

## قصور الانتباه وفرط الحركة/ الإندفاعية Attention -Deficit Hyperactivity/ Impulsivity Disorder



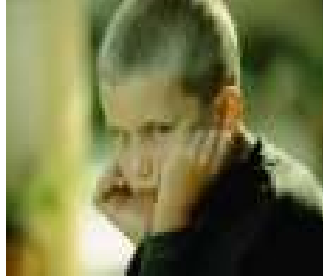
### الوصف الإكلينيكي Clinical Description الاعتبارات التشخيصية Diagnostic Considerations



يعد اضطراب قصور الانتباه / فرط الحركة (ADHD)، واحداً من أكثر اضطرابات الطفولة- المحور (1)- الدليل التشخيصي والإحصائي – النسخة الرابعة (1994) (Axis 1) Childhood Disorders; DSM-IV, 1994)، شيوعاً، والذي يحدث لدى ما نسبته 3-5% من الأطفال (Anderson et al., 1987; American Psychiatric Association, 1994; Biederman, 1991). ويتصف هذا الإضطراب بعدم الانتباه وعدم الاستقرار والاندفاعية وفرط الحركة. وتعد هذه الأعراض مخربية ومدمّرة أو تخلق وتطور للطفل مشكلات بيئية اجتماعية (American Psychiatric Association, 1994; Barkley, 1990; Munoz-Millan & Casteel, 1989). ويظهر هذا الإضطراب بين أوساط الذكور أكثر من الإناث، وبنسبة 2:1- إلى 10:1، كما تشير بذلك العديد من الدراسات والأبحاث الخاصة بهذا المجال (American Psychiatric Association, 1994; Barkley, 1991b). وقد قسم الدليل التشخيصي والإحصائي- النسخة الرابعة (1994) (DSM-IV)، محكات اضطراب (ADHD)، إلى مجموعتين كما يلي:

مجموعة عدم الانتباه (Inattention Group)، وتتألف من الأعراض التي تعكس ندرة و الافتقار إلى الانتباه للتفاصيل، والصعوبة في المحافظة والاستمرار في الانتباه، الفشل والإخفاق في الاستماع، والمشكلات التنظيمية، والتشتت، والفشل في إكمال الأنشطة، والنسيان.

مجموعة فرط النشاط – الاندفاعية (Hyperactivity- Impulsivity Group)، وتتألف من السلوك المفرط، والتلوي والشعور بالضيق الإنزعاج، والصعوبة في البقاء جالساً، والنطق / وإصدار الأصوات غير المناسبة، والصعوبة في الإنتظار.



ويجب أن تنطبق على الأطفال إما ستة من أعراض مجموعة عدم الانتباه أو ستة من مجموعة فرط النشاط – الاندفاعية، لكي يكونون مؤهلين لأنطبق تشخيص اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة (ADHD). بالإضافة إلى ذلك فإن تلك الأعراض يجب أن تظهر في موقفين (Two Situations) أو أكثر.

ويطلق على الأطفال الذين ينطبق عليهم فقط محكات مجموعة عدم الانتباه، لمدة لا تقل عن ستة أشهر، أنهم من نوع عدم المنتبه بصورة رئيسية (Predominantly Inattentive Type)، في حين يطلق على الأطفال الذين تنطبق عليهم فقط محكات المجموعة الثانية من فرط الحركة / الاندفاعية ، لمدة لا تقل عن ستة أشهر أنهم من نوع مفرط الحركة – مندفع بصورة رئيسية (Predominantly Hyperactive-Impulsive Type). أما الأطفال الذين تنطبق عليهم محكات المجموعتين (عدم الانتباه وفرط الحركة / الاندفاعية) ، فإنهم يطلق عليهم النوع المندمج (Combined Type)



لذلك، فإن اضطراب قصور النشاط وفرط الحركة (ADHD)، يرمز له في (DSM-IV)، بوصفه يتألف من ثلاثة أنواع فرعية، استناداً على طبيعة نوع الأعراض السلوكية الرئيسية المهيمنة على الطفل – عدم الانتباه أو فرط الحركة / الاندفاعية، أو كلاهما سوياً. كما يوجد تصنيف إضافي، يطلق عليه قصور الانتباه وفرط الحركة

غير المخصص في مكان آخر (ADHD Not Otherwise Specified, [ADD-NOS])، ويستخدم لوصف الأطفال الذين تكون لديهم مشكلات تتعلق بالانتباه، وفرط الحركة أو الإندفاعية، لكنهم لا تنطبق عليهم محكات الأنواع الرئيسية الثلاثة لهذا الإضطراب.

وتمثل محكات الدليل التشخيصي والإحصائي – النسخة الرابعة (1994)، لتشخيص (ADHD)، اختلافاً كبيراً عن محكات النسخة الثالثة من هذا الدليل (DSM-111-R, 1987)، التي تدرج مجموعة منفردة مكونة من أربعة عشرة محكاً لتشخيص هذا الاضطراب (ADHD)، وتستلزم توفر ثمانية محكات لتشخيص حالة الاضطراب (American Psychiatric Association, 1987). وحسب النسخة الثالثة من الدليل (1987)، يصنف الأطفال الذين **يظهرون فقط** أعراض عدم الانتباه بأن لديهم اضطراب قصور الانتباه غير الفارق (Undifferentiated Attention –Deficit Disorder). وقد قوبل استخدام قائمة منفردة من أعراض (ADHD)، في النسخة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي (1987)، بالكثير من النقد استناداً إلى دراسات التحليل العاملي (Barkley, 1990) التي توصلت إلى أن أعراض (ADHD)، تقع ضمن مجموعتين أساسيتين: عدم الانتباه- وعدم الاستقرار، و الإندفاعية – فرط الحركة. وتتطابق محكات الدليل التشخيصي والإحصائي – النسخة الرابعة (1994)، وتنسجم بقوة مع نتائج دراسات التحليل العاملي، من خلال تقسيمها لأعراض (ADHD)، إلى مجموعتين، وإتاحة المجال لنوع فرعي يتعلق بعدم الانتباه (An Inattentive Subtype).



ويعد سن **الطفل** عاملاً ومحددًا حاسماً في القيام بتشخيص اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة (ADHD). ولا تعتبر المستويات المعتدلة من النشاط المشتت ومدة الانتباه القصيرة الأمد أمراً غير عادي لدى الأطفال الصغار جداً. ويزداد الانتباه والتركيز والنشاط المضبوط والغرضي الهادف مع تقدم العمر. إلا أن نصف أو خمسين بالمائة 50% من حالات (ADHD)، يظهرون بدء أعراض هذا الإضطراب قبل سن الرابعة من العمر، كما أن ظهور بعض الأعراض يجب أن يحدث قبل سن السابعة حتى تنطبق على الطفل شروط التشخيص بالاضطراب (American Psychiatric Association, 1994). كما أن بعض الأطفال لا يظهرون الأعراض إلا بعد أن يبدأون في دخول المدرسة. ويمكن للبيئة المدرسية أن تصعد أو تخفف (Magnify or Illuminate)، المشكلات المرتبطة بهذا الإضطراب (ADHD) ويعود هذا لكون الأنشطة المدرسية مبنية بطريقة منظمة خاصة، كما ويوجد عدد هائل من المقارنات التي قد تحدث بين الأطفال داخلها. لكن بوجه عام فإن اضطراب (ADHD)، عادة ما يشخص قبل سن السابعة من العمر (Biederman, 1991). وتظهر الدراسة

الاسترجاعية (Retrospective Study) ، للطفل عند تشخيصه بهذا الاضطراب في سن السابعة، أن بدء ظهور الأعراض قد حدث فعلاً قبل سن السابعة.

ويرتبط اضطراب (ADHD)، بالكثير (Plethora)، من الإضطرابات الطبية والسلوكية والمعرفية والأكاديمية. وغالباً ما يظهر الأطفال المصابون بهذا الإضطراب مستويات ضعيفة من الأداء المدرسي؛ كما أنهم غالباً ما يعانون من مشكلات جسدية بمعدلات أعلى من نظرائهم الطبيعيين من نفس الفئة العمرية؛ ويواجهون صعوبات متزايدة فيما يتعلق بتقبل الأقران لهم؛ كما أنهم يسجلون معدلات قلق واكتئاب بصورة أعلى أيضاً مما هو شائع لدى الأطفال الآخرين في نفس فئتهم العمرية (Barkley, 1991b; Biederman, 1991). وقد يحدث إضطراب (ADHD)، في بعض الأحيان مقترناً بمستويات متدنية من نسب الذكاء (IQ)، ويجب أن يراعى في مثل هذه الحالات أن تقدم للطفل محكات مناسبة لفئة العمر العقلية عند تشخيص إضطراب (ADHD). كما ويعتبر اضطراب السلوك المعارض- المشاكس (Oppositional –Defiant Disorder [ODD])، أو إضطراب السلوك (Conduct Disorder [CD]) ، من أكثر المظاهر شيوعاً وارتباطاً بحالة اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة . وببساطة فإن العديد من الأطفال المصابين باضطراب (ADHD)، يعانون من مشكلات وصعوبات في الانصياع والطاعة (Compliance) ، وإظهار السلوكيات غير المقبولة إجتماعياً و المضادة للمجتمع (Antisocial Behaviors). وفي الحقيقة ، فإن التداخل ما بين إضطراب (ADHD)، وإضطراب السلوك (CD)، كبيراً جداً لدرجة أن بعض المؤلفين تساءل وتشكك في احتمالية كونهما إضطرابين مختلفين (Munoz-Millan & Casteel, 1989). وعلى أية حال فإن الأدلة التجريبية ودراسات التحليل العاملي تشير إلى أنه في حين يوجد تداخل رئيسي ما بين هذين الإضطرابين إلا أنهما زلمتين مميزتين (Two Distinct Syndromes، بصورة منفصلة (Carlson & Rapport, 1989; Munoz-Millan & Casteel, 1989).

إن التداخل الكبير – لكن ليس التام- ما بين (ADHD)، و (CD)، يشير إلى أن الأنواع الفرعية من (ADHD)، قد تكون موجودة في حالات (CD)، بالإضافة لتلك الأنواع الفرعية التي حددها الدليل التشخيصي والإحصائي – النسخة الرابعة (DSM-IV). وقد أشار الكثير من المؤلفين (Whalen & Henker, 1991)، إلى ملاحظتهم للتباين والتنوع (Heterogeneity) وعدم التجانس الهائل ما بين الأشخاص المصابين باضطراب (ADHD)، مما طرح وأثار الانتباه إلى أهمية وضع حدود فاصلة (Delineating)، للأنواع الفرعية في اضطراب (ADHD).

ويستند الجزء الأول من الأنواع الفرعية (ADHD)، على الدرجة (The Degree)، التي يظهر بها طفل (ADHD)، مشكلات سلوكية (Conduct Problems)، هذا علماً بأن 50% من أطفال (ADHD)، يعانون من مشكلات (CD)، أو (ODD) (Barkley, 1991a; Biederman & Steingard, 1989)، وهؤلاء الأطفال – الذين يطلق عليهم (ADHD-CD)- يوصلون (Channel)، فرط نشاطهم عبر السلوك المعارض، والعدواني والمضاد للمجتمع أو الخطر؛ في حين أن أطفال (ADHD)، منفرداً، يظهرون مشكلات إنتباه / واندفاعية بصورة أكبر (Carlson & Rapport, 1989). بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال المصابين باضطرابات (ADHD-CD)، يكونون لاحقاً في المستقبل معرضين لخطر تطوير مشكلات عدوان مضاد

للمجتمع (Later Antisocial-Aggression Problems)، في حين أن أطفال (ADHD)، لا يكونون كذلك (Biederman, 1991).

ويقترح بايدرمان (Biederman, 1991)، نوعين فرعيين آخرين للاضطراب (ADHD)، استناداً إلى التشخيصات التي تحدث في آن واحد سوياً (Co-Occurring Diagnoses)، وذلك كما يلي: (ADHD)، المصحوب بأعراض إكتئاب رئيسي (Major Depression Symptoms)، (كما يحدث مع ما نسبته 30% من حالات (ADHD) (Barkley, 1991a)، واضطراب (ADHD)، المصحوب باضطراب القلق (Anxiety Disorder) (كما يحدث مع ما نسبته 30% من حالات (ADHD) (Barkley, 1991a). وتمثل هذه الأنواع الفرعية الأطفال الذين يعانون من صعوبات انفعالية (Emotional Difficulties)، تهيمن (Superimposed)، وتبرز بصورة جلية في مشكلتهم المتعلقة بعدم الانتباه – وفرط الحركة.

وتشير عملية وضع الحدود الفاصلة للأنواع الفرعية لإضطراب (ADHD)، إلى أن الأطفال المصابين باضطراب (ADHD)، يجب أن يتم تقييمهم بصورة روتينية للكشف عن مشكلات السلوك والمزاج أو القلق التي قد تصاحب هذا الاضطراب. وقد يستلزم وجود مشكلات أخرى مرتبطة بهذا الاضطراب، القيام بتوفير تدخلات مكثفة أكثر، كما قد تشير إلى علامة الخطر المتزايدة لتطوير نتائج سلبية طويلة الأمد.

