

اضطراب الانتباه لدى الأطفال

أسبابه وتشخيصه وعلاجه



تأليف

دكتورة

فائزة محمد بدر

ور

سيد احمد



أطفال الخليج



مركز دراسات وبحوث المعوقين
www.gulfkids.com

توزيع مكتبة النهضة المصرية

٩ ش عدلى - القاهرة

الطبعة الأولى

١٤١٩ هـ - ١٩٩٩ م

اضطراب الانتباه لدى الأطفال أسبابه وتشخيصه وعلاجه

تأليف

دكتور
السيد على سيد احمد

دكتورة
فائقة محمد بدر

الطبعة الأولى

١٤١٩ هـ - ١٩٩٩ م

توزيع مكتبة النهضة المصرية
٩ش عدلى - القاهرة

جميع حقوق الطبع محفوظة

تنبيه: لا يجوز إعادة طبع أو استساخ
أى جزء من هذا الكتاب إلا بعد الحصول
على موافقة خطية مسبقة من المؤلفين

الطبعة الأولى

١٤١٩ هـ — ١٩٩٩ م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ أَلَا يَعْلَمُ مَنْ خَلَقَ وَهُوَ اللَّطِيفُ الْخَبِيرُ ﴾

الصلوة
العظيمة

(الآية ١٤ من سورة الملك)

رقم الصفحة	الموضوع
٩	مقدمه الفصل الأول : الانتباه
١٥	تعريف الانتباه
١٦	أشكال الانتباه
١٧	مكونات الانتباه
١٩	تصنيف الانتباه
٢١	خصائص الانتباه
٢٣	العوامل التي تؤدي الى جذب الانتباه
٢٨	العوامل التي تؤدي الى تشتت الانتباه
	الفصل الثاني : اضطراب الانتباه وأسبابه
٣٣	تعريف اضطراب الانتباه
٣٤	تحديد مصطلح اضطراب الانتباه
٣٥	معدل انتشار اضطراب الانتباه بين الأطفال
٣٦	أسباب اضطراب الانتباه
٣٦	أولاً : الأسباب المتعلقة بالمخ
٣٩	ثانياً : العوامل الوراثية
٤٠	ثالثاً : العوامل البيئية
٤٢	رابعاً : العوامل المتعلقة بالغذاء
٤٣	خامساً : العوامل المتعلقة بالعلاقة بين الطفل والديه
	الفصل الثالث : الأعراض والتشخيص
٤٧	أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال
٤٧	أولاً : أعراض الاضطراب في مرحلة الوليد

(٦)
الفهرس

رقم الصفحة	الموضوع
٤٧	ثانياً : أعراض الاضطراب في مرحلة المهد -----
٤٨	ثالثاً : أعراض الاضطراب في مرحلة الطفولة المبكرة
	رابعاً : أعراض الاضطراب في مرحلتنا الطفولة
٤٨	المتوسطة والمتأخرة -----
	أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال في
٤٩	عمر المدرسة -----
٥٥	اضطراب الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقلياً.
٥٦	تشخيص اضطراب الانتباه لدى الأطفال -----
	الفصل الرابع : الاضطرابات المصاحبة لاضطراب الانتباه
٦١	الاضطرابات المصاحبة لاضطراب الانتباه لدى الأطفال -----
٦١	أولاً : الاضطرابات السلوكية -----
٦٢	ثانياً : الاضطرابات الانفعالية -----
٦٥	ثالثاً : اضطراب النوم -----
٦٦	رابعاً : عدم القدرة على التوافق الاجتماعي -----
	الفصل الخامس : المشكلات التعليمية المصاحبة لاضطراب الانتباه
	المشكلات التعليمية التي تصاحب اضطراب الانتباه
٧١	لدى الأطفال -----
٧١	أولاً : صعوبات التعلم -----
٧٢	ثانياً : التأخر الدراسي -----
	الفصل السادس : العلاج
٨٣	علاج اضطراب الانتباه -----
٨٣	أولاً : العلاج الطبي -----

(٧)
الفهرس

رقم الصفحة	الموضوع
٨٦	ثانياً : العلاج السلوكى
٨٧	ثالثاً : العلاج النفسى
٨٨	رابعاً : العلاج التربوى
٩٢	الشروط الواجب توافرها فى العلاج التربوى
٩٣	خامساً : العلاج الأسرى
٩٦	علاج ضعف الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقلياً
الفصل السابع : برامج العلاج الأسرى	
١٠١	برامج تدريب الوالدين
١٠١	١- برنامج فور هاند ، وماكماهون
١٠٤	٢- برنامج باتيرسون
١٠٨	٣- برنامج باركلى
الفصل الثامن : إرشادات	
إرشادات لمعلمى ووالدى الأطفال المصابون باضطراب الانتباه	
١١٥	أولاً : إرشادات للمعلمين
١٢٢	ثانياً : إرشادات للوالدين
المراجع	
١٢٧	المراجع العربية
١٢٨	المراجع الأجنبية

(٩)

مقدمه

يُعدّ اضطراب الانتباه^(١) من الاضطرابات الشائعة بين الأطفال حيث إنه ينتشر بين (١٠٪) تقريباً من أطفال العالم.

كما أن مصطلح هذا الاضطراب لم يتم تحديده تحديداً دقيقاً إلا في الثمانينات من هذا القرن ، ومع ذلك فقد اهتم الطب النفسى بدراسة هذا الاضطراب ، إلا أنه ركز في دراسته على الأسباب العضوية والعلاج الكيميائى، أما في علم النفس فتجد أن الدراسات التي تناولت هذا الاضطراب تعد على أصابع اليد الواحدة ، كما أنه - في حدود علمنا - لا توجد أية مراجع عربية في علم النفس عالجت هذا الموضوع ، وهذا هو أحد أسباب اهتمامنا بإنتاج هذا العمل العلمى المتواضع لسد العجز في هذا المجال .

وفضلاً عن ذلك فإن الغالبية العظمى من الأباء والمعلمين إما أنهم ليست لديهم معلومات عن هذا الاضطراب ، أو أن معلوماتهم عنه غير كافية ، ولذلك فإنهم يصفون الأطفال المصابين بهذا الاضطراب بأنهم عدوانيون ومعاندون ومشاكسون وكثيرو الحركة ، أو أنهم لديهم صعوبات تعلم ، أو تأخر دراسى .

(١) إن مصطلح هذا الاضطراب الذى ورد في دليل التشخيص الإحصائى الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV) الصادر عن جمعية الطب النفسى الأمريكية عام ١٩٩٤م هو : Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) بمعنى اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركى مفرط، ونظراً لطول هذا المصطلح، لذلك سوف نختصره ونشير إليه باضطراب الانتباه ، وسوف تتبع ذلك فى كل ما يرد عنه فى هذا الكتاب علماً بأننا نقصد به المصطلح الأساسى وهو : اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركى مفرط .

والجلير بالذكر أن هذا الاضطراب يحظى باهتمام كبير في أمريكا والدول الغربية حيث توجد هناك عيادات متخصصة لعلاج هذا الاضطراب يعمل فيها متخصصون متمرسون لديهم خبرة وفيرة عن أسباب وأعراض وعلاج هذا الاضطراب ، كما نجد هناك أيضاً في المدارس حجرات دراسية مجهزة لهؤلاء الأطفال لكي يتلقون فيها دروسهم وفقاً لبرامج تربوية خاصة للأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ، فضلاً عن ذلك فهناك أيضاً العديد من الجمعيات الأهلية الخاصة بهذا الاضطراب والتي يتكون أعضاؤها من والدي الأطفال الذين يعانون منه ، حيث تقوم هذه الجمعيات بعقد الندوات العلمية التي يحاضر فيها متخصصون متميزون ، كما تعقد أيضاً الدورات التدريبية لهؤلاء الآباء بهدف تدريبهم على كيفية التعامل والتفاعل الصحيحة مع طفلهم الذي يعاني من هذا الاضطراب ، وكذلك تدريبهم على كيفية التخلص من سلوكه المشكل ، وتعليمه مهارات التفاعل الاجتماعي الإيجابي .

أما في الوطن العربي فنجد أنه - في حدود علمنا - لا توجد مثل هذه الجمعيات الأهلية ، كما أن المدارس لا توجد بها حجرات دراسية مجهزة لهؤلاء الأطفال ، أو برامج تربوية خاصة بهم ، كما أن الغالبية العظمى من العاملين في المجال التعليمي من معلمين وأخصائيين نفسيين واجتماعيين ليست لديهم المعلومات الكافية عن هذا الاضطراب ، هذا إن لم تكن ليست موجودة بالفعل .

ونتيجة لكل ما سبق رأينا أن نقوم بهذا العمل العلمي المتواضع الذي نهدف من وراله تقديم بعض المعلومات البسيطة عن هذا الاضطراب لسد العجز في هذا المجال ، ولذلك فإن معالجتنا لهذا الكتاب قد تمت في ثمانية فصول ، وهي كما يلي :

(١١)

الفصل الأول : وقد تناولنا فيه تعريف الانتباه، ومكوناته ، وتصنيفه ، وخصائصه والعوامل التي تؤدي إلى جذب الانتباه ، والعوامل التي تؤدي إلى تشتته .

الفصل الثاني : وقد عرضنا فيه نبذة تاريخية عن تحديد هذا الاضطراب ومعدل انتشاره بين الأطفال ، ثم تناولنا الأسباب التي تكمن وراءه .

الفصل الثالث : وقد ذكرنا فيه أعراض هذا الاضطراب وفقاً لكل مرحلة عمرية من مراحل الطفولة المختلفة ، ثم أشرنا إلى هذا الاضطراب لدى الأطفال المتخلفين عقلياً ، وتلا ذلك عرض لمعايير تشخيصه الواردة في دليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM – IV الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية عام (١٩٩٤) .

الفصل الرابع : وقد عالجتنا فيه الاضطرابات الأخرى المصاحبة لهذا الاضطراب حيث تناولنا الاضطرابات السلوكية ، والانفعالية ، واضطراب النوم، وعدم القدرة على التوافق الاجتماعي .

الفصل الخامس : وقد عرضنا فيه المشكلات التعليمية التي تصاحب هذا الاضطراب والتي تتعلق بكل من صعوبات التعلم ، والتأخر الدراسي .

الفصل السادس : وقد أشرنا فيه إلى طرق علاج هذا الاضطراب حيث عرضنا لكل من العلاج الطبي ، والسلوكي ، والنفسي ، والتربوي ، والأسري ، وأخيراً أشرنا إلى علاج ضعف الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقلياً .

الفصل السابع : وقد عرضنا فيه البرامج التي يستخدمها الوالدان

(١٢)

لتدريب أطفالهم على تعديل سلوكهم المشكل وإكسابهم مهارات التفاعل الاجتماعي الايجابي ، وقد اقتصر عرضنا على ثلاثة برامج هي الأكثر شيوعاً منذ عام (١٩٧٠) حتى الآن في تدريب الوالدين لأطفالهم الذين يعانون من هذا الاضطراب .

الفصل الثامن : وقد قدمنا فيه بعض الإرشادات لمعلمي ووالدي الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب حتى يمكنهم مساعدتهم على تخفيف حدة أعراض هذا الاضطراب لدى هؤلاء الأطفال ، وتعديل السلوك المشكل لديهم .

وأخيراً ختمنا هذا الكتاب بقائمة من المراجع العربية والأجنبية التي استعنا بها ، ونأمل أن يحقق هذا الكتاب الأهداف المرجوة منه ، والله من وراء القصد .

٢٢ من رمضان ١٤١٩ هـ
الموافق ١٠/١/١٩٩٩ م

المؤلفان

د/ السيد علي سيد احمد د/ فائقة محمد بدر

الفصل الأول

الانتباه

المحتويات

- تعريف الانتباه
- أشكال الانتباه
- مكونات الانتباه
- خصائص الانتباه
- العوامل التي تؤدي الى جذب الانتباه
- العوامل التي تؤدي الى تشتت الانتباه

تعريف الانتباه

يعتبر الانتباه من أهم العمليات العقلية التي تلعب دوراً هاماً في النمو المعرفي لدى الفرد حيث إنه يستطيع من خلاله أن ينتقى المنبهات الحسية المختلفة التي تساعد على اكتساب المهارات وتكوين العادات السلوكية الصحيحة بما يحقق له التكيف مع البيئة المحيطة به.

وينقسم الانتباه من حيث مصدر استقباله إلى انتباه سمعي، وبصري، وشمي، ولمسي، وتذوقي، ولذلك يطلق على الانتباه الذي يتم من خلال حاسة السمع بالانتباه السمعي، كما يطلق على الانتباه الذي يتم من خلال حاسة البصر بالانتباه البصري وهكذا.

ويمكن أن تحدث عملية الانتباه من خلال حاسة واحدة فقط مثل عملية الانتباه البصري للصور والتمثيل ، كما يمكن أن تشترك أكثر من حاسة فسي عملية الانتباه لمثير معين ، كما يحدث مثلاً عند مشاهدة الفرد لمباراة كرة قدم حيث تكون هناك عملية انتباه بصرى لنتقلات الكرة وتحركات اللاعبين، كما يكون هناك أيضاً انتباه سمعي لتعليق المذيع على المباراة.

ولقد اهتم علماء النفس التجريبيون من مدرسة فوننت بالانتباه باعتباره الخاصية المركزية للحياة الذهنية ومهمته الأساسية هي: توضيح مضامين أو محتويات الوعي وتحويل الإحساس إلى إدراك وفهم من خلال استبطان الخبرة الشعورية، ولقد ظل الحال على هذا المنوال حتى ظهرت المدرسة السلوكية ورفضت النظر إلى الانتباه باعتباره كيف الوعي أو مضمونه، ورأت أنه تركيز وانتقاء يمكن ملاحظته، وبعد ذلك جاء بروونت ليقدّم نظرية عن الانتباه الإدراكي حيث قدمت هذه النظرية تفسيراً لانتقاء الانتباه مستمداً من نظرية

الاتصال على أساس تصور أن المعلومات الواردة من الحواس جميعاً تدخل مصفاة تمر بعق زجاجة، أو قناة ضيقة تتحكم في توصيل عدد محدود من النبضات العصبية إلى المخ، أما باقى التنبهات فيمكن أن تظل فى مخزن التذكر قريب المدى حيث يمكن استدعاؤها خلال بضع ثوان، بعدها تبدأ فى التضاؤل والتلاشى (عبد الحليم محمود السيد وآخرون ١٩٩٠).

فالانتباه إذاً هو ملاحظة فيها اختيار وانتقاء، ونحن حينما نحصر انتباهنا أو نركز شعورنا فى شىء فإننا نصبح فى حالة تهيؤ ذهنى، وحينما ينتبه الشخص لشىء ما فإن أعضاء حسه تتكيف لاستقبال المنبهات من موضوع الانتباه أى للشىء الذى احتل بؤرة الشعور فيكون إدراكه أكثر وضوحاً عما يحيط به، كما أن تذكره يكون أفضل (حلمى المليجى ١٩٨٣)، (أنور الشرقاوى ١٩٩٢).

والانتباه يسبق الإدراك ويعد له، أى أنه يهيء الفرد للإدراك، فإذا كان الانتباه يرتاد ويتحسس، فإن الإدراك يكشف ويتعرف (أحمد عزت راجح ١٩٨٥).

أشكال الانتباه

لقد أشار بورن ، وزملاؤه (Bourne, et al, 1979) إلى أن علماء النفس المعرفيين قد بينوا أن الانتباه يوجد فى عدة أشكال كما يلى:

فأما عن الشكل الأول: فهو الذى يكون فيه الانتباه موزعاً بين عدد من المنبهات، وأما الشكل الثانى فإنه يتعلق بعملية توجيه الانتباه وانتقاله لمنبهه معين من بين المنبهات التى تقع فى مجال وعى الفرد، وهذه العملية الأخيرة تسمى انتقاء الانتباه، وأما عن الشكل الثالث فإنه يتعلق بعملية اليقظة حيث

يكون الشخص يقطاً جداً، وفي هذه الحالة ينتقل الانتباه بسرعة شديدة بين المنبهات المختلفة لكي ينتقى منها المنبه الذى يهتم به الشخص. ولعل ذلك يتضح فى سلوك السائق الغريب حينما يقترب من تقاطع الطريق حيث نجده يبحث عن المنبهات البصرية التى تشير إلى أو تشترك مع إشارات الطريق مثل اللون والشكل والحجم والإشارات، فإذا كانت هذه المنبهات قريبة من بعضها فإن انتباه السائق سوف ينتقل بسرعة بينها ويحول معانيها إلى إشارات مفهومة يسترشد بها السائق .

وأخيراً فإننا نتفق مع ما بينه كل من إريكسن، وياه (Eriksen & Yeh, 1985) بأن الانتباه هو التركيز الواعى للشعور على منبه واحد فقط وتجاهل المنبهات الأخرى التى توجد معه وهذا يطلق عليه الانتباه المركز أو الانتقالي، أو أنه توزيع الانتباه بين منبهين أو أكثر وهذا الأخير يطلق عليه الانتباه الموزع.

مكونات الانتباه

يتكون ميكانيزم الانتباه من البحث ، والتصفية ، والاستعداد للاستجابة، وهى كما يلى :

١- البحث :

إن عملية البحث هى محاولة تحديد موقع المنبه فى المجال البصرى (Enns & Cameron , 1987)، ولقد أوضح بوسنر وزملاؤه (Posner, et al, 1980) أنه يوجد نوعان من البحث : فالنوع الأول: هو البحث خارجى المنشأ وهذا النوع من البحث يحدث لا إرادياً مثل الانتباه المفاجئ لضوء خاطف ظهر فى المجال البصرى ، وأما النوع الثانى: فهو

البحث داخلي المنشأ وهذا النوع يشير إلى عملية البحث الاختيارية المخططة لمثير أو منبه ذي صفات محددة .

كما بين كل من تريسمان ، وجور ميكان (Treisman & Gormican, 1988) أن البحث ينقسم إلى نوعين هما المتوازي ، والمتسلسل ، فالبحث المتوازي هو الذى يحدث عندما يريد الشخص تحديد منبه معين من بين عدة منبهات تتشابه أو تشترك معه فى صفة أو أكثر مثل اللون ، والطول ، والاتجاه ، أما البحث المتسلسل فهو الذى يحدث عندما يريد الشخص تحديد منبه معين من خلال متابعته فى عدة مراحل أو خطوات خلال فترة زمنية محددة.

وتحدث عملية البحث لصفة فى المثير الهدف مختلفة عن الصفات الموجودة فى المثيرات الأخرى التى تقع معه فى المجال البصرى مثل اختلاف اللون، أو درجة نصوصه، أو الحركة، أو الشكل (Enns & Brodeur, 1989) (Bundesen , 1990) ، ولقد بين كل من كولر ، ومارتن (Kowler & Martins , 1982) أن عملية البحث تتحسن لدى الأطفال بتقدم أعمارهم .

٢. التصفية :

يبين كل من إينيس ، كامبرون (Enns & Cameron, 1987) أن عملية التصفية هى عملية انتقاء لمثير ما، أو لصفة محددة وتجاهل المثيرات أو الصفات الأخرى التى توجد فى مجال إدراك الفرد، ويتفق بانديسين (Bundesen, 1990) ، مع هذا الرأى حيث يشير إلى عملية التصفية على أنها عملية انتقاء واختيار لمنبه معين من بين المنبهات التى تقع فى مجال إدراك الشخص .

ويوضح إينس (Enns , 1990) أن الدراسات الحديثة بينت أن عملية التصفية تتحسن لدى الأطفال مع تقدم أعمارهم ، ولقد قام كل من إينس ، وكامبيرون (مرجع سابق) بدراسة هدفت إلى فحص عملية التصفية لدى الأفراد في الأعمار المختلفة ، وقد كان متوسط هذه الأعمار ٤ سنوات ، ٧ سنوات ، ٢٤ سنة ، وكان يطلب من المفحوص الاستجابة بسرعة إلى المثبر الهدف الذي إما أن يظهر وحده على شاشة العرض (بدون تصفية) ، أو يظهر مع مثبرات أخرى مشوشة ، وقد أشارت النتائج إلى أن عملية التصفية مرتبطة بالعمر ، بمعنى أنها تتحسن مع تقدم أعمار المفحوصين .

٣. الاستعداد للاستجابة :

يذكر كل من إينس ، وكامبيرون (Enns & Cameron , 1987) بأن عملية الاستعداد للاستجابة قد تسمى أحياناً بالتهيئة ، أو بتوقع ظهور الهدف ، أو تحويل الانتباه للهدف ، وهي تشير إلى محافظة الفرد على الإستراتيجية التي استجاب بها للهدف السابق لكي يستجيب بها للهدف القادم ، أو تغييرها وتعديلها .

بينما يرى (Enns , 1990) أن التهيئة هي استعداد العمليات الانتباهية للاستجابة للمثبر الهدف وفقاً للمعلومات السابقة عن موقعه ، وعما إذا كانت معه مثبرات مشوشة من عدمه .

تصنيف الانتباه

لقد قام العلماء بتصنيف الانتباه وفقاً لعدة عوامل هي : موقع المثبرات، وعددها، وطبيعة المنبهات، ومصدر التنبية. وهذا ما سوف نعالجه فيما يلي :

أولاً : من حيث موقع المثيرات

يرى كل من فنجستن ، وكارفر (Fenigstein and Carver, 1978) أن الانتباه ينقسم من حيث موقع مثيراته إلى انتباه إلى الذات ، وانتباه إلى البيئة وهي كما يلي :

١- **الانتباه إلى الذات** : وهو تركيز الانتباه على مثيرات داخلية صادرة من أحشاء الفرد وعضلاته ومفاصله وخواطر ذهنه وأفكاره .

٢- **الانتباه إلى البيئة** : وهو تركيز الانتباه على مثيرات في البيئة الخارجية بعيداً عن ذات الفرد مثل المثيرات الاجتماعية ، والمثيرات الحسية المختلفة سواء كانت سمعية ، أو بصرية ، أو شممية ، أو لمسية ، أو تذوقية .

ثانياً : من حيث عدد المثيرات

ينقسم الانتباه من حيث عدد المثيرات إلى صنفين كما يلي :

١- **الانتباه لمثير واحد** : وهو انتقاء الفرد لمثير واحد وتركيز الانتباه عليه وذلك مثل انتقاء مثير بصرى له مواصفات محددة وإهمال المثيرات الأخرى التي تقع معه المجال البصرى للفرد .

٢- **الانتباه لأكثر من مثير** : وهذا النوع من الانتباه يتطلب سعة انتباهية عالية حيث يقوم الفرد بتركيز انتباهه على أكثر من مثير في المجال البصرى ، أو السمعى ، أو كليهما معا مثل السائق الذى يقود سيارته ويستمع لبرنامج معين فى الراديو ، وهذا النوع من الانتباه يتطلب جهداً عقلياً حتى يستطيع الفرد الاحتفاظ بتتبيه هذه المثيرات (Peter, et al, 1989) .

ثالثاً : طبيعة المنبهات

ينقسم الانتباه من حيث طبيعة منبهاته إلى ثلاثة أنواع وهي كما يلي :

١- **الانتباه الإرادي** : يحدث هذا النوع من الانتباه عندما نقصد توجيه انتباهنا بإرادتنا إلى شيء محدد ، وهذا النوع يتطلب مجهوداً ذهنياً من الفرد لأن استمراره مدة طويلة يتطلب وجود دافع قوى لدى الفرد يدفعه لاستمرار بذل الجهد الذهني .

٢- **الانتباه اللا إرادي** : يحدث هذا النوع من الانتباه عندما تفرض بعض المنبهات الداخلية أو الخارجية ذاتها على الشخص مثل سماع صوت انفجار عالٍ، وهذا النوع لا يتطلب مجهوداً ذهنياً لأن المنبه هنا يفرض نفسه على الفرد ويرغمه على اختياره و التركيز عليه دون سواه من المنبهات الأخرى .

٣- **الانتباه الاعتيادي (التلقائي)** : وهو التركيز المعتاد والتلقائي لوعي الفرد على مثير ما ، أو عدة مثيرات ، وهذا النوع لا يتطلب جهداً من الفرد لأن الفرد ينتبه إلى الأشياء التي اعتاد من قبل على الاهتمام بها ، والتي تتفق مع ميوله واهتماماته (عبد الحلیم محمود السيد وآخرون ، ١٩٩٠).

رابعاً : من حيث مصدر التنبيه :

ينقسم الانتباه من حيث مصدره إلى انتباه سمعي ، وانتباه بصري ، وانتباه شمى ، وانتباه لمسى ، وانتباه تذوقى .

خصائص الانتباه

إن طبيعة الانتباه هي الحركة والتغير وعدم الثبات ، ونظراً لأن الأشياء التي تجذب انتباهنا تكون في معظمها إما متحركة أو معقدة ، لذلك

(٢٢)

سنعرض بعض خصائص الانتباه التي تمكن الشخص من الانتباه للمنبهات المختلفة فيما يلي :

١- الانتباه عملية إدراكية مبكرة : يهتم الإحساس بالمشيرات الخام ، بينما يهتم الإدراك بإعطاء هذه المشيرات تفسيرات ومعاني مختلفة ، أما الانتباه فإنه يقع في منزلة بين الإحساس والإدراك ، ولذلك يطلق على الانتباه بأنه عملية إدراكية مبكرة (فؤاد أبوحطب ، عبد الحليم محمود، ١٩٩٣).

٢- الإصغاء : وهو الخطوة الأولى في عملية تكوين وتنظيم المعلومات ، حيث إن استكشاف البيئة المحيطة يتطلب من الفرد الإصغاء لبعض الأحاديث أو الأفعال وتركيز الانتباه عليها (Friedman & kock, 1985) .

٣- الاختيار والانتقاء : إن الفرد لا يستطيع أن ينتبه لجميع المنبهات المتباينة دفعة واحدة ، ولكنه ينتقى ويختار منها ما يناسب حاجاته وحالته النفسية ، أي أن الانتباه هو اختيار لأحد أو لبعض المنبهات الحسية من بين المنبهات الأخرى سواء كانت في البيئة الخارجية أو الداخلية .

٤- عملية الإحاطة : وهي العملية ذات الأساس الحسي والتي قد تكون سمعية أو بصرية ، والتي تتمثل إما في تحركات العينين معا عبر المكان أو الصور التي تواجههما ، وإما في إنصات الأذن لكل ما يصل إليها من أصوات ومحاولات جمع شتاتها. أي أن الإحاطة تعتبر عملية مسح للعناصر التي توجد بهذا المكان، وللأصوات التي تصدر الآن (عبد الحليم محمود وآخرون ، ١٩٩٠) .

