اضـــطـــــــراب الانـــتبـــــــــــاه

د.فاطمة الزهراء حاج صابري
جامعة قاصدي مرباح ورقلة (الجزائر)

Abstract:

Recent Research has indicated that ADHD could be generic, all those of the exact causes of ADHD is debadebel and in balance of certain Neurotransmitters is believe to be the primary cause of ADHD Symptoms

تتضح بجلاء أهمية الانتباه القصوى من جهة و من أخرى تباين مستوياته لدى الأفراد كـل حسـب مرحلتـه النمائية، و حتى ضمن نفس المرحلة العمرية، ومرَد ذلك اختلاف حالة الجهاز الحاسي و مـدى قابليتـه، و النـاقلات العصبية و خصوصاً الجهاز العصبي المركزي باعتباره مركز عملية الانتباه و المحرك الفعلي لها.

و يعتبر اضطراب الانتباه من الاضطرابات الحادة و الشائعة، و هو اضطراب متغير الصفات و غير واضح (محمد الطيب، 1994، ص 101).

و مصطلح **"اضطراب الانتباه"** من المصطلحات التي ظهرت حديثاً و الذي يعكس الصعوبات الإنتباهيـة التـي تظهر بوضوح و بشكل شائع لدى الأطفال الذين لديهم صعوبة في التعليم و يتلازم اضطراب الانتباه مع فرط الحركة و التي تظهر عيانياً ابتداءاً من سن الثالثة.

أما **" جون كارول"** فقد أكدّ أن بتوافر الظروف الحياتية و العادية للتلميذ، فإن تعلمه للمادة أو المهارة المطلوبـة يتناسب طردياً مع مقدار التركيز الزمني الذي ينفقه في أثناء إنجاز التعلم. (محمد لعمايرة 2002، ص 222).

و تشترك الدراسات السيكولوجية للمرحلة الابتدائية في تحديد جملة من الاضطرابات المزامنة لهـذه المرحلـة التعليمية المستهدفة–'' **Periode Sible** ''– و هذا ما ذهب إليه **" عصام نور "** بقوله: «**... أكدت الدراسات الحديثـة التي يتعرض لها الأطفال أن كُلاً من البنين و البنات يعانون في المتوسط من 5 إلى 6 مشكلات في أي وقـت خـلال مرحلة رياض الأطفال و المدرسة الابتدائية**». (عصام نور 2002، ص 37).

و قد أيّد **" محمد الريماوي "** الآراء السابقة فيبيّن تزايد في تردد أطفال هذه المرحلة على عيـادات الصـحة النفسية ليصل إلى ثلاث أضعاف ما هو عليه في مرحلة ما قبل المدرسة، كما أن نسبة تردد الذكور أعلى منهـا لـدى الإناث.(محمد الريماوي، 1992 ، ص 364).

و نظراً لأهمية اضطراب الانتباه كخاصية تميز فئة للأطفال الذين لديهم فرط النشـاط. فقـد أضـاف **"الـدليل التشخيصي الاكلينيكي، DSM"** فئة تسمى الأطفال الذين لديهم اضطراب في الانتباه.(محمد الريمـاوي، 1992، ص 364).

1- ماهيـــة اضطـــراب الانتبـــاه.

يعتبر مصطلح اضطراب **" قلة الانتباه "** من المصطلحات الحديثة. حيث أنه لم يـتم التحديـد الـدقيق لهـذا الاضطراب، إلا في بداية الثمانينات من هذا القرن حيث كان يشخص قبل ذلك على أنه إما: ضعف في القـدرة علـى التعلم، أو أنه خلل بسيط في وظائف المخ (M.B.D) **" Minimal Brain Dysfonction "** أو أنه خلل بسيط في المخ، أو أنه نشاط حركي مفرط. (السيد سيد أحمد، 1999 ص 34).

والواضح أن الاختلاف في التحديد المفاهيمي بقي قائماً إلى يوم الناس هذا و عليه. لا بد أن نعرض جملة مـن التعاريف للوصول إلى تركيب مفاهيمي توافقي.

1-1: التعاريف القاموسية.

1-1-1: تعريف موسوعة علم النفس: تّعرف الطفل المضطرب على أنه:

« الطفل الذي ليس لديه القدرة على تركيز الانتباه. والمتسم بالإندفاعية و فرط النشاط و تزداد هذه الأعراض شـدة في المواقف التي تتطلب من الطفل مطابقة الذات و أيضا الحكم الذاتي، و الذي يُظهر قصوراً فـي مـدى و نوعيـة التحصيل الأكاديمي و قصور في الوظائف الاجتماعية ». (محمد الطيب 1994،ص 34).

يُستخلص من التعريف السابق النقاط الآتي ذكرها:

*- الطفل المضطرب يتسم بضعف الانتباه و تدني مستواه و الزيادة المفرطة في الحركة و الإندفاعية.

*- زيادة ظهور زُملة الأعراض في مواقف: مطابقة الذات، و الحكم الذاتي.

*- يكون الاضطراب مؤشر لتدني التحصيل الأكاديمي و قصور الوظائف الاجتماعية.

