

المحاضرة رقم: 03: اضطراب الانتباه

تمهيد: تشير الدراسات والبحوث أن نسبة انتشار اضطراب الانتباه وفرط النشاط تتراوح بين 3% إلى 7% من أطفال المرحلة الابتدائية حسب كل مجتمع وأن عددهم في الولايات المتحدة الأمريكية يصل إلى خمسة ملايين طفل , وتشير الإحصاءات الأمريكية إلى أن الأطفال المصابين باضطراب الانتباه وفرط النشاط يشكلون نسبة 30% إلى 70% من مجمل الاضطرابات النفسية عند الأطفال المترددين على العيادات (غسان يعقوب, 1995 ص 193) وتتوصل ويز وهكتمان Weiss & Hechtman 1986 إلى أن هناك علامات من الاندفاعية وعدم الكفاءة الاجتماعية وتقدير الذات المنخفض يبقى طوال الحياة للأطفال مضطربي الانتباه

1- تعريف تشتت الانتباه: هو العرض الثاني في جملة قصور الانتباه/النشاط الزائد، ويتميز قصور الانتباه بالقابلية للتشتت والتغيرات المتكررة للنشاط غير المكتمل، إلى نشاط آخر وأخطاء ناجمة عن عدم الإصغاء أو عدم الاستجابة للأسئلة وتشير الدراسات إلى أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يؤدون بشكل سيء على اختبارات الأداء المتواصل، والمهام الأدائية التي تتطلب من المفحوص التحكم والاستجابة في عدد من الحروف تقدم على شاشة حاسب آلي، ولا يعتبر هذا الاضطراب عند هؤلاء المصابين به نوعاً من العناد ولكنه يعكس العجز عن مواصلة التركيز برغم الرغبة الواضحة في ذلك.

كما يقصد بالتشتت عدم قدرة الأطفال على اختبار المثيرات ذات العلاقة بالمهارات المطلوبة والتي تساعد في الاستمرار والمتابعة لتلك المهارة حيث يتشتت انتباه الطفل بسهولة للمنبهات الدخيلة حتى لو كانت قوة تنبيهها ضعيفة .

2- مسار انتشار الاضطراب: توجد صعوبة في التعرف على نسب انتشار الاضطراب بسبب التباين في التعريفات مع مرور الزمن كذلك التباين بين الأقطاب المختلفة. وتتراوح نسب انتشار الاضطراب لدى من هم في عمر المدرسة الابتدائية (3-5%)، ويرى البعض أنه قد يحدث لدى 10% من تلاميذ المدارس الإبتدائية بينما يرى البعض الآخر أن التقديرات تتراوح من (1 إلى 20%)، ويقدر باحثون آخرون انتشاره في سن المدارس الإبتدائية من (5-15%)، وبالمقابل فإن نسب انتشاره في سن المراهقة غير معروفة. (جمعة سيد يوسف، 2000، ص 225) ويتزايد حدوث الاضطراب لدى الأولاد أكثر من البنات بنسبة 3-5% وترتفع التقديرات عادة في المستويات الاقتصادية والاجتماعية الدنيا، كما يلعب العامل الوراثي دوراً

في زيادة هذه النسبة إن وجد إلى ما يقرب من 2-3% من المصابين بهذا الاضطراب، إذا كان لدى أحد الأيوين أو الأشقاء تاريخاً مرضياً مع هذا الاضطراب.

- ويحدث الاضطراب في ثقافات مختلفة مع تباين في نسب الانتشار المذكورة في الأقطار العربية التي يحتمل أن ترتفع النسب فيها نتيجة التباين في استخدام التشخيص، وقد تبين أن اضطراب فرط الحركة المصحوب بنشبت الانتباه أكثر شيوعاً لدى أقارب الدرجة الأولى للأطفال المصابين بهذا الاضطراب. ونخلص بالقول أن هذا الاضطراب أكثر انتشاراً في: - الابتدائي أكثر من الاكتمالي. - الأولاد أكثر من البنات. - الدول الغربية أكثر من الدول العربية. - المستويات الاقتصادية الدنيا أكثر من المستويات الاقتصادية المرتفعة.

3- أسباب الاضطراب: تتعدد أسباب هذا الاضطراب إلى أسباب عضوية، عصبية، نمائية، والنفسية الاجتماعية.

1.3 الأسباب الوراثية: ففي الدراسات الوراثية والجينية وجد أن نسبة كبيرة من الأطفال المصابين بهذا اضطراب تاريخاً مرضياً سابقاً، كما وجد أن الآباء الذين لديهم مشكلات مع الإدمان والكحول والسلوك المضاد للمجتمع، كانت معدلات إصابة أبنائهم أعلى بهذا الاضطراب عن الآخرين.

2.3 الأسباب النمائية (الإرتقائية): لوحظ أن الأطفال من مواليد شهر سبتمبر أكثر في الإصابة بهذا الاضطراب وتعود هذه الحالة لإصابة الأطفال بأمراض الشتاء في بواكير عمرهم . وقد يكون هناك دمار حقيقي ناجم عن مشاكل الحمل والولادة، أو التعرض لصدمة أو التسمم بعد الولادة، وبغض النظر عن أسباب هذا الدمار، فإنه يتضح أن المناطق في المخ قد تأثرت بالفعل الأمر الذي يؤدي إلى حدوث هذا الاضطراب لدى الأطفال .