٥- التركيز : يتمثل التركيز في اتجاه الشخص بفاعلية أو إيجابية واهتمام إلى إشارات أو تنبهات حسية معينة ، وإهمال إشارات أخرى ، ويكون دائما قسدياً

ويورياً ، وقد يكون مركزاً على منبه واحد من المنبهات التي تقع في مجال إدراك الفرد ، أو منتشراً بحيث يستطيع الشخص الاحتفاظ بمشاهدة مبعثرة عبر كل شيء يحدث حوله ، أو أن يتبنى الشخص موقفاً وسطاً .

٦- **التعقب** : وهو الانتباه المتصل (غير المتقطع) لمنبه ما ، أو التركيز على تسلسل موجه للفكر عبر فترة زمنية ، والمستوى المعقد فيه يبدو في القدرة على التفكير في فكرتين أو أكثر ، أو نمطين من المنبهات أو أكثر في وقت واحد وعلى نحو متتابع دون خلط بينهما أو فقدان لإحدهما ، وهذا البعد ضروري في حل المشكلات التي تقتضى تداعياً متسلسلاً مثل الحساب المركب أو نسج خيوط قصة معقدة ، أو رسم اتجاهات في خريطة طرق (سهير فهيم الغياشي ، ١٩٨٠) .

٧- **التموج** : وهو يعنى أن المثير مصدر التنبيه رغم استمرار وجوده ، فإن تأثيره يتلاشى إذا ظهر مثير دخيل ، ثم يعود المثير الرئيسي في الظهور مرة أخرى عندما ينتهى وجود المثير الدخيل .

٨- **التذبذب** : وهو يعنى أن مستوى شدة المثير مصدر التنبيه يتذبذب ، ولعلنا نلاحظ ذلك أثناء متابعة الفرد لفيلم سينمائي ، حيث إن انتباهه يتذبذب بين الشدة والضعف وفقاً لاختلاف قوة أحداث الفيلم (أحمد زكى صالح ، ١٩٨٨) .

العوامل التي تؤدي إلى جذب الانتباه

تنقسم العوامل التي تؤدي إلى جذب الانتباه إلى قسمين : الأول منها يتعلق بخصائص المنبه وظروف الموقف الذي يظهر فيه وهذه يطلق عليها العوامل الخارجية ، أما الثاني فإنه يتعلق بالعوامل الذاتية التي تتصل بشخصية الفرد ودوافعه وميوله ، واهتماماته ، وحالته الجسمية والنفسية وتلك يطلق

عليها العوامل الداخلية ، وكثيراً ما يتفاعل النوعان معا وهذه العوامل هي:

أولاً : العوامل الخارجية

١- الحركة : إن الأشياء المتحركة تجذب الانتباه إليها عن الأشياء الساكنة ، كما أن اكتشاف الحركة الذي يعتمد على الخلايا العصبية يجعل الحركة تمثل تنبيهها يتسم بفاعلية ذات طابع خاص في الليل حيث تكون الخلايا العصبية أكثر فاعلية ، كما أن الحركة المفاجئة والسريعة تجذب الانتباه .

٢- تغير المنبه : إن المنبه المتغير يكون أكثر جذباً للانتباه من المنبه الثابت الذي يظل على حال واحد ، أو سرعة واحدة ، كما أن تغير المنبه من حيث الشدة أو الحجم أو الموضوع أو عمله وتوقفه له أثر كبير في جذب الانتباه ، فكلما كان التغير فجائياً كلما زاد أثره في جذب الانتباه إليه ، فعلى سبيل المثال نحن لا نشعر بدقات الساعة المنتظمة التي توجد في حجرة المكتيب ، ولكنها إذا توقفت فجأة فبأنها تجذب الانتباه إليها .

٣- موقع المنبه : إن مكان أو موقع المنبه يؤثر في جذب الانتباه إليه ، وقد بينت نتائج عدد من الدراسات أن القارئ العادي يكون أكثر انتباهاً للنصف الأعلى من صفحات الجريدة التي يقرأها أكثر من نصفها الأسفل ، كما أن القارئ يكون منتبهاً إلى النصف الأيمن أكثر من النصف الأيسر (لقرء اللغة العربية ، والعكس صحيح لقرء اللغة الإنجليزية) ، كما أن الصفحتين الأولى والأخيرة تجذب الانتباه أكثر من الصفحات الداخلية ، كما أن أحسن موقع لإثارة الانتباه هو أن يكون المنبه أمام العين مباشرة .

٤- حجم المنبه : إن الأشياء ذات الأحجام الكبيرة تجذب الانتباه إليها أكثر من الأشياء ذات الأحجام الصغيرة ، وهذا ما لاحظته المتخصصون في الإعلانات

التجارية حيث وجدوا أن الإعلانات كبيرة الحجم تكون أكثر إثارة للانتباه من الإعلانات صغيرة الحجم ، وأن الكلمات المكتوبة بحروف كبيرة تكون أكثر إثارة للانتباه من الكلمات المكتوبة بحروف صغيرة (عبد الحليم محمود، ١٩٩٠).

٥- شدة المنبه : إن المنبهات الشديدة تجذب الانتباه إليها أكثر من المنبهات الأقل شدة ، وكذلك فإن الضوضاء الصاخبة والألوان الزاهية ، والروائح النفاذة والضغط الشديد على الجلد تعتبر منبهات شديدة .

٦- الاهتمام : إن التنبيهات التي تعود الشخص عليها تجذب الانتباه إليها رغم كل ما يحيط بها من صخب أو ضوضاء (دينيس تشايلد ، ١٩٨٣) .

٧- طبيعة المنبه : يختلف الانتباه باختلاف طبيعة المنبه أى من حيث نوعه وكيفيته هل هو منبه سمعى ؟ ، أو بصرى ؟ ، وإذا كان المنبه بصرياً فهل هو صورة لإنسان ؟ أم لحيوان ؟ أم لجماد ؟ ، وإذا كان المنبه سمعياً فهل هو غناء أو قصة أو قطعة موسيقية ؟ ، وقد بينت نتائج الأبحاث التى أجريت فى هذا المجال أن الصور أكثر إثارة للانتباه من الكلمات ، وأن صور الإناث أكثر إثارة لانتباه الرجال، وصور الرجال أكثر إثارة لانتباه الإناث ، كما أن صور الناس أكثر إثارة للانتباه من صور الجماد (أحمد عزت راجح ، ١٩٨٥) .

٨- هدائة المنبه : إن المنبهات الجديدة التى تدخل خبرة الفرد لأول مرة تجذب انتباهه إليها أكثر من المنبهات المألوفة لديه (محمد عثمان نجاتي ، ١٩٨٣) ، لأن المنبهات الشاذة أو غير المألوفة تؤدى إلى جذب الانتباه إليها حيث يقوم الشخص بعمل نوع من المقارنة بينها وبين المنبهات المألوفة .(Berlyne,1974).

٩- تكرار المنبه : إن تكرار حدوث المنبه أو إعادة عرضه يؤدي إلى جذب الانتباه إليه ، ولذلك نجد أن تكرار الإعلانات التي تظهر على مسافات مختلفة في الطريق تجذب انتباه سائقى السيارات .

١٠- التباين أو التضاد : وهو اختلاف الشكل عن الأرضية ، وهذا الاختلاف يؤدي إلى جذب الانتباه ، فقد لوحظ أن الإعلانات تجذب الانتباه إذا كانت تحتوى على خطوط بيضاء وأخرى سوداء ، كما أن النقاط الحمراء تجذب الانتباه إليها إذا كانت وسط أرضية سوداء ، ولذلك اتجه رجال الإعلانات إلى اختصار تفاصيل الإعلانات وزحمتها في عدد قليل من الخطوط ذات الألوان المتباينة الزاهية (محمد عثمان نجلى ، ١٩٨٣).

١١- الحاجة الزائدة للتنسيق : وهذه الحاجة الملحة للتنسيق تأتي بسبب سرعة حدوث المنبه من جهة ، ومن جهة أخرى بسبب زيادة نسبة صعوبة وتعقد المنبه، وطالما أن الشخص منتبه بالفعل فإن سرعة وقوع المنبه تؤدي إلى زيادة الانتباه إليه بصورة كبيرة وذلك لمتابعة حدوث المنبه نفسه ، كما أن زيادة صعوبة وتعقد المنبه تؤدي أيضاً إلى زيادة التركيز على مكوناته (Morgan & Pollock, 1977) .

ثانياً : العوامل الداخلية

تنقسم العوامل الداخلية التي تؤثر على انتباه الفرد لموضوعات معينة دون سواها إلى عوامل مؤقتة وأخرى مستديمة ، وهي كما يلي :

١- العوامل المؤقتة :

أ- التهيؤ الذهني : وهو تهيئة الذهن لاستقبال منبهات معينة دون غيرها مثل

(٢٧)

حالة انتظار الشخص لشخص آخر يهمنه قدومه إليه ، ولذلك يجذب انتباهه أصوات الأقدام ، أو رنة جرس الباب (حلمى المليجى، ١٩٨٣) .

بـ النشاط العضوى : إن النشاط العضوى يؤدي إلى جذب انتباه الفرد إلى الداخل (إلى الذات) وأبسط مثال على ذلك هو أننا جميعاً نشكو من الألم الشديد الذى يصعب إبعاده من منطقة الشعور ، كما أننا جميعاً لدينا مشاعر وعواطف يصعب تجاهلها ، ومن الواضح أن مثل هذه المنبهات تجذب الانتباه نحو نفسها . (Carver & Scheier,1991) .

جـ الدافع : إن دوافع الإنسان لها أهمية كبيرة فى توجيه انتباهه إلى الأشياء الملائمة لإشباعها. فعلى سبيل المثال نجد أن الشخص الجائع عندما يمشى فى طريق عام فإنه يكون أكثر انتباهاً إلى لافتات المطاعم ورائحة الطعام ، كما أن العطشان يكون أكثر انتباهاً للماء أو للمشروبات الأخرى .

٢- العوامل المستديمة :

أ- مستوى الاستثارة الداخلية : إن عملية الاستثارة الداخلية تجذب انتباه الشخص لمنبه معين ، ويرتبط الانتباه بمستوى الاستثارة الداخلية ارتباطاً موجباً بمعنى أن الانتباه يرتفع إذا ما ارتفع مستوى الاستثارة الداخلية لدى الفرد ، والعكس صحيح.

بـ الميول والاهتمامات : تعتبر ميول واهتمامات الأفراد من أهم العوامل الداخلية التى تؤثر على الانتباه ، فانتباه الشخص لموضوعات معينة فى البيئة المحيطة تتحدد من خلال ميوله واهتماماته ودوافعه ، فعند سماع أغنية مثلاً نجد أن الشخص الذى لديه ميول شعرية ينتبه إلى كلمات الأغنية ، بينما نجد أن الشخص الذى يهوى الموسيقى ينتبه إلى الموسيقى ، وهكذا .

جـ- الراحة والتعب : ترتبط اليقظة والانتباه بالراحة الجسمية والنفسية في حين يؤدي التعب إلى نفاذ الطاقة الجسمية والعصبية وضعف القدرة على تركيز الانتباه .

العوامل التي تؤدي إلى تشتت الانتباه

تنقسم العوامل المشتتة للانتباه إلى عوامل اجتماعية ونفسية وجسمية وفيزيائية وهي كما يلي :

١- **العوامل الاجتماعية :** هناك عدد من العوامل الاجتماعية التي تؤدي إلى تشتت انتباه الفرد منها النزاع المستمر بين الوالدين ، أو العصر الذي يجسده الفرد في علاقاته الاجتماعية بالآخرين ، أو الصعوبات المالية والمتاعب العائلية المختلفة التي تجعل الفرد يلجأ إلى أحلام اليقظة لكي يجد فيها مهرباً من هذا الواقع الأليم ، ويلاحظ أن الأثر النفسي لهذه العوامل يختلف باختلاف قدرة الناس على التحمل والصمود .

٢- **العوامل النفسية :** هناك بعض العوامل النفسية التي تؤدي إلى تشتت الانتباه مثل عدم ميل الطالب إلى مادة معينة ، وهذا يؤدي إلى عدم اهتمامه بها، وأيضاً انشغال فكر الطالب الشديد في أمور أخرى سواء كانت اجتماعية أو عائلية ، وأيضاً إصرافه في التأمل الذاتي ، أو لأنه يشكو لأمر ما من مشاعر أليمة بالنقص أو بالقلق (عبد الحليم محمود وآخرون، ١٩٩٠).

٣- **العوامل الجسمية :** قد يرجع تشتت الانتباه إلى الإرهاق والتعب الجسمي ، أو لعدم النوم بالقدر الكافي ، أو لعدم الانتظام في تناول وجبات الطعام ، أو لسوء التغذية ، أو لاضطراب إفرازات الغدد الصماء ، وهذه العوامل من شأنها أن تنقص حيوية الفرد ، وأن تضعف قدرته على مقاومة ما يشتت انتباهه .

٤- **العوامل الفيزيائية :** إن من أهم العوامل الفيزيائية التي تؤدي إلى تشتت الانتباه ضعف الإضاءة أو سوء توزيعها ، وأيضاً سوء التهوية ، وارتفاع درجة الحرارة والرطوبة ، وكذلك الضوضاء . وهذه العوامل تؤدي إلى سرعة تعب الفرد وزيادة قابليته للتعب ، وبالتالي ضعف قدرته على الانتباه (حلمى المليجي، ١٩٨٣) .

الفصل الثاني

اضطراب الانتباه وأسبابه

المحتويات

- تعريف اضطراب الانتباه
- تحديد مصطلح اضطراب الانتباه
- معدل انتشار اضطراب الانتباه
- أسباب اضطراب الانتباه

تعريف اضطراب الانتباه

يختلف مستوى الانتباه لدى الأفراد تبعاً لسلامة كل من الحواس ، والناقلات العصبية الحسية ، ومركز الانتباه في الجهاز العصبي المركزي بالمخ، ولذلك نجد أن هناك بعض الأفراد لديهم مستوى مرتفع في الانتباه وبعضهم الآخر لديه مستوى منخفض فيه .

ويعانى بعض الأطفال من اضطراب الانتباه والذي يتضح من خلال عدم قدرتهم على التركيز على المنبهات المختلفة لمدة طويلة ، ولذلك فبإتهم يجدون صعوبة في متابعة التعليمات وإنهاء الأعمال التي يقومون بها، كما أن لديهم ضعفاً في القدرة على التفكير مما يجعلهم يخطئون كثيراً ، كما أن حديثهم في الحوار يكون غالباً غير مترابط .

ويتسم هؤلاء الأطفال بالاندفاعية ولذلك نجدهم يجيبون عن الأسئلة قبل استكمالها ، كما يقومون ببعض السلوكيات التي تؤذي الآخرين ، أو تعرضهم أنفسهم للمخاطر دون أن يضعوا في اعتبارهم العواقب الوخيمة المترتبة على مثل هذه السلوكيات مثل القفز من أماكن مرتفعة أو الجرى في شارع مزدحم بالسيارات دون النظر إلى الطريق .

ودائماً ما يكون اضطراب الانتباه لدى هؤلاء الأطفال مصحوباً بنشاط حركي مفرط مما يجعلهم يتحركون بكثرة وعشوائية في المكان الذي يوجدون فيه وذلك بدون سبب أو هدف واضح، وهؤلاء الأطفال يشخصون في الطب النفسي بأنهم يعانون من اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط مفرط . (Carlson, et al, 1995)

تحديد مصطلح اضطراب الانتباه :

يعتبر مصطلح اضطراب الانتباه من المصطلحات الحديثة حيث إنه لم يتم التحديد الدقيق لهذا الاضطراب إلا في بداية الثمانينات من هذا القرن ، حيث كان يشخص قبل ذلك على أنه إما ضعف في القدرة على التعلم، أو أنه خلل بسيط في وظائف المخ (Minimal Brain Dysfunction (MBD أو أنه إصابة بسيطة في المخ (Minimal Brain injury (MBI أو أنه نشاط حركي مفرط (Nussbaum & Bigler,1990) .

بعد ذلك جاء دليل التشخيص الإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية (DSM III) الصادر عن جمعية الطب النفسى الأمريكية عام (١٩٨٠) (American Psychiatric Association (APA) ليشير إليه على أنه اضطراب له زملة أعراض سلوكية تميزه ، وقد قسمه إلى نوعين فالأول: هو اضطراب الانتباه Attention Deficit Disorder with Hyperactivity والثانى: هو اضطراب عجز الانتباه غير المصحوب بنشاط حركي مفرط Attention deficit disorder without Hyperactivity . (APA, 1980)

وقد ظل الحال على هذا المنوال حتى قام بورينو وزملاؤه (Porrino,et al,1988) بدراسة أعراض اضطراب الانتباه ، وقد أوضحت نتائج التحليل العاملى لهذه الدراسة أن عجز الانتباه ، وفرط النشاط الحركي عرضان لاضطراب واحد ، وليسا نمطين مستقلين ، ولذلك عندما قامت جمعية الطب النفسى الأمريكية بإجراء مراجعة للطبعة الثالثة - (DSM III (R,1987) دمجت فرط النشاط الحركي مع اضطراب عجز الانتباه، ومنذ ذلك التاريخ أصبح يطلق عليه اضطراب الانتباه.

(٣٥)

بعد ذلك أجرى لاهي، وبيلهام (Lahey & pelham, 1988) دراسة مماثلة للدراسة السابقة التي أجراها بورينو وزملاؤه عام (١٩٨٣)، وقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى نفس النتائج التي توصلت إليها الدراسة السابقة حيث بينت أن عجز الانتباه، وفرط النشاط الحركي عرضان متلازمان لاضطراب واحد، وليسا نمطين منفصلين .

ولذلك عندما جاء دليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM - IV) الصادر عام (١٩٩٤) أكد على ما ورد في مراجعته: عام (١٩٨٧) بشأن هذا الاضطراب حيث بين أن جميع الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لديهم نشاط حركي مفرط ولكن مستوى هذا النشاط الحركي المفرط يختلف من طفل لآخر . فقد تكون أعراض ضعف الانتباه أشد من أعراض فرط النشاط الحركي لدى بعضهم، وعلى النقيض من ذلك قد تكون أعراض فرط النشاط الحركي أشد من أعراض ضعف الانتباه لدى البعض الآخر منهم، وأخيراً قد تتساوى شدة الأعراض لكل من ضعف الانتباه، وفرط النشاط الحركي لدى أطفال آخرين منهم.

معدل انتشار اضطراب الانتباه بين الأطفال :

يعد اضطراب الانتباه من أكثر الاضطرابات شيوعاً بين الأطفال حيث ورد تقرير عن وكالة الصحة العقلية الأمريكية جاء فيه أن نصف الأطفال المحالين للعلاج بها كانوا يعانون من هذا الاضطراب، كما بينت نتائج الدراسات العلمية الوبائية الحديثة في الطب النفسي أن هذا الاضطراب يصيب نسبة تصل إلى (١٠٪) تقريباً من أطفال العالم، كما أن معدل انتشاره بين الأطفال في عمر المدرسة يتراوح بين (٤٪ - ٦٪)، والجدير بالذكر أن معدل انتشاره بين الأطفال الذين ينتمون لأسر ذات مستوى اقتصادي اجتماعي

(٣٦)

منخفض يصل إلى (٢٠%) تقريبا، أما عن معدل انتشاره بين الذكور والإناث فهو (٦) للذكور مقابل (١) للإناث بمعنى أن انتشاره بين الذكور يصل إلى ستة أضعاف انتشاره بين الإناث (Wender, 1995) .

أسباب اضطراب الانتباه

من خلال استقراءنا للتراث السيكولوجي المتساح وجدنا أن اضطراب الانتباه يرجع لعدة أسباب منها ما يتعلق بالمخ، ومنها ما يتعلق بالوراثة، ومنها ما يتعلق بالبيئة، ومنها ما يتعلق بالغذاء، ومنها ما يتعلق بالعلاقة بين الطفل والديه، ونقدم فيما يلي عرض مختصر لهذه الأسباب :

أولاً : الأسباب المتعلقة بالمخ

إن أسباب اضطراب الانتباه المتعلقة بالمخ قد ترجع: إما لوجود خلل في وظائف المخ، وإما لاختلال التوازن الكيميائي في القواعد الكيميائية للناقلات العصبية ولنظام التنشيط الشبكي لوظائف المخ، وإما لضعف النمو العقلي . ونعالج هذه الأسباب فيما يلي:

١- **خلل وظائف المخ** : إن عملية انتباه الفرد لمنبه معين تنقسم إلى عدد من عمليات الانتباه الأولية وهي التعرف على مصدر التنبيه، وتوجيه الإحساس للمنبه، ثم تركيز الانتباه عليه. وكل عملية من هذه العمليات الانتباهية لها مركز عصبي بالمخ مسئول عنها .

فالتعرف على مصدر التنبيه مركزه العصبي في القصوص الخلفية للمخ (Posner, et al, 1984, 1988) ، بينما توجيه الإحساس للمنبه مركزه

العصبى وسط المخ ، (Posner, et al, 1982) ، وأخيراً فإن التركيز على المنبه مركزه العصبى فى الفص الجبهى الأيمن (Swanson, Et al, 1990) .

وكل مركز عصبى من المراكز العصبية السابقة يقوم بمعالجة العملية الانتباهية الخاصة به ، ثم ربطها بمحصلة العمليات الانتباهية الصادرة عن المراكز العصبية الأخرى ، وإمداد ميكانيزم الانتباه بها والذي يقوم بدوره بإخراج البناء الانتباهى العام لدى الفرد نحو المنبه مصدر التنبيه .

أما إذا كان هناك خلل فى وظائف أحد هذه المراكز العصبية فإن المعلومات التى يعالجها سوف تصبح مشوشة وغير واضحة ، وبالتالي فإن انتباه لدى الفرد سوف يصبح مضطرباً.

وإن أكثر هذه المراكز العصبية اضطراباً هو المركز العصبى المسئول عن تركيز الانتباه، وكان يعتقد إلى عهد قريب أن الفصوص الخلفية للمخ هى المسئولة عن ضعف القدرة على التركيز لدى الأفراد المصابين باضطراب الانتباه ، وقد ظل هذا الاعتقاد قائماً حتى جاء برادو ، وزملاؤه (Parado, et al,1990) وقاموا بفحص تدفق الدم فى المخ لدى بعض الأطفال المصابين بهذا الاضطراب وذلك أثناء تركيزهم على منبهات مختلفة ، وقد أسفرت نتائج دراستهم على أن تدفق الدم يقل فى الفص الجبهى الأيمن لدى هؤلاء الأطفال عند تركيز انتباههم على أى منبه ، وأن تدفق الدم يعود إلى حالته الطبيعية عندما يتحول انتباههم لمنبهات أخرى، ولذلك فقد أكدوا على أن الفص الجبهى الأيمن هو المسئول عن ضعف القدرة على التركيز لدى الأطفال المصابين بهذا الاضطراب .

وقد ذهب كل من نوسباوم ، وبيجلر ، (Nussloun & Bigler, 1990) إلى ما هو أبعد من ذلك حيث بينا أن الفص الجبهي الأيمن هو المسئول عن ضعف القدرة على التركيز ، والاندفاع ، وتأخر الاستجابة ، والتردد في اتخاذ القرارات ، وقد برهنا على صحة اعتقادهما هذا بأن أحد الشخصيات البارزة في المجتمع الأمريكي قد أصيب بطلق نارى فسى جبهته عندما تعرض لمحاولة لاغتياله عام (١٩٨١) ، ورغم أنه قد تم علاجه وشفى تماماً إلا أنه ظل طيلة حياته يعاني من ضعف القدرة على التركيز والاندفاع وتأخر الاستجابة والتردد الشديد عند اتخاذ أى قرار حتى لو كان بسيطاً .

آء الناقلات العصبية : إن الناقلات العصبية للمخ عبارة عن قواعد كيميائية تعمل على نقل الإشارات العصبية بين المراكز العصبية المختلفة بالمخ ، ويرى العلماء أن اختلال التوازن الكيميائى لهذه الناقلات العصبية يؤدى إلى اضطراب ميكائيزم الانتباه فتضعف قدرة الفرد على الانتباه والتركيز والحرص من المخاطر ويزداد اندفاعه ونشاطه الحركى ، ولذلك فإن العلاج الكيميائى الذى يستخدمه الأطباء مثل الدوبامين Dopamine ، والنور إيبينفرين Nor Epinephrine يعمل على إعادة التوازن الكيميائى لهذه الناقلات العصبية وعلاج اضطراب الانتباه ، وفرط النشاط الحركى (Tucker & Williamson, 1984) .

٣ نظام التنشيط الشبكى لوظائف المخ : إن شبكية المخ عبارة عن قواعد كيميائية تمتد من جذع المخ Brainstorm حتى المخيخ Cerebrum وهى تعمل على تنمية القدرة الانتباهية لدى الفرد، وتوجيه الانتباه نحو المنبه الرئيسى وانتقائه من بين المنبهات الدخيلة (عملية التصفية أو الترشيح للمنبهات) ، كما تعمل أيضاً على رفع مستوى الوعي والحرص من المخاطر.

أما إذا اختل نظام التنشيط الشبكي للمخ فإنه سوف يؤدي إلى اختلال وظائفه ، ولذلك يصاب الفرد باضطراب الانتباه ، والدليل على ذلك أنه ينتشر بين الملاكمين حيث إن تعرض رأس الملاكم لعدد كبير من الضربات القوية يحدث خللاً دائماً في شبكية المخ مما يؤثر على وظائفها ويؤدي إلى ظهور أعراض اضطراب الانتباه والتي يكون أبرزها البلادة وانخفاض مستوى الوعي، وتعمل العقاقير الطبية المنبهة، ومادة الكافين الموجودة في القهوة والشاي على تنشيط النظام الشبكي لوظائف المخ ، وتؤدي إلى رفع مستوى الكفاءة الانتباهية لدى الفرد.

٤- ضعف النمو العقلي : يؤثر النمو العقلي على الكفاءة الانتباهية لدى الأطفال، فعندما يسير النمو العقلي بصورة طبيعية وفقاً للمرحلة العمرية للطفل ، فإن كفاءة الانتباهية تتحسن كلما زاد نموه العقلي ، أما إذا كان نموه العقلي ضعيفاً ولا يتمشى مع عمره الزمني فإن ذلك سوف يؤدي إلى ضعف المراكز العصبية بالمخ المسئولة عن الانتباه ، وبالتالي تظهر على الطفل أعراض اضطراب الانتباه ، وهذا ما بينه بوندسين (Bundesen, 1990) حيث قدم نظرية عن الانتباه البصري بين فيها أن الكفاءة الانتباهية تتحسن لدى الطفل كلما زاد نموه العقلي ، كما ذكر أيضاً أن الأطفال ذوي النمو العقلي الضعيف يعانون من اضطراب الانتباه .