1-1-2: تعريف دليل التشخيص الإحصائي للإضطرابات العقلية (DSM).

كان لجمعية الطب النفسي الأمريكية (**A.P.A**) تحديدات مفاهيمية و أخرى معدّلة لهذا الاضطراب. فقد جـاء تحديدها المفاهيمي الأول في دليل التشخيص الاحصائي للاضطرابات العقلية الثالث و الذي عُدّل في الدليل التشخيصي الرابع.

1-1-2-1: دليل التشخيص الإحصائي الاضطرابات العقلية الثالث (DSM III).

« ... اضطراب له زُملَة أعراض سلوكية تُميزه و قد قُسّم إلى نوعين: الأول اضـطراب الانتبـاه و الثـاني هـو اضطراب عجز الانتباه غير المصحوب بنشاط حركي مفرط».(السيد سيد أحمد،1994، ص 34).

حدّدت **"الجمعية الأمريكية للطب النفسي"** الاضطراب بداية على أنه جملة من الأعراض السلوكية الملاحَظة و التي فصلت فيه بين **"اضطراب الانتباه"** و **"مشكلة الحركة الزائدة"** للطفل المضطرب، بعد تقسـيم الاضـطراب إلـى نوعين:

*- اضطراب الانتباه. *- عجز الانتباه غير مصحوب بنشاط حركي مفرط.

1-1-2-2: دليل التشخيص الإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع (DSM.IV).

(بعد مراجعة 1987)

« **... جميع الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لديهم نشاط حركي مفرط، و لكن مستوى هذا النشاط الحركي المفـرط يختلف من طفل لآخر، فقد تكون أعراض ضعف الانتباه أشد من أعراض فرط النشاط الحركي لدى بعضهم** ». (السيد سيد أحمد، 1994، ص 35).

عدّلت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (**A.P.A**) تعريفها بعد مجموع الدراسات و التي نذكر منها على سـبيل التمثيل لا الحصر، دراسة (**بورينو و زملاؤه** ، 1988) فعَدَلت عن التعريف الأول لتستعيضه بالثاني فـي (**D.S.M IV**) و التي حدّدته كما يلي:

*- تلازمية اضطراب النشاط الحركي المفرط بتدني الانتباه.

*- تباين ظهور زُملَة الأعراض من طفل لآخر.

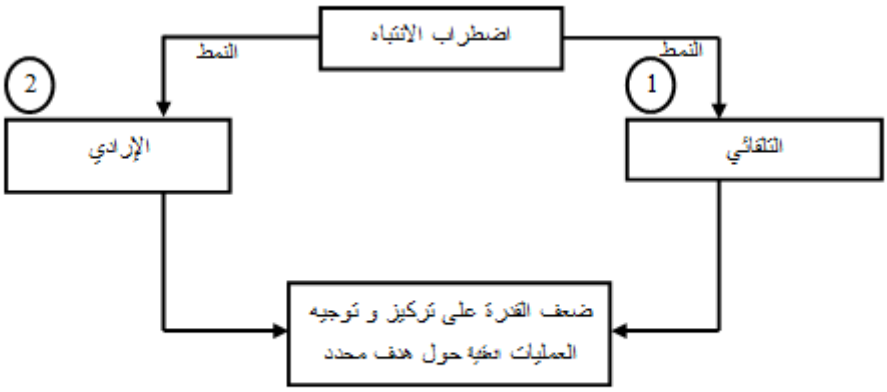
*- تفاوت ظهور أعراض ضعف الانتباه عن أعراض فرط الحركة.

*- شدة ظهور جملة الأعراض السلوكية لقلة الانتباه مقارنة بأعراض فرط الحركة.

1-1-3: تعريف الموسوعة الفلسفية (1960).

« **اضطراب الانتباه هو الاضطراب الذي يشمل كُلا من الشكل التلقائي و الإرادي للانتباه و يدور حول الضـعف فـي القدرة على تركيز العمليات العقلية في الاتجاه المطلوب...** ».(محمد الطيب، 1994، ص 103).

قدم تعريف الموسوعة الفلسفية على غرار باقي التعاريف السابقة تصنيف لاضطراب الانتباه و الذي يمكن أن نوضحه في الشكل الآتي:



شكل رقم (57): يوضح التحديد المفاهيمي لاضطراب الانتباه حسب الموسوعة الفلسفية.

1-2: التعاريف من الدراسات السابقة.

1-2-1: تعريف جيشويند Gueswind (1982).

« **اضطراب الانتباه هو اضطراب في الوظائف العقلية الشائعة** ». (محمد الطيب 1994، ص 101).

اقتصر **" جيشويند"** في تحديده للاضطراب على أنه اختلال في الوظائف العقلية و لم يبيّن العلاقة التلازمية بين فرط الحركة وقلة الانتباه، كما حددته الجمعية الأمريكية للطب النفسي في دليل التشخيص الإحصائي المعتمد. و عليه جاء التعريف عاماً مبهماً.

1-2-2: تعريف " بوهلن و ديفيد -1985-.

« **الطفل الذي لديه اضطراب في الانتباه لديه اضطراب في السلوك المعرفي** ». (محمد الطيب، 1994 ص 101).

