطراب لا يستطيعون تأدية هذه الأعمال بطريقة مستقلة أو مثمرة دون مساعدة كبيرة ، والعديد من البرامج التى تقوم على المدرسة واعدة ومبشرة وتقدم خطوطاً إرشادية لاختيار التدخلات الأكاديمية للمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

والأساليب الفنية التى تهدف إلى تعلم مهارات المذاكرة ، والمهارات التنظيمية ، وإدارة الوقت ثبت أنها مؤثرة وفعالة فى زيادة الأداء الأكاديمى الشامل للمراهقين الذين يعانون من الاضطراب فتعليم الطرق المباشرة خطوة بخطوة مع تدعيمها بالأنشطة ، وتوفير فرص الممارسة والتطبيق تحت إشراف المدرس أو أحد الوالدين ربما تكون فعالة بدرجة كبيرة جداً ، كما أن التعاقدات السلوكية بين البيت والمدرسة تساعد على تقوية هذه المهارات ( بفيفنر وباركلى Pfiffner & Barkley ، ١٩٩٠ ) كما أن الواجب المنزلى المخفض أو أداء الواجب المنزلى فى الفصل الدراسى ، والملاحظات اليومية فى البيت والمدرسة ربما يتم تنفيذها للمساعدة على تكملة أو إتمام العمل .

وعلى الرغم من أن التعليم القائم على مساعدة الكمبيوتر Computer Assisted Instruction ( CAI ) لم يتم دراسته بالنسبة للمراهقين الذين

يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، إلا أن نتائج العديد من الدراسات التي استخدمته على عينات تعاني من صعوبات التعلم أوضحت أنه يزيد من تحصيل تلاميذ التعليم الابتدائي ، والإعدادي ، والثانوي ( كالي وشاشاني Khalli & Shashaani ، ١٩٩٤ ) ، ومن المزايا المتعلقة باستخدام التعليم بمساعدة الكمبيوتر مع التلاميذ ذوي صعوبات التعلم الأكاديمية التعليم حسب قدرات الفرد ، وإتاحة الفرص للتغذية الرجعية المباشرة ، وأنشطة المحاكاة ، والإبداع المتزايد ، ويقترح دي بول وستونر DuPaul & Stoner ( ١٩٩٤ ) أن التعليم بمساعدة الكمبيوتر يمكن إدخاله أو دمج بنجاح في خطة للتدخل العلاجي لدى التلاميذ الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وذلك بالشروط الآتية :

- إعطاء التلميذ لوحة مفاتيح لزيادة الانتباه المستمر والدافعية لأداء المهمة .

- اختيار البرامج التعليمية المثيرة والشيقة التي تقدم التغذية الرجعية المباشرة والمتكررة للمتعلم .

- المتابعة المستمرة من جانب المعلم أو الأخصائي النفسي .

مشروع إيلمبروك :

في محاولة لتطوير المعتقدات المميزة لأفضل الممارسات التعليمية هدف مشروع إيلمبروك Elmbrook لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلى تطوير نموذج للاتصال من أجل حل المشكلات ، وذلك بهدف مساعدة المعلمين وغيرهم من المهنيين التربويين ( أي الأخصائيين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين ) والممرضات ، والوالدين ، والأطباء على أفضل

الممارسات لعلاج الاضطراب ، والهدف النهائى لهذا المشروع هو تحسين الخدمات التعليمية التى تقدم للأطفال والمراهقين الذين يعانون من الاضطراب .

والأهداف الرئيسية لهذا المشروع هى :

١- تعليم الوالدين والمعلمين أفضل الممارسات التربوية لعلاج الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

٢- تنظيم فرق الاستشارة فى المدارس لتنفيذ استراتيجيات التدخل الفعال .

٣- تطوير نظم التقدير المتبعة فى التشخيص التربوى للاضطراب .

٤- تحقيق الاتصال بين المهتمين فى مجال الصحة النفسية ، وأصحاب المهن التعليمية لتناول ومعالجة الحواجز أو العوائق التعليمية بهدف تحقيق أفضل الممارسات التعليمية .

٥- توفير التأييد والمساندة للعائلات التى يوجد بها أطفال أو مراهقون يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

وتم تطوير هذا النموذج لاستخدامه مع المعلمين والوالدين بهدف إيجاد حلول للمشكلات السلوكية والأكاديمية التى يواجهها الأطفال والمراهقين الذين يعانون من الاضطراب ، ويعتمد هذا البرنامج على الخطوات الأساسية لحل المشكلات التى وضعها روبين وفوستر Robin & Foster ( ١٩٨٩ ) حيث تستخدم الاتصالات والمفاوضات والحلول الوسطى ، والأساليب الفنية الخاصة بالمراقبة وذلك لتحسين النتيجة التعليمية لدى الأفراد الذين يعانون من



الاضطراب ، ويقدم هذا النموذج صيغة للوالدين والمعلمين للتعرف على المشكلات الرئيسية والمخاوف ، وتحديد الحلول الممكنة ، والتفاوض ، والتراضى ( الحل الوسط ) عندما لا يتم التوصل إلى اتفاق عام للأراء أو وضع الخطة موضع التنفيذ ، كما يستخدم هذا النموذج أيضاً بهدف الاستشارة والتدخل فى حالة الخطط التعليمية الفردية ، والإدارة المستمرة للمشكلات التى تحدث فى البيت أو فى المدرسة ، ويزيد هذا النموذج من شراكة البيت والمدرسة فى حل المشكلات ، ويحاول أن يخفف الصراعات التى تحدث بين الوالدين والأبناء وحل هذه الصراعات عندما حدوثها ( تيتير وستيوارت Teeter & Stewart ، ١٩٩٦ ) ، ويقدم هذا النموذج صيغة لحل المشكلات ذات القضايا الصعبة التى تواجه المعلمون والوالدان الذين يتعاملون مع الأفراد الذين يعانون من الاضطراب ، ويبدو أن هذا البرنامج ميكانيزم دفاعى لاتخاذ القرارات فى مواجهة مثل هذه الحالات .

والتقييمات الأولية لهذا النموذج أوضحت أن الوالدين والمعلمين كانوا راضين بدرجة كبيرة جداً عنه لأنه يسهل حل المشكلات ، واختيار أفضل السبل وأنسب الاستراتيجيات العلاجية إلى جانب مساندة للوالدين والمعلمين ، ومما يجب التأكيد عليه أن هذا النموذج فى حاجة إلى المزيد من التقييم لتحديد ما إذا كانت النتائج الطويلة الأمد إيجابية بالنسبة للأفراد الذين يعانون من الاضطراب ، وإذا ما كان يفيد فى تغيير ممارسات المعلمين ، ومدى ملاحظة الأهل والمعلمون لحدوث تغييرات موجبة لدى الأفراد الذين يعانون من الاضطراب .

## نموذج التعليم المتميز للمراهقين :

تم استخدام نموذج التعليم المتميز للمراهقين Differentiated Instruction Model for Adolescents على مستوى الإدارات التعليمية بالولايات المتحدة الأمريكية بهدف مواجهة الاحتياجات التعليمية للتلاميذ الذين يواجهون المخاطر والذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وقامت المدارس بتنفيذ هذا النموذج في الفصول الدراسية ، والتعليم المتميز هو استخدام طرق تدريس متعددة لكي يكون أمام كل تلميذ مجموعة متنوعة من الخيارات داخل الفصل الدراسي لفهم المعلومات واستيعاب الأفكار والتعبير عما يتعلمون ، وأثناء التعلم المتميز يشترك جميع التلاميذ بنشاط وفاعلية في العملية التعليمية ، وذلك في بيئة تعليمية تزيد من احتمال نجاحهم وتحقيق مستويات عليا من الأداء ، وعلى الرغم من أن هذا التعريف لا يشير إلى التعلم المتميز لكل متعلم إلا أن التعليم المتميز لأنواع متعددة من الأساليب والقدرات داخل الفصل الدراسي يعتبر جوهر هذا التعريف ( نيتز وستيوارت Teeter & Stewart ، ١٩٩٦ ) .

وفي محاولة لتسهيل فهم واستخدام التعليم المتميز قامت اللجنة المتخصصة بالتخطيط للتعليم بعرض قائمة من معتقدات وسلوكيات المعلمين التي تنمي ، والتي تعوق التعليم المتميز ، وكذلك دلائل التميز وعدم التميز داخل الفصول الدراسية ، وتعتبر الاستراتيجيات الخاصة لتنفيذ التعليم المتميز هي الهدف الرئيسي للتخطيط وتدريب المعلمين أثناء الخدمة ، ومن أهم هذه الاستراتيجيات مايلي :

أولاً : يتلقى المعلمون تدريباً مكثفاً في موضوعات متعددة تشمل تأثير الاضطرابات المختلفة على السلوك داخل الفصل الدراسي على سبيل

المثال اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، والخلل الوظيفي في التحكم الإجرائي ، وكذلك الطرق والاستراتيجيات الخاصة بتعديل المناهج للوفاء بأساليب التعلم الفردي ، وزيادة الدافعية لدى التلاميذ غير المهتمين ، وترويض وإدارة الذات ، واستراتيجيات التعلم الذاتي بالنسبة للتلاميذ الذين يواجهون صعوبة في التعلم وزيادة المسؤولية أمام التلاميذ المعرضين للخطر .

ثانياً : تزويد المعلمين بالخبرة اللازمة للتعامل مع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

وفيما يلي جدول يوضح معتقدات وسلوكيات المعلمين التي تشجع وتسهل التعليم المتميز داخل الفصول الدراسية .

جدول ( ١ )

معتقدات وسلوكيات المعلمين التي تشجع وتسهل التعليم المتميز داخل الفصول الدراسية

م	معتقدات وسلوكيات المعلمين التي تشجع وتسهل التعليم المتميز
١	يعتقد التلاميذ أن المدرسة والعمل أمران متعلقان بهم .
٢	يجب أن تظل التوقعات والآمال كبيرة .
٣	يتسم التعليم المتميز بالتنظيم والتخطيط .
٤	تشجيع التلاميذ على مواجهة الأخطار .
٥	يجب أن تكون المرونة في إطار معايير الأداء والإرشادات المطبوعة .
٦	استثمار الوقت بطريقة إبداعية .

م	معتقدات وسلوكيات المعلمين التي تشجع وتسهل التعليم المتميز
٧	تعليم إدارة الوقت .
٨	عقد اجتماعات للتلاميذ بين الحين والآخر لفحص ومراجعة التقدم الذي تم إحرازه أو تحقيقه .
٩	ينجح التعليم المتميز في حالة تنفيذ الأعمال الخاصة بالتميز .
١٠	يمكن أن يصبح جميع التلاميذ متميزون في نواح معينة أو في بعض المجالات .
١١	الاعتراف بأنواع الذكاء المختلفة والعمل على تنميتها ورعايتها .
١٢	توجد أساليب تعلم مختلفة .
١٣	الكيف أهم من الكم .
١٤	يحتاج المعلم إلى تعليم مستمر .
١٥	يستمر التعلم مدى الحياة .
١٦	يحدث التعلم بدرجة مثالية من خلال تدريس الموضوعات المختلفة .
١٧	يمكن أن يأتي التعلم من خلال تعلم التلميذ .
١٨	يجب أن لا تقتصر الأنشطة على ما جاء بالكتاب الدراسي فقط .
١٩	النجاح يؤدي إلى مزيد من النجاح .
٢٠	تؤدي الخبرات المثمرة إلى التعلم .
٢١	يمكن استخراج الأفكار المتعلقة بالتخطيط والتقدير... الخ .
٢٢	وظيفة المعلم الرئيسية هي مساعدة التلاميذ على التعلم .

المصدر : تيتير وستيوارت Teeter & Stewart ( ١٩٩٧ ) .

ويوضح الجدول التالي معتقدات وسلوكيات المعلمين التي تعوق التعليم المتميز داخل الفصول الدراسية .

جدول ( ٢ )

معتقدات وسلوكيات المعلمين التي تعوق التعليم المتميز داخل الفصول الدراسية

م	معتقدات وسلوكيات المعلمين التي تعوق التعليم المتميز
١	يستغرق التعليم المتميز وقتاً كبيراً جداً .
٢	يعتبر التعليم المتميز مطلقاً بدرجة كبيرة .
٣	يحتاج التعليم المتميز إلى المزيد والمزيد من التخطيط .
٤	يجبر التعليم المتميز المعلم على الاشتراك والتفاعل مع التلاميذ .
٥	يعتبر التعليم المتميز صعباً للغاية في إدارته .
٦	يعد التعليم المتميز بدعة ولهذا سينقضى أجله سريعاً .
٧	يركز التعليم المتميز بدرجة كبيرة على الحالات المتطرفة فقط .
٨	يثير التعليم المتميز الأسئلة التي تتعلق بالتقدير وكتابة التقارير فقط .
٩	يركز التعليم المتميز على المحتوى والكتب الدراسية أكثر من اللازم .
١٠	ينبغي عمل فصول مستقلة يوزع عليها التلاميذ وفقاً لقدراتهم .
١١	يؤدي التعليم المتميز إلى تدليل التلاميذ بشكل كبير .
١٢	فشل التلاميذ على حق .
١٣	ينبغي على جميع التلاميذ أن يتعلموا دروس الحياة .

م	معتقدات وسلوكيات المعلمين التي تعوق التعليم المتميز
١٤	يشعر التلاميذ في النظام التقليدي للتعليم بالانزعاج والتهديد من التعليم المتميز .
١٥	يغفل التعليم المتميز قدرات التلميذ المتوسط .
١٦	التعليم المتميز مضيعة لوقت التلاميذ .
١٧	التعليم المتميز لا يمثل رغبة سوق العمل أو الحياة العملية .
١٨	تطوير الهيئة التدريسية لمسايرة التعليم المتميز من الأمور المكلفة جداً .
١٩	لا يتبع التعليم المتميز في كل المناطق التعليمية .
٢٠	التمييز أو الاختلاف ليس عدلاً .
٢١	عدم توافر بيانات توحى بنجاح التعليم المتميز .
٢٢	لا يؤيد أهل التلاميذ هذا النوع من التعليم .
٢٣	أداء الواجبات المختلفة يخلق الإحساس بالعداء والظلم بين التلاميذ .
٢٤	افعل هذا ولا تفعل ذلك لا ينجح من المرة الأولى .
٢٥	لا يُجيد المعلمون تعلم التلاميذ بهذا الأسلوب .

المصدر : تيتير وستيوارت Teeter & Stewart ( ١٩٩٧ ) .

وفيما يلي جدول يوضح مجموعة من الدلائل على أن القليل من التمييز أو عدم التمييز يحدث داخل الفصول الدراسية .

## جدول ( ٣ )

الدلائل على أن القليل من التميز وعدم التميز يحدث  
داخل الفصول الدراسية

م	دلائل التميز وعدم التميز داخل الفصول الدراسية
١	كل تلميذ ينظر على نفس الصفحة ونفس الكتاب المدرسى .
٢	اتباع نفس الاستراتيجيات التعليمية ونفس الأسلوب التدريسي سواء ثبت نجاحه أم لا .
٣	عدم المشاركة من جانب التلاميذ فى معظم الأنشطة .
٤	الاعتماد على نوع واحد من التقدير أو القياس .
٥	وجود نسبة غياب عالية .
٦	هدوء الحجرات الدراسية يدل على أن التفاعل محدود .
٧	عدم هدوء الحجرات الدراسية يدل على الفوضى وعدم السيطرة على التلاميذ .
٨	غضب التلاميذ .
٩	عدم جاذبية المدرسة .
١٠	واجب منزلى روتينى أو عدم وجود واجبات منزلية .
١١	انعدام الرغبة لدى التلاميذ فى طرح الأسئلة أو الإجابة على الأسئلة أو طلب المساعدة .
١٢	تحكم المعلم فى الفصل وفرض سيطرته على التلاميذ واتباع الطرق التدريسية التى لا تتفق مع التعليم المتميز .
١٣	توجيه اللوم للتلاميذ لحصولهم على درجات منخفضة .

م	دلائل التميز وعدم التميز داخل الفصول الدراسية
١٤	استئذان التلاميذ المستمر لمغادرة الفصل ( كالذهاب إلى دورات المياه أو إلى الممرضة أو الحكيمة ) .
١٥	عدم الاهتمام بأساليب التعلم .
١٦	الاعتماد على الكتاب المدرسي والإرشادات والتعليمات .
١٧	عدم استطاعة بعض التلاميذ النجاح في الاختبارات .
١٨	الفوضى والارتباك والحيرة حول التعلم وأهداف التعلم .
١٩	غضب الآباء في معظم الاجتماعات .
٢٠	اتباع المعلمون لأساليب غير تربوية لحفظ النظام كالتهديد والتقليل من شأن التلاميذ .
٢١	عدم شعور التلاميذ بتحمل المسؤولية .
٢٢	عدم تحليل المعلمون لإجابات التلاميذ على الاختبارات .
٢٣	قلة استخدام التكنولوجيا .
٢٤	عدم مراعاة المعلمين لاحتياجات التلاميذ .
٢٥	عدم تركيز الاختبارات على المعلومات العامة .
٢٦	عدم اتفاق المعلمين على أساليب التعلم .
٢٧	استبدال المعلم بالصديق بسبب أسلوبه الجاف .
٢٨	عدم وجود تعزيز أو مكافأة نظير الأعمال الجيدة .
٢٩	استخدام الدرجات أو التقديرات فقط كوسيلة للتقييم .



م	دلائل التميز وعدم التميز داخل الفصول الدراسية
٣٠	انعدام روح المرح والفكاهة .
٣١	تجمد مشاعر المعلمين .
٣٢	تصرف المعلم وكأنه إنسان آلي .
٣٣	انعدام روح المنافسة بين التلاميذ .

المصدر : تيتير وستيوارت Teeter & Stewart ( ١٩٩٧ ) .

وفيما يلي عرض لدلائل التميز الكامل الذي يحدث داخل الفصول الدراسية .

جدول ( ٤ )

دلائل التميز الكامل الذي يحدث داخل الفصول الدراسية

م	دلائل التميز الكامل داخل الفصول الدراسية
١	عرض ما سبق تعلمه .
٢	إثراء مراكز الأنشطة والمكتبات باحتياجات المعلم والتلاميذ .
٣	تضمين مدخلات التلاميذ في اختيارات التعلم .
٤	الاعتماد على المصادر الخارجية في التعلم .
٥	اشتراك التلاميذ بنشاط وفاعلية في عملية التعلم .
٦	استخدام التكنولوجيا دون الاستغناء عن الكتب .
٧	شمول نواحي القوة وكذلك نواحي الضعف في التعلم .
٨	ارتباط التعليم بالمستقبل المهني والحياة اليومية .

م	دلائل التميز الكامل داخل الفصول الدراسية
٩	وجود دليل على أن التلاميذ يتعلمون فعلاً ما يريدون تعلمه .
١٠	تنوع الواجبات المنزلية .
١١	تدرج وتتالي الواجبات المنزلية .
١٢	التركيز على تطبيق المعرفة والمهارات المختلفة .
١٣	اختيار التلاميذ لأنشطة ذات مستوى تفكير عالٍ .
١٤	تصبح منتجات التلاميذ نماذج لتلاميذ آخرين .
١٥	تعلم كل تلميذ ما يناسبه ( استقلال التعليم ) .
١٦	المرونة في إعطاء الإرشادات والتوجيهات .
١٧	النجاح ممكن أمام كل فرد .
١٨	الإبداع لزيادة الاهتمام والتشويق .
١٩	المزيد من المحادثات والمدخلات مع تنوع الجدول والدروس .
٢٠	قبول إجابات بديلة .
٢١	وضوح الهدف من التعلم لدى التلاميذ .
٢٢	التوازن بين التعاون والمنافسة .
٢٣	توقع إتقان المهارات الأساسية .
٢٤	التوازن بين مجموعات التعلم والعمل الفردي .
٢٥	جو مريح يشجع على التعلم والإبداع .

المصدر : تيتير وستيوارت Teeter & Stewart ( ١٩٩٧ ) .

## نموذج جامعة ليهاي للمراهقين :

### The Lehigh University Model for Adolescents

يهدف هذا النموذج إلى توفير الاستشارة السلوكية للتلاميذ الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وهذا النموذج مشابه إلى حد كبير لنموذج إيلمبروك Elmbrook ، ولهذا النموذج ثلاثة مستويات أساسية للخدمات هي :

١- تدريب الهيئة التربوية المشتركة في عملية التقييم على التدخلات التي يتم تنفيذها في المدرسة ( القائمة على المدرسة ) ، وكذلك تدريب الوالدين والتعاون مع المجتمع وشرح التدخلات المتعلقة بالعلاقة مع الرفاق .

٢- الاستشارة السلوكية للتعرف على التلاميذ الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وتقييم خطط العلاج والاتصال بالأطباء والمساعدة في تنفيذ المهارات الوالدية والاجتماعية وترويض الذات وخدمات تقييم البرنامج .

٣- المعرفة المتقدمة والبث أو النشر وتقديم الاستشارة للعاملين في المجال التربوي .

وأوضحت نتائج تقييم هذا البرنامج أن المعلمين ازدادت معرفتهم بالاضطراب ، وكانوا راضين عن الخدمات المقدمة ، وأنهم مازالوا ينفذون الاستراتيجيات التي تم تطويرها ، كما أنهم يعدلون الاستراتيجيات بالنسبة للتلاميذ الجدد الذين لم تتضمنهم الاستشارة الأولية ، وكانوا في أغلب الأحيان مهتمين بالحصول على المزيد من المعلومات عن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وكانت هذه النتائج مؤثرة وفعالة على الرغم من أنه يجب جمع البيانات الخاصة بنتيجة كل تلميذ من أجل تحقيق

تقييم كامل بدرجة أكبر للبرنامج ، ومن أهم العوامل التي أدت إلى نجاح البرنامج تلقي التأييد والمساندة الإدارية وزيادة دافعية المعلمين المشاركين واختيار الاستراتيجيات الملائمة ( شابيرو وآخرون Shapiro et al. ، ١٩٩٦ ) .

ويعرض هذا المشروع وكذلك مشروع إيلمبروك الخطوط الإرشادية لتطوير نموذج قائم على المدرسة يمكن تعميمه على مدارس أخرى .

ويقدم دي بول وستونر DuPaul & Stoner ( ١٩٩٤ ) الاقتراحات التالية لمعالجة أوجه العجز في المهارات الأكاديمية ، والمشكلات المتعلقة بالتنظيم ، والصعوبات في توجيه الذات الموجودة لدى الكثير من المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وهذه الاقتراحات هي :

١- ينبغي أن يستمر التعليم الأساسي كنظام دراسي ، وأن يتم تزويد التلاميذ بفرص الممارسة التي يتم الإشراف عليها .

٢- ينبغي أن يتم تنظيم الواجب المنزلي في كتاب للتدريبات يشتمل على مشروعات قصيرة الأمد ومشروعات طويلة الأمد ، ويتم التوصية بالاتصال بين المعلم والوالدين ، ويجب توفر المعززات أمام كل تلميذ ، وإعطاؤه المزيد من المسؤولية .

٣- السماح للتلاميذ بتسجيل الدروس على شرائط كاسيت كطريقة لتعويض المصاعب التي تتعلق بالانتباه والتنظيم ، وقد يكون هذا الإجراء مفيداً عندما يكون التلميذ في أولى خطواته لتعلم تدوين الملاحظات ، وينبغي أن يكون ذلك تحت إشراف المعلم ، كما ينبغي العمل على توافر

مجموعة أخرى من الكتب للاحتفاظ بها في البيت لتفادي مشكلة النسيان .

٤- التوصية بالاستخدام المستمر لأساليب التعلم الذاتي والمراقبة الذاتية وذلك بالنسبة لأداء الواجبات وتدوين الملاحظات والمهارات التنظيمية .

وعلى الرغم من أن هذه الأساليب الفنية لم يتم تقييمها بطريقة منظمة ومنسقة مع المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلا أنه ثبت أن الاستراتيجيات المشابهة كانت مؤثرة وفعالة إلى حد كبير مع الأطفال الصغار .

# الفصل السابع العلاج الأسرى

## مقدمة :

يعتبر العلاج الأسرى ضرورياً بين الحين والآخر لمواجهة العلاقات الصارعية بين الفرد ووالديه ، فالتفاعل السلبي بين الفرد ووالديه يؤدي إلى حدوث فجوة بينهما ينتج عنها انخفاض التفاعل الإيجابي وزيادة المشكلات السلوكية ، ويرى باركلي Barkley ( ١٩٨١ ) أن الهدف من العلاج الأسرى هو تعديل البيئة المنزلية لكي تلائم الأسلوب العلاجي المستخدم ، وذلك لأن الصراع بين الزوجين يعوق تحقيق الأهداف المرجوة من العلاج ، كما يهدف العلاج الأسرى أيضاً إلى تدريب الوالدين على كيفية تعديل السلوك المشكل لدى الابن الذي يعاني من الاضطراب ، ويهدف العلاج الأسرى أيضاً إلى خفض الصراع النفسي بين الأفراد داخل الأسرة ، ويمكن تحقيق ذلك بالتعرف على وجهات النظر المختلفة ، والاعتراف بتأثير الاضطراب على مشاعر دافعية الآخرين ، والكبار الذين يعانون من الاضطراب ربما يصبحون آباء لأطفال يعانون من نفس الاضطراب ، ويكونوا غير مزودين بالمعلومات والأساليب التي تسهل التعامل مع أطفالهم ، وتعتبر الأساليب الفنية المتعلقة بالنواحي السلوكية ، وحل المشكلات ، وتحسين الاتصال أو التفاعل بين الوالدين والمراهق وتعليم حل الصراع هي الأساس الذي يشكل العلاج الأسرى .

## العلاج الأسرى :

بدأ علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال والمراهقين باستخدام الأدوية المنبهة وغيرها من أشكال العلاج

بالعقاقير الدوائية عام ١٩٨٥ ، ونظراً لأن العلاجات الدوائية ليست هي الدواء الشافي من جميع المشكلات الناتجة عن الاضطراب بدأت العلاجات السلوكية في الاستخدام إلى جانب العلاجات الدوائية .

ويرى باركلي وآخرون ( Barkley et al. ١٩٩٠ ) أن العلاج بالأدوية المنبهة هو بكل المقاييس الطريقة الأكثر استخداماً بين الحين والآخر لعلاج الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ، وعلى الرغم من أن الأدوية المنبهة تؤدي إلى تحسن سلوكي دال لدى نسبة مئوية كبيرة من الأطفال الذين يعانون من الاضطراب إلا أنه يوجد عدد كبير من الأطفال المصابين بالاضطراب يكون استخدام الأدوية المنبهة كعلاج لهم إما غير مجدياً بسبب الآثار الجانبية غير المرغوب فيها ، أو أنه يكون غير كافياً ، وخاصة أثناء الفترات المتأخرة من النهار أو الساعات الأولى من المساء ؛ لذلك بدأ المهنيون في مجال الرعاية الصحية يفكرون في علاجات بديلة أو علاجات إضافية للعلاج الدوائي للأطفال وأحد هذه الاختيارات أو البدائل التدريب السلوكي للوالدين ( Behavioral Parent Training ( BPT ) ، وتبرير استخدام التدريب السلوكي للوالدين ينبع من الوضع في الاعتبار الحقيقة التي تقضي بأن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يفرضون على والديهم أو أهلهم مطالب أو أعباء متزايدة من حيث الرعاية والاهتمام خلال مرحلة الطفولة .

وهذا الاضطراب له آثار عكسية على الأداء الوظيفي للطفل والوالدين فالأطفال الذين يعانون من الاضطراب يكونون عرضة لمزيد من الخطر إذ تظهر عليهم مضاعفات أو مشكلات سلوكية ثانوية مثل اضطراب التحدي أو المعارضة ( Oppositional Defiant Disorder ( ODD أو



اضطراب المسلك أو التواصل ( CD ) Conduct Disorder اللذان يستجيبان بطريقة جيدة للتدخلات العلاجية السلوكية ( ماك ماهون وويلز McMahon & Wells ، ١٩٨٩ ) ، وعلاوة على هذا التأثير المحتمل أو الممكن على الطفل فلقد أوضحت الدراسات الحديثة أن أهل الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يمرون عادة بقدر كبير من التوتر والضغط ( هازولوود وآخرون Hazolwood et al. ، ٢٠٠٢ ) ؛ لذلك يخشى عليهم من خطورة احتمال إصابتهم بالاكتئاب ، وعدم التوافق الزواجي ، وعلى الرغم من أن هذه المشكلات تعد نتائج مباشرة للاضطراب إلا أنها تقدم أساساً لفهم السبب في أن التدريب الوالدي يحسن الأداء الوظيفي في البيت ؛ حيث يُكسب الوالدين سيطرة أكبر على سلوك الطفل في البيت وعلى الأخص عندما يتضاءل أو يتلاشى تأثير الدواء ، ومن المفترض أن ذلك سيزود الأطفال بفرص لاكتساب المزيد من السيطرة على سلوكياتهم ، وهذا بدوره سيساعد على تخفيف الضغط الواقع على الوالدين ، وكذلك الخلافات الزوجية التي تنشأ حول القضايا الخاصة بدور الوالدين .

ويبدأ العلاج الأسري بتقدير وتحليل شامل للمشكلات الهامة التي تحاول أو تجاهد الأسرة حلها ، ويقدم روبين وفوستر Robin Foster & ( ١٩٨٩ ) وصفاً تفصيلياً لكيفية إجراء المقابلة السلوكية ، وكيفية تهيئة الجو للعملية العلاجية ، وكيفية التعامل مع المشكلات المستعصية التي تنشأ أثناء المقابلة ، وكيفية طرح الأسئلة التي تستخرج المعلومات الثرية المتعلقة بالصراعات الأسرية ، ويجب أن تكون المقابلات الشخصية شاملة وأن تصمم بحيث يتم استخدام جلستين لجمع المعلومات قبل التخطيط لجلسات العلاج الأسري ،

وبدلاً من إجراء مقابلة أسرية أولية ربما يريد الكلينيكي أن يجري مقابلة شخصية للوالدين والمراهق كل على حدة لأن هذا الإجراء يسمح لكل فرد أن يناقش الموضوعات أو القضايا والمشكلات التي من المحتمل أن يتم كبتها أثناء المناقشة العائلية ، وربما يستطيع المراهق التحدث بدرجة أفضل في ظل هذه الظروف ، وكذلك ربما يشعر الوالدان بالصرامة والانطلاق بدرجة أكبر لمناقشة التوتر والضغط العائلية ، ومن الأمور الهامة في هذا الصدد أنه يجب احترام السرية ما لم تتدخل في العملية العلاجية ، ومن الأفضل أن يخبر الفرد الذي يعاني من الاضطراب المعالج بالمعلومات التي يريد أن تكون سرية ، ويجب أن يتم احترام هذه الرغبة ما لم توجد استثناءات للإفصاح ، وأثناء المقابلة الشخصية يجب استخدام الأسئلة التي تركز على المحتوى مثل : ماذا تحب ؟ ، وماذا تكره في عائلتك ؟ ، وكذلك الأسئلة التي تركز على استخراج معلومات عن كيفية الأداء الوظيفي للأسرة ، وبعد ذلك يتم تحديد معالم استراتيجيات العلاج الأسري التي تتمثل في أهداف خطة العلاج ، والأمور التفصيلية الخاصة بالعائلة مثل المواظبة على الحضور والإذعان لأداء الواجب المنزلي ، وتقديم أو توفير معلومات التقدير ، ومسئوليات المعالج ، والسرية ، وتفاصيل أخرى مثل زمن ومكان الجلسات ... الخ .

ويرى باركلي وآخرون Barkley et al. ( ١٩٩١ ج ) أنه ينبغي عمل اختبار تصفية للعائلات قبل أن يبدأ العلاج بطريقة التدريب على الاتصال لحل المشكلات Problem Solving Communication

( PSCT ) Training لا تلائم الحالات التي تكون فيها :

- ١- العلاقة بين الوالدين والابن جيدة ، ولكن يواجه المراهق مزيداً من المشكلات خارج الأسرة ( في المدرسة أو مع جماعات الرفاق ) ، وهذه المشكلات يمكن تناولها وبحثها في الجلسات الفردية .
- ٢- الصراعات نتيجة لمشكلات اجتماعية أو حالة مرضية نفسية للوالدين وينبغي تناول هذه المشكلات في جلسات فردية أو مشتركة أو مدمجة مع العمل الأسري .
- ٣- في حالة الرفض من جانب المراهق للتعاون أو المشاركة ، وقيامه بإفساد الجلسات بطريقة تائفة .

ويرى روبين وفوستر Robin & Foster ( ١٩٨٩ ) أن العلاج الأسري المصمم خصيصاً للتعامل مع الاضطراب يكون مفيداً جداً .

وفي العلاج الأسري يتم استخدام الأساليب الفنية الخاصة بالملاحظة والاستبيانات وذلك لجمع معلومات عن المشكلات الخاصة بأفراد الأسرة ، كما يتم دمج البيانات المتعلقة بالمقابلة الشخصية ، والملاحظة ، ومقاييس التقدير لتكوين صورة شاملة عن الأسرة تتضمن نواحي القوة ، وكذلك نواحي الصراع أو العنف .

وفي دراسة لباركلي وآخرون Barkley et al. ( ١٩٩٢ أ ) اهتمت بالبحث في كفاءة ثلاثة برامج علاجية لتقليل الصراعات ولزيادة العلاقة الإيجابية بين الفرد ووالديه ، واشترك في هذه الدراسة ٦٤ مراهقاً وأمهم ، وأكمل أفراد العينة ثمان جلسات علاجية ، واعتمدت الجلسات العلاجية على تدريبات الإدارة

السلوكية أو الترويض السلوكي ، والتدريبات الخاصة باستراتيجيات حل المشكلات والاتصال الجيد ، والاستراتيجيات التركيبية ، وأظهرت نتائج القياسات البعدية انخفاض دال في التفاعلات الصراعية بين المراهق ووالديه .

ورغم البحوث الكثيرة التي تناولت موضوع تدريب الوالدين على تعديل السلوك فإن عدداً قليلاً من الدراسات بحثت في كفاءة هذه الطريقة مع الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ، والدراسات القليلة الموجودة يمكن النظر إليها بتفاؤل على أنها تؤيد استخدام التدريب السلوكي للوالدين لكي يتعاملوا مع هؤلاء الأطفال ( أناسـتوبولس Anastopoulos ، ١٩٩٩ ) ، ومعظم التدخلات السلوكية العلاجية استخدمت جلسات علاجية أسبوعية جماعية أو فردية ، وكانت هذه التدخلات العلاجية قصيرة الأمد ؛ حيث امتدت من ٦ - ١٠ أسابيع ، وبصفة عامة فإن هذه البرامج ساهمت في تدريب الوالدين على استخدام الأساليب الفنية الخاصة بالتعامل مع أطفالهم في حالة الطوارئ مثل التعزيز الإيجابي .

وبعض الأساليب العلاجية ربطت بين التدريب على التصرف وقت الطوارئ وبين الإرشاد التعليمي الذي يهدف إلى زيادة معرفة الوالدين وفهمهم لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، كما أن تدريب الوالدين على ممارسة التدخلات العلاجية أدى إلى تحسن العديد من نواحي الأداء الوظيفي الأسري التي تشمل خفض التوتر والضغط الوالدية ، وزيادة تقدير الذات ( أناسـتوبولس وآخرون Anastopoulos et al. ، ١٩٩٣ ) .

وهناك مجموعة كبيرة من البحوث التي تختبر الكفاءة العلاجية للتدريب الوالدي Parent Training داخل العينات السكانية التي ينتشر بها اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ( جيتلمان - كلين وآخرون Gittelman - Klein et al. ، ١٩٨٠ ؛ دوبي وآخرون Dubey et al. ، ١٩٨٣ ؛ بولارد وآخرون Pollard et al. ، ١٩٨٣ ؛ هورن وآخرون Horn et al. ، ١٩٨٧ ؛ بيلهام وآخرون Pelham et al. ، ١٩٨٨ ؛ لانديو Landau ، ١٩٩٨ ؛ هوبس وريتمان Hupps & Reitman ، ١٩٩٩ ؛ وينبرج Weinberg ، ١٩٩٩ ؛ سميث وباريت Smith & Barrett ، ٢٠٠٢ ) ، وأوضحت نتائجها نجاح العلاج السلوكي للوالدين في تحسين الأداء الوظيفي للطفل الذي يعاني من الاضطراب ، وعلى الرغم من ذلك فإن القليل نسبياً هو الذي يعرف عن التأثير العلاجي غير المباشر الذي يحدثه التدريب الوالدي على الأداء الوظيفي للطفل أو العائلة ، وفي محاولة لاكتساب فهم أفضل لهذا الموقف قام أناستوبولس وباركلي Anastopoulos & Barkley ( ١٩٩٠ ) بإجراء دراسة على مجموعة من الأطفال تبلغ ٣٤ طفلاً ( ٢٥ ذكراً ، ٩ إناث ) ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٧٥ - ١٢٣ شهراً ، وتطبق عليهم معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وكان جميع الأطفال ينتمون إلى المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتوسط ، وتم تقسيم أفراد هذه المجموعة الكلية إلى مجموعتين فرعيتين : المجموعة الأولى تمثل المجموعة التجريبية واتبع مع أفرادها التدريب الوالدي ( ن = ١٩ ) ، والمجموعة الثانية تمثل المجموعة الضابطة ( ن = ١٥ ) ، ولم يتبع مع أفرادها أي تدخلات علاجية أو إرشادية ولأسباب أخلاقية تم إعطاء معلومات لأفرادها عن العلاجات

البديلة للاضطراب ، وبالنسبة للمجموعة التجريبية تم إجراء عدد من مقاييس التقدير التي قام الوالدين باستكمالها وذلك لتقدير التغيرات في أداء الطفل والوالدين ، وكذلك الأداء الوظيفي للأسرة وذلك في القياس القبلي والبعدي ، وبعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج التدريبي تم إجراء القياس التتبعي ، أما بالنسبة للمجموعة الضابطة تم جمع هذه القياسات مرتين مرة كقياس قبلي ، ومرة أخرى كقياس بعدي ، وتم تنفيذ البرنامج التدريبي بواسطة ثلاثة أفراد من الحاصلين على درجة الدكتوراه ومن ذوى الخبرة المكثفة باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وكانت الجلسات أسبوعية وتم تشجيع الآباء والأمهات على حضور البرنامج التدريبي ، ويقدم الجدول التالي ملخصاً للبرنامج التدريبي الذي استخدم في هذه الدراسة والمكون من تسع جلسات .

جدول ( ٥ )

ملخص لبرنامج التدريب الوالدي لأباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

م	المحتوى العلاجي
الجلسة الأولى	نظرة عامة على اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ( المفهوم - الأعراض - التشخيص - الأسباب ) .
الجلسة الثانية	مناقشة لنموذج مكون من أربع عوامل يتناول الصراع بين الوالدين والطفل وعرض مبادئ إدارة السلوك .
الجلسة الثالثة	استخدام الاهتمام الإيجابي ، وتجاهل المهارات خلال الوقت الخاص باللعب .
الجلسة الرابعة	استخدام الاهتمام الإيجابي ، وتجاهل المهارات لزيادة اللعب المستقل الملائم ، والامتثال للأوامر أو التعليمات البسيطة ومناقشة كيفية إعطاء الأوامر بطريقة أكثر فاعلية .
الجلسة الخامسة	إنشاء نظام شامل للثواب يقوم على اكتساب النقاط ، والهدايا أو أوجه الثواب الرمزية التي يقدمها البيت .
الجلسة السادسة	استخدام تكلفة الاستجابة Response Cost لعدم الامتثال وانتهاك القواعد .
الجلسة السابعة	استخدام الحرمان المؤقت Time - Out في حالة انتهاك القواعد .
الجلسة الثامنة	التعامل مع مشكلات سلوك الطفل على الملأ .
الجلسة التاسعة	التعامل مع المشكلات المستقبلية والعمل بطريقة تعاونية مع العاملين أو هيئة التدريس بالمدرسة على سبيل المثال إعداد نظم لبطاقة التعزيز اليومي .

يتضح من جدول ( ٥ ) أنه في الجلسة الأولى يتلقى الوالدان نظرة عامة عن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وفي الجلسة الثانية يتم إجراء مناقشة إضافية للاضطراب بالإضافة إلى مراجعة لنموذج مكون من أربعة عوامل لفهم المشكلات المتعلقة بسلوك الطفل ( سمات الطفل ، وسمات الوالدين ، والتوتر الأسرى ، ومناقشة للمبادئ العامة للتعامل مع السلوك ) ، وابتداء من الجلسة الثالثة يتم تكليف الوالدين بالواجبات المنزلية بين الجلسات في نهاية كل جلسة ، ويتم مناقشة ومراجعة هذه الواجبات في بداية الجلسة التالية ، وتركز الجلسات الرابعة والخامسة على تعليم الوالدين المهارات الخاصة بالتعزيز الإيجابي بما في ذلك الانتباه الإيجابي وتجاهل المهارات أثناء الوقت الخاص باللعب ، والاهتمام بطريقة إيجابية باللعب المستقل الملائم ، والامتنان للأوامر أو التعليمات البسيطة واستخدام النقاط أو الثواب الذي يوجهه الوالدان باستخدام طرق الثواب الرمزية ، وتناولت الجلسات السادسة والسابعة استراتيجيات العقاب ابتداء من إضافة مكون تكلفة الاستجابة في حالة عدم الامتنان أو مخالفة القواعد ، وبلى ذلك إعطاء تعليمات استخدام الحرمان المؤقت في حالة الانتهاكات الخطيرة للقواعد ، وفي الجلسة الثامنة يتلقى الوالدان تعليمات عن كيفية تعديل هذه الاستراتيجيات للاستخدام في الأماكن العامة ، وفي الجلسة التاسعة والأخيرة يتلقى الوالدان اقتراحات بشأن التعامل مع المشكلات المستقبلية وبشأن العمل بطريقة تعاونية مع هيئة التدريس بالمدرسة مثل إعداد نظم لبطاقة التقرير اليومي .

وأظهرت النتائج أن الأفراد الذين تلقوا التدريب أظهروا تغييرات دالة في العديد من النواحي الخاصة بالأداء الوظيفي النفسي وذلك عقب



الانتهاء من البرنامج التدريبي مباشرة ، فذكر الآباء الذين حضروا البرنامج حدوث تحسن في الأعراض الدالة على الاضطراب ، وهذه التغييرات التي ذكروها شملت الأداء الوظيفي بما في ذلك خفض التوتر وزيادة تقدير الذات ، وعلى الرغم من أنه لم توجد فروق دالة عقب العلاج في المستويات التي ذكرها الآباء بخصوص مستوى الكرب أو الضيق الشخصي والتوافق الزواجي فإن الفروق الملحوظة بين هذه القياسات كانت في الاتجاه الذي تم التنبؤ به ، وكل هذه التغييرات ظلت ثابتة خلال فترة المتابعة التي استمرت شهرين ، كما أوضحت النتائج أيضاً وجود فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة في مرحلة ما بعد العلاج ، وذلك لصالح أفراد المجموعة التجريبية فيما يتعلق بوجود أعراض أقل حدة وانخفاض التوتر لدى الوالدين ، وزيادة تقدير الذات ؛ حيث أظهر نسبة تتراوح بين ٢٦ % : ٤٦ % من المشتركين في البرنامج هذه التحسينات .

### تدخل سيكولوجي أسرى لعلاج المراهقين الذين يعانون من الاضطراب :

يتفق معظم الكلينيين على أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد حالة مزمنة ذات تأثير دال على الأداء الوظيفي السيكولوجي للمراهقين ، وعلى الرغم من أن هناك بعض الاختلافات في ظهور أعراض الاضطراب لدى المراهقين إلا أن الاضطراب بصفة عامة يؤدي إلى حدوث الكثير من الإعاقات أو أوجه الضعف السلوكية والانفعالية والاجتماعية والأكاديمية التي يمكن رؤيتها بين الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ( باركلي وآخرون . Barkley et al. ، ١٩٩١ أ ؛ باركلي وآخرون . Barkley et al. ، ١٩٩١ ج ) ، ومثل نظرائهم من الصغار فإن

معظم المراهقين الذين يعانون من الاضطراب يستجيبون بطريقة ايجابية للعلاج بالأدوية المنبهة ، إلا أن البعض منهم لا يستجيب للعلاج بالأدوية المنبهة وتظهر عليهم آثار جانبية غير مرغوب فيها أو يتطلبون المزيد من المساعدة العلاجية بدرجة أكبر مما تقدمه العقاقير المنبهة وحدها ؛ ولذا يجب أن يتضمن العلاج طرقاً علاجية بديلة أو إضافية مثل التدخلات العلاجية السلوكية ، وبصرف النظر عن هذه الموضوعات المتعلقة باستخدام الأدوية ، هناك أسباب أخرى لاستخدام العلاجات السلوكية مع المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، فالمراهقين الذين يعانون من الاضطراب يتفاعلون مع والديهم مثلاً بطرق تتسم بحالات متكررة من الصراعات والغضب المتزايد أثناء المناقشات التي تنتج عن هذه الصراعات أو الاختلافات ، ويكون لديهم نماذج للتخاطب السلبي بدرجة كبيرة ، ومثل هذه المصاعب في التفاعل أو رد الفعل الأسرى يتم إظهارها بدرجة أكبر في حالة وجود حالات مرضية مشتركة مثل اضطراب التحدي أو المعارضة ، ومن الأمور ذات الدلالة الكلينيكية هي أن أهل المراهقين الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد من المحتمل بدرجة كبيرة أن يمرون بالاكئاب وأنواع أخرى من الكرب أو الضيق بالإضافة إلى عدم التوافق الزواجي ( باركلي وآخرون Barkley et al. ، ١٩٩٢ ب ) .