كما ويمكن تجميع أطفال (ADHD)، في مجموعات فرعية استناداً إلى ما إذا كانت الأعراض تعد عقلية معرفية أو سلوكية بصورة رئيسية (August & Garfinkel, 1989). ويظهر أطفال اضطراب (ADHD)، ذوي الأعراض السلوكية، مظاهر عدم الانتباه، والانفعالية، وفرط الحركة والنشاط، بدون وجود مشكلات تعلم أو أية صعوبات أخرى، وأكثر من نصف هؤلاء الأطفال قد يظهرون أعراض (CD)، المصاحبة والمرتبطة باضطرابهم الأصلي. وفي الجانب الآخر فإن أطفال اضطراب (ADHD)، ذوي الأعراض المعرفية، يعانون ويظهرون صعوبات تعلم هامة وأساسية و/ أو صعوبات معرفية أخرى، وذلك بالإضافة إلى مشكلات عدم الانتباه والانفعالية وفرط الحركة. لكنهم على أية حال يكون لديهم مشكلات اضطراب السلوك (CD)، بصورة أقل مقارنة بفئة مجموعة الأطفال (ADHD)، ذوي المشكلات السلوكية (August & Garfinkel, 1989).



ويقترح هالبيرين وآخرون (Halperin et al., 1990)، مقياساً آخر (Another Parameter)، يمكن من خلاله تقسيم أطفال (ADHD)، إلى المجموعات الفرعية التالية: المنتبه – مقابل غير المنتبه (Non-inattentive Versus Inattentive). ويظهر المنتبهون من أطفال (ADHD)، مشكلات سلوكية بصورة أكبر، ومشكلات انتباه بصورة أقل مما يظهر أطفال (ADHD)، من فئة غير المنتبهين. وتمثل وتقابل مجموعة هالبيرين وآخرين (المنتبهة + ADHD)، تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-IV, ADHD, Predominantly Hyperactive-Impulsive, or Behavioral –CD, Subtype)، في حين تمثل مجموعة (غير المنتبهة + ADHD)، تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-IV, ADHD, Predominantly Inattentive, or a Cognitive, Non CD, Subtype). ومن المتوقع أن تختلف البرامج التعليمية والتدخلات النفسية تبعاً لهذه المجموعات المختلفة من اضطراب (ADHD).



### المظاهر والأشكال Appearance and Features

بالرغم من الوجود الواضح للأنواع الفرعية (Subtypes) لإضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة (ADHD)، إلا أن بعض الأشكال المعينة (Certain Features)، تعد من الخصائص المشتركة عند العديد من أطفال (ADHD) (أنظر الجدول رقم [1]). ويجوز لنا القول أن صعوبة المحافظة على الانتباه (Difficulty Sustaining Attention)، خلال المهمات المتكررة الطويلة والرتيبية والموجهة نحو الجماعة (Long, Monotonous, Group –Oriented, or Repetitive Tasks)، هو الشكل الأكثر بروزاً بين هؤلاء الأطفال (Barkley, 1991b; Frick & Lahey, 1991). وينشئت الطفل في بعض حالات (ADHD)، بفعل

المثيرات الدخيلة والمتفرقة غير المرتبطة (Extraneous Stimuli) ، لكن في حالات أخرى قد يفقد الإهتمام ببساطة ويفشل في الاستمرار وإكمال المهمة (Barkley, 1991b).

#### جدول رقم (1) مظاهر وأشكال قصور الانتباه وفرط الحركة Appearance and Features of ADHD

##### الأشكال العامة (Common Features)

مشكلات الانتباه .

فرط النشاط والحركة، عدم القدرة على البقاء هادئاً، التملل (Fidgeting)، الحركة المستمرة.

الإنذاعية، تبني نمط السلوك المناقض للنمط المتأمل الممعن التفكير (Adoption of an Acting As Opposed to Reflective Style): مقاطعة واعتراض الآخرين، الصعوبة في انتظار الدور، التفوه بالإجابات المتعجلة بدون تفكير وروية، ارتكاب أخطاء بسيطة بسبب الإجابات الفورية الصادرة من غير تفكير (Blurting Answers)، التصرف بدون وضع النتائج في الاعتبار.

تحدث قبل سن السابعة من العمر.

أداء مدرسي سيئ، صعوبات تعلم.

مشكلات في العلاقات مع الأقران.

مشكلات السلوك المعارض- المشاكس (ODD)، أو المشكلات السلوكية (CD).

القدرة على الانتباه للأنشطة المثيرة والمتغيرة والمعززة التي يتم اختيارها من قبل الطفل نفسه.

الاستجابية للتعزيز المباشر الواضح.

تفاعلات/ علاقات سلبية مع رموز السلطة.

سمعة سلبية بين اوساط رموز السلطة.

خطر تطوير نتائج سلبية في سن المراهقة / الرشد.

##### الأشكال الخاصة (Occasional Features)

تكون أكثر شيوعاً بين الأولاد الذكور .

تظهر لأول مرة قبل سن الرابعة، مع أن التشخيص قد لا يتم قبل دخول الطفل إلى المدرسة.

مشكلات جسمية، بما في ذلك أخطار عالية للإصابات والجروح، ومشكلات عدم التأزر الحركي.

السلوك العدوانى و / أو المضاد للمجتمع.

(Kronenberger & Meyer, 1996, p.44)

وغالباً ما تكون الفروق السلوكية بين الأطفال الطبيعيين وأطفال (ADHD)، في المهمات التي تكون مشوقة وغير منظمة وتتضمن الانتقال والتحول في التركيز، والحرية في اختيار النشاط، أو التي تتضمن تعزيز أنى مباشر، غير ملحوظة ولا تذكر (Frick & Lahey, 1991). لذا فإن طفل (ADHD)، قد يبدو مركزاً (Appear Focused)، في البيت، أو أمام لعبة الفيديو، لكن قد يكون إلى حد ما غير منتهى ومخرّب في المدرسة. وتشير هذه الفروق الموقفية إلى أن البيانات السلوكية يجب أن تجمع من ملاحظين متعددين في مواقف

متعددة من أجل التوصل إلى تشخيص دقيق لإضطراب (ADHD). ومن الناحية التشخيصية فإن سلوك (ADHD)، يجب أن يحدث في موقفين إثنين فقط، هذا بالرغم من كون هؤلاء الأطفال غالباً ما يظهرون السلوك المضطرب في أكثر من موقفين إثنين (American Psychiatric Association, 1994).

بالإضافة إلى إظهار **الضعف في استمرار الانتباه (Poor Sustained Attention)**، فإن أطفال (ADHD)، غالباً ما يظهرون بصورة متكررة صعوبة في السيطرة وضبط الدوافع (Barkley, (Impulse Control (1991b; Carlson & Rapport, 1989). ويؤدي هذا لظهور وحدث سلوكيات مثل مقاطعة الآخرين، والصعوبة في انتظار الدور، وضعف الأداء في المهمات التي تتطلب الإنتظار أو اتخاذ قرارات عقلية تفكيرية (Brown & Quay, 1977; Carlson & Rapport, 1989). وتؤثر **الاندفاعية (Impulsivity)**، أيضاً على قدرة طفل (ADHD)، على الإلتزام والإنصياع وطاعة القواعد والقوانين وتلبية الطلبات، خاصة عندما يتصرف الطفل قبل التفكير بالنتائج. ويمكن لمثل هذه السلوكيات المندفعة أن تكون خطرة على الطفل أو حتى على الآخرين، وهذا قد يفسر التكرّر المرتفع في حدوث إصابات وجروح لهؤلاء الأطفال (American Psychiatric Association, 1994). وقد تتناقض الاندفاعية في المواقف التي تتضمن نتائج مباشرة وذات قيمة (Barkley, 1990).



ويعد **فرط النشاط والحركة (Hyperactivity)** ، الشكل الثالث للأشكال المشتركة بين أطفال (ADHD)، والذي يكون أكثر انتشاراً بين الأطفال الصغار السن المصابين بهذا الإضطراب. ويكون فرط الحركة ملاحظاً بصورة خاصة في المواقف التي تستلزم من الطفل أن يجلس أو أن يبقى في نفس المكان لفترة طويلة من الوقت. وخلال تلك الأوقات فإن أطفال (ADHD)، ينزعون للتلوي والفرك والإنزعاج (Squirm) ، والتمطّط (Stretch) وتغيير الأوضاع ، وإصدار الأصوات، واللعب بأي شيء يمكن الوصول إليه، والوقوف (Stand). ويتفاوت سلوك فرط الحركة تبعاً للوقت وعبر مستويات التوتر وأنواع المواقف المختلفة.

ومع أن **سلوكيات التمرد وعدم الطاعة، والعدوان والمضادة للمجتمع** ، ليست متأصلة في تشخيص (ADHD)، إلا أنها تعتبر من الأشكال العامة بين الأطفال المصابين بهذا الإضطراب (Battle & Lacey, 1972, Frick & Lahey, 1991). وقد تكون تلك السلوكيات ناجمة عن الصعوبات في المحافظة على الانتباه، والاندفاعية، أو قد ترتبط بإضطرابات السلوك (CD). وفي حالات أخرى قد يسعى طفل (ADHD)، للحصول على الانتباه بواسطة إظهار سلوكيات عدم الطاعة والكراهية الشديدة للشخص الآخر. وقد تنجم عدم طاعة هذا الطفل أيضاً ،



عن العديد من العيوب والنواقص (Deficits) الأخرى المرتبطة باضطراب (ADHD)، بما في ذلك صعوبة الاستمرار في الانتباه للتعليمات، والصعوبة في البقاء هادئاً، والصعوبة في تأخير الإشباع (Barkley, 1991b). وليس أمراً مفاجئاً أو مدهشاً أن تولد وتخلق سلوكيات التخريب والمقاطعة وعدم الطاعة والمضادة للمجتمع التي يقوم بها أطفال (ADHD)، العديد من المشكلات الاجتماعية لهم، وغالباً ما تكون التفاعلات مع الكبار مقبلة وكريهة بالنسبة لهم و تتضمن مدى واسع من حلقات الأوامر والتمرد وعدم الطاعة والعقاب. وتشير الدراسات التجريبية إلى الأطفال المفرطي النشاط غالباً ما يتلقون استجابات قاسية وضابطة مسيطرة وممتلئة ومحملة بالنزاعات، من قبل الآباء والمدرسين الذين قد يتجاهلون فترات الوقت الذي يظهر فيه هؤلاء الأطفال سلوكيات جيدة (Frick & Lahey, 1991; Danforth, Barkley, & Strokes, 1991).

كما أن أطفال (ADHD)، الذين يظهرون سلوكيات مضادة للمجتمع (Antisocial Behaviors) كالعدوان (Aggression)، والمقاطعة (Interruption)، قد يواجهون بمشكلات عديدة في علاقاتهم مع الأقران (Peer Relationships).

ويعد الكلام والتحدث الغزير بإفراط ومقاطعة النشاط المستمر، والفشل في إنتظار الدور والسلوكيات الاستفزازية المثيرة والمحرّضة لغضب الآخرين، جميعها أمثلة على السلوكيات التي تزج الأقران، وتؤدي للتسبب في مشكلات اجتماعية لنسبة تفوق 50% من أطفال (ADHD)، (Barkley, 1991).

وبالرغم من كونهم يتحدثون بصورة أكبر، وينصتون ويستجيبون بمعدلات أقل للأقران، إلا أن أطفال (ADHD)، قد يسلبون بذلك تلك التفاعلات الاجتماعية التي فقدوها، في محاولة منهم لإحداث التوازن في حياتهم الاجتماعية (Barkley, 1991a). وفي بعض الحالات قد يؤدي رفض الأقران بطفل (ADHD)، للغضب والعزلة وللقيام بسلوكيات أخرى مضادة للمجتمع، مطوراً بذلك دائرة خبيثة (Vicious Circle)، من الرفض.

وتكون آثار (ADHD)، في العالم الأكاديمي (Academic Realm)، هامة وشاملة، وفي الواقع فإن العديد من أطفال (ADHD)، يظهرون ويتم التعرف عليهم بصورة أولية بسبب الصعوبات الأكاديمية البارزة لديهم. وتعد الصعوبات الأكاديمية بين هؤلاء الأطفال خاصية عامة، خاصة إذا علمنا أن ما نسبته 20-30% من أطفال (ADHD)، يعانون من صعوبات تعلم (Learning Disability [LD])، (Barkley, 1991a; Barkley, DuPaul, & McMurry, 1990; Lambert & Sandoval, 1980).