ثانياً : العوامل الوراثية

تلعب العوامل الوراثية دوراً هاماً في إصابة الأطفال باضطراب الانتباه وذلك إما بطريقة مباشرة من خلال نقل المورثات التي تحملها الخلية التناسلية لعوامل وراثية خاصة يتلف أو يضعف بعض المراكز العصبية المسئولة عن الانتباه بالمخ ، وإما بطريقة غير مباشرة من خلال نقل هذه المورثات لعيوب

(٤٠)

تكوينية تؤدي إلى تلف أنسجة المخ والتي بدورها تؤدي إلى ضعف نموه بما في ذلك المراكز العصبية الخاصة بالانتباه.

ولقد بينت العديد من الدراسات العلمية الحديثة أن (٥٠٪) تقريباً من الأطفال المصابين باضطراب الانتباه يوجد في أسرهم من يعاني أيضاً من هذا الاضطراب (Neuvill, 1995) ، حيث إن معدل انتشاره بين أبناء هذه الأسر يكون مرتفعاً لدى الأطفال التوائم عنه لدى الأطفال غير التوائم ، كما أن معدل انتشاره لدى التوائم يكون مرتفعاً بين التوائم المتشابهة التي تأتي من إخصاب بويضة واحدة في رحم الأم عنه بين التوائم غير المتشابهة التي تأتي من إخصاب بويضتين في رحم الأم (Kaplan, et al,1994).

ثالثاً : العوامل البيئية

تلعب العوامل البيئية دوراً ليس هيناً في إصابة الأطفال باضطراب الانتباه ، ويبدأ أثر هذه العوامل البيئية منذ لحظة الإخصاب ، ولذلك سوف نتقسم معالجتنا لهذه العوامل حسب حجم تأثيرها على إصابة الأطفال بهذا الاضطراب إلى ثلاثة مراحل هي : مرحلة الحمل ، ومرحلة الولادة ، ومرحلة ما بعد الولادة . ونقدم فيما يلي عرضاً مختصراً لهذه المراحل الثلاث .

١- **مرحلة الحمل** : قد تتعرض الأم أثناء فترة الحمل لبعض الأشياء التي تؤثر على الجنين وتجعله عرضة بعد الولادة للإصابة باضطراب الانتباه وذلك مثل تعرضها لقدر كبير من الأشعة ، أو تناولها للمخدرات أو الكحوليات أو لبعض العقاقير الطبية التي تؤثر على الحمل خاصة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل ، كما أن إصابتها ببعض الأمراض المعدية أثناء فترة الحمل مثل الإصابة بالحصبة الألمانية ، والزهرى ، والجدرى ، والسعال الديكى ، وكذلك

(٤١)

إصابتها ببعض الأمراض الوراثية أو الأيضية تؤدي أيضا إلى إصابة الجنين بتلف في المخ بما في ذلك المراكز العصبية المسؤولة عن عمليات الانتباه ، ولذلك فإن أطفالهم قد يولدون مصابين باضطراب الانتباه أو يكونون مهينين للإصابة به .

ونود الإشارة إلى أن الإصابة بتلف المخ في هذه الحالة يصاحبه في بعض الأحيان بعض التشوهات والعيوب الخلقية ، ولقد بينت بعض الدراسات العلمية أن الأطفال الذين يولدون ولديهم هذه التشوهات والعيوب الخلقية يعانون من اضطراب الانتباه .

٢- مرحلة الولادة : هناك بعض العوامل التي تحدث أثناء عملية الولادة تتسبب في إصابة مخ الجنين أو تلف بعض خلاياه مما يؤدي إلى ضعف قدرة المخ على معالجة المعلومات ، وينعكس ذلك بدوره على العمليات العقلية الخاصة بالانتباه والتحكم في السلوك مما يؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب الانتباه ، وأهم هذه العوامل ما يلي :

أ- ضغط الجفت على رأس الجنين عند استخدامه في عملية الولادة خاصة في حالة الولادة المتعسرة .

ب- إصابة مخ الجنين أو جمجمته أثناء عملية الولادة .

ج- التفاف الحبل السري أثناء عملية الولادة وتوقف وصول الأكسجين إلى مخ الجنين .

٣- مرحلة ما بعد الولادة :

إن إصابة الطفل بارتجاج في المخ نتيجة لتعرضه لحادث ، أو لارتطام رأسه بأشياء صلبة ، أو وقوعه على رأسه من أماكن مرتفعة ، أو ضربه على

(٤٢)

رأسه ، وكذلك إصابته ببعض الأمراض المعدية مثل الحمى الشوكية ، والالتهاب السحائي ، والحمى القرمزية تؤدي إلى إصابة بعض المراكز العصبية بالمخ خاصة المسنولة عن الانتباه والتركيز ، ولذلك فإن الطفل الذي يتعرض لشيء من هذه الأشياء عادة ما يصاب باضطراب الانتباه (Tupper, 1987) ، (Bigler, 1988) ، (Barkley, 1990) ، (Brown,et al, 1991).

رابعاً : العوامل المتعلقة بالغذاء

إن تناول الطفل لكميات كبيرة من الأطعمة الجاهزة ، أو الخضراوات والفواكه الملوثة بالمبيدات الحشرية تؤدي إلى إصابتهم باضطراب الانتباه .

فلقد بين نوسباوم ، وبيجلر (Nussbaum & Bigler, 1990) أن الصبغيات والمواد الحافظة التي تضاف للمواد الغذائية المجهزة تؤدي إلى إصابة الأطفال باضطراب الانتباه .

كما قام وينيك وزملاؤه (Winneke, et al, 1989) بدراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين مادة الرصاص في الدم ، واضطراب الانتباه لدى الأطفال، وقد أسفرت نتائج دراستهم على أن هناك علاقة موجبة بين مستوى الرصاص في الدم ، ومستوى اضطراب الانتباه بمعنى أنه كلما زادت نسبة الرصاص في الدم زاد مستوى اضطراب الانتباه وفرط النشاط الحركي لدى الطفل .

كما أن تناول الطفل لكميات كبيرة من الحلوى والمواد السكرية يؤدي إلى زيادة نشاطه الحركي المفرط ، ولقد أجريت عدة دراسات استهدفت فحص

(٤٣)

العلاقة بين تناول الطفل لمراد سكرية ، ونشاطه الحركى المفرط ، وقد بينت جميعها أن المراد السكرية التى يتناولها الطفل لا تؤدى إلى إصابته باضطراب الانتباه ، ولكنها تؤدى إلى ارتفاع مستوى نشاط الحركى من خلال زيادة نسبة الطاقة لديه (Milick & Pelham,1986), (Kruesi, et al, 1987), (Rosen, et al, 1988).

خامساً : المرامل المتعلقة بالعلاقة بين الطفل ووالديه

إن الطفل يحتاج إلى الحب والقبول والدفء العاطفى من والديه مثل حاجته إلى الرذاء والكساء ، ولذلك فإن أساليب المعاملة الوالدية الصحيحة التى يشعر الطفل منها بالاهتمام والحب من والديه تؤدى إلى توافقه النفسى والاجتماعى ، أما أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة التى تتسم بالرفض الصريح أو المقتنع ، والإهمال ، واللامبالاة بالطفل ، والعقاب البدنى أو النفسى الشديد والتى يشعر الطفل منها بأنه منبوذ وغير مرغوب فيه وكأنه من سقط المتاع فإتتها تؤدى إلى إصابته باضطراب الانتباه (Anastopoulos, et al, 1992),(Mash & Hohanston, 1990).

ولقد قام باركلى وزملاؤه (Barkley, et al, 1993) بدراسة استهدفت فحص العلاقة بين أسلوب المعاملة الوالدية وإصابة الطفل باضطراب الانتباه، وقد أوضحت نتائج دراستهم أن أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة التى يشعر الطفل منها بالإهمال والرفض من قبل والديه تؤدى إلى إصابته باضطراب الانتباه .

كذلك قام كابلان وزملاؤه (Kaplan, et al, 1994) بدراسة كان هدفها التعرف على طبيعة العلاقة بين الحرمان العاطفى من الوالدين وإصابة

(٤٤)

أبنائهم الأطفال باضطراب الانتباه ، وقد تكونت عينة دراستهم من أطفال يعيشون في مؤسسات إيداع نتيجة لتصدع أسرهم، وأطفال يعيشون في البيئة الطبيعية مع أسرهم وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن اضطراب الانتباه يرتفع لدى الأطفال المودعين بمؤسسات الإيداع مقارنة بالأطفال الذين يعيشون مع أسرهم مما يدل على أن الحرمان العاطفي من الوالدين الذي ينجم عن التفكك الأسري يؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب الانتباه .

الفصل الثالث

الأعراض والتشخيص

المحتويات

- أعراض اضطراب الانتباه .
- اضطراب الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقليا .
- تشخيص اضطراب الانتباه .

أمراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال

تختلف أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال باختلاف المرحلة العمرية التي يمرون بها حيث نجدها في مراحل الوليد ، والمهد ، والطفولة المبكرة تأخذ المظهر العضوي ، بينما نجدها في مرحلتى الطفولة المتوسطة والمتأخرة تأخذ الشكل السلوكي ، ونشير إلى هذه الأعراض وفقاً لكل مرحلة عمرية من المراحل السابقة فيما يلي:

أولاً : أعراض الاضطراب في مرحلة الوليد

هناك معايير ثابتة للنمو الطبيعي التي يولد بها الأطفال الأسوياء يتمشى فيها وزن جسم الطفل مع طوله حيث يكون وزن الطفل عند الولادة سبعة أرتال ونصف تقريباً، بينما يكون طوله (١٩,٥) بوصة تقريباً(سعديه بهامر، ١٩٨٦) .

أما الطفل الذي يولد وهو مصاب باضطراب الانتباه فإن وزن جسمه يقل عن معدله بالنسبة لطوله، حيث نجد أن الطفل الذى يبلغ طوله (١٩) بوصة يزن خمسة أرتال وعشر أوقيات ، بينما نجد أن الطفل الذى يبلغ طوله (٢٠) بوصة يزن ستة أرتال وأوقيتان، فى حين نجد أن الطفل الذى يبلغ طوله (٢١) بوصة يزن ستة أرتال وست أوقيات .

ثانياً : أعراض الاضطراب في مرحلة المهد

إن الأطفال المصابين باضطراب الانتباه يعانون دائماً من كثرة المشكلات الصحية فى مرحلة المهد ، ولذلك فإنهم كثيراً ما يعانون من المغص المعسوى الذى يرجع لعدم قدرة الأمعاء على امتصاص سكر اللبن Lactose ، كما أن جهاز المناعة لديهم يكون ضعيفاً، ولذلك فإنهم دائماً يتعرضون لنزلات البرد ، والالتهابات الشعبية ، والتهابات الأذن ، واحتقان الزور .

ثالثاً : أعراض الاضطراب في مرحلة الطفولة المبكرة

إن الطفل السوي تبرز أسنانه اللبنية فيما بين الشهر السادس إلى الثامن ، وتتساقط تلك الأسنان ، وتظهر الأسنان المستديمة فيما بين السنة الخامسة إلى السنة السادسة من عمر الطفل ، أما الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه فإن موعد بزور أسنانه اللبنية ، وتغييرها بالأسنان المستديمة يتأخر عامين تقريباً عن هذا الموعد لدى الطفل السوي . (Robson & Pederson, 1997), (Jordan, 1988, 1989) .

رابعاً : أعراض الاضطراب في مرحلتا الطفولة المتوسطة والمتأخرة

مع بداية مرحلة الطفولة المتوسطة تأخذ أعراض اضطراب الانتباه شكلها السلوكى ، إلا أنه يصعب التعرف على الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب قبل التحاقه بالمدرسة وذلك للأسباب التالية :

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

٢- أن التلفيزيون يقدم برامج مشوقة وسريعة تجذب انتباه الأطفال بما فيهم من يعانون من اضطراب الانتباه ، والجدير بالذكر أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يجلسون أمام التلفيزيون لمدة طويلة يشاهدون البرامج المحببة إليهم دون كلل أو ملل .

٣- إن معظم آباء الأطفال المصابين بهذا الاضطراب ليست لديهم معلومات سابقة أو خبرة كافية عن هذا الاضطراب، كما أنهم يكونون قد تعودوا على سلوك طفلهم ويرون أنه طبيعى خاصة إذا كان هذا الطفل هو الوحيد

في الأسرة، ومثل هؤلاء الأباء لا يستطيعون التعرف على سلوك طفلهم إلا في المناسبات المختلفة التي تجمع طفلهم مع أطفال آخرين في مثل عمره الزمني مثل الأعياد والأفراح وغيرها .

أما عند التحاق الطفل بالمدرسة ، فإن الأمر يختلف حيث إن البيئة المدرسية تتطلب من الطفل أن يقوم ببعض الأعمال اليومية المتكررة والتي تحتاج إلى الاستقرار والنظام وتركيز الانتباه مثل الوقوف في طابور الصباح ، والجلوس على المقعد في حجرة الدراسة مدة زمنية طويلة لسماع الدرس من المعلم ، كما يطلب من الطفل أيضاً حل بعض التمرينات في حجرة الدراسة ، وكذلك يطلب منه المشاركة في الأنشطة الجماعية المختلفة ، وإن هذه المواقف وغيرها تمثل اختباراً صعباً للطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه حيث لا يستطيع التحكم في انتباهه ولا حركته المفرطة أو اندفاعه ، ولذلك نجد أن المعلم يمكنه تحديد الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب بسهولة خاصة عندما يقارن سلوكياته بسلوكيات أقرانه الذين تضمهم حجرة الدراسة .

ولما كانت المرحلة الابتدائية تضم أطفالاً من مرحلتى الطفولة المتوسطة والمتأخرة ، وكانت أعراض اضطراب الانتباه لدى أطفال هاتين المرحلتين العمريتين متشابهة ومتطابقة ، لذلك سوف نتعرض لتلك الأعراض لدى هاتين المرحلتين معاً عند الأطفال في عمر المدرسة كما يلي :

أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال في عمر المدرسة

١- الانتباه القصير :

إن الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه لا يستطيع تركيز انتباهه على أي منبه أكثر من بضعة ثوانٍ متتالية ، ثم ينقطع انتباهه عن هذا المنبه

(٥٠)

فى نفس الوقت الذى تكون فيه المعلومات مازالت تنبعث منه ، ولذلك نجد أن انتباه الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب ينتقل بسرعة شديدة بين المنبهات المختلفة لدرجة أن بعض العلماء قد شبهوه بالطلقات النارية من حيث مدى استمراره ، وسرعة تنقله بين المنبهات المختلفة .

٢- سهولة تشتت الانتباه :

إن الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه يتشتت انتباهه بسهولة حيث إنه يصعب عليه تركيز انتباهه على منبه معين وتجاهل ما يحدث حوله فى البيئة المحيطة به، ولذلك نجده دائماً يحول انتباهه تجاه الحركة التى تقع فى مجال إدراكه لكى يكتشف ما يحدث حوله .

فعلى سبيل المثال وليس الحصر نجد أن الرائحة النفاذة ، ومرور تيار من الهواء ، والصوت الذى يصدر عن تقليب صفحات الكتب تجذب انتباه هذا الطفل إليها ، وتجعله يحول انتباهه لها بعيداً عن المنبه الرئيسى الذى كان منتبهاً إليه من قبل .

٣- ضعف القدرة على الإنصات :

إن الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه لديه ضعف فى القدرة على الإنصات ، ولذلك فإنه يبدو وكأنه لا يسمع ، ولهذا السبب نجده لا يستطيع فهم المعلومات التى يسمعها كاملة ، ولكنه قد يفهم منها بعض الحروف ، أو الكلمات، أو المقاطع ، ويترتب على ذلك أن المعلومات التى يكتسبها عن طريق حاسة السمع تكون مشوشة ومختلطة وغير واضحة ، وهذا بدوره يؤدى إلى ضعف قدرته على التفكير .

٤- ضعف القدرة على التفكير :

نظراً لأن الطفل المصاب باضطراب الانتباه يتشتت انتباهه بسهولة ، ويعانى من ضعف القدرة على الإلتصاق، لذلك فإن المعلومات التى يكتسبها تكون مبهمه وغير واضحة وغير مترابطة مما يؤدي إلى ضعف قدرته على التفكير ، فضلاً عما سبق فإن الذاكرة بعيدة المدى مضطربة لديه ، ولذلك فإنها لا تسعفه بالمعلومات التى يحتاجها عند قيامه بالتفكير فى موضوع معين، ولهذا السبب نجده يخطئ كثيراً عند قيامه بعمل الأشياء التى سبق أن تعلمها .

٥- تأخر الاستجابة :

إن العمليات العقلية التى تقوم بمعالجة المعلومات بطيئة جداً لدى الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه ، ولذلك فإنها لا تسعفه فى استدعاء المعلومات سابقة التخزين التى يحتاجها من الذاكرة بعيدة المدى ، ويترتب على ذلك أن هذا الطفل يستغرق وقتاً طويلاً فى عملية التفكير ، وهذا بدوره يؤدي إلى تأخر استجابته ، ومثال ذلك الطفل الذى يقوم بالعد على أصابع يديه عند قيامه بحل مسألة حسابية مما يجعله يستغرق وقتاً طويلاً فى عملية التفكير، وتكون المحصلة أن هذا الطفل لا يستطيع إنهاء العمل الذى يقوم به فى الزمن المقرر لذلك ، ولهذا السبب نجده دائماً يحصل على درجات منخفضة فى الاختبارات المختلفة للمواد الدراسية والتى لا تتماشى مع مستوى نكته العام .

٦- عدم قدرة الطفل على إنهاء العمل الذى يقوم به :

نظراً لأن الطفل المصاب باضطراب الانتباه يتشتت انتباهه بسهولة بين المنبهات الدخيلة العارضة بعيداً عن المنبه الرئيسى ، ولديه قدرة ضعيفة على التفكير، لذلك فإنه يستغرق وقتاً طويلاً فى عملية التفكير، وهذا بدوره يؤدي إلى تأخر استجابته ، ولذلك فإنه لا يستطيع إنهاء العمل الذى يقوم به بدون تدخل من الآخرين ومساعدتهم له .

٧. النشاط الحركى المفرط :

يتسم الطفل المصاب باضطراب الانتباه بكثرة حركته البدنية بدون سبب أو هدف، ولذلك نجده دائماً يترك مقعده ويتجول ذهاباً وإياباً فى المكان الذى يوجد فيه بدون سبب، كما أنه كثير الحركة والتأمل فى جلسته على مقعده، ودائماً يتلوى بيديه ورجليه ، ويقوم بوضع الأشياء التى تقع فى متناول يده فى فمه مثل الأقلام والأدوات الهندسية وغيرها، كما يقوم أيضاً ببعض الحركات الجسدية التى تحدث ضوضاء وتزعج الآخرين فمثلاً قد يفرك فى الأرض بقدميه ليحدث صوتاً ، أو يضرب جوانب منضدته برجليه، أو يحوم بيديه فى المكان الذى يجلس فيه لكى يلتقط الأشياء القريبة منه، أو يدق بالأقلام على المنضدة، وكذلك قد يلقي بكتبه وأدواته الدراسية على الأرض ، ويزحف بالكرسى فى المكان الذى يجلس فيه ، هذا بالإضافة إلى قيامه بعدد من السلوكيات غير المقبولة والتى يكمن ورائها فرط النشاط الحركى .

٨. الاندفاع :

إن الاندفاع من أكثر الأعراض التى تميز الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه ، ونلاحظه كثيراً لدى هذا الطفل من خلال كثرة مقاطعته لحديث الآخرين ، كما أنه يجيب بدون تفكير عن الأسئلة قبل استكمالها ، ويحب أيضاً أن تجاب مطالبه فى الحال ، ويرفض الانتظار فى دوره إذا كان مع أطفال آخرين ، كما أنه ينتقل بسرعة من نشاط أو عمل إلى آخر قبل أن ينتهى من النشاط أو العمل الذى بدأه ، وفضلاً عما سبق فإنه يقوم ببعض الأفعال التى تعرض حياته للخطر دون أن يضع فى اعتباره العواقب المترتبة عليها وذلك مثل القفز من أماكن مرتفعة ، أو الجرى فى شوارع عمومى مزدحم بالسيارات دون أن ينظر إلى الطريق .

٩- السلوك الاجتماعي :

إن الطفل الذي لديه اضطراب الانتباه ، فضلاً عن سلوكه الذي يتسم بفرط النشاط الحركي والاندفاع والذي يؤدي إلى ضجر المحيطين به ، فإنه أيضاً لا يتمسك بالتقاليد والنظم المعمول بها ، ولذلك فإنه لا يهتم بالسلوك الاجتماعي المقبول الذي يرتضيه الآخرون، بل يقوم ببعض السلوكيات الشاذة التي تؤدي إلى اشمزازهم منه .

فعلی سبيل المثال إذا أراد هذا الطفل أن يهرش جسمه، فإنه يفعل ذلك بطريقة مبالغ فيها ، كما أنه إذا أراد أن يبعد شيئاً من جواره كالمنضدة أو الكرسي مثلاً فعل ذلك بطريقة تحدث ضوضاء شديدة في المكان ، وعندما يشترك مع أقرانه في اللعب فإنه لا يستطيع أن ينتظر في دوره ، بل يخطف اللعب منهم ويتدخل في أنشطتهم على غير رغبة منهم مما يؤدي إلى ضجرهم منه . ونتيجة لذلك فإن هذا الطفل تضطرب علاقته الاجتماعية بأقرانه والمحيطين به ويشعر منهم بالنبذ وعدم القبول كعضو في جماعتهم، ولذلك فإنه لا يستطيع الاندماج معهم في علاقات اجتماعية حميمة يسودها الحب والتسامح .

١٠- سوء الأخرين :

إن الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه لا يعترف بأخطائه لكي يتعلم منها ويتجنبها ، وإنما يبرئ نفسه دائماً ويلقى باللوم على الآخرين . فمثلاً إذا تأخر عن موعد المدرسة يقول أن جرس الطابور دق مبكراً عن مواعده، وإذا كسر فإزة زهور في المنزل يقول إن القطة هي التي كسرتها ... وهكذا ، وعندما يواجهه أحد بأخطائه فإنه ينفجر في ثورة من الغضب ويدافع عن نفسه بشدة وعنف ، ويرفض الاستماع لما يوجه إليه من نقد .

١١- التردد :

إن الطفل المصاب باضطراب الانتباه كثير التردد عند اتخاذ أي قرار حتى لو كان بسيطاً ، ويزيد هذا التردد لديه في القرارات التي بها اختيار حيث إنه يشك في صحة اختياره ، وإن هذا التردد الكثير في اتخاذ القرارات يجعله يستهلك وقتاً طويلاً في إنجاز العمل الذي يقوم به في الزمن المحدد له .

١٢- التصديق المستمر :

إن الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه يصدق كل ما يقال له ، ولا يستطيع التفريق بين الحديث الجاد والمزاح ، فمثلاً إذا قيل له إن العروسة (الدمية) تتكلم فإنه يصدق ذلك ، ونظراً لتصديقه المستمر لكل ما يقال له ، وعدم قدرته على التمييز بين الحقيقة والخيال، لذلك فإن استجابته دائماً تتسم بشدة الانفعال خاصة عندما يكتشف أن ما يقال له غير حقيقي .

١٣- عدم القناعة :

يتسم الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه بشدة الطمع حيث لا يقتنع بنصيبه ، أو ما يخصه، ولذلك فإنه يريد أن يأخذ كل الأشياء التي يراها مع أقرانه ، وإذا كان هناك شيء يوزع عليهم فإنه يريد أن يأخذ منه أكثر منهم ، فإذا رفض الكبار هذا السلوك من الطفل سواء كانوا أباء أو معلمين فإنه يبكي بحرارة ويصرخ بشدة حتى يحصل على ما يريد.

١٤- عدم الثبات الانفعالي :

إن الطفل الذي لديه اضطراب الانتباه غير ناضج انفعالياً ولذلك فإن انفعالاته دائماً متقلبة ، فقد يكون معتدل المزاج ، وفجأة ينفجر في ثورة من الغضب يصاحبها بكاء حار بدموع غزيرة ، ويقوم بتحطيم الأشياء التي تقع في متناول يده ، ولذلك فإنه دائماً منبوذ من أقرانه ، وإن هذا التقلب الانفعالي

جعل بعض العلماء يشبهونه بالطفل الرضيع وذلك لعدم قدرته على التحكم فى انفعالاته.

١٥- أحلام اليقظة :

إن الذى ينظر فى عيون الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه يرى كأنه يعيش فى عالم آخر حيث يستغرق هذا الطفل فى النظر إلى البيئة المحيطة به وكأنه يحلم ، ولذلك يطلق بعض العلماء على الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب بأنهم أطفال أحلام اليقظة ، أو الأطفال المحملقون فى النجوم .

١٦- التعليقات الشفهية :

إن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب دائماً يقومون بالتعليقات الشفهية على الكلام الذى يسمعون ، فقد يرددون بعض مقاطعه ، أو يحولونه إلى أسئلة عن طريق استخدام نفس الكلام ولكنهم يقولونه فى صيغة سؤال .

١٧- ضعف القدرة على التحدث :

عندما يقوم الطفل المصاب باضطراب الانتباه بالحديث عن واقعة معينة، أو سرد قصة ، فإنه لا يستطيع تقديم المعلومات التى يتحدث عنها بصورة منطقية وتسلسل ، كما أنه لا يستطيع وصف الأشياء ، ودائماً ينسى الأسماء وفضلاً عما سبق فإن جمل حديثه دائماً تكون ناقصة (Rief, 1993) , (Jordan, 1991, 1992) , (Barkley, 1988).

اضطراب الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقلياً

تشير نتائج الدراسات العلمية الحديثة بأن أعراض اضطراب الانتباه تنتشر بين الأطفال المتخلفين عقلياً أعلى من معدل انتشارها بين الأطفال ذوى

الذكاء الطبيعي خاصة أعراض ضعف الانتباه (Fee, et al, 1994)، وفضلاً عن ذلك فإن ضعف القدرات العقلية لدى هؤلاء الأطفال تؤدي إلى ضعف قدرتهم على الانتباه، وهذا ما أكدته بعض الدراسات السابقة التي فحصت اضطراب الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقلياً (Deborah , et al, 1996)، (Virginia, et al, 1994).

ولعل ذلك يرجع إلى أن الجهاز العصبي لدى الأطفال المتخلفين عقلياً مليء بالضوضاء والتنبيهات الداخلية، كما أن قدرته ضعيفة على تنظيم المنبهات في الذاكرة قصيرة المدى استعداداً للاستجابة لمصدر التنبيه مما يؤدي إلى ضعف الكفاءة الانتباهية لدى هؤلاء الأطفال مقارنة بالأطفال ذوي الذكاء الطبيعي (السيد علي ، ١٩٩٨) .