اعتبر اضطراب الانتباه اضطراباً معرفياً لأن عملية الانتباه تفعيل للسيرورات المعرفية باعتباره أرقى العمليات العقلية. لكنه لم يبيّن أعراض هذا الاضطراب ومدى ارتباطه مع المبالغة في الحركة.

1-2-3: تعريف " بريبون" (Prione)،(1986.

« **الأطفال الذين لديهم اضطراب في الانتباه لديهم مشكلات القدرة على استمرار الانتباه و الاحتفاظ به (تركيز الانتباه) لمدة طويلة** ».(محمد الطيب، 1994، ص 102).

يبيّن **" بريبون"** أن اضطراب الانتباه هو عدم القدرة على استمرار الانتباه و الاحتفاظ به لمدة طويلة، لكنه لم يوضح العلاقة بين قلة الانتباه و فرط الحركة، على غرار ما أكدّه **"دوجلاس" " Douglas"** في أن الاضطراب في الانتباه هو أساس الإفراط الحركي و الذي صادقت عليه الملاحظات الدقيقة للأطفال الذين لديهم فرط في النشاط.

1-2-4: تعريف"لاهي"و"بيلهام".

« **توصلت نتائج دراسة "لاهي" و"بيلهام" إلى أن عجز الانتباه و فرط النشاط الحركي عرَضان متلازمان لاضطراب واحدِ، و ليسا نمطين منفصلين** » (السيد سيد أحمد ، 1999، ص 35).

جاء التعريف السابق مؤكداً لآراء السابقة حيث أكدت أن مصطلح **"اضطراب الانتباه"** شامل**" لفرط الحركة"** فالعلاقة بينهما تلازمية.

1-2-5:تعريف " عصام نور".

«... **متلازمة (تناذر) سيكاتري يتميز بسلوك طائش غير ذكي، و اندفاعية هوجاء و عدم الاستقرار** » (عصام نور، 2002، ص 119).

أضفى هذا التعريف طابع المتلازمة على الاضطراب و المتسم بجملة من الأعراض الثابتة الظهور و المستمرة زمانياً، حيث أكدّ بتصنيفها السيكاتري، و الملاحظ بجملة السلوكات غير الناضجة و الاندفاعية اللامحدودة و عموماً عدم الاستقرار و التوازن.

من خلال جملة التعاريف الآنفة يمكن أن نخلص إلى التعريف الآتي:

1-2-6: تعريف خاص بالطالبة.

« متلازمة مزمنة تترجمها زملة الأعراض المختلفة و المؤدية إلى حالة عدم التوافق (الكلي، الجزئي) باختلاف الشدة و العمر الزمني »

وعليه من خلال ما ورد نحتفظ بمصطلح **"اضطراب الانتباه"** للدلالة على**" قلة الانتباه و فرط الحركة"**. هذا ما أكدته **"رابطة النفسانيين الأمريكيين"** على مصطلح **"فرط النشاط"** حيث أطلقت على هذا الأخير **"اضطراب الانتباه".**

2- الانتشار الوبائي للاضطراب الانتباه.

اتسع نطاق ظهور هذا الاضطراب المتسم بطابع الشمولية، التوسع و التباين في الظهور في ذات الآن و عليه جاءت الإحصائيات نسبية التقارب.

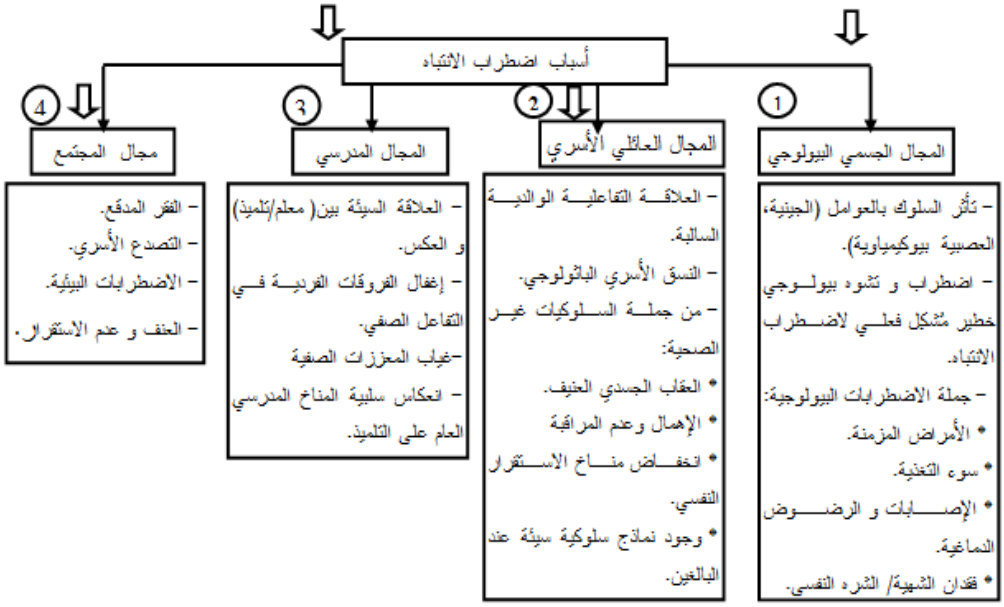
يعتبر اضطراب الانتباه من الاضطرابات الحادة و الشائعة، و هو اضطراب متغير الصفات و غير واضح المعالم، و ينتشر بنسبة (3-5 %) لدى الأطفال من عمر المدرسة (محمد الطيب، 1994 ص 101).