ولقد أظهرت نتائج الدراسة التي قام بها هيكتمان وآخرون Hechtman et al. ( ١٩٨٤ ) أن الصراعات المزمدة بين الوالدين والمراهق من العوامل التنبؤية على أن المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يظهر عليهم عدم التوافق الاجتماعي والسلوك

المضاد للمجتمع عند وصولهم إلى مرحلة الرشد ، وهذه الصراعات تساهم ولو بشكل جزئي في زيادة الكرب أو الضيق لدى الوالدين ، وزيادة الخلافات التي تظهر بين عائلات أو أسر المراهقين الذين يعانون من الاضطراب ، ومثل هذه الظروف تلقى الضوء على الحاجة إلى تدخلات علاجية تستهدف في المقام الأول الصراع بين المراهق ووالديه ، وبوضع هذا الفرض في الاعتبار قام باركلي وآخرون .Barkley et al. ( ١٩٩٢ أ ) بإجراء دراسة تفاعلية لثلاث علاجات سلوكية تركز على تحويل الأفراد الذين يعانون من الاضطراب إلى العيادات للعلاج ، واستخدموا في ذلك مجموعة كلية قوامها ٦١ مراهقاً ومراهقة ( ٥٦ ذكراً ، ٥ إناث ) وأمهاتهم وآبائهم ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ١٢ - ١٧ عاماً ، وكان جميع أفراد العينة ينتمون إلى المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتوسط ، وانطبق على جميع المراهقين الخاضعين للدراسة معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطراب النفسية ( DSM - III - R ) ، ولتقدير التغيرات في الأداء الوظيفي قام المراهقون وأهلهم باستكمال عدد من مقاييس التقدير ، واشتركوا في مناقشات للصراع تم عرضها على شريط فيديو قبل العلاج مباشرة ، وبعد مرور أسبوع من البرنامج العلاجي ، ومرة أخرى بعد مرور ثلاثة شهور من بداية العلاج ، وبعد ذلك قام اثنين من الأخصائيين النفسيين الحاصلين على الدكتوراه ومن ذوى الخبرة في التعامل مع الاضطراب بتنفيذ كل برنامج من البرامج العلاجية الثلاث التي تتضمن التدريب على الاتصال أو التخاطب لحل المشكلات Problem - Solving Communication ، والعلاج الأسري التركيبي Structural Family Training ( PSCT ) ، والتدريب على إدارة السلوك Behavior Therapy ( SFT ) ، والتدريب على إدارة السلوك Behavior Management Training ( BMT ) وعلى الرغم من أنه لم يتم اختبار أى

علاج من هذه العلاجات الثلاثة على العينة السكانية للمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الذين تم تحويلهم للعيادات للعلاج إلا أن الباحثين كانوا على يقين بأن العلاجات الثلاثة تُعدّ علاجات واعدة في خفض الصراع بين المراهق ووالديه ، وتراوحت جلسات كل برنامج علاجي من ٨ - ١٠ جلسات علاجية بواقع جلسة واحدة أسبوعياً ، وتم تشجيع الآباء والأمهات على حضور جميع الجلسات العلاجية ، ولكي يكون مسموحاً لهم بالاشتراك في المشروع يجب عليهم حضور جميع جلسات برنامج التدريب على الاتصال لحل المشكلات ( PSCT ) ، ولسات العلاج الأسرى التركيبي ( SFT ) ، ولا يحضرون جلسات برنامج التدريب على إدارة السلوك ( BMT ) والجدول التالي يلخص برنامج العلاج التدريبي على الاتصال لحل المشكلات .

### جدول ( ٦ )

ملخص لبرنامج التدريب على الاتصال أو التخاطب لحل مشكلات المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

المحتوى العلاجي	المكون العلاجي
- التعرف على المشكلات . - التفكير في إيجاد حلول لهذه المشكلات . - تقييم الحلول واختيار الحل المناسب ، وتنفيذ الحل الذي تم اختياره . - التعرف على النماذج غير التوافقية وعلاجها . - التعرف على وإعادة تشكيل المعتقدات العائلية غير العقلانية .	تدريب مكون من خمس خطوات للاتصال على حل المشكلات السلوكية ، وإعادة التركيب المعرفي .

وفى بداية التدريب على الاتصال لحل المشكلات يتعلم المراهقون ووالديهم طريقة سلوكية مكونة من خمس خطوات لحل المشكلات تحت إشراف المعالج ، ويتم تدريبهم على ممارستها تلقائياً بين الجلسات ، وتضمنت مرحلة العلاج تأكيداً للمحافظة على الحالة الوجدانية بحيث تكون محايدة ، ويتم تدريب المراهقين ووالديهم أيضاً على إيجاد حلول متعددة لمواقف الصراع الشائعة بينهم ، وبعد ذلك يتم تعلم الوالدين كيفية الاتصال والتخاطب مع بعضهم البعض بأسلوب مباشر فى صميم الموضوع بحيث لا يحدث أو يثير الصراعات البين شخصية ، واستناداً إلى هذا الأساس تعلم المراهقون ووالديهم كيف يعيدون تشكيل المعتقدات غير العقلانية وذلك بهدف تقليل الصراع الأسرى ، وعلى الرغم من أن النسخة الأصلية لبرنامج التدريب على الاتصال لحل المشكلات تعتمد على عناصر العلاج الأسرى التركيبى إلا أن هذه العناصر لم يتم تضمينها عند تطبيق البرنامج .

ومن حيث المبدأ فإن برنامج تدريب الوالدين على تعديل السلوك كان مشابه لبرنامج التدريب السلوكى للوالدين الذى تم عرضه سابقاً إلا أنه عند تطبيقه اشتمل على تعديلات إجرائية لجعله ملائماً للاستخدام مع المراهقين ، وعلى عكس برنامج التدريب على الاتصال أو التخاطب لحل المشكلات والتدريب على إدارة السلوك فإن برنامج العلاج الأسرى التركيبى تم عرضه بطريقة مرنة وبشكل تفصيلى ؛ حيث تعرف المعالجون فى البداية على القضايا والموضوعات المتعلقة بالصراع العائلى ، ومحاولات الأسرة لحل هذا الصراع ، وطرح المقترحات والعوامل التى يعتقد أنها المسؤولة عن تقوية الصراع العائلى ، ويقدم الجدول التالى ملخصاً لهذا البرنامج العلاجى .

جدول ( ٧ )

مكونات العلاج الأسرى التركيبى المستخدم فى علاج المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

م	مكون العلاج
١	تحديد القضايا أو الموضوعات التى تشكل قلقاً أو اهتماماً أساسياً .
٢	مراجعة المحاولات الأسرية السابقة فى حل الصراع .
٣	إنشاء تعاملات مشتركة ، وإعادة تركيب هذه المعاملات .
٤	تغيير جوانب التركيب أو الهيكل الأسرى المسئولة عن استمرار الصراع الأسرى .

وأوضحت النتائج حدوث تحسن فى نواحٍ متعددة للأداء الوظيفى باستخدام العلاجات الثلاثة ؛ حيث أظهر المراهقون وأهلهم صراعات أقل حدة أثناء المناقشات المتعلقة بالصراع ، والمزيد من الاتصال الفعال بطريقة دالة عقب العلاج مباشرة ، وصاحب هذه التغيرات ظهور أعراض مرضية أقل لدى المراهقين ، ومستويات أكثر انخفاضاً للاكتئاب الزوجى ، ومن الأمور ذات الدلالة الكلينيكية الكبيرة أن هذه التحصينات استمرت لمدة ثلاث شهور بعد العلاج ، وعندما تم النظر إلى هذه النتائج فى سياق دلالاتها الكلينيكية على المستوى الفردى ، وجد أن نسبة من الأفراد تتراوح من ٥ % : ٣٠ % أظهرت تحسناً كلينيكياً على المقاييس التى أجريت بعد العلاج وأثناء المتابعة ، وعلى المستوى الجماعى لم توجد فروق دالة من الناحية الكلينيكية بين العلاجات الثلاثة ، وعلى الرغم من ذلك أظهر الأفراد المشاركون فى برنامج التدريب على الاتصال لحل المشكلات ، وبرنامج

التدريب على إدارة السلوك تحسناً دالاً من الناحية الكلينيكية بعد العلاج بدرجة أكبر مما في حالة الأفراد الذين تلقوا برنامج العلاج الأسرى التركيبي .

وهكذا يتضح أن التدخلات العلاجية أحدثت تحسناً في الأداء السيكولوجي الوظيفي وامتدت هذه التغيرات لمدة ثلاثة شهور بعد العلاج وتضمنت هذه التغيرات زيادة تقدير الذات لدى الوالدين ، وخفض التوتر ، وانخفاض الأعراض المرضية المصاحبة للاضطراب .

ونظراً لندرة البحوث في هذا الميدان فإن أهم النتائج المنبثقة من هذه الدراسة هي أن التدخلات العلاجية السلوكية لها قيمتها في العلاج الكلينيكي للمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، كما أن العائلات استجابت بطريقة دالة للعلاج ؛ حيث ظهر تحسناً في نوعية التفاعل بين المراهق ووالديه ، وانخفضت مستويات الاكتئاب ، والأعراض المرضية الداخلية .

كما أن الدراسة السابقة ألفت بضوء جديد وهام على الكفاءة الكلينيكية للتدخلات العلاجية النفسية التي تركز على الأسرة ، وذلك لعلاج المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ومع ذلك فقد كانت هناك أسئلة كلينيكية هامة تركت بلا إجابة فعلى الرغم من أن التحسن في الأداء الوظيفي النفسي في مرحلة ما بعد العلاج استمر لمدة تصل إلى ثلاثة شهور عقب العلاج فمزال هناك عدم تأكد على أن هذه التغيرات العلاجية ستظل كما هي خلال فترات أطول أم لا ، وهذه الأمور من القضايا الكلينيكية التي يجب تناولها في البحوث المستقبلية .

برنامج الوقاية والعلاج بالنسبة للأطفال في مرحلة رياض الأطفال :

يرى باركلي Barkley ( ١٩٩٠ ) أن الأطفال في سن الدخول إلى المدرسة ، وكذلك المراهقون الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يمرون بمشكلات ومضاعفات سيكولوجية ، وهذه المشكلات تشمل السلوك داخل الفصل ، والمشكلات المتعلقة بالأداء الأكاديمي ، والمشكلات السلوكية الثانوية ، وتدهور العلاقات بين الرفاق ، وداخل الأسرة ، وتدني تقدير الذات ، وأنواع أخرى من الكرب أو المحن الانفعالية ، وفي أغلب الأحيان تتطور هذه الأنواع من المشكلات ببطء مع مرور الوقت وبالتالي تظهر علامات تدل على أنهم يعانون من اضطراب التحدي والمعارضة ، ونظراً لأن هذه الجوانب أو الأعراض المرضية السلوكية تكون غير موجودة قبل ذلك فإن هذا يوحي بأن الجهود التي تبذل للتدخل العلاجي المبكر يمكن أن تساعد على الحد من خطورة هذه المشكلات ومنعها من الظهور ، ومن هنا بدأت فكرة التدخل الوقائي المبكر للأطفال الصغار المعرضين لخطر المعاناة من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، أما الأطفال الذين تم تحديدهم فعلاً على أنهم في منطقة الخطر من جراء حدوث الاضطراب استكمل أهلهم استبيانات سلوك الطفل ، وتم تقسيم هؤلاء الأطفال وعائلاتهم إلى أربع مجموعات :

المجموعة الأولى : مجموعة ضابطة تتلقى البرنامج العادي لرياض الأطفال والمتاح لجميع الأطفال في المجتمع .

المجموعة الثانية : تتلقى برنامج رياض الأطفال العادي إلى جانب برنامج التدريب السلوكي للوالدين وهو برنامج مشابهة للبرنامج الذي تم مناقشته في هذا الفصل .



المجموعة الثالثة : تتلقى برنامج رياض الأطفال المكثف وبرنامج آخر لتدريب الوالدين .

المجموعة الرابعة : تضم مجموعة من الأطفال العاديين الذين لم يتم تحديدهم على أنهم في خطر التعرض للاضطراب وذلك أثناء إجراء اختبارات التصفية والمعاينة ، وهؤلاء الأطفال تم إدخالهم في الدراسة كمجموعة ضابطة ثانية وذلك للأغراض الخاصة بالمقارنة من الناحية النمائية .

وبعد ذلك استمر الأطفال الذين تم تضمينهم في البرنامج المكثف لرياض الأطفال في الحضور داخل الفصول الدراسية في المدرسة ، واتباع هذا الإجراء مع كل الأطفال المشاركين في الدراسة ، ولتسهيل انتقال الأطفال من برنامج مكثف إلى برنامج عادي قام معلموهم باتخاذ إجراءات رسمية في نهاية السنة الدراسية لرياض الأطفال لإزالة اعتمادهم تدريجياً على البرنامج المكثف ، ويتضمن ذلك محاولات منتظمة لتقليل تعرضهم لاستراتيجيات العلاج في حالة الطوارئ وزيادة اشتراكهم في التعلم مع مجموعة كبيرة توقعاً لمطالب أو مقتضيات الصف الدراسي ، وأجريت لجميع الأطفال المشاركين وأسرههم تقديرات شاملة ومتعددة الطرق في مناسبات مختلفة قبل دخول رياض الأطفال ، وفي نهاية مرحلة رياض الأطفال ، وفي نهاية الصف الأول والصف الثاني الابتدائي ، وشملت التقديرات الثانوية مقابلات تشخيصية جيدة التنظيم مع الوالدين أو أحدهما ، ومع المعلم ، وجميعهم أكملوا استبيانات سلوك الطفل ، والاستبيانات المتعددة للتقرير الذاتي عن الوالدين ،

وملاحظات السلوك داخل الفصل الدراسي ، والملاحظات الخاصة بالتفاعلات بين الطفل ووالديه ، والاختبارات النفسية والتربوية للطفل .

وخرجت الدراسة بعدة توصيات أهمها :

- ينبغي أن يكون لدينا فهم أفضل للمؤشرات أو الدلائل السلوكية في مرحلة الطفولة المبكرة التي يمكن من خلالها التنبؤ بأعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وما يصاحبه من حالات مرضية مشتركة .
- ينبغي على الكلينيين أن يكونوا صورة واضحة للسير التتموى المبكر للاضطراب .

وهكذا ؛ يتضح من المناقشة السابقة أن التدخلات العلاجية السلوكية تفيد في علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال والمراهقون ، وإحدى المزايا الرئيسية لاستخدام هذه التدخلات العلاجية بالإضافة إلى الأشكال الأخرى من العلاج النفسى هي استخدامها لاستهداف الأعراض المرضية الأولية أو الأساسية التي يعانى منها الأطفال أو المراهقين الذين يوجد لديهم الاضطراب ، كما أنها تستخدم أيضاً لعلاج الكثير من المعالم أو الملامح المرضية المشتركة الأخرى مثل سلوك العصيان أو المعارضة ، وكذلك مشكلات الاتصال نتيجة سلوكياتهم المضطربة ، ونظراً لأن هذه التدخلات العلاجية تعتمد غالباً على الوالدين كمعالجين نفسيين فإن كثيراً من الوالدين يستمدون الفوائد العلاجية غير المباشرة من اشتراكهم فى العلاج ، ورغم أن التأثير الطويل

الأمد لهذه التدخلات العلاجية النفسية ما يزال أمراً يتطلع إليه فإن الدليل المبدئي يوحى بأن التحسن في الأداء الوظيفي السيكولوجي الذي أسفر عنه العلاج يمكن المحافظة عليه أو الاستمرار فيه في غياب الاتصال المستمر بالمعالج وذلك على المدى القصير على الأقل .

وكما يتضح من نتائج معظم البحوث التي أجريت في هذا الصدد أنها تركز على الكفاءة الكلينيكية للتدخلات العلاجية النفسية ، وإحدى فوائدها المضي في هذا النوع من البحوث هي أنها تسمح بمزيد من الفهم الأفضل للتأثير الذي تحدثه هذه العلاجات على الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، والتركيز على هذه البحوث زودنا برؤية هامة لمعرفة أوجه قصورها العلاجية ، وعلى الرغم من أن بعض الأفراد ربما ينظرون إلى أوجه القصور على أنها موانع لاستخدام مثل هذه العلاجات إلا أن الكثير من الباحثين الذين تناولوا هذا الموضوع بالبحث والدراسة يرفضون وجهة النظر هذه ، ويرون أن أوجه القصور واقع أو حقيقة كلينيكية تنطبق على جميع علامات اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وتمشياً مع اعتقادنا بأنه لا يوجد علاج واحد يفي بالمعالجة الكلينيكية للأطفال والمراهقين الذين يعانون من الاضطراب فإن هذه المعلومات تفيد في توجيه الجهود المبذولة لبرنامج العلاجات المكتملة بحيث تخرج لنا مجموعة علاج متعددة الطرائق أو الأساليب يركز كل منها على معالجة المراحل أو المظاهر المختلفة للأداء الوظيفي السيكولوجي للطفل أو المراهق .

## التدريب على حل المشكلات الاجتماعية :

يرى كثير من المؤلفين أنه من الضروري تعليم الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كيفية أو طريقة حل المشكلات بطريقة منظمة ( براسويل وبلومكويست & Braswell ، Bloomquist ، ١٩٩١ ، كيندال وبراسويل Kendall & Braswell ، ١٩٩٣ ) ، والمبرر العقلاني وراء هذا التدريب هو أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب لا يقضون وقتاً في التفكير في الحلول الاختيارية لمشكلاتهم بسبب التحكم الرديء في اندفاعهم ، وهناك مجموعة من الدراسات توصلت إلى أن هؤلاء الأطفال يظهرون استجابات سريعة وغير دقيقة في المهام أو المواقف التي يتعرضون لها ، ومما يجب التأكيد عليه أن العجز المتعارف عليه في حل المشكلات المصاحبة لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يختلف عن المصاعب المعرفية المصاحبة للأشكال الأخرى من الحالة المرضية النفسية فمثلاً التدريب على حل المشكلات بالنسبة للأطفال المكتئبين يوجه إلى جمود التفكير والمشاعر التي تتسم باليأس ، والتي لا توجد بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

ويرى باركلي Barkley ( ٢٠٠٣ ) أن نموذج حل المشكلات يعتمد على أربع خطوات أساسية تتبع من إطار عمل قام بتطويره دوزريل وجولدفرايد D'Zurille & Goldfried وهذه الخطوات هي :

- تحديد المشكلة .
- إيجاد حلول اختيارية لهذه المشكلة .
- تقييم نتائج الخيارات المختلفة واتخاذ القرار .

- انتقاء خيار أو بديل لتجربته أو التخطيط والتنفيذ للحل .

ويتم تعليم أفراد العائلة كيفية استخدام الاتصالات في حل المشكلات بهدف حل الصراعات والمشكلات الملحة ، وربما يتم أيضاً تعليم مهارات التفاوض ، ومن الضروري توفير فرص الممارسة من خلال جلسات العلاج ، كما يتم إعطاء الواجبات المنزلية ، ويجب أن يتعلم أفراد العائلة كيفية التعرف على المشكلات الأساسية وذلك لإيجاد خيارات معقولة تساعد على حل الصراعات ، واتخاذ القرارات التي تشمل المفاوضات ، والوصول إلى حلول وسط وتطوير وتنفيذ الخطط لحل الصراعات ( روبين وفوستر Robin & Foster ، ١٩٨٩ ) .

وتستخدم غالباً الأساليب الفنية الخاصة بلعب الأدوار ، والنمذجة أثناء التدريب ، وهناك أنواع أخرى من الأساليب الفنية المعرفية من المحتمل استخدامها بالاشتراك مع هذا النوع من التدريب منها طرق إعادة التدريب على العزو Attribution Retraining ، وطرق منع أو تجنب التوتر أو الضغوط Stress Inoculation Procedures ( براتن وروزين Braaten & Rosen ، ٢٠٠٠ ) .

وأوضحت نتائج العديد من الدراسات أن فاعلية التدريب على حل المشكلات الاجتماعية مع الأطفال الذين يعانون من الاضطراب جاءت مسببة للإحباط إلى حد ما ؛ حيث أوضح أبيكوف Abikoff ( ١٩٨٥ ) وجود دليل ضعيف على أن استخدام هذا التكنيك المعرفي وحده يؤدي إلى تحسن السلوك بصرف النظر عن ما إذا كان الأطفال يتعاطون الأدوية المنبهة أم لا يتعاطونها .

ويستطيع الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أن يتعلموا مهارات حل المشكلات الاجتماعية ، ولكنهم لا يستخدمون غالباً الأساليب الفنية في مواقف أو أماكن التدريب الحقيقي ، ويكون التدريب المعرفي مع الأطفال الذين يعانون من الاضطراب أكثر فاعلية أو تأثيراً عندما يكون التركيز على مواقف قليلة محددة مثل إعادة التدريب على العزو أو التدريب على منع التوتر أو الضغوط ، ودراسات التدخلات العلاجية التي تشمل التدريب على منع التوتر أو الضغوط على وجه الخصوص أحدثت نتائج مباشرة بالخير ( إرفين وآخرون Ervin et al. ، ١٩٩٦ ) .

وهكذا ؛ يمكن القول بأن عملية التدريب على حل المشكلات الاجتماعية تهدف إلى زيادة وعي الأفراد بكيفية التصرف في المواقف الاجتماعية المختلفة ، وحثهم على التريث والبعد عن الاندفاع المعهود لديهم ، وتناول خطوات حل المشكلة بجدية ودقة وخصوصاً الخطوة المتعلقة بوضع حلول محتملة للمشكلة .

### التدريب على الاتصال :

يعتبر التدريب على الاتصال هدفاً رئيسياً آخر للعلاج الأسري ؛ حيث يتم تعليم الأسر التعرف على أوجه السلوك الاتصالي الذي يسبب المشكلات على سبيل المثال الاتهام ، وتوجيه اللوم ، والوقوف في موقف الدفاع .... الخ كما يتم تعليمهم استراتيجيات بديلة على سبيل المثال : قبول المسؤولية ، وتكوين عبارات بصيغة المفرد المخاطب " أنا " ، وتكوين عبارات تجريبية ، ويجب أن يوضح المعالج أنماط السلوك الاتصالي التي تسبب المشكلات

وذلك أثناء الجلسات ، وتكوين أو إنشاء عبارات كنماذج وظيفية بشكل أكبر على سبيل المثال العبارات الوصفية مقابل العبارات الاتهامية ، ويتم استخدام استراتيجيات وأساليب فنية أخرى يتعلم أفراد العائلة من خلالها الاتصال مع بعضهم البعض بدلاً من الاتصال عن طريق طرف ثالث فعلى سبيل المثال يتم سؤال الوالدين أو يطلب منهم أن يتحدثوا مباشرة إلى ابنهم أو ابنتهم بدلاً من الحديث مع المعالج وذلك عند مناقشة مخاوفهم ، ولذا عندما يحدد الوالد سلوكاً يرم عن مشكلة ويقول للمعالج : المشكلة هي أن ابني لا يظهر أى احترام لقواعد عدم الخروج من المنزل ، يطلب المعالج من الأب قائلاً من فضلك أخبر ابنك بالمشكلة وسأقوم أنا بالاستماع ، والهدف هنا هو تعريف الابن بالمشكلة والبدء فى بناء حوار بين الوالد وابنه يستمع إليه المعالج ويقوم بتقديم التغذية الرجعية فى الجلسات ، كما يتم تعليم الوالدين أيضاً تجنب استخدام التعليقات الكلامية الإتهامية ، ويتم تعليم المراهق كيف يتحمل المسؤولية تجاه سلوكه ، ويجب تعليم الوالدين والأبناء معاً تعديل طرق الاتصال غير الجيد مثل تجنب الاتصال المباشر بالعين ، وهز الأكتاف ، وتوجيه النظر نحو السقف لأن هذه الأمور تعوق طرق التخاطب الجيد .

### التكنيكات الوظيفية والتركيبية :

يركز هذا الجزء من العلاج على النظم الأسرية التى بها خلل والتى تساعد على استمرارية المشكلات العائلية ، وتناول روبين وفوستر Robin & Foster ( ١٩٨٩ ) خمس مشكلات رئيسية هي :

١- الائتلاف ( التحالف ) الوالدى الضعيف Weake Parental Coalitions

٢- الائتلاف بين الأجيال Cross - Generational Coalitions

٣- شبكة التثليث Triangulations

٤ - سوء سلوك المراهق الذي يمنع الصراع الوالدى .

Adolescent Misbehavior Preventing Parental Conflict

٥ - تصعيد التمرد المبالغ فى الحماية

The Overprotective - Rebellion Escalator

ويمكن رؤية الائتلاف الوالدى الضعيف فى الأسر التى يوجد فيها مراهق ذو سلطة مطلقة ومدلل يستغل الوالدين الذين لا يمكنهم التوصل إلى طريقة للتأديب أو النظام ، ويحقق هدفه أو يهرب من التأديب ، ويفلت من تطبيق النظام عليه ، والهدف فى هذا الموقف هو كسر الدورة الإجبارية التى يتم فيها تعزيز سوء سلوك المراهق بطريقة سلبية ، وتؤدى محاولة الوالدين لتقليل هذا التفاعل مع العمل التأديبى إلى التبادل المنفر بين الوالدين الذين لا يتفقون على مجرى أو طريقة العمل ، فالمراهق يستثمر هذا التفاعل ويستمر فى سوء السلوك ومن ثم يجبر الوالدان على أن يستمروا فى استخدام التأديب غير الفعال ، ويتوقف الوالدان عن المحاولة ، وبالتالي يفعل المراهق ما يريد وما يحلو له ويفقد الوالدان السيطرة عليه ، وعملية التوقف أو الاستسلام تسمح للوالدين بالهروب من التفاعلات المحبطة والمتصارعة مع ابنهم ومع بعضهم البعض ، ومن هنا جاء مصطلح الائتلاف الوالدى الضعيف ، وفى هذا الموقف لا يستطيع الوالدان أن يتخذا موقف اتفاقى أو خطوة فعالة للعمل لكى يتعاملوا مع المراهق الخارج عن السيطرة أو الذى لا يمكن السيطرة عليه ، وهذه الدورة هى نموذج أو نمط شائع بوجه خاص فى البيوت التى يوجد فيها مراهقون لا يمكن السيطرة عليهم ، ويؤدى هذا النموذج إلى حدوث كثير من الأعمال العدوانية التى تتمثل فى المشاجرات البدنية واللفظية ، وهذه أمور تؤدى إلى ضعف الروابط الإيجابية بين جميع أعضاء الأسرة ، وبسبب هذه النتائج السلبية يجب العمل على تعديل هذا



النموذج على الرغم من أنه نموذج صعب التغيير ( باركلي وآخرون  
Barkley et al. ، ٢٠٠١ ) .

ويساعد المعالج الوالدين على أن يكونوا على وعى بهذه الدورة ، وأن  
يتحدثوا عن اختلافهم في الآراء ، وأن يتفقا على حل يمكن لكلاهما أن يفعله  
وأن يمارسا التأييد والمساندة ومتابعة العلاج .

ويشير الائتلاف بين الأجيال إلى المواقف التي ينحاز فيها أحد الوالدين  
مع المراهق ضد الوالد الآخر ، واستخدام هذا النمط يعتبر شائعاً في العائلات  
السلبية ، على سبيل المثال يجرب الطفل التعامل مع الوالدين كل على حدة ثم  
يرضخ أو يمتثل للطرف الأكثر تساهلاً أو تسامحاً ، ويعتبر ذلك سبباً لحدوث  
العديد من المشكلات وخاصة إذا اختلف الوالدان وحدث انهيار في الأعمال  
التأديبية الفعالة من جانبهما ( روبين وفوستر Robin & Foster ، ١٩٨٩ )  
ويتم ممارسة الأساليب الفنية لتقوية الائتلاف أو التحالف بين الأم والأب في  
الجلسات وذلك باستخدام استراتيجيات حل المشكلات ، والاستراتيجيات  
الخاصة بالاتصالات .

ويشير التثليث Triangulations إلى المواقف التي لا يتفق فيها  
فردان من العائلة ويكونان حلفاً لطرف ثالث من أجل التأييد أو  
المساندة ، ويكون الطرف الثالث غير متوافقاً في إعطاء التأييد وربما  
يتحول من أحد أعضاء الأسرة إلى فرد آخر ، وهذا النمط شائعاً في  
العائلات المختلطة التي يكون فيها الوالد الطبيعي محصوراً بين  
المراهق أو المراهقة وزوج الأم أو زوجة الأب ، وعندما يقوم  
المعالج بشرح هذا النمط وتصحيحه باستخدام استراتيجيات حل

المشكلات فإنه يساعد العائلات في التغلب على هذه التغيرات البيئية ( باركلي وآخرون . Barkley et al. ، ٢٠٠١ ) .

وهناك مشكلة أخرى يعالجها روبين وفوستر Robin & Foster ( ١٩٨٩ ) وهى المواقف التى تتم عن سوء سلوكيات المراهق التى يهدف من ورائها إلى ترابط الوالدين معاً بدلاً من التناجر وجعل الأسرة متماسكة وممتدة ، وبالتالي عدم لفت الانتباه لمشاكله على سبيل المثال : تعاطى المخدرات أو الخمر ، وهذه الصراعات يصعب التعامل معها أثناء العلاج ، وتتطلب غالباً إجراءات غير مباشرة لتجنب مقاومة الوالدين ، ولقد وجد أن تحليل أوجه سلوك المراهق على ضوء الفوائد الوظيفية أى الوضع فى الاعتبار ما يحققه سوء السلوك من فوائد ذو نفع كبير ؛ حيث يتمكن المعالج من تغيير هذه السلوكيات وذلك من خلال الميكانيزمات المنفرة لأوجه السلوك بهدف تحقيق العلاقة المرغوبة .

ومما يجب الإشارة إليه أن تصاعد أوجه سوء السلوك يؤدى إلى المزيد من القيود الوالدية التى يصاحبها أو يقابلها المزيد من تمرد المراهق مما يؤدى إلى حدوث تفاعل منفر متبادل يؤدى فى النهاية إلى العقاب المتزايد من جانب الوالدين تجاه أوجه السلوك السئ للمراهق ، وتنتهى هذه الدورة غالباً بسلوكيات خطيرة جداً مثل استخدام المراهق للخمر والمخدرات أو الدخول فى تحالفات لصداقات منحرفة وعدم التزام أو إهمال للأوامر المفروضة ( باريجا وآخرون . Barriga et al. ، ٢٠٠٢ ) .

ويتم عادة استخدام الأساليب الفنية لإعادة التركيب المعرفى لمساعدة الوالدين على مواجهة المعتقدات المشوهة أو المنحرفة ،

ومثل هذه التحريفات توحى بأن إعطاء الحرية للمراهق سيؤدي حتماً إلى نتائج سيئة ، ويتم أيضاً تناول ومناقشة المخاوف غير الواقعية الخاصة بالنتائج السلبية ، وذلك في جلسات العلاج ، ويتفق الوالدان على استخدام ضوابط أقل تقييداً إذا وافق المراهق على أن يكون مستجيباً أو مسئولاً ، ويجب على المراهق أن يمثل لأوامر والديه على وعد أن يكون الوالدان أقل تقييداً أو تحكماً معه ، ويجب تجربة هذا النظام لمدة أسبوع أو أسبوعين ( روبين وفوستر Robin & Foster ، ١٩٨٩ ) .

وعلى الرغم من وجود العديد من الأسئلة التي تحتاج إلى إجابات أظهر التدريب على الاتصال الإيجابي من أجل حل المشكلات كفاءة جيدة فيما يزيد على النصف إلى الثلثين بالنسبة للأسر التي تلقت العلاج ( يونج وآخرون Young et al. ، ٢٠٠٣ ) ، وقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الصدد تحسن مهارات الاتصال ، ومهارات حل المشكلة في المناقشات المتعلقة بالمشاكل الحياتية الواقعية ، وكذلك انخفاض الصراعات الأسرية ، وهذه الدراسات تم إجراؤها على عائلات كانت تبحث عن الخدمات العيادية لمراهقها ، والحاجة ملحة إلى إجراء المزيد من الدراسات التي تجدد إلى أي مدى سيكون التدريب على الاتصال لحل المشكلات مفيداً مع الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وقد توصل باركلي وآخرون Barkley et al. ( ٢٠٠١ ) إلى أن طريقة التدريب على الاتصال لحل المشكلات مؤثرة وفعالة إلى حد كبير بالنسبة للوالدين الذين يوجد لديهم مرهقين يعانون من الاضطراب .

## طرق أخرى خاصة بالوالدين :

هناك طرق أخرى خاصة بالوالدين تمكنهم من التعامل مع المراهقين الذين يصعب التعامل معهم ، وهذه الطرق تقدم العديد من النصائح والإرشادات العملية التي تهدف إلى تجنب المواقف الصعبة ، وإدارة التفاوض بشأن الصراعات أو النزاعات التي تنشأ بين الوالدين والمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

ويحدد لنا ألكسندر - روبرتس Alexander - Roberts ( ١٩٩٥ ) عدداً من الأساليب الفنية أو التكنيكات الواعدة للتأديب الايجابية الذي يتضمن أفكاراً بشأن الطريقة أو الكيفية التي يتعامل بها الآباء مع المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد منها :

- ١- التفاوض بشأن العواقب في حالة كسر أو انتهاك القواعد ، ويفضل استخدام العديد من المؤشرات الخاصة بحل المشكلات .
- ٢- تنظيم اجتماعات عائلية لمناقشة الموضوعات المهمة .
- ٣- استخدام التعليم والإرشاد بطريقة مؤثرة بعد فترة قصيرة من وضع القواعد .
- ٤- توفير اختيارات متعددة لتجنب الصراع الوالدي .
- ٥- كتابة عقد أو اتفاق سلوكي يتضمن تكلفة الاستجابة وحذف الامتيازات .
- ٦- استخدام بعض الأساليب الوالدية المؤثرة مثل استخدام المدح والثناء ، والتسامح في حالة حدوث الأخطاء البسيطة .
- ٧- التخاطب بأسلوب غير دفاعي خالي من العدوانية .

٨- اختيار المعززات بدقة وعناية عند استخدام طرق ترويض السلوك أو طرق التعاقد .

وينتهج بلاكمان وهينشو Blachman & Hinshaw ( ٢٠٠٢ ) طريقة أخرى تعتمد على تقديم عدة نصائح حول كيفية تجنب بعض الأخطاء الأساسية للوالدين وتشمل هذه النصائح ما يلي :

١- حذف المناقشات الفورية للمشكلات بقدر الإمكان ، وذلك بجعل الوالد أو الوالدة يخبران المراهق مسبقاً بأنهم يريدون أن يناقشوه في موضوع أو قضية ما ، وبعد ذلك يحددان وقتاً للحديث معه .

٢- التقليل بقدر المستطاع من الشكاوى .

٣- إلغاء المحاضرات الوالدية .

٤- عدم المجادلة .

وهناك طرق أخرى تفيد في تحسين الاتصال أو التخاطب بين المراهق ووالديه منها استخدام الاستماع الفعال وتجنب الأسئلة التي تتعلق بإصدار الأحكام ، وإعادة صياغة المشاعر ، واستخدام المراجعات وعبارات التلخيص أو الإيجاز ، كما أن هناك أيضاً طرق أخرى تفيد في تحسين العلاقة بين المراهق ووالديه تشمل المشاركة والقيام بعمل الأشياء المسلية معاً ، واستخدام المعززات الموجبة ، وتعتبر مناقشة الخطوط الإرشادية لاتخاذ قرار بشأن توقيت البحث عن المساعدة من جانب المتخصصين والأساليب الفنية العملية المتعلقة بحل المشكلات مثل الإمتيازات الخاصة باستخدام التليفون ، والأعمال المنزلية ، والأوامر المتعلقة بعدم مغادرة المنزل ، والأمور

الخاصة بالمظهر والملبس ، وكذلك الأمور المتعلقة بالأصدقاء هامة جداً في برامج العلاج الأسرى .

وبصفة عامة يرى ألكسندر - روبرتس Alexander - Roberts ( ١٩٩٥ ) أن تحسين أنماط العلاقات والاتصالات ، وتفادي أو تجنب المشكلات ، وحل الصراعات ، واستخدام الأساليب الفنية الخاصة بمساعدة الوالدين على الابتعاد عن الاستراتيجيات غير المؤثرة مفيدة ومليئة بالفكر الثاقبة من الناحية الكلينيكية ، وعلى الرغم من أن هذه الأساليب الفنية لم يتم اختبارها من الناحية العملية لتحديد كفاءتها في حل الصراعات أو المشكلات بين الوالدين والمراهق فإن كثيراً من هذه الاستراتيجيات تم استخدامها بنجاح في مواقع عيادية كثيرة .

### التخطيط للمستقبل المهني :

يعانى أهل المراهقين ذوى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من القلق والخوف بشأن النجاح المستقبلي لأولادهم ؛ ولذا فمن المهم جداً للكلينيكي أن يتعامل مع هذه المخاوف ويناقشها في الجلسات الأسرية مع الوضع في الاعتبار عمل جلسات فردية مع الوالد أو الوالدة ومع المراهق أو المراهقة فيما بعد .

وينبغي مساعدة هؤلاء المراهقين على تحديد أهدافهم الأكاديمية التي يجب أن تتسم بالواقعية ، وربما يكون المعلمون في حاجة إلى التعرف على القدرات المعرفية والأكاديمية للمراهق ، وأن يكونوا على علم بوجود الاضطراب لديه ، فمواهب المراهقين الذين يعانون من الاضطراب يتم التقليل من شأنها لأنهم يبدوون مشتتى الذهن وغير مدركين ، وغالباً لا يتم

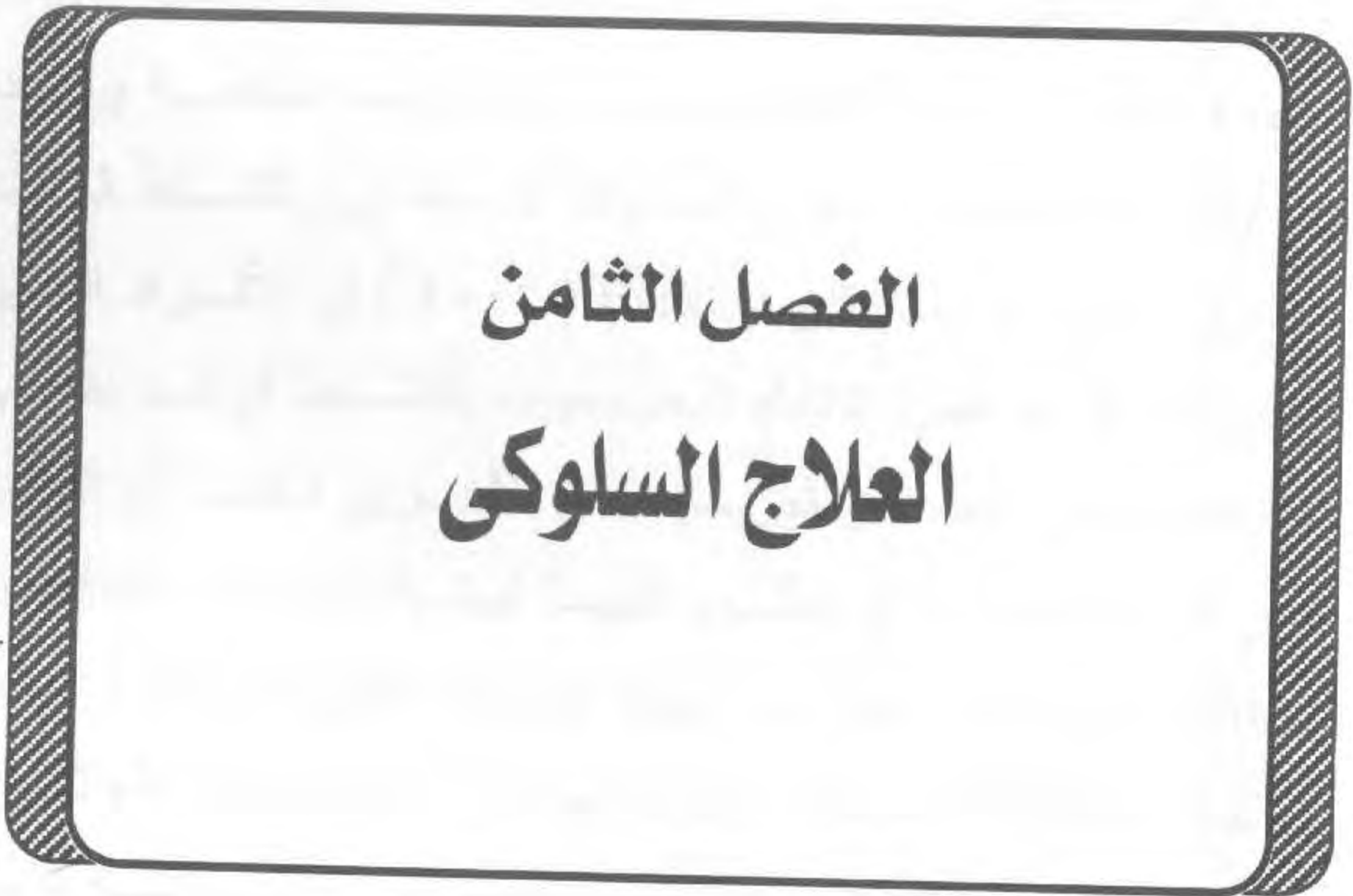
الاعتراف بقدرات التلاميذ الأذكى الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ومع استخدام الأساليب الفنية الملائمة ، والطرق التعليمية المتميزة يمكن للمراهقين الذين يعانون من الاضطراب أن يواصلوا دراساتهم بنجاح في الكليات وبالتالي يحصلون على عمل مريح ومستقبل منشود ( تيتير وستيوارت Teeter & Stewart ، ١٩٩٦ ) .

ويحتاج الوالدان إلى المساندة أثناء مرحلة التخطيط للعمل أو المستقبل المهني لأبنائهم فالكثير منهم يمر بمرحلة قاسية وحزينة مشابهة للمرحلة التي مروا بها عندما تم تشخيص طفلهم في بادئ الأمر على أنه يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وربما يكون الوالدان في حاجة إلى أن يغيروا توقعاتهم أو آمالهم المتعلقة بالمستقبل المهني لأبنائهم ، وربما يشعرون بالضيق لأن ابنهم لا يستطيع الالتحاق بالكلية التي اختاروها له أو ربما لا يكونوا قادرين على المضي في المستقبل المهني الذي تخيلوه له ، ويقلقون أيضاً بشأن قدرة ابنهم أن يجد لنفسه فرصة عمل في سوق العمل التنافسي وهذه الإحباطات أو خيبة الأمل والقلق ربما تتدخل في العلاقة بين المراهق ووالديه ، وربما تكون سبباً في شجارات ، ومجادلات ، وتوترات ، ومجافاة ، وانفصال ، وعدم اتفاق ، وإفراط في الحماية ، وإذا كان الأمر كذلك فهذه المشكلات في حاجة إلى مناقشتها في جلسات العلاج الأسري .

ويسهل العلاج الأسري عمليات التخطيط في البيت والمدرسة ، فقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات أنه بصرف النظر عما إذا كان العلاج جزء من خطة التدخل أم لا فإن العاملين في المدرسة في حاجة إلى أن يكونوا على علم بالقلق الذي يشعر به الوالدين ، وهذه المخاوف ربما يتم

التعبير عنها في صورة غضب وإحباط نحو المدرسة على الرغم من أن هذه المخاوف ليست في محلها ، وفي حالات أخرى ربما يضغط الأهل على المعلمين لكي يبذلوا المزيد من الجهد لجعل طفلهم ناجحاً وربما يوجهون اللوم لهم نتيجة فشل ابنهم أو ابنتهم ، ومن خلال فهم واحترام مشاعر ومخاوف الوالدين حول نجاح طفلهم يمكن للمعلمين والعاملين في مجال التعليم أن يتجنبوا العلاقات التصارعية بين البيت والمدرسة ، وهذا يعتبر حلقة أو رابطة للتدخل الحاسم الذي يمكن أن يسهل أو يعوق النجاح الأكاديمي لهؤلاء الأفراد .





## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

مقدمة :

يعد العلاج السلوكي من الأساليب العلاجية الناجحة والفعالة في علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ويقوم هذا الأسلوب العلاجي على نظرية التعلم ؛ حيث يقوم المعالج بتحديد السلوكيات غير المرغوبة لدى الفرد ويعمل بعد ذلك على تعديلها بسلوكيات مرغوبة من خلال التدريب في المواقف المختلفة ، ونظراً لأن الأفراد الذين يعانون من الاضطراب يعوزهم التحكم في المثير فإن الخطوة الأولى في عملية العلاج هي توفير بيئة منظمة وجيدة التركيب وذلك يقلل احتمالية ظهور السلوك الاندفاعي والنشاط الزائد لدى الفرد ، ويذكر باركلي Barkley ( ٢٠٠٣ ) أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ينبغي أن يتلقوا المزيد من الحث ، والتعزيز من الآخرين ، كما أن البيئة التي توفر ظروفاً أفضل والتي يطلق عليها البيئة البديلة Prosthetic Environment لها تأثير مفيد على سلوك هؤلاء الأفراد ويمكن بعد ذلك معالجة المشكلات السلوكية النوعية بواسطة التدخلات العلاجية السلوكية ، وتشمل هذه التدخلات غالباً الأساليب الفنية الإجرائية مثل الثواب الرمزي ، وتكلفة الاستجابة Response Cost ، والحرمان المؤقت Time - Out ، وهذه الطرق الإجرائية تحدث تحسناً سلوكياً في البيت وكذلك في المدرسة .

والهدف من إجراء العلاج السلوكي Behavioral Therapy هو تزويد الأطفال والمراهقين بقدر كبير من السيطرة على أنفسهم ، وكذلك تزويدهم باستراتيجيات يمكن أن تساعد على أن يتصرفوا بأنفسهم .

### العلاج السلوكي :

يشير كيندال وآخرون (Kendall et al. 1995) إلى أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يظهرون عجزاً في تشغيل المعلومات فهم لا يأخذون الوقت الكافي للانتباه وتشغيل الدلالات الاجتماعية ، والمعلومات ، وكذلك التفكير في موقف ما أو التخطيط له.

وفي الواقع فإن الهدف النهائي لعلاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد هو مساعدة الأطفال على التعامل من تلقاء أنفسهم مع المواقف والمشكلات التي يمكن أن يواجهونها أثناء حياتهم ، وهذا الهدف لا يمكن الوصول إليه أو تحقيقه عن طريق العلاج الدوائي وحده أو بتعليم الأطفال القواعد وحفظها عن ظهر قلب بل يمكن تحقيقه فقط بتعليم الأطفال استراتيجيات التعامل مع الآخرين ، ومع المهام أو الواجبات التي تساعد على الأداء الوظيفي اليومي ، ومعظم العلاجات السلوكية تركز على أسلوب توقف - فكر - وقم بالتدريبات ، وهذا الأسلوب العلاجي يتم إجراؤه عادة بواسطة المعالج المحترف (كيندال Kendall ، 1992) ، وذلك على الرغم من أنه في بعض الأحيان يمكن تنفيذها بواسطة الوالدين الذين تم تدريبهم على تنفيذ البرنامج مع طفلهم (بيترسين Petersen ، 1995) .