ويشمل ضعف الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقلياً كل من مدى الانتباه ومدة الانتباه، حيث يقصد بمدى الانتباه: السعة الانتباهية لدى الطفل أي قدرته على الانتباه لأكثر من منبه في وقت واحد، بينما يقصد بمدة الانتباه: بأنها الفترة الزمنية التي يستطيع الطفل تركيز انتباهه فيها على مصدر التنبيه (Carr, 1984).

وفضلاً عما سبق فإن الأطفال المتخلفين عقلياً لديهم ضعف في الانتباه للصفات والخصائص الفيزيائية التي تميز أحد المثيرات البصرية عن غيرها والتي يراها شورم (Schworm, 1979) بأنها أساس عملية التعلم .

تشخيص اضطراب الانتباه لدى الأطفال

لقد أشار دليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV.1994) الأعراض الرئيسية التي يتم على أساسها تشخيص

اضطراب الانتباه لدى الأطفال ، ولكنه أكد على أن هذه الأعراض يجب أن تظهر على الطفل قبل التشخيص بستة أشهر متتالية على الأقل ، كما أنها يجب أن تظهر قبل عمر سبع سنوات على أن يكون ظهورها في كل من البيئة المنزلية والمدرسية معاً ، وهذه الأعراض كما يلي :

أولاً : ضعف القدرة على الانتباه :

ويتم التعرف عليه من الأعراض التالية :

- ١- يجد الطفل صعوبة في الانتباه لشكل المنبه ومكوناته ، ولذلك فإنه يخطئ كثيراً في واجباته الدراسية والأعمال التي يقوم بها ، والأنشطة التي يمارسها .
- ٢- لا يستطيع الطفل تركيز انتباهه لمدة زمنية طويلة على منبه محدد .
- ٣- يجد الطفل صعوبة في عملية الإنصات ، ولذلك فإنه يبدو عند الحديث إليه وكأنه لا يسمع .
- ٤- لا يستطيع الطفل متابعة التعليمات ولذلك فإنه يفشل في إنهاء الأعمال التي بدأها .
- ٥- أعماله دائماً تخلو من النظام والترتيب .
- ٦- يبتعد الطفل عن المشاركة في الأعمال التي تتطلب منه مجهوداً عقلياً سواء كانت تتعلق بالأنشطة التي يمارسها ، أو بالمواد الدراسية .
- ٧- دائماً ينسى الأشياء الضرورية التي يحتاجها سواء كانت خاصة بالناحية الدراسية مثل الكتب والأقلام والواجبات المنزلية ، أو خاصة بالأنشطة مثل الملابس واللعب ... الخ .
- ٨- يتشتت انتباهه بسهولة للمنبهات الدخيلة حتى لو كانت قوة تنبيهها ضعيفة .
- ٩- دائماً ينسى الأعمال اليومية المتكررة والمعتادة التي يقوم بها .

(٥٨)

ثانياً : النشاط الحركى المفرط :

ويتم التعرف عليه من الأعراض التالية :

- ١- دائماً يتلملح الطفل فى مقعده ويتلوى بيديه ورجليه .
- ٢- يظل يمشى ذهاباً وإياباً فى المكان الذى يوجد فيه وذلك بدون سبب أو هدف.
- ٣- دائماً يجعل المكان الذى يوجد فيه مبعثراً وغير منظم .
- ٤- دائماً يحدث صخب وضوضاء ، ولا يستطيع ممارسة عمله أو نشاطه بهدوء.
- ٥- دائماً يتحدث بكثرة .

ثالثاً : الاندفاع :

ويتم التعرف عليه من الأعراض التالية :

- ١- يقوم الطفل بالإجابة عن الأسئلة قبل استكمالها .
- ٢- دائماً عجول ولا يستطيع الانتظار فى دوره .
- ٣- دائماً يقاطع حديث الآخرين ، ويتدخل فى أنشطتهم وأعمالهم .

الفصل الرابع

الاضطرابات المصاحبة لاضطراب الانتباه

المحتويات

- أولا : الاضطرابات السلوكية .
- ثانيا : الاضطرابات الانفعالية .
- ثالثا : اضطراب النوم .
- رابعا : عدم القدرة على التوافق الاجتماعي.

الاضطرابات المصاحبة لاضطراب الانتباه لدى الأطفال

هناك بعض الاضطرابات التي تصاحب اضطراب الانتباه لدى الأطفال وسوف نعرضها باختصار فيما يلي:

أولاً : الاضطرابات السلوكية

تنتشر الاضطرابات السلوكية بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه خاصة السلوك العدواني حيث يؤدي هذا السلوك المشكل لديهم إلى اضطراب علاقاتهم الاجتماعية بالآخرين، وبالتالي فإنهم يعجزون عن التكيف مع البيئة المحيطة بهم (Loney & Milich, 1980) (Lakey, et al, 1980) (Hinshaw, 1987), (1982).

ولقد أجرى بيدرمان، وزملاؤه (Biederman, et al, 1991) دراسة كان هدفها التعرف على معدل انتشار بعض الاضطرابات التي تصاحب اضطراب الانتباه ، وقد بينت نتائج دراستهم أن الاضطرابات السلوكية تنتشر بين (٥٠%) من الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه .

كما أجرت ماريا وزملاؤها (Maria, et al, 1996) أيضاً دراسة استهدفت التعرف على مدى انتشار كل من اضطراب الانتباه، والاضطرابات السلوكية والاندفاعية بين الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم، وقد تكونت عينة دراستهم من (١٥٠) طفلاً من تلاميذ المرحلة الابتدائية لديهم صعوبات تعلم، وقد بينت نتائج هذه الدراسة أن (٤٣) طفلاً من هؤلاء الأطفال لديهم اضطراب الانتباه، و(١٢) طفلاً لديهم اضطرابات سلوكية فقط ، ولوضحت النتائج أيضاً أن اضطراب الانتباه كان يصاحبه سلوك أو أكثر من السلوكيات المشككة .

كذلك قام بورنس وزملاؤه (Burns, et al, 1997) بدراسة فحصت العلاقة بين كل من السلوك المشكل وعناد الطفل ، واضطراب الانتباه لدى الأطفال، وقد أوضحت نتائج دراستهم أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين السلوك المشكل وعناد الطفل. بمعنى أن الطفل يزداد عناده ومعارضته للآخرين وعدم الإذعان لأوامرهم وتعليماتهم كلما زاد لديه عدد وحدة السلوكيات المشكلة، كما بينت النتائج أيضاً أن هذه السلوكيات المشكلة تتلازم دائماً مع أعراض اضطراب الانتباه وكأنها عرض يميزه.

أما بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً فقد بينت نتائج الدراسات التي تناولت هذين الاضطرابين لديهم أن هناك علاقة ارتباطية موجبة وعالية بين اضطراب الانتباه، والمشكلات السلوكية لدى أطفال هذه الفئة، كما بينت النتائج أيضاً أن المشكلات السلوكية التي تلازم اضطراب الانتباه يزداد عددها ومستوى حدتها بين الأطفال المتخلفين عقلياً أكثر من أقرانهم ذوى الذكاء الطبيعي الذين يعانون من هذين الاضطرابين معاً (Fee, et al, 1991 & 1993).

ثانياً : الاضطرابات الانفعالية

كثيراً ما يتلازم اضطراب الانتباه لدى الأطفال بالاضطرابات الانفعالية خاصة القلق والاكتئاب، ولقد بين بيدرمان وزملاؤه (Biederman, et al, 1991) أن هناك نسبة تصل إلى (٧٥٪) من الأطفال المصابين باضطراب الانتباه لديهم اكتئاب، و(٢٥٪) منهم لديهم قلق عصابي.

ولقد أجرى نوسباوم وزملاؤه (Nussbaum , et al, 1988) دراسة استهدفت التعرف على المشكلات النفسية والاجتماعية التي تلازم اضطراب الانتباه لدى الأطفال ، وقد أسفرت نتائج دراستهم على أن السلوكيات

غير المقبولة التي يقوم بها هؤلاء الأطفال خاصة فرط النشاط الحركي ، والاندفاع تؤدي إلى رفضهم الاجتماعي من الأقران ، وأن هذا الرفض الاجتماعي يؤدي إلى عزلتهم الاجتماعية ولذلك فإنهم دائماً يشعرون بالوحدة النفسية ، والقلق ، والاكتئاب .

كما قام بيدerman وزملاؤه (Biederman, et al, 1998) أيضاً بدراسة كان الهدف منها التعرف على طبيعة العلاقة بين الاكتئاب واضطراب الانتباه لدى الأطفال، وقد تكونت عينة دراستهم من (٧٦) طفل يعانون من هذين الاضطرابين معاً، وقد استمر الباحثون في متابعة أفراد العينة لمدة أربعة سنوات متتالية، وقد بينت نتائج الدراسة أن أعراض اضطراب الانتباه ترتفع لدى الأطفال الذين يعانون من اكتئاب مستمر، بينما كانت هذه الأعراض تنخفض حدثها لدى الأطفال الذين يعانون من نوبات اكتئابية حيث تخف أعراض اضطراب الانتباه عندما تختفي أعراض الاكتئاب.

وفي محاولة للتعرف عما إذا كانت الاضطرابات الانفعالية سبباً أو نتيجة لاضطراب الانتباه لدى الأطفال ، قام بليزكا (Pliszka, 1989) بدراسة استهدفت معرفة مدى الاستجابة للعلاج لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه ويلزمه اضطراب انفعالي آخر ، وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعتين من الأطفال ، الأولى كانت تعاني من اضطراب الانتباه ، ويلزمه مرض القلق ، والثانية كانت تعاني من هذا الاضطراب بدون قلق ، وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة على أن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ويصعبه قلق لا يستجيبون للعلاج ، بينما استجاب أطفال المجموعة الثانية للعلاج والذين كانوا يعانون من هذا الاضطراب بدون قلق ، وعندما قام الباحث بعلاج القلق لدى أفراد المجموعة الأولى ، وجد أن أعراض هذا

(٦٤)

الاضطراب تختفى تلقائياً مما جعله يؤكد أن اضطراب الانتباه لدى أفراد هذه المجموعة كان عرضاً للقلق.

كما قام بيتر وزملاؤه (Peter, et al, 1993) بدراسة كسان هدفها التعرف على طبيعة العلاقة بين كل من ضغوط الحياة ، والقلق والاكتئاب باضطراب عجز الانتباه لدى الأطفال ، وقد أسفرت النتائج عن أن هناك علاقة موجبة بين ضغوط الحياة وكل من القلق والاكتئاب ، كما أوضحت النتائج أيضاً أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين كل من القلق والاكتئاب، واضطراب الانتباه ، بينما لم تكن هناك علاقة بين ضغوط الحياة وهذا الاضطراب بمعنى أن ضغوط الحياة قد أدت إلى إصابة الأطفال بكل من القلق والاكتئاب ، وبعد ذلك ظهر اضطراب الانتباه كعرض للقلق والاكتئاب.

وعلى أية حال فإننا لا نجزم بأن اضطراب الانتباه يكون دائماً عرضاً للاضطرابات الانفعالية التي تظهر معه، ولكن المؤكد هو أن أحدهما دائماً يكون سبباً للآخر ، حيث إن الاضطراب الأول في الظهور لدى الأطفال يكون هو المرض ، بينما يكون الاضطراب الذي يعقبه في الظهور هو العرض . وهذه حقيقة هامة نضعها أمام المعالجين الذين يقومون بعلاج هذه الاضطرابات لدى الأطفال حيث يجب عليهم دراسة التاريخ التطوري لهذه الاضطرابات بعناية شديدة قبل بدء العلاج حتى يمكنهم تحديد أيهما السبب ، وأيها النتيجة ، أو بعبارة أخرى أيهما المرض ، وأيها العرض حتى يستطيعوا تركيز العلاج على المرض بدلاً من تركيزه على العرض لكي يسفر علاجهم على النتائج المرجوة منه .

ثالثاً : اضطراب النوم

ينتشر اضطراب النوم بين الأطفال المصابين باضطراب الانتباه مما يجعلهم يشعرون دائماً بالإرهاق ، ونظراً لأن هذا الإرهاق يؤثر على الكفاءة الانتباهية ، لذلك قام بعض الباحثين بدراسة طريقة نوم هؤلاء الأطفال وفحص طبيعة العلاقة بين اضطراب النوم ، واضطراب الانتباه ، ولما كانت الدراسات التي عالجت هذا الموضوع متشابهة إلى حد كبير لذلك سوف نقتصر في عرضنا على الدراسات الحديثة منها فقط .

فلقد قام بال وزملاؤه (Ball, et al, 1997) بدراسة كان هدفها التعرف على طريقة النوم لدى الأطفال المصابين باضطراب الانتباه ، وقد بينت نتائج دراستهم أن هؤلاء الأطفال كثيرو الحركة والتقلب أثناء نومهم لدرجة أن الباحثين قد شبهوا فراشهم بحلبة المصارعة ، كما أوضحت النتائج أيضاً أن هؤلاء الأطفال يكونون قلقين في نومهم ويستيقظون كثيراً أثناء النوم مما يجعلهم يشعرون دائماً بالإرهاق .

كذلك قام شيرفن وزملاؤه (Chervin, et al, 1997) بدراسة العلاقة بين اضطراب النوم واضطراب الانتباه لدى الأطفال ، وقد تكونت عينة دراستهم من مجموعتين من الأطفال الأولى تعاني من اضطراب الانتباه ، والثانية تعاني من اضطرابات نفسية فقط ، وقد تراوحت أعمار أفراد العينة بين (٢-١٨) سنة ، وقد بينت نتائج هذه الدراسة أن اضطراب النوم ينتشر بين (٨١٪) من الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه ، كمال أنه ينتشر أيضاً بين (٢٥٪) من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية فقط .

رابعاً: عدم القدرة على التوافق الاجتماعي

نظراً لأن الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه يكون مندفعاً وعدوانياً وعنيفاً ، ويرفض اتباع القواعد السلوكية التي تحكم التعامل مع الآخرين ، أو المتبعة في ممارسة نشاط معين ، ويتسم كذلك بالطمع الشديد ولا يرضى بنصيبه، ويتدخل في أنشطة الآخرين وحديثهم، ويقوم ببعض السلوكيات غير المرغوبة التي تؤذيهم دون أن يضع في اعتباره مشاعرهم، لذلك فإن المحيطين به يشعرون بالاستياء منه ولا يرغبون في وجوده معهم أو التعامل معه سواء كان ذلك في البيئة المنزلية أو المدرسية ، ومن ثم فإنه لا يستطيع أن يتوافق معهم اجتماعياً ، وهذا ما أكدته نتائج الدراسات السابقة التي أجريت على هذا الموضوع والتي بينت في نتائجها أن السلوكيات غير المرغوبة التي يقوم بها الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه تؤدي إلى رفضه من المحيطين به وبالتالي فإنه لا يستطيع أن يتوافق معهم اجتماعياً ، ونذكر منها على سبيل المثال وليس الحصر الدراسة التي أجراها كل من ستيفن، ليزا (Steven & Liza, 1991) والتي استهدفت التعرف على الأسباب التي تكمن وراء عدم القدرة على التوافق الاجتماعي لدى الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه، وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن السلوكيات غير المرغوبة التي يقوم بها هذا الطفل تجعل المحيطين به ينبذونه ، وبالتالي فإنه لا يستطيع أن يتوافق اجتماعياً معهم .

كذلك قام جونستون ، وفريمان (Johnston & Freeman, 1997) بدراسة العلاقة بين تفاعل الوالدين والسلوك المشكل لدى أطفالهم الذين يعانون من اضطراب الانتباه ، وقد أوضحت هذه الدراسة قسماً نتائجها أن تفاعل الوالدين السلبي مع أطفالهم الذين يعانون من هذا الاضطراب يكمن وراء السلوك المشكل لدى هؤلاء الأطفال .

ونظراً لأن الاتجاه نحو تنمية القدرة على التوافق الاجتماعي لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه هو السائد في الآونة الأخيرة بين الباحثين المهتمين بالأطفال المصابين بهذا الاضطراب ، لذلك فقد أجريت العديد من الدراسات العلمية الحديثة التي كان هدفها الرئيسي أو الفرعي هو تنمية مهارات التوافق الاجتماعي لدى هؤلاء الأطفال من خلال تدريبهم على تعديل سلوكهم المشكل سواء كان ذلك في البيئة المدرسية أو المنزلية، ولما كانت هذه الدراسات كثيرة العدد لذلك سوف نكتفي بعرض الدراسات الحديثة منها فقط والتي كان هدفها الرئيسي هو تنمية التوافق الاجتماعي لدى هؤلاء الأطفال .

فقد أجرى إدوارد ، وساندرا (Edward & Sandra, 1994) دراسة كان هدفها تدريب الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه على التحكم في سلوكهم في حجرة الدراسة وأثر ذلك على علاقتهم الاجتماعية مع الآخرين ، وقد تكونت عينة الدراسة من طفل واحد يعانى من هذا الاضطراب، وبعد الانتهاء من البرنامج التدريبى أوضحت نتائج الدراسة أن هذا الطفل استطاع أن يتحكم في سلوكه الاندفاعى ويعدل في نسبة كبيرة من سلوكياته غير المقبولة اجتماعياً مما انعكس أثره على علاقاته الاجتماعية مع أقرانه بحجرة الدراسة حيث اتسمت بالتفاعل الإيجابى .

كذلك أجرت ليندا (Linda, 1994) دراسة استهدفت تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية الذين يعانون من اضطراب الانتباه ، وكان الأطفال في عينة الدراسة يعانون من اضطرابات انفعالية شديدة تصاحب اضطراب الانتباه ، وقد أوضحت الباحثة في نتائج دراستها أنها تمكنت من تعديل معظم السلوكيات غير المرغوبة لدى هؤلاء الأطفال ، وإكسابهم مهارات التفاعل الاجتماعي الإيجابى .

كما أجرى بفيغندر، وماك بونيست (Pfiffner & Mc Burnett, 1997) دراسة كان هدفها تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه من خلال تدريب الوالدين على طريقة التفاعل والتعامل الصحيحة مع هؤلاء الأطفال ، وبعد الانتهاء من البرنامج قام الباحثان بمتابعة لهؤلاء الأطفال وآبائهم لمدة أربعة أشهر ، وقد أوضحت نتائج الدراسة أنه أمكن تعديل السلوك المشكل لدى هؤلاء الأطفال وتنمية مهارات التوافق الاجتماعي لديهم ، كما بينت النتائج أيضاً أن السلوك الصحيح الذي اكتسبه الطفل من خلال هذا البرنامج قد عممه على سلوكياته الأخرى في البيئة المدرسية .

كذلك قام فرانكل وزملاؤه (Frankel, et al, 1997) بدراسة انتقال أثر التدريب المنزلي الذي يتلقاه الطفل من والديه في البيئة المنزلية لتعديل سلوكه المشكل وتنمية مهاراته الاجتماعية وتعميم أثر هذا التدريب على سلوكه في البيئة المدرسية ، وقد تكونت عينة الدراسة من أطفال مصابون باضطراب الانتباه ، وآخرون لديهم عناد وعدم الإذعان والطاعة في اتباع التعليمات، وقد قسم هؤلاء الأطفال إلى مجموعتين حيث تلقى أطفال المجموعة الأولى تدريباً من آباءهم ، أما أطفال المجموعة الثانية فكانوا كمجموعة ضابطة حيث لم يتلقوا هذا التدريب .

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال الذين تلقوا تدريباً من قبل آباءهم استطاعوا أن يعدلوا من سلوكياتهم غير المرغوبة وتعلموا مهارات التفاعل الاجتماعي الإيجابي ، كما أنهم قد نقلوا السلوك المتعلم الذي اكتسبوه من التدريب إلى البيئة المدرسية بمعنى أنهم قد قاموا بتعميم السلوكيات التي اكتسبوها في البيئة المنزلية إلى سلوكيات أخرى مماثلة في البيئة المدرسية .

الفصل الخامس

المشكلات التعليمية المصاحبة لاضطراب الانتباه

المحتويات

- أولا : صعوبات التعلم .
- ثانيا : التأخر الدراسي .

المشكلات التعليمية التي تصاحب اضطراب الانتباه لدى الأطفال

رغم أن الدراسات العملية الحديثة قد أوضحت أن اضطراب الانتباه يرتبط بالضعف المعرفي والتأخر الدراسي، إلا أنها قد بينت في نتائجها أنه منفصل عن صعوبات التعلم حيث إنه قد يوجد اضطراب الانتباه وحده لدى الطفل، وينجم عنه عدد من المشكلات التعليمية التي تؤدي إلى تأخر الطفل دراسياً، كذلك قد توجد صعوبات التعلم وحدها بدون هذا الاضطراب وهي تؤدي أيضاً إلى تأخر الطفل دراسياً، وقد يجتمع هذا الاضطراب مع صعوبات التعلم لدى الطفل في وقت واحد، وهنا تتفاقم المشكلة حيث يزداد مستوى التأخر الدراسي لدى الطفل ويصعب تحسينه (Stephen, et al, 1992), (Giler, et al, 1993) ، ونظراً لأهمية هذا الموضوع لذلك سوف نتعرض لصعوبات التعلم والتأخر الدراسي لدى الأطفال المصابين بهذا الاضطراب فيما يلي:

أولاً : صعوبات التعلم

تنتشر صعوبات التعلم بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه حيث إن معظمها قد يرجع إما لعدم قدرتهم على القراءة الشاملة للمادة المقروءة، أو لأنهم يعانون من اضطراب اللغة (Cynthia & George, 1997), (Cavanaugh, et al, 1997), (Stephen, 1996), (1993) ، وهذا ما بينته نتائج الدراسات السابقة .

فلقد قام كل من سينثيا، وجورج (Cynthia & George, 1993) بدراسة استهدفت فحص العلاقة بين اضطراب اللغة وصعوبات التعلم لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه، وقد أوضحت نتائج الدراسة أن اضطراب اللغة يرتبط بعلاقة موجبة مع صعوبات التعلم لدى هؤلاء الأطفال حيث إن اضطراب اللغة يجعلهم يعجزون عن تقديم الاستجابة الصحيحة التي

تدور بمخيلتهم ، وفضلاً عن ذلك فإن اضطراب الحديث لديهم يجعلهم يقفزون من موضوع إلى آخر غير قادرين على تقديم الاستجابة الصحيحة في صورة منطقية متسلسلة.

كذلك أجرى ستيفين (Stephen, 1996) دراسة كان الهدف منها التعرف على قدرة الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه على القراءة الصحيحة، وقد تكونت عينة دراسته من (٢١) طفلاً بالمرحلة الابتدائية يعانون من هذا الاضطراب، و(٢١) طفلاً من أقرانهم الأسوياء الذين لا يعانون من هذا الاضطراب، وقد أوضحت نتائج الدراسة أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه لا يستطيعون قراءة المادة المقروءة قراءة شاملة حيث إنهم يقفزون من جملة إلى أخرى ومن فقرة إلى أخرى تاركين بعض السطور أو الفقرات بدون قراءة، ولذلك فإن ما يستقبلونه من معلومات مقروءة تكون غير مترابطة وغير مفهومة مما يجعلهم يصنفون بأنهم يعانون من صعوبات تعلم.

وأخيراً قام كافانو وزملاؤه (Cavanaugh, et al, 1997) بدراسة العلاقة بين صعوبات التعلم بصفة عامة، واضطراب الانتباه لدى الأطفال ، وقد بينت نتائج دراستهم أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين صعوبات التعلم وهذا الاضطراب، كما أوضحت النتائج أيضاً أن صعوبات التعلم تنتشر بين (٣٠%) من الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب.

ثانياً : التأخر الدراسي

لسنا بصدد الحديث عن أسباب التأخر الدراسي بصفة عامة في هذا المجال، ولكننا سوف نقوم بمعالجة المشكلات التي تنجم عن إصابة الطفل باضطراب الانتباه ، وتؤدي إلى تأخره دراسياً ونوجزها فيما يلي :

١- ضعف القدرة على الفهم :

إن الأطفال المصابين باضطراب الانتباه يعانون من ضعف القدرة على فهم المعلومات التي يستقبلونها سواء كانت شفوية أو مكتوبة .

فبالنسبة للمعلومات الشفهية فقد أوضحت نتائج الدراسات الحديثة أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لا يفهمون أكثر من (٣٠٪) من جميع المعلومات التي يسمعونها ، وهذه حقيقة علمية خطيرة توحى بأن الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب لا يفهم إلا ثلث المعلومات التي يتلقاها خلال اليوم الدراسي .

كذلك فإن هؤلاء الأطفال يعانون من ضعف القدرة على الإنصات ويبدون وكأنهم لا يسمعون ، ولذلك تضعف قدرتهم على فهم جميع المعلومات التي يستقبلونها عن طريق حاسة السمع، ونود الإشارة هنا إلى أن ضعف القدرة على الإنصات لدى هؤلاء الأطفال ليس لها علاقة بالقدرة على السمع، حيث إن حاسة السمع لديهم سليمة وتعمل بطريقة جيدة ، ولكن الجهاز العصبي لدى هؤلاء الأطفال يتصف بضعف القدرة على معالجة المعلومات المسموعة وربطها بالمعنى .

ويتضح ذلك عندما يوجد الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب مع آخرين يتحاورون ، حيث يشعر الطفل بأنه في عزلة سمعية تبعده عن فهم ما يدور في الحوار ، ولذلك فإنه يبتعد عن المشاركة في هذا الحوار لأن خيوطه تكون غير واضحة لديه ، وإذا اشترك معهم في الحوار فإن حديثه لا يرتبط بما يدور فيه : فعلى سبيل المثال إذا كان المعلم يقوم بشرح الدرس وسئل هذا الطفل سؤالاً فإن إجابته تبتعد تماماً عن السؤال الذي طرحه المعلم عليه،

ولذلك نجد أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب دائماً يخفقون في الاختبارات الشفهية بالمدرسة وذلك لعدم قدرتهم على فهم الأسئلة .

وفضلاً عن ذلك فإن الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب لا يستطيع متابعة جميع المعلومات المسموعة التى يستقبلها ، فمثلاً إذا كان المعلم يشرح درساً ، وأراد أن يراجع مع الطفل ما قد تم شرحه ، فإن الطفل يندهش ويتعجب من المعلم ويقول له : أنت لم تقل ذلك أبداً ، أو أنا لم أسمعك تقول ذلك .