أما جمعية الطب النفسي الأمريكية فبيّنت أن نسبة المضطربين تتراوح ما بين (3-7%) في المراحل الابتدائية، حسب كل مجتمع و يصل العدد المجمل إلى خمسة ملايين طفل (5 ملايين) في الولايات المتحدة الأمريكية. و تشير الإحصائيات الأمريكية إلى أن الأطفال المصابين بالاضطراب يشكلون نسبة(30 - 70%) من مجمل المترددين على العيادات الخارجية (عصام نور، 2002، ص 65).

و يرى بعض المختصين أن نسبة انتشار هذه المشكلة تتراوح ما بين (10- 50%) من الطلبة الذين تقع أعمارهم بين (6-8 سنوات) و تقل هذه النسبة تدريجياً مع تقدم الطلبة في العمر كما تنتشر بين الأولاد (الذكور) أكثر منها عند البنات بنسبة تتراوح ما بين (4-10 أضعاف) (محمد العمايرة، 2002 ص 165).

أما "وكالة الصحة العقلية الأمريكية " فقد وصفت الأطفال المُحالين للعلاج بها كانوا يعانون من هذا الاضطراب. كما بيّنت نتائج الدراسات العالمية الوبائية الحديثة في الطب النفسي أن هذا الاضطراب يصيب نسبة تصل إلى (10%) تقريباً من أطفال العالم . كما أن معدل انتشاره بين الأطفال من عمر المدرسة يتراوح بين (4- 6%) و الجدير بالذكر أن معدل انتشاره بين الأطفال الذين ينتمون لأسر ذات مستوى اقتصادي اجتماعي منخفض يصل إلى (20%) أما انتشاره بين الذكور و الإناث، فهو (06) ذكور مقابل (01) للإناث. (السيد سيد أحمد، 1999، ص 35، 36).

ومما تبيّن من خلال جملة الدراسات السابقة مثل : دراسة **" لامبرت و زملاؤه" (1978)** ارتفاع نسبة المضطربين الذكور منها عند الإناث، في حين أكدت دراسة (**عبد العزيز الشخص، 1985)** أن المضطربين من أطفال الريف أكبر منهم بالنسبة للمدينة أما **(إيشين، 1986)** فقد أوضح أن هذا الاضطراب واسع في فئة الأطفال منه في فئة المراهقين و لم يسجل اختلاف في نطاق الانتشار بين المضطربين العاديين و المعوقين البسيطين (درجة الإعاقة بسيطة) (علا عبد الباقي، د س ، ص 26) .



كما أن العديد من الدراسات العلمية الحديثة بيّنت أن (50%) تقريباً من الأطفال المصابين باضطراب الانتباه يوجد في أسرهم من يعاني من هذا الاضطراب، و أن نسبة الاضطراب عند التوائم الحقيقية مرتفع مقارنة بالتوائم غير حقيقية (السيد سيد احمد 1999، ص 40).

3- أسباب اضطراب الانتباه.

من خلال المؤشرات الاحصائية لتوسع نطاق اضطراب الانتباه يتجلى حجم ظهوره و هو الباعث الفعلي على الاستمرارية في الأبحاث السيكولوجية الجادة للتوصل لاستراتيجيات وقائية و أخرى علاجية.

لكن قبل التخطيط للاستراتيجية المتبناة وجب أن نعود لجذور الاضطراب و نحدد الأسباب المؤدية لظهوره. فما أسباب اضطراب الانتباه إذن ؟

لقد تعددت تصنيفات **"اضطراب الانتباه"** فمنها **" مجالية"** و التي تلقي بمسؤولية ظهور الاضطراب على عائق مجال من مجالات الحياة. وأخرى **" تفصيلية التقسيم"** و التي تعود للأسباب الحقيقية و تركز عليها عكس الأولى، و فيما يلي توضيح لذلك:

3-1: أسباب الاضطراب حسب التقسيم المجالي.

و التي حددتها**" خولة أحمد يحي"** في أربعة مجالات كبرى يمكن أن نوضحها في الشكل الآتي:

شكل رقم (58): يوضح أسباب الاضطراب حسب التقسيم المجالي.

3-2: أسباب الاضطراب حسب التقسيم التفصيلي.