ويرى فان دير كرول وآخرون (van der Krol et al. 1998) أنه يجب تعليم الطفل أن يتعامل مع المهام والمشكلات بطريقة منظمة ، وفي الاتجاه الصحيح ، والخطوة الأولى التي يجب

تعلمها هي أن يتوقف وينظر وينصت لكي يفهم ما المشكلة ؟ ،  
 والخطوة التالية هي التفكير في جميع الحلول الممكنة ، وتتضمن  
 الخطوة الثالثة تنفيذ الحل المختار ، وفي الخطوة الرابعة أو النهائية  
 يقوم الطفل بتقييم العملية وكذلك نتيجة الأفعال التي تم القيام بها ،  
 وبهذه الطريقة يتعلم الطفل بالتدريج أن يستفيد من الاستراتيجيات  
 العامة والخاصة التي تساعد على أن يتدبر أمره ، ويتصرف مع  
 المواقف الصعبة وأن يتعد عن المشكلات ، واتخاذ قرار بشأن

العلاج الذي يجب استخدامه هي مسألة غاية في الأهمية ولا تقتصر  
 على اختيار أسلوب علاجي من بين مجموعة الأساليب التي تستخدم  
 في علاج الاضطراب والتي تتمثل في إعداد بيئة جيدة التنظيم ،  
 واستخدام العلاج السلوكي التقليدي ، أو العلاج المعرفي السلوكي ، أو  
 العلاج بالعقاقير ، بل إن المسألة تختص بإيجاد أفضل خليط من هذه  
 العلاجات يمكن استخدامه مع الطفل بحيث يكون ملائماً لحالته ،  
 والأسباب التي تكمن وراء ذلك هي :

- أن المكونات العلاجية تؤثر على الأعراض المرضية للاضطراب  
 بطريقة خاصة .

- أنه لا يوجد مكون فردي يكون له الآثار أو النتائج الملائمة الخاصة من  
 الناحية الكلينيكية .

ويرجع ذلك أيضاً إلى أن الأطفال الذين يعانون من

الاضطراب يكون لديهم العديد من المشكلات السلوكية ، ويوضح  
 الشكل التخطيطي التالي إطار العمل التجريبي لطرق العلاج وارتباط  
 الطرق العلاجية بعضها ببعض



طرق العلاج التجريبية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

( المصدر : فان دير كرول van der Krol ، ١٩٩٨ ، ص ٣٥ )

ويوضح إطار العمل أن العلاج يجب أن يبدأ ببناء بيئة جيدة التنظيم ،  
وينبغي الاستمرار فيها أو المحافظة عليها لفترة طويلة ، والخطوة التالية  
التي يجب وضعها في الاعتبار هي إضافة العلاج السلوكي وذلك للحد من  
السلوك المضطرب وإيجاد سلوكاً جديداً أكثر ملائمة وتوافقاً ، والخطوة  
الثالثة هي اتباع العلاج المعرفي السلوكي ، وتهدف هذه الطريقة في العلاج  
إلى زيادة السيطرة على النفس أو التحكم في الذات ، وكل طريقة من الطرق  
الثلاثة يمكن تكملتها بالعلاج الدوائي ، وقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات  
أن الميثيل فينيديت Methylphenidate يكون أقل فاعلية عندما لا يقدم للطفل  
التحكم الخارجي الكافي ؛ لذلك يجب أن يقدم أولاً تركيباً أو تنظيمياً كافياً في  
الفصل أو في البيت وبعد ذلك يتم تقييم ما إذا كان العلاج السلوكي يكفي  
بدون استخدام الأدوية ، وإذا لم يكن الأمر كذلك ينبغي استخدام الأدوية ،  
وإذا تم تقديم الأدوية أولاً فإن التحسن السلوكي التالي ربما يحبط أو يثبط همة  
الأطفال أو من يقوم برعايتهم إذ يمنعهم من الاشتراك الفعال في العلاج لأنهم

يعتمدون في هذه الحالة على أقراص الدواء بدلاً من الاعتماد على مجهودهم الخاص ، ويرى آخرون أن العلاج الدوائي يضع الطفل في موضع بداية أفضل نسبياً للاستفادة من العلاج السلوكي .

كما توحي نتائج العديد من الدراسات أن الاستخدام المترامن للعلاج بالأدوية والعلاج السلوكي معاً يكون أكثر فاعلية من استخدام كل طريقة من العلاجين على حدة ، وينطبق ذلك على النتائج القصيرة الأمد ، والنتائج الطويلة الأمد ( فان ديركروول van der Krol ، ١٩٩٨ ) ، ومما يجب التأكيد عليه أن طرق العلاج التي قدمها لنا الشكل التخطيطي السابق يكمل بعضها البعض ، ونحن في حاجة إليهم جميعاً للتعامل مع المشكلات التي تظهر أثناء العلاج ، كما أنه أثناء العلاج قد تزداد أو تتناقص قوة طريقة معينة من طرق العلاج ، وبصرف النظر عن اختيار طرق العلاج يجب عمل تمييز بين السياقات التي يتم من خلالها تنفيذ العلاج ، فلا يجب أن يقتصر العلاج على سياق واحد ( سواء في البيت أو المدرسة ) فهناك مشاكل معينة تكون محددة بسياق خاص فالمشكلات المتعلقة بالنوم على سبيل المثال لا يمكن علاجها في المدرسة .

وتستخدم برامج تعليم الوالدين العلاج عن طريق العقاقير الدوائية على نطاق واسع في الممارسة العيادية ، وفي هذا النوع من العلاج يتم تزويد الوالدين بطريقة منظمة بالمعلومات الخاصة بمشكلات السلوك عند أطفالهم ، ويتم تعليمهم بعد ذلك طرق تعديل هذا السلوك ؛ لذلك فإن معظم برامج تدريب الوالدين تقوم على مبادئ إدارة السلوك وتعتمد بدرجة كبيرة على الأساليب الفنية للاشترائط الإجرائي Operant Conditioning Techniques

اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

(باركلي Barkley، ١٩٨٧) ، وهو عالما نفسيا وعالما طبيا ، وقد خالفا منه ربة ناعمة

والبرامج التي تطبق مبادئ العلاج المعرفي السلوكي Cognitive

Behavior Therapy ( CBT ) تعتمد على تعليم الوالدين حت الأطفال على

استخدام الاستراتيجيات المعرفية للأنواع المختلفة من المشكلات إلى جانب

تدريب الوالدين على كيفية تعليمهم لأطفالهم أن يتوقفوا ويفكروا ويعملوا ،

ويتم توجيه هذا البرنامج للمهام المعرفية والمهارات العملية (مثل إعداد

المائدة وتنظيم أو ترتيب الحجرة) ، وكذلك المهارات الاجتماعية ، ويتم

تقديم المزيد من المعلومات حول هذا البرنامج في الأجزاء التالية .

ويرى باركلي Barkley ( ١٩٩٤ ) أنه في حالة التوقف عن استخدام

الدواء أو في حالة كون البيئة أقل تنظيماً يعود السلوك إلى حالته غير السوية

أو السابقة ، ويعتقد أن المعالم الأساسية للاضطراب تتضمن ضعف

الاستجابة المرجأة التي تحدث خارج التحكم الشعوري أو الإرادي ، وأنه عن

طريق العلاج يكون الأطفال قادرين على إحداث التحكم الشعوري لتحسين

الكف عن الاستجابة بشرط أن يتم حثهم وتشجيعهم على القيام بذلك ، كما

يؤكد على علاج الأطفال في أماكنهم الطبيعية لفترة معقولة من الوقت ، ومن

الممكن إجراء المزيد من العلاج المكثف إذا توافرت العيادات التي يتم فيها

إقامة الأطفال أو في حالة توافر عيادات الرعاية النهارية التي يتم فيها توفير

العلاج للأطفال الذين يقيمون فيها أو الذين يترددون عليها أثناء النهار ،

والشريحة العمرية لهؤلاء الأطفال تتضمن أطفال المرحلة الابتدائية ، وغالباً

يكون ملحق بهذه العيادات مدارس خاصة ، وعندما يتلقى هؤلاء الأطفال

الرعاية الداخلية في حالة إقامتهم فإنهم يقضون عطلة نهاية الأسبوع وجميع

الإجازات المدرسية في البيت مع أسرهم .

وفي نهاية فترة الثمانينيات من القرن الماضي قام فان دير كروول

وآخرون van der Krol et al. ( ١٩٩٨ ) بتطوير برنامج للتدريب المعرفي

الفردى Individual Cognitive Training Programme يقوم على برنامج

"فكر بصوت مرتفع" Think Aloud الذي أعده كامب وباش & Camp

Bash ( ١٩٨١ ) وعن طريق هذا البرنامج يتم تعليم الأطفال استراتيجية حل

المشكلات ، ويعتمد هذا البرنامج على عدد من الأساليب الفنية الخاصة

بالتدريب المعرفي السلوكي التي قدمها ميكنباوم Meichenbaum

( ١٩٧٧ ) وعلى وجه التحديد فإن الأطفال يجب أن يطرحوا على أنفسهم

الأربعة أسئلة التالية التي تواجه بمشكلة أو مهمة :

١- ما المشكلة ؟ ( اكتشاف المشكلة ) .

٢- ما خطتي ؟ ( إيجاد الاستراتيجيات الممكنة للتعامل مع المشكلة أو

معالجتها ) .

٣- هل استخدم خطتي ؟ ( المراقبة الذاتية والإرشاد الذاتي أثناء تنفيذ

الخطة ) .

٤- ما النتيجة التي حصلت عليها ؟ ( التقييم الذاتي للحل ) .

كما ويتم تنفيذ ذلك باستخدام أساليب استراتيجية النمذجة المعرفية

Cognitive Modeling Technique ، وفي البداية يقوم الشخص

البالغ أو النموذج بالتنقل بين الخطوات مع التعبير اللفظي المستمر لما

يفكر فيه ، ويفعله ، ومراقبة وتعليم نفسه بصوت عالٍ ، وبعد ذلك

يقوم الطفل بتقليد سلوك النموذج ويتحدث بصوت مرتفع أيضاً ، وفي

المرحلة التالية يتم تدريب الطفل على أن يهتمس بالأملن التحدث

بصوت عالٍ ، وأخيراً يقوم الطفل بتوجيه سلوكه بكلام صامتاً



وداخلى .

وفى برنامج التدريب الذى يتم إجراؤه بطريقة فردية بواسطة المعالج يتم تعليم الأطفال أن يطبقوا الطريقة التى تتضمن توقف وفكر وأفعل وذلك أثناء المهام أو الواجبات المدرسية مثل حل المسائل الرياضية ، والمهام العملية مثل الحرف اليدوية ، والأنشطة الاجتماعية مثل التفاوض مع طفل آخر بشأن لعبة يلعبونها ، ويتم تزويد العاملون والمعلمون الذين يعملون مع المجموعة المقيمة بمعلومات عن طبيعة مبادئ التدريب وكيفية تطبيقها ، كما يتم اشراك الوالدين فى علاج طفلهم لكى يحققوا برنامجاً مستمراً ( فان دير فلوجت وآخرون . van der Vlugt et al. ، ١٩٩٥ ) .

والنسخة الحالية لبرنامج التدريب الوالدى تتكون من ثمان جلسات تتم بواقع جلسة كل أسبوعين ، ويقود هذه الجلسات معالج محترف مع مجموعة تصل إلى خمسة أزواج ويتعلم الأزواج ( الوالدين ) كيفية تعليم أطفالهم المهارات المعرفية السلوكية فى البيت وتتضمن الجلسات مقدمات نظرية ، وتدريبات عملية على لعب الأدوار ، وفى نهاية كل جلسة يتم التثبيته على الوالدين بممارسة مبادئ التوقف ، والتفكير ، والعمل حينما يكون الموقف ملائماً أو حينما تسمح الفرصة لقيامهم بذلك ، ويتم تطبيق نظام تكلفة الاستجابة Response Cost System حيث يتسلم الأطفال ستيكر Sticker ( ورق لاصق ) مرسوم عليه وجه باسم عند إتمامهم للمهمة بطريقة ملائمة ، وستيكر مرسوم عليه وجه عابس أو حزين إذا فشلوا فى إتمام المهمة ، وفى نهاية الجلسة يتم أخذ ستيكر باسم فى حالة تلقى ستيكر عابس أو حزين ، والستيكرات الباسمة المتبقية يتم تبادلها بمكافآت أو أوجه الثواب الملموسة أو المحسوسة .

وفى الجلستين الأوليتين يتعلم الطفل أن يتوقف وينظر وينصت أو يستمع ، فهذه الخطوات تعتبر مهارات للشروط المسبقة الأساسية لتحقيق السيطرة على الذات ، ويجب على الأطفال قبل أن يفكروا ويضعوا الخطة المناسبة للتعامل مع المشكلة أن يتعلموا تهدئة خطواتهم ، ويتوقفوا عن أنشطتهم ، وأن يفحصوا بيئتهم ، ويستمدوا المعلومات المناسبة منها ، ويتم تعليم التوقف والنظر والاستماع من خلال الدلالات البصرية واللفظية فعلى سبيل المثال فى كل مرة يوشك الطفل على الاندفاع إلى عمل أشياء يقوم أحد الوالدين برفع علامة أو لافتة التوقف ويقول " توقف " وفى النهاية ينبغي أن يصبح التوقف عملاً أتوماتيكياً أو ذاتياً ، ويتم تعليم النظر والاستماع بشكل مركز من خلال التقليد ( مثل حركات التقليد أو المحاكاة ، وتعبيرات الوجه ، وتكرار الكلمات والجمل ) ، وعن طريق الحث والتشجيع أو التلميح لعمل أشياء ( كإعطاء تعليمات مثل امش نحو الباب ودق ثلاث مرات ) ، وبمجرد أن يتم اكتساب هذه الشروط المسبقة التى تتضمن مهارات التوقف والنظر والاستماع يجب أن يتعلم الأطفال أن يفكروا بصوت عالٍ أثناء أدائهم لبعض المهارات البسيطة مثل الرسم ، وربط الحذاء ، وارتداء الملابس ، وتفيد عملية استدخال الكلام فى تقليل السلوك الاندفاعى ، وتزيد من السيطرة على النفس ، وفى النهاية يحاولون بذل الجهد للسيطرة على سلوكهم عن طريق الكلام الداخلى ( الصامت ) ، ويتم تناول هذا الموضوع فى الجلسة الثالثة عن طريق النمذجة المعرفية ؛ حيث يقوم أحد الوالدين بإجراء مهمة أثناء تفكيرهم بصوت مرتفع ، وبعد ذلك يقوم الطفل بأداء نفس المهمة أثناء تفكيره بصوت عالٍ أيضاً .

وفى الجلسة الرابعة يتعلم الأطفال التعرف على المشكلات ، وتطبيق

الاستراتيجيات المختلفة للتعامل مع المشكلات لحلها، وقبل البدء في أداء المهمة أو حل المشكلة ينبغي أن يسألوا أنفسهم عن الطبيعة الخاصة بالمشكلة وأن يتخذوا قراراً بشأن أفضل الطرق لعلاج هذه المشكلة، وأثناء التحدث بصوت مرتفع يطرح الأطفال الأسئلة التالية ويجيبون عليها - ما المشكلة؟، ما خطتي؟، وبعد محاولتين أو ثلاث يبدأ الأطفال في الهمس بدلاً من التحدث بصوت مرتفع، وبعد ذلك يحل الكلام الداخلي محل الهمس، وهذا التحول أو الانتقال لا ينبغي أن يحدث بسرعة كبيرة؛ حيث إن الكلام الداخلي يجعل من المستحيل على الشخص الكبير أن يراقب ويصحح عملية التفكير لدى الطفل.

وفي الجلسة الخامسة يتعلم الأطفال أسلوب المراقبة الذاتية والإرشاد الذاتي والتقييم الذاتي، وأثناء تنفيذهم لخطتهم يطرحون على أنفسهم أسئلة مثل: هل استخدمت خطتي؟، وكيف نجحت في ذلك؟، والمثال الذي نسوقه لبيان التعليمات الذاتية يتمثل في: كان يجب على "س" أن يعد المائدة للعشاء، وقبل أن يفعل ذلك يسأل نفسه بصوت مرتفع قائلاً توقف ما مشكلتي؟، ويرد يجب أن أعد المائدة لخمسة أفراد ثم يسأل نفسه ما خطتي؟، أولاً أفرش مفرش السفرة أو المائدة ثم أذهب وأحضر خمسة أطباق وشوك وسكاكين وملاعق وفوط سفرة من دولاب الأطباق، وبعد ذلك أضعهم بطريقة منظمة على المائدة، وأثناء عمل ذلك أسأل نفسي هل استخدمت خطتي؟ أولاً أضع مفرش السفرة بطريقة مرتبة أو منظمة على المائدة ثم أذهب وأحضر الأطباق والسكاكين والملاعق من دولاب الأطباق (خمسة من كل نوع) ثم يذكر نفسه بالمفارش التي يقوم بوضعها بجوار كل شخص، وأخيراً يسأل نفسه عن كيفية أدائه وهل اتبع خطتي؟، ولقد لاحظ

في الوقت المناسب أنه كاد أن ينسى مفارش السفرة ويحدث نفسه قائلاً لقد  
فعلت بعمل جيد أو أنني أحسنت.

والجلستان السادسة والسابعة يتناولان المواقف الاجتماعية؛ حيث يتم  
تدريب الأطفال على استخدام الأسئلة الأربعة في وضع خطط لمنع بالإضافة  
إلى التعامل مع الصراعات الاجتماعية، وبصرف النظر عن كون هذا الأمر  
مؤثراً أو فعالاً من الناحية الإجرائية فإن الخطط ينبغي أن تفي بمعايير  
أخلاقية هل هذا عدل بالنسبة للشخص وبالنسبة للشخص الآخر؟، وهل

هذا سار أو مقبول أو ممتع بالنسبة للشخص وللشخص الآخر؟، فعلى سبيل  
المثال "ب" "أصديق" "س" أتى لزيارته، واقترح "س" عليه أن يلعب لعبة  
الأتاري معاً ومع ذلك فضل "ب" أن يذهب لركوب الدراجات، ولم يصبلا  
إلى اتفاق وبدءا في الصراخ في وجه بعضهما، وتدخلت أم "س" وأمسكت  
لافتة مكتوب عليها: "توقفا!" وحشت "س" على أن يحق يتوقف ويفكر ويعمل  
فتوقف "س" عن الصراخ والعراك، وقال بصوت مرتفع ما مشكلتي؟،  
أنى أريد أن ألعب الأتاري مع "ب" ولكنه يريد أن يركب الدراجة،

والسؤال الثاني الآن هو ماذا سنفعل حيال ذلك؟، وتقول الأم: الآن عليكما  
أن تجدا طريقة لحل هذه المشكلة؟، وتذكرا أن الحل ينبغي أن يكون عادلاً  
لكلاكما فيرى "ب" أنه يمكن أن نلعب الأتاري لأننا في منزلي، ويرى  
"س" أنه إذا فعل ذلك سوف يخرج ويركب دراجته وحده، وتقول الأم:  
هل هذه الخطة عادلة؟، ويوافق الصبيان معاً وتقول الأم: هل هذا سار  
بالنسبة لكما؟، فأنتما تريدان أن تقضيا وقتاً جميلاً معاً أليس كذلك؟،  
ويقول "س" يمكننا أن نلعب أولاً بالأتاري ثم نذهب لركوب الدراجات،  
وتقول الأم: ما الخطط الأخرى التي يمكنكما القيام بها؟، ويقول "ب"

يمكننا أن نفكر في شيء يحبه كل منا أو يود كل منا أن يفعله ، وفي النهاية يقرر " س " و " ب " القيام بنشاط يستمتعان به معاً ، وعندما يلعب الطفلان تقوم الأم بإيقافهما أو تأمرهما بالتوقف مرة أخرى وتذكر " س " أن يطرح على نفسه السؤال الثالث : هل استخدم خطتي ؟ ، وفي النهاية يتم تناول السؤال الرابع كيف أفلحت أو نجحت في القيام بتنفيذ هذه الخطة ؟ ، ويوضح هذا المثال أنه في كثير من المواقف يستمر الوالد أو الوالدة في لعب دور فعال في حث الطفل وتدريبه على العمليات المعرفية .

والجلسة الثامنة عبارة عن لقاء لتقييم الفوائد والمشكلات التي واجهها الوالدان أثناء وبعد البرنامج ، وفي هذه الجلسة يتم تحديد تاريخ لجلسة المتابعة ، وكذلك العمل على نقل أثر التدريب عن طريق مبادئ التوقف والتفكير والعمل في مجموعة متنوعة من المواقف التعليمية ، فالأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تتضح إعاقاتهم من خلال عدم الانتباه والاندفاعية وذلك عند أدائهم للمهام أو الواجبات المدرسية .

ويقوم العلاج السلوكي على افتراض أن النشاط الزائد هو سلوك يتم تعلمه ، لذا يمكن تعديله من خلال طرق التعزيز المناسبة ، وذلك بتعليم الفرد الذي يعاني من الاضطراب السيطرة على الذات ، وعن طريق إجراء تغييرات في البيئة المحيطة ، فالمعالج يستخدم أسلوب تعزيز الذات لكي يشجع الطفل على تنظيم سلوكياته عند القيام بأداء أحد المهام ، كما يهدف العلاج إلى مساعدة الطفل على أن يتعلم أوجه السلوك الملائمة مثل التعاون ، والسيطرة على الذات ، وكذلك مساعدته على عدم تعلم السلوكيات التي تتسم بالاضطراب مثل العدوان والسرقة والكذب ، ويركز العلاج على التعزيز ،

وإتيان السلوكيات الحميدة ، وعلى تقديم النموذج أو القدوة ، وعلى التدريب على الاسترخاء .

ويتضمن العلاج السلوكي التعزيز الإيجابي بمعنى مكافئة الطفل بعد قيامه بالسلوك الصحيح الذي يتدرب عليه ، وقد يكون التعزيز الإيجابي مادياً ( مكافأة الطفل ببعض النقود أو قطع الحلوى ... إلخ ) ، وقد يكون معنوياً ( تقبيل الطفل ومدحه بعبارات الشكر والتقدير أو مداعبته ) ، ويجب أن يكون التعزيز عقب السلوك الإيجابي مباشرة لأن التأجيل يؤدي إلى نتائج عكسية ( هارتمان وآخرون Hartman et al. ، ٢٠٠٣ ) .

ويجب على الأسرة أن تتعلم استخدام الطرق السلوكية ، وأن تشترك بطريقة مباشرة في مساعدة الطفل على خفض أو تقليل السلوكيات المضطربة وبتسيق هذه الجهود مع التدخلات المناظرة من جانب المعلمين في المدرسة لتحسن فرص مساعدة الطفل على اكتساب سيطرة أفضل على الذات ، ويعتمد العلاج السلوكي على آراء بسيطة ومنطقية تتعلق بالطرق التي تساعد الأطفال على أن يتصرفوا بطريقة ملائمة من الناحية الاجتماعية ، فالأطفال عموماً يريدون أن يسعدوا والديهم ويشعروا بالاستحسان عندما يكون أهلهم فخورين بهم ، وعندما تكون العلاقة بين الوالدين والطفل إيجابية يكون ذلك مصدراً مهماً للدافعية ، كما أن الأطفال عندما يتصرفون بطريقة ملائمة يحصلون على نتائج إيجابية لعملهم أي يحصلون على مكافآت أو امتيازات ، وبالتالي يتجنبون النتائج السلبية التي تلي السلوك غير الملائم .

فالهدف إذن من العلاج السلوكي هو زيادة تكرار السلوك المرغوب فيه بتقديم نتائج إيجابية عندما يسلك أو يتصرف الطفل ، ويتم تقليل السلوك غير

الملائم بتقديم نتائج سلبية بطريقة متسقة عندما يحدث السلوك غير المرغوب فيه ، وهذا تصور مبسط ولكنه غير مقبول نظراً لأنه في معظم الأحوال تكون العلاقة بين الوالدين وأطفالهم مشحونة بالصراع ومشاعر الغضب استجابة للإحباط الذي يسببه الاضطراب إلى جانب أن الأوقات الطيبة بين الوالدين وأطفالهم غالباً ما تكون قليلة لدرجة أن رغبة الطفل في إسعاد والديه يمكن أن تتبخر أو تتلاشى ، وعلى أي حال فإن معظم الأطفال لا يهتمون بإسعاد شخص يتجادلون معه باستمرار ، وكثرة المجادلة وعدم الطاعة والامتثال للسلوك تدفع الوالدين إلى تهديد أطفالهم باستخدام العقاب لإحداث الامتثال أو الطاعة .

ولهذا فإن الخطوة الأولى في العلاج السلوكي موجهة إلى زيادة المشاعر الإيجابية بين الوالدين والطفل ، وإحدى الطرق المفيدة للقيام بذلك هي تخصيص وقت كل يوم حوالي ٣٠ دقيقة مثلاً كوقت للطفل ، وخلال هذا الوقت تترك الحرية للطفل لكي يختار النشاط الذي يميل إليه ، ويجب أن يستند هذا النشاط إلى سبب منطقي ، ويكون الهدف الوحيد للوالدين هو محاولتهم قضاء وقت جميل مع طفلهم ، وأثناء هذا الوقت من المهم جداً تجنب طرح الكثير من الأسئلة أو إعطاء الأوامر بطريقة متكررة وبدلاً من ذلك فإنهما يحاولون ببساطة ضبط ما يقوم به الطفل بطريقة شيقة ، فعلى سبيل المثال إذا كان الطفل يبني برجاً بالمكعبات يكون التعليق من أحد الوالدين هو ألا تعتقد أنه سيكون من الأفضل إذا استخدمت المكعبات الكبيرة أولاً ، ويكون ذلك أكثر نفعاً أو فائدة من التعليق التالي يا ولد إن البرج الذي تبنيه أصبح طويلاً جداً ، والهدف من ذلك هو بناء

مشاعر جيدة بين الوالدين والطفل حتى يصبح الطفل أكثر اهتماماً بإسعاد وإرضاء والديه ، وعندما يحدث ذلك فإن ضبط السلوك يتم بطريقة أكثر لطفاً ، وبعد ذلك يندهش الوالدان عندما يجدا الأطفال يقومون بالأعمال المنزلية ويؤدون الواجبات أو المهام التي يكلفون بها ، ومما يجب الإشارة إليه أن غياب الوقت المخصص للطفل يشكل خسارة جسيمة ؛ لذلك لابد للوالدين أن يجعلوا ذلك جزء من روتينهم أو نظامهم اليومي لأنه ذو فوائد كبيرة جداً في علاقة الوالدين بأطفالهم .

ويعتمد العلاج السلوكي أساساً على لفت نظر الطفل لشيء يحبه ويغريه على الصبر لتعديل سلوكه ، وذلك بشكل تدريجي بحيث يتدرب الطفل على التركيز أولاً لمدة ١٠ دقائق وبعد النجاح في جعله يركز لمدة ١٠ دقائق يتم زيادتها إلى ١٥ دقيقة وهكذا ، ويشترط لنجاح هذه الاستراتيجية أمران :

الأول : الصبر عليه واحتماله إلى أقصى درجة ، وعدم اتباع العنف معه ، لأن العنف من الممكن أن يتحول إلى عناد ثم إلى عدوان مضاعف ؛ ولذا يجب أن يكون القائم على تدريب الطفل على علاقة جيدة معه ويتصف بدرجة عالية من الصبر والتحمل والتفهم لحالته .

الثاني : يجب أن يعلم الطفل بأن هناك حافز أو جائزة في حالة إنجازه للمهمة ، وأن يعطى الجائزة فور تمكنه من أداء العمل ، ولا يقبل منه أي تقصير في الأداء بمعنى أن يكون هناك ارتباط شرطى بين الجائزة والأداء على الوجه المتفق عليه وإلا فلا



جائزة ويخبر صراحة بذلك .

### أساليب تعديل سلوك الطفل :

فيما يلي بعض الأساليب التي يمكن اتباعها لتعديل سلوك الطفل :

#### ١- استخدام التعزيز الإيجابي :

تتضمن أهداف العلاج السلوكي تزويد الطفل بنتائج موجبة للسلوك بطريقة ملائمة ، والسبب المنطقي البسيط هو أنه يمكن زيادة تكرار حدوث السلوك المرغوب فيه ، وذلك بتقديم المكافآت عندما يحدث مثل هذا السلوك ، ولا يتطلب ذلك شيئاً أكثر من ملاحظة الطفل عندما يعمل شيئاً نريد أن نشجعه لعمله ( على سبيل المثال اللعب بهدوء ) ويجب التعليق على ذلك ( على سبيل المثال لقد أبليت بلاءً حسناً فأنت تلعب بهدوء ، أو أنني أقدر لك عمل ذلك ، أو أنا مبسوط منك جداً لأنك فعلت ذلك ) ، فكر في أنواع السلوك التي تريد أن تشجع الطفل عليها ، وتأكد أن الطفل فهم ما تريد منه أن يفعله ، وعليك أن تمدحه أو تثني عليه عندما يتصادف منك أن تلاحظ حدوث ذلك ، وهذا التكنيك البسيط لملاحظة السلوك الجيد من السهل عمله ، ويمكن أن يكون مفيداً إلى حد كبير ؛ لذلك يجب على الوالدين أن يبذلوا مجهوداً خالصاً في ملاحظة طفلهم لرصد ٥ مرات على الأقل في اليوم يقوم فيها بسلوك جيد ، وأن يوضحا ذلك للطفل فعندما يشعر الطفل بأن والديه يلاحظانه ويقدران جهوده لبذل السلوك الجيد فإن ذلك يزيد رغبته في الاستمرار في إتيان السلوك المرغوب باستمرار ، وبالإضافة إلى هذه الإثابات الاجتماعية يتضمن العلاج السلوكي أيضاً تقديم مكافآت ملموسة للطفل أو مزايا للسلوك الجيد ، وكمثال لذلك لنفترض أن الطفل نمت لديه عادة سيئة في الرد على والده بأسلوب غير مهذب عندما يخبره أن يترك

لعبه ، ورد عليه الطفل ليس الآن سأفعل ذلك فيما بعد فأحدى الطرق لزيادة رضوخ الطفل لوالده هي أن يقدم له مكافأة ملموسة نتيجة تنفيذ طلبه أو طاعته فمثلاً يمكن للوالد أن يشرح لطفله أنه في كل مرة يفعل ما يؤمر به سيكسب نقطة وهذه النقاط أو الدرجات تستخدم بعد ذلك لتحقيق ميزة معينة مثل السماح له بمشاهدة التلفزيون أو قضاء وقت أمام الكمبيوتر ... الخ .

وتتمثل استراتيجيات التعزيز الإيجابي لتحسين الانتباه للمهمة والسيطرة الذاتية في :

### أ- الانتباه الانتقائي Selective Attention

تعد نتائج السلوك الإيجابي أداة قوية لتحسين انتباه وأداء التلاميذ المصابين بالاضطراب ، وقد وجد أن التوظيف الانتقائي للثناء والاهتمام من قبل المدرس يحسن من سلوك التلاميذ داخل الفصل الدراسي فتقديم التعزيز الإيجابي عن طريق الثناء والمدح بسبب السلوكيات الملائمة مع تجاهل السلوكيات غير الملائمة يحسن من أداء التلاميذ ذوي المشكلات السلوكية والتعليمية ، ويرى ماريني ميركولينو وآخرون ( ٢٠٠٣ ) أن استخدام الثناء والاهتمام كمعززات إيجابية مع التلاميذ المصابين بالاضطراب لا يعتبر كافياً لأن هؤلاء التلاميذ يتطلبون برامج لتعديل السلوك أكبر تكثيفاً بحيث تتضمن خليطاً من المعززات الإيجابية المحسوسة إلى جانب التوظيف الإستراتيجي للتدخلات المتصلة بالنتائج السلبية للسلوك .

ومما يجب التأكيد عليه أن تصميم خطة للسلوك الجيد وتنفيذها ليس سهلاً ، وربما يحتاج الوالدان غالباً إلى المساعدة من شخص متخصص أو محترف لمساعدتهم على عمل ذلك بنجاح ، وعلى الرغم من أن تفاصيل الخطة الجيدة تختلف من طفل إلى آخر ، ومن

والدين إلى والدين آخرين إلا أن هناك مبادئ عامة توضع في الاعتبار منها :

- كن واضحاً بشأن السلوك الذي تتوقعه من طفلك لكي يحصل على المكافأة أو الإثابة ، وتأكد أن طفلك يفهم ذلك ، كذلك يجب أن تكون أكثر تحديداً أو وضوحاً وقل له يجب تنفيذ ما أطلبه منك من أول مرة أطلب ذلك .

- تأكد أن ما تتوقعه من طفلك هو شيء معقول .

- من المفيد دائماً أن تفكر وتتأمل فيما تتوقعه من طفلك ، وفكر هل هذه التوقعات معقولة أم لا ؟ ، فعلى سبيل المثال معاقبة طفل يبلغ من العمر خمس سنوات لعدم قدرته على أن يجلس بهدوء على السفرة وهو يتناول العشاء وذلك لمدة ساعة سيحدث مشكلات ، وذلك لأن معظم الأطفال في مثل هذه السن لا يستطيعون ببساطة القيام بذلك ، وبالنسبة للأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن موضوع التوقعات السلوكية ينبغي أن يوضع في الاعتبار .

- لا تحاول عمل أشياء مختلفة وكثيرة مرة واحدة .

- من الأفضل بصفة عامة أن تركز على شيئين مهمين بدلاً من أن تركز على كل شيء دفعة واحدة .

- دع طفلك يشارك في اختيار المكافآت التي يمكن أن يكتسبها .

- يستفيد الأطفال من هذا النوع من البرامج عندما يسمح لهم بالاشتراك في تصميم ذلك ؛ لذا فإنه من المهم إيجاد نوع من الشعور بأن ذلك شيئاً تفعله مع طفلك لا أن تعلمه لطفلك .

- قم بتصميم البرنامج بحيث يكون لطفلك فرصة جيدة لتحقيق بعض النجاح المبدئي .
- من المهم أن تُشعر الطفل بالنجاح المبدئي لكي تحافظ على زيادة الدافعية والاستمرار فيها .
- تأكد من أنك تقدم الكثير من المكافآت الاجتماعية مثل المدح بالإضافة إلى المكافآت الأكثر واقعية التي يمكن اكتسابها .
- الفشل أو الإخفاق في تقديم الإثابات أو المكافآت عندما يكتسبها الطفل يؤدي إلى هدم كل شيء ولا يجعل العلاج مفيداً .
- وهكذا يتضح أن التدعيم أو التعزيز الإيجابي اللفظي للسلوك المناسب ، وكذلك المادى ، وذلك بمنح الطفل مجموعة من النقاط عند التزامه بالتعليمات يكون محصلته النهائية الوصول إلى عدد من النقاط التي تؤهله للحصول على مكافأة أو هدية أو مشاركة في رحلة ... الخ ، وهذا الأسلوب في تعديل السلوك ثبت نجاحه في العديد من الدراسات إلا أنه يجب التعامل معه بجدية ووضوح حتى لا يفقد معناه وقيمه عند الطفل مع الأخذ في الاعتبار طبيعة الطفل وأنه لا يمكنه الاستقرار والهدوء لفترة طويلة .

#### ب- التعزيز المحسوس وأنظمة الرموز :

تتمثل إحدى وسائل تحسين نظام التعزيز الإيجابي في تقديم معززات محسوسة كالحصول على امتيازات أو نشاطات خاصة ، غير أنه لا يجب في أغلب الأحيان تقديم معززات محسوسة على نحو متكرر عقب أداء التلميذ للسلوك المرغوب مباشرة ، فالطريقة الأكثر فاعلية لتقديم التعزيز الإيجابي هي استخدام الرموز مثل النجوم والملصقات ( الإستيكرز ) ، والنقاط ؛ حيث

يمكن تجميعها واستبدالها فيما بعد بمعززات أخرى لها قيمة أكبر مثل تقديم هدية معينة ، أو السماح باستخدام الكمبيوتر لمدة نصف ساعة إضافية ، ويشير المدرسون إلى أن أنظمة الرموز تكون ناجحة لفترات زمنية قصيرة ومن ثم تفقد فاعليتها ، ويرجع ذلك إلى انخفاض قيمة المعززات في حالة استخدامها على نحو متكرر ، يضاف إلى ذلك أن هذه المعززات تفقد قيمتها على نحو أسرع مع التلاميذ الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ومن ثم يجب أن تتضمن خطط التعديل السلوكي مخزونات تعزيزية متنوعة تقدم مراراً وعلى نحو عشوائي .

## ٢- استخدام النتائج السلبية في خفض سوء السلوك :

بالإضافة إلى استخدام التعزيز الإيجابي في التشجيع على إتيان السلوك المقبول يستند العلاج السلوكي أيضاً على النتائج السلبية أو العقاب لتقليل السلوك غير المرغوب فيه ، والأمر ببساطة هو أنه عندما يتبع سلوكاً ما غير مرغوب فيه بنتائج سلبية فإنه يقل أو تتضاءل مرات حدوثه ، فعلى سبيل المثال نعرض أن أحد الوالدين يحاول أن يقلل ميل طفله للرد عليه بأسلوب غير مهذب ، فإن ذلك يتم وضعه كهدف في خطة العلاج السلوكي ، والطريقة العامة التي يجب على الوالد اتخاذها في هذا الشأن هي :

أولاً : سيحتاج الطفل أن يفهم بالضبط ما الذي يُعنيه والده بالرد عليه بأسلوب غير مهذب ؛ ولذا فمن المهم أن يفهم الطفل ما لا ينبغي أن يتم عمله في حالة الاختلاف على شيء .

ثانياً : ستحتاج أن تعلم طفلك الطريقة المقبولة عندما يختلف معك ، أي كيف يُسمح له بالتعبير عن عدم الموافقة أو عدم الاتفاق .

ثالثاً : كما ناقشنا سابقاً ، ستراجع مع طفلك المكافآت التي سيكسبها أو التي

سيحصل عليها في حالة عدم اتباعه سلوك الرد عليك بطريقة غير مهذبة .

وأخيراً : سنتناقش مع طفلك المزايا التي سيخسرهما في كل مرة يقوم فيها بالإجابة بطريقة غير مهذبة ، فمثلاً تخبره بأن اتباعه لهذا الأسلوب يمكن أن يؤدي إلى حرمانه من الخروج ، أو عدم مشاهدة التلفزيون ، أو إجباره على الذهاب إلى الفراش مبكراً ... الخ ، وإذا كنت تستخدم نظام النقاط أو الدرجات في شراء المكافآت فإن الإجابة بطريقة غير مهذبة يمكن أن تؤدي إلى خسارته لعدد من النقاط أو الدرجات ، واتباع هذا الأسلوب فإن الطفل يفهم ببساطة أنه لا مكافأة في حالة السلوك السيء أي أنه إذا أحسن التصرف فإن ذلك سيؤدي غالباً إلى أشياء جيدة سيستفيد منها ، وعلى العكس عندما لا يتم الوفاء بالتوقعات السلوكية ستكون النتائج سلبية تماماً ، ومما يجب التأكيد عليه أنه يجب على الوالدين ألا يكثرُوا من النتائج السلبية فالأطفال يشعرون بالإحباط إذا تم التشديد عليهم بطريقة متكررة ويمكنهم أن يفقدوا عنصر التشويق في البرنامج نتيجة لذلك .

وكما ناقشنا سابقاً من الممكن أن يتخلص الطفل من سلوكه السيء بطريقة فعالة ، ومع ذلك وكما نعرف جميعاً فإن الأمر لا يكون كذلك ، فمن الممكن أن تجد أنك إذا حرمت طفلك من الوقت المخصص لمشاهدة التلفزيون بسبب سوء سلوكه ، فمن الممكن أن يتجاهل طفلك ذلك أو يقول لك أنني لا أبالي بذلك ويستمر في سلوكه السيء أو المضطرب ، وإحدى الطرق المفيدة التي تساعدك على تجنب هذا الموقف هي أن تخطط مقدماً لسلسلة متدرجة من العقاب بالنسبة للسلوك السيء المستمر ، فعلى سبيل المثال

عندما لا يرضخ طفلك في أول الأمر يمكنك أن تفرض عقاباً يمنعه من الخروج لمدة خمس دقائق ، وإذا استمر عدم الامتثال يمكنك أن تقول إذا لم تفعل ما أقوله لك الآن فإن الحرمان سيزداد إلى عشر دقائق ، وعدم الامتثال المستمر سيؤدي إلى خسارة أو تقليل الوقت الذي تشاهد فيه التلفزيون بالإضافة إلى حرمانك من الخروج نهائياً ، وبعد ذلك يمكنك فرض العقاب بجعله يذهب إلى الفراش في وقت مبكر ، وعليك أن تقرر الأشياء التي يمكن أن تكون مثمرة بالطبع ، ولكن النقطة الأساسية هي أن تقوم بسلسلة متصاعدة من النتائج التي يمكنك بهدوء وحزم أن تعلنها وأن تقوم بتنفيذها بحزم أيضاً ، ومن الأفضل ألا يمتد العقاب إلى اليوم التالي حتى يمكن أن يكون اليوم الجديد بمثابة بداية جديدة ، وبوضع هذه الخطة في الاعتبار يمكنك أن تظل هادئاً كما أنها تمنعك من أن تندفع بالإعلان عن العقاب الذي سيكون غير مفيد ، وإذا استطعت أن تلتزم بذلك فينبغي أن يتعلم الطفل أنه سوف لا يجنى أي شيء أبداً نتيجة عدم الطاعة المستمرة .

### ٣- العقود :

يقصد بالعقود عقد اتفاق واضح مع الطفل على أساس قيامه بسلوكيات معينة ، يقابلها جوائز معينة ، والهدف هنا تعزيز السلوك الايجابي وتدريب الطفل عليه ، ويمكننا إطالة مدة العقد مع الوقت ويجب أن تكون الجوائز المقدمة صغيرة ومباشرة وتقدم على أساس عمل حقيقي يتفق مع الشرط والعقد المتفق عليه ، ومثال ذلك سأحصل كل يوم على جنيه مثلاً إضافي إذا التزمت بالآتي :

- الجلوس بشكل هادئ أثناء تناول وجبة العشاء .

- إكمال واجباتي اليومية في الوقت المحدد لها .

ويوقع على العقد كل من الأب والابن ، ويلتزم الطرفان بما فيه ، ويمكن للأب أن يقدم للطفل بعض المفاجآت الأخرى في نهاية الأسبوع ، كاصطحابه في نزهة أو رحلة أو أى عمل آخر محبوب للابن إذا التزم ببنود العقد بشكل كامل ، وتكون هذه المفاجآت معززاً آخر يضاف لما اتفق عليه في العقد .

#### ٤ - نظام النقط :

يقصد بنظام النقط أن يضع الأب أو المعلم جدولاً يومياً مقسماً إلى خانات مربعة صغيرة أمام كل يوم من أيام الأسبوع ، ويوضع في هذه المربعات علامة أمام كل عمل ايجابي يقوم به الطفل تم تحتسب له النقاط في نهاية الأسبوع ، فإذا وصلت إلى عدد معين متفق عليه مع الطفل فإنه يكافأ على ذلك بمكافأة رمزية ، ويمكن إضافة النقط السلبية التي تسجل في نفس الجدول عند حدوث أى سلوك سلبي يقوم به الطفل ، وكل نقطة سلبية تزيل نقطة ايجابية ، وبالتالي تجمع النقاط الإيجابية المتبقية ويحاسب عليها ، ومن المهم جداً أن تكون هذه اللوحة في مكان واضح للطفل حتى يراها في كل وقت ، ونظام النقط مفيد للأطفال الذين لا يستجيبون للمديح أو الإطراء ، كما أنه مفيد أيضاً لأنه يتبع السلوك بشكل فوري ، ولا بد من تقديم الجوائز المتفق عليها على ألا تكون مكلفة للأسرة ، وأن تقدم بشكل دقيق حسب الاتفاق حتى لا تفقد معناها أو الهدف منها .

#### ٥ - تجنب تعلم الطفل السلوك السيئ :

فيما يلي نموذج يقع فيه معظم الآباء ، وهذا النموذج يرتبط بالسلوك السيئ وعدم الامتثال ، فإذا طلبت من طفلك مثلاً أن يلتقط أو يجمع لعبه ، وتجاهلك واستمر في اللعب ، وقمت بتكرار طلبك وتجاهلك مرة أخرى ،



وشعرت بالغضب من جراء هذا السلوك ، ونتيجة لذلك قمت بتكرار سلوكك بحدة فغضب طفلك نتيجة لذلك وبدأ في إحداث نوبات الغضب كالبيكاء والصراخ مثلاً ، وتكررت هذه النوبات عدة مرات فإنك تشعر بالغضب وفي نفس الوقت تكون طيباً أو حنوناً ، ولكي تمنع الموقف من الانفجار فإنك تسحب طلبك وتبعد طفلك وتقوم بالنقاط أو جمع اللعب بنفسك لأن ذلك لا يستحق كل هذه الضجة والمشاحنة .

ومعظم الآباء يمرون بشيء من هذا القبيل ، ويحدث ذلك بطريقة متكررة مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ولسوء الحظ فما يتعلمه الطفل من هذا النمط هو أنه إذا تمسك بموقفه واستمر في تحديه فإنه يكسب في النهاية ويحقق ما يريد ، ولذلك فإن الذي يحدث بالضبط أن عصيان الطفل وتحديه يتم إثابته في الحقيقة ، ويمكن أن يؤدي إلى تدهور الموقف لأن الطفل يتعلم أن التحدي ينجح ويفيد ، ولهذا السبب من المهم أن تختار معاركك بعناية فبمجرد أن تطلب من طفلك أن يفعل شيئاً كن متأكداً أن تستمر في ذلك حتى النهاية ، فإذا استمر طفلك في التحدي حاول أن تستخدم السلسلة المتدرجة للعواقب أو النتائج التي تم مناقشتها سابقاً ، فطفلك في حاجة إلى أن يفهم أنك جاداً وأن هناك عدم إفلات من العقاب تماماً لكونه غير مطيع .

ومما يجب الإشارة إليه أن هذا الأسلوب السلوكي مفيداً مع جميع الأطفال ، ولكن هل هناك اختلاف بشأن استخدام هذا الأسلوب السلوكي مع الطفل الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ؟ ، في الحقيقة فإن استخدام أسلوب

مركب من التعزيز الايجابي والنتائج السلبية للتشجيع على السلوك الجيد والمقبول اجتماعياً هو بالطبع تكنيك مفيداً مع جميع الأطفال ، وعلى الرغم من أن المبادئ الأساسية تكون متشابهة بالنسبة للأطفال الذين يوجد لديهم أو لا يوجد لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، إلا أن ظروف الأطفال الذين يعانون من الاضطراب تتطلب بصفة عامة بعض التعديلات المفيدة التي يجب إجراؤها ، وهناك بعض التعديلات الهامة مثل :

أ- الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يحتاجون إلى تغذية مرتدة بدرجة أكبر .