ويوجه عام فإن أطفال (ADHD)، يحصلون على درجات تحصيل تكون أقل 15-20 درجة، من معايير المقياس التحصيلي، كما أن 35% من أطفال (ADHD)، يرسبون في صف واحد على الأقل قبل انتقالهم إلى المرحلة الثانوية، وغالباً ما تمثل اللغة التعبيرية وتنظيم الأفكار مشكلات خاصة لدى هؤلاء الأطفال، هذا بالرغم من أن الدراسات قد أظهرت أن العيوب تكون موجودة لديهم عبر جميع المجالات الأكاديمية، وتعزى المشكلات

الأكاديمية عند أطفال (ADHD)، لمشكلات الدافعية ، ومشكلات الانتباه ، وتدني نسبة الذكاء، والمهارات الضعيفة في تقديم الإمتحانات (Poor Test-Taking Skills) (Barkley, 1990a). وبالإضافة إلى المشكلات الأكاديمية، فإن اضطراب (ADHD)، يرتبط بمجموعة من الأخطار الأخرى. فأطفال (ADHD)، يظهرون معدلات عالية من مشكلات التآزر الحركي (Motor Coordination Problems)، (52% من هؤلاء الأطفال يعانون من صعوبات التآزر)، وصعوبات النوم (Sleep Difficulties)، كالصعوبة في الإغفاء (Trouble Falling Asleep)، والإستيقاظ المتكرر، والتعب والإرهاق بعد الإستيقاظ ، هذا بالإضافة إلى المشكلات الصحية والإصابات، وتبلغ نسبة أطفال (ADHD) ، الذين يتعرضون لأحداث وإصابات شديدة أو لحالات التسمم بصورة متكررة ، ما بين 10%- 25%. وحدثاً فقط ، بدأ الإهتمام يتوجه نحو استمرارية (ADHD)، خلال المراهقة والرشد، وذلك نظراً لأن 30%- 35% من أطفال (ADHD)، يستمرون في إظهار السلوكيات المضطربة المرتبطة بحالتهم عبر مرحلة المراهقة والرشد (Biederman, 1991; Weiss et al., 1985)، و50%- 80% من أطفال (ADHD)، يستمرون في المحافظة على انطباق محكات (ADHD)، خلال المراهقة (Barkley et al., 1991; Barkley, Fischer et al., 1991). فالأعراض السلوكية كالإندفاعية وعدم الانتباه وعدم النضج والمعارضة والمشاكسة، والنقص في المهارات الإجتماعية، والتشتت، غالباً ما تستمر خلال المراهقة، لكن يحدث تراجع واضح في سلوكيات فرط الحركة والنشاط (Barkley et al., 1991; Hechtman, 1991)، كما أن المعدلات المتصاعدة من الفشل الأكاديمي، والشخصية المضادة للمجتمع ، وتعاطي المخدرات، والسلوك الإجرامي، والإكتئاب ، قد تمت البرهنة عليها بين أوساط المراهقين والكبار الذين سبق تشخيصهم وهم أطفال باضطراب (ADHD)، لكن مع مراعاة أن خطر تطور تلك النتائج السلبية قد يكون محصوراً فقط في نوع (ADHD-CD Subtype)، كما أن تلك النتائج السلبية تنطبق على المراهقين بصورة تفوق وأعلى من الكبار (Klien & Manuzza, 1991). وقد أجرى بعض الباحثين (Hechtman, 1991)، مراجعة للدراسات المتوفرة في الأدب النفسي التي فحصت أثر الأنواع الثلاثة لإضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD)، وتوصل إلى النتائج التالية : الأداء الطبيعي ( أقل من نصف الأطفال [Weiss et al., 1985] )؛ إعاقة متوسطة ( مشكلات تركيز ، وصعوبات إجتماعية وعاطفية حادة، تدني تقدير الذات، القلق ، وحدة المزاج وسهولة الإستثارة ، بين ما يعادل نسبة 66% [Weiss et al., 1985] )؛ وإعاقة شديدة ( اكتئاب رئيسي، إدمان مخدرات، سلوكيات مضادة للمجتمع). وبصورة خاصة يعد الأطفال ذوي حالات (ADHD) المشخصين بإضطرابات مصاحبة كإضطراب السلوك (CD)، أو إضطرابات المزاج (Mood Disorder)، أكثر عرضة لأخطار طويلة الأمد، في حين ترتبط عوامل كنسب الذكاء الأعلى، وموقع الضبط الداخلي، والمهارات الاجتماعية الأفضل، والحالة الاجتماعية والإقتصادية (SES)، الأعلى للأسرة ، والأسرة الداعمة، والصحة الجيدة، بنتائج طويلة الأمد إيجابية بصورة أكثر.



## الأسباب المسنولة عن الإصابة Etiology

### النظريات البيولوجية Biological Theories

لقد لاقت واسترعت **العوامل البيولوجية** التي افترض أنها مسؤولة عن الإصابة باضطراب (ADHD)، الكثير من الإهتمام. وقد أثارت فكرة مسؤولية **نوعية التغذية والتسمم (Toxins)** رواجاً في الأوساط الجماهيرية، لكن لم تتوفر البراهين العلمية الكافية لدعم دورها المسبب لهذا الاضطراب، كما أن القليل فقط من حالات (ADHD)، قد نسبت لتناول الحديد، حيث اعتقد البعض بأن التسمم بالرصاص (Lead Poisoning)، قد يؤدي لفرط النشاط، كما اقترح البعض أن السكر (Sugar)، وبعض المواد الحافظة أو المضافة للأطعمة، قد تعتبر مسؤولة أيضاً عن حدوث حالات هذا الاضطراب، وبالرغم من أن فكرة حساسية الطعام أو تناول السكر تسبب النشاط الزائد عند الأطفال العاديين، إلا أنه وبصورة عامة لم تدعم الدراسات والأبحاث التجريبية دور الأطعمة كعامل مسبب في الإصابة بحالة (ADHD) عند معظم الأطفال الذين شخّصوا بهذا الاضطراب (Barkley, 1991a; Hynd et al., 1991).

كما اعتبرت **العوامل الجينية** أيضاً من الأسباب المسنولة عن تطور هذا الاضطراب، وذلك استناداً إلى اتجاهين رئيسيين في البحث:

➡ **الأول:** يظهر المنحى الأول في الدراسات أن معظم الاضطرابات الجينية (Genetic Disorders) (كصبغ X الهش [Fragile X])، وأنواع معينة من التخلف العقلي)، ترتبط عند الأطفال بنشاط متزايد ونقص في الانتباه، لكن بالرغم من أن هذه الملاحظات قد أشارت صراحة إلى أن بعض حالات (ADHD)، قد تنجم فعلاً عن اضطرابات جينية، إلا أنها لا تؤكد على أن جميع حالات (ADHD)، تنشأ عن مثل تلك الاضطرابات، والحقيقة المؤكدة أن الغالبية العظمى من أطفال (ADHD)، ليس لديهم اضطرابات جينية معروفة.

➡ **الثاني:** أظهر المنحى الثاني في الدراسات الجينية حدوث متزايد لحالات (ADHD)، بين الأقارب البيولوجيين للأطفال المصابين بتلك الحالات. فقد أظهر الأقارب من الدرجة الأولى للأطفال المصابين بحالة (ADHD)، حدوث متزايد لاضطرابات (ADHD)، والإكتئاب، والإدمان على الكحول، والمشكلات السلوكية، واضطرابات السلوكيات المضادة للمجتمع (Barkley, 1991a; Biederman, 1990; Biederman et al., 1991)، كما أن 20% - 32% من أفراد الأسرة المباشرين للأطفال المصابين بحالة (ADHD)، أظهروا أعراض (ADHD) (Barkley, 1991a, 1991b; Zametkin, 1989). وقد تبين أن فرط النشاط (Hyperactivity)، بصورة خاصة تعود لأساس

جيني هام، حيث أظهرت دراسات الوراثة (Goodman & Stevenson, 1989) ، حدوث انطباق (Concordance) ، أكبر للنشاط المفرط، بين التوائم المتماثلين- من نفس البويضة (Mono-zygotic –genetically identical) ، بصورة أعلى منها عند التوائم المنفصلين- من بويضتين منفصلتين (Di-zygotic- not genetically identical). وتشير تلك الدراسات إلى صلة ورابطة جينية وحدث النشاط المفرط، لكن الحدوث المتزايد لحالات (ADHD)، بين أفراد الأسر الواحدة، قد يكون مرده للعوامل البيئية التي تبقى ثابتة من جيل إلى جيل (مثلاً: الأساليب الوالدية السيئة ، وتدني الحالة الاجتماعية والاقتصادية)، وبهذا تعتبر الفرضيات الوراثية واعدة لكنها تبقى بحاجة للتحقق منها في دراسات مستقبلية أخرى.

ويتضح التفسير البيولوجي الثالث لحدوث (ADHD)، في فكرة أن الأطفال المصابين بهذا الإضطراب، غالباً ما يكون لديهم شذوذ تشريحي عصبي (Neuro-anatomical Abnormality)، في المناطق الدماغية التي تنظم الانتباه والسلوك الحركي. وعلى سبيل المثال، فإن حالات التلف الدماغية (Brain Damage) ، كحالات الإصابة الدماغية الشديدة، ونقص الأكسجين، والعناية السيئة في مرحلة ما قبل الولادة، غالباً ما تؤدي إلى ظهور أعراض فرط النشاط ونقص الانتباه ، وقد أدت هذه الملاحظات إلى افتراض أن حالة (ADHD)، تحدث بسبب التلف الذي يؤثر على المناطق الدماغية المسؤولة عن الانتباه وال ضبط السلوكي.

وعلى أية حال، فقد تبين أن أقل من 5% من أطفال (ADHD)، لديهم تاريخ يشير إلى التعرض لإصابة دماغية (Brain Injury)، وتكيفاً لهذه النتائج، فقد افترض الباحثون أن الخلل في أبنية الدماغ (Brain Structure)، بمعزل عن تاريخ من الإصابة الدماغية، يعتبر هو المسؤول عن حدوث حالات (ADHD)، (Barkley, 1991b). وبصورة ثابتة مستمرة فإن المناطق الدماغية المختلة وظيفياً (Dysfunctional) ، الأكثر تضميناً في هذه الحالة هي الفلقات الجبهية الأمامية ، ونظام التنشيط الشبكي (The Frontal Lobes and The Reticular Activating System)، وقد أظهرت الأبحاث وجود مناطق فلقات جبهية أمامية أصغر (Smaller)، عند أطفال (ADHD)، وتناقص في الميتابوليزم (عمليات الأيض: التغييرات الكيميائية في الخلايا الحية)، والتدفق الدموي في الفلقات الجبهية الأمامية (Decreased Frontal Lobe Blood Flow and Metabolism)، وشذوذ وظيفي، مما يشير إلى الخلل في وظائف فلقات الجبهة الأمامية، واحتمالية وجود شذوذ في الرسم الكهربائي للدماغ (EEG Abnormalities) فيما يتعلق بمناطق محددة في الفلقات الجبهية الأمامية، لكن مع ذلك فإن دراسات التشريح العصبي لم تكن ثابتة دائماً (Hynd et al., 1991). وبوجه عام فإن الغالبية العظمى من نتائج الدراسات تدعم الفرضية المتضمنة أن ميكانيزم التشريح العصبي (Neuro-anatomical Mechanism) ، يساهم بصورة مؤكدة في تطوير بعض حالات (ADHD).

ويركز التفسير البيولوجي الرابع لحدوث (ADHD)، على الفسيولوجية العصبية (Neurophysiology) للأطفال المصابين بهذا الإضطراب. ولكون الكاتكولامينات (Catecholamines) – الهرمونات الثلاثة (الدوبامين [Dopamine]، والإبينفرين [Epinephrin]، والنورإبينفرين [Norepinephrine]) - الموجودة في أنسجة الجسم خارج الجهاز العصبي، أكثر الموصلات العصبية (Neurotransmitters) ، المسؤولة بصورة أكبر عن عمليات الانتباه وسلوك الحركة ، فقد تلقوا الكثير من الإهتمام من خلال الدراسات التي أجريت لفحص كفاءتهم لدى الأطفال المصابون بحالة (ADHD). وقد استمدت معظم البراهين التجريبية التي دعمت فرضية كفاءة الكاتكولامينات (Catecholamines)، وصلتها بحالات (ADHD)، من الدراسات التي أظهرت أن

الأدوية التي تقلل من أعراض (ADHD)، كدواء الريتالين (Ritalin)، ترفع وتزيد من كميات الكاتكولامينات داخل الدماغ (Barkley, 1991b; Hynd et al., 1991)، وعلى أية حال لا يتوفر للآن دليل وبرهان مباشر يثبت أن الأطفال المصابين بحالة (ADHD)، يعانون من نقص في هرمونات الكاتكولامينات، وما زالت العديد من الدراسات الفاحصة للتوصيلات العصبية، ولعملية الأيض (Metabolic Excretion)، والمؤشرات البيوكيميائية تؤدي بصورة كبيرة لنتائج متناقضة وغير حصرية (Barkley, 1991b; Zametkin, 1989; Zametkin & Rapport, 1987; Kronenbeger & Meyer, 1996, pp. 42-48).