يمكن توضيح جملة الأسباب المؤدية الاضطراب الانتباه تفصيلياً في الجدول الآتي:

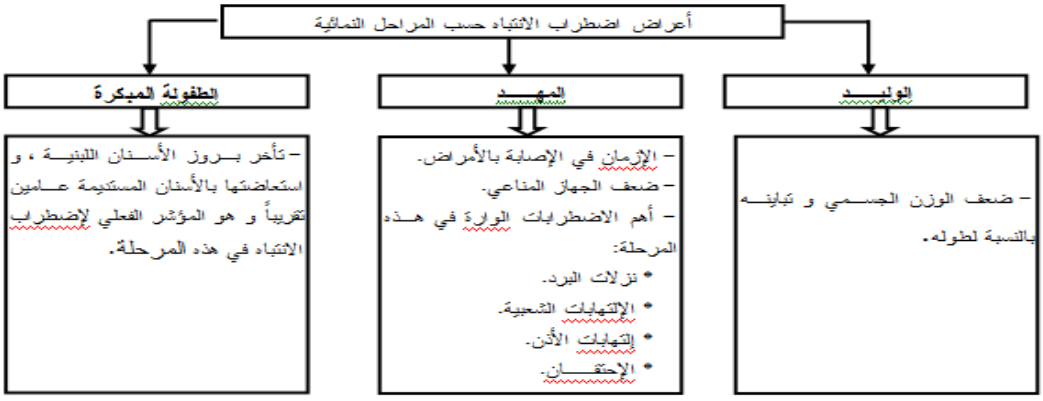
جدول رقم (41): يوضح الأسباب و العوامل المؤدية لاضطراب الانتباه .(السيد سيد أحمد، 1999 ص 35،43).

العوامل	ضروبها	مظاهـــــرها
أ- المتعلقـــة بالمـــخ	1- خلل وظائف المخ:	- إصابة الفصوص الخلفية للمخ: اضطراب في مصدر التنبيه.
		- إصابة المركز العصبي وسط المخ: اضطراب في توجيه الإحساس.
		- إصابة الفص الجبهي الأيمن: اضطراب في تركيز الانتباه.
	2- الناقلات العصبية:	- الناقل العصبي: قاعدة كيمياوية تعمل على نقل الإشارة بين المراكز العصبية المختلفة.
		- اختلال التوازن الكيمياوي: للناقلات مُسبب لاضطراب الانتباه.
	3- نظام التنشيط الشبكي لوظائف المخ:	- شبكية المخ: هي قواعد كيمياوية ممتدة من الجذع إلى المخيخ دورها الأساسي توجيه الانتباه نحو المنبه الهدف و انتقائه (عملية الترشيح).
		- اختلال نظام التنشيط الشبكي للمخ: أساس لاختلال الانتباه.
	4- ضعف النمو العقلي:	- العلاقة طردية بين النمو العقلي و زيادة الكفاءة الإنتباهية.
		- الضعف العقلي ركيزة لتدني القدرة الإنتباهية.
ب- المتعلقة بالوراثة	- النقل الجيني المباشر:	- نقل المورثات الخاصة بتلف أو ضعف المراكز الإنتباهية بالمخ.
	- النقل الجيني غير المباشر:	- نقل المورثات لعيوب تكوينية المؤدية إلى تلف أنسجة المخ و من ثَم ضعف المراكز الانتباهية العصبية.
ج- المتعلقـــة بالبيئـــة	- مرحلة الحمل:	- تعرض الأم لجملة الإشعاعات المختلفة.
		- تعاطي المخدرات و الكحول و العقاقير الطبية.
		- إصابة الأم بالأمراض المعدية: (الحصبة الألمانية، الزهري، السعال الديكي).
		- الاضطرابات الأيضية الاستقلابية.
	- مرحلة الولادة:	- الضغط على رأس الجنين.
		- إصابة مخ الجنين: (أو جمجمته) أثناء الولادة.
		- إلتفاف الحبل السري: الذي يمنع وصول الأكسجين إلى المخ.
	- مرحلة ما بعد الولادة:	- جملة الرضوض الدماغية: تؤثر سلبا على الكفاءة الإنتباهية للوليد.
		- إصابته ببعض الأمراض المعدية: الالتهاب السحائي، الحمى القرمزية...).
د- المتعلقـــة بالغذاء		- تناول الأطعمة الجاهزة، الخضروات الملوثة بالمبيدات الحشرية.
		- العلاقة موجبة بين نسبة الرصاص في الدم و اضطراب الانتباه.
		- تناول المفرط للسكريات يساهم في زيادة النشاط الحركي.
هـ - المتعلقة بالعلاقة التفاعلية طفل /والدين.		- أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة تؤثر سلباً على القدرة الإنتباهية للطفل و التي يمكن تحديد بعض منها: * العقاب البدني أو النفسي. * اللامبالاة. * الرفض الصريح أو المقنع. * الحرمان العاطفي.

4- أعــراض اضطــراب الانتبــاه:

تختلف أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال باختلاف المرحلة العمرية التي يمرون بها بحيــث نجــدها فــي مرحلة الطفولة المبكرة و التي تأخذ المظهر العضوي، بينما نجدها في مرحلتي الطفولة المتوسطة و المتــأخرة تأخــذ الشكل السلوكي.(السيد سيد أحمد 1999، ص 47).

و نشير إلى هذه الأعراض وفقاً للمراحل العمرية السابقة كما يلي:



شكل رقم (59): يوضح أعراض اضطراب الانتباه حسب المراحل النمائية الأولى.