ب- أظهرت نتائج البحوث أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يؤدون بطريقة أفضل عند تزويدهم بالتغذية المرتدة المستمرة بشأن أدائهم ، فإذا كان السلوك المستهدف هو اتباع التوجيهات فمن الأفضل أن يقدم للطفل التغذية المرتدة عن الكيفية الجيدة التي يمكنهم من خلالها اتباع التوجيهات كل ساعة بدلاً من القيام بذلك مرة واحدة في نهاية اليوم ، ومما يجب التأكيد عليه أن الطفل الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يحتاج إلى تغذية مرتدة بطريقة متكررة وذلك في حالة البرامج السلوكية لكي تكون هذه البرامج ذات فاعلية كبيرة .

ج- الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تناسبهم الأهداف القصيرة الأمد عن الأهداف الطويلة الأمد .

د - الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يحتاجون بصفة عامة إلى فترات زمنية قصيرة بين الفرص التي يكتسبون فيها المكافآت ، فعلى سبيل

المثال الوعد بقضاء رحلة في عطلة نهاية الأسبوع كمكافأة للسلوك الجيد تكون بعيدة جداً ولا تعمل كحافز مؤثر للطفل الذي يعاني من الاضطراب ، فالمكافأة اليومية مثل السماح له بوقت لمشاهدة التلفزيون أو السماح له بوقت إضافي للعب أو مشاهدة شريط فيديو تكون أكثر أهمية لارتباطها بالأنشطة أو السلوكيات المرغوب فيها .

هـ- الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يحتاجون إلى مزيد من التذكير بما يتوقع منهم ، وبما يمكن أن يكتسبوه في حالة الوفاء بهذه التوقعات ، فمن المهم تذكيرهم بين الحين والآخر بالأهداف والمكافآت .

و- الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يحتاجون إلى تغييرات متكررة في البرنامج لكي يظلوا مهتمين به .

ز- ينجذب الطفل الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في البداية للخطط السلوكية المتعددة ، وبعد ذلك يفقد الاهتمام والتشويق والعمل على كسب أي مكافآت ، وأفضل طريقة لمجابهة ذلك هي أن يقوم الوالدان بتغيير البرنامج لكي يجعلوا الطفل يشعر بأن هناك شيئاً جديداً ، وكذلك يغيروا نظام المكافآت أو الإثابات فعلى سبيل المثال في أحد الأيام تكون المكافأة اكتساب وقت لمشاهدة التلفزيون ، وفي اليوم التالي السماح له بالسهر لمدة نصف ساعة إضافية.... الخ ، ومن المؤكد أن ذلك يستغرق وقتاً طويلاً كما يحتاج إلى قدر كبيراً من الإبداع من جانب الوالدين .

ومما يجب الإشارة إليه أن أي نوع من السلوك يمكن استهدافه باستخدام طريقة العلاج السلوكي فعلى سبيل المثال الأعراض المرضية الأساسية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط

الزائد المتمثلة في عدم استكمال المهام أو الواجبات بصفة عامة يمكن استهدافها أو علاجها عن طريق استخدام المكافآت نظير إتمام المهمة ، وكذلك الأعراض المرضية التي تتمثل في المقاطعة والتحدث في غير دوره أو دون أن يطلب منه ذلك يمكن معالجتها أيضاً بطرق مشابهة ، والمصاعب المصاحبة مثل عدم الامتثال المتعمد ، والعدوان ... الخ يمكن استهدافها في خطة العلاج السلوكي ، وبصرف النظر عن نوع السلوك المستهدف فمن الضروري :

- أن يفهم الطفل السلوك المتوقع منه .
- أن يكون التوقع مقبولاً أو معقولاً ويستطيع الطفل القيام به .
- أن يعرف الطفل المكافآت التي يمكن أن يحصل عليها أو يكتسبها عند الوفاء بهذه التوقعات .
- أن يعرف الطفل النتائج السلبية في حالة عدم وفائه بهذه التوقعات .
- من المهم للوالدين أن يستمرا فيما يعلانه ، وعليهم أن يتذكرا عدم القيام بأشياء كثيرة في المرة الواحدة ، وأن يحاولوا تحديد الأشياء حتى يكون أمام الطفل الفرصة لإحراز بعض النجاح المبكر ، ولا يتوقعا من طفلهما الكمال فحتى التحسن الضئيل يجب أن ينظر إليه على أنه تقدم نحو العلاج .

وأوضح عدد كبير من الباحثين أن استخدام طرق العلاج السلوكي لعلاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كانت ناجحة جداً من حيث المكاسب أو الفوائد التي تتحقق على المدى القصير على الأقل .

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

وفى دراسة قام بها كيندال وآخرون Kendall et al. ( ١٩٩٥ ) عن مدى فاعلية العلاج السلوكى فى خفض الاندفاعية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، أوضحت نتائجهم أن استخدام فنيات العلاج السلوكى فى التدريب أدت إلى خفض مستوى الاندفاعية ، وتنمية القدرة على التحكم فى السلوكيات غير المرغوبة .

وفى دراسة أخرى قام بها كيندال وبراسويل Kendall & Braswell ( ١٩٩٣ ) بهدف التعرف على مدى فاعلية العلاج السلوكى فى تعديل السلوكيات السلبية للأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد داخل حجرة الدراسة ، أظهرت نتائجهما أن العلاج السلوكى كان فعالاً جداً فى علاج وتعديل السلوكيات السلبية التى تعوق العملية التعليمية وتؤثر على تحصيلهم الدراسى .

واستخدام العلاج السلوكى مع العلاج بالعقاقير فى برنامج علاجى شامل أظهر نجاحاً طيباً ، فلقد وجد بيلهام وآخرون Pelham et al. ( ١٩٩٠ ) أن تعديل السلوك والعلاج بالعقاقير قللا بدرجة دالة من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ومع ذلك توصلوا إلى أن الأدوية كانت عنصراً أكثر فاعلية فى العلاج فى مرحلة ما بعد المراقبة على الرغم من أن التدخلات السلوكية قد حظيت بنجاح على المدى القصير وذلك من واقع التقارير التى تناولت هذا الموضوع إلا أنه لا يوجد تقييم كافٍ عن الآثار الطويلة الأمد لأى من طرق العلاج هذه .

المراجع

المراجع العربية

المراجع الأجنبية

## الفصل التاسع العلاج المعرفى السلوكى

بالنشاط الزائد

كندال و آخرون Kendall et al.

فى خفض الاندفاعية

نقص الانتباه المصحوب

بغيبات العلاج السلوكى

، وتنمية القدرة على

كندال و برايسويل Kendall & Braswell

علاج السلوكى فى تعديل

اضطراب نقص الانتباه

، أظهرت نتائجهما أن العلاج

وكيات السلبية التى تعوق

بالعقاقير فى برنامج علاجى

سام وآخرون Pelham et al.

عقاقير قللا بدرجة دالة من

الزائد ، ومع ذلك توصلوا إلى أن

علاج فى مرحلة ما بعد المراقبة على

ت بنجاح على المدى القصير وذلك

نوع إلا أنه لا يوجد تقييم كاف عن

هذه .

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

### مقدمة :

يهدف العلاج السلوكي بصفة عامة إلى خفض الأعراض وذلك بتطوير الاستراتيجيات الخاصة بالمجاهدة أو التصرف ، ويؤكد العلاج على نواحي القوة وعلى مصادرها ، والنجاح في إحساس الفرد بالسيطرة أو التحكم والكفاءة الذاتية ، وبتقليل الآثار الاضطراب تتحسن حياة الأفراد الذين يعانون من الاضطراب ويركز العلاج المعرفي السلوكي على استراتيجيات المعالجة ترويض الذات ، ويكون هذا العلاج عادة محدد الزمن بمتوسط ٨ - ١٢ جلسة ، ولكن الاضطراب لدى الكبار يحتاج إلى مساند للتعامل مع مشكلاتهم المتعددة وينبغي أن يركز على نوعية مثل تقدير الذات ، والتصرف في المشكلات المتعلقة والاتجاهات أو الميول الاندفاعية ، والصعوبة في حل المشكلات شخصية المختلفة ، والمشكلات المتعلقة بالتحكم في الغضب الأساسي للعلاج هو مساندة الفرد لكي ينمو لديه الكفاءة الذاتية والتغيير يمكن أن يتحقق ، ويتطلب ذلك تعليماً وإرشاداً حول وكذلك إعادة التركيب أو البناء المعرفي ، وإعادة تشكيل الماض إطار جديد له ، وهكذا ينبغي تعليم الفرد أن يتحدى الأفكار الذاتية وأن يتعلم أسلوب مراقبة الذات ، وأن يتعرف على الأخطاء وكيفية تقييم الانحرافات المعرفية والصفات الزائفة أو التي وعلاوة على التدخلات المعرفية الملائمة ينبغي على المعالج مجموعة متنوعة من الأساليب أو الطرائق الفنية مثل التدرج أو الواجبات ، والنمذجة ، ولعب الأدوار ، وربما تساعد أساليب التدرج على خفض القلق والتخلص من الاكتئاب .



## العلاج المعرفى السلوكى :

السبب أو المبرر العقلانى لإضافة المكونات المعرفية إلى المكونات السلوكية هو تقوية فوائد العلاج بصورة واضحة ، وذلك عن طريق تعليم الطفل إدارة أو ترويض سلوكه الخاص من خلال حل المشكلات ، واستراتيجيات التغلب على الأخطاء أو التصرف حيالها .

وتعتمد التدخلات المعرفية السلوكية على طريقتين هما :

١- الطرق المعرفية التى تقوم على التعلم الذاتى وحل المشكلات الاجتماعية .

٢- الطرق القائمة على التوافق وتختص بمراقبة الذات ، وتقييم الذات ، وتعزيز الذات ، والتدريب الذى يرتبط بهم .

وفيما يلى عرض لهذه الطرائق بشئ من التفصيل :

### ١- التدريب على التعلم الذاتى :

وضع لوريا Luria عام ١٩٦١ نظرية مفادها أن الأطفال يتعلمون أن يتحكموا فى سلوكهم بالإدخال التدريجى لأوامر وتعليمات الكبار عن طريق تطور الكلام الموجه للذات ، ولسوء الحظ فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يكونون أقل امتثالاً وإذعاناً للتوجيهات الوالدية ( باركلى وآخرون . Barkley et al. ، ١٩٨٥ ) ، كما أنهم يظهرون أنماطاً أقل نضجاً للكلام الذاتى عن الأطفال الأسوياء ، وأوضحت نتائج العديد من الدراسات أن أعراض الاضطراب ترتبط بتأخر الكلام الموجه للذات ، وهذه النتائج توحي بأنه ربما يكون من المفيد أن يتعلم هؤلاء الأطفال أن يتحدثوا مع أنفسهم لتحسين قدرتهم على التحكم فى السلوك ( بيرك وبوتس Berk & Potts ، ١٩٩١ ) .

ويكون التدريب على التعلم الذاتي موجهاً بطريقة نموذجية نحو ضبط الاندفاعية ، وعدم الانتباه ، وعادة تكون الطريقة المستخدمة وفقاً لآراء هينشو وإيرهادت Hinshaw & Erhardt ( ١٩٩١ ) كما يلي :

أ- يتم عمل نماذج للعبارات أو الجمل الذاتية بواسطة المدرب وذلك بطريقة لفظية .

- ب- يقوم الطفل بأداء نفس المهمة تحت إشراف المدرب .
- ج- أثناء أداء الطفل للمهمة يتم إعطاؤه تعليمات بصوت مرتفع .
- د- يؤدي الطفل المهمة ويتم إعطاؤه تعليمات بصوت هامس .
- هـ- يؤدي الطفل المهمة مع توجيه سلوكه لكلام خاص به .

ويرى العديد من الباحثين أنه بدون استخدام المكونات السلوكية كالتعزيز فإن استخدام طرق التعلم الذاتي بالنسبة للأطفال الذين يعانون من الاضطراب لا يتم تحبيذها ، ويحدث التحسن بطريقة أكثر توافقاً عندما يتم تقديم التعزيز الذاتي للتعبير اللفظي الدقيق بالإضافة إلى التدريب على التعلم الذاتي ، وفي البرامج الناجحة ربما يكون التعزيز هو الذي أدى إلى التحسن وذلك بدرجة أكبر مما في طرق التعلم الذاتي ( بفيفر وباركلي Pfiffner & Barkley ، ١٩٩٠ ) ، ويرى العديد من الباحثين أن استخدام التدريب على التعلم الذاتي مع الأطفال الذين يعانون من الاضطراب لا يعطي النتائج المرجوة منه .

## ٢- المراقبة الذاتية Self - Monitoring

يرى باركلي Barkley ( ١٩٩٠ ) أن الأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لها علاقة بأوجه العجز المعرفية بما في ذلك نقص أو قلة الوعي بالسلوك بمعنى أن الأطفال الذين يعانون من

الاضطراب لا يدركون سلوكهم الخاص ولا يدركون عواقبه ؛ ولذا فمن المفيد أن ندرّب الأطفال الذين يعانون من الاضطراب على مراقبة السلوك الخاص بهم كخطوة أولية لتطوير صفة السيطرة على الذات .

وأهم ما يميز إجراءات المراقبة الذاتية أنها تعلم الأطفال أن يلاحظوا جوانب معينة من سلوكهم ويقومون بعمل تسجيل أو تدوين موضوعي لسلوكهم بدون تلقين أو تحفيز من الآخرين ، وأثناء هذه العملية يتم المحافظة على الوعي الفعال لحدوث السلوكيات المستهدفة التي تزيد القدرة على ضبط الذات لدى الطفل ( براسويل وبلومكويست & Braswell Bloomquist ، ١٩٩١ ) وأثبتت هذه الطريقة فاعليتها في تعلم العديد من السلوكيات المستهدفة كما في الأداء الأكاديمي ( هالاهان وآخرون Hallahan et al. ، ١٩٨٢ ) .

وبالنسبة للتلاميذ الذين لا يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن ملاحظة الذات والتسجيل الذاتي ( وهما جزء من المراقبة الذاتية ) يؤديان إلى نتائج إيجابية بدون استخدام معززات المساندة فيما يتعلق بالتحسينات السلوكية ، فمثلاً وجد هاريس Harris ( ١٩٨٦ ) أن المراقبة الذاتية للانتباه أو الإنتاجية في العمل قد حسنت الانتباه إلى المهمة واستكمال العمل بالنسبة للأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم .

وفي البرنامج النمطي للمراقبة الذاتية - على سبيل المثال - يعمل الطفل وهو جالس في مقعده إلى أن يحدث المعلم إشارة أو لحن أو نغمة يسمعها من جهاز تسجيل أو يحدث اتصال غير لفظي ( إيحاء بحركة من

( الجسم ) ، وهذه الإشارات أو الدلالات تحدث في فترات يتم تحديدها مسبقاً ، وتزود الطفل بالتغذية المرتدة التي تساعد بصفة مستمرة على تحسين الأداء الأكاديمي ، وكثيراً من أوجه الاستحسان لهذا النوع من نظام المراقبة الذاتية وكذلك نظم البرامج المعرفية السلوكية تتبع من تركيزها الواضح على بعض أوجه العجز الأساسية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد التي تشمل عدم الانتباه ، والاندفاع ، والمهارات التنظيمية الرديئة ، والمصاعب المتعلقة باتباع القواعد والتعليمات ، والبحث الخاص بالمراقبة الذاتية أوضح أنه يمكن تحسين سلوك أداء المهام أو الواجبات ، وكذلك تحسين القدرة الإنتاجية سواء الأكاديمية أو التحصيلية لدى الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ( شابيرو كولى Shapiro & Cole ، ١٩٩٤ ) .

ويؤدي الدمج بين أسلوب المراقبة الذاتية وطريقة التعزيز الإيجابي إلى تحسين السلوك المتعلق بأداء المهام ، والواجبات ، والدقة الأكاديمية بالإضافة إلى العلاقات مع الرفاق أو الأقران ( أناستوبولس Anastopoulos ، ١٩٩٩ ) .

ويرى ماريني ميركولينو وآخرون ( ٢٠٠٣ ) أن المراقبة الذاتية تتطوى على جعل التلميذ يراقب ذاته من أجل تقرير حدوث سلوك معين مثل الانتباه أو مستوى الأداء للسلوك مثل دقة أداء الواجب المدرسي ، ويطلب من التلاميذ عموماً التدوين في استمارة سواء تم السلوك أم لا ، فعلى سبيل المثال من الممكن استخدام طريقة المراقبة الذاتية لمساعدة التلميذ على أداء مهمة كتابية مدتها عشرون دقيقة ، ويمكن الاستعانة بجهاز تسجيل صوتي لإصدار نغمة للطالب عبر سماعات أذن في فترات عشوائية ، وقد

تتفاوت الفترة الزمنية بين النغمات ، ومن هنا يجب على الكلينيكيين أن يحددوا الفترة التي تضاعف الوعي الذاتي إلى الحد الأقصى وتقلل التشتت إلى الحد الأدنى ، وفي كل مرة تصدر فيها النغمة يطلب من التلميذ تقرير ما إذا كان منتبهاً أم لا بحيث يدون ذلك في استمارة خاصة أعدت لهذا الغرض ، ويمكن أن يطلب من التلميذ أن يراقب ويسجل مقدار العمل الذي تم إنجازه على نحو صحيح منذ أن سمع آخر نغمة ، أما في الحالات التي يكون فيها التلميذ يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وخصوصاً ذلك النوع الذي تسود فيه الاندفاعية فيجب على المدرس التأكد مراراً من أن التلميذ ملتزم بإجراءات التدخل العلاجي ، وتكون المراقبة الذاتية أكثر فاعلية مع التلاميذ في سن الثانية عشرة فما فوق بخلاف الأطفال الأصغر سناً .

### ٣- التقييم الذاتي :

تتمثل أوجه السلوك التي تشكل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في عدم الانتباه والاندفاعية اللذان يؤديان إلى غياب أو عدم وجود التأمل الحقيقي أو الفعلي للمخالفات أو الانتهاكات السلوكية التي يتم ارتكابها ( هينشو وإيرهاردت Hinshaw & Erhardt ، ١٩٩١ ) ، وعلاوة على ذلك فإن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ربما لا يستطيعون تقييم أدائهم للمهمة بدرجة دقيقة أو يتأكدون من جودة ونوعية عملهم ( باركلي Barkley ، ١٩٩٠ ) ، وعلى نفس المنوال فإن هؤلاء الأطفال من المفترض مسبقاً أن يكونوا أقل من رفاقهم في الأداء ، وبالتالي يمكن زيادة أداء المهمة والسلوك الاجتماعي عن طريق تدريب الأطفال

الذين يعانون من الاضطراب على التقييم الدقيق لسلوكهم ، ومكافأة لهم عندما يصلون على مستويات محددة من الجودة .

وقام شابيرو وكول Shapiro & Cole ( ١٩٩٤ ) بتطوير طرق لتقييم سلوك التلاميذ تعتمد على معيار يتم تحديده من قبل ، وذلك على مقياس يترج من صفر - خمسة وذلك لتوضيح الدرجة التي يكون فيها السلوك ملائماً ، كما تتضمن هذه الطرق أيضاً تعميم المهارات الخاصة بترويض الذات في مواضع وأماكن أخرى ، وعموماً وجداً أن هذه الطرق فعالة في إحداث واستمرار وتعميم التغيير السلوكي لدى التلاميذ الذين يوجد لديهم اضطرابات سلوكية .

وبالنسبة للأطفال الذين يعانون من الاضطراب ويظهرون مشكلات سلوكية كثيرة فربما تكون هذه الطرق واعدة ومبشرة بالأمل لهم ، وعلى الرغم من قلة البحوث الخاصة باستخدام طرق التقييم الذاتي ، والتعزيز الذاتي مع التلاميذ الذين يعانون من الاضطراب إلا أن نتائج البحوث الأولية كانت إيجابية ( سميث وآخرون Smith et al. ، ١٩٩٢ ) .

ويرى هينشو Hinshaw ( ١٩٩٢ ) أن مراقبة الذات وتقييم الذات مهارتان أساسيتان للكفاءة الاجتماعية والسلوكية والأكاديمية ، وهاتان للمهارتان يفقدهما الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ، بينما يرى أكسن وفورست Xin & Forrest ( ٢٠٠٢ ) أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يتسمون بالانتباه الرديء ليس فقط مع الكبار الذين يوجهون لهم الأوامر والتوجيهات بل في أدائهم السلوكي أيضاً ؛ لذلك فإن التدريب الصريح على مراقبة الذات وتقييم الذات فيما يتعلق بأداء الفرد في سياق

الأهداف الأولية يبدو على درجة كبيرة من الأهمية ، وفى الحقيقة فإن الهدف من التدريب على تقييم الذات هو توسيع فوائد برامج التعزيز بالنسبة للأطفال الذين يعانون من الاضطراب .

ويبدأ تدريب الأطفال على عملية التقييم الذاتى بتقديم مفهوم ما أو مهارة رئيسية يجب تعلمها وممارستها ، فمثلاً يمكن أن يكون التعاون هو الهدف أو المفهوم المراد تعلمه وممارسته ، وهنا يقوم أحد المرشدين بتعريف المهارة السلوكية ، وكتابة التعريفات المختلفة لها فى مكان واضح وبارز لتسهيل المعرفة والاسترجاع ، وبعد ذلك يتم إجراء لعب الأدوار مع إعطاء أمثلة جيدة وأمثلة رديئة للسلوك المعيارى ، ويتم ذلك بواسطة المرشدين وبعد ذلك بواسطة الأطفال ، ويجب أن يكون لدى الأطفال فهم واضح للسلوك قبل تمكنهم من ممارسة التقييم الذاتى ، وأثناء الجزء الثانى من الجلسة يتم مكافأة أعضاء الجماعة بين الحين والآخر فى حالة إظهارهم للسلوك المعيارى أثناء تأديتهم للعمل الأكاديمى أو الاشتراك فى لعبة جماعية .

#### ٤ - التدريب على المطابقة :

اقترح التدريب على المطابقة Correspondence Training فى أول الأمر للتعامل مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بواسطة أبيكوف وجيتلمان Abikoff & Gittelman ( ١٩٨٥ ) ، والتدريب على المطابقة إجراء أو طريقة تهدف إلى زيادة التطابق بين ما يقوله الشخص من الناحية اللفظية مع ما سيفعله أو مع ما سيكون عليه سلوكه الفعلى أو الحقيقى ، ولقد اتضح أن التغيير فى السلوك اللفظى يمكن أن يحدث بطريقة غير مباشرة عن طريق برمجة التعزيز ليتطابق مع الحدث الفعلى للسلوك ، ويتم التعبير اللفظى من خلال

السلوك ( افعّل ، واكتب تقريراً ) أو عن طريق السلوك المستقبلي ( اكتب تقريراً ، وأفعّل ) ويتم تقديم التعزيز بحيث يكون متطابقاً مع السلوك اللفظي ، والسلوك غير اللفظي ، وفي طريقة افعّل واكتب تقريراً يتم تعليم الطفل أن يصف سلوكه بدقة مع عمل تنبؤات للسلوك المستقبلي ونظراً للتصور العقلي الحالي لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على أنه مشكلة تتسم بالتحكم الرديء في الاندفاع ، والسلوك الذي يتسم بالعجز في ضبط أو تنظيم الذات تم اقتراح التدريب على المطابقة كإحدى الطرق لتعليم الأطفال كيفية السيطرة على سلوكهم غير اللفظي وذلك من خلال تعزيز العلاقات اللفظية - غير اللفظية المقبولة من الناحية الاجتماعية (بانجيا Paniagua ، ١٩٩٢) .

وتشير النتائج الأولية أن التدريب على المطابقة كان فعالاً ومؤثراً في خفض مستوى النشاط الزائد لطفلين عمرهما ٦ سنوات ، ٩ سنوات أجرى عليهم هذا البرنامج التدريبي في العيادة (بانجيا وآخرون Paniagua et al. ، ١٩٨٨) .

ويرى بانجيا Paniagua ( ١٩٩٢ ) أنه على الرغم من النتائج الإيجابية المستمدة من البحث المبدئي باتباع هذا الأسلوب مقارنة بالعلاجات المعرفية السلوكية الأخرى إلا أن هناك بعض التحديات المرتبطة باستخدام التدريب على المطابقة التي تتمثل في أن البحوث التي تم إجراؤها تمت في مواقع عيادية ، وهذه النتائج من الصعب تعميمها في أماكن أقل تنظيماً أو تحكماً مثل المدرسة ، بالإضافة إلى ذلك ففي الحالات التي تتضمن التحكم أو السيطرة المباشرة على السلوك غير اللفظي مثل السلوكيات المتمثلة في



العدوان الحاد أو السلوكيات المهلكة للذات فإن مطابقة السلوك اللفظي وغير اللفظي ربما لا يكون عملياً ، يضاف إلى ذلك أن مهارات اللغة التعبيرية المقبولة يتم الاحتياج إليها لكي يكون تدريب المطابقة تدخلاً علاجياً فعالاً أو مؤثراً .

#### ٥- ترويض الغضب :

يميل الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وعلى الأخص الأطفال الذين يوجد لديهم اضطرابات سلوكية تدل على حالات مرضية مشتركة إلى المبالغة في الأدوار التي تتعلق بالنواحي الانفعالية وكذلك التفسيرات المشوهة أو المحرفة للاستفزات البين شخصية ؛ حيث يُظهرون أعمالاً عدوانية تعرضهم للنبذ البين شخصي ؛ لذلك من الضروري إعطائهم تدريبات عملية لترويض هذا الغضب .

ويرى باركلي Barkley ( ٢٠٠٣ ) أن التدخل المعرفي السلوكي القائم على التدريب العملي من أجل التحكم في الغضب يتفوق بدرجة واضحة على العلاج الذي يؤكد فقط على العناصر المعرفية وحدها ، وتبدأ الجلسات العلاجية لترويض الغضب بأن يطلب المرشدون أو المعالجون النفسيون من الأطفال الإفصاح عن العبارات التي يستخدمها الرفاق التي تسبب لهم الإغظة والاستفزاز ، ويقوم الأطفال بكتابة هذه العبارات أو ذكرها ، ومثل هذا الإفصاح الصريح قد يؤدي إلى الإحراج أو السخرية ، ولكن وجود جو يتسم بالثقة في الجماعة والمرشد أو المعالج يساعدهم في التغلب على هذه المشاعر ، وبعد ذلك يقوم المعالج بتوضيح كيفية استخدام هذه العبارات في المساعدة على السيطرة على الذات ، ثم يبدأ المعالج بسؤال الأطفال عن

فقراتهم حول أنسب الطرق للتصرف مع هذه المشكلة ، وبعد ذلك يقدم  
اثنان من المرشدين بالاشتراك مع بعضهما مناقشة ساخرة بطريقة تبدو  
عفوية ، ولكن تم التخطيط لها من قبل ، ويتجاوب المرشد القائم بدور  
الضحية في هذه المناقشة بطريقة عدائية لفظية في أول الأمر ، والهدف هنا  
هو إثارة دهشة الأطفال وتحفيزهم على مناقشة ما حدث ، وأن يقوموا بذكر  
الأسلوب الأفضل الذي كان بإمكان المرشد الذي تمت إغاظته أن يفعله ،  
وتتكرر هذه المناقشة والمجادلة عدة مرات بهدف إدخال مقترحات الأطفال  
من أجل المزيد من السيطرة على النفس من جانب الشخص الذي يكون  
ضحية العمل الاستفزازي ، وبعد ذلك فإن الطرق الفعالة للتدريب المعرفي  
السلوكي توضع موضع التنفيذ ، حيث يقوم كل طفل باختيار بديلاً معيناً أو  
محددات للغضب ويتدرب عليه بهدف المساعدة على التعامل مع المشاكل  
البيئية الشخصية ، ويرى هينشو وآخرون Hinshaw et al. ( ١٩٨٩ ) أن  
ترويض الغضب أو إدارة الغضب الفعالة التي تستخدم أكثر من طريقة مع  
استخدام مستويات عالية نسبياً من جرعات الأدوية المنبهة تؤدي إلى الضبط  
أو التنظيم الأمثل للذات ، بينما يرى بيلاك Bellak ( ١٩٧٩ ) أنه يمكن  
استخدام طريقتان لترويض الغضب هما :

- أ- أن يكظم الفرد غضبه في داخله .
- ب- أن يواجه الفرد الغضب نحو نفسه ، أو نحو الآخرين ، فالأفراد الذين  
يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ربما  
ينفسون عن إحباطهم ومشاعرهم الغاضبة بتوجيهها أو صلبها على  
الآخرين أو بتدميرهم للأثاث أو الممتلكات ، وأفضل التدخلات هي أن  
يقوم المعالج بعمل نموذج لكم من التعبير غير الملائم ، والتعبير الملائم  
للغضب ، ويشترك كلاً من المعالج والمريض في عملية لعب الأدوار .

وترى سوزان يونج Young ( ٢٠٠٢ ) أنه يجب إدخال طرائق متعددة لترويض الغضب بطريقة مناسبة ، على سبيل المثال التحدث في المشكلات مع الأصدقاء ، والابتعاد عن مصدر الاستفزاز أو المضايقة ، وإعادة بناء أو تركيب موقف من الناحية المعرفية ، ومع ذلك فربما لا يكون لدى الأفراد الذين يعانون من الاضطراب التأييد أو المساندة الاجتماعية المتاحة أو المتوافرة للاستعانة بها في المشكلات الشخصية ، فمعظم الأفراد يمكنهم أن يناقشوا الأشياء أو يتحدثون عنها مع أحد الأشخاص أو يسعون إلى طلب النصيحة أو المشورة ، ولكن الأفراد الذين يعانون من الاضطراب لا يكون لديهم شبكات عمل اجتماعية يستعينون بها في هذا الصدد ، ومن المهم للمعالج أن يتعرف على مشاعر المرضى أثناء الكرب أو المحنة العميقة ، وأثناء الاضطراب الانفعالي ويعترف بها ، وسيكون ذلك مهماً على نحو خاص عندما يطلب منهم إعادة صياغة موقف ما بطريقة معرفية ، فالأفراد الذين يعانون من الاضطراب تعلموا أن العالم المحيط بهم يمثل تهديداً لهم وأن الناس غير عطوفين ومعادين لهم ، وربما لا يكون من السهل تشجيع المريض على أن يتبع منظوراً مختلفاً في مواجهة المواقف التي تثير التحدي والمشكلات ، كما ينبغي تعليم المرضى أن يتوقفوا ويفكروا ويواجهوا التشويشات المعرفية ويتصدون لها على سبيل المثال " يكرهني الناس " و " ويستفزني الناس " ، كما يجب أن تتوالد الأفكار البديلة على سبيل المثال " ربما يكون الشخص لديه مشكلات شخصية ، وربما يكون مشغولاً " ، ويكون من المفيد تعليم المرضى أساليب المراقبة الذاتية والتنظيم الذاتي لانفعالاتهم ، وقدرتهم على تحديد النقطة التي يصبحون فيها مثارين بدرجة كبيرة ، وينبغي تشجيعهم على الاشتراك في الاستراتيجيات المضادة ، ويمكن تعليم طرق معينة لتفسير أو فهم العمليات المعرفية المختلفة مثل الأساليب

الفنية الخاصة بالحرف الذهنية كعملية الحساب العقلي مثلاً ( أى العد إلى الخلف بدءاً من ٥٠٠ بطرح ٧ كل مرة ) ، وربما يكون من الصعب تطبيق الأساليب أو الطرق الفنية التي تم تعلمها في العلاج وذلك على المواقف في العالم الخارجي فعندما يكون الناس مثارين يصبحون غالباً أقل عقلانية ، وينمون تطبيق الميكانيزمات أو الحيل الدفاعية المستخدمة في المجاهدة التي تم تعلمها .

- وبسبب المصاعب التي تتعلق بالعلاقات مع الرفاق التي يواجهها معظم الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ولاسيما الحلقات المتكررة من الإغابة أو المعاييرة من جانب الرفاق قام هينشو Hinshaw ( ١٩٩٤ ) باستخدام منهج علاجي يعتمد على المكونات الوجدانية والمعرفية والسلوكية بهدف :
- التعرف على الدلائل والأسباب الداخلية والخارجية التي تشير إلى الغضب الأولى أو الابتدائي .
  - استخدام الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية ضد الغضب كعمل مضاد للغضب والاستجابات العدوانية التالية له .
  - التدريب المتدرج على الخطط المختارة للتصرف أثناء الاستفزازات المتزايدة من جانب الرفاق .

ويبدأ المنهج العلاجي بأن يكشف كل طفل عن الأسماء والعبارات التي تضايقه ، ويجب توفير جو آمن لتقوية الإفصاح المثمر ، وعلى المعالجين أن يوضحوا أنه مع إعلان الطفل عما يضايقه من أسماء وعبارات سيتم استخدام هذه الأسماء والعبارات فيما بعد بواسطة بقية أفراد المجموعة لمساعدة الطفل على ممارسة التحكم في الغضب ، وهكذا يتضح أن التعرف على أو معرفة العلامات الخاصة بالفرد التي توشك بحدوث الغضب تعتبر

المهارة الأولى التي يتم تعلمها ، وهذا التمرين أو التدريب يعتبر صعباً بالنسبة للأطفال الصغار ، ولكن الأفراد في سن ما قبل المراهقة يمكن أن يتعلموا التعرف على الدلائل أو الإشارات اللفظية والانفعالية والسلوكية ، وبعد ذلك يختار كل طفل تحت إرشاد المعالج استراتيجيات معرفية أو سلوكية معينة ليستخدامها عندما يتم إثارته أو استفزازه أو إغاضته ، والهدف من ذلك ليس بالضرورة منع الرد بالتشاجر أو الرد بالمثل ، وإنما تعليم الأطفال الذين يعانون من الاضطراب الاستراتيجيات والردود البديلة لتقوية قدرة الطفل على اختيار الاستجابة المرغوبة بهدف خفض الدورات المتصاعدة للتشاجر الاندفاعي وما يعقبه من نبذ من جانب الرفاق ، ويُعد التعزيز من جانب المعالجين ومراقبة الذات ، وتقييم الذات للمحاولات الجديدة للطفل في التحكم في النفس أو ضبط النفس من المعالم العلاجية للمنهج العلاجي ، ومن المحتمل أن يختار الأطفال الصغار استراتيجيات سلوكية ظاهرة لإبطال تأثير الاستفزات أو الاستثارة بينما الأطفال الذين يقتربون من مرحلة المراهقة يختارون غالباً التحدث الذاتي أو طرق وسائطية أخرى لمساعدتهم على التحكم في غضبهم .

وهكذا ؛ يمكن القول بأن المصاعب الاجتماعية المستمرة للأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يمكن وضعها تحت السيطرة من خلال وضع البرامج المنسقة أو المتوافقة التي تتضمن مساندة وتأييد وتدريب الأشخاص المهمين في البيئة التي يتعامل معها الطفل كل يوم كما أن الدمار الشخصي والاجتماعي الذي يتراكم ويزداد أو يتفاقم في حدته عن طريق الاضطرابات المصاحبة لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لا يتطلب أكثر من ذلك .

٦- تنمية المهارات البين شخصية :

يذكر الأفراد الكبار الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وجود صعوبات في التعامل مع الآخرين ، وكذلك عدم القدرة على الاستمرار في هذه العلاقات وربما يرجع ذلك إلى أن الشخص الكبير الذي يعاني من الاضطراب ربما لا يتصرف جيداً في المواقف التي تستدعي تغييرات سريعة في الأسلوب أو في موضوع المحادثة كما أن عدم الانتباه والتشتت أو شرود الذهن ربما يدركه الآخرون على أنه عدم القدرة على الاستماع أو قلة الاهتمام ، وربما يتم تفسير الاندفاعية على أنها الوقاحة ، وذلك إذا قام الشخص بمقاطعة الآخرين بطريقة غير ملائمة وفجائية أثناء المحادثة ، كما أن تقلب الحالة المزاجية يدركه الآخرون على أنه من الأمور البغيضة أو المنفرة والمؤذية للنفس ، ويؤكد ذلك باركلي وآخرون Barkley et al. ( ١٩٩١ ب ) حيث يرون أن الكبار الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ربما يكونون غير مدركين لتأثير سلوكهم على الآخرين ، كما يؤدي عجزهم المعرفي إلى إساءة تقييم المواقف الاجتماعية ، وربما يؤدي ذلك إلى حدوث مشكلة هامة تتعلق بالمهارات الرديئة للاتصالات ، فالشخص الكبير الذي يعاني من الاضطراب ربما لا يؤدي وظيفته جيداً في المواقف التي تتطلب التغييرات السريعة في الأسلوب أو في موضوع المحادثة ، وربما يدرك الآخرون أو يلاحظون عدم انتباهه وشرود ذهنه أو تشتته ، كما يدركون أيضاً عدم قدرته على الاستماع أو الإنصات أو قلة الاهتمام ، ويصبح الأفراد في النهاية منعزلين ومنبوذين اجتماعياً وينسحبون من المواقف الاجتماعية ، وينظر زملاؤهم إليهم على أنهم غير قادرين على المشاركة في التفاعلات أو الأعمال الجماعية .

كما أن الأفراد الذين يعانون من الاضطراب تكون مهاراتهم الاجتماعية ناقصة ، ويظهرون صعوبات في إيجاد سلوك اجتماعي ملائم ويميلون إلى إظهار معدلات غير ملائمة من الناحية الاجتماعية تتمثل في السلوك البغيض والهدام ، ومع ذلك فإن الدراسات القائمة على التجارب العملية ترى وجود أوجه عجز بسيطة في حدود التفاعلات الاجتماعية ، وفي المهارات الاجتماعية المعرفية لحل المشكلات ، وكذلك القدرة على إدراك المواقف الاجتماعية بدرجة دقيقة ، يضاف إلى ذلك أن هؤلاء الأفراد يكون لديهم صعوبة في تعديل السلوك الاجتماعي طبقاً لمتطلبات الموقف ، فالأطفال الصغار الذين يوجد لديهم نشاط حركي زائد يميلون إلى الاستمرار في الأدوار الاجتماعية التي تستدعي التأكيد والسيطرة حتى عندما يتغير الموقف .

ويؤكد ذلك والين وهينكر Whalen & Henker ( ١٩٩٢ ) حيث يريان أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يؤدي إلى جعل الأفراد بطيئين في التعرف على الدلائل الاجتماعية ، ونقص المعرفة بالأدوار والقواعد الاجتماعية ، وربما يؤدي ذلك إلى عجز في فهمهم للقواعد الجوهرية لأنماط الصداقة وأنماط التفاعل الاجتماعي وبأنهم غير مقبولين من جانب الآخرين .

ويهدف التدريب على المهارات الاجتماعية إلى تزويد الفرد بالاستجابات السلوكية الضرورية لإحداث نتائج إيجابية في المواقف الاجتماعية ، وبالنسبة للأفراد الذين يعانون من الاضطراب يجب أن يركز العلاج على المهارات الصغرى مثل الاستمرار في النظر إلى الشخص أثناء المحادثة ، والاستخدام المناسب للصوت بحيث لا يكون

عالياً جداً أو منخفضاً جداً ، ووضع الجسم ، كما ينبغي أن يركز أيضاً على المهارات الكبرى على سبيل المثال تقديم المجاملات ، والتغذية المرتدة البناءة ، والالتزام بالدور أثناء الكلام ، ومهارات الاستماع ، ومن المحتمل أن تكون القضية الهامة هي سوء تفسير الدلائل الاجتماعية ؛ ولذا ينبغي تعليم الأفراد المهارات الأساسية لإدراك الاجتماعي التي تمكنهم من الاشتراك في السلوكيات الاجتماعية الملائمة ، ويمكن تحقيق ذلك عن طريق لعب الأدوار للحالات الاجتماعية التي تكون مألوفة للأفراد وتعليمهم الاستجابة المناسبة في هذه الظروف .

#### مهارة حل المشكلات أو التصرف عند مواجهة المشكلات :

تؤدي الطبيعة الاندفاعية ، وأوجه العجز المعرفي لدى الكبار الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلى تدني مهارات حل المشكلات ، فهؤلاء الأفراد لا يمكنهم تتبع سلسلة من الأفكار بطريقة منطقية ، كما أنهم يميلون إلى اتخاذ قرارات متسرعة تستند إلى معلومات غير كافية مما يؤدي إلى حدوث أخطاء جوهرية في إصدار الأحكام أو القرارات ؛ لذلك ينبغي أن يركز العلاج على الحلول ، وعلى إعداد الفرد للأحداث المستقبلية ، وذلك بتلخيص الخطوط الإرشادية للمجاهدة أو التصرف حيال المشكلة الجديدة ، كما ينبغي البحث عن أهداف وغايات طويلة الأجل وعلى الأخص فيما يتعلق بالعقبات التي ربما يواجهها ، كما ينبغي أيضاً تعلم الفرد كيفية التعامل مع هذه الصعوبات بطريقة منظمة وذلك بتجزئتها إلى خطوات صغيرة يسهل تحقيقها ؛ ومن ثم يجب تشجيع الفرد على تحديد المشكلات التي تواجهه وتجزئتها إلى خطوات يمكن فهمها



## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

والتغلب عليها بسهولة ، وأن يبتكر حلولاً متعددة لهذه المشكلات ، ونظراً لوجود عقبات وصعوبات يمكن مواجهتها عند البحث عن الحلول الملائمة ؛ فإنه يجب مناقشة الحلول المعرفية والحلول العملية أيضاً .

### إدارة الوقت والمهارات التنظيمية :

الشكوى الأساسية للأفراد الكبار الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد هي أنهم يفتقرون إلى الإدارة الجيدة للوقت وتعوزهم المهارات التنظيمية ، فيصف هؤلاء الأفراد أنفسهم على أنهم لا يتذكرون شيئاً أو تعثر بهم حالة من النسيان تؤدي بهم إلى أن يتأخروا في المواعيد فهم ينسون إحضار الأشياء الأساسية اللازمة لحضور الاجتماعات مثل الأوراق الهامة ومعدات العمل ، كما أنهم يعانون من صعوبة في عملية التنظيم ، وتحديد الأهداف ، وعدم القدرة على إتمام أو تكملة المهام ومثل هذه المشكلات يمكن مناقشتها بتقديم مفكرة بالمواعيد ، ووضع علامات بصرية للتذكرة في أماكن أو مواقع يمكن ملاحظتها ، ويجب على الفرد أن يدون الأفكار التي تطرأ على ذهنه في الحال قبل أن يشتمتها مثير جديد ، وينبغي تعليم الأفراد أن يكتبوا قائمة بالأشياء التي ينوون القيام بها ، وبعد ذلك يضعون أولويات للمهام التي سيقومون بها ليوم أو لأسبوع ، ووجد العديد من الباحثين أن هذا الأسلوب مفيد بدرجة كبيرة لأن المهام أو الواجبات الأسبوعية أصبحت أكثر تحقيقاً عندما تم تجزئتها أو تقسيمها إلى أجزاء أو أقسام أصغر يتم استكمالها يومياً ، ويجب تقديم إثباتات أو مكافآت فورية أو مباشرة في حالة استكمال هذه الواجبات أو المهام ، والمكافآت الصغيرة يمكن زيادتها لكسب مكافأة

أكبر لأن الإنجاز أو تكملة مجموعة من المهام أو الواجبات ربما يكون مجزياً في حد ذاته ، وذلك لأن الأفراد الذين يعانون من الاضطراب ربما ينمو لديهم الإحساس بالانتهاء أو تكملة المهام وذلك نتيجة ميلهم للبدء في كثير من الأشياء المختلفة التي لا ينهون أي منها .

التدخلات العلاجية التي تفيد في التحكم في الانتباه :

هناك مجموعة من التدخلات العلاجية التي تفيد في التحكم في الانتباه

منها ما يلي :

١- المشروعات : كأن يركز الأطفال على مشروعات غير أكاديمية مثل الرسم أو العزف على الآلات الموسيقية في الإجازات .

٢- الواجب المنزلي : حيث يقوم الأطفال بأداء مجموعة من الواجبات المنزلية التي يتم التركيز فيها على اضطرابات المهارات الأكاديمية ، أو المهارات التنظيمية أو المهارات الدراسية .

٣- أنشطة الرفاق : يتم إتاحة الفرصة للأطفال للعمل معاً في مهام وأنشطة مختلفة ، أو اللعب معاً بطريقة منظمة وملائمة في موقع محدد ، ويفضل أن يكون ذلك خارج نطاق المدرسة ، أو بعد الانتهاء من اليوم الدراسي أو في العطلات الرسمية .

٤- مجموعات المساندة والتعليم النفسي للوالدين : يقوم المعالج بإعطاء معلومات للوالدين تتعلق بالنواحي التربوية والنفسية الخاصة باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على سبيل المثال أسباب المرض ، وأعراضه ، وكيفية تشخيصه ، والقضايا المتعلقة بالتقدير ،

وكذلك القضايا الخاصة بالنمو ، ويشترك الوالدان في صيغة جماعية للمساعدة والتأييد ، ولا يتم تزويدهم بتدريب رسمي لترويض أو إدارة السلوك ( كونرز وإرهاردت Connors & Erhardt ، ١٩٩٨ ) .

٥- المساندة الفردية للوالدين : يقوم المعالج بإمداد الوالدين بالمعلومات التربوية والنفسية والنصائح المتعلقة باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مثل الحاجة إلى الاتساق والتوافق والوضوح وتجنب المشاجرات والخلافات أمام طفلهم ... الخ ( برون Brown ، ٢٠٠٠ ) .

٦- المساندة الفردية للطفل : تركز جلسات المساندة الفردية للطفل على المناقشة غير المنظمة التي يقوم بها الطفل والتي تتعلق بالأحداث الحياتية والمشكلات الأخرى مع توفير أو إتاحة الفرصة للطفل بأن يشعر بأنه مقبول ومرغوب ، ويتم استخدام اللعب والأنشطة المتعلقة به لتقوية المناقشة ، ولا يتم استخدام العلاج باللعب أو غيره من التدخلات العلاجية النفسية الأخرى ( باركلي Barkley ، ٢٠٠٠ ) .