3.3 الأسباب العصبية: ينجم هذا الاضطراب عن إصابة طفيفة في المخ، حيث أظهر الأطفال المصابون بهذا الاضطراب علامات عصبية حقيقية توحى بوجود إصابة في المخ وعلى هذا الأساس سمي بسوء التوظيف المخي البسيط.

- وتفترض بعض النظريات أن سلوك الطفل الذي يعاني من خلل وظيفي في الناقلات العصبية Neurotransmitters وخاصة الناقل العصبي للنورينفرين Norepinephrine ومنشطاته من الدوبامين Dopamine وخاصة في الدماغ الأوسط وساق المخ.

4.3 العوامل النفسية الاجتماعية: لوحظ أن أطفال المؤسسات يعانون من حركة مفرطة وقصور في تركيز الانتباه وتعود هذه الملاحظات إلى الحرمان العاطفي الطويل وتزول هذه الأعراض بعد زوال الحرمان العاطفي. كما تؤدي الضغوط الشديدة واضطراب المناخ الأسري إلى تهيئة الإصابة بهذا الاضطراب كما تسهم الظروف الاجتماعية والنظم الأكاديمية والحياة الروتينية المملة إلى الإصابة بهذا الاضطراب.

يرى "والين" أنه ينبغي عدم تطبيق تشخيص هذا الاضطراب لدى الصغار الذين يتصفون بالعناد والتقلب ومفراطي النشاط والقابلية للتشتت بدرجة بسيطة في سنوات ما قبل المدرسة، وهو ما أكد عليه الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الرابعة. وعلى ذلك فإن الحالات التي تشخص بهذا الاضطراب لا بد لها أن تستوفي الأعراض التالية طبقاً لـ DSM4 .

4- أعراض لاضطراب:

4-1- قلة الانتباه (Inattention) :

- يفشل الفرد في إعطاء انتباه عميق للتفاصيل أو غالباً ما يقوم بأخطاء بدون مبالاة في الواجب المدرسي أو العمل، أو أي أنشطة أخرى.
- لديه صعوبة في الانتباه للمهام أو أنشطة أخرى.
- غير مبال بالاستماع عندما يوجه إليه الكلام مباشرة.
- أحياناً لا يتبع التعليمات الجارية ويتقاعس عن إنهاء الواجب المدرسي أو العمل، الروتيني أو الواجبات في مكان العمل (وذلك ليس نتيجة للسلوك المتعارض أو الفشل في فهم الدروس).
- غالباً ما تكون لديه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة.
- يتجنب الاشتراك في المهام التي تتطلب مجهود عقلي أو يكرهها مثل: الواجب المدرسي.
- عادة ما يفقد الأشياء الضرورية لأداء المهام والأنشطة (كاللعب والأغراض المدرسية كالأقلام والكتب والأدوات).
- من السهل تشتيت انتباهه بالمثيرات الخارجية. - كثير النسيان للنشاطات اليومية.

4-2-النشاط المفرط:

- يظهر التملل بواسطة اليدين أو القدمين أو تحريك المقعد.
- يترك مقعده -عادة- في الفصل أوفي المواقف الأخرى عندما يكون بقاءه فيها متوقعا.
- يجري ويقفز بشكل كبير في المواقف التي تكون فيها الأفعال غير ملائمة (في المراهقة والرشد قد تكون قاصرة على الشعور الذاتي بعدم الراحة).
- لديه صعوبة في اللعب أو الانخراط في نشاطات الفراغ بهدوء.
- دائم الحركة كما لو كان مدفوعا بواسطة آلة. - يتكلم ويثرثر كثيرا.

4-3-الاندفاعية:

- يندفع في الإجابة قبل أن تكتمل الأسئلة.
- لديه صعوبة في انتظار دوره.
- يزعج الآخرين أو يربكهم ويقاطعهم (كالتدخل في الحديث أو اللعب).

5. علاج الاضطراب: تتطلب معالجة الأطفال المصابين بهذا الاضطراب التعاون بين كل من الطبيب والوالدين والمعلم والمختص النفسي وذلك بتوظيف وسائل العلاج المختلفة الآتية:

1.5 العلاج الطبي (الدوائي): لابد من اعتماد برامج متكاملة يشارك فيها الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمتخصصين في العلاج الأسري والآباء والمربون.

وذلك من خلال أخذ الطفل إلى العيادة الطبية أولا لإمكانية التدخل بالعلاج الدوائي للسيطرة على سلوكه العدوانى بعقار الهالوبيريدول، Hadol، وكذلك استخدام الليثيوم Eskalith مع استخدام الأدوية التي تحافظ على الاستقرار المزاجي والانفعالي.

2.5 العلاج السلوكي: من خلال وضع خطط لتنظيم السلوكيات الفوضوية:

- علم طفلك الإجابات اللفظية الصحيحة.