أما بالنسبة للمعلومات المكتوبة فإن الجهاز العصبى للطفل المصاب باضطراب الانتباه لا يستطيع أيضاً معالجة كل ما يستقبله من المعلومات المقروءة ، ولذلك نجد أن هذا الطفل يخطئ كثيراً فى القراءة ، ويزداد معدل أخطائه كلما زادت المادة المقروءة ، حيث إن الطفل قد يقرأ الصفحة الأولى بدون أخطاء ، أما فى الصفحة الثانية فإنه يخطئ ، و تصل نسبة أخطائه فيها إلى (٢٠ ٪) تقريباً ، وفى الصفحة الثالثة ترتفع نسبة هذه الأخطاء لتصل إلى حوالى (٦٠ ٪) تقريباً ، وهكذا يزداد معدل الأخطاء كلما زادت المادة المقروءة ، ولذلك يجب على المعلم أن يقسم ما يجب على الطفل قراءته إلى وحدات صغيرة بحيث يجعله يقرأ وحدة منه ، ثم يستريح الطفل بعضاً من الوقت ويعود بعدها لقراءة الوحدة الثانية ، ثم يستريح الطفل وقتاً آخر ، ويعود لقراءة الوحدة الثالثة ... وهكذا حتى ينتهى الطفل من القراءة .

ونخلص مما سبق أن الجهاز العصبى المركزى لدى الطفل المصاب باضطراب الانتباه لا يستطيع معالجة كل المعلومات السمعية والبصرية التى يستقبلها ، ولذلك نجد أن قدرته على الفهم ضعيفة جداً ويترتب على ذلك أنه يخطئ أيضاً فى الاستجابة .

٢. الاستجابة الخاطئة :

ترجع الاستجابة الخاطئة للطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه إما لضعف قدرته على الفهم والتي سبق الإشارة إليها ، أو لضعف قدرته على التذكر حيث لا تسفحه العمليات العقلية على استدعاء المعلومات الضرورية التي يحتاجها في هذا الوقت من الذاكرة بعيدة المدى ، ولذلك فإن معظم استجابته تكون خاطئة ، ويمكننا أن نشاهد ذلك لدى الطفل المصاب بهذا الاضطراب عندما يقوم بالقراءة ، أو بحل مسألة في الرياضيات حيث نجده يخطئ كثيراً في القراءة لأنه ينسى أسماء الحروف ، كما أنه يخطئ أيضاً في الرياضيات لأنه ينسى أسماء الأشكال الهندسية وعلامات الجمع والطرح والقسمة ، ولذلك فإنه يتوقف كثيراً لبحث في ذاكرته عن هذه المعلومات التي نسيها ، وعندما لا تسفحه الذاكرة فإنه يجيب بإجابات خاطئة ، ويؤثر ذلك على أدائه خاصة إذا كان يجيب على اختبار ما مما يجعله يحصل فيه على درجات منخفضة .

وفي بعض الأحيان تعمل الذاكرة بطريقة جيدة عندما يبدأ الطفل فسي عمل معين ، ولكنها سرعان ما تضعف ، ويزداد هذا الضعف تدريجياً كلما زاد حجم العمل الذي يقوم به الطفل وزادت معه الفترة الزمنية التي يستغرقها هذا العمل ، فعلى سبيل المثال وليس الحصر إذا كان هذا الطفل يقوم بحل عدد من المسائل في مادة الرياضيات ، فإنه قد يحل المسألة الأولى بدون أخطاء ، ولكنه يخطئ في المسألة الثانية خطأ بسيطاً ، ويزداد حجم هذا الخطأ مع كل مسألة جديدة يقوم بحلها حتى يصبح الخطأ كلياً .

ونود الإشارة إلى أن الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب يقوم بالاستجابة الخاطئة رغماً عنه ، ودون قصد منه حيث يرجع ذلك لعدم قدرته على التحكم في جهازه العصبى وعملياته العقلية المضطربة ، ولذلك فإن المعلم

عندما يقوم بعقاب هذا الطفل وتوبيخه على أخطائه فإن الطفل يشعر بالفشل والدونية ويكون مفهوماً سلباً عن ذاته .

٣- كثرة النسيان:

إن كثرة النسيان من أهم السمات التي يتسم بها الطفل المصاب باضطراب الانتباه ، ولذلك نجده دائماً ينسى في الصباح بعض كتبه وأدواته الدراسية التي سيستخدمها في هذا اليوم الدراسي ، وأثناء عودته من المدرسة فإنه ينسى أيضاً بعض كتبه وأدواته التي أخذها معه في الصباح إلى المدرسة، كما يحدث ذلك أيضاً أثناء تنقل الطفل من حجرة الدراسة إلى حجرة النشاط والعكس ، وكذلك ينسى الطفل حل واجباته الدراسية بالمنزل واستذكار دروسه التي يجب عليه استذكارها، ومحصلة كل ذلك أن مستوى التحصيل الدراسي لدى هذا الطفل ينخفض ولذلك فإنه يتأخر دراسياً .

ونظراً لأن النسيان الدائم سمة أساسية تميز الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب ، لذلك يجب على المعلم أن يدون له في دفاتره الواجبات المنزلية المطلوب منه حلها في هذا اليوم ، ويدون له أيضاً الكتب والأدوات الدراسية التي يجب عليه أن يحضرها معه في اليوم التالي ، وذلك لأن الجهاز العصبي لدى هؤلاء الأطفال لا يستطيع الاحتفاظ بالمعلومات الشفهية التي يسمعونها لمدة طويلة تسمح لهم بتذكرها بعد ذلك .

٤- شروط الذهن :

إن العملية التعليمية تتطلب من الطفل أن يركز انتباهه على المنبه الرئيسي وتجاهل المنبهات الأخرى التي ليس لها علاقة بالمنبه الرئيسي والتي تسمى بالمنبهات الشاذة أو الدخيلة ، وهذا الأمر يشكل صعوبة بالغة للطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه حيث يتشتت انتباهه بسهولة بين المنبهات

الدخيلة بعيداً عن المنبه الرئيسي في العملية التعليمية . فعلى سبيل المثال نجد أن سقوط القلم على الأرض ، والصوت الذى يحدث أثناء تقليب صفحات الكتب ، والصوت الذى يأتى من خارج حجرة الدراسة ، أو الحركة البسيطة لأى كرسي من الكراسى التى يجلس عليها التلاميذ فى حجرة الدراسة تجذب انتباه هذا الطفل إليها بعيداً عن المعلم وما يقدمه من معلومات جديدة فى الدرس .

ونود الإشارة إلى أن التشنت المتكرر لانتباه الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب يجعله لا يكمل العمل الذى يقوم به . فمثلاً إذا كان الطفل يقوم بحل عدة مسائل فى مادة الرياضيات وتشنت انتباهه لأى منبه آخر ، ثم عاد بانتباهه مرة أخرى لإكمال العمل الذى يقوم به ، فإنه يعتقد أن المسألة التى كان يقوم بحلها قد انتهت ، ويبدأ فى حل مسألة جديدة ولم يدرك أن انتباهه كان مشتتاً بين منبهات أخرى جعلته لا ينهى حل المسألة السابقة ، ويحدث ذلك دائماً فى كل مرة يتشنت فيها انتباه هذا الطفل . ولذلك فإن المعلم عندما يقوم بمراجعة عمله فإنه يجد فيه فجوات كثيرة ويتهمه بالتقصير، وهذا الأمر يثير دهشة هذا الطفل لأنه يعتقد أنه قد أنهى العمل الذى كان يقوم به عندما توقف ، ولا يدرك أن انتباهه كان مشتتاً .

• نمط التفكير :

إن الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه لديه قدرة ضعيفة على التفكير ، كما أن نمط تفكيره غير مترابط، ولذلك نجده يستغرق فى التفكير فى موضوعات هامشية بعيدة كل البعد عن العمل الذى كان يقوم به وذلك مثل كلمة سمعها من أحد زملاءه ، أو مشهد رآه فى الطريق ، كما أن أفكاره تنتقل بسرعة شديدة من فكرة إلى أخرى ، ومن موضوع إلى آخر، ولذلك فإنه لا يستطيع تركيز تفكيره على العمل الذى يقوم به مما يجعله مليناً بالأخطاء .

٦- الكتابة الرديئة :

إن كتابة الطفل المصاب باضطراب الانتباه مليئة بالأخطاء اللغوية حتى لو كان الطفل يقوم بالنقل من كتاب أمامه . فمثلاً عندما يقوم هذا الطفل بإعادة كتابة بعض الصفحات من كتاب القراءة ، أو نقل درس من على السبورة نجد أن الصفحة الواحدة مما كتبه مليئة بالأخطاء اللغوية رغم أن الطفل يرى أمامه الكلمات التي يكتبها ، فضلاً عن ذلك فإن الصفحة التي كتبها تكون أيضاً مليئة بالمحو والشطب ، مما يجعل الشكل العام لها رديئاً ، ولذلك فإنه دائماً يخفى دفاثره عن المعلم حتى لا يرى ما بها من أخطاء ومحو وشطب ، وإذا اضطر إلى تقديمها للمعلم ، فإنه يقدمها له بخجل واستحياء لسوء ما تحتويه .

٧- تجنب الموقف التعليمي :

إن الطفل المصاب باضطراب الانتباه يحاول أن يبتعد بشتى الطرق عن المواقف التعليمية بصفة عامة ، والتي تحتاج إلى تفكير وجهد عقلي بصفة خاصة ، ولذلك فإنه يحاول تجنب هذه المواقف بحيل شتى حيث نجده يشتمكي مثلاً من صداع في رأسه أو ألم في بطنه ، أو أنه يخرج من حجرة الدراسة لكي يذهب لدورة المياه ، أو لاستعارة شيء من صديقه أو شقيقه الموجود معه في صف آخر بالمدرسة ، وعندما يخرج من حجرة الدراسة فإنه يتباطأ في الرجوع إليها .

أما داخل حجرة الدراسة فإن هذا الطفل يحاول أن يتجنب الموقف التعليمي من خلال قيامه ببعض الأفعال التي تستهلك وقتاً طويلاً ، فمثلاً نجده يستغرق وقتاً طويلاً في مسح السبورة ، أو يرى القلم ، أو يبحث عن شيء من أدواته في حقيبة كتبه ، وإذا عجز عن تجنب الموقف التعليمي بأى حيلة عن

(٧٩)

الحيل السابقة أو غيرها فإنه يجلس على مقعده ويهيم بخياله في عالم آخر من أحلام اليقظة بعيداً عن العملية التعليمية .

وفي محاولة أخرى لتجنب الموقف التعليمي نجد أن هذا الطفل يتأخر دائماً عن زملائه سواء كان ذلك في الحضور إلى المدرسة في الصباح ، أو في الدخول إلى حجرة الدراسة بعد طابور الصباح أو طابور الفسحة ، أو عند التنقل من حجرة النشاط إلى حجرة الدراسة, (Jordan, 1992), (Cavanaugh, 1997) , (Velting & Whitehurst, 1997), (Purvis & Tannock, 1997) .

الفصل السادس

العلاج

المحتويات

- أولا : العلاج الطبى .
- ثانيا : العلاج السلوكى .
- ثالثا : العلاج النفسى .
- رابعا : العلاج التربوى .
- خامسا : العلاج الأسرى .
- علاج ضعف الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقليا .

علاج اضطراب الانتباه

لقد سبق أن بينا أن إصابة الأطفال باضطراب الانتباه يرجع لعدة أسباب تتعلق إما بالمخ ، أو بالوراثة أو بالظروف البيئية المحيطة ، وأشـرنا كذلك إلى أن هذا الاضطراب غالباً ما يصاحبه اضطرابات أخرى سواء كانت سلوكية ، أو انفعالية ، أو تعليمية والتي قد تكون سبباً أو نتيجة لهذا الاضطراب ، ولذلك فإن علاج هذا الاضطراب لا يجب أن يعتمد على طريقة علاجية واحدة خاصة إذا كان يصاحبه أحد أو بعض الاضطرابات الأخرى سالفة الذكر ، حيث إن تعدد الطرق العلاجية تمكن المعالجين من علاج هذه الاضطرابات معاً ، وبعبارة أخرى علاج المرض: أى الاضطراب الأول فى الظهور ، وأعراضه أى الاضطرابات التى تصاحبه.

وعلى أية حال نود الإشارة إلى أن هناك عدداً من الطرق العلاجية التى تستخدم فى علاج هذا الاضطراب أهمها هو العلاج الطبى ، والعلاج السلوكى ، والعلاج النفسى ، والعلاج التربوى ، والعلاج الأسرى ، ونقدم فيما يلى عرضاً مختصراً لهذه الطرق العلاجية .

أولاً: العلاج الطبى

لقد سبق أن ذكرنا أن اضطراب الانتباه قد يرجع لإختلال التوازن فى القواعد الكيميائية الموجودة فى الناقلات العصبية بالمخ ، أو فى نظام التنشيط الشبكي لوظائف المخ ، ولذلك فإن العلاج الكيميائى الذى يستخدم فى هذه الحالة من خلال العقاقير الطبية يهدف إلى إعادة التوازن الكيميائى لهذه القواعد الكيميائية حيث إن تأثيره يؤدى إلى رفع الكفاءة الانتباهية لدى الطفل ، كما أنه يؤدى إلى زيادة قدرته على التركيز، ويقلل من مستوى الاندفاعية والعدوان، والنشاط الحركى المفرط (Pelham, et al,1990)

ولكن ما نود الإشارة إليه هو أن العلاج بالعقاقير الطبية لهذا الاضطراب لا يكون فعالاً مع جميع الحالات حيث نجد أن الأطفال المصابون بهذا الاضطراب لأسباب تتعلق بتلف بالمخ لا يستجيبون للعلاج الكيميائي ، وهذا ما أشار إليه باركلي (Barkley , 1990) حيث أوضح أن هناك نسبة تصل إلى (٢٥٪) من الأطفال المصابين باضطراب الانتباه الذي يرجع لأسباب تتعلق بتلف بالمخ لا يستجيبون للعلاج بالعقاقير الطبية ، ولذلك نادى بضرورة تنوع الأساليب العلاجية التي تستخدم في علاج هذا الاضطراب بحيث إذا لم يظهر تأثير لإحداها ، فقد يظهر تأثير للأخرى ، أو أن تتعاون هذه الطرق العلاجية معاً لكي تعالج كل طريقة ما يخصها سواء كانت سلوكية أو نفسية أو تعليمية .

وعلى أية حال فإن العقاقير الطبية التي تستخدم في علاج هذا الاضطراب والتي ثبتت فعاليتها في إعادة التوازن الكيميائي للقواعد الكيميائية بالمخ خاصة في الناقلات العصبية ، ونظام التنشيط الشبكي لوظائف المخ هي الميثا يلفينيديت Methyphenidate والذي يعرف تجارياً باسم ريتالين Ritalin ، وأيضاً البيمولان Pemoline والذي يعرف تجارياً باسم سيليرت Cylert ، وكذلك الدكسترو أمفيتامين Dextroamphetamine والذي يعرف تجارياً باسم ديكسادرين Dexadrine ، ولقد أدى استخدام هذه العقاقير الطبية إلى تحسين مستوى الانتباه لدى الأطفال المصابين بهذا الاضطراب ، كما أنها قللت أيضاً من شرود الذهن، والاندفاعية، والعدوانية ، والنشاط الحركي المفرط لديهم (Gadow, et al 1995), (Nussbaum & Bigler, 1990).

كذلك فإن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات مثل الأمي برامين Imipramine ، والديسبيرامين Desipramine تستخدم كعلاج بديل لهذا الاضطراب خاصة عندما يصاحبه قلق واكتئاب ، كما يستخدم أيضاً عقار

ألفا أدريجيك Alpha Adrenergic والذي يعرف تجارياً باسم كلونيدين Clonidine كعلاج بديل لهذا الاضطراب ، وهو يستخدم أساساً فى علاج التوتر الشديد ، ولكنه اقترح مؤخراً كعلاج لاضطراب الانتباه بعد أن ظهرت فعاليته فى خفض أعراض هذا الاضطراب خاصة خفض مستوى الاندفاع والعدوانية (Hunt, et al 1986).

وعلى الرغم من أن العلاج بالعقاقير الطبية فعال جداً فى معظم الحالات إلا أن له بعض الآثار الجانبية التى تظهر على الطفل مثل الأرق ، والحمول ، والميل للنوم، وفقد الشهية للطعام ، والصداع ، وآلام البطن ، والرعشة ، وتقلب الحالة المزاجية لدى الطفل ، ولكن معظم هذه الأعراض تزول تلقائياً وبالتدريج بعد أسبوع أو أسبوعين من بدء العلاج، كما أن بعضها الآخر يمكن التغلب عليه من خلال تنظيم وقت استخدام هذه العقاقير . فمثلاً الأدوية التى يترتب على استخدامها فقد الشهية للطعام يمكن استخدامها أثناء تناول الطعام أو بعد تناوله كما أن الأدوية التى يؤدى استخدامها إلى الخمول والميل للنوم يمكن تناولها فى الفترة المسائية فقط ، كذلك فإن الأدوية التى تؤدى إلى اضطرابات النوم يمكن إعطاؤها للطفل فى وقت مبكر .

ولكن ما نود الإشارة إليه هو أن اضطراب الانتباه يؤدى إلى تقلص بعض العضلات لدى الأطفال ، كما أن هناك بعض العقاقير المنبهة التى تستخدم فى علاج هذا الاضطراب تزيد من تقلص هذه العضلات مما يجعلها تتحرك لدى الطفل بطريقة لا إرادية وتظهر فى صورة إلزامية يطلق عليها باللوازم العصبية . فإذا ظهرت هذه اللوازم العصبية لدى الطفل أثناء تناوله لهذه الأدوية فيجب فى هذه الحالة وقف استخدامها فوراً واستبدالها بعقاقير أخرى لا تؤدى إلى تقلص هذه العضلات.

وقضلاً عما سبق فإن أهم مساوئ علاج هذا الاضطراب بالعقاقير الطبية هو أنه يستمر لفترة زمنية طويلة مما يؤدي إلى إدمان بعض الأطفال للعقاقير التي تستخدم في العلاج (Nussbaum & Bigler, 1990).

ثانياً: العلاج السلوكي

يعتبر العلاج السلوكي من الأساليب العلاجية الناجحة والفعالة في علاج اضطراب الانتباه لدى الأطفال، ويقوم هذا الأسلوب العلاجي على نظرية التعلم حيث يقوم المعالج بتحديد السلوكيات غير المرغوبة لدى الطفل، وتعديلها بسلوكيات أخرى مرغوبة من خلال تدريب الطفل عليها في مواقف تعليمية .

وعادة يستخدم التعزيز الإيجابي مع العلاج السلوكي لهؤلاء الأطفال ، وهو يعنى مكافئة الطفل بعد قيامه بالسلوك الصحيح الذي يتدرب عليه ، وقد يكون التعزيز الإيجابي إما مادياً مثل مكافئة الطفل ببعض النقود أو قطع الحلوى، أو معنوياً مثل تقبيل الطفل، أو مداعبته، أو مدحه بعبارات شكر مختلفة.

ونود الإشارة هنا إلى أنه إذا استخدم التعزيز الإيجابي في العلاج السلوكي لهؤلاء الأطفال ، فيجب على من يقوم بتدريب الطفل أن يقدم التعزيز عقب السلوك المراد تعزيزه مباشرة لأن تأجيله قد يؤدي إلى نتائج عكسية .

فعلى سبيل المثال إذا قام الطفل بسلوك مرغوب وأراد المعالج مكافئته عليه ، فيجب في هذه الحالة أن يتم التعزيز عقب قيام الطفل بهذا السلوك مباشرة ، لأنه في حالة تأجيل التعزيز قد يقوم الطفل بسلوك آخر غير مرغوب فيه ، وعندما يتم التعزيز بعد ذلك فإن الطفل يعتقد بأن هذا التعزيز كان

للسلوك الأخير مما يشجعه على القيام بتكرار هذا السلوك غير المرغوب مرة أخرى وذلك لاعتقاده الخاطئ بأن التعزيز الذي تم قبل ذلك كان موجهاً له . أى أن العلاج فى هذه الحالة سوف يأتى بنتائج عكسية حيث إنه سوف يعمل على تنمية السلوك غير المرغوب لدى الطفل (Barker, 1988) .

أما بالنسبة لفاعلية العلاج السلوكى لهذا الاضطراب ، فقد أجرى كيندال وزملاؤه (Kendall, et al, 1985) دراسة هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية هذا العلاج فى خفض مستوى الاندفاع لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ، وقد بينت نتائج دراستهم أن استخدام فنيات العلاج السلوكى فى التدريب قد أدى إلى خفض مستوى اندفاعهم ، ونمى لديهم القدرة على التحكم فى سلوكياتهم غير المرغوبة .

كما أجرى كل من كيربى ، جريملى (Kirby & Grimley, 1986) دراسة مشابهة هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج السلوكى فى تعديل السلوكيات السلبية داخل حجرة الدراسة لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب والتي تعوق العملية التعليمية وتؤثر على تحصيلهم الدراسى ، وقد تكونت عينة دراستهم من أطفال يعانون من هذا الاضطراب تتراوح أعمارهم بين (٦-١٢) سنة ، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن العلاج السلوكى كان فعالاً جداً فى علاج وتعديل هذه السلوكيات السلبية لدى هؤلاء الأطفال.

ثالثاً: العلاج النفسى

إن اضطراب الانتباه يجعل الطفل المصاب به ، وكذلك والداه عرضة لبعض الاضطرابات الانفعالية .

فبالنسبة للطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه نجد أن المشكلات

التعليمية التي تنجم عن هذا الاضطراب تؤدي إلى تأخره دراسياً ، كما أن قيامه ببعض السلوكيات غير المقبولة يؤدي أيضاً إلى اضطراب علاقته الاجتماعية مع المحيطين به خاصة أقرانه ، ومحصلة كل ذلك أن الطفل يشعر بالفشل و ينخفض تقديره لذاته ، كما أنه يشعر بالوحدة النفسية ، والقلق ، والاكتئاب ، وغيرها من الاضطرابات الانفعالية الأخرى .

أما بالنسبة للوالدين فالبعض منهم يعتقد أنه هو السبب فسي إصابة طفلهم باضطراب الانتباه ولذلك فإنهم يشعرون بالذنب. كما أن السلوكيات غير الاجتماعية التي يقوم بها طفلهم المصاب بهذا الاضطراب تؤدي إلى توترهم وتسبب لهم ضغوطاً نفسية كثيرة تنعكس على العلاقة بين الوالدين والتي قد تؤدي في بعض الأحيان إلى التصدع الأسري ، ومن هنا كان تدخل العلاج النفسي والذي إما أن يوجه للطفل المصاب بهذا الاضطراب، وإما أن يوجه لوالديه بهدف تخفيف حدة هذه الاضطرابات الانفعالية سألغة الذكر لديهم.

وفضلاً عما سبق فإن العلاج النفسي يقدم للوالدين المعلومات الكافية عن هذا الاضطراب ويبين لهم الاضطرابات الانفعالية التي تصاحبه ، كما أنه يقدم لهم بعض التوجيهات التي تساعد على التعامل مع طفلهم الذي يعاني من هذا الاضطراب ، كما يقدم لهم أيضاً بعض الإرشادات التي يمكن من خلالها مساعدة طفلهم على التخلص من هذا الاضطراب ، أو تخفيف حدته ، ومساعدة الطفل على التكيف مع البيئة المحيطة به (Kelly & Aylward, 1992) .

رابعاً: العلاج التربوي

إن الأطفال المصابين باضطراب الانتباه يوجد لدى بعضهم صعوبات تعلم تلازم هذا الاضطراب والتي إما أنها تكون سبباً أو نتيجة لهذا الاضطراب، كما يوجد لدى بعضهم الآخر هذا الاضطراب بدون صعوبات التعلم .

فإذا كان الطفل يعاني من اضطراب الانتباه ، ولديه أيضاً صعوبات تعلم فبته في هذه الحالة يحتاج إلى خطة تعليمية خاصة حيث يجب أن تكون حجرة الدراسة العادية التي يدرس فيها مع أقرانه الأسوياء مجهزة بطريقة خاصة بحيث يكون موقعها بعيداً عن الضوضاء والمؤثرات الخارجية التي تشتت الانتباه السمعى لدى الطفل المصاب بهذا الاضطراب ، كما يجب أيضاً أن تكون جيدة الإضاءة والتهوية ومؤثثة بأثاث سليم يريح الطفل في جلسته حيث إن الكرسي المكسور ، أو صغير الحجم يجعل الطفل يشعر بالقلق وعدم الراحة في جلسته مما يؤدي إلى زيادة تملله وكثرة حركته البدنية والتي توجد أساساً لدى الطفل ، كما يجب أيضاً أن تخلو حجرة الدراسة من اللوايح التي تعلق على الجدران وغيرها من الأشياء التي تؤدي إلى تشتت الانتباه البصرى لدى هذا الطفل .

وفضلاً عما سبق يجب أن تكون هناك حجرة دراسية أخرى مجهزة بنفس الطريقة السابقة لكي يتم فيها التدريس للطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب بطريقة فردية ، كما يجب أن يقوم بهذا التدريس معلم آخر غير الذي يدرس لهذا الطفل في اليوم الدراسي العادى ، والهدف من ذلك هو تنوع الموقف التعليمى ومصدر المعلومات ، لأن الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه سريع الملل من النمط المتكرر ، ولذلك فإن تغيير حجرة الدراسة ، والاستعانة بمدرس آخر تختلف شخصيته وطريقة أدائه عن المعلم الأساسى للطفل يجعل هناك تشويقاً فى الموقف التعليمى ، ويساعد الطفل على التركيز مما يؤدي إلى رفع مستوى تحصيله الدراسى .

أما إذا كان الطفل يعاني من اضطراب الانتباه بدون صعوبات تعلم فبته في هذه الحالة يحتاج إلى بعض العناية والاهتمام الخاص فى حجرة الدراسة العادية مع أقرانه الأسوياء ، حيث إن تشتت انتباهه، وضعف قدرته على

الإتصات ، وعدم قدرته على متابعة التعليمات، وما يعانیه من اندفاع ، وفرط فى النشاط الحركى يؤثر بطريقة مباشرة على تلقيه للمعلومات ، ومدى فهمه لها ، ولذلك إذا استطاع المعلم السيطرة فى حجرة الدراسة العادية على هذه الأعراض لدى هذا الطفل ، أو تخفيف مستوى حدتها من خلال استخدام المعلم لبعض الإستراتيجيات التربوية التى تعتمد على جذب انتباه مثل هذا الطفل، والسيطرة على سلوكه غير المرغوب فى موقف تعليمى يتسم بالإثارة والتشويق ، فإن مستوى التحصيل الدراسى سوف يرتفع لدى هذا الطفل .

كما يجب على المعلم أن يعرف كيف يتعامل ويتفاعل مع الطفل السدى يعانى من اضطراب الانتباه ، حيث إن النقد الذى يوجهه المعلم له يقابله هذا الطفل بالعناد والسلوك العدوانى (Bart & Anna, 1992) .