### فنيات ترويض الذات :

في تصميم لدراسة حالة وجد دي بول وآخرون DuPaul et al. ( ١٩٩٨ ) أن فنيات ترويض أو إدارة الذات Self - Management Techniques كانت مفيدة للأولاد البالغين من العمر ١٢ عاماً والمقيدين بالصف السادس الابتدائي ، ولديهم مشكلات تتعلق بالتنظيم واستكمال الواجب المنزلي والعمل بطريقة مستقلة ، وتم تنفيذ برنامج مكون من خمس مراحل باستخدام الطرق التي وضعها رود وآخرون Rhode et al. ( ١٩٨٣ ) وتضمنت المرحلة الأولى جمع بيانات الخط القاعدي لتحديد أو التعرف على المشكلات السلوكية ومرات تكرارها ، والجودة الشاملة لأداء التلميذ ، وفي

المرحلة الثانية يتم التركيز على جعل التلميذ مدركاً لتقديرات المعلم التي تم جمعها في المرحلة الأولى وذلك باستخدام نظام للإدارة أو الترويض ، وأثناء المرحلة الثالثة طلب من التلميذ أن يقدر سلوكه الخاص ، وتمت مقارنة هذه التقديرات الذاتية بتقديرات المعلم في نفس الفترة الزمنية ، وفي حالة وجود تطابق أو تماثل بين تقديرات التلميذ وتقديرات المعلم يتم تعزيز وتشجيع التلميذ ، وفي المرحلة الرابعة تم خفض درجات المعلم تدريجياً بينما تمت زيادة إدارة التلميذ ، وفي المرحلة الخامسة يتم استكمال الإدارة أو الترويض الذاتى المستقل ، وأظهر تلميذ واحد تحسناً مطرداً عبر مراحل إدارة المدرس ومراحل مطابقة العلاج أثناء أداء المهمة ، وتقديرات جيدة فى الاندفاعية وقصور الانتباه ، بينما أظهر خاضع آخر تحسن فى مهمة واحدة إلى جانب الانتباه أثناء أداء المهمة والأداء الأكاديمي .

ويرى عدد من الباحثين أنه ينبغي مناقشة الأساليب الفنية الخاصة بإدارة المعلم مسبقاً ، وذلك لمساعدته على أن يتجنب المجادلات مع التلاميذ فى حالة وجود عدم اتفاق خلال مرحلة المطابقة ، ومما يجب الإشارة إليه أنه لا ينبغي تنفيذ هذه الطرق الفنية بدون استخدام الاستراتيجيات الأخرى .

والأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لديهم أوجه فشل ذاتية تتعلق بالنواحي الأكاديمية والاجتماعية ، ويعتبر القلق ، والاكتئاب ، وتدنى تقدير الذات ، والتفكير فى الانتحار من المشكلات المشتركة الشائعة بين هؤلاء الأفراد ( بيدرمان وآخرون ، Biederman et al. ، ١٩٩٦ ب ؛ يونج وآخرون ، Young et al. ، ٢٠٠١ ) ، كما أن التحكم الرديء فى الاندفاع ربما يكون عاملاً محددًا للأفراد الذين لا يقدرون على الامتناع أو الكف عن التفكير فى الانتحار

والإقدام على محاولات الانتحار ( يونج ونيولاند Young & Newland ،  
٢٠٠٢ ) .

وترى سوزان يونج Young ( ٢٠٠٢ ) أن الأفراد الذين يعانون من  
اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مثل باقي الأفراد الآخرين  
تماماً يمتلكون صفات إيجابية يمكن تطويرها أو تتميتها وذلك عن طريق  
تقليل الآثار السلبية للاضطراب .

### القلق :

القلق حالة مرضية مشتركة لدى الكبار والصغار الذين يعانون من  
اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وهؤلاء الأفراد يكون  
لديهم أيضاً رهاب اجتماعي Social Phobia يؤدي إلى تجنب المواقف  
المثيرة للقلق ، ولهذا فإن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد  
ربما لا يتم التعرف عليه ، وبالتالي لا يتم علاجه نظراً للحالة المرضية  
المشتركة التي يصعب فيها تحديد الاضطراب ؛ لذلك ينبغي أن يهدف العلاج  
إلى تقليل القلق وذلك بتعليم الأفراد كيف يحددون ويعدلون أفكارهم السلبية  
المتعلقة بالخطر والسلوكيات المصاحبة له ، ويتضمن ذلك إعطاء معلومات  
عن نموذج القلق ، والعلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك ، وإذا كان من  
الملائم ينبغي أيضاً شرح النموذج المعرفي للفرع ، وتوضيح كيف يميل  
الأفراد إلى أن يفسروا الاحساسات الجسمية بطريقة مروعة ، ولذا فإن  
العلاج المعرفي السلوكي يعتبر ملائماً إلى حد كبير بالنسبة للكبار الذين  
يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، والذين تكون  
دافعيتهم الأساسية هي الإشباع الفوري ، وينبغي أن يحدد العلاج أهداف  
وشبكة وسهلة التحقيق كما ينبغي عمل ترتيب متدرج للمواقف التي تثير القلق

لدى الفرد ، ويجب أن يبدأ هذا الترتيب بأقل المواقف تهديداً وأكثرها تحدياً ،  
وينبغي على المعالج أن يستخدم ذلك في المواقف أو المهام التي تتعلق  
بالواجبات المنزلية ، كما ينبغي أيضاً تشجيع الأفراد على الاحتفاظ بمفكرة  
يومية يدونون فيها أفكارهم ومشاعرهم وذلك عند محاولتهم استكمال المهام  
الخاصة بالواجب المنزلي فمن خلال هذه المفكرة يمكن مساعدة المرضى  
على أن يحددوا أو يتعرفوا على الأفكار السلبية .

وتتمثل التشوهات المعرفية الشائعة لدى الكبار الذين يعانون من  
اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في أنهم يميلون إلى التفكير  
في كل شيء ، ويتخذ هذا الأمر حينما يتخذون قرارات سريعة ومفاجئة  
ويستعجلون التوصل إلى النتائج دون ترو ، وإذا لم يتحقق شيء وغالباً يحدث  
ذلك في المحاولة الأولى ، فإنهم يستسلمون ولا يحاولون من جديد ، وربما  
يقومون بعمل تفسيرات سلبية ، وهناك تشويه آخر هو أنهم يضعون معايير  
أو مستويات غير واقعية وصعبة المنال لأنفسهم ويصبحون قلقين عندما لا  
يكونوا قادرين على تحقيقها .

### الاكتئاب :

يؤدي التاريخ الطويل العهد بالفشل الداخلي المرتبط بالميل لتنظيم  
الذات والمراقبة الذاتية إلى شعور الفرد بهبوط العزيمة ، والإحساس بأن  
الآخرين يسيئون فهمه ، وتوقع الفشل ، وتدنى تقدير الذات ، ولا يؤثر ذلك  
فقط على إدراك الذات وصورة الذات ، ولكنه يؤثر أيضاً على قدرة الفرد  
على النجاح ؛ لذلك فمن المهم جداً شرح النموذج المعرفي للاكتئاب للفرد ،  
وذلك لأن تطوير الفهم العملي للمشكلات من المحتمل أن يساعد الفرد على  
التغلب عليها ، كما يجب عمل قائمة بالمشكلات مثل التقدير الرديء للذات ،

ومشاعر النقص ، وأعراض الاكتئاب لكي يتم التركيز على المشكلات المحددة أو النوعية ، وينبغي أن يتم البدء في أداء الواجبات المنزلية بين الجلسات العلاجية ، ويتم تتبع ذلك بطريقة منطقية في كل جلسة ، ويجب أن تكون هذه الواجبات ذات أهداف واقعية وتهدف إلى المساعدة الذاتية فبمجرد أن يتعلم الفرد تحديد الأفكار الذاتية السلبية يمكنه مواجهتها وتحديدها أو التغلب عليها ، وذلك لأن الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يميلون إلى التهويل أو المبالغة في تجاربهم السلبية ويركزون فقط على الأشياء السلبية ، ولا ينظرون إلى الأشياء من منظور إيجابي ، لذلك فإن الأفراد الكبار الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والاكتئاب معاً يكونوا في خطورة كبيرة بالنسبة لمحاولتهم الإقدام على الانتحار وذلك بسبب التحكم الرديء في الاندفاع ، وبالتالي فهم يجاهدون من أجل منع أو كبح الاندفاع بتفعيله إلى أفكار انتحارية ( يونج Young ، ٢٠٠٢ ) .

ولا ينبغي على المعالج أن يحاول معالجة كل شيء دفعة واحدة فمن الأفضل أن يركز على الموضوعات المحددة ، والهدف هو مساعدة الفرد على تطوير الكفاءة الذاتية لديه ، والثقة بأن التغيير يمكن أن يتحقق ، وهذا يحتاج أن يتعلم الفرد إعادة التركيب أو البناء المعرفي ، وإعادة تشكيل أو صياغة الماضي ، كما ينبغي على الفرد أن يتعلم كيف يتحدى الأفكار الذاتية السلبية لديه ، وعلى المعالج أن يستخدم مجموعة متنوعة من الأساليب الفنية أو التكنيكات السلوكية مثل أداء الواجبات بالتدرج وعمل نماذج للعب الأدوار ، ومن المهم أن يستخرج المعتقدات الجوهرية التي يتمسك بها الفرد أو يؤمن بها أو يعتقد أنها موجودة لديه .

## الفروق الفردية :

يقصد بها تلك الفروق التي تتعلق بالجنس أو النوع ، والموجودة بين الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ففي مرحلة الطفولة يظهر الأولاد مستويات أكبر فيما يتعلق بالنشاط الزائد وأوجه السلوك العدوانى ، والسلوك المضاد للمجتمع ، بينما الفتيات اللاتي تم تشخيصهن على أنهن يعانين من الاضطراب يظهرن معدلات عليا في الإعاقة المعرفية والخلل الوظيفي اللغوي ( بيدرمان وآخرون Biederman et al. ، ١٩٩٩ ) ، كما أن الفتيات اللاتي يعانين من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يظهر لديهن شوارد الأيض ( الهدم والبناء ) المخى بدرجة أكبر من الذكور ( زاميتكن وآخرون Zametkin et al. ، ١٩٩٣ ؛ إرنست وآخرون Ernst et al. ، ١٩٩٧ ) .

وهكذا يتضح أن الفروق الفردية المتعلقة بالجنس ( النوع ) يجب النظر إليها عند تفسير الفسيولوجيا المرضية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، فقضية الفروق بين الجنسين مهمة إلى حد كبير في مجموعة المؤلفات التي تناولت هذا الموضوع بالشرح والتفصيل ، والاستنتاجات المتعلقة بالنتائج استتدت منذ وقت طويل وبطريقة تقليدية على البحوث التي تتناول الذكور ، وفي بعض الأحيان يتم تعميمها بطريقة مغلوطة لتشمل كلا الجنسين على الرغم من أن تأثير البلوغ مختلفاً تماماً بين الجنسين ، إلى جانب أن أساليب التنشئة الاجتماعية للذكور والإناث مختلفة أيضاً ، ولا يمكن افتراض أن مضمون مجموعة الأعراض المرضية للاضطراب متشابهة في كلا الجنسين ، فالاضطراب ينتشر بدرجة أكبر بين الذكور عن الإناث بنسبة تتراوح من ٣ : ١ ( هيبستال وتايلور Heptinstall & Taylor ، ١٩٩٦ )



وهذا الأمر جعل الكلينيكيون يعملون من خلال المنظومة الذكرية .

ويرى ناديو وآخرون Nadeau et al. ( ٢٠٠٠ ) أن عدم الثبات الانفعالي أهم تركيب ينظر إليه أثناء الأداء الوظيفي الانفعالي للإناث اللاتي يعانين من الاضطراب ، فعدم الثبات الانفعالي ، والاكتئاب ، واضطراب الحالة المزاجية أعراض شائعة لدى الإناث اللاتي يعانين من الاضطراب ، ولهذا فإنه في حالة الإناث ربما يحتاج العلاج إلى وضع أولوية للمهارات التي تراقب التنظيم أو الضبط الذاتي للحالة المزاجية ، ومن ناحية أخرى نجد أن الذكور يحتاجون إلى المساعدة فيما يتعلق بالعدوان اللفظي ، والعدوان البدني ، وتنمية المهارات المتعلقة بحل المشكلات ، وترويض الغضب ، ويعد التحكم في الاندفاعية الهدف الأساسي للعلاج .

وهكذا يتضح أن النموذج المعرفي السلوكي يؤكد على إحداث التغيير لدى الفرد الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من الخارج إلى الداخل أي من البيئة الخارجية إلى الفرد نفسه ، ومن الناحية التاريخية كان علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مقصوراً على استخدام الأدوية على نحو شائع ، ولكن سير الاضطراب الطويل الأمد والأداء الوظيفي التوافقي تم تحسينهما باستخدام العلاج النفسي الذي يتضمن مجموعة من الأساليب الفنية التي تناسب احتياجات الفرد ، ومع ذلك فالمكون الهام في هذا العلاج هو المكون التعليمي الذي يفيد في فهم أفراد العائلة والفرد المصاب لآثار الاضطراب .

ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي من أكفأ العلاجات لأنه يهدف إلى تطوير وتنمية المهارات المتعلقة بترويض أو إدارة الذات ويمكن تطبيقه في

صورة فردية ، أو جماعية ، كما أنه يركز على المشكلات النوعية مثل تقدير الذات ، ومعالجة المشكلات المتعلقة بالانتباه ، ومعالجة الميول الاندفاعية ، والمصاعب في حل المشكلات ، والمهارات البين شخصية المختلفة أو الرديئة ، والمشكلات المتعلقة بالتحكم في الغضب ، وورش العمل الجماعية التي تستغرق يوماً واحداً ربما تكون من الوسائل الأكثر جاذبية للمرضى الذين يعانون من الاضطراب لأنها تقدم نموذجاً للتعلم السريع .

وترى سوزان يونج Young ( ٢٠٠٢ ) أنه في حالة ظهور الاضطراب في مرحلة الطفولة ولم يتم تشخيصه بدقة ، ولم يتم التعرف عليه إلا في مرحلة الرشد فإنه في هذه الحالة ربما يشعر الأفراد بالاستياء والغضب نحو النظام ، ونحو المعالجين ويجب أن يكون المعالج مدركاً لهذه النتيجة التي يكون لها تأثيراً سلبياً ؛ حيث تزيد أوجه الفشل في حياة المريض مما يؤدي إلى زيادة شعوره بالاكئاب ؛ لذلك يجب على المعالج استخدام استراتيجيات المجاهدة للتغلب على ثقتهم الضعيفة في أنفسهم ، ومحو المعتقدات السلبية بشأن أنفسهم وبشأن الآخرين .

### العلاج الجماعي :

ربما يشعر الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بأنهم منعزلون اجتماعياً ويساء فهمهم من جانب الآخرين ، والعلاج الجماعي يمنح الفرصة للالتقاء بالأفراد الذين يعانون من نفس المشاكل ، والتدخلات العلاجية السيكولوجية التي تم مناقشتها سابقاً ذات كفاءة عالية عند تقديمها في صيغة جماعية ، والكثير من الأفراد الذين يعانون من الاضطراب لم يلتقوا أو يتصلوا أبداً برفاقهم الذين يعانون من نفس الاضطراب ، ولذا فإن أسلوب العلاج الجماعي يمنح الفرصة للمشاركة

في المعلومات ، ويمهد السبيل إلى التعلم من خلال تفاعل وتصرف الآخرين  
حيال مشكلاتهم ، فالجماعة بيئة مساعدة لاكتساب وممارسة التدريب العملي  
على المهارات المختلفة كالمهارات الخاصة بالاتصال ، والمهارات الخاصة  
بترويض الغضب والسيطرة على التوتر ، وفي حالة اتباع العلاج المعرفي  
السلوكي الجماعي يجب ألا يزيد عدد الأفراد في المجموعة العلاجية عن  
عشرة أفراد ، وهذا العلاج له إطار زمني محدد ، وصيغة شبه تركيبية ذات  
أهداف محددة وموضوعات يتم طرحها في كل جلسة ، والجلسات الأسبوعية  
سواء الفردية أو الجماعية ربما لا تكون الصيغة المثلى للكبار الذين يعانون  
من الاضطراب ، وذلك بسبب المشكلات المتزايدة المتمثلة في التنظيم وإدارة  
الوقت ، فهؤلاء الأفراد ربما يكون لديهم صعوبات في التزامهم الدقيق  
بالعملية العلاجية التي ينظرون إليها على أنها مطولة ومنهكة ، وبالتالي لا  
ترضى رغباتهم في الإشباع أو الرضا الفوري ، ويمكن تجنب عدم اشتراك  
أو مواصلة المريض للعلاج بتركيز المعالجين على الحماس الطبيعي لدى  
الفرد بتنظيم ورش عمل للعلاج الجماعي تستغرق يوماً واحداً ، وهذه  
الطريقة تعتبر جذابة للأفراد الذين يعانون من الاضطراب لأنها توفر بيئة  
تفاعلية مكثفة يتم إدراكها على أنها تعلم ذو مسار سريع ، وأنها تتطلب قدراً  
قليلاً من الالتزام ويمكن أن تشمل الموضوعات كل ما تم وصفه في الطرائق  
السابقة ، ويمكن أن تمتد لتشمل أيضاً الموضوعات المتعلقة باتخاذ القرارات  
وخفض أو تقليل التوتر والقضايا المتعلقة بالعمل أو المذاكرة ، وتطوير  
استراتيجيات المجاهدة الشخصية ، ويمكن تقديم ذلك على شكل سلسلة من  
ورش العمل للعلاج الجماعي تبدأ بالمقدمة التي تتناول التعايش مع  
الاضطراب ( يونج Young ، ٢٠٠٢ ) .

ويوفر العلاج الجماعي بيئة تآييدية أو تدعيمية تساعد هؤلاء الأفراد على اكتساب مهارات التفاعل الأساسية مثل مهارات الاتصال ، وترويض الغضب ، والتوتر ، ويجب أن يكون عدد أفراد المجموعة العلاجية صغيراً لا يزيد عن ١٠ أفراد ويكون له مدى زمني محدد ، وتكون غايته واضحة ومستهدفة ، وأن تتضمن الجلسات القضايا المتعلقة بالعلاج الدوائي ، ومهارات التنظيم ، والمهارات البين شخصية ، والمهارات الخاصة بالاستماع الجيد ، وترويض الغضب ، واتخاذ القرارات ، وخفض التوتر ، واستراتيجيات المجاهدة الشخصية .

ويُعد المكون النفسي التربوي Psychoeducational Component من الأمور الهامة للتخلص من الاعتقادات الخاطئة السائدة ، وتقديم المعلومات التي تتناول بالشرح أسباب المرض وتطوره والتنبؤ بنتائجه ، والعوامل المصاحبة للاضطراب ، كما أن معرفة هؤلاء الأفراد بأن مشكلاتهم تتبع من أصول نمائية عصبية على درجة كبيرة من الأهمية ، وسيكون ذلك خطوة هامة في تعديل تقدير الذات لديهم لأنهم اعتقدوا لعهد طويل أنهم أغبياء أو ينظر إليهم على أنهم كسالى ، ويعد هذا الأمر على قدر كبير من الأهمية عند تطبيق العلاج السيكولوجي ( ميرفى وجوردون Murphy & Gordon ، ١٩٩٨ ) .

العلاج المتعدد الأساليب :

( العلاج المعرفى السلوكى متحداً مع تدخلات علاجية أخرى ) :

ما ينبغي أن يكون واضحاً من المناقشة السابقة هو أن طرق العلاج الفردى باستخدام طريقة واحدة للعلاج سواء كانت علاجاً بالأدوية ، أو علاجاً سلوكياً ، أو علاجاً معرفياً سلوكياً ، لا تشكل فى حد ذاتها علاجاً كافياً

للفاء بجميع الاحتياجات العلاجية الكلينيكية للأطفال يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وكرد فعل لهذا الوضع بدأ كثير من المهنيين العاملين في مجال الرعاية الصحية للأطفال في استخدام العلاجات متعددة الأساليب للاضطراب وذلك بدمجها معاً في مجموعة واحدة ، وعلى الرغم من وجود عدد محدود من الدراسات التي أجريت في هذا الصدد إلا أن نتائجها أوضحت بصفة عامة أنه بصرف النظر عن الدمج العلاجي المستخدم فإن التأثير العلاجي للعلاج المدمج لا يفوق استخدام أي طريقة أخرى من طرق العلاج ويتضح ذلك أكثر في حالة دمج العلاج الدوائي بالعقاقير المنبهة مع طرق التوافق داخل الفصل الدراسي ، ولقد ظهرت نتائج متشابهة في حالة الدراسات التي تم فيها دمج العلاج الدوائي مع التدخلات المعرفية السلوكية .

وأوضح أناستوبولس Anastopoulos ( ١٩٩٩ ) أن التدخلات العلاجية المتعددة الأساليب التي تتضمن العلاج الدوائي ، وتدريب الوالدين ، والإرشاد الفردي ، والعلاج الأسري تعطي نتائج جيدة ، وذلك عندما يستمر العلاج لفترة طويلة من الوقت تمتد إلى سنوات عديدة ، وتظهر النتائج في تحسن التوافق الاجتماعي وخفض السلوك المضاد للمجتمع ، وارتفاع معدل التحصيل الدراسي .

وترى سوزان يونج Young ( ٢٠٠٢ ) أن الاستراتيجيات المعرفية السلوكية تحدث تحسناً معرفياً وسلوكياً يتعدى التحسن الذي يحدثه العلاج الدوائي وحده مما يؤدي إلى خفض الاحتياج المستمر للدواء بمرور الوقت .

وهناك العديد من الدراسات العملية التي اهتمت بالبحث في نتائج

التدخلات العلاجية المدمجة التي أوضحت نتائجها أن دمج التدريب المعرفي مع الأدوية المنبهة يؤدي إلى حدوث نتائج عالية في الأداء الأكاديمي وعلى الأخص إذا كانت السلوكيات الأكاديمية متضمنة كأهداف للتدريب ، وأن الدمج بين طرق التقييم الذاتي وبين عقار الميثيل فينيديت وجد أنها تتفوق على أي من العلاجين منفرداً وذلك في تحسين السلوكيات الاجتماعية السالبة لدى الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ، وعلاوة على ذلك وجدت سلوكيات اجتماعية موجبة تتزايد في تكرارها بدرجة دالة عندما تم استخدام طريقة الدمج بين العلاجين ( إرفين وآخرون Ervin et al. ، ١٩٩٦ ) .

كما تأتي فائدة التدخلات العلاجية المتعددة الأساليب من نتائج دراسات عدد كبير من الباحثين الذين عالجوا الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد باستخدام الميثيل فينيديت والعلاج السلوكي الفردي ، والعلاج الجماعي ، والعلاج التعليمي ، والإرشاد الوالدي الفردي والجماعي ، والعلاج الأسري ، وتلقى الأطفال وعائلاتهم مجموعة مركبة من هذه العلاجات ، وكانت نتائج هذه العلاجات جيدة بمقارنتها بنتائج دراسات أخرى ؛ حيث أظهر الأطفال تحسناً في السلوك داخل البيت وفي المدرسة ، كما تحسن أيضاً تحصيلهم الأكاديمي ، وأظهروا انخفاضاً في السلوك المضاد للمجتمع ، وعلاوة على ذلك كان التحسن في السنتين التاليتين للبرنامج العلاجي يرجع إلى طول مدة العلاج الذي تلقاه الأطفال وعائلاتهم والذين أظهروا تحسناً أفضل عن الذين تلقوا العلاج لمدة تقل عن عام ( يونج Young ، ٢٠٠٢ ) .

وعلى الرغم من ذلك فإن نتائج عدد كبير من الدراسات التي قيمت دمج العلاج المعرفي السلوكي بالعلاج الدوائي كانت مخيبة للأمال فدمج

العلاج بالأدوية المنبهاة مع العلاج المعرفي السلوكي لم يسفر عن أي تحسينات إضافية في الأداء الوظيفي المعرفي أو في الأداء الأكاديمي أو في السلوك ( هينشو وإيرهاردت Hinshaw & Erhardt ، ١٩٩١ ) .

ويرى إرفين وآخرون Ervin et al. ( ١٩٩٦ ) أن النتيجة السابقة حددتها عوامل متعددة منها :

١- أن الدواء الذي يحدث تغييراً سلوكياً ربما يكون قوياً جداً لدرجة أن نتائج الدمج بين العلاجات تكون محددة بالتأثير السقفي Ceiling Effect أو تأثير الحد الأعلى .

٢- أن بعض المقاييس التي تستخدم في قياس أو تحديد التغيير ( على سبيل المثال اختبار مطابقة الأشكال المألوفة ) تعاني من ضعف الصدق والثبات معاً .

٣- أن فترة التدريب تراوحت من أسبوعين إلى ١٦ أسبوعاً أي من وقت قصير إلى وقت طويل مما يساعد على إدخال متغيرات أخرى قد تؤثر على النتائج .

ورغم هذا القصور الذي يتعلق بطرق البحث يبدو أن معظم أنواع العلاج المدمج اقتصر على طرق التقييم الذاتي والعلاج بالأدوية المنبهاة مع تأييد ضئيل لاستخدام طرق التعلم الذاتي .

ويؤدي التقدير الرديء للذات والصعوبات الخاصة بالعلاقة مع الرفاق إلى العديد من المشكلات مثل الاكتئاب ، والانسحاب الاجتماعي ، والضغط من جانب الرفاق لإتيان سلوكيات منحرفة مثل تعاطي المخدرات أو شرب الخمر ، ورغم الحاجة إلى العلاج لا يوجد دليل يؤكد على أن استخدام

العلاج النفسى بمفرده يعتبر وسيلة فعالة لتخفيف حدة هذه المشكلات ، وأوضحت نتائج دراسة يونج Young ( ٢٠٠٢ ) أن العلاج النفسى كان مفيداً بالنسبة للأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إذا كان جزء من برنامج متعدد المكونات إلا أنه لم تتم دراسة مدى تعميم هذه النتائج بالنسبة للمراهقين الذين يعانون من الاضطراب ، ويرى ميرفى وجوردن Murphy & Gordon ( ١٩٩٨ ) أن نتائج العديد من الدراسات التى أجريت فى هذا الصدد أوضحت أن الطرائق المعرفية السلوكية التى تعلم المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أن يروضوا وينظموا سلوكياتهم لها ما يبررها من الناحية العقلية ، وتشمل هذه الطرائق التعلم بالأنموذج ، ولعب الأدوار ، وتكلفة الاستجابة Response Cost ، والتدريب على المهارات الاجتماعية ، والتعزيز الذاتى المطابق لمعيار أو محك خارجى ، وإعادة التدريب على الصفة ومهارات المجاهدة أو التصرف .

والدراسات المختلفة التى أجريت إما باستخدام نوع واحد من العلاج أو مجموعة مركبة من العلاجات الأخرى ، أوضحت عدم فاعلية التدريب المعرفى السلوكى فى علاج الصغار الذين يعانون من الاضطراب ، وأن هذا التدريب ليس له ما يبرره من الناحية العلمية على أنه علاج فعال لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ( برون Brown ، ٢٠٠٠ ) .

وتعد دراسات المقارنة التى تفاضل بين العلاج الدوائى وبين الطرق السلوكية ، والطرق المعرفية السلوكية صعبة فى إجرائها لأنها تستهدف مجالات مختلفة ، فعلى سبيل المثال ربما يركز المعالجون بالتدريب المعرفى



السلوكى على ما يفكر فيه الطفل ، وعلى كيفية أدائه أو تصرفه ، بينما يمكن أن تركز الطرق السلوكية على السلوك النوعى المستهدف ( روبسون وآخرون . Robison et al. ، ٢٠٠٢ ) .

### طرق إضافية :

فى الأجزاء السابقة تمت مناقشة الاستراتيجيات المتعددة للعلاج التى تستهدف بطريقة مباشرة احتياجات الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وما لم يتم تناوله هو الطريقة التى تظهر من خلالها معالم مرضية مشتركة ، فى حالة وجود معالم مرضية مشتركة مثل العدوان فإنها فى أغلب الأحيان تقل إلى حد كبير من التعرف على الاضطراب عندما يتم توجيه الهدف أو التركيز على الأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وعلاوة على ذلك هناك مواقف متعددة تكون فيها الملامح الانفعالية والسلوكية مستقلة عن التشخيص الأساسى للاضطراب ، ولهذا فإنها لا تستجيب للتدخلات العلاجية وفى مثل هذه المواقف يصبح من الضرورى أن نفكر فى استخدام استراتيجيات إضافية للعلاج فعلى سبيل المثال قد يكون ضرورياً أن ننفذ العلاج الفردى على طفل أو مرافق وذلك لمساعدة هذا الفرد على التوافق مع حالة الطلاق الموجودة بين والديه ، ونظراً للحدوث المتزايد للمصاعب النفسية المتعددة بين أهل هؤلاء الأطفال فإن الكلينيكيين يوصوا بأن هؤلاء الوالدين يجب أن يتلقوا الخدمات العلاجية مثل الإرشاد الفردى ، والإرشاد الجماعى ، فبالإضافة إلى توفير الخدمات العلاجية للوالدين أنفسهم فإن هذه الطرق والإجراءات الإضافية أو التكميلية يمكن أن تحدث تأثيرات أو نتائج غير مباشرة بالنسبة لأطفالهم فمثلاً عندما يقل الضغط العصبى على الوالدين

فإنهم يصبحون قادرين بدرجة أفضل على تطبيق أو تنفيذ استراتيجيات العلاج الموصى بها مثل تدريب الوالدين نيابة عن أطفالهم ، وعلى افتراض أن المعرفة المتزايدة عن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد قد تسهل أو تزيد من فهمهم وقبولهم لهذا الاضطراب فإن الكليتيكيين ربما يرغبون أيضاً في تقديم الإرشاد عن الاضطراب للأطفال والمراهقين ولأهلهم ، ويمكن تحقيق ذلك في سياق المناقشات المتعلقة بأوجه العلاج التي تتم وجهاً لوجه أو بطريقة مباشرة ، وبالأشراك مع هذه الجهود المتعلقة بعملية الإرشاد أو التوجيه يمكن للكليتيكيون أن يوجهوا أو يرشدوا أي فرد يرغب في تعلم المزيد عن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وذلك بإصدار مجموعة متنوعة من النشرات أو الشرائط السمعية أو شرائط الفيديو التي تتناول هذا الموضوع .

وهناك طريقة أخرى يستطيع من خلالها الكليتيكيين أن يكونوا ذو نفع كبير جداً لعملائهم ومرضاهم وهي توجيههم إلى أي مجموعة من المجموعات المتعددة الخاصة بالمساندة والتوجيه التي يطلق عليها مجموعات المساندة ، وهذه المجموعات تجتمع بطريقة نمطية كل شهر لكي تقدم الفرص المستمرة للمشاركة والمساندة العاطفية التي يتم الاحتياج إليها إلى جانب أنها تكون مصدر للمعلومات الخاصة بالاضطراب وكيفية التعامل معه ( باركلي Barkley ، ٢٠٠٠ ) ، وعلى الرغم من أن هذا الموضوع يلقي استحساناً وقبولاً بديهياً ويعتبر موضوعاً جيداً استناداً إلى الخبرة الكليتيكية فإن استخدام هذه الطريقة الإضافية داخل العينة السكانية التي تعاني من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لم يتم تناوله من الناحية التجريبية أو العملية ، وهذا الموضوع يعد مجالاً مثمراً بدرجة كبيرة بالنسبة للبحوث الكليتيكية المستقبلية .

ويرى بيلهام وهوذا Pelham & Hoza ( ١٩٩٦ ) أن البحوث الحديثة اقترحت دمج العلاج الدوائي مع العلاج السلوكي لأن هذا الدمج يؤدي فائدة مزدوجة تتعدى أي علاج بمفرده لدرجة أن هذا الأسلوب العلاجي يتم اختياره غالباً لعلاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ومع ذلك لا يوجد دليل حتى الآن يؤكد أن مثل هذه التدخلات العلاجية ستؤدي إلى جعل الأداء الوظيفي للأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب أداءً عادياً على المدى الطويل .

ويرى عدد كبير من الباحثين أن برامج العلاج النفسي المكثف Intensive Psychological Treatment ضرورية لإحداث تغييرات أساسية طويلة الأمد ( هوذا وآخرون Hoza et al. ، ٢٠٠١ ) ، ويجب أن يشمل التدخل العلاجي الفعال والمؤثر في اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد العلاجات التي تركز على الطفل والمدرسة والوالدين ، وتشمل هذه العلاجات الطرق السلوكية الاجتماعية وكذلك الطرق الدوائية ويجب أن يتم تنفيذها بدرجة مكثفة ولفترة طويلة .

وموجز القول إن البحث في الطرائق المتعلقة بالتدريب المعرفي السلوكي أوضح أن الوقت والمجهود والتكلفة المتضمنة ليس لهم ما يبررهم ، ويقترح باركلي Barkley ( ٢٠٠٣ ) أن الطرائق الفنية المعرفية السلوكية ربما تكون أكثر فائدة بالنسبة للأهل والمعلمين في تفاعلاتهم اليومية مع الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

## الفصل العاشر

# التدريب على المهارات الإجتماعية

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

### مقدمة :

يُعدّ التمكن من المهارات الاجتماعية من العوامل الهامة التي تساعد الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على التقبل من الآخرين ، لأنهم عادة ما يواجهون بالنبذ والرفض ، وعدم التقبل لما يتميز به سلوكهم من اندفاع وعدوانية ، وعدم اتباع للقواعد ، لذلك نجد أن هؤلاء الأطفال يعانون من العديد من المشاكل الناتجة عن النبذ والرفض ، والتي تتمثل في الإحباط ، والغضب ، والاكتئاب ، والقلق ، والعزلة ، ونقص المهارات اللازمة للتعامل مع الآخرين ، ومن المهم أن يبدأ التدريب على المهارات الاجتماعية في البيت وفي محيط الأسرة أولاً ثم يعمم بعد ذلك على البيئة المدرسية ، ويعتبر البيت هو المكان المثالي لتعلم هذه المهارات من خلال الأنشطة الأسرية التي تتضمن العناصر الضرورية لتشكيل هذه المهارات ، إضافة إلى وجود الأخوة والأخوات والأصدقاء الذين سوف يتدرب الطفل على أداء المهارات الاجتماعية المختلفة معهم ومن خلالهم ، واقترح باركلي Barkley ( ١٩٩٨ ) أن يقوم الوالدان بتصوير الطفل على شريط فيديو أثناء لعبه وتفاعله مع الأقران والأخوة والأخوات وبعد ذلك يتم عرض الشريط في وجود الطفل ، والتوقف عند السلوكيات الاجتماعية الملائمة والسلوكيات الاجتماعية غير الملائمة ومناقشتها مع الطفل وتبصيره بالسلوكيات الإيجابية ، والسلوكيات غير المرغوبة مع تقديم المعززات المناسبة للسلوكيات المرغوبة .

### التدريب على المهارات الاجتماعية :

ينزعج الأهل ويظهرون مخاوفهم بشأن العزلة والانسحاب وأوجه العجز الاجتماعية التي تظهر لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب

نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فغالباً ما يعبر هؤلاء الأطفال عن شعورهم المكبوت في صورة سلوكيات رديئة بسبب الرفض والنبذ وعدم التقبل من الأصدقاء ، ويؤكد ذلك جولدشتين وجولدشتين Goldstein & Goldstein ( ١٩٩٠ ) بقولهما أن الوالدين والمعلمين يتجهون إلى التركيز بدرجة أساسية على المهارات الاجتماعية التي تسهل الرضوخ وضبط النفس بينما يكون الأطفال والمراهقون مهتمين بنوعية علاقاتهم مع الآخرين .

وهذا النوع من التدريب يتم إجرائه بطريقة نموذجية مع المجموعات الصغيرة العدد ؛ حيث يقوم المعالج بمناقشة المفاهيم وثيقة الصلة بالمهارات الاجتماعية مثل التعاون ، والصدق ، والتدريب العملي السلوكي المتكرر ، والإثابة أو المكافأة المباشرة للسلوكيات التي تتعلق بالمهارات الاجتماعية لتحقيق تفاعلات بين شخصية أفضل ، وهذا التدخل المتعلق بالمهارات الاجتماعية يعتبر مشابهاً تماماً في الصيغة للعلاج المعرفي السلوكي ، والاختلاف هو أن التدريب على المهارات الاجتماعية يقلل من التأكيد على التعلم الذاتي اللفظي أو التدريب على التعزيز الذاتي كما أنه يركز على تجربة الأداء والمكافآت المباشرة لأفراد الجماعة لاقترابهم بدرجة أفضل في السلوك الكفاء أو الأمثل من الناحية الاجتماعية ( بفيفر وماك بيورنت Pfiffner & McBurnett ، ٢٠٠٠ ) .

وعلى الرغم من أن النتائج الأولية للتدريب على المهارات الاجتماعية أحدثت نتائج مختلطة مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، والأطفال الذين يعانون من اضطرابات أخرى إلا أن التطبيقات الأحدث والأكثر تنظيماً أنتجت فوائد بالغة الأثر ، وفي الحقيقة

فإن منهج المهارات الاجتماعية لبفيفنر وماك بيورنت Pfiffner & McBurnett ( ١٩٩٧ ) أدخل بطريقة واضحة التدريب التكميلي الخاص بالأهل أو الوالدين بهدف زيادة فوائد العلاج ، ويهدف منهج التدريب على المهارات الاجتماعية ( SST ) Social Skills Training إلى تعليم الوالدين تعميم المهارات الاجتماعية في البيت وبيئات لعب الأطفال إلى جانب تحسين العلاقات الاجتماعية مع الرفاق والكبار وذلك من خلال :

- ١- معرفة أوجه العجز في أداء المهارات .
- ٢- تقوية معرفة الطفل للدلائل الاجتماعية اللفظية وغير اللفظية .
- ٣- تعليم الطفل الاستجابة الملائمة للتصرف في المواقف الاجتماعية الجديدة .
- ٤- زيادة التعميم .
- ٥- خلق جو مرح ملائماً للعب .
- ٦- زيادة دافعية الأطفال للمشاركة في الأنشطة الهادفة .

وتبدأ جلسة التدريب على المهارات الاجتماعية باختيار مهارة معينة من نموذج المهارات يلي ذلك مقدمة واضحة عنها ثم تقدم المهارة للأطفال بطريقة تربوية من خلال نموذج ، وبعد ذلك يتم تعليمها للأطفال باستخدام طريقة لعب الأدوار ، ويشترك الأطفال مع المعالج في إيجاد أمثلة ، كما يشتركون أيضاً في التقييم فيما يتعلق بمتى وأين ولماذا يتم استخدام المهارة ، ولزيادة التعميم يتم القيام بلعب الأدوار في ثلاثة مواقف مختلفة مع الرفاق ، في الفصل الدراسي ، في البيت مع الأخوة والأخوات أو مع الوالدين ، وتساعد التغذية المرتدة للأطفال أثناء التدريب ، وأثناء القيام بالأنشطة على مراقبة الذات وتقييم السلوك الاجتماعي ، على سبيل المثال هل أظهرت

التقبل عندما تم النداء عليك للمشاركة في اللعب ؟ ، وهل استخدمت مهارة التجاهل للتعامل مع تلك المشكلة ؟ ، وإذا لم يفهم الطفل المفهوم الرئيسي ويتضح ذلك من خلال قلة المشاركة أو عدم القدرة على النجاح في أداء المهمة يتم مراجعة المفهوم لفظياً وعملياً مرة أخرى مع الطفل إلى أن يفهمه جيداً .

ومن الملاحظ أن برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية برنامج إثابة مكثف بالإضافة إلى أنه يشتمل على عناصر معرفية توضح بالأمثلة التأكيد على المناقشة المسبقة للتدخل المعرفي - السلوكي المتكامل للأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد .

وعقب مراجعة استخدام الأطفال لمهارة الأسبوع السابق في البيت والمدرسة ، يبدأ المرشد في إلقاء تعليمات إرشادية موجزة تتعلق بالمهارة الجديدة على سبيل المثال الروح الرياضية الطيبة ، وتقبل النتائج ، وتجاهل الاستفزاز ، وحل المشكلات ثم يقوم المرشد بعمل نموذج للمهارة الجديدة باستخدام نماذج غير واقعية ( باستخدام العرائس أو الدمى ) وعن طريق نماذج حية ، ويلبى ذلك لعب الأدوار المكثف في سياق المدرسة والرفاق والتطبيقات المنزلية للمهارة ، وبعد ذلك يقوم الأطفال بتقييم أدائهم في المهارات الخاصة بهم ، وأداء المهارات بالنسبة لفرد آخر ، ويلبى ذلك لعب حر في الملعب لمدة تستغرق نصف ساعة ، وبعد الانتهاء من اللعب يتم ممارسة المهارات في سياقات واقعية بدرجة أكبر مع التحفيز والتغذية المرتدة من المرشد ، وتتمثل المعززات الملموسة في إقامة حفل مثلاً يتم فيه تناول قطع الجاتوه والبيتزا والمرطبات لزيادة دافعية الأطفال لاستخدام المهارة الاجتماعية ، وبالإضافة إلى ذلك كسب درجات خلال الجلسة في



حالة اتباع الطفل للقواعد الصحية والانتباه والاستماع الجيد ، ويتم إعطاء هذه الدرجات للطفل أثناء قيامه بأنشطة مختارة في نهاية جلسة التدريب ، وتعتبر تكلفة الاستجابة جزء من هذا النظام بمعنى أنه يمكن فقد درجات أو نقاط بسبب القيام ببعض السلوكيات مثل المقاطعة أثناء الحديث أو تدمير الممتلكات أو القيام ببعض الأعمال العدوانية ، كما يتم أيضاً مراقبة السلوك العدواني ، والسلوك المضطرب في الوقت المنقضى خارج الحجرات .

وفي الجلسة التالية يتم التركيز على تقديم نموذج للتقبل ؛ حيث يقوم المرشد بإعلان أن المهارة التي سيتم تعلمها في هذه الجلسة هي التقبل ، ويقوم أحد المرشدين بإخفاء قطعة من الورق مكتوب عليها كلمة التقبل في مكان ما في الحجرة ، ويتم إعطاء تعليمات للأطفال بأن يتظاهروا وكأنهم مخبرين سرّيين ، وعليهم القيام بمهمة إيجاد هذه الورقة ، وبمجرد أن يتم العثور عليها يكفون بمهمة تصور الطريقة التي يظهرون بها التقبل الجيد وذلك عن طريق ملاحظتهم للمرشدين ، ويقوم أحد المرشدين بلعب دور المدرس ويقوم الآخر بلعب دور الطفل .

#### وصف طريقة لعب الدور :

يقوم أحد المرشدين بلعب كرة المراوغة Dodgeball في الملعب ، وهذه اللعبة يعتبرها لعبته المفضلة ، ويرغب في الفوز ، وينتهي به الأمر بأن تصطدم به الكرة ، وبالتالي يخرج من الملعب حسب قانون اللعبة ، وينتظر الجولة القادمة ، وأثناء خروجه من الملعب يظهر الطريقة الصحيحة للتقبل بالذهاب إلى نهاية الصف ، ويقول بروح رياضية حظ أفضل في المرات القادمة ويمتدح المرشد هذا السلوك ، وبعد ذلك يتم سؤال الأطفال عن العلامات أو الدلائل التي يمكن استنتاجها والتي تبين التقبل الجيد ، وعلى

المدرس أن يشجعهم في الإجابة عن الأسئلة الآتية :  
كيف كان شكل المرشد وهو يخرج من الملعب ؟ ، وماذا فعل ؟ ، وماذا  
قال ؟ ، ويتم كتابة أفكار الأطفال على السبورة أو على لوحة ورقية يتم  
تعليقها على الحائط ، وتتمثل هذه الأفكار في النقاط التالية :

- التزام الهدوء .
- اتباع التعليمات .
- إظهار الطاعة .
- الظهور بوجه يدل على الروح الرياضية الطيبة .

ويجب على المدرس أن يعلن أنه سيتم إعطاء درجات في كل مرة  
يظهر فيها الأطفال الروح الرياضية والتقبل الجيد ، وبعد ذلك يوضح  
المدرس أداء لعب الدور بطريقة خاطئة تتمثل في عدم التقبل مثل ترك  
الملعب ، أو توجيه الشتائم ... الخ ، وفي النهاية يوضح لهم أن لعب الأدوار  
ينبغي أن يتسم بالنشاط والحيوية والتسلية أو الترفيه ، ويجب منح الفرصة  
لكل طفل للاشتراك في لعب الأدوار ، والأطفال الذين لا يشتركون في اللعب  
يقومون بالتصويت على إجابة زملائهم ( الممثلين ) في إظهار مهارات  
القبول في أدائهم للعب الأدوار وذلك برفع أصابع الإبهام إلى أعلى كناية عن  
الاستحسان ، ومن الممكن أن يقوم الأطفال بلعب بعض الألعاب التي تحتاج  
إلى التفكير على السبورة أو يقومون بلعب بعض الرياضيات الخارجية التي  
تتم في الملاعب مع منحهم الفرصة لاكتساب نقاط أو درجات تدل على  
الروح الرياضية الجيدة ، وهذه النقاط يتم استبدالها بحقهم في الاشتراك في  
حفلة لتناول البيتزا أو المرطبات ... الخ .

وفي هذا البرنامج التدريبي يقوم الوالدين بتلقي نفس التعليمات كما هو

الحال مع الأطفال ، ويقومون بملاحظة جلسات التدريب على المهارات الاجتماعية من خلال حجرات مزودة بحاجز للرؤية من جانب واحد ، ويتعلمون كيفية تحفيز الأطفال ، وتعزيزهم في حالة استخدامهم للمهارات المعرفية والاجتماعية في البيت ، وفي النهاية يقومون بعمل بطاقة تقرير يومية مع مدرس الفصل الذي يقوم بتقدير السلوك المستهدف الخاص بأن يكون الطفل على وفاق مع رفاقه بصفة مستمرة ، كما يقوم الوالدين بتشجيع الأطفال ومساندتهم في حالة إظهار السلوك الذي يدل على الروح الرياضية الجيدة في البيت .

ويوجد العديد من البرامج التي تفيد المراهقون الذين يعانون من أوجه العجز المتعلقة بالمهارات الاجتماعية منها برنامج تدفق مهارات المراهق Skill Streaming the Adolescent وهي طريقة منظمة لتعليم المهارات الاجتماعية الأولية ( جولدشتين وآخرون Goldstein et al. ، ١٩٨٠ ) ، ويتضمن هذا البرنامج خمسون جلسة تتعلق بالمهارات الاجتماعية الأولية إلى جانب قائمة مراجعة للتعرف على المهارات الاجتماعية التي ينبغي التركيز عليها في التدريب ، ويتم تعليم هذه المهارات من خلال النمذجة ، والتغذية المرتدة التقييمية وذلك أثناء ممارسة الأنشطة وأداء الواجبات المنزلية والتعاقدات السلوكية ، ويتم استخدام الأساليب الفنية الخاصة بالتعزيز الذاتي خارج نطاق الجلسات ، وذلك لزيادة الاستمرارية ونقل أثر التدريب إلى الأماكن الطبيعية ، كما يتضمن البرنامج أيضاً مجموعة من النصائح التي توضح كيفية التعامل مع أوجه السلوك المشكل التي تظهر أثناء التفاعل الاجتماعي مثل عدم الانتباه ، والعزلة ، والسلبية ، وتبؤد المشاعر أو اللامبالاة ، والنقائص أو أوجه العجز اللفظية ، ونقص الثقة بالنفس ، كما

يتناول النصائح واستشارات الترويض السلوكي ( على سبيل المثال : استخدام المعززات ، وتشكيل أوجه السلوك ) ، كما يتناول أيضاً تصحيح السلوكيات المضطربة باستخدام الانطفاء والعقاب ، وكذلك الطرق القائمة على العلاقات مثل استخدام التشجيع الوجداني والسعي إلى تأييد ومساندة الرفاق ( جولدشتين وماك جينس Goldstein & McGinnis ، ١٩٨٨ ) .