لكن إذا كانت الإعراض الإنتباهية في المراحل النمائية الأولى بهذا النمط، فهل هي مستديمة أو امتداد لمرحلــة المدرسة ؟

إن المرحلة الابتدائية تضم أطفالاً من مرحلتي: الطفولة **"المتوسطة و المتأخرة"**وعليه يكون الاضطراب فيهــا متشابها إلى حدٍ ما و الذي سوف نحددها فيما يلي:

جدول رقم (42): يوضح أعراض اضطراب الانتباه.

الأعـــــراض	مظاهـــــــرهـــــا
- الانتباه القصير:	- عدم القدرة على تركيز الانتباه لأكثر من بضع ثواني متتالية.
	- انتقال و تشتت الانتباه بسرعة بين المنبهات المختلفة.
- سهولة تشتت الانتباه:	- تجاهل المتغيرات البيئية المحيطة.
	- تحويل الانتباه إلى حركة في مجاله الإدراكي.
- ضعف القدرة على الإنصات:	- ضعف القدرة على الإنصات.
	- عدم القدرة على الفهم.
	- معلومات حسية مشوهة.
	- ضعف القدرة على التفكير.
- ضعف القدرة على التفكير:	- إكتساب معلومات مهمة و غير مترابطة.
	- ضعف القدرة على التفكير.
	- الوقوع في الأخطاء المتكررة.
- تأخر الاستجابة:	- بطيء المعالجة العقلية.
	- صعوبة استدعاء المعلومات و من ثَم التفكير.
- عدم القدرة على استكمال الأعمال المكلَف بها:	- تأثير المنبهات الدخيلة على القدرة الإنتباهية سلباً.

	– قدرة التفكير ضعيفة.
	– تأخر الاستجابة (طلب المساعدة من الآخرين).
– النشاط الحركي المفرط:	– كثرة الحركة المبالغ فيها (غير محددة الأهداف).
	– القيام بسلوكيات غير مرغوبة.
– الاندفـــاع:	– كثرة مقاطعته للآخرين/ الإجابة بدون تفكير.
	– الخروج عن قواعد النظام (الفوضى السلوكية).
	– الانتقال من نشاط لآخر.
– السلوك الاجتماعي:	– عدم الامتثال للقواعد العامة للنظام.
	– القيام بالسلوكيات الشاذة.
– التـــــردد:	– عدم القدرة على اتخاذ القرار حتى و لو كلن بسيطا.
– التصديق المستمر:	– ضعف القدرة التمييزية بين الحقيقة و الخيال.
	– تتسم سلوكاته بالطابع الانفعالي.
– عدم الثبات الانفعالي:	– اضطراب الانتباه مؤشر لعدم النضج الانفعالي.
	– عدم القدرة على التحكم في انفعالاته.

5– مظاهـــر اضطـــراب الانتبـــاه.

حدّدت **"الجمعية النفسية الأمريكية"** الاضطراب بمجموعة من المظاهر و التي حصرتها في ستة لمـــدة ســـتة أشهر حتى تحكم على التلميذ بأنه يعاني من هذا الاضطراب.(محمد العمايرة، 2002 ص 144،145).

و هذه المظاهر هي:

*– يفشل التلميذ في التركيز على التفصيلات أو يرتكب أخطاء نتيجة عدم المبالاة.

*– يواجه عادة صعوبة في الاستمرار على التركيز في أثناء تأديته للمهام.

*– يظهر عدم الإصغاء أثناء الحديث معه.

*– لا يلتزم بالإرشادات المقدَمة إليه.

*– يواجه صعوبة في تنظيم المهام و النشاطات المُكلف بها.

*– غالباً ما يكره أو يتردد أو يتجنب الانهماك في مهام تحتاج إلى تقديم جهد ذهني مستمر.

*– فقد الأشياء الضرورية لتأدية المهام.

*– يتشوش انتباهه بسهولة نتيجة مثيرات خارجية.

*– عدم المشاركة الصفية أو محدوديتها.

*– عدم متابعة الشرح أثناء الحصة.

*– كثير النسيان أثناء تأديته للنشاطات.

*– عدم إنهاء الواجب المدرسي أو البطء الشديد في إنجازه. (محمد العمايرة، 2002، ص 144،145).

أما **(قطامي ، 2002)**: فقد أورد مجموعة من المظاهر التي تظهر على التلميذ المضطرب:

*– عدم القدرة على إتمام العمل أو النشاطات. *– لديه مستوى عالٍ من التشويش.

*– عدم القدرة على الاستقرار فترة من الزمن. *– غير قادر على إتمام أي مشروع.

*– غير قادر على تركيز الانتباه. *– لا يستطيع متابعة التعليمات.

*– خجول و ينسحب من المواقف التي تتطلب التعامل مع أفراد جدد (محمد العمايرة،2002، ص 144،145).

6- تشخيـــص اضطـــراب الانتبـــاه.

