

الإرشاد النفسي للصغار والكبار ذوي اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط

إعداد وترجمة
أ.د. عبد الرقيب البحيري

تأليف
GEORGE KAPALKA



مكتبة الأنجلو المصرية

الإرشاد النفسي للصغار والكبار ذوي اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط

تأليف

GEORGE KAPALKA

ترجمة

د / عبد الرقيب أحمد البحيري
أستاذ التربية الخاصة
كلية التربية - جامعة أسيوط - مصر



مكتبة الأنجلو المصرية

إهداء
إلى:
رفيقة درب الكفاح
د / تحية حامد عبد العال

مقدمة محور السلسلة

إن اضطراب نقص الانتباه- فرط النشاط (ADHD) اضطراباً خطيراً من مشاكل الصحة النفسية يؤثر على الصبيان والرجال في أنحاء مختلفة من العالم. وطبقاً للتقرير الصادر عن إحصاءات المركز القومي للصحة والذي كتبه كل من باستور وروبين عام ٢٠٠٨ (National Center for Health Statistics by Pastor and Ruben, 2008) فإن ١٢٪ تقريباً من الصبيان في الولايات المتحدة سوف يشخصون كحالات تعاني من اضطراب نقص الإنتباه- فرط النشاط عند بلوغهم سن ١٨ سنة ، وأن نسبة تأثر الصبيان بهذا الإضطراب تزيد بإثنين عنها عند البنات. وإن أعراض اضطراب نقص الانتباه- فرط النشاط سوف تستمر على الأقل مع ثلث هؤلاء الصبيان في الكبر (المعهد القومي للصحة النفسية National Institute of Mental Health, 2008) وقد أكدت العديد من الدراسات التي نشرتها منظمة الصحة العالمية أن اضطراب نقص الإنتباه- فرط النشاط مشكلة عامة يعاني منها الصبيان والرجال في قارات مختلفة ، مما يشكل تحدياً خطيراً أمام المنشغلين بالصحة في العديد من القارات. (مثل منظمة الصحة العالمية ، المكتب الإقليمي في أفريقيا ٢٠٠٢ ، منظمة الصحة العالمية ، المكتب الإقليمي لأوروبا ٢٠٠٧). وبإختصار فإن اضطراب نقص الإنتباه- فرط النشاط بين الصبيان والرجال يعتبر مشكلة واسعة الإنتشار وقد أدت إلى إهتمام عالمي كبير.

وفي مواجهة العديد من المشكلات التعليمية والإنفعالية والإجتماعية المرتبطة بهذا الإضطراب، فإن إضراب نقص الإنتباه- فرط النشاط قد لقي إهتماماً واسع النطاق علي مدار العديد من العقود الماضية. حيث نجد أن اضطراب نقص الانتباه- فرط النشاط من الموضوعات التي يدور حولها مناقشات عدة في وسائل الإعلام، كما تزايد عدد المنظمات التي تركز جهودها نحو دعم هؤلاء الأشخاص والعائلات التي تتأثر بهذا الإضطراب ، كما صممت العديد من البرامج العلاجية التي تعالج أعراض هذا الإضطراب وتم تطبيقها علي ملايين من الصبيان والرجال في جميع أنحاء العالم. وبالرغم من ذلك، فهناك الكثير

من المفاهيم الخاطئة حول اضطراب نقص الانتباه- فرط النشاط، وكيفية تقييمه عند الصبيان والرجال المشتبه في إصابتهم بهذا الإضطراب، وكيفية معالجة الأشخاص الذين يثبت فعليا إصابتهم بهذا الإضطراب. إن المعلومات الدقيقة عن اضطراب نقص الانتباه- فرط النشاط ضرورية للغاية حتى يستطيع أولئك الأفراد المتأثرون بهذا الاضطراب سواء من الصبيان أو الرجال أن يحصلوا على العلاج الفعال لكي يتمكنوا من التفاعل بشكل مُرضٍ في علاقاتهم الشخصية وفي المدرسة ومجتمع العمل.

ولحسن الحظ فإن دكتور جورج كابلكا ، من جامعة مونماوث ولحسن الحظ فإن دكتور جورج كابلكا ، من جامعة مونماوث Dr. George Kapalka of Monmouth University قد كرس مواهبه العديدة لدراسة وفهم ومساعدة الصبيان والرجال المصابين بهذا الإضطراب طوال حياته المهنية. وقد سعدت بمقابلة دكتور كابلكا منذ سنوات مضت، عندما حضرت أحد عروضه الرائعة في أحد المؤتمرات عن إضطراب نقص الإنتباه عندما كنت أحاول أن أعرف الكثير عن هذا الإضطراب. ولقد كنت منبهرا جدا بعمق فكر دكتور كابلكا وبعرضه الذي يعتبر بمثابة مرجعا يعتمد عليه حتى أنني إتبعته منهجه وكثيرا ما إتصلت به لمناقشته في بعض الحالات التي كنت أتابعها خاصة ممن يعانون من مشكلات الإنتباه وفرط النشاط. وكننتيجة لإتصالاتي العديدة بالدكتور كابلكا فقد علمت أنه قد أجرى سلسلة من الدراسات التجريبية رفيعة المستوى والعمق عن هذا الإضطراب ، كما أن له العديد من الإصدارات العلمية حول هذا الموضوع. بل وأنه قد طور مركزا خاصا يقدم خدمات مكثفة وعديدة للصبيان والرجال الذين يعانون من هذا الاضطراب وغير ذلك من مشكلات التكيف. وبناءا على ذلك فإننى عندما قررت أن أبدأ في ساسلة روتليج حول الإستشارات النفسية والعلاج النفسي للصبيان والرجال ، كان دكتور كابلكا من أول الناس الذين اتصلت بهم ليفكر في كتابة كتاب لسلسلة روتليج. ولأننى عرفت جيدا مدى انتشار هذا النوع من الإضطراب وكذلك لمدى علمى بالمفاهيم الخاطئة لدى الممارسين والعامه على السواء فقد أدركت أهمية إصدار كتابا في هذا الموضوع وقررت أن دكتور كابلكا هو الشخص المناسب

جدا لكتابة هذا الكتاب. ولحسن حظنا فقد وافق دكتور كابالكا على دعوتي له للمساهمة في هذه السلسلة. وإن كتاب *Counselling Boys and Men with ADHD. A Guidebook for Professionals*, يعتبر أحدث إنجاز لدكتور كابالكا في مجال اضطراب نقص الانتباه- فرط النشاط.

ويقدم هذا الكتاب للمهنيين المهتمين بهذا الموضوع كل ما يحتاجون إليه عن اضطراب نقص الانتباه لدى الذكور. وقد قدم دكتور كابالكا عرضا نوعيا لجأ فيه إلى الأدبيات حول علم أسباب الأمراض وكذلك علم الأوبئة ومسار مرض اضطراب نقص الانتباه وذلك لكي يرسم صورة حية عن هذا المرض وكيفية تأثيره على حياة أعداد لا حصر لها من الصبيان والرجال. ثم قدم وصفا تفصيليا دقيقا للإجراءات ذات الوجوه العديدة التي يتم من خلالها تقييم الحالات كي يتم التشخيص السليم للصبيان والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه. وفي معرض نقاشه حول التدخل العلاجي ، كان دكتور كابالكا حريصا على تدعيم طرق المعالجة المختلفة بنتائج الأبحاث التجريبية في هذا المجال. حتى يفرق ما بين طرق العلاج الفعالة والأخرى غير المجدية. وعبر كل هذه الموضوعات حرص دكتور كابالكا على وصف الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب بشكل ظهر فيه تعاطفه الشديد مع أولئك الأفراد لما لهذا الاضطراب من تأثير على أدوارهم وعلى ايدولوجية الذكورة. ومن ثم فإن كتاب الإرشاد النفسي للصغار والكبار ذوي اضطراب نقص الانتباه- فرط النشاط يقدم لنا منظورا ذكوريا خالصا حول هذا الاضطراب وكيف يمكننا أن نساعد هؤلاء الصبيان والرجال على التعايش بشكل أكثر إرتياحا.

إنني بكل إخلاص اشكر دكتور كابالكا على مجهوداته لمساعدتنا كي نفهم جيدا موضوعا هاما كهذا.

Mark S. Kiselica, Series Editor

The Routledge Series on Counseling and
Psychotherapy with Boys and Men

The College of New Jersey. May1, 2009

References:

National Institute of Mental Health (2008). Attention deficit hyperactivity disorder. Retrieved on May 1, 2009 at <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/attention-deficit-hyperactivity-disorder/complete-index.shtml>

Pastor, P.N., & Reuben, C.A. (2008) Diagnosed Attention deficit hyperactivity disorder and learning disability: United States, 2004–2006. National Center for Health Statistics. Vital Health Statistics, 10(237), 2008.

World Health Organization Regional Office for Africa (2002), Disorders of childhood and adolescence. Retrieved May 1, 2009 at <http://www.afro.who.int/mentalhealth/related-diseases/childhood-adolescence.html>

World Health Organization Regional Office for Europe (2007). FLORENCE DECLARATION: Mental wellbeing of children in Europe: Plans and perspectives. Retrieved on May1, 2009 at http://www.euro.who.int/mental_health/declarations/2007828-2

تمهيد

إن اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط هو أكثر اضطراب نفسي يتم تشخيصه في مرحلتي الطفولة والمراهقة (الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين American Psychiatric Association، 2000). ووفقاً للأرقام المنشورة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين، ٢٠٠٠)، يتم تشخيص ٣٪ إلى ٧٪ من الأطفال الذين هم في سن دخول المدرسة بأنهم يعانون من هذا الاضطراب. ولأن عدد سكان الولايات المتحدة الأمريكية قد بلغ ٣٠٠ مليون نسمة، ويمثل الأطفال الذين هم في سن دخول المدرسة ما يقرب من ٢٤٪ من عدد السكان (مكتب التعداد الأمريكي، ٢٠٠٣)، فإن هذا يعني أن ما يقرب من ٢ إلى ٥ مليون طفل في الولايات المتحدة الأمريكية يتم تشخيصهم بأنهم يعانون من هذا الاضطراب.

وقد رأى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين، ٢٠٠٠) أن اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط هو اضطراب يحدث بشكل أساسي لدى الأولاد بنسبة تبلغ ٩ أولاد إلى ١ بنت. وعلى الرغم من أن بعض الباحثين قد رأوا أن النسبة قد تكون أقرب إلى ٣ إلى ١ (باركلي Barkley، 2006) إلا أن هناك نسب أعلى واضحة في البيانات الوبائية (انظر مثلاً بيرد Bird، ٢٠٠٢). وهكذا يمكن تقدير أن 1,8 إلى 4,5 مليون ولد ومراهق في الولايات المتحدة الأمريكية يتم تشخيصهم بأنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

إن اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ليس فقط أكثر انتشاراً لدى الأولاد والمراهقين الذكور، ولكن من الأكثر احتمالاً أيضاً أن يتم إحضار الأطفال والمراهقين الذكور من أجل العلاج النفسي (باركلي Barkley، ٢٠٠٦). ويوجد هذا الفرق لأن الأطفال والمراهقين الذكور يظهرون أصلاً صعوبات ومشكلات أكثر تتعلق بضبط النفس وحدة أو شدة أعراض فوضوية أكبر في المنزل وفي المدرسة. ونتيجة لذلك يحتاج الوالدان والمعلمون مساعدة في معالجة هذه المشكلات ويسعون لطلب تلك المساعدة من مهنيي الصحة النفسية والتربية.

وسوف يواصل ٤٠٪ إلى ٦٠٪ من الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط إظهار كامل نطاق أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عندما يكبرون ويصبحون بالغين (باركلي Barkley، ٢٠٠٦). وبناءً على بيانات التعداد الأمريكي يمكن تقدير أن 1,2 إلى 3 مليون طفل ومراهق ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط سوف يتأثرون بالاضطراب في مرحلة البلوغ، ويشكل الذكور نحو ٩٠٪ من هذا المجتمع الإحصائي. وهكذا فإنه من الواضح أن معظم البالغين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ذكور.

ويتم وصف أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في صورة بعدين هما: فرط النشاط/الاندفاع والقابلية لتشتت الانتباه/عدم التنظيم. ويظهر الأولاد والمراهقون أصلاً أعراض فرط نشاط و/أو اندفاع خطيرة وغالباً ما يسيئون السلوك في المدرسة وفي المنزل. وتكون لديهم صعوبات ومشكلات في إتباع الأوامر والتعليمات، ويميلون للجدال والفوضى في حجرات الدراسة وأثناء العديد من الأنشطة المنزلية اليومية (عند تناول الطعام وأثناء النزاهات العائلية مثلاً). إن إنجاز المهام المرتبطة بالأعمال الروتينية اليومية مثل ارتداء الملابس وعمل الواجب المنزلي يكون صعباً بالنسبة للأولاد والمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لأن المدى المحدد لانتباههم وتحملهم الضعيف للإحباط وتحكمهم غير الكافي في الدوافع غالباً ما يصرفهم عن النشاط.

وبالإضافة إلى ذلك ولأن الاندفاع هو بعد شائع يكمن وراء العديد من الأعراض، فإن الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غالباً ما يظهرون صعوبات ومشكلات في ضبط النفس ويعرف عنهم أنهم يتسمون بالتحدي والعصيان والعدوانية. ويجد الوالدان والمعلمون والزوجات وزملاء العمل هذه السلوكيات محبطة جداً، وكثيراً ما يمر الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بصراعات مع أفراد الأسرة المقربين (خاصة الوالدين والأشقاء والزوجات)، والمعلمين وزملاء العمل (خاصة المشرفين).

إن بعض الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لا يكونوا مندفعين ولا يتسمون بالتحدي والعصيان أو العدوانية؛ ومقابل ذلك يظهرون مدى انتباه محدود وعدم تنظيم وصعوبات في إتمام المهام وسهواً أو نسياناً. وفي مرحلة الطفولة عادة ما لا يظهر هؤلاء الذكور مشكلات تتعلق بسوء السلوك، ولكن غالباً ما تكون لديهم مشكلات دراسية ويتخلفون عن أقرانهم في المهارات الدراسية الشائعة (مثل الكتابة والقراءة والحساب). إن عدم التنظيم يمكن أن يكون عرضاً يمثل مشكلة خاصة، وعادة ما تكون لدى الذكور الذين يظهرون هذه المشكلة صعوبات أو مشكلات في تتبع مكان تكليفاتهم وكتبهم ودفاترهم وغيرها من المواد. ونتيجة لذلك، فإنهم يحبطون والديهم ومعلميهم ومشرفيهم وزوجاتهم وكثيراً ما يتم توبيخهم لسهولهم الزائد.

ومن الشائع أن تكون لدى الأولاد والمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط صعوبات ومشكلات في التوافق الاجتماعي. ولأن ضبط النفس والدوافع لديهم يميل إلى أن يكون ضعيفاً، فإن الأطفال الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يكونون محبطين لأقرانهم أثناء التفاعلات الاجتماعية. فمثلاً عند الانضمام لجماعة أقران غالباً ما يحاول الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تولي القيادة ويريدون فرض تفضيلهم للنشاط الذي ينبغي أن تؤديه المجموعة على الآخرين. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط كثيراً ما يظهرون مشكلات في المشاركة وغالباً ما يكونون سريعي الغضب عندما لا تسير الأمور كما يريدون. ومن ثم فإن العديد من الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تكون لديهم صعوبات أو مشكلات في تكوين الصداقات والاحتفاظ بعلاقات جيدة مع الأقران.

ويستمر الذكور البالغون الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في إظهار معظم المشكلات نفسها التي يظهرها الأطفال والمراهقون الذكور. وعادة ما تكون لديهم صعوبات أو مشكلات في الوفاء بمتطلبات العمل

ويغيرون وظائفهم مراراً. وتكون لديهم مشكلات في القيام بأعمال الصيانة المنزلية الروتينية (مثل تذكر دفع الفواتير)، وغالباً ما يراهم الآخرون غير مسئولين. وإذا استمر الاندفاع في مرحلة البلوغ، فإن الذكور البالغين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون مشكلات في اتخاذ القرارات وأحياناً يمارسون إصدار أحكام سيئة. ويوصفون بأنهم أزواج وشركاء من الصعب التعامل معهم وإرضائهم، وتكون لديهم أصلاً مهارات والدية ضعيفة.

ولأن الأولاد والمراهقين الذكور والذكور البالغين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون مشكلات في العديد من مجالات الأداء الوظيفي اليومي، فإنه من الشائع أن يكونوا معرضون لخبرة الفشل. إن والدي ومعلمي الأولاد والمراهقين الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط وغيرهم من القائمين على رعايتهم عادة ما يجدون أنفسهم يوبخون ويصححون أنفسهم، ولأن العديد من الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون مشكلات سلوكية، فإن الكبار البالغين عادة ما يصيحون فيهم ويعاقبوهم. ويميل الذكور البالغون الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط إلى أن تكون لديهم صراعات مع زوجاتهم ويجدون تربية أبنائهم أمراً صعباً. ونتيجة لذلك، يكون من الشائع أن يظهر الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تقديراً منخفضاً للذات ودافعية دراسية محدودة وغضباً وحساسية مفرطة. وهذه المشكلات الثانوية تزيد من تفاقم الأعراض الرئيسية لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، مما يجعل من الصعوبة بمكان بالنسبة للذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أن يقيموا علاقات جيدة مع والديهم ومعلميهم وزوجاتهم وزملائهم في العمل وأقرانهم.

إن الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عرضة لخطر تنمية مشكلات أخرى أيضاً. ويظهر نحو نصف الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أعراض اضطرابات نفسية أخرى تشمل في العادة الاكتئاب والقلق واضطراب المعارضة والعصيان واضطراب

المسلك (باركلي Barkley، ٢٠٠٦). بل أن هذه الاضطرابات المصاحبة تكون أعلى بالنسبة للذكور البالغين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ويتم تشخيص ثلاثة أرباعهم بأنهم يعانون من اضطراب عقلي أو نفسي آخر. ويكون الذكور المراهقون والبالغون عرضة لخطر التورط في سلوكيات إجرامية وتعاطي المخدرات. وعلاوة على ذلك، من المحتمل أن تكون لديهم مشكلات تعليمية خطيرة، فنحو ثلث الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يتم حجزهم في المدرسة مرة واحدة على الأقل، ونحو الثلث يتلقون تربية خاصة، وحوالي النصف يتعرضون للإيقاف مرة واحدة على الأقل، و١٠٪ إلى ٣٣٪ يتسربون أو يطردون من المدرسة، و١٠٪ فقط يكملون الدراسة الجامعية (هينشو Hinshaw، ٢٠٠٢).

ولأن الأولاد والمراهقين الذكور والذكور البالغين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يشكلون أكبر قطاع من القاصرين الذين يتم إحضارهم من أجل العلاج النفسي، ويسعى الذكور البالغون الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط للعلاج لمساعدتهم في التوافق والتكيف مع مطالب الحياة، ومن الضروري أن يكون الكلينيكيون على معرفة جيدة بأساليب علاج هذا الاضطراب. وعلى الرغم من وجود العديد من المصادر التي تستعرض أسباب الاضطراب وعلاجه، إلا أن معظمها يركز على فوائد استخدام الأدوية لعلاج الأعراض الرئيسية. وعادة ما تقتصر تغطية العلاجات غير الدوائية على التدخلات المتعلقة بتربية الوالدين للأبناء، ولا تخصص معظم الكتب الخاصة بالكلينيكيين مساحة كبيرة للتدخلات الإرشادية الأخرى. وبالإضافة إلى ذلك، فإن المراجع الخاصة بالكلينيكيين لا تتطرق في العادة للاحتياجات الخاصة للذكور الذين يعانون من هذا الاضطراب. ومن ثم يهدف هذا الدليل إلى سد هذا الفراغ في الأدبيات المهنية واستعراض التدخلات الإرشادية والتربوية والطبية الموجهة بشكل خاص نحو احتياجات مجتمع الأولاد والمراهقين الذكور والرجال البالغين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وينقسم الدليل إلى خمسة أجزاء. يستعرض الجزء الأول مسائل وصف

الأعراض والأسباب والمسار، ويستعرض الجزء الثاني التقييم والتشخيص الفارق مع التركيز بشكل خاص على الأعراض التي غالباً ما يظهرها الأولاد والمراهقون الذكور والرجال البالغون. ويتم استعراض المشكلات السلوكية والاجتماعية والمهنية التي تكون واضحة في المنزل والمدرسة والعمل وفي المواقف الاجتماعية. ويتم تمييز الأعراض الرئيسية من الأعراض الثانوية لمساعدة الكلينيين في تقدير مدى تعقد وحدة مجموعات الأعراض المختلفة التي تساهم في الضعف الكلي الذي يظهره الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وتتم أيضاً مناقشة انتشار ومسار الاضطراب مع التركيز بشكل خاص على تقدم الأعراض من مرحلة الطفولة إلى سنوات المراهقة والبلوغ. وبعد ذلك يستعرض الدليل الأدوات التي يمكن أن يستخدمها الكلينيون ذوو مستويات التدريب النفسي أو العقلي المتباينة للمساعدة في تشخيص أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وأخيراً تتم مناقشة المسائل المتعلقة بالتشخيص للمساعدة في إجراء التشخيص الفارق.

ويقدم الجزء الثالث مناقشة شاملة للأساليب التي كثيراً ما يستخدمها مهنيو الصحة النفسية. وتتم مناقشة أساليب الإرشاد الخاصة التي يمكن استخدامها لمعالجة الأعراض الرئيسية وما يقترن بها من سمات الاضطراب وذلك من منظور عملي تطبيقي مع التركيز على تطبيق كل تدخل على الأولاد والمراهقين الذكور والرجال. ويتم استعراض استراتيجيات الإرشاد الفردي والإرشاد الجماعي وتربية الأبناء. وبالإضافة إلى ذلك، تتم مناقشة أساليب خاصة لإشراك زوجات وشريكات الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في العلاج ومساعدة الزوجات والشريكات في تنمية علاقات تعاون تساعد الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في تحسين قدرتهم على الاهتمام بالمهام اليومية المتعلقة بالمحافظة على العمل وإدارة المنزل وأداء دور الوالد.

ويستعرض الجزء الرابع التدخلات التربوية والتعليمية الملائمة بشكل خاص للأولاد والمراهقين والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه -

فرط النشاط في البيئات الدراسية. وينبغي أن يكون هذا الجزء ذو قيمة خاصة بالنسبة لمهنيي الصحة النفسية بالمدارس (بما في ذلك المرشدين والأخصائيين النفسيين بالمدارس) وغيرهم من مهنيي الصحة النفسية الذين كثيراً ما يعملون في بيئات دراسية. ويتم استعراض أساليب إدارة سلوك الفصل مع التركيز بشكل خاص على تطبيق المبادئ السلوكية على الفصل. ويتم أيضاً استعراض التعديلات التعليمية لمساعدة الأولاد والمراهقين الذكور وطلاب الجامعة الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط على أداء وظائفهم بصورة أفضل داخل الفصل، وهذا يشمل مناقشة التغييرات في الترتيب المادي للفصل واستخدام أساليب تعليمية معينة وتطبيق أساليب تحسين قدرة الطلاب على الاهتمام بأنشطة الفصل والتركيز على المهام.

ويقدم الجزء الخامس من هذا الكتاب معلومات للممارسين غير الطبيين عن كيفية التعاون مع المهنيين الطبيين بشأن استخدام الأدوية لعلاج الأولاد والمراهقين الذكور والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وتتم مناقشة المنبهات النفسية والأدوية غير المنبهة من حيث استخدامها وكفائتها المثبتة وآثارها الضارة الشائعة ومتابعتها. وفي الجزء الخامس يتم أيضاً استعراض استخدام إستراتيجيات الطب البديل، ويتضمن ذلك استعراض متوازن ومبني على البحث للبيانات المتوافرة عن فعالية المكملات النباتية والغذائية في الحد من أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وسوف يكون الكلينيكي معداً بصورة أفضل لتوجيه الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (ووالديهم و/أو شريكاتهم أو زوجاتهم) نحو العلاجات التي قد تكون فعالة مع عدم تشجيع العلاجات التي يحتمل أن تكون غير فعالة وربما تكون ضارة.

إن هذا الكتاب دليل عملي وعلمي سيكون مرجعاً قيماً لمهنيي الصحة النفسية والتربية الذين يخدمون الأولاد والمراهقين الذكور والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في بيئات متنوعة تشمل هيئات الصحة النفسية المحلية والمدارس والممارسة الخاصة وغيرها من المؤسسات.

ويشمل هؤلاء المهنيين الأخصائيين النفسيين والمرشدين والأخصائيين الاجتماعيين في مرافق الصحة النفسية العامة والخاصة، والمهنيين التربويين بما في ذلك المرشدين والأخصائيين بالمدارس. وهذا الدليل مصمم أيضاً لمساعدة طلاب الدراسات العليا في مجالات علم النفس والإرشاد والخدمة الاجتماعية على تنمية مهارات العمل مع هذا القطاع مع المرضى والعملاء. وأخيراً سوف يكون هذا الدليل أيضاً مفيداً بالنسبة للمشرفين الذين يعملون على تنمية مهنيي الصحة النفسية ويحتاجون موارد لمساعدة الأشخاص الذين يشرفون عليهم في الارتقاء بالمهارات التي يحتاجونها للعمل مع الأولاد والمراهقين الذكور والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

المحتويات

٣	إهداء
٥	مقدمة محرر السلسلة
٩	التمهيد
٢٥-٩٦	الجزء الأول
	أسباب الاضطراب، والوبائيات، والمسار
٢٧	الفصل الأول: أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.
٣٠	أولاً: الأعراض الرئيسية.
٣٠	١- فرط النشاط/الاندفاع.
٣٩	٢- القابلية لتشتت الانتباه/عدم التنظيم.
٤٣	ثانياً: الأعراض الثانوية.
٤٣	١- التحمل الضعيف للإحباط.
٤٤	٢- التحدي.
٤٥	٣- مشكلات التحكم في تفريغ الشحنات الانفعالية.
٤٦	٤- مشكلات تنظيم المزاج.
٤٨	٥- تقدير الذات المنخفض.
٤٩	٦- الدافعية المنخفضة.
٥٠	ثالثاً: ملخص....
٥٣-٧٧	الفصل الثاني: دراسة الوبائيات والمسار.
٥٣	أولاً: الوبائيات.
٥٣	١- بيانات الأطفال.
٦٠	٢- بيانات البالغين.
٦١	٣- الفروق بين الجنسين.
٦٨	ثانياً: المسار.
٦٩	١- استمرار الأعراض في سنوات المراهقة.
٧٢	٢- استمرار الأعراض في مرحلة البلوغ.
٧٦	ثالثاً: ملخص.

٧٩-٩٥	الفصل الثالث: أسباب الاضطراب.
٨٠	أولاً: الصياغات العصبية - البيولوجية.
٨٠	١- فرط النشاط والاندفاع.
٨٣	٢- قلة الانتباه وعدم التنظيم.
٨٤	٣- ملخص نتائج البحوث..
٨٩	ثانياً: البيئة الطبيعية.
٩١	ثالثاً: العوامل السيكولوجية.
٩٤	رابعاً: ملخص.
٩٧-١٨١	الجزء الثاني
	القياس والتشخيص
٩٩-١٣٤	الفصل الرابع: القياس.
٩٩	أولاً: قوائم مراجعة واستبانات قياس السلوك.
١٠١	١- مقياس كونرز.
١٠٤	٢- مقياس ماكارني.
	٣- المقياس الشامل لتقدير المعلم لاضطراب فرط النشاط
١٠٧	ونقص الانتباه.
١٠٨	٤- مقياس براون لاضطراب نقص الانتباه
١٠٩	ثانياً: اختبارات الأداء المستمر.
١١٠	١- اختبار الأداء المستمر لكونرز.
١١٢	٢- اختبار متغيرات الانتباه.
١١٣	٣- اختبار الأداء المستمر البصري والسمعي المتكامل.
١١٥	٤- نظام غوردون التشخيصي.
١١٦	ثالثاً: القياس النفسي الرسمي.
١١٧	١- اختبارات الاستعداد العقلي.
١١٩	٢- اختبارات التحصيل الدراسي.
١٢٣	٣- اختبارات الشخصية
١٢٦	رابعاً: القياس العصبي النفسي.

١٣٠. خامساً: مسح المخ.
 ١٣٢. سادساً: ملخص.
 ١٣٥. **الفصل الخامس: التشخيص الفارق.**
 أولاً: معايير التشخيص الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية.
 ١٣٥. ١- معايير الضم.
 ١٤٢. ٢- معايير الاستبعاد..
 ٣- اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غير المحدد على نحو آخر.
 ١٤٤. ثانياً: تحديد التشخيص.
 ١٤٥. ١- المقابلات الشخصية الكلينيكية.
 ١٤٦. ٢- مراجعة السجلات.
 ١٥٧. ٣- أدوات التقييم أو القياس.
 ١٦١. ثالثاً: حالات الاستبعاد والاضطرابات المصاحبة.
 ١٦٤. ١- الاضطرابات الفوضوية.
 ١٦٥. ٢- اضطرابات التعلم.
 ١٦٧. ٣- اضطرابات تعاطي المخدرات.
 ١٦٩. ٤- الاضطرابات المزاجية.
 ١٧٠. ٥- اضطرابات القلق.
 ١٧٤. ٦- اضطرابات التوافق أو التكيف.
 ١٧٧. ٧- الاضطرابات الطبية.
 ١٧٩. رابعاً: ملخص.
 ١٨٠.

١٨٣-٣٥٦

الجزء الثالث**الإرشاد والعلاج**

١٨٥-٢١٩

الفصل السادس: الإرشاد الفردي مع الأطفال والمراهقين الصغار.

١٨٩

أولاً: الدعم البحثي.

١٩٣	ثانياً: التدخلات العلاجية.
١٩٣	١- بناء الألفة.
١٩٧	٢- التنقيف النفسي.
٢٠٣	٣- الأعراض الرئيسية.
٢١٢	٤- الأعراض الثانوية.
٢١٨	ثالثاً: ملخص.
٢٥٦-٢٢١	الفصل السابع: أساليب تربية الأطفال.
٢٢٥	أولاً: الدعم البحثي.
٢٢٦	ثانياً: التدخلات العلاجية.
٢٢٩	١- الإعداد العقلي.
٢٥٢	٢- الإدارة طويلة المدى.
	٣- تعديلات البرنامج لاستخدامه مع الأطفال الأكبر سنّاً والمراهقين.
٢٥٤	ثالثاً: ملخص.
٢٥٦	
٢٩٢-٢٥٧	الفصل الثامن: الإرشاد الفردي مع الرجال والبالغين الكبار.
٢٦٠	أولاً: الدعم البحثي.
٢٦٢	ثانياً: التدخلات العلاجية.
٢٦٢	١- بناء الألفة.
٢٦٥	٢- التنقيف النفسي.
٢٦٨	٣- الأعراض الرئيسية.
٢٨٢	٤- الأعراض الثانوية.
٢٩١	ثالثاً: ملخص.
٣٢٢-٢٩٣	الفصل التاسع: العمل مع زوجات وشريكات الرجال المصابين باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.
٢٩٧	أولاً: الدعم البحثي.
٢٩٩	ثانياً: التدخلات العلاجية.
٢٩٩	١- طرق العلاج.

٣٠٤	٢- الأهداف والأساليب.
٣٢١	ثالثاً: ملخص.
٣٥٦-٣٢٣	الفصل العاشر: الأساليب الجماعية.
٣٢٥	أولاً: الدعم البحثي.
	ثانياً: التدخلات الجماعية للأولاد والبالغين الصغار الذين يعانون
٣٢٧	من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.
٣٢٨	١- الإعداد للمجموعة.
٣٣٠	أ - الأسابيع من ١ إلى ٤ : مهارات الدخول الاجتماعي.
٣٣٣	ب- الأسابيع من ٥ إلى ٨ : مهارات التواصل والاستماع.
٣٣٥	ج - الأسابيع من ٩ إلى ١٢ : مهارات حل المشكلات.
	د - الأسابيع من ١٣ إلى ١٦ : التحكم في الغضب وحل
٣٣٨	صراعات الرفاق.
	ثالثاً: التدخلات الجماعية للمراهقين الكبار والبالغين الذين
٣٤٢	يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.
٣٤٢	١- الإعداد للمجموعة.
٣٤٥	أ - العوامل العلاجية الموجهة للعمليات.
٣٤٧	ب- تنمية المهارات.
٣٥٥	رابعاً: ملخص.
٤٢٢-٣٥٧	الجزء الرابع
	التدخلات التربوية
٣٩٠-٣٥٩	الفصل الحادي عشر: التعديلات التربوية.
٣٦١	أولاً: الدعم البحثي.
٣٦٣	ثانياً: طرق التدخل القائم على المدرسة.
٣٦٤	١- التربية الخاصة.
٣٦٧	٢- الخطة ٥٠٤.
٣٦٩	ثالثاً: التدخلات العلاجية.
٣٧٠	١- بنية أو هيكل الفصل.

٣٧٤	٢- إجراءات الفصل الروتينية.
٣٧٩	٣- التعديلات التعليمية.
٣٨٤	٤- أساليب التقليل من التشتت.
٣٩٠	رابعاً: ملخص.
٤٢٢-٣٩١	الفصل الثاني عشر: إدارة سلوك الطالب.
٣٩٢	أولاً: الدعم البحثي.
٣٩٤	ثانياً: التدخلات.
٣٩٥	١- التهيئة الذهنية.
٤٢٠	٢- الإدارة طويلة المدى.
٤٢١	ثالثاً: ملخص.
٥٥٦-٤٢٣	الجزء الخامس
	التدخلات العلاجية
٤٥٩-٤٢٥	الفصل الثالث عشر: العلاج بالأدوية المنبهة.
٤٢٦	أولاً: متى ينبغي التفكير في استخدام الأدوية.
٤٢٧	١- حدة أو شدة الأعراض..
٤٢٨	٢- المواقف والبيئات ذات المشكلات الكبيرة..
٤٣٠	ثانياً: الأساس المنطقي.
٤٣٢	ثالثاً: الدعم البحثي.
٤٣٧	رابعاً: الأدوية المتوافرة.
٤٣٨	١- الميتيلفينيدات ومشتقاته.
٤٤٧	٢- الإمفيتامين ومشتقاته.
٤٥٣	٣- المودافينيل والآرمودافينيل..
٤٥٨	خامساً: ملخص.
٥٠٤-٤٦١	الفصل الرابع عشر: العلاج بالأدوية غير المنبهة.
٤٦١	أولاً: العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب.
٤٦٢	١- الأتوموكسيتين.
٤٧٠	٢- البوبروبيون.

- ٤٧٨ ٣- مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات.
- ٤٨٥ ٤- مضادات الاكتئاب الأخرى.
- ٤٩٢ ثانياً: الأدوية المضادة لارتفاع ضغط الدم.
- ٤٩٣ ١- منبهات المستقبلات ألفا-٢ الإدرينالية.
- ٤٩٨ ٢- حاصرات المستقبلات بيتا.
- ٥٠١ ثالثاً: الأدوية الأخرى.
- ٥٠١ ١- الأدوية المضادة للذهان.
- ٥٠٢ ٢- مثبتات المزاج.
- ٥٠٣ ٣- الأدوية المضادة للقلق.
- ٥٠٤ ٤- الأدوية المنبهة للكولين.
- ٥٠٤ رابعاً: ملخص.
- ٥٥٦-٥٠٧ **الفصل الخامس عشر: التدخلات الغذائية والعشبية.**
- ٥٠٧ أولاً: الأساس المنطقي.
- ٥١٣ ثانياً: المركبات ذات الفاعلية المثبتة.
- ٥١٣ ١- الكافيين.
- ٥٢٣ ثالثاً: المكملات ذات الكفاءة المحتملة.
- ٥٢٣ ١- الأحماض الدهنية أوميغا-٣ غير المشبعة المتعددة.
- ٥٣٤ ٢- إس - أدينوسيل - إل - ميثيونين.
- ٥٤١ رابعاً: المكملات ذات الكفاءة المحتملة.
- ٥٤١ ١- الاينوزيتول.
- ٥٤٣ ٢- الكولين وثنائي ميثيل أمينو الايثال.
- ٥٤٤ ٣- البيكوجيتول
- ٥٤٦ ٤- الروديولا.
- ٥٤٧ خامساً: مكملات من غير المحتمل أن تكون فعالة.
- ٥٤٧ ١- عشبة القديس جون.
- ٥٤٨ ٢- العلاج بالفيتامينات.
- ٥٥٠ ٣- عامل التركيز.

- ٥٥١ -٤- الحديد.
- ٥٥٢ -٥- طرد الرصاص.
- ٥٥٣ سادساً: ملخص.
- ٦٠٧-٥٥٧ المراجع

الجزء الأول

أسباب الاضطراب ، الوبائيات والمسار

الفصل الأول

أعراض اضطراب نقص الانتباه- فرط النشاط

Symptoms of ADHD

في عام ١٨٨٥ كتب طبيب ألماني يدعى هاينريش هوفمان Heinrich Hoffman عن بعض المرضى المثيرين للاهتمام رآهم في ممارسته ومنهم حالة «فيجيتي فيل» التي وجدها مثيرة للاهتمام بصورة ملحوظة (ستيوارت Stewart، 1970). وينظر إلى هذا الوصف عادة على أنه أهم أول إشارة إلى ولد يعاني من فرط النشاط. ولأن فيل لم يكن يستطيع البقاء ساكناً لأية مدة زمنية كبيرة فقد كان يظهر صعوبات إدارة كبيرة وثبت أنه محبط جداً بالنسبة لأولئك الذين يحتكون أو يتصلون به. ومنذ ذلك الوقت، اعتبر فرط النشاط من بين أكثر أعراض الطفولة السلوكية شيوعاً وإزعاجاً.

وبالإضافة إلى ذلك، فإنه منذ أوائل القرن العشرين أقر الأطباء أيضاً أن بعض الأطفال (وخاصة الأولاد) يظهرون مشكلات كبيرة وخطيرة في القدرة على مواصلة الانتباه والاحتفاظ به. وقد وصف ستيل Still (١٩٠٢) نحو ثلاثين طفلاً (الأولاد فاقوا البنات عدداً بنسبة حوالي ٣ إلى ١) قابلهم وأظهروا أيضاً مشكلات كبيرة في الاحتفاظ بالتركيز وأظهروا أيضاً أعراض فرط نشاط ملحوظ. وهذان البعدان للأعراض كانت تصاحبهما مشكلات عدوان وتحدي وفرط نشاط انفعالي. وهكذا فإنه لمدة أكثر من مائة عام كنا نقر بأن الأطفال الذين يظهرون مشكلات فرط نشاط وصعوبات في مواصلة الانتباه والاحتفاظ به يظهرون مشكلات انفعالية وسلوكية كبيرة، وأن هذه المشكلات تكون واضحة في الغالب لدى الأولاد.

إن متلازمة الأعراض التي نعرفها اليوم باسم اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عرفت من خلال مصطلحات متنوعة. فقد لاحظ ستيل Still (١٩٠٢) أن الأطفال الذين تكون لديهم متلازمة الأعراض هذه يظهرون عجزاً رئيسياً في الضبط أو التحكم الأخلاقي. ففي عشرينيات القرن التاسع عشر افترض أن هذه الأعراض ثانوية وأقل أهمية من الاضطراب السلوكي

التالي لالتهاب الدماغ Postencephalitic behavior disorder (إيبوف Ebaugh, 1923)، لأن الأطفال الذين سبق إصابتهم بالتهاب الدماغ لوحظ أنه من المحتمل بشكل خاص أن يظهروا هذه المشكلات. وتحول هذا الاسم في النهاية إلى «التلف الدماغي البسيط» Minimal brain damage لأنه افترض أن التلف الدماغي الناتج عن أسباب معلومة أو مجهولة مسئول عن الأعراض. وعندما أصبح واضحاً أن التلف الدماغي قد لا يلزم بالضرورة أن يكون هو السبب في حدوث هذه الأعراض، تم استبدال المصطلح بعد ذلك بـ «الخلل الوظيفي الدماغي البسيط Minimal brain dysfunction وتم استبداله في النهاية بـ «اضطراب فرط الحركة مع رد الفعل الفجائي» Hyperkinetic impulse disorder (لوفر، دينهوف، & سولومونز & Laufer, Denhoff, & Solomons, 1957). وتدرجياً ومع استمرار ابتعاد المصطلحات التشخيصية عن الأسباب المفترضة واتجاهها نحو مصطلحات تصف الأعراض ببساطة في الطبعة الثالثة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association, 1980)، تم اعتماد مصطلح «اضطراب نقص الانتباه» رسمياً وحدد التشخيص ما إذا كان شخص معين يظهر متغيراً مصحوباً بفرط النشاط أو بدون فرط النشاط. وقدمت الطبعة الرابعة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association, 1994) المصطلح الشامل «اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط»، وهو مسمى استمر كاسم رسمي لمتلازمة الأعراض في ذلك الوقت.

ولتشخيص اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط حسب متطلبات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، يقوم الكلينيكيون بقياس بعدين للأعراض هما: فرط النشاط/الاندفاع وقلة الانتباه. واعتماداً على المتغير المحدد الواضح لدى شخص معين، يمكن تشخيص اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بأنه «نوع يسود فيه النشاط المفرط والاندفاع» أو «نوع يسود فيه قلة الانتباه» أو «نوع مختلط» Combined type. إن الأفراد الذين يظهرون

أعراضاً كافية من أي من المجموعتين (أو كلاهما) تؤثر سلبياً على أدائهم الوظيفي المتوافق ولكن ليس أعراض كافية تستوفي كل المعايير التشخيصية في أية مجموعة يمكن تشخيصهم بأنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه- فرط نشاط غير محدد في مكان آخر.

ورغم أن تشخيص اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يتطلب وجود أعراض الاضطراب لدى شخص قبل سن السابعة (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association، 2000، ص ٩٢)، إلا أنه لا يوجد أي افتراض في نظام التشخيص عما إذا كانت الأعراض تظل موجودة حتى مرحلة الرشد. ويجب ملاحظة أن هناك عدداً كبيراً من الأولاد ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه- فرط النشاط لا يتفاهم لديهم هذا الاضطراب ويستمر ظهور تلك الأعراض حينما يصبحوا رجالاً بالغين بفترة طويلة. وبعد ذلك تصبح هذه الأعراض واضحة في أسلوب حياة البالغ المعتاد بما في ذلك محل العمل والعلاقات الحميمة والتوافق الاجتماعي وما إلى ذلك. وهكذا فإنه عند مراجعة واستعراض أعراض اضطراب نقص الانتباه- فرط النشاط، يجب أن نأخذ في الاعتبار الأعراض التي تكون في العادة واضحة ليس فقط في مرحلتي الطفولة والمراهقة ولكن أيضاً في مرحلة البلوغ.

إن الأولاد والمراهقين الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه- فرط النشاط عادة ما يظهرون مشكلات متنوعة في المواقف المختلفة. ووفقاً للإرشادات التشخيصية للطبعة الرابعة المعدلة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، فإن هذه الأعراض تقع على طول أبعاد فرط النشاط/الاندفاع وقلة الانتباه، وغالباً ما يشار إليها بالأعراض الرئيسية لأنه يفترض أنها تحدث مباشرة بسبب الأسباب الأولية أو الأساسية. على أن الولد الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط هو فرد من أفراد أسرته وفصله ومجموعة أقرانه: وتتأثر تفاعلاته مع والديه وأشقائه ومعلميه ورفاقه بصورة سلبية بالأعراض الرئيسية. وبالمثل فإن الرجل الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه- فرط النشاط هو أيضاً فرد من أفراد مجموعة أقرانه

وأسرته (والتي تشمل الآن في العادة كلاً من الزوجة الحالية والأبناء والعلاقة المستمرة مع أسرته التي نشأ فيها) ومحل العمل. وفي هذه المواقف والبيئات عادة ما ينمي الأولاد والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أعراضاً ثانوية تنشأ من المشكلات الرئيسية وتزيد من تفاقم مشكلاتهم في السلوكيات المتوافقة. وهكذا فإن أية مناقشة شاملة لأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يجب أن تأخذ في الاعتبار كلاً من الأعراض الرئيسية والأعراض الثانوية عبر العديد من المواقف والبيئات ويجب أن تأخذ في الاعتبار فئات عمرية متنوعة قد تكون الأعراض واضحة فيها.

أولاً- الأمراض الرئيسية

Core Symptoms

إن الأولاد والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون مشكلات على طول بعدين سلوكيين: مشكلات فرط نشاط/ اندفاع ومشكلات تشتت انتباه. ويفترض أن هذه مجموعتين منفصلتين، ويكون الضعف في أحدهما على الأقل مطلوباً للتشخيص، ولكن المرضى يظهرون أحياناً أعراضاً تتداخل وقد تقع في أي من المجموعتين. وعلاوة على ذلك، يجب مراجعة واستعراض مواقف متنوعة تكون فيها الأعراض ظاهرة وواضحة لأن الأعراض في أي من المجموعتين قد تظهر بصورة مختلفة في بيئات ومواقف مختلفة ومتنوعة. ويجب أيضاً الأخذ في الاعتبار فئات عمرية متنوعة لأن إظهار الأعراض من كل فئة عادة ما يتغير مع العمر.

١- فرط النشاط/الاندفاع Hyperactivity/Impulsivity

إن الأولاد والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون اندفاعاً، ولكن في بعض الأحيان قد يتم تجاهل هذه الأعراض للوهلة الأولى. فالأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غالباً ما يتصرفون بقليل من التدبر والتروى ويظهرون رد فعل متسرع وغير محسوب للأحداث البيئية. إن خبرة المرور بدافع عامة. فجميعنا يشعر بالدوافع لعمل أشياء وقول أشياء. وعندما تكون قدرتنا على التحكم في هذه الدوافع

سليمة نكون قادرين على معالجة دافع وتقييم عواقب سلوكياتنا قبل أن نقرر كيف نتصرف وماذا نقول. على أن الفرد المندفع يقوم بتحويل الدافع إلى فعل بمعالجة عقلية معرفية محدودة. وهكذا فإن الأولاد والرجال المندفعين غالباً ما يقولون ويفعلون أشياء يعرفون مسبقاً أنه كان ينبغي عليهم ألا يفعلوها أو يقولوها. وبالنسبة لهم يكون التحكم في دوافعهم لقول وعمل الأشياء مشقة رئيسية.

إن العديد من الأولاد المندفعين يكون نشاطهم أيضاً زائداً أو مفرطاً. وعادة ما يظهر الأولاد ذوي النشاط المفرط صفة اندفاع آلي وتلملاً وحاجة إلى التنقل هنا وهناك باستمرار. إن الاندفاع وفرط النشاط مرتبطان ارتباطاً وثيقاً. ويمر البشر باستمرار بدوافع مختلفة الأنواع. وبعض هذه الدوافع تكون دوافع لقول شيء ما والبعض الآخر تكون دوافع لفعل شيء ما. ويوصف الأولاد الذين تكون لديهم صعوبات أو مشكلات في كبح دوافعهم للحركة بأنهم ذوي نشاط مفرط. وهكذا فإن فرط النشاط هو أحد تعبيرات المشكلة الأكبر، وهي مشكلة الولد في التحكم في دوافعه.

ورغم أن الأولاد المندفعين من المحتمل أيضاً أن يكون نشاطهم مفرطاً، إلا أنه من الأقل احتمالاً أن يستمر الرجال البالغون في إظهار سلوكيات نشاط مفرط. وكما سنناقش في الفصل التالي، فإن الأولاد الذين أظهروا فرط نشاط كبير وهم أطفال عادة ما يفقدون بعضاً من صفة الاندفاع الآلي قبل بلوغهم مرحلة المراهقة المتوسطة، ويكون فرط النشاط كعرض لدى الرجال البالغين أكثر ندرة. على أن عدداً قليلاً من الذكور البالغين يحتفظون بأعراض فرط النشاط لمدة طويلة في سنوات بلوغهم.

إن الاندفاع وفرط النشاط يظهران بصورة مختلفة في المواقف والبيئات المختلفة عبر الفئات العمرية المختلفة. ومن المهم بالنسبة للكليينيكين أن يراجعوا ويستعرضوا الأداء الوظيفي للمريض في هذه المواقف والبيئات لتحديد ما إذا كان فرط النشاط و/أو الاندفاع موجودين في جوانب الحياة المختلفة. وهذه المراجعة ضرورية لعمل التشخيص لأن الدليل التشخيصي والإحصائي

للاضطرابات النفسية يتطلب وجود الأعراض في موقفين أو بيئتين على الأقل لعمل التشخيص (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association، 2000، ص ٩٢).

أ- المنزل Home. بعض أعراض الاندفاع تكون واضحة نسبياً ويسهل التعرف عليها. فمثلاً سوف يجري ولد صغير خارجاً إلى الشارع لمطاردة كرة ناسياً النظر إلى ما إذا كانت هناك سيارة قادمة في طريقه. ورغم أن هذا السلوك يميز كل الأطفال الصغار، إلا أنه قبل أن يبلغ الأولاد سن دخول المدرسة يتوقع منهم أن يستخدموا ضبط ذات كافٍ ليستطيعوا كبح الدافع إلى مطاردة الكرة في الشارع ويعرفوا أنه يلزمهم التوقف أولاً والنظر لرؤية ما إذا كان فعل ذلك آمناً. إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يجدون ذلك صعباً ومن ثم فإنهم قد يضعون أنفسهم في خطر لأنهم على ما يبدو يتصرفون بدون تفكير.

وبالطبع يكون الاندفاع واضحاً في السلوكيات اليومية التي لا يلزم بالضرورة أن تعكس خطراً. إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تكون لديهم ردود أفعال سريعة وغالباً ما يتصرفون بدون تفكير. وهذا يكون واضحاً في العديد من القرارات التي يأخذونها: مثال ذلك المشكلات في كبح الدافع لمواصلة اللعب حينما يحين وقت عمل الواجب المدرسي، أو الصعوبات في قبول أن الوقت قد حان للتوقف عن مشاهدة التلفاز لأن الوقت قد حان لبدء الاستعداد للذهاب إلى الفراش. إن الأولاد المندفعين كثيراً ما تكون لديهم صعوبات ومشكلات في قبول المهام غير «المتعة» مثل أداء الأعمال المنزلية أو اتباع روتين صباحي للاستعداد للذهاب إلى المدرسة. وبالتالي فإن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غالباً ما يتجادلون مع والديهم. وهذا يسفر عن عدد من ردود الأفعال الثانوية التي سنناقشها فيما بعد في هذا الفصل.

إن الأولاد ذوي النشاط المفرط يظهرون صعوبات ومشكلات إدارة إضافية، إذ تكون لديهم مشكلات في الجلوس ساكنين عند تناول الوجبات. وهم

يميلون إلى استخدام مستويات نشاط بدني مرتفعة أثناء اللعب ويمكن أن يكونوا صاخبين جداً. ومن المحتمل أن يتعاركون مع أشقائهم، وهو ما يسفر في الغالب عن حدوث صراعات. وبوجه عام غالباً ما يجد الوالدان هذه السلوكيات محببة، ومن ثم فإن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط كثيراً ما يتم توبيخهم أو تعنيفهم أو معاقبتهم.

وعندما يصبح الأولاد مراهقين عادة ما يصبح النشاط المفرط أقل وضوحاً ولكن قد يستمر الاندفاع. ويظهر المراهقون أساساً أعراض الاندفاع في اتخاذ قراراتهم. ومن الأكثر احتمالاً أن يتخذ المراهقون المندفعون قراراتهم بقدر ضئيل من التدبر والتروي وقد يظهرون حكماً ضعيفاً، بما في ذلك كسر قواعد المنزل (مثل الخروج من المنزل لرؤية الأصدقاء في أوقات غير ملائمة مثل قرب الذهاب إلى الفراش) بصورة تلقائية، وتغيير رأيهم بشأن الأنشطة والاهتمامات بشكل متكرر، والموافقة على المشاركة في حدث أو مناسبة وتقرير عدم فعل ذلك في آخر دقيقة، وأداء سلوكيات مؤذية فجأة، وما إلى ذلك. وبالطبع فإن وجود هذه الأعراض لا يشكل بالضرورة دليلاً على وجود أي اضطراب نفسي. على أنه عند أداء سلوكيات وقرارات مندفعة بشكل متكرر للغاية بحيث يصبح يتأثر الوجود اليومي للمراهق بصورة ضارة إلى حد كبير، فقد تكون مشكلات الاندفاع واضحة.

ومثل المراهقين من الأقل احتمالاً أن يظهر الرجال البالغين أعراض فرط نشاط، ولكنهم قد يواصلون إظهار اندفاع. ورغم أن المراهقين قد يكونون مندفعين إلى حد ما لأنهم يدخلون مرحلة في حياتهم يختبرون فيها الحدود ويجربون مدى قدرتهم على اتخاذ قراراتهم، إلا أنه يفترض أن الرجال قد كبروا وتجاوزوا مرحلة النمو هذه وعادة ما يكونون قادرين على ممارسة بعض الحكم الناضج. وهكذا فإنه عندما يكون الاندفاع الملحوظ والحكم الضعيف واضحين لدى الرجال البالغين، فقد يشير إلى دلالة كينيكية. فالرجال المندفعين يستمرون في إظهار سلوكيات غالباً ما ينظر إليها على أنها غير ناضجة. وتكون لديهم صعوبات أو مشكلات في توفير النقود وكثيراً ما يهملون التزاماتهم المالية لأنهم

يقررون القيام برحلات وحضور مناسبات وتجديد المنزل وما إلى ذلك بصورة تلقائية، ويكون ذلك عادة بقدر ضئيل من الملاحظة والاستعداد. وبوجه عام كثيراً ما يغيرون اهتماماتهم وخططهم وهواياتهم. ويجب على الكينيكي مرة أخرى أن يحذر من أن قدراً محدوداً من هذه الأعراض لا يشكل مرضاً نفسياً. وفي الحقيقة أن البالغين الذين يستطيعون الاحتفاظ ببعض التلقائية غالباً ما ينظر إليهم على أنهم أشخاص ممتعين ومسلين لأنهم يسمحون لحياتهم بأن تكون متقلبة بعض الشيء. على أنه عندما يكون ذكر بالغ تلقائياً ومتقلب المزاج بدرجة يبدو معها أن لديه مشكلات في الالتزام بمسئوليات الكبار البالغين، فمن المحتمل أن يكون هناك اندفاع دال كينيكيًا وواضح.

ورغم أن البالغين والرجال يكونون أقل إفراطاً في نشاطهم، إلا أن البعض يظهر فعلاً درجة عالية من الحركة المفرطة والتي قد تظهر كتلمل في أوقات يبدو فيها الآخرون من أفراد الأسرة قادرين على البقاء ساكنين نسبياً، مثال ذلك أثناء تناول الوجبات أو عند مشاهدة التلفاز. وبدلاً من النشاط المفرط للحركات الكبيرة، يمكن أن يأخذ التلمل صورة تلمل باستخدام اليدين والقدمين غالباً ما يكون مصحوباً بإحساس ذاتي بالتلمل أو مشكلات في البقاء جالسين في مقاعدهم (ميرفي & باركلي Murphy & Barkley، ١٩٩٦).

ب- المواقف والبيئات الخارجية Out-of-home setting. إن الأولاد

مفرطي النشاط/المندفعين غالباً ما يظهرون مشكلات في المواقف والبيئات الخارجية. فعندما يصاحب الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط الوالدين أثناء رحلات التسوق (في السوبر ماركت مثلاً)، فإنهم يتأثرون بسهولة بما يرونه على الأرفف، وعادة ما يضعون السلع في سلة التسوق التي تجذب اهتمامهم بصرف النظر عما إذا كان والداهم يسمحون لهم بفعل ذلك. وعندما يرى الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط سلعة يريدونها، فإنهم يتوقعون أن يشتريها الوالد أو الوالدة، وعادة ما يثورون غضباً عندما لا يحصلون على ما يريدون. ومن المعروف أيضاً أن الأولاد مفرطي النشاط يزوغون (أو يهربون) من والديهم في المتاجر مما يتطلب مطاردة

تسفر عن صراع قوى للسيطرة عليهم.

وفي المطاعم غالباً ما يظهر الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط مشكلات مماثلة. فهم يجدون صعوبة في البقاء ساكنين، ويرغبون باندفاع في طلب أصناف أطعمة من قائمة الطعام لا يوافق عليها والداهم. ويميلون إلى الجري بعيداً عن المائدة ومطالبة والديهم بمطاردتهم. وغالباً ما ترتفع أصواتهم أثناء تناول الطعام، وغالباً ما يشعر والداهم بالحرج والارتباك.

ويمثل حضور الخدمات الدينية صعوبة خاصة بالنسبة للأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ففي الكنيسة (أو مكان عبادة مماثل)، عادة ما يكون متوقفاً أن يجلس أبناء الكنيسة ساكنين ويلتزمون الهدوء ويتبعون بروتوكول الخدمات (الوقوف أثناء الأوقات الملائمة وتكرار عبارات معينة مع كل جماعة المصلين، إلخ). إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يجدون صعوبة في الجلوس هادئين لفترات طويلة، خاصة أثناء حدث لا يجذب اهتمامهم. وبالتالي فإن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يتركون أماكنهم أثناء الاحتفالات الدينية ويضايقون غيرهم بسلوكياتهم الصاخبة والمزعجة. ومرة أخرى يصبح الوالدان محرجين ومن المحتمل أن ينشأ صراع مع الولد.

وكما سبق وأن لاحظنا فمن الأقل احتمالاً أن يظهر المراهقون والبالغون الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط نشاطاً مفراطاً كبيراً، ولكن الاندفاع قد يظل واضحاً. فقد يظهرون تحكماً ضعيفاً في عادات الإنفاق ويبدون غير قادرين على مقاومة الإغراء عندما يواجهون سلعة يرغبونها حتى عندما لا يكون بمقدورهم شرائها. وقد يغيرون الخطط فجأة، حتى إذا كان الحدث المخطط له قد تمت الموافقة عليه من قبل ويتضمن قدراً كبيراً من الالتزام الخاص بالوقت والجهد من جانب الآخرين. وقد يوافقون على الذهاب إلى مكان معين والعودة في وقت معين ثم يغيرون رأيهم بدون إشعار بشأن الوجهة أو وقت الرجوع، وهو ما قد يكون محبطاً جداً بالنسبة للوالدين والأزواج أو الزوجات.

وكما سبق وأن لاحظنا، فإن الآخرون سوف يميلون بوجه عام إلى وصف السلوكيات بأنها غير ناضجة ولا يمكن التنبؤ بها.

وقد يحتفظ بعض المراهقين والرجال بالتململ الحركي الذي كانوا يظهرونه عندما كانوا صغاراً وتظل لديهم مشكلات في الانتباه للمواقف التي يلزم فيها أن يظلوا هادئين وساكنين (مثل الأحداث والمناسبات الدينية، والعروض المسرحية، إلخ). وبالإضافة إلى ذلك، فإن المراهقين والذكور الذين يظهرون أعراض اندفاع ونشاط مفرط غالباً ما يحبون الأنشطة التي تتطلب مردوداً حركياً عالياً مثل الألعاب الرياضية العنيفة. وفي الحقيقة أن تفضيل الأنشطة البدنية التي تتضمن بعض الخطر البدني والمخاطرة قد ذكر أنه يشيع بين المراهقين والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (دريشيلر، ريزو، & ستاينهوزين Drechshler, Rizzo, & Steinhäuser, 2007). وقد يتم أيضاً إظهار سلوكيات المخاطرة في السلوكيات اليومية. فمثلاً من الأكثر احتمالاً أن تكون لدى الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط سجلات قيادة ضعيفة ويكونون عرضة لحوادث السيارات (باركلي Barkley, 2006).

ج- المدرسة والعمل School and Work. إن الأولاد المندفعين ومفرطي

النشاط تكون لديهم مشكلات في البقاء ساكنين أثناء المحاضرات ويميلون إلى الفوضى والإخلال بالنظام في الفصل. وأحياناً قد يتركون مقاعدهم ويعوقون جهود الطلاب الآخرين للانتباه في الفصل. ومن المعروف أيضاً أن الأولاد الصغار الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، أي أولئك الذين هم في رياض الأطفال والصفين الأول والثاني، يصرخون ويرفعون أصواتهم دون أن يرفعوا أيديهم. فعندما يسأل معلم الفصل سؤالاً، فإن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والذين يعرفون الإجابة يذفون دافعاً قوياً للإجابة، ولأن تحكهم في الدوافع يكون ضعيفاً فإنهم يجدون من الصعب كبح هذا الدافع. وهكذا فإنه في حين أن الأطفال الآخرين يرفعون أيديهم لبيان أنهم يعرفون الإجابة، يقوم الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه -

فرط النشاط بالإجابة بصوت عال بعد سماع السؤال مباشرة. وعادة لا يقدر المعلمون هذا السلوك ويوبخون هؤلاء التلاميذ.

ومن المعلوم بشكل خاص أن الأولاد Boys المفرطي النشاط/المندفعين يظهرون مشكلات في البيئات ذات البنية الأقل. فإثناء تناول طعام الغذاء، أو في الملعب، أو في حصة الألعاب الرياضية، أو أثناء حصص الموسيقى والرسم، يكون من السهل أن يصبح الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط مستتارين بصورة مفرطة من مقدار النشاط والصوت والحركة من حولهم، مما يقلل قدرتهم على ممارسة ضبط النفس أكثر.

وقد يواصل المراهقون والرجال Teenagers and men الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط التملل والاندفاع. ونتيجة لذلك قد تنخفض قدراتهم على النجاح في المدرسة الثانوية والجامعة بدرجة كبيرة. وقد يشعرون بالتململ في الفصول وتكون لديهم مشكلات في الجلوس خلال المحاضرات والعروض. وعند محاولة إكمال التكاليفات قد يجدون صعوبة في البقاء في مكان واحد لمدة طويلة تكفي لأداء أي قدر كبير من العمل المنتج. وقد يغيرون رأيهم مراراً بشأن مجال الدراسة الذين يريدون مواصلته أو المقررات التي يريدون دراستها. وقد يتسربون كثيراً من الفصول أو يرسبون ويتخلفون عن زملائهم بسبب إغفالهم أداء التكاليفات. وبوجه عام فإن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من الأكثر احتمالاً أن يتركوا المدرسة الثانوية قبل التخرج (هينشو Hinshaw، 2002) ومن الأقل احتمالاً أن يكملوا تعليمهم الجامعي (جونستون Johnston، 2002).

ويظهر الرجال المندفعون أيضاً أخطار أمان في موقع العمل. فعند أداء مهام تتطلب احتياطات أمان، قد يتخطون خطوة باندفاع أو يقررون أداء جزء من العمل الروتيني بصورة مختلفة، مما يقلل قدرتهم على أداء المهمة بصورة آمنة. وفي الحقيقة أن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غالباً ما يوصفون بأنهم عرضة للحوادث، ومن الأكثر احتمالاً أن يتورطوا في حوادث في العمل، ويكونون معرضين لخطر أكبر للتعرض للإصابات

المرتبطة بالعمل (باركلي Barkley، 2006).

د- علاقات الرفاق **Peer Relationships**. إن الأولاد الذين يعانون

من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غالباً ما يظهرون مشكلات أثناء التفاعل مع رفاقهم. فالأطفال المندفعون تكون لديهم مشكلات في التشارك في لعبهم. وغالباً ما يجد الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط صعوبة في كبح دافعهم لتملك اللعبة والتحكم فيها تماماً، ويشعرون أنه تم الاعتداء عليهم عندما يريد طفل آخر اللعب بهذه اللعبة. ومن المحتمل أن يكون رد فعلهم مفرطاً ومن ثم ينظر إليهم رفاقهم على أنهم متسلطون ومتحكمون.

وأثناء أنشطة اللعب، غالباً ما يحب الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط البقاء مسيطرين وتكون لديهم صعوبات أو مشكلات في تقبل ضرورة الوصول إلى قواعد بالإجماع. فعندما يقترح طفل آخر قاعدة لا يوافق عليها الولد الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، تكون لديه صعوبات أو مشكلات في مقاومة الدافع للمقاومة وغالباً ما يصبح مجادلاً. وعندما لا يتم حل النزاع بصورة ترضيه، من المحتمل أن يقوم الولد الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط «بأخذ كرتة والعودة إلى المنزل». ومن المحتمل أن يتجنب الرفاق التفاعل مع ولد يظهر مثل هذه السلوكيات.

إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تكون لديهم أيضاً مشكلات في الانضمام لنشاط اجتماعي قائم. فعند رؤية مجموعة من الأصدقاء يتحدثون أو يلعبون، فمن المحتمل أن يقوم الولد الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بالتطفل عليهم ومحاولة تولي أمر النشاط والسيطرة عليه. وغالباً ما يمقت الرفاق هذه السلوكيات ويميلون إلى تجنب اللعب مع مثل هذا الطفل. ويوجه عام فإنه من المعلوم أن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون مشكلات في تكوين الصداقات وغالباً ما يرفضهم أو ينبذهم الأقران (أسرناو Asarnow، 1988). وتميل هذه المشكلات إلى الاستمرار في سنوات مرحلتي المراهقة والبلوغ، ويعتبر رفض أو نبذ الرفاق متنبئاً بمشكلات أو صعوبات طويلة المدى

في العلاقات الاجتماعية (باركر & أشر Parker & Asher، 1987). وفي الحقيقة أن الأولاد والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط قلما يكونون صداقات تدوم طويلاً وغالباً ما يشعرون بعدم الارتياح في المواقف الاجتماعية. وقد يتجنب المراهقون والبالغون الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط المواقف الاجتماعية مثل الاجتماعات والمجالس الاجتماعية والحفلات. وعند تواجدهم هناك قد يشعرون أنه يلزمهم التفوق في الأداء على غيرهم في محاولاتهم لأن يكونوا محبوبين. وعلى الرغم من أنه غالباً ما يتم وصف الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بأنهم مسيطرون ومتحكمون، إلا أنهم غالباً ما يميلون إلى يصبحوا تابعين أكثر منهم قادة لمجموعات اجتماعية لأنهم يحاولون جاهدين أن يقبلهم الآخرون. ولهذا السبب، فإن المراهقين والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يكونون معرضين لخطر كبير للخضوع والامتثال لضغط الرفاق، خاصة فيما يتعلق بتجريب المواد أو المشاركة في الأذى والسلوكيات التي تخرق القوانين.