وحتى اليوم لم يكتب تقرير عن كفاءة التدريب على المهارات الاجتماعية مع المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ولذا فإن الأمور المتعلقة بالكفاءة والاستمرار في النتائج والتعميم تعتبر من الأمور المجهولة أو غير المعروفة ، وعلاوة على ذلك ربما توجد مشكلات لا نظير لها لدى المراهقين الذين يعانون من نقص المهارات الاجتماعية ، وهذه أمور تحتاج إلى البحث والدراسة .

### التدخلات المتعلقة بالمهارات الاجتماعية :

يرى ماريني ميركولينو وآخرون ( ٢٠٠٣ ) أنه توجد عدة طرائق مفيدة لتحسين المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ومن هذه الطرائق ما يلي :

#### أ- التشاور مع الوالدين :

بمعنى أن يتشاور المعالج مع الوالدين ويقدم الإرشاد لهم ، مثلاً عندما يواجه الطفل مشكلات مع أقرانه في المدرسة بمقدور المعالج تمكين الوالدين من دعم الطفل للتأكد من تلقيه المساعدة المطلوبة من المدرسين والمرشدين ، وفي حالة عدم وجود رفقاء للطفل يجب على المعالج حث الوالدين على اتخاذ

الترتيبات الضرورية لظهور زميل له من المدرسة لزيارتهم في المنزل ، ومن الضروري أن تكون هذه الزيارات قصيرة ومنظمة وممتعة حتى يظل لدى الصديق الرغبة في العودة مجدداً ، أما إذا كان الطفل المصاب بالاضطراب يعاني من مشكلات في اللعب مع الآخرين بعيداً عن المنزل ينبغي على الوالدين العمل عن قرب مع والدي الطفل الآخر من أجل الإعداد لزيارة ناجحة .

وتعتبر المشاركة في نشاطات ورياضيات منظمة مفيدة جداً في تطوير المهارات الاجتماعية ، فغالباً ما يجابه الأطفال المصابون باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد صعوبات في الأنشطة المنظمة ، وقد يرجع ذلك إلى نفاذ صبرهم ، أو وجود مشكلة في اتخاذ الأدوار ؛ لذلك يجب تشجيع الوالدين على إيجاد نشاط يتوافق مع مهارات طفلهم واهتماماته ففي بعض الأحيان يكون أداء هؤلاء الأطفال أكثر كفاءة في الرياضات التي تركز على تطوير المهارات الفردية مثل الكاراتيه والمبارزة وذلك بخلاف الرياضات الجماعية ، فضلاً عن ذلك قد يكون من المفيد أن يشترك الوالدان في العملية كمرشدين أو كزملاء مقربين ، وذلك لتقديم الإرشاد لطفلهم ولدعم احتياجاته ضمن المجموعة ، ولتقديم المساندة للراشدين الآخرين الذين يعملون مع الطفل فتقتضى الحاجة دائماً إلى الإرشاد المساند من أجل الوقاية من التفاعلات السلبية وتدعيم السلوك الاجتماعي المساند .

ب- إعداد برامج المهارات الاجتماعية :

تعد عملية تحسين السلوك الاجتماعي للطفل ، وتقليل عزوف الأقران عن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عملية معقدة ، وفي الحالات التي يعاني فيها الطفل المصاب بالاضطراب من

مشكلات اجتماعية يوصى بمشاركة الأخصائي النفسي من قبل المدرسة أو العيادة ، وفيما يلي شرح للمكونات الأساسية التي قد تكون مفيدة لبرامج التدخل المتعلقة بالمهارات الاجتماعية ، وتتناول هذه المكونات العوامل الأساسية التي تؤدي إلى حدوث السلوك الاجتماعي غير الملائم بما في ذلك قصور المعرفة ، وعدم ملاءمة الأهداف ، والتوقعات السلبية المتصلة بالنجاح ، والنزعة العدائية ، ومشكلات السيطرة على الغضب .

### ١ - حدد كيف يصبح الطفل هدفاً لعزوف الأقران :

قد يواجه الأطفال المصابون باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مشكلات متنوعة مع أقرانهم مثل المضايقة ، وعدم الالتزام باتخاذ الأدوار ، والإصرار على تولى زمام الأمور أثناء ألعابهم ؛ لذلك يجب أن يفهم المعالجون ماهية الأمور التي تجعل الطفل موضع نبذ من الآخرين ، وتعد الملاحظة المباشرة وتقديرات الوالدين والمدرسين من الأمور المفيدة في هذا الشأن .

### ٢ - أشرك الطفل في عملية حل المشكلة :

تتكون عملية حل المشكلة الاجتماعية من خمس خطوات رئيسية هي :

- تحديد المشكلة .
- وضع حلول بديلة .
- دراسة عواقب كل بديل .
- اختيار استراتيجية معينة لحل المشكلة .
- تقييم كفاءة هذه الاستراتيجية .

وتهدف عملية حل المشكلات الاجتماعية إلى تنمية قدرة الطفل على

التصرف في مواقف اجتماعية معينة ، وعلى الرغم من الاندفاع المعهود للأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد خلال عملية حل المشكلات إلا أنه يجب حثهم على التريث وتناول كل خطوة بجدية وخصوصاً الخطوة المتعلقة بوضع حلول محتملة للمشكلة .

### ٣- تقديم الإرشادات المتعلقة بتنفيذ استراتيجيات حل المشكلة :

يحتاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلى الإرشادات التي تتعلق بكيفية تنفيذ استراتيجيات حل المشكلات الاجتماعية ، والعرض النموذجي وخصوصاً من قبل قرين للطفل يكون فعالاً وذو قيمة عالية في تعلم المهارات الاجتماعية ، وكذلك مساعدتهم على تطوير التوقعات الإيجابية ، كما أن النمذجة الذاتية Self - Modeling التي تتضمن مشاهدة الطفل لنفسه على شريط فيديو وهو يؤدي مهارة اجتماعية بفاعلية تفيد في إثراء توقعات النجاح خلال المراحل الأولية لعملية النمذجة مع ملاحظة أن يُقدم من سيقوم بالعرض النموذجي أداءً متقناً أو مثالياً ، ويمكن للأطفال فيما بعد أن يستفيدوا من مراقبة نموذج مغاير أو مختلف يقدم بعضاً من المشكلات التي تظهر بطبيعة الحال عند توظيف استراتيجيات حل المشكلة .

### ٤- تهيئة الفرص لأداء لعب الأدوار :

يحتاج الطفل إلى ممارسة الاستراتيجيات عقب تلقي الإرشادات ذات الصلة ، ومن هنا يمكن الإعداد لأداء الأدوار التمثيلية من قبل الطفل وواحد أو أكثر من أقرانه ، ويجب أن يؤدي الطفل أدواراً مختلفة دون أن يقتصر الأمر على دور اعتاد على أدائه ، لأن ذلك يُمكن الطفل من فهم المشكلة ، فعلى سبيل المثال إذا كان الطفل يتعلم استراتيجيات لمواجهة مضايقة الأقران ،

ينبغي تشجيعه لأداء دور الطفل القوي وكذلك دور الطفل المستضعف فهذه الطريقة يظهر ميل الطفل نحو إظهار النزعة العدائية ، ومن جانب آخر يجب أن تعكس نصوص الأدوار التمثيلية مواقف حقيقية يعاني الطفل فيها من صعوبة في التعامل داخل البيت والمدرسة .

#### ٥- تكليف الطفل بأداء واجبات منزلية :

معرفة الطفل بكيفية التصرف في موقف اجتماعي ، وامتلاك المهارات اللازمة لأداء استراتيجيات ما لا يكفيا في أغلب الأحيان لتعديل السلوك إذ يعاني الأطفال وخصوصاً المصابون بالاندفاعية من مشكلات كبيرة في تعميم المهارات الاجتماعية إلى البيئة الطبيعية مثل الملعب وغرفة الطعام ... الخ ، ومن الوسائل المفيدة لتحسين التعميم تكليف التلاميذ بواجبات منزلية تجعلهم يطبقون الاستراتيجيات التي تم تعلمها ويدونون كيف تم توظيفها ، وماهية المخرجات الناتجة ، ويبلغون المعالج أو المرشد بالخلاصة في أقرب وقت ، ونظراً لأن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لا ينفذون القوانين والتعليمات في معظم الأحوال ؛ لذلك ينبغي أن يُعد المعالج والطفل اتفاقاً سلوكياً يشترط أداء الواجبات المقررة ، ويتضمن هذا الاتفاق نتائج تنفيذ بنوده وكذلك نتائج عدم التنفيذ .

#### ٦- إرشاد الكبار ( المدرسين ، والوالدين ، والأقران ) لحفز السلوك الاجتماعي المناسب وتعزيزه :

نظراً لأن الأطفال الاندفاعيين يعانون من مشكلات كبيرة في تطبيق المهارات المتعلمة في البيئات الاجتماعية المتنوعة ؛ لذلك يجب على الوالدين مراقبة أطفالهم بعناية ، وحثهم على استخدام مهارات محددة وتعزيز التوظيف الفعال للاستراتيجيات ، ونظراً لأن الأطفال المصابين بالاضطراب



يواجهون صعوبات السيطرة على انفعالاتهم في المواقف الاجتماعية فإن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى راشدين لمساعدتهم على الاسترخاء والتعامل مع انفعالاتهم على نحو تكيفي ، ويمكن في بعض الحالات جعل أحد الأقران يقوم بدور رفيق الطفل المصاب بالاضطراب ، ويتضمن دور الرفيق حفز وتعزيز الاستخدام الفعال للاستراتيجيات والتحكم في الانفعالات ، ويفضل أن يقدم الطفل المصاب بالاضطراب بعض المساعدات لرفيقه ( في القراءة أو الرياضيات .... الخ ) وذلك حتى تكون العلاقة تعاونية مشتركة ، ونظراً لأن مساعدة الأطفال ذوي المشكلات الاجتماعية ليست سهلة يقتضى الأمر تدريب زملاء والأقران مع تقديم المشورة لهم وذلك من أجل ضمان الفائدة الفعلية للطفل .

#### ٧- تدريب الأقران غير المستهدفين :

يكتسب الأطفال الذين يضايقون الآخرين سمعة سيئة يصعب تغييرها ، وقد أشارت نتائج البحوث إلى أن الأقران الذين يتفاعلون مع الأطفال العدوانيين يستمرون في اعتبار هؤلاء الأطفال عدوانيين حتى في المواقف التي لا يكون فيها سلوكهم عدوانياً ؛ ولذلك من أجل تغيير نمط السلوك الاجتماعي ، لا يكفي العمل مع الطفل العدواني وحده ، بل يحتاج الأقران غير العدوانيين أيضاً إلى تلقى تدريب للكشف عن الطرق التي يستخدمونها لجعل الطفل يتصرف على نحو عدواني .

#### ٨- تصميم بيئات اجتماعية تعزز السلوك الاجتماعي الإيجابي :

يظهر معظم الأطفال بما فيهم المصابون باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مشكلات في الأداء الوظيفي مع أقرانهم عندما لا تكون البيئة جيدة التنظيم ، فعلى سبيل المثال الملاعب التي يعوزها الإشراف

والتي لا توفر للأفراد ألعاباً ملائمة لسنهم غالباً ما تؤدي إلى حدوث سلوك عدواني ؛ لذلك يوصى أن يتعاون المديرون في المدارس مع مدرسي التربية الرياضية للإشراف بعناية على كل أرجاء الملعب ، وتصميم النشاطات الملائمة والتأكد من تقديم الإشراف وتوافر ألعاب للأطفال يومياً .

### ج- التدخل من قبل مجموعة الأقران في المدرسة :

يعتبر اشتراك الأقران في عملية التدخل العلاجي للمهارات الاجتماعية أمراً مهماً ، لذلك فإن تنظيم مجموعات تدخل للمهارات الاجتماعية تتكون من أطفال ذوي عمر متقارب أمر ذو جدوى في المدارس ويفيد التشاور بين المدرس والأخصائي النفسي المدرسي في تنمية قدرة الطفل على تعميم تأثيرات التدخل العلاجي .

وتتضمن التدخلات العلاجية السلوكية لتقوية العلاقات مع الرفاق التدريب على المهارات الاجتماعية التي يعتقد أنها ضرورية للأداء الوظيفي المؤثر لمجموعة الرفاق ، ويتم تقديم التدريب على المهارات الاجتماعية بطريقة موجزة لمدة ١٠ دقائق يومياً في جلسات جماعية تتضمن التعلم بالأنموذج Modeling ، ولعب الأدوار Role - Playing وممارسة المفاهيم الاجتماعية الهامة مثل الاتصالات ، وبالإضافة إلى ذلك يقوم الأطفال بالاشتراك في المهام الجماعية التعاونية التي تسهم في زيادة التعاون وتقوية العلاقات مع الرفاق .

ويتم تقوية تنفيذ الأطفال لبرنامج التدريب على المهارات الاجتماعية من خلال الاستخدام اليومي لنظام النقاط أو الدرجات Point System ، والربط بين برنامج التكلفة / والثواب Reward / Cost Program والتدريب

على المهارات الاجتماعية ، وقد اتضح أن ذلك ضروري للتأثير على نمو وتطور المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات ظاهرة ( بيلهام وهودا Pelham & Hoza ، ١٩٩٦ ) .

وعلى الرغم من أن التركيز على تنمية المهارات المتعلقة بمجموعة الرفاق متمشياً مع المؤلفات التي تناولت المهارات الاجتماعية إلا أن الكثير من الدراسات أوضحت أن تطبيع الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في علاقتهم مع الرفاق لم يتم الاعتماد عليه في حالة استخدام التدخلات العلاجية السلوكية ؛ لذلك فإن الجهود المبذولة للتدخل العلاجي الحديث تركز على الطفل كعضو في جماعة الأقران بهدف مساعدته على تنمية الصداقات الفردية التي ربما تحميه من صدمة النتائج السلبية المحتملة من كونه غير محبوب أو منبوذ ، ويتم تحقيق ذلك بتكوين صداقات حميمة مع الأطفال الآخرين إلى جانب الاشتراك في أنشطة متنوعة ، ويقوم الكبار بمساعدتهم على حل أي مشكلة تتعلق بالعلاقة بينهم ، وأثناء الجلسات يتم تعليم الأطفال حل المشكلات الشخصية باستخدام طريقة تتضمن التعرف على المشكلة ، والعصف الذهني ، وكتابة العقود أو الاتفاقيات وتقييم العقود التي يقومون بإبرامها .

كما أن تدريب الأطفال الذين يعانون من الاضطراب على أداء المهارات الرياضية أمر غاية في الأهمية لأن هؤلاء الأطفال تكون مهاراتهم الحركية رديئة مما يساهم في نبذهم الاجتماعي ، وتدنى تقدير الذات ؛ لذلك فإن الاشتراك في الألعاب الرياضية يزيد من تقدير الذات الذي يلعب دوراً أساسياً في تغيير السلوك ( سمول وآخرون Smoll et al. ، ١٩٩٣ ) ، وبالنسبة للأطفال الذين

يعانون من الاضطراب ويخشى عليهم من التعرض لخطورة تدنى تقدير الذات فإن التدريب على مثل هذه المهارات فى بيئة إيجابية تكون آثاره دالة ، ويفضل إجراء هذه التدريبات الرياضية بعد الانتهاء من اليوم الدراسى .

### الوقت المنقضى خارج أنشطة البرنامج التدريبي :

يتم تدريب الأطفال الذين يعانون من الاضطراب أثناء الوقت المنقضى خارج أنشطة البرنامج التدريبي على التخلص من السلوكيات غير المرغوبة مثل العدوان القصدى أو المتعمد ، والتدمير المتعمد للممتلكات ، وعدم الامتثال المتكرر ، ويتم ذلك بالحرمان من المزايا على سبيل المثال الوقت المخصص للسباحة ، أو الوقت المخصص لألعاب الكمبيوتر ... الخ ، وهذا الوقت الذى لا يتوافر فيه التعزيز الإيجابى هو أسلوب فنى يتم استخدامه كبديل للعقاب البدنى ( مارتن وبيير Martin & Pear ، ١٩٩٢ ) ، وعلى الرغم من أنه يفضل استخدام الطرق الإيجابية فقط فى التعامل مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن العقاب الحذر Prudent Punishment مثل التوبيخ أو التأنيب اللفظى الملائم ، والحرمان من ميزة ما ، وعدم الاشتراك فى الأنشطة الترويحية يكون ضرورياً للتدخل المؤثر أو الفعال ، وفى حالة تحكم الطفل فى سلوكه فإنه فى هذه الحالة يتم خفض أو تقليل العقاب ، وهذا الأسلوب يضع الطفل فى موقف الكسب حتى عندما يعاقب ( بيلهام وهوزا Pelham & Hoza ، ١٩٩٦ ) .

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

وصف لحالة ( \* ) :

"ع" طفل يبلغ من العمر تسع سنوات ، وهو تلميذ في الصف الثالث الابتدائي تمت إحالته إلى فريق تشخيص الأطفال في المدرسة الذي يتضمن مدير المدرسة ، والأخصائي النفسي ، ومدرس التربية الخاصة ، وممرضة المدرسة ، والمرشد التعليمي ، وتمت هذه الإحالة عن طريق معلمته لملاحظتها وجود مشكلات في انتباهه داخل حجرة الدراسة ، وكذلك وجود مشكلات في اتباع التوجيهات وعدم استكمالها لواجباته بطريقة مستمرة ، وتدنى مستواه التحصيلي ، ونظراً لهذه المخاوف التي تم تحويل الطفل بسببها إلى فريق التشخيص قام هذا الفريق بإجراء تقدير لوجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وذلك من خلال استخدام طريقة التقدير السلوكي التي يتم فيها استخدام طرق متعددة لجمع البيانات عن طريق الملاحظين للطفل في أماكن مختلفة وتم جمع المعلومات لتحديد ما إذا كان "ع" :

١- أظهر عدداً دالاً للأعراض السلوكية للاضطراب طبقاً لتقارير الوالدين والمعلمين .

٢- أظهر أعراضاً مرضية متعلقة بالاضطراب بتكرار عالٍ أو أكبر بدرجة دالة عن أقرانه من نفس الجنس ( النوع ) وفي مثل عمره العقلي .

٣- بدأ في إظهار سلوكيات دالة تتعلق بالاضطراب وذلك قبل سن السابعة ولمدة ست شهور أو أكثر .

٤- لديه أوجه عجز أخرى على سبيل المثال عدم قدرته على التعلم أو

( \* ) المصدر : إرفين وآخرون . Ervin et al. ، ١٩٩٦ ، ص ص ٤٦ - ٤٩ .

عوامل يمكن أن تبرز أو تعلل ظهور الأعراض المرضية للاضطراب .  
٥- لديه اضطرابات أخرى مصاحبة على سبيل المثال اضطراب العصيان والتحدى ، واضطراب القلق الزائد عن الحد .

### التقدير الأولي :

بدأ التقدير المبدئي بإجراء اختبار تصفية من خلال تقديرات المعلم والوالدة للأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ومن أجل الكفاءة في التقدير قامت معلمة التلميذ ووالدته باستكمال التقدير باستخدام مقياس دي بول DuPaul ( ١٩٩١ ) لتقدير اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد ، وهذا المقياس له نظام تقدير رباعي على طريقة ليكرت ومن خلاله يتم قياس ١٤ عرضاً مرضياً للاضطراب وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية ( DSM - III - R ) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٨٧ وكانت تقديرات هذا التلميذ عالية في ١٢ عرضاً مرضياً من بين الـ ١٤ عرضاً مرضياً التي يقيسها المقياس ، وهذه التقديرات قامت بها معلمته وانطبقت جميع الأعراض المرضية التي قدرتها المعلمة عليه مع تقديرات والدته ، وهذه التقديرات وضعت " ع " في موضع أكبر من انحراف معياري واحد فوق المتوسط بالنسبة للأولاد الذين هم في مثل سنه ، وهذه النتائج بينت الحاجة إلى إجراء المزيد من التقييم ، وفي المرحلة الثانية للتقييم تم استخدام طرق كثيرة للتمكن من جمع معلومات محددة بدرجة أكبر بخصوص التاريخ الأسري لـ " ع " وأدائه المدرسي ، واشتملت هذه الطرق على مقاييس تقدير واسعة تمثلت في المقابلات الشخصية مع المعلمين والوالدة ، ومراجعة البيانات الأرشيفية ، واستخدام طريقة الملاحظة المباشرة

للسلوك عبر الأماكن المختلفة وجمع المعلومات المتعلقة بالأداء المدرسي .

وفي البداية طلب من والدة " ع " أن تكمل قائمة أشينباك Achenback لمراجعة سلوك الطفل ، كما طلب من المعلمة أن تكمل استمارة تقدير المدرس لقائمة مراجعة سلوك الطفل ، وحصل " ع " على تقديرات عالية من جانب والدته ومعلمته ، وهذه التقديرات قدمت تأييداً أكبر لوجود مشكلات في الجوانب المتعلقة بعدم الانتباه والانفعالية والنشاط الزائد ، وبالإضافة إلى التقديرات الدالة على مشكلات الانتباه فإن التقديرات من جانب الأم وضعت " ع " ضمن أوجه السلوك العدوانى الذى يتضمن المجادلة والعصيان وعدم الطاعة فى البيت ، والعدا ، والتغيرات المزاجية ، ونوبات الغضب أو اعتلال المزاج ، ومع ذلك جاءت تقديرات المعلمة فى المدى العادى لعامل السلوك العدوانى ، وهذا يعنى أن هذه المشكلات لا تحدث فى المدرسة بنفس نسبة حدوثها فى البيت ، وهذه النتيجة ليست مذهلة نظراً لأن السلوكيات التعارضية التى يتم رؤيتها غالباً فى سن مبكرة فى البيت لا يتم إظهارها غالباً فى المدرسة ، وجميع المقاييس الفرعية الأخرى لتقديرات المعلمة والوالدة فى قائمة مراجعة سلوك الطفل كانت فى المستوى العادى أو الطبيعى .

وبعد ذلك قام أعضاء الفريق التشخيصى بإجراء مقابلات شخصية مع المعلمة والوالدة لجمع المعلومات التى تتعلق بتاريخ النمو ، ومعرفة المشكلات السلوكية والأداء الوظيفى الحالى عبر مجموعة متنوعة من الأماكن ، وطبقاً للتقدير من جانب الأم كان تاريخ ولادة " ع " طبيعياً ، وأنه لا يوجد أى تاريخ أسرى لمشكلات عاطفية أو انفعالية أو مشكلات متعلقة بالتعلم ، ولكنها ذكرت أن والده كان لديه مشكلة عدم الانتباه فى الفصل أثناء

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

دراسته ، كما طلب من والدته الإجابة على أسئلة تتعلق بمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ( DSM - IV ) فذكرت أن " ع " كانت تظهر عليه الـ ١٨ عرضاً مرضياً لأعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط لزائد ، والتي تزيد عن الحد النهائي لمعايير هذا الاضطراب ، وذكرت أيضاً أن مشكلات ابنها مع أعراض الاضطراب كانت واضحة بدرجة مبكرة جداً منذ سنواته الأولى بالإضافة إلى ذلك ذكرت أنه أظهر العديد من السلوكيات التي تتم عن التحدي ، وأنه كانت تتتابه نوبات من الغضب نتيجة اعتلال مزاجه أو حالته النفسية ، كما كانت تتتابه أيضاً نوبات من المجادلة ، ومخالفة القواعد ، وإلقاء اللوم على الآخرين ، ورفض تنفيذ ما يأمر به في البيت ، وهذه المشكلات وضعت " ع " في خطورة كبيرة جداً من احتمال وجود اضطراب التحدي والمعارضة لديه على الرغم من أنه لم تنطبق عليه حتى الآن معايير هذا الاضطراب ، ولم تذكر أى أعراض دالة لاضطراب التواصل والاكنتاب واضطراب القلق الزائد أو اضطراب قلق الانفصال .

وعقب المقابلة الشخصية مع والدة " ع " تقابل فريق التشخيص مع معلمته وذلك لمناقشة وجود أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في حجرة الدراسة فذكرت المعلمة أن " ع " كان يعاني من صعوبة في الانتباه أثناء إلقاء التعليمات ، وعدم القدرة على استكمال أو إتمام العمل على وجه الدقة في الوقت المحدد ، وعلاوة على ذلك ذكرت أنه كان ينشغل في أنشطة غير ملائمة مثل اللعب بقلمه الرصاص ، وعمل ضوضاء سخيفة ، والتحدث مع التلاميذ الآخرين ، وترك مقعده والتحرك داخل الفصل ،



مما يعيق الأداء فى الفصل ويزعج التلاميذ الآخرين ، ويستغرق غالباً وقتاً كبيراً من وقتى الذى من المفروض أن يوجهه لتعليم التلاميذ الآخرين ، وعندما تم سؤالها عن أكثر المواقف التى كانت تسبب المشكلات أجابت بأنه كان يظهر مشكلات أثناء التعليم الجماعى ، وأثناء العمل المستقل الذى يقوم به التلاميذ وهم جالسين فى الفصل ، ولكنه كان من السهل التصرف معه أو ترويضه أثناء تعلم جماعة صغيرة ، بالإضافة إلى ذلك ذكرت المعلمة أنه عندما يكون مشغولاً بعمل يستمتع به أو يستهوى اهتمامه مثل الكمبيوتر التعليمى يكون منتبهاً بدرجة أكبر ، ومن الناحية الأكاديمية ذكرت أن لديه القدرة على القيام ببعض الأعمال ، ولكن أداءه يكون غير متسقاً أو غير متوافق ، ففى بعض الأيام كان يكمل الأعمال المكلف بها ويبلى بلاءً حسناً ، ولكنه فى أيام أخرى يكون عمله ناقصاً وغير صحيح وضعيف ، والتدخلات العلاجية السابقة التى كانت ناجحة معه إلى حد ما طبقاً لما قالته المعلمة تضمنت تكرار القواعد المتعلقة بالسلوك فى الفصل الدراسى أو التعليمات بشأن أداء الواجبات التى كان يتم فيها إخباره بأنه سيحرم من وقت الفسحة إذا كان عمله غير كامل ، وتقديم الحوافز له إذا التزم بالسلوك الصحيح ، ومع ذلك ذكرت أن هذه التدخلات كانت تستغرق وقتاً طويلاً ولم تكن مؤثرة أو فعالة دائماً ، وبمراجعة السجل الخاص بدرجات "ع" فى المدرسة لمعرفة التعليقات التى كتبها المعلمون السابقون على بطاقات التقدير ، أكدت هذه التقارير أنه يعانى من صعوبة الانتباه ، فغالباً كان يتكلم حينما لا يطلب منه ذلك أى فى غير دوره ، ولديه صعوبة فى اتباع التعليمات ، ودائم الحركة والنشاط بشكل فظيع ، وذلك قبل أن يكتمل

السابعة من العمر .

وأخيراً تم إجراء ملاحظات مباشرة على سلوك " ع " فى حجرة الدراسة وذلك فى مناسبات عديدة بواسطة الأخصائى النفسى المدرسى فوجد أن سلوكه أثناء العمل الفردى فى حصة الرياضيات ، وأثناء القراءة التى يشرف عليها المعلم تتم عن مشكلات كبيرة جداً ، وقام الأخصائى النفسى بملاحظة سلوك " ع " مستخدماً نظاماً للتسجيل على فترات كان يرمز فيه إلى سلوكه على أنه خارج المهمة أى يؤدي المهمة أو لا يؤدي المهمة ، وذلك كل ٢٠ ثانية ولمدة تستغرق عشرون دقيقة أثناء حصة الرياضيات ، ولوحظ أن " ع " كان ينشغل فى أوجه سلوك تبعده عن المهمة مثل عدم النظر إلى المدرس أو اللعب بأشياء فى درجة أو حقيبتة وذلك بمتوسط يبلغ ٨٥ % للفترات التى تمت ملاحظته فيها ، وأثناء حصة القراءة لوحظ أن " ع " كان ينشغل فى سلوكيات تبعده عن الدرس بمتوسط ٣٦ % فى الفترات التى تمت ملاحظته فيها ، وفيما يختص بالجوانب الهامة الأخرى التى تتعلق بالمواد الدراسية كان ابتعاده عن المهام أو عن الدروس فى مستويات متدنية إلى حد كبير بمتوسط ١٣ % فى الفترات التى تمت ملاحظته فيها أثناء دروس الكمبيوتر والدراسات الاجتماعية .

التصور العقلى التشخيصى والسلوكى :

من الناحية التشخيصية انطبق على " ع " معايير الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات النفسية ( DSM - IV ) المتعلقة باضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وذلك استناداً إلى تقديرات والدته ومعلمته ، واعتماداً على المقابلات الشخصية ، والملاحظات المباشرة للسلوك ، وقد تم استبعاد وجود اضطرابات تدل على حالات

مرضية مشتركة على سبيل المثال : اضطراب التواصل ، والاكتئاب الحاد ، واضطراب القلق ، وعدم القدرة على التعلم ، وذلك من خلال المعلومات التي تم جمعها أثناء التقدير ، ولكن ينبغي ملاحظة أن " ع " كان في خطوة من جراء حدوث اضطراب التحدي والمعارضة لديه وذلك بناء على التقرير الذي ذكرته والدته .

ومع توافر معلومات التقدير فإن مصاعب " ع " يمكن تصورها فيما

يلي:

وجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

متمثلاً في :

- عدم الانتباه .

- الاندفاعية .

- أوجه عجز في سلوك ضبط الذات .

مشكلات سلوكية في حجرة الدراسة :

متمثلة في :

- صعوبة اتباع القواعد السلوكية العامة في الفصل .

- صعوبة اتباع التعليمات .

- سلوك مضطرب أثناء تعلم القراءة والرياضيات مثل التحدث في غير

دوره ، وخروجه من مقعده ، وإحداث ضوضاء .

مشكلات أكاديمية في الفصل الدراسي :

متمثلة في :

- عدم تكملة العمل الفردي في القراءة وفي الرياضيات .

- أداء رديء أو متدن في حل المسائل الرياضية .

- أداء رديء أو متدنٍ في الاختبارات المرتبطة بزمن معين .

وكان يبدو أن مشكلة " ع " في حجرة الدراسة تتعلق بعدم القدرة على التحكم في اندفاعاته ، وأوجه عجزه في ضبط سلوكه ، وعلى الرغم من أن سلوك " ع " كان يمكن التحكم فيه في المواقف التي كانت معلمته تقدم له التعليمات والتغذية المرتدة المباشرة بالنسبة لسلوكه فإن هذه التدخلات أو الطرق كان من الصعب تنفيذها بصفة مستمرة في الفصل الدراسي ، وعلاوة على ذلك كانت التغذية المرتدة المؤجلة من جانب المعلمة في حالة التعلم الجماعي تزيد من تعرضه للسلوكيات الإشكالية .

وفي المواقف التي كان يطلب فيها من " ع " أن يضبط سلوكه كانت تقابله أو تواجهه بعض الصعوبات :

أولاً : كان يبدو غير مدركاً لأفعاله المضطربة أي المراقبة الرديئة للذات ما لم يتم توبيخه من جانب المعلمة .

ثانياً : عندما يتم التوبيخ عليه بأن سلوكه غير ملائم كان يفسر توجيهات المعلمة بأنها قاسية وشديدة كقوله مثلاً : لم أكن أتحدث بصوت عالي إلى هذا الحد ، أو لقد أكملت العمل الذي كلفت به ، وما يردده " ع " يختلف تماماً مع تقييم المعلمة لسلوكه .

ثالثاً : نادراً إن لم يكن أبداً أن قام بعمل أي نوع من التعزيز الذاتي لأدائه في الفصل الدراسي ، وفي الحقيقة كان يصدر عبارات سلبية عن نفسه كقوله لقد أهينت كرامتي ، وذلك بعد أن توجه له المعلمة اللوم أو التوبيخ ، وهذه المعلومات جعلت العاملين في المدرسة يفكرون في

تنفيذ التدخل المعرفى السلوكى الذى يتضمن استخدام أسلوب المراقبة الذاتية ، وأسلوب تقييم الذات ، ومكونات تعزيز الذات .

سير العلاج :

تم استخدام برنامج لتقييم الذات ، وتعزيز الذات ، وتم جمع بيانات الخط القاعدى عن أداء " ع " أثناء المرحلة الأولى من التدخل العلاجى ، وقامت المعلمة بتحديد ثلاث سلوكيات أو قواعد كان " ع " يحتاج إليها ليتحسن أو يتقدم ، كما قامت كذلك بتحديد ثلاثة أهداف للأداء الأكاديمى كالآتى :

بطاقة تقييم الذات

الاسم : ..... التاريخ : .....

التقدير الأول

أولاً : السلوك :

نقاط : .....	ممتاز ٥	٤	٣	٢	١	ردئ صفر	
مكافأة : .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	١- اتباع الأوامر
المجموع : .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	٢- البقاء فى مقعده

التقدير الثانى

نقاط : .....	ممتاز ٥	٤	٣	٢	١	ردئ صفر	
مكافأة : .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	٣- يعمل بهدوء
المجموع : .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	

التقدير الثالث

نقاط : .....	ممتاز ٥	٤	٣	٢	١	ردئ صفر	
مكافأة : .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	١- اتباع الأوامر
المجموع : .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	٢- البقاء في مقعده
	.....	.....	.....	.....	.....	.....	٣- يعمل بهدوء

ثانياً : الأداء الأكاديمي :

التقدير الأول

نقاط : .....	ممتاز ٥	٤	٣	٢	١	ردئ صفر	
مكافأة : .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	١- يستكمل المهام
المجموع : .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	٢- العمل الدقيق

التقدير الثاني

نقاط : .....	ممتاز ٥	٤	٣	٢	١	ردئ صفر	
مكافأة : .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	١- يستكمل المهام
المجموع : .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	٢- العمل الدقيق
	.....	.....	.....	.....	.....	.....	٣- المشاركة

التقدير الثالث

نقاط : .....	ممتاز ٥	٤	٣	٢	١	ردئ صفر	
مكافأة : .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	١- يستكمل المهام
المجموع : .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	٢- العمل الدقيق
	.....	.....	.....	.....	.....	.....	٣- المشاركة

شكل يوضح بطاقات أو كروت المراقبة الذاتية لتقدير سلوك الطفل

وبدأت المعلمة إجراء تقدير لـ "ع" في نهاية درس أو حصة الرياضيات استناداً إلى مقياس متدرج من صفر إلى خمسة لمجموعة الأهداف السلوكية ، ولمجموعة الأهداف الأكاديمية أيضاً ، وكان "ع" غير مدركاً لهذه التقديرات أثناء إجرائها ، وتم جمع التقديرات لمدة خمسة أيام ، وفي المرحلة الثانية من التدخل العلاجي المتعلق بالتعزيز الرمزي ، والتغذية المرتدة شرحت المعلمة المقياس وأخبرت "ع" بأنه سيتم تقديره في الثلاث أهداف السلوكية ، وكذلك الثلاث أهداف الأكاديمية أثناء حصة أو درس الرياضيات ، وأن تقديراته يمكن استبدالها بنقاط لاكتساب مكافآت مثل قضاء وقت أمام الكمبيوتر ، أو السماح له بالألعاب التعليمية ، وتم أيضاً إعطاؤه شرحاً لفظياً موجزاً للتقديرات في نهاية الحصة ، وكان الغرض من هذه المرحلة هو السماح له بأن يتعلم كيف يطبق مقياس التقدير على السلوكيات المستهدفة ، وعندما أوحى البيانات بأن سلوك "ع" قد تحسن ثم تنفيذ المرحلة الثالثة .

وخلال المرحلة الثالثة للتدخل تم إعطاء بطاقة التقييم لـ "ع" كى يفهمها وتم استعراض محتوى البطاقة ، وطلب من "ع" أن يضع دائرة على سلوكه الموضح فى البطاقة وذلك بعد كل ١٥ ثانية ، وفى نفس الوقت قامت المعلمة بتوضيح تقديرها على بطاقة مشابهة ، وفى نهاية درس الرياضيات تمت مقارنة التقديرات واستبدلت بنقاط بالطريقة التالية :

- إذا تطابقت تقديرات "ع" والمعلمة تماماً يكسب "ع" النقاط + نقطة كمنحة أو هبة .

- إذا اختلفت التقديرات فى إطار درجة أو نقطة واحدة يتلقى "ع" عدد النقاط التى كان قد منحها لنفسه .

- إذا كان هناك أكثر من فرق أو تفاوت لا يتم إعطاء أو اكتساب أى نقاط .

والجوانب المهمة لهذه المرحلة كانت شرح "ع" لسبب تقديره لنفسه بالطريقة التى قام بها ، وفى النهاية تأتى المرحلة الرابعة التى يتم تنفيذها بأن يقوم "ع" بمقارنة تقديره بتقدير المعلمة لمدة أسبوع ، ثم فى نهاية الدرس تم ثلاث مرات فى الأسبوع ، ثم مرتين فى الأسبوع ، ثم مرة واحدة فى الأسبوع ثم مرة كل أسبوعين ، وظلت تقديرات "ع" فى مستوى أعلى مما كان أثناء الخط القاعدى ، ومن الممكن اتباع نفس الإجراء فى نهاية درس أو حصة القراءة مثلاً .

كما تم استخدام مقياس تقييم الذات Self - Evaluation Rating Scale

فى تقدير السلوكيات المستهدفة كالاتى :

٥ = ممتاز : يتبع قواعد السلوك داخل الفصل الدراسى ويؤدى المطلوب

منه بنسبة ١٠٠ % .



٤ = جيد جداً : مخالفة صغرى للقواعد ( على سبيل المثال : التحدث فى غير دوره ، أو بدون إذن ، القيام من مقعده أثناء الشرح ، عدم اتباع القواعد فى الفسحة ) ويؤدى المطلوب منه بنسبة ٩٠ % ويحتاج إلى التذكرة بأن يعود إلى العمل بسرعة .

٣ = متوسط : لا يتبع التعليمات فى كل الأوقات ، ولكن لا يحدث إساءات خطيرة ، ويتبع التعليمات بنسبة ٨٠ % تقريباً من إجمالى الوقت .

٢ = أقل من المتوسط : يخالف قاعدة أو أكثر من القواعد لدرجة أن السلوك لم يكن مقبولاً على سبيل المثال : سلوك عدوانى ، يحدث ضوضاء ، ويتبع التعليمات بنسبة ٦٠ : ٨٠ % تقريباً .

١ = ردىء : يخالف قاعدة أو أكثر من القواعد فى الحصّة ، أو يشترك فى سلوك غير ملائم بدرجة كبيرة معظم الوقت ، وربما يكون قد انفصل عن الجماعة لأكثر من نصف الحصّة وذلك بسبب السلوك غير الملائم ، ودقة العمل تتراوح ما بين صفر - ٦٠ % .

صفر = غير مقبول تماماً : يخالف قاعدة أو أكثر من القواعد فى الحصّة بأكملها ، ولم يقم بأى عمل على الإطلاق أو أن عمله غير صحيح .

**الفصل الحادى**  
**التعامل مع الطفل الذى يعانى**  
**من الاضطراب**

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

### مقدمة :

توجد مجموعة من العلامات التي تبرز في تصرفات الطفل في عمر مبكرة ، وهذه العلامات تساعد الأم في المنزل ، والمعلمة في الحضانة في الكشف المبكر للأعراض المرضية التي تميز اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الأمر الذي يدفعهم إلى استشارة الأخصائيين للحد من تفاقم الأعراض المرضية ، وهذه العلامات تتمثل في عدم التركيز ، والنشاط الزائد ، وسرعة الانفعال ، وكثرة النسيان ، والثرثرة ، والتسرع في الاستجابة ، وشروذ الذهن ، وتقلب المزاج ، وإساءة استخدام الأشياء... الخ ، ويتحسن هؤلاء الأطفال بشكل ملحوظ إذا تفهم الوالدان ومدرسو الطفل المشكلة وقاموا بتوجيهه توجيهاً سليماً يحفظ له ثقته بنفسه ، وعندما يصل هؤلاء الأطفال إلى سن البلوغ تكون فترة الانتباه لدى معظمهم جيدة ، ولكن يظهر عليهم القلق وعدم الهدوء ، والانشغال بصفة دائمة ، وبمعنى آخر فإنهم لم يتخلصوا نهائياً من مشكلة فرط الحركة ، ولقد اعتاد المجتمع تحمل مثل هذه الطباع في البالغين ، بل في بعض الأحيان قد يُمدح الشخص الذي يتميز بهذه الطاقة الكبيرة والنشاط الزائد .

### كيفية التعامل مع الطفل الذي يعاني من الاضطراب :

فيما يلي مجموعة من الإرشادات التي تساعد المعلمون والآباء على التعامل مع الطفل الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

١- الاعتماد على وسائل ملموسة ومادية لتوصيل المعلومات إليه .

٢- توفير الحوافز الفورية وعدم التأجيل في تنفيذ الوعود حتى لا تفقد هذه الحوافز قيمتها .

٣- اعتماد محيط واحد للتعلم ( غرفة معينة في المنزل ، ومكتب واحد ) وذلك لخلق شعور بالأمان عنده ، وربط هذا الشعور بعملية التعلم ( ريتا مهرج ، ٢٠٠٢ ) .

٤- التأكد من عدم تواجد مثيرات خارجية في محيط مذاكرته ( عدم تشغيل الراديو أو التليفزيون ، وكذلك عدم السماح للأخوة باللعب في نفس الغرفة ) ( ريتا مهرج ، ٢٠٠٢ ) .

٥- عدم انتقاده عندما يخطئ لأن الخطأ بالنسبة له يعنى الفشل ، بل ويجب تجاهل الأخطاء ، وحثه بالتشجيع والدعم الكلامي على المثابرة واستعمال التصحيح الذاتي ليدرك أخطائه .

٦- استخدام المنبه خلال المذاكرة ليدرك مفهوم الزمن بشكل ملموس ، ولحثه على تنظيم وقته بشكل فعال مثلاً الانتهاء من مذاكرة دروس التاريخ أولاً ، ثم مراجعة المحفوظات ثم مراجعة دروس الجغرافيا ... الخ ويجب على الأم مساعدة الطفل في المرحلة الأولى لكي يتعود على النظام ، ويمكن تقليص هذا الإشراف تدريجياً حتى يعتاد الطفل على العمل المستقل .

٧- تنظيم حياته اليومية باعتماد روتين مريح وواضح يساعد على الحد من التصرفات العشوائية ويوجه نشاطه المفرط ضمن قنوات سلوكية منضبطة ( ريتا مهرج ، ٢٠٠٢ ) .

٨- مساعدته على الوصول إلى استقلالية أكبر في حياته ، فالاستقلالية تساعده على ضبط حركاته من خلال تدريبه على الاعتماد على نفسه في

تأدية مهارات الحياة اليومية حتى يدرك تدريجياً أهمية ضبط الحركة العشوائية واستبدالها بالحركة الملائمة التي تقع ضمن تسلسل زمني منطقي يتدرج نحو هدف معين ( ريتا مهرج ، ٢٠٠٢ ) .

٩- غالباً ما يعاني هذا الطفل من صعوبة في إدراك الاتجاهات ( وراء - أمام - تحت - فوق - يمين - يسار ) لذلك فمن الضروري إخضاعه لبرنامج مكثف من التمارين النفس - حركية على يد أخصائي في المجال ، واستشارة معلميه في هذا الموضوع ، وحثهم على التركيز على نقاط الضعف لدى الطفل لتطوير صورة جسمية سليمة عنده ، إذ إن هذه الصورة ، وهذا التحديد المكاني السليم هما الركائز الأساسية التي تمهد لتعلم القراءة والكتابة لاحقاً ( ريتا مهرج ، ٢٠٠٢ ) .

١٠- تأمين التواصل المستمر بين المدرسة والبيت بصفة يومية لمعرفة إنجازات الطفل الإيجابية داخل الصف لكي يشعر بالمتابعة الوثيقة بين المعلمين وأهله ( ريتا مهرج ، ٢٠٠٢ ) .

١١- التأكد من استخدام أسلوب موحد للتعامل معه في المدرسة بمعنى أنه يجب على المعلمين أن يدركوا حالته ويتعاملوا معه بنفس الطريقة ( ريتا مهرج ، ٢٠٠٢ ) .

١٢- مساعدة الطفل على بناء علاقات سليمة مع الرفاق في الفصل .

١٣- إعطاء الطفل مسئوليات داخل الفصل وكذلك في البيت .

١٤- التأكد من أن مقعده داخل الفصل بعيداً عن المثيرات الخارجية التي قد تلهيه عن التركيز ، ويفضل أن يجلس قريباً من المعلم .

١٥- تقبل محدودية قدرات الطفل : يجب تقبل حقيقة أن الطفل لديه نشاط زائد

وأن هذا النشاط الزائد ليس عن عمد ؛ لذا لا نتوقع أن يزول هذا النشاط الزائد ، ولكن يمكن فقط السيطرة عليه إلى حد ما ، وأي نقد للطفل النشط أو محاولة الحد من طاقته ليصبح هادئاً ومثالياً قد يؤدي إلى نتائج عكسية ، ولن يسفر عن نتائج طيبة ، ولا يوجد لمساعدة مثل هؤلاء الأطفال أكثر جدوى من وجود والدين لديهم قدر كاف من التحمل والصبر والروية .

١٦- توفير منافذ للطفل ينفس فيها عن طاقته الزائدة : لا يمكن كبت طاقة الطفل ، ومن ثم فإن الأنشطة التي يمكن أن يمارسها خارج المنزل مثل الجري والرياضة والمشي لمسافات طويلة تعد متنفساً جيداً للطفل ، خاصة إذا وجد ملعباً فسيحاً له سور ، أما إذا كان الطقس سيئاً فمن الأفضل إيجاد مكان ترفيهي يستطيع الطفل فيه اللعب والاستمتاع بقدر قليل من القيود والمراقبة ، وقد تفي حديقة المنزل بهذا الغرض ، وفي حالة وجود لعب كثيرة حول الطفل قد يتسبب ذلك في سهولة صرفه عن اللعب بأي منها ، ويجب أن تكون اللعب متينة وليست سهلة الكسر حتى لا تسبب خطورة بالنسبة للطفل ، ويجب تشجيع الطفل على اللعب بلعبة واحدة كل مرة .