### النظريات السلوكية Behavioral Theories

بالرغم من أن الاعتقاد السائد بأن العوامل البيولوجية تلعب دوراً رئيسياً هاماً في تطور معظم حالات (ADHD)، إلا أن العوامل النفسية والبيئية (Psychological and Environmental Factors)، يبدو أنها تساهم في شدة وحدة (Severity) وفي خصائص معينة محددة (Specific Characteristics) لهذا الإضطراب. وقد يقوم الوالدان بطريقة غير مقصودة بتعزيز سلوكيات فرط الحركة من خلال منح الطفل انتباه إضافي عندما يظهرون السلوكيات الخاصة بإضطراب (ADHD)، كما أن السلوك الإيجابي الذي يقوم به أطفال (ADHD)، قد يتم تجاهله والتغاضي عنه من قبل الآباء الذين يكونون منهكين من محاولاتهم لمنع والسيطرة على السلوكيات غير المرغوبة (Exhausted From Scolding for Undesirable Behavior). كما أن أطفال (ADHD)، أيضاً قد لا يستجيبون بصورة عادية للمعززات المحتملة و المتوقعة على القيام بسلوك معين (Contingencies)، فهم قد يحتاجون لمكافآت مباشرة وصريحة بصورة أكبر (Munoz-Millan & Casteel, 1989)، وقد تصعد سلوكيات (ADHD)، بسبب الاحتمالات السلوكية السلبية المتوقعة من الآخرين، والمصحوبة بالقصور في الإستجابة للتعزيز الإيجابي (Negative Behavioral Contingencies Combined with a Deficit in Responding to Positive Reinforcement).

وقد تفسر النظريات السلوكية (Behavioral Theories)، كيفية تطور سلوكيات المشاكسة والتمرد وعدم الطاعة عند طفل (ADHD)، وتقتصر بعض الدراسات (Danforth et al., 1991)، أن نظرية باترسون (Patterson, 1982)، حول تطور التفاعلات القسرية الإجبارية (Coercive Interactions)، بين الوالد والطفل، يمكن أن تنطبق على حالة طفل (ADHD)، فهذه التفاعلات تحدث عندما يوجه الوالد أمراً للطفل، فالطفل يقاوم الإستجابة لهذا الأمر، على سبيل المثال بواسطة الصراخ، هنا الوالد يصعد ويكرر الأمر مصحوباً بتهديد، قد يكون مدافعاً ومبرراً لوجهة نظره أو باستخدام أسلوب التوجيه الجسدي (الضرب)، وبدوره يصعد ويزيد الطفل من مقاومته. وإذا استسلم الوالد بسبب مقاومة الطفل، قبل أن ينصاع الطفل لأوامر الوالد، فإن سلوك مقاومة الطفل يتعزز لديه. وبالتالي يرتفع مستوى تكرار وحدة سلوك المقاومة عند الطفل، مؤدياً إلى تطوير تفاعلات قسرية وإجبارية مستقبلية وسلوكيات مقاومة مستقبلية للسلوك المعارض والمشاكس. ومن المحتمل بصورة عالية أن يظهر هذا النمط السلوكي في أسر (ADHD)، حيث يكون الإنصياع المباشر للأوامر من قبل الطفل أمراً غير عادي. وغالباً ما يكون الآباء الذين يقعون ضمن نمط التفاعلات القسرية مع الأبناء (Patterson, 1982)، عرضة بصورة عالية لخطر وجود أطفال لديهم من نوع (ADHD-CD).

### النظريات النفسية Psychological Theories

قد ينجم سلوك عدم الانتباه والمفرط الحركة والنشاط عن التوترات البيئية، كالتفكك الأسري (Family Dysfunction)، أو التوتر المأساوي (Traumatic Stress). ومن غير المحتمل أن تنتج زمالات (ADHD)،

الكاملة من تلك المشكلات، وذلك في غياب الإستعداد البيولوجي (Biological Predisposition) ، للإصابة بحالة (ADHD) ، و عوضاً عن ذلك فإن تلك العوامل من المحتمل أن تصعد من أعراض (ADHD) ، الموجودة، أو أن تطور من سلوك فرط نشاط عابر ومؤقت (Transient Overactivity) ، لدى طفل طبيعي آخر (Frick & Lahey, 1991).

### أنماط القياس Assessment Patterns

يعد التقييم الدقيق للطفل المحال (Referred Child) ، بسبب سلوكيات (ADHD) ، أمراً في غاية الأهمية، نظراً لأن هذا التشخيص (ADHD) ، قد أصبح يحيط ويضم جميع (Catch-All) ، ويصف جميع الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية، وبصورة مثالية فإن بطارية قياس (ADHD) ، ستقوم بجمع المعلومات من مصادر مختلفة من الذين يقومون بملاحظة الطفل في مواقف مختلفة.

ويعد هذا المنهج المتعدد الأبعاد في القياس السلوكي أمراً ومحدداً حاسماً، لأن أطفال (ADHD) ، غالباً ما يتصرفون بطريقة مختلفة في البيئات المختلفة. بالإضافة إلى ذلك فإن مكونات المعرفة العقلية والسلوكية لهذا الإضطراب يجب أن يتم تقييمها من أجل فهم نمط الأعراض التي يظهرها الطفل بصورة فردية. وكما أشير سابقاً فإن بعض أطفال (ADHD) ، يظهرون بصورة رئيسية سلوكيات فرط الحركة ، في حين أن الآخرين قد يظهرون عيوباً في الانتباه أو التركيز. لذا فإن تقييم شامل لمكونات (ADHD) ، يقود عادة لوضع استنتاجات دقيقة بشأن وجود، وشدة ونوع وخصائص الإضطراب عند كل طفل لوحده ( ويظهر الجدول رقم (2) نموذج لبطارية تقييم لقياس اضطراب (ADHD) ).

Sample Assessment	الجدول رقم (2) نموذج لبطارية تقييم لقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة
	Battery for ADHD
	<b><u>Cognitive</u> العقلية</b>
	اختبار وكسلر للذكاء (Wechsler IQ Test (WPPSI-R, WISC-111, WAIS-R) WJ-R Or WIAT اختبار كاليفورنيا للتعلم اللفظي للأطفال
	<b><u>Behavioral</u> السلوكية</b>
	CBCL CPRS-48 Teacher Report Form CTRS-28
	<b><u>Syndrome – Specific</u> خاصة بالزملة</b>
	اختبار الأداء المتواصل .Continuous Performance Test. مقياس تقدير (ADHD) – خاص بالأباء والمدرسين. استبيان المواقف المنزلية

## استراتيجيات القياس الواسعة Broad Assessment Strategies

التقييم العقلي Cognitive AssessmentClinical –Administered- IQ Testing إكلينيكيًا

يعد (ADHD)، اضطراب عقلي معرفي وأيضاً سلوكي. ولذا فالأطفال المحتمل إصابتهم بحالة (ADHD)، يجب أن يقيموا للكشف عن المشكلات العقلية. وتسعى الاختبارات العقلية المستخدمة مع أطفال (ADHD)، لتحديد الخلل والنواقص في جوانب الانتباه والضببط العقلي والذاكرة والذكاء العام ، التي قد ترتبط بهذا الإضطراب. ويجب أن يتذكر الإكلينيكيون أن في حين أن أطفال (ADHD)، قد يسجلون كمجموعة درجات أدنى على مختلف الاختبارات المعرفية، إلا أنهم يمثلون مجموعة مختلفة ومتنوعة (Heterogeneous)، فيما يتعلق بدرجاتهم على اختبار الأداء، فبعض أطفال (ADHD) - من النوع الفرعي السلوكي (Hyperactivity)- يظهرون القليل والبسيط من الخلل والقصور المعرفي، في حين أن أطفالاً آخرين - من النوع الفرعي المعرفي (Inattention) - يظهرون قصوراً كبيراً واضحاً.

وكمجموعة ، فإن أطفال (ADHD)، يسجلون درجات أدنى من نظرائهم في المجموعات الضابطة على مقاييس الذكاء (Loge, Staton, & Beatty, 1990; Lufi, Cohen, & Parish-Plass, 1990)، مع أن معظم درجاتهم تكون ضمن المدى الإعتدالي الواسع (Forness et al., 1992).

وقد توصل بعض الباحثين (Loge et al., 1990) ، إلى أن أطفال (ADHD)، يسجلون درجات أدنى من أقرانهم في المجموعات الضابطة على مقاييس نسبة الذكاء الكلية (Full Scale IQ)، والمعلومات، والحساب، والمدى الرقمي (Digit Span)، وتصميم المكعبات، والترميز في مقياس وكسلر (WISC-R). وعلى أية حال فإن جميع درجات الذكاء ودرجات المقاييس الفرعية لعينات (ADHD)، كانت في المدى الطبيعي ( كانت درجات المجموعات الضابطة المطابقة لتلك المجموعات (ADHD)، أعلى من المدى العادي). وتعكس هذه النتيجة بروفيل الأسيد (Arithmetic, Coding, Information, Digit Span [ACID])، الذي نجده بصورة متكررة بين الأطفال والكبار المصابين بصعوبات التعلم (LD)، وباضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD) (Kaufman, 1990; Sattler, 1990). كما وجد بعض الباحثين (Lufi et al., 1990)، أن أطفال (ADHD)، يسجلون درجات أدنى من أفراد المجموعة الضابطة في جميع المقاييس الفرعية لمقياس وكسلر (WISC-R Subtests)، مع ظهور فروق كبيرة بين المجموعتين في مقاييس الحساب وتصميم المكعبات والمدى الرقمي والترميز ، كما سجل أطفال (ADHD)، على مقاييس الحساب والترميز درجات أدنى من أفراد عينة مرضى عيادة للصحة النفسية (Mental Health Clinic Sample) .

وقد تبين أن مقاييس الحساب، والمدى الرقمي والترميز (أحياناً)، في دراسات التحليل العاملي أنها تولف عامل " التحرر من التشتت " (Freedom From Distractibility [FFD])، الذي يقيس مهارات الانتباه والتركيز (Sattler, 1990). وحديثاً عرف عامل التحرر من التشتت بأنه يتألف فقط من مقاييس الحساب والمدى الرقمي على مقياس وكسلر (WISC-111). وغالباً ما يسجل أطفال (ADHD)، درجات أدنى على المقاييس المكونة لعامل (FFD)، (Forness et al., 1992; Loge et al., 1990; Lufi et al., 1990). بالإضافة إلى ذلك توجد الكثير من الأدلة على أن أطفال (ADHD)، يسجلون درجات تحت المتوسط في مقياس أنواع الترقيم الرمزي (Symbol – Digit Modalities)، (Smith, 1973)، التي تعد متطابقة كلية مع مقياس الترميز في اختبارات وكسلر ، وعلى أية حال فإن دراسة واحدة (Cohen, Becker, & Campbell, 1990)، فقط توصلت إلى أن درجات التحرر من التشتت – على مقياس وكسلر لم ترتبط مع تقديرات الآباء والمدرسين بشأن فرط النشاط.

#### اختبارات التحصيل المطبقة من إكلينيكيًا Clinical -Administered- Achievement Testing

تطبق اختبارات التحصيل بصورة روتينية على الأطفال الذين يحتمل إصابتهم بحالة (ADHD)، بسبب خطر صعوبات التعلم المرتبطة بهذا الإضطراب. وتوجد العديد الواسع من الاختبارات التحصيلية (i.e., WJ-R and WIAT, The Wide Range Achievement Test –Revised [WRAT-R; Jastak and Wilkinson, 1984]and the Kaufman Test of Educational Achievement [K-TEA. Kaufman & Kaufman, 1985]) ، التي تستخدم بصورة عامة وواسعة لتقييم مشكلات التعلم بين أوساط أطفال (ADHD)، (Sattler, 1990). وعادة ما تتولى الاختبارات الأكثر تخصصاً الإحاطة بمجالات مثل القراءة والرياضيات من خلال صيغ مختصرة أو تفصيلية بصورة أكثر. وتعد اختبارات (WIAT, K- TEA, And WJ-R)، من أفضل إختبارات التحصيل التي تتمتع بخصائص ومزايا سيكومترية وبفائدة كبيرة لدى العمل مع فئات أطفال (ADHD).

وينزع أطفال (ADHD)- كمجموعة- لتسجيل درجات أدنى على مقاييس التحصيل مقارنة بالمجموعات الضابطة من الأفراد الطبيعيين. وقد وجد باركلي وزملاؤه (Barkley et al., 1991)، على سبيل المثال، أن عينة من المراهقين المصابين بحالة (ADHD)، قد حصل أفرادها على مدى درجات معيارية على مقياس (WRAT)، تراوحت من (88-99، وبمتوسط = 100، وبانحراف معياري = 15) ، وكانت أدنى الدرجات في مجال الرياضيات، وبصورة عامة كانت الدرجات اقل من درجات المجموعة الضابطة. كما توصل فورنيس وزملاؤه (Forness et al., 1992)، إلى أن أطفال (ADHD)، قد يكون لديهم قصوراً في استيعاب القراءة (Reading Comprehension)، ويشير باحثون آخرون (August & Garfinkel, 1989)، إلى وجود مجموعات فرعية من أطفال (ADHD)، يحصلون على درجات تحصيل تكون في حدود المتوسطات الطبيعية، وباستخدام اختبار (WRAT-R)، وجد هؤلاء الباحثين أن أفراد الأنواع الفرعية السلوكية لحالة (ADHD)، قد حصلوا على درجات بمدى 96-104، في مجالات القراءة والتهجئة والحساب، وعلى العكس فإن أفراد الأنواع الفرعية المعرفية لحالة (ADHD)، قد حصلوا على درجات بمدى 80-91.