٢- القابلية لتشتت الانتباه/ عدم التنظيم

Distractibility/Disorganization

يتعلق بعد آخر من أبعاد اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بصعوبات ومشكلات مواصلة الانتباه. على أنه من المهم أن نعرف أن القابلية لتشتت الانتباه ليست نقصاً في القدرة على الانتباه، ولكنها بالأحرى نقص القدرة على تجاهل صارفات الذهن الموجودة في البيئة والتي تعيق مواصلة الانتباه للمهمة الرئيسية. وهكذا لا يمكننا القول بأن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لا ينتبهون، فهم بالأحرى ينتبهون لكل شيء من حولهم، مما يحول تركيزهم باستمرار بعيداً عن مثير رئيسي (مثل معلم يتحدث في الفصل) نحو صارفات الذهن الموجودة حولهم (مثل الضوضاء الحادث في الردهة، زميل في الفصل يتحرك هنا وهناك في مقعده، إلخ). إن الأولاد القابلين لتشتت الانتباه عادة ما يكونون أيضاً غير منظمين.

ونتيجة لذلك، تكون لديهم صعوبات أو مشكلات في حفظ أماكن أشيائهم، وكثيراً ما يضيعون لعبهم وواجباتهم المدرسية وكتبهم وما إلى ذلك. وهناك ارتباط مفاهيمي بين القابلية لتشتت الانتباه وعدم التنظيم. فالجهد العقلي يكون مطلوباً لكي تصبح قادراً على مواصلة الانتباه وتجاهل صارفات الذهن. كما أن تذكر عمل شيء أو حفظ المكان الذي وضع فيه شيء يستغرق جهداً عقلياً مماثلاً. إن أولئك الأولاد الذين تكون لديهم صعوبات أو مشكلات في الأنشطة الذهنية كثيراً ما تكون لديهم مشكلات ترتبط بكل من القابلية لتشتت الانتباه وعدم التنظيم. وكما هو الحال مع الأعراض من كل من فئة مفرطي النشاط/المندفعين، عادة ما تكون أعراض القابلية لتشتت الانتباه وعدم التنظيم واضحة عبر المواقف والبيئات المختلفة.

أ- المنزل Home. إن المشكلات المتعلقة بالقابلية لتشتت الانتباه وعدم التنظيم غالباً ما تكون دقيقة وغامضة. فهي تتضمن صعوبات ومشكلات في تذكر المرء لأماكن مقتنياته ويبدو المرء بوجه عام غير منظم. فهؤلاء الأولاد غالباً ما يضعون اللعب والملابس وغيرها من الأشياء المهمة في غير موضعها. ولأن انتباههم يتشتت بسهولة فإنهم يحتاجون كثيراً من الإشراف لإتمام روتينهم الصباحي وواجبهم المدرسي وما إلى ذلك. وهم في الغالب لا يظهرون مستوى الاستقلال الذي يتوقعه والداهم ومن ثم فإن الوالدين غالباً ما يجدان التعامل مع هؤلاء الأولاد محبطاً.

وعندما يصبح الأولاد مراهقين ورجالاً، تزيد مسئولياتهم وتوقعاتهم. على أن القابلية لتشتت الانتباه وعدم التنظيم يعوقان قدرتهم على إظهار المسئولية والأداء الملائمين للعمر. فقد يفقدون بسهولة تتبع وتذكر المواعيد النهائية لإتمام التكاليفات، أو وضع المستندات الملائمة (مثل استمارات الضرائب) في ملفات، أو دفع الفواتير. وقد ينسون تجديد تأمين أو ترخيص سياراتهم أو رخص القيادة الخاصة بهم. وقد يضعون الأشياء الشخصية الهامة مثل دفاتر التواريخ والتقويمات ودفاتر المراجعة وغيرها من المستندات الأخرى في غير مواضعها. وعندما يحاول الوالدان أو الزوجات المساعدة، فإنهم عادة ما يصابون بالإحباط

لأنه قد يتم فقد الأشياء التي نتحدث عنها (مثل الفواتير أو المستندات القانونية) أو قد يتم رميها بدون قصد. وغالباً ما تؤدي هذه المشكلات إلى صراعات كبيرة داخل الأسرة ومستوى أداء متضائل واضح في الأداء الوظيفي للمراهق أو الذكر الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

ب- المدرسة والعمل School and Work، إن الأولاد القابلين لتشتت

الانتباه وغير المنظمين يظهرون أيضاً مشكلات دراسية. ولأنهم يفقدون التركيز أثناء الدرس، تفوتهم أجزاء من محتوى الدرس وقد يحصلون على استفادة محدودة من محاضرات المعلم وأنشطة الفصل. وقد يفقدون تتبع وتذكر تكليفاتهم ويحتاجون قدراً كبيراً من إعادة التوجيه للبقاء مركزين على المهام. وحينما يحين وقت كتابة تكليفهم المدرسي فإن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غالباً ما يفوتهم ما تم تكليفهم به وينسون إحضار الكتب والنشرات والكراسات إلى المنزل. وعدم التنظيم الذي يظهرونه غالباً ما يكون محبطاً لمعلميهم. إن حقائب الكتب والمقاعد والدوايب الخاصة بالأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غالباً ما تكون غير مرتبة وفوضوية جداً. وعادة ما يفقد الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أثر ما لديهم في حقيبة كتبهم أو مقعدهم أو يحتفظون بأشياءهم هناك لفترة طويلة بعدما تصبح غير ضرورية. وفي حالة الإحباط عرف عن بعض المعلمين قيامهم بإلقاء محتويات مقعد الولد المصاب باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط على الأرض في محاولة لتعليمه أن يصبح أكثر تنظيماً. ولسوء الحظ فإن هذا يعمل فقط على إرباكه ولا يسفر عن أية فوائد. فبدلاً من ذلك تعلم الولد كراهية المعلم، والمدرسة بوجه عام، أكثر من ذي قبل.

وعادة ما يستمر المراهقون والبالغون من الذكور في إظهار هذه المشكلات، وبالتالي تتأثر قدرتهم على إكمال تعليمهم بصورة سلبية أو ضارة. فمن المحتمل أن يظهر المراهقون الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط فشلاً دراسياً ويتسربون من المدرسة أكثر من المراهقين الذين يعانون من أية اضطرابات نفسية أخرى (باركلي Barkley، 2006). ويرجع قدر كبير من

ذلك إلى ضعفهم المستمر في قدراتهم على التنظيم وتذكر مسؤولياتهم، ويغفلون التكاليف والمواعيد النهائية. وحتى عندما يحاولون أداء عملاً تم تكليفهم به، فإن القابلية لتشتت الانتباه تؤثر على قدرتهم على التركيز على المهمة وقراءة أو كتابة أو إكمال المهام الدراسية بصورة مثمرة. وتستمر هذه المشكلات في إعاقة الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عند التحاقهم بالجامعة، وقد اتضح أن الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يحققون معدلاً تراكمياً دراسياً يكون بوجه عام أقل من المعدل التراكمي الدراسي لأقرانهم في المجموعة الضابطة بمقدار نقطة واجدة (باركلي Barkley، 2006). وتشير بعض التقارير إلى أن ٥٪ فقط من الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يكملون تعليمهم الجامعي (ويس & هيكتمان Weiss & Hechtman، 1993).

وبالمثل غالباً ما يمثل أداء العمل مشكلة. فالذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يغيرون وظائفهم مراراً ومن المحتمل أن يطردوا من العمل لأنهم ينسون أداء المهام المكلفين بها، ويضعون المواد المرتبطة بالعمل في غير مواضعها، ويفشلون عامة في الاهتمام بالمسؤوليات. ولأنه تكون لديهم صعوبات أو مشكلات في تذكر القواعد والأعمال الروتينية، فمن الأكثر احتمالاً أن يقوموا بأداء المهام بصورة غير ملائمة، مما يسفر أحياناً عن حدوث إصابات. ومن ثم فإن الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من المحتمل أن يتقدموا في موقع العمل وبوجه عام يكسبون أقل من الأفراد الذين لا يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (باركلي Barkley، 2002). ومن الأكثر احتمالاً أن يكون الرجال الذين يعانون من اضطراب الانتباه - فرط النشاط عاطلين عن العمل يعانون العوز المالي. وتؤثر هذه المشكلات ليس فقط على وضعهم الاجتماعي والاقتصادي ولكن أيضاً على حياتهم الشخصية والأسرية.

ثانياً- الأمراض الثانوية**Secondary Smtoms**

كيف يكون حال الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ويجتازون الحياة بدون أعراض هذا الاضطراب؟ عادة ما يكون وجودهم مليئاً بالتوتر والصراع. فبعض الأعراض (خاصة تلك الأعراض الموجودة في مجموعة المندفعين) تهيئهم للصراعات الاجتماعية وما يرتبط بها من مشكلات، ومن المحتمل أن تؤثر كل أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط على تقدير الذات والدافعية. ومن المهم أن يقوم الكلينيكيون فرز العملاء للكشف عن هذه الأبعاد الإضافية للأعراض والتي عادة ما تصاحب الأعراض الرئيسة لهذا الاضطراب.

١- التحمل الضعيف للإحباط Poor frustration tolerance

إن الأولاد والرجال المندفعين غالباً ما يظهرون قدرة محدودة على التعامل مع الإحباط. فعندما يواجه شخص، أي شخص، موقفاً لا يبدو كما كان مخططاً له، أو موقفاً لا يكون فيه الإجراء المفضل ممكناً، فإن هذا الشخص يمر بإحساس داخلي بالإحباط، وهو دافع قد يصاحبه فكرة مثل «أنا لا أحب ذلك». فالحياة اليومية غالباً ما تضع المرء في مثل هذه المواقف، كأن يلعب أخ بلعبة تود أنت أنت تلعب بها، أو لا يسمح لك والدك أو والدتك بمواصلة اللعب ويطلب أو تطلب منك أن تبدأ في عمل شئى آخر، أو لا يبدو نشاط لعبة فيديو كما كنت تتوقع أو لا تحقق الدرجة التي كنت تتشدها. إن الأولاد الذين لا يكونون مندفعين بشكل خاص يتعلمون تدريجياً قبول مثل هذه المواقف كجزء من الحياة الطبيعية. على أن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تكون لديهم مشكلات في التعامل مع هذا الإحباط وعادة ما يظهرونه بصورة أقوى وأوضح عن طريق تحدي الوالد أو الوالدة أو إظهار هياجاً انفعالياً (مثل إلقاء أدوات التحكم في اللعبة عبر الغرفة).

إن الأولاد الذين يحتفظون بدرجة كبيرة من الاندفاع في سني مرحلتي المراهقة والبلوغ عادة ما يواصلون إظهار صعوبات أو مشكلات خطيرة في

تحمل الإحباط. وهذا يكون واضحاً بشكل خاص في علاقاتهم مع الوالدين والزوجات. ويتطلب التوافق الصحي في العلاقات الاجتماعية الاعتراف بأن التسويات والحلول الوسط تكون ضرورية وقبول فكرة أن المرء لا يمكنه الحصول على ما يريد كل الوقت. وغالباً ما يوصف المراهقون والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بأنهم أنانيون لأنه تكون لديهم صعوبات في كبح الدافع للتعبير عن إحباطهم عندما لا تسير الأمور كما يريدون. وهذا يهيئهم للصراعات ويضع كثير من الضغط والتوتر على علاقاتهم الاجتماعية.

٢- التحدي Defiance

عندما يلعب ولد بلعبة فيديو ويقول والده أو والدته، «توقف عن اللعب لأن الوقت قد حان لعمل واجبك المدرسي»، فإن رد الفعل الأولي لمعظم الأولاد سوف يتمثل في مقاومة التغيير والاستمرار في النشاط الذي يستمتع به في هذه اللحظة. إن أولئك الذين يكون لديهم تحكم جيد في الدوافع سوف يختبرون هذا الدافع الداخلي للمقاومة، ولكن قبل أن يختاروا استجابة سوف يقومون بمعالجة الموقف ويقرون أن المقاومة سوف تسفر فقط عن نتيجة سلبية (مثل التعرض للزجر والانتهاز). وبالتالي فإنهم يختارون رد فعل بعد التفكير في بدائلهم. وبدلاً من ذلك، فإن أولئك الذين يكونون مندفعين تكون لديهم صعوبات في تأخير رد الفعل لأداء مثل هذه المعالجة، وقبل التفكير فيها، يعبرون عن الدافع السلبي من خلال الاحتجاجات والمجادلات والتحدي الصريح. وفي الحقيقة أن الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والذين يكونون مندفعين عادة ما يوصفون أيضاً بأنهم ميالين إلى التمرد والعصيان. ورغم أنه من الشائع أن يوصف الذكور المندفعون بأنهم «أقوياء الإرادة أو العزيمة»، إلا أن المصطلح الأدق هو في الواقع «ضعاف الإرادة أو العزيمة»، لأن التحدي أو العصيان هو في الواقع من أعراض ضبط الذات المحدود لكبح دافع داخلي.

يميل الأولاد الذين يتسمون بالتحدي والعصيان إلى الوقوع في صراعات متكررة مع أصحاب السلطة لأن الوالدين والمعلمين عادة لا يقدرّون ردود الأفعال المعارضة. وغالباً ما يستمر هذا النمط في مرحلة البلوغ ويسبب مشكلات

خطيرة تتعلق بالعمل. إن الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غالباً ما يتجادلون مع زملاء العمل والمشرفين وأصحاب العمل. فعندما يطلب منهم أداء شيء ما لا يحبونه، غالباً ما يعبر الذكور المندفعين عن كراهيتهم ونفورهم ويرفضون عمل ما يطلب منهم. ونتيجة لذلك يكون من الشائع أن يقوم الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بتغيير العمل مراراً، ويكون ذلك في العادة عندما يسأم رئيس أو صاحب عمل من المجادلات والاحتجاجات والعصيان ويقرر استبدال الموظف.

٣- مشكلات التحكم في تفريغ الشحنات الانفعالية

Problem With Control Over Emotional Discharges

عندما يواجه الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط موقفاً تتم فيه إثارة رد فعل انفعالي، فإن ضبط الذات المحدود لديهم يجعل من الصعب عليهم أن يكبحوا رد الفعل هذا. وهذا يكون واضحاً بشكل خاص عند إيقاظ مشاعر سلبية، مثال ذلك عندما يحبطون أو يحزنون. وكثيراً ما يوصف الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بأنهم «أطفال غاضبون». وهذه تسمية خاطئة. فهم ليسوا غاضبين في الأصل. ولكنهم بالأحرى تفاعليون إذ أنه تكون لديهم صعوبات أو مشكلات في كبح الدافع الأولي لرد الفعل، ويظهرون كل ما يشعرون به في الداخل. على أنه بسبب أن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غالباً ما يكونون في الطرف المتلقي لاستجابة الغضب، فإنهم أحياناً يصبحون أطفالاً غاضبين. ولأن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من الأكثر احتمالاً أن يتعرضوا للتعنيف والعقاب، فإنهم يتعلمون توقع أن يقوم أولئك المحيطين بهم بجعلهم يمرون بوقت عصيب.

إن المراهقين والذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غالباً ما يظلوا تفاعليين إلى حد ما. وهذا يهيئهم لرد الفعل المفرط في المواقف التي يحبطون فيها. ففي العمل من المحتمل أن يتورط الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في مجادلات ومشاجرات.

وغالباً ما يوصفون بأنهم متقلبون ومن الأكثر احتمالاً أن يتعرضوا للفصل من العمل. ونتيجة لذلك فإنهم مشكلاتهم في الاحتفاظ بالعمل تتفاقم أكثر. ومع الزوجات من المحتمل أن يتجادلوا وغالباً ما يوصفون بأنهم من السهل أن ينفجروا غضباً. وهذا يساهم في التوتر الذي يختبرونه في العلاقات الاجتماعية. وفي الحقيقة أن الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من المحتمل أن يسلكوا بصورة عدوانية عندما يغضبون ويحبطون، وينظر إليهم أقرانهم بوجه عام على أنهم عدوانيون (هينشو Hinshaw، 2002). وهناك علاقة متبادلة بين اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والعدوان. فكلما سلك رجل بصورة أكثر عدوانية، حتى عندما يظل إظهار الانفعال السلبي لفظياً أكثر منه بدنياً، كلما زاد احتمال تعرضه للنبذ من جانب الأقران. وهذا بدوره يزيد من تهيئة الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط للسلوك بصورة عدوانية عندما يتوقعون أن ينبذهم زملائهم في الدراسة أو العمل. وغالباً ما تساهم هذه الحلقة الانهزامية بدرجة كبيرة في الضعف الوظيفي الكلي لدى الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

٤- مشكلات تنظيم المزاج Problem With Regulation of Mood

إن مشكلات ضبط الذات التي عادة ما يختبرها الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تتخلل وتخرق العديد من مجالات أدائهم الوظيفي اليومي. وترتبط إحدى هذه المشكلات بقدرتهم على ضبط التعبير عن العاطفة السلبية. فعند حزنهم وغضبهم من المحتمل أن يعبر الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عن تلك المشاعر بشدة أو حدة أكبر بكثير، وأحياناً يفقدون السيطرة على انفعالاتهم. وهذا يكون واضحاً طوال مراحل نموهم. فمثلاً قد يظهر الأولاد الصغار الغاضبون والذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط نوبات غضب حادة تتطلب التقييد أو الصد البدني من جانب الوالد أو الوالدة. وعندما يكبرون في السن من المحتمل أن يقوم الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بخبط أو إلقاء الأشياء عندما يغضبون. ومن الشائع أن يقوم الأولاد الذين يعانون من

اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بإلقاء المهملات في غرفتهم عند تعرضهم للعقاب أو التقييد. وغالباً ما يندeshش الوالدان من شدة نوبات الغضب هذه، خاصة لأن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بين هذه الأحداث لا يظهرون في العادة موقفهم «الغاضب» المقترن عادة بالأولاد المصابين بهياج أو اكتئاب مزمن.

وفي المدرسة ومع الأقران فإن هذا الميل إلى المبالغة في التعبير عن العاطفة السلبية يظهر مشكلات مماثلة. فالأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من الأكثر احتمالاً أن يفقدوا السيطرة ويقعون في مشاجرات بدنية مع الأقران. وقد تقع بعض هذه المشاجرات عندما يكون مقدار الاستثارة محدوداً نسبياً، مثال ذلك عندما تتم مضايقة الأولاد بصورة هزلية. وبالمثل عندما يغضبهم معلموهم، قد يصبح الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط متهيجين للغاية لدرجة أنهم يلقون شيئاً ما يكون في متناول يدهم أو يقلبون مقعداً. ولأن المعلمين لا يمكنهم تحمل مثل هذه السلوكيات فمن المحتمل أن يتلقى هؤلاء الأولاد عقاباً شديداً يشمل الاحتجاز والإيقاف والطرده من المدرسة (باركلي Barkley، 2006).

وعندما يبلغ الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط فإنهم يواصلون إظهار رد الفعل الانفعالي المفرط هذا في جوانب متنوعة من حياتهم. فمن الأكثر احتمالاً أن يقعوا في صراعات حادة (تشمل أحياناً مشاجرات بدنية) مع زملائهم في العمل. وغالباً ما يكون هذا سبباً في فصلهم من العمل. وبالمثل تميل علاقاتهم مع أقرانهم البالغين إلى أن تكون متقلبة بالمثل، ومن الأكثر احتمالاً أن يقع الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في مشاجرات بدنية. ويكون هذا الميل واضحاً بشكل خاص عندما يغضبون في بيئة تفرط في تقديرهم، في حفلة مثلاً أو في ناد به موسيقى صاخبة وضوضاء من حولهم.

ولأن الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يعبرون عن الانفعالات السلبية بصورة أكثر حدة، فإن علاقاتهم الشخصية

تتأثر بصورة سلبية. فالرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من الأكثر احتمالاً أن يظهروا صراعاً زوجياً وينتهون بالطلاق (ويس & هيكتمان Weiss & Hechtman، 1993). وعندما يصبحون آباءً فإن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يلزم أن يكونوا أكثر صرامة وأقل تقبلاً لاعتداءات أبنائهم، مهما كانت ثانوية. وبالتالي فإن علاقاتهم مع أبنائهم غالباً ما تكون مقيدة ومتباعدة (ليفورد، هارولد، & ثابار Lifford, Harold, & Thapar، 2008).

ه- تقدير الذات المنخفض Low Self-Esteem

سواء كان الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط مندفعين أو غير مندفعين، عادة ما يمرون بمشكلات دراسية. ولأن أعراض الاضطراب تؤثر في قدرة الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط على إنجاز عملهم، عادة ما تتأثر درجاتهم بصورة سلبية. فهم مثلاً ينسون في العادة التكاليفات ويضعون الكتب والنشرات في غير مواضعها ويجدون من الصعب أن يظلوا مركزين طوال الوقت اللازم لأداء التكاليفات. ويمرور الوقت فإن خبرة الفشل الدراسي المتكررة تصبح مستمجة ومتقبلة. فالأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط قد لا يعترفون بالسبب في أنهم على ما يبدو يحصلون على درجات أقل، ولكنهم يعترفون بأنهم لا يبدو أنهم ينجحون بنفس السهولة التي ينجح بها العديد من أقرانهم، وغالباً ما يستنتجون أنهم ليسوا أذكياً جداً. وبدلاً من ذلك فإن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عادة ما يظهرون تقدير ذات أقل من أقرانهم الطبيعيين أو غير المتأثرين بالاضطراب (بيرد Bird، 2002).

إن تقدير الذات المنخفض عامل خطر مهم بالنسبة للمشكلات الانفعالية والوظيفية الإضافية. ورغم أن نحو الخمس فقط من الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون اكتئاباً مصاحباً، إلا أنه قبل أن يبلغوا يظهر ٥٠٪ إلى ٦٦٪ من الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص

الانتباه - فرط النشاط اضطراب اكتئاب مصاحب (اكتئاب جزئي Dysthymia أو اكتئاب رئيسي Major depression) (رامزي & روستين & Ramsay Rostain، 2008). ورغم أنه لم يتم إثبات علاقة السبب والنتيجة الدقيقة لهذا التدرج، إلا أنه من المعقول أن نتوقع أن يتفاقم تقدير الذات المنخفض، الواضح فعلاً في مرحلة الطفولة، تدريجياً بفعل خبرة الفشل المستمرة في المواقف الاجتماعية والدراسية والمهنية، وأن يساهم استدماج وتقبل هذه الإخفاقات في نمو الاكتئاب.

٦- الدافعية المنخفضة Low Motivation

كما سبق وأن ناقشنا، فإن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من الأكثر احتمالاً أن يتكبدوا فشلاً دراسياً وعواقب ضارة مثل الاحتجاز والإيقاف والطرده من المدرسة. وتؤثر هذه الخبرات على مفهومهم للذات وتقديرهم للذات، وغالباً ما يشعر الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بأنهم «أكثر غباءً» من أقرانهم. وعندما يستدمج الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط هذه المشاعر ويتقبلونها، يصبح إحساسهم بالكفاءة الذاتية منقوصاً. إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غالباً ما يستنتجون أنهم لا يستطيعون النجاح دراسياً، وتصبح دافعتهم للمحاولة الجادة لأداء واجبهم المدرسي والاستذكار محدودة بصورة متزايدة. وغالباً ما يصاب والدا ومعلمو الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بالاندهاش من الجهد غير الكاف الذي يظهره هؤلاء الطلاب. ومن المهم أن نقدر أن قلة الدافعية هذه قد نمت عبر سنوات عديدة. وعندما تجعل أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، تدريجياً من الأكثر صعوبة إكمال العمل الدراسي، فإن ذلك يسفر عن درجات أقل يليها انخفاض في تقدير الذات. وتتفاقم هذه العوامل بفعل الاستجابة أو التفاعلية الانفعالية والتقلب اللذين عادة ما يظهرهما الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، مما يسفر بالتالي عن صراعات متكررة وإحساس بالرفض والنبذ. وبمرور الوقت تتحد هذه العوامل

وتسفر عن دافعية محدودة للإنجاز.

وعندما ينضج الأولاد والمراهقون الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ويدخلون مرحلة البلوغ، تستمر هذه الأنماط. إن التحصيل الدراسي المحدود يعطي إشارة للذكر بأنه لا ينبغي أن يتوقع أن يواصل المزيد من التعليم بالمدرسة لأنه ربما لا يؤدي أداءً جيداً في الجامعة. وعندما يلتحق الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بالقوة العاملة، يجدون أنهم يقعون في صراعات متكررة مع رؤسائهم وزملائهم في العمل، وبالإضافة إلى ذلك قد يجدون العديد من مهام العمل صعبة (خاصة تلك المهام التي تتطلب مهارات تنظيمية وتركيزاً متواصلًا) ومحبطة. وقد تمتلئ حياتهم الشخصية والاجتماعية بالفشل والصراعات. وبوجه عام فإن الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من المحتمل أن يستنتجوا أن الإنجاز وتحسين حياتهم هما أمران لا يستحقان، وقد أوضحت الدراسات أن الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من المحتمل أن يظهروا أعراض عجز متعلم أو مكتسب (Learned helplessness) (رامزي & روستين Ramsay & Rostain، ٢٠٠٨).

ثالثاً - ملخص

Summary

يظهر الأولاد والذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أعراض رئيسية وكذلك أعراض ثانوية مقترنة بهذا الاضطراب. والأعراض الرئيسية هي تلك الأعراض التي تنشأ مباشرة من الأسباب الأساسية، وهي تشمل فرط النشاط/الاندفاع وقلة الانتباه/عدم التنظيم. إن الأعراض التي تندرج في هذه المجموعات تسفر عن مشكلات وظيفية خطيرة عبر العديد من المواقف والبيئات بما في ذلك المنزل والأسرة، والمدرسة وموقع العمل، وعلاقات الرفاق أو الأقران.

وبالإضافة إلى ذلك، عادة ما تسفر أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عن مشكلات ثانوية تصبح تدريجياً واضحة وظاهرة مع التقدم

في العمر. فالذكور المندفعون يميلون إلى إظهار مشكلات تتمثل في التحدي والعصيان، وضبط الذات المحدود، ورد الفعل الانفعالي المفرط، والقدرات المحدودة على تنظيم تعبيرهم الانفعالي. وعندما يستمرون في اختبار صراعات متكررة، وفشل ونبذ متكررين، يصبح تقدير الذات المنخفض والدافعية المحدودة في العادة واضحين. ويلزم أن يقوم الكلينيكيون بفرز كل هذه الأعراض الرئيسة والثانوية للحصول على فهم شامل للمشكلات التي عادة ما يظهرها الأولاد والمراهقين والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

الفصل الثاني

دراسة الوبائيات والمسار

Epidemiology and Course

لقد كتب الكثير عن وبائيات ومسار اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (ADHD). وقد اتهمت بعض التقارير الواردة في وسائل الإعلام مهنيي الصحة النفسية بالإفراط في تشخيص اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وبالإضافة إلى ذلك، يظل هناك خلط ولبس حول مسار الاضطراب - فالبعض يقرر ضعفاً وإعاقة مدى الحياة، في حين يبدو أن البعض الآخر يتخلص في الغالب من الأعراض قبل بلوغ مرحلة المراهقة المتأخرة. ومن المهم بالنسبة لمهنيي الصحة النفسية أن يدرسوا ويبحثوا هذه الموضوعات لكي يكونوا توقعات دقيقة.

أولاً- الوبائيات

Epidemiology

لأن اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط قد عرف لعدة عقود، فإنه من المفيد أن نستعرض الاتجاهات التشخيصية لتحديد ما إذا كان معدل الانتشار قد ظل ثابتاً. وبالإضافة إلى ذلك، اعتبر تقليدياً أن اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ينشأ أساساً في مرحلتي الطفولة والمراهقة. وبالتالي تتم كتابة معايير تشخيص لتعكس أساساً السلوكيات التي تمثل مشكلات والخاصة بهاتين الفئتين العمريتين. ونتيجة لذلك، فإن الذكور الذين يستمرون في إظهار الضعف أو الإعاقة في سنوات مرحلة البلوغ قد لا يعودوا يستوفون معايير تشخيص الاضطراب، حتى على الرغم من أن المشكلات الوظيفية قد تظل واضحة. وقد اعتقد أيضاً أن الأولاد يتخلصون في الحقيقة من الاضطراب مع التقدم في العمر. وهكذا فإنه من المحتمل أن تكون البيانات الوبائية مختلفة عبر الفئات العمرية، ويجب أن تركز المناقشة بشكل منفصل على بيانات الأطفال وبالغين.

١- بيانات الأطفال Pediatric Data

تم إدراج اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لأول مرة في الدليل

التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية (الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين American Psychiatric Association، 1980) كاضطراب نقص انتباه (attention deficit disorder (ADD مع وبدون فرط نشاط hyperactivity. وقدّر الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية (DSM-III) معدل انتشار اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط بنحو ٣٪ من الأطفال ممن هم في سن ما قبل البلوغ (ص ٤٢) وقدّر نسبة الأولاد إلى البنات بنحو ١٠ إلى ١. ولم يتضمن الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية بيانات عن معدل انتشار اضطراب نقص الانتباه بدون فرط النشاط، أو اضطراب نقص الانتباه-النوع المتبقي residual type. وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين American Psychiatric Association، 1987)، تم دمج معايير تشخيص فرط النشاط/الاندفاع والقابلية لتشتت الانتباه/عدم التنظيم في تشخيص واحد (اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط)، وتقرر مرة أخرى أن معدل الانتشار يبلغ نحو ٣٪ من الأطفال (ص ٥١). ووفقاً لعينات العيادات، ر[ي أن الاضطراب أكثر شيوعاً لدى الأولاد بمقدار ستة إلى تسعة أضعاف، ولكن تم الاعتراف بأن عينات المجتمع المحلي تكشف فروقاً أقل جذرية بين الجنسين وأن الاضطراب أكثر شيوعاً لدى الذكور بمقدار ثلاثة أضعاف.

وفي تسعينيات القرن العشرين تبني الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين American Psychiatric Association، 1994) نموذج المجموعتين لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والذي لا يزال يستخدم اليوم. وقدّر معدل الانتشار بنسبة ٣٪ إلى ٥٪ من أطفال المدارس (ص ٨٢)، وتقرر أن نسبة الذكور إلى الإناث تتراوح من ٤:١ إلى ٩:١، اعتماداً على نوع العينة (عينة مجتمعية بالمقارنة بعينة كLINIكية). وتقدر النسخة الحالية للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية؛ الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين American Psychiatric Association،

(٢٠٠٠) معدل الانتشار بنسبة ٣٪ إلى ٧٪ من أطفال المدارس (ص ٩٠)، وتقدر نسبة الجنسين بـ ٢:١ إلى ٩:١، اعتماداً على نوع إظهار الأعراض (النوع الذي يسوده عدم الانتباه له فروق أقل وضوحاً بين الجنسين) والبيئة. وبعد مراجعة لتدرج الانتشار كما هو مقرر في النسخ التالية للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، يتضح أن التقديرات قد زادت رغم أن هذه الزيادة لم تكن كبيرة أو ملفتة للنظر. وظل الحد الأدنى للتقدير عند نحو ٣٪ من أطفال المدارس، كما تقرر أصلاً في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية، رغم أن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية يقر بأن المدى أو المعدل قد يمتد ليصل إلى ٧٪.

وقد تأمل الباحثون في أسباب وضوح هذه الزيادة. فقد رأى باركلي Barkley (٢٠٠٦) أن هذا التغير يرجع إلى دمج نوع فرعي جديد من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، هو النوع الذي يسوده فرط النشاط/الاندفاع، في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية. وقبل الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، كان يتم تشخيص اضطراب نقص الانتباه أصلاً بأنه يحدث مع أو بدون فرط نشاط، وكان يفترض أن عدم الانتباه يكون موجوداً في صورتَي الاضطراب المتغيرتين. وبالسماح بتشخيص اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بدون نقص الانتباه قد يزيد معدل الانتشار. على أن هذا قد يبدو تفسيراً جزئياً فقط. وسوف يلاحظ القراء أنه عند ضم أو دمج النوع الذي يسوده فرط النشاط/الاندفاع في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، تباينت التقديرات من معدل منخفض قدره ٣٪ من أطفال المدارس (لا يوجد أي تغير من البيانات السابقة للدليل التشخيصي والإحصائي) إلى معدل مرتفع قدره ٥٪ من أطفال المدارس (زيادة عن الإصدارات السابقة للدليل التشخيصي والإحصائي). وعند إصدار الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية، لم يتم تغيير معايير التشخيص، ولكن تقرر أن معدل الانتشار يتباين من ٣٪ من أطفال المدارس (كما هو الحال مع كل الإصدارات السابقة للدليل التشخيصي

والإحصائي) إلى ٧٪ من أطفال المدارس (زيادة أخرى بنسبة ٢٪ منذ الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية). وهكذا فإنه على الرغم من أن الزيادة صغيرة، إلا أن هناك أدلة على حدوث زيادة أخرى في تشخيص اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية، مع عدم حدوث أية تغيرات في معايير التشخيص. على أنه ينبغي على القراء أن يلاحظوا أنه فقط لأن الحد الأعلى للمعدل قد تغير، فإن هذا لا يدل بالضرورة على أن متوسط معدل التشخيص قد حدث فيه أي اختلاف. فهذه النتائج تشير فقط إلى أن بعض الدراسات الويائية التي تمت مراجعتها عند إعداد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية قد كشفت معدل الانتشار في المدى الأعلى. ولسوء الحظ، ولأن الدليل التشخيصي والإحصائي لم يستشهد بهذه الدراسات، فليس هناك أي سبيل يعرفنا أي البيانات تمت مراجعتها للوصول إلى هذه الأرقام.

وقد بحثت بعض الدراسات بالتحديد معدل انتشار اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من النوع الذي يسوده فرط النشاط/الاندفاع. فقد قام براون وآخرون Brown et al (٢٠٠١) بمراجعة الدراسات الويائية التي استخدمت معايير تشخيص متنوعة، تشمل تلك التي شخصت اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط وفقاً للأنواع الفرعية للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية. وكشفت النتائج متوسط معدل قدره ٦,٨٪ بالنسبة لأي نوع فرعي، و٣,٢٪ بالنسبة للنوع الذي يسوده عدم الانتباه، و٢,٩٪ بالنسبة للنوع المختلط. وهذا يعني أن النوع الذي يسوده فرط النشاط/الاندفاع كان يمثل أقل من ١٪ من كل الحالات. وتتوافر بيانات مماثلة من دراسات استخدمت الإصدار المعدل العاشر للتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشكلات المرتبطة بالصحة (منظمة الصحة العالمية World Health Organization، 1992) تأخذ في الاعتبار تشخيص اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بناءً على أعراض فرط الحركة فقط. وكشفت دراستان استخدمتا هذا الأسلوب

عن أن معدل انتشار هذا النوع الفرعي يبلغ حوالي ٨٪ (بيرد Bird، 2002). وهكذا فإنه من الواضح أن نوع اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط الذي يسوده فرط النشاط/الاندفاع هو الأكثر ندرة، وأن دمجها وضمه في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية قد يفسر حدوث زيادة قدرها حوالي ٨٪ فقط في معدل انتشار اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. إن البيانات الوبائية الآتية من مصادر أخرى غير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية تكشف تبايناً أوسع بكثير في معدلات اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. فقبل عام ١٩٨٠، لم تكن توجد أية معايير تشخيص متوافقة لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ومن المحتمل أن تكون نتائج تلك الدراسات غير ثابتة. وبالتالي فإنه عند مراجعة معدلات الانتشار، يتم تضمين البيانات التي تستخدم معايير تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (أو الذي يليه) للاضطرابات النفسية فقط. إن الدراسات التي استخدمت معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية حصلت على تقديرات انتشار تتراوح من حوالي ٢٪ إلى ٣٪ (بيرد Bird، 2002)، ولكن بعض الدراسات رأّت أن اضطراب نقص الانتباه قد يكون موجوداً في نسبة تبلغ ٢٠٪ من أطفال المدارس (دوبول DuPaul، 1991). وقررت الدراسات التي استخدمت معايير تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية معدلاً مماثلاً يتراوح من حد أدنى قدره نحو ٢٪ (بيرد Bird، 2002) إلى حد أعلى قدره نحو ٢٢٪ (دوبول DuPaul، 1991). ومن الواضح أن هذه التقديرات تباينت تبايناً واسعاً رغم أنه يبدو أن البيانات الكلية أو المجمعة تدل على أن معظم التقديرات الوبائية التي استخدمت معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية والدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية ارتفعت إلى نحو ٥٪ أو ٦٪ (بيرد Bird، 2002). ورغم أنه قد يكون من المتوقع أن استخدام معايير تشخيص معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية قد يسفر عن معدلات تشخيص زائدة، إلا أنه يبدو

أن البيانات المتاحة تشير إلى أن معظم الدراسات تقرر متوسط معدل انتشار قدره نحو ٥٪ (بيرد Bird، 2002). وهكذا فإنه لأكثر من عقدين من الزمن ظلت معدلات تشخيص الاضطراب ثابتة إلى حد ما، وتقديراتنا الحالية لمتوسط معدل الانتشار في الواقع أقل قليلاً من تلك التي تم تقريرها في ثمانينيات القرن العشرين. وهكذا فإن أي شك في أن هناك تشخيص مفرط واسع الانتشار لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يبدو عارياً من الصحة ولا أساس له. وبالإضافة إلى ذلك، فإنه منذ ثمانينيات القرن العشرين فكر الكلينيكيون والباحثون في الحدود الفاصلة المستخدمة لإجراء تصنيفات التشخيص. فنظام الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يحدد الأعراض اللازمة لإجراء التشخيص ولكنه لا يحدد إلى أي مدى واضح يجب أن تكون الأعراض أعلى من المتوسط لكي يتم إجراء التشخيص، وترك للكلينيكيين والباحثين تحديد الحد الفاصل على مقاييس التقدير (مثل تلك التي تتم مناقشتها في الفصل الرابع) التي تبدأ عندها حدود الوظيفة الطبيعية والضعف أو الإعاقة. وخلال ثمانينيات وتسعينيات القرن العشرين تم تحديد الحد الفاصل الكلينيكي عند ١.٥ انحراف معياري فوق المتوسط، وكان ينظر إلى أي شخص يحرز درجة فوق الحد الفاصل على أنه يظهر أعراض حادة أو شديدة بدرجة كافية من المحتمل أن تجيز التشخيص. على أن باركلي Barkley (٢٠٠٦) قد رأى منذ فترة طويلة أن هذا الحد الفاصل يفرط في تصنيف الأطفال ويضخم معدلات التشخيص بصورة مصطنعة. وبدلاً من ذلك، اقترح ضرورة استخدام حد فاصل قدره ٢ انحراف معياري فوق المتوسط لإجراء تشخيص دقيق لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وباستخدام هذه الحدود، فقد تقرر معدل انتشار يتراوح من ٢٪ إلى ٩٪ عند استخدام معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية، وتقرر معدلات تتراوح من ٧٪ إلى ٩٪ عند استخدام معايير تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (باركلي Barkley، 2006). ويقرر الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين

معدل انتشار يتراوح بين ٣٪ و ٧٪، ويفسر هذا المعدل بأنه تم التوصل إليه بإجماع الخبراء (رامزي & روستين Ramsay & Rostain، 2008). وباستخدام هذه البيانات يمكن تقدير أن ما بين ١ من كل ١٥ و ١ من كل ٣٠ طفل من أطفال المدارس يستوفون معايير تشخيص الاضطراب.

إن اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط هو اضطراب يعترف به في الكثير من دول العالم. فقد قررت البيانات الكندية أن معدل انتشار اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في كندا يماثل معدل الانتشار الموجود في الولايات المتحدة الأمريكية (باركلي Barkley، ٢٠٠٦). وقررت دراسة أسترالية أيضاً متوسط معدل انتشار مماثل يبلغ حوالي ٧٪ (جرايتز، سويار، هازل، أرني، & باجهيرست Graetz, Sawyer, Hazell, Arney, & Baghurst، 2001)، في حين أظهرت دراسات أجريت في نيوزلندا معدل انتشار يتراوح ما بين ٢٪ و ٧٪ (باركلي Barkley، 2006). وتتباين المعدلات الأوروبية تبايناً واسعاً، من حد منخفض قدره نحو ١٪ في هولندا (كروز وآخرون Kroes et al، 2001) إلى حد مرتفع قدره نحو ١٧,٨٪ في ألمانيا (باومجاريتيل، وولرايتش، & دايتريتش Baumgaretel, Wolraich, & Dietrich، 1995). كما تتباين البيانات الآسيوية أيضاً، من حوالي ٦٪ في الصين (ليونج وآخرون Leung et al، 1996) إلى معدل مرتفع يبلغ حوالي ٢٩٪ في أجزاء من الهند (باتيا، نيجام، بوهرا، & مالك Bhatia, Nigam, Bohra, & Malik، 1991). ورغم أن التفسير الدقيق والمضبوط لهذه البيانات يكون صعباً، إلا أنه يمكننا أن نخلص بأمان إلى استنتاج يتمثل في أن اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط هو ظاهرة موجودة في كل أنحاء العالم وقد وجد في كل دولة تمت دراسته فيها (باركلي Barkley، 2006).

وبالإضافة إلى ذلك، يجب أن نتذكر أنه فقط لأن ٣٪ إلى ٧٪ من الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية يظهرون أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، فإن هؤلاء الأطفال لا يتلقون بالضرورة العلاج اللازم. ففي إحدى

الدراسات، رغم أنه ذكر أن ٩٪ تقريباً من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٨ و ١٥ عاماً يستوفون معايير تشخيص اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، إلا أن أقل من النصف كانوا يتلقون علاجاً (فروليتش وآخرون Froehlich et al., 2007). صحيح أن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط هي السبب الرئيسي الذي من أجله يتم جلب طفل أو مراهق للعلاج النفسي، وأن اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط هو أكثر اضطراب نفسي انتشاراً لدى الأطفال وجد في العينات الكلينيكية ويمثل حوالي ثلث كل الزيارات من أجل العلاج النفسي في المجتمع الإحصائي للأطفال (المركز الوطني للإحصاءات الصحية National Center for Health Statistics، 1994). ومع ذلك عند توفيق الأعداد الفعلية مع معدل الانتشار القومي المقدر (كما هو مقرر في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية) فإن ٥٠٪ فقط في أفضل الأحوال من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص انتباه-فرط نشاط يمكن تشخيصه قد تلقوا شكلاً ما من أشكال العلاج (أنجولد وآخرون Angold et al., 1998)، و٢٤٪ فقط قد تلقوا شكلاً ما من أشكال الخدمات المدرسية (جينسين وآخرون Jensen et al., 1999). وهكذا فإنه من الواضح أنه بدلاً من الإفراط في تشخيص الاضطراب، يبدو أن الكلينيين يعالجونه بصورة ناقصة ودون المستوى.

٢- بيانات البالغين Adult Data

من الصعب دراسة معدل انتشار اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى البالغين. فبادئ ذي بدء يجب أن نحدد كيف ينبغي إثبات معدل الانتشار هذا. وعادة ما يتم تقرير بيانات معدل الانتشار عن طريق حساب نسبة الأفراد الذين يستوفون معايير تشخيص هذا الاضطراب في عينة معينة. ومثل هذه الدراسات نادرة. وقد وجد واينديت و لينترمان و رايس Weyandt, Linterman and Rice (١٩٩٥) أنه عندما استخدموا حداً فاصلاً قدره ١ ونصف انحراف معياري فوق المتوسط، أستوفى ٢,٥٪ من البالغين في عينة محلية معايير تشخيص اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وعند ضبط

الحد الفاصل ليقع عند ٢ انحراف معياري فوق المتوسط، انخفض معدل الانتشار إلى ٥,٠٪. على أنه في عينة أخرى وجد أن ٧,٤٪ من البالغين يستوفون المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية مع حد فاصل قدره ٢ انحراف معياري (ميرفي & باركلي Murphy & Barkley، ١٩٩٦ ب). على أنه من الواضح في كلتا الحالتين أن معدل الانتشار بين البالغين أقل من المعدل المقرر بالنسبة لأطفال المدارس.

وتتمثل طريقة أخرى لتقدير معدل الانتشار بين البالغين في دراسة وبحث معدلات استمرار اضطراب نقص انتباه-فرط نشاط طفولي تم تشخيصه رسمياً في مرحلة البلوغ. ومرة أخرى تتباين التقديرات. عند استخدام معايير التشخيص كاملة، فإن ٥٪ (جونستون Johnston، 2002) إلى ٥٠٪ (كلود & فايرستون Claude & Firestone، 1995) من الأطفال الذين سبق تشخيصهم بأنهم يعانون من الاضطراب يظلوا يستوفون معايير التشخيص في مرحلة البلوغ. على أن هناك عدم رضا واستياء كبير من استخدام معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية لتشخيص اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى البالغين، لأن أوصاف الأعراض تمت كتابتها لتعكس السلوكيات الشائعة بالنسبة للأطفال والمراهقين أكثر من البالغين. وفي الحقيقة قرر ويس و هيكتمان Weiss and Hechtman (١٩٩٣) أن ٦٦٪ من البالغين الذين سبق تشخيصهم (في مرحلة الطفولة) بأنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ظلوا يظهرون مشكلات وظيفية ناشئة من الأعراض المستمرة على الرغم من أن معظمهم لم يعد يستوفي معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الكلية لتشخيص اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

٣- الفروق بين الجنسين

على مدار ١٠٠ سنة مضت، عندما كتب ستيل Still (١٩٠٢) عن الاضطراب الذي أصبح يعرف في النهاية باسم اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، كان قد لاحظ أن الذكور يفوقون الإناث عدداً بنسبة ٣ إلى ١. وبمرور السنين، ورغم أن اسم الاضطراب تغير مرات عديدة وزاد فهمنا له،

استمر الباحثون في العثور على هذه الفروق بين الجنسين. وفي بيانات طب الأطفال الحالية، تقرر نسبة الأولاد إلى البنات ممن يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بأنها تتراوح بين ١:٣ و ١:١٠ (بيرد Bird، 2002)، ومعظم الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يفوقون البنات عدداً بنسبة تتراوح من نحو ١:٥ إلى ١:٩ في العينات المحولة من أجل العلاج الكلينيكي (باركلي Barkley، 2006). وبالتالي فإنه من الواضح أن الأولاد يظهرون أعراض هذا الاضطراب بصورة أكثر شيوعاً من البنات ويتم إحضارهم للعلاج بصورة أكثر تكراراً بكثير.

ولفهم هذا الاتجاه أكثر، يجب أن يدرس الباحثون أنماط الأعراض. وقد وجد عدد كبير من البحوث أنه من الأكثر احتمالاً أن يظهر الأولاد أعراض اندفاع/فرط نشاط وما يرتبط بها من ضعف أو إعاقة. فمثلاً من الأكثر احتمالاً أن يظهر الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أعراضاً «موجهة للخارج» (باركلي Barkley، 2006)، كما أن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من المحتمل أن يظهروا مشكلات سلوكية في المدرسة (أكثر بكثير من البنات) (ديهاس DeHaas، 1986). وأكدت التحاليل البعدية الأكثر حداثة هذه النتائج وكشفت عن أنه سواء تمت دراسة عينات محلية أو مدرسية أو كينيكية، فإن الأولاد من الأكثر احتمالاً أن يكونوا فوضويين ومفرطي الحركة أو النشاط وعدوانيين (جاوب & كارلسون Gaub & Carlson، 1997). وبالمثل وجدت دراسات أخرى أن البنات لديهن حوالي نصف معدلات اضطرابات السلوك الفوضوي المصاحبة (مثل الاضطراب السلوكي أو اضطراب السلوك العنيد والمعارض) والسلوكيات الخارجة على القواعد (باركلي Barkley، 2006).

وفي المقابل وجد باحثون (مثل بيدرمان وآخرون Biederman et al، 2002) أن البنات اللاتي يعانين من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من الأكثر احتمالاً أن يظهرن قابلية لتشتت الانتباه وما يرتبط بها من مشكلات، بما في ذلك نواحي القصور أو الخلل المعرفي الأكبر. على أنه من الجدير بالاهتمام

أنه على الرغم من أن البنات في العينة أظهرن أداءً وظيفياً عقلياً أقل قليلاً، إلا أنهن كن معرضن لخطر صعوبات تعلم أقل وأظهرن مشكلات كلية أقل في المدرسة. وهكذا فإنه من الواضح أنه على الرغم من أنه يبدو أن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون أعراض عدم انتباه بدرجة أقل من البنات اللاتي يعانين من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، إلا أنه عندما يظهر الأولاد هذه الأعراض فإنها تكون أكثر إعاقة وإضعافاً وتسفر عن مشكلات وظيفية أكبر.

وهناك أسباب عديدة لهذه الفروق بين الجنسين، وقد تكون بعض هذه الأسباب مرتبطة بالفروق والاختلافات البيولوجية التي تهيئ الذكور لتعقيدات نمائية وطبية أكثر. إن اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بعيد كل البعد عن أن يكون هو الاضطراب النفسي الوحيد في مرحلة الطفولة الذي يؤثر على الأولاد بدرجة أكبر. ففي الحقيقة أن أغلبية الاضطرابات النفسية المذكورة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية أكثر انتشاراً لدى الأولاد، وبالنسبة لتلك الاضطرابات الأكثر شيوعاً لدى الإناث البالغات، تكون المعدلات أثناء مرحلة الطفولة متماثلة لدى الذكور والإناث، مما يدل على أن الذكور على ما يبدو يظهرون بداية أقدم وأسبق لهذه الاضطرابات. وفي جوانب النمو والصحة الأخرى توجد فروق مماثلة واضحة. فمعظم حالات الحمل تسفر عن جنين ذكر، ولكن الأجنة الذكور تتعرض أكثر للإجهاض. ومن الأكثر احتمالاً أن يولد الأطفال الذكور بعيوب ولادة. فسبعة من كل عشرة حالات عدوى أكثر شيوعاً في مرحلة الطفولة تكون أكثر انتشاراً لدى الأولاد. ومن الأكثر احتمالاً أن يعاني الأولاد من اضطرابات تعلم، ومن الأكثر احتمالاً أن ينتحر المراهقون الذكور. وكما عبر عن ذلك أحد المراسلين الصحفيين، فإن الذكور هم «الجنس الأضعف» (ليجاتو Legato، 2006).

وقد تعرف العديد من الباحثين على الفروق بين الجنسين في المخ البشري. فالذكور لديهم نسبة أعلى من المادة البيضاء القشرية (تجمعات من المحاور الميالينية myelinated axons) والسائل المخي النخاعي cerebrospinal

fluid، في حين أن الإناث لديهن نسبة أكبر من قشرة المخ المخصصة للمادة الرمادية (النسيج بين التغصنات والجسم somatodendritic tissue) (جور وآخرون Gur et al، 1999). وقد تم أيضاً التعرف على الفروق والاختلافات في حجم الجسم التقني أو الجاسئ corpus callosum (بنكر Pinker، 2002). وبالإضافة إلى ذلك، فإن نسبة المادة الرمادية لدى الرجال تكون أعلى في نصف المخ الأيسر، ونسبة المادة البيضاء تكون متماثلة، ونسبة السائل المخي النخاعي تكون أعلى في نصف المخ الأيمن. ولدى النساء لم يتم التعرف على أية تباينات. وهذه الفروق قد تفسر الفروق في الأداء الوظيفي العقلي المعرفي للجنسين، مثل المهارات اللفظية الأفضل لدى النساء والمهارات المكانية الأفضل لدى الرجال. وبوجه عام يخصص الرجال طاقة أكثر للوظائف ذات الوسائل المحددة، بما في ذلك التحكم الحركي، في حين تخصص النساء طاقة أكثر للوظائف التكاملية وتحت القشرية بما في ذلك معالجة الانفعالات. ويبدو أن أمخاخ الإناث توزع المعالجة عبر مناطق مختلفة بالمخ، في حين أن أمخاخ الذكور أكثر انقساماً في المعالجة بشكل ملحوظ. وقد رأى بعض الباحثين أن تنظيم المخ يجعل من الأسهل بالنسبة للنساء أن يقمن بأداء مهام متعددة، في حين يبدو أن الرجال يؤدون بصورة أفضل عندما يكونون قادرين على تخصيص كل الطاقة الذهنية أو العقلية لمهمة واحدة في المرة الواحدة (موير & جيسيل Moir & Jessel، 1989).

وفي مرحلة الطفولة تظهر البنات معالجة حسية فائقة ويملن إلى الاندماج مع البالغين بصورة أسرع. ومن ناحية أخرى، لا يحب الأولاد الملاحظة كثيراً، ولا يظهروا تفضيلاً قوياً للاندماج الاجتماعي، ويميلون إلى التحدث أكثر، ويكونون أكثر نشاطاً. وعندما يبلغ الأطفال، يبدو أن الإيقاعات الدورية للهرمونات الأنثوية تؤثر على معالجة الانفعالات، في حين أنه تم ربط كميات التستوستيرون testosterone الأكبر لدى الرجال بالعدوان الأكثر (موير & جيسيل Moir & Jessel، 1989)، وذلك على الرغم من عدم توافق نتائج الدراسات البحثية التي أجريت في هذا المجال. ومع ذلك تدل نتائج أخرى على أن الذكور قد يكونون

مهيئين بيولوجياً أكثر للعدوان. فعلى سبيل المثال، يبدو أن استثارة لوزة الحلق amygdala لدى الذكور تسفر عن سلوكيات أكثر عدوانية، في حين يبدو أن استثارتها لدى الإناث تؤدي إلى القلق. وقد تم أيضاً التعرف على فروق واختلافات مماثلة في الأداء الوظيفي للوطاء أو للهيپوثالاموس (hypothalamus) (تحت المهاد)، وتبدو الفروق الثابتة بين الجنسين في أحجام نويات الهايپوثالاموس المختلفة واضحة. وبالإضافة إلى ذلك، وجدت علاقة عكسية ثابتة بين العدوان ومستويات السيروتونين لدى كل من الرجال والنساء. وعلاوة على ذلك، يبدو أن أمخاخ الإناث لها مستويات سيروتونين أعلى من أمخاخ الذكور. وقد يتمثل أحد أسباب هذا الفرق أو الاختلاف في أن أمخاخ الإناث لها مستويات جزيئات ناقلة متضمنة في إعادة امتصاص السيروتونين أعلى بدرجة كبيرة (يوفانوفيتش وآخرون Jovanovic et al., 2008).

وبوجه عام فإن نتائج دراسات المخ تدل على أن الذكور أكثر استعداداً للعدوان ويخصصون قوة ذهنية أكبر للتحكم الحركي ويكونون أكثر ارتياحاً في معالجة المهام التي لا تتطلب وظائف تكاملية مكثفة. وهذه الميول تكون واضحة في التعبير عن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وكما سبق وأن وصفنا فإن الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يميلون إلى أن يكونوا أكثر عدواناً ومن الأكثر احتمالاً أن يظهروا نشاطاً مفرطاً. وفي المقابل، ولأن الانتباه هو وظيفة تكاملية تتطلب الاستخدام المتناسق لعدة مناطق بالمخ، فإنه يبدو من المنطقي أن يكون مخ الأنثى أكثر استعداداً لهذه المشكلات.

وبالطبع فإنه لا يمكن دراسة العوامل البيولوجية بشكل منفصل عن المؤثرات البيئية. فقد كان هناك جدل حول الخلاف بشأن قضية الطبيعة والتطبع لأجيال، ومن الواضح اليوم أن التفاعل المتبادل بين الاثنين مسئول عن نمو الإنسان (Siegel, 1999). ورغم وجود مخطط وراثي للنمو عند الولادة، إلا أنه يجب تنشيط هذه التعليمات الوراثية أثناء نوافذ نمو معينة. وهكذا فإن التنشئة الاجتماعية، خاصة التي تشمل تأثير الأشخاص القائمين على رعاية

الطفل، هي مكون ضروري يؤثر على كل من النمو البيولوجي والنمو النفسي. إن الأولاد والبنات تدفعهم وتحركهم خبرات انفعالية شديدة أثناء النمو المبكر (روبرتسون & شيبيرد Robertson & Shepard، 2008). فإثناء نمو الأولاد، يقدم والداهم المصدر الرئيسي للتعلم، يليهما المعلمون والأقران. وهم يشكلون هويات الأولاد عن طريق تقديم نماذج للسلوكيات والاستجابة بشكل تفضيلي لتلك السلوكيات التي يعتبرونها ملائمة من كل من الجنسين. وهكذا تتم تنشئة الأولاد اجتماعياً وفقاً «لقانون خاص بالأولاد» (ديفيد & برانون David & Brannon، 1976). وكما لخص روبرتسون و شيبيرد Robertson and Shepard (٢٠٠٨)، فإن الأولاد «ينبغي أن يتسموا بالصلابة ولا يجب أن يظهروا الضعف بمشاركة الألم أو إظهار الحزن»، «وينبغي أن يظهروا الجرأة والتبجح أو التظاهر بالشجاعة وانجذاباً للعنف»: «ولا ينبغي أن يعبروا عن مشاعر رقيقة مثل الاتكال على الآخرين والدفء والتعاطف» (ص ١٦). ومن الواضح أن تعبير الذكور عن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يتوافق مع هذه التوقعات.

ومن الجدير بالاهتمام أنه عند دراسة معدل انتشار اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى البالغين adults في عينات كLINIكية، يكون من الواضح أن نسبة الذكور إلى الإناث تكون أقرب إلى أن تكون متساوية (جونستون Johnston، 2002)، رغم حقيقة أن معدلات الانتشار في العينات غير الكLINIكية تكون في صالح الذكور إلى حد كبير. ومن الواضح أن الإناث (اللاتي يعانين من أي اضطراب نفسي) من الأكثر احتمالاً أن يقمن بتحويل أنفسهن ويسعين للعلاج، في حين أن الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (أو أية اضطرابات نفسية أخرى) من الأكثر احتمالاً أن يقاوموا العلاج النفسي. ويتم تنشئة الأولاد والمراهقين الذكور والرجال لكبح التعبير الصريح عن الانفعالات المستضعفة، ويمكن أن تكون المعايير الاجتماعية التي تعزز تلك القواعد غادرة بشكل خاص. ويتم تنشئة الأولاد اجتماعياً لتنشيط وكبح نمو اللغة الانفعالي، ويمكن أن تكون عواقب أو نتائج كسر هذه القواعد

حاددة أو شديدة: فالذكور الذين يعبرون عن مشاعر رقيقة بصورة صريحة للغاية ينظر إليهم الآخرون على أنهم ضعفاء ومخصيين emasculated. وهذا يبدأ مبكراً في حياة الولد - فالآباء يميلون إلى كبح استخدام الكلمات التي توصل الحزن أو الألم أو الخوف عند التحدث مع أبنائهم - وتعززه أكثر العواقب والنتائج القاسية التي يختبرها الأولاد من أقرانهم - فالأولاد والمراهقين الذكور والرجال الذين يعبرون بصراحة عن الحزن أو الألم أو القلق غالباً ما يشار إليهم بأنهم ضعفاء وعادة ما يتم نبذهم.

وكما هو الحال مع الأطفال والمراهقين children and adolescents، فإن الرجال والنساء men and women يظهران الأعراض بصورة مختلفة. فمن الأكثر احتمالاً أن يظهر الذكور تهوراً واندفاعاً وسلوكيات فوضوية وقيادة متهورية ومشكلات تعاطي مخدرات وصعوبات في ضبط النفس وضعف القدرة على الحكم وسلوكاً انفجارياً وعدوانياً. وفي المقابل فإن النساء المندفعات من الأقل احتمالاً أن يعبرن عن ذلك بصورة عدوانية ويظهرن بدلاً من ذلك مشكلات أكثر ترتبط بعادات الإنفاق غير الملائمة وسوء السلوك الجنسي وحالات الحمل غير المخطط لها. إن الرجال والنساء الذين يستمرون في إظهار أعراض عدم أو قلة الانتباه يميلون إلى إظهار ضعفاً مماثلاً مثل نسيان الأشياء والافتقار إلى المسؤولية في الاهتمام بالفواتير وواجبات العمل وفقد الأشياء بسهولة وصعوبات مواصلة الانتباه أثناء القراءة والمهام الدراسية.

ومن الأكثر احتمالاً أيضاً أن يظهر البالغون الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط اضطرابات مصاحبة؛ فوفقاً لبعض التقارير فإن ثلاثة من كل أربعة بالغين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهران اضطراباً نفسياً آخر يمكن تشخيصه (بيدرمان Biederman، 2004). وتكشف أنماط هذه الاضطرابات المصاحبة أن الرجال والنساء عادة ما يظهران أعراض مصاحبة مختلفة. وعلى الرغم من أن الاكتئاب يكون شائعاً لدى كل من الرجال والنساء الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، إلا أنه تتم تنشئة الرجال لكبح التعبير اللفظي عن هذه المشاعر، ومن

ثم فإنهم من الأكثر احتمالاً أن يظهروا أشكالاً وصوراً متغيرة مقترنة بالهياج والغضب والعدوان. كما أن المشكلات السلوكية تكون أيضاً أكثر شيوعاً لدى الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ومن الأكثر شيوعاً أن يظهر الرجال مشكلات مع القانون وتعاطي المخدرات. ولهذا السبب فإن الكلينيين الذين يعملون مع الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يجب أن يقرروا بأنه ليست فقط نمط الأعراض الرئيسة يكون مختلفاً، ولكن إظهار الاضطرابات المصاحبة وما يقترن بها من ملامح يكون أيضاً مختلفاً. وبالتالي فإن الكلينيين الذين يعالجون الأولاد أو المراهقين الذكور أو الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يجب أن يكونوا معدين إعداداً خاصاً لمعالجة نمط الأعراض الذي يكون شائعاً بشكل خاص لدى الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

ثانياً- المسار

Course

يصنف اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في نظام الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية كاضطراب يكون عادة واضحاً لأول مرة في مرحلة الرضاعة أو الطفولة أو المراهقة. وفي الحقيقة أن المعيار ب في معايير التشخيص (الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية: الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين American Psychiatric Association، 2000) يتطلب أن تكون الأعراض التي تسبب الضعف أو الإعاقة موجودة قبل سن ٧ سنوات (ص ٩٢). وهكذا فإن المتوقع هو أن أعراض هذا الاضطراب تكون واضحة لأول مرة في بداية مرحلة الطفولة. وبالتالي فإن الدراسات الوبائية في الواقع ركزت أساساً على المجتمع الإحصائي للأطفال ووصفت الإعاقات وحالات الضعف التي عادة ما تكون واضحة في بيئات ومواقف وظيفية مختلفة ذات صلة بهذه الفئة العمرية (كما ناقشنا في بداية هذا الفصل وفي الفصل السابق).

وبالإضافة إلى ذلك، فإن أولئك الأطفال الذين تبدأ الأعراض لديهم

في وقت مبكر جداً، وخاصة بحدة أو شدة كبيرة، عادة ما يظهرون إعاقة أو ضعف أكثر على طول الطريق. فعلى سبيل المثال قام رابلي وآخرون Rappley et al (١٩٩٩) بدراسة ٢٢٣ طفلاً تم تشخيصهم بأنهم أصيبوا باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط قبل سن الثالثة ووجدوا حالات ضعف وإعاقات وظيفية شديدة في مجالات عديدة، بالإضافة إلى درجة اضطرابات مصاحبة أعلى وإصابات جسمية أكثر مما هو مقترن أصلاً بالأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وأوضحت دراسات أخرى أن الأطفال البالغين من العمر ٢ إلى ٤ سنوات والذين يتم تشخيصهم بأنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط على ما يبدو يظهرون ضعفاً كبيراً أخطر من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات أخرى يتم تشخيصها في تلك الفئة العمرية (كونور Connor، 2002).

ومن الصعب تحديد أكثر سن بداية نمونجي، لكن الدراسات أوضحت أن الاضطراب كثيراً جداً ما يتم تشخيصه عندما يتم قيد الأطفال في المدرسة وتصبح مشكلات السلوكيات الفوضوية disruptive behaviors داخل الفصل أو المشكلات المرتبطة بالقدرة على الاهتمام بالمهام الدراسية واضحة (باركلي Barkley، 2006). وعند جلب الأولاد للعلاج، عادة ما يصبح واضحاً أن الأعراض في بيئات أخرى كانت موجودة لبعض الوقت - كان من الصعب معالجة والتحكم في سلوكيات الولد في المنزل لبعض الوقت، كان يسيء السلوك عند أخذه إلى متجر أو دور عبادة، كان يتشاجر مع أقرانه وأشقائه، وما إلى ذلك - ولكن الوالدان كانا يعزوان هذه المشكلات إلى كونه «مجرد ولد» وكانا يحاولان التعامل معها بمفردهما. وهكذا يبدو أن إظهار مشكلات في المدرسة هي نقطة تحول تحث معظم الآباء والأمهات للسعي إلى طلب المساعدة لأبنهم.