١٧- تنظيم المنزل جيداً : تنظيم المنزل والشئون المنزلية يساعد الطفل الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على تقبل التوجيه والالتزام بالنظام السائد ؛ لذلك يجب على الوالدين أن يجعلوا أوقات الاستيقاظ ، وأوقات الوجبات المدرسية ، وأوقات الأعمال المنزلية المعتادة ، وأوقات القيلولة ، وأوقات النوم كلها منتظمة ، ويجب الحرص على جعل جو المنزل هادئاً نسبياً يشجع على التفكير والقراءة ، وتنظيم

هذه الأشياء جميعاً يساعد على أن تصبح سلوكيات الطفل أكثر انتظاماً

١٨- تجنب إرهاق الطفل : عندما يصبح الطفل الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد متعباً فإنه في الغالب يفقد سيطرته على نفسه ، وتزداد حركاته بشكل أكبر ، ومن ثم يجب على الآباء فهم هذه الحالة جعله يرقد ويستريح وإن لم يستجب ويتوقف عن الحركة يتم وضعه على مقعد هزاز لعله يهدأ .

١٩- تجنب اصطحاب الطفل إلى اللقاءات الرسمية : يجب على الوالدين تجنب اصطحاب طفلهم إلى الأماكن التي لا يستطيعون فيها التحكم في سلوكهم مثل المساجد ، والمناسبات الرسمية ؛ لأن إتيان الطفل للسلوكيات غير المرغوبة في هذه الأماكن يسبب الإحراج للآباء مما يثير غضبهم نحوه .

٢٠- الحفاظ على تطبيق نظام سلوكي حازم : لاشك في أنه يصعب التحكم في سلوكيات الطفل الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فهو بحاجة أكثر من أي طفل عادي إلى نظام تربيوي مدروس تصاغ قواعده بحيث يحمي الطفل والآخرين من التعرض لأيّة أضرار ، فالسلوك العدواني مثل العض والركل والضرب يجب عدم قبوله من الطفل وتعويد الطفل على التخلص منه ، كما يجب تعويد الطفل تدريجياً على اتباع القواعد والسلوكيات الصحيحة .

٢١- تطبيق القواعد التربوية دون اللجوء إلى العقاب البدني : يجب تعليم الطفل الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أن يكون أقل عنفاً ، فالطفل يحتاج إلى قذوة في ضبط النفس والاستمتاع بالهدوء ممن حوله من البالغين ؛ لذلك يجب توجيه هذا الطفل بصوت

هادئ فيه تودد وصدق وواقعية حتى يتقبل النصح والإرشاد ، ويجب تجنب الصراخ في وجهه لأن ذلك يجعله يقلدك على الفور .

٢٢- إطالة فترة انتباه الطفل : تشجيع السلوك اليقظ غير المصحوب بالنشاط الزائد من الخطوات الأساسية لإعداد الطفل للمدرسة ، ويمكن تعويد الطفل على إطالة فترة الانتباه والمثابرة على إكمال واجباته المنزلية ، فعندما يبلغ الطفل خمس سنوات من عمره يحتاج إلى فترة انتباه وتركيز تصل إلى خمس عشرة دقيقة كي يكون أداءه مقبولاً ، ويجب تخصيص فترات قصيرة ومتعددة كل يوم يتم تعليم الطفل فيها حسن الاستماع عن طريق القراءة له ، ويجب البدء بالكتب التي تحتوي على الصور ، وبعد ذلك يتم الانتقال إلى قراءة القصص تدريجياً حتى تنمو لديه القدرة على الإنصات ، كما يمكن تشجيع الطفل على تلوين الصور ، وكذلك تعليمه بعض الألعاب مع التدرج في زيادة صعوبتها بدءاً من تركيب المكعبات ثم الألعاب التي تحتاج إلى التفكير والانضباط ، وتعد مقارنة الصور من أروع الطرق التي تعمل على بناء ذاكرة الطفل ، وتقوية تركيزه ، ثم بعد ذلك يبدأ باللعب ذات النتائج مثل الشطرنج ، وعندما يبدأ الطفل في الحركة ويفقد تركيزه يجب التوقف عن اللعب وإعطائه فترة راحة مع المدح ، وهذه الطريقة مهمة جداً في إعداد الطفل للمدرسة وتخليصه تدريجياً من النشاط الزائد وإطالة فترة انتباهه وتركيزه إلى أطول فترة ممكنة .

٢٣- يجب طلب المساعدة من الجيران الذين يحثك الطفل بهم لتحمله والصبر عليه ، وعدم نعته ببعض الصفات غير المرغوبة ، ويجب أن يشعر الطفل على الدوام بأنه محبوب ومقبول داخل محيط الأسرة لأن



ذلك يعزز ثقته بنفسه .

٢٤- التمتع بقسط من الراحة من وقت لآخر بالتوقف عن متابعة سلوك الطفل بصفة مؤقتة يساعد الوالدين على تحمل سلوك الطفل ، ويجب على الأب عندما يعود إلى المنزل أن يعتنى بالطفل ، ويعطى الفرصة للأم لكي تستريح ، كما يمكن للأم أن تستعين بمربية أو خادمة مرة أو مرتين في الأسبوع ، وقد يكون أحد الخيارات المناسبة وضع الطفل في الروضة ، فالأب والأم بحاجة إلى تجديد نشاطهما كي يتمكنوا من الاستمرار في تلبية احتياجات الطفل الزائدة .

٢٥- التحاق الطفل بالروضة عند بلوغه الثلاث سنوات من العمر يساعده على تنظيم أفكاره وينمي قدرته على التركيز والانتباه ، ومع النمو يسهل عليه التكيف والتعامل الحسن مع زملائه .

٢٦- يجب أن تكون الحجرات الدراسية مجهزة تجهيزاً خاصاً بحيث تكون بعيدة عن مصدر الضوضاء والمنبهات الصوتية حتى لا يتشتت الانتباه السمعي لدى الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ، كما يجب عدم تعليق أى لوحات أو وسائل تعليمية على جدران هذه الفصول حتى لا يتشتت الانتباه البصري لهؤلاء الأطفال .

٢٧- تجنب عزل الأطفال الذين يعانون من الاضطراب في فصول خاصة حتى لا يشعرون بالعجز والدونية وتدنى تقدير الذات وفقدان التفاعل الاجتماعي الايجابي مع الأطفال العاديين .

٢٨- يجب على المعلم العمل على تنمية نقاط القوة لدى الطفل الذي يعاني من الاضطراب وإظهارها أمام زملائه حتى ينمي ثقته بنفسه ، ويحاول أن يعدل نقاط الضعف لديه .

٢٩- يجب على المعلم أن يقيم علاقة طيبة مع الطفل الذي يعاني من الاضطراب ويكلفه ببعض الأشياء التي يسعد الطفل بإنجازها ، ويعد ذلك أمراً مهماً لتشجيع الطفل على التحدث مع المعلم في حالة ما إذا كان هذا الطفل يعاني من اضطرابات أخرى مصاحبة للاضطراب الأساسي .

٣٠- يجب على المعلم أن يتأكد باستمرار أثناء شرحه من أن الطفل الذي يعاني من الاضطراب منتبهاً إليه وذلك من خلال متابعته لعيني الطفل ، كما يجب عليه أن يجذب انتباهه إليه باستمرار .

٣١- يجب على المعلم أن يستثمر طاقة الطفل ونشاطه الزائد في بعض السلوكيات الهادفة مثل تكليفه بمسح السبورة ، أو توزيع الكتب على زملائه ، أو مساعدته أثناء استعمال أدوات الهندسة كالمثلث والمسطرة والفرجار أثناء شرح ورسم أحد التمارين على السبورة .

٣٢- يمكن للمعلم أن يستخدم التعزيز الإيجابي في تعديل السلوكيات غير المرغوبة لدى الطفل الذي يعاني من الاضطراب ، وذلك من خلال استخدام المعززات المادية والمعنوية مع الوضع في الاعتبار أن تغيير هذه المعززات من وقت إلى آخر ضرورياً حتى لا تفقد هذه المعززات فاعليتها ، كما يجب على المعلم استخدام التعزيز الفوري لما له من آثار إيجابية .

# ثبت المصطلحات

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

### ثبت المصطلحات

#### ( A )

Attention Deficit Hyperactivity Disorder ( ADHD)

اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

Attention Span

مدى الانتباه

Attention Deficit Disorder (ADD)

اضطراب نقص الانتباه

Amitriptyline

أميتربتيلين ( من مضادات الاكتئاب الثلاثية )

Antihypertensives

مضادات ارتفاع ضغط الدم

- Clonidine ; Guanfacine

- مثل كلونيدين ، وجوانفاسين

Anemia

أنيميا ( فقر دم )

Academic Under Achievement

أداء أكاديمي منخفض

Assertion

الإصرار

Ambiguous Stimulus

مثير مبهم

Adequate Stimulus

مثير ملائم

American Academy of Pediatrics

الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال

Autoreceptors

المستقبلات العصبية التلقائية

Acquired Brain Damage

التلف المخي المكتسب

Antidepressants

مضادات الاكتئاب الثلاثية

Affect

العاطفة ( الشعور )

Agency of Health Care Policy & Research

هيئة سياسية وبحوث الرعاية الصحية

Above Average

فوق المتوسط

Average

المتوسط

( B )

Behavioral Parent Training ( BPT )

التدريب السلوكي للوالدين

Behavior Management Training ( BMT )

التدريب على إدارة السلوك

Brain's Behavioral Inhibition System

نظام الكف السلوكي للمخ

Bodar Test of Reading / Spelling Patterns

اختبار بودر لأنماط القراءة والتهجئة

Bender Gestalt Test

اختبار بندر جشتالت

Behavioral Assessment System for Children

نظام تقييم سلوك الأطفال

Behavioral Inhibition

الكف ( المنع ) السلوكي

Parietal Lobes

الفصوص الجدارية

Basal Ganglia

العقد العصبية السفلية

Birth Asphyxia

اختناق الولادة

Bupropion

بيوبروبيون ( من مضادات الاكتئاب الثلاثية )

Behavioral Contracting

الاتفاق السلوكي

Biogenic Amine Transmitters

ناقلات الأمين الحيوي

Benefits

الفوائد

Birth Complications

مضاعفات الولادة

Behavior Modification

تعديل السلوك

Below Average

أقل من المتوسط

(C)

Child Behavior Checklist	استمارة سلوك الطفل
Conners' Rating Scale – Revised	مقياس كونرز المعدل للتقدير
Conners' Continuous Performance Tests	اختبارات كونرز للأداء المتواصل
Clomipramine	كلوميبيرامين ( من مضادات الاكتئاب الثلاثية )
Corrective Feedback	التغذية الراجعة التقويمية
Caudate Nucleus	أوسط العقد العصبية الدماغية السفلية
Categorical Diagnosis	التشخيص التصنيفي
Continuous Performance Test	اختبار الأداء المتواصل أو المستمر
Communication Training	التدريب على الاتصالات
Cooperation	التعاون
Combined Type	الشكل ( النمط ) المشترك
Conduct Disorder	اضطراب المسلك ( التصرف )
Catecholamines	أمينات الكاتيكول
Cerebral Hemispheres	عدم التناسق بين نصفي المخ
Conners' Teacher's Rating Scale – Revised	مقياس كونرز المعدل لتقدير المعلمين
Coincidence	موافقة أو مطابقة
Central Nervous System ( CNS )	الجهاز العصبي المركزي
Comorbidity	الحالة المرضية المشتركة

Correspondence Training	التدريب على المطابقة أو التناظر
Compliance	قبول أو إذعان
Corrective Therapy	العلاج التصحيحي

( D )

Disintegration	انحلال / تفكك
Disintegration of Personality	تفكك الشخصية
Disruptive Behavior Disorders	اضطرابات السلوك المفكك ( غير السوي )
Distractibility	القابلية للتشتت ( شرود الذهن ) أو تحول الانتباه
Disruptive	السلوك المشوش ( الفوضوي )
Disorganization	الفوضى وعدم النظام أو سوء التنظيم
Diminished Self – Esteem	تدنى تقدير الذات
Delayed Gratification	الإشباع المرجأ ( الرضا المتأخر )
Disruptive Behavior Disorder	اضطراب السلوك الفوضوي
Dimensional Diagnosis	التشخيص البعدي
Dyslexia	العمه القرائي ( عسر القراءة )
Dizygotic	التوائم غير المتماثلة
Dexedrine	عقار الدكسدرين ( من مضادات الاكتئاب الثلاثية )
Differential	فارق أو متفاوت أو تمييزي
Desipramine	عقار الديسبرامين ( من مضادات الاكتئاب الثلاثية )

## Diagnosis and Behavioral Conceptualization

التصور العقلي التشخيصي والسلوكي

## Devereux Scales of Mental Disorders

مقاييس ديفارو للاضطرابات العقلية

## Dyadic Adjustment Scale

مقياس التكيف الزوجي

## Dopamine

الدوبامين

## Daily Report Cards ( DRCs )

بطاقات التقرير اليومي

## Diagnostic Features

الملامح ( المعالم ) التشخيصية

## Differential Diagnosis

التشخيص الفارق

## Disability

عجز / عاهة / ضعف

## Disabled

عاجز

## Disaffection

نفور

## Disinhibition

إبطال الكف

## Degree of Severity

درجة الحدة أو الشدة

## Distrust

عدم الثقة

## Diagnosis

تشخيص

## Distortion

تحريف أو تشويه

## Disturbance

اضطراب أو تشويش

## Distraction

شرود الذهن أو تشتت الفكر

## Distraught

شارد الفكر أو مدهول

## Distress

غم أو ضيق أو محنة

## Disorder

اضطراب

## Dysphoria

فتور أو يأس

## Dyspraxia

اضطراب التأزر الحركي



( E )

Episodic Dyscontrol

عدم التحكم المرضى ( العمل وفقاً للاندفاع ) / الدفعة التي لا يمكن مقاومتها

Enuresis

التبول اللاإرادي ( سلس البول )

Nocturnal Enuresis

التبول الليلي

Equivalent Stimuli

المثيرات المتساوية

Ear Infection

التهاب الأذن

Epilepsy

الصرع

Encephalitis

الالتهاب السحائي

Empathy

التعاطف

Effective

فعال أو مؤثر

Effectiveness

فاعلية أو تأثير

Emotionless

عديم التأثير أو بارد الطبع

( F )

Fluoxetine

الفلوكستين ( عقار طبي )

Fluvoxamine

فلفوكسامين ( عقار طبي )

Frontal Lobe

الفص الجبهي

Fidgetiness

التملل

Fragile X Syndrome

عرض ضعف كروموسوم X

Finger Tapping Test

اختبار النقر بالأصبع

Fitness

صلاحية

Function

وظيفي أو أدائي

( G )

Giftedness	الموهبة
Gordon Diagnostic System Vigilance Task	نظام جورديون التشخيصى لنشاط اليقظة
Gifted	موهوب
Genius	عبقري
Gratification	إشباع أو رضا
Guidance	التوجيه
Guilt	ذنب أو إثم أو خطيئة
Gangila	عقدة عصبية
Ganglion	عقد عصبية

( H )

Hostile Attributional Bias	النزعة العدائية التحيزية
Hyperkinetic	النشاط المفرط أو الحركة الزائدة
Hyperkinetic Disorder	اضطراب فرط الحركة
Hyperactivity	النشاط الزائد أو فرط النشاط
Hyperglycemia	فرط أو زيادة السكر فى الدم
Hyperirritability	فرط الاهتياج
Hyperpituitarism	فرط إفراز الغدة النخامية
Hypertonic	زائد التوتر أو مفرط التوتر
Hyperkinetic Reaction of Children	استجابة فرط الحركة لدى الأطفال
Head Injury	أورام أو إصابات الدماغ
Hypoxia	نقص الأكسجين

Hyperesthesia  
Hyperaffectivity  
Hypoactivity  
Hypoglycemia  
Hypokinesia

شدة الحساسية أو فرط الإحساس  
شدة العاطفية  
قلة النشاط  
نقص السكر في الدم  
نقص الحركة

( I )

Impulsivity  
Inattention  
Inattentiveness  
Intentional Aggression  
Intentional Destruction  
Initial Assessment  
Initial Interview  
Intensive Treatment  
Intervention  
Intensive Psychological Treatment  
Inconsistency  
Issues Checklist  
Imipramine  
Indications  
Irritability  
Incompetence  
Insensitive

الاندفاعية  
عدم الانتباه أو صعوبة الانتباه  
قصور الانتباه ( اللانتهابية )  
العدوان القسوى أو المتعمد  
التدمير المتعمد  
التقدير الأولي  
مقابلة تمهيدية أو أولية  
العلاج المكثف  
التدخل  
العلاج النفسي المكثف  
عدم الترابط ( التضارب )  
استمارة المشكلات  
الإمبيرامين  
دلائل  
التهيج  
عجز أو قصور أو عدم مقدرة  
غير حساس أو لا يتأثر

Internalization

استدخال

Introverted

انطوائى

Intrusion

تهجم

Inattentive

ساه أو غافل أو غير ملتفت

Impaired Behavior Inhibition

ضعف المنع السلوكى

Impulsive Behavior

السلوك الاندفاعى

( K )

Kaufman Brief Intelligence Test

اختبار كوفمان للذكاء

Kinesthetic Abilities

قدرات الإحساس الحركى

( L )

Limitations

أوجه القصور

Loquacious

ثرثار أو كثير الكلام

Lalorrhea

كثير الكلام

Logomania

هوس الثرثرة

Listless

مستهتر أو مهمل

Listlessness

استهتار أو إهمال

Lymphathatic

كسول أو فاتر الهمة

( M )

Marital Discord

الخلاف الزوجى

Matching Familiar Figures Test

اختبار مطابقة الأشكال المألوفة

Minimal Brain Damage

التلف البسيط فى المخ

Minimal Brain Dysfunction	الخلل الوظيفي الطفيل في المخ
Monoamines	الأمينات الأحادية
Movement Disorders	الاضطرابات الحركية
Monozygotic	التوائم المتماثلة
Moodiness	المزاجية
Magnesium Pemoline	بيمولين الماغنسيوم
Multimodal Therapy	العلاج المتعدد الأساليب
Medical Evaluations	التقييمات الطبية
Medication Compliance	القبول أو الإذعان للأدوية

( N )

National Institutes of Health Consensus Statement	تصريح معاهد الصحة الدولية
Nervousness	الحالة العصبية
NIH Consensus Report	اتفاق أو إجماع معاهد الصحة الدولية
Negative Reprimands	التوبيخات السلبية
Neurological Evaluations	التقييمات العصبية
Neurochemical Imbalances	عدم التوازن الكيميائي العصبى
Neurofibromatosis	تورم الألياف العصبية
Neurotransmitters	الناقلات العصبية
Norepinephrine	نورإبينفرين
Narrow - Range Measures of ADHD	المقاييس محددة المدى لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
Narcolepsy	الغفوة النومية

( O )

On - Task Behavior	السلوك أثناء المهمة
Over Arousal	الاستثارة الزائدة
Occupational Therapy	العلاج الوظيفي
Organic Driveness	دفعة عضوية
Oppositional Defiant Disorder ( ODD )	اضطراب التحدي أو المعارضة أو اضطراب العصيان
Orbital Prefrontal Regions	الجانب الأيمن من مقدمة الجبهة
Overexcitability	الإثارة المفرطة

( P )

Parenting Stress Index	مؤشر الضغط الوالدي ( الأبوي )
Parent Report Scale	مقياس إفادة الوالد
Parietal Labes	الفصوص الجدارية
Psychological Complications	مضاعفات نفسية
Personal Distress	الكرب أو الضيق الشخصي
Problem Solving Communication Training ( PSCT )	التدريب على الاتصال لحل المشكلات
Problem Solving Communication	الاتصال من أجل حل المشكلات
Problem Solving Training	التدريب على حل المشكلات
Punishers	مثبطات
Peer Ratings	تقديرات الأقران
Psychopathology	علم النفس المرضي

Primary Vigilance Disorder

اضطراب اليقظة الأولى

Proper Diagnosis

دقة التشخيص

Paradoxical Effect

الأثر العكسي

Predominantly Inattention type

الشكل الذي يسود فيه نقص الانتباه

Predominantly Hyperactivity Type

الشكل الذي يسود فيه الحركة المفرطة أو النشاط الزائد

Poor peer

ضعف العلاقة مع الأقران

Poor Coordination

ضعف التنسيق

Prevalence

تقديرات الانتشار

Prudent Punishment

العقاب الحذر

Psychostimulants

المنبهات النفسية

Pervasive Developmental Disorder ( PDD)

الاضطراب السائد المتعلق بالنمو

( R )

Ritalin

الريتالين ( عقار طبي )

Relevant stimuli

المثيرات المطابقة أو الصحيحة

Response Cost

تكلفة الاستجابة

Restlessness

التلمل / القلق / التعب

Rachiooplegia

شلل شوكي

Radiodiagnosis

التشخيص بالأشعة

Radiotherapy

العلاج بالأشعة

Radom Behavior

سلوك عشوائي

Rating Scale

مقياس تقدير

## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

Readjustment

إعادة التوافق

Rebellion, Rebelliousness

تمرد أو عصيان

Rebellious

متمرد أو عاصٍ

Redirection

إعادة التوجيه

Reduction

خفض أو تخفيض

Repression

كبت

Regression

نكوص

Restriction

تقييد أو تحديد

Retarded

متخلف أو معوق

### (S)

Sib Relations

ضعف العلاقة مع الأقران

Stimulant Medications

الأدوية المنبهة

Structural Family Therapy (SFT)

العلاج الأسري التركيبي

Self - Gratification

إرضاء الذات

Striatum Prefrontal

القطاعات الأمامية للمخ

Self - Instruction Training

التدريب على التعليم الذاتي

Stroop Color - Word Test

اختبار ستروب للتعرف على اللون والكلمة

Strength of Grip Test

اختبار قوة القبضة

Social Competence

الكفاءة الاجتماعية

Social Skills Rating System

نظام تقدير المهارات الاجتماعية

Spadaford - ADHD Rating Scale

مقياس سبادافورد لتقدير اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد



Social Disintegration

التفكك الاجتماعي

Self - Evaluation

تقييم الذات

Self - Reinforcement

تعزيز الذات

Self - Management Techniques

طرق ترويض الذات

Self - Monitoring

المراقبة الذاتية

Sports Skills Training

التدريب على المهارات الرياضية

Social Skills Rating Scale

مقياس تقدير المهارات الاجتماعية

Synkinesias

الحركات الانعكاسية

Serotonin

السيروتونين

Social Skills Training

التدريب على المهارات الاجتماعية

Selective Serotonin Reuptake Inhibitors ( SSRI )

مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين

ومن أمثلة العقاقير المثبطة لإعادة امتصاص السيروتونين مايلي :

- Fluoxetine

فلوكستين

- Sertraline

سيرترالين

- Paroxetine

باروكستين

Selective Attention

الانتباه الانتقائي

Stimulants

المنبهات

- Methylphenidate

مثل - الميثيل فينيديت

- Dextroamphetamine

- دكسترو أمفيتامين

Self - Consciousness

الشعور بالذات

Self - Conviction

اتهام الذات / إدانة الذات

( T )

Teacher Report Form

نموذج إفادة المعلم

Temperament	الطبيعة المزاجية
Time - Out	الحرمان المؤقت
Turner Syndrome	متلازمة تيرنر ( وراثية )
Temporal Lobes	الفصوص الصدغية
Thalamus	المهاد البصري
Thyrotoxicosis	التسمم الدرقي
Tourette Syndrome	متلازمة تورت
Thyroid Disorder	اضطراب الغدة الدرقية
Toxic Substances	المواد السامة
Toxicity	تجنب السمية
Tricyclic Antidepressants	مضادات الاكتئاب الثلاثية
Tic Disorder	اضطراب التقلصات اللاإرادية
Token Reinforcement	التعزيز الرمزي
Therapy	علاج
Therapist	معالج
Treatment	علاج

( U )

Undifferentiated Attention Deficit Disorder	اضطراب نقص الانتباه غير المميز
Uncontrollable	لا يمكن ضبطه
Uncontrolled	غير مضبوط ( غير مقاس )
Underachievement	نقص التحصيل
Underachiever	متخلف دراسياً
Undesirable	غير مرغوب ( غير مستحب )

Unexpected	غير متوقع أو فجائي
Unorganized	غير منظم أو غير مرتب
Unpredictable	لا يمكن التنبؤ به
Unreasoning	متهور
Urgent	عاجل أو متعجل أو ملح

( V )

Visual Discrimination	التمييز البصري
Visual Closure	الإغلاق البصري
Visual Memory	الذاكرة البصرية
Verbiage , Verbosity	كثرة الكلام ( ثرثرة )
Verbomania	هوس الثرثرة
Victim	ضحية
Vigilance	تيقظ أو يقظة أو انتباه
Vocational	مهني ( متعلق بمهنة )
Vigotsky Test	اختبار فيجوتسكي ( لقياس تكوين المفهوم باستخدام مكعبات ملونة )

( W )

Walker - McConnell of Social Competence	مقياس وولكر مكنول للكفاية الاجتماعية
Wechsler Individual Achievement Tests	اختبارات وكسلر الفردية للتحصيل
Wechsler Intelligence Test	مقياس وكسلر للذكاء
Woodcock- Johnson Tests of achievement	

اختبارات وودكوك - جونسون للتحصيل

Wide - Range Rating Scales

مقاييس التقدير واسعة المدى

Wechsler Individual Achievement Test ( WIAT )

اختبار وكسلر الفردي لقياس التحصيل

Williams Syndrome

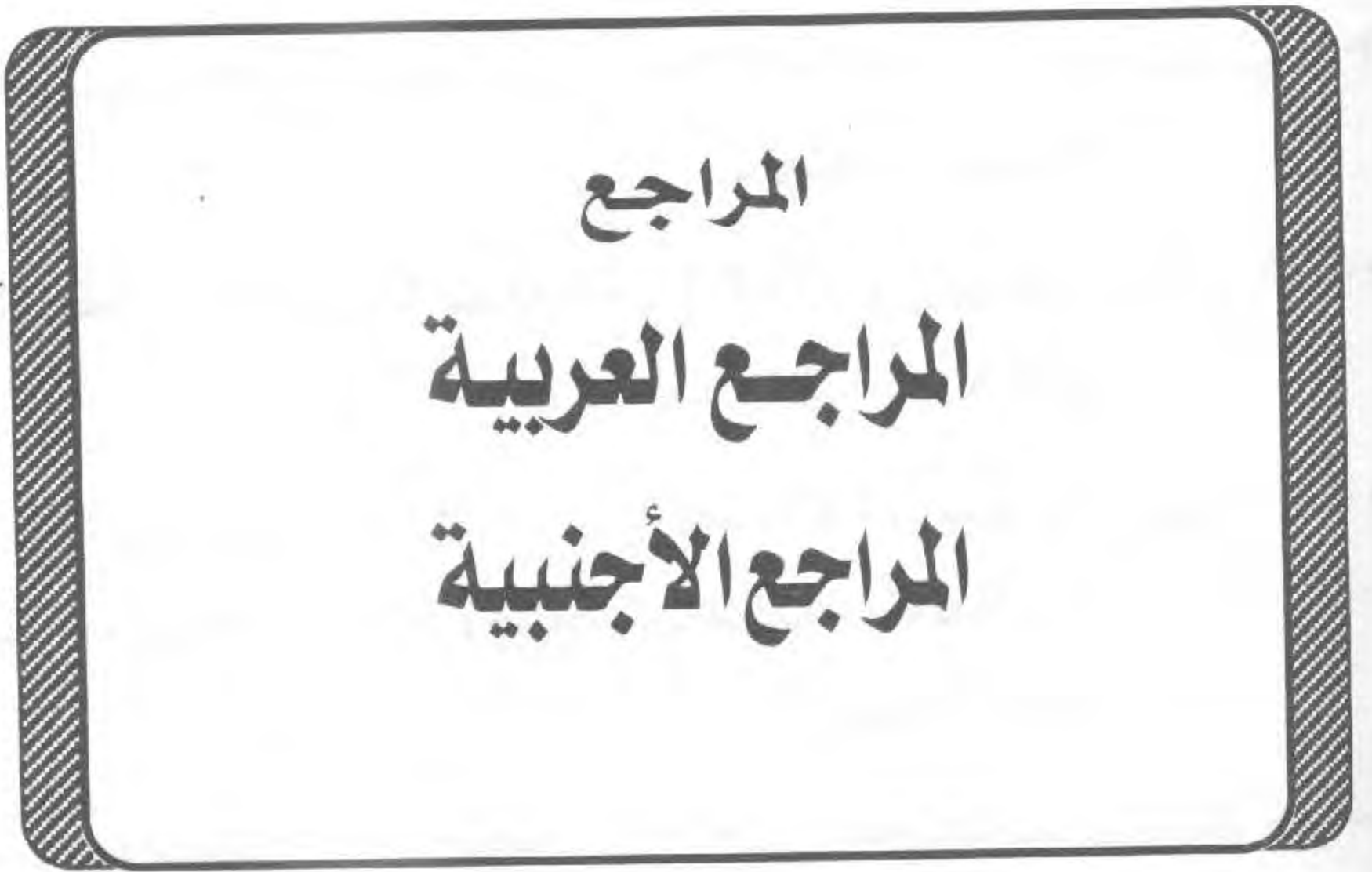
متلازمة وليامز

Wisconsin Card sorting Test

اختبار ويسكانسون لتصنيف البطاقات

The Wide Range Assessment of Memory and Learning

اختبار المدى الواسع لتقييم الذاكرة والتتبع



## اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد

### المراجع

أولاً : المراجع العربية :

- ١- جمال الخطيب ( ١٩٩٢ ) . تعديل سلوك الأطفال المعوقين " دليل الآباء والمعلمين " . عمان : دار إشراق للنشر والتوزيع .
- ٢- جمعة سيد يوسف ( ٢٠٠٠ ) . الاضطرابات السلوكية وعلاجها . القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .
- ٣- ريتا مهرج ( ٢٠٠٢ ) . أولادنا من الولادة حتى المراهقة . بيروت : أكاديمية انترناشيونال .
- ٤- زكريا أحمد الشربيني ( ١٩٩٤ ) . المشكلات النفسية عند الأطفال . القاهرة : دار الفكر العربي .
- ٥- السيد على سيد أحمد ، فائقة محمد بدر ( ١٩٩٩ ) . اضطراب الانتباه لدى الأطفال " أسبابه وتشخيصه وعلاجه " . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
- ٦- عبد العزيز السيد الشخص ( ١٩٨٤ ) . مقياس ن - ز للتعرف على النشاط الزائد لدى الأطفال . بحوث ودراسات في المشاكل السلوكية للأطفال . مجلة كلية التربية ، جامعة عين شمس ، العدد ٧ ، الجزء ١ ، ص ص ٩٧ - ١٢٨ .
- ٧- عبد العزيز السيد الشخص ، زيدان أحمد السرطاوي ( ١٩٩٩ ) . تربيته الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً ( النظرية والتطبيق ) ، الجزء الأول . العين : دار الكتاب الجامعي .

- ٨- عبد الرقيب أحمد البحيري ، عفاف محمد عجلان ( ١٩٩٧ ) . مقياس انتباه الأطفال وتوافقهم " كراسه التعليمات " . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
- ٩- عبد الرقيب أحمد البحيري ( ١٩٨٤ ) . قائمة مراجعة الأعراض . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
- ١٠- فتحى مصطفى الزيات ( ٢٠٠٢ ) . المتفوقون عقلياً ذوو صعوبات التعلم : قضايا التعريف والتشخيص والعلاج . القاهرة : دار النشر للجامعات .
- ١١- فيولا البيلاوى ( ١٩٩٠ ) . مشكلات السلوك عند الأطفال : نماذج من البحوث فى تحليل السلوك وتعديل السلوك عند الأطفال . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- ١٢- فيولا البيلاوى ( ١٩٨٧ ) . مقياس الرضا الزوجى . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .
- ١٣- كمال سالم سيسالم ( ٢٠٠١ ) . اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة " خصائصها - أسبابها - وأساليب علاجها " . العين : دار الكتاب الجامعى .
- ١٤- مارينى ميركولينو و آخرون ( ترجمة ) عبد العزيز السرطاوى ، أيمن خشان ( ٢٠٠٣ ) . اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة : دليل عملى للعياديين . دى : دار القلم للنشر والتوزيع .
- ١٥- مجدى محمد الدسوقي ( ٢٠٠٤ ) . فاعلية برنامج إرشادى فى تخفيف حدة اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى

*Proven techniques for handling emotional, academic, and behavioral problems* . Dallas : Taylor .

- 23- American Psychiatric Association ( 1994 ) . *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* ( 4<sup>th</sup> ed. ) . Washington, DC : Author .
- 24- American Psychiatric Association ( 1980 ) . *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* ( 3<sup>ed</sup> ed. ) . Washington, DC : Author .
- 25- American Psychiatric Association ( 1968 ) . *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* ( 2<sup>nd</sup> ed. ) . Washington, DC : Author .
- 26- Anastopoulos, A. D. ( 1999 ) . Attention – deficit / hyperactivity disorder. In S. D. Netherton ; D. Holmes & C. E. Walker ( Eds.), *Child and adolescent psychological disorders* : *A comprehensive textbook* ( pp. 98 – 117 ) . New York : Oxford University Press .
- 27- Anastopoulos, A. D. ; Shelton, T. ; DuPaul, G. J., & Guevremont, D. C. ( 1993 ) . Parent training for attention deficit hyperactivity disorder : Its impact on parent functioning . *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 21, PP. 581 - 596 .
- 28- Anastopoulos, A. D., & Barkley R. A. ( 1990 ) . Counseling and training parents. In R. A. Barkley ( Ed. ), *Attention deficit hyperactivity disorder* : *A handbook for diagnosis and treatment* ( pp. 397 - 431 ) . New York : The Guilford Press .
- 29- Anderson, C. A. ; Hinshaw, S. P., & Simmel, C. ( 1994 ) . Mother - child interactions in ADHD and



comparison boys : Relationships with overt and covert externalizing behavior . *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 22, PP. 247 - 265 .

- 30- Angello, L. M. ; Volpe, R. J. ; DiPerna, J. C. ; Gueasko - Moore, S. P. ; Gureasko - Moore, D.P. ; Nebring, M. R., & Ota, K. ( 2003 ) . Assessment of attention deficit hyperactivity disorder : An evaluation of six published rating scales . *School Psychology Review*, Vol. 32, PP. 241 - 262 .
- 31- Arnold, L. E ( 2000 ) . Methylphenidate vs. amphetamine : Comparative review . *Journal of Attention Disorders*, Vol. 4 ( 1 ) , P. 64 .
- 32- Arnold, L. E., & Jensen, P. S. ( 1995 ) . Attention deficit disorders . In H. Kaplan & B. Sadock ( Eds. ), *Comprehensive textbook of psychiatry* ( pp. 2295 - 2310 ) . Baltimore : Williams & Williams .
- 33- Ball, J. D. ; Tierman, M. ; Janusz, J., & Furr, A. ( 1997 ) . Sleep patterns among children with attention - deficit hyperactivity disorder : A reexamination of parent perceptions . *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 22, PP. 389 - 398 .
- 34- Barkley, R. A. ( 2003 ) . Issues in the diagnosis of attention - deficit / hyperactivity disorder in children . *Brain & Development*, Vol. 25, PP. 77 - 83 .
- 35- Barkley, R. A. ( 2001 ) . The inattentive type of ADHD as a distinct disorder : What remains to be done . *Clinical Psychology : Science and Practice*, Vol. 8, PP. 489 - 493 .

- 36- Barkley , R. A. ( 2000 ) . Theories of attention deficit hyperactivity disorder . In H. Quay & A. Hogan ( Eds. ), *Handbook of disruptive behavior disorder* ( pp. 295 – 316 ) . New York : Plenum .
- 37- Barkley, R. A. ( 1999 ) . Response inhibition in attention deficit hyperactivity disorder . *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, Vol. 5, PP. 177 – 184 .
- 38- Barkley, R. A. ( 1998 ) . *Attention - deficit / hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment* ( 2<sup>nd</sup> ed. ) . New York : The Guilford Press .
- 39- Barkley, R. A. ( 1997 ) . *ADHD and the nature of self control* . New York : The Guilford Press .
- 40- Barkley, R. A. ( 1996 ) . Attention - deficit / hyperactivity disorder : In E. J. Mash & R. A. Barkley ( Eds. ), *Child psychopathology* ( pp. 63 - 112 ) . New York : The Guilford Press .
- 41- Barkley, R. A. ( 1995 ) . *Behavioral inhibition and executive functions : Constructing a unified theory of ADHD* . New York : The Guilford Press .
- 42- Barkley, R. A. ( 1994 ) . Impaired delayed responding : A unified theory of attention-deficit hyperactivity disorder. In D. K. Routh ( Ed. ), *Disruptive behavior disorders in childhood : Essays honoring Herbert C. Quay* ( pp. 11-57 ) . New York : Plenum Press .
- 43- Barkley, R. A. ( 1990 ) . *Attention deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment* . New York : The Guilford Press .

- 44- Barkley, R. A. ( 1987 ) . *Defiant children : A clinician's manual for parent training* . New York : The Guilford Press .
- 45- Barkley, R. A. ( 1985 ) . The social interactions of hyperactive children : Developmental changes, drug effects, and situational variation. In R. McMahon & R. Peters ( Eds. ), *Childhood disorders : Behavioral -developmental approaches* ( pp. 218 – 243 ) . New York : Brunner / Mazel .
- 46- Barkley, R. A. ; ( 1981 ) . *Hyperactive Children : A handbook for diagnosis and treatment* . New York : The Guilford Press .
- 47- Barkley, R. A. . ( 1977 ) . *The nature of self - control* . New York : The Guilford Press .
- 48- Barkley, R. A., & Biederman, J. ( 1997 ) . Towards a broader definition of the age of onset criterion for attention deficit hyperactivity disorder . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 36, PP. 1204 - 1210* .
- 49- Barkley, R. A. ; Fletcher, K. ; Fischer, M., & Smallish, L. ( 2003 ) . Does the treatment of attention – deficit / hyperactivity disorder with stimulants contribute to drug use / abuse ? . A 13 - year perspective study . *Pediatrics, Vol. 111(1), PP. 97 - 110* .
- 50- Barkley, R. A. ; Fischer, M. ; Smallish, L., & Fletcher, K. ( 2002 ) . Persistence of attention – deficit / hyperactivity into adulthood as a function of reporting source and definition of disorder . *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 111, PP. 152 - 162* .

- 51- Barkley, R. A. ; Edwards, G. ; Laneri, M. ; Fletcher, K., & Metevia, L. ( 2001 ) . Executive functioning temporal discounting and sense of time in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder . *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 29, PP. 541 - 556 .
- 52- Barkley, R. A. ; Guevremont, D. C. ; Anastopoulos, A. D. ; DuPaul, C. J., & Shelton, T. L. ( 1993 ) . Driving - related risks and outcomes of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents and young adults : A 3 - to 5 year follow up survey . *Pediatrics*, Vol. 92, PP. 212 - 218 .
- 53- Barkley, R. A. ; Guevremont, D. C. ; Anastopoulos, A. D. , & Fletcher, K. E. ( 1992 a ) . A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with ADHD . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 60, PP. 450 - 462 .
- 54- Barkley, R. A. ; Grodzinsky, G., & DuPaul, G. ( 1992 b ) . Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity : A review and research report . *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 20, PP. 163 - 188 .
- 55- Barkley, R. A. ; Fischer, M. ; Edelbrock, C., & Smallish, L. ( 1991a ) . The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria - III . Mother - child interactions, family conflicts and maternal psychopathology . *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 32(2), PP. 233 - 255 .

- 56- Barkley, R. A. ; Anastopoulos, A. D. ; Guevremont, D. C., & Flecher, K. E. ( 1991 b ) . Attention deficit hyperactivity disorder in adolescents : Mother-adolescent interaction, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology . *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 20, PP. 263 - 288 .
- 57- Barkley, R. A. ; Anastopoulos, A. D. ; Guevremont, D. C., & Flecher, K. E. ( 1991 c ) . Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder : Patterns of behavioral adjustment, academic functioning, and treatment utilization . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychology*, Vol. 30, PP. 752 - 671.
- 58- Barkley, R. A. ; Fischer, M. ; Edelbrock, C. S., & Smallish, L. ( 1990 ) . The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria : I. An 8 year prospective follow up study . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* Vol. 29, PP. 546 - 557 .
- 59- Barkley, R. A. ; Karlsson, J. ; Pollard, S., & Murphy, J. V. ( 1985 ) . Developmental changes in the mother - child interactions of hyperactive boys : Effects of two dose levels of Ritalin . *Journal of child Psychology and Psychiatry and Allied Discipline* , Vol. 26, PP. 705 - 715 .
- 60- Barnett, S. R., & Labellarte, M. J. ( 2002 ) . Practical assessment and treatment of attention - deficit / hyperactivity disorder . *Adolescent Psychiatry*, Vol. 26, PP. 181 - 215 .

- 61- Barriaga, A. Q. ; Doran, J. W. ; Newell, S. B. ; Morrison, E. M. ; Barbetti, V., & Robbins, B. D. ( 2002 ) . Relationships between problem behaviors and academic achievement in adolescents : The unique role of attention problems . *Journal of Emotional & Behavioral Disorders, Vol. 10, PP. 233 - 240* .
- 62- Barry, T. D. ; Lyman, R. D., & Klinger, L. G. ( 2002 ) . Academic underachievement and attention - deficit / hyperactivity disorder : The negative impact of symptom severity on school performance . *Journal of School Psychology, Vol. 40, PP. 259 - 283* .
- 63- Bate, A. J. ; Mathias, J. L., & Crawford, J. R. ( 2001 ) . Performance of the test of everyday attention and standard tests of attention following severe traumatic brain injury . *The Clinical Neuropsychologist, Vol. 15, PP. 405 - 422* .
- 64- Beck, A. T. ; Rush, A. J. ; Shaw, B. F., & Emery, G. ( 1979 ) . *Cognitive therapy for depression* . New York : The Guilford Press .
- 65- Bellak, L. ( 1979 ) . *Psychiatric aspects of minimal brain dysfunction in adults* . New York : Grune and Stratton .
- 66- Berk, L. E., & Potts, M. ( 1991 ) . Development and functional significance of private speech among attention - deficit hyperactivity disorder and normal boys . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 19, PP. 357 - 377* .

- 67- Biederman, J. ; Faraone, S. V. ; Spencer, T. ; Monuteauz, M. C. ; Plunkett, E. A., & Gifford, J. ( 2003 ) . Growth deficits and attention - deficit / hyperactivity revisited : Impact of gender development and treatment . *Pediatrics*, Vol. 111, PP. 1010 - 1017 .
- 68- Biederman, J. ; Wilens, T. ; Mick, E. ; Spencer, T., & Faraone, S. V. ( 1999 ) . Pharmacotherapy of attention - deficit hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder . *Pediatrics*, Vol. 3, PP. 104 - 109 .
- 69- Biederman, J. ; Faraone, S. ; Milberger, S. ; Curtis, S. ; Chen, L. ; Marris, A., et al. ( 1996 a ) . Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence : Results from a four - year prospective follow - up study . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 35, PP. 343 - 351 .
- 70- Biederman, J. ; Faraone, S. ; Mick, E. ; Wozniak, J. ; Chen, L. ; Quellette, C. ; Marris, A. ; Moore, P. ; Garcia, J. ; Mennin, D., & Lelon, E. ( 1996 b ) . attention - deficit hyperactivity disorder and juvenile mania : An overlooked comorbidity ? . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 35, PP. 997 - 1008 .
- 71- Biederman, J. ; Wozniak, J. ; Kiely, K. ; Ablon, S. ; Faraone, S. ; Mick, E. et al. ( 1995 ) . CBCL clinical scales discriminate prepubertal children with structured - interview - derived diagnosis of mania from those with ADHD . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 34, PP. 464 - 471 .

- 72- Biederman, J. ; Faraone, S. V., & Lapey, K. ( 1992 ) . Comorbidity of diagnosis in attention - deficit hyperactivity disorder . In G. Weiss ( Ed. ), *Child and adolescent psychiatric clinics of North America : Attention - deficit hyperactivity disorder* ( pp. 335 - 360 ) . Philadelphia : Saunders .
- 73- Biederman, J. ; Faraone, S. V., Keenan, K., & Tsuang, M. T. ( 1991 ) . Evidence of a familial association between attention - deficit disorder and major affective disorders . *Archives of General Psychiatry, Vol. 48, PP. 633 - 642* .
- 74- Biederman, J. ; Munir, K. ; Knee, D. ; Armentano, M. ; Autor, S. ; Waternaux, C., & Tsuang, M. ( 1987 ) . High rate of affective disorders in probands with attention deficit disorders and in their relatives : A controlled family study . *American Journal of Psychiatry, Vol. 144, PP. 330 - 333* .
- 75- Blachman, D. R., & Hinshaw, S. P. ( 2002 ) . Patterns of friendship among girls with and without attention - deficit / hyperactivity disorder . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 30, PP. 625 - 640* .
- 76- Braaten, E. B., & Rosen, L. A. ( 2000 ) . Self - regulation of affect in attention deficit hyperactivity disorder ( ADHD ) and non - ADHD boys : Differences in empathic responding . *Journal of Consulting and Clinical Psychology , Vol. 68, PP. 313 - 321* .
- 77- Braswell, L., & Bloomquist, M. L. ( 1991 ) . *Cognitive - behavioral therapy with ADHD children : Child, family, and school interventions* . New York : The Guilford Press .



- 78- Briggs – Gowan, M. J. ; Horwitz, S. M. ; Schwab – Stone, M. E. ; Leventhal, J. M., & Leaf, P. J. ( 2000 ) . Mental health in pediatric settings : Distribution of disorders and factors related to service use . *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry* , Vol. 39, PP. 841 – 849 .
- 79- Brown, T. E. ( 2000 ) . *Attention - deficit disorders and comorbidities in children, adolescence, and adults* . Washington, DC : American Psychiatric Press .
- 80- Burke, M. D. ; Hagan - Burke, S., & Sugai, G. ( 2003 ) . The efficacy of function - based interventions for student with learning disabilities who exhibit escape maintained problem behaviors : Preliminary results from a single case experiment . *Learning Disability Quarterly*, Vol. 26, PP. 15 - 25 .
- 81- Burns, G. L., & Walsh, J. A. ( 2003 ) . The influence of ADHD - hyperactivity / impulsively symptoms on the development of oppositional defiant disorder symptoms in a 2-year longitudinal study . *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 30, PP. 245 - 257 .
- 82- Camp, B. W., & Bash, M. S. ( 1981 ) . *Think aloud : Increasing social cognitive skills - a problem - solving program for children* . Champaign : Research Press .
- 83- Carlson, C. L, & Mann, M. ( 2002 ) . Sluggish cognitive tempo predicts a different pattern of impairment in the attention deficit hyperactivity disorder, predominantly inattentive type . *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, Vol. 31, PP. 123 – 130 .