لقد أشار دليل التشخيص الإحصائي الرابع للإضطرابات العقلية (DSM-IV– 1994) إلى الأعراض الرئيسية التي يتم على أساسها تشخيص اضطراب الانتباه، و لكنه أكدّ على أن هذه الأعراض يجب أن تظهر على الطفـــل قبـــل التشخيص بستة أشهر متتالية (السيد سيد أحمد، 1999،ص 56،57،58).

6-1: ضعـــف القـــدرة علـــى الانتبـــاه.

ويتم التعرف عليه من الأعراض التالية:

*- يجد الطفل صعوبة في الانتباه نظرا **(لشكل المنبه و مكوناته)**، و لذلك فإنه يخطئ كثيراً في واجباته الدراســـية و الأعمال التي يقوم بها.

*- لا يستطيع الطفل تركيز إنتباهه لمدة زمنية طويلة على منبه واحد.

*- يجد صعوبة في عملية الإنصات.

*- لا يستطيع متابعة التعليمات و لذلك يفشل في إنهاء الأعمال التي بدأها.

*- تخلو أعماله من النظام و الترتيب.

*- يبتعد الطفل عن المشاركة في الأعمال التي تتطلب منه مجهوداً عقلياً.

*- دائماً ينسى الأشياء الضرورية التي يحتاجها (خاصة من الناحية الدراسية).

*- يتشتت انتباهه بسهولة للمنبهات الدخيلة.

*- دائما ينسى الأعمال اليومية المتكررة و المعتادة التي يقوم بها(السيد أحمد، 1999، ص56،57،58).

6-2: النشاط الحركي المفرط.

ويتم التعرف عليه من الأعراض التالية:

*- دائما يتململ الطفل في مقعده و يتلوى بيديه ورجليه.

*- يظل يمشي ذهابا و إيابا في المكان الذي يوجد فيه وذلك بدون سبب أو هدف.

*- دائماً يجعل المكان الذي يوجد فيه مبعثراً أو غير منظم.

*- دائماً يحدث صخباً وضوضاءاً، ولا يستطيع ممارسة عمله أو نشاطه بهدوء.

*- دائماً يتحدث بكثرة. (السيد أحمد، 1999، ص 56،57،58).

6-3- الإندفـــاع.

*- يقوم الطفل بالإجابة عن الأسئلة قبل استكمالها.

*- دائماً عجول و لا يستطيع انتظار دوره.

*- دائماً يقاطع حديث الآخرين، و يتدخل في أنشطتهم و أعمالهم (السيد سيد أحمد، 1999، ص 56،57،58).

7- التدخلات العلاجية و أهميتها.

نظرا للنطاق الواسع الانتشار من جهة، و لتعقد الاضطراب و تعدد أعراضـــه مـــن أخـــرى تأكـــد للبـــاحثين السيكولوجيين إلزامية الوصول إلى أساليب علاجية- **التكفل العلاجي**- لتطويق المشكلة و الوصول بالمدرسة خاصة إلى المناخ الصحي لتحقيق أهدافها كاملة و من ثَم مساعدة التلاميذ المضطربين للخروج من بؤرة الشواذ، لســـاحة الســـواء والتوافق.

إلا أن الجدال كان نشطاً حيال الأسلوب العلاجي لهذا النشاط الباثولوجي الواجب إتباعه. و تبدو مرارة الجدل و عقم النتائج في أنه ليس هناك اختصاص أو مدرسة نظرية أفرزت تقارباً علاجياً مُرضياً لذلك كان لا بد من الأخذ بالأساليب المختلفة (عصام نور، 2002، ص119).

و فيما يلي سنحاول حصر أهمها في الجدول الآتي:

جدول رقم(43): يوضح أهم التدخلات العلاجية للاضطراب الانتباه (عصام نور، 2002، ص 71،74)

نوع العلاج	الأساليب المستخدمة
العلاج الطبي :	– استخدام بعض العقاقير المنشطة (مركبات: الأمينات، مضادات الإكتئاب).
	– تأثير الأمينات يبدأ (4–6 ساعات من بداية تناوله). (خفض الاندفاعية و الحركة الزائدة، تحسين مستوى الانتباه).
العلاج الأسري:	– توفير الجو المناسب (الهدوء داخل المنزل).
	– السماح لطفل واحد لا أكثر باللعب مع الطفل المضطرب داخل المنزل.
	– تدريب الطفل و مساعدته على تنفيذ بعض المهارات.
	– الصبر و التجلد عند الأهل.
دور المدربين:	– إيجاد صف خاص للأطفال المضطربين أقل من 10 أفراد.
	– إعداد برنامج خاص (تمارين رياضية، المشاغل اليدوية، احترام الذات تعلم المهارات الأكاديمية).
العلاج النفسي:	– طريقة الغمرو التعزيز.
	– طريقة الفيش.
	– أسلوب الثواب و العقاب.
	– تلقين الطفل بعض الجمل.

8– الحلــول الإجرائيــة المقترحــة.

هناك خمسة حلول إجرائية حدّدها **" حسن العمايرة"** و التي نوردها فيما يلي:

– التعرف على مشكلة التلميذ الشخصية أو الأسرية و المساعدة في حلها بالتعاون مع إدارة المدرسة و المشرف الاجتماعي و الأسرة نفسها.