١- استمرار الأعراض في سنوات المراهقة

Progression of Symptoms Into Teenage Years

دلت الدراسات البحثية على أن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من المحتمل أن تستمر في سنوات المراهقة، فقد قام باركلي Barkley

(٢٠٠٢) بمراجعة دراسات مستقبلية تابعت الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لمدة ٤ إلى ١٠ سنوات. وكشفت نتائج هذه الدراسات أن ٧٠٪ إلى ٨٠٪ من الأطفال الذين تم تشخيصهم بأنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ظلوا مؤهلين للتشخيص في سن المتابعة (الذي يتراوح من سن ١٤ إلى ١٩ سنة). وهكذا فإن ٢ أو ٣ فقط من كل ١٠ أولاد تم تشخيصهم بأنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لا يعودوا يظهرون الأعراض الكاملة عندما يصبحون مراهقين. وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي على الكلينيين أن يتذكروا أنه حتى هؤلاء المراهقين الذين لا يعودوا يستوفون معايير تشخيص الاضطراب كاملة قد يظلوا يظهرون أعراضاً متبقية residual symptoms تؤثر على أدائهم الوظيفي في المنزل أو في المدرسة أو مع أقرانهم ومع ذلك قد يستفيدوا من العلاج لمساعدتهم على التوافق والتكيف مع هذه المشكلات المتبقية.

وعندما يكبر الأولاد، تتقدم الأعراض من كل مجموعة من مجموعتي التشخيص الأساسيتين وتستمر بصورة مختلفة. فقد اتضح أن النشاط المفرط يقل مع التقدم في العمر. وعلى الرغم من أن الاستثناءات تكون شائعة، إلا أن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والذين كان نشاطهم مفرطاً عندما كانوا أطفالاً يميلون إلى أن يصبحوا أقل إفراطاً في النشاط عندما يصبحوا مراهقين. وعلى الرغم من أن هؤلاء الأولاد قد يظلون متململين، إلا أن قدرتهم على البقاء جالسين تتحسن بصورة عامة، وبوجه عام تتضاءل مشكلاتهم في الجلوس أثناء تناول الوجبات، والسلوك على نحو حسن في المتاجر ودور العبادة، والبقاء في مقاعدهم في الفصل (هينشو Hinshaw، 2002). على أن هذا لا يعني أن أعراض النشاط المفرط تختفي تماماً. فالكثيرون من المراهقين يستمرون في التعبير عن مشاعر القلق التي يتم التعبير عنها بالتململ، وصعوبة الشعور بالارتياح، والرغبة في درجة عالية من الاستثارة الجسمية. وهكذا يمكن القول أن النشاط المفرط «الخارجي» outer يتضاءل، بينما يظل النشاط المفرط «الداخلي» inner باقياً.

وعلى الرغم من أن النشاط المفرط يميل إلى التضاؤل، إلا أن الاندفاع يميل إلى البقاء. ويعبر الأولاد الصغار عن الاندفاع من خلال الصياح، وأداء السلوكيات الخطيرة (مثل الخروج جرياً إلى الشارع)، ومقاطعة الأقران، وعدم انتظار دورهم في الألعاب، وبوجه عام التطفل على الآخرين. وعادة ما يتعلم المراهقون عدم الصياح عند الإجابة في البيئات التي يكون فيها واضحاً أن مثل هذا السلوك غير ملائم (مثل الفصل)، ولكنهم يستمرون في مقاطعة البالغين والأقران في نواح أخرى، تشمل الصعوبات في أخذ دورهم عند الحديث والتطفل أو التدخل في المحادثات والأنشطة. بل أن الأكثر أهمية هو أن المراهقين المندفعين كثيراً ما يظهرون قدرة ضعيفة على إصدار الأحكام مما يسفر عن سلوكيات خطيرة تشمل القيادة المتهورة والأعمال الإجرامية (مثل سرقة المحال أو التعدي على الممتلكات)، وتجريب المواد والأدوية ذات التأثير النفسي، والسلوكيات الجنسية الخطرة (باركلي Barkley، 2006). وهكذا فإن الكلينيين الذين يعالجون الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ينبغي أن يتوقعوا أن الاندفاع الذي يرى في مرحلة الطفولة من المحتمل أن يستمر في سنوات المراهقة، رغم أن التعبير الخاص قد يتغير.

ومن كل أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، من المحتمل جداً أن تستمر القابلية لتشتت الانتباه وعدم التنظيم في سنوات المراهقة مع تغير ضئيل في إظهارهما والتعبير عنهما (باركلي Barkley، 2006). ويظل هناك احتمال أن يرتكب المراهقون الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أخطاء إهمال في عملهم، وأن يحلموا أحلام يقظة أثناء الحصص، وأن ينسوا التعليمات ويضعوا الأشياء الضرورية (مثل الكتب والتكليفات) في غير مواضعها، وأن يفقدوا المتعلقات الشخصية ويفشلوا في متابعة المهام المطلوبة (مثل الواجب المدرسي أو الواجبات والمهام المنزلية)، وأن ينسوا الأنشطة التي سبق التخطيط لها، وما إلى ذلك. ونتيجة لذلك، فإن المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والذين يكونون قابلين لتشتت الانتباه وغير منظمين يظل هناك احتمال لأن يظهروا ضعفاً ملحوظاً في المدرسة وفي

جوانب مختلفة من جوانب حياتهم الشخصية والاجتماعية والمنزلية.

٢- استمرار الأعراض في مرحلة البلوغ

Progression of Symptoms Into Adulthood

عندما كتب لوفر و دينهوف و سولومونز و Laufer, Denhoff and Solomons (١٩٥٧) عن أعراض فرط الحركة، لاحظوا أنه في أغلبية الحالات تنحل تلك الأعراض في مرحلة البلوغ. ولأن معايير التشخيص المذكورة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية تقدم أساساً أمثلة للأعراض التي تكون شائعة لدى الأطفال والمراهقين، فمن الواضح أن نظام الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يتوقع بالمثل أن يكون معظم العملاء الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أطفالاً أو مراهقين، وكما أوضح ماكجوف و ماكراكين McGough and McCracken (٢٠٠٦)، فإن نظام الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يقبل «على نحو ينم عن استكثار» جواز تشخيص البالغين أيضاً بهذا الاضطراب. على أنه يوجد الآن عدد كبير من الأدلة التي تدل على أن نسبة رئيسية من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يواصلون إظهار معايير التشخيص الكاملة في مرحلة البلوغ. فعلى سبيل المثال، وجد كيسلر وآخرون Kessler et al (٢٠٠٥) أن ٣٦٪ من المرضى الذين سبق تشخيصهم بأنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عندما كانوا أطفالاً لا يزالوا يستوفون معايير التشخيص الكاملة وهم بالغين. ويكشف تحليل البيانات الويائية نتائج مماثلة. فكما استعرضنا من قبل، تقرر الدراسات السابقة أن حوالي ٣٪ إلى ٧٪ من أطفال المدارس يتم تشخيصهم بأنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وبالمقارنة تقرر الدراسات السابقة أن ٢٪ إلى ٥٪ من البالغين يستوفون معايير التشخيص (رامزي & روستين Ramsay & Rostain، 2008). وهكذا يكشف تجميع لهذه النتائج أنه بين حوالي ثلث ونصف الأولاد الذين يتم تشخيصهم بأنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من المحتمل لأن يواصلوا إظهار الأعراض الكاملة

في مرحلة البلوغ.

على أن الرجال الذين تم تشخيصهم بأنهم كانوا يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عندما كانوا أولاداً ومراهقين من المحتمل أن يواصلوا إظهار ضعفاً وظيفياً كبيراً، حتى إذا لم يعودوا يستوفون معايير التشخيص الكاملة. فعلى سبيل المثال، كشف بيدرمان و ميك و فاراوان Biederman, Mick and Faraone (٢٠٠٠) أنه على الرغم من أن العديد من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لا يعودوا يستوفون معايير التشخيص الكاملة في مرحلة البلوغ، إلا أنهم يظلوا يظهرون ضعفاً كافياً يتطلب العلاج. ويجب أن يكون كلينيكيو الصحة النفسية معدين لعلاج الرجال الذين تكون لديهم أعراض متبقية أو متخلفة وأن يعرفوا أنه حتى إذا لم يتم استيفاء معايير التشخيص الكاملة لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، فإنه قد يظل هناك ضعف كبير.

وهناك مسألة أخرى يجب أخذها في الاعتبار وهي ما إذا كان هؤلاء البالغين الذين لا يعودوا يستوفون معايير التشخيص الكاملة قد تحسّنوا بسبب الهدوء التدريجي للأعراض gradual remission أو ما إذا كان الرجال قد نماوا وطوروا استراتيجيات تعويضية كافية لمعالجة تلك الأعراض. وهناك بعض الأدلة التي تدعم كلا الاحتمالين. فكما سنستعرض في الفصل القادم، فإن أكثر تفسير سببي مقبول يركز على فهم الفروق والاختلافات في بنية ووظيفة المخ والتي تكون واضحة لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. فهذه الفروق والاختلافات تتضمن في الغالب الفصوص الجبهية والمسارات الوظيفية المفترزة للدوبامين. على أن الفصوص الجبهية هي آخر أجزاء تنضج في المخ وهي تمر بنمو كبير أثناء مرحلة المراهقة. وربما لا تكون مصادفة أن بعض أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (مثل فرط النشاط) تتضاءل وتقل أثناء نفس فترة النمو. ومن المقبول أن نقول أنه عندما تنضج الفصوص الجبهية يزيد التحكم الذاتي في الدوافع الحركية، مما يسفر عن الانخفاض الملحوظ في فرط النشاط.

ومن المحتمل أيضاً أن ينمي بعض الأولاد والمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط مهارات تعويض على طول الطريق تساعد على التعامل مع أية أعراض متبقية. وكما استعرض وراجع أمبروجيو و جينسين Ambroggio and Jensen (٢٠٠٢)، فإن هناك دراسات عديدة تثبت فاعلية العلاجات الطبية والنفس-اجتماعية. وعلى الرغم من أن المتابعات الطويلة المدى تكون نادرة، إلا أن هيكتمان و أبيكوف Hechtman and Abikoff (انظر أمبروجيو & جينسين Ambroggio & Jensen، 2002) كشفوا أن الأطفال (في الغالب الأولاد) الذين واصلوا العلاج (الإرشاد والعلاج بالأدوية معاً أو العلاج بالأدوية وحده) تحسنوا كثيراً وحافظوا على هذا التحسن طوال مدة العلاج، وفيما بعد كشفت دراسة علاج المراهقين المتعدد الطرق Multimodal Treatment of Adolescents (MTA) (المجموعة التعاونية لعلاج المراهقين المتعدد الطرق MTA Cooperative Group، 1999) أن كلاً من العلاج النفس-اجتماعي والعلاج بالأدوية psychosocial and medication عملاً على تحسن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أثناء فترة العلاج بدرجة كبيرة، وهو ما استمر لأكثر من عام. وقد لوحظت حالات التحسن بشكل خاص في سلوك الفصل، والعدوان، والمهارات الاجتماعية، وكشفت تقديرات الأطفال في العلاج من جانب المعلمين وأولياء الأمور والأقران تحسناً كبيراً في الأداء الوظيفي في تلك المجالات. ومن ثم فإنه من الواضح أن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والذين يتلقون علاجاً يحسنون قدرتهم على التعلم وممارسة ضبط الذات والتفاعل مع الأقران. ورغم عدم وجود متابعات طويلة المدى، إلا أنه من المعقول أن نتوقع أن يتعلم الأولاد والمراهقين الذين يشاركون في علاج طويل الأجل لمعالجة أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط المهارات الاجتماعية والدراسية ومهارات ضبط الذات على طول الطريق، مما يساعد على أن يصبحوا معدين بصورة أفضل لمرحلة البلوغ. وعلى الرغم من أن هذه المهارات التعويضية ربما لا تكون كافية للتخلص من المشكلات المرتبطة باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، إلا

أنها مع ذلك قد تكون ذات فائدة كافية لخفض درجة الضعف الكلية التي قد يستمر في إظهارها الذكر البالغ الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

وعندما يواصل الرجال إظهار الضعف المرتبط باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في مرحلة البلوغ، قد يتغير التعبير عن الأعراض. فكما ناقشنا في البداية، من المحتمل أن يتضاءل فرط النشاط، وقد يشمل الإظهار أو التعبير المتبقي عن الأعراض التملل والقلق. وفي مرحلة البلوغ، من غير المحتمل أن تمثل هذه الأعراض مشكلة، ولكن قد ينتج القلق والتملل مع ذلك إحساساً داخلياً بالضيق العام. وعلى النقيض من ذلك، غالباً ما يظل الاندفاع مشكلة كبيرة بالنسبة للرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (باركلي Barkley، 2002). فالرجال المندفعون يستمرون في إظهار مشكلات في العلاقات الاجتماعية ويميلون إلى أن يكرههم أقرانهم. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الاندفاع يعيق ويضعف القدرة على إصدار الأحكام، وغالباً ما يتضح في السلوكيات التي تسفر عن عواقب ونتائج شخصية ومهنية وقانونية وصحية ضارة، تشمل اتخاذ القرارات الضعيفة والتزويغ من العمل والإنفاق المفرط والتخطيط المالي الضعيف والقيادة المتهوررة وإصابات الحوادث (باركلي Barkley، 2006).

وبالمثل من المحتمل أن يستمر عدم الانتباه inattentiveness وعدم التنظيم disorganization في مرحلة البلوغ (باركلي Barkley، 2002). فالرجال الذين تكون لديهم هذه الأعراض غالباً ما تكون لديهم مشكلات في إنجاز وإتمام التكاليف المرتبطة بالعمل أو الدراسة، والوفاء بالالتزامات المالية، وتنظيم وتذكر مكان مقتنياتهم، والاهتمام بمسئوليات يومية متنوعة مرتبطة بحياة البالغين الطبيعية. وبالتالي فإن علاقاتهم الأسرية غالباً ما تتوتر، وإنجازهم للعمل يتخلف كثيراً عن أقرانهم الذين لا يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (رامزي & روستين Ramsay & Rostain، 2008).

وأخيراً يلزم عامل آخر أخذ في الاعتبار. فالرجال الذين يظهرون أعراضاً

متبقية أو متخلفة لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يختبرون بوجه عام ضيقاً وتوتراً أكثر في حياتهم اليومية. ونتيجة لذلك، فإنه من الأكثر احتمالاً أن يمروا بصراعات متكررة مع زملائهم في العمل ومشرفيهم وأقرانهم والآخرين الهامين. ومن المحتمل أيضاً أن يكونوا أقل براعة ونجاحاً. وبلا شك أن الرجال يعون ويدركون تلك العوامل حتى إذا لم يظهروا فهماً مكثفاً للأسباب الأساسية أو الخفية. وبالتالي فإن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أو من أعراض متبقية من المحتمل جداً أن يظهروا مشكلات نفسية مصاحبة تزيد من تعقد بروفييل أعراضهم الكلي. ووفقاً لبعض التقارير فإن ثلاثة من كل أربعة رجال بالغين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون أعراض اضطراب نفسي آخر على الأقل، والأكثر شيوعاً هو الاكتئاب (رامزي & روستين Ramsay & Rostain، 2008). وفي الحقيقة أن بعض الباحثين الذين درسوا نتيجة الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في مرحلة البلوغ قرروا أن أعراض تلك الاضطرابات المصاحبة، أكثر من أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في مرحلة البلوغ، هي التي تكون مسؤولة في الغالب عن الضعف الكلي للبالغين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وكما سنناقش في الفصل الخامس، يجب أن يكون الكلينيكيون يقظون لتشخيص كل الأعراض التي تكون واضحة بصورة شاملة والتخطيط لمعالجة كل هذه الأعراض بدرجة كافية في العلاج.

ثالثاً- ملخص

Summary

لقد تغير معدل انتشار اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط على مدار السنين مع تطور معايير التشخيص. وبالإضافة إلى ذلك، يوصي الباحثون الآن بضرورة استخدام معايير فاصلة أكثر قوة وصرامة لتجنب تصنيف الأطفال الذين لا يظهرون مستويات ضعف كافية. ووفقاً لمعايير التشخيص الحالية (كما هي واردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية)، وباستخدام حد فاصل قدره ٢ انحراف معياري فوق المتوسط عند

قياس كل مجموعة أعراض رئيسية، يقرر أن معدل الانتشار الحالي لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يقع بين ٣٪ و ٧٪ من أطفال المدارس. إن معدل انتشار اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى البالغين مثبت بدرجة أقل وضوحاً، ولكن بعض البحوث الحديثة قد دلت على أن ما بين ٢٪ و ٤٪ من البالغين يستوفون معايير تشخيص الاضطراب.

وقد كان هناك جدل حول مسار الاضطراب لعقود عديدة. فمنذ خمسين عاماً كان يتوقع من الأطفال أن يتخلصوا من الاضطراب قبل بلوغ مرحلتي المراهقة المتأخرة والبلوغ. على أن نتائج البحوث الحديثة تكشف عن أن ٧٠٪ إلى ٨٠٪ من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يواصلون إظهار الاضطراب في مرحلة المراهقة. ومرة أخرى فإن بيانات نتائج البالغين تكون أكثر ندرة، ولكن من المقبول عامة الآن أن نحو نصف الرجال الذين تم تشخيصهم بأنهم كانوا يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عندما كانوا أطفالاً أو مراهقين لا يزالوا يستوفون معايير التشخيص هذه في مرحلة البلوغ، ولا تزال نسبة كبيرة من الباقيين يظهرون أعراضاً متبقية أو متخلفة لا تزال تنتج ضعفاً كبيراً. إن التعبير عن الأعراض يتغير بمرور السنين، ويكون فرط النشاط أقل شيوعاً، ولكن عادة ما يستمر الاندفاع/عدم التنظيم. وبالإضافة إلى ذلك، من الأكثر احتمالاً أن يظهر الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط اضطرابات نفسية مصاحبة تعمل على تفاقم الضعف الوظيفي الكلي إلى حد كبير.

الفصل الثالث

أسباب الاضطراب Etiology

تماماً مثلما تطور فهمنا لأعراض ووبائيات ومسار اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط على مدار العقود العديدة الماضية، كذلك بالمثل أيضاً تغير فهمنا لأسباب الاضطراب. فمن قبل كان ينظر إلى أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط على أنها تحدث بسبب تفاعلات غير ملائمة بين ولد والعالم المحيط به - والديه، ومعلميه، بل وربما دور العبادة (رافالوفيتش Rafalovich، 2001). ووفقاً لأصحاب نظريات مثل كلاين Klein و أنا فرويد Anna Freud، فإن مرحلة الكمون التي اعتقد فرويد أنها تحدث فيما بين سن ٦ و ١٢ سنة هي فترة قد ينمي فيها الأطفال القلق والشغب والانعزال الاجتماعي. وقد كتب كلاين Klein (١٩٦٣) قائلاً: «إن التنفيثات والإفرازات الحركية التي يحققها الطفل الصغير من خلال التملل غالباً ما يتم تكثيفها في بداية فترة الكمون في صورة حركات نمطية محددة عادة ما تفقد رؤيتها في الصورة العامة للحركة المفرطة التي يظهرها الطفل» (ص ١٤٤). وهكذا ينظر إلى التملل على أنه تعبير بدني مفرط عن حالة القلق الانفعالية.

وبالمثل كان يعتقد أن الاندفاع هو نتاج لصراع الطفل غير الناجح للحصول على الرضا من والديه، وأن القابلية لتشتت الانتباه هي نتيجة للاضطراب العصابي وسببها أنها مفككة بسبب ديناميات تفاعل نظام الأسرة وتأثيره على نمو الطفل (رافالوفيتش Rafalovich، 2001). وكان العلاج بالتحليل النفسي يهدف إلى مساعدة أفراد الأسرة للحصول على فهم لسلوكياتهم ومساعدتهم على فهم معنى أعراض الطفل، مما يسمح بتفسير الخبرات المنحرفة وتحليلها وإعادة بنائها. ولحسن الحظ، فإنه في مواجهة الفشل المدوي لهذا الأسلوب، لا يستخدم معظم الكليينكيين اليوم نظرية التحليل النفسي لمحاولة فهم أسباب هذا الاضطراب.

وبدلاً من ذلك، يقر أغلبية واسعة من الكليينكيين اليوم بأن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تنشأ من فروق واختلافات عصبية

ونفسية موثقة جيداً وواضحة في أمخاخ الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وتساهم عمليات التعلم أيضاً في تنمية الصراعات والسلوكيات التي تمثل مشكلات. وبالتالي فإن هذا الفصل سوف يستعرض هذه الأسباب لمساعدة الممارسين على الحصول على فهم لأسباب أعراض الاضطراب. إن فهم العمليات التي تقوم عليها الأعراض سوف يساعد القراء على وضع إطار ملائم لتصور استراتيجيات العلاج التي من المحتمل جداً أن تسفر عن خفضاً فعالاً للأعراض.

أولاً- الصياغات العصبية- البيولوجية

Neurobiological Formulations

لفهم الفسيولوجيا المرضية لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، يجب علينا أن نتعرف على مناطق المخ التي تكون متضمنة في التحكم في وظائف المخ التي يقوم عليها الاندفاع والنشاط المفرط وعدم الانتباه وعدم التنظيم. وعادة ما يكون من المفيد أن نقسم المناقشة إلى جزئين لأن فرط النشاط والاندفاع هما نتاج وظائف مخ مترابطة ومتشابكة، وبالمثل يرتبط عدم الانتباه وعدم التنظيم.

١- فرط النشاط والاندفاع Hyperactivity and Impulsivity

تشكل قشرة المخ Cerebral Cortex، التي تعرف أحياناً باسم مقدمة الدماغ أو الدماغ الأمامي Forebrain أو الدماغ الانتهائي Telencephalon، أكبر جزء في مخ الإنسان. وقشرة المخ هذه مسئولة عن معظم الوظائف العقلية المعرفية والمعالجة الحسية cognitive functions and sensory processing. وينقسم كل نصف من نصفي قشرة المخ الجانبيين إلى أربعة فصوص: الفص الجبهي frontal، والفص الجداري parietal، والفص القفوي occipital، والفص الصدغي temporal. والفصوص الجبهية هي أكثر الفصوص صلة. فالأجزاء الخلفية (الأقرب إلى قمة الرأس) تكون متضمنة في التحكم الحركي، في حين أن الأجزاء الأمامية (الأقرب إلى جبهة الرأس) تتحكم في وظائف الكبح و«المهارات التنفيذية» المتمثلة في التخطيط واتخاذ القرارات. إن البشر مندفعون بطبيعتهم. وهذا يعني أنه في كل لحظة يولد مخنا

عدداً كبيراً من الدوافع impulses. وبعض هذه الدوافع تكون أفكاراً، والبعض الآخر دوافع لقول أشياء أو أداء حركة ما. وعندما تقوم أجزاء المخ المختلفة بتوليد تلك الدوافع، يتم ترحيل هذه الدوافع إلى الجزء الأمامي من الفصوص الجبهية لأداء عملية اتخاذ القرارات وتحديد ما إذا كان ينبغي تحويل الدافع إلى فعل أو عمل. وهكذا فإنه عندما لا يتم تنشيط الفصوص الجبهية تنشيطاً كاملاً، أو عندما تكون أصغر حجماً، أو عندما لا تؤدي وظيفتها بكامل قدرتها، لا تتم معالجة الدوافع التي ترسل إليها بصورة كافية، وسرعان ما يحول الكثير منها إلى سلوكيات. وفي هذا السياق، يصبح واضحاً أن هناك ارتباط وثيق بين الاندفاع وفرط النشاط - فرط النشاط هو مجرد القدرة المنخفضة على التحكم في الدوافع الحركية، حتى أن العديد منها يتحول إلى سلوكيات ظاهرة. وبمعنى آخر فإن فرط النشاط hyperactivity هو في الحقيقة اندفاع حركي motor impulsivity.

إن الفصوص الجبهية الأمامية لا تعالج فقط الدوافع الحركية، ولكنها أيضاً تلعب دوراً هاماً في اتخاذ القرارات decision making. فعندما نقرر خطة عمل، عادة ما يكون من المفيد أن نراجع ونستعرض البدائل (بناءً على معرفتنا وخبراتنا السابقة)، وننظم عملية اتخاذ القرار في خطوات منفصلة، وننفذ الحل. وعادة ما تعرف هذه باسم الوظائف التنفيذية executive functions، وهي ووفقاً لباركلي Barkley (١٩٩٧أ) تتطلب استخدام الذاكرة العاملة اللفظية وغير اللفظية، والتنظيم الذاتي self-regulation للعاطفة أو الانفعال، والدافعية، والاستثارة، والتخطيط. وهكذا فإن إعاقة الوظيفة الطبيعية للفصوص الجبهية من المحتمل أن تسفر عن ليس فقط فرط نشاط ولكن أيضاً نقص أو قصور في الوظائف التنفيذية.

إن مناطق المخ التي تقع تحت (وتحاط بـ) القشرة تلعب أيضاً دوراً هاماً. فالعقد القاعدية basal ganglia، وهي مجموعة من النويات الواقعة داخل القشرة، بالقرب من مكان التقاء الفصوص الجبهية مع الفصوص الصدغية، تكون ذات صلة بوجه خاص. فالعقد القاعدية هي محطات ترحيل أو إرسال في

عملية التحكم في الوظائف الحركية. وعلى وجه التحديد فإنها تكون متضمنة في التحكم في الدوافع الحركية. وهكذا فإنه عندما لا يتم التحكم في دافع حركي ويتم تحويله إلى فعل حركي (كما يحدث عندما يظهر شخص تشنجاً أو عنفاً أو تمللاً حركياً)، فإن العقد القاعدية تكون قد فشلت في كبح هذا الدافع.

إن المخيخ cerebellum هو أيضاً جزء هام من أجزاء الجهاز الحركي. فهو يخزن الوحدات الحركية الوظيفية - سلاسل الحركات الخاصة للغاية والتي يجب أدائها بالتناغم وبالتسلسل الملائم عند أداء أية حركة معقدة (مثل المشي، والجلوس، والجري، والكتابة، ورفع الأشياء، إلخ). ويرتبط المخيخ ارتباطاً وثيقاً بالفصوص الجبهية والعقد القاعدية. فعند أداء حركة، تتم معالجة الدافع لتنفيذ تلك الحركة بواسطة الفصوص الجبهية والعقد القاعدية، ويتم استدعاء الوحدات الحركية الوظيفية الملائمة، ويتم إرسال الدوافع إلى الجهاز العصبي الخارجي أو المحيطي عبر المسارات الناقلة للتحكم في العضلات المسؤولة عن أداء السلوك. وعندما يبدو السلوك غير متوافق أو مخططاً على نحو ضعيف أو سيئ، لا يتم تخزين الوحدات الوظيفية الملائمة أو لا يتم استدعاؤها بشكل ملائم.

ولفهم السبب في أن نظام المخ المعقد المسئول عن التحكم الحركي والوظائف التنفيذية ربما يسيء أداء وظيفته، دعونا نتأمل جانباً واحداً. إن وظيفة المخ تتم بالعمل المتسق لخلايا المخ أو الخلايا العصبية, brain cells or neurons. والخلايا العصبية تعمل عن طريق «إطلاق» أو إرسال الرسائل. إن الخلايا العصبية في الواقع ليست مرتبطة بعضها ببعض ولكن تفصل بينها فراغات يطلق عليها الوصلات العصبية synapses. ولكي تتواصل خلية عصبية مع أخرى، يجب إطلاق مرسال كيميائي (ناقل عصبي neurotransmitter) في الوصلة العصبية ويؤثر على الخلية العصبية الموجودة خلف الوصلة العصبية. وعلى الرغم من أن هناك الناقلات العصبية التي توجد في كل أنحاء المخ بأكمله، إلا أن البعض الآخر لا تكون متمركزة في مكان معين وتكون متضمنة في معالجة وظائف مخ محددة ومنفصلة. إن الفصوص الجبهية (خاصة جوانب وظيفة الفصوص الجبهية التي نناقشها هنا) يتم التحكم فيها أساساً بواسطة عمل

الدوبامين. وهكذا فإنه من المحتمل أن تؤثر مستويات الدوبامين في مدى أداء التحكم الحركي والوظائف التنفيذية بشكل ملائم.

٢- قلة الانتباه وعدم التنظيم **Inattentiveness and Disorganization**

إن قلة الانتباه وعدم التنظيم هما وظيفتان من وظائف المخ تتضمنان أيضاً الفصوص الجبهية (ستال Stahl، 2000). فلترشيح الملتهبات وصارفات الذهن distractions يجب على المرء أن يكبح الدافع إلى الانتباه لحدث يدخل في وعيه مثل صوت يسمع أو شيء يظهر إلى العيان. وهذا يتطلب ضبطاً للذات. وبالإضافة إلى ذلك، عندما يحاول المرء جاهداً أن ينظم أفعاله، ويتذكر أماكن مقتنياته، ويخطط لإنجاز التكاليفات أو أداء مسؤوليات مكلف بها، فإن استخدام الوظائف التنفيذية يكون أيضاً ضرورياً. على أن تنظيم الأفكار والقدرة على ترشيح صارفات الذهن هما مهمتان معرفيتان تماماً لا تتطلبان استخدام الجهاز الحركي ومن ثم لا تتطلبان تنشيطاً للعقد القاعدية والمخيخ. ومن الواضح حقاً أن الأجزاء المختلفة للفصوص الجبهية frontal lobes تكون متضمنة في الانتباه والتركيز، وقد وجد أن أجزاء المخ هذه يتم تنشيطها أساساً بواسطة كل من الدوبامين والنورإبينفرين . وبالتالي فإن التغيرات في مستويات أي من هذين الناقلين العصبيين قد تكون لها تأثير على قلة الانتباه.

وبالإضافة إلى ذلك، فإن هناك جزء آخر من المخ تحت القشرة يلزم أخذه في الاعتبار. إن التشكل الشبكي، والذي يعرف أيضاً باسم الجهاز التنشيطي الشبكي (reticular activating system (RAS)، هو حزمة مستطيلة من الخلايا العصبية الواقعة داخل جذع المخ. ويتصل الجهاز التنشيطي الشبكي بشكل مكثف بأجزاء المخ المختلفة، بما في ذلك كل الفصوص القشرية. ويمكن فهم الجهاز التنشيطي الشبكي تصورياً على أنه «دواسة وقود المخ» gas pedal for the brain لأنه يلعب دوراً رئيسياً في تنشيط المخ لدعم مستوى استئارة قاعدي. وإذا لم ينشط الجهاز التنشيطي الشبكي بدرجة كافية، فإن المخ (بما في ذلك الفصوص الجبهية) لن يؤدي وظيفته بطاقته الكاملة، وسوف تكون أعراض القابلية لتشتت الانتباه أكثر احتمالاً بكثير.

وهناك أسباب مختلفة وراء احتمال وجود صعوبات تواجه تنشيط الجهاز التنشيطي الشبكي للمخ. ويمكن ربط أحد هذه الأسباب بالجسم الثفني corpus callosum (الجسم الجاسي)، وهو شق طولي محشو بكثافة بوصلات بين الخلايا العصبية. ويتضمن قدر كبير من عمل المخ اتصالاً بين مناطق المخ المختلفة، ويجب نقل هذه الرسائل من خلال الجسم الثفني. وهكذا إذا أظهر الجسم الثفني مشكلات في الكفاءة أو القدرة، فمن المحتمل أن تكون نواحي الضعف أو القصور في وظائف المخ واضحة.

وكما سبق وأن ناقشنا، يبدو أن مناطق الفصوص الجبهية التي تكون متضمنة في التحكم الحركي والوظائف التنفيذية (مثل التخطيط) ينظمها بشكل رئيسي الدوبامين، في حين أن المناطق التي تكون متضمنة في استثارة الانتباه والتحكم فيه ينظمها كل من الدوبامين والنورإبينفرين norepinephrine. إن الجهاز التنشيطي الشبكي ينشط المخ عن طريق إطلاق الدوبامين في مادته substantianigra السوداء ومناطقه السقيفية tegmentum regions، وتقوم إسقاطات الدوبامين بتنشيط مناطق الفصوص الجبهية والعقد القاعدية والمخيخ وغيرها من مناطق المخ غير المرتبطة مباشرة باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. كما أن الجهاز التنشيطي الشبكي يطلق أيضاً النورإبينفرين في الموضع الأزرق locus coeruleus، وتقوم الإسقاطات بتنشيط أجزاء الفصوص الجبهية المسؤولة عن التحكم في الانتباه، وكذلك تراكيب المخ الأخرى التي قد تلعب دوراً غير مباشر في الانتباه، بما في ذلك أجزاء الفصوص الصدغية والجدارية (ميرسكي Mirsky، 1987). وبالتالي فإنه من الواضح أن التحكم العصبي-الфизиولوجي في وظائف المخ والتي تقوم عليها أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يتضمن أساساً هذين الناقلين العصبيين الكاتيكولامين catecholamine.

٣- ملخص نتائج البحوث

رغم أنه من المفيد أن نحدد مناطق المخ التي قد تكون متضمنة في إنتاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، إلا أنه يلزم مراجعة نتائج

البحوث العصبية-النفسية لبحث ودراسة ما إذا كان الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون في الحقيقة حالات شذوذ في تلك المناطق. فقد حددت دراسات المخ البحثية كلاً من الفروق والاختلافات البنائية والوظيفية لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ويلزم مراجعة كل من هاتين الفئتين بشكل منفصل.

العيوب التشريحية العصبية. كما استعرض سوانسون و كاستيلانوس Swanson and Castellanos (٢٠٠٢)، كشفت أربع دراسات رئيسية أجريت في تسعينيات القرن العشرين، وجميعها استخدمت مسح التصوير بالرنين المغناطيسي، بشكل ثابت ومتوافق أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (في الغالب أولاد) يظهرون عقداً قاعدية أصغر حجماً. وعلاوة على ذلك، فإن هناك توافق ملفت للنظر وواضح في هذه النتائج. فقد كشفت النتائج عن نقص أو انخفاض منتظم ومتجانس قدره حوالي ١٢٪ بحجم تأثير قدره حوالي ٠,٧٥٪. وكشفت هذه الدراسات أيضاً أن مخيخ الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يكون بالمثل أصغر حجماً، وكشفت كل الدراسات الأربعة فروق الحجم المذكورة في نفس مناطق المخيخ (الفص الخلفي السفلي، الفصيصات ٨-١٠ لدودة المخ vermis). وكما سبق وأن ناقشنا في البداية فإن العقد القاعدية والمخيخ يلعبان أدواراً أساسية في التحكم في الوظائف الحركية. ومن الواضح أن نتائج هذه الدراسات تدعم الفرض القائل أن بُنى أو تراكيب المخ هذه تكون متضمنة في إنتاج أعراض فرط النشاط.

وقد حددت الدراسات البحثية أيضاً فروقاً دالة في الفصوص الجبهية. فقد أوضحت هذه الدراسات أن هناك ثلاثة مناطق بالفصوص الجبهية - هي التلفيف الحزامي الأمامي anterior cingulate gyrus (المتصل بالتحكم في الوظائف التنفيذية)، والمنطقة الظهرية الجانبية اليسرى left dorsolateral region (المتضمنة في الذاكرة العاملة والوظائف العقلية المعرفية)، والمنطقة الجبهية اليمنى right frontal region (المتصلة باليقظة والتركيز) - وقد

وجد أن هذه المناطق أيضاً تكون أصغر حجماً لدى المجموعات التي تعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ومرة أخرى لوحظ توافق دال أو كبير بين هذه الدراسات، مع تقرير إنخفاض قدره حوالي ١٠٪ وحجم تأثير قدره نحو ٠,٧٥. بصورة منتظمة (سوانسون & كاستيلانوس Swanson & Castellanos, 2002). وعلاوة على ذلك، كشفت نتائج أخرى عن أن نفس هذه المناطق بالفصوص الجبهية كانت أصغر حجماً فقط لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط وليس لدى المشاركين الذين يعانون من صعوبات تعلم (ولا يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط). وبالتالي فمن الواضح أن مناطق الفصوص الجبهية تظهر أيضاً حالات شذوذ وعيوب معينة تبدو خاصة بالأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

وقد كشفت الدراسات التي بحثت حجم الجسم الثفني corpus callosum أيضاً عن نتائج ملفتة للنظر. فعلى الرغم من كشف بعض الاختلافات أو التباينات الجانبية، قرر فريقان بحثيان أن المناطق الأمامية والخلفية بالجسم الثفني كانت أصغر حجماً لدى المجموعات التي تعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (سوانسون & كاستيلانوس Swanson & Castellanos, 2002). وأكدت دراسات أخرى أجرتها مجموعات باحثين أخرى أيضاً هذه النتائج (باركلي Barkley, 2006). وهكذا فإنه من المحتمل أن تساهم حالات الشذوذ أو العيوب الموجودة في الجسم الثفني في إنتاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

العيوب العصبية والفسولوجية. على مدار عدة عقود مضت استخدم الباحثون أساليب متنوعة لمسح المخ الوظيفي لبحث نشاط المخ لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وقد كشف التصوير المقطعي بالانبعاث الأحادي الفوتون single photon emission tomography (SPECT)) أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون تروية دموية blood perfusion أقل من الطبيعي في المناطق المخططة

والجبهية/قبل الجبهية (خاصة على الجانب الأيمن)، مما يدل على مستوى نشاط أقل في تلك المناطق (باركلي Barkley، 2006؛ سوانسون & كاستيلانوس Swanson & Castellanos، 2002). وهذه النتائج دعمتها دراسات استخدمت التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي (functional magnetic resonance imaging (FMRI)). وبالإضافة إلى ذلك، عندما أعطى للأفراد أدوية منبهة (تزيد نقل الدوبامين)، عادت التروية الدموية للمناطق المخططة إلى المستويات الطبيعية.

وكشفت الدراسات التي استخدمت مسح التصوير المقطعي بالانبعاث البوزيتروني (positron emission tomography (PET) نتائج مختلفة ومغايرة بعض الشيء، وأظهر عدد من مناطق المخ أيضاً انخفاض النشاط في أمخاخ الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ولكن ليس بصورة ثابتة أو متوافقة. على أن النتيجة الوحيدة التي كانت ثابتة ومتوافقة عبر الدراسات الثلاث هي أن الفصوص الجبهية، وخاصة المنطقة الأمامية اليسرى، أظهرت قصوراً كبيراً في النشاط.

وقد كشفت نتائج دراسات رسم المخ الكهربائي (EEG) عن نتائج مغايرة ومختلفة بعض الشيء أيضاً، ولكن أوضحت مقاييس رسم المخ الكهربائي الكمية بشكل ثابت أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون أنماط موجة منخفضة (بيتا Theta) زائدة ونشاط موجة سريعة (بيتا Beta) منخفض في الفصوص الجبهية، مما يدل مرة أخرى على تنشيط جبهي منخفض.

وقد أوضحت دراسات احتمالية الاستجابة المستتارة (ERP) (Potential Evoked response) أن ساعات أصغر حجماً يعتقد أنها نتيجة لتنشيط أصغر للمنطقة قبل الجبهية. ومرة أخرى أوضحت الدراسات أن نواحي الضعف أو القصور هذه تخف وتنحل عند إعطاء الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أدوية منبهة (باركلي Barkley، 2006).

ومنذ أن اقترح ويندر Wender (١٩٧١) «فرض الدوبامين»، شكك

الباحثون في أن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تكون ثانوية، على الأقل جزئياً، بالنسبة للقصور في وظائف المخ المفرزة للدوبامين. ويؤكد الفهم الحالي لوظيفة المخ أن تراكم المخ المسئولة عن التحكم في الحركة والوظائف التنفيذية والانتباه يتم تنشيطها بواسطة ناقلات الكاتيكولامين، خاصة الدوبامين والنورإبينفرين catecholamine transmitters. وفي الحقيقة أن نتائج البحوث الحديثة تشير بالتحديد إلى نواحي القصور في ثلاثة من مسارات المخ الأربعة المفرزة للدوبامين (المسار القشري المتوسط mesocortical، والمسار الطرفي المتوسط mesolimbic، والمسار السوداوي المخططي nigrostriatal) وكذلك في مسار النورإبينفرين قبل الجبهي prefrontal norepinephrine (ستال Stahl، 2000). إن دراسات الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تعطي مزيداً من المصادقية لهذه الفروض. فدراسات السائل النخاعي المخي تكشف عن أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون مستويات دوامين أقل (هالبرين وآخرون Halperin et al، 1997)، وبالمثل تقحم دراسات أخرى لمستقبلات الدم والبول الأيضية الدوبامين والنورإبينفرين، وإن كان ذلك بصورة غير ثابتة (باركلي Barkley، 2006). إن الدراسات التي تستخدم مسوح التصوير المقطعي بالانبعاث البوزيتروني بالفلورودوبا مع البالغين تؤكد أيضاً هذه النتائج وتكشف أن البالغين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون نشاط إفراز دوامين أقل في الفصوص الجبهية (إرنست وآخرون Ernst et al، 2003).

وقد حددت البحوث الوراثية الجزيئية بعض العوامل الوراثية التي تسبب نواحي العجز أو القصور في هذه الناقلات العصبية وتقترح تفسيراً لسبب إظهار الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لوظيفة أقل مرتبطة بالكاتيكولامين. وقد تم التعرف على وتحديد نواحي النقص أو القصور في الجينات الناقلة للدوبامين لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ومستلقتهم (أي أول أفراد يلفتون النظر للاضطراب).

وقد تمت الإشارة بالتحديد إلى جين DAT\ على الكروموسوم ٥، وجين DRD٤ على الكروموسوم ١١، وجين DRD٥ على الكروموسوم ١٦، والجين الناقل DBH (باركلي Barkley، 2006؛ سوانسون & كاستيلانوس Swanson & Castellanos، 2002). ومن المحتمل أن تسفر هذه العوامل الوراثية عن انخفاض نشاط إفراز الدوبامين في المناطق الرئيسية بالمخ، والتي تشمل أغلبية الجهاز المفرز للدوبامين. ولأن الدوبامين هو الذي يندثر بالنورإبينفرين، فمن المقبول أن تسفر نواحي نقص الدوبامين أيضاً عن نقص في النورإبينفرين.

ثانياً- البيئة الطبيعية

منذ أن ناقش زوبين و سبرنج Zubin and Spring (١٩٧٧) إمكانية تطبيق نموذج الاستعداد للمرض-الضغط على فهمنا لانفصام الشخصية، قام باحثوا وكلينيكيو الصحة النفسية بتمده وتوسيعه لفهم اضطرابات نفسية أخرى. فهذا النموذج يفترض أن أفراداً معينين يولدون بقابلية وراثية للإصابة باضطراب، وتعمل العوامل البيئية (مثل الإصابة والضغط أو التوتر وأحداث الحياة الأخرى) على تفاقم هذه القابلية للإصابة بالاضطراب وتنشط نمو الاضطراب. وكلما كانت القابلية المسببة للاضطراب أكبر، قل الضغط اللازم لحد العملية. وفي المقابل عندما يكون هناك إسهام وراثي أصغر، يلزم ضغط أكبر. وفي المواقف القصوى لا تتطلب القابلية القصوى للإصابة في الحقيقة أي ضغط لإنتاج اضطراب، ولا تسفر القابلية الدنيا عن نمو الاضطراب إلا إذا أصبح الضغط في أقصى درجاته. على أن معظم الحالات تقع بين هذين الطرفين للمتصل الطرفي. إن الضغط البيئي والإصابة قد يكونا ماديين physical في طبيعتهما. فقد اتضح مثلاً أن إصابة المخ، وخاصة الإصابة التي تتضمن نقص الأكسجين (التي يحرم فيها المخ من الأكسجين لفترة طويلة)، تزيد القابلية لتنمية اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (كروكشانك، إلياسون، & ميريفيلد Cruickshank, Eliason, & Merrifield، ١٩٨٨؛ أودويرتي، نيوشترلاين، & درو O'Dougherty, Nuechterlein, & Drew، 1984)، ويكون اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أكثر شيوعاً لدى الأطفال الذين يعانون

من اضطرابات تشنج (هيسدورفر وآخرون Hesdorffer et al, 2004). وبالمثل فإن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عادة ما تصاحب الإصابات والأفات في الفصوص الجبهية، خاصة القشرة قبل الجبهية (فاستر Fuster, 1997).

وقد اتضح أيضاً أن مضاعفات الحمل والولادة تزيد خطر الإصابة باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. فمن الأكثر احتمالاً أن تلد الأمهات المراهقات أطفالاً مصابين باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، كما أن حالات الحمل التي تسفر عن ولادة طويلة وصعبة تزيد الخطر أيضاً (كلايكومب، رايان، ميللر، & شناكينبيرج-أوت، Claycomb, Ryan, Miller, & Shnakenberg-Ott, 2004). كما أن أمراض الجنين وتسمم الدم والوزن المنخفض عند الولادة يقترنون بالمثل باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (باركلي Barkley, 2006). ويشك بعض الباحثين في أن إصابة الجسم، خاصة المقترنة بالحمل والولادة، تكون مسؤولة عن ١٤٪ من كل حالات الإصابة باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (ويتيكر وآخرون Whittaker et al, 1997). وقد اتضح أيضاً أن الحمل الذي تمر خلاله الأم بضيق نفسي كبير يزيد خطر الإصابة باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وعلى الرغم من أن معظم البحوث ارتباطية، إلا أنه يبدو أن قلق وضيق الأم يقترنان بخطر زائد من أن الأبناء سوف ينمون اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (باركلي Barkley, 2006).

إن البحوث التي أجريت على التوائم الأحادية الزيجوت monozygotic twins، بما في ذلك التوائم الذين تربوا منفصلين، تدعم أيضاً نموذج الاستعداد للمرض-الضغط. وكما هو متوقع فإن الأغلبية الساحقة من الدراسات تقرر نتائج بأن التوائم الأحادية الزيجوت من المحتمل أن تظهر خطراً متماثلاً - إما كلا التوأمين ينميان اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أو كليهما لا ينميانه. على أن شارب وآخرون Sharp et al (٢٠٠٣) حددوا ١٠ أزواج مختلفين أو غير متوافقين، نمت فيها توأم اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بينما

لم يفعل الآخر ذلك. وكشف تحليل هذه الأزواج أن التوائم الذين تأثروا مروا بمضاعفات أثناء الولادة (مثل الولادة المقعدية) وكانوا أصغر حجماً عند الولادة. وبوجه عام فإن نتائج عدد كبير من الدراسات التي بحثت بنية أو تركيب المخ، ووظيفة المخ، والوراثة، وعلاقات ارتباط إصابات النمو وإصابات الجسم تكشف أن اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط هو في الحقيقة اضطراب عصبي - نفسي neuropsychiatric disorder من المحتمل - وفقاً لنموذج الاستعداد للمرض - الضغط - أن ينتج عن وراثة قابلية وراثية للإصابة والتعرض لأحداث بيئية. على أنه لأن الأغلبية الكاسحة من الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لا يظهرون تاريخ نكبات أو ضيقات جسمية خطيرة، يجب دراسة مسببات الضغوط البيئية الأخرى التي من المحتمل أن تساهم في نمو الاضطراب.

ثالثاً - العوامل النفسية

Psychological Factors

إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون أعراض فرط نشاط/اندفاع وقلة انتباه/عدم تنظيم. وكما سبق وأن ناقشنا، فإن هذه الأعراض لها بداية مبكرة وتستمر بوجه عام طوال مرحلة الطفولة، ويظهر الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط صعوبات ومشكلات عبر البيئات المختلفة، بما في ذلك المشكلات داخل المنزل، وفي المدرسة، وفي جماعة الأقران أو الرفاق.

ومن هذه المشكلات، تكون أكثر المشكلات المبكرة التي تنمو هي المشكلات التي تحدث داخل المنزل وذلك لأن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يبدأون إظهار الأعراض في مرحلتي الرضاعة والطفولة المبكرة. وعندما يبدأ الأطفال يصبحون مزعجين وسريعي التهيج والاستثارة وسريعي الغضب ومندفعين، يجد الوالدان خبرة تربية مثل هؤلاء الأطفال مرهقة ومثيرة للضغط والتوتر. إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تكون لديهم صراعات أكثر مع والديهم (جونستون & ماش

والاهتمام باحتياجاتهم أكثر صعوبة بكثير (تالامادج & باركلي Tallamadge & Barkley، 1983). ولأن الأمهات لا يزلن بوجه عام هن الوصيات الرئيسيات، فإن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بوجه عام يقضون وقتاً أكثر مع أمهاتهم، وتميل الصراعات التي تنشأ بينهم إلا أن تكون متكررة وسائدة. ونتيجة لذلك، تنمو توقعات سلبية لدى الولد وكذلك الوالدة - فالولد يتعلم أنه كثيراً ما يتم الصياح في وجهه وعقابه ويبدو أنه يقع دائماً في مشاكل، في حين أن الوالدة تتعلم توقع الأسوأ من الولد وتبدأ تقبل على التفاعلات بقلق، أي توقع أن يكون الاتصال مع الولد صعباً وفي الغالب لن ينتج النتائج المنشودة. وبمرور الوقت، تسفر هذه التوقعات السلبية عن استمماج لمشاعر سلبية متبادلة، بل ومن الأكثر احتمالاً أن تسفر كل التفاعلات المستقبلية عن صراعات. وبالتالي فقد تم ربط اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بالاضطرابات في الأداء الوظيفي الأسري والزوجي، بما في ذلك حالات التفكير في العلاقات بين الوالدين والأبناء والعلاقات بين الأم والأب، وزيادة في مستويات ضغط وإجهاد تربية الأبناء، ونقص أو انخفاض في إحساس الوالدين بالكفاءة (جونستون & ماش Johnston & Mash، 2001). وهذه الاضطرابات بدورها تكون مجهددة ومسببة للضيق والتوتر بالنسبة للولد وتعمل على تفاقم أعراض الاضطراب النامية.

وعندما تستمر الصراعات، غالباً ما يسعى الوالدان لتقليلها إلى أدنى حد بأية تكلفة. وقد حدد باترسون Patterson (١٩٨٢) عملية أسرية قهرية، وفيها عندما يواجه الوالدان صعوبات أو مشكلات في الحصول على الطاعة والامتثال من طفلهما فإنهما غالباً ما يستسلمان عندما يبدأ الطفل في المجادلة والاحتجاج. وهذه العملية موثقة ومثبتة بشكل جيد مع آباء وأمهات الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. فعندما يحبط الوالدان، فإنهما في الغالب لا يستخدمان تدخلات تربية متوافقة وملائمة (دونينبيرج & بيكر Donenberg & Baker، 1994). وأحياناً يكون رد فعلهما مفرطاً،

وفي أحيان أخرى يستسلمان في إحباط ولا يستمرا للوصول إلى النتائج التي تم التهديد بها. ونتيجة لذلك، فإن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عادة ما يختبرون المأثراً ثانياً - فكلما زاد سوء سلوكهم، كلما حصلوا على ما يريدون أكثر. وقد اتضح أيضاً أن آباء وأمّهات الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يتجاهلون الكثير من السلوكيات السيئة ويمارسون متابعة أو مراقبة محدودة على سلوكيات أبنائهم (بيرت، كروجر، ماكجيو، & إياكونو Burt, Krueger, McGue, & Iacono, 2001)، وربما بسبب الإحباط أو لتجنب الصراعات. وبالإضافة إلى ذلك، فإن أنماط التفاعل السلبية التي توجد بين الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ووالديهم تسفر عن فرص قليلة لحصول الأولاد على المكافآت والنتائج الإيجابية (باركلي Barkley, 2006). وهكذا فإن الأولاد نادراً ما يختبرون مواقف يسفر فيها السلوك الإيجابي واستخدام ضبط الذات الملائم عن نتائج إيجابية.

وتساهم العوامل العقلية المعرفية أيضاً في هذه المشكلات. فقد وجد باركلي و جوفريمونت و أناستوبولس و فليتشر Barkley, Guevremont, Anastopoulos, and Fletcher (١٩٩٢) أن المشكلات السلوكية المقترنة باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط قد ترتبط بمعارف مشوهة ومحرفة ومعتقدات غير واقعية ثابتة في الصراعات بين الوالدين والطفل. وهذه التشويّهات أو التحريفات، التي يشترك فيها كل من الوالدان والأبناء الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، تشمل توقعات الكمال ولوم النفس وعدم فهم الحدود الملائمة للاستقلال والإنصاف. ونتيجة لذلك، فإن الوالدان والأبناء على السواء يظهرون غضباً أكثر وأنماط تواصل أكثر سلبية أثناء مناقشاتهم، وهذا يشمل التعليقات المسيئة أو المهينة والمطالب المتسلطة والشكاوي والدفاع. إن ضغط وإجهاد تربية ولد يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط قد يتعدى على أفراد الأسرة الآخرين. وقد يخلق هذا ردود أفعال سلبية من جانب أفراد الأسرة وقد يكون له تأثير فوضوي ومفكك على العلاقات الأخرى

داخل الأسرة، بما في ذلك تغيرات البنية والتكتلات أو التحالفات عبر الأجيال والتضحية بكبش فداء والعلاقات الثلاثية بين الأفراد. وقد قرر باركلي وآخرون Barkley et al (١٩٩٢) أن الأسرة التي لديها طفل يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ربما تكون قد غيرت الحدود الأسرية التي تعيد ترتيب التسلسل الهرمي للسلطة، وهو ما يزيد من تفاقم الضغط الذي تمر به الأسرة بأكملها (بما في ذلك الولد).

إن العلاقات بين الأمهات وأبنائهن الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أكثر توجيهاً وسلبية وأقل تفاعلاً اجتماعياً. ولأن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أقل طاعة وامتثالاً وأكثر سلبية في ردود أفعالهم، فمن الأكثر احتمالاً أن تستجيب الأمهات بتهيج وعدوان (فليتشر، فيشر، باركلي، & سموليش، Fletcher, Fischer, Barkley, & Smallish, 1996). وتميل استجابات الأولاد بدورها إلى أن تعكس استجابات الوالدين، وبالتالي إذا كان رد فعل الأمهات سلبياً، فسوف يكون رد فعل الأولاد أيضاً سلبياً. وبمرور الوقت، يصبح هذا النمط متعلماً ومترسخاً بعمق. وبالإضافة إلى ذلك لاحظ وينستين وآخرون Weinstein et al (١٩٩٨) أن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يكون لهم تأثير رئيسي على قيمة الذات لدى الوالدين، ويميل الوالدان إلى لوم أبنائهم أو أنفسهم على المشكلات التي يمران بها. وإذا نمت الوالدان مشاعر بالذنب فقد ينسحبان، ونتيجة لذلك يجعلان الولد يشعر بأنه غير محبوب ومنبوذ.

رابعاً - ملخص

Summary

على الرغم من أن الأسباب الدقيقة لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لا تزال غير معروفة، إلا أن معظم الكليينكيين الآن يتفقون على أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يولدون باستعداد وراثي للإصابة بعيوب وحالات خلل مخ وظيفية مقترنة بالنقل العصبي للدوبامين والنورإبينفرين. وقد حددت الدراسات الوراثية عدة مؤشرات جينية

ناقلة، وتكشف المسوح التشريحية العصبية والمسوح العصبية الفسيولوجية بشكل ثابت أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون حالات شذوذ وعيوب في حجم ومستوى النشاط على الفصوص الجبهية وقبل الجبهية، والعقد القاعدية، والمخيخ. ويكون التنشيط الضعيف الناتج مسئولاً عن المشكلات في ضبط الذات والتحكم في الدوافع والانتباه المتواصل والتي يظهرها الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

ووفقاً لنموذج الاستعداد للمرض-الضغط، فإن الصياغة الشاملة لأسباب اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يجب أن تقرر بتفاعل القابلية البيولوجية للإصابة بالاضطراب مع العوامل البيئية والنفسية. فنسبة صغيرة من الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ربما يكونوا قد مروا بضيق أو إجهاد جسمي (صعوبات ولادة، إصابة أخرى بالرأس، إلخ) ساهم في نمو الاضطراب. على أن الأغلبية الكاسحة من المحتمل أن يكونوا قد نموا اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عندما أدت نواحي قصور أو خلل في وظيفة المخ إلى سلوكيات مبكرة كان يصعب على الوالدين الاهتمام بها ومعالجتها، وعندئذ كان الأولاد يواجهون أساليب تربية اشتملت على صراعات خطيرة ولوم ونبذ. وعمل الضيق والتوتر الناتج على تفاقم الأعراض الناشئة بدرجة كبيرة وساهم في نمو الاضطراب.

الجزء الثاني القياس والتشخيص

الفصل الرابع

القياس Assessment

إن أعراض اضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط - كما استعرضنا في الفصول السابقة - تقع على امتداد بعدين رئيسيين هما: فرط النشاط/الاندفاع وعدم الانتباه/عدم النظام. ولما كان من الشائع أن يظهر الأولاد والمراهقون كثيراً من السلوكيات التي تندرج تحت هاتين الفئتين، فمن الضروري أن يستخدم الكلينيكيون أساليب تساعدهم على تصنيف درجة حدة هذه الأعراض. ولنع التشخيص المفرط، يجب أن يستخدم الكلينيكيون مقاييس تساعدهم على تقدير الدرجة النسبية للإعاقة أو الضعف في هذه المجالات. إن أدوات القياس المقننة تسمح للكلينيكيين بتحديد حدة الأعراض عن طريق مقارنتها ببيانات معيارية. استعرضنا في الفصل الثاني موضوع الحاجة إلى وضع محكات فاصلة cutoff criteria. ويتم تشجيع الكلينيكيين على الأخذ في الاعتبار مستوى الحدة severity الذي يطلبونه لعمل تشخيص. ورغم أن استخدام درجة فاصلة قدرها واحد ونصف انحراف معيارى فوق المتوسط اعتبر معيارياً، إلا أن الباحثين رأوا أن درجة فاصلة قدرها ٢ إنحراف معيارى أكثر ملائمة لتجنب التصنيف الخاطى (Barkley, 2006). إن المقاييس التي تتم مناقشتها في هذا الفصل تسمح للكلينيكيين بتحديد المحكات الفاصلة التي ستستخدم ويتم تشجيع الكلينيكيين على مراعاة هذا الأمر بدقة واهتمام.

أولاً- قوائم مراجعة واستبانات قياس السلوك

Behavioral Checklists and Inventories

لقد تم نشر قوائم مراجعة ومقاييس تقدير سلوك متنوعة، والهدف من العديد منها هو قياس نوعية كبيرة من الأعراض وتوجيه الكلينيكى بشأن وجود أو غياب فئات الأعراض التي تحتاج مزيداً من المتابعة. فمثلاً يشتمل نظام القياس السلوكى للأطفال Behavioral assessment system for children (Reynolds & Kamphaus, 2004) وقائمة مراجعة سلوك الطفل (Achenbach, 2001) Child behavior checklist على أعراض من أبعاد عديدة (تشمل اضطراب المزاج، والقلق، والعدوان،

إلخ) بالإضافة إلى تلك الأعراض التي قد تكون ذات صلة مباشرة بتشخيص اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه. وعلى الرغم من أن هذه المقاييس مفيدة كأدوات فحص عامة، إلا أنها لا توفر دقة كافية ولا يتم التحقق من صدقها بصورة كافية بصورة متقطعة مع الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية للسماح باستخدامها كمقاييس تشخيصية. ولهذا السبب سوف تركز المراجعة الحالية فقط على القوائم السلوكية التي تركز بوجه خاص على أعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه والتي تم تصميمها لمساعدة الكلينيين على تقدير درجة الأعراض في المجموعات الواردة في قوائم الإصدار الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association، 1994).

وعلاوة على ذلك فقد تم تصميم قوائم مراجعة متنوعة وعديدة لتتفق مع معايير الإصدار الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية ولكن لم يتم التحقق من صدقها. وقد تم نشر العديد من هذه القوائم في كتب عن اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (مثل Barkley، 2006) أو تتوافر على شبكة الإنترنت. ويتم تحذير الكلينيين بشأن استخدام هذه الأدوات. وعلى الرغم من أنها قد تمتلك صدقاً ظاهرياً جيداً إلا أن الأغلبية العظمى لا توثق خواص سيكومترية كافية (الثبات - الصدق - المعايير) لكي تكون مفيدة عند إجراء تشخيص. وفي أفضل الأحوال فإنه يمكن اعتبار هذه الأدوات أدوات فحص تحضيرية وبالتالي فإننا نراجع ونستعرض هذه الأدوات هنا.

إن قوائم السلوك الملائمة يمكن أن تكون مفيدة في المساعدة على تحديد درجة إظهار الطفل للأعراض. وعادة ما يتم تجميع معلومات من العديد من الأشخاص للسماح للكلينيين بالتحقق مما إذا كانت المصادر المتنوعة (مثل التقرير الذاتي، وتقرير الوالدين، وتقرير المعلم، إلخ) تقرر درجات ضعف أو إعاقة متماثلة. وعلاوة على ذلك، فإن بعض الأدوات يتم تصميمها لكي تستخدم مع الأطفال والمراهقين فقط، في حين أن البعض الآخر يكون ملائماً للاستخدام مع الكبار الراشدين. وينبغي أن يفحص الكلينيون هذه الأدوات لتحديد أيها

يفى بالاحتياجات الخاصة للعملاء الذين صممت من أجلهم هذه الأدوات.

١- مقاييس كونرز Connors Scales

لقد كانت مقاييس كونرز موجودة لعقود وهى معروفة جيداً ومشهورة فى المجتمع الكليينكى. وعلى الرغم من أن النسخة المصممة للاستخدام مع الأطفال والمراهقين موجودة منذ سبعينيات القرن العشرين، إلا أن النسخة التى تستخدم مع الكبار الراشدين تم نشرها منذ فترة أحدث عهداً. وسوف نقوم بعد ذلك بمراجعة واستعراض كل منهما.

مقاييس كونرز للتقدير Connors Rating Scales:

إن مقاييس كونرز للتقدير مصممة من أجل الأطفال والمراهقين وهى حالياً فى طبعتها الثالثة (Connors, 2008). وتوفر النسخة الحالية اختياراً لنماذج التقدير الذاتى وتقدير الوالدين وتقدير المعلم فى صورة طويلة (يتألف كل منهم من حوالى ١٠٠ مفردة) أو صورة قصيرة (يتألف كل منهم من حوالى ٤٠ مفردة). وتسمح النماذج القصيرة بالتصحيح اليدوى السهل عن طريق استخدام شبكات التصحيح لجمع المفردات لمقاييس فرعية متنوعة تشمل نقص الانتباه، وفرط النشاط/الاندفاع، ومشكلات التعلم، وأداء الوظيفة التنفيذية، والعدوان، والعلاقات الأسرية، وعلاقات الأقران. وليست كل المقاييس تستخدمها كل النماذج، رغم أن معظم المقاييس تتداخل بين المخبرين (المفحوصين الثلاثة الذين يقدمون المعلومات). ويتم أيضاً حساب مقياسين مركبين هما: مقياس اضطراب نقص الإنتباه وفرط النشاط، والمقياس العام.

وتقدم النماذج الطويلة تفاصيل أكثر لكل مقياس وتسمح بحساب مقاييس الصدق (الانطباع الإيجابى، والانطباع السلبي، ودليل التوافق أو الاتساق) التى يمكن استخدامها لتفسير دقة النتائج التى يتم الحصول عليها. والهدف من النماذج الطويلة أساساً هو أن يتم تصحيحها على شبكة الإنترنت أو باستخدام برامج الحاسب المتاحة. إن التصحيح الإلكتروني ينتج مخرج طباعة شامل لا يشتمل فقط على الدرجات على كل مقياس ولكنه يولد أيضاً تقارير تفسيرية.

إن مقاييس كونرز للتقدير تسمح بالتفسير الحدسي للدرجات باستخدام درجات تائية T-scores مقننة بمتوسط قدره ٥٠ وانحراف معياري قدره ١٠. وهكذا فإن الكلينيين يمكنهم بسهولة تحديد بعد درجة معينة فوق المتوسط وما إذا كان سيتم استخدام درجة فاصلة قدرها ٦٥ (واحد ونصف انحراف معياري) أو ٧٠ (٢ انحراف معياري) كأساس للتشخيص. وعلاوة على ذلك، فإن الدليل يقرر أن المقاييس قد تم التحقق من صدقها بصورة متقاطعة مع الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، ومن ثم فإن أبعاد نقص الانتباه، وفرط النشاط/الاندفاع تتفق بشدة مع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي لهذه الأعراض. ويمكن استخدام المقاييس الباقية لتقديم معلومات عن الاضطرابات المواقبة أو الملازمة مثل اضطراب المعارضة والتحدى، أو اضطراب المسلك، أو اضطرابات التعلم.

إن مقاييس كونرز للتقدير أداة ناضجة تقدم أدلة مكثفة على الثبات والصدق، ويبدو أنها سليمة من الناحية السيكومترية. وتبنى البيانات المعيارية على عينة تضم ٣٤٠٠ مقدر من ١٢٠٠ معلم، و ١٢٠٠ ولى أمر (أب أو أم)، و ١٠٠٠ بروتوكول تقرير ذاتي. وتهدف نماذج الوالدين والمعلمين إلى قياس السلوكيات لدى الأطفال والمراهقين البالغين من العمر ٦ إلى ١٨ سنة. والهدف من نماذج التقارير الذاتية هو أن تطبق على الأطفال البالغين من العمر ٨ سنوات فأكثر. ويبدو أن تركيب العينة يشبه بدرجة معقولة البيانات المعيارية الأمريكية، ويتم تقرير النماذج المنفصلة على أساس النوع أو الجنس. ويتم تصحيح كل نموذج عن طريق مقارنته بالبيانات المعيارية في نفس الفئة العمرية (بزيادات قدرها سنة واحدة) والأقران من نفس الجنس، وهو ما يمثل ميزة واضحة وقاطعة.

مقاييس كونرز لتقدير اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه لدى الكبار

الراشدين Connors Adult ADHD Rating Scales

وحيث أن المقصود من النسخ السابقة والحالية من مقاييس كونرز للتقدير هو أن تستخدم مع الأطفال والمراهقين، فقد تم تطوير أداة موازية لتستخدم مع

الكبار الراشدين. وقد كانت مقاييس كونرز لتقدير اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه لدى الكبار الراشدين موجودة لمدة نحو عقد من الزمان (Conners, Erhardt, & Sparrow, 1999)، وهي متوافرة في صور أو نماذج طويلة وقصيرة ونماذج فحص تستخدم للتقرير الذاتي وتقرير الملاحظ (مثل زوج أو زوجة). ويحتوي كل نموذج من النماذج القصيرة على ٢٦ مفردة، بينما يحتوي كل نموذج من النماذج الطويلة على ٦٦ مفردة ويحتوي كل نموذج من نماذج الفحص على ٣٠ مفردة. ويمكن بسهولة تصحيح كل النماذج يدوياً بواسطة استخدام شبكات التصحيح.