وبصورة عامة فإن الإستراتيجية التقييمية الأكثر فعالية لعملية التقييم العقلي والمعرفي لأطفال (ADHD)، تتلخص في البدء بتطبيق الإختبار الموسع لمقياس وكسلر للذكاء (A Broad Wechsler Intelligence TEST)، فالدرجات على الاختبارات الفرعية والعوامل الأخرى التي ستوضح قد تلقي ضوءاً على مجالات



قصور الطفل وتقتصر بالتالي المجالات الواجب التمعن وإجراء المزيد من القياس لها. ويمكن تقييم تلك المجالات الإضافية بمقاييس خاصة بالزملاء (More Syndrome-Specific Tests). كما أن أطفال (ADHD)، الذين يعانون من مشكلات مدرسية يجب أن يطبق عليهم اختبارات تحصيلية، لنفي أو تأكيد وجود حالة صعوبات التعلم (LD).

## التقييم السلوكي Behavioral Assessment

### تقرير الوالد Parent- Report

تعد قوائم شطب سلوكيات الأطفال (Child Behavior Checklists)، محددًا وقاعدة أساسية في تقييم أطفال (ADHD)، وتصف مثل هذه القوائم وجهات نظر الكبار في سلوك الطفل وتقرن هذا الرأي بالمعلومات الواردة من عينات معيارية والمستندة إلى العمر (Age- based normative samples)، بالإضافة إلى ذلك فإن القوائم السلوكية تتيح المجال لمتابعة قياس سلوكيات معينة واردة من جهات متعددة بدون استخدام الوقت الثمين للمقابلة الإكلينيكية. بالرغم من وجود هذه الفوائد والمزايا، إلا أن المقاييس يجب استخدامها بمنتهى الحذر والدقة. والأمر الأكثر أهمية أن الإكلينيكيين يجب أن يتذكروا أن القوائم تتأثر بدوافع وشخصية الكبار الذي يقوم بتعبئتها. ويمكن لعوامل مثل المرغوبية الاجتماعية (Social Desirability)، والسخط والغضب (Exasperation) على الطفل، والأمراض النفسية الوالدية (Parental Psychopathology)، وآثار الهالة (Halo Effects)، أن تؤثر بسهولة على درجات الطفل، وهذا ينطبق بصورة خاصة وواقعية على حالة طفل (ADHD)، الذي يسبب الكثير من التوتر لوالديه، لذا فإن القوائم السلوكية يجب تفسيرها بحرص وحذر في الحالات التي يكون فيها الكبار مدفوعاً لتشويه الدرجات أو غير قادر على إعطاء تقديرات دقيقة.

وتعد ندرة و الافتقار إلى الاتفاق (Agreement)، بين المستجيبين بشأن سلوك الطفل من المشكلات ذات الصلة بتقييم الأطفال (ADHD)، أيضاً، وفي حين يكون الاتفاق جيداً إلى حد ما بين الكبار (الوالد والوالدة) من نفس البيئة، فإن الاتفاق بين الكبار (الوالد والمدرس) في بيئات مختلفة يبدو ضعيفاً للغاية (Whalen & Henker, 1991). وترجع حالة عدم الاتفاق إلى تحيز المقدر (Rater's Bias)، وفي جزء منها إلى الحقيقة المتضمنة أن أطفال (ADHD)، يتصرفون بطريقة مختلفة مع المربين المختلفين وداخل البيئات المختلفة، وتدعو هذه الحقيقة في أسوأ أوضاعها إلى مراعاة الأهمية المتعلقة بضرورة تقييم سلوك الطفل من وجهة نظر عدة أشخاص راشدين.

### قائمة شطب سلوك الطفل The Child Behavior Checklist (CBCL)

تعد قوائم شطب سلوك الأطفال (CBCL, Achenbach, 1991)، مهمة جداً وأداة تقييم قيمة للتعرف إلى أنماط السلوك الخاصة التي يظهرها الطفل. وتتضمن قوائم شطب سلوك الأطفال بعض الفقرات التي ترتبط بصورة أساسية بحالة (ADHD)، بفقرات خاصة بمشكلات الانتباه (Attention Problems Subscales)، وبمشكلات السلوك العدواني والمشكلات الاجتماعية، بالإضافة إلى بعض الفقرات لا ترتبط بصورة أساسية بهذا الإضطراب كالفقرات التي تتحقق من وجود مشكلات الاكتئاب والقلق.

وبالتالي فإن درجات الطفل على هذه القائمة (CBCL)، تشير إلى مستويات وجود المشكلات المرتبطة بالانتباه ، ومستوى وجود المشكلات الأخرى المرتبطة بالإضطراب (ADHD)، والمشكلات السلوكية التي قد تكون مصاحبة لحدوث هذا الإضطراب (Achenbach, 1991). ولا تتماشى فقرات هذه القائمة مع محكات الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-IV) الخاصة بهذا الاضطراب.

وتتميز قائمة (CBCL)، أطفال (ADHD)، من الأطفال الطبيعيين، ومن الحالات الإكلينيكية الأخرى التي قد يحول من أجلها الأطفال للمختصين (Barkley, 1987)، ويتوقع من طفل (ADHD)، أن يحصل على درجات عالية على المقاييس الفرعية لمشكلات الانتباه في قائمة (CBCL)، بالإضافة إلى احتمالية درجات عالية أخرى على المقاييس الفرعية للسلوك العدواني والمشكلات الاجتماعية، وغالباً ما تكون درجات الكفاءة الاجتماعية (Social Competence) ، أقل من الدرجات المعيارية. وتكون الرسومات النفسية الإشكالية في قائمة (CBCL)، منطبقة بصورة تامة ومنسجمة مع درجات المراهقين المصابين بحالة (ADHD)، على هذه القائمة، فهم يظهرون درجات كفاءة اجتماعية أقل ، ودرجات أعلى على المقاييس الفرعية لسلوكيات الاكتئاب-القلق، الشكاوي الجسمية، الانسحاب الاجتماعي، والسلوكيات العدوانية (Barkley et al., 1991).

#### مقاييس كورنر للتقدير الوالدي (CPRS) Conners Parent Rating Scales

تتألف مقاييس كورنر للتقدير الوالدي (CPRS, Conners, 1990) من عدة نسخ (CPRS-48, CPRS-93, HI) ، وذلك تبعاً لسعتها وتوسعتها ولعدد فقراتها. وتتضمن مقاييس كورنر للتقدير الوالدي (CPRS, Conners, 1990) ، مثل قائمة شطب سلوك الطفل (CBCL)، فقرات تمثل كلاً من المظاهر الأساسية والمرتبطة بحالة (ADHD). وتعد الصيغة الأقصر لمقاييس كورنر (1990)، الأكثر استخداماً في بعض الأحيان والتي تتألف من عشر فقرات يطلق عليها " قائمة فرط الحركة" (Hyperactivity Index [HI])، والتي تبدو متجذرة في الفقرات الثمانية والأربعين (CPRS-48)، من المقياس الوالدي لكورنر (Parent Scale, Conners, 1990). وتعتبر الفقرات العشر (HI)، من أكثر الفقرات إستجابية لآثار العلاج ، لكنها ليست كافية لتشخيص (ADHD)، وبالرغم من استعمالها الشائعة والمشهورة ، إلا أن تلك الفقرات (HI)، يجب أن لا تفصل عن المقياس وان لا تستخدم بصورة مستقلة لدى تقييم (ADSHD) (Atkins & Pelham, 1991; Barkley, 1987; Conners, 1990).

وقد أوصى بعض الباحثين (Barkley, 1987)، بأهمية استخدام الفقرات الثمانية والأربعين من المقياس الوالدي لكورنر (Parent Scale, Conners, CPRS [CPRS-48], 1990)، بسبب قصره وإيجازه وخصائصه السيكومترية الأفضل. وغالباً ما يسجل أطفال (ADHD) ، درجات عالية على مقاييس الاندفاعية – فرط الحركة، مشكلات التعلم، والمشكلات السلوكية، وتوفر هذه النتائج استبصار بالمظاهر الفعلية الحقيقية لإضطراب (ADHD).

وتعكس جميع فقرات مقاييس كورنر للتقدير الوالدي- النسخة المؤلفة من ثلاث وتسعين فقرة (CPRS-93)، باستثناء أبعاد قلق- خجول، والسيكوسوماتية، والوسواس القهري، جميع أبعاد حالات (ADHD)، وبصورة خاصة عدم الإستقرار – عدم التنظيم و فرط النشاط – عدم النضج والفجاجة ، بالإضافة للإضطرابات الأخرى ذات الصلة، ومن العيوب الأساسية في هذه النسخة من مقاييس كورنر للتقدير الوالدي (CPRS-93)، هو استخدامه لمجموعة منفردة من المعايير ( استناداً إلى الفئة العمرية لأطفال سن من 6 – 14 سنة ) تصلح

للمجموعات العمرية الست جميعها. وينزع أطفال ومراهقو (ADHD)، للحصول على درجات عالية على معظم مقاييس (CPRS)، وبارتفاع عال في الاندفاعية – فرط النشاط على مقياس (CPRS-48)، وفي فرط النشاط – عدم النضج على مقياس (CPRS-93) (i.e., Barkley et al., 1991).

وقد حصلت مقاييس كورنرز على مدى واسع من إهتمام الباحثين والاستخدام الإكلينيكي في تقييم ومعالجة (ADHD)، ويجوز لنا القول أنها تعتبر من أكثر المقاييس استخداماً وشهرة وشيوعاً في مجال هذا الإضطراب (Barkley, 1987; Conners, 1990). وعلى العكس من مقاييس آيشنباخ (CBCL, Achenbach, 1991)، فإن فقرات مقاييس كورنرز تركز بصورة واسعة على أعراض (ADHD)، والإضطرابات المصاحبة. وهذا يوفر تقييماً في العمق بصورة أكثر (A more in –depth assessment)، لهذا الإضطراب، وذلك على حساب سعة التقييم لتلك المقاييس لمدى كبير عبر الإضطرابات (At The Expense of Breadth of Assessment Across Disorders). فمقاييس كورنرز يميز بين أطفال (ADHD)، والأطفال العاديين داخل الصف الدراسي وفي المنزل، كما أمها مرتفعة الحساسية لآثار العلاج (Barkley, 1987; Conners, 1990; Fischer & Newby, 1991; Newcorn et al., 1989). وبصورة مميزة وخاصة ترتبط درجات مقاييس كورنرز بصورة دالة ببعيد الإندفاعية على المقاييس العقلية (Newcorn et al., 1989).

#### تقارير المدرسين على قوائم شطب سلوك الطفل (Teacher Report Form of the CBCL [TRF])

بالإضافة إلى قيام الآباء بتعبئة (CBCL)، فإن المدرسين أيضاً مطالبون بتعبئة صيغة تقرير المدرسين لقوائم شطب سلوك الأطفال (Teacher Report Form of the CBCL [TRF])، والذي يماثل (بالرغم من كونه ليس مطابقاً)، في الصيغة والمضمون والمحتوى والمعايير والتصحيح والدرجات والتفسير لمقاييس قوائم شطب سلوك الأطفال (CBCL, Achenbach, 1991). وعادة ما تظهر تقارير المدرسين عن سلوك أطفال (ADHD)، تقديرات عالية على مقاييس مشكلات الانتباه، والسلوك العدواني، والمشكلات الاجتماعية، كما وجدت نفس النتائج لدى تقدير المراهقين المصابين بحالة (ADHD) (Barkley et al., 1991).

وتوفر المقارنات بين النتائج الواردة من (CBCL)، و (TRF)، استبصاراً ورؤياً ثاقبة دقيقة بشأن سلوك الطفل داخل المدرسة والمنزل. وقد تشير الرسمة النفسية المحملة بالمشكلات والناجمة عن بيانات تقارير المدرسين بشأن سلوك الطفل في المدرسة (A Problem-Ridden TRF Profile)، التي يصاحبها بروفييل طبيعي نتائج تقارير الوالدين (Normal CBCL Profile)، إلى أن الطفل قد يتصرف بصورة كفاءة في البيئة المنزلية الأقل تنظيماً والأكثر فردية، في حين يصبح مشتتاً وغير منظم ومفرط النشاط داخل البيئة المنزلية. وغالباً ما يتوقع الإكلينيكيون عندما تتباين الرسومات النفسية بين الوالدين والمدرسين حول سلوك الطفل، عدم الموافقة الصادرة من الآباء والمدرسين حول دقة التشخيص الذي يضعونه بشأن وجود اضطراب (ADHD).



## Treatment Options والخيارات والبدائل العلاجية

يوضح الجدول رقم (3) البدائل العلاجية لإضطراب (ADHD).