- 84- Carlson, C. L. ; Pelham, W. E. ; Milich, R., & Dixon, M. J. ( 1992 ) . Single and combined effects of methylphenidate and behavior therapy on the classroom behavior, academic performance and self-evaluations of children with attention - deficit hyperactivity disorder . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 20, PP. 213 - 232 .*
- 85- Carney, J. K. ( 2002 ) . Self and interactive regulation : Treating patient with ADHD . *Psychoanalytic Inquiry, Vol. 22, PP. 355 - 372 .*
- 86- Chervin, R. D. ; Archbold, K. H. ; Dillon, J. E. ; Panahi, P. ; Pituch, K. J. ; Dahl, R. E., & Guilleminault, C. ( 2002 ) . Inattention , hyperactivity , and symptoms of sleep – disordered breathing . *Pediatrics, Vol. 109, PP. 449 – 457 .*
- 87- Clarke, A. R. ; Barry, R. J., & McCarthy, R.. ( 2002 ) . EEG analysis of children with attention - deficit hyperactivity disorder and comorbid reading disabilities . *Journal of Learning Disabilities, Vol. 35, PP. 276 - 285 .*
- 88- Collidge, F. L. ; Thede, L. L., & Young, S. E. ( 2000 ) . Heritability and the comorbidity of attention - deficit hyperactivity disorder with behavioral disorders and executive function deficits : A preliminary investigation . *Developmental Neuropsychology, Vol. 17, PP. 273 - 287 .*
- 89- Comings, D. E. ( 2000 ) . Attention - deficit hyperactivity disorder with Tourette syndrome . In T. E. Brown (Ed.), *Attention - deficit hyperactivity disorder and comorbidities in children, adolescents, and adults*

( pp. 363 - 392 ) . Washington, DC : American Psychiatric Press .

- 90- Conners, C. K. ( 1994 ) . *The continuous performance test ( CPT ) : Use as a diagnostic tool and measure of treatment outcome* . Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Los Angeles, CA.
- 91- Conners, C. K., & Erhardt, D. ( 1998 ) . Attention - deficit hyperactivity disorder in children and adolescents . In A. S. Bellack & M. Hersen ( Eds. ), *Comprehensive clinical psychology* ( pp. 487 - 525 ) . New York : Pergamon .
- 92- Crystal, D. S. ; Ostrander, R. ; Chen, R. S., & August, G. J. ( 2001 ) . Multimethod assessment of psychopathology among DSM - IV subtypes of children with attention - deficit hyperactivity disorder : Self, parent, and teacher reports . *Journal of Abnormal Child Psychology*, Val. 29, PP. 189 - 205 .
- 93- Cuvelier, M. ( 2002 ) . Attention - deficit disorder, sleep and substance abuse . *Psychology Today*, Vol. 35, PP. 26 - 28 .
- 94- Derogatis, L. ( 1986 ) . *Manual for the symptom checklist 90 revised ( SCL - 90 R )* . Baltimore, MD : Author .
- 95- Deutsch, K. ( 1987 ) . *Genetic factors in attention - deficit disorders* . Paper presented at the symposium on disorders of brain, development, and cognition, Boston, MA .
- 96- Doherty, S. L. ; Frankenberger, W. ; Fuhrer, R., & Snider, V. ( 2000 ) . Children's self - reported effects of

stimulant medications . *International Journal of Disability Development and Education, Vol. 47 ( 1 ), PP. 39 - 54 .*

- 97- Douglas, V. I. ( 1983 ) . Attention and cognitive problems . In M. Rutter ( Eds. ), *Developmental neuropsychiatry ( pp. 280 - 329 )* . New York : The Guilford Press .
- 98- Dubey, D. R. ; O' leary, S. G., & Kaufman, K. F. ( 1983 ) . Training parents of hyperactive children in child management : A comparative outcome study . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 11, PP. 229 - 246 .*
- 99- Duhaney, L. M. G. ( 2003 ) . A practical approach to managing the behaviors of students with ADD . *Intervention in School and Clinic, Vol. 38, PP. 267 - 279 .*
- 100- DuPaul, G. J. ; Power, T. J. ; Anastopoulos, A.D., & Reid, R. ( 1999 ) . *The ADHD rating scale - IV : Checklists, norms, and clinical interpretation* . New York : The Guilford Press .
- 101- DuPaul, G. J. ; Barkley, R. A., & Connor, D. F. ( 1998 ) . Stimulants . In R. A. Barkley ( Ed. ), *Attention deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment ( pp. 510 - 551 )* . New York : Guilford .
- 102- DuPaul, G. J., & Stoner, G. ( 1994 ) . *ADHD in the schools : Assessment and intervention strategies* . New York : The Guilford Press .
- 103- Edelbrock, C. E. ( 1995 ) . A twin study of competence and problem behaviors of childhood and early

adolescence . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 36, PP. 775 - 785 .*

- 104- Edwards, G. ; Barkley, R. A. ; Laneri, M., ; Fletcher, K., & Metevia, L. ( 2001 ) . Parent - adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 29(6), PP. 557 - 572 .*
- 105- Erhardt, D., & Hinshaw, S. P. ( 1994 ) . Initial sociometric impressions of ADHD and comparison boys : Predictions from social behaviors and from nonbehavioral variables . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 62, PP. 833 - 842 .*
- 106- Ernst, M. ; Cohen, R. M. ; Liebenauer, L. L. ; Jons, P. H., & Zametkin, A. J. ( 1997 ) . Cerebral glucose metabolism in adolescent girls with attention - deficit hyperactivity disorder . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 33, PP. 858 - 868 .*
- 107- Ervin, R. A. ; Bankert, C. L., & DuPaul, G. J. ( 1996 ) . Treatment of attention - deficit / hyperactivity disorder . In M. A. Reineke ; F. M. Dattilio & A. F. Freeman ( Eds. ) , *Cognitive therapy with children and adolescents : A casebook for clinical practice ( pp. 38 - 61 )* . New York : The Guilford Press .
- 108- Faraone, S. V. ; Biederman, J. ; Wozniak, J. ; Mundy, E. ; Mennin, D., & O'Donnell, D. ( 1997 ) . Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile - onset mania? . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 36, PP. 1046 - 1055 .*

- 109- Fava, M. ( 1997 ) . Psychopharmacologic treatment of pathologic aggression . *Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 20, PP. 427 – 451 .
- 110- Fischer, M. ; Barkley, R. A. ; Edelbrock, C. S., & Smallish, L. ( 1993 ) . The stability of dimensions of behavior in ADHD and normal children over on 8 - year follow - up . *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 21, PP. 315 - 337 .
- 111- Fitzpatrick, P. A. ; Klorman, R. ; Brumaghim, J. T., & Borgstedt, A. D. ( 1992 ) . Effect of sustained - release and standard preparations of methylphenidate on attention - deficit disorder . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 31, PP. 226 - 234 .
- 112- Forness, S. R., & Kavale, K. A. ( 1988 ) . Psychopharmacologic treatment : A note on classroom effects . *Journal of Learning Disabilities*, Vol. 21( 3 ) , PP. 144 – 147 .
- 113- Forness, S. R., & Kavale, K. A. ; Sweeney, D. P., & Crenshaw, T. M. (1999) . The future of research and practice in behavioral disorders : Psychopharmacology and its school implications . *Behavioral Disorders*, Vol. 24, PP. 305 - 318 .
- 114- Frankenberger, W., & Cannon, C. ( 1999 ) . Effects of Ritalin on academic achievement from first to fifth grade . *International Journal of Disability Development and Education*, Vol. 46, PP. 199 - 221 .

- 115- Gadow, K. D., & Sprafkin, J. ( 1997 ) . *ADHD Symptom checklist - 4 manual* . Stony Brook, NY : Checkmate Plus .
- 116- Gittelman - Klein, R. ; Abikoff, H. ; Pollack, E. ; Klein, D. ; Katz, S., & Mattes, J. ( 1980 ) . A controlled trial of behavior modification and methylphenidate in hyperactive children. In C. Whalen & B. Henker ( Eds. ), *Hyperactive children : The social ecology of identification and treatment* ( pp. 221 – 246 ) . New York : Academic Press .
- 117- Goldstein, S., & Goldstein, M. ( 1990 ) . *Managing attention disorders in children* . New York : John Wiley & Sons, Inc .
- 118- Goldstein, A. P., & McGinnis, E. ( 1988 ) . *The skill streaming video* . Champaign, IL : Research Press .
- 119- Goldstein, A. P. ; Sprafkin, R. P. ; Gershaw, N. J., & Klein, P. ( 1980 ) . *Skill streaming the adolescent : A structural learning approach to teaching prosocial skills* . Champaign, IL : Research Press .
- 120- Gomez, R., & Condon, M. ( 1999 ) . Central auditory processing ability in children with ADHD with and without learning disabilities . *Journal of Learning Disabilities, Vol. 32 ( 2 ), PP. 151 - 158* .
- 121- Gordon, M. ( 1983 ) . *The Gordon diagnostic system* . Boulder, Co : Clinical Diagnostic Systems .
- 122- Goyette, C. H. ; Conners, C. K., & Ulrich, R. F. ( 1978 ) . Normative data on revised Conners parent and teacher rating scales . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 6, PP. 221- 236* .

- 123- Greenberg, L. M. ( 1991 ) . *Developmental normative data on the test of variables of attention ( T.O.V.A . )* . New York : Guilford .
- 124- Guevara, J. ; Lozano, P. ; Wickizer, T. ; Mell, L., & Gephart, H. ( 2002 ) . Psychotropic medication use in a population of children who have attention - deficit hyperactivity disorder . *Pediatrics, Vol. 109, PP. 733 - 740* .
- 125- Halgin, R. P., & Whitbourne, S. K. ( 1997 ) . *Abnormal psychology : The human experience of psychological disorders* . San Diego : Academic Press .
- 126- Halgin, R. P., & Whitbourne, S. K. ( 2000 ) . *Abnormal psychology : Clinical perspectives on psychological disorders ( 3<sup>rd</sup> ed. )* . New York : McGraw Hill .
- 127- Hall, A. S., & Gushee, A. G. ( 2002 ) . Medication interventions for ADHD youth : A primer for school and mental health counselors . *Journal of Mental Health Counseling, Vol. 24, PP. 140 - 154* .
- 128- Hallahan, D. P. ; Lloyed, J. W. ; Kneedler, R.D., & Marshall, K. J. ( 1982 ) . A comparison of the effects of self - versus teacher - assessment of on task behavior . *Behavior Therapy, Vol. 12, PP. 715 - 723* .
- 129- Harel, E. H., & Brown, W. D. ( 2003 ) . Attention - deficit hyperactivity disorder in elementary school children in Rhode Island : Associated psychological factors and medications used . *Clinical Pediatrics, Vol. 42, PP. 497 - 504* .



- 130- Harris, K. ( 1986 ) . Self - monitoring of attentional behavior versus self - monitoring of productivity : Effects on on-task behavior and academic response rate among learning disabled children . *Journal of Applied Behavior Analysis, Vol. 19, PP. 417 - 423 .*
- 131- Hartman, R. R. ; Stage, S. A., & Webster – Stratton, C. ( 2003 ) . A growth curve analysis of parent training out comes : Examining the influence of child risk factors ( inattentive, impulsivity, and hyperactivity problems ) , parental and family risk factors . *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, Vol. 44, PP. 388 – 398 .*
- 132- Hazelwood, E.; Bovingdon, T., & Tiemens, K. ( 2002 ) . The meaning of multimodal approach for children with ADHD : Experiences of service professionals . *Child : Care, Health & Development, Vol. 28, PP. 301 - 308 .*
- 133- Hechtman, L. (1996) . Attention - deficit / hyperactivity disorder . In L. Hechtman ( Ed. ), *Do they grow out of it ? . Long - term outcomes of childhood disorders ( P. 17 )* . London : American Psychiatric Press .
- 134- Hechtman, L. ; Weiss, G. ; Perlman, R., & Amsel, R. ( 1984 ) . Hyperactivity as young adults : Initial predictors of out-come . *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, Vol. 23, PP. 250 - 260 .*
- 135- Heptinstall, E., & Taylor, E. ( 1996 ) . Sex differences and their significance . In S. Sandbury ( Ed. ),

*Hyperactivity disorders of childhood* . New York: Cambridge University Press .

136- Herjanice, B. ; Brown, F., & Wheat, T. ( 1975 ) . Are children reliable reporters ? . *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vo. 3, PP. 41- 48 .

137- Hinshaw, S. P. ( 2000 ) . Attention - deficit hyperactivity disorder : The search for viable treatments . In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy : Cognitive - behavioral procedures* ( pp. 88 -128 ) . New York : The Guilford Press .

138- Hinshaw, S. P. ( 2001 ) . Is the inattentive type of ADHD a separate disorder?. *Clinical Psychology : Science and Practice*, Vol. 8, PP. 498 - 501 .

139- Hinshaw, S. P. ( 1994 ) . *Attention - deficits and hyperactivity in children* . Thousand Oaks, CA : Sage .

140- Hinshaw, S. P. ( 1992 ) . Intervention for social skill and social competence . *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 1, PP. 539-552 .

141- Hinshaw, S. P. ( 1987 ) . On the distinction between attentional deficits hyperactivity and conduct problems / aggression in child psychopathology . *Psychological Bulletin*, Vol. 101, PP. 443 - 463 .

142- Hinshaw, S. P., & Nigg, J. T.( 1999 ) . Behavior rating scales in the assessment of disruptive behavior problems in childhood. In D. Shaffer ; C. P. Lucas & J. Richters ( Eds. ), *Diagnostic assessment in child and adolescent psychopathology* ( pp. 91-126 ) . New York : The Guilford Press .

- 143- Hinshaw, S. P. ; Heller, T., & McHale, J. P. ( 1992 ) . Covert antisocial behavior in boys with attention - deficit hyperactivity disorder : External validation and effects of methylphenidate . *Consulting and Clinical Psychology, Vol. 60, PP. 274 - 281* .
- 144- Hinshaw, S. P., & Erhardt, D. ( 1991 ) . Attention - deficit hyperactivity disorder . In P. C. Kendall ( Ed. ), *Child and adolescent therapy : Cognitive - behavioral procedures* ( pp. 98 - 130 ) . New York : The Guilford Press .
- 145- Hinshaw, S. P., & Melnick, S. ( 1995 ) . Peer relationships in children with attention - deficit hyperactivity disorder with and without Comorbid aggression . *Development and Psychopathology, Vol. 7, PP. 627 - 647* .
- 146- Hinshaw, S. P. ; Zupan, B. A. ; Simmel, C. ; Nigg, J. T., & Melnick, S. M. ( 1997 ) . Peer status in boys with and without attention - deficit hyperactivity disorder : Predictions from overt and covert antisocial behavior, social isolation, and authoritative parenting beliefs . *Child Development, Vol. 64, PP. 880 - 896* .
- 147- Hinshaw, S. P. ; March, J. S. ; Abikoff, H. ; Arnold, L. E. ; Cantwell, D. P. ; Conners, C. K. ; Elliott, G. R. ; Halperin, J. ; Greenhill, L. L. ; Hechtman, L. T. ; Hoza, B., et al. ( 1997 ) . Comprehensive assessment of childhood attention - deficit hyperactivity disorder in context of multisite, multimodal clinical trial . *Journal of Attention Disorders, Vol. 1, PP. 217 - 234* .

- 148- Hinshaw, S. P. ; Buhrmester, D., & Heller, T. ( 1989 ) . Anger control in response to verbal provocation : Effects of methylphenidate for boys with ADHD . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 17, PP. 393 - 407 .*
- 149- Hnatko, G. ( 2002 ) . Psychopharmacology for the clinician . *Journal of Psychiatry & Neuroscience, Vol. 27, P. 152 .*
- 150- Holland , M. L. ; Gimpel, G. A., & Merzell, K. W. ( 2001 ) . *ADHD symptoms rating scale : A method for identifying individuals with ADHD.* Austin, Texas : PRO-ED, Inc.
- 151- Horn, W. F. ; Ialongo, N. ; Popovich, S., & Peradotto, D. ( 1987 ) . Behavioral parent training and cognitive - behavioral self - control therapy with ADD - H children : Comparative and combined effects . *Journal of Clinical Child Psychology, Vol. 16, PP. 57 - 68 .*
- 152- Hoza, B. ; Pelham, W. E., Waschbusch, D. A. ; Kipp, H., & Owens, J. S. ( 2001 ) . Academic task performance of normally achieving ADHD and control boys : Performance, self - evaluations, and attributions . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 69, PP. 271- 283 .*
- 153- Hupps, S. D. A. ; Reitman, D. ( 1999 ) . Improving sports skills and sportsmanship in children diagnosed with attention - deficit / hyperactivity disorder . *Child and Family Behavior Therapy , Vol. 21 ( 3 ), PP. 35 - 51 .*

without comorbid learning disabilities .  
*International Journal of Disability Development,  
and Education, Vol. 50, PP. 119 - 137 .*

- 160- Kendall, P. C. ( 1992 ) . *Cognitive - behavioral therapy for impulsive children, treatment manual / stop and think workbook, ( 2<sup>nd</sup> ed. )* . New York : The Guilford Press .
- 161- Kendall, P. C., & Braswell, L. ( 1993 ) . *Cognitive - behavioral therapy for impulsive children ( 2<sup>nd</sup> ed. )* . New York : Guilford Press .
- 162- Kendall, P. C. ; Panichelli - Mindel, S. M., & Gerow, M. A. ( 1995 ) . Cognitive behavioral therapies with children and adolescents. In H. P. van Bilsen ; P. C. Kendall & J. H. Slavenburg ( Eds. ), *Behavioral approaches for children and adolescents, challenges for the next century ( pp. 1 - 18 )* . New York : Plenum Press .
- 163- Khalli, A. , & Shashaani, L. ( 1994 ) . The effectiveness of computer applications : Attention - deficit hyperactivity disorder meta - analysis . *Journal of Research on Computing in Education, Vol. 27, PP. 48 - 61.*
- 164- Klein - Schwartz, W. ( 2003 ) . Pediatric methylphenidate exposures : 7 - year experience of position centers in the United States . *Clinical Pediatrics, Vol. 42, PP. 159 - 165 .*
- 165- Kube, D. A. ; Petersen, M. C., & Palmer, F. B. ( 2002 ) . Attention - deficit hyperactivity disorder : Comorbidity and medication use . *Clinical Pediatrics, Vol. 41, PP. 461 - 470 .*

- 166- Lahey, B. B. ; Applegate, B. ; McBurnett, K. ; Biederman, J. ; Greenhill, L. ; Hynd, G. ; Barkley, R. A. ; Newcorn, J. ; Jensen, P. ; Richters, J. ; Garfinkel, B. et al. ( 1994 ) . DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescent . *American Journal of Psychiatry, Vol. 151, PP. 1673 - 1685 .*
- 167- Landau , S. ; Milich , R., & Diener, M. B. ( 1998 ) . Peer relations of children with attention – deficit / hyperactivity disorder . *Reading and Writing Quarterly : Overcoming Learning Difficulties, Vol. 14 ( 1 ) , PP. 83 – 105 .*
- 168- Locke, H. J., & Wallace, K. M. ( 1959 ) . Short marital adjustment and prediction tests : Their reliability and validity . *Journal of Marriage and Family Living, Vol. 21, PP. 251 - 255 .*
- 169- Lou, H. C. ; Henriksen, L. ; Bruhn, P. ; Borner, H., & Nielsen, J. B. ( 1989 ) . Striatal dysfunction in attention - deficit and hyperkinetic disorder . *Archives of Neurology, Vol. 46, PP. 48 - 52 .*
- 170- Luk, S. ( 1985 ) . Direct observations studies of hyperactive behaviors . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 24, PP. 338 - 344 .*
- 171- Mannuzza, S. ; Klein, R. ; Bessler, A. ; Malloy, P., & LaPadula, M. ( 1998 ) . Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up . *American Journal of Psychiatry, Vol. 155, PP. 493 - 498 .*
- 172- Mannuzza, S. ; Klein, R. ; Bessler, A. ; Malloy, P., & LaPadula, M. ( 1993 ) . Adult outcome of

hyperactive boys : Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status . *Archives of General Psychiatry, Vol. 50, PP. 565 - 576 .*

- 173- Mannuzza, S. ; Klein, R. G. ; Bonagura, N. ; Malloy, P. ; Giampino, H., & Addalli, K. A. ( 1991 ) . Hyperactive boys almost grown up : Replication of psychiatric status . *Archives of General Psychiatry, Vol. 48, PP. 77 - 83 .*
- 174- Mannuzza, S. ; Klein, R. S. ; Konig P. H., & Giampino, T. L. ( 1989 ) . Hyperactive boys almost grown up : IV. Criminality and its relationship to psychiatric status . *Archives of General Psychiatry, Vol. 48, PP. 77 - 83 .*
- 175- Martin, G., & Pear, J. ( 1992 ) . *Behavior modification : What it is and how to do it .* Englewood Cliffs, NJ : Prentice - Hall .
- 176- Matier - Sharma, K. ; Perachio, N. ; Newcorn, J. H., ; Sharma, V., & Halperin, J. M. ( 1995 ) . Differential diagnosis of ADHD : Are objective measures of attention impulsivity, and activity level helpful ? . *Child Neuropsychology, Vol. 1, PP. 118 - 127 .*
- 177- Mayes, S. D. ; Calloun, S. L., & Crowell, E. W. ( 2000 ) . Learning disabilities and ADHD : Overlapping spectrum disorders . *Journal of Learning Disabilities, Vol. 33, PP. 417 - 424 .*
- 178- McKee, T. E. ; Harvey, E. ; Danforth, J. S. ; Ulaszek, W. R., & Friedman, J. L. ( 2004 ) . The relation between parental coping styles and parent – child interactions before and after treatment for children

with ADHD and oppositional behavior . *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* , Vol. 33 ( 1 ) , PP. 158 – 168 .

- 179- McMahon, R. J., & Wells, K. C. ( 1989 ) . Conduct disorder. In E. J. Mash & R. A. Barkley ( Eds. ), *Treatment of childhood disorders* ( pp. 73 - 134 ) . New York : The Guilford Press .
- 180- Meichenbaum, D. H. ( 1977 ) . *Cognitive behavior modification : An integrative approach* . New York : Plenum Press .
- 181- Mitsis, E. M. ; McKay, K. E. ; Schulz, K. P. ; Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. ( 2002 ) . Parent - teacher concordance in DSM - IV attention - deficit hyperactivity disorder in a clinic - referred sample . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 39, PP. 308 - 313 .
- 182- Moline, S., & Frankenberger, W. ( 2001) . Use of stimulant medication for treatment of attention - deficit hyperactivity disorder : A survey of middle and high school students' attitudes . *Psychology in the Schools*, Vol. 38, PP. 569 - 584 .
- 183- Moore, S. ( 2002 ) . Behavioral inhibition, Self - regulation of motivation, and working memory in children with attention deficit hyperactivity disorder . *Developmental Neuropsychology*, Vol. 21, PP. 117 - 140 .
- 184- Moyer, P. ( 2003 ) . Will or pill?. Kids and parents see ADHD improvement differently . *Psychology Today*, Vol. 36 ( 2 ), P. 18 .



- 185- Murphy, K. R., & Gordon, M. ( 1998 ) . Assessment of adults with ADHD . In R. Barkley ( Ed. ), *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment* ( pp. 345 - 369 ) . New York : The Guilford Press .
- 186- Nada - Reja, S. ; Langley, J. D. ; McGee, R. ; Williams, S. M. ; Begg, D. J., & Reeder, A. I. ( 1997 ) . In attentive and hyperactive behaviors and driving offenses in adolescence . *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, Vol. 36, PP. 515 - 522 .
- 187- Nadeau, K. ; Quinn, P., & Littman, E. ( 2000 ) . *Understanding girls with ADHD : Advantage books* . New York : The Guilford Press .
- 188- Olivier, M. A., & Steenkamp, D. S. ( 2004 ) . Attention - deficit / hyperactivity disorder : Underlying deficits in achievement motivation . *International Journal for Advancement of Counselling* , Vol. 26 ( 1 ) , PP. 47 - 63 .
- 189- Paniagua, F. A. ( 1992 ) . Verbal nonverbal correspondence training with ADHD children . *Behavior Modification*, Vol. 16, PP. 226 - 252 .
- 190- Paniagua, F. A. ; Pumariega, A. J., & Black, S. A. ( 1988 ) . Clinical effects of correspondence training in the management of hyperactive children . *Behavioral Residential Treatment*, Vol. 3, PP. 20 - 40 .
- 191- Pelham, W. E. (1993) . Pharmacotherapy for children with attention - deficit hyperactivity disorder . *School Psychology Review*, Vol. 22, PP. 199 - 227 .

- 192- Pelham, W. E., & Hoza, B. ( 1996 ) . Intensive treatment : A summer treatment program for children with ADHD . In E. D. Hibbs & P. S. Jensen ( Eds. ), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders : Empirically based strategies for clinical practice* ( pp. 311 - 340 ) . Washington, DC : American Psychological Association .
- 193- Pelham, W. E., & Hinshaw, S. P. ( 1992 ) . Behavioral intervention for attention - deficit hyperactivity disorder . In S. M. Turner ; K. S. Calhoun & H. E. Adams ( Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* ( 2<sup>nd</sup> ed., pp. 259 - 283 ) . New York : Wiley .
- 194- Pelham, W. E. ; Greenslade, K. E. ; Vodde - Hamilton, M. A. ; Murphy, D. A. ; Greenstein, J. J. ; Gnagy, E. M. ; Guthrie, K. J. ; Hoover, M. D., & Dahl, R. E. ( 1990 ) . Relative efficacy of long - acting CNS stimulants on children with attention-deficit hyperactivity disorder : A comparison of standard methylphenidate, sustained - release dextroamphetamine, and pemoline . *Pediatrics*, Vol. 86, PP. 226 - 237 .
- 195- Pelham, W. W. ; Schnedler, R. W. ; Bender, M. E. ; Nilsson, D. E. ; Miller, J. ; Budrow, M. S. ; Ronnel, M. ; Paluchowski, C., & Marks, D. A. ( 1988 ) . The combination of behavior therapy and methylphenidate in the treatment of attention - deficit disorder : A therapy outcome study . In L. Bloomingdale ( Ed. ), *Attention - deficit disorders* . ( Vol.3 ) . New York : Spectrum .

- 196- Perina, K. ( 2002 ) . Do stimulants protect kids with ADHD from later substance abuse ? . *Psychology Today*, Vol. 35, PP. 26 – 29 .
- 197- Petersen, L. ( 1995 ) . Stop think do . In H. P. van Bilsen ; P. C. Kendall & J. H. Slavenburg ( Eds.), *Behavioral approaches for children and adolescents : Challenges for the next century* ( pp. 103 - 111 ) . New York : Plenum Press .
- 198- Pfiffner, L., & McBurnett, K. ( 2000 ) . *Social skills training manual* . Chicago IL : University of Chicago Press .
- 199- Pfiffner, L., & McBurnett, K. ( 1997 ) . Social skills training with parent generalization : Treatment effects for children with attention - deficit disorder . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 65, PP. 749-757 .
- 200- Pfiffner, L. J., & Barkley, R. A. ( 1990 ) . Educational placement and classroom management . In R. A. Barkley ( Ed. ), *Attention - deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment* ( pp. 498 - 539 ) . New York : The Guilford Press .
- 201- Piccolo-Torsky, J., & Waishwell, L. ( 1998 ) . Teacher's knowledge and attitudes regarding attention - deficit disorder . *ERS Spectrum*, Vol. 16(1), PP. 36 - 40 .
- 202- Pineda, D. ; Ardila, A. ; Rosselli, M. ; Arias, B. E. ; Henao, G. C. ; Gomex, L. F. et al. ( 1999 ) . Prevalence of attention - deficit hyperactivity disorder symptoms in 4 - to 17 - year old children in the general

population . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 27, PP. 455 - 462 .*

- 203- Pollard, S. ; Ward, E. M., & Barkley, R. A. ( 1983 ) . The effects of parent training and Ritalin on the parent - child interactions of hyperactive boys . *Child and Family Behavior Therapy, Vol. 5, PP. 51- 69 .*
- 204- Quay, H. C. ( 1989 ) . The behavioral reward and inhibition systems in childhood behavior disorder . In L. M. Bloomingdale ( Ed. ) , *Attention deficit disorder III : New research in treatment, psychopharmacology and attention ( PP. 176 - 186 )* . New York : Pergamon .
- 205- Rapaport, M. D. ; Scanlan, S. W., & Denney, C. B. ( 1999 ) . attention - deficit / hyperactivity disorder and scholastic achievement : A model of dual developmental pathways . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 40, PP. 1169 - 1183 .*
- 206- Rapaport, M. D. ; Denney, C. ; DuPaul, G. J., & Gardner, M. J. ( 1994 ) . Attention - deficit disorder and methylphenidate normalization rates, clinical effectiveness, and response prediction in 76 children . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 33, PP. 882 - 893 .*
- 207- Rapoport, J. ( 1996 ) . *Neurological research update on attention deficit disorders* . Paper presented at the annual meeting of CH. A. D. D., Chicago, Il.
- 208- Rapoport, J. L. ; Donnelly, M. ; Zametkin, A., & Carrougner, J. ( 1986 ) . Situational hyperactivity :

in a U. S. clinical setting . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 27, PP. 639 - 646 .*

- 209- Reid, R. ; Vasa, S. F. ; Maag, J. W., & Wright , G. ( 1994 ).  
An analysis of teacher's perceptions of attention deficit disorder . *The Journal of Research and Development in Education, Vol. 27, PP. 193 - 202 .*
- 210- Reynolds, C. R. , & Kamphaus, R. W. ( 1992 ) . *Manual of the behavior assessment system for children .* Circle Pines, MV : American Guidance Service .
- 211- Rhode, G. ; Morgan, D. P., & Young, K. R. ( 1983 ) .  
Generalization and maintenance of treatment gains of behaviorally handicapped students from resource rooms to regular classrooms using self-evaluation procedures . *Journal of Applied Behavior Analysis, Vol. 16, PP. 171 - 188 .*
- 212- Robin, A. L., & Foster, S. ( 1989 ) . *Negotiating parent-adolescent conflict .* New York : The Guilford Press .
- 213- Robison, L. M. ; Skaer, T. L. ; Sclar, D. A., & Galin, R. S. ( 2002 ) .  
Is attention - deficit hyperactivity disorder increasing among girls in the U.S ? .  
Trends in diagnosis and prescribing of stimulants . *CNS Drugs, Vol. 16, PP. 129 - 138 .*
- 214- Ross, D. M., & Ross, S. A. ( 1982 ) . *Hyperactivity : Current issues, research, and theory ( 2<sup>nd</sup> ed. ) .* New York : Wiley .
- 215- Runnheim, V. A. ; Frankenberger, W., & Hazelkorn, M. ( 1996 ) .  
Medicating students with emotional and

behavioral disorders and ADHD . *Behavioral Disorders, Vol. 21, PP. 206 - 314* .

216- Sack, J. ( 2000 ) . Hearing focuses on schools and ADHD medications . *Education Week, P. 30* .

217- Safer, D. J., & Allen, R. P. ( 1976 ) . *Hyperactive children* . Baltimore : University Park Press .

218- Satterfield, T. ; Swansen, J. ; Schell, A., & Lee, F. ( 1994 ) . Prediction of antisocial behaviour in attention - deficit hyperactive boys from aggression / defiance scores . *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 33, PP. 185 - 190* .

219- Sergeant, J. A. ( 1995 ) . Hyperkinetic disorder revisited . In A. Sergeant ( Ed. ), *EunetHydis : European approaches to hyperkinetic disorder* ( pp. 7 - 17 ) . Amsterdam : Author .

220- Shapiro, E. S., & Cole, C. L. ( 1994 ) . *Behavior change in the classroom : Self management interventions* . New York : The Guilford Press .

221- Shapiro, E. S. ; DuPaul, G. J. ; Bradley, K. L., & Bailey L. T. ( 1996 ) . A school - based consultation program for service delivery to middle school students with attention-deficit hyperactivity disorder . *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, Vol. 4, PP. 73 - 81* .

222- Smoll, F. L. ; Smith, R. E. ; Barnett, N. P., & Everett, J. J. ( 1993 ) . Enhancement of children's self - esteem through social support training for youth sport coaches . *Journal of Applied Psychology, Vol. 78, PP. 602 - 610* .

- 223- Smith, M. D., & Barrett, M. S. ( 2002 ) . The effect of parent training on hyperactivity and inattention in three school - aged girls with attention deficit hyperactivity disorder . *Child and Family Behavior Therapy , Vol. 24 ( 3 ) , PP. 21 - 35 .*
- 224- Smith, D. J. ; Young, K. R. ; Nelson, J. R., & West, R. P. ( 1992 ) . The effect of a self - management procedure on the classroom and academic behavior of students with mild handicaps . *School Psychology Review, Vol. 21, PP. 59 - 72 .*
- 225- Snider, V. E. ; Busch, T., & Arrowood, L. ( 2003 ) . Teacher knowledge of stimulant medication and ADHD . *Remedial and Special Education, Vol. 24, PP. 46 -56 .*
- 226- Snider, V. E. ; Frankenberger, W., & Aspenson, M. ( 2000 ) . The relationship between learning disabilities and attention deficit hyperactivity disorder : A national survey . *Developmental Disabilities Bulletin, Vol. 28, PP. 18 - 38 .*
- 227- Spencer, T. ; Wilens, T. ; Biederman, J. ; Faraone, S. ; Ablon, S., & Lapey, K. ( 1995 ) . Double-blind crossover trial of methylphenidate and placebo in adults with childhood onset attention - deficit hyperactivity disorder . *Archives of General Psychiatry, Vol. 52, PP. 434 - 443 .*
- 228- Stein, M. A. ; Weiss, R. E. , & Refetoff, S. ( 1995 ) . Neurocognitive characteristics of individuals with resistance to thyroid hormone : Comparisons with individuals with attention deficit hyperactivity disorder . *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, Vol. 16, PP. 406 - 411 .*

- 229- Swanson, J. ( 1992 ) . *School - based assessments and interventions for ADD students* . Irvine, CA : K. C .
- 230- Swanson, J. M. ; McBurnett, K. ; Christian, D. L., & Wigal, T. ( 1995 ) . Stimulant medication and treatment of children with ADHD . In T. H. Ollendick & R. J. Prinz ( Eds. ), *Advances in clinical child psychology* ( Vol. 17, pp. 265-322 ) . New York : Plenum Press .
- 231- Swanson, J. ; Cantwell, D. ; Lerner, M. ; McBurnett, K., & Hanna, G. ( 1993 ) . Effects of stimulant medication on learning in children with ADHD . *Journal of Learning Disabilities*, Vol. 24, PP. 219 - 230 .
- 232- Tannock, R. ( 1998 ) . Attention deficit hyperactivity disorder : Advances in cognitive, neurobiological, and genetic research . *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 39, PP. 65 - 99 .
- 233- Tannock, R. ; Martinussen, R., & Frijters, J. ( 2000 ) . Naming speed performance and stimulant effects indicate effortful, semantic processing deficits in attention deficit hyperactivity disorder . *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 28, PP. 237 - 252 .
- 234- Taylor, E. ( 1994 ) . Syndromes of attention-deficit and overactivity. In M. Rutter ; E. Taylor & L. Herzov ( Eds. ), *Child and adolescent psychiatry* ( 3<sup>rd</sup> ed. pp. 285-307 ) . London : Blackwell Scientific Publications .
- 235- Taylor, E. ; Chadwick, O. ; Heptinstall, E., & Danckaerts, M. ( 1996 ) . Hyperactivity and conduct problems



as risk factors for adolescent development .  
*Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 39, PP. 1213 - 1226 .*

- 236- Teeter, A. P. ( 1998 ) . *Interventions for ADHD : Treatment in developmental context* . New York : The Guilford Press .
- 237- Teeter, P. A., & Stewart, P. ( 1997 ) . *ADD and problem - solving communication : A model for home - school - physician partnerships* . Wisconsin Department of public Instruction Report .
- 238- Teeter, P. A., & Stewart, P. ( 1996 ) . *Getting research on educational best practices off the book shelves and into the classroom* . Paper presented at the annual meeting of CH. A. D. D., Chicago, Il.
- 239- Ullmann, R. ; Sleator, E., & Sprague, R. ( 1984 ) . A new rating scale for diagnosis and monitoring of ADD children . *Psychopharmacology Bulletin, Vol. 20, PP. 160 -164 .*
- 240- U.S. Drug Enforcement Agency ( 2002 ) . *Yearly aggregate production quotas ( 1990 - 1999 )* . Washington, DC : Office of public Affairs Drug Enforcement Administration .
- 241- van der Krol, R. J. ; Oosterbaan, H. ; Weller, S. D., & Koning, A. E. ( 1998 ) . Attention deficit hyperactivity disorder . In P. Graham ( Ed ), *Cognitive - behaviour therapy for children and families ( pp. 32 - 44 )* . Cambridge : University Press .
- 242- van Lier, P. A. ; Verhulst, F. C., & van der Ende, J. ( 2003 ) . Classes of disruptive behavior in a

sample of young elementary school children .  
*Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, Vol. 44, PP. 377 - 387 .*

- 243- van der Vlugt, H. ; Pijnenburg, H. M. ; Wels, P. M. A., & Koning A. ( 1995 ) . Cognitive behavior modification of ADHD : A family system approach. In H. P. J. G. van Bilsen ; P. C. Kendall & J. H. Slavenburg ( Eds. ), *Behavioral approaches for children and adolescents : Challenges for the next century* ( pp. 65 - 75 ) . New York : Plenum Press .
- 244- Varley, C. K. ( 1983 ) . Effects of methylphenidate in adolescents with attention - deficit disorder . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 22, PP. 351 - 354 .*
- 245- Wechsler, D. ( 1992 ) . *Wechsler individual achievement test* . San Antonio, TX : Psychological Corporation .
- 246- Wechsler, D. ( 1991 ) . *Wechsler intelligence scale for children ( 3<sup>rd</sup> ed. )* . San Antonio, TX : Psychological Corporation .
- 247- Weinberg, H. A. ( 1999 ) . Parent training for attention - deficit hyperactivity disorder : Parental and child outcome . *Journal of Clinical Psychology , Vol. 55 ( 7 ), PP. 907 - 913 .*
- 248- Weiss, G. & Hechtman, L. ( 1993 ) . *Hyperactive children grown up ( 2<sup>nd</sup> ed. ) : ADHD in children adolescents, and adults* . New York : The Guilford Press .

- 249- Weiss, G., & Hechtman, L. ( 1986 ) . *Hyperactive children grown up* . New York : The Guilford Press .
- 250- Wender, P. H. ( 1995 ) . *Attention - deficit hyperactivity disorder in adults* . New York : Oxford University Press .
- 251- Wender, P. H. ; Reimherr, F. W. ; Wood, D., & Ward, M. ( 1983 ) . A controlled study of methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder , residual type in adults . *American Journal of Psychiatry* Vol. 142, PP. 547 - 552 .
- 252- Whalen, C. K., & Henker, B. ( 1992 ) . The social profile of attention - deficit hyperactivity disorder : Five fundamental facets . *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 1, PP. 395 - 410 .
- 253- Whalen, C. K., & Henker, B. ( 1991 ) . The social impact of stimulant treatment for hyperactive children . *Journal of Learning Disabilities*, Vol. 24, PP. 231-241 .
- 254- Wilens, T. E. ; Biederman, J., & Spencer, T. J. ( 2002 ) . attention deficit hyperactivity disorder across the life span . *Annual Review of Medicine*, Vol. 53, PP.113 - 132 .
- 255- Wolrich, M. L. ; Hannah, J. N. ; Baumgaertel, A., & Feurer, I. D. ( 1998 ) . Examination of DSM-IV criteria for attention deficit hyperactivity disorder in a county - wide sample . *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, Vol. 19, PP. 162 - 168 .
- 256- Xin, J. F., & Forrest, L. ( 2002 ) . Managing the behavior of children with ADHD in inclusive classrooms :

A collaborative approach . *Reclaiming Children and Youth, Vol. 10, PP. 240 - 245 .*

- 257- Young, S. ( 2002 ) . A model of psychotherapy for with ADHD . In S. Goldstein & A. Teeter ( Eds. ), *Clinical interventions for adult ADHD : A comprehensive approach ( pp. 147 - 163 ) .* Harcourt : Academic Press .
- 258- Young, S. ( 2001 ) . Attention deficit hyperactivity disorder in adulthood . *Practice Nursing, Vol. 12( 11 ), PP. 453 - 456 .*
- 259- Young , S., & Newland , J. ( 2002 ) . Attention deficit hyperactivity disorder and mild learning disabilities : A case study . *British Journal of Learning Disabilities, Vol. 30, PP. 73 - 78 .*
- 260- Young, S., & Toone, B. (2000) . Attention deficit hyperactivity disorder in adults : Clinical issues a report from the first NHS clinic in the UK . *Counseling Psychology Quarterly, Vol. 13 ( 3 ), PP. 313 - 319 .*
- 261- Young, S. ; Toone, B., & Tyson, C. ( 2003 ) . Comorbidity and psychosocial profile of adults with attention deficit hyperactivity disorder . *Personality and Individual Differences, Vol. 35 ( 4 ), PP. 743 - 755 .*
- 262- Zametkin, A. J. ; Liebenauer, L. L. ; Fitzgerald, G. A. ; King, A. C. ; Minkunas, D. V. ; Herscovitch, P., et al. ( 1993 ) . Brain metabolism in teenagers with attention deficit hyperactivity disorder . *Archives of General Psychiatry, Vol. 50, PP. 333 - 340 .*

263- Zametkin, A. J. ; & Rapoport, J. L. ( 1986 ) . The pathophysiology of attention deficit disorder with hyperactivity : A review. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin ( Eds. ), *Advance in clinical child psychology* ( Vol. 9, pp. 177 - 216 ) . New York : Plenum .

## فهرس الموضوعات

الصفحة

الموضوع

٩	- الإهداء .....
	- مقدمة .....
<b>الفصل الأول</b>	
٥٥ - ١٧	مفهوم وخصائص الاضطراب
١٧	- مقدمة .....
١٧	- المنظور التاريخي .....
٢٨	- تعريف الاضطراب .....
٣٥	- معدلات الانتشار .....
٣٨	- مسار الاضطراب .....
٤٢	- أعراض الاضطراب .....
٤٦	- الأعراض التي تميز الأطفال بين سن الثلاث إلى خمس سنوات .....
٤٧	- الأعراض التي تميز الأطفال بين ست سنوات إلى اثني عشر سنة .....
٤٨	- خصائص الأطفال الذين يعانون من الاضطراب .....
٤٩	- الخصائص السلوكية .....
٥٠	- الخصائص الانفعالية .....
٥١	- الخصائص المعرفية .....
٥٣	- الخصائص الاجتماعية .....
٥٤	- الخصائص التعليمية .....

behavioral disorders and ADHD . *Behavioral Disorders, Vol. 21, PP. 206 - 314* .

- 216- Sack, J. ( 2000 ) . Hearing focuses on schools and ADHD medications . *Education Week, P. 30* .
- 217- Safer, D. J., & Allen, R. P. ( 1976 ) . *Hyperactive children* . Baltimore : University Park Press .
- 218- Satterfield, T. ; Swansen, J. ; Schell, A., & Lee, F. ( 1994 ) . Prediction of antisocial behaviour in attention - deficit hyperactive boys from aggression / defiance scores . *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 33, PP. 185 - 190* .
- 219- Sergeant, J. A. ( 1995 ) . Hyperkinetic disorder revisited . In A. Sergeant ( Ed. ), *Eunetkydis : European approaches to hyperkinetic disorder* ( pp. 7 - 17 ) . Amsterdam : Author .
- 220- Shapiro, E. S., & Cole, C. L. ( 1994 ) . *Behavior change in the classroom : Self management interventions* . New York : The Guilford Press .
- 221- Shapiro, E. S. ; DuPaul, G. J. ; Bradley, K. L., & Bailey L. T. ( 1996 ) . A school - based consultation program for service delivery to middle school students with attention-deficit hyperactivity disorder . *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, Vol. 4, PP. 73 - 81* .
- 222- Smoll, F. L. ; Smith, R. E. ; Barnett, N. P., & Everett, J. J. ( 1993 ) . Enhancement of children's self - esteem through social support training for youth sport coaches . *Journal of Applied Psychology, Vol. 78, PP. 602 - 610* .

الصفحة	الموضوع
٣٠٧	..... مهارة حل المشكلات -
٣٠٨	..... إدارة الوقت والمهارات التنظيمية -
٣٠٩	..... التدخلات العلاجية التي تفيد في التحكم في نقص الانتباه. -
٣١٠	..... فنيات ترويض الذات -
٣١٢	..... القلق -
٣١٣	..... الاكتئاب -
٣١٤	..... الفروق الفردية -
٣١٧	..... العلاج الجماعي -
٣١٩	..... العلاج المتعدد الأساليب -
٣٢٤	..... طرق إضافية -

### الفصل العاشر

الصفحة	الموضوع
٣٢٩ - ٣٥٧	التدريب على المهارات الاجتماعية
٣٢٩	..... مقدمة -
٣٢٩	..... التدريب على المهارات الاجتماعية -
٣٣٣	..... وصف طريقة لعب الدور -
٣٣٦	..... التدخلات المتعلقة بالمهارات الاجتماعية -
٣٣٦	..... التشاور مع الوالدين -
٣٣٧	..... إعداد برامج المهارات الاجتماعية -
٣٤٢	..... التدخل من قبل مجموعة الأقران في المدرسة -
٣٤٤	..... الوقت المنقضى خارج أنشطة البرنامج التدريبي -
٣٤٥	..... وصف لحالة تعاني من الاضطراب -
٣٥٠	..... التصور العقلي التشخيصي والسلوكي -
٣٥٣	..... سير العلاج -



## الصفحة

## الموضوع

### الفصل الحادي عشر

٣٦٨ - ٣٦١

التعامل مع الطفل الذي يعاني من الاضطراب

٣٦١

.....مقدمة -

٣٦١

..... كيفية التعامل مع الطفل الذي يعاني من الاضطراب -

٣٨٥ - ٣٦٩

..... ثبت المصطلحات -

٤٣٠ - ٣٨٩

..... قائمة المراجع -