وتعطي النماذج الطويلة درجات مقسمة إلى تسعة مقاييس فرعية تشمل: المقاييس الفرعية المشتقة من العوامل (عدم الانتباه/مشكلات الذكر، وفرط النشاط/الأرق، والاندفاع/عدم الثبات الانفعالي، ومشكلات مفهوم الذات)، والمقاييس الفرعية للإصدار الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي والخاصة بأعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه (أعراض عدم الانتباه، وأعراض فرط النشاط/الاندفاع، والأعراض الكلية لاضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، ومقياس اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، ودليل سوء التوافق أو الاتساق (مقياس صدق). وتعطي النماذج القصيرة فقط المقاييس الفرعية الأربعة المشتقة من العوامل، ومقياس اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، ودليل سوء التوافق أو الاتساق. وتعطي نماذج الفحص فقط المقاييس الفرعية الثلاثة للإصدار الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي والخاصة بأعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، ومقياس اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه. وبالإضافة إلى التصحيح اليدوي، فإنه يمكن تصحيح كل النماذج إلكترونياً (أي على شبكة الإنترنت) أو باستخدام برامج الحاسب المتاحة التي تعطي درجات كل مقياس وتقريراً تفسيرياً.

وكما هو الحال مع مقاييس الأطفال، فإن مقاييس كونرز لتقدير اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه لدى الكبار الراشدين يتم تصحيحها باستخدام الدرجات التائية المقننة، مما يسمح للكلينيين بتحديد أي درجة فاصلة يرغبون

فى استخدامها لتصنيف حدة الأعراض. وقد تم تحقيق صدق المقاييس الفرعية للإصدار الرابع للدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية وفقاً للمعايير التشخيصية للإصدار الرابع للدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية لأعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه. ويمكن استخدام المقاييس الفرعية الباقية لتقديم معلومات عن الاضطرابات المواكبة. ورغم أن مقاييس كونرز لتقدير اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه لدى الكبار الراشدين ليست أداة أحدث، إلا أنها تظهر ثباتاً وصدقاً كافيين، وتبدو سليمة من الناحية السيكومترية. وتبنى البيانات المعيارية على أساس عينة تضم حوالى ٢٠٠٠ قياس (حوالى ١٠٠٠ لكل من التقرير الذاتى وتقرير الملاحظ). إن بيانات الفئات العمرية متاحة ومتوافرة (١٨-٢٩، و ٣٠-٣٩، و ٤٠-٤٩، و ٥٠+ سنة)، ويتم تصحيح كل تقرير عن طريق مقارنته بالبيانات المعيارية فى الفئة العمرية الملائمة. كما يتم أيضاً تقرير معايير منفصلة على أساس النوع أو الجنس، مما يسمح بقياس الذكور عن طريق مقارنة الدرجات بالأقران من نفس الجنس.

٢- مقاييس ماكارنى McCarney Scales

يفضل بعض الكلينيين استخدام مقاييس ماكارنى لأنها أقصر وموجهة بوجه أخص للبيئات التعليمية. وتتوافر نسختان، واحدة للأطفال ممن هم فى سن المدرسة والمراهقين، وأخرى للأطفال فى سن ما قبل دخول المدرسة. ونستعرض فيما يلى كلاهما.

مقياس تقويم اضطرابات نقص الانتباه

Attention Deficit Disorders Evaluation Scale

إن مقياس تقويم اضطرابات نقص الانتباه كان موجوداً لعقود وهو الآن فى طبعته الثالثة (ADDES-٣; McCarney, 2003). وتقدم الطبعة الحالية نسخة منزلية تتألف من ٤٦ مفردة ونسخة مدرسية تتألف من ٦٠ مفردة. ويتم حساب مقياسين، واحد للسلوكيات نقص أو عدم الانتباه وواحد لسلوكيات فرط النشاط/الإندفاع. ويمكن تصحيح كل من النموذجين يدوياً ولكن الهدف منهما

أساساً هو أن يتم استخدامها مع برامج كمبيوتر تولد مخرج طباعة فردى للأهداف والتدخلات الخاصة التي سيقوم بها المعلمون في حجرة الدراسة. كما تتوافر أيضاً نسخة قائمة مراجعة قبل التحويل للإصدار الثالث لمقياس تقويم اضطرابات نقص الانتباه.

إن الإصدار الثالث لمقياس تقويم اضطرابات نقص الانتباه يستخدم عملية تصحيح أقل حدساً *Less-intuitive* تشبه الدرجات المعيارية لاختبارات وكسلر للذكاء: «فالدرجات المعيارية» تستخدم مقياساً بمتوسط قدره ١٠ وانحراف معياري قدره ٣، و «النسب» تستخدم مقياساً بمتوسط قدره ١٠٠ وانحراف معياري قدره ١٥. ورغم أن هذا قد يحتاج بعض التعود، إلا أن الكلينيين لا يزال بمقدورهم أن يحددوا بسهولة أى درجة فاصلة يختارونها كأساس للتشخيص. وكما هو الحال مع مقاييس كونرز، فإن دليل الإصدار الثالث لمقياس تقويم اضطرابات نقص الانتباه يقرر أن المقاييس تم تحقيق صدقها وفقاً للإصدار الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، ويتفق كل مقياس بشدة مع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي لأعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه.

كما أن الإصدار الثالث لمقياس تقويم اضطرابات نقص الانتباه هو أداة ناضجة تقدم أدلة كافية على الثبات والصدق، ويبدو سليماً من الناحية السيكومترية. وتم تقنين الأداة على حوالي ٤٠٠٠ تلميذ، وتقدم البيانات المعيارية معايير منفصلة للتلاميذ الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه وكذلك التلاميذ الذين لم يتم تشخيصهم. والهدف منها هو قياس السلوكيات لدى الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٤ و ١٨ سنة. ويتم تصحيح كل نموذج باستخدام بيانات معيارية في نفس الفئة العمرية والأقران من نفس الجنس، وتتوافر نسخة باللغة الأسبانية للتلاميذ والأسر الناطقين باللغة الأسبانية. وهذه بالقطع فائدة بالنسبة للكلينيين الذين يعملون مع هذا المجتمع الإحصائي.

مقياس تقويم اضطرابات نقص الانتباه في مرحلة الطفولة المبكرة

Early Childhood Attention Deficit Disorders Evaluation Scale

إن مقياس تقويم اضطرابات نقص الانتباه في مرحلة الطفولة المبكرة هو أداة بمثابة أخت لمقياس تقويم اضطرابات نقص الانتباه (الذي سبق وصفه). فهو بالمثل يشمل نسخة منزلية ونسخة مدرسية، تتألف كل منهما من حوالي ٥٠ مفردة. وكما هو الحال مع الإصدار الثالث لمقياس تقويم اضطرابات نقص الانتباه، يتم حساب مقياسين، واحد منهما لسلوكيات نقص الانتباه وفرط النشاط والأخر لسلوكيات الاندفاع. ويمكن تصحيح النماذج يدوياً، ولكن الهدف منها أساساً هو أن يتم استخدامها مع برامج حاسب آلي تقدم الأهداف والتدخلات المقترحة.

إن مقياس تقويم اضطرابات نقص الانتباه في مرحلة الطفولة المبكرة يستخدم نفس الدرجات المعيارية التي يستخدمها الإصدار الثالث لمقياس تقويم اضطرابات نقص الانتباه (بمتوسط قدره ١٠ وانحراف معياري قدره ٣)، كما يعطى أيضاً قيمة مئوية (مئينيات). ويقرر الدليل أن المقاييس تم التحقق من صدقها وفقاً للإصدار الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، ويتفق كل مقياس بشدة مع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي لأعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه.

ويقدم مقياس تقويم اضطرابات نقص الانتباه في مرحلة الطفولة المبكرة أدلة على الثبات والصدق. وتم تقنين الأداة على ما يقرب من ٣٠٠٠ تلميذ، وتقدم البيانات المعيارية معايير منفصلة للتلاميذ الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه وكذلك التلاميذ الذين لم يتم تشخيصهم، ولكن الأداة عمرها الآن أكثر من عشر سنوات، وقد تصبح المعايير عتيقة ومهجورة. والهدف منها هو قياس السلوكيات لدى الإناث اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين ٢٤ و ٨٣ شهراً والذكور الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٢٤ و ٧٨ شهراً. وتعطى الدرجات بشكل منفصل على أساس كل من الفئة العمرية والجنس، وتتوافر نسخة باللغة الأسبانية من النموذج المنزلي للأسر الناطقة باللغة الأسبانية.

٣- المقياس الشامل لتقدير المعلم لاضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه

Attention Deficit Disorder-Hyperactivity Comprehensive Teacher's Rating Scale (ACTe RS)

إن المقياس الشامل لتقدير المعلم لاضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه هو أيضاً أداة معروفة وراسخة متوافرة في نماذج للوالدين ونماذج للمعلمين (Ullmann, Sleator, & Sprague, 2000). وتتألف كل نسخة من حوالي ٢٠ مفردة، ويتوافر أيضاً نموذج تقرير ذاتي يتضمن ٣٦ مفردة. ويتم حساب أربعة مقاييس: الانتباه، وفرط النشاط، والمهارات الاجتماعية، وسلوكيات المعارضة (لا يتم حساب المقياس الرابع لنموذج التقرير الذاتي). ويشتمل نموذج الوالدين أيضاً على مقياس إضافي يركز على سلوكيات مرحلة الطفولة المبكرة. ويمكن تصحيح النماذج يدوياً، وتتوافر برامج حاسب آلي تنتج تقارير تصحيح وتقارير تفسيرية.

إن المقياس الشامل لتقدير المعلم لاضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه يعطى فقط قيمة مئوية ولا يعطى أية درجات معيارية. وهكذا فإن الكلينيين الذين يرغبون في تحديد معايير فاصلة منفصلة لانحراف معياري ونصف و ٢ انحراف معياري فوق المتوسط يجب أن يحولوا تلك الدرجات المعيارية الفاصلة إلى قيم مئوية (قيمتان مئويتان قدرهما ٩٣ و ٩٨ على التوالي). ويقرر الدليل أنه تم التحقق من صدق مقاييس الانتباه وفرط النشاط وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية وتتفق المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي، وأن مقياس سلوكيات المعارضة يمكن أن يكون مفيداً لقياس أعراض الأمراض المرافقة مثل أعراض اضطراب المعارضة والتحدى.

ويقدم المقياس الشامل لتقدير المعلم لاضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه أدلة على الثبات والصدق ويبدو أنه سليم من الناحية السيكومترية. وتم تقنين الأداة على ما يقرب من ٢٤٠٠ تلميذ من رياض الأطفال حتى الصف الثامن. ورغم توافر معايير على أساس الجنس، إلا أن المعايير لسوء الحظ لا تقدم بيانات على أساس الفئة العمرية، وهو قصور رئيسي للأداة (Erford &

Hase, 2006). وتتوافر نسخة باللغة الأسبانية للأسر الناطقة باللغة الأسبانية.

٤- مقاييس براون لاضطراب نقص الانتباه

Brown Attention-Deficit Disorder Scales (Brown ADD Scales)

إن مقاييس براون لاضطراب نقص الانتباه متوافرة في نسخ للأطفال (Brown, 2001) والمراهقين والكبار الراشدين (Brown, 1996). وتتوافر نماذج متنوعة يشمل كل منها من ٤٠ إلى ٥٠ مفردة، يمكن أن يكملها الكلينيكيون أو الوالدان أو المعلمين. كما يتوافر أيضاً نموذج تقرير ذاتي. وتُعطي الأداة تقديرات للأعراض تقسم إلى ستة عوامل هي: تنظيم وتحديد أولوية وتفعيل العمل؛ وتركيز ومواصلة ونقل الانتباه للمهام؛ وتنظيم اليقظة ومواصلة الجهد ومعالجة السرعة؛ وإدارة الإحباط وتعديل الانفعالات والعواطف؛ واستخدام الذاكرة العاملة والوصول إلى التذكر؛ ومتابعة العمل والتنظيم الذاتي له. ويمكن تصحيح النماذج يدوياً، وتتوافر برامج حاسب آلي تعطي تقارير تصحيح وتقارير تفسيرية.

ومثل مقاييس كونرز، تعطي مقاييس براون لاضطراب نقص الانتباه درجات ثنائية معيارية وقيماً مئوية، مما يسمح بالتفسير الحدسي على مقياس مألوف بالنسبة للكثيرين من الكلينيكيين. إن العوامل الستة لا ترتبط مباشرة للإصدار الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية مثل عوامل المقاييس الأخرى التي استعرضناها هنا، وهناك عدة عوامل يبدو أنها تقيس أساساً أعراض عدم الانتباه. على أنه وفقاً لنموذج باركلي (Barkley, 1997)، تعطي العوامل أيضاً درجات للوظائف التنفيذية والذاكرة العاملة. ومع ذلك فإنه يلزم تحليل وتجميع درجات العوامل لتحديد ما إذا كان يتم استيفاء المعايير التشخيصية للإصدار الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية. وقدم براون Brown نموذج لفهم أعراض اضطراب نقص الانتباه (Brown, 2005) وهو يشبه كثيراً نموذج باركلي، ولكن الكلينيكيين يلزمهم أن يقرؤا بأن معايير الإصدار الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات

العقلية لاضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه أكثر تركيزاً بكثير من نموذج باركلي أو نموذج براون، وأن كلاً من النموذجين مفيدان أساساً في تشجيع مزيد من البحوث للاضطراب أكثر من تقديم إرشادات للقيام بتشخيص باستخدام الإصدار الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية.

إن مقاييس براون لاضطراب نقص الانتباه تقدم بعض الأدلة على الثبات ولكن ليس في كل فئة عمرية. وبالإضافة إلى ذلك، يتوافر قدر ضئيل من البيانات عن الصدق المرتبط بالتشخيص النوعي لاضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه. ووجدت إحدى الدراسات (Rucklidge & Tannock, 2002) أن استخدام المقاييس لتشخيص اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه أسفر عن عدد قليل من الإيجابيات الخاطئة ولكنه أسفر عن الكثير جداً من السلبيات الخاطئة (مما يدل على نوعية أو خصوصية جيدة ولكن حساسية ضعيفة). وبالتالي فإن مقاييس براون لاضطراب نقص الانتباه قد تكون مفيدة كمقياس فحص، ولكن صدقها غير متحقق بدرجة كافية لكي تكون مفيدة كأدوات لتشخيص اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه. ويتم تقنين الأداة ومعايرتها على أفراد في أربع فئات عمرية (الأعمار ٣-٧، ٨-١٢، ١٣-١٨، والكبار الراشدين)، وتتوافر بيانات معيارية على أساس العمر والجنس، ولكن كانت كل فئة عمرية تتألف من أقل من ٢٠٠ مشارك، ومن ثم فإن البيانات المعيارية أقل شمولية بكثير من البيانات التي تتم عليها معايرة الأدوات الأخرى التي تم استعراضها هنا. وعلاوة على ذلك، يتوافر قدر ضئيل من البيانات عن الأماكن التي تم منها اختيار المشاركين، ومن ثم فإنه مشكوك فيما إذا كانت المعايير ملائمة ومفيدة (Mandal, 2000).

ثانياً- اختبارات الأداء المستمر

Continuous Performance Tests (CPT)

بدلاً من عطاء تقدير للسلوك الذي يفترض أنه تمت ملاحظته بواسطة مقدم المعلومات (أحد الوالدين أو معلم)، تحاول أساليب اختبار الأداء المستمر (CPT) قياس الأعراض بصورة مباشرة. وعادة ما تعرض اختبارات الأداء

المستمرة مؤدى الاختبار لمهمة متكررة تجرى بمساعدة الحاسب الآلى وتقيس جوانب أداء متنوعة فى محاولة محددة الوقت. وهى بالتالى تعطى فرصة لقياس جوانب السلوك التى قد يكون من الصعب ملاحظتها بشكل مباشر أو التحقق منها أثناء مقابلة شخصية كلينكية منتظمة.

وتختلف اختبارات الأداء المستمرة من حيث طريقة السلوك المعينة التى يتم قياسها. فاختبارات الأداء المستمرة المرئية تنتج مثيرات بصرية يجب على المشاركين أن ينتجوا استجابات بسيطة لها، ويتم قياس سرعة ودقة هذه الاستجابات فى الزمن الحقيقى. على أن بعض الأولاد أو المراهقين الذكور أو الرجال قد يظهرون صعوبات أكثر فى المهام السمعية أكثر من المهام البصرية. وفى تلك الحالات، قد تكون اختبارات الأداء المستمرة السمعية هى اختيار أفضل. فهى تولد مثيرات سمعية تتطلب من المستجيب أن يحدد حدوث أصوات معينة. ونستعرض فيما يلى كلاً من النوعين.

١- اختبار الأداء المستمر لكونرز

Conners' Continuous Performance Test

تم وضع اختبار الأداء المستمر لكونرز فى ثمانينيات القرن العشرين وأعيد تقنينه بعد ذلك بحوالى ٢٠ عاماً (Conners, 2004). وهو اختبار بصرى يقدم أحرف تومض على الشاشة، الواحد تلو الآخر، ويفصل بين كل حرف وآخر مدة تتراوح من ثمانية واحدة إلى أربع ثوان، ويكون على المستجيب أن يضغط زر الفارة (أو المسطرة) بمجرد ظهور كل حرف باستثناء حرف X. ويستغرق الاختبار حوالى ١٤ دقيقة، وهو يقسم إلى ستة قوالب، ويمثل كل قالب الحروف التى تعرض فى فترات فاصلة بين المثيرات قدرها ١ أو ٢ أو ٤ ثوان. ويتألف كل قالب من ٢٠ حرفاً. والاختبار يستهدف الأفراد البالغين من العمر ٦ سنوات فأكثر، كما تتوافر أيضاً نسخة للأطفال (للأطفال من العمر ٤ و ٥ سنوات) من الناشر. ويقاس الاختبار معدلات الإصابة والإخفاق، وكذلك معدلات التصنيف التى تعرف بأنها المحاولات التى تسفر عن إعطاء استجابة للحرف الذى يفترض أنه محذوف (الحرف X). وبوجه عام فإن معدلات التصنيف

تعطى مقياساً للاندفاع. وبالإضافة إلى ذلك فإن الاختبار يقيس معدل الإصابة، وخطأه المعياري، والتباين، وقابلية الاكتشاف، والتكرارات، وتغير قوالب زمن رجح الإصابة (وخطأه المعياري)، وتغير الفترة الفاصلة بين المثيرات لزمن رجح الإصابة (وخطأه المعياري). وينتج الحاسب الآلى مخرج طباعة مكثف يمكن ترميزه لتقدير درجة الأداء بناءً على عينات اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه أو معايير غير كلينكية.

وتتم معايرة أو تقنين الطبعة الحالية على حوالى ٢٠٠٠ فرد مقسمين إلى فئات عمرية (الأعمار ٦-٧، و ٨-٩، و ١٠-١١، و ١٢-١٣، و ١٤-١٥، و ١٦-١٧، و ١٨-٣٤، و ٣٥-٥٤، و ٥٥+). ومن الغريب أن تركيب العينة المعيارية على أساس الجنس مقسم بالتساوى تقريباً بالنسبة لكل من الجنسين بالنسبة للأفراد حتى سن ١٨ سنة، ولكن بالنسبة للأفراد البالغين من العمر ١٨ سنة فأكثر فإن ثلاثة أرباع العينة تقريباً من الإناث وأقل من الربع قليلاً من الذكور. وإذا علمنا أن عدد الذكور الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه يفوق كثيراً عدد الإناث، فإن اختيار المعايير التى لا تعكس وبائية الاضطراب يكون قريباً إلى حد ما.

إن اختبار الأداء المستمر لكونرز يعطى درجات معيارية تستخدم الدرجات التائية بمتوسط قدره ٥٠ وانحراف معيارى قدره ١٠، مما يسمح للكلينيين بتحديد درجة فاصلة قدرها ٦٥ (١ ونصف انحراف معيارى) أو ٧٠ (٢ انحراف معيارى) بسهولة كأساس للتشخيص. على أنه باستخدام خيار التصحيح الافتراضى «لتعظيم معدلات الإصابة الكلية»، فإن لوغاريتمات التصحيح الداخلى فى البرنامج تقلل الإيجابيات الخاطئة ولكنها تعطى خصوصية أو نوعية غير مقبولة. وهكذا فإن يدل الدليل على أنه يمكن استخدام خيارات تصحيح متنوعة مع نفس البيانات لإنتاج نتائج تقل بشكل منفصل الإيجابى الخاطى وكذلك السلبى الخاطى.

أولاً يمكن تشكيل برنامج الحاسب الآلى لتصحيح البيانات التى يتم الحصول عليها لتقليل الإيجابيات الخاطئة إلى أدنى حد، وذلك باستخدام عينات

غير كLINيكية وتثبيت النسبة القاعدية عند ٦٥٪. وبعد ذلك يمكن مراجعة الوظيفة الكلية، وعندما تقع فى المدى الكLINيكي يقرر أن الإيجابيات الخاطئة تنخفض إلى ٥٪ فقط. على أنه لأن هذه الطريقة تنتج نسبة سلبيات خاطئة غير مقبولة (٤٥٪)، ينبغى إجراء جولة تصحيح أخرى مع اختيار اللوغاريتم الذى يقلل السلبيات الخاطئة. ويستخدم هذا اللوغاريتم عينات إكلينيكية ويثبت النسبة القاعدية مرة أخرى عند ٦٥٪. وهو يقلل حدوث السلبيات الخاطئة إلى ٥٧٪. وهكذا فإن الكLINيكيين الذين يرغبون فى استخدام اختبار الأداء المستمر لكونرز كأداة تشخيصية يتم تشجيعهم على استخدام كل من الطريقتين للتأكد من أن الدرجة التى تم إحرازها تجتاز كلاً من المعيارين قبل القيام بتشخيص مبنى على نتائج الاختبار.

إن اختبار الأداء المستمر لكونرز يعطى الكثير من المعلومات المفيدة، بما فى ذلك المعايير التى يكون مرجعها العمر والجنس. وهو يقدم أدلة على ثبات كاف، ويبدو أن خواصه السيكومترية تكون مثبتة بشكل جيد. على أن الحاجة إلى إجراء تصحيح وفقاً للوغاريتمين تشخيصيين مختلفين ومقارنة كل منهما لتقليل الإيجابيات الخاطئة كل على حدة تحد من الفائدة العملية لهذه الأداة.

٢- اختبار متغيرات الانتباه

Test of Variables of Attention (TOVA)

إن اختبار متغيرات الانتباه (Greenberg & Kidschi, 1996) هو اختبار أداء مستمر آخر شهير ومعروف جيداً. وبدلاً من استخدام الحروف، فإنه يقدم أشكالاً يلزم الاستجابة لها عند ظهورها فى مكان معين على الشاشة. ويستغرق إجراء الاختبار حوالى ٢٢ دقيقة وهو يتألف من محاولتين مدة كل منهما ١١ دقيقة، وتعرض المحاولة الأولى المثيرات بصورة غير متكررة (مما يستحث أخطاء الحذف omission) بينما فى المحاولة الثانية يتم عرض المثيرات بسرعة أكثر (مما يستحث أخطاء ارتكاب الخطأ commission). ومن أجل تكلفة إضافية يمكن أيضاً وضع الاختبار ليقدّم مثيرات سمعية. ويقوم الاختبار أساساً بتقييم دقة التعرف الصحيح وسرعة الاستجابة. وبالإضافة إلى

برامج الحاسب الآلى، يجب على الكلينيكى أن يشتري مفتاحاً صغيراً يطلب من المشاركين أن يستخدموه أثناء إجراء الاختبار. ويزعم الناشرون أن هذا المفتاح يقلل الكمون المقترن بالأجهزة ونظم التشغيل المختلفة، ولكن شكك آخرون فى هذا الافتراض (Barkley, 2006). ويقدم الاختبار مقاييس لعدم الانتباه والانذفاع وزمن الاستجابة وتباين وتغير الاستجابة.

وتمت معايرة الطبعة الحالية على حوالى ١٥٠٠ فرد مقسمين إلى فئات عمرية (الأعمار ٤-٢٠ بزيادات سنوية، والأعمار ٢٠-٧٠ بزيادات قدرها ١٠ سنوات، والأعمار +٨٠). وتتوافر المعايير على أساس الفئة العمرية والجنس مع تمثيل متكافئ تقريباً لكل من الجنسين.

ومثل اختبار الأداء المستمر لكونرز، يعطى اختبار متغيرات الانتباه درجات معيارية باستخدام الدرجات التائية بمتوسط قدره ٥٠ وانحراف معيارى قدره ١٠، كما يعطى قيمة مئوية. ويعطى برنامج الحاسب الآلى لوغار يتم تصحيح واحد الهدف منه هو تعظيم وزيادة معدلات الإصابة والخصوصية أو النوعية، ولكن الدليل يقرر أن خطر الإيجابيات الخاطئة والسلبيات الخاطئة يبلغ حوالى ٢٠٪ لكل منهما. وعلاوة على ذلك، يتم الحصول على البيانات السيكومترية من دراسات غير منشورة، مما لا يعطى أى تحقق للدقة بواسطة مراجعة الأقران. ورغم أن اختبار متغيرات الانتباه لا يزال شهيراً لدى بعض الكلينيكيين إلا أن معظم الباحثين رأوا أنه مفيد أساساً لأغراض البحث أو الفحص العام ولا ينبغي استخدامه كأساس لتشخيص اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه فى البيئات الكلينيكية.

٣- اختبار الأداء المستمر البصرى والسمعى المتكامل

Integrated Visual and Auditory CPT

مثل اختبار الأداء المستمر لكونرز، يتطلب اختبار الأداء المستمر البصرى والسمعى المتكامل (CPT (Sanford & Turner, ١٩٩٥ أيضاً من المستجيب أن يضغط على زر لحروف أو أرقام معينة، ولكن الاختبار يستخدم الرقمين (١ و ٢) ويكامل كلاً من المنثرات البصرية والسمعية (حيث يتم نطق الأرقام)

عن طريق عرض كل منهما بالتبادل (من خلال المتحدث فى الحاسب الآلى). ويستغرق الاختبار حوالى ١٣ دقيقة.

إن اختبار الأداء المستمر البصرى والسمعى المتكامل يعطى درجات لأخطاء الحذف وارتكاب الخطأ omission and commission، وكذلك سرعة الاستجابة وتباين أو تغير سرعة الاستجابة. ويتم عرض نتائج المثيرات السمعية والبصرية بشكل منفصل، مما يسمح بالمقارنة بين الطريقتين. كما يتم أيضاً حساب نسب الاندفاع والانتباه الكلية. وعلاوة على ذلك، يتم أيضاً حساب مقياس للتنظيم الحركى الدقيق وذلك من الضغوطات المفرطة على الفارة. ويتم تضمين ثلاثة مقاييس للصدق تقيس المشكلات العصبية و/أو مشكلات التعلم، والدافعية الضعيفة أو التعب الحركى، وعدم الفهم. ولا يقدم مخرج طباعة النتائج أية ملاحظات تفسيرية، ولكن يمكن شراء برامج حاسب آلى إضافية تنتج تقريراً تفسيرياً.

وتمت معايرة الاختبار على حوالى ٥٠٠ فرد تتراوح أعمارهم ما بين ٥ سنوات و ٩٠ سنة، ويقدم التقرير التفسيرى درجات معيارية وقيماً مئوية على أساس العمر والجنس. وكما هو الحال مع اختبار متغيرات الانتباه، فإن البيانات السيكومترية اشتقت من دراسات غير منشورة. فمثلاً قرر Sanford و Goldman و Fine (١٩٩٥؛ انظر Barkley، 2006) نسبة سلبية خاطئة قدرها ٨٪ ونسبة إيجابيات خاطئة قدرها ١٠٪. ورغم أن هذه النتائج تبدو واعدة ومبشرة، إلا أنه يبدو أنه لم يتم نشرها أو تكرارها. وعلاوة على ذلك، تمت معايرة الاختبار فى أوائل التسعينيات من القرن العشرين، وأصبحت المعايير قديمة وعفى عليها الزمن. ورغم أن اختبار الأداء المستمر البصرى والسمعى المتكامل يقدم بعداً مهماً لا تشتمل عليه الاختبارات الأخرى (المثيرات السمعية)، إلا أنه يتم تشجيع الكلينيين على تناول الدرجات بحذر وحرص، ولا ينبغى أن يبنى أى تشخيص لاضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه فقط على النتائج التى يقدمها اختبار الأداء المستمر البصرى والسمعى المتكامل.

٤- نظام غوردون التشخيصي

Gordon Diagnostic System (GDS)

يشبه نظام غوردون التشخيصي (Gordon, 1983) اختبارات الأداء المستمرة البصرية الأخرى ولكنه يتوافر فقط في وحدة محمولة قائمة بذاتها تشمل جهاز الكمبيوتر والشاشة. وفي محاولة مدتها ٩ دقائق يتم إجراء ثلاث مهام، اثنتين للانتباه وواحدة للتحكم في الاندفاع. وفي مهمة التيقظ، يتم عرض مهام غير صارفة للانتباه ومهام صارفة للانتباه. وفي المهام غير الصارفة للانتباه يجب على المستجيب أن يضغط على زر عندما تومض مجموعة معينة من الأرقام على الشاشة. وفي الجزء الصارف للانتباه يتم عرض أرقام مستهدفة تحيط بها أرقام صارفة للانتباه. وتستهدف مهمة ثالثة الحكم في الاندفاع وتتطلب كبح الاستجابة. وتتوافر نسخ منفصلة للكبار الراشدين والأطفال الصغار والأطفال في سن ما قبل المدرسة، ويتم أيضاً تضمين نماذج متماثلة لتقليل مجهودات التدريب عند إعادة إجراء الاختبار.

ويقدم نظام غوردون التشخيصي مخرج طباعة يشتمل على بيانات خام وقيماً مئوية للاستجابات الصحيحة والاستجابات الخاطئة وحالات الفشل في الاستجابة. وتتوافر بيانات معيارية مبنية على ١٠٠٠ ولد وبنت تقريباً وذلك للأطفال البالغين من العمر ٣ إلى ١٦ سنة. كما تتوافر أيضاً معايير للكبار الراشدين ولكن هذه البيانات مبنية على عينات صغيرة، ووجد أن الاختبار ذو حساسية ضعيفة بالنسبة للأفراد الأكبر من سن ١٤ سنة (Oehler-Stinnett, ١٩٩٨). ويبدو أن الخواص السيكومترية راسخة بشكل جيد. وقد قرر أن نسب الإجابات الخاطئة تبلغ حوالي ٢٪، ولكن نسب السلبيات الخاطئة تراوحت ما بين ١٥٪ و ٣٥٪، مما يدل على خصوصية أو نوعية ضعيفة (Gordon & Mettelman, 1988). ويتم تشجيع الكلينيين على استخدامه للفحص أو كأداة بحثية وليس كأساس لإجراء تشخيص لاضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه.

ثالثاً- القياس النفسى الرسمى

Formal Psychological Assessment

بدلاً من استخدام الأدوات المركزة المصممة خصيصاً لقياس أعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، يفضل بعض الكلينيين تطبيق (أو توجيه العملاء إلى) الاختبار النفسى الشكلى. إن التقييم النفسى الشامل يشتمل فى العادة على اختبارات للاستعداد العقلى المعرفى وأداء وظائف الشخصية، والتي تكملها أحياناً اختبارات التحصيل الدراسى. ويوجه عام فإن اختبارات وظيفة الشخصية تقدم بروفيلاً للقدرات العقلية المعرفية وقد تشمل نسبة ذكاء. وتقيس اختبارات التحصيل الدراسى المعرفة والمهارات الدراسية المكتسبة. إن مقاييس الشخصية يمكن أن تكون مفيدة فى قياس جوانب الشخصية التي قد تعكس أعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه.

ومن المهم بالنسبة للكلينيين أن تكون لديهم توقعات ملائمة عن الاختبارات النفسية. فمن ناحية تقدم هذه الأدوات وفرة كبيرة من المعلومات التي يمكن أن تحدد نوعية كبيرة من المشكلات التي تتطلب اهتماماً كلينياً. ومن ناحية أخرى كشف عدد كبير من البحوث التي أجريت على هذه الأساليب عن أن الاختبار النفسى الشكلى ذو قيمة محدودة فى تشخيص اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، ولم يتم تأكيد أى بروفيل درجات محدد لاضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه بالنسبة لأى من هذه الاختبارات (Barkley, 2006). وبالتالي فإنه من المهم بالنسبة للكلينيين أن يفهموا أن هذه الأدوات تقدم معلومات مفيدة، خاصة عن حالات الاضطرابات المواقبة، ولكن ينبغي متابعة أية نتائج قد تدل على اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه مع تطبيق الأساليب التي تركز بشكل خاص على أعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، وينبغي التحقق من صدقها وفقاً للمعايير التشخيصية للإصدار الرابع للدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية. وقد وصفنا فى هذا الفصل العديد من هذه المقاييس.

١- اختبارات الاستعداد العقلي Tests of Cognitive Aptitude

غالباً ما يشار إلى المقاييس التي تقيس الاستعداد العقلي باسم اختبارات الذكاء، رغم أنه من الأكثر دقة أن نقول أن الذكاء هو مصطلح شامل يصف مجموعة فرعية من الاستعداد العقلي، وليست كل اختبارات الاستعداد العقلي اختبارات للذكاء. ومع ذلك، فإن أكثر اختبارات الاستعداد العقلي تطبيقاً على نطاق واسع هي مقاييس ستانفورد - بينيه للذكاء واختبارات وكسلر للذكاء.

ومن الشائع أن يمر الأولاد والمراهقون الذين يكون هناك شك في أنهم يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه بتقويم نفسى يشتمل على تطبيق هذه الاختبارات. فمثلاً إذا تم تقييم التلميذ من أجل صلاحيته أو أهليته لخدمات تربية خاصة، فإن قياساً روتينياً يجريه فريق دراسة الطفل بالمدرسة سوف يشتمل في العادة على إحدى تلك الأدوات. على أنه كما سبق وأن ذكرنا، لم يتم وضع أى بروفيل درجات محدد يعكس اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، وبالتالي لا يمكن عمل تشخيص اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه من النتائج التي يتم الحصول عليها من هذه الاختبارات.

اختبارات وكسلر Wechsler Tests: إن عائلة اختبارات وكسلر للذكاء هي أكثر الاختبارات شيوعاً في الاستخدام، وهي تشمل نسخاً للأطفال في سن ما قبل المدرسة (مقاييس وكسلر للذكاء في سن ما قبل المدرسة والمرحلة الابتدائية - الطبعة الثالثة؛ وكسلر، ٢٠٠٢)، والأطفال والمراهقين (مقاييس وكسلر لذكاء الأطفال - الطبعة الرابعة؛ وكسلر، ٢٠٠٣) (*)، والكبار الراشدين (مقاييس وكسلر لذكاء الكبار الراشدين - الطبعة الرابعة؛ وكسلر، ٢٠٠٨) (**). وتقدم اختبارات وكسلر بروفيلاً مكثفاً يشتمل على درجات لكل اختبار فرعى يتم تطبيقه، وكذلك مؤشرات تقيس الفهم اللفظي، والاستدلال الإدراكي، والتذكر العامل، وسرعة المعالجة، ونسبة ذكاء كلية وشاملة.

(*) قام بتقنين هذا المقياس على البيئة المصرية د/ عبد الرقيب أحمد البحيرى، مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠١٧.

(**) قام بتقنين هذا المقياس على البيئة المصرية د/ عبد الرقيب أحمد البحيرى، مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠١٨.

وفيما مضى كان يعتقد أن بعض الاختبارات الفرعية تقيس عدم القابلية لصرف الانتباه، وعلى الطبيعة السابقة لاختبارات وكسلر كان يتم حساب درجة عامل التحرر من القابلية لصرف الانتباه على الاختبارات الفرعية للحساب والمدى الرقمي (يجب على المشاركين أن يكرروا سلسلة من الأعداد ذكرها مطبق الاختبار لتوه) والرميز (مهمة بيانية حركية تتطلب من المشاركين أن ينقلوا ١٠ رموز بالتتابع وبترتيب متباين تحت ضغط زمني). وعلى الرغم من أن بعض الدراسات أظهرت ارتباطاً دالاً إحصائياً بين درجة هذا العامل ومقاييس عدم الانتباه (Klee & Garfinkel, ١٩٨٣)، إلا أن نتائج البحوث كشفت أيضاً عن أن هذه الدرجة غير قادرة على تمييز الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه من العينات غير الكلينيكية أو من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات تعلم، وقدر أن نسبة الإيجابيات الخاطئة تقع بين ٤٨٪ و ٧٧٪ (Anastopoulos, Spisto, & Maher, 1994). وبالتالي أعيد تخصيص هذه الاختبارات الفرعية لعوامل أخرى في أحدث نسخة للاختبار.

وتقدم هذه النتائج مثلاً طيباً لكل من فوائد ونواحي قصور استخدام اختبارات الذكاء في قياس اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه. فمن ناحية تكون الخصوصية أو النوعية ضعيفة جداً، وبالتالي لا يمكن عمل تشخيص لاضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه بناءً على نتائج هذه الاختبارات. على أن النتائج تقدم نطاقاً واسعاً من الدرجات التي يمكن أن تشير إلى وجود اضطرابات أخرى بما في ذلك صعوبات التعلم.

مقاييس ستانفورد- بينيه للذكاء Stanford-Binet Intelligence Scales: إن مقاييس ستانفورد- بينيه للذكاء، وهي حالياً في طبعها الخامسة (Roid, 2003)، هي بديل لاختبارات وكسلر، ولكنها تشترك في الكثير معها. والاختبار مصمم لقياس الأفراد من سن عامين إلى مرحلة البلوغ المتأخر، ويتم تطبيق اختبارات فرعية مختلفة على فئات عمرية مختلفة. ومثل اختبارات وكسلر، تقدم مقاييس ستانفورد- بينيه بروفياً مكثفاً يشمل درجات لكل اختبار فرعي؛ والاختبارات المركبة للتفكير الاستدلالي الانسيابي والمعرفة والاستدلال الكمي والمعالجة البصرية-المكانية والتذكر العامل: ونسبة ذكاء كلية.

إن مقاييس ستانفورد-بينيه للذكاء مصممة خصيصاً للمساعدة في تشخيص اضطرابات التعلم وذلك أكثر من اختبارات وكسلر، وأجزاء كبيرة من دليل الاختبار مخصصة لهذا الموضوع. وتقدم إرشادات للمساعدة في تحديد أية بروفيلات درجات قد تدل على وجود مشكلات تعلم، ويتم الاستشهاد بالبحوث لدعم المزاعم التي تقول أن الاختبار يقدم خصوصية أو نوعية منشودة عند عمل هذه التصنيفات. على أن مقاييس ستانفورد-بينيه لم تخضع لبحوث مستقلة بنفس القدر الذي خضعت له اختبارات وكسلر، ومن ثم لم يتم تكرار الكثير من النتائج. وكما هو الحال مع اختبارات وكسلر، فإن الاختبار سليم من الناحية السيكومترية ويقدم معايير مكثفة ممثلة قومياً. وهو بديل جيد لاختبارات وكسلر، خاصة عند إعادة الاختبار. فمثلاً لتقليل التضخم في درجات الاختبار والذي يشيع ارتباطه بالتطبيق المتكرر لنفس الاختبار، فإن الأفراد الذي سبق اختبارهم باستخدام اختبارات وكسلر يمكن إعادة اختبارهم باستخدام مقاييس ستانفورد-بينيه. وعلاوة على ذلك، ينظر إلى مقاييس ستانفورد-بينيه بوجه عام على أن لها «حداً أدنى أقل» و «حداً أعلى أعلى» من اختبارات وكسلر. ولأن الاختبارات الفرعية تقدم مفردات أكثر عند كل من طرفي مدى الصعوبة، فإن مقاييس ستانفورد-بينيه هي اختيار جيد بوجه خاص لقياس الأفراد الذين يكون هناك شك في أن لديهم أداءً وظيفياً عقلياً منخفضاً أو مرتفعاً.

وخلاصة القول فإنه كما هو الحال مع نتائج اختبارات وكسلر، تقدم نتائج مقاييس ستانفورد-بينيه نطاقاً شاملاً من الدرجات التي قد تشير إلى وجود اضطرابات أخرى خاصة بصعوبات التعلم، ولكن درجات الاختبارات الفرعية والاختبارات المركبة لا تفيد في قياس حدة أعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه. ولا يمكن تشخيص اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه بناءً على الدرجات التي يتم الحصول عليها من مقاييس ستانفورد-بينيه.

٢- اختبارات التحصيل الدراسي

Tests of Academic Achievement

عندما يجب قياس الأداء الوظيفي التعليمي والمهارات التعليمية، يكون من المفيد أن يتم إكمال اختبارات الاستعداد باختبارات تعكس المستوى الحالي

للمهارات والمعلومات الأكاديمية. وتندرج اختبارات التحصيل تحت فئات متنوعة. ويركز بعضها على عدد كبير من المهارات والقدرات الأكاديمية، في حين يكون البعض الآخر أكثر تخصصاً ويركز فقط على القراءة أو الرياضيات أو مهارة دراسية منفصلة أخرى. وعلاوة على ذلك، تقسم بعض الاختبارات التي تقيس قدرة معينة إلى أجزاء تقيس جوانب متنوعة ومختلفة لهذه المهارة. فمثلاً قد يحتوى اختبار قراءة على أجزاء منفصلة تقيس مهارات التعامل مع الكلمات والأصوات وما إلى ذلك.

إن مراجعة شاملة لاختبارات التحصيل الدراسي يفوق نطاق هذا الفصل. على أننا سوف نصف اختبارين بإيجاز لتوضيح الطرق التي تستخدم بها اختبارات التحصيل الدراسي في العادة لإكمال اختبارات الاستعداد. وعلى الرغم من أن هذه الأساليب لا ترتبط بشكل خاص بتشخيص أعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، إلا أنها يمكن أن تكون مفيدة جداً عند قياس غياب أو وجود اضطرابات التعلم التي عادة ما تصاحب أعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه.

اختبار وكسلر للتحصيل الفردي

Wechsler Individual Achievement Test:

إن اختبار وكسلر للتحصيل الفردي، وهو حالياً في طبعته الثانية (Wechsler, 2001) ينقسم إلى ٨ اختبارات فرعية تعطي درجات لأربعة مجالات محتوى دراسية هي القراءة والرياضيات واللغة المكتوبة واللغة الشفهية. كما تعطي أيضاً درجة كلية ودرجة فاحص screener score. وقد تمت معايرة الاختبار على أكثر من ١٠٠٠ طالب، وهو يقدم أدلة على خواص سيكومترية جيدة، والهدف من الطبعة الثانية هو أن تستخدم مع الأفراد من سن ٤ سنوات وحتى سن ٨٥ سنة. وتقدم معايير عمر وكذلك معايير درجة للأفراد الذين أتموا تعليمهم يصل إلى ٤ سنوات بالجامعة. إن مد الاختبار ليشمل مرحلة البلوغ سوف يكون ذا أهمية خاصة بالنسبة لأولئك الذين يقيمون الذكور البالغين الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه ويريدون قياس ما إذا كانت اضطرابات التعلم ربما تكون أيضاً موجودة.

ووفقاً لقوانين التربية الخاصة في معظم الولايات، قد يتم إجراء تشخيص لصعوبات التعلم عندما تكون هناك أدلة على وجود فرق كبير (عادة ٢ انحراف معياري على الأقل) بين درجة استعداد (يتم الحصول عليها مثلاً على اختبار ذكاء مقنن مثل اختبارات ستانفورد- بينيه ووكسلر) ودرجة تحصيل المناظرة لها. إن الحسابات ضرورية لمقارنة درجات الاستعداد والتحصيل إحصائياً وتحديد الفرق. ولتحسين دقة وحساسية هذه الطريقة، يجب تفسير الارتباطات بين قياس الاستعداد والاختبار الخاص للتحصيل الدراسي في الطريقة أو الإجراءات. وعلى الرغم من وجود بيانات بحثية تعطي ارتباطات بين اختبارات وكسلر (أساساً) واختبارات التحصيل المختلفة، إلا أن حساب درجات الفرق التي تفسر هذه الارتباطات يمكن أن يكون مملاً ومرهقاً ومستهلكاً جداً للوقت. إن اختبارات وكسلر تسهل هذه المهمة كثيراً عن طريق الإسناد الترافقي لاختبارات وكسلر للذكاء مع الطبعة الثانية لاختبار وكسلر للتحصيل الفردي، وتولد برامج التصحيح والتفسير الدرجات المتوقعة للاختبار الفرعي للطبعة الثانية لاختبار وكسلر للتحصيل الفردي والاختبارات المركبة بناءً على درجة نسبة الذكاء التي يتم الحصول عليها على اختبارات وكسلر. وبعد ذلك تتم مقارنة الدرجات المتوقعة والفعلية للطبعة الثانية لاختبار وكسلر للتحصيل الفردي، ويمكن للكلينيكي أن يحدد الفرق الأدنى اللازم (٢ انحراف معياري مثلاً). وبعد ذلك تشير برامج الحاسب إلى الفروق الدالة. ورغم أن هذا الأسلوب له بعض المؤيدون من الكلينيكيون، إلا أن أغلبية الولايات لا تزال تستخدمه، كما أن الكلينيكيين الذين يرغبون في قياس ما إذا كان ولد أو مراهق أو رجل يشك في أن لديه اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه قد يظهر أيضاً اضطراب تعلم سوف يجدون الراحة التي تمنحها اختبارات وكسلر مفيدة جداً.

بطارية اختبارات وودكوك-جونسون Woodcock-Johnson: تستهدف

بطارية اختبارات وودكوك-جونسون الثالثة (Woodcock, McGrew, &

Mather, 2001) الأفراد الذين تتراوح أعمارهم من سن عامين إلى ٩٠ سنة وهي تقدم قياساً شاملاً للتحصيل والاستعداد. وتعطي بطارية اختبارات

وودكوك-جونسون الثالثة نطاقاً واسعاً من الدرجات تشمل درجات ١٨ اختبار فرعى فردي ودرجات أكثر من ١٠ مجموعات اختبارات. وهي أداة ناضجة تقدم أدلة مكثفة على خواص سيكومترية سليمة، وتتم معايرتها على عينة كبيرة ممثلة قومياً. وقد أصبحت بطارية اختبارات التحصيل الدراسي المعيارية الفعلية التي يطبقها مهنيو فرق دراسة الطفل في المدارس.

ولأن النسخة الحالية تقدم بطاريتين منفصلتين، واحدة للمهارات المعرفية (الاستعداد) والأخرى للتحصيل الدراسي، فإن برامج التصحيح والتفسير المتاحة تحسب الفرق الذي سبق مناقشته وتبسط وتنظم عملية تشخيص اضطرابات التعلم. على أنه رغم أنه وجد أن هناك ارتباطاً عالياً بين درجات الذكاء على اختبارات وكسلر (Flanagan, 2001)، إلا أن الاختبارات الفرعية والدرجات بين الأدوات غير قابلة للتبادل، وصدق بطارية اختبارات وودكوك-جونسون الثالثة كمقياس للذكاء غير مؤكد بشكل جيد. وعلاوة على ذلك، فإن النسب المقارنة لفرق الإسناد الترافقي بين طرق اختبارات وكسلر وطرق بطارية اختبارات وودكوك-جونسون الثالثة بالمثل تكون غير معروفة، وبالتالي لا يوجد أي ضمان بأن أي فرد يتم تحديده بفرق كبير من خلال طريقة وكسلر (التي سبق وأن ناقشناها) سوف يتم بالمثل تشخيصه بواسطة الفرق بين الاستعداد والتحصيل والذي يتم حسابه من درجات بطارية اختبارات وودكوك-جونسون الثالثة. ولتناول هذه المشكلة، قدم الناشر بيانات أخذت في الحسبان الحسابات اليدوية للفرق بين بطارية اختبارات وودكوك-جونسون الثالثة والطبعة الثالثة لمقياس وكسلر لذكاء الأطفال (Schrank, Becker, & Decker, 2001). وبالإضافة إلى ذلك، تم منذ ذلك الحين تحديث الطبعة الثالثة لمقياس وكسلر لذكاء الأطفال إلى الطبعة الرابعة لمقياس وكسلر لذكاء الأطفال، وبيانات الحسابات اليدوية للفرق بين بطارية اختبارات وودكوك-جونسون الثالثة والطبعة الرابعة لمقياس وكسلر لذكاء الأطفال غير متوافرة حتى الآن. ويتم تحذير الكليينيكين من الاعتماد فقط على فروق بطارية اختبارات وودكوك-جونسون الثالثة، خاصة عندما تكون درجة الاستعداد العقلي المعرفي على بطارية اختبارات وودكوك-

جونسون الثالثة مختلفة اختلافاً دالاً عن درجة نسبة الذكاء على اختبارات وكسلر أو عندما لا تتوافر درجة نسبة ذكاء على اختبارات وكسلر.

٣- اختبارات الشخصية Tests of Personality

إن الأولاد والمراهقين والرجال الذين يتم تحويلهم من أجل إجراء تقييمات نفسية لهم عادة ما تطبق عليهم على الأقل بعض الأدوات التي تقيس جوانب شخصيتهم. وكما هو الحال مع اختبارات التحصيل الدراسي، يتوافر عدد كبير ومتنوع من الأدوات. ويركز بعض هذه الأدوات على خصائص معينة للشخصية في حين تقدم أدوات أخرى قياساً أوسع بكثير. وعلاوة على ذلك، تقيس بعض الأساليب خصائص الشخصية باستخدام مقاييس موضوعية، مثل حساب عدد إجابات معينة (عادة بنعم أو لا) على قائمة أسئلة، في حين يمد البعض الآخر المفحوص بمثيرات تكون غير محددة وتتطلب من المشارك أن يبني استجابة عن طريق إسقاط بعض المعنى على هذه المفردات. إن كلاً من الأسلوبين له بعض الفوائد والعيوب، وفيما يلي سوف نستعرض بإيجاز معظم العينات الممثلة لكل منهما.

الاختبارات الموضوعية Objective Tests: إن الاستبيانات التي تقيس جوانب الشخصية من خلال الإجابات على قائمة كبيرة من الأسئلة هي من بين أكثر الاختبارات النفسية شهرة وشعبية. ويشيع بشكل خاص استخدام استبيانات مينيسوتا بما في ذلك نسخة الكبار البالغين هي استبيان مينيسوتا متعدد المراحل للشخصية - الإصدار الثاني (Hathaway & McKinley, 1989) ونسخة المراهقين هي استبيان مينيسوتا متعدد المراحل لشخصية المراهقين (Butcher et al, 1992). إن استبيانات مينيسوتا متعددة المراحل للشخصية تقدم عدداً كبيراً من الدرجات تشمل ٥ مقاييس للصدق، و ١٠ مقاييس كينيكية أساسية، وعدداً كبيراً من مقاييس المحتوى والمقاييس التكميلية. ويستخدم استبيان مينيسوتا متعدد المراحل للشخصية - الإصدار الثاني على نطاق واسع في التقييمات الكينيكية والشرعية والمهنية، وتدعمه عقود من البحوث النشطة.

وتتوافر تقارير تفسيرية متنوعة يتم توليدها بواسطة الحاسب الآلى، وهذه التقارير تقدم انطباعات تشخيصية مبنية على تحاليل إحصائية للمقاييس الكلينيكية ومقاييس الصدق ودراسة أنماط رفع المقاييس الكلينيكية الثلاثة بأعلى الدرجات. وبعض الحالات يكون هذا النمط دالاً على تشخيص اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، وسوف تحدد برامج الحاسب الآلى اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه كتشخيص محتمل. ويجب أن يدرك الكلينيكيون أنه كما هو الحال مع كل الاختبارات النفسية التى تمت مناقشتها حتى الآن، لم يتم تحديد أى بروفيل درجات محدد يميز اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه من غيره من الاضطرابات الأخرى بحساسية وخصوصية أو نوعية كافيتين، وبالتالي يجب معاملة المقترحات التشخيصية الواردة فى التقارير التفسيرية على أنها فقط فرضية ولا يمكن أن تصبح أساساً لأى تشخيص لاضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه. على أن استبيانات مينيسوتا متعددة المراحل للشخصية يمكن أن تكون قيمة جداً فى تقديم معلومات إكلينيكية إضافية يمكن أن تحدد أعراض الاضطرابات المواقبة.

وبالمثل فإن اختبارات ميلتون Milton tests يستخدمها الكلينيكيون على نطاق واسع وتشتمل حالياً على نسخة للكبار البالغين هى استبيان ميلتون الكلينيكى متعدد المحاور - الإصدار الثالث (Milton, Milton, Davis, & Grossman, 1996)، ونسختين للمراهقين هما استبيان ميلتون الكلينيكى للمراهقين (Milton, Milton, Davis, & Grossman, 1993)، واستبيان ميلتون لشخصية المراهقين (Milton, Green, & Meagher, 1982). وحيث أن استبيانات ميلتون أقصر من استبيانات مينيسوتا متعددة المراحل للشخصية، فإنها تقدم درجات أقل وبالمثل تولد تقارير تفسيرية باستخدام برامج الحاسب المتاحة. إن اختبارات ميلتون شائعة فى كثير من البيئات الكلينيكية وتعتبر أكثر تركيزاً على تحديد المرض النفسى. وعلاوة على ذلك، بسبب أن تيودور ميلتون هو مؤلف الجزء الخاص بنظام التشخيص فى الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية والذى يصف اضطرابات الشخصية، فإن أدوات ميلتون

تكون مفيدة بشكل خاص عندما يرغب الكليينكيون فى قياس وجود أحد تلك الإضطرابات.

وكما هو الحال مع استبيانات مينيسوتا متعددة المراحل للشخصية، فإن التقارير التفسيرية المولدة من درجات اختبارات ميلتون تقدم انطباعات تشخيصية مبنية على تحاليل إحصائية للمقاييس. ورغم أن النتائج التى يتم الحصول عليها قد تكون أحياناً دالة على اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، إلا أن الكليينكيون يجب مرة أخرى أن يتذكروا أنه لم يتم تحديد أى بروفييل محدد للمقاييس على أى من اختبارات ميلتون يميز اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه من غيره من الاضطرابات الأخرى بدرجة كافية، ومن ثم فإن أية مقترحات تشخيصية لا يمكن أن تصبح أساساً لتشخيص اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه. على أن النتائج التى يتم الحصول عليها من استبيانات ميلتون يمكن أن تكون قيمة ومفيدة فى تقديم معلومات كلينكية إضافية من المحتمل أن تحدد عدداً كبيراً ومتنوعاً من الأعراض، خاصة الأعراض التى تصاحب اضطرابات الشخصية.

الاختبارات الإسقاطية Projective Tests: إن المقاييس الإسقاطية ظهرت

قبل الاختبارات الموضوعية وهى موجودة منذ أكثر من قرن. وفى الاختبارات الإسقاطية يقوم المشارك بتوليد استجابة يجب تفسيرها بعد ذلك لتحديد دلالتها الكليينكية. وكانت الاختبارات الإسقاطية الأولى تشتمل على تداعيات المعانى وأساليب الرسم والاستجابات لسلسلة صور. إن نسخاً متنوعة من أسلوب المنزل-الشجرة-الشخص، واختبار تقدير الموضوعات لا يزال يستخدمها بعض علماء النفس وخاصة أولئك الذين لديهم توجه سيكوديناميكى. وينبغى تحذير الكليينكيين من أن هذه الأساليب تعانى من نقص الأدلة على خواص سيكومترية كافية، ولم تتم معايرة معظمها (أو أن المعايير قديمة جداً حتى أنها غير ملائمة حالياً).

ويتمثل أحد الاستثناءات فى اختبار بقعة الحبر لرورشاك Rorschach، وهو أسلوب موجود لعدة عقود، وتم وضع وتقنين خمسة نظم مختلفة للتصحيح.

ومن هذه النظم نجد أن نظام إكسнер Exner (٢٠٠٢) هو الأكثر شمولاً وقوة من الناحية السيكومترية حتى الآن، وقد تم بحث درجات وأبعاد متنوعة لنظام إكسнер تجريبياً ووجد أنها صادقة وثابتة. وعلاوة على ذلك، فإن النظام مبني على بيانات معيارية معاصرة وحالية بدرجة معقولة.

ويقدم اختبار رورشاك عدداً كبيراً ومتنوعاً من المقاييس التي تقيس الشخصية ومعالجة الإنفعالات. وبعض هذه المقاييس ذات صلة مباشرة بأعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه وتقدم معلومات عن درجة الإندفاع وضبط الذات، خاصة عندما يواجه المشارك مثيرات تثير الإنفعال. على أن اختبار رورشاك يظهر نفس النقص الذي تظهره كل الاختبارات النفسية الأخرى التي تم وصفها في هذا الجزء، ألا وهو الحساسية والخصوصية أو النوعية المحدودة فيما يتعلق بأعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه. وهكذا فإن النتائج التي يتم الحصول عليها من اختبار رورشاك يمكن أن تكون مفيدة جداً فقط في تقديم معلومات أولية عن الأعراض المحتملة التي تتطلب قياساً مركزاً ولا يمكن استخدامها لوضع تشخيص لاضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه.

رابعاً- القياس العصبي- النفسي

Neuropsychological Assessment

عادة ما يتم تطبيق الاختبارات العصبية-النفسية عندما يكون هناك شك في أن شخصاً لديه عجز وظيفي معين في المخ، مثل ذلك الذي ربما يكون نتيجة لإصابة في الرأس. ويتطلب تطبيق وتفسير الغالبية العظمى من هذه الأساليب تدريباً كبيراً، ومعظم علماء النفس الذين يطبقون هذه الأساليب يعرفون أنفسهم بأنهم علماء نفس عصبي.

وما إذا كان ولد أو مراهق أو شخص بالغ يتطلب تقييماً عصبياً-نفسياً يعتمد على عوامل متنوعة. فمعظم الذكور الذين يخضعون لعلاج أعراض تشبه أعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه لن يحتاجوا تقييماً عصبياً-نفسياً لأن مقاييساً أخرى خاصة بأبعاد أعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، والتي سبق وصف الكثير منها في بداية هذا الفصل، تكون قادرة على

توجيه التشخيص بدرجة كافية. على أن ذكوراً آخرين قد يخضعون لعلاج مع تاريخ إصابة بالجسم قد تتطلب سلسلة اختبارات تشخيصية، أو قد يعانون من اضطرابات عصبية (مثل النوبات) ربما تنتج حالات عجز عصبى-نفسى. وفى تلك الحالات فإن بعض الذكور الذين يسعون للعلاج ربما يكونوا قد سبق لهم وأن مروا بتقييمات عصبية-نفسية، وبالتالي سوف يستفيد الكلينيكيون من بعض التعود على الاختبارات وبطاريات الاختبارات العصبية-النفسية على الأقل.

وكما هو الحال مع الاختبارات النفسية الأخرى، يتم تجميع بعض الأدوات العصبية-النفسية فى بطاريات موضوعة، والبعض الآخر عادة ما يستخدم كاختبارات قائمة بذاتها للسعى إلى الحصول على معلومات عن جانب معين من جوانب الأداء الوظيفى العصبى-النفسى.

بطاريات الاختبارات العصبية-النفسية Neuropsychological Batteries: تقيس بطارية اختبارات هالستيد-ريتان Halstead-Reitan Battery، التى تم تحديثها آخر مرة فى ثمانينيات القرن العشرين (Heaton, Miller, Taylor, & Grant, 1991)، وظائف مخ متنوعة تشمل المهارات الحسية (البصرية والسمعية واللمسية) والحركية، والمهارات اللفظية، والاستدلال المكائى والتتابعى، والعمليات العقلية العليا التى تتضمن التحليل والحكم والانتباه والتركيز والتذكر. ورغم أن بعض هذه الوظائف ترتبط مفاهيمياً على الأقل باضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، إلا أنه يتم تحذير الكلينيكيين من أن مراجعة هذه الأبعاد مقابل المعايير التشخيصية للإصدار الرابع للدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية والخاصة باضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه كشفت عن أن بطارية اختبارات هالستيد-ريتان غير قادرة على تمييز أعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه بصورة دالة، كما أن مقياس هالستيد للإعاقة Halstead Impairment Index أو درجة مقياس العجز العصبى-النفسى العام General Neuropsychological Deficit Scale غير قادرين على تمييز الأفراد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه بصورة دالة (Barkley, 2006).

وتتمثل أداة رئيسية أخرى في بطارية اختبارات لوريا- نبراسكا العصبية- النفسية:

(Luria-Nebraska Neuropsychological Battery (Golden, Hammeke, & Purisch, 1979).

وحيث أن بطارية اختبارات لوريا- نبراسكا العصبية- النفسية أقصر وأسهل في التطبيق، فإنها عبارة عن مجموعة اختبارات شاملة مصممة لقياس وظيفة المخ وفقاً لنظريات لوريا Luria (١٩٧٦) المؤثرة. إن بطارية اختبارات لوريا- نبراسكا العصبية- النفسية تولد ١٤ درجة للقدرات الحسية والحركية، والكلام، والقراءة، والكتابة، والتذكر، والحساب، والعمليات العقلية، والأداء الوظيفي لكل نصف جانبي من نصفي المخ. وكما هو الحال مع بطارية اختبارات هالستيد- ريتان، فإن بعض هذه الاختبارات الفرعية تقيس مجالات الوظيفة المرتبطة بأعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه. على أن البحوث التي أجريت على بطارية اختبارات لوريا- نبراسكا العصبية- النفسية كشفت عن أن أياً من الدرجات التي يتم الحصول عليها من بطارية اختبارات لوريا- نبراسكا العصبية- النفسية لا ترتبط بصورة دالة بأعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه (Shaughency et al, 1989). وبالتالي فإنه على الرغم من أن بطاريات الاختبارات العصبية- النفسية تكون مفيدة في قياس وظيفة المخ وتحديد حالات العجز الخاصة المقترنة بإصابة المخ، إلا أنها لم تظهر أية فائدة في تشخيص أعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه.

الاختبارات العصبية- النفسية الخاصة

Specific Neuropsychological Tests:

وبالإضافة إلى بطاريات الاختبارات هذه، تتوافر مجموعة كبيرة من الأدوات العصبية- النفسية لقياس وظائف مخ معينة. وتركز بعض هذه الاختبارات على الوظائف التنفيذية. فمثلاً، يقيس اختبار ويسكونسن لتصنيف البطاقات Wisconsin Card Sorting Test Grant & Berg, ١٩٤٨/٢٠٠٣ عجز وظيفة الفص الجبهي والوظيفة التنفيذية. وقد قررت بعض الدراسات أنه شوهدت

فروق دالة في درجات اختبار ويسكونسن لتصنيف البطاقات لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه على عكس العينات غير الكليينكية. ومع ذلك كشفت دراسات أخرى عن أن اختبار ويسكونسن لتصنيف البطاقات شخص بدقة أعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه لدى ٥٠٪ إلى ٧١٪ فقط من الحالات، وعلى العكس من ذلك أكد وجود الاضطراب لدى ٤٩٪ إلى ٥٦٪ فقط من الحالات. وعلاوة على ذلك، تراوحت نسب السلبيات الخاطئة ما بين ٦١٪ و ٨٩٪. وهكذا فمن الواضح أن هذا الاختبار لا يظهر حساسية وخصوصية أو نوعية كافيتين لأن يستخدم لتشخيص اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه.

وتم أيضاً بحث اختبارات ضبط الذات. فمثلاً اختبار ستروب للألوان والكلمات Stroop Color and Word Test (Golden & Freshwater, 2002) موجود منذ ثلاثينيات القرن العشرين، وهو راسخ كمقياس لضبط الذات والمرونة العقلية. ولأنه يطلب من الأفراد أن يكبحوا الاستجابات الآلية، فقد أفترض أن هذا الاختبار مقياس جيد للاندفاع المرتبط بأخطاء الحذف على اختبارات الأداء المستمرة. وفي الحقيقة أن الدراسات كشفت عن أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه يكون أداءهم على هذا الاختبار أضعف، وقد يميز اختبار ستروب الأفراد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه من الأفراد غير الكليينكيين (Frazier, Demaree, & Youngstrom, 2004). على أن تحليلاً بعدياً للدراسات التي بحثت استخدام اختبار ستروب (Homack & Riccio, 2004) كشف عن أن الاختبار لا يظهر خصوصية أو قدرة تنبؤية كافية، وأن خطر الإيجابيات الخاطئة والسلبيات الخاطئة يكون مرتفعاً بصورة غير مقبولة. وهكذا لا ينبغي أن تستخدم الأداة لتشخيص اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه.

وتحاول مهام الحذف قياس أعراض عدم الانتباه. وعادة ما يطلب من المستجيبين أن يضعوا علامة على الحروف أو الأشكال المستهدفة والتي تكون مطمورة بين صارفات للانتباه، ويكون ذلك في العادة تحت ضغط زمني. فمثلاً

اختبار d٢ للانتباه (Brickenkamp & Zillmer d٢ Test of Attention, 1998) يطلب من الأفراد أن يتعرفوا بشكل صحيح على الحرف d بشرطتين فى أى مكان حوله مع تجاهل الحروف المماثلة (p, b, and q) أو حروف الـ d الأخرى التى تشتمل على أكثر من أو أقل من شرطتين. ويتم تحديد زمن الأداء بدقة شديدة عبر ١٤ محاولة قصيرة. إن اختبار d٢ يعطى درجات معيارية وكذلك قيمة مئوية إجمالية لعدد الحروف التى تتم معالجتها وأيضاً أخطاء الحذف والتصنيف. ويتم أيضاً حساب مقاييس إضافية مرتبطة بالانتباه.