<b>Treatment Options For</b> الجدول رقم (3) البدائل العلاجية لإضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط <b>ADHD</b>
<p style="text-align: right;"><b>الأدوية الطبية</b></p> <p style="text-align: right;">المحفزات النفسية Psycho-stimulants</p> <p style="text-align: right;">المضادات للاكتئاب Tricyclic Antidepressants</p> <p style="text-align: right;">الأدوية الأخرى (كلونيدايين و ثايريدازين) Other Medications- Clonidine, Thioridazine</p> <p style="text-align: center;"><b>التدخلات السلوكية Behavioral Interventions</b></p> <p style="text-align: right;">التدخلات المستندة إلى المنزل / المكتب Home based/ Office based</p> <p style="text-align: right;">التعليم النفسي Psychoeducation</p> <p style="text-align: right;">التدريب على الانتباه/ الوقت الخاص Attention training / Special time</p> <p style="text-align: right;">تكنيكات التعزيز Reinforcement techniques</p> <p style="text-align: right;">تكنيكات الإسترخاء Relaxation Techniques</p> <p style="text-align: right;">التدخلات المستندة إلى المدرسة School - based</p> <p style="text-align: right;">إنقاص المثيرات Stimulus Reduction</p> <p style="text-align: right;">تعديلات الجلوس Seating Modification</p> <p style="text-align: right;">زيادة بناء ومثيرات المهمة Increasing task structure and stimulation</p> <p style="text-align: right;">إدارة والتحكم بالتوقعات Contingency management</p> <p style="text-align: right;"><b>العلاج النفسي Psychotherapy</b></p>

التدخلات المعرفية السلوكية Cognitive – behavioral (CB) Interventions

الحديث الذاتي Self-talk

المراقبة الذاتية Self-monitoring

تسلسل حل المشكلة Sequenced problem solving

العلاج باللعب Play Therapy

العلاج النفسي بالديناميات النفسية Psychodynamic psychotherapy

(Kronenberger & Meyer, 1996, p.60)

### الأدوية الطبية Medication

تعد الأدوية الطبية من أكثر التدخلات فعالية وكفاءة وشيوعاً وشهرة وانتشاراً بالنسبة لحالات (ADHD) (Greenhill, 1992). وتوصف أدوية التحفيز النفسي (Psycho-stimulant medications)، بصورة خاصة – بصورة متكررة من أجل المساعدة على التحكم بحالة (ADHD)، وتؤدي غالباً لمعدلات تحسن تتراوح ما بين 70% – 80%، بين أوساط جموع هذا الاضطراب (E.G., Anastopoulos, DuPaul, & Barkley, 1991; Barkley, 1977; Greenhill, 1989, 1992; Munoz-Millan, 1989) التحفيز النفسي مثل الريتالين (Ritalin)، والديكسايدرين (Dexedrine)، والسايبريت (Cylert)، من الأدوية الأكثر شيوعاً وانتشاراً ونجاحاً في التخفيف من أعراض (ADHD).

وغالباً ما تؤدي هذه الأدوية إلى تحسين أداء أطفال (ADHD)، عبر مهمات عديدة، مؤدية إلى الزيادة في الانتباه والتقليل من الاندفاعية، وفرط الحركة، وسلوكيات عدم الاستقرار والانعاج، والى إرتفاع مستوى الانصياع للأوامر، والتقليل من العدوانية، وإلى تحسين الذاكرة، والتفاعل الاجتماعي، والسلوك الصفي (Anastopoulos et al., 1991; Barkley et al., 1988; Danforth et al., 1991; Greenhill, 1992) وقد أشار المدرسون في تقاريرهم إلى وجود تحسن لدى 75% من أطفال (ADHD)، في مجالات السلوك العامة بعد تناولهم لأدوية التحفيز النفسي (Greenhill, 1992)، كما توجد أيضاً العديد من البراهين (e.g., Biederman, 1991; Greenhill, 1992; Klorman, Coons, & Borgstedt, 1987) الإيجابية لأدوية كالريتالين التي تحدث بين أوساط المراهقين والكبار المصابين باضطراب (ADHD). وبالرغم من بعض التأثيرات العقلية الإيجابية للأدوية المحفزة على ما يقارب 60% من أطفال (ADHD)، إلا أن درجات هؤلاء الأطفال المدرسية لا تتحسن إلا قليلاً (Swanson et al., 1991; Whalen & Henker, 1991).

وتعتبر التأثيرات الجانبية (Side Effects)، من أكثر الشكاوي شيوعاً بشأن الأدوية المحفزة نفسياً (بعض النظر عن كونها قد تفشل في العمل مع بعض الأطفال)، وترتبط هذه الأدوية بتراجع الشهية، وبفقدان للوزن، والصداع، وبزيادة البكاء، وتصاعد معدل نبض القلب، وببطء النمو، وزيادة التوتر، والصعوبة في النوم لدى بعض الأطفال، بالإضافة إلى ذلك قد يحدث " ارتداد سلوكي " (Behavioral Rebound)، ويتضح ذلك عندما يتعرض الأطفال (ADHD)، لخبرة الإنسحاب من المثبرات (Stimulant Withdrawal)، ويكون ذلك عادة في نهاية اليوم الدراسي، ويتألف هذا الإرتداد السلوكي من سلوكيات الانزعاج وعدم الاستقرار وفرط الحركة

والقابلية للإستثارة (Excitability)، وعادة ما يتم التحكم بهذه الحالة من خلال إعطاء الطفل كمية إضافية من الدواء أو من خلال إطالة مدة المثيرات المتاحة للطفل (Greenhill, 1992).

ومن أكثر التأثيرات الجانبية حدة لكنها أقلها حدوثاً هي الزيادة في معدل السلوك المفرط في الحركة وتطور النفصات الحركية (Tics) العصبية اللاإرادية (تقلصات لا إرادية في العضلات خاصة في الوجه، وهز الكتفين)، (Greenhill, 1992).

ويمكن التحكم في حدة الآثار الجانبية لأدوية التحفيز النفسي، من خلال تغيير الجرعات أو توفير إجازة للطفل من تناولها (Drug Holidays)، حيث يتم التوقف عن إعطائها للطفل، ويجب إعلام الوالدين بشأن الآثار الجانبية المحتمل حدوثها كما يجب أن يدرّبوا ويوجهوا للقيام بمراقبة الطفل، وتستدعي الآثار الشديدة ضرورة المراجعة الفورية للطبيب المختص الذي قام بوصف الدواء.

وكما رأينا فبالرغم من كفاءة أدوية التحفيز النفسي، إلا أن بعض أطفال (ADHD)، يفشلون في الإستفادة منها (20%-30% من الحالات التي تتناول هذه الأدوية)، في حين يتعرض بعض هؤلاء الأطفال لخطر تطوير النفصات الحركية العصبية اللاإرادية (Tics). كما أن بعض الأطفال يعانون من اضطرابات اكتئابية مصاحبة لحالة (ADHD)، وفي مثل هذه الحالات قد يقوم الطبيب المختص بوصف بعض الأدوية الخاصة كمضادات للاكتئاب (Tricyclic Antidepressants, [TCAs])، وذلك كعلاجات بديلة. وتؤثر مثل هذه الأدوية على مستويات الاكتئاب لكنها لا تؤثر على النفصات الحركية العصبية، وأيضاً هي لا تؤدي للإدمان عليها. ولقد تبين أن دوائين فقط (Desipramine [Norpramin], Imipramine [Trofranil])، تمكنا من إحراز نتائج إيجابية في التخفيف من مستوى الاكتئاب بمعدل 68% من حالات الأطفال (ADHD)، الذين يعانون من اضطرابات اكتئابية مصاحبة لحالتهم.

وتوجد العديد من التأثيرات الجانبية للأدوية المضادة للاكتئاب (TCAs)، وهذا قد يشمل السمية القلبية- (Cardio-toxicity)، جفاف الفم، تراجع الشهية للطعام، آلام الرأس، التعب والإنهاك، الدوار، الأرق، والإنزعاج البطني (Abdominal discomfort)، (Biederman, 1991)، وبالتالي فإن هذه الأدوية يجب أن تؤخذ بمنتهى الحرص، شريطة أن لا يتم تناولها إلا حسب تعليمات الطبيب الذي يقرر صرفها ويشرح نتائجها وشروط المواظبة عليها، خاصة بالنسبة للأطفال ما قبل المراهقة وأن الوالدين يجب أن يكونون مراقبين ومشرفين على أطفالهم في فترة تعاطي هذه الأدوية.

وكقاعدة عامة، فإن الأدوية الطبية تعتبر مفيدة في معظم الحالات لكن نادراً ما تكون كافية لوحدها لمعالجة (ADHD)، فالمكونات العلاجية الإضافية الأخرى كالتعليم النفسي والتعديل السلوكي والتدخلات التي تنصدي لمشكلات التعلم المصاحبة لإضطراب (ADHD)، غالباً ما تعد قاعدة أساسية للتحكم بهذا الإضطراب (Kronenberger & Meyer, 1996).

### **التدخلات السلوكية Behavioral Interventions**

#### **اعتبارات خاصة لأطفال المصابين بنقص الانتباه وفرط النشاط**

غالباً ما يتم دمج الأدوية الطبية بالعلاجات السلوكية ضمن رزمة (Package)، في معظم حالات (ADHD)، لتقليل من السلوك السلبي للطفل، وذلك أثناء تقوية مستويات انتباه وتركيز الطفل. وقد تفشل الأدوية الطبية في بعض الحالات في تحقيق أي تقدم لدى الطفل، أو قد يعارض والد الطفل مبدأ تناول الطفل للدواء، مما يقود

لضرورة استخدام التدخلات السلوكية لوحدها. وتعد العلاجات السلوكية – الثانية بعد الأدوية الطبية- من أكثر علاجات (ADHD)، إستخداماً (Whalen & Henker, 1991).

ويشير الباحثون إلى الوجود الدائم للمؤثرات السلوكية على أعراض (ADHD)، فسلوك الأطفال المفرط النشاط يمكن أن يكون مزعجاً ومخرباً ، مؤدياً لإثارة الإهتمام السلبي الصادر من الكبار، ويعزز هذا الإهتمام السلوك المفرط الحركة أو يغضب الطفل (Newby, Fischer, & Roman, 1991)، وبصورة أساسية تحدث دائرة سلبية (Negative Cycle) ، حيث يتم تعزيز سلوك الطفل المفرط النشاط ( أو قد يتسبب في إثارة غضب الطفل) ، من خلال الإهتمام الوالدي السلبي المتعلق بسلوك الطفل المفرط، هنا يبدأ الطفل في الإشتراك في إظهار سلوكيات مفرطة بمعدلات أكثر، مما يستدعي اهتمام والدي إضافي أكبر وبالتالي إستمرارية لهذه الدائرة الخبيثة، وبصورة أخرى بديلة، قد يقود سلوك الطفل إلى صراعات القوة ما بين الطفل والوالد. وهنا قد يرفض الطفل – استجابة للنبذة المتحدية الصادرة من الوالد – الإذعان والطاعة، مثيراً بذلك تصعيداً في الأوامر والتهديدات الوالدية ، ويصعد الطفل بصورة مماثلة من مقاومته، إلى أن يستسلم الوالد( قد يعني استسلام الوالد ، توقف الوالد عن إصدار الأمر أو معاودة إشراك الطفل في تفاعل مستمر [ لفظي أو جسمي ] ) ، وهو بهذا يعزز- بطريقة سلبية - سلوك الطفل المشاكس والمعارض – المفرط النشاط.

لذا وبمعزل عن أسباب الإصابة بحالة (ADHD)، فإن التوقعات والإحتمالات السلوكية (Behavioral Contingencies)، تلعب دوراً في إظهار واستمرارية هذا الاضطراب. وتهدف التدخلات السلوكية لتعزيز السلوك المتمركز حول المهمة ويتجاهل أو يعاقب على السلوكيات المفرطة النشاط أو غير الملائمة، وتتضمن معظم تلك التدخلات تعليم الوالدين أو المدرسين استراتيجيات للتقليل من سلوكيات (ADHD) لدى الطفل (Abramowitz & O'Leary, 1991; Barkley, 1981).

وتستند جميع التدخلات السلوكية الخاصة بحالة (ADHD)، وتشارك في عدة مبادئ كالتالي:

استخدام الاختبارات العقلية وقوائم شطب السلوك بالإضافة إلى بيانات المقابلة الإكلينيكية، وذلك لغايات

تقييم ما بعد العلاج (Pre-treatment Assessment).

تقييم الطفل بالإضافة إلى بيئة الطفل.

إشراك الوالدين و / أو المدرسين في علاج الطفل.

تعليم الوالدين أو الأسرة بشأن (ADHD).

القيام بالكشف والفرز والمعالجة للمشكلات التي قد تعيق تطبيق الخطة السلوكية كالتفكك الزوجي والافتقار إلى الدافعية.

يجب تأدية الواجبات البيئية المعينة للأشخاص المعنيين خلال فترة ما بين الجلسات.

تفهم وفهم التوتر المرتبط بتربية و/ أو تعليم طفل لديه اضطراب (ADHD)، مع الاهتمام الخاص بالمصاعب الوالدية و/ أو المدرسية التي قد تواجه – الوالدين والمدرسين- لدى تطبيق الخطة العلاجية.

المرونة في تطبيق الخطة العلاجية تبعاً لحاجات ورغبات كل أسرة أو كل صف مدرسي.

التغذية الراجعة والتعزيز المباشرين والأنبيين.

التقييم المتواصل والمستمر لكفاءة وفعالية الخطة العلاجية.

تعديل الخطة العلاجية استناداً إلى التغذية الراجعة بشأن مدى فعاليتها.