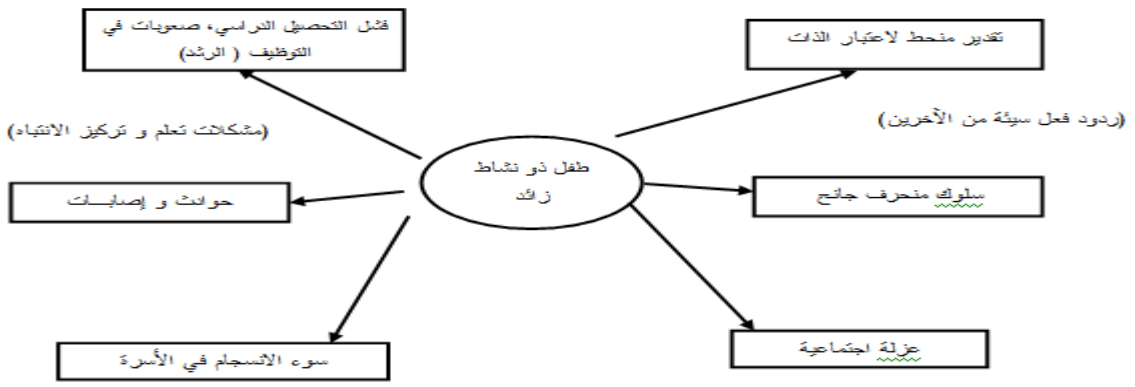
*– ربط المعلم المهمة التعليمية، بخبرات واهتمامات التلميذ و مظاهر حياته و احتياجاته.

*– التعرف على هواية التلميذ و محور اهتماماته الحقيقي أياً كان نوعها ثُم إقرانه بالواجبات التعليمية اللازمة.

*– تكوين المعلم لعادة التركيز أو المثابرة لدى التلميذ (الحث، الإقتداء، المفاضلة).

*– تعزيز المعلم الفوري للتلميذ بالمعززات المناسبة.

و حتى نقف عند الإجرائية المقترحة للحلول لا بأس أن نحدد المؤشرات التنبؤية التي سيواجهها الطفل المضطرب:



شكل رقم (60): يوضح المؤشرات التنبؤية للاضطراب (عصام نور،2002، ص 127)

خـــــلاصة:

كان لزاماً على الطالبة من الناحية المنهجية أن تتطرق في فصلها السادس لإضطراب **" قلة الانتباه "** (**متغير الدراسة الحالية**) لكن قبله بالتركيز على عملية الانتباه كتمهيد أساسيا للاضطراب. و لأجل ذلك قسمت فصلها إلى:

I- خصته للإنتباه: تم التطرق إلى الانتباه كعملية أساسية في الحياة الإعتيادية للفرد بشكل تفصيلي.و ذلـــك بـــالتطرق للتحديد المفاهيمي للإنتباه(قاموسياً، الدراسات السابقة). فمناقشتها تِباعاً ثم التركيز على أهمية الانتباه و الـــذي أكدتـــه سلسلة الدراسات السابقة. فأشكاله و مكوناته ثم أنواعه ليتم بعدها تحديد أهم خصائص الانتباه و أخيراً عوامل الجذب و التشتت و التي تمثل لب الاضطراب و الذي يُعرف بـــ: **"اضطراب قلة الانتباه "** و هذا ما سنتطرق إليه:

II- خصته لاضطراب " قلة الانتباه" : والذي تناولت فيه (تعاريف قلة الانتباه و مناقشتها، الانتشار الوبائي، أسبابه و أعراضه، مظاهره، تشخيصه، الأساليب العلاجية و أهميتها، الحلول الإجرائية المقترحة).

و بعد الإحاطة النظرية التسلسلية (موضوع الدراسة الحالية)- على حسب استطاعة الطالبة- سيتم التطرق فـــي الفصل الموالي إلى **"إجراءات الدراسة الميدانية"** و الذي سيكون فصلاً تمهيدياً للجانب التطبيقي للدراسة الحالية. حيث سيتم التطرق فيه بعد تمهيد للفصل إلى منهج الدراسة، عينة الدراسة أدوات جمع البيانـــات، الأســـاليب الإحصـــائية، صعوبات تتعلق بتطبيق هذه النوعية من الدراسات.

قائمة المراجع المعتمدة.

- عصام نور: سيكولوجية الأمومة و الطفولة، (د ط)، شباب الجامعة، الإسكندرية،2002.
- محمد حسن العمايرة: المشكلات الصفية (مظاهرها، أسبابها، علاجها)،ط1، دار الميسرة،عمان،2002.
- محمد عودة الريماوي: في علم نفس الطفل، ط1، الشروق، عمان، 1992.
- **موفق صقر هاشم الحلبي: الاضطرابات النفسية عند الأطفال و المراهقين: (أسبابها، أعراضها الوقاية منها، معالجتها.)، ط2، الرسالة، لبنان، 2000.**
- علا عبد الباقي إبراهيم:علاج النشاط الزائد لدى الأطفال باستخدام برنامج تعديل السلوك ،الجرسي، القاهرة.