ويقدم الاختبار بيانات معيارية للأطفال والمراهقين ممن تتراوح أعمارهم من ٩ سنوات إلى ١٨ سنة (فى فترات فاصلة مدة كل منها عامان) والكبار البالغين (الذين يبلغون من العمر ١٩-٣٩، و ٤٠-٤٩، و ٥٠-٥٩). وتقدم البيانات المعيارية الخاصة بالأطفال والمراهقين كل على حدة على أساس الجنس، ولكن يتم تجميع الجنسين معاً فى معايير الكبار البالغين. وعلاوة على ذلك، تبنى المعايير على عينات ألمانية، وبالتالي فقد أجريت حتى الآن دراسات صغيرة فقط فى الولايات المتحدة للتحقق من صدق الأداة.

وتكشف بيانات صدق اختبار d٢ عن أن الاختبار قادر على تمييز الأفراد الذين يعانون من انفصام الشخصية والخبل أو العته والصرع واضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه من الضوابط الأسوياء بدرجة كافية. على أن عينات الدراسة تكون صغيرة للغاية (أحياناً أقل من ٥٠ فرد)، ولم يتم إثبات قدرة الاختبار على تمييز الأعراض بين الاضطرابات المختلفة التى تعوق الانتباه. وهكذا فإنه على الرغم من أن اختبار d٢ واعد ومبشر، إلا أنه حالياً يمكن استخدامه فقط لإجراء فحص عام ولا يمكن عمل تشخيص لاضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه بناءً على نتائج هذا الاختبار.

خامساً- مسح المخ Brain Scans

لقد استخدمت صوراً متنوعة من مسح المخ فى البحوث للتعرف على اختلافات المخ التركيبية والوظيفية الخاصة المقترنة باضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه. ولهذا السبب يستفسر المرضى أحياناً عما إذا كان يمكن

استخدام نفس أساليب المسح أو الفحص هذه للتحقق من وجود حالات العجز هذه لدى الأفراد للمساعدة في إجراء تشخيص لاضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه.

إن التصوير بالرنين المغناطيسي Magnetic resonance imaging MRI، والتصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي Functional magnetic resonance imaging FMRI، والأشعة المقطعية للانبعث المنفرد للفوتون Single photon emission tomography (SPECT)، والأشعة المقطعية لانبعث البوزيترون Positron emission tomography (PET) قد استخدمت جميعها في البحوث، ولكنها غير مفيدة في تشخيص اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه لدى أفراد معينين. ورغم أن كل أسلوب من هذه الأساليب قد حدد أنماطاً معينة تميز اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، إلا أنه لم يتم وضع معايير فاصلة خاصة بمتى يكون فرق ظاهر في مسح المخ دالاً كإكلينيكيًا. إن مقارنة الأفراد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه بأفراد ضوابط أسوياء يكشف عن أن الأفراد المتأثرين - كمجموعة - يظهرون تغيرات، ولكن يشيع التباين الفردي بين كل من الأفراد المتأثرين والأفراد غير المتأثرين، ويكون هناك بعض التداخل الواضح. ويمكن للطرق الإحصائية التي تقوم بتقييم النتائج الجماعية أن تدرك أنماطاً ثابتة، ولكن لا يمكن استخدام هذه الأساليب في مسح تجري لفرد واحد. وعلاوة على ذلك، فإن معظم مسح المخ هذه غالية للغاية، ولن تغطي خطط التأمين التكلفة.

وفي البحوث كشفت دراسات رسم المخ الكهربائي (EEG) عن نتائج غير ثابتة أو غير متوافقة، ولكن مقاييس رسم المخ الكهربائي الكمي (QEEG) حددت نمطاً معيناً لنشاط بيتا وثيتا في الفصوص الجبهية مميزاً للأفراد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه. وهذه الأساليب أرخص (تتراوح التكلفة المعتادة من ٣٠٠ دولار إلى ٧٠٠ دولار)، ويقوم بعض مهنيو الأعصاب بإجراء هذه المسوح في مكاتبهم. وبالتالي يوصى بعض المهنيين باستخدام فحص رسم المخ الكهربائي الكمي في تشخيص اضطراب فرط

النشاط ونقص الانتباه (Monastra,2008). على أن الباحثين المشهورين في هذا المجال متشككون بشأن فائدة نتائج رسم المخ الكهربائي الكمي في تشخيص اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، ويوصون بعدم استخدامه لهذا الغرض (Barkley,2006). وتكشف مراجعة الدراسات عن أن هذه الدراسات قد قررت أن نسبة القدرة التنبؤية الإيجابية (تنبؤ رسم مخ كهربائي كمي غير طبيعي بتشخيص لاضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه بصورة صحيحة) تبلغ ٩٨٪، ولكن نسبة القدرة التنبؤية السلبية (تنبؤ رسم مخ كهربائي كمي طبيعي بأفراد لا يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه بصورة صحيحة) تبلغ ٧٦٪ فقط. وهذا يعني أن ٢٤٪ من الأطفال الذين لديهم بروفييل رسم مخ كهربائي كمي طبيعي سوف يستمر تشخيصهم بوسائل أخرى بأنهم يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه. وعلاوة على ذلك، عند دراسة قدرة رسم مخ كهربائي كمي على تمييز الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طفولة أخرى (مثل مشكلات التعلم)، تم تصنيف نسبة تتراوح من ٢٠٪ إلى ٣٥٪ بصورة خاطئة. إن هذه النسب المرتفعة للتشخيصات الخاطئة غير مقبولة. وفي الحقيقة أنه بعد عدة مراجعات منهكة للبحوث والأدبيات ذات الصلة، ظل Barkley وزملاؤه يوصون بعدم استخدام رسم المخ الكهربائي الكمي لتشخيص اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه (انظر مثلاً Loo & Barkley, ٢٠٠٥). وعلى الرغم من ذلك، لا يزال بعض المهنيين يوصون باستخدام هذه الطريقة ويسميئون تمثيل فوائدها. وينبغي على الكليينكيين أن يحذروا العملاء من هذه الممارسة غير المدققة وغير الآمنة.

سادساً- ملخص

Summary

على الرغم من أن مسوح المخ (بما فيها رسم المخ الكهربائي الكمي (QEEG) غير مفيدة لتشخيص أعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، إلا أنه تتوفر أدوات تقيس وتصنف أعراض هذا الاضطراب. فقد تم وضع

بعض قوائم المراجعة والاستبيانات السلوكية لقياس درجة فرط النشاط/الاندفاع ونقص الانتباه/عدم التنظيم على وجه التحديد. وعادة ما يتم جمع بيانات من ملاحظين (مثل الوالدين أو المعلمين)، ولكن نماذج التقرير الذاتى متوافرة أيضاً بصورة شائعة. وعند ربطها بوضوح بمعايير الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية، تعطى بعض هذه المقاييس خواصاً سيكومترية جيدة كما تعطى حماية كافية من الإيجابيات الخاطئة والسلبيات الخاطئة كى تكون مفيدة فى تقدير حدة أعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه. وعلاوة على ذلك، فإن المقاييس السلوكية التى تم استعراضها هنا تسمح للكلينيين بوضع درجات فاصلة أكثر محافظة (٢ انحراف معيارى فوق المتوسط) لمنع الإفراط فى التصنيف. وتوجد نسخ مختلفة للأولاد والمراهقين والرجال، ومن المحتمل أن يجد معظم الكلينيين هذه الأدوات قيمة ومفيدة.

وتحاول اختبارات الأداء المستمرة CPTs قياس أعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه بصورة أكثر مباشرة بواسطة تقديم مهام تكرارية عن طريق التطبيق باستخدام الحاسب الآلى. وعلى الرغم من أن معظم هذه الأدوات يركز على مهام مرئية أو بصرية، إلا أن بعضها يقيس أيضاً الأداء السمعى. وعلى الرغم من أن هذه الاختبارات مباشرة وواعدة، ولها شعبية لدى الباحثين، إلا أن الكلينيين بصفة عامة يجدون أن هذه الاختبارات ليست فى مثل دقة الاستبيانات السلوكية إلى حد ما، وأحياناً تكون الحساسية والخصوصية أو النوعية غير كافيتين. فبعض الاختبارات تسمح للكلينى باستخدام لوغاريتمات تصحيح متنوعة لتقليل الإيجابيات الخاطئة والسلبيات الخاطئة بشكل منفصل، وتقدم هذه الأدوات بوجه عام أكثر وعد وفائدة كلىنيكية.

إن الاختبارات النفسية الشكلية لا تكون فى العادة فعالة فى إجراء التشخيص، ولكن القياس النفسى الشامل يكون مفيداً عندما يقيس الكلينى عدداً كبيراً ومتنوعاً من الأعراض والمشكلات الوظيفية. ويشيع استخدام علماء النفس لمجموعات متنوعة من اختبارات الاستعداد والتحصيل الدراسى والشخصية. وتساهم كل من هذه الفئات بمعلومات قيمة، وعادة ما تكون بطارية

الاختبارات الشاملة قادرة على تحديد مجالات مشكلات متنوعة تتطلب الاهتمام. وإذا اشتملت هذه المجالات على الأعراض التي يشيع اقترانها باضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، يتم تشجيع الكلينيين على إكمال نتائج بطارية اختبارات نفسية باستبيان سلوكي أو اختبار أداء مستمر.

ويتم إجراء التقييمات العصبية- النفسية بوجه عام عندما يلزم قياس وجود إصابة في المخ. وعلى الرغم من أن العديد من الأساليب تقيس الوظائف التنفيذية والتذكر والتركيز والمرونة العقلية وال ضبط العقلي، إلا أنه لم يتضح أن هذه الأساليب تمتلك حساسية أو خصوصية كافيتين كي تستخدم لتشخيص اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه. وكما لاحظ Barkley (٢٠٠٦)، فإن التحويل من أجل إجراء تقييم عصبي- نفسي لتشخيص اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه غير ضروري وليس فعالاً من حيث التكلفة. على أنه إذا كان هناك شك في وجود إصابة بالمخ أو عجز وظيفي عضوي، فإن نتائج المهام العصبية- النفسية يمكن أن تكون قيمة في تشخيص هذه المشكلات. وإذا تقرر وجود مشكلات في الأعراض المقترنة باضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه (وتم استبعاد الحالات الأخرى التي قد تنتج مثل هذه الأعراض)، فإنه يمكن للكلينيين أن يكملوا المقاييس الخاصة باضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه (مثل الاستبيانات السلوكية Behavioral inventories أو اختبارات الأداء المستمرة CPTs) لزيادة دقة التشخيص.

الفصل الخامس

التشخيص الفارق Differential Diagnosis

بعد استعراضنا للأعراض والأسباب والمسار وأدوات القياس والتقييم، يلزمنا أن ننظر في أكثر الطرق فاعلية، بالإضافة إلى المقاييس التي تمت مناقشتها حتى الآن، والتي من خلالها يمكن جمع معلومات ملائمة تسمح بإجراء تشخيص فارق شديد الدقة. ويتحقق ذلك بوجه عام من خلال المقابلات الشخصية الكلينيكية. على أنه لتركيز هذه المقابلات الشخصية بشكل ملائم، يجب على الكلينيكي أن يخطط للاستعلام عن قدر كاف من المعلومات التي ستكون ضرورية لإجراء التشخيص. وهكذا يجب استعراض معايير التشخيص الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية؛ الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين American Psychiatric Association، 1984)، إذ أن هذه المعايير سوف توجه عملية جمع البيانات الملائمة.

أولاً- معايير التشخيص الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية

Diagnostic Criteria in DSM-IV-TR

إن نظام الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يتطلب أن يستخدم الكلينيكيون كل من معايير الضم والاستبعاد عند إجراء تشخيص. وعادة ما تؤخذ معايير الضم في الاعتبار أولاً، وبعد ذلك يجب استيفاء معايير الاستبعاد.

١- معايير الضم Inclusion Criteria

منذ عام ١٩٩٤ يعتبر نظام الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية أن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تقع على طول بعدين هما: فرط النشاط/الاندفاع ونقص الانتباه (الذي يشمل أيضاً عدم التنظيم). وفي المعيار (أ)، يضع الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية أولاً قائمة بأمثلة لأعراض نقص الانتباه وعدم التنظيم:

١- غالباً ما يفشل في الانتباه بدقة للتفاصيل أو يرتكب أخطاء تتسم بالإهمال في الواجب المدرسي، أو العمل، أو غيرهما من الأنشطة.
٢- غالباً ما تكون لديه صعوبة في مواصلة الانتباه في المهام أو أنشطة اللعب.

ج- لا يبدو في الغالب أنه ينصت عند التحدث إليه مباشرة.
د- غالباً لا يتبع التعليمات ويعجز عن الانتهاء من الواجب المدرسي أو الأعمال المنزلية أو الواجبات التي تكون مطلوبة منه في موقع العمل.
هـ- غالباً ما تكون لديه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة.
و- غالباً ما يتجنب أو يكره أو يمتنع عن المشاركة في المهام التي تتطلب جهداً ذهنياً متواصلاً (مثل الواجب المدرسي أو الواجب المنزلي).
ز- غالباً ما يفقد الأشياء اللازمة للمهام أو الأنشطة (مثل اللعب أو التكاليفات المدرسية أو أقلام الرصاص أو الكتب أو الأدوات).

ح- غالباً ما يسهل تشتت ذهنه بفعل المثيرات الخارجية.
ط- غالباً ما يكون كثير النسيان والسهو في الأنشطة اليومية (ص ٩٢).
وينبغي على الكليينكيين أن يلاحظوا أن هذه المعايير تشمل أمثلة للصعوبات أو المشكلات التي قد تكون واضحة لدى الأولاد أو المراهقين أو الرجال من أي عمر، رغم أن العديد من الباحثين يشعرون أن المعايير الحالية للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية تحيز وتميل للأولاد أكثر من المراهقين أو الرجال. وبالإضافة إلى ذلك، تشمل الأمثلة السلوكيات التي تكون - بالتعريف - موجودة عبر المواقف والبيئات المختلفة مثل المنزل أو المدرسة أو العمل. إن نظام الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يحدد معيارين آخرين يجب استيفائهما. فالأعراض الواردة في القائمة يجب دائماً أن تكون موجودة لمدة ٦ شهور على الأقل. وبهذه الطريقة فإن المشكلات العارضة لا تؤهل شخصاً ما للتشخيص، ويجب أن يكون مستوى الشدة أو الحدة كافياً ليسفر عن سلوكيات سيئة التكيف لا تتوافق مع مستوى نمو العميل. فعلى سبيل المثال، من الشائع بالنسبة للأولاد الصغار أن يظهروا مدى انتباه قصير

ودرجة عالية من الطاقة والنشاط. وقبل أن يفكر الكلينيكيون في إجراء تشخيص كلينيكي، يجب أن يأخذوا في الاعتبار إلى أي مدى تفوق تلك السلوكيات ما هو متوقع عادة لدى تلك الفئة العمرية وبالنسبة لذلك الجنس. وهنا تصبح أدوات القياس التي استعرضناها في الفصل السابق قيمة جداً. ويتم تركيز العديد من هذه الأدوات بالتحديد على الأعراض المذكورة في القائمة وتتم مقارنتها بمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية. وعلاوة على ذلك، فإن الأدوات التي تعطي صفات سيكومترية جيدة وتتم معايرتها على أساس العمر (ويفضل في الفترات الفاصلة التي تبلغ مدتها عام واحد) والجنس تعطي الفرصة للكلينيكيين لتقدير الشدة أو الحدة النسبية للسلوكيات المتضمنة في القائمة عن طريق مقارنتها بما هو «طبيعي» بالنسبة للأولاد في تلك الفئة العمرية. وهكذا فإنه عندما يقوم الكلينيكيون بوضع حدود فاصلة ملائمة (مثل ٢ انحراف معياري فوق المتوسط) عندما تتخطى السلوكيات المعيار، فإنهم يتبعون روح نظام الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية ويتجنبون الإفراط في التصنيف.

وفي المعيار (أ)، يضع الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية قائمة بأهمثلة لأعراض فرط النشاط/الاندفاع:

- ١- غالباً ما يتململ بيديه أو قدميه أو يتلوى في مقعده.
- ٢- غالباً ما يترك مقعده في الفصل أو في مواقف أخرى يتوقع منه فيها أن يظل في مقعده.
- ج- غالباً ما يجرى هنا وهناك أو يتسلق بصورة مفرطة في مواقف يكون فيها ذلك غير ملائم (لدى المراهقين أو البالغين قد يقتصر ذلك على مشاعر التلملم الذاتية).
- د- غالباً ما تكون لديه صعوبة في اللعب أو المشاركة في الأنشطة الترفيهية بهدوء.

هـ- غالباً ما يكون دائم الحركة ويتصرف كما لو أن «هناك محركاً يقوده».

و- غالباً ما يكون كثير الكلام.

- ز- غالباً ما يجيب بصورة مندفعة وبدون تفكير قبل إتمام الأسئلة.
 ح- غالباً ما تكون لديه صعوبة في انتظار دوره.
 ط- غالباً ما يقاطع الآخرين أو يتعدى عليهم (يقترح الحوارات أو الألعاب مثلاً) (ص ٩٢).

ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الفقرات من (أ) إلى (و) كأعراض لفرط النشاط، ويحدد الفقرات الباقية كأعراض للاندفاع، ولكن من الواضح أنه يوجد بعض التداخل بين هاتين الفئتين، وبالتالي فإن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية وضع كل منهما على هذا البعد الموحد. وكما هو الحال مع أعراض نقص الانتباه/عدم التنظيم، يتطلب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الوجود الدائم للأعراض لمدة ٦ شهور على الأقل ومستوى شدة أو حدة يكون سيئاً التوافق وكذلك يتجاوز ما هو متوقع لمستوى النمو الملائم. وكما سبق وأن ناقشنا، فإن استخدام أدوات ملائمة يمكن أن يساعد الكلينيين في إجراء التشخيص مع تجنب الإفراط في التصنيف.

وبالسماح للكلينيين بتشخيص اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عندما يكون الوجود الكافي للأعراض واضحاً في أي من (أو كلا) البعدين)، فإن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية يقر بوجود ثلاثة أنواع من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط هي: النوع الذي يسوده نقص الانتباه والذي توجد فيه أعراض كافية لنقص الانتباه/عدم التنظيم (ولكن ليس فرط النشاط/الاندفاع)؛ والنوع الذي يسوده فرط النشاط والاندفاع والذي يكون فيه العكس صحيحاً؛ والنوع المركب أو المختلط الذي توجد فيه أعراض كافية في كلتا الفئتين.

وينبغي أن يكون الكلينيون على دراية بمشكلة أخيرة بشأن طريقة التصنيف. فعلى الرغم من أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يأخذ في الحسبان الأنواع الفرعية الثلاثة التي ناقشناها لتونا إلا أن بيانات معدل الانتشار تدل على أن بعض هذه الأنواع تكون أقل شيوعاً بكثير.

فمثلاً النوع الذي يغلب عليه فرط النشاط/الاندفاع نادراً ما يرى في عينات العلاج، وحسب بعض التقارير يشكل ١٥٪ من كل حالات اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (لي وآخرون Lee et al., ٢٠٠٨). وعلى النقيض من ذلك فإن النوع الذي يغلب عليه نقص الانتباه والنوع المختلط يتوزعان بصورة أكثر تساوياً في العينات التي تمت دراستها. وبالتالي فإن الكلينيين الذين يحددون عميلاً بأن لديه أعراض كافية من فرط النشاط/الاندفاع ينبغي أن يفحصوا بدقة ما إذا كانت أعراض نقص الانتباه/عدم التنظيم تكون أيضاً موجودة، لأنه يبدو أن الأطفال الذين يظهرون أعراضاً من المجموعة الأولى فقط يكونون قليلين أو نادرين. ومن ناحية أخرى، لا تتوافر أية بيانات جيدة عن معدل انتشار النوع الذي يغلب عليه فرط النشاط/الاندفاع من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى البالغين.

وبعد استعراض مجموعات الأعراض، يجب على الكلينيين بعد ذلك أن يحددوا بداية تلك الأعراض. وبالتحديد يعتبر اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط اضطراباً تكون فيه الأعراض موجودة بسبب عوامل عصبية ونمائية هامة على الأقل جزئياً. ويتضمن هذا الافتراض توقع أن تبدأ أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في سن مبكر جداً أكثر من أن تبدأ فجأة في وقت لاحق من مرحلة الطفولة. وبالتالي فإن المعيار (ب) في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يتطلب أن تظهر الأعراض بوضوح قبل سن السابعة وأن تكون الشدة أو الحدة كافية لتسبب الضعف الوظيفي قبل بلوغ هذا السن.

وعند تشخيص الأولاد Boys أو المراهقين Teens الذين يعانون من أعراض فرط نشاط واندفاع بارزة، يمكن للكلينيين أن يؤكدوا هذا المعيار بسهولة لأن آباء وأمهات الأطفال الذين يكون لديهم تاريخ طويل من هذا الأعراض عادة ما يلاحظونها في باكورة حياتهم ويكونون قادرين على التحقق من إثبات البداية المبكرة. على أن الأولاد والمراهقين الذين يظهرون أعراض نقص انتباه ولا يوجد لديهم أي تاريخ فرط نشاط أو اندفاع كبير قد لا ينتبه لهم آبائهم

وأمهاتهم إلا في وقت متأخر من مرحلة الطفولة، مثلاً عندما يحضرون صفوفاً دراسية تتطلب عملاً أكثر جهداً ومشقة وقدرات تنظيمية أكثر. وفي تلك الحالات، يكون من المهم أن نوجه الآباء والأمهات لمراعاة ما إذا كانت هناك أعراض مشكلات مبكرة في هذه المجالات ربما لم يتم التعرف عليها في ذلك الوقت. وإذا أنكر الآباء والأمهات ذلك، وكان واضحاً أن هناك أعراض خطيرة بدأت بعد سن السابعة، فإن الكينيكي لا يستطيع تشخيص اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (باستثناء خيار «غير المحدد على نحو آخر» الذي سنناقشه في هذا الفصل فيما بعد).

إن تحديد ما إذا كان المعيار (ب) مستوفى لدى العملاء البالغين هو أمر أكثر إثارة للتحدي. فعلى الرغم من أن بعض البالغين قد يتذكرون ما إذا كانوا قد بدأوا يظهرن الأعراض في مرحلة الطفولة المبكرة، إلا أن البعض قد لا تكون لديهم ذكرى واضحة. ولهذا السبب عادة ما يكون من المرغوب فيه أن يتم الوصول إلى بعض المعلومات الإضافية. والحصول على هذه المعلومات يمكن أن يتحقق عن طريق طلب الإذن للاتصال بأفراد الأسرة (مثل الوالدين أو الأشقاء) أو مراجعة البيانات التاريخية (مثل بطاقات تقييم الطلاب التي يتم الحصول عليها من المدرسة).

ويتطلب المعيار (ج) أن تكون أعراض الاضطراب (تلك المحددة في البعدين المتضمنين في المعيار «أ») موجودة في بيئتين مختلفتين على الأقل *two different settings*، تسببان بعض الضعف أو الإعاقة على الأقل. وعلى الرغم من أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يقدم أمثلة لثلاث بيئات فقط (المنزل والمدرسة والعمل)، إلا أن معظم الكينيكيين يمدون هذا المعيار ليشمل أيضاً البيئات الموجودة خارج المنزل (مثال ذلك عندما يذهب الأولاد بصحبة الوالدين إلى متجر) والمواقف الاجتماعية (مثال ذلك عندما يلعب الولد أو المراهق مع أقرانه). وهكذا فإنه عند جمع تاريخ ملائم وذي صلة، يجب على الكينيكيين أن يستعلموا عن بيئات ومواقف متنوعة، وما إذا كان الضعف لديهم كان واضحاً إلى حد ما على الأقل. وعندما يكون العميل شخصاً بالغاً،

ينبغي في العادة السعي للحصول على معلومات إضافية للتحقق مما إذا كان هذا المعيار مستوفى، إلا إذا كان العميل قادراً على وصف أمثلة من ذاكرته تثبت وجود هذه المشكلات. وينبغي على الكلينيين أيضاً أن يلاحظوا الصياغة المحددة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية: يتطلب المعيار (ج) بعض الضعف على الأقل أكثر مما يتطلب ضعفاً كلينياً.

وعلى العكس من ذلك، يتطلب المعيار (د) ضعفاً كبيراً من الناحية الكلينية في الأداء الوظيفي الاجتماعي أو الدراسي أو المهني. وقد وضع هذا المعيار لضمان إظهار المرشحين للتشخيص لضعف وظيفي كبير في بيئة واحدة على الأقل يكون من المتوقع فيها أن تكون الأعراض سيئة التوافق إذا كانت شديدة أو حادة بدرجة كافية. ويعني هذا في العادة أن الأولاد والمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ينبغي أن يظهروا مشكلات خطيرة تكون واضحة في المدرسة، وأن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ينبغي أن يظهروا مشكلات مهنية خطيرة.

إن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يراعي بعض المرونة، حيث يمكن استيفاء المعيار (د) بأدلة عن وجود مشكلات في البيئات والمواقف الاجتماعية (أي مع الأقران). على أن الكلينيين ينبغي أن يراعوا أيضاً ما إذا كان بروفيل الأعراض يتوافق مع ما هو متوقع من الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وينبغي بوجه عام أن نتوقع أن يسبب نقص الانتباه/عدم التنظيم أو فرط النشاط/الاندفاع الشديد، خاصة عندما يكون واضحاً منذ سن مبكر، صعوبات ومشكلات وظيفية في المدرسة. وإذا استمرت الأعراض في مرحلة البلوغ (كما يقتضي الحال لاستيفاء المعيار «أ» بالنسبة للعملاء البالغين)، فإن هذه الأعراض لا بد في العادة وأن تسبب مشكلات مهنية. وبالتالي فإن الكلينيين الذين يلتقون بأولاد أو مراهقين أو رجال لا يبدو أنهم يظهرون مشكلات خطيرة في المدرسة و/أو العمل يلزم أن يراعوا ما إذا كانت الأعراض شديدة أو حادة بدرجة كافية تستحق إجراء تشخيص. وفي تلك الحالات، يلزم بشكل خاص إجراء تشخيص فارق دقيق

للتعرف على أو تحديد متلازمة الأعراض الكلينيكية التي يجب أن تكون موجودة.

٢- معايير الاستبعاد Exclusion Criteria

إذا استوفى العميل معايير الضم التي سبق أن وصفناها، عندئذ يجب بعد ذلك دراسة معايير الاستبعاد قبل إجراء التشخيص. ويقرر المعيار (هـ) في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية أنه لكي يتم تشخيص الأفراد بأنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، فإنه لا يمكنهم أن يظهروا أعراضاً تكون موجودة فقط أثناء اضطراب نمو عام أو سائد pervasive developmental disorder أو اضطراب ذهاني (مثل الفصام العقلي) تم تشخيصه على نحو آخر. وعلى الرغم من أن الاستبعاد المرتبط بالاضطرابات الذهانية نادراً ما يشكك فيه، إلا أن الاستبعاد المرتبط بالفئة الفرعية لاضطراب النمو العام أو السائد، والتي تشمل التوحد ومتلازمة أعراض أسبيرجر، يكون أحد أكثر الجوانب المثيرة للجدل لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

إن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يتبع مبدأ الاقتصاد أو الشح Principle of Parsimony حيث ينبغي تفسير الأعراض بأقل عدد ممكن من متلازمات الأعراض. فالأطفال الذين تكون لديهم أشكال متنوعة من اضطراب النمو العام أو السائد PDD غالباً ما يظهرون أيضاً أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ولكن يفترض أن اضطراب النمو العام أو السائد المحدد يفسر بالفعل تلك الأعراض، وأنه من المعروف فعلاً أن الأسباب المسئولة عن حدوث ذلك الاضطراب تنتج مع أعراض تشبه اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وهكذا فإنه لا يلزم إجراء تشخيص منفصل لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

على أن العديد من الباحثين قد شككوا في هذا الاستبعاد. فمثلاً قام بينينجتون وأوزونوف Pennington and Ozonoff (١٩٩١): انظر تانوك (Tannock، 2002) بمقارنة الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والتوحد رأساً برأساً ووجدوا أنه على الرغم من وجود بعض

التداخل الواضح، إلا أن الأطفال الذين يعانون من التوحد (وليس اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط) كشفوا عن وجود نواحي نقص أو قصور أكبر في التذكر والإدراك أو المعرفة، في حين أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (وليس التوحد) كشفوا عن وجود مشكلات أكبر في التحكم الحركي والذاتي. وبالإضافة إلى ذلك، كان هناك أطفال أظهروا كلا من نوعي المشكلات، مما يدل على أن اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والتوحد متلازمتان كلينيكيتان مختلفتان ومنفصلتان يمكن أن يتواجدا بشكل مستقل ويمكن أحياناً أن يحدثا معاً.

وهناك مجال جدل ساخن بشكل خاص يتعلق بما إذا كان اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يمكن أن يتواجد مع متلازمة أسبيرجر. وابتاع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بشكل صارم، لا يمكن تشخيص الأثنين معاً، لأن متلازمة أسبيرجر هي اضطراب يتم تصنيفه ضمن الفئة الفرعية لاضطراب النمو العام أو السائد. على أن نتائج البحوث تكشف عن أن الاضطرابين قد يتواجدا معاً أو قد يتواجدا بشكل منفصل، وأنه يبدو أن الأفراد الذين يعانون من كلا الاضطرابين يظهرون مستوى ضعف أو إعاقة كلي أكبر بكثير (جولدشتاين & شويباك Goldstein & Schwebach، 2004). وهكذا فقد رأى بعض الكلينيين أن الإصدارات المستقبلية للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية ينبغي أن تستبعد هذا الاستبعاد (هولتمان، بولتي، & بوتسكا Holtmann, Bolte, & Poutska، 2005). والآن وعلى الرغم من أن التشخيصين متعارضين «رسمياً»، إلا أن العديد من الكلينيين الذين يرون أعراض كلا الاضطرابين يطبقون كلا المسميين التشخيصيين.

ويتطلب المعيار (هـ) أيضاً من الكلينيين أن يقيسوا ما إذا كانت أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تحدث بشكل حصري بينما يظهر العميل أيضاً أعراض اضطراب عقلي آخر يفسر ويبرر تلك الأعراض على نحو أفضل. فمثلاً غالباً ما يظهر الأفراد الذين يعانون من اضطرابات مزاجية تهيجاً أو تمللاً أو اندفاعاً أو مشكلات تتعلق بالقابلية لتشتت الذهن أو الانتباه. وبالمثل

فإن العملاء الذين يعانون من اضطرابات قلق أو فصام والبالغين الذين يعانون من اضطرابات الشخصية قد يظهرون أيضاً مشكلات مماثلة. وبوجه عام فإن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية لا يشجع تشخيص الأفراد بأن لديهم كلتا متلازمتي الأعراض، إلا إذا كان المسار مختلفاً (مثلاً إذا ازدادت أعراض اضطراب مزاجي حدة ثم تضاعفت مرة أخرى بشكل استطرادي، بينما ظلت أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أكثر ثباتاً). وسوف نناقش القضايا المتضمنة في تشخيص اضطراب آخر أو اضطراب مصاحب بمزيد من التفاصيل في جزء لاحق من هذا الفصل.

٣- اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غير المحدد على نحو آخر

ADHD Not Otherwise Specified

عندما يلتقي الكلينيكيون بعميل يبدو أنه يظهر معظم أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ولكنه لا يستوفي معيار واحد على الأقل من معايير التشخيص، فإنه يمكن تحديد تشخيص لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غير المحدد على نحو آخر. وفي تلك الحالات، يلزم أن يأخذ مهنيو الصحة النفسية في الاعتبار أي المعايير سوف يتم تخفيف حدتها وما إذا كان الفرد المعني لا يزال يحتاج تشخيصاً. ونشجع الكلينيكيون على إتباع شجرة قرارات توجههم عند اتخاذ مثل هذا القرار.

أولاً ينبغي دراسة وبحث المعيار (أ). فمن الصعب أن نقول أن الأفراد الذين يظهرون أعراضاً أقل مما هو مطلوب في المعيار (أ) لا يزالوا يظهرون اضطراباً يشبه اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وبالتالي إذا لم يتم استيفاء المعيار (أ)، فمن غير المحتمل أن يوجد أي شكل مختلف لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، بما في ذلك اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غير المحدد على نحو آخر.

وبعد ذلك ينبغي دراسة وبحث المعيار (د). هل يوجد ضعف كبير في الأداء الوظيفي الاجتماعي و/أو الدراسي و/أو المهني يجيز إجراء تشخيص؟ إن كانت الإجابة «لا» فمن المحتمل ألا تؤهل أعراض العميل لتشخيص اضطراب نقص

الانتباه - فرط النشاط. وينبغي أخذ المعيار (ج) في الاعتبار. فمثلاً إذا كانت الأعراض واضحة فقط في المنزل، فقد يكون اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غير المحدد على نحو آخر موجوداً، ولكن ينبغي على الكليينكيين أن يبحثوا ويتحققوا مما كانت هناك اضطرابات أخرى (و/أو مشكلات في العلاقات الأسرية) تفسر وتبرر الأعراض على نحو أفضل.

وينبغي على الكليينكيين بعد ذلك أخذ المعيار (ب) في الاعتبار. فإذا وجدت أعراض كافية تستوفي كل هذه المعايير ولكن لا يمكن توثيق البداية على أنها بدأت قبل سن السابعة، فقد يكون اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غير المحدد على نحو خياراً جيداً.

ثانياً - تحديد التشخيص Assigning the Diagnosis

لإجراء تشخيص لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، يجب على الكليينكيين أن يقوموا بجمع معلومات متعمقة وواسعة بدرجة كافية لتحديد ما إذا كانت معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية مستوفاة. وكما هو الحال غالباً عندما يبدأ مهنيو الصحة النفسية العلاج، يتم تركيز المرحلة الأولى على جمع المعلومات و تحديد التشخيص.

وقد يسأل بعض الكليينكيين عن سبب أهمية تحديد التشخيص. وقد يشعر البعض أنه يكفي الحصول على وصف للأعراض وعلاج تلك الأعراض دون الحاجة إلى استخدام مسميات تشخيصية. ومع ذلك لا ينصح مهنيو الصحة النفسية بإتباع هذا الأسلوب. وكما سنتناقش في جزء لاحق من هذا الفصل، فإن الأعراض التي تشبه اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط قد لا تحدث بالضرورة بسبب نفس الأسباب المقترنة باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. إن إتباع لوغاريتمات تشخيص صارمة ومدعمة بالتجارب يسمح للكليينكيين بالثقة في أنه يتم تحديد مسمى تشخيصي بقدر كاف من الحساسية والنوعية أو الخصوصية. ولأن هناك قدراً كافياً من البحوث التي تدرس وتبحث في أسباب وعلاج معظم الاضطرابات الواردة في قائمة الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، فإن تحديد تشخيص صحيح يسمح للكليينكيين بالاستناد

إلى تلك البحوث لفهم طبيعة الاضطراب والعلاجات الفعالة المرتبطة به. وعلى النقيض من ذلك، يتوافر قدر ضئيل من البيانات التي تدرس وتبحث في أسباب وعلاج الأعراض التي لا تكون جزءاً من متلازمة تشخيصية نوعية أو خاصة، مما يمد الكلينيين بقدر ضئيل من التوجيه بشأن فهم الأسباب واختيار أساليب العلاج التي من المحتمل جداً أن تكون فعالة.

ولجمع المعلومات اللازمة لتحديد التشخيص، يستخدم الكلينيون في العادة طرقاً متنوعة تشمل المقابلات الشخصية الكلينية، والسجلات المتاحة أو المتوفرة، والبيانات التي يتم الحصول عليها من أدوات القياس أو التقييم. وسوف نتناول بالدراسة استخدام هذه الأساليب بشكل خاص في ارتباطها بالتشخيص الفارق لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

١- المقابلات الشخصية الكلينية Clinical Interviews

من الشائع بالنسبة للكلينيين أن يخصصوا أول اتصال بالعميل لجمع المعلومات. ولتشخيص أي اضطراب، يجب على الكلينيين يقيسوا الأعراض الحالية، ودرجة وطول مدة الضعف أو الخلل، والعوامل التي عجلت به، والتاريخ الشخصي والأسري المتصل به. على أن تشخيص اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط فريد في نوعه إلى حد ما لأنه يتطلب من الكلينيين أن يضعوا إطاراً زمنياً لبداية الأعراض ويتحققوا مما إذا كان الضعف أو الخلل يحدث عبر البيئات والمواقف المختلفة. ولهذا السبب يكون من الشائع بالنسبة للكلينيين الذين يشكون في أن عميلاً ربما يظهر أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أن يقوموا بجمع معلومات من مصادر مختلفة.

وعندما يكون العميل ولداً أو مراهقاً، يكون من المعقول بالنسبة للكلينيكي أن يقابل المرضى أولاً. وفي الأغلبية العظمى من الحالات يحدد الوالدان الحاجة للعلاج ويبادرون بالتحويل. ومن المفيد بالنسبة للكلينيين أن يسمحوا للوالدين بمناقشة قلقهما بحرية دون الشعور بالحاجة إلى ترشيح وتنقية ما يقولانه. ولهذا السبب يكون من المفيد أن يتم عقد الجلسة الأولى بدون حضور الولد أو المراهق. وهذا يسمح للكلينيكي أيضاً بسؤال الوالدين عن جوانب التاريخ

الأسري التي قد تكون ذات صلة ولكن قد يصعب مناقشتها أمام ابنهما (مثل الصراعات أو عوامل الضغط التي ربما كانت ولا تزال تؤثر على الأسرة). وفي هذه الحالة، فإنه بعد تخصيص الجلسة الأولى للوالدين، يمكن للكينيكي أن يخصص الجلسة الثانية بدرجة كبيرة لمقابلة الولد أو المراهق. ويسمح هذا السيناريو للكينيكي بفائدة أخرى - لأن الوالدين قد حدداً فعلاً قلقهما، يمكن للمهني أن يقود المقابلة الشخصية التشخيصية مع العميل ليغطي كل المجالات الهامة التي حددها والداه.

وفي بعض الحالات، خاصة عندما يتم التحويل في المدرسة، ينبغي على المهني (مرشد أو أخصائي نفسي بالمدرسة مثلاً) أن يجري مقابلات شخصية مع معلمي التلميذ وغيرهم من الأفراد الذين قد تكون لديهم معرفة مباشرة بسلوكيات التلميذ وتاريخه الدراسي (مثل الإداريين أو أفراد فريق الدراسة التابع له الطفل). وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي أيضاً على المرشدين والأخصائيين النفسيين بالمدرسة أن يحاولوا الاتصال مع والدي التلميذ لجمع المعلومات الهامة وإقامة علاقة عمل معهما.

وعندما يكون العميل شخصاً بالغاً، يلزم إتباع أسلوب مختلف. ولأن البالغين عادة ما يقومون بتحويل أنفسهم للعلاج، يمكن للكينيكي أن يخصص الجلسة الأولى لجمع أوصاف للأعراض ومعلومات تاريخية من العميل مباشرة. وإذا شعر الكينيكي بأن المقابلة الشخصية الأولى لم تعطي معلومات كافية لمراجعة واستعراض كل معايير التشخيص ذات الصلة، عندئذ يمكن للمهني أن يطلب الإذن من العميل للاتصال بأفراد الأسرة المتاحين. إن مقابلة أحد الوالدين أو أحد الأشقاء يمكن في العادة أن تكون مفيدة عندما يلزم استعراض تاريخ النمو وسلوكيات الطفولة. كما أن مقابلة الزوجة أو شخص آخر مهم قد تكون في الغالب مفيدة للسماح للإكينيكي برؤية أوسع للمشكلات الحالية. وعلى الرغم من أنه ليس كل العملاء يوافقون على السماح للإكينيكي بالاتصال بأفراد الأسرة، إلا أن العديد منهم يفعلون ذلك، ويمكن جمع معلومات قيمة تعمل على تحسين فرصة إجراء تشخيص دقيق بدرجة كبيرة.

وسواء أجريت المقابلة الشخصية مع العميل أو مع أحد المعلمين أو مع أحد أفراد الأسرة، يكون من المهم أن تستعرض المعلومات التي يتم الحصول عليها الأداء الوظيفي للعميل في مجالات متنوعة سوف نناقش بعضها في الجزء التالي.

الأمراض الظاهرة Presenting Symptoms. في البداية ينبغي أن يكون الكلينيكي معداً لجمع بيانات عما يأتي بالعميل للعلاج في هذا الوقت المحدد. ولأن أعراض العديد من الاضطرابات تميل إلى أن تتزايد ثم تتضاءل مرة أخرى إلى حد ما على الأقل، ولأن معظم العملاء يظهرون الأعراض لبعض الوقت قبل بدء العلاج، يكون من المفيد أن نعرف «لماذا الآن؟» - أي لماذا أدى هذا الوقت المحدد إلى تحويل العميل للعلاج؟ ربما كانت الأعراض تتفاقم تدريجياً، وأصبحت حدة أو شدة الاضطراب كبيرة للغاية بحيث لا يمكن التعامل معها. أو أن حدثاً وقع مؤخراً وأقنع العميل أو الوالدين أو الزوجة بأن «الكيل قد طفح». إن طرح هذا السؤال على العميل وكذلك أفراد أسرته عادة ما يؤدي إلى الحصول على معلومات قيمة تساعد الكلينيكي على فهم التوقعات المحددة التي تأتي بالعميل للعلاج. وبمعنى آخر، سوف يسعى العميل وأفراد الأسرة في طلب المساعدة لمعالجة أكثر الأعراض والقلق الملحة، وإذا تمت معالجة هذه الأعراض والقلق من البداية، فمن الأكثر احتمالاً أن يبقى العملاء خاضعين للعلاج. وبالإضافة إلى جمع معلومات عن بروفييل الأعراض، ينبغي على الكلينيكيين أن يضعوا إطاراً زمنياً لنمو وتطور الضعف أو الخلل. وهذا سوف يساعد الكلينيكيين في تحديد ما إذا كانت أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط قد بدأت قبل أن يبلغ العميل سن السابعة (كما هو مطلوب في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية) وما إذا كانت تلك الأعراض المبكرة قد أسفرت على الأقل عن بعض الضعف أو الخلل في الأداء الوظيفي. وفي اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط الحقيقي، أي اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط الذي ينشأ من الأسباب العصبية والبيولوجية التي وصفناها في الفصل الثالث، لا ينبغي أن تكون هناك نقطة واضحة أصبحت

عندها الأعراض ظاهرة وواضحة، ولا بد أن تكون الأعراض قد بدأت في بداية مرحلة الطفولة وينبغي أن تظل واضحة عندما يكبر الولد في السن. وفي تلك الحالات التي يبدو فيها أن الأعراض قد عجل بها حدث معين (طلاق مثلاً)، وكان فيها الأداء الوظيفي الضعيف أو المختل نسبياً واضحاً من قبل، يمكن بوجه عام استبعاد اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وتكون التشخيصات الأخرى أكثر ملائمة (مثل اضطراب التوافق).

العلاج السابق Prior Treatment. إن الكلينيين الذين يقومون بقياس وتقييم الأعراض سوف يستفيدون من السؤال عن محاولات العلاج السابقة. وقد يعطيهم هذا معلومات قيمة جداً. فمثلاً إذا تم تجريب العلاج السابق ولكن العميل أنسحب من العلاج، فقد يكون من المفيد أن نسأل ما إذا كان العميل (و/أو أسرته) شعر بأن العلاج كان مفيداً. وإذا كانت الإجابة «لا»، يجب على الكلينيكي أن يدرك أن محاولات تقديم علاج مشابه ومماثل للعلاج الذي سبق وأن فشل من المحتمل أن تسفر عن انسحاب العميل من العلاج مرة أخرى. وإذا كان العميل و/أو أفراد الأسرة مقاومين لبعض جوانب العلاج التي يشعر الكلينيكي بأنه يلزم تجربتها مرة أخرى، فإن مناقشة تلك المسائل في بداية العلاج سوف تسمح بالتعامل معها ومعالجتها على أمل أن يتم تحسين التزام الأسرة بالعلاج.

إن مراجعة العلاج السابق قد يقدم أيضاً معلومات مفيدة عن الأعراض الأخرى التي كان العميل يظهرها في الماضي. ورغم أنه في كثير من الحالات تم تجريب العلاج السابق لأعراض مماثلة للأعراض التي عجلت بالتحويل الحالي للعلاج، إلا أنه في بعض الأحيان لا يكون الحال كذلك، وسوف يعمل فهم أي الأعراض والمشكلات أظهرها العميل في الماضي على مساعدة الكلينيكي على الوصول إلى فهم أشمل للعميل والأسرة.

وبالإضافة إلى ذلك، فإن مراجعة التاريخ الأسري للأعراض الصحية النفسية والعلاج تكون أيضاً مفيدة. وبوجه عام فإن المعلومات عن الأقارب البيولوجيين ذوي الصلة الوثيقة تكون مفيدة جداً، وقد يسأل الكلينيكي العميل وأفراد الأسرة بشكل خاص عن أية مشكلات يظهرها الأشقاء والوالدين

والعمات/الخالات والأعمام/الأخوال. وعندما يتم توضيح أن هذه المعلومات قد تحمل بعض البيانات عن الروابط الوراثية وقد تحسن دقة التشخيص، فإن معظم العملاء عادة ما يعطون هذه البيانات طوعاً.

التاريخ المدرسي School History. في بعض الحالات سوف تؤدي الأعراض الظاهرة بالعميل و/أو أفراد الأسرة تلقائياً إلى الكشف والإفصاح عن المشكلات المرتبطة بالمدرسة. وفي حالات أخرى عندما تبدو المشكلات المدرسية أقل إلحاحاً بقليل من تلك المشكلات التي تكون واضحة في المنزل، قد يلزم أن يستفسر الكلينيكي بالتحديد عن التاريخ المدرسي. ولأن تشخيص اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يتطلب وجود ضعف أو خلل في بيئتين على الأقل، يكون من المهم أن نراجع ونستعرض على وجه التحديد مدى أداء العميل في المدرسة فيما يتعلق بالمسائل الدراسية (الدرجات، عادات الاستذكار، الالتزام بالواجبات المدرسية، المحافظة على التركيز أثناء أداء التكاليفات، إلخ) وكذلك التحكم في السلوكيات (البقاء في المقعد، قول الإجابات بدون تفكير أو تبصر، إلخ). ولا ينبغي فقط مراجعة واستعراض هذه المسائل إذ أنها واضحة في الأداء الوظيفي الحالي، ولكن أيضاً ينبغي السعي للحصول على بيانات عن التطور التدريجي لهذه المشكلات من بداية الدراسة بالمدرسة. فالأولاد والمراهقون الذين يبدو أنهم أحرزوا في البداية توافقاً وتكيفاً جيداً مع المدرسة ولكنهم بدأوا يظهرن مشكلات خطيرة في الصفوف اللاحقة ربما لا يظهرن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ويلزم تقييمهم لتحديد ما إذا كانوا يعانون من اضطرابات أخرى، مثل مشكلات التعلم.

وينبغي أيضاً سؤال البالغين الذين يدخلون في العلاج عن تاريخهم المدرسي. فالرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط قد يخبرون عن كراهيتهم للمدرسة والتورط في مشاكل من سن مبكرة أو فقدان الاهتمام والانسلاخ أو الانفصال التدريجي. وينبغي أن يحاول الكلينيكيون تركيز الحوار على خبرة العملية الذاتية في المدرسة وعلى ما إذا كان العميل الذكر قد مر بمشكلات في أداء الأعمال الدراسية والاحتفاظ بالتركيز على الدراسة

أو كانت لديه مشكلات تتعلق بالوقوع في مشكلات بسبب نشاطه الزائد. إن الإجابات قد تساعد الكلينيين في وضع إطار زمني للضعف أو الخلل وقد تبين أيضاً ما إذا كان سيلزم عمل متابعة تشخيصية لاستبعاد مشكلات التعلم.

التاريخ المهني أو الوظيفي **Work History**. ينبغي إجراء مقابلات

شخصية مع الرجال المحولين للعلاج للتعرف على تاريخهم المهني أو الوظيفي. وينبغي على الكلينيين أن يبحثوا بالتحديد عن مشكلات المحافظة على العمل وإجراء تغييرات متكررة في الوظائف. ومن المفيد أن نسأل الرجل عن عدد الوظائف التي شغلها في حياته وأطول وقت شغل فيه نفس الوظيفة وأطول فترة قضاها بدون عمل. وينبغي أن يتبع هذه الأسئلة مناقشة للأسباب المعتادة لتركة وظيفة وما إذا كان ذلك قم تم في الغالب باختياره أو بسبب طرده من العمل. وهذا سيعطي معلومات قيمة يمكن أن تثبت وجود ضعف أو خلل مهني.

وحتى إذا بدا أن الرجل يظهر تاريخاً مهنياً أو وظيفياً خالياً من التغييرات المتكررة للوظائف، ينبغي على الكلينيين مع ذلك أن يسألوا ما إذا كانت لديه مشكلات في أداء مهام العمل، أو تذكر تكاليفات العمل، أو الانسجام مع رؤسائه وزملائه في العمل، وما إلى ذلك. وعلى الرغم من أن هذه المشكلات ربما لا تكون قد أسفرت عن طرده من العمل، إلا أنها يمكن أن تشير إلى وجود خلل وظيفي مرتبط بالعمل.

التاريخ العائلي أو الأسري **Family History**. عند جلب ولد أو مراهق

للعلاج، تكون الأعراض في الغالب قد استمرت لبعض الوقت إلى حد ما وربما تكون قد سببت متاعب كبيرة داخل الأسرة. وينبغي على المهنيين أن يفهموا كيف أثرت الأعراض على التغييرات في الأداء الوظيفي للأسرة، ويجب معالجة هذه المسائل عن التخطيط للعلاج الملائم. وبالإضافة إلى ذلك، فإن المعلومات عن التاريخ العائلي أو الأسري تعطي بيانات إضافية تساعد في التشخيص. ومن المهم أن نسأل أي الوالدين هو المسئول الرئيسي عن فرض النظام والانضباط وما إذا كان العميل يظهر مشكلات متماثلة مع كلا الوالدين. وفي بعض الأحيان قد لا يكون الأمر كذلك. فكما سبق وأن لاحظنا، وجد تالامادج

وباركلي Tallamadge and Barkley (١٩٨٣) أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يميلون إلى أن يكونوا أكثر امتثالاً وخضوعاً وأقل فوضوية مع آبائهم أكثر من أمهاتهم. ولأن الأمهات في معظم المنازل لا يزلن هن المسئولات الرئيسيات عن فرض النظام والانضباط واللاتي يهتمن بمعظم المهام اليومية، فإن تفاعلاتهن تجعل من الأكثر احتمالاً أن تنشأ صراعات مع الولد. وينبغي أن يستفسر الكلينيكيون عن هذا النمط عند قيامهم بجمع معلومات عن الصراعات الأسرية.

وكما ناقشنا من قبل فإنه في الحالات التي يكون فيها اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط الحقيقي واضحاً، فسوف يكون واضحاً أن المشكلات التي يظهرها الولد عجلت بحدوث تغييرات في الأسرة (مثل النزاع أو الخلاف بين الوالدين). على أنه في حالات عديدة قد تصاحب الصراعات بين الوالدين (بل وتسبق) أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وفي تلك الحالات، يجب على الكلينيكيين أن يحددوا الإسهام النسبي للصراعات الأسرية. وإذا كانت سلوكيات العميل موجودة حتى عندما لا يتشاجر الوالدان وتبدو مستقلة عن الصراعات الأسرية، فإن النزاع بين الوالدين قد يساهم في الأعراض، ولكن ربما لا يسببها. ومن ناحية أخرى، عندما تكون الصراعات الأسرية حادة وشديدة، ويظهر الولد أو المراهق كثيراً من الغضب بشأن المشكلات الأسرية، فمن المحتمل أن تكون السلوكيات التي تمثل مشكلة مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بتلك الصراعات الأسرية، وربما لا يكون تشخيص اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ملائماً.

وينبغي سؤال البالغين الذين يدخلون في العلاج عن تاريخهم العائلي الحالي (أي العلاقة بين الرجل وزوجته الحالية أو الشخص الآخر المهم). إن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عادة ما يمرون بصراعات مع زوجاتهم بشأن عدم تحمل المسئولية، وعدم القدرة على الاهتمام بنصبيته من المهام الأسرية (مثل سداد الفواتير أو الاهتمام بصيانة أجهزة المنزل)، ومهارات القيادة الضعيفة، وما إلى ذلك. وسوف تعطي المجالات التي

تسبب الصراعات للإكلينيكي إشارة بجوانب الأداء الوظيفي للبالغين والتي يجد العميل أنها صعبة.

ومن المفيد أيضاً أن نسأل البالغين عن أسرتهم الأصلية. إن العديد من الرجال سوف يتذكرون بعض المشكلات التي مروا بها عندما كانوا أطفالاً ومراهقين - الشجار الحاد مع أشقائهم (عند رفض التشارك في لعبهم مثلاً)، والوقوع في مشكلات لعدم قيامهم بأداء واجباتهم المنزلية، والشجار مع الوالدين بسبب الواجب المدرسي، وما إلى ذلك. وهذه المعلومات يمكن أن تساعد الإكلينيكي على وضع إطار زمني لبداية الأعراض.

التاريخ الطبي والنمائي **Medical and Developmental History**

ينبغي على الإكلينيكيين أن يسألوا بصورة روتينية عن تاريخ عملائهم الطبي. إن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط قد تكون ثانوية بالنسبة لاضطرابات طبية مثل خلل وظائف الغدة الدرقية أو أمراض القلب أو المشكلات العصبية، رغم أن ذلك يكون نادراً. وفي حالات أخرى ربما تكون الأعراض قد بدأت بعد إصابة بدنية (حادث مثلاً). وسوف نناقش ذلك بمزيد من التفاصيل في جزء لاحق من هذا الفصل. وينبغي أن يسعى المهنيون للتحقق من هذه المعلومات عن الأولاد والمراهقين والبالغين على السواء. ولأنه من غير الشائع أن يكون الرجال الذين يدخلون في العلاج قد أمضوا فترة طويلة بدون فحص طبي، يكون من الحكمة أن يقوم مهنيو الصحة النفسية بتحويلهم من أجل إجراء فحص طبي قبل بدء العلاج.

إن المعلومات التي يتم الحصول عليها من مراجعة تاريخ النمو قد تعطي بالمثل معلومات مفيدة. فحالات التأخر في مراحل الحياة الرئيسية قد تشير إلى وجود اضطرابات أخرى ربما تكون مرتبطة باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. فمثلاً حالات التأخر الكبير في النمو الجسمي قد تشير إلى وجود مشكلات عصبية مستمرة، وحالات التأخر في الكلام والمهام الدراسية قد تشير إلى وجود اضطرابات تعلم. ويجد بعض الإكلينيكيين أدوات جمع البيانات التاريخية مفيدة. فمثلاً استبيان وارشاك لتقييم الأطفال والمراهقين-الإصدار الثاني

Warshak Inventory for Child and Adolescent Assessment, Second Edition (WICAA) (وارشاك، 1995) (2- Warshak) هو قائمة مراجعة من ١٦ صفحة تسمح للوالدين بإعطاء معلومات مفصلة عن التاريخ النمائي والسلوكي والطبي والمدرسي والاجتماعي. وعادة ما يطلب من الوالدين أن يملئوا هذا النموذج في المنزل ويحضره في الجلسة التالية. وهذه الأداة ملائمة ومريحة وتسمح للكلينيكي بالتعرف بسرعة على مجالات وجوانب النمو التي تمثل مشكلات والتي تكون ملحوظة. وعلى الرغم من أن العملاء البالغين عادة ما يكونون غير قادرين على إعطاء هذه المعلومات بدقة بناءً على خبرتهم الخاصة، إلا أنه عند وجود الوالدين (وخاصة الأم)، يمكن للكلينيكي أن يطلب من العميل أن يطلب منهما أن يقوما بملء وإكمال هذا النموذج. وبوجه عام يجد الكلينيكيون المعلومات التي يحتوي عليها النموذج قيمة جداً.

استخدام المواد ذات المفعول النفسي Use of Psychoactive Substances. إن الأسئلة عن استخدام الكحوليات أو المخدرات هي جزء هام من أي تقييم كفاء للجرعات التي يتم تعاطيها. وفي حالات المراهقين والرجال الذين يشك في أنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، تكون هذه المعلومات ضرورية ولازمة. وكما هو واضح في البيانات الوبائية فإن الأولاد المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من الأكثر احتمالاً أن يجربوا الكحوليات والمخدرات (تيرسيك، بيشكين، ووكر، & شتاين Tercyak, Lerman, & Audrain, 2002). وهذا يمتد إلى مرحلة البلوغ، ويكون الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، خاصة أولئك الذين يظهرون مشكلات في الوظائف التنفيذية، معرضين لخطر أعلى بكثير لتنمية مشكلات تتعلق باستخدام أو إساءة استخدام أو إدمان المخدرات (تابرت، باراتا، أبرانتيس، & براون Tapert, Baratta, Abrantes, & Brown, 2002).

وعند اكتشاف مشكلات متعلقة باستخدام أو إساءة استخدام المواد ذات

المفعول النفسي، يجب على الكلينيكي أن يأخذ في الاعتبار ما إذا كانت الأعراض التي تشبه أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ثانوية بالنسبة لاستخدام الكحوليات أو المخدرات أو ما إذا كان تسبق بداية المشكلات المتعلقة بالمخدرات والكحوليات. فإذا كانت هذه الأعراض ثانوية بالنسبة لاستخدام الكحوليات أو المخدرات، فإن تشخيص اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ربما يكون غير ملائم. وبصرف النظر فإن الكلينيكي الذي يكتشف أن عميلاً يظهر مشكلات إساءة استخدام أو إدمان للمخدرات يجب أن يتناول ذلك في العلاج، سواء بتناول هذه المشكلات مباشرة في العلاج أو بتحويل العميل لمهني متخصص في إساءة استخدام المواد المخدرة.

إن تقييم وقياس المشكلات المتعلقة بإساءة استخدام أو إدمان المخدرات يجب أن يشتمل أيضاً على مراجعة لما إذا كان أفراد أسرة العميل المقربين (الوالدين أو الزوجة) يظهر هذه المشكلات. فالأولاد أو المراهقون الذين يظهر والداهم (عادة الأب) مشكلات مرتبطة بالمواد المخدرة قد يظهر رد فعل سلوكي يعقد وضوح التشخيص. ويجب على الكلينيكيين مرة أخرى أن يحددوا ما إذا كانت الأعراض التي تشبه أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط كانت موجودة لفترة طويلة (منذ الطفولة المبكرة) أو ما إذا كانت بداية المشكلات أصبحت أكثر وضوحاً مع تفاقم مشكلات الوالد المرتبطة بالمواد المخدرة (والصراعات الأسرية التي عادة ما تصاحب تلك المشكلات).

التاريخ الاجتماعي Social History. إن الأولاد والمراهقين الذين

يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عادة ما يبندهم الأقران أو الرفاق وعادة ما يكون لديهم عدد قليل من الأصدقاء. وعندما يكونون مع أطفال أو مراهقين آخرين، يميلون إلى التورط في صراعات لأنهم لا يحبون التشارك في اللعب ويجدون من الصعب السير مع التيار أثناء الكثير من الأنشطة، خاصة الألعاب الرياضية التي تحكمها قواعد (باركلي Barkley، 2006). وينبغي على مهنيي الصحة النفسية أن يقوموا بصورة روتينية بالكشف عن تلك المشكلات عن طريق طرح أسئلة على الوالدين تفرز بالتحديد معلومات عن السلوك مع الأقران

أو الرفاق والتوافق أو التكيف الاجتماعي. وبالإضافة إلى طرح أسئلة عن أنشطة اللعب الحر، ينبغي على الكلينيين أيضاً أن يستفسروا عن سلوك الولد في المواقف المنظمة مثل الفرق الرياضية أو فرق الكشافة.

وبالمثل ينبغي على الكلينيين أن يستفسروا من الرجال الذين يشتبه في أنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عن تلك المواقف مع تعديل الأسئلة لتناسب مع الأنشطة الملائمة للعمر. ويلزم أن يسأل الكلينيين عن اهتمامات العميل وميوله وما إذا كان العميل يحتفظ باتصال نشط مع الأصدقاء. إن التغييرات المتكررة في الصداقات أو عدم المشاركة النشطة في الأنشطة الاجتماعية قد تشير إلى رد فعل لنبذ طويل الأمد من جانب الأقران أو الرفاق يظهره العميل الآن في صورة عدم اهتمام. على أن الكلينيين ينبغي أيضاً أن يدركوا أن فقدان الاهتمام بالأنشطة الاجتماعية قد يكون أيضاً عرضاً لاضطرابات أخرى، مثل الاكتئاب. وهكذا فإنه عندما يكون الانسحاب الاجتماعي ظاهراً وواضحاً، يلزم إجراء تشخيص فارق دقيق.

المشاكل مع القانون **Problems with the Law**. إن الأولاد والمراهقين

والرجال الذين يظهرون درجة عالية من الاندفاع عادة ما يظهرون تواريخ شغب وتورط مع الشرطة. وفي سن صغيرة للعميل قد يتضمن ذلك قيام العميل بأخذ شيء ما من متجر (مثل قطعة حلوى) دون أن يخبر والديه، خاصة عندما يطلبها ويرفض الوالدان شرائها. وعندما يبلغ الأولاد سن المراهقة، يميل الأفراد المندفعون إلى أن التورط في سرقة المحلات والشغب أو الأذى، بما في ذلك التعدي على الآخرين. وبالنسبة لبعض المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، تصبح هذه المشكلات أكثر حدة كلما تقدموا في العمر، ويصبح النظام القضائي الخاص بالأحداث متورطاً (تشيمرز Chemers، 2002). وعادة ما تستمر هذه الأنماط في مرحلة البلوغ، ومن الأكثر احتمالاً أن يكون لدى الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تاريخ سلوكيات إجرامية ومشكلات قانونية (جونستون Johnston، 2002).

إن السؤال عن تاريخ التورط مع القانون هو أحد الجوانب الهامة للمقابلة

الشخصية التشخيصية، ولكن يجب على الكلينيكي أن يتحقق مما إذا كانت السلوكيات تقوم على الاندفاع والقدرة الضعيفة على الحكم والتمييز أكثر منها على التجاهل الإرادي أو الشعوري للقواعد والقوانين. فعندما يقوم ولد صغير بأخذ سلعة من متجر بصورة مندفعة، يحتمل أن يكون هناك قدر ضئيل من سبق الإصرار، وربما يشير هذا السلوك إلى تحكم ضعيف في الدوافع. وعندما يكبر الأولاد، وتزيد درجة التعدي، يجب على الكلينيكيين أن يحددوا ما إذا كان الفعل قد تم بصورة ارتجالية وبدون ترو (أو عندما يشجعه الأقران أو الرفاق) أو ما إذا كان قد تم التخطيط للفعل أو تم مع وعي كامل بدرجة خرق القواعد والقوانين. الحالة الأولى ربما تكون إشارة للاندفاع وقد تكون عرضاً للاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. والحالة الثانية، خاصة عندما تكون مصحوبة بتاريخ من العدوان، من الأكثر احتمالاً أن تمثل السلوكيات المميزة للاضطراب السلوكي. وبالطبع فإنه في بعض الحالات يمكن أن يتواجد الاضطرابان معاً.

٢- مراجعة السجلات **Review of Records**

بالإضافة إلى جمع بيانات من خلال المقابلات الشخصية الكلينيكية، يجد كثير من الكلينيكيين أن مراجعة السجلات ذات الصلة تعطي معلومات مفيدة، فمثلاً، من الشائع أن يقوم المهنيون بتلقي سجلات عن العلاج السابق أو السجلات المرتبطة بالبيئات الدراسية.

سجلات العلاج Treatment Records. في الحالات التي يكون العميل فيها قد تلقى علاجاً من قبل، غالباً ما يكون من المفيد أن نطلب تصريحاً بالحصول على تلك السجلات. وإذا كان الوقت عاملاً وكان انتظار السجلات ليس عملياً، فقد يكون من المفيد أن يتم الحصول على إذن للتحدث مع المهنيين. وفي بعض الحالات، قد تكشف هذه المعلومات عن بيانات تتفق مع المشكلات التي تم تقريرها في هذا الوقت. وفي تلك الحالات، سوف تثبت البيانات المأخوذة من الكلينيكي الآخر أن المشكلات الحادثة الآن موجودة منذ فترة طويلة. وفي حالات أخرى قد يكون هناك فرق دال واضح. فقد يكشف العلاج السابق حدة أقل بكثير للمشكلة، وفي هذه الحالة يجب على الكلينيكي أن يحدد ما إذا كان

تقدم النمو المرتبط بالزمن هو وحده المسئول عن تفاقم المشكلة، أو ما إذا كانت هناك عوامل أخرى (مثل التغيرات الحادثة داخل الأسرة) ربما تكون مرتبطة بتفاقم الأعراض. وفي حالات أخرى قد تكون المشكلات التي يقررها الكلينيكي الآخر مختلفة عن تلك التي تحدث عند هذه النقطة الزمنية. ويوجه عام لا يكون هذا السيناريو متوقفاً مع العملاء الذين يشتهب في أنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، إذ يفترض أن الأعراض تبدأ مبكراً وتظل واضحة خلال مرحلة الطفولة وتستمر على الأقل في مرحلة المراهقة.

وعندما يأتي الرجال البالغون للعلاج قد يجد الكلينيكي أنه من الصعب تحديد بداية وتطور الأعراض. ولأن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يتطلب أدلة على الضعف أو الخلل المرتبط بالأعراض قبل سن السابعة، يجب بذل الجهود للتحقق من تاريخ الأداء الوظيفي في سن أصغر. وعندما يفصح الرجل عن وقائع علاج نفسي في باكورة حياته، فإن قدرة الكلينيكي على الحصول على السجلات أو الاتصال بغيره من الكلينيين قد تساعد في إثبات أن الأعراض قد حدثت في باكورة حياة العميل ودرجة تأثيرها على أدائه الوظيفي في ذلك الوقت.