## التدخلات السلوكية المستندة إلى المنزل Home-Based Behavioral Interventions

### الخطة السلوكية المؤلفة من خمسة خطوات Five – Step Behavioral Plan

لقد قام العديد من الباحثين الذين عملوا مع أطفال (ADHD)، باقتراح بعض النماذج **لخطط التحكم بالسلوك** المستند إلى المنزل (Home-based behavior management plans)، وعلى سبيل المثال، يصف بعض الباحثين (Anastopoulos et al., 1991) **خطة منظمة** تستند إلى واحدة من أكثر العلاجات السلوكية شهرة وشيوعاً في مجال علاج (ADHD)، (Barkley, 1981). ويمكن تطبيق الخطة في صيغة فردية أو جماعية ولا تقتضي أو تستلزم عدداً ضرورياً لازماً من الجلسات (Anastopoulos et al., 1991; Barkley, 1981, Newby et al., 1991)، وتتألف خطة العلاج السلوكي (Anastopoulos et al., 1991)، للتخفيف من أعراض (ADHD) من المراحل التالية:

#### **المرحلة الأولى (1) : التقييم والتعليم النفسي (Assessment and Psychoeducation)**

يتم في هذه المرحلة تعليم الوالدين قواعد التحكم بالسلوك وإدارته **بصورة عامة**، والخطة العلاجية لحالة (ADHD)، **بصورة خاصة**.  
أولاً: يتم تقييم الأسرة بدقة بشأن المشكلات والأعراض، وبصورة خاصة تلك التي تتعلق بالطفل المصاب بإضطراب (ADHD).

ثانياً: يتم تفسير وشرح طبيعة (ADHD) بالتفصيل، مع إيلاء الاهتمام للأعراض الخاصة، والأسباب، والمظاهر، والأشكال، ونسبة الشيعوع، والمدة (Course) التي يستمر بها الاضطراب، والعلاج (Treatment)، وقد يستعان بال نشرات الدورية والكتب العلمية لتسهيل الفهم والاحتفاظ واستعادة المعلومات .  
ثالثاً: يتم شرح وتوضيح عملية التحكم وإدارة السلوك كتكنيك عام، بعد ذلك يتم تفسير مبادئ التعزيز وجداول التعزيز والاهتمام كمعزز، والعقاب والاشراط الإجرائي .

رابعاً: يتم تطبيق مبادئ التعلم السابق شرحها على حالة (ADHD)، مع التركيز وإثارة الانتباه إلى آثار (ADHD)، على العلاقة ما بين الوالد – الطفل. وخلال هذه المناقشة يتم استكشاف الطبيعة التلقائية لتفاعلات ونزاعات الوالد – الطفل. ويتم تقديم أمثلة على التسلسل و التتابع الذي من خلاله يتصرف الأطفال والوالدين (خاصة في حالة العدوان والكراهية المتبادلة) . كما يتم تعليم الوالدين أن الهدف بالنسبة لهم هو التقليل من السلوك السلبي التلقائي وزيادة احتمالات حدوث السلوكات الايجابية الهادفة في البيئة .

خامساً : يتم الكشف وتوضيح ثلاث قضايا خاصة بشأن استخدام الفنيات السلوكية مع أطفال (ADHD)، وهي: الحاجة إلى توفير المعززات الآنية والمباشرة، الحاجة إلى الاستمرارية والثبات، والحاجة إلى تعريف وتحديد السلوكات المحددة المعينة الخاصة بالإضطراب (Newby et al., 1991)، كما يجب التعريف بأن السلوكات المتوقعة والمتوقفة على حدوث سلوك صادر من الطفل يجب أن تتغير لتصبح متناسبة مع التغييرات التي ستحدث في سلوكات الطفل.

#### **المرحلة الثانية (2): التدريب على الانتباه Attention Training**

يتم تعليم الوالدين في هذه المرحلة قوة تأثير الانتباه والاهتمام الوالدي وفنيات تقوية وتمكين هذه القوة.  
أولاً: يعد الإهتمام والانتباه مهماً لمراقبة السلوك الصادر من الطفل. ويجب أن ينتبه الوالدان للتعرف على متى يقدمون التعزيز وأن الانتباه مهم من أجل تقييم وقياس سلوكات الطفل على مدار الأسبوع.



**ثانياً:** يشجع الوالدان على تمضية كمية محددة من الوقت الإيجابي (من 15-20 دقيقة يومياً)، مع الطفل، حيث يقومون بالتفاعل معه بأسلوب غير موجه وغير حاكم (Nondirective and Nonjudgmental Way)، ويجعل هذا " الوقت الخاص"، الآباء قادرين على توفير اهتمام ملائم للطفل، ولتحسين نوعية هذا الانتباه، ولجعل معدلات سلوك الطفل ملاحظاً (Salient)، بالنسبة للوالد ولتحسين العلاقة بين الوالد – الطفل، وغالباً ما يؤدي ذلك في النهاية، لأن يصبح الوالدان مشجعين ومتحمسين لتوفير الانتباه عندما يتصرف الطفل بصورة مناسبة أو عندما يؤدي مهمة معينة، ولأن يقوموا بتجاهل السلوك غير المناسب أو سلوك التوقف عن أداء المهمة (Off-Task Behavior)

**ثالثاً:** يتم تشجيع الوالدين لاستخدام الانتباه كمعزز في المواقف الأخرى، من خلال توفير الانتباه والاهتمام بالطفل عندما يقوم الطفل بإظهار سلوك إيجابي أو من خلال سحب الانتباه خلال سلوكات فرط النشاط، والتوقف عن العمل.

**رابعاً:** يتم تعليم الوالدين لكي يزدوا من معدل تكرار السلوك المستقل للطفل، من خلال توفير التعزيز بواسطة الانتباه بصورة متقطعة أو في بعض الأحيان، وذلك عندما لا يعتمد الطفل على الوالدين للترويج عن نفسه (Entertainment).

ويتضح العائق الوحيد أمام هذه المهمة، في النزعة الوالدية لجعل الطفل يأخذ فترة راحة (Break)، كما أن بعض الآباء يخشون من استثارة طفلهم من خلال الانتباه الوالدي المنتظم. وغالباً ما يتم تعليم الوالدين بأن توفير الانتباه خلال أوقات السلوك الإيجابي يزيد من احتمالية تكرار حدوث السلوك الإيجابي مستقبلاً، وهو بذلك يجلب معه فائدة إضافية.

### المرحلة الثالثة (3): فنيات التعزيز Reinforcement Techniques

بصورة أولية يختار الوالدان في هذه المرحلة سلوكاً منفرداً واحداً ليتم السيطرة عليه وضبطه، ويتم ربط هذا السلوك بنظام تعزيز واضح جداً. وقد يستخدم نظام التعزيز الرمزي (Token Reinforcement)، أو قد تقدم المعززات العادية الأولية (Primary Reinforces) في وقت وعند حدوث السلوك. وتسهيلاً للقارئ سيتم تفصيل هذه المرحلة العملية- مع مراعاة أن ذلك الأمر يستخدم لغايات التوضيح وليس لغايات التعاقب- التي غالباً ما تكون متداخلة العناصر، كما يلي:

**أولاً:** يجب أن يكون السلوك الذي تم اختياره قابلاً للملاحظة بسهولة، ومعرّف ومحدد بوضوح، ومتكرر نسبياً. وعلى سبيل المثال يختار بعض الباحثين (Anastopoulos et al., 1991)، سلوك " الإنصياع وطاعة الطلبات الوالدية الأساسية" (Compliance with initial parental requests)، باعتباره السلوك المستهدف (Target Behavior) الوصول إليه وتحقيقه، بواسطة استخدام نظام تعزيز رمزي. وبالإضافة إلى تحديد السلوك المستهدف المحدد والقابل للملاحظة بسهولة.

**ثانياً:** يجب أن يتم اختيار وتطبيق المعززات. وعادة ما يتم توصيل المعززات التي أظهرت آثار كبيرة وفاعلة على سلوك أطفال (ADHD)، مباشرة بعد ظهور السلوك (Hersher, 1985).

**ثالثاً:** يتم شرح الخطة السلوكية الكاملة للطفل قبل البدء بتطبيقها. وأن يتم وضع السلوكات (السلبية والإيجابية) التي يقوم بها الطفل والمتعلقة بالسلوك المستهدف في قائمة تفصيلية من قبل الوالدين ويتم مناقشتها أسبوعياً معهم، مع إجراء التعديلات المناسبة على الخطة.

رابعاً: يلي عملية التفسير للطفل القيام بتوزيع فنيات التعزيز السلبي والعقاب على مراحل (Phases) ضمن الخطة، وذلك بعد مرور أسبوع أو أسبوعين بعد الإنتهاء من عملية التحفيز والحض على نظام التعزيز الرمزي (After the instigation of the token system). وللتقليل من تكرارات السلوكات السلبية - بصورة خاصة- يتم استخدام كل من أسلوب العزل (Time-out)، وأسلوب ثمن الإستجابة (Response Cost)، - التي يتم خلالها سحب المعزز الرمزي الذي سبق أن حصل عليه الطفل.

خامساً: كما يتم مع المعززات التي تقدم مباشرة عقب تأدية السلوك، فإن العقاب أيضاً يجب أن يتم إجراؤه مباشرة بعد ظهور السلوك غير المرغوب والمحدد سابقاً ويعلم به الطفل (في مرحلة - ثالثاً- تفسير الخطة الكاملة). سادساً: يتضمن أسلوب العزل بصورته المعتادة، الجلوس على كرسي في جزء الغرفة الخالي من المثيرات نسبياً، مباشرة بعد حدوث السلوك السلبي المستهدف. ويجب أن تكون مدة العزل موجزة وقصيرة نسبياً (تعد قاعدة الدقيقة الواحدة لكل سنة من عمر الطفل، صارمة وقاسية إلى حد ما، لكن يمكن تعديل تلك القاعدة تبعاً لوضع الطفل الفردي)، مع تمديد الفترة عند عدم الانصياع لتوجيهات العزل.

سابعاً: تعد عملية تسجيل السلوكات المستهدفة الايجابية والسلبية ووضعها في قوائم موضح بها الزمن والأوقات والمعززات - الايجابية أو السلبية- الدقيقة والمستمرة والمرونة في تطبيق الخطة السلوكية قاعدتين أساسيتين لإنجاحها.

ثامناً: وأخيراً يجب تشجيع الوالدين على توسيع ونقل المبادئ التي تم تعلمها على السلوكات الأخرى للطفل (ADHD).

#### المرحلة الرابعة (4): المحافظة Maintenance

تتعامل المرحلة الرابعة مع التطبيقات المستقبلية للخطة السلوكية ونقلها إلى مواقف جديدة، وبدون وجود المعالج كقائد موجه للعملية. وعادة ما يراجع الوالدان ويخططان مع المعالج مستقبل التحكم والإدارة السلوكية في المنزل، والمشكلات والأحداث المتوقعة. ويتم جدولة جلسات المتابعة، ويشجع الوالدان على الاستمرار في مراقبة السلوكات الخاصة بالطفل تمهيداً لمناقشتها في الجلسات التتبعية.

#### المرحلة الخامسة (5): المتابعة Follow-Up

وأخيراً، بعد عدة أسابيع من انتهاء وإكمال العلاج الأسبوعي، يقابل الوالدان المعالج لمناقشة التقدم الذي أحرزاه. ويتم تجميع بيانات الملاحظات الخاصة بفترة المتابعة ومناقشة المشكلات التي ظهرت، وإذا تبين أن نظام الخطة السلوكية قد تم انتهاكه كلية، فإن هذا الوضع يستدعي البدء ثانية بعلاج إضافي لمدة عدة أسابيع أخرى.

### التدخلات السلوكية المستندة إلى المدرسة School – Based Behavioral Interventions

#### فنيات التحكم بالمقدمات Antecedent Management Techniques

عادة ما تكون الفنيات السلوكية المستخدمة في المدارس هي التي تستخدم مع أطفال (ADHD)، (DuPaul, Guevremont, & Barkley, 1992)، ويعد الاتصال ما بين الوالدين والمدرسين أمراً أساسياً للتحكم في سلوك الطفل عبر البيئات المختلفة ( ولتقييم تعميم آثار المعالجة).

أولاً: تعد دراسة والكشف عن المقدمات (Antecedents)، التي تمهد وتسبق ظهور سلوكات (ADHD)، أحد الفنيات المستندة إلى المدرسة (School-based Techniques)، والتي تستهدف المثيرات التي قد تستثير سلوكات عدم الانتباه، والاندفاعية أو فرط الحركة. وعلى سبيل المثال تعتبر فنية " إنقاص المثيرات"

(Stimulus Reduction)، التخفيف من المثيرات الدخيلة والمعتزضة الغريبة (Extraneous Stimulus)، والمحتمل أن تؤدي إلى تقليل سلوكيات التشتت والانفصالية عند الطفل. وفي هذه الحالة يوضع الطفل في غرفة هادئة أو مكان وزاوية هادئة، وقد لاقت فنية إنقاص المثيرات القليل من الدعم التجريبي، وبالتالي فهي لا تُستخدم كثيراً كأسلوب. يستند تطبيقه إلى المدرسة - لمعالجة الأطفال المصابين باضطراب (ADHD) (Abramowitz & O'Leary, 1991).