أما التفاعل الإيجابى بينهم والذى يمكن أن يشارك فيه أقران هذا الطفل من الأسوياء فإنه يساعده على تكوين مفهوم موجب عن ذاته ، كما يساعده أيضاً على التخلص من سلوكه المشكل ، وينمى لديه القدرة على تركيز انتباهه على العملية التعليمية ، ولذلك فإن مستوى تحصيله الدراسى يرتفع وهذا ما أكدته بعض الدراسات العلمية الحديثة .

فقد قام جينفر وتوم (Jennifer & Tom, 1994) بدراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين الوضع الاجتماعى بين الأقران وتقدير الذات لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه ، وقد تكونت عينة الدراسة من الأطفال الذين يدرسون بالصف الثالث الابتدائى حيث كان من بينهم (٨) أطفال يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط حركى مفرط ، وطفلان يعانون من هذا الاضطراب بدون فرط النشاط الحركى ، و(٢٦) طفلاً من الأسوياء ، وقد أوضحت نتائج الدراسة أن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين الوضع الاجتماعى للطفل بين أقرانه ، وتقديره لذاته ، كما كانت هناك علاقة ارتباطية سالبة أيضاً

بين اضطراب الانتباه وتقدير الطفل لذاته . بمعنى أن هذا الاضطراب يزداد لدى الطفل كلما انخفض تقديره لذاته .

كما أجرى جون ، وزملاؤه (John, et al, 1995) دراسة كان هدفها التعرف على طبيعة علاقة كل من المعلم والأقران بالطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه ، وأثرها على سلوكه المشكل فى حجرة الدراسة ، وقد تكونت عينة الدراسة من ثلاثة أطفال يعانون من اضطراب الانتباه ، وأقرانهم الأسوياء بحجرة الدراسة ، ومعلم الفصل ، وقد تراوحت أعمار الأطفال فى عينة الدراسة بين (٧-٩) سنوات .

وقد بينت النتائج أن التفاعل السلبى بينهم كان يسودى إلى زيادة المشكلات السلوكية لدى الأطفال المصابين باضطراب الانتباه، بينما كان التفاعل الإيجابى بينهم يقلل من عدد وحدة السلوكيات المشكلة لديهم .

كذلك قام كل من جورج ، وباتريشيا (George & Patricia, 1993) بدراسة كان هدفها التعرف على مدى فاعلية التفاعل الإيجابى بين الأقران فى خفض أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال ، وأثر ذلك على تحصيلهم الدراسى . وقد بينت النتائج أن التفاعل الإيجابى مع الأقران يرفع تقدير الذات الموجب لدى الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب ، كما أوضحت النتائج أيضاً أن هذا التفاعل الإيجابى قد أدى إلى زيادة تركيز الانتباه لدى هذا الطفل على العملية التعليمية وقلل من نشاطه الحركى المفرط ، كما أن مستوى تحصيله الدراسى قد ارتفع .

الشروط الواجب توافرها في العلاج التربوي

يحتاج العلاج التربوي إلى بعض الشروط الواجب توافرها حتى يكتب له النجاح ونشير إلى أهمها فيما يلي :

١- يجب أن يحسن اختيار المعلم الذي سيقوم بالتدريس للأطفال المصابين باضطراب الانتباه بحيث يتمتع بالصبر، ويكون لديه الاستعداد النفسي والبدني للعمل مع هؤلاء الأطفال ، وذلك لأن العمل مع هؤلاء الأطفال يحتاج إلى صبر وجهد أكثر مما يحتاجه مع الأطفال الأسوياء.

٢- أن يتم تدريب هذا المعلم على كيفية التدريس للأطفال المصابين باضطراب الانتباه ، وتزويده بفنيات العلاج التربوي التي تساعد على نجاحه في عمله معهم .

٣- يجب أن يتم تكوين فريق عمل بالمدرسة يتكون من مدير المدرسة والمعلم الذي تم اختياره ليقوم بالتدريس للأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ، والأخصائي النفسي ، والأخصائي الاجتماعي ، والزائرة الصحية أو الممرضة إن وجدت ، ويجب تزويدهم بالمعلومات الكافية عن اضطراب الانتباه لدى الأطفال من حيث أسبابه وأعراضه ، ومظاهره السلوكية ، والاضطرابات السلوكية والانفعالية والتعليمية التي تصاحبه.

٤- يجب أن يقوم فريق العمل بوضع خطة علاجية شاملة يشترك فيها أعضاء هذا الفريق كل حسب تخصصه ، كما يجب أن يقوم كل عضو بمتابعة الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب كل حسب تخصصه ، ويقوم بتسجيل أية ملاحظات لمناقشتها مع فريق العمل ، فمثلاً يقوم المعلم بتدوين كل الملاحظات التي تشير إلى أعراض اضطراب الانتباه في حجرة الدراسة مثل سقوط الطفل

من على الكرسي ، أو تشتت إنتباهه بسهولة ، أو كتابة جملة واحدة في مدة زمنية طويلة ... وهكذا .

٥- يجب أن يكون هناك اتصال مستمر بين فريق العمل ، وأسرة الطفل لكسى يحصلوا من الوالدين على بعض المعلومات المتعلقة بالتاريخ التطوري لهذا الاضطراب ، وكذلك أعراضه في البيئة المنزلية لكي يمدوا الوالدين أيضاً ببعض الإرشادات التي يمكنهم الاستفادة منها في البيئة المنزلية .

٦- بعض الآباء ليس لديهم دارية أو أية معلومات سابقة عن اضطراب الانتباه ، كما أنهم لا يعلمون أن طفلهم مصاب بهذا الاضطراب ، ولذلك يجب على فريق العمل عدم تبليغهم مباشرة بأن طفلهم يعاني من هذا الاضطراب ، ولكنهم يقولون للوالدين أن المعلم قد لاحظ على طفلهم عدم الانتباه ، وكثرة نشاطه الحركي ، والسقوط من على الكرسي ، وغيرها من الأعراض التي يلاحظها المعلم على الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب في حجرة الدراسة ، وبعد مرور فترة زمنية من التعامل والتعاون بين فريق العمل والوالدين يمكن تبليغهم تدريجياً بأن طفلهم يعاني من هذا الاضطراب .

خامساً: العلاج الأسري

تنتشر الاضطرابات السلوكية بين الأطفال المصابين باضطراب الانتباه وذلك مثل الاندفاع والعدوان والعناد ونوبات الغضب الشديد، وغيرها من أشكال السلوك غير المقبول اجتماعياً، وهذه الاضطرابات السلوكية ينجم عنها اضطراب في علاقة الطفل بالمحيطين به مما يجعله يعاني من عدم القدرة على التكيف الاجتماعي مع البيئة الاجتماعية المحيطة به .

كما أنها تؤدي أيضاً إلى اضطراب علاقة الطفل بوالديه مما يجعل الجو العام للأسرة مشوباً بالتوتر وشدة الانفعال خاصة في الأسر التي يكون فيها الوالدان ليس لديهم المعلومات الكافية عن هذا الاضطراب ، والاضطرابات السلوكية التي تصاحبه، وكذلك الوالدان الذين تنقصهم الخبرة الكافية في التعامل مع هؤلاء الأطفال .

فعلى سبيل المثال نجد أن العناد هو أحد المشكلات السلوكية التي تصاحب اضطراب الانتباه لدى الأطفال، وهذا العناد من قبل الطفل يولد الكئيب من المشكلات والتفاعلات السلبية بين الطفل ووالديه.

فمثلاً إذا أراد الطفل أن يقوم بسلوك غير مرغوب ، وأراد والده أن يمنعه من ذلك فإن الطفل قد يلجأ إلى البكاء الحار والصراخ الشديد لكي يجبر والده على أن يتركه يفعل ما يريد، فإذا تراجع الوالد عن موقفه فإن هذا سوف يؤدي إلى تعزيز هذا السلوك لدى الطفل تعزيراً سلباً مما يجعله يقوم بهذه الاستجابة الخاطئة للسلوكيات المماثلة في التفاعلات المقبلة مما يؤدي إلى زيادة أشكال السلوكيات غير المرغوبة لدى هذا الطفل.

أما إذا تمسك الوالد بموقفه وأصر عليه ، واستمر الطفل في عناده فإن ذلك سوف يؤدي ذلك إلى زيادة توتر وانفعال الوالد، وقد يصل به الأمر إلى معاقبة هذا الطفل عقاباً بدنياً لإجباره على طاعته والتخلي عن هذا السلوك غير المرغوب.

وإن مثل هذا التفاعل السلبي بين الطفل ووالديه يؤدي إلى حدوث فجوة في العلاقة بينهم يترتب عليها انخفاض التفاعل الإيجابي بينهم ، وزيادة المشكلات السلوكية لدى هذا الطفل (Lorber & Patterson, 1981).

من هنا جاء دور العلاج الأسرى حيث إن هدفه الأساسي هو تعديل البيئة المنزلية للطفل المصاب باضطراب الانتباه لكي تصبح ملائمة لهذا النوع من العلاج ، وذلك لأن المشكلات العائلية والخلافات الزوجية تعوقه عن تحقيق الأهداف المرجوة منه كما يهدف أيضاً إلى تدريب الوالدين على كيفية تعديل السلوك المشكل لدى طفلهم في بيئته الطبيعية بالمنزل (Barkley,1981) ، حيث يتم ذلك من خلال تدريب الوالدين على برامج صممت من أجل تحقيق هذا الهدف ، وسوف نتناولها في فصل لاحق .

علاج ضعف الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقلياً

يرى كل من زيمان و هاوس (Zeaman & House, 1979) أن ضعف الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقلياً يرجع لعدم قدرتهم على استخدام المثيرات البصرية المناسبة في عملية التعليم ، ولذلك فقد نصادى سوارس وزملاؤه (Soraci, et al, 1990) بضرورة تدريب الأطفال المتخلفين عقلياً على تنمية الانتباه البصرى حتى يمكنهم الاستفادة من البرامج التربوية المقدمة لهم .

وهنا يرى لوفاس وزملاؤه (Lovase, et al, 1979) أن المثيرات البصرية التي تستخدم في تدريب الأطفال المتخلفين عقلياً على تنمية الانتباه البصرى لديهم يجب أن تقدم لهم وفقاً لثلاث حالات : فالحالة الأولى يطلب فيها من الطفل أن ينتبه لمثير بصرى واحد يقع بين عدد من المثيرات البصرية الأخرى والتي تشترك معه في بعض الخصائص الفيزيائية ، وتختلف معه فى أحدها مثل الطول ، واللون ، والشكل ، وهذه المثيرات الأخيرة يطلق عليها المثيرات المشوشة ، وفى هذه الحالة ينبه دينسمور (Dinsmoor, 1985) بأن هذه المثيرات المشوشة يجب أن تكون قليلة العدد حيث إن كثرة عددها يؤدي إلى تشتت الانتباه البصرى لدى الطفل المتخلف عقلياً .

أما بالنسبة للحالة الثانية فإنه يطلب فيها من الطفل الانتباه إلى تفاصيل محددة داخل المثبر الهدف نفسه وذلك مثل اختلاف جزء معين منه فى اللون ، او الشكل، أو الطول . أما الحالة الثالثة فإنه يطلب من الطفل الانتباه لمثبر يقع بين عدد من المثبرات التى تختلف عنه فى الخصائص الطبيعية ، وهذا النوع من الانتباه يطلق عليه الانتباه إلى الضد .

وعلى أية حال فإن الدراسات السابقة التى اهتمت بتنمية الانتباه البصرى قد أكدت على أن كلاً من الإرشادات اللفظية ، وحركة المثبر الهدف ، وتغيير موقعه ، واختلاف لونه ، ودرجة نصوعه تجذب الانتباه البصرى وتساعد على تنميته ، (Fleming, et al, 1980),(Tarver, et al, 1976) . (McLeskey, et al, 1985)

ومن خلال استقرائنا للتراث المتاح منذ عام (١٩٧٠) حتى عام (١٩٩٨) وجدنا أن الدراسات التى أجريت بهدف علاج ضعف الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقلياً وتنميته كانت قليلة العدد وهى كما يلى :

لقد قام مكليسكى وزملاؤه (Mcleskey, et al, 1982) بدراسة كان هدفها التعرف على وسائل توجيهه ، وجذب الانتباه للمثبرات البصرية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً حتى يمكن الاستفادة منها فى البرامج التعليمية التى تناسب أطفال هذه الفئة ، وقد تكونت عينة الدراسة من (٦٥) طفلاً من الأطفال المتخلفين عقلياً تراوحت نسبة ذكائهم بين (٥٥ - ٧٠) ، وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن التعليمات المكتوبة أو المنطوقة التى تقدم قبل عرض المشهد البصرى بثوان قليلة، وكذلك السهم الذى يشير إلى جهة ظهور المثبر الهدف لهم فعالية قوية فى توجيه انتباه الأطفال المتخلفين عقلياً لموقع المثبر الهدف، كما بينت النتائج أيضاً

(٩٧)

أن حركة المنبه إلى الأمام والخلف ، أو من جهة إلى أخرى وسيلة هامة فى جذب الانتباه لدى أطفال هذه الفئة ، كما أوضحت النتائج أيضاً أن موقع المنبهات له دور كبير فى جذب الانتباه حيث إن المنبهات القريبة تجذب الانتباه أكثر من المنبهات البعيدة ، كما أن المنبهات التى تقع فى الجزء الأعلى من المشهد البصرى تجذب الانتباه إليها أكثر من المنبهات التى تقع فى الجزء الأسفل منه .

كذلك قام مكليسكى (Mecleskey, 1985) بدراسة كان هدفها تحسين ضعف الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقلياً من خلال استخدام وسيلتين لتوجيه الانتباه هما السهم، والتناقض فى اللون ، وقد تكونت عينة الدراسة من (٣٥) طفلاً من الأطفال المتخلفين عقلياً تراوحت نسبة ذكائهم بين (٥٥-٧٠) .

وقد بينت نتائج الدراسة أن السهم الذى يشير إلى موقع المثبر الهدف قد أدى إلى تحسين الانتباه البصرى لدى أفراد العينة ، بينما لم يحدث هذا التحسن عند استخدام التناقض فى الألوان .

كذلك أجرى جوتز (Goetz, 1987) دراسة استطلاعية كان الهدف منها التعرف على مدى إمكانية تعلم الانتباه البصرى لدى الأطفال المتخلفين عقلياً، وقد تكونت عينة دراسته من طفلة واحدة عمرها ثلاث سنوات لديها تخلف عقلى شديد ، وقد بينت نتائج الدراسة أن مستوى الانتباه البصرى قد تحسن لدى هذه الطفلة حيث زادت مدته بعد تدريبها على أنشطة البرنامج .

وأخيراً قام السيد على (١٩٩٨) بدراسة حديثة هدفت إلى تنمية الانتباه البصرى لدى الأطفال المتخلفين عقلياً من خلال تدريبهم على برنامج صممه الباحث لهذا الغرض ، ولقد تكونت عينة دراسته من (٢٠) طفلاً

(٩٨)

تراوحت أعمارهم بين (٨-١٢) سنة، كما تراوحت نسبة ذكائهم بين (٥٦-٦٣) ،
وقد أوضحت نتائج الدراسة أن الباحث قد تمكن من تنمية مدة الانتباه البصرى
لدى أفراد العينة لكل من الضوء ، واللون، والاتجاه، والحجم ، والشكل . بعد
تدريبهم على أنشطة البرنامج .

الفصل السابع

برامج العلاج الأسري

المحتويات

- برامج تدريب الوالدين .
- ١- برنامج فور هاند، وماكماهون .
- ٢- برنامج باتيرسون .
- ٣- برنامج باركلي .

برامج تدريب الوالدين

تهدف هذه البرامج إلى تدريب الوالدين على تعديل السلوك المشكل لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه وذلك في بيئتهم المنزلية التي يعيشون فيها ، وقد وقع اختيارنا على ثلاثة منها سنتعرض لها فيما بعد ، ويرجع اختيارنا لهذه البرامج دون سواها لأنها قد أثبتت فعاليتها في تعديل السلوك المشكل لدى هؤلاء الأطفال ولذلك فإنها تعد من أكثر البرامج شيوعاً في هذا التدريب في الوقت الحالي ، فضلاً عن ذلك فإنها تطبق على الأطفال في عمر المدرسة والذين نركز عليهم في معالجتنا لهذا الكتاب ، ونقدم فيما يلي عرضاً مختصراً لهذه البرامج الثلاث :

١- برنامج فورهند ، وماكماهون

لقد صمم كل من فورهند ، وماكماهون **Forehand and McMahon** هذا البرنامج عام (١٩٨١) حيث كان يستخدم لعلاج المشكلات السلوكية لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (٢-٨) سنوات ، وبعد أن ثبتت فاعليته في علاج هذه المشكلات السلوكية لديهم اقترح مؤخراً لعلاج هذه المشكلات السلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه ، وقد كان هذا البرنامج ذا فعالية عالية في علاج هذه المشكلات السلوكية لدى هؤلاء الأطفال.

ويستند هذا البرنامج على نظرية التعلم الاجتماعي حيث يقوم المعالج بتدريب الوالدين على طريقة التفاعل الصحيحة مع السلوك المشكل لدى طفلهم بهدف تعديله إلى سلوك مقبول اجتماعياً ، ويقترح فورهند ، وماكماهون أنه يجب تقديم التعزيز الإيجابي للطفل عقب كل محاولة ناجحة لتعديل السلوك غير المرغوب ، كما يجب تقديم التعزيز السالب عقب كل سلوك غير مرغوب يقوم

(١٠٢)

به الطفل ، أما عن طريقة العقاب المقترحة في هذا البرنامج فإنها تتمثل فسي عزل الطفل في حجرة خاصة ، ويتم تدريب الوالدين على هذا البرنامج من خلال لعب الدور ، كما أن المعالج يقوم بملاحظة التفاعل بين الوالدين والطفل ويقوم بتوجيه الوالدين لطريقة التفاعل الصحيحة مع كل سلوك منها ، وسوف نتعرض لهذه النقاط عند معالجتنا لطريقة تطبيق البرنامج .

أهداف البرنامج :

يهدف هذا البرنامج إلى تدريب الوالدين على طريقة التفاعل الصحيحة مع السلوك المشكل لدى طفلهم، وتعميم هذا التفاعل مع الأنماط السلوكية غير المرغوبة التي يظهرها الطفل في المنزل .

محتوى البرنامج وطريقة تطبيقه :

يبين كل من فورهاد ، وماكماهون أن تدريب الوالدين على هذا البرنامج يتم في أربع خطوات : ففي الخطوة الأولى يقوم المعالج بإجراء مقابلة مع الوالدين معاً بدون الطفل لكي يتعرف من خلالهما على المشكلات السلوكية التي يظهرها الطفل في المنزل ، كما يجري مقابلة أخرى مع الوالدين والطفل معاً لكي يعرف منها نقاط القوة والضعف في شخصية الطفل وسلوكه حتى يمكن الاستفادة منها في تطبيق البرنامج .

بعد ذلك يقدم المعالج للوالدين معلومات كافية عن السلوك المشكل لدى الأطفال في هذه المرحلة العمرية ، ويبين لهم الحدود الفاصلة بين السلوك المشكل وغير المشكل وفقاً لعمر الطفل . بمعنى أن يوضح لهم أن السلوك الذي يقوم به الطفل قد نعتبره طبيعياً في مرحلة عمرية معينة ، وقد نعتبره مشكلاً في مرحلة عمرية أخرى . فعلى سبيل المثال فرط النشاط الحركي نعتبره سلوكاً طبيعياً في مرحلة الطفولة المبكرة ، بينما نعتبره سلوكاً مشكلاً في عمر المدرسة.

(١٠٣)

أما الخطوة الثانية فهي التي يقوم فيها المعالج بتدريب الوالدين على طريقة التفاعل الصحيحة مع طفلهم ، وتتم عادة في عشر جلسات تدريبية ، ويمكن زيادتها حسب عدد المشكلات السلوكية التي يظهرها الطفل ومستوى حدتها ، كما يقوم المعالج أيضاً بتدريب الوالدين على طريقة التعامل والتفاعل الصحيحة مع جميع المشكلات السلوكية التي يظهرها الطفل في آن واحد .

وطريقة التدريب المتبعة في هذا البرنامج هي لعب الدور حيث يتقمص المعالج شخصية الأب ، بينما يتقمص الوالد شخصية الطفل ويظهر خلال تقمصه لهذه الشخصية المشكلات السلوكية التي توجد لدى طفله ، ويقوم المعالج بتقديم الاستجابة الصحيحة لكل سلوك منها .

بعد ذلك تأتي الخطوة الثالثة وهي ملاحظة التفاعل بين الوالدين والطفل ويتم ذلك في المكان الذي يقوم فيه المعالج بعملية التدريب والتي يحضرها كلا الوالدين وطفلها حيث يدخلون حجرة خاصة بالملاحظة ، وهي مجهزة لهذا الغرض ، ويوجد بها نافذة زجاجية تسمح للمعالج برؤيتهم ، ولا تسمح برؤيتهم له حتى لا يؤثر ذلك على طريقة التفاعل بين الوالدين والطفل ، ويضع كلا الوالدين سماعة في أذنه لجهاز استقبال لاسلكي لكي يسمعا من خلالها توجيهات المعالج لهما أثناء تفاعلها مع سلوكيات الطفل .

وفي حجرة الملاحظة يقوم الوالدان بالتفاعل الطبيعي مع طفلها وتشجيعه على أن يظهر سلوكه المشكل ، ويقوم المعالج بتوجيه الوالدين لطريقة التفاعل الصحيحة مع كل سلوك منها ، وبعد الانتهاء من الجلسة التدريبية وعودة الوالدين إلى منزلهم يقوم الوالدان بنقل ما تعلموه إلى البيئة المنزلية وتطبيقه مع الطفل أثناء تفاعلهم معه ، وفي الجلسة التالية وقبل بدء التدريب يناقش المعالج مع الوالدين المشكلات والصعوبات التي واجهتهم أثناء

تطبيق ما تعلموه من تدريب على طفلهم بالمنزل ، ويقدم لهم التوجيهات اللازمة ، ويستمر التدريب بهذه الطريقة حتى يتم تعديل جميع السلوكيات المشكّلة لدى الطفل .

أما الخطوة الرابعة في هذا البرنامج فإنها تتعلق بتدريب الوالدين على طريقة عقاب الطفل ، حيث إن الطريقة المقترحة في هذا البرنامج هي عزل الطفل في حجرة خاصة مجهزة لهذا الغرض تسمى حجرة العزل ، ويجب أن تكون هذه الحجرة آمنة على الطفل ، وخالية من الأثاث حتى لا تتسبب إهتمام الطفل فيعيبها بها وينسى شعوره بالعزل والعقاب ، كما يجب أن يكون الشكل العام لهذه الحجرة غير محبب لنفس الطفل حتى يشعر أثناء تواجده فيها بالضيق والضجر ، كما يجب أن يقل عليه بابها ويترك معزولاً بها لمدة خمس دقائق حتى يهدأ ويتعهد للوالدين بعدم تكرار السلوك غير المرغوب الذي يعاقب عليه بهذا العزل ، أما إذا عاند الطفل ولم يذعن للوالدين فإنه يستمر معزولاً لمدة خمس دقائق أخرى ، فإذا استمر أيضاً في عناده ففي هذه الحالة يجب أن تسحب منه بعض الامتيازات أو المكافآت التي حصل عليها في هذا اليوم مع الاستمرار في عزله حتى يرضخ لتعليمات الوالدين ويبدى استعداداً لاتباع تعليماتهما والعزول عن السلوك غير المرغوب الذي يعاقب عليه .

٢- برنامج باتيرسون

لقد كان باتيرسون Patterson يعمل في مركز أوريجون Oregon للتعليم الاجتماعي حيث كان مهتماً بدراسة أنماط التفاسل الاجتماعي داخل الأسرة والتي تكمن وراء السلوك المشكّل لدى الأطفال ، ونتيجة لخبرته الواسعة في هذا المجال واستناداً لنتائج الدراسات السابقة التي قام بها مع زملائه في مركز أوريجون السابق الإشارة إليه والتي فحصت أنماط التفاسل الاجتماعي للوالدين داخل الأسرة وعلاقتها بالسلوك المشكّل لدى أطفالهم ،

(١٠٥)

واعتمادا على مبادئ نظرية التعلم الاجتماعي قام باتيرسون بتصميم هذا البرنامج عام (١٩٨١).

ولقد كان الهدف من هذا البرنامج في البداية هو تخفيف حدة السلوك العدوانى لدى الأطفال من خلال تدريب الوالدين على طريقة التفاعل الصحيحة مع هذا السلوك المشكل لدى أطفالهم ، ولما ثبتت فعاليته فسي خفض حدة السلوك العدوانى لدى الأطفال اقترح استخدامه فى تعديل الأنماط السلوكية المشكلة الأخرى لدى الأطفال ، وقد كان فعلا جدا فى تعديلها ، ولذلك تم إستخدامه فى تعديل هذه السلوكيات المشكلة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه ، وقد أوضح باتيرسون أن هذا البرنامج كان فعلا جدا فى تعديل هذه السلوكيات المشكلة لدى هؤلاء الأطفال .

ولما كان هذا البرنامج يقوم على نظرية التعلم الاجتماعي ، لذلك فإن باتيرسون يطالب بأن تدريب الوالدين على هذا البرنامج لا بد أن يكون على يد مدرب متمكن يكون ملما بنظرية التعلم الاجتماعي ، وله خبرة واسعة فى العلاج السلوكى لكى يتمكن من تطويع البرنامج بما يتناسب مع ظروف كل أسرة ، ونوعية السلوك المشكل لدى الطفل .

هدف البرنامج :

إن الهدف الرئيسى لهذا البرنامج هو تصحيح طريقة التفاعل الاجتماعي التى تحدث بين الوالدين وطفلهم الذى لديه سلوك مشكل حتى يمكن تعديله ، ومنع الوالدين من تعديله الجبرى ، وذلك لأن التفاعل السلبى بين الوالدين والطفل يحدث فجوة فى العلاقة الاجتماعية بينهما تعوق البرنامج عن تحقيق أهدافه ، كما أنه يؤدي أيضا إلى زيادة الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الطفل خاصة إذا كان يعانى من اضطراب الانتباه .

محتوى البرنامج وطريقة تطبيقه :

يتكون هذا البرنامج من خمس دورات تدريبية ، وكل دورة منها لها هدف خاص بها ، وتتكون من عدد من الجلسات التدريبية يتحدد عددها حسب تقدم الوالدين فى التدريب ، وينصح باتيرسون المدرب بعدم الانتقال من دورة تدريبية إلى دورة أخرى قبل تمكن الوالدين مما تعلموه فى الدورات السابقة ونقدم فيما يلى عرضاً مختصراً لهذه الدورات التدريبية :

الدورة الأولى : فى هذه الدورة التدريبية يتعرف المدرب أولاً على عمر الطفل، ويحصر المشكلات السلوكية لديه ، ويتعرف من خلال الوالدين على مدى تأثيرها على أفراد الأسرة ، كما يعرف منهم أيضاً الطريقة التى يتبعونها فى التعامل مع كل سلوك منها .