وفي بعض الأحيان قد تحمل السجلات الطبية أيضاً معلومات قيمة، خاصة عندما يكون العميل بالغاً. إن العملاء الذين سبق لهم أن خضعوا للعلاج قد لا يتذكرون الأسباب المحددة لتحويلهم للعلاج. ولأنه من الشائع أن يقوم أطباء الأطفال بعمل تحويلات لمهنيي الصحة النفسية عندما تكون المشكلات مع مرضاهم واضحة، فقد تعطي البيانات التي يقدمها أطباء الأطفال معلومات عن أسباب القيام بالتحويل، وربما يكون طبيب الأطفال قد دون ملاحظات عن السلوكيات التي لوحظ أنها تمثل مشكلات (مثل فرط النشاط الزائد).

إن السجلات الطبية قد تكون مفيدة بشكل خاص عندما يقرر العميل أنه خضع لعلاج سابق بالأدوية ولكنه لا يتذكر المركب الخاص الذي وصفه أو أوصى به الطبيب. ولأن أغلبية الأدوية ذات التأثير النفسي أو العقلي يتم وصفها من قبل أطباء الأطفال (أولفسون، ماركوس، ويسمان، & جينسين، Olfson،

تكتشف في العادة اختيار الأدوية والجرعة. وفي الحالات التي يتم فيها تجريب أدوية متنوعة ولزم فيها إجراء تغييرات متعددة، يمكن للكليينيين أن يستفسروا أكثر عن أسباب ضرورة عمل ذلك. فهذه التغييرات قد تكون مؤشراً لمعلومات هامة، مثل الالتزام المحدود بالعلاج أو وجود أعراض لم تستجب للعلاج الذي تم تجريبه في ذلك الوقت.

السجلات الدراسية Academic Records. يتطلب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية وجود ضعف أو خلل كلينيكي في البيئات والمواقف الدراسية أو المهنية أو الاجتماعية لإقرار تشخيص صحيح وصالح لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وكما سبق وأن ناقشنا في هذا الفصل، يفترض أن اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط الحقيقي سوف ينتج ضعفاً أو خللاً في المدرسة من سن مبكر إلى حد ما. وفي الحقيقة أن الأغلبية الساحقة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون ضعفاً أو خللاً كبيراً في المدرسة (باركلي Barkley، 2006). ونتيجة لذلك فإنه بالإضافة إلى قيامهم بجمع معلومات من الوالدين وأفراد الأسرة المقربين، ينبغي على الكليينيين أن يركزوا جهودهم على الحصول على الأقل على بعض السجلات الدراسية التي يمكن أن تثبت بشكل مستقل وجود مشكلات دراسية خطيرة.

إن السجلات التي تكون في العادة أسهل السجلات في الحصول عليها هي التقارير المدرسية، خاصة عندما يكون العميل طفلاً أو مرافقاً. وعند مراجعة التقارير المدرسية، ينبغي على المهنيين أن يركزوا ليس فقط على الدرجات والتقديرات الدراسية ولكن أيضاً على التعليقات الخاصة التي يبديها المعلمون السابقون، بما في ذلك تقديرات مهارات الدراسة والتوافق أو التكيف الاجتماعي. وفي الغالب، خاصة في السنوات الأولى، قد لا تعكس الدرجات والتقديرات المرصودة بعد مشكلات في المدرسة، ولكن تعليقات المعلمين قد تكشف مشكلات ترتبط بالقابلية لتشتت الانتباه وعدم التنظيم والاندفاع والنشاط الزائد وعدم

الالتزام بالواجب المدرسي وما إلى ذلك. وعندما تتوافر التقارير المدرسية من بداية الدراسة بالمدرسة، يمكن للكلينيين أن يتتبعوا بداية وتطور الأعراض، مما يساعد أكثر في التشخيص.

وبالإضافة إلى تقديم التقارير المدرسية، يقدم الوالدان أحياناً أيضاً نتائج الاختبارات المقننة التي تجرى في المدرسة. إن نتائج الاختبارات هذه تحمل معلومات أقل عن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وعلى الرغم من أن الوالدين قد يشكان في أن الدرجات المنخفضة تعكس مشكلات مرتبطة بالقابلية لتشتت الانتباه أو عادات الدراسة الضعيفة (والتي قد تسببها أيضاً القابلية لتشتت الانتباه)، إلا أن نتائج الاختبارات لا تعطي وصفاً مفصلاً للسلوك أثناء إجراء الاختبارات، وبالتالي لا يكون من الممكن تحديد السبب الدقيق لانخفاض الدرجات. فقد تعكس الدرجات المنخفضة وجود مشكلات تعلم، خاصة عندما تبدو كل الدرجات متوسطة أو أعلى من المتوسط باستثناء مجال دراسي واحد (مثل الرياضيات).

وقد تشتمل السجلات الدراسية أيضاً على معلومات يقدمها فريق الدراسة المنضم له الطفل. فإذا أظهر التلميذ مشكلات كافية تبرر التصنيف وخدمات التربية الخاصة، لابد وأن أفراد فريق الدراسة المنضم له الطفل قد قاموا بإجراء تقييمات ووضع خطة تعليم فردي (IEP) individualized education plan. وعلى الرغم من أن المتطلبات الخاصة تختلف وتباين من ولاية لأخرى، إلا أن التقييمات عادة ما تشتمل على تقرير من الأخصائي الاجتماعي بالمدرسة الذي يلتقي بوجه عام مع الوالدين (غالباً ما يزورهما في المنزل) ويراجع بيانات النمو والبيانات الأسرية. وفي معظم الأحوال، يطلب أيضاً تقرير تقييم نفسي، وهو يحتوى على معلومات عن الأداء الوظيفي العقلي المعرفي للطفل (ويتم الحصول عليها في العادة من اختبار ذكاء) وشخصيته (ويتم الحصول عليها في العادة من ملاحظة أو مقياس فرز). وفي بعض الولايات تشتمل تقييمات أفراد فريق الدراسة المنضم له الطفل أيضاً على تقرير من معلم استشاري متخصص في صعوبات التعلم يقوم بإجراء بطارية اختبارات للتحصيل الدراسي. وإذا كانت

أعراض الاندفاع أو النشاط المفرط أو قلة الانتباه أو عدم التنظيم واضحة أثناء أي من تلك الإجراءات، فمن المحتمل أن تحتوي التقارير على تلك البيانات. إن خطط التعليم الفردي يمكن أن تكون أيضاً مفيدة. وعند تحديثها كل عام فإنها تكون بمثابة مستندات متعددة الصفحات تضم قائمة بكل الأهداف والأنشطة (السلوكية والدراسية) التي تم وضعها للتلميذ. ويمكن للكلينيين أن يقوموا بمرتجة خطة التعلم الفردي لرؤية ما إذا كان أي من الأهداف والأنشطة قد تم وضعه على ما يبدو لمعالجة الأعراض المقترنة باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. على أنه إذا لم يكن هذا واضحاً، لا ينبغي على الكلينيين أن يفترضوا تلقائياً أن الأعراض الشبيهة بأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ليست موجودة. ولأن بعض المهنيين المدرسين يقومون أساساً بتضمين الأهداف والأنشطة التي يكونون قادرين (ومستعدين) على تناولها ومعالجتها في خطة التعليم الفردي، فإنه يكون من المعتاد أن يتم استبعاد بعض الاحتياجات السلوكية.

وعندما يكون العميل بالغاً، يمكن للكلينيكي أن يحصل على معلومات قيمة جداً عن طريق مراجعة السجلات المدرسية. ولأنه يجب وضع إطار زمني لبداية وتطور الأعراض، ويجب جمع أدلة عن ضعف أو خلل كبير حدث في المدرسة أو العمل أو البيئات والمواقف الاجتماعية، فإن السجلات المدرسية يمكن أن تساعد الكلينيين على التحقق مما إذا كانت هناك مشكلات كبيرة عندما كان العميل يحضر إلى المدرسة. وعلى الرغم من أن معظم البالغين لا يفكرون في الحصول على سجلاتهم المدرسية، إلا أن بعض سجلاتهم المدرسية قد تظل متاحة لسنوات عديدة بعد التخرج. وتختلف الولايات اختلافاً واسعاً في أي السجلات يجب الاحتفاظ بها ولأي مدة زمنية، وقد يريد الكلينيكيون بحث اشتراطات حفظ السجلات لولايتهم وذلك لتقديم التوجيه الملائم لعملائهم.

٣- أدوات التقييم أو القياس Assessment Instruments

بالإضافة إلى جمع بيانات من المقابلات الشخصية الكلينيكية والسجلات المتاحة، يجب على مهنيي الصحة النفسية أن يقرروا ما إذا كانوا سيستخدمون

بعض مقاييس التقييم أو القياس التي سبق وصفها في الفصل السابق. ومرة أخرى قد يكون اتخاذ قرار في هذا الشأن مفيداً.

وفي الحالات التي تكشف فيها مراجعة البيانات التي تم الحصول عليها من المقابلات الشخصية الكلينيكية بوضوح أن المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية مستوفاة، قد لا تكون هناك حاجة لاستخدام أدوات تشخيص. وقد يكون الأمر كذلك عندما يتم التثبيت بوضوح من بداية الأعراض ومستوى الضعف أو الخلل ووجود الأعراض في بيئات ومواقف مختلفة من مصادر مستقلة. وعندما يكون العميل طفلاً أو مراهقاً يمكن للكلينيكي أن يتثبت من هذه الأشياء عن طريق إجراء مقابلات شخصية مع العميل والوالدين والمعلمين أو عن طريق إجراء مقابلات شخصية مع العميل والوالدين ومراجعة السجلات التي تعطي معلومات تثبت التشخيص بشكل موثوق فيه. وعندما يكون العميل بالغاً، يمكن التثبيت من هذه الأشياء بطرق مماثلة، ويمكن للزوجة أيضاً أن تكون مصدراً مهماً للمعلومات المستقلة.

على أنه حتى في تلك الحالات، قد يظل الكلينيكيون يأخذون في الاعتبار تطبيق أداة مقننة يتم التحقق من صدقها بمقارنتها بالمعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية. فمثلاً إذا تم إجراء تحويل للنظر في استخدام الأدوية، يطلب العديد من الأطباء مقياساً موضوعياً للتحقق من الحدة الكافية للأعراض. وبالإضافة إلى ذلك، إذا كانت هناك حاجة لتدخلات تربوية أو تعليمية (كما نناقش في الفصلين الحادي عشر والثاني عشر)، فسوق يقدم الوالدان حجة أقوى لاستخدام التعديلات التربوية أو التعليمية Educational modifications إذا أمكن التحقق من الأدلة على وجود الاضطراب بواسطة مقياس مقنن وصادق وثابت.

وفي الحالات التي كشفت فيها المقابلات الشخصية الكلينيكية عن معلومات تدل على وجود أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ولكن لا يتم التحقق بوضوح من مستوى الحدة، قد يكون استخدام أداة ملائمة مفيداً جداً. وفي الفصل الرابع، تم استعراض أربع فئات من الأدوات. إن الاختبارات

النفسية والاختبارات العصبية- النفسية لا تكون مفيدة بشكل خاص عندما يجب تقدير أعراض شبيهة بأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وتستخدم على أفضل نحو عند الحاجة لاستخدام تقييمات واسعة وشاملة، مثلاً لاستبعاد الحالات المصاحبة للاضطراب أو المشكلات العصبية.

وبدلاً من ذلك ينبغي على الكلينيين أن يأخذوا في الاعتبار استخدام مقاييس تقدير سلوكية واختبارات أداء مستمرة قائمة على الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية لأن الأساليب في هاتين الفئتين تقدم أكثر أدلة على تقييم أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بحساسية وخصوصية كافيتين. وفي الحقيقة، وكما هو واضح في المراجعة الموجودة في الفصل الرابع، من الواضح أن مقاييس التقدير السلوكية تعطي خصائص سيكومترية تفوق الخصائص السيكومترية لاختبارات الأداء المستمرة وتكون أفضل قدرة على تحديد وتمييز أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وهكذا فإنه عندما يلزم إكمال البيانات المأخوذة من المقابلات الشخصية الكلينية باستخدام أداة، نشجع الكلينيين لاختيار مقياس تقدير سلوكي. ولتحسين دقة البيانات أكثر، ينبغي أن يطلب الكلينيون إكمال أو ملء نموذجين على الأقل، أحدهما بواسطة المعلم والآخر بواسطة أحد الوالدين، وقد يكون التقرير الذاتي مفيداً. وبالنسبة للعملاء البالغين، ينبغي السعي للحصول على تقرير ذاتي ومستجيب آخر على الأقل.

وإذا وقعت البيانات التي يتم الحصول عليها من مقاييس التقدير السلوكية عند أو فوق حد فاصل قدره ٢ انحراف معياري فوق المتوسط بالنسبة لمجموعات الأعراض ذات الصلة، فإن هذه المعلومات ينبغي أن تكون كافية لتحديد أو تعيين تشخيص بثقة. على أنه إذا وقعت البيانات بالقرب من ولكن ليس فوق الحد الفاصل المذكور، قد يفكر الكلينيون في تطبيق اختبار أداء مستمر. وإذا حددت البيانات المأخوذة من اختبار الأداء المستمر وجود اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، عندئذ قد يفكر الكلينيون في تعيين التشخيص، بشرط اتخاذ خطوات ملائمة لزيادة دقة نتائج اختبار الأداء المستمر إلى أقصى حد

(كما ناقشنا في الفصل الرابع). وإذا كانت نتائج اختبار الأداء المستمر غير قاطعة، وأظهر العميل مستوى ضعف أو خلل كبير بدرجة كافية تؤهل لإجراء تشخيص كلينيكي، ينبغي الأخذ في الاعتبار اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غير المحدد على نحو آخر.

ثالثاً- حالات الاستبعاد والاضطرابات المصاحبة

Rule-Outs and Comorbidities

يقر معظم الباحثين ومهنيي الصحة النفسية أن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تصاحبها في العادة مشكلات أخرى. فمثلاً الأولاد والمراهقون والرجال الذين يكونون مندفعين عادة ما يميلون أيضاً للتحدي impulsive والعصيان defiant، ويشيع أيضاً وجود تداخل مع اضطراب المزاج، خاصة لدى البالغين mood disturbance (رامزي & روستين Ramsay & Rostain، 2008). وعادة أيضاً ما تحدث أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط مع مشكلات التعلم Learning problems وإساءة استعمال أو إدمان المخدرات substance abuse (باركلي Barkley، 2006). ويلزم أن يكون الكلينيكيون على وعي ودراية بأن الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من المحتمل أيضاً أن يظهروا أعراض اضطرابات أخرى يلزم تشخيصها وعلاجها بصورة ملائمة.

على أن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تتداخل مع أعراض اضطرابات أخرى، وقد يكون من الصعب أحياناً تمييز ما إذا كانت أعراض النشاط الزائد أو القابلية لتشتت الانتباه ثانوية بالنسبة لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أو غيره من الحالات الأخرى (مثل الاكتئاب). ولأنه يكون من الضروري إجراء تشخيص دقيق لاختيار العلاج الملائم، فإنه يلزم أن يكون الكلينيكيون قادرين على تمييز أعراض الاضطرابات المختلفة بشكل ملائم. فإذا فسر اضطراب ما كل الأعراض، فإنه ينبغي تعيين هذا المسمى فقط. ومن ناحية أخرى، فإنه ينبغي تفسير وتبرير كل الأعراض التي تعيق الأداء الوظيفي، ومن ثم فإنه في بعض الحالات قد يلزم إجراء تشخيصات متعددة.

١- الاضطرابات الفوضوية Disruptive Disorders

يقبل العلماء والكلينيكيون على نطاق واسع أن الأولاد والمراهقين والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غالباً ما يظهرون مشكلات مرتبطة بالعدوان والسلوكيات المعارضة oppositional behaviors والمشكلات السلوكية conduct problems. ووفقاً لبعض التقارير فإن ما يصل إلى ٨٤٪ من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون أيضاً اضطراباً معارضاً أو اضطراباً سلوكياً (باركلي Barkley، 2006). وقد رأى بعض الباحثين أن المشكلات المرتبطة بضبط النفس هي أساس كل هذه الاضطرابات، وهو ما يفسر الاضطراب المصاحب (لينام Lynam، 1998). ويلزم أن يكون الكلينيكيون أيضاً قادرين على تحديد ما إذا كان اضطراب واحد يفسر كل الأعراض أو ما إذا كانت هناك حاجة لتشخيصات متعددة.

اضطراب المعارضة والتحدي أو العصيان Oppositional Defiant Disorder (ODD). إن الأفراد الذين يظهرون أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، خاصة أشكال وصور الاضطراب المختلفة التي تشمل مجموعات أعراض فرط النشاط/الاندفاع، عادة ما يظهرون ميلاً مصاحباً للتحدي والمجادلة argumentativeness. والتداخل بين الاثنين موثق توثيقاً جيداً، ومن المحتمل أن تكون المشكلات المرتبطة بالاندفاع هي سبب مشكلات القدرة على التمييز وإصدار الأحكام وكذلك مشكلات التحكم في رد الفعل للإحباط (بيرنز & وولش Burns & Walsh، 2002). وهكذا فإن ضبط النفس الضعيف problems contralling عادة ما يسفر عن أعراض اضطراب نقص انتباه - فرط نشاط واضطراب معارضة وتحدي متلازمة، خاصة لدى الذكور.

على أن الموقف المقابل أو العكسي قد يمثل تحدياً تشخيصياً أكبر. فإذا كانت المشكلات المرتبطة بضبط النفس واضحة في المواقف التي يواجه فيها المراهق صعوبات في ضبط مشاعر الإحباط لديه، يجب على الكلينيكي أن يحدد

ما إذا كانت توجد أعراض أخرى تبرر تشخيص اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. فإذا بدا أن أعراض الاندفاع أو الهياج غير موجودة خارج مواقف الإحباط، فمن المحتمل أن يكون تشخيص اضطراب المعارضة والتحدي (بدون اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط) ملائماً.

اضطراب المسلك (CD) Conduct Disorder . إن أعراض الاضطراب السلوكي تشمل أساساً سلوكيات مثل العدوان الحاد أو الشديد، وإتلاف الممتلكات، وحالات خرق القواعد على نحو خطير، وخرق القوانين (من خلال السرقة theft والتزويغ من المدرسة Truancy، إلخ). وعندما تكون هذه الاضطرابات موجودة، لا يمكن تبرير أعراضها باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، لأن الأغلبية الساحقة من الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لا يؤديون هذه السلوكيات. ويتم تشخيص من ١٪ إلى ٣٪ فقط من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أيضاً بأنهم يعانون من اضطراب سلوكي (فيفنر وآخرون Pfiffner et al، 1999)، وعندما يواجه الكلينيكيون عرضاً متزامناً لأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط واضطراب المسلك، ينبغي إجراء كلا التشخيصين.

ومع ذلك فإنه من الأكثر احتمالاً أن يحدث اضطراب المسلك في سياق تاريخ اضطراب نقص انتباه - فرط نشاط واضطراب سلوكي متلازمين. وعند وجود اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (النوع المفرط النشاط/المندفع أو النوع المتلازم) واضطراب المسلك معاً، فسوف يستمر تشخيص نحو نصف هؤلاء المرضى فيما بعد بأن لديهم اضطراباً سلوكياً في مرحلة المراهقة (وايلنز، بيدرمان، وآخرون (Wilens, Biederman, et al., 2003).

عندما يلتقي المهنيون بعملاء يظهرون أعراض كل الاضطرابات الثلاثة، فإنه يجب أن يراعوا بدقة أي المسميات التشخيصية ينبغي تعيينها. فوجود أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، خاصة عندما يكون واضحاً أن هذه الأعراض موجودة منذ فترة طويلة وأنها واضحة في كل المواقف التي لا تنتهك الحقوق أو القوانين، ينبغي أن يبرر تشخيص اضطراب نقص الانتباه -

فرط النشاط. على أنه ينبغي على الكلينيين أن يأخذوا في الاعتبار ما إذا كان يلزم أن يشخصوا أيضاً اضطراب المعارضة والتحدي أو اضطراب المسلك أو كليهما. وكما ناقشنا في بداية الفصل، فإن التحدي الخطير والمجادلة الخطيرة يشيران إلى احتمال وجود اضطراب المعارضة والتحدي. على أن العديد من المهنيين يعتقدون أن معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية لاضطراب المسلك تتضمن العديد من الأعراض المقتربة باضطراب المعارضة والتحدي، ولأن اضطراب المسلك يعتبر التشخيص الأكثر جدية (وشمولاً)، فإنه ينبغي تشخيص اضطراب المسلك بدلاً من اضطراب المعارضة والتحدي.

على أنه ليس جميع الكلينيين يتبعون هذا الأسلوب، ويعتقد بعضهم أن أعراض اضطراب المعارضة والتحدي واضطراب المسلك مختلفة ومنفصلة وقد تحدث معاً أو قد لا تحدث معاً. وفي الحقيقة أن هذا يبدو هو الأسلوب الذي يقترحه الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية لأن معايير تشخيص الاضطرابين لا تشتمل على معايير استبعاد كل منهما الآخر. وبالإضافة إلى ذلك، رأى باركلي Barkley (٢٠٠٦) أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط واضطراب المسلك يمثلون صورة متباينة أو مختلفة من صور اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تسفر عن خلل أو اضطراب أكبر للسلوك الذي تحكمه القواعد (كما تدل عليه أعراض اضطراب المسلك) وتسفر عن نتيجة أضعف بكثير (مثل مشكلات أكثر ترتبط بإساءة استعمال أو إدمان المواد المخدرة والسلوكيات الإجرامية). على أنه أقر أيضاً بأنه يصعب تمييز أعراض اضطراب المعارضة والتحدي واضطراب المسلك في كثير من الحالات، وأن الاثنین يحدثان معاً في الغالب جداً. ويلزم أن يأخذ الكلينيون قرارهم بشأن أي من طريقتي معالجة هذه المسألة تبدو أكثر منطقية وملاءمة.

٢- اضطرابات التعلم Learning Disorders

على الرغم من أن الفصلين الحادي عشر والثاني عشر من هذا المجلد مخصصان للقضايا والمشكلات المدرسية ذات الصلة باضطراب نقص الانتباه -

فرط النشاط، إلا أنه يلزم هنا أن تكون هناك مناقشة موجزة لمراجعة واستعراض الاعتبارات التشخيصية. لقد تمت دراسة التداخل بين اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط واضطرابات التعلم لبعض الوقت، ولكن لا توجد حتى الآن أية بيانات قاطعة عن معدل انتشاره. وقد رأى باركلي (Barkley، ٢٠٠٦) أن قدراً كبيراً من البيانات التي تم جمعها قبل تسعينيات القرن العشرين استخدمت معايير الدرجات الفاصلة لم تكن قوية وصارمة بدرجة كافية (١) ونصف انحراف معياري فوق المتوسط) لتشخيص كل من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط واضطرابات التعلم. وقد أسفر ذلك عن تداخل مرتفع ذكر أحياناً أنه يبلغ حوالي ٥٠٪. وتستخدم الأبحاث الأحدث عهداً الدرجات الفاصلة (٢) انحراف معياري) لكل من الاضطرابين، وتقرر البيانات الناتجة وجود تداخل أقل بكثير. فعلى سبيل المثال، قام دوبيول و ستونر (DuPaul and Stone، ٢٠٠٢) بمراجعة شاملة للموضوع ورأيا أن نحو ٢٠٪ فقط من الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يكون لديهم اضطراب تعلم مصاحب. ومع ذلك تشير هذه البيانات إلى أنه ينبغي على الكليينكيين أن يتوقعوا أن واحداً من كل خمسة عملاء يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط سوف يظهر اضطراب تعلم يمكن تشخيصه.

وكما ناقشنا في الفصل الرابع، لا يزال يتم تشخيص اضطرابات التعلم بصورة أساسية عن طريق التعرف على فرق دال بين الاستعداد والتحصيل. فأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من المحتمل أن تعيق التحصيل الدراسي إلى حد ما على الأقل. فمثلاً القابلية لتشتت الانتباه تجعل من الصعب على الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أن يركزوا عند القراءة أو الكتابة، ويقرر هؤلاء الأفراد أن أداء معظم المهام الدراسية يستغرق منهم وقتاً أطول (دوبيول و ستونر DuPaul and Stone، 2003). ومع ذلك فإن كون بعض المهام أكثر صعوبة وأن الأداء سوف يتأثر ليس كافياً لتشخيص اضطراب تعلم. وللانتباه في وجود اضطراب تعلم، ينبغي على الكليينكي أن يرى ضعفاً أو خللاً واضحاً في الأداء الوظيفي الدراسي في مجال

دراسي واحد على الأقل.

ومن كل مشكلات التعلم، تكون صعوبات أو مشكلات القراءة والكتابة هي الأكثر شيوعاً لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وفي الحقيقة أن بعض الباحثين قد رأوا أن التغيرات الحادثة في المخ والمقترنة بأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تكون أيضاً مسئولة جزئياً عن هذه المشكلات الدراسية (ليفين Levine، ٢٠٠٤). فعندما يتقدم الأطفال من الصفوف الدنيا إلى صفوف منتصف المرحلة الأولية، ثم إلى صفوف المدرسة المتوسطة وما بعدها، تصبح قدرات القراءة والكتابة هي الوسيلة الرئيسية التي يتم من خلالها تقديم المواد الجديدة. إن التلاميذ الضعفاء في هذين المجالين يكونون سيئين بشكل واضح في كل المجالات الدراسية، ومن المحتمل أن تتخفف درجاتهم في معظم المواد الدراسية. وعندما يلتقي مهنيو الصحة النفسية بعملاء يبدو أنهم يظهرون مشكلات في مواصلة عملهم، فإنه ينبغي عليهم أن يركزوا على الأقل جزء من المقابلة الشخصية الكلينيكية بالتحديد على راجعة ما إذا كانت القراءة أم الكتابة أم الرياضيات تبدو صعبة بشكل خاص. ويلزم إثارة هذا الموضوع مع البالغين أيضاً لأن مشكلات التعلم قد تستمر في مرحلة البلوغ. وعندما يصبح واضحاً أن عميلاً يصارع مع القراءة أو الكتابة أو الرياضيات، ينبغي على الكلينيين أن يقوموا بتحويله من أجل إجراء تقييم نفسي.

٣- اضطرابات تعاطي المخدرات Substance Use Disorders

لقد كشفت المراجعة المنتظمة على مدار سنوات عديدة لتلازم حدوث اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط واضطرابات تعاطي المخدرات عن أن احتمال قيام الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بتعاطي أو إساءة استعمال المواد المخدرة يعادل ضعف احتمال القيام بذلك من جانب المجتمع الإحصائي العام (باركلي Barkley، ٢٠٠٦). وبالإضافة إلى ذلك، وكما قد يكون متوقعاً، فإن الخطر يكون في أعلى درجاته بالنسبة للمراهقين والشباب من الذكور (رامزي & روستين Ramsay & Rostain،

(2008). وعندما يفصح العملاء عن استخدام منتظم للمواد ذات التأثير النفسي، ينبغي على الكلينيين أن يحاولوا تحديد ما إذا كان يبدو أن الأعراض المستعلنة تحدث أساساً عندما يكون الشخص تحت التأثير أو إذا كانت الأعراض تستمر حتى عندما يكون العميل نظيفاً ورصيناً. في الحالة الأولى من المحتمل أن يسفر اضطراب تعاطي مخدرات عن أعراض تسببها المواد المخدرة قد تشتمل على الاندفاع أو فرط النشاط أو ضبط النفس الضعيف أو القابلية لتشتت الانتباه. وفي الحالة الأخيرة قد يكون كل من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط واضطرابات تعاطي المخدرات موجودين.

وينبغي على الكلينيين أن يكونوا على وعي ودراية بأنواع الأعراض التي يحتمل أن تنتجها فئات المخدرات المختلفة. فالمنبهات stimulants (مثل الكوكايين والأمفيتامين) غالباً ما تولد استثارة مفرطة واندفاع وضعف أو خلل في ضبط النفس. وعادة ما تسفر المسكنات depressant (بما في ذلك الكحول) عن أدلة على القابلية لتشتت الانتباه وعدم التنظيم وانخفاض أو نقص في الطاقة. وتظهر الأدوية المسببة للهلوسة (بما في ذلك الماريجوانا) والأدوية المنومة أو الأفيونية (مثل الهيروين ومسكنات الألم) أعراضاً مماثلة، على الرغم من أن إحساساً أكبر بالصحة عندما يكون الفرد تحت تأثير هذه المواد سوف يكون واضحاً. وغالباً ما تسفر المستنشقات والفينسيكليدين عن أعراض متنوعة ومختلفة تشمل مزيجاً من تأثيرات المنبهات والمسكنات التي يصاحبها في الغالب تقلب كبير. وعند إجراء تشخيص فارق، يلزم أن يحدد المهنيون ما إذا كان استخدام المواد المخدرة هو المشكلة الرئيسية، وفي تلك الحالة، لا يتم إجراء تشخيص ثانوي لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، أو ما إذا كانت أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط موجودة أولاً وربما يستخدم العميل أدوية ذات تأثير نفسي لعلاج نفسه والتغلب على مشكلاته.

٤- الاضطرابات المزاجية Mood Disorders

من الشائع أن تتواجد الاضطرابات المزاجية مع اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. فنحو ٣٢٪ من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه

– فرط النشاط يظهر عند اضطراب اكتئاب مصاحب، ونحو ١٣٪ يتم تشخيصهم بأنهم يعانون من نوع ما من الاضطراب ثنائي القطب (بيدرمان، نيوكورن، & سبريتش Biederman, Newcorn, & Sprich، 1991). وبالإضافة إلى ذلك، فإن الاضطرابات المزاجية عادة ما تحاكي أعراض اضطراب نقص الانتباه – فرط النشاط؛ فمثلاً يقترن الاكتئاب بالقابلية لتشتت الانتباه، وتشمل بعض أنواع أعراض الاكتئاب التملل الحركي، وتشمل أعراض الهوس عامة الاندفاع. وبالتالي يجب أن يكون الكلينيكيون قادرين على تمييز أعراض اضطراب نقص الانتباه – فرط النشاط من الأعراض التي تصاحب الاضطرابات المزاجية.

اضطرابات الاكتئاب Depressive Disorders. يحدد نظام الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية اضطرابي اكتئاب رئيسيين هما: الاكتئاب الجزئي Dysthymia والاكتئاب الرئيسي Major Depression. وكلاهما يشتركان في أعراض مشتركة، رغم أن مستوى الحدة المطلوب لتشخيص الاكتئاب الرئيسي يكون بوجه عام أكبر. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الاكتئاب الجزئي هو اضطراب مزمن يجب أن تستمر فيه الأعراض لمدة عامين على الأقل (عام واحد لدى الأطفال)، في حين أن اضطراب الاكتئاب الرئيسي هو اضطراب عارض يتسم عامة بأنه يأتي ويذهب. وعند فرز العملاء الذين يظهرون أعراضاً قد تشير إلى وجود اكتئاب، يجب على الكلينيكيين أن يتحققوا مما إذا كان الاضطراب يبدو عارضاً أو ما إذا كانت الأعراض تبدو مزمنة. وبالتأكيد إذا كان اضطراب نقص الانتباه – فرط النشاط يؤخذ في الاعتبار كتشخيص، لا نتوقع أن تأتي الأعراض وتذهب (على الرغم من شيوع تغيرات زمنية ثانوية في الحدة).

وقد تشتمل أعراض الاكتئاب الجزئي على الهياج والإجهاد وضعف التركيز poor concentration. ويلزم أن يحدد الكلينيكيون ما إذا كان التملل الحركي والقابلية لتشتت الانتباه هما نتيجة الاكتئاب أو اضطراب نقص الانتباه – فرط النشاط. فإذا بدا أن هذين العرضين يصاحبان إظهاراً مزمناً لاضطراب نقص الانتباه – فرط النشاط يشتمل أيضاً على حزن وإجهاد وتقدير

منخفض للذات، فإن الاكتئاب الجزئي بوجه عام قد يكون هو التشخيص الأكثر دقة. وإذا بدأ أن الحزن المزمّن قد بدأ في بعض الأحيان بعد أن أصبحت أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط واضحة فعلاً، فمن المحتمل أن يكون كلا الاضطرابين موجودان. وبالإضافة إلى ذلك، إذا كان هناك نشاط مفرط واندفاع كبيران واضحان ولا يصاحبهما على ما يبدو هياج، عندئذ فإن وجودهما قد يشير أيضاً إلى وجود أعراض كلا الاضطرابين. ولعل أصعب موقف يحدث عندما تكون أعراض الاكتئاب الجزئي واضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وخاصة النوع الذي يغلب عليه قلة الانتباه، موجودة. وفي تلك الحالات، قد يكون من الصعب أن نحدد ما إذا كانت القابلية لتشتت الانتباه وعدم التنظيم يرجعان إلى الاكتئاب أو اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

إن أعراض اضطراب الاكتئاب الرئيسي بوجه عام أكثر حدة، ولكنها عادة ما تكون عارضة، وقد تكون هناك فترات واضحة خالية من اضطراب المزاج. وعادة ما يظهر اضطراب الاكتئاب الرئيسي مستوى ضعف أو خلل أكبر بكثير، وهذا يشمل تغيرات في الأداء الوظيفي الجسماني أو البدني (خاصة اضطراب بارز في النوم والشهية). وفي الحالات الحادة أو الشديدة، قد توجد ميول للانتحار. وبالإضافة إلى ذلك، قد يوجد أيضاً هياج وتلملم وإجهاد وعدم قدرة على الانتباه، ومن المحتمل أن تكون هذه الأعراض أكثر حدة مما نراه عامة لدى العملاء الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وهذه الأعراض، خاصة عندما تكون مصحوبة بتغيرات كبيرة في النوم والشهية، من المحتمل أن تكون أعراضاً لاضطراب الاكتئاب الرئيسي أكثر منها أعراض لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

إن اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط واضطراب الاكتئاب الرئيسي يمكن أن يتواجدا معاً. وعندما تكون أعراض كلا الاضطرابين موجودة، فإن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عادة ما تكون مزمنة وتبدأ في وقت مبكر جداً من حياة الفرد، في حين أن أعراض اضطراب الاكتئاب الرئيسي عادة ما تكون لها بداية محددة بوضوح أكثر وتميل إلى أن تأتي وتذهب. وفي

الحالات التي تشتمل فيها أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط على نشاط مفرط واندفاع، قد يكون تمييز تلك الأعراض من أعراض اضطراب الاكتئاب الرئيسي (وتشخيص كلا الاضطرابين عند وجود كل من مجموعتي الأعراض) أكثر سهولة. على أنه كما ذكرنا في بداية هذا الفصل، فإنه عند وجود أعراض اضطراب الاكتئاب الرئيسي واضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، خاصة النوع الذي يغلب عليه قلة الانتباه، فقد يكون من الصعب تحديد ما إذا كانت القابلية لتشتت الانتباه وعدم التنظيم يرجعان إلى الاكتئاب أو اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

الاضطراب ثنائي القطب الاكتئاب Bipolar Disorder. يتم تشخيص الاضطراب ثنائي القطب عندما يظهر العميل تاريخاً يتضمن على الأقل نوبة هوس «عادي» classic أو مختلط mixed mania واحدة أو عندما يكون هناك تاريخ اضطراب اكتئاب رئيسي ونوبة هوس خفيف واحدة على الأقل. وتشتمل أعراض الهوس بوجه عام على زيادة في النشاط والاندفاع، بالإضافة إلى إحساس بالفرح والابتهاج أو الهياج الزائد. كما أن التغيرات في أنماط النوم والكلام تكون أيضاً شائعة. وتتميز النوبات المختلطة بأعراض هوس (والتي تشمل في العادة الهياج أكثر من الفرح والابتهاج) مصحوبة بأعراض اكتئاب. وتكون نوبات الهوس الخفيف واضحة عندما تتلاقى الأعراض مع الطابع العام للهوس ولكن تكون أقل حدة ويكون هناك ضعف أو خلل واضح أقل.

إن أعراض الهوس العادي - السعي الزائد إلى المتعة، والعظمة، وتطاير الأفكار الحاد، وانخفاض الحاجة إلى النوم، والكلام السريع أو المضغوط - يمكن في العادة تمييزها من أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بقدر قليل من الصعوبة. فهذه الأعراض لا تقترن باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وبالتالي عندما تكون موجودة فمن المحتمل أن يكون الاضطراب ثنائي القطب هو التشخيص الأكثر دقة. ولأن أعراض الهوس تكون عارضة، فسوف تكون هناك أوقات لا تكون فيها أعراض الهوس ظاهرة بوضوح. وإذا كانت أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط واضحة أثناء تلك الأوقات، فإنه

يمكن إجراء كلا التشخيصين.

وعندما تكون نوبات الهوس الخفيف والهوس المختلط واضحة، يصبح التشخيص أكثر صعوبة. فالعملاء الذين يظهرون هياجاً وتلملاً كبيرين قد يحاكون أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وبالإضافة إلى ذلك، فإن اضطراب المزاج أيضاً عادة ما يكون مصحوباً بمشكلات وصعوبات في التركيز. وعندما يكون النشاط المفرط والاندفاع واضحين، يكون من المهم أن نحدد ما إذا كانا يحدثان بصورة حصرية أثناء نوبات اضطراب المزاج. وإذا كان الأمر كذلك، يكون تشخيص الاضطراب ثنائي القطب أكثر ملاءمة. وإذا بدا أن الأعراض تستمر حتى في الأوقات التي تغيب فيها الأعراض المزاجية البارزة، فمن المحتمل أن تكون أعراض كلا الاضطرابين موجودة.

ولأن أعراض اضطراب المزاج قد لا تزيد ثم تتضاءل بشكل بارز لدى الأطفال والمراهقين مثلما تفعل لدى البالغين، يجد بعض الكلينيين أنه من الصعب تمييز أعراض نوبات الهوس المختلط والهوس الخفيف من أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وقد قررت نتائج بعض الأبحاث أن الأطفال والمراهقين الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب يظهرون مستويات عنف أكبر بدرجة دالة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ورغم أن هذا قد يكون صحيحاً في بعض الحالات، إلا أنه من المعروف أيضاً أن بعض الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون قدراً كبيراً من العدوان. ونحن نشجع الكلينيين لإجراء مراجعة قوية وصارمة لأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والاضطراب ثنائي القطب، بما في ذلك إظهار الأعراض وبدايتها ومسارها، واستخدام هذه البيانات، بدلاً من درجة العنف، لتعيين تشخيص.

ه- اضطرابات القلق Anxiety Disorders

إن اضطرابات القلق تكون أيضاً شائعة لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وتقرر الدراسات أن ٢٥٪ إلى ٣٥٪ من الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون أيضاً

أعراض اضطراب قلق واحد على الأقل (تانوك Tannock، 2000). وعادة ما يمكن تمييز أعراض القلق من أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بقدر قليل من الصعوبة. على أنه عند تواجد أعراض الاضطرابين معاً، فإن كل منهما قد يغير التعبير عن الآخر (باركلي Barkley، 2006). فمثلاً يميل الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والقلق إلى إظهار اندفاع أقل (باركلي Barkley، 2006)، وقد يسفر اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والقلق المتلازمين عن عدوان أكثر (تانوك Tannock، 2000). إن فئة اضطرابات القلق التي يتضمنها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية واسعة وتشمل اضطرابات ذات أعراض متنوعة تشمل اضطراب الوسواس القهري واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة واضطرابات القلق الأخرى مثل اضطراب الهلع أو اضطراب القلق العام أو المخاوف المرضية. وينبغي دراسة هذه الاضطرابات بشكل منفصل.

اضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder (OCD). لأن اضطراب الوسواس القهري واضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يسفران عن أعراض مختلفة، لا يتم في العادة الخلط بين الاضطرابين. وعند وجود وساوس معرفية cognitive obsessions (مثل الخوف من المرض)، خاصة إذا كانت مصحوبة بسلوكيات قهرية behavioral compulsions (مثل غسيل اليدين المفرط)، فإن هذه الأعراض لا تشبه الأعراض العادية لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وعادة ما يمكن تمييز الاضطرابين بسهولة إلى حد ما. على أن حوالي ٣٪ إلى ٥٪ من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط قد يظهرون أعراض اضطراب وسواس قهري (باركلي Barkley، 2006)، وعندما يحدث الاضطرابان معاً، قد يجد الكلينيكيون أحياناً أن السلوكيات القهرية تظهر بطريقة مماثلة لطريقة ظهور التملل الحركي motor restlessness، وقد تكون القابلية لتشتت الانتباه ثانوية بالنسبة للوساوس العقلية المعرفية. وسوف يلزم إجراء تقييم دقيق لأعراض كلا الاضطرابين وذلك لتحديد ما إذا كانت أعراض اضطراب الوسواس القهري

تفسر تماماً الضعف أو الخلل الشبيه بالضعف أو الخلل المصاحب لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أو ما إذا كان تلازم الاثنین موجوداً.

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD).

عندما تكون هناك أدلة على أن العميل تعرض لصدمة حادة في وقت ما من حياته، ينبغي على مهنيي الصحة النفسية أن يراعوا ما إذا كانت أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة قد نمت نتيجة لذلك. على أن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بين الأطفال يكون غير محتمل، وقد كشفت إحدى الدراسات أن ٧٪ فقط من الأطفال الذين تعرضوا لصدمة ينمون اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (وورنيك وآخرون Wozniak et al., 1999). ومع ذلك فإنه بدراسة الأفراد الذين نموا اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وجد الباحثون أن ١٤٪ إلى ٤٦٪ لديهم تاريخ اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (وينشتاين، ستيفلباك، & بياجيو Weinstein, Steffelbach, & Biaggio, 2000). وهكذا يبدو أن إصابة الفرد باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط قد هيأته للإصابة فيما بعد باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة عند التعرض لصدمة حادة. ولم يتم بحث العلاقة بين اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة واضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى البالغين، وذلك على الرغم من أنه إذا امتدت نتائج دراسة وورنيك وآخرين Wozniak et al. للبالغين، فإن الرجال الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة من الأكثر احتمالاً أن يكون لديهم تاريخ سابق لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

إن الاستثارة المفرطة Hyperarousal والهيياج agitation اللذان عادة ما يصاحبان اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة قد يشبهان التملل الحركي، وقد يتم أحياناً الخلط بينهما. على أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يظهرون أيضاً يقظة مفرطة استجابة فزع مبالغ فيها، وهما عرضان غير مقترنين باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ومن ثم فإنه عندما تكون هذه الأعراض موجودة، قد يكون تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أكثر ملاءمة. وبالإضافة إلى ذلك، إذا كانت هناك أدلة على أن النشاط

المفرط/الاندفاع و/أو نقص الانتباه/عدم التنظيم كانا يسبقان الصدمة، فإن العميل ربما يكون واحداً مما يقرب من ١٪ إلى ٦٪ من الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والذين ينمون اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مصاحب (باركلي Barkley، 2006).

اضطرابات القلق الأخرى Other Anxiety Disorders. إن الأطفال الذين يظهرون أعراض قلق عام، أو نوبات هلع، أو مخاوف مرضية خاصة قد يبدو أيضاً متململين. ومن المهم أن ندرس ونبحث المشاعر الضمنية التي تصاحب فرط النشاط الحركي. وبالمثل، من المحتمل أن يقرر الأفراد وجود مشكلات أو صعوبات في التركيز عندما يكونوا قلقين أو خائفين. وإذا بدا أن نوبات التلمل أو القابلية لتشتت الانتباه تحدث فقط عند وجود شعور ذاتي بالقلق، فإن اضطراب قلق قد يفسر هذه الأعراض بدرجة كافية. على أنه إذا حدثت أحياناً أعراض شبيهة بأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عندما لا يكون هناك قلق، فقد يلزم تشخيص كلا الاضطرابين.

وبالإضافة إلى ذلك، يجب أن يتذكر الكلينيكيون أيضاً أنه من غير الشائع بالنسبة للأطفال الذين يعانون من القلق أن يظهروا أعراض اكتئاب مصاحبة. وفي الحقيقة قرر فيفنز وآخرون Pfiffner et al (١٩٩٩) أن نحو ٢٣٪ من الأولاد المحولين من عيادات كانت لديهم أعراض قلق واكتئاب متلازمة. وهكذا فإنه من المحتمل أن يتواجد ثلاثة اضطرابات متلازمة بصورة واضحة وهي: الاكتئاب والقلق واضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وفي هذه المواقف المعقدة، يجب على مهنيي الصحة النفسية أن يقيموا الأعراض والإطار الزمني والسمات المصاحبة بعناية لتحديد أي الأعراض قد تكون مقترنة بأي الاضطرابات.

٦- اضطرابات التوافق أو التكيف Adjustment Disorders

ينبغي دائماً اعتبار العوامل البيئية مصدر رئيسي محتمل للاضطراب. فالأفراد الذين تعرضوا لأحداث مثيرة للضغط (مثل الصراعات الأسرية أو الطلاق) غالباً ما يظهرون مشكلات انفعالية وسلوكية متنوعة تشمل في العادة مشكلات في الانتباه، والأداء الدراسي poor academic performance

الضعيف، والدافعية المنخفضة low motivation، وضبط النفس الضعيف. وعلى الرغم من أن هذه الأعراض قد يبدو أنها تميز اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، إلا أن المراجعة الدقيقة للعوامل البيئية قد تكشف أن الأعراض قد بدأت فقط بعد الحدث المسبب للضغط. ولاستبعاد إسهام مثل هذه العوامل البيئية، يجب على الكلينيكي أن يقوم بمراجعة دقيقة للتاريخ الشخصي والعائلي. فإذا بدا أن العوامل البيئية تفسر الأعراض بدرجة كافية، فإن اضطراب توافق أو تكيف، وليس اضطراب نقص انتباه-فرط نشاط، قد يكون هو التشخيص الصحيح.

ومن المحتمل أن يظهر عميل كلاً من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط واضطراب توافق أو تكيف. وقد يحدث ذلك في الحالات التي تسبق فيها أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بداية الحدث المسبب للضغط، ويكون الحدث قد عمل على تفاقم (ولكن لم يبدأ) الضعف أو الخلل المرتبط به. على أنه في الحالات التي يكون فيها الحدث المسبب للضغط موجوداً لفترة طويلة، قد يكون من الصعب فصلهما. فمثلاً إذا التقى كلينيكي بولد أو مراهق نشأ مع صراعات أسرية حادة طوال حياته، فقد يكون من الصعب تحديد ما إذا كانت هذه الصراعات مسئولة عن السلوكيات أو ما إذا كانت أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط موجودة بشكل منفصل. وبوجه عام تحفظ فئة اضطراب التوافق أو التكيف لردود الأفعال لمسببات الضغط المنفصلة التي تكون لها بداية محددة بوضوح والتي يفترض أنها تحل وتخف بمرور الوقت. وعندما تفوق مسببات الضغط تلك المعايير، قد يكون تشخيص اضطراب توافق أو تكيف غير ملائم.

وينبغي على الكلينيكيين أيضاً أن يلاحظوا أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يستبعد بالتحديد الحرمان من معايير اضطراب التوافق أو التكيف. وقد اتخذ هذا القرار لأن الأعراض المقترنة بالحرمان - نظرياً - لا تعتبر اضطراب، ومن ثم لا ينبغي تشخيصها على أنها كذلك. ويضمن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الحرمان

في فئة «حالات أخرى قد تكون مركز اهتمام كلينيكي»، ويكون الكود التشخيصي هو أحد الأكواد الذي يبدأ بحرف V، أي الحالات التي تمثل الخبرات الطبيعية أو العادية التي عادة ما نواجهها في الحياة اليومية. على أن الكلينيين يجب أن يكونوا على وعي ودراية بأن الكود التشخيصي الذي يبدأ بحرف V لا تغطيه معظم خطط التأمين، ويجب على العملاء (و/أو والديهم) أن يكونوا على وعي ودراية بهذا القصور. وبالطبع إذا أصبح رد فعل الحرمان حاداً أو طويلاً بصورة غير عادية، فقد يتم تشخيص اضطراب نفسي (مثل الاكتئاب).

٧- الاضطرابات الطبية Medical Disorders

عند دراسة الاضطرابات التي تسفر عن ضعف أو خلل شبيه بالضعف أو الخلل المصاحب لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ينبغي على الكلينيين أيضاً أن يأخذوا العوامل الطبية في الاعتبار. فبعض الأطفال الذين تكون لديهم أعراض شبيهة بأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يعانون فعلاً من حالات طبية، رغم أن ذلك يكون غير شائع. وكما ناقشنا من قبل، ينبغي دائماً استبعاد إصابة الرأس، وينبغي فحص الأفراد الذين لديهم تاريخ إصابات في الرأس للتعرف على تلف محتمل في الدماغ. ورغم أن التسمم بالرصاص سبب موثوق جيداً للمشكلات السلوكية ومشكلات التعلم، إلا أنه نادر في هذه الأيام بين معظم الأمريكيين. على أن أولئك الذين نشئوا في خلفيات فقيرة معرضون لخطر أكبر، ومن ثم فإن ينبغي أخذ هذا الاحتمال في الاعتبار. وقد يلزم تحويل لإجراء فحص طبي ملائم، وقد يحاول الكلينيكيون تحديد هيئة خدمة اجتماعية قد تجري فحصاً للتسمم بالرصاص داخل المجتمع المحلي.

وقد تساهم مشكلات طبية أخرى أيضاً في تكوين أعراض شبيهة بأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. فمشكلات التنفس، خاصة حالات الحساسية الشديدة أو الربو الذي لا تتم السيطرة عليه، عادة ما تجعل الأطفال يظهرون تمللاً حركياً وعدم انتباه. وبالمثل فإن مشكلات الغدد الصماء يكون لها تأثير كبير. فمثلاً النشاط الزائد للغدة الدرقية عادة ما يسبب فرط نشاط حركي، والنشاط المنخفض للغدة الدرقية يؤثر على القدرة على التركيز.

ومن المهم استبعاد هذه الاضطرابات، خاصة عندما تكون هناك أدلة على وجود تاريخ عائلي لهذه المشكلات لدى الأقارب البيولوجيين المقربين (مثل الأشقاء أو الوالدين). وينبغي دائماً أن يكون بدء أي علاج نفسي مصحوباً بفحص طبي دقيق وشامل.

رابعاً- ملخص

Summary

عندما يظهر عميل أعراض يبدو أنها تسبب أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، فإنه يلزم إجراء تشخيص فارق منهجي ومنظم. وعادة ما تبدأ هذه العملية بمقابلات شخصية كلينيكية مع العميل والآخرين المهمين (مثل الوالدين أو الزوجة). إن جمع المعلومات من أشخاص متعددين يحسن احتمال أن تكون البيانات التي يتم الحصول عليها دقيقة وشاملة. وينبغي أن تراجع المقابلات الشخصية الكلينيكية سلوكيات متنوعة عبر بيئات ومواقف عديدة (تشمل المنزل والمدرسة والعمل والتوافق الاجتماعي مثلاً)، ويجب وضع إطار زمني لبداية الضعف أو الخلل. وعند تشخيص اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، يجب أن يكون الكلينيكيون على وعي ودراية بأن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية يتطلب من المهنيين أن يستوفوا كل من معايير الضم ومعايير الاستبعاد، وأن المعلومات التي يتم جمعها من المقابلات الشخصية يجب أن تغطي كل فئات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بصورة كافية.

وعندما تدل المعلومات التي يتم جمعها من المقابلات الشخصية الكلينيكية على أن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط قد تكون موجودة، قد يستفيد الكلينيكيون من بيانات مقابلة شخصية مكملة مع نتائج يتم الحصول عليها من أدوات مختلفة. إن التقييمات النفسية والتقييمات العصبية-النفسية تساعد في التعرف على عدد كبير من الأعراض وغالباً ما تكون مفيدة في تشخيص (أو استبعاد) الحالات المصاحبة، ولكنها لا تعطي الحساسية والخصوصية اللازمتين لتقدير حدة أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط

النشاط. وبدلاً من ذلك، يتم تشجيع الكلينيين للنظر في استخدام الاستبيانات السلوكية (أولاً) واختبارات الأداء المستمرة (ثانياً) لزيادة توضيح ما إذا كانت حدة الأعراض كافية لتشخيص اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وعند جمع البيانات، ينبغي على الكلينيين أيضاً أن يأخذوا في الاعتبار ما إذا كانت الأعراض الواضحة ثانوية بالنسبة لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أو اضطرابات أخرى قد تنتج اضطراباً مماثلاً. وفي بعض الحالات، قد تحاكي أعراض اضطرابات أخرى أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وقد يكون مسمى تشخيص مختلف أكثر ملاءمة. وفي حالات أخرى، يمكن أن يحدث اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط مع اضطرابات أخرى. ويلزم أن يقوم مهنيو الصحة النفسية بمراجعة كل الأعراض واتخاذ قرارات تشخيصية تتبع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بدقة. إن هدف التشخيص هو إعطاء توجيه وإرشاد بشأن إستراتيجيات العلاج، وقد تم وضع نماذج علاج فعالة للأغلبية العظمى من الأعراض الموصوفة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية. وعند وضع تشخيص دقيق وشامل، من المحتمل أن يكون العلاج المختار فعالاً. وعندما يكون التشخيص غير دقيق أو ناقصاً، قد لا يتم استيفاء بعض احتياجات العلاج على الأقل.

الجزء الثالث الإرشاد والعلاج

الفصل السادس

الإرشاد الفردي مع الأولاد والمراهقين الصغار

Individual Counseling with Boys and Young Teens

كما ناقشنا بالتفصيل في الفصول السابقة (خاصة في الفصل الأول)، يظهر الأولاد والمراهقين الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه أعراضاً تسفر عن مشكلات كبيرة في المنزل وفي المدرسة ومع الأقران. وتندرج أعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه تحت مجموعتين، هما أعراض فرط النشاط/الاندفاع hyperactivity/impulsivity، وأعراض نقص الانتباه/عدم التنظيم inattentiveness/disorganization، ويظهر الذكور الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه مشكلات في إما أو كل من هاتين الفئتين. وفي الحقيقة أن الذكور - كما أوضحت البحوث - من المحتمل بشكل خاص أن يظهروا أعراضاً من كل من المجموعتين، في حين أن الإناث اللاتي يعانين من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه من الأكثر احتمالاً أن يظهرن نقصاً في الانتباه وقابلية لصرف الانتباه فقط (Barkley, 2006).

إن فرط النشاط يخلق العديد من المشكلات في المنزل والمدرسة والأداء الوظيفي الاجتماعي. فالأولاد ذوي النشاط المفرط يميلون إلى مضايقة كل الناس حولهم، بما في ذلك الوالدين والمعلمين والأقران. ففي المنزل غالباً ما يتم الصياح في وجوههم لأنه أحياناً تكون لديهم مشكلات في الجلوس ساكنين عندما يكون من الضروري أن يفعلوا ذلك (أثناء الوجبات مثلاً). وفي المدرسة غالباً ما يتململون أو يتركوا مقعدهم، وغالباً ما يجد المعلمون والتلاميذ الآخرون هذه السلوكيات مزعجة. ومع الأقران من المحتمل أن يكونوا مزعجين ويشيع رفض أو نبذ الرفاق. وهكذا فإن الأولاد يحتاجون مساعدة لحل هذه المشكلات. ومن المحتمل أن يسبب الاندفاع مشكلة. فكثيراً ما يكذب الأولاد المندفعون ويتخذون قرارات ضعيفة. ويسفر ضبط الذات المحدود عن تحمل ضعيف للإحباط، ويميل الأولاد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص

الانتباه إلى أن يكونوا أكثر سرعة في الانفعال من أقرانهم الذين هم في نفس عمرهم، خاصة عندما لا يحصلون على شيء يرغبونه أو عندما يتم منعهم من عمل شيء كانوا يريدون فعله في تلك اللحظة. وكثيراً ما تسفر هذه السلوكيات عن صراعات ومجادلات، ومن الأكثر احتمالاً أن يعاقب هؤلاء الأولاد في المنزل وفي المدرسة. وبالمثل فإن الاندفاع يعوق التوافق الاجتماعي؛ فالأولاد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه يميلون إلى أن تكون لديهم مشكلات مع الأقران عندما لا يتم تنفيذ أنشطة اللعب بالطريقة التي يريدونها، وتشجيع الصراعات مع الأقران.

إن أعراض عدم الانتباه وعدم التنظيم تقاوم هذه المشكلات. ولأن الأولاد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه يفقدون أثر مقتنياتهم والمسئوليات الموكلة لهم، فإن الوالدين والمعلمين كثيراً ما يتضايقون أو يغضبون منهم، وتشجيع المشكلات بوجه خاص حول الواجب المدرسي والواجبات والمهام المنزلية. وفي المدرسة يمكن أن يمثل إكمال العمل والاستمرار في المهام مشكلة بالنسبة للأولاد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، وغالباً ما يكون على المعلمين أن يعيدوا توجيههم، وبالتالي يجدونهم أيضاً مثيرين للغضب.

ومن المهم أن يقر مهنيو الصحة النفسية أن هذه الأعراض الرئيسة تساهم أيضاً في نمو الكثير من الأعراض الثانوية التي يبدأ الأولاد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه تدريجياً في المرور بها. إن الاندفاع يسير جنباً إلى جنب مع التحدي. فكلما كان الولد أكثر اندفاعاً زاد احتمال احتجازه وتحديه عندما يقال له شيئاً لا يحب سماعه. وعادة ما يكون رد الفعل هذا واضحاً في المنزل وفي المدرسة، وهو يسفر عن قدر كبير من الصراع بين الأولاد ووالديهم ومعلميهم.

ولأن الأولاد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه كثيراً ما يقعون في مشكلات، فمن المحتمل أن ينظروا إلى أنفسهم على أنهم أدنى وأقل شأنًا من غيرهم. ففي المنزل قد يلاحظ الولد أنه يتم الصياح في وجهه أكثر

من أشقائه. وفي المدرسة قد يعرف أن الآخرين يبدون أكثر نجاحاً في الحصول على درجات أفضل وتذكر عملهم. ومع الأقران قد يلاحظ أن الآخرين محبوبون أكثر ويبدو أنهم يتوافقون وينسجمون مع بعضهم البعض بصورة أفضل، في حين أنه يتعرض للمضايقة والنذب بصورة أكثر تكراراً. ومن المحتمل أن تسفر كل هذه الخبرات عن مفهوم ذات سلبي.

إن مشكلات تنظيم العاطفة affect regulation تساهم أيضاً في مشكلات تقدير الذات. فعندما لا تتبدى الأمور كما يحب الأولاد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، فإنهم يغضبون بشدة أكثر من الأولاد الذين لا يعانون من هذا الاضطراب. ويجب على كل الأولاد أن يقبلوا أن والديهم أو معلمهم أو رفاقهم لن يسمحوا لهم دائماً بأن يفعلوا ما يحبون، ولكن الأولاد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه يفرطون في رد فعلهم لهذه المواقف ومن الأكثر احتمالاً أن يفقدوا السيطرة على عواطفهم وانفعالاتهم. وعندما تصبح هذه الخبرات والتجارب مألوفة ومعتادة، يبدأ الأولاد في الاعتراف بأنهم يغضبون أكثر من اللازم ويتذكرون هذه الخبرات. ولأن أحداثهم تكون أكثر شدة، فإنهم يميلون إلى تذكرها أكثر ويبدعون في الإقرار بأنهم يغضبون أكثر من أشقائهم. وهذا يؤدي بهم إلى الاعتقاد بأنهم يعاملون معاملة أضعف من أشقائهم وأن والديهم يفضلون الأولاد الآخرين في الأسرة. ورغم أن كل الأولاد في الأسرة قد يفعلون ما يريدون بصورة موضوعية بالتساوي تقريباً، فإن الأولاد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه قد يدركون أنفسهم بأنهم يفعلون ما يريدون بصورة أقل من الآخرين، لأن الأولاد الآخرين أفضل قدرة على تقبل المواقف التي لا تنتهي كما يريدون ومن الأقل احتمالاً أن يظهروا ردود أفعال شديدة عندما لا تنتهي الأمور كما خططوا لها.

إن مفهوم الذات المنخفض وإدراك الفرد أنه يلقي معاملة أضعف من الآخرين يساهمان في مشكلات إضافية، مثل الدافعية المحدودة، فالأولاد الذين يستنتجون لأنفسهم أنهم ليسوا في مثل نجاح أو قدرة الآخرين، وأن الآخرين لا يبدو أنهم يحبونهم أو يهتمون بهم كثيراً يميلون إلى الحد من مدى جدية

محاولتهم للنجاح. ولأنهم يتوقعون الفشل، فإنهم يتقبلونه بسرعة أكبر عندما لا يؤدون أداءً جيداً في المدرسة أو مع الرفاق. وهم لا يكرسون نفس القدر من الجهد للدراسة ليس فقط لأن الأعراض الرئيسية (مثل القابلية لصرف الانتباه) تجعل من الأكثر صعوبة أن يفعلوا ذلك، ولكن أيضاً لأنهم يتوقعون أن جهودهم لن تكون مثمرة بنفس القدر. ولا يحاولون بنفس القدر من الجهد أن يجدوا سبباً للتوافق مع الرفاق لأنهم يفترضون أنه أياً كان ما يفعلونه فسوف يكرههم الآخرون على أى حال. ولا يحاولون بنفس القدر من الجهد أن يسعدوا والديهم لأنهم يشعرون أن والديهم يفضلان غيرهم من الأشقاء على أى حال، ومن ثم فإنه لا جدوى من محاولة تغيير ذلك.

وعندما يبدأ الكلينيكيون العلاج باقتراح أدوية أو تدريب الوالدين، قد تتحسن الأعراض، ولكن هذه الأساليب قد لا تقصى كل المشكلات، وقد تظل هناك أعراض متبقية. وفي حالات أخرى، قد يكون التحسن بالعلاج أكثر محدودية، ولا يتحمل بعض المرضى الأدوية بصورة جيدة، وبالتالي يجب التعامل مع الأعراض من خلال وسائل أخرى. إن الإرشاد الفردي قد يكون مفيداً، وقد تكون استراتيجيات معينة مفيدة في تقليل أعراض الاندفاع وعدم الانتباه/عدم التنظيم.

على أن الكلينيكيين يجب أن يتذكروا أنه بصرف النظر عن مدى فاعلية بعض العلاجات في استهداف الأعراض الرئيسية، فإن الكثير من الأعراض الثانوية (مفهوم الذات المنخفض، والدافعية المحدودة) قد لا تتغير، خاصة عندما يمر الولد بصعوبات ومشكلات في المدرسة وفي المنزل ومع الأقران لمدة طويلة. ورغم أن الاندفاع و/أو عدم الانتباه ربما يكون قد تضاءل، وبالتالي يكون تكرار وشدة الصراعات مع الوالدين والمعلمين والأقران قد قلت، إلا أن الضرر بتقدير الذات يكون قد وقع فعلاً ولن يتحسن بصورة آلية فقط لأن الأعراض الرئيسية ربما تكون الآن تحت السيطرة. ولهذا السبب، يلزم أن يقر مهنيو الصحة النفسية بأنه حتى عندما يتم إخضاع ولد أو مراهق للعلاج بالأدوية، لن يتم حل كل المشكلات، ويمكن أن يكون الإرشاد الفردي مفيداً جداً في التعامل

مع المشكلات الباقية.

أولاً- الدعم البحثي

Research support

لقد أكدت نتائج الدراسات البحثية أنه ليست كل المشكلات التي تعالج بالأدوية يتم حلها باستخدام الأدوية. فمثلاً، على الرغم من أن المحفزات تحسن الأداء في حجرة الدراسة، إلا أن مكاسب التحصيل طويلة الأجل من استخدام العلاج بالأدوية وحده متواضعة إلى حد ما (Swanson, McBurnett, Christian, & Wigal, 1995). وفي المنزل على الرغم من أن استخدام الأدوية يحسن الأعراض الرئيسية، وبالتالي تقلل الصراعات التي تحيط بتلك المشكلات، فإن أسر الأولاد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه غالباً ما تظهر أنماط عدم استقرار لا تحل بالكامل عند استخدام الأدوية (Fisher, 1990)، والأولاد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه قد يظهرون مشكلات انفعالية تزيد من تفجر أنماط العجز الوظيفي للتفاعل حتى عندما تكون الأعراض الرئيسية تحت السيطرة. وفي البيئات الاجتماعية، لا يوجد أى دليل على أن استخدام الأدوية يحسن جودة ونوعية علاقات الأقران على المدى البعيد (Pelham, 2002).

وبالإضافة إلى ذلك، عند استخدام بعض أنواع الأدوية (مثل المحفزات النفسية psychostimulants)، فإن التأثير المفيد يجب أن يقل تدريجياً حتى يختفى قبل العشاء ووقت النوم، وسوف تعود الأعراض الرئيسية لبقية اليوم. وعلاوة على ذلك، على الرغم من أن البحوث قد رأت أن نحو ٩٠٪ من الأولاد يستجيبون بصورة إيجابية لاستخدام الأدوية الملائمة (Barkley, ٢٠٠٦)، إلا أن الدراسات قد أوضحت أيضاً أن حوالي ربع الأولاد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه قد لا يظهرون استجابة كافية أو قد يختبرون ردود أفعال سلبية تحد من كفاءة الأدوية (Swanson et al, 1995). وبالنسبة للأولاد الذين يستجيبون بصورة إيجابية، فإن نسبة صغيرة منهم فقط يملكون بحالات تحسن كبير حيث يتم التخلص من كل الأعراض وتصبح السلوكيات

«طبيعية» (Pelham,2002). وغالباً ما تظل الأعراض المتبقية موجودة، وقد يكون الإرشاد الفردي مفيداً في معالجتها.