ثانياً: تعد فنية " تعديل الجلوس " (Seating Modification)، الفنية الثانية المستخدمة في المدارس مع أطفال (ADHD)، حيث يتم نقل مقعد الطفل إلى مكان يوفر له استثارة أكثر ملائمة للمهمة، واستثارة أقل تدخلا واعتراضاً وغبابة (A More Task- Appropriate Stimulation and Less Extraneous Stimulation). ويتضمن تعديل الجلوس بصورته العادية نقل الطفل إلى الأماكن أو المواقع الأمامية في غرفة الصف أو نقله بعيداً عن مجموعات الأطفال النشيطة بصورة زائدة. وفي حالات أخرى قد يتم تغيير ترتيبات الجلوس كلية لكافة طلاب الصف، للتقليل من فعل التشتتات الواردة من الطلبة الآخرين. وتؤدي هذه الفنية بصورة فعلية للتقليل من سلوك التوقف عن العمل (Produce Less Off- Task Behavior). ويقترح بعض الباحثين فنيات تعديل المثيرات المحفزة للسلوك المفرط أو سلوك عدم الانتباه لأطفال (ADHD)، مثل التقليل من الضجيج الصادر عن خلفية غرفة الصف، تقليل صعوبة المهمات، إعطاء الطفل حرية تحديد الوقت اللازم له لانجاز المهمة (Allowing the child to pace himself on tasks)، استخدام المكونات والوسائل السمعية والمرئية لزيادة تركيبة وبناء المهمة، وللزيادة من استثارة المهمات.

#### فنيات التحكم في التوقعات أو الاحتمالات Contingency Management

بالإضافة إلى الفنيات الموجهة نحو المثيرات، فإن الفنيات السلوكية المستندة إلى المدرسة لمعالجة سلوكيات (ADHD)، تركز أيضاً على تعديل الأمور التي يتوقف عليها تغيير سلوك (ADHD).  
أولاً: عادة ما يستخدم **انتباه المدرس** كمعزز أو معاقب لتشكيل سلوك الطفل. ويشجع المدرسون على إبداء الثناء والمدح للسلوك الملائم وعلى تجاهل أو معاقبة السلوك غير المناسب. وتوضح الصورة **المثالية للمدح** (Praise) في ضرورة وأهمية أن يأتي مباشرة بعد حدوث السلوك الجيد وفي أقرب وقت ممكن، شريطة أن لا يأتي أبداً أو يلي ظهور السلوك غير المناسب. وقد يتخذ المدح واحداً أو أكثر من الأشكال التالية:  
التوجيه اللفظي - المباشر (Verbal -Direct) ( عبارة عن جملة تشير إلى أن الطفل قد قام بتقديم وإظهار سلوك جيد).

التوجيه اللفظي - غير المباشر (Verbal-Indirect) ( تفاعل لفظي لطيف ومبهج من المدرس ومع الطفل، لكنه لا يتركز أو يحدد بصورة خاصة قيام الطفل بعمل جيد، بل من المتوقع أن يتوقف حدوث السلوك الجيد على هذا التفاعل اللطيف ).

التوجيه المباشر - غير اللفظي (Nonverbal-Direct)، من خلال ابتسامة أو إيماءة وتحية لطيفة بإشارة باليد أو هز الرأس.

التوجيه غير المباشر - غير اللفظي (Nonverbal-Indirect)، من خلال الوقوف بجانب الطفل أو الانشغال معه في تفاعل غير لفظي لطيف أو حاني.

ثانياً: وقد يقوم المدرس بتجاهل السلوكات غير الملائمة الصادرة من أطفال (ADHD)، لكن شريطة أن لا تكون تلك السلوكات من ضمن السلوكات التي تعد خطرة أو تخريبية أو مدمرة، هذا بالرغم من أن الدراسات

قد أشارت إلى أن بعض العقوبات (e.g., Abramowitz & O'Leary, 1991; DuPaul et al., 1992) ، قد أشارت إلى أن بعض العقوبات قد تضيف إلى فعالية وكفاءة خطة المديح – التجاهل (A Praise- Ignore Plan) ، ويبدو من الأمور الحاسمة أن تدرس طريقة وأسلوب المدرس في التجاهل، بحرص واهتمام شديدين، نظراً لبعض مكونات التعزيز الحاذقة التي قد يتضمنها هذا التجاهل. ففي بعض الأحيان قد يتجاهل المدرس السلوك غير المناسب بقوله للطفل بصورة متكررة " أنا أتجاهلك تماماً " ، ومثل هذه العبارات توصل للطفل أنه فعلاً لم يتم تجاهله.

**ثالثاً:** لا يمكن تجاهل بعض السلوكيات المحددة الصادرة عن أطفال (ADHD)، وبصورة عامة تكون هذه السلوكيات تخريبية وتدميرية وخطيرة أو تحد من حرية الأطفال الآخرين، وتعتبر **فنيات العقاب** في مثل هذه الحالات فعالة إذا تم تطبيقها بصورة صحيحة وتامة وكفاءة .

رابعاً: تعد **التأنيبات القاسية والرسمية (Reprimands)**، على سبيل المثال، فعالة خاصة إذا تم تطبيقها بأسلوب موجز مختصر، واستناداً إلى الوقائع، وباستمرار وثبات، وبأسلوب حازم ومباشر وموجه ( الوقوف قريباً من الطفل والطلب منه النظر إليك مباشرة أو إجراء اتصال بصري [Eye- Contact] ). ولأن المدرسين يجب أن يتعاملوا مع صفوف كبيرة العدد فإن مشكلات الغضب والتأخير وعدم الثبات والاستمرارية تعد من الصعوبات الشائعة بينهم عند تطبيق مثل هذا العقاب الاجتماعي على أطفال (ADHD)، بالإضافة إلى أن الإفراط في تقديم التفسيرات الطويلة المسهبة تعد كريهة ومزعجة للطفل، مما يقلل من احتمالية بأنه سيسمع أو يفهم ما يقال أمامه أو له.

**خامساً:** كما يمكن استخدام فنية العزل (Time-Out)، لمعاقبة السلوك السلبي. ولكون العزل يتضمن تقييد الطفل من الوصول إلى التعزيز ، فإنه يدرك من قبل الطفل بأنه سلبي، ويؤدي بالتالي إلى نفس الآثار التي تؤدي إليها فنيات العقاب الأخرى . وقد يأخذ شكل العزل الخاص بالتدخلات السلوكية المستندة إلى المدرسة، عدم الإستحقاقية (Ineligibility) ، لنيل المعززات التي تم توزيعها على طلاب الصف، لمدة معينة من الوقت. وعلى سبيل المثال، إذا اعطي كل طالب قطعة حلوى بسبب قيامه بحل مسألة الحساب بطريقة صحيحة، فإن الطفل المعاقب لن يكون مرشحاً للحصول على الحلوى. ويتضمن العزل الاجتماعي (Social Time – Out)، إخراج الطفل من الصف، من خلال تحريك مقعد الطفل إلى منطقة بعيدة داخل الصف أو خارج قاعة الصف. ويكون العزل عادة أكثر فعالية عندما يعلن عنه بأسلوب حازم ومختصر وواضح واستناداً إلى وقائع وحقائق (As a matter – of – Fact Way)، وعندما لا يرغب الطفل في العزلة، وعندما تكون كمية الوقت التي سيستغرقها العقاب واضحة ، وعندما تكون مدة استمراريته مناسبة لعمر الطفل، وعندما يتلقى الطفل عقاباً إضافياً (تمديد مدة العزل)، لدى تخلفه عن الإنصياع لتعليمات العزل. وبسبب شدته ومدته، فإن أسلوب العزل يجب أن يستخدم بصورة نادرة وقليلة فقط مع السلوك السلبي جداً، وإذا طبق بصورة صحيحة، فإنه يترك أثراً هامة على سلوك الطفل المستهدف (Kronenberger & Meyer, 1996).



### العلاج النفسي Psychotherapy

#### التدخلات المعرفية السلوكية Cognitive – Behavioral Interventions

تتعامل التدخلات المعرفية السلوكية الموجهة لأطفال (ADHD)، بصورة مباشرة القصور في الانتباه والتركيز من خلال استخدام استراتيجيات الضبط الذاتي المعرفية (Cognitive Self- Control Strategies)، (Whalen & Henker, 1991). وتعلم هذه التدخلات أن يستخدموا مجموعة من استراتيجيات الأحاديث الذاتية، والمراقبة الذاتية وحل المشكلات، التي تقود لتقوية الانتباه والدافعية وال ضبط الذاتي السلوكي.

#### أولاً: الحديث الذاتي Self-Talk

عادة ما يتخذ أسلوب الحديث الذاتي شكل تذكير الشخص لنفسه بالأفكار والسلوكيات الواجب تنفيذها من أجل تحقيق هدف ما. وتستخدم الأحاديث الذاتي الإضافية (Additional) ، من أجل التعزيز الذاتي ولتشجيع الذات على أسلوب حل المشكلات المنظمة والمخطط لها، للتغلب على السلوكيات غير التوافقية والانعكاسية.

#### ثانياً: المراقبة الذاتية Self-Monitoring

تتضمن المراقبة الذاتية في الجانب الآخر، زيادة إدراك الطفل للمواقف والسلوكيات والأفكار التي تسبق أو تصاحب أعراض (ADHD)، ويستخدم هذا الوعي المتزايد لتوقع المشكلات والإحاطة بها.

#### ثالثاً: حل المشكلات Problem Solving

يتألف من الجهود المنظمة لتوليد واختيار السلوكيات التي تؤدي إلى نتائج إيجابية عند الطفل ولإنقاص أعراض (ADHD).

- Barkley, R. A. (1991a). Attention –deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Annals*, 21, 725-733.
- Barkley, R. A. (1991b). Diagnosis and assessment of attention- deficit hyperactivity disorder. *Comprehensive Mental Health Care*, 1, 27-43.
- Kronenberger, W. G. & Meyer, R. G. (1996). *The Child Clinician's Handbook*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Native Remedies. Com .(2005). *ADHD Symptoms, Diagnosis and Management*. [http://www.native Remedies.com/adhd\\_symptoms.shtml](http://www.native Remedies.com/adhd_symptoms.shtml).
- Sattler, J. M. (1990). *Assessment of Children (3d ed.)*. San Diego, CA: Author.
- Swanson, J., Schuck, S., Mann, M., Carlson, C., Hartman, K., Sergeant, J., Clevenger, W., Wasdell, M., & McCleary, R. (2005). *Categorical and Dimensional Definitions and Evaluations of Symptoms of ADHD: The SNAP and the SWAN Ratings Scales*. <http://www.adhd.net/>
- Swanson, J. M., Cantwell, D., Lerner, M., McBurnett, K., & Hanna, G. (1991). Effects of stimulant medication on learning in children with ADHD. *Journal of Disabilities*, 24, 219- 231.
- World Health Organization (WHO). (2003). *Adult Self- Report Scale- VI,1 (ASRS-VI.1) Screener*. [http://www.straterra.com/1\\_4\\_adult\\_adhd/screener.jsp?ccd=adulltadd275](http://www.straterra.com/1_4_adult_adhd/screener.jsp?ccd=adulltadd275)

## Adult Self Report Scale – V1.1 (ASRS- V 1.1) Screener

From WHO Composite International Diagnostic Interview World Health Organization

**Are you living with Adult ADD?  
The questions below can help you find out**

The following questionnaire can be used as a starting point to help you recognize the signs/symptoms of adult ADD but is not meant to replace consultation with a trained healthcare professional. **An accurate diagnosis can only be made through a clinical evaluation.** Regardless of the questionnaire results, if you have concerns about diagnosis and treatment of ADD, please discuss your concerns with your physician.

This Adult Self-Report Scale-V1.1 (ASRS-V1.1) Screener is intended for visitors age 18 years or older. Find out more information about the [screener](#).

**Instructions:** Please click on the appropriate description for each question below, based on an assessment of yourself and then hit the submit button to see your results. You can clear your answers and start over by clicking on the reset button.

**Adult Self-Report Scale (ASRS - V1.1) Screener**  
*from WHO Composite International Diagnostic Interview*  
© World Health Organization.

Questions

Questions

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Very Often
1. How often do you have	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

trouble wrapping up the final details of a project, once the challenging parts have been done?

2. How often do you have difficulty getting things in order when you have to do a task that requires organization?

3. How often do you have problems remembering appointments or obligations?

4. When you have a task that requires a lot of thought, how often do you avoid or delay getting started?

5. How often do you fidget or squirm with your hands or your feet when you have to sit down for a long time?

6. How often do you feel overly active and compelled to do things, like you were driven by a motor?

The 6-question Adult Self-Report Scale - V 1.1 (ASRS - V 1.1) Screener is a subset of the WHO's 18-question Adult Self-Report Scale - V 1.1 (ASRS - V 1.1) Symptom Checklist. ASRS - V 1.1 Screener COPYRIGHT © 2003 World Health Organization (WHO). Reprinted with permission of WHO. All rights reserved.

SUBMIT

RESET



---

---

---