بعد ذلك يقوم المدرب بعرض نظرية التعلم ، على الوالدين ويبين لهم أن المشكلات السلوكية لدى الأطفال لا تختفى بدون تدخل الوالدين وتفاعلهم الصحيح مع كل سلوك منها ، كما يوضح لهم أيضاً أن تفاعلهم مع الطفل يعمل تغذية مرتجعه للطفل تساعد على تعديل سلوكه غير المرغوب ، ثم يعرض المدرب بعد ذلك أنماط السلوك المشكل الذى يظهره الأطفال فى عمر المدرسة ، وفى عمر ما قبل المدرسة ، ويوضح للوالدين أن طريقة تفاعلهم مع أى سلوك منها يجب أن تختلف حسب المرحلة العمرية للطفل لأن السلوك الذى نعتبره طبيعياً فى مرحلة عمرية معينة قد نعتبره مشكلاً فى مرحلة عمرية أخرى .

الدورة الثانية : ويتم فيها تدريب الوالدين على إقامة علاقة طيبة مع طفلهم وتنمية التواصل الاجتماعى والتفاعل الإيجابى بينهم ، كما يتم فيها أيضاً تحديد سلوك واحد من السلوكيات المشكلة لدى الطفل وبيدعون فى التدخل والتفاعل

معه لتعديله ، أما إذا كان هذا السلوك معقداً فيقوم المدرب بتقسيمه إلى أجزاء حيث يتفاعل الوالدان مع الجزء الأول منه ، وعندما يتم تعديله ينتقلان إلى الجزء الثانى وهكذا حتى يتم تعديل هذا السلوك كاملاً ، وبعدها يتم تحديد سلوك آخر ويتم التفاعل معه بنفس الطريقة السابقة ، وتستمر هذه العملية مع جميع السلوكيات المشكّلة لدى الطفل .

الدورة الثالثة: وفيها يتم تدريب الوالدين على طريقة عقاب الطفل من خلال عزله فى حجرة خاصة وهى تشبه تماماً الطريقة التى استخدمها كل من فور هاند، وماكماهون فى البرنامج السابق ، ولكن باتيرسون أضاف عليها شريط فيديو قدمه مع هذا البرنامج حيث عرض فيه طريقة استخدامه لهذا النوع من العقاب مع الأطفال ذوى السلوكيات المشكّلة وذوى الأعمار المختلفة لكي يسترشد به الوالدان ، ويؤكد باتيرسون أن العقاب بهذه الطريقة فعال جداً فى تعديل السلوك المشكّل لدى الأطفال بصفة عامة ، ولدى الذين يعانون من اضطراب الانتباه بصفة خاصة .

الدورة الرابعة : فى هذه الدورة يقوم المدرب بتدريب الوالدين على كيفية استخدام طريقة العزل هذه مع سلوكيات الطفل الأخرى غير المقبولة مثل رفض الطفل للنوم فى مواعده، أو رفضه حل الواجبات الدراسية المنزلية، كما يتم فى هذه الدورة أيضاً تدريب الوالدين على استخدام هذه الطريقة من العقاب مع السلوكيات الأخرى غير المرغوبة التى يقوم بها الطفل خارج المنزل مثل تلك التى تحدث أثناء زيارتهم للأماكن العامة ، أو أثناء زيارة أحد الأقارب ، ويرى باتيرسون أنه يمكن استخدام هذا النوع من العقاب مع هؤلاء الأطفال فى المدرسة .

الدورة الخامسة : إن الهدف من هذه الدورة هو متابعة الأسرة للتأكد من استمرار طريقة التفاعل الصحيحة بين الوالدين والطفل من جهة ، واستمرار سلوكيات الطفل التي تم تعديلها من جهة أخرى ، وتقديم التوجيهات اللازمة للوالدين عند حدوث تغيير في أى سلوك منها .

٢- برنامج باركلي

لقد صمم باركلي Barkley هذا البرنامج عام (١٩٨٧) ، وهو يهدف إلى تدريب الوالدين على علاج المشكلات السلوكية لدى أطفالهم الذين يعانون من اضطراب الانتباه والذين تتراوح أعمارهم بين (٢-١١) سنة ، ويبين باركلي أن الوالدين الأكثر استفادة من التدريب على هذا البرنامج هم أولئك الذين وصلوا في التعلم إلى المرحلة الثانوية وما بعدها ، وكذلك الذين يوجد لديهم قدر بسيط من المشكلات العائلية ، والضغط النفسية التي تنجم عن السلوك المشكل لدى أطفالهم .

وقد نشر باركلي هذا البرنامج مطبوعاً ، وبين للوالدين الخطوات التي يمكن اتباعها لعلاج السلوك المشكل لدى أطفالهم ، ولكنه أشار إلى أن القراءة وحدها لهذا البرنامج لا تعطي الوالدين الخبرة الكافية التي تمكنهم من استخدام هذا البرنامج ، ولذلك أوصى بضرورة تدريب الوالدين على هذا البرنامج بحيث يكون المدرب معالماً سلوكياً له خبرة طويلة في علاج الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال بصفة عامة ، ولدى المصابين باضطراب الانتباه بصفة خاصة .

كما نكر أنه يمكن للوالدين تطبيق البرنامج على أطفالهم بطريقة فردية ، أو جماعية ، فإذا كان في الأسرة طفل واحد يعانى من هذه المشكلات السلوكية فإنه يمكن تطبيق هذا البرنامج عليه بطريقة فردية ، أما إذا كان هناك أكثر من طفل يعانى من هذه المشكلات السلوكية داخل الأسرة الواحدة ،

(١٠٩)

فإنه يمكن تطبيق هذا البرنامج عليهم بطريقة جماعية ، أما إذا كانت هذه المشكلات السلوكية حادة لدى هؤلاء الأطفال فإنه يفضل تطبيقه عليهم بطريقة فردية حتى يتمكن الوالدان من التحكم في كل من سلوك الطفل ، والموقف التدريبي .

أهداف البرنامج :

لقد حددت باركلي ثلاثة أهداف لهذا البرنامج وهي كما يلي :

١- أنه يسعى لمد الوالدين بالمعلومات الكافية عن الأسباب التي تكمن وراء السلوك المشكل لدى الأطفال بصفة عامة ، ولدى المصابين باضطراب الانتباه بصفة خاصة .

٢- أنه يصبو إلى تنمية مهارات الوالدين في التعامل مع هذه المشكلات السلوكية لدى أطفالهم ومساعدتهم على تعديلها .

٣- أنه يسعى إلى تعديل المشكلات السلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ، وتدريبهم على اتباع القواعد السلوكية المقبولة اجتماعياً .

محتوى البرنامج وطريقة تطبيقه :

يتكون هذا البرنامج من خمس خطوات ، ويتم تدريب الوالدين على كل خطوة في عدد من الجلسات التدريبية حيث يتم في الجلسة الأولى تدريب الوالدين على سلوك محدد، أو جزء من سلوك معقد، وفي الجلسات التالية يقوم المعالج بمراجعة ما قام الوالدان بتطبيقه مع طفلهم ، وتدريبهم على سلوك جديد ، أو جزء آخر من السلوك المعقد ، ونقدم عرضاً مختصراً لهذه الخطوات فيما يلي :

الخطوة الأولى : يقوم المعالج فى الجلسات المخصصة لهذه الخطوة بحصر المشكلات السلوكية التى توجد لدى الطفل ، ويقوم أيضاً بالتعرف على المشكلات الأسرية وإرشاد الوالدين بضرورة الإسراع فى حلها خاصة إذا كانت خلافات زوجية حتى تكون البيئة المنزلية متهيئة لتعديل السلوكيات المشككة لدى طفلهم، كما يتعرف أيضاً على طريقة تفاعل الوالدين مع كل سلوك منها ، وبعد ذلك يمدهم بالمعلومات الكافية عن اضطراب الانتباه ، وخصائص الطفل المصاب بهذا الاضطراب، والأسباب الرئيسية التى تكمن وراء سلوكه المشكل .

الخطوة الثانية : ويقوم المعالج فى هذه الخطوة بتدريب الوالدين على طريقة التفاعل مع السلوك المشكل لدى طفلهم ، ويوجه الوالدين بأن يبدعوا بالتعامل مع السلوكيات الإيجابية ، ويقدمون التعزيز المعنوى للطفل عقب كل سلوك منها مثل تقبيل الطفل أو مديحه ، أو احتضانه ، وبعد ذلك يتعاملون مع السلوكيات السلبية على أن يتعاملوا مع كل سلوك منها على حدة ، وعندما يتم تعديله ينتقلون إلى سلوك آخر ، وهكذا حتى يتم تعديل جميع السلوكيات المشككة لدى الطفل ، ويراعى أيضاً أن يقوم الوالدان بتقديم التعزيز المعنوى للطفل عقب كل محاولة ناجحة يقوم بها للسلوك المراد تعديله .

الخطوة الثالثة : إن الهدف من هذه الخطوة هو تدريب الطفل على اللعب باستقلال بعيداً عن الوالدين خاصة عندما يكونان مشغولين ، ونظراً لأن الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه لا يستطيع اللعب أو ممارسة نشاطه باستقلال لذلك يجب استخدام معززات مادية فى هذه الخطوة مثل الحلوى والعصائر حيث إن تأثيرها على الطفل يكون أقوى من تأثير المعززات المعنوية .

الخطوة الرابعة : ويتم فيها تدريب الوالدين على طريقة عقب الطفل ، ويرى باركلى أن الطريقة المستخدمة فى هذا البرنامج هى من أفضل الطرق

المستخدمة لعقاب الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه ، وتمثل هذه الطريقة في حرمان الطفل من اللعب ، وإجباره بالجلوس على كرسي في مكان منزو في ركن حجرة خالية من الأثاث وغير محببة لنفس الطفل ، وإذا حاول الطفل النهوض من على الكرسي فإن الوالدين يجبرانه على الجلوس عليه بشتى الطرق . ويستمر الطفل على هذا الوضع حتى يهدأ ويتعهد باتتباع تعليمات الوالدين، وعدم العودة إلى السلوك الذى يعاقب عليه.

ويجب على الوالدين استخدام هذه الطريقة العقابية مع الطفل بالتدريج حيث يتم استخدامها مع سلوك محدد من السلوكيات غير المرغوبة التى يقوم بها الطفل ، وبعد أن يتم تعديله ينتقلون إلى سلوك آخر مع استمرار استخدامها للسلوك السابق ، وهكذا حتى يتم استخدامها مع جميع السلوكيات المشكلة لدى الطفل .

الخطوة الخامسة : إن الهدف من هذه الخطوة هو تدريب الوالدين على السيطرة على سلوك طفلهم فى الأماكن العامة خارج المنزل ، ولذلك يرى باركلى أنه يجب على الوالدين قبل مغادرة المنزل أن يتفقوا مع الطفل على عدم قيامه بأى سلوك غير مرغوب ، وأن يبينوا له الحافز المادى الذى سيحصل عليه إذا تحكم فى سلوكه واتباع التعليمات ، ويوضحوا له أيضاً نوع العقاب الذى سيتعرض له إذا قام بعكس ذلك .

وأخيراً نود الإشارة إلى أن باركلى أكد أن هذا البرنامج فعال جداً فى تعديل السلوك المشكل لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه ، ولكنه ذكر أن هذا السلوكيات التى يتم تعديلها لا تصل إلى مستوى نفس هذه السلوكيات لدى الأطفال الأسوياء .

ولكن نظراً لأن اضطراب الانتباه مشكلة مزمنة تمتد إلى مرحلة المراهقة ، كما أن المشكلات السلوكية التي تصاحبه ترهق الوالدين وتتغصص عليهم حياتهم ، لذلك فإن استخدام هذا البرنامج يقلل من حدة هذه المشكلات السلوكية لدى هؤلاء الأطفال مما يسمح للوالدين بالتعامل معهم بأقل قدر من الضغوط النفسية والتوتر الانفعالي الذي يتسببون فيه لوالديهم .

وللتأكد من فعالية هذه البرامج العلاجية في تعديل السلوك المشكل لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه قام بيسترمان ، وزملاؤه (Pisterman, et al, 1989) بدراسة،دمجوا فيها أنشطة برنامجي فور هاند ، وما كماهون (١٩٨١) ، وباركلي (١٩٨٧) ، وبعد الانتهاء من التدريب على أنشطة البرنامج قام الباحثون بمتابعة أفراد العينة لمدة ثلاثة أشهر ، وقد بينت نتائج دراستهم أن هذين البرنامجين كانت لهما فعالية عالية في خفض حدة هذه المشكلات السلوكية لدى هؤلاء الأطفال ، وهذه النتائج تشجع على استخدام هذه البرامج في تعديل السلوك المشكل لدى الأطفال المصابين بهذا الاضطراب .

الفصل الثامن

إرشادات

المحتويات

- أولا : إرشادات للمعلمين .
- ثانيا : إرشادات للوالدين .

إرشادات لعلمى ووالدى الأطفال المصابون باضطراب الانتباه

لقد كان هدفنا من هذا العرض هو تقديم بعض المعلومات عن اضطراب الانتباه ، والمشكلات السلوكية التى تصاحبه حتى يمكن السيطرة على أعراضها ، أو خفض حدتها فى كل من البيئة المدرسية والمنزلية ، ولذلك سوف نقدم بعض الإرشادات للمعلمين والوالدين التى يمكن أن تساعدكم على فهم سلوك هؤلاء الأطفال والتعامل معهم ومساعدتهم على التكيف مع البيئة المحيطة وهى كما يلى:

أولاً: إرشادات للمعلمين

هناك بعض الإرشادات التى نقدمها لمعلمى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه والتى يمكن أن تساعدكم فى التعامل مع هؤلاء الأطفال ، والسيطرة على سلوكهم غير المقبول ومنع أو خفض مدى تأثيره على تحصيلهم الدراسى ، وكذلك تساعد المعلمين على وضع الخطط والإستراتيجيات التربوية لهؤلاء الأطفال ، وفقاً لأعراض هذا الاضطراب وأنماطه السلوكية التى تعوق عملية التعليم لهم ، ونقدم هذه الإرشادات فيما يلى :

١- يجب أن تكون الحجرة الدراسية مجهزة تجهيزاً خاصاً بحيث تكون بعيدة عن الضوضاء والمنبهات الصوتية الأخرى التى تأتي من خارجها لأنها تشتت الانتباه السمعى لدى هؤلاء الأطفال ، كما يجب أيضاً أن تكون خالية من اللوح والوسائل التعليمية التى تعلق على جدرانها لأن المنبهات البصرية التى تحتويها من أشكال وألوان وأحجام ، وغيرها تؤدي إلى جذب الانتباه البصرى لدى هؤلاء الأطفال إليها ، وتشتته بعيداً عن الموقف التعليمى .

٢- يجب عدم عزل الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب فى حجرات دراسية خاصة بهم لأن ذلك سوف يؤدى إلى شعورهم بالنقص والدونية ويخفض لديهم تقديرهم لذواتهم ، كما أنه سيحرمهم من التفاعل الاجتماعى مع الأطفال الأسوياء والتعلم من سلوكيات أقرانهم الإيجابية .

٣- إذا كان بحجرة الدراسة أطفال يعانون من هذا الاضطراب فيجب أن يكون عددهم قليلاً وذلك لأن تواجد عدد كبير منهم فى مكان واحد يؤدى إلى زيادة السلوك الفوضوى والحركة البدنية المفرطة ويترتب على ذلك أن المعلم لا يستطيع السيطرة على سلوكهم جميعاً معاً فى وقت واحد مما يرهقه ويؤثر على أدائه ، فضلاً عن ذلك فبته سوف يؤدى أيضاً إلى تشتت انتباه الأطفال الأسوياء ، ويضعف من قدرتهم على التركيز مع المعلم ومتابعة الدرس مما يؤدى إلى انخفاض مستوى تحصيلهم الدراسى .

٤- يجب على المعلم عدم السماح للطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب بالجلوس بجوار طفل آخر لا يعانى منه ، حيث إن السلوكيات غير المرغوبة التى يقوم بها الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب والتى سبق الإشارة إليها فى فصل سابق ، وكذلك حركته البدنية المفرطة سوف تؤدى إلى تشتت انتباه الطفل السوى ، وتؤثر على مدى استيعابه وتحصيله الدراسى .

٥- عادة ما يحضر المعلم مع بعض الوسائل التعليمية التى يستخدمها فى شرح الدرس ، ولذلك فإن جلوس الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب فى الصفوف الأمامية بالقرب منها يجعله يعبث بها مما يؤدى إلى تشتت انتباهه ، وإن المكان المفضل لجلسة مثل هذا الطفل هو الصف الثانى حتى تكون هذه الوسائل التعليمية بعيدة عن متناول يده من جهة ، ومن جهة أخرى حتى يستطيع المعلم متابعة هذا الطفل عن قرب .

٦- يجب على المعلم أن يقيم علاقة طيبة مع الطفل الذي يعانى من هذا الاضطراب ، كما يجب عليه أيضاً احترام خصوصياته وعدم إفشاء أسرارته ، أو التحدث عن مشاكله ونقاط ضعفه أمام أقرانه .

٧- يجب على المعلم عدم الاكتراث بالنقد السلبي من المعلمين السابقين للطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب ، ولكنه يجب أن يعرف منهم نقاط القوة لدى هذا الطفل ، ويعمل على تمهيتها وإظهارها أمام أقرانه فى حجرة الدراسة حتى ينمى لديه ثقته بنفسه ، ويعرف منهم أيضاً نقاط الضعف ويعمل على تعديلها .

٨- يجب على المعلم أن يتبع قواعد ثابتة تجذب انتباه الأطفال ويعن بها عن بدء الدرس ، فمثلاً قبل بدء الدرس يقول المعلم للأطفال (قف-إحسن ظهرك والمس قدميك بأصابع يديك-اعتدل-اجلس-أغمض عينيك-خذ ثلاثة أنفاس عميقة) ، وهذه الطريقة فعالة جداً فى جذب انتباه الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه وتجعلهم يركزون انتباههم مع المعلم .

٩- يجب أن يستخدم المعلم استراتيجيات فعالة فى التدريس للأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب بحيث تتضمن التدريس بالأمثلة ، ثم الكتابة ، ثم التطبيق العملى من قبل المعلم ، ثم تدريب التلاميذ .

١٠- إذا كان الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب تواجهه أية مشكلة أخرى ، فيجب على المعلم أن يشجعه على التحدث عنها ، وأن يستمع له دون أن يقاطعه، ثم يقدم له توجيهاته مصحوبة بالتمنجة .

١١- يجب على المعلم أن يتأكد من أن الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب منتبهاً إليه أثناء شرح الدرس، ويتم ذلك من خلال متابعة المعلم لعينى الطفل ،

أما إذا تشتت انتباه الطفل لمنبه آخر فيجب على المعلم أن يعمل على جذب انتباهه إليه مرة أخرى بطريقة تتسم بالهدوء مثل التريبت على كتف الطفل ، فإذا لم يستجيب الطفل فيجب على المعلم أن يقوم بالنداء عليه وينظر له نظرة طويلة يصحبها صمت توحى للطفل أن المعلم غاضب منه لعدم تركيز انتباهه على الموقف التعليمي .

١٢- إن الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه يملون من العمل المتكرر ، ولذلك يجب على المعلم أن يغير في طريقة أدائه بحيث يكون هناك حداثة في العرض وتشويق للطفل ، كما يجب على المعلم أيضاً أن يركز على جودة العمل بدلاً من التركيز على مقداره . فعلى سبيل المثال بدلاً من أن يطلب المعلم من الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب أن يقوم بحل عشر مسائل في مادة الرياضيات أثناء الحصة ، فإنه من الأفضل أن يطلب منه حل خمسة مسائل فقط ، ويقوم بمراجعتها معه وتصحيح أخطائه ، لأن الكم القليل المفهوم من المادة العلمية خير من الكم الكثير غير المفهوم .

١٣- نظراً لأن الطفل المصاب بهذا الاضطراب لديه ضعف في القدرة على الإنصات وفهم المعلومات التي يستقبلها ، لذلك فإنه يجب عند تكليفه بعمل دراسي أن تكون التعليمات التي يقدمها له المعلم بسيطة وواضحة ، كما يجب على المعلم أن يجعل هذا الطفل يكرر هذه التعليمات بصوت مسموع قبل أن يقوم بتنفيذ العمل المكلف به حتى يتأكد المعلم أن هذا الطفل قد سمع وفهم المطلوب منه في هذا العمل .

١٤- لما كان الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب لديه قدر كبير من الطاقة البدنية التي لا يستطيع التحكم فيها أو كبتها ، لذلك يجب على المعلم أن يسمح له بالتحرك داخل حجرة الدراسة للتنفيس عن هذه الطاقة من خلال قيامه

بسلوك اجتماعي مقبول ، وذلك مثل السماح للطفل بمسح السبورة ، أو توزيع الكتب على زملائه ، كما يجب على المعلم أيضاً عدم حرمان هذا الطفل من الفسحة لعقابه على أي خطأ ارتكبه ، حيث إن الانطلاق الحر في الفسحة يخلص الطفل من هذه الطاقة ، ويساعده على الجلوس في استقرار عند عودته لحجرة الدراسة .

١٥- نظراً لأن الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب يشعر دائماً بالفشل ، لذلك يجب على المعلم أن يتيح له فرص معيشة النجاح وذلك من خلال تكليفه ببعض الأعمال البسيطة التي يستطيع النجاح فيها ، أو تقسيم العمل إلى وحدات صغيرة وتكليف الطفل بجزء واحد منه فقط بحيث يستطيع النجاح فيه ، حيث إن هذا النجاح يعمل على تنمية ثقة هذا الطفل بنفسه ، ويرفع من تقديره لذاته ، ويشجعه على القيام والنجاح في أعمال أخرى مستقبلية .

١٦- نظراً لأن الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب لا يستطيع تركيز انتباهه لمدة زمنية طويلة ، لذلك يجب على المعلم أن يقسم زمن الحصص إلى فترات عمل قصيرة يتخللها فترات استراحة . فمثلاً يقوم المعلم بتقسيم زمن الحصص إلى فترات عمل مدتها عشر دقائق يتخللها دقيقتان أو ثلاث كفترة استراحة بعد كل فترة عمل ، حيث إن تقديم المعلم لعدد كبير من المعلومات المتتالية يجعل هذا الطفل عاجزاً عن تركيز انتباهه إليها مهما كانت طريقة أداء المعلم ، والتقنيات والوسائل التعليمية التي يستخدمها لجذب انتباهه.

١٧- إن ضعف القدرة على التنظيم من الأعراض الرئيسية لاضطراب الانتباه ، لذلك يجب على المعلم مساعدة الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب على تنظيم أدواته التي يستخدمها وذلك من خلال متابعة المعلم المستمرة لهذا الطفل وتفقد أدواته ، حيث إن تركها مبعثرة في المكان الذي يوجد فيه الطفل

(١٢٠)

سوف يؤدي إلى تشتت انتباهه ، كما أن هذا السلوك من قبل المعلم يعتبر تدريباً لهذا الطفل على تنظيم كل من أدواته والمكان الذي يجلس فيه .

١٨- إن الأطفال المصابون بهذا الاضطراب يحاولون الهروب من الموقف التعليمي داخل حجرة الدراسة عن طريق استهلاك وقت كبير في إخراج الكتب والأدوات الدراسية التي سيستعملونها من حقيبة كتبهم ، لذلك يجب على المعلم مساعدة الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه في إخراج أدواته الدراسية من حقيبته ، وأن يعمل أيضاً على إزالة مخاوفه وتشجيعه على المشاركة في العملية التعليمية والعمل على تنمية ثقته بنفسه بشئى الطرق التي يستطيع المعلم استخدامها لذلك .

١٩- إن الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب لا يستطيع الانتهاء من العمل الذي يقوم به في الزمن المحدد له ، حيث إن تشتت الانتباه ، واضطراب التفكير ، وضعف القدرة على التذكر ، وغيرها من المشكلات الانتباهية تجعل هذا الطفل يستغرق وقتاً طويلاً لإنهاء هذا العمل ، ويترتب على ذلك أن الزمن المقرر لهذا العمل ينتهي قبل أن يكمله الطفل ، ولذلك يجب على المعلم أن يمنحه وقتاً إضافياً يسمح له بالإنهاء من العمل الذي يقوم به خاصة إذا كان يجيب على اختبار ما .

٢٠- لما كان التسرع والإجابة قبل التفكير عن أسئلة لم تستكمل بعد من الأعراض الرئيسية لاضطراب الانتباه ، لذلك يجب على المعلم علاج هذه المشكلة عن طريق تدريب الطفل على التفكير قبل الإجابة ، ويمكن للمعلم أن يتبع استراتيجية لتحقيق هذا الهدف تتمثل في تدريب الطفل على الاستماع أولاً ، ثم التوقف بعض الوقت ، ثم التفكير ، ثم الإجابة الشفهية ، ثم الإجابة العملية ، وهذه الطريقة فعالة جداً في علاج الاندفاع لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب .

٢١- نظراً لأن الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه يستغرق وقتاً طويلاً في إنجاز العمل الذي يقوم به ، لذلك فإنه يترك معظمه غير مكتمل ، ومن هذا المنطلق يجب على المعلم أن يحدد الواجبات المنزلية لهذا الطفل إلى أقل قدر ممكن حتى يستطيع إنجازها وحلها كاملة .

٢٢- يجب على المعلم أن يشرك الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب في الأنشطة المختلفة خاصة الرياضية منها والفنية حيث تعمل الأنشطة الرياضية على التنفيس عن الطاقة المكبوتة لديه في شكل سلوك مقبول اجتماعياً ، كما أن النشاط الفني ينمي لديه القدرة على التركيز .

٢٣- يمكن للمعلم أن يستخدم التعزيز الإيجابي في تعديل السلوكيات غير المرغوبة لدى الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب ، حيث يمكنه أن يستخدم تلك معززات مادية أو معنوية ، ولكن نظراً لأن الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب يشعر بالملل من الأشياء المتكررة ، لذلك يجب على المعلم تغيير المعززات باستمرار حتى يستطيع أن يحافظ على فاعليتها ، ويجب هنا أن ننبه المعلم بعدم الاستهانة بأي سلوك بسيط ينجح الطفل في تعديله ، بل يجب عليه تعزيزه على الفور ، خاصة بمدح الطفل أمام زملائه لأن ذلك سوف يشعر الطفل بالنجاح ويكون حافظاً له على تعديل سلوكياته الأخرى غير المرغوبة .

٢٤- وأخيراً نود أن نذكر المعلم بأنه إذا واجهته أية مشكلة عند عمله مع الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب وكان يعجز عن حلها بمفرده ، عندئذٍ يجب عليه استشارة فريق العمل الموجود معه في المدرسة ، أو أي فرد آخر لديه معلومات وفيرة عن اضطراب الانتباه ، وخبرة كافية في التعامل مع الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ، ولا يجب عليه التخبط بين آراء من ليست لديهم خبرة في هذا المجال .

ثانياً : إرشادات للوالدين

وختاماً هناك بعض الإرشادات نريد أن نقدمها للوالدين الذين يوجد لديهم طفل يعانى من اضطراب الانتباه ، وهى كما يلى:

١- لابد أن يقتنع الوالدان أن طفلهم الذى يعانى من هذا الاضطراب يقوم بالاندفاع وفرط النشاط الحركى عن غير قصد منه ، ولذلك فإن العقاب البدنى ، والنقد اللاذع من قبل الوالدية لا يفيد معه .

٢- أن الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب لديه طاقة كبيرة ، ويجب على الوالدان مساعدته على التنفيس عنها من خلال ممارسة الأنشطة الرياضية ، والجرى لمسافات طويلة ، أما إذا كانت ظروف الوالدين لا تسمح لهم بذلك ، أو كان الطقس سيئاً ، فيجب على الوالدين أن يجهزوا حجرة بالمنزل لكى يلعب فيها الطفل ، ويتركوه يفعل ما يشاء بدون نقد منهم ، على أن يكون ذلك فى وقت محدد فقط وليس طول اليوم .

٣- يجب عدم تشجيع هذا الطفل على كثرة النشاط الحركى فى الوقت غير المخصص لذلك ، كما يجب منع أشقائه من اللعب معه لعبة تحتاج إلى حركة بدنية كثيرة مثل المطاردة ، أو الألعاب الصاخبة ، لأن هذا اللعب سوف يعزز لديه النشاط الحركى المفرط ، ويجعل هناك صعوبة فى التخلص منه أو خفض مستواه .

٤- يجب على الوالدين أن يجعلوا الجو العام للمنزل يسوده النظام ويدرّبوا الطفل على ذلك ، ولذلك فإنه يجب عليهم تحديد وقت للعب ، ووقت لتناول الطعام ، ووقت لحل الواجبات الدراسية ، ووقت للنوم على أن تكون مواعيدها ثابتة دائماً بقدر الإمكان ، كما يجب عليهم أيضاً أن يعطوا الطفل عدم دخول حجرة الآخرين بالمنزل ، أو اللعب بأشياء تخص غيرهم بدون استئذان .

(١٢٣)

٥- يجب على الوالدين إبعاد هذا الطفل عن التجمعات التي لا يستطيعون فيها التحكم في سلوك طفلهم ، وذلك مثل الحفلات والأفراح ، حيث إن هذه التجمعات سوف تجعل الطفل ينطلق مع أقرانه ويقوم بنشاط حركي كبير ، مما يؤدي إلى استثارة فرط النشاط الحركي الكامن لديه ، ورفع مستواه .

٦- يجب على الوالدين تنمية الانتباه والذاكرة لدى هذا الطفل من خلال تشجيعه على ممارسة بعض اللعب والأنشطة التي تحتاج إلى تركيز ولا تحتاج إلى نشاط حركي كبير مثل مطابقة الصور ، أو تلوينها ، أو بناء الأشياء من المكعبات ، كما يمكن للوالدين تنمية قدرة الطفل على الإنصات من خلال سرد القصص المثيرة والمشوقة عليه ، حيث إنها تجذب انتباه الطفل وتجعله ينصت لكي يستمع إلى تفاصيلها .

٧- يجب أن يقوم الوالدان بتوجيه الطفل لتعديل سلوكه عن طريق تقديم النمذجة لسلوك الوالدين ، وسلوك أقران الطفل وأشقائه .

المراجع

المراجع العربية :

- ١- أحمد زكى صالح (١٩٨٨) . علم النفس التربوى ، الطبعة العاشرة ، دار النهضة العربية ، القاهرة .
- ٢- أحمد عزت راجح (١٩٨٥) . أصول علم النفس ، الطبعة الثالثة ، دار المعارف ، القاهرة .
- ٣- السيد على سيد احمد على (١٩٩٨) . برنامج مقترح لتنمية الانتباه البصرى لدى الأطفال المتخلفين عقلياً ، رسالة دكتوراه غير منشوره ، معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس ، القاهرة .
- ٤- أنور محمد الشرقاوى (١٩٩٢) . علم النفس المعرفى المعاصر ، الطبعة الأولى ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .
- ٥- حلمى المليجى (١٩٨٣) . علم النفس المعاصر ، الطبعة الخامسة ، دار المعارف ، القاهرة .
- ٦- دينيس تشايلد . علم النفس والمعلم . ترجمة عبدالحليم محمود السيد وآخرون (١٩٨٣) . مؤسسة الأهرام ، القاهرة .
- ٧- سعدية محمد على بهائر (١٩٨٦) . فى علم نفس النسو ، الطبعة الرابعة ، دار للبحوث العلمية ، الكويت .

(١٢٨)

٨- سهير فهيم الغباشى (١٩٨٨). التمييز بين فئات مرض الصرع فى الأداء على بعض الاختبارات المعرفية وبعض مقاييس الشخصية ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة ، القاهرة .

٩- عبدالحليم محمود السيد وآخرون (١٩٩٠). علم النفس العام ، الطبعة الثالثة، مكتبة غريب ، القاهرة .

١٠- فؤاد أبو حطب ، عبدالحليم محمود السيد (١٩٩٣). علم النفس ، فهم السلوك الإنسانى وتنميته ، مقرر الصف الثالث الثانوى العام، قطاع الكتب ، وزارة التربية والتعليم ، القاهرة .

١١- محمد عثمان نجاتى (١٩٨٣). علم النفس فى حياتنا اليومية ، الطبعة العاشرة ، دار القلم ، الكويت .

المراجع الأجنبية :

12- American Psychiatric Association (1980) : *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders (3 rd ed)* . Washington, DC: Aurthor.

13- American Psychiatric Association (1987) : *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders (3rd ed rev)*. Washington DC: Aurthor.

- 14- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders (4 th ed)*. Washington, DC: Aurthor.
- 15- Ball, J. D. , et al. (1997): *Sleep Patterns Among Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Re-examination of Parent Perceptions . J – Pediatr – Psychol, 22,3,pp : 389-398.*
- 16- Barker,p.(1988): *Conduct Disorder,Attention Deficit in Basic Child Psychiatry, (5 th ed.) Oxford Blackwell Scientific Publication. New Yourk . Oxford University Press. pp:121-147.*
- 17- Barkley,R.A. (1988): *Attention Deficit Hyperactivity Disorder . in E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds). Assessment of Childhood Disorders, (2nd Ed.) pp: 69-104, New York : Guilford .*
- 18- _____ (1989) : *The Problem of Stimulus Control and Rule Governed Behavior in Children with Attention Deficit Disorder with Hyperactivity in L.M Bloomingdale & J. Swanson (Eds). Attention Deficit Disorder, 4, pp:203-228. Oxford, UK: Pergamon .*

- 19- _____.(1990): *Attention Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment. Guilford press, New Your. 747.*
- 20- _____., Dupaul, G. J., and McMurray, M. B. (1990):*Comprehensive Evaluation of Attention Deficit Disorder With and Without Hyperactivity as Defined by Research Criteria. J. Consult Clin psychology, 58,pp:775-798.*
- 21- _____ .et al. (1993): *Driving Related Risks and Outcomes of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adolescents and Young Adults : 3 to 5 Year Follow up Survey. Pediatrics, 92, PP : 212 - 218.*
- 22- _____ R. B. (1981): *Hyperactive Children : A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York : Guilford Press.*
- 23- _____ (1987) : *Defiant Children : A Clinician's Manual for Parent Training. New york : Guilford Press .*

- 24- Bart, H. J. and Anna, W. (1992): *Social Withdrawal and Aggression in Subgroups of ADHD Children*. American Psychological Association, Washington, pp:14-18.
- 25- Berlyne, D. E. (1974) : *Attention in E. C. Carterette & M.P. Friedman, Eds, Handbook of Perception, New Yourk, Academic Press.*
- 26- Biederman, J., Newcorn, J. and Sprich, S. (1991) : *Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Conduct, Depressive, Anxiety and Other Disorder . Am J Psychiatry, 148, PP : 564 - 577.*
- 27- _____, Mick, E., Faraone, S.V. (1998): *Depression in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Children, "true" Depression or Demoralization ? J-Affect-Disord. 47,1, pp: 113-122.*
- 28- Bigler, E. D. (1988): *Diagnostic Clinical Neuropsychology Austin : University of Texas Press.*
- 29- Bourne, L-E, Dominowski, R. L. and Loftus, E. F. (1979): *Cognitive Processes . Englewood Chiffs, N. J. Prentice-Holl.*

- 30- **Brown,R.T.,et al.(1991):***Effects of Parental Alcohol Exposure at School Age. in Attention and Behavior Neurotoxicology and Teratology,13(4), PP : 369-376.*
- 31- **Bundesen , C. (1990):** *A Theory of Visual Attention. Psychological Review, 97, 4, PP : 523-547.*
- 32- **Burns,G.L. ,et al. (1997):** *Internal Validity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder,Oppositional Defiant Disorder, and Over Conduct Disorder Symptoms in Young Children : Implications from Teacher Ratings for A Dimensional Approach to Symptom Validity. J Clin Child Psychol. 26, 3, pp: 266- 275 .*
- 33- **Carlson,E.A.,Jacobvitz, D. and Sroufe, L.A. (1995):** *A Developmental Investigation of Inattentiveness and Hyperactivity. Child Development, 66, PP : 37-54.*
- 34- **Carr, T .H. (1984) :** *Attention Skill and Intelligence. Some Speculations on Extreme Individual Differences in Human Performance : in P. H. Brooks , R. Sperber and C. M. Cauley Eds,*

Learning and Cognition in the Mentally Retarded, Hillsdal, N.J: Elbaum, pp: 198- 215.

- 35- Carver, C.S. & Scheier, M. F.(1981): *Attention and Self Regulation. A Control Theory Approach to Human Behavior*, Springer-Verlag . New York, Heidelberg Berlin.
- 36- Cavanaugh, S. , Tervo, R.C., Fogas, B. (1997): *The Child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Learning Disability*, S-D.J. Med, 50,6, PP: 193-197.
- 37- Chervin , R. D. et al. (1997) : *Symptoms of Sleep Disorders, Inattention and Hyperactivity in Children Sleep*, 20,12, pp : 1185-1192.
- 38- Cynthia, A. R. and George, W. H. (1993): *Developmental Language Disorder in Children. Relationship with Learning Disability and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. School Psychology Review*, 22,4,pp : 696-709.
- 39- Deborah , P. A., et al. (1996): *Comparison of Sustained and Selective Attention in Children who*

have Mental Retardation With and Without Attention Deficit Hyperactivity Disorder . American journal on Mental Retardation, 100, pp:592-607.

- 40- Dinsmoor, J. A. (1985) : *The Role of Observing and Attention in Establishing Stimulus Control. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 43, pp: 365-381.*
- 41- Edward,A.K. and Sandra, H, K. (1994): *Classroom Discipline with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children. Contemporary Education, 65,3,pp:142-144.*
- 42- Eriksen, C. W. & Yeh, Y. Y. (1985) : *A Location of Attention in the Visual Field. Journal of Experimental Psychology : Human Perception and Performance, 11, pp : 583-597.*
- 43- Fee,V.E. Matson, J.L., and Benavidez, D.A. (1991): *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Mentally Retarded Children. Manuscript Submitted for Publication.*

- 44- _____ . et al, (1993) : *The Differential Validity of Hyperactivity / Attention Deficits and Conduct Problems Among Mentally Retarded Children. Journal of Abnormal Child Psychology, 21,1, PP : 1-11.*
- 45- _____ (1994) : *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Mentally Retarded Children, Research in Developmental Disabilities, 15,1,pp : 67-79.*
- 46- Feleming,M.L.,Levie,W.H.&Mcleskey, J. L. (1980): *Compensating Attentional Deficit in Handicapped Learners Through Special Media Techniques , USOE/BEH Final Report , Project No:446 AH 80038, Bloomington, in Indiana, University.*
- 47- Fenigstein, A. & Carver, C. S. (1978): *Self-focusing Effects of False Feedback. Journal of Personality and Social Psychology, 36 pp : 1241 - 1520.*
- 48- Forehand,R.L.,and McMahon, R.J. (1981): *Helping the Noncompliant Child. A Clinician's Guide to Parent Training. New York : Guilford Press.*

- 49- Frankel, F. et al. (1997): *Parent-assisted Transfer of Children's Social Skills Training : Effects on Children With and Without Attention Deficit Hyperactivity Disorder. J. Am Acad Child Adolesc- Psychiatry, 36,8,pp: 1056-1064.*
- 50- Friedman, S.& Kock, J. (1985): *Child Development. A Topical Approach. New Yourk, Tohn Willy.*
- 51- Gadow, K. D. , et al , (1995) : *Efficacy of Methylphenidate for ADHD in Children with Tic Disorder.Arch.Gen.Psychiatry,5,6, PP: 444-455.*
- 52- George,J.D.& Patricia, N. H. (1993): *Peer Tutoring Effects on the Classroom Performance of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. School Psychology Review, 22,1, pp: 134-143.*
- 53- Giler,J.w., Pennington, B.F. and Defrief, C. (1992): *A Twin Study of the Etiology of Comorbidity : Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Dyslexia, J. Am Acad Child Adolescent Psychiatry, 31,PP : 343-348.*

- 54- Goetz,L.&Gee,K. (1987): *Teaching Visual Attention in Functional Contexts. Acquisition and Generalization of Complex Visual Impairment and Blindness, 81, pp:115-117.*
- 55- Hinshaw, S. P. (1987) : *On the Distinction Between Attention Deficit/Hyperactivity and Conduct Problems/Aggression in Child Psychopathology. Psychological Bulletin, 101,PP : 443-463.*
- 56- Hunt, R. D., Ruud, B., Minderaa, M.D. (1986): *The Therapeutic Effect of Clonidine in Attention Deficit Disorder with Hyperactivity:A Comparison with Placebo and Methylphenidate. Psychopharmacol Bull, 22, PP : 229.*
- 57- Jeffrey, S. D. (1998):*The Outcome of Parent Training Using Behavior Management Flowchart with Mothers and Their Children, Behavior Modification, 22,4, PP : 431-443.*
- 58- Jennifer,S.Tom,B.(1994):*Social Status and Self-esteem. Children with ADHD and Their Peers. Computer Search, ERIC, An, Ed 400630 CHN. EC 305070.*

- 59- **Johanston, C. and Freeman, W. (1997): *Attributions for Child Behavior in Parent of Children Without Behavior Disorders and Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. J. Consult. Clin. Psychol. 65,4,pp:636-645.***
- 60- **John, N. , et al. (1995) : *The Differential Effects of Teacher and Peer Attention on the Disruptive Classroom Behavior of Three Children with a Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of Applied Behavior Analysis, 28,2, pp:227-238.***
- 61- **Jordan, D. R. (1988) : *Jordan Prescriptive / Tutorial Reading Program. Austin, TX : PRO-ED.***
- 62- **_____ (1989): *Overcoming Dyslexia in Children, Adolescents and Adults. Austin, TX: PRO-ED.***
- 63- **_____ (1991): *Whatever Happened to ADD without Hyperactivity ? CH.A.D.D.ER.4,4.***
- 64- **_____ (1992): *Attention Deficit Disorder : ADHD and ADD Syndromes (2 nd ed.) Shool Creek Boulevard, Austin, TX.***

- 65- Kaplan,H.J.et al. (1994): *In Synopsis of Psychiatry, (7th Ed). Mass Publishing Co., Giza, Egypt.*
- 66- Kelly, D. P. and Aylward, G. P. (1992) : *Attention Deficit in School Aged Children and Adolescents. The Pediatric Clinics of North America, 39,3, PP: 487-512.*
- 67- Kendall, P. C. et al . (1985) : *Cognitive Behavioral Therapy for Impulsive Children. Merion, PA.*
- 68- Kirby.E.A.and Grimley,L.K.(1986): *Understanding and Treating Attention Deficit Disorder. New York : Pergamon Press.*
- 69- Kruesi, M. J. P., et al. (1987) : *Effects of Sugar and Aspartame on Aggression and Activity in Children.American Journal of Psychiatry, 144,11,PP: 1487-1490.*
- 70- Lahey,B.B.,Green, K.D. & Forehand, R.(1980): *On The Independence of Ratings of Hyperactivity, Conduct Problems and Attention Deficits in Children : A Multiple Regression Analysis.*

Journal of Consulting and Clinical Psychology,
48,PP: 566-574.

- 71- _____, et al. (1988) : *Dimensions and Types of Attention Deficit Disorder with Hyperactivity in Children: A Factor and Cluster Analytic Approach. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*,27,pp:330-335.
- 72- Linda,J.O. P. (1994): *Promoting Social Competency in Attention Deficit Hyperactivity Disorder Elementary Aged Children. Ed. D. Practicum Report, Nova University .*
- 73- Loney, J.and Milich, R. (1982): *Hyperactivity, Inattention and Aggression in Clinical Practice. In M. Wolraich & D. Routh (Eds), Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics (V.3, PP:113-147). Greenwich, CT: JAI. Press.*
- 74- Lorber,R.and Patterson,G.R.(1981):*The Aggressive Child. Aconcomitant of a Coercive System. in J.P.Vincent(ED),Advances in Family Intervention, Assessment and Theory : An Annual*

*Compilation of Research (PP : 47 - 87) .
Greenwich, CT:JAI press.*

- 75- Lovas , O. I. Koegel, R & Schreilman, L. (1979) : *Stimulus Over Selectivity in Autism . A Review of Research . Psychological Bulletin, 86, pp : 1236-1254.*
- 76- Maria, F. L. , et al. (1996) : *Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Emotional or Behavioral Disorders in Primary Grades : Inappropriate Placement in the Learning Disability Catagory . Education and Treatment of Children , 19,3, pp:286-299*
- 77- Mash, E. J. & Johnston, C. (1990): *Determinants of Parenting Stress: Illustrations from Families of Hyperactive Children and Families of Physically Abused Children. Journal of Clinical Child Psychology, 19, pp: 313-338.*
- 78- Mcleskey, J. , et al. (1982) : *Selective Attention to Visual Stimuli. The Need to Combine Theory and Research. Journal of Special Education Technology,5,pp:23-32.*

- 79- _____ . (1985): *Procedures for Ameliorating Attentional Deficit of Retarded Children Through Instructional Media Design. Education and Training of The Mentally Retarded, 17, pp:227-233.*
- 80- Milich,R.and Pelham,W.E. (1986): *Effects of Sugar Ingestion on the Classroom and Playgroup Behavior of Attention Deficit Disordered Boys. J. Consulting and Clinical Psychology, 54,5,PP: 714-718.*
- 81- Morgan,W. p. & Pollock, M. L. (1977): *Psychologic Characterization of the Elite Distance Runner in P. Milvy Ed, the Marathan : Physiological, Medical, Epidemiological and Psychological Studies, New Yourk Academy of Sciences.*
- 82- Neuvill, M. B.(1995) : *Sometimes I get All Scribbly : Living with Attention Deficit /Hyperactivity Disorder . (2nd ed). Shoal Creek Boulevard Austin, Texas.*

- 83- Nussbaum,N.L.and Bigler, E. (1990): *Identification and Treatment of Attention Deficit Disorder. Shoal Creek Boulevard, Austin, Texas.*
- 84- _____ . et al. (1988): *Attention Deficit Disorder and the Mediating Effect of Age on Academic and Behavioral Variables. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 10,1,29.*
- 85- Pardo, J. V, Fox, P. T and Raichle, M. E. (1990) : *A Heteromodal Network Activated in Humans During Sustained Attention to Sensory Stimuli. Manuscript Submitted for Publication.*
- 86- Patterson, G. R, Cobb, J. A., and Ray, R. S. (1972): *A Social Engineering Technology for Retaining Aggressive Boys.In H.Adams & L. Unikel (Eds), Georgia Symposium in Experimental Clinical Psychology. 2, pp: 139 -210. Oxford ; Pergamon press.*
- 87- Patterson,G.R.(1982): *A Social Learning Approach to Family Intervention. V.3, Coercive Family Process. Eugene, OR : Castalia.*

- 88- Pearson,D.A.et al (1996): *Comparison of Sustained and Selective Attention in Children who have Mental Retardation With and Without Attention Deficit Hyperactivity Disorder. American Journal on Mental Retardation. V 100, N6, PP: 592-607.*
- 89- Pelham,W.E.,Greenslade,K.E. and Hamilton, V.M. (1990) : *Relative Efficacy of Long Acting Stimulants in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorders : A Comparison of Standard Methylphenidate , Sustained Release Dextroamphetamin and Pemolin. Pediatrics, 86, PP:226-237.*
- 90- Peter,D.et al.(1989):*Psychology Perspective on Behavior.John Willey& Sons, New York, Chichester Brisbane Toronto Singapore, pp:193-202.*
- 91- _____,S. et al. (1993) : *Anxiety and Depressive Disorders in Attention Deficit Disorder with Hyperactivity : New Findings, Am J psychiatry, 150, 8, PP: 1203-1209.*

- 92- Pfiffner,L.J.and Mc Burnett,K.(1997): *Social Skills Training with Parent Generalization: Treatment Effects for Children with Attention Deficit Disorder . J Consult clin psychol. 65, 5, pp : 749-757.*
- 93- Pisterman,et al.(1989):*Outcome of Parent Mediated Treatment of Preschoolers with Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, PP: 628-635.*
- 94- Pliszka, S. R. (1989): *Effect of Anxiety on Cognition Behavior and Stimulant Response in ADHD. J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry, 28, PP: 882-887.*
- 95- Porrino,L. J. et al. (1983): *Anaturalistic Assessment of the Motor Activity of Hyperactive Boys: I. Comparison with Normal Controls. Archives of General Psychiatry, 40, pp:681-687.*
- 96- Posner,M.I.,Cohen,y.and Rafal, R.D (1982): *Neural systems and the control of spatial orienting. Philosophical transactions of the Royal society of London (Biology), 298, PP:187-198.*

- 97- _____,et al. (1984): *Effects of parietal injury on covert orienting of attention. Journal of Neuroscience, 4, PP:1863-1874.*
- 98- _____(1988):*A symmetries in hemispheric control of attention in schizophrenia, Archives of General psychiatry, 45,PP: 814-821.*
- 99- Purvis , K. L. and Tannock, R. (1997) : *Language abilities in children with attention deficit hyperactivity disorder, reading disabilities and normal cntrols. J. Abnormal-child-psychology, 25,2, PP:133-144.*
- 100- Rief , S. F. (1993) : *How to reach and teach ADD/ADHD children : practical techniques, strategies and interventions for helping children with attention problems and hyperactivity, the center for applied research in education, West Nyack. New York.*
- 101- Robson, A. L & Pederson, D. R. (1997) : *Perdictors of Individual Differences Inattention among*

low birth weight children. J- Dev-Behav-pediatr. 18,1,pp:13-21.

102- Rosen, L.A. et al. (1988): *Effects of Sugar (Sucrose) on Children's Behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,4, PP:583-589.*

103- Sch, R. W. (1979): *The Effects of Selective Attention of the Decoding Skills of Children with Learning Disabilities. Journal of Learning Disabilities, 12,pp:636-644.*

104- Soraci, S. A. et al. (1987) : *Oddity Performance in Preschool Children at Risk for Mental Retardation. Transfer and Maintenance. Research in Developmental Disabilities, 8, pp : 137-151.*

105- Stephen, v. et al.(1993) : *Evidence for The Independent Familial Transmission of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Learning Disabilities : Results from a Family Genetic Study, Am J Psychiatry, 150,6, PP:891-895.*

106- _____, E. B. (1996): *The Reading Comprehension Abilities of Children with Attention Deficit*

(١٤٨)

Hyperactivity Disorder. School Psychologists, Atlanta, GA, pp; 12-16.

107- Steven,L.and Lisa,A.M. (1991): *Social Skills Deficit in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. School Psychology Review; 20,2, pp: 235-251.*

108- Swanson , J. M. , et al. (1990) : *Attention and Hyperactivity. The Development of Attention : Research and Theory, Elsevier Science Publishers B.V. (North-Holland), PP:383-403.*

109- Tarver, S. H. , et al. (1976) : *Verbal Rehearsal and Selective Attention in Children with Learning Disabilities. A Developmental log, Journal of Experimental Child Psychology , 22,pp:375-385.*

110- Tucker, D. M. and Williamson, P. A. (1984) : *A Symmetric Neural Control Systems in Human Self-regulation. Psychological Review, 91, PP: 185-215.*

111- Tupper, D. E. (1987) : *Soft Neurological Signs. Orlando, FL : Grune and Stratton.*

- 112- Velting, O. N. and Whitehurst,G.J.(1997): *Inattention Hyperactivity and Reading Achievement in Children from Low Income Families : A Longitudinal Model. J. Abnormal Child Psychology, 25,4, PP: 321-331.***
- 113- Virginia,F.E.et al.(1994):*Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Mentally Retarded Children . Research in Developmental Disabilities, 15, pp: 67-79.***
- 114- Wender, E. (1995): *Hyperactivity in Behavioral and Developmental Pediatrics, (Eds). Parker, S. and Zucherman , B. Little Brown and Company Boston. (1st Ed.), PP: 185-194.***
- 115- Zeaman, D, & House, B. J. (1979) : *A Review of Attention Theory. in Ellis, N. R. Ed, Handbook of Mental Deficiencies, Psychological Theory and Research, (2nd Edition). Hillsdale, N. J. Erlbaum Associates.***
- 116- Winneke, et al (1989) : *Modulation of Lead Induced Performance Deficit in Children by Varying Signal Rate in A Serial Choice Reaction Task.***

(1 0 .)

Special Issue : Interdisciplinary Aspects of Neurotoxicology. Neurotoxicology and Teratology, 11,6, PP:587-592.

مركز أبحاث للطباعة والكمبيوتر
مساكن لكوظ - الزراعة - الزقازيق

رقم الإيداع بدار الكتب المصرية

٩٩/٣٣٧٦

الترقيم الدولي L.S.B.N.

977-19-8136-6

مركز آيات للطباعة والكمبيوتر

مساكن لكوظ - الزراعة - الزقازيق

To: www.al-mostafa.com