وقد يتم توصيل الإرشاد الفردي من مناظير نظرية متنوعة، تشمل المناظير النفسية الدينامية والإنسانية والمعرفية والسلوكية. ويوجه عام تعتبر المداخل المعرفية- السلوكية cognitive-behavioral approaches فقط ربما فعالة في معالجة أعراض اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه (Barkley,2006; Pelham,2002). وقد نشر Meichenbaum و Goodman (١٩٧١) أول مقالة بحثية لخصت الاستراتيجيات المعرفية- السلوكية لمعالجة الأعراض الرئيسة لاضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه. ومنذ ذلك الحين، قامت دراسات عديدة يبحث فائدة الإرشاد المعرفي- السلوكي مع الأولاد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه. ورغم فشل عدد من الدراسات في إثبات فاعلية الإرشاد المعرفي- السلوكي، إلا أن هذه الدراسات غالباً ما قامت بمقارنة استخدام الإرشاد الفردي وحده، والذي يعرف أيضاً باسم العلاج الأحادي Monotherapy ، بعلاجات أخرى (مثل تدريب الوالدين أو الأدوية). ويبدو أن تأثيرات العلاج التي يتم الحصول عليها من الإرشاد الفردي ليست في مثل دلالة التأثيرات التي يتم الحصول عليها من غيره من المداخل والأساليب الأخرى (Pelham,2002).

على أن الكليينكيين ينبغي ألا يفسروا هذه النتائج على أنها تدل على عدم فائدة الإرشاد المعرفي- السلوكي في علاج اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه. وبدلاً من ذلك فإنه من الأكثر ملاءمة أن نضع فوائده الإرشاد الفردي في سياق العلاجات الأخرى. وكما رأى Pelham (٢٠٠٢)، و Barkley (٢٠٠٦) وآخرون بصورة مقنعة، فإنه في العلاج الأحادي لا يكون الإرشاد الفردي في مثل فاعلية العلاجات الأخرى. على أن المعالجة الفعالة لاضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه ينبغي ألا تتضمن طريقة واحدة فقط، وينظر إلى المدخل متعدد النظم multisystemic approach بوجه عام على أنه أكثر المداخل المفيدة (Barkley,2006). وهكذا فإن الإرشاد الفردي يلعب دوراً كبيراً مكملاً للتدخلات

اللازمة الأخرى، بما فى ذلك العلاج بالأدوية (تم مناقشته فى الفصول ١٣ و ١٤ و ١٥)، والمداخل الوالدية parenting approaches (تمت مناقشتها فى الفصل السابع)، والتدخلات التعليمية educational interventions (تمت مناقشتها فى الفصلين ١١ و ١٢).

وفى الحقيقة أن نتائج البحوث تدعم الدور المساعد المهم للإرشاد الفردى. فمثلاً قرر Hinshaw و Erhardt (١٩٩١) فائدة التدريب على إدارة الغضب، وجد Pelham و Hoza (١٩٩٦) أن إضافة التدريب على حل المشكلات الاجتماعية للتدخلات السلوكية (مثل تدريب الوالدين) عمل على تحسين النتائج الكلية. وأتفق Pelham (٢٠٠٢) على أن الإرشاد المعرفى-السلوكى قد يكون فعالاً فى تعزيز تأثيرات المحافظة والتعميم للعلاجات الأخرى. وهكذا فإن الإرشاد المعرفى-السلوكى قد يحسن الإمتثال للعلاج، وقد تساعد الجلسات الفردية الأولاد والمراهقين الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه على تعميم مكاسب العلاج التى يتم الحصول عليها من الأساليب الأخرى (مثل إدارة المواقف الطارئة التى يستخدمها الوالدان أو المعلمون) على البيئات والمواقف الأخرى.

ورغم أن العديد من الدراسات قد أوضحت أن الإرشاد الفردى ليس فى مثل فاعلية العلاج بالأدوية، إلا أن الدراسات غالباً ما تهمل القلائل الواقعية مثل المواقف التى يرفض فيها الوالدان العلاج بالأدوية أو التى يواجه فيها الكليينكيون ولداً أو مراهقاً يكون العلاج بالأدوية ذو فائدة محدودة بالنسبة له (التأثيرات الضارة تفوق الفوائد مثلاً). وبالنسبة لهؤلاء العملاء يكون العلاج الفردى بديلاً معقولاً من المحتمل أن يسفر عن بعض التأثيرات العلاجية على الأقل (Abikoff, 2002). وفى الحقيقة أن المقارنات الفردية للتدخلات النفسية-الاجتماعية بالعلاج بالأدوية عادة ما تكشف عن أن العلاج بالأدوية يكون أكثر فاعلية، ولكن التدخلات النفسية-الاجتماعية تعطى أيضاً فوائد، ويلاحظ انخفاض دال إحصائياً فى الأعراض، رغم أن أحجام التأثيرات تكون أصغر (Ambroggio & Jensen, 2002). وهكذا فإنه عندما لا يكون من الممكن

استخدام العلاج بالأدوية، أو عندما تكون مكاسب العلاج غير كافية، يكون الإرشاد الفردي خياراً معقولاً.

وبالطبع تعتمد كفاءة العلاج الفردي على شدة الأعراض الرئيسة وقدرة العميل على الاستفادة من العلاج. وبالنسبة للعملاء الذين يظهرون إعاقة حادة أو شديدة جداً، قد يكون الإرشاد الفردي وحده ذا قيمة محدودة. فمثلاً قد لا يكون العملاء ذوي الاندفاع أو النشاط المفرط للغاية قادرين على استخدام بعض مقترحات العلاج، وقد يجدون أنه من الصعب للغاية أن يتعرفوا على الأنماط العقلية المعرفية والبيانات الذاتية اللازمة لعمليات التحسن الكلينيكي. وبالمثل فإن العملاء الذين لا يمكن معهم الحد الأدنى على الأقل من إقامة علاقة ألفة وتحالف علاجي من غير المحتمل أن يستفيدوا من العلاج.

إن الأولاد الصغار جداً أو الأولاد ذوي القدرات اللفظية المحدودة بشكل حاد قد يمثلون تحدياً خاصاً. فلكي يكون التدخل المعرفي- السلوكي فعالاً، يلزم أن يكون العملاء قادرين على المشاركة بصورة دالة في التفاعلات اللفظية وفهم المفاهيم التي يتم تناولها. ومن غير المحتمل أن يستفيد الأولاد الذين لا يمكنهم استيفاء تلك المتطلبات من أشكال الإرشاد التقليدية المتمثلة في «العلاج بالكلام». فبالنسبة لهؤلاء العملاء، قد يتم تجريب العلاجات التعبيرية Expressive therapies (مثل العلاج باللعب أو الرسم). وعلى الرغم من عدم ثبوت فاعلية هذه المداخل أو الأساليب في معالجة الأعراض الرئيسة لاضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، إلا أن بعض الدراسات وجدت أنها مفيدة في تحسين نتيجة طرق علاج أخرى (مثل تدريب الوالدين) (Johnson, Franklin, Hall, & Prieto, 2000).

إن الإرشاد الفردي من منظور معرفي- سلوكي قد تكون له فوائد إضافية. فبالإضافة إلى إظهار الأعراض الرئيسة، عادة ما يظهر الأولاد والمراهقون الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه أعراضاً ثانوية مهمة تشمل تقدير الذات المنخفض والدافعية المحدودة، ويعطى الإرشاد الفردي فرصاً للعمل على حل هذه المشكلات. ومن المعروف أن المدخل المعرفي- السلوكي فعال

في معالجة الأعراض المختلفة للاكتئاب (مثل تقدير الذات المنخفض) والقلق، وهو يعتبر العلاج النفسي المختار لهذه المشكلات لدى الأولاد والمراهقين (Kendall, 2005). ولأن أشكال العلاج الأخرى (مثل العلاج بالأدوية) من غير المحتمل أن تعالج هذه الأعراض الثانوية، فسوف يلزم أن يستخدم الكلينيكيون الإرشاد الفردي لمعالجة تلك القضايا.

ثانياً- التدخلات العلاجية

Interventions

كما هو الحال مع كل أشكال العلاج النفسي الفردي، يلزم أن يبني الكلينيكي علاقة علاج ويقيم تحالف عمل مع العميل لكي تكون التدخلات فعالة. وسوف تركز المناقشة التالية على طرق بناء الألفة التي تأخذ في الاعتبار بشكل خاص قضايا الذكورة التي تتعلق بالأولاد والمراهقين. وبعد ذلك سوف تتم مناقشة أهداف العلاج التي تركز على تنقيف العميل بشأن اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط وغير ذلك من طرق العلاج (مثل العلاج بالأدوية)، وتناول الأعراض الرئيسية، والعمل على الأعراض الثانوية التي عادة ما يظهرها الأولاد والمراهقون الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

١- بناء الألفة Rapport Building

عند إحضار الأولاد والمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من أجل العلاج النفسي، فإنهم عادة ما ينظرون إليه على أنه عقاب على المشكلات التي كانوا يظهرونها والإحباط الذي كانت تسببه أعراضهم لوالديهم ومعلميهم. ونادراً ما يحضر الوالدان الأولاد إلى العلاج عندما تختفي الأعراض أول مرة. وقبل إحضار الولد أو المراهق من أجل العلاج، تكون الصراعات دائماً تقريباً موجودة داخل المنزل لفترة طويلة، وتشيع المجادلات حول مسائل مثل الأداء الدراسي الضعيف، وعدم متابعة المهام المنزلية، والتحدى لبعض الوقت إلى حد ما - على الأقل لعدد قليل من السنوات في العادة. وطوال الطريق ربما يستدمج الولد موقفاً أو اتجاهاً دفاعياً ويعترف أنه يلام على هذه المشكلات رغم أنه قد لا يعترف بكيفية مساهمته فيها. وقد يعوق ذلك إقامة

تحالف علاجى لأنه من المحتمل أن يحاول الولد أن يثبت أنه لا يوجد أى شىء خطأ فيه وأنه لا ينبغي أن يلام على الصراعات.

وأحياناً يخبر الوالدان الولد أنهما يأتیان به للعلاج لأنهما لا يعرفان فعل أى شىء آخر، وأنهما يريدان المعالج أن يحاول تغييره (أى إصلاحه). ويلزم أن يكون مهنيو الصحة النفسية يقظين بشأن مثل هذه السيناريوهات. وكما ناقشنا فى الفصلين السابقين، عادة ما يكون من المفيد أن نلتقى مع الوالدين أولاً لجلسة كاملة يتم خلالها جمع وصف تفصيلى للمشكلة وتاريخ شامل لها. وبعد ذلك تتم دعوة الولد للجلسة الثانية. ومثل هذا الترتيب يسمح للمعالج بأن يناقش ويتناول مع الوالدين أكثر الطرق الفعالة لتعريف أبنهما بفكرة الإرشاد.

ومن المهم أن نوصل للوالدين أنه ينبغي عليهما ألا يلوما أبنهما على كل الصراعات وألا يوصلوا له أنهما يأتیان به لأنه يظهر مشكلات عديدة للغاية. فهذا الأسلوب سوف يزيد الموقف الدفاعى ويعوق إقامة علاقة علاجية بدرجة كبيرة. وفى الحقيقة أنه قد يكون من الأكثر فاعلية أن تتم صياغة العلاج كمحاولة للسعى للحصول على مساعدة من شخص مهنى يساعد الناس على التوافق مع بعضهم البعض. وحتى إذا شعر الولد بأنه غير ملام، فإنه من المحتمل أن يقر بحدوث صراعات كبيرة. وينبغي تصوير العلاج على أنه يتضمن أفراداً مختلفين من الأسرة (وربما يكون هذا دقيقاً، لأن عمل التربية الوالدية عادة ما يكون ضرورياً) حيث يعمل كل واحد فى الأشياء التى يمكنه تغييرها للتواصل بشكل أفضل والتوافق مع بعضهم البعض.

وعادة ما يتضمن العلاج خليطاً من الجلسات الفردية مع الولد وجلسات منفصلة (بدون الولد) مع الوالدين لتناول استراتيجيات التربية الوالدية parenting strategies (كما ناقشنا فى الفصل السابع). ويمكن توصيل هذا الخليط من الجلسات عن طريق تقسيم الجلسات المعتادة بالنصف لتوفير الوقت لكل من المكونين أو عن طريق عقد الجلسات بالتناوب بين العلاج الفردى والعمل المتعلق بالتربية الوالدية. ورغم أن الأسلوب الأول عادة ما ينجح ويعمل بشكل جيد، إلا أن الوالدين الواقعيين تحت الضغط بشكل خاص قد يحتاجان أحياناً

وقتاً أكثر من نصف جلسة معيارية، وفي هذه المواقف يعمل الأسلوب الثانى أحياناً بصورة أفضل.

وعند توصيل كل من طريقتى العلاج فى وقت متزامن، يكون من المهم جداً أن يتم التواصل بشأن السرية مع الولد وكذلك مع والديه. ولأن الولد سوف يعرف أن المعالج يرى والديه بدونهم، يجب على المعالج أن يبتعد عن طريقه ليؤكد للولد أن ما تتم مناقشته بينه وبين المعالج هو أمر خاص وسرى وأن الوقت الوحيد الذى قد تكون فيه هذه الخصوصية محدودة هو عندما يعرف المعالج أن شخصاً ما قد تعرض (أو على وشك أن يتعرض) للأذى أو أنه يتم توقع سلوكاً آخر قد يسفر عن ضرر خطير. وفى تلك الحالات، سوف يلزم التشاور مع الوالدين لأنهما مسئولان عن صحة أطفالهما. وبخلاف ذلك، تظل الأمور التى تناقش بين الولد والمعالج بينهما، إلا إذا أتفق كل منهما على ضرورة معالجة شىء ما مع الوالدين.

ومن المهم بالنسبة للمعالج أن يناقش أيضاً مسائل السرية مع الوالدين. فكل شىء يظل خاصاً وسرياً خارج الاستثناءات المعيارية للسرية (مثل واجب التحذير من أو الإبلاغ عن إساءة معاملة الولد). وغالباً ما يتساءل الوالدان عما يدور فى الجلسات الفردية مع أبنهما، وقد يطلبان من المعالج أن يكشف أو يفصح عن محتوى تلك الجلسات. ويجب على المعالج أن يعرف أنه إذا لم يكن العميل كبيراً بدرجة كافية لجعل حماية السرية فى حدود إرشادات ولاية معينة، يكون لوالديه الحق فى طلب معلومات عما يدور فى الجلسات مع أبنهما. على أنه من المفيد أن نوضح للوالدين أنه على الرغم من أن لهما الحق القانونى فى الحصول على تلك المعلومات، إلا أن إجبار المعالج على الإفصاح عنها سوف يدمر سلامة وكمال العلاج، لأنه من غير المحتمل أن يثق الولد فى المعالج إذا عرف أن ما يقوله فى السر سوف يتم كشفه للوالدين. وبدلاً من ذلك، يلزم أن يثق الوالدان فى المعالج وفى أنه سوف يتم كشف أية أمور تتضمن السلامة أو الخطر، ولكن بخلاف ذلك يجب على المعالج أن يحافظ على سرية محتويات الجلسات مع أبنهما.

إن التنشئة الاجتماعية للذكور في مجتمعنا تشمل قوانين سلوك قوية تحدد السلوكيات الملائمة وغير الملائمة. ومن باكورة الحياة تتم تنشئة الأولاد اجتماعياً على عدم التعبير عن الانفعالات المستضعفة (Robertson & Shepard, 2008). ويتم ذلك من خلال النمذجة (فمثلاً عادة لا يرى الأولاد آبائهم يعبرون عن انفعالات رقيقة أو مستضعفة، وخاصة ليس لهم بشكل مباشر) وكذلك التعزيز (فمثلاً عادة ما تتم مكافأة الأولاد على كبح التعبير عن الألم أو الحزن أو المشاعر المشابهة لذلك). وبالتالي لا ينمى العديد من الأولاد اللغة اللازمة للتعبير عن عدد كبير ومتنوع من العواطف والانفعالات ومن المحتمل أن يشعروا بعدم الارتياح في بيئة تركز على التعبير عن تلك العواطف والانفعالات (في مكتب معالج مثلاً).

ويتذكر ذلك قد يجد المعالج أنه من المفيد أثناء الجلسات الفردية مع الولد أن يشارك في نشاط لعب معين معه. فهذا سوف يجعل التفاعل أسهل بالنسبة لهم وسوف يشجع بناء الألفة. وتتوافر العديد من الخيارات ولكن المعالج سوف يجد أنه من الأكثر ملاءمة أن يختار نشاط لعب لا يتضمن الكثير من الكلام، مثل اللعب بسيارات لعبة أو بناء مكعبات. وبعض الألعاب تكون أيضاً مفيدة مثل لعبة الداما checkers أو لعبة الحرب الورقية card game of war (*). ومرة أخرى فإنه ينبغي فقط استخدام الألعاب التي لا تتطلب الكثير من التفاعل اللفظي بغرض لعب اللعبة (فمثلاً لعبة صيد السمك سوف تكون أكثر صعوبة). وعندما لا يتضمن نشاط اللعب تفاعلاً لفظياً، فإنه يسمح للمعالج والعميل بالبدء في التسامر حول المسائل ذات الصلة أثناء سير اللعبة. إن بدء مثل هذا التفاعل اللفظي أثناء اللعب يقلل مدى شعور الولد بالارتباك وقد يجعل الجلسات أكثر إمتاعاً، مما يقلل مدى شعوره بعدم الارتياح أو اتخاذه موقفاً دفاعياً.

وأثناء الجلسات القليلة الأولى مع الولد يلزم أن يتحدث المعالج ويتصرف برفق. فبدلاً من مواجهة العميل بالمشكلات التي كشف عنها الوالدان، ينبغي على

(* يمكن معرفة طبيعة هذه الألعاب بالرجوع إلى الإنترنت.

المعالج أن يستدرج العميل لكي يفصح عن إدراكه للمشكلات و/أو الصراعات التي تحدث في المنزل (و/أو في المدرسة). وقد يريد المعالج أن يطرح أسئلة عن السلوكيات التي تسفر أحياناً عن الصياح في وجه العميل أو عقابه، وعندما يكون التساؤل ضرورياً لتوضيح الموقف، ينبغي أن يتقدم المعالج بطريقة تعاونية، مشجعاً العميل برفق ليفكر في الحلول المحتملة. وفي بداية العلاج يكون من المفيد أن نقنع العميل بالموافقة على العمل على حل مشكلة واحدة على الأقل مثل التوصل إلى طرق للحد من المجادلات بين العميل والوالدين، أو الحد من مشكلات الواجب المنزلي، أو مساعدته في الحصول على درجات أفضل. وإذا كان العميل قادراً على تحديد مشكلة واحدة على الأقل يريد العمل على حلها، فإن دافعيته لحضور العلاج والعمل على حل هذه المشكلة من المحتمل أن تكون أكثر أهمية. ولأن الولد أو المراهق قد يكون محدوداً في قدراته على التعبير عن المحتوى العاطفي أو الانفعالي، فقد يتم استخدام أساليب متنوعة لمساعدته على تنمية لغة ملائمة. فمثلاً يمكن للمعالج أن يذكر عدة مشاعر ويطلب من الولد أيهما أقرب للتعبير عن مدى شعوره في موقف معين. ويمكن للمعالجين أيضاً أن يستخدموا نشرات تساعد في هذه المهمة. وتتوافر العديد من «الأوجه التي تعبر عن مشاعر» على نطاق واسع، حيث يتم رسم عدد من الأوجه ذات المشاعر المختلفة على صفحة مع تدوين أسم الشعور تحتها، وقد يطلب من الولد أن يضع دائرة حول الأوجه التي تعكس شعوره نحو موقف معين. إن معظم الأولاد والمراهقين يستمتعون بهذا النشاط لأن بعض الأوجه تكون كوميدية. وقد تتم مساعدة المراهقين الذين يفضلون أسلوباً أكثر رزانة من خلال استخدام نشرة تضم عدداً كبيراً من الكلمات الدالة على المشاعر مجمعة في عدة فئات. وهذه الأساليب قد تساعد الولد أو المراهق على تحسين قدراته على التعبير عن مشاعره بصورة لفظية.

٢- التثقيف النفسي Psychoeducation

يتمثل أحد المآزق التي يواجهها المعالجون فيما إذا كان يلزم إشراك العملاء في التشخيص. فأحياناً قد يكون من المفيد أن تتم مناقشة التشخيص،

ولكن فى مواقف أخرى قد يكون من الأفضل تجنب استخدام مسميات كلينيكية. وفى أى من الحالتين يجب أن يحذر المعالج تصوير الولد بأنه «قد تعرض للضرر» أو أنه «أقل من الطبيعى» بأى حال من الأحوال. وبدلاً من ذلك، ينبغى على المعالج أن يضع الاضطراب و/أو أعراضه فى إطار سياق نقاط القوة والضعف التى عادة ما يظهرها الأولاد فى سنه. ويوضح المثال التالى بعض هذه المبادئ: تم إحضار ولد يبلغ من العمر ٨ سنوات ويعانى من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من أجل العلاج. وقال له والداه أنه لا يستمع إليهما وأن أداءه فى المدرسة سيئ، وبالتالي يجب أن يتحدث إلى المعالج. وبدأ المعالج العلاج بأن طلب من الولد أن يحدد بعض نقاط القوة لديه، وسأله أى الألعاب الرياضية أو الهوايات الخاصة يستمتع بها، وما إذا كان قوياً من الناحية البدنية. وما إذا كان عداءً سريعاً، وما إلى ذلك. وتم تشجيع الولد ليكون مبدعاً ويفكر فى كل الأشياء المختلفة التى يبدو أنه يؤديها بصورة جيدة، بما فى ذلك جوانب الأداء الدراسى التى قد يتفوق فيها. وسأل المعالج الولد أيضاً عن عدد رفاق العمر الآخرين الذين يعرفهم والذين يبدو أنهم يمتلكون نفس الخصائص. وكان الهدف من هذا التدخل هو مساعدة الولد على معرفة أن لديه بعض نقاط القوة التى قد لا يمتلكها الكثيرون من الأولاد الآخرين فى نفس عمره والتى قد يجدونها مرغوبة جداً.

وبعد ذلك سأل المعالج الولد عن المهارات التى تكون أكثر صعوبة بالنسبة له. وحدد الولد بعض الألعاب الرياضية الأصعب بالنسبة له والمهام الدراسية التى يجدها أكثر صعوبة. وسأل المعالج الولد عن الرفاق الآخرين الذين يعرفهم والذين يجدون هذه المهارات بالمثل صعبة. وكان الهدف هو مساعدة الولد على فهم أنه يمتلك خليطاً من نواحي القوة والضعف وأن الجميع من حوله لديهم بالمثل هذا البروفيل، رغم أن خليط القدرات الخاص من المحتمل أن يكون مختلفاً. وما إن تم تأكيد أن الجميع لديهم نواحي قوة وضعف، انتقل المعالج لصياغة المشكلة الظاهرة فى أنها تدل على مهارات قد يجدها العميل أكثر صعوبة. وأعيد تشكيل التحدى على أنه مهارة تتضمن الإنصات للوالدين، وأعيد

تشكيل التحمل الضعيف لإحباط على أنه مهارة تتضمن القدرة على التحكم في الغضب. وهكذا تم تصوير العلاج على أنه يتضمن عملاً لمساعدة الولد على تقوية المهارات التي يجدها أكثر صعوبة، وهذا بدوره سوف يحسن حياته بطريقة معينة (مثلاً بمساعدته على التوافق بصورة أفضل مع والديه أو الحصول على درجات أفضل في المدرسة).

وفى هذا السياق عندما يكون الولد قادراً على تحديد الطرق الخاصة التي بها سوف يساعده العلاج على الشعور بتحسن، فمن المحتمل أن تتحسن رغبته واستعداده للمشاركة في الإرشاد. وعندما يقوى التحالف العلاجي، يكون من الأكثر احتمالاً أن يجرب بعض الأساليب المقترحة في العلاج، وسوف يكون التقدم في العلاج أكثر وضوحاً.

الإفصاح عن التشخيص **Disclosing the diagnosis**: عندما يقال

للولد من قبل أنه يعاني من اضطراب نقص الانتباه أو اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، أو عندما يتلقى الولد علاجاً بالأدوية ويقال له أنهم يساعدونه على تحسين ضبط النفس أو التركيز، يكون من الأفضل أن يكون المعالج أميناً ويناقش الاضطراب وما يعنيه. وقد يكون من المفيد التشارك في إسم الاضطراب (أو على الأقل اختصاره) لإعطاء الولد الفرصة لسماع المصطلحات في بيئة يكون قادراً فيها على طرح أسئلة عن معنى الاضطراب وكيف أنه يختلف عن الآخرين.

وعند مناقشة الاندفاع أو فرط النشاط، يكون من الأفضل أن نشير إلى هذا البعد باسم «ضبط النفس» self-control وأن نستخدم تعبيرات وصفية مثل «طاقة عالية» و «القدرة على الانتباه» خاصة في الأمور المتعلقة بالمدرسة (كما هو الحال في حجرة الدراسة أو أثناء الواجب المنزلي). ومن المفيد أن نحدد أن صعوبات ومشكلات الانتباه ترتبط بالسلوكيات المرتبطة بالمدرسة لأن الولد من المحتمل أن يعترف بأنه يمكنه الانتباه بدون صعوبات أثناء أدائه لبعض المهام الأخرى (مثل مشاهدة التلفزيون)، والمناقشة المفصلة لسبب أن المهام المرتبطة بالمدرسة تثير - على ما يبدو - القابلية لصرف الانتباه قد تفوق قدرة الولد

على الفهم. ويمكن بسهولة تضمين عدم النظام في هذا البعد عن طريق الإشارة إليه بأسم «النسيان». وبوجه عام يكون من المهم أن نستخدم مصطلحات تجعل المشكلة طبيعية قدر الإمكان ولا نجعل الولد يشعر بأنه أقل قدرة من أولئك الذين لا يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

وغالبا ما يكون من المفيد أن نصف «ضبط النفس» و «الانتباه» بأنهما مماثلان للقدرات التي تحسن حواسنا. وحتى الأولاد الصغار يعرفون أننا نتفاعل مع العالم من خلال الحواس مثل البصر والسمع واللمس والشم والتذوق. إن تصوير «ضبط النفس» أو «الانتباه» بأنهما مهارات إضافية تشبه الحواس يسمح باستخدام تشبيهها مفيداً.

إن الأولاد يقبلون بسهولة فكرة أن الناس يظهرون درجات متفاوتة من نواحي القوة والضعف داخل حواسنا. فمثلاً يكون لدى شخص بصر ممتاز في حين يحتاج آخر إلى ارتداء نظارات. وقد يكون لدى ولد سمع ممتاز وقدرات موسيقية تتوافق معه، في حين قد يحتاج آخر إلى ارتداء سماعة لأن سمعه ضعيف. و فقط لأن شخصاً ما يولد وهو ضعيف النظر أو محدود السمع لا يجعل هذا الشخص غيباً أو أقل قدرة من أى شخص آخر. وبمعنى آخر فإن مدى جودة حواسنا ليس له علاقة بمدى ذكائنا أو قدرتنا.

وعند عرض ضبط النفس والقدرة على الانتباه للولد كخواص تشبه الحواس فإنه قد يجد من الأكثر سهولة أن يقبل فكرة أن بعض الأفراد قد تكون لديهم مشكلات أكثر في هذه المجالات دون التأثير على قدراتهم أو حب الآخرين لهم بوجه عام. وكما أن الأولاد الذين يرتدون نظارات ليسوا أقل ذكاءً من الأولاد ذوى البصر الجيد، كذلك أيضاً فإن الأولاد الذين تكون لديهم مشكلات في الانتباه ليسوا أقل ذكاءً من الأولاد الذين تكون لديهم مهارات انتباه أفضل. إن جعل أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط أمراً طبيعياً لا يتعدى أكثر من كونه تعبيراً عن بروفيل فردى لنقاط القوة والضعف يمكن أن يساعد الولد على قبول بعض أعراضه مع تقليل الآثار الضارة على ضبط النفس لديه. وبالإضافة إلى ذلك، فإنه في مثل هذا الإطار يمكن ترسيخ العلاج كمحاولة

لمساعدته على تقوية نقاط الضعف هذه، تماماً مثلما تصمم النظارات لتقوية البصر، ومثلما تصمم السماعة لتقوية السمع.

وعندما يسأل الولد كيف ظهرت نواحي الضعف هذه، يكون من الملائم أن نقدم هذا التشبيه ونناقش الطبيعة الفطرية للحواس وبعض القدرات شبه الحسية. فكما أن الشخص الذى يكون لديه ضعف بصر ربما يكون قد ولد بعينين تعملان بصورة مختلفة قليلاً عن عيون أولئك الذين يتمتعون ببصر جيد، كذلك أيضاً فإن أجزاء المخ المتضمنة فى الانتباه (ضبط النفس) تعمل بصورة مختلفة قليلاً لدى الأولاد الذين تكون لديهم بعض مشكلات فى تلك المجالات. ومن المهم أن نتجنب لوم الولد على هذه الأعراض أو تصويره بأنه أقل شأنًا لأنه يظهر هذه المشكلات.

وبالطبع فإن بعض الأولاد (وخاصة المراهقين) قد ينظرون إلى هذا التفسير على أنه مبرر لمطالبة الوالدين والمعلمين بأن تكون لديهم توقعات أقل. فمثلاً لا يمكن أن نتوقع من الولد ضعيف البصر أن يفعل نفس الأشياء التى يفعلها الأولاد الذين يبصرون بصورة جيدة جداً. على أنه يمكن تحدى هذا الرأى. فضعف البصر ليس عذراً أو مبرراً للتوقف عن عمل الواجب المدرسى أو الإعفاء من أعمال المنزل، ويطلب من الشخص أن يرتدى نظارات حتى يمكنه الرؤية بصورة طبيعية وتأدية مسئولياته. وبنفس الطريقة فإن الأشخاص الذين يعانون من مشكلات فى مهارات الانتباه أو ضبط النفس يجب أن يتخذوا خطوات لتحسين هذه المشكلات، ويمكن تصوير العلاج بأنه وسيلة لعمل ذلك.

التثقيف النفسى بشأن العلاج بالأدوية Psychoeducation about medications: إن الأولاد الذين يتعاطون أدوية لعلاج أعراضهم غالباً ما يشعرون بالاستياء من الحاجة إلى فعل ذلك. ولحمايتهم من هذه المشاعر، يقوم الوالدان أحياناً بتقديم الدواء كفيتامين يؤخذ لمساعدة الولد على أن يكبر ويزداد قوة. وبوجه عام لا ينصح بذلك وينبغى عدم تشجيع الوالدين على تضليل الولد. وعندما يصبح واضحاً أن حبة الدواء هى فى الحقيقة دواء أكثر منها فيتامين، فمن المحتمل أن يشعر الولد بالخداع وسوف يتعاطم رد الفعل السلبي.

ومن المهم بالنسبة للمعالج أن يشجع الولد للتعبير عن مشاعره بشأن الأدوية. وعادة ما يفصح الولد عن أن ذلك يجعله يشعر كما لو أن هناك شيئاً خطأ فيه، لأن معظم الأولاد لا يضطرون إلى تعاطي أدوية. وينبغي على المعالجين ألا يرفضوا هذه المشاعر، ولكن يلزم أن يكون الكليينكيين حذرين وألا يؤكدوها. ومرة أخرى فإن التشبيه الذي وصفناه في الجزء السابق يمكن أن يقدم إطاراً مفيداً:

يخضع ولد يبلغ من العمر ١٠ سنوات ويعانى من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط للعلاج بالأدوية ويسأل عن سبب ضرورة أخذ العلاج. يقول له والداه أنه سوف يساعده على الانتباه فى المدرسة ولكنه يحزن لأن أى من أصدقائه لا يتعاطى أدوية وينظر إلى نفسه على أنه أدنى وأقل شأنًا. ويبدأ المعالج بمساعدة الولد على التفكير فى الطرق المختلفة التى قد يظهر بها الأولاد نواحى قوة وضعف جسمية. هل يعرف أى أطفال يرتدون نظارات؟ ماذا عن شخص يرتدى سماعة أذن؟ هذه جميعها طرق قد تظهر بها بعض نواحى القصور الجسمية، وكل واحد يكون مختلفاً بعض الشيء عادة ما يشعر بالاستياء منها، رغم أن الآخرين لا ينظرون إلى الشخص على أنه أقل شأنًا. فمثلاً الولد الذى يرتدى سماعة أذن عادة ما يكون لديه وعى ذاتى بها، ورغم أن عدداً قليلاً من الأولاد الأشرار قد يضايقونه بسبب ذلك، إلا أن معظم الأولاد لا ينظرون إليه بأية صورة مختلفة ولا يهتمون بما إذا كان يرتدى سماعة أذن. وبالمثل فإن الولد الذى يتعاطى أدوية من المحتمل أن يقبله الآخرون بدون أى تفكير، رغم أن أقلية قليلة أحياناً قد يقولون شيئاً سيئاً ودينياً. وهكذا فإن ارتداء سماعة أذن أو استخدام أدوية ليس دليلاً على النقص أو الدونية.

ولقبول هذه الرسالة من المحتمل أن يحتاج الولد إلى سماعها مرات عديدة ليس فقط من المعالج ولكن أيضاً من الأشخاص المهمين فى حياته مثل والديه أو أشقائه أو معلميه. وهكذا عندما يكون الوالدان أو المعلمون جزءاً من العلاج، ينبغي على المعالج أن يشجعهم لمعالجة هذه المسألة بطريقة مماثلة.

٣- الأعراض المحورية أو الرئيسية Core Symptoms

تشتمل أبعاد اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على فرط النشاط/الاندفاع ونقص الانتباه/عدم التنظيم. ويمكن النظر إلى كلا البعدين على أنهما نواحي نقص في المهارة: ففرط النشاط/الاندفاع ينتج عن التحكم المحدود في الدوافع، ونقص الانتباه/عدم التنظيم ينتج عن القدرات غير الكافية على الاحتفاظ بحالة عقلية (أو البقاء في مهمة) وتخصيص طاقة عقلية كافية لمعالجة سلسلة مهام معرفية لازمة لتتبع جوانب المسؤوليات المختلفة. ولتحسين هذه الأعراض، يمكن للمعالج أن يستخدم استراتيجيات معرفية-سلوكية متنوعة.

الاندفاع Impulsivity: في النموذج المعرفي- السلوكي لضبط النفس، يكون استدماج الحوار اللفظي هو أساس التحكم الإرادي في السلوك (Vygotsky,1962). وكما رأى Meichenbaum و Goodman (١٩٧١) فإن الولد المندفع لا يفهم الحاجة إلى وسيط لكي يحدث سلوكه، ولا يتعرف على الوسائط اللفظية الملائمة، وبالتالي لا يتوسط لفظياً لكي يحدث سلوكه. ويجب أن يركز العلاج على كل جانب من جوانب النقص الثلاثة هذه.

ولمساعدة الولد على الاعتراف بالحاجة إلى الوساطة اللفظية، يجب على المعالج أن يساعده على فهم أن السلوكيات التي تتم بالوساطة (أي الاندفاع) عادة ما تسفر عن نتائج ضارة. وقد يستعرض الولد مع المعالج أمثلة لمواقف صدر عنه فيها رد فعل بدون تفكير والنتائج التي نتجت عن هذه السلوكيات كما هو مبين في المثال التالي:

يتخذ ولد يبلغ من العمر ١١ سنة ويعانى من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط قرارات بصورة مندفعة وأحياناً يمارس إصدار أحكام ضعيفة. وبالتالي فإنه كثيراً ما يتجادل مع والديه. وفي العلاج يساعده المعالج بصورة منفصلة على تحديد أمثلة لسلوكيات مندفعة تحدث في مواقف متنوعة. ففي منزل ومع والديه سبق وأن سمح لصديق بالحضور إلى المنزل بينما لم يكن أحد موجوداً بالمنزل، خارقاً بذلك قاعدة من القواعد المنزلية. وبعد ذلك كذب (وقال أن والديه سمحا له بعمل ذلك)، وبنى هذه الكذبة بصورة مندفعة في محاولة يائسة للتغطية

على سوء سلوكه. ونتيجة لذلك، تم منعه من الخروج من المنزل لمدة أسبوع وقام والداه بمد العقاب بسبب الكذبة. ومرة أخرى كسر حظر تجول لأنه كان يمزح كثيراً وقرر البقاء لمدة أطول رغم علمه بأن والديه طلبا منه العودة إلى المنزل. وفى المدرسة، وقع فى مشكلة لأنه أحضر تليفونه الجوال وكان يلعب ألعاباً عليه أثناء الدرس، وهو سلوك كان يعرف أنه غير مسموح به فى الفصول. ومع أقرانه غالباً ما يمزح ويستمتع عندما يرتكب شخص ما خطأً، ويسلك بصورة متسلطة عند وضع قواعد لأنشطة اللعب (متجاهلاً بذلك رأى الآخرين)، ويكون رد فعله مفرطاً عندما لا تسيّر الأمور على هواه. وفى العلاج، يشجع المعالج الولد ليحدد أكبر عدد ممكن من المواقف، متحققاً فى كل مرة من توضيح النتيجة السلبية بوضوح. والغرض من هذا النشاط ليس جعل الولد يشعر بالاستياء من أخطائه. ولكن الولد بالأحرى يحتاج إلى أن يعترف بأن طريقة سلوكه بوجه عام تستخدم قدراً ضئيلاً من التروى، وأن طريقة أخرى للسلوك تتاح له إذا عمل جاهداً على تنفيذها من المحتمل أن تسفر عن نتائج أفضل.

وبمجرد أن يتمكن الولد من إقرار وقبول فكرة أنه يحتاج إلى التفكير قبل التصرف، يكون مستعداً لبدء بناء تعبيراته عن الذات والتي ستعمل كوسائط موقفية. وكما أوضح Meichenbaum و Goodman (١٩٧١)، فإن الأولاد يستدمجون ويقبلون بصورة تدريجية التعبيرات عن الذات التي يسمعونها من حولهم، وهى تلك التي يقابلونها من نماذج الأدوار المهمة فى حياتهم. ويمكن استخدام هذه كأمثلة أولية لبدء وضع استراتيجيات وساطة.

فى العلاج يتم توجيه الولد المذكور فى المثال السابق للتفكير فى الأوقات التي يسمع فيها والديه يتحدثان مع بعضهما عن طريقة معالجة موقف أو حل مشكلة. فأتثناء تناول طعام العشاء فى المنزل يناقش والداه طريقة التعامل مع زميل عمل محبط أو طريقة علاج خطأ وقعاً فيه مؤخراً. وفى المدرسة يعبر المعلمون عن طرق حل المنازعات بين التلاميذ ويقترحون ما ينبغى أن يقوله كل ولد. وعادة ما تروى عروض التليفزيون مواقف تحدث فيها شخصيات القصة عن قرار يجب أن تتخذه بشأن ما ينبغى أن تفعله. ويوم بيوم يتعرض

الولد باستمرار لأمثلة لاستراتيجيات الوساطة هذه، ويمكن للمعالج أن يساعده على تحديد ما يقوله الكبار الراشدين ويساعده على التفكير فيما إذا كانت الإستراتيجية التي يتم التعبير عنها لفظياً من المحتمل أن تكون فعالة. وفي العلاج يكون من الضروري أن تكون لديك القدرة على الإبداع والابتكار وتحديد أكبر عدد ممكن من هذه الاستراتيجيات.

وبعد ذلك يتعلم الولد تطبيق تعبيرات الوساطة التي يستخدمها الكبار الراشدون على المواقف ذات الصلة به. وتكون التشبيهات مفيدة عند عمل هذا الارتباط. ويتم تطبيق التعبيرات اللفظية التي يسمعها من الكبار الراشدين واحدة واحدة على مواقف معينة تكون متماثلة يواجهها الولد في حياته. فمثلاً التعامل مع زميل عمل صعب يشبه التعامل مع رفيق محبب في الملعب. والتعامل مع مشكلة في العمل يشبه التعامل مع مهمة صعبة في المدرسة. وهذا يدرب الولد على كبح الاندفاع الأولى لاستخدام الإستراتيجية الأولى التي تخطر على باله والاعتراف بان تعبيراته عن الذات تساعده على اتخاذ قرارات أفضل.

وعند استخدام العلاج المعرفي- السلوكي مع الأولاد، يجب على المعالج أن يتذكر أن بعض الأولاد المعتمدين على سنهم ومستوى نموهم، قد لا يكونوا قد تقدموا بدرجة كافية لأن يصبحوا قادرين على استخدام حواراً داخلياً كافياً. وبدلاً من ذلك، يكون من الأفضل أن يطلب من الولد أن يبدأ التحدث بنفسه خلال المواقف بصوت مرتفع. ويمكن عمل ذلك بهدوء، مما يقلل من الإزعاج في البيئات المختلفة. وينبغي أن يعتاد الولد على التحدث بنفسه خلال المواقف بصوت مرتفع قبل أن يبدأ تدريجياً في القدرة على استمجا وقبول تعبيرات الوساطة هذه وإنتاجها سراً.

وتعتمد كفاءة هذا الأسلوب على شدة مشكلات الاندفاع التي يظهرها الولد. فعندما تكون المشكلات متوسطة الشدة، ويكون بعض ضبط النفس واضحاً، فمن المحتمل أن يسفر هذا الأسلوب عن نتائج مفيدة. على أنه عندما يكون الاندفاع الشديد واضحاً، فإن استخدام هذا الأسلوب قد لا يكون فعالاً جداً. وفي هذه المواقف ينبغي على المعالجين أن يشجعوا الوالدين على النظر في

استخدام الأدوية لإنتاج بعض التحسن على الأقل، والذي يمكن بعد ذلك تقويته عن طريق الاستراتيجيات العلاجية التي ناقشناها في هذا الجزء. ويلزم أن يعرف المعالجون أيضاً أن تدريس المعارف التي وصفناها في البداية سوف يكون أكثر فاعلية عندما نقوم أيضاً بوضع برنامج سلوكي يستخدم استراتيجيات التعامل مع المواقف الطارئة (مثل تلك التي تتم مناقشتها في الفصلين السابع والثاني عشر). فالتحكم الفعال في النتائج ومعالجتها من المحتمل أن يزيد دافعية الولد لتنمية استراتيجيات تساعد على كسب المزيد من الامتيازات والمكافآت. وكما تزيد الدافعية، يزيد الجهد أيضاً، وسوف يعمل بجد أكثر ليتعلم الأساليب الموصوفة هنا عندما يستطيع معرفة أن هذه الأساليب من المحتمل أن تسفر عن زيادات في الامتيازات والمكافآت المنشودة وغيرها من النتائج الإيجابية الأخرى.

فرط النشاط **Hyperactivity**: إن المخرج الحركي المرتفع والتحكم

المحدود في الطاقة المبذولة هما مثالان إضافيان للتحكم الضعيف في الاندفاعات. وفي هذه الحالة تكون الاندفاعات محفزات لأداء السلوكيات الحركية. وغالباً ما يكون لدى الأولاد تحكم محدود في هذه الأعراض، ولكن الأولاد القادرين على القيام على الأقل ببعض التحكم ولا يبدون مفرطى النشاط بصورة حادة قد يستفيدون من أسلوب يشبه الأسلوب الذي سبق وصفه.

غالباً ما يقع ولد يبلغ من العمر ٦ سنوات ويعانى من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في مشكلات بسبب فرط نشاطه الملحوظ. فهو في العادة لا يفهم سبب صياح الآخرين في وجهه. وفي العلاج يقوم المعالج في البداية بمساعدة الولد على الاعتراف بأن طاقته المرتفعة في العادة وفرط نشاطه يخلقان مشكلات للناس من حوله. وفي المنزل قد يضايق نشاطه الزائد عن الحد والديه وأشقائه؛ فمثلاً إذا أحدث قدراً زائداً من الضوضاء أو قفز هنا وهناك أثناء تناول الطعام، فإن والديه قد يصيحان في وجهه، وعندما يريد الجرى والقفز كثيراً هنا وهناك أثناء اللعب مع أشقائه، قد لا يريدون اللعب معه. وفي المدرسة، قد يسفر نشاطه الزائد عن وقوعه في مشكلات مع المعلم وتوبيخه لترك مقعده

وتململه الزائد عن الحد. وعندما يلعب مع الأولاد الآخرين غالباً ما يصيبهم الملل ويفقدون الاهتمام بالأنشطة التي تتطلب طاقة عالية. ويساعده المعالج على معرفة أن ذلك شئى يلزم معالجته، وقد تكون هناك أشياء يمكنه القيام بها للتحكم والسيطرة على بعض ذلك على الأقل.

وكما هو الحال فى الاندفاع، فإن تنمية معارف وسيطة mediating cognitions ملائمة لفرط النشاط قد تكون مفيدة. فالأولاد ذوى النشاط المفرط قد يستفيدون من تعلم تكرار تعبيرات معينة عن الذات مثل «سوف أبقى فى مقعدى..» وينبغى على المعالج ألا يحاول تعليم الولد تعبيرات غير واقعية عن الذات مثل «سوف أبقى ساكناً.» فمثل هذا الهدف قد يكون غير قابل للتحقيق، وسرعان ما يكتشف الولد أن المعالج يطلب منه أن يفعل شيئاً يفوق قدرته. على أن الولد قد يظل نشيطاً ولكنه يمارس تحكماً كافياً للبقاء فى مكان واحد. وهذا يكون مكاناً جيداً للبدء عند محاولة التحكم فى فرط النشاط، على الأقل إلى حد ما.

وقد يكون من المفيد أن نستخدم وسائل تذكير عن الحاجة إلى استخدام ضبط نفس أفضل كما هو واضح فى المثال التالى:

أثناء العمل مع الولد المذكور فى المثال السابق، ساعده المعالج فى عمل لافتتين له ليضعهما فى المواقف التى يكون فيها من المهم بالنسبة له أن يحاول البقاء ساكناً. وتم وضع إحدى هاتين اللافتتين على مقعده فى الفصل لتذكّره بالبقاء فى مكان واحد وعدم التجول بعيداً أثناء سير الحصة. واستخدمت لافتة أخرى فى المنزل أثناء تناول الطعام. وكانت اللافتتان صغيرتين بدرجة تكفى لعدم لفت انتباه الآخرين ولكنهما كانتا موضوعتين فى مكان يمكن فيه للولد أن يراها بسهولة.

وأسفرت كلتا اللافتتين عن تحسن صغير. على أنه بعد أيام قليلة لاحظ الأولاد الآخرين فى الفصل اللافتة الموجودة على مقعده وسألوه عنها، مما جعله يدرك اللافتة ذاتياً. وهكذا طلب من المعلمة أن تسمح له بأن يضع على مقعده ملصقاً بدلاً من لافتة يساعده على تذكر استخدام ضبط النفس. فعندما كانت

المعلمة تلاحظ أنه نشيط بصورة غير عادية، كانت تذكره برفق بالجلوس على يد واحدة (ليس اليد التي يكتب بها) كإشارة لمحاولة البقاء أكثر سكوناً. ولتحسين الفاعلية، كلف المعالج المعلمة أيضاً بإصدار إشارة لمساعدة الولد على إدراك أنه نشط للغاية (تناقش طرق إعطاء إشارات للتلاميذ بالتفصيل في الفصل ١١). وكل هذه الأساليب لم تقضى على فرط النشاط، ولكنها جعلت المشكلة أكثر قابلية للمعالجة بعض الشيء في المدرسة والمنزل.

وكما هو الحال مع الأساليب التي تستهدف الاندفاع، فإن هذا الأسلوب يساعد الولد على إدراك المواقف التي تتطلب مزيداً من الجهد والتفكير في إبقاء سلوكه تحت السيطرة. ويمرور الوقت، وسوف يتعلم تدريجياً إنتاج هذه التعبيرات الذاتية بصورة تلقائية.

نقص الانتباه Inattentiveness: إن القابلية لصرف الانتباه تؤثر على الولد الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط بطرق عديدة. ففي المدرسة قد يستغرق في الغالب في أحلام اليقظة ويجد من الصعوبة أن يركز وينتبه أثناء المحاضرات والأنشطة. وفي المنزل قد يقضى وقتاً طويلاً في اتمام الواجب المنزلي وقد ينصرف ذهنه أثناء أداء المهام التي طلب منه والداه أن يؤديها. وقد أتضحت فاعلية طريقة أطلق عليها «متابعة أو مراقبة الذات» self-monitoring في مساعدة الولد على الحد من هذه المشكلات.

يعمل ولد يبلغ من العمر ٩ سنوات مع معالجه لتحسين قدرته على التركيز على المهام. ويحدد المعالج في البداية مواقف معينة يكون فيها من المهم جداً التركيز على المهام - مادة دراسية معينة في المدرسة (مثل أداء واجب الرياضيات)، ووقت الواجب المنزلي في المنزل. وبعد ذلك يعلم المعالج الولد أن يسأل نفسه سؤالاً أثناء هذه الأوقات المحددة مثل «ماذا أفعل؟». وبعد ذلك يجب عليه أن يجيب على هذا السؤال بالتفصيل. ولعمل ذلك، يجب أن يكون واعياً بما ينظر إليه، وما تفعله يده، وما يفكر فيه، وما إلى ذلك.

ولأن كسر نوبة استغراق في أحلام اليقظة لأداء هذا التحقق من الانتباه يكون أمراً صعباً، يطلب المعالج من الولد أن يحدد ما يفعله في العادة عندما

يكون في غمرة أحد المواقف التي ينبغي فيها أن يركز على المهام. فعندما يكون جالساً في مقعده يؤدي واجب الرياضيات، أين ينظر في العادة؟ هل خارج النافذة؟ أم إلى الساعة الموجودة في الغرفة؟ وفي المنزل، وأثناء الواجب المنزلي، أين ينظر في العادة؟ ويساعده المعالج على تحديد شيء أو شيئين محددين يبدو أنهما يشدانه عندما ينحرف انتباهه.

وما إن يتم تحديد هذه الأشياء، يتم تعليم الولد ربط رؤية هذه الأشياء بسؤال نفسه «ماذا أفعل؟». فمثلاً عندما يكون في الفصل يسأل نفسه «ماذا أفعل؟» عندما يمسك نفسه وهو ينظر خارج النافذة أو إلى الساعة الموجودة في الغرفة.

وإذا كان السؤال الأول يكشف عن أن الولد لا يبدي اهتماماً أو انتباهاً، يعلمه المعالج أن يسأل سؤال متابعة، «ماذا يفترض أنى أفعل؟» أو «ما الذي يفعله كل شخص آخر في الفصل؟». وهذا يساعده على إعادة التركيز على المهمة التي بين يديه.

إن تطبيق هذا الإجراء يستغرق بعض الوقت، واعتماداً على عمر الولد ومستوى دافعيته، قد يحتاج كثيراً من التدريب لكي يستخدم هذا الأسلوب بنجاح. على أنه قد تبين أنه يزيد مقدار الوقت الذي يمكن أن يقضيه الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في أداء المهمة. ويمكن للوالدين والمعلمين أن يساعدوا الولد في تنفيذ وتطبيق مراقبة الذات عن طريق استخدام إشارات تحثه على التفكير فيما يفعل. ففي الفصل يمكن للمعلمين أن يستخدموا إشارات للفصل كله مثل «أيها الأولاد والبنات، هل الجميع منتبه؟». ولأن هذه الإشارات توجه للفصل بأكمله، فإن أحداً لن يشعر بأنه قد تم اختياره دون غيره، ولكن الولد الذي يتم تعليمه أن مثل هذه الإشارة المقصود بها هو مساعدته على إعادة التركيز من المحتمل أن يستخدمها لأداء المراجعة العقلية المتضمنة في متابعة الذات.

ويمكن للوالدين أن يستخدموا إشارات مماثلة أثناء وقت الواجب المنزلي. فإثناء عمل الولد في حل واجباته، يمكنهما أن يلقياً نظرة كل خمس دقائق تقريباً

وأن يقررا فقط قائلين «حان وقت التأكد من أنك تعمل». وإذا كان الولد منصرفاً عن المهمة، لا ينبغي على والديه أن يوبخانه، لأن هذا سوف يساعد الولد تدريجياً على ربط الإشارة بالوقوع فى مشكلة. ولكن بالأحرى ينبغي أن تكون الإشارة غير ضارة قدر الإمكان، وتعمل فقط على حث الولد للتفكير فيما إذا كان يعمل فى المهمة. وبمرور الوقت سوف يتعلم استدماج تلك الإشارات وأداء متابعة الذات بصورة تلقائية.

عدم التنظيم (الفوضى) Disorganization: رغم أن مشكلات تتبع متعلقات الولد قد تسبب مشكلات فى كثير من المجالات وعبر العديد من المواقف، إلا أنها من المحتمل أن تسبب أكبر المشكلات فى المهام الدراسية وخاصة الواجب المنزلى. ولهذا السبب يكون من الأكثر إفادة أن نعلم مهارات التنظيم بوجه خاص إذ أنها ترتبط بالواجب المنزلى والأدوات الدراسية (مثل الكتب والكراسات).

إن الواجبات المنزلية تمثل تحدياً صعباً بوجه خاص. ويلزم أن نعلم الولد أن يستخدم صحيفة واجبات منزلية (كما تناقش فى الفصلين ٧ و ١٢). وينبغي أن تعرض الصحيفة للولد بطريقة تصورها كأداة يستخدمها معظم الناس، فى نسخته من أجندة سنوية. وينبغي أن يبين المرشد، وكذلك والدا الولد، للولد طريقة استخدامهم لأجنداتهم السنوية لتحديد مواعيد مهامهم والأحداث والعمل الواجب التنفيذ، وما إلى ذلك. وإذا كان قادراً على الربط بأنه مطالب بعمل الأشياء التى يعملها معظم الأفراد، فسوف يمر بوقت أيسر لقبولها كأداة طبيعية يستخدمها الناس لتتبع حياتهم المليئة بالمشاغل. ومن خلال الاقتداء والمساعدة المباشرة، يلزم تعليمه كتابة كل من الواجبات اليومية والواجبات الأطول مدة (مثل مشروعات الفصل) فى اليوم الذى يجب فيه أن تتم، ويلزم تعليمه التحقق من ومراجعة واجبات كل يوم فى وقت الواجب المنزلى. وتدرجياً سوف يتعلم أيضاً مراجعة ما يجب أدائه قبل الموعد بعدة أيام.

إن تجنيد الوالدين والمعلمين لتنفيذ هذا الأسلوب أمر ضرورى. ففى المدرسة يجب على المعلم أن يتأكد من استخدام صحيفة الواجبات المنزلية وكتابة

كل الواجبات بدقة فى مكانها الصحيح. ويلزم تقديم المساعدة للولد كى يصحح أية أخطاء ويتأكد من وضع صحيفة الواجبات المنزلية فى حقيبة كتبه. وفى المنزل يجب على الوالدين أن يطلبوا صحيفة الواجبات المنزلية فى بداية كل جلسة واجب منزلى وأن يساعدا الولد فى تخطيط أنشطة استذكاره. فمثلاً من المفيد أن يتم تجميع الواجبات المنزلية على المنضدة أو المكتب الذى يتم فيه أداء الواجب المنزلى وأن يتم توجيه الولد لإتمام كل واجب على حدة، ثم عرضه على الوالدين، ووضعه فى حقيبة كتبه، والانتقال إلى الواجب التالى. ولمساعدة الدافعية، ينبغى على الوالدين أن يقيدا إعطاء امتياز إلا أن يتم الانتهاء من الواجب المنزلى، وينبغى إتاحتة له فقط كمكافأة للانتهاء من الواجب المنزلى وواجبات الدراسة والاستذكار بنجاح. وعند نسيان الصحيفة، ينبغى أن يطلب من الولد أن يكمل ويتم ما جاء به إلى المنزل، وينبغى وقف الامتياز المرتبط بالواجب المنزلى لهذا اليوم.

ولمساعدة الولد على تنظيم حقيبة كتبه، ينبغى أن يطلب منه والداه أن يقوم بتفريغ كل المحتويات على الفراش مرة واحدة فى الأسبوع (مساء يوم الأحد مثلاً استعداداً للأسبوع القادم). وبعد ذلك يجب فحص كل بند على الفراش بواسطة الولد (تحت إشراف الوالدين، ولكنهما لا ينبغى القيام بذلك بدلاً منه)، ويجب أن يوضح ماهية كل بند وإلى أين ينتمى. وبعد ذلك يطلب الوالدان منه أن يضع كل بند فى مكانه ثم ينتقل إلى البند التالى.

ولتنظيم أدوات المدرسة يجد كثير من الأباء والأمهات أنه من المفيد جداً أن يتم استخدام مجلدات. وينبغى أن تكون المجلدات ملونة حسب كل مادة، وقد يكون من المفيد أن تكون هناك مجموعتان من المجلدات - واحدة فى مكتب الولد تحفظ فيها كل الواجبات والاختبارات التى تم تصحيحها وإعادتها له (كأرشيف)، ومجموعة أخرى تظل فى حقيبة الكتب وتستخدم لحمل كل الواجبات المنزلية فى طريق زهابها إلى وعودتها من المدرسة. ورغم أن المجلدات مملّة، إلا أن استخدام هذا الإجراء سوف يساعده فى الوقت المناسب على استدماج المهارات اللازمة لتتبع واجباته ومقتنياته.

٤- الأعراض الثانوية Secondary Symptoms

كما ناقشنا في الفصول السابقة فإن الأولاد الذين يظهرون صعوبات ومشكلات في ضبط النفس غالباً ما تكون لديهم مشكلات في السيطرة على غضبهم وإحباطهم. وعلى الرغم من أن تحسين الأعراض الرئيسية من المحتمل أن يقلل ويحد من هذه الصعوبات، إلا أن ردود الأفعال السلبية للمواقف المحبطة ربما كانت واضحة لمدة طويلة، والتحسين في الأعراض الرئيسية لن يقضى على المشكلة. وبالتالي فإن تناول إدارة الغضب وتحمل الإحباط من المحتمل أن يكون مفيداً.

وعلاوة على ذلك، فإن الأولاد الذين كانت لديهم أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط لبعض الوقت قد مروا في العادة بقدر كبير من الصراع والفشل. فعلاقتهم بالوالدين والمعلمين والرفاق قد تأثرت بصورة ضارة، وربما يكون الأولاد قد بدأوا في استمساخ تقدير ذات منخفض ودافعية محدودة للنجاح. وعندما تتضاءل الأعراض الرئيسية من المحتمل أن تدوم مشكلات تقدير الذات والدافعية. وهكذا ينبغي أن يخطط المعالجون لمعالجة هذه المشكلات في العلاج.

إدارة الغضب Anger Management: كما سبق وأن ناقشنا، يدخل الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط في صراعات متكررة مع والديهم ومعلميهم ورفاقهم. وقد تحدث هذه الصراعات عدة مرات في اليوم. ونتيجة لذلك يتعلم الأولاد توقع أن يسفر كل تفاعل عن صراع ومشاعر سلبية. وهكذا فإنهم لا يتوقعون نتائج إيجابية من التفاعلات الاجتماعية، ويميلون إلى إعداد أنفسهم لمعركة عندما يتفاعلون مع والديهم ومعلميهم وأشقاؤهم ورفاقهم.

ويؤثر هذا التوقع السلبي على التفاعل بعدة طرق مهمة. فالأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط يتعلمون التعامل مع الآخرين من البداية بموقف سلبي يمكن توصيله عن طريق حدة في صوتهم، ووضع جسم مهدد، وإيماءات تهديد، وتعبيرات لفظية قتالية. ولأنهم يتوقعون معركة، فإنهم يستعدون بصورة لا شعورية لمعركة ويوصلون ذلك بصورة لفظية وكذلك غير

لفظية.

إن العلاج ينبغي أن يساعد الولد على تحديد حالات الشعور المختلفة والسلوكيات المقترنة بها، كما هو موضح في المثال التالي:

يعمل ولد يبلغ من العمر ١٠ سنوات ويعانى من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على تحسين قدرته على التعبير عن مشاعر الغضب بصورة ملائمة. ويبدأ العلاج بمساعدة الولد على التعرف على وتحديد المواقف التي تجعله سعيداً أو فضولياً أو محبطاً أو غاضباً أو خائفاً وما إلى ذلك. ويقضى المعالج بعض الوقت فى تحديد تلك المواقف وتستخدم نشرات تحت العميل على التفكير فى المشاعر المختلفة (مثل «الأوجه التى تعبر عن مشاعر» التى تم وصفها فى بداية الفصل) طوال الوقت. وعندما يصبح الولد أكثر وعياً بالأوقات التى يحتمل أن يؤدى فيها سلوكيات قد تسفر عن نتائج مزعجة، فإنه يكون مستعداً للبدء فى إعداد نفسه للحذر من هذه الأنواع من المواقف.

وما إن يتم تحديد هذه المواقف، يقوم المعالج بتوجيه الولد لتنظيم ردود أفعاله الجسمية التى يمر بها عند حدوث هذه الحالات. كيف يعرف أنه سعيد؟ أو غاضب؟ أو خائف؟ ماذا يفعل قلبه؟ ماذا عن تنفسه؟ هل يغلّق قبضتيه بإحكام؟ يتم تحديد معظم ردود الأفعال الجسمية هذه وتصبح إشارات محتملة توصل له أنه قد تم إيقاظ رد فعل عاطفى أو إنفعالى.

وبالإضافة إلى مساعدة الولد على تحديد ردود أفعاله الجسمية، يساعده المعالج على تحديد الأفكار التى تصاحب هذه المشاعر. ما الذى يقوله لنفسه عندما يغضب؟ أو عندما يخاف من العقاب بواسطة والديه؟ أو عند إيقاظ فضوله ولا يمكنه الانتظار لرؤية ما تفعله مجموعة من الأصدقاء فى تلك اللحظة؟ ولأن الأفكار تعجل بالسلوكيات، فإن مساعدة الولد على إدراك ما يفكر فيه قبل التصرف تكون مفيدة جداً، لأنها تعدّه لأن يكون قادراً على احتمال تغيير هذه المدارك والمعارف مع استمرار العلاج.

وما إن يتم تحديد هذه الأفكار تبدأ تنمية حوار فاعل. فقد تم تعليم الولد أن يستبدل الأفكار الآلية بأفكار أكثر مساهمة فى السلوك الجيد. فبدلاً من

التفكير قائلاً: «أخى دائماً يحصل على ما يريد، ويجب أن أعاقبه على ذلك»، تم تعليمه أن يفكر قائلاً: «أنا غاضب لأنه حصل على ما يريد، ولكن يمكنني التحكم في نفسي. يمكنني التحدث لوالدي ووالدي عن هذه المشاعر». ومع الأصدقاء، بدلاً من التفكير قائلاً: «بيلى دائماً يجعلني أمر بوقت عصيب، ويجب أن أجعله يخاف مني حتى يدعني وشأني»، تم تعليمه أن يفكر قائلاً: «بيلى يكون أحياناً شوكاً في عنقي، ولكن الدخول في عراك يجعل الأمر يسوء أكثر فحسب، ولذلك سأبتعد عنه وأبدأ اللعب مع أطفال أحبهم أكثر». وبمرور الوقت، استعرض المعالج المواقف المختلفة التي تكون فيها سلوكيات الغضب شائعة جداً وساعد الولد على تنمية مدارك ومعارف ملائمة لمعالجة كل موقف. وعلاوة على ذلك، تأكد المعالج من أن كل تعبير ذاتي حدد سلوكاً فاعلاً محدداً يتم أدائه كبديل للانفعالات الغاضبة السابقة.

تقدير الذات المنخفض Low Self-Esteem: إن الأولاد الذين يعانون

من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط غالباً ما يمرون بصراع وقشل. وبمرور الوقت غالباً ما ينمون صورة ذات سلبية. ومن الضروري معالجة ذلك في الإرشاد. ولعمل ذلك، ينبغي أن يركز المرشدون على نواحي قوة الولد. ورغم أن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط غالباً ما يظهرون ضعفاً دراسياً (مثل صعوبات اللغة المكتوبة)، إلا أنهم قد يظهرون أيضاً نقطة قوة (مثل المهارة في الرياضيات). ويمكن للمرشد أن يساعد الولد على إدراك هذا النمط لنواحي القوة والضعف ويساعده على معرفة أن معظم الأولاد يكون لديهم نمط مماثل. وهذا يمكن أن يجعل خبرته الدراسية طبيعية ويساعده على تقبل أنه في الأساس مثل أي ولد آخر في سنه تماماً.

إن معرفة نواحي القوة ينبغي أن تمتد إلى ما وراء النواحي الدراسية. فكل ولد يكون لديه على الأقل ميل واحد أو مهارة واحدة يكون فيها أكثر إنجازاً. فقد تكون لعبة رياضية، أو قدرة على عزف آلة موسيقية، أو معرفة بالسيارات أو الديناصورات أكثر تركيزاً من معرفة أقرانه. إن مساعدته على معرفة ما هي تلك المهارات، ومدى إنجازه في تلك المجالات، يمكن أن تساعد تقديره لذاته.

وأثناء الجلسات، يكون من المفيد أن نهيكّل هذه الأنشطة بطريقة تجعل الولد يبين للمعالج (والوالد أو الوالدة) مدى مهارته في أداء شئ ما، مثل إنشاء مبنى جميل أو الفوز في مباراة داما، وما إلى ذلك. إن استخدام هذه الأنشطة أثناء التحدث مع الولد في الإرشاد غالباً ما يكون مفيداً جداً - فهو يساعد في بناء الألفة ويعطى فرصة له للحصول على تقدير على شئ قام بعمله. وفي المكتب، يمكن للمعالج أن يعرض مجموعات لوحات فنية أو معرض إنشاءات مباني ويضع الشئ الذي عمله الولد هناك لمساعدته على اختبار شعور بالإنجاز.

إن المدخل أو الأسلوب المعرفي لعلاج تقدير الذات المنخفض مبنى على الاعتراف بأن التعبيرات السلبية عن الذات تسفر عن مشاعر سلبية. فعلى الرغم من أن الأولاد الصغار جداً (الأقل من ٥ سنوات) قد تكون لديهم صعوبات في الاعتراف بالحوار الذاتي، إلا أن الأولاد الذين هم على الأقل في سن المدرسة أو أكبر يمكن أن يبدأوا تحديد إدراكهم لأنفسهم وتعبيراتهم عن الذات. وقد حدد Beck (١٩٩٥) الثلاثية المعرفية التي تقوم عليها مشاعر الاكتئاب وهي: نظرة سلبية للعالم، والمستقبل والنفس. إن تحديد هذه الفروض السلبية واستبدالها ببدائل أكثر ملاءمة هو مكون مهم لمساعدة الولد الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط على تنمية تقدير أفضل للذات. ومرة أخرى فإن الأنشطة التي تتم أثناء الجلسات يمكن أن تعمل كمحفزات لتحديد أنماط تفكير الولد واستبدال التعبيرات السلبية عن الذات بتعبيرات إيجابية.

الدافعية المحدودة **Limited Motivation**: في النموذج المعرفي-

السلوكي لا يمكن فصل الدافعية عن كفاءة الذات *self-efficacy*. فهذا المفهوم، كما قدمه Bandura (١٨٧٦، ٢٠٠٠)، يتضمن معرفة الشخص بنواحي قوته وقدراته. فالأشخاص ذوي كفاءة الذات المرتفعة ينظرون إلى أنفسهم على أنهم قادرين على معالجة المطالب المعتادة التي يتطلبها الأداء الوظيفي اليومي بنجاح. وبالنسبة لولد يعاني من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، فإن هذا يعني النظر إلى نفسه على أنه قادر على التوافق مع والديه والأداء الجيد في المدرسة والتمتع بقبول أقرانه له. ولسوء الحظ فإن الخبرة الفعلية للأولاد الذين يعانون

من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط هي عكس هذه المعتقدات، لأن هؤلاء الأولاد كثيراً ما يتجادلون مع والديهم ومعلميهم ورفاقهم، وبوجه عام يجدون أنه من الصعب النجاح دراسياً أو اجتماعياً. وبمرور الوقت يتم استدماج هذه الخبرات في توقعات سلبية وتصبح كفاءة الذات لدى الأولاد منخفضة. وكما تنخفض كفاءة الذات كذلك تنخفض أيضاً الدافعية. وفي العلاج يجب معالجة هذا الأمر.

وكما رأى Bandura، فإن إدراك كفاءة الذات ينتج من التعبيرات الذاتية، وهذا يتضح من المثال التالي:

يقوم معالج بعلاج ولد يبلغ من العمر ١٢ سنة ويعانى من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. ومع بدء العلاج يصبح من الواضح أن الولد كثيراً ما يمر بصراعات وفشل ويتوقع الآن أن تسفر معظم المواقف عن نتائج سلبية. ويساعده المعالج على التعرف على الأفكار التى تقوم عليها هذه الافتراضات. ويقود المعالج العميل إلى معرفة أنه عندما يكون على وشك بدء تفاعل مع والديه، فإنه يفكر قائلاً: «ها نحن مرة أخرى - سوف يتم الصياح فى وجهى». وعندما يكلف بعمل واجب منزلى، يفكر قائلاً: «هذا صعب للغاية. لن أستطيع عمل ذلك». وعند دخول موقف اجتماعى، يفكر قائلاً: «ها هو مايك مرة أخرى. إنه ينتقدنى دائماً. لماذا يكرهنى؟». ويصبح واضحاً أن المعالج يجب أن يجد سبباً للحد من هذه المدارك والمعارف السلبية ويستبدلها بتعبيرات ذاتية تقوم عليها توقعات أكثر إيجابية.

ويقدم نموذج Beck للتجريبية التعاونية Collaborative Empiricism (كما ناقشته كمثال Judith Beck، ١٩٩٥) إطاراً مفيداً. فعند استخدام هذا الأسلوب، يصبح المعالج والعميل متعاونين إذ أنهما يختبران ويستبعدان الفروض الخاطئة التى يحتفظ بها العميل. وفى هذه العملية يتم التخلص من التحريفات المعرفية التى تقوم عليها هذه الفروض الخاطئة، ويبدأ المعالج والعميل فى العمل على وضع فروض مبنية على الواقع أكثر من التحريفات. وعند استدماج فروض أكثر واقعية، تزيد الدافعية.

وفى بعض المواقف قد لا تكون التوقعات السلبية مبنية على احساس

محدود بكفاءة الذات ولكنها تكون معتمدة على فروض سلبية عن طبيعة المهمة. فمثلاً الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط غالباً ما يفترضون أن الواجب المدرسي سوف يكون مملاً، وبالتالي لا تكون لديهم دافعية لإتمامه. وهناك أساليب متنوعة قد تكون فعالة لمعالجة هذه المشكلة. فأولاً، عادة ما يكون تطبيق التعامل مع المواقف الطارئة ضرورياً بجانب أى من الأساليب العلاجية الأخرى. وتناقش طرق معينة لتطبيق العقود السلوكية بالتفصيل فى الفصلين ٧ و ١٢. وعند تطبيق هذه العقود، فإن العمل الفردي مع الولد يمكن أن يساعده على معرفة أن الإنجاز الناجح لمهمة، حتى عندما تبدو مملة، يسفر عن نتائج مرغوبة بالنسبة له، مثل زيادة الامتيازات.

وأحياناً يعترض الوالدان والمعلمين على هذه الإستراتيجية ويحتجون قائلين أن ذلك يعلم الولد عمل ما هو متوقع منه للأسباب الخاطئة. على أن هذه شكوى غير واقعية. فأولاً، يجب وقف دورة الجهد المحدود السلبية التي تليها نتائج سلبية تسفر عن مزيد من الجهد المحدود، لأنها غير مثمرة تماماً. وحتى إذا بدأ أداء الولد فى التحسن «للأسباب الخاطئة»، فسوف يبدأ الشعور بصورة أفضل إزاء النتائج، ويتوقع تفاعلات أفضل مع الوالدين والمعلمين. وبمرور الوقت، عندما تتحسن توقعاته، سوف يبدأ فى تقبل «الأسباب الصحيحة» لضرورة أداء المهام – مشاعر الإنجاز التي يحصل عليها المرء عند إنجاز مهمة، والإحساس بالتقدير الذي يختبره عند إتمام المسئوليات المكلف بها.

وفى بعض الحالات، قد لا تكون النتائج المتاحة من خلال أساليب التعامل مع المواقف الطارئة كافية لتحسين الدافعية بدرجة كبيرة. وقد يكون هذا واضحاً بشكل خاص لدى بعض المراهقين. ففي تلك الحالات، قد يقوم معالج بتكييف أسلوب مميز للعلاج بالواقع (e.g., Glasser, 2001). إن العمل مع المراهق ينبغي أن يركز على إقرار وقبول حقيقة أن حياة كل فرد مليئة ببعض المهام التي تكون ممتعة وبعض المهام التي قد لا تكون كذلك. فإداء واجب رياضيات أو تعبئة غسالة ملابس قد لا يكون ممتعاً وقد يكون فى الحقيقة مملاً. وعلاوة على ذلك، يكون لدى المراهق حرية اختيار رفض تلك المهام. على أن فعل ذلك يجلب

نتائج يجب أن يقبلها المراهق أيضاً. فرفض أداء الأعمال المنزلية من المحتمل أن يؤدي إلى صراعات وعقوبات حبس في المنزل وفقدان الامتيازات الأخرى. وفي المدرسة، من المحتمل أن يؤدي رفضه حل مسائل الرياضيات إلى فشل دراسي ورسوب وصعوبات في إكمال تعليمه. وبدون تعليم جيد، يقل احتمال أن يكون بمقدوره الحصول على عمل يسمح له بالحصول على الأشياء التي يريدها حقاً في الحياة. وهكذا يجب أن يعلم المراهق أنه فقط مثل معظم الناس الموجودين في العالم: للحصول على نوع الحياة التي نريدها جميعاً، يجب علينا جميعاً أن نقوم ببعض الأشياء التي قد لا نحبها بشكل خاص، ويجب علينا جميعاً أن ننمي تحملاً كافياً للإحباط كي نستطيع عمل ذلك. وكما يمكن للقارئ أن يرى، فإن هذا يقود المعالج إلى العمل على تحسين تحمل الإحباط والتعامل مع الغضب الموصوفين في بداية هذا الفصل.

ثالثاً- ملخص

Summary

رغم أن نتائج الدراسات البحثية تكشف عن أن الإرشاد الفردي ليس في مثل فاعلية الطرق الأخرى لمعالجة الأعراض الرئيسية (مثل تدريب الوالدين أو التعامل مع المواقف الطارئة)، إلا أن الأولاد والمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط من المحتمل أن يحصلوا على الأقل على بعض الفائدة. إن العلاج بالأدوية وتدريب الوالدين وبرامج التعامل مع سلوكيات حجرة الدراسة غالباً ما تكون فعالة في معالجة الأعراض الرئيسية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، ولكن في العادة تظل هناك مشكلات متبقية. وعلاوة على ذلك، فإن بعض العملاء لا يستجيبون للأدوية بشكل جيد. ويجب على المعالجين أيضاً أن يقرروا بأن الأولاد والمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط غالباً ما يظهرون أعراضاً ثانوية مهمة قد تشمل التحدي ومشكلات معالجة الغضب وتقدير الذات المنخفض والدافعية المحدودة، ومن المحتمل أن يعمل تحسين الأعراض الرئيسية على القضاء على كل هذه الأعراض الثانوية. ولكل هذه الأسباب، ينبغي أن يعرف مهنيو الصحة

النفسية أن العلاج الفردي يقدم فرصاً لمعالجة هذه الأمور المقلقة. وقد أثبت العلاج المعرفي- السلوكي فاعليته. فلمعالجة الاندفاع وفرط النشاط، يمكن للمعالج أن يساعد العملاء على وضع استراتيجيات وساطة معرفية تحسن قدراتهم على التفكير في المواقف قبل اختيار السلوكيات. وقد أتضح أن متابعة الذات تعالج نقص الانتباه بصورة فعالة، خاصة عند استخدام إشارات خارجية، ويستخدم التعامل مع المواقف الطارئة لتعزيز هذا الأسلوب. وقد يتم تحسين مهارات التنظيم من خلال استخدام الجداول الزمنية وترميز الألوان.

إن استخدام الإرشاد الفردي لمعالجة الأعراض الثانوية قد يكون مفيداً بشكل خاص. فمن المعروف أن الطرق والأساليب المعرفية- السلوكية تكون فعالة في تحسين مهارات التعامل مع الغضب وتعزيز تقدير الذات وزيادة الإحساس بكفاءة الذات. ولأن هذه المشكلات عادة ما تصاحب الأعراض الرئيسية لاضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، فإن معظم الأولاد والمراهقين سوف يستفيدون من معالجة هذه المشكلات في العلاج بالإرشاد الفردي.

الفصل السابع أساليب تربية الأطفال

Parenting Techniques

على الرغم من أن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة (ADHD) (attention deficit/hyperactivity) عادة ما يظهرون مشكلات متنوعة في البيئات المختلفة، إلا أن المشكلات التي تكون موجودة في المنزل ربما تكون أكثرها حدوثاً وشدة. وبوجه خاص فإن الأولاد الذين يعانون من أعراض فرط نشاط/اندفاع خطيرة غالباً ما يغضبون ويضايقون الوالدين والأشخاص القائمين على رعايتهم. فهم يعبرون بأفعالهم عن الكثير من الدوافع التي يختبرونها أو يمرون بها وتكون لديهم مشكلات مع تأخر إشباعها، وهو ما يسفر في العادة عن سلوكيات توقعهم في مشكلة.

وفي بعض الأحيان يمكن أن تكون هذه السلوكيات خطيرة، مثلما يحدث عندما يجري الأولاد مندفعين إلى الشارع. على أن الاندفاع يكون واضحاً في كثير من السلوكيات اليومية التي لا يلزم بالضرورة أن تعكس الغضب، مثل كبح الدافع إلى مواصلة اللعب عندما يحين الوقت لبدء عمل الواجب المدرسي أو قبول فكرة أن الوقت حان للتوقف عن مشاهدة التلفاز لأن عليك أن تبدأ الاستعداد للذهاب إلى الفراش. إن الأولاد المندفعين غالباً ما تكون لديهم صعوبات أو مشكلات في قبول المهام التي لا تكون «ممتعة»، مثل أداء الأعمال المنزلية، وإتباع روتين صباحي للاستعداد للذهاب إلى المدرسة، وما إلى ذلك. وعند مواجهة مشكلات في مثل هذه المواقف، عادة ما يغضب الوالدان، وينشأ صراع يشتمل في الغالب على صياح وصراخ.

وبالإضافة إلى ذلك، فإن الأولاد المندفعين impulsive تكون لديهم قدرة محدودة على التعامل مع الإحباط. فمثلاً عندما يلعب الولد بلعبة من ألعاب الفيديو ويطلب منه أن يتوقف عن اللعب لأن الوقت قد حان لأداء الواجب المدرسي، فإن رد فعله الأولي سيتمثل في مقاومة التغيير ومواصلة النشاط الحالي. إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة تكون

لديهم صعوبات أو مشكلات في احتواء الدافع الداخلي، ويعبرون عن استنكارهم ورفضهم من خلال الاحتجاجات والمجادلات والتحدي الصريح. وفي الحقيقة فإنهم من المحتمل بشكل خاص أن يعبروا عن إحباطهم من خلال وسائل بدنية مثل ضرب أو ركل شيء قريب منهم، أو إلقاء شيء في متناول يدهم، أو حتى ضرب والديهم. وعادة لا يقدر الوالدان ردود الأفعال هذه، ويتصاعد الصراع أكثر. وفي الحقيقة أن أغلبية التفاعلات بين الوالدين وولد يعاني من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة تكون سلبية وتسفر عن نتيجة غير مرغوب فيها، مثل الصراخ في وجه الولد أو عقابه (باركلي Barkley، 2006).

إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة كثيراً ما يختبرون الغضب من جانب والديهم، وعادة ما يستجيبون بصورة عنيفة. ولأن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة يكونون في الغالب عند الطرف المتلقي لاستجابة الغضب، فإنهم يتعلمون توقع أن أولئك المحيطين بهم عادة ما يعطونهم وقتاً عصيباً. وبالتالي فإنهم من الأكثر احتمالاً أن يظهرون موقفاً سلبياً، مما يؤثر أكثر على التفاعل مع والديهم ويزيد احتمال صياح الوالدين في وجههم أو عقابهم.

إن الكثيرين من الأولاد المندفعين يكونون أيضاً ذوي نشاط مفرط، وأولئك الذين يكون نشاطهم مفرطاً يظهرون صعوبات معالجة إضافية. وتكون لديهم مشكلات في الجلوس ساكنين عند تناول الطعام. ويميلون إلى استخدام مستويات نشاط بدني عالية أثناء اللعب، ويمكن أن يكونوا صاخبين جداً. ومن المحتمل أن يتعاملون مع أشقائهم في المنزل بخشونة، وهو ما يسفر في الغالب عن حدوث صراعات. وبوجه عام، فإن الوالدين غالباً ما يجدون هذه السلوكيات محبطة، ومن ثم فإن النشاط المفرط يجعل من الأكثر احتمالاً مرة أخرى أن يتم توبيخ الولد أو تعنيفه أو عقابه.

إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة ولا يكونوا مندفعين أو ذوي نشاط مفرط يظهرون أيضاً مشكلات داخل المنزل، رغم أن هذه المشكلات غالباً ما تكون غير ملحوظة بدرجة أكبر. ورغم أن هؤلاء الأولاد

قد لا يظهرون سلوكاً سيئاً إلا أنهم يميلون إلى أن تكون لديهم مشكلات في تتبع أشيائهم وغالباً ما يضعون اللعب والملابس وغيرها من الأشياء الهامة في غير موضعها. ولأنه غالباً ما يسهل صرف انتباههم فإنهم يحتاجون قدراً كبيراً من الإشراف للانتهاء من روتينهم الصباحي أو الواجب المدرسي، وما إلى ذلك. وغالباً لا يظهرون مستوى الاستقلال الذي يتوقعه والديهم، ومن ثم يجد الوالدان التعامل مع هؤلاء الأولاد محبطاً.

ويفرض العمل المنزلي تحدياً خاصاً. فالأولاد غير المنظمين غالباً ما يضيعون الكتب ودفاتر الملاحظات والتكليفات المدرسية. وحتى عند إحضار كل ما يلزم لعمل التكليفات المدرسية إلى المنزل، قد لا يتم الانتهاء من هذه التكليفات، وحتى عندما يتم عمل التكليفات، غالباً ما يضيعها الأولاد في طريق عودتهم إلى المدرسة أو ينسون تسليمها. ونتيجة لذلك تتأثر درجاتهم سلبياً ويفضب والداهم ويغتمان. وبالطبع فإن الكثيرين من الأولاد القابلين لتشتت الذهن وغير المنظمين يكونون أيضاً مندفعين و/أو مفرطي النشاط، واجتماع كل هذه الأعراض معاً يزيد درجة الصراعات مع والديهم إلى حد كبير.

إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة غالباً ما يظهرون مشكلات في البيئات أو الأماكن الخارجية. فعندما يصحبون الوالدين أثناء رحلات التسوق (في السوبر ماركت مثلاً)، يتأثر الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة بسهولة بما يرونه على الأرفق، وغالباً ما يضعون السلع التي تجذب اهتمامهم في سلة التسوق بصرف النظر عما إذا كان والداهم يسمحون لهم بفعل ذلك. فعندما يري الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة سلعة يريدونها، فإنهم يتوقعون أن يشتريها الوالد أو الوالدة، وعادة ما يفضبون عندما لا يحصلون على ما يريدون. ومعروف أيضاً أن الأولاد مفرطي النشاط يزوغون (أو يجرون) بعيداً عن والديهم، ويسفر التفاعل عن صراع قوة عندما يحاول الوالدان اللحاق بهم وإخضاعهم لسيطرتهم.

وفي المطاعم غالباً ما يظهر الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص

الانتباه/مفرط الحركة مشكلات مماثلة. فهم يجدون أنه من الصعب أن يجلسوا ساكنين، ويرغبون بصورة مندفعة في طلب أطعمة من قائمة الطعام لا يوافق عليها والداهم. ويميلون إلى الزوغان بعيداً عن المائدة ويطلبون من الوالدين أن يطاردونهم. وغالباً ما يكون صوتهم عالياً أثناء تناول الطعام، وقد يشعر والداهم بالإحراج.

ويكون حضور الشعائر الدينية في المسجد أو الكنيسة صعباً بشكل خاص، فعادة ما يتوقع من الأبناء أن يجلسوا ساكنين ويبقوا هادئين ويتبعوا بروتوكول الصلوات. إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة يجدون صعوبة في الجلوس هادئين لفترات زمنية طويلة، خاصة أثناء حدث لا يستحوذ على اهتمامهم. وبالتالي فإنهم يبرزون ويلفتون الأنظار إليهم أثناء الشعائر الدينية ويضايقون الآخرين بسلوكياتهم الصاخبة والمزعجة. ومرة أخرى يخرج الوالدان ومن المحتمل أن ينشأ صراع.

ولأن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة يظهرون مشكلات في كثير من جوانب التفاعل بين الوالدين والطفل، يكون من الضروري أن تتم مساعدة الوالدين على تنمية أساليب لمعالجة هذه المشكلات مع تقليل الصراع مع الولد إلى أدنى حد. وفي الحقيقة أنه يجب أن يتعلم الوالدان استراتيجيات للتعامل مع معظم المواقف اليومية، بداية من الروتين الصباحي لإخراج الوالد للذهاب إلى المدرسة في الميعاد وانتهاءً بوقت أو موعد النوم. وبالتالي فإن مهنيي الصحة النفسية العاملين مع والدي الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة يجب أن يساعدهما على وضع برنامج شامل لإدارة السلوك يتناول معظم جوانب الروتين اليومي. وبالإضافة إلى ذلك، ولأنه تنشأ مشكلات في كثير من المواقف والأماكن التي يتواجد فيها الولد والوالد أو الوالدة، فإن برنامج إدارة السلوك هذا يجب أن يكون شاملاً بدرجة كافية لمعالجة المشكلات في كثير من الأماكن والمواقف.

أولاً- الدعم البحثي

Research support

من كل التدخلات النفسية المستخدمة لمعالجة أعراض اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة، حظي تدريب الوالدين بمعظم البحوث (باركلي Barkley، 2006). وبوجه عام ينسب إلى فورماند و ماكماهون (Forehand and McMahan، ١٩٨١)، و باترسون (Patterson، ١٩٨٢)، و باركلي (Barkley، ١٩٨٧) الفضل في وضع أول نماذج منظمة لتدريب الوالدين، وتناولت البحوث الأولى التي أجريت على تدريب الوالدين بوجه عام فاعلية هذه البرامج. ووجد أن جميعها فعالة في عدة تجارب تجريبية (أناستوبولس، رودز & فارلي (Anastopoulos, Rhoads, & Farley، ٢٠٠٦)، ولكن معظمها لم تبحث بالتحديد كفاءة البرنامج مع الأطفال من كلا الجنسين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة. وبدلاً من ذلك ضمت البرامج أطفالاً من كلا الجنسين ولديهم تشخيصات متنوعة ومختلفة، وركزت أساساً على جوانب المعارضة والتحدي في المشكلات السلوكية التي أظهرها الأطفال.

وغالبا ما أوصى باركلي (Barkley، ١٩٩٠، ١٩٩٨، ٢٠٠٦) بتدريب الوالدين باعتباره العلاج الذي يمثل - بجانب العلاج بالأدوية - أكثر العلاجات فاعلية في الحد من أعراض اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة في البيئات المنزلية. إن الدراسات التي أجريت عادة ما كانت تقصر التدخلات على إدارة الطوارئ (التعزيز الإيجابي وتكلفة الاستجابة) والإبعاد المؤقت time-out. وأكدت المراجعات الأحدث للبحوث والأدبيات أن تدريب الوالدين المطبق على أولياء أمور الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة وجد أنه فعال (انظر مثلاً كرونيس، تشاكو، فايبيانو، ويمبز & بلهام Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs, & Pelham، 2004). وبالإضافة إلى إحداث تغييرات في سلوك الطفل، ساهم تدريب الوالدين في الحد من وتقليل توتر الوالدين وزيادة التقدير self-esteem الذاتي لدى الوالدين وتحسين الأداء الوظيفي الأسري family functioning.

إن برامج تدريب الوالدين عادة ما تستخدم أسلوباً موجهاً قصيراً الأجل يقوم فيه الوالدين أثناء كل جلسة بالانتهاء من أحد مكونات البرنامج. وكل جزء يكون خطوة منفصلة، وكل خطوة تدرس للوالدين أساليب تهدف إلى معالجة سلوك سيئ معين. ويستمر العلاج بوجه عام لمدة ٦ إلى ١٢ جلسة. وهذه الأساليب، كما عرض لها أناستوبولس Anastopoulos (٢٠٠٦) بإيجاز، تركز في العادة على إعطاء الأوامر والتعامل مع نوبات الغضب ومشكلات الروتين اليومي والأعمال المنزلية ومشكلات الواجب المدرسي وإساعة التصرف في المواقف التي تحدث خارج المنزل.

ورغم أن تدريب الوالدين يعتبر أسلوب علاج فعال بالنسبة لأولياء أمور الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة، إلا أن برامج تدريب الوالدين عادة ما كان ينقصها تحليل المكونات. ونتيجة لذلك، فقد تم بحث كفاءة البرنامج ككل فقط، ولم تكن مساهمة لكل أسلوب في الانخفاض الكلي في المشكلات معروفة.

ومؤخراً تم نشر برنامج لتدريب الوالدين جمع مكونات الخطوات لتحسين الفاعلية التراكمية (كابالكس Kapalks، ٢٠٠٧ ج). وتم بحث كل خطوة لدراسة إسهامها في البرنامج الكلي، وتم على وجه التحديد بحث كفاءة كل أسلوب مع أولياء أمور الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة. وحتى تاريخه يظل هو برنامج تدريب الوالدين الوحيد الذي حظي بتحليل مكونات شديد الدقة.

ثانياً- التدخلات العلاجية

Interventions

تراعي بعض البرامج تسلسل الخطوات لكي تكون مرنة. على أنه يبدو معقولاً من الناحية التصورية والعملية أن نسلك بعض الخطوات بترتيب ثابت لأن مثل هذا التنفيذ يسمح للخطوات بأن تبنى على بعضها البعض. وبالإضافة إلى ذلك، فإن بعض الأساليب تكون أكثر تعقيداً، ويصبح تنفيذ التدخلات التالية أسهل عندما تبدأ الخطوات السابقة فعلاً في إحداث تقدم جزئي. وبالتالي

يوصى بتنفيذ الخطوات الستة الأولى في البرنامج بصورة متسلسلة. وبعد إتقان هذه الخطوات يمكن إتمام الأساليب الثلاثة المتبقية بأي ترتيب. ومتى كان ممكناً ينبغي أن يشارك كل أولياء الأمور والقائمين على رعاية الطفل في برنامج تدريب الوالدين. على أن هذا التوقع يكون في الغالب غير واقعي. وهكذا فإنه على الرغم من أن التقدم لن يكون سريعاً، إلا أنه من الممكن تطبيق البرنامج مع أحد الوالدين أو أحد القائمين على رعاية الطفل فقط، مع التوصية بأن يقوم ولي الأمر المشارك في العلاج بعد ذلك بإحاطة ولي الأمر أو القائم على رعاية الطفل غير المشارك (مثل الزوج أو أحد الأجداد) علماً بكل أسلوب. ومن المفيد أن يتم تطبيق البرنامج بمساعدة نشرات (مثل تلك المقدمة في دراسة كابالكا Kapalka، ٢٠٠٧ ج)، واستخدام هذه المواد يجعل اجتذاب ولي الأمر المشارك لدعم ومساندة ولي الأمر غير المشارك للبرنامج أيسر وأكثر سهولة. ورغم أن هذه ليست طريقة مثلى لتنفيذ تدريب الوالدين، إلا أنها هي الطريقة التي تتم في أغلب الأحيان في عالم الواقع، كما هو مبين في المثال التالي:

ستيفي طفل نشط يبلغ من العمر ٦ سنوات. وهو في العادة لا يستمع عندما تطلب منه والدته أن يجمع لعبه أو يطفى التلفاز أو يغسل يديه لتناول طعام العشاء. وغالباً ما تنشأ معركة تشمل رفض الطاعة والصياح والصراخ. واليوم إنها الساعة الثالثة والنصف بعد الظهر والأم على وشك الخروج لقضاء بعض المهام التي تشمل رحلة إلى البنك الذي يغلق في تمام الساعة الرابعة بعد الظهر. وهي مستعجلة. وستيفي يلعب بمكعباته على أرضية غرفة المعيشة. والأم تخشى فعلاً ما سيحدث بعد ذلك. تدخل الغرفة وتقول: «ستيفي، حان الوقت لجمع لعبك. يجب أن نخرج.»

«دقيقة يا ماما!»

تغادر الأم الغرفة لترتدي حذاءها. وفي خلال دقيقة أو اثنتين تعود إلى الغرفة. لم يتحرك ستيفي؛ لا يزال يلعب بمكعباته. «ستيفي، اجمع لعبك الآن لأن ماما مستعجلة.»

«لكنني فقط أريد أن أنتهي من بناء البرج!»
 وبدون حتى انتظار رده، تغادر الأم الغرفة مرة أخرى. تجمع حافظة نقودها
 ودفتر شيكاتها وقائمة مشترياتها. وتصيح من المطبخ: «ستيفي، هل تجمع
 لعبك؟»

لا يعطي ستيفي أية إجابة. وتواصل الأم جمع ما تحتاجه لقضاء المهام.
 تدخل غرفة نومها وتبحث عن مفاتيح السيارة. وتصيح من هناك: «ستيفي، ما
 الذي طلبت منك ماما أن تفعله؟»

ومرة أخرى لا يعطي ستيفي أية إجابة. أصبحت الأم غاضبة فعلاً. فهي
 تعرف النمط أو الأسلوب. ستأتي بعد ذلك معارضته وصراخه وصياحه وربما
 مواجهة بدنية. تحاول مرة أخرى، منادية عليه من غرفة نومها: «ستيفي!»
 «لقد انتهيت تقريباً يا ماما!»

بدأت الأم تغضب بشدة حقاً. فهي تعرف أنه أثناء وجودها هي وستيفي
 بالخارج لا يمكن أن تبقى المكعبات في وسط أرضية الغرفة لأن الكلب قد يبدأ
 في أكل بعضها، بل أنه ربما يؤذي نفسه في هذه العملية. ومن ناحية أخرى، إذا
 تعاركت مع ستيفي، فسوف يفوتها البنك. وتفكر قائلة في سرها: «لماذا لا يمكنه
 فقط الاستماع لما أقوله؟ هل يستمتع بإغضابي وإصابتي بالجنون؟ تندفع إلى
 داخل الغرفة صائحة: «ماذا بك؟ ألم تسمع ما قلت؟ التقط تلك الأشياء اللعينة
 الآن!»

«لا .. أنا لست مضطراً لذلك.»

الآن أصبحت تستشيط غضباً. وتفكر قائلة في سرها: «ابني الذي هو
 لحمي ودمي يقول لي أنه لا يمكنني أن أقول له ماذا ينبغي أن يفعل! لو فعلت ذلك
 مع أبي وأمي، لسلمت رأسي لهم على طبق الفضة!» الساعة الآن تبلغ الرابعة
 إلا ربع تقريباً، وبدأت تصاب باليأس. تجرب أسلوب تخويف. «ستيفي، إذا لم
 تلتقط أشياءك الآن، سأضعها جميعاً في سلة القمامة! إنني أعني ذلك! التقط
 أشياءك الآن!»

يواصل ستيفي اللعب، وتواصل الأم الاندفاع في كل أنحاء المنزل، محاولة

الاستعداد للمغادرة. ترتدي معطفها. وأخيراً تندفع إلى داخل الغرفة. لا يزال ستيفي يلعب. تتور غاضبة وتصيح: «ماذا بك بحق الجحيم؟ ألم تسمعني أقول أنني سألقي بها! إنني أعني ذلك! التقط أشياءك الآن!»
«أنا لا أهتم!»

تأتي الأم وتجذب ستيفي من يده بشدة وتبعده عن المكعبات. تطير المكعبات التي كانت في يده وتتناثر في كل أنحاء الغرفة. فيبدأ في الصياح والصراخ والبكاء قائلاً: «لا يمكنك جعلي أفعل ذلك» و«إنني أكرهك». تضربه من الخلف بشدة وتطلب منه الذهاب لارتداء ملابسه. يجلس فقط على الأرض وهو يصيح ويواصل إلقاء المكعبات عليها. تنحني لأسفل لتلتقط المكعبات بنفسها، وهي تصيح في ستيفي وتقول أنه يدفعها للجنون وأنه سيكون لديه ذات يوم أبناء وتتمني أن يعاملوه بنفس طريقة معاملته لها (كابالكا Kapalka، ٢٠٠٧ ج، ص.ص. ١-٢).

يوضح هذا المثال عدة مشكلات يواجهها كل يوم آباء وأمّهات الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة. وهكذا فإن برنامج تدريب الوالدين الفعال يجب أن يساعد الوالدين على الاستعداد لمعالجة هذه المواقف ويضع أساليب للتدخل مع تقليل الصراعات إلى أدنى حد.

١- الإعداد العقلي أو النفسي Mental preparation

كما سبق وأن ناقشنا، يدخل الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة في صراعات متكررة جداً مع والديهم، عادة عدة مرات في اليوم. ونتيجة لذلك، لا يتعلم الأولاد فقط توقع أن يسفر كل تدخل عن حدوث صراع ومشاعر سلبية، ولكن بالمثل يبدأ الوالدان يتوقعان مثل هذه النتيجة. وكما هو واضح في مثال الحالة السابقة، يعد الوالدان نفسيهما لمعركة في كل مرة يوشكون فيها على الاقتراب من الولد بأمر أو طلب.

ويؤثر التوقع السلبي negative expectation على التفاعل من عدة جوانب هامة. فغالباً ما يتعامل الوالدان مع الولد من البداية متخذين موقفاً سلبياً. وهما ينقلان هذا التوقع بقدر من الضيق ووضع جسمي ينم عن تهديد

وتلميحات مهددة وغيرها من محاولات الترويع والتخويف. ولأن الوالدان يتوقعان معركة، فإنهما يستعدان لمعركة بصورة لا شعورية ويوصلان ذلك للولد لفظياً وكذلك بصورة غير لفظية.

وأحياناً يكون رد فعل الوالدين بالطريقة العكسية opposite manner. ولأنهما يتوقعان عدم تعاون الولد، فإنهم يجربان الإكراه ويتصرفان بطريقة وديعة أكثر منها تأكيدية. فهما يأملان أن يقنعا الولد ليخضع ويمتثل لهما، ويصوران أنفسهما بأنهما مترددان وغير متأكدين. ويبدو الأمر كما لو أنهما يطلبان من الولد أن يوافق على ما يطلبانه أملين أنه إذا وافق الولد سيكون الخضوع أو الامتثال للأوامر أكثر احتمالاً.

إن رد فعل الولد لأي من الأسلوبين لا يساهم في الخضوع أو الامتثال للأوامر. فعندما يبدأ الوالدان الكلام مع الولد بنغمة سلبية تتسم بالترهيب، فمن المحتمل أن يستجيب الولد بنفس الطريقة، وعادة ما ينشأ صراع بسرعة كبيرة. إن الأسلوب الآخر يؤدي بالمثل إلى نتيجة عكسية. فالولد إذ يدرك التردد يفترض أن الخضوع غير متوقع ومن ثم يقل احتمال الاستماع لوالديه. وفي بداية برنامج لتدريب الوالدين، يجب أن يعلم المشاركون أن أي من الأسلوبين لا يكون ملائماً. وبدلاً من ذلك ينبغي تعليم الوالدين مبادئ التواصل الحازم assertive communication. ولابدء يجب أن يبدأ الوالدان في الاعتقاد بأن الأسلوب الذي سيتبعانه من المحتمل أن يسفر عن بعض النتائج الإيجابية. وقد يكون وضع أهداف تربية الأولاد في إطار جديد مفيداً. فالكثير من الآباء والأمهات يتوقعون أن تسفر تربية الأولاد الفعالة عن درجة عالية من الخضوع أو الامتثال للأوامر من جانب أبنتهم. وبدلاً من ذلك، يجب صياغة تربية الأولاد كعلاقة معقدة تشتمل على مكون تعليم هام حيث يقوم الوالدان بتعليم الطفل نتائج سلوكياته. وهكذا فإن التفاعل الذي لم يسفر عن خضوع أو امتثال للأوامر لا يكون مؤشراً للفشل. إنه فرصة للوالدين ليساعدا أبنتهم على تعلم ومعرفة نتيجة هذا الاختيار. وطالما يبقى الوالدان هادئين ومسيطرين وقادرين على إعطاء نتيجة إيجابية بعد سلوك إيجابي (مثل الخضوع أو الامتثال للأوامر) ونتيجة سلبية (مهما كانت

صغيرة) بعد سلوك سلبي (مثل عدم الخضوع أو الامتثال للأوامر)، فإن مكون تربية الأطفال المتعلق بالتعليم يتم بنجاح. وهو أسلوب يستغرق وقتاً، وجهداً ومثابرة، ولكن احتمال أن يسفر عن نتيجة إيجابية يكون أعلى.

وفي الغالب يكون من الضروري أيضاً أن تساعد الوالدين على وضع بعض خصائص شخصية أبنهما في إطار جديد. ولأن الولد لا يكون متعاوناً ويكون رد فعله مفرطاً عندما لا يحصل على ما يريد، يركز والداه على جانب الشجار في هذه الميول ويتجاهلان الصورة الأكبر. وبدلاً من ذلك، يكون من المفيد يبدأ الوالدين في الاعتراف بأن الإرادة أو العزيمة حد الأصول الملوكة في الحياة، طالما يتم تخفيفها بحكم جيد وضبط النفس. إن الأفراد ذوي الإرادة أو العزيمة القوية غالباً ما يكون أداؤهم مرتفعاً طالما يكون بمقدورهم اختيار متى يمارسون الإرادة أو العزيمة القوية ومتى يخضعونها لتحكمهم على نحو يتسم بالحكمة. وهكذا فإن وظيفة والدي الطفل القوي الإرادة أو العزيمة تتمثل في مساعدته على تعلم الحكم والتمييز وضبط النفس، وتتم هذه المهمة من خلال الإدارة المتوافقة للعواقب الملائمة (والتي تكون في العادة صغيرة) – العواقب الإيجابية للاختيارات الجيدة والعواقب السلبية للاختيارات السيئة. وبهذه الطريقة، بدلاً من تعلم ضبط الولد والتحكم فيه، يعرف الوالدان أنهما يعلمان الولد تحسين ضبط النفس، وهو إحدى خصائص الشخصية الهامة التي تعد مكوناً هاماً من مكونات حياة البالغين الناجحة.

وخلاصة القول أنه قبل أن يواصل مهني الصحة النفسية تنفيذ الخطوات التي سنصفها فيما بعد، يكون من المهم أن تساعد الوالدين على وضع مجموعة واقعية من التوقعات بشأن سبب وجود مشكلات لدى أبنهم والدور الذي يمكن أن يلعبه في تحسين هذه المشكلات. وقبل بدء كل تفاعل، ينبغي أن يتعلما البقاء هادئين ومتحكمين في أنفسهما، وأن يتوقعا أن ما سيفعلانه سوف يكون له أثره، وأن يقدماً أنفسهما بطريقة أمرة ولكنها تتسم بالاحترام.

الخطوة الأولى: إعطاء الأوامر Command Giving

إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة يظهرون مشكلات خطيرة في إتباع الأوامر. ويرجع بعض هذه المشكلات إلى الصعوبات في الانتباه للأمر ومعالجته معالجة تامة، في حين أن بعض المشكلات الأخرى تكون ثانوية وأقل أهمية من الاندفاع وضبط النفس الضعيف اللذين يظهرهما هؤلاء الأولاد في العادة. ونتيجة لذلك، يكون من الحكمة أن تتم معالجة هذه المشكلات في بداية برنامج لتدريب الوالدين.

ولمساعدة الوالدين على تحسين قدرة ابنهما على معالجة الأمر، يجب أن يكسبا كامل انتباه الولد. ولا يمكن التقليل من شأن الحصول على الاتصال بالعين. إن معظم برامج تربية الأبناء توصي بأنه قبل إصدار أمر، يلزم أن يحصل الوالدان على الاتصال بالعين (انظر مثلاً باركلي Barkley، 2006). فالأوامر التي تصدر من مسافة بعيدة، أي تلك التي تعطى من غرفة أخرى بدون رؤية الولد، نادراً ما تكون فعالة. إن الحصول على الاتصال بالعين لا يعمل فقط على تحسين قدرة الولد على معالجة الأمر والانتباه له، ولكنه أيضاً يقطع نشاطاً قد يكون الولد منهمكاً فيه لوقت طويل بدرجة تكفي لأن يعالج ما قيل. وبعد ذلك يكون من المحتمل بصورة أكبر أن يؤدي السلوك المنشود. وهكذا فإن أول شيء ينبغي أن يفعله الوالدان عندما يوشكان على إعطاء أمر هو أن يقوما بمناداة اسم الولد، وإذا لزم الأمر الحصول على الاتصال بالعين، أن يقولوا له: «انظر إلي».

إن الطريقة التي يتم بها إصدار الأمر تكون أيضاً هامة. فالوالدان ينبغي أن يأمرا الولد بوضوح أن يؤدي عملاً معيناً وذلك بنغمة صوت أمره ولكنها تتسم بالاحترام. ولا ينبغي صياغة الأمر في شكل سؤال. إن الكثيرين من الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة يظهرون سلوكيات تتسم بالمعارضة والتحدي. فصياغة الأمر بطريقة تتطلب إجابة تستدعي رفضاً. وبدلاً من ذلك، ينبغي صياغة الأمر الفعال في صورة تصريح أو بيان. وينبغي أن يشتمل على تمهيد يتسم بالاحترام، مثل «من فضلك»، ثم بيان بالعمل المراد

أداؤه، مثل «ابدأ النقاط أشيائك»، ثم الانتهاء بمحدد للإطار الزمني، مثل «الآن». وهكذا قد يتمثل أمر ملائم في «من فضلك ابدأ النقاط أشيائك الآن».

ومع ذلك، ما الذي ينبغي أن يفعله الوالد أو الوالدة عندما يواصل الولد رفض أداء الأمر الصادر له؟ يغضب الوالدان كثيراً جداً عندما يتجاهل ابنهما أو امرهما، أو يتأخر في أداء الاستجابة، أو يرفض الطاعة بصورة صريحة. في هذه المواقف يشعر الوالدان بالإحباط والغضب، ويصرخان في ابنهما و/أو يهددانه ببعض العقوبات. وهذا يعجل بالصراع، وعندما يشتد يصبح من الأقل احتمالاً أن يتم فعلاً أداء ما أمر به الوالدان في المقام الأول. وبدلاً من ذلك، يلزم مساعدة الوالدين على تجنب مثل هذه التصعيدات غير الضرورية.

إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة غالباً ما يرفضون إتباع أمر ما لأنهم يختبرون موجة عارمة سريعة من رد الفعل السلبي، وهو دافع يصعب عليهم احتوائه. على أنه إذا أعطي لهم مزيد من الوقت لمعالجة الأمر، فإنه من الأكثر احتمالاً أن يفكروا في الموقف ويختاروا استجابة أفضل. وهكذا فإنه يكون من الضروري أن نساعدهم على أداء هذه المعالجة عن طريق خلق موقف يساهم في إعادة تقييم التفاعل.

وبدلاً من المجادلة مع أو مواجهة ولد رفض لتوه إطاعة أمر، يكون من الأفضل ألا يقول الوالدان أي شيء وأن يقفوا فقط وينظروا إلى الولد لمدة ١٥ إلى ٢٠ ثانية إضافية. فقد دلت البحوث على أن هذا الأسلوب يكون فعالاً حقاً في الحد من عدم الخضوع أو الامتنال للأوامر الذي عادة ما يظهره الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة (كابالكا Kapalka, ٢٠٠٤). إن فترة الـ ١٥ إلى ٢٠ ثانية (طالما يبقى الوالدان في المكان ولا يحاولان إخافة الولد أو مجادلته) تسمح للولد بمعرفة أن الوالدين يقصدان العمل، وعادة ما تساعد على معالجة الموقف (التفكير في الأحداث التي وقعت تَوَّأً) ومعرفة أن عدم الخضوع أو الامتنال للأوامر لن يتم تجاهله. وفي كثير من الحالات يعمل هذا على مساعدة الولد على اختيار أداء الأمر الصادر له.

إن ما ينبغي عمله بعد نظرة المتابعة التي تستمر لمدة ١٥ إلى ٢٠ ثانية

يعتمد على استجابة الولد. إذا لم يستمع، ينبغي أن ينصح الوالدان مؤقتاً بأن يفعل ما يفعله في العادة بعد عدم الخضوع أو الامتثال للأوامر، لأن الخطوة الثانية ستمد الأسلوب الموصوف هنا أكثر. وينبغي اتخاذ الحيطة والحذر وعدم الجمع بين الخطوتين الأولى والثانية في جلسة واحدة. ولا ينبغي أن يستمر الوالدان ويحاولا تجريب الخطوة الثانية إلا بعد التدريب اليقظ على الخطوة الأولى لمدة أسبوع على الأقل.

إذا كانت الخطوة الأولى فعالة وأسفرت عن الخضوع أو الامتثال للأوامر، يكون من المهم أن يقر الوالدان بهذا السلوك الإيجابي. ويمكن أن يشتمل المدح أو الإطراء اللفظي على عبارات مثل «شكراً» و «أقدر تعاونك» و «أحبك عندما تفعل ما أطلبه منك». وتشمل الطرق غير اللفظية على غمزة بالعين، أو ابتسامة، أو الربت برفق على الكتف. وينبغي استخدام كل من طرق المدح أو الإطراء اللفظية وغير اللفظية.

وينبغي تحذير الوالدين من أن بعض الأولاد قد لا يظهرون استجابة إيجابية فورية للمدح أو الإطراء. فالأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة عادة ما يصبحون معتادين للغاية على التفاعلات السلبية لدرجة أنهم لا يتوقعون سماع أشياء لطيفة من والديهم ويؤخذون على حين غرة. ومن المهم أن يتأبر الوالدان ويواصلان استخدام المديح والإطراء، حتى إذا كانت هناك حاجة إلى نظرة المتابعة لمدة ١٥ إلى ٢٠ ثانية للحصول على الخضوع أو الامتثال للأوامر. إن المدح أو الإطراء يؤدي إلى شعور داخلي بالإنجاز والرضا، مهما كان صغيراً. والتعرض الدائم لهذه المشاعر الإيجابية يساعد الولد تدريجياً على معرفة أن التعاون يؤدي إلى مشاعر إيجابية، في حين أن التحدي يؤدي إلى صراعات وعواقب أو نتائج سلبية.

وباختصار فيما يلي مثال لموقف يستخدم الأسلوب الموصوف:

- الأم: [مقتربة من الولد لكي تتمكن من عمل اتصال بالعين] «مايكل!»
الولد: «ماذا؟»
الأم: «من فضلك انظر إلي!»
الولد: [ينظر إلى الأم] «ماذا؟»
الأم: «من فضلك ابدأ في التقاط هذه اللعب الآن. علينا أن نبدأ الاستعداد للخروج.»
الولد: [في خلال دقيقة. لم أنته بعد.»
الولد: [دون أن تقول أي شيء آخر، تقف بالقرب من الولد وتواصل النظر
الأم: [إليه لمدة 15 إلى 20 ثانية]
الولد: «لماذا تنظرين إلي؟»
الأم: «لأنك لم تبدأ في عمل ما طلبته منك.»
«حسناً.. الآن سأقوم بالتقاط وجمع اللعب» [يبدأ مكرهاً في التقاط اللعب].
«شكراً! إنك تساعدني حقاً عندما تفعل ما أطلبه منك.»

وهناك نقطة أخيرة ينبغي توضيحها. هذا الأسلوب يكون فعالاً جداً مع الأوامر التي تتضمن عملاً أو فعلاً واحداً، أي تلك التي تتطلب سلوكاً محدداً فورياً يكون بسيطاً نسبياً وموجه بهدف، مثل «التقط لعبك» أو «اذهب واغسل يديك» أو «علق معطفك». إن السلوكيات الأكثر تعقيداً، مثل «اذهب واعمل واجبك المدرسي» أو «اذهب ونظف غرفتك»، تتطلب أسلوباً مختلفاً وتتم تغطيتها في خطوات أخرى.

ورغم أن العديد من الأباء والأمهات يقررون أن هذا الأسلوب مفيد، إلا أن هناك أوقاتاً يظل فيها الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة يختارون عدم الطاعة. وهكذا فإنه بعد فترة من التدريب على الخطوة الأولى، يجب على الوالدين أيضاً أن ينفذوا الخطوة التالية.

الخطوة الثانية: التحذيرات Warnings

إن إعطاء التحذيرات أسلوب معروف ومشهور غالباً ما يستخدمه الوالدان. على أنه عادة ما يسمح الوالدان بحدوث حلقة تكرار قبل إعطاء التحذير. وكما يحدد باركلي Barkley (١٩٩٧ب)، فإنه أثناء حلقة التكرار هذه يكرر الوالدان الأمر مراراً وتكراراً، ويواصل الولد التجاهل أو يرفض الطاعة. وأثناء ذلك يغضب الوالدان، وعندما يتصاعد الموقف يبدأ الوالدان في التهديد. ولسوء الحظ، لأن الموقف اشتد فعلاً وتحول إلى صراع، يصدر الوالدان تهديدات عندما يغضبان، والعاقبة التي يتم التهديد بها غالباً ما تكون شديدة للغاية أو غير واقعية. فالولد يعرف (وتعلم من الخبرة السابقة) أن والديه من المحتمل ألا يواصلوا هذا التهديد حتى يتم تنفيذه. وهكذا يواصل الولد الرفض، ويواصل والداه تكرار التهديد.

ولأن التهديد يكون أيضاً غير فعال، يواجه الوالدان بالتالي خيارين فقط - تصعيد الموقف أكثر (عادة ما يشتمل ذلك على شكل ما من أشكال العقاب البدني) أو الإذعان والتخلي عن السعي إلى الخضوع أو الامتثال للأوامر. إن أياً من هذين الخيارين لا تكون له نتيجة بناءة، وكل منهما تكون له عواقب سلبية طويلة المدى بالنسبة للولد. والعقاب البدني ليس نتيجة يوصي بها معظم مهنيي الأطفال. وأحياناً يكون فعالاً مع الأطفال الصغار جداً لأنهم يتعلمون الخوف من الأُم البدني والطاعة لتجنبه. على أن «تربية الأبناء بالخوف» من التهديد بالأُم (حتى لو كان بسيطاً) يسفر عن مشاعر سلبية لدى المتلقي. إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة عرضة لردود الأفعال السلبية فعلاً. ولا ينصح بخلق مواقف تزيد من تصاعد غضبهم واتجاههم السلبي.

كما أن الإذعان أيضاً غير منتج. فهو يعلم الولد أن السلوكيات السلبية (الاحتجاج، الرفض، إلخ) تسفر عن نتائج إيجابية (تراجع وتنازل الوالدين)، وبالتالي تعزز ردود الأفعال المعارضة. وينبغي تحذير الوالدين بشدة من

الاستسلام والإذعان للولد أثناء مثل هذا التفاعل.

إن الإذعان يكون محتملاً بشكل خاص إذا بدأ الوالدان، أثناء التصعيد، في التهديد بعاقبة لا ينويان تنفيذها. فإخافة الطفل حتى يخضع ويمتثل للأوامر نادراً ما تكون فعالة لأن الولد يتوقع (عادة من الخبرة السابقة) أن والديه لا ينويان مواصلة التهديد حتى تنفيذه. وينبغي تحذير الوالدين ليتجنبوا الإعلان عن العواقب التي لا ينويان استخدامها.

وفي الحقيقة أن الوالدين يجب أن يتعلما إعطاء التحذيرات بطريقة تكون أكثر فاعلية. ففي البداية يجب أن يتعلم الوالدان تجنب حلقات التكرار غير المنتجة التي تؤدي إلى تصعيد غير ضروري. أولاً ينبغي أن يصدر الوالدان أمراً بطريقة تتوافق مع الخطوة الأولى، تشمل نظرة المتابعة لمدة ١٥ إلى ٢٠ ثانية. إذا لم يسفر هذا التصرف عن خضوع أو امتثال للأمر، ينبغي تكرار الأمر مرة واحدة مع التمهيد له بعبارة «أنا قلت...» وتتبعه نظرة متابعة أخرى لمدة ١٥ إلى ٢٠ ثانية.

وإذا لم تنجح هاتان المحاولتان في الحصول على الخضوع أو الامتثال للأوامر للأمر، يجب على الوالدين أن يصدرا في الحال تحذيراً واحداً (واحداً فقط) بعاقبة واقعية يقدران على تنفيذها بأسرع ما يمكن (يفضل فوراً). وبعد التحذير، ينبغي أن ينتظر الوالدان لمدة ١٥ إلى ٢٠ ثانية أخرى ثم ينفذا العقاب المقررة إذا كان لابد للتحذير أن يكون فعالاً. وقد وجد أن هذا الأسلوب فعال بشكل خاص في الحد من عدم الخضوع أو الامتثال للأوامر للأوامر لدى الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة (كابالكا Kapalka، ٢٠٠١).

وباختصار إذا لم يسفر الأسلوب الموصوف في الخطوة الأولى عن خضوع أو امتثال للأوامر، قد يتم تنفيذ الخطوة التالية على النحو التالي:

- الأم: [مقترية من الولد لكي تتمكن من عمل اتصال بالعين] «مايكل!»
الولد: «ماذا؟»
الأم: «من فضلك انظر إلي!»
الولد: [ينظر إلى الأم] «ماذا؟»
الأم: «من فضلك ابدأ في التقاط هذه اللعب الآن. علينا أن نبدأ الاستعداد للخروج.»
الولد: «في خلال دقيقة. لم أنته بعد.»
الولد: [دون أن تقول أي شيء آخر، تقف بالقرب من الولد وتواصل النظر إليه لمدة 15 إلى 20 ثانية]
الأم: «لماذا تنتظرين إلي؟»
الأم: «لأنك لم تبدأ في عمل ما طلبته منك.»
الولد: «قلت أنني لم أنته بعد.»
الأم: [تنتظر حتى تمر مدة العشرين ثانية] «مايكل من فضلك انظر إلي.»
الأم: «ماذا؟»
الولد: إذا لم تبدأ في التقاط هذه الأشياء الآن، سأفعل أنا ذلك بدلاً منك، ولكنني سوف أحتفظ بها ولن تستطيع اللعب بها لمدة يومين.»
الأم: «أوه .. حسناً. سوف ألتقطها.» [يبدأ في التقاطها]
[تستمر في الوقوف لتتأكد من أن الولد يواصل التقاط اللعب]
«شكراً يا مايكل. إنك تساعدني حقاً عندما تفعل ما أطلبه منك.»

كما ناقشنا من قبل، إذا أدى هذا التفاعل إلى خضوع أو امتثال للأوامر، يكون من المهم أن يطري الوالدان على الولد بصرف النظر عن حقيقة أنه كانت هناك ضرورة لإصدار تحذير لجعله يطيع الأمر.

إن الثبات يكون مهماً جداً. فبمرور الوقت يساعد هذا الأسلوب الولد على تعلم أنه عندما لا يكون مطيعاً سوف ينفذ والداه العقاب المقررة، وعندما يكون مطيعاً سيلي ذلك عاقبة إيجابية (على الأقل مدح أو إطراء). وهذا سوف يساعده على معالجة عواقب المواقف قبل أن يستجيب، مما يسمح له بالبدء في تقليل اندفاعه إلى أدنى حد.

الخطوة الثالثة: العزل Time-out

إن العديد من الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة يظهرون ثورات غضب. ولأن الأولاد المندفعين يكون لديهم ضبط نفس محدود، فإنهم يجدون صعوبة في احتواء ردود أفعالهم الانفعالية، ويفقدون السيطرة عند شعورهم بالإحباط أو الغضب. ويلزم أن يطبق الوالدان أسلوباً يساعد الولد على أن يهدأ عن طريق إبعاده إلى مكان خال من الاستثارة يعزله أيضاً عن الأنشطة التي يحب أدائها.

وتعتمد طرق التحذير بشأن العزل على الموقف الذي يعجل بحدوثه. فإذا بدأ الولد في الثورة والغضب، ولم يحدث أي عنف (لفظي أو بدني)، قد يستخدم تحذير واحد بطريقة مماثلة للطريقة الموصوفة في الخطوة الثانية. على أنه عندما يتصرف الولد فعلاً بعنف أو يعتدي لفظياً على والديه بلعنهم أو سبهم، يكون من الأفضل أن يتم أخذه إلى مكان عزل بدون تحذير.

وكما أوضح باركلي Barkley (١٩٩٧ب)، وجد أيضاً أن العزل يكون فعالاً في معالجة عدم الخضوع أو الامتثال للأوامر. فعندما يرفض الولد إطاعة أمر ما (صادر وفقاً للتعليمات التي تمت مناقشتها في الخطوات السابقة)، يمكن إبعاده إلى مكان عزل، وعند انتهاء فترة العزل، يمكن إعادته إلى نفس الموقف

الذي حدث فيه عدم الخضوع أو الامتثال للأوامر للأوامر في البداية. وفي هذه الحالة، ينبغي استخدام العزل كعاقبة مقررة في التحذير (كما عرضنا بإيجاز في الخطوة الثانية). وقد يسفر ذلك عن استخدام متكرر للعزل إلى أن يختار الولد الامتثال للأمر.

وتحدد طرق التنفيذ فاعلية أسلوب العزل. ومن المهم بالنسبة للوالدين أن يأخذوا في الاعتبار مكان العزل، وطول مدة الإبعاد إلى مكان العزل، وطريقة إبقاء الولد في العزل بينما قد يحاول الهروب، وطريقة إطلاق سراحه من العزل. ويلزم حسم كل هذه المكونات مقدماً لزيادة فاعلية التدخل.

وينبغي أن يكون مكان العزل مكاناً هادئاً وخالياً من الاستثارة ولكن قريباً بدرجة كافية تسمح للوالدين بالمراقبة والمتابعة. وقد وجد أن وضع الولد في كرسي بغرفة الطعام أو في مواجهة الحائط (ولكن ليس قريباً منه بدرجة كافية حتى يمكن الوصول إليه وركله)، بينما لا يوجد أي شخص في الغرفة ولا يكون التلفاز أو الراديو وما إلى ذلك شغلاً، يكون فعالاً بشكل خاص. ومن الأفضل أن يكون الوالدان قريبين لمتابعة ومراقبة الولد، ولكن لا ينبغي أن يتواجدا في نفس الغرفة، لأن ذلك سوف يزيد من تصاعد الصراع.

ويعتمد طول مدة «العقوبة الأدنى» على عمر الولد. فمعظم برامج تربية الأولاد توصي بدقيقة واحدة لكل سنة من العمر للمخالفات الأكثر بساطة وضعف ذلك الوقت بالنسبة للمشكلات الأكبر. على أن بعض البحوث الحديثة رأته أنه حتى فترات العزل الأقصر تكون فعالة (كابالكا & برايك Kapalka & Bryk، 2007)، وينبغي نصح الوالدين باحتجاز الأولاد حتى سن الخامسة لمدة دقيقتين كحد أدنى في مكان العزل، في حين أن الأولاد البالغين من العمر ٦ إلى ١٠ سنوات ينبغي أن يظلوا في مكان العزل لمدة ٣ دقائق على الأقل. ولا يتم البدء في حساب طول المدة المقاسة إلا بعد أن يهدأ الولد بدرجة معقولة ويبقى في

مكان العزل دون أن يكون عنيفاً أو يحاول الهروب. إن وقت العزل بوجه عام لا يكون فعالاً بالنسبة للأطفال البالغين من العمر ١١ سنة فأكثر. فبالنسبة لأولئك الأولاد يفضل إبعادهم إلى غرفهم.

وإذا رفض الولد البقاء في الكرسي و/أو أصبح عنيفاً، ينبغي تطبيق إجراء تقييد أو تحفظ. وتوصي بعض البرامج بإمساك «سلة» حيث يتم تصليب ذراعي الولد ويتم إمساكه من الخلف من الرسغين أو المعصمين، ولكن هذه المسكة تسمح أحياناً للولد العنيف بشكل خاص بإيذاء الأم أو الأب بتحريك رأسه أو الركل. وبدلاً من ذلك، تتضمن المسكة الفعالة وضع الولد في كرسي يشبه كرسي غرفة الطعام، ويفضل أن يكون بدون مساند للذراعين، مع ثني ذراعي الولد ومعصميه خلف المسند الخلفي للكرسي، وإمساكه من الخلف من المعصمين. وهذا الأسلوب يعرض الوالدين لأقل خطر بينما يسمح لهما باحتجاز الولد في الكرسي حتى يتمكن من أن يهدأ. وبالطبع فإن عقوبة العزل الأدنى لا تبدأ حتى يهدأ الولد ولا تعد هناك حاجة إلى التقييد.

وعند انتهاء العقوبة الأدنى، يكون من المهم أن يقترب الوالدان من الولد ويوضحا له بإيجاز سبب وضعه في مكان العزل وأن السلوكيات السيئة المشابهة سوف تؤدي إلى فترة عزل أخرى. وإذا وضع هناك لعدم امتثاله، يجب الآن إعادته إلى نفس الموقف الذي عجل بالعزل.

وباختصار، قد يتم تنفيذ تدخل يتضمن العزل (نتيجة لعدم الامتثال للأوامر) على النحو التالي:

- الأم: [مقتربة من الولد لكي تتمكن من عمل اتصال بالعين] «مايكل!»
الولد: «ماذا؟»
الأم: «من فضلك انظر إلي!»
الولد: [ينظر إلى الأم] «ماذا؟»
الأم: «من فضلك ابدأ في التقاط هذه اللعب الآن. علينا أن نبدأ الاستعداد للخروج.»
الولد: «في خلال دقيقة. لم أنته بعد.»
الأم: [دون أن تقول أي شيء آخر، تقف بالقرب من الولد وتواصل النظر إليه لمدة 15 إلى 20 ثانية]
الولد: «لماذا تنتظرين إلي؟»
الأم: «لأنك لم تبدأ في عمل ما طلبته منك.»
الأم: «قلت أنني لم أنته بعد.»
الولد: [تنتظر حتى تمر مدة العشرين ثانية] «مايكل من فضلك انظر إلي.»
الأم: «ماذا؟»
الولد: «قلت من فضلك ابدأ في التقاط لعبك الآن.»
الأم: «لا .. أنا غير جاهز.»
الولد: [تنتظر حتى تمر مدة العشرين ثانية] «مايكل من فضلك انظر إلي.»
الأم: «ماذا؟»
الولد: «إذا لم تبدأ في التقاط هذه اللعب الآن، سوف تضطر إلى الذهاب إلى مكان العزل.»
الأم: «لا!»
الأم: [تنتظر حتى تمر مدة العشرين ثانية] «حسناً .. حان وقت العزل.» [تأخذ الولد، بالإكراه إذا لزم الأمر، إلى مكان العزل، وتضعه على الكرسي]
الأم: [بمجرد انتهاء فترة العزل، تقترب من الولد] «هل تعرف سبب وضعي لك في العزل؟»
الأم: «لا.»
الأم: «لأنك لم تستمع لما طلبته منك. والآن لنعود إلى هناك مرة أخرى، وعليك أن تجمع لعبك وترتب المكان.»

الخطوة الرابعة: العقد السلوكي، الجزء الأول Behavioral contract

إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة ADHD عادة ما يظهرون مشكلات في الالتزام بالأعمال الروتينية اليومية. فبداية من الصباح غالباً ما يمتنعون عن النهوض من الفراش والاعتسال وارتداء الملابس ومغادرة المنزل في الوقت المحدد للحاق بأتوبيس المدرسة. وبعد الظهر ينسون أداء الأعمال الخاصة بغرفهم ولا يجمعون لعبهم ويتركون الأشياء مبعثرة في المكان ويمتنعون عن أداء الأعمال المنزلية الأخرى. وفي المساء تكون لديهم مشكلات في الاعتسال والذهاب إلى الفراش للنوم في الوقت المحدد. وتؤدي هذه المواقف إلى صراعات دائمة تقريباً مع الوالدين.

وقد اتضح أن إبرام عقد سلوكي يكون فعالاً في الحد من هذه المشكلات (كابالكا Kapalka، ٢٠٠٦ ب). إن العقد السلوكي هو في الأساس برنامج تبادل يمكن فيه للأولاد أن يكسبوا مكافئات رمزية (نقاط، أو ملصقات أو فيشات لعب) مقابل أداء المسؤوليات، وبعد ذلك يمكنهم مبادلة هذه المكافئات الرمزية بامتيازات ومكافئات. وعندما يطبق الوالدان عقداً سلوكياً، فإنهما يزيدان البنية داخل المنزل بصورة فعالة، وهي تغيير اقترن بالتحسنات الكبيرة في السلوكيات التي تمثل مشكلات. وبالإضافة إلى ذلك، لأن الوالدين يبدأون في قصر امتيازات معينة والسماح للولد بكسبها فقط بعد أداء مسؤوليات معينة، فإن الوالدين يزيدان نفوذهما ويستطيعان استخدام سحب الامتيازات بصورة فعالة نتيجة لذلك. وبمعنى آخر، فإن الولد الذي فقد امتيازاً لأنه لم يؤد مهمة وليس لديه أية مكافئات رمزية يعاقب نفسه في الواقع.

وهناك جوانب عديدة تحدد كفاءة العقد السلوكي. ومناقشة كل هذه الجوانب تتجاوز حدود هذا الفصل. إن المهنيين المعنيين بمزيد من المعلومات التفصيلية ينبغي الرجوع إلى كابالكا (٢٠٠٧ ج) ومراجعة الفصول التي تناقش تنفيذ العقد. ونلخص بعد ذلك بعض المبادئ الرئيسية.

ومن المهم إشراك الولد في إعداد قوائم المسؤوليات والمكافئات والامتيازات. وينبغي أن تشمل المسؤوليات أساساً على المهام اليومية المحددة والمفصلة والتي

يسهل متابعتها ومراقبتها. ويلزم تقسيم المهام المعقدة (مثل تنظيف غرفته) إلى مكونات منفصلة، وينبغي تقرير كل مكون بوضوح بطريقة تترك القدر القليل للتفسير (مثال ذلك «عدم ترك الملابس ملقاة على الأرض»، «عدم وجود قمامة في الغرفة سوى في سلة القمامة»، «عدم ترك أطباق أو أكواب في الغرفة»، إلخ). وتعين لكل مهمة قيمة محددة من المكافئات الرمزية (نقاط، أو ملصقات، أو فيشات)، ويتم صرف المكافئات الرمزية فوراً بعد إتمام الولد للمسئولية المقررة. ومن المفيد أن يتم تجميع المهام التي تنتمي لنفس النوعية معاً، مثل مكونات الأعمال الروتينية الصباحية أو المسائية. وينبغي أن يشتمل الروتين الصباحي على بنود مثل الاستيقاظ بعد ما لا يزيد عن ندائي إيقاظ، وارتداء الملابس قبل انطلاق المؤقت، وغسل يديه وأسنانه، ومغادرة المنزل في الوقت المحدد للحاق بأتوبيس المدرسة. ويمكن أن يشتمل الروتين المسائي على بنود مثل الاستحمام، وغسل أسنانه، والذهاب إلى غرفته في وقت محدد مع السماح بالخروج من الغرفة فيما بعد مرة واحدة فقط (ليسأل سؤلاً مثلاً).

وقد تبدو عينة قائمة مسؤوليات Responsibilities مثل هذه:

٢ فيشة	النهوض من الفراش بعد ما لا يزيد عن مطالبتين بذلك
١ فيشة	ارتداء الملابس بنفسك
١ فيشة	البقاء في غرفتك إلى أن ترتدي ملابسك
١ فيشة	النزول لتناول طعام الإفطار قبل الساعة ٧:١٥ صباحاً
٢