- اهتمام الوالدين بالاضطرابات السلوكية.
- التقليل من مشاهدة المباريات التنافسية.
- إشتراك الوالدين أحيانا في المواقف التي تظهر السلوك الفوضوي للطفل.
- بالإضافة إلى إتباع نظام التعزيز مثل: - استخدام الأشياء التي يفضلها الطفل عندما يكمل الطفل المهام المطلوبة مثلا مكافئة، هدية كبيرة، لعبة،... إلخ.
- يجب التنوع في أساليب التعزيز وتجنب تكرارها حتى لا تفقد أهميتها.
- تجنب عدم الوفاء بالوعد في تقديم التعزيز.
- ومن بين فنيات العلاج السلوكي: - أسلوب التدريب على حل المشكلة في الموقف الجماعي.
- أسلوب لعب الأدوار لتدريب الطفل على بعض المهارات الاجتماعية.
- أسلوب الضبط الذاتي للسلوك.
- أسلوب المطابقة، ويتم تدريب الطفل على فكرة مطابقة ما يقوله مع ما يفعله.
- ومن جهة أخرى لجأ بعض الباحثين إلى ما يسمى ببنية التعليمات الذاتية للعلاج Self instructions .
- وتشمل الخطوات التالية:
- أن يقوم المعلم بإنجاز مهمة ما تعليمية وهو يفكر فيها بصوت عال أمام الطالب "المشكل" والأخير يراقبه.
- يقوم التلميذ بإنجاز نفس المهمة بتوجيه من المعلم المعالج.
- يقوم التلميذ بإنجاز المهمة بينما يعلم نفسه بصوت عال (التوجيه الذاتي العلني).
- يقوم التلميذ بإنجاز المهمة هامسا لنفسه بالتعليمات (التوجيه الذاتي الهامس).
- يقوم التلميذ بالمهمة وهو يلقي على نفسه التعليمات (توجيه ذاتي غير معلن)

ولجأ بعض الباحثين إلى تدريب التلميذ على فنيات حل المشكلة. وخطواتها هي:

- الشعور بالمشكلة (دراسية أو أخرى).

- جمع البيانات من الكتب والمعلومات والدراسات والحياة عنها.

- تحليل المشكلة ببيان بأبعادها وعناصرها ومظاهرها وعواملها.

- اقتراح الحلول المختلفة للمشكلة وتجريبها ومتابعتها.

- تقويم الحلول المقترحة وتعديلها إذا لزم الأمر

3.5 التوجيه والإرشاد النفسي والتربوي: حيث يشتمل على ما يلي:

توجيه وإرشاد الوالدين إلى كيفية التعامل مع الطفل المضطرب من خلال التعريف بهذا الاضطراب وطرق التعامل مع سلوك الطفل وأهمية تطبيق تعليمات الطبيب المختص وتوظيف الألعاب المناسبة في ذلك .

قائمة المراجع:

- 1- جمعة سيد يوسف، (2000)، الاضطرابات السلوكية وعلاجها، القاهرة مصر، دار غريب للطباعة والنشر، (د، ط).
- 2- حسين نوري الياسري، (2006)، صعوبات التعلم الخاصة، بيروت، لبنان الدار العربية للعلوم، ط1.
- 3- حامد عبد السلام زهران (1977) التوجيه والإرشاد النفسي ط 2 عالم الكتب , القاهرة .
- 4- خولة أحمد يحي (2003) الاضطرابات السلوكية والانفعالية ط2 دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع عمان الأردن .
- 5- عبد الله عسكر، (2005)، الاضطرابات النفسية للأطفال، القاهرة، مصر مكتبة الأنجلو-مصرية، ط1.
- 6- عصام نور، (2004)، سيكولوجية الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية الإسكندرية، مصر، مؤسسة شباب الجامعة، (د، ط).

- 7- فوقية حسن رضوان، (2003)، دراسات في الاضطرابات النفسية تشخيص وعلاج، القاهرة، مصر، دار الكتاب الحديث، (د، ط).
- 8- فتحي مصطفى الزيانت (1998) صعوبات التعلم الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية ط1 دار النشر للجامعات مصر .
- 9- قحطان أحمد الطاهر، (2004)، تعديل السلوك، عمان، الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع، ط1.
- 10- كريمان بدير، (2006)، التعلم الإيجابي وصعوبات التعلم – رؤية نفسية تربوية معاصرة -، القاهرة، مصر، عالم الكتب، ط1.
- 11- محمد حسن العميرة، (2002)، المشكلات الصفية (السلوكية، التعليمية الأكاديمية)، مظاهرها، أسبابها، علاجها، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط1.
- 12- مشيرة عبد الحميد احمد اليوسفي، (2005)، النشاط الزائد لدى الأطفال (أسباب وبرامج الخفض)، مصر، المركز العربي للتعليم والتنمية، (د. ط).
- 13- نجاح إبراهيم حسين الصايغ (2006)فاعلية برنامج إرشادي في علاج اضطراب النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه لدى الأطفال , رسالة دكتوراه غير منشورة بجامعة عين شمس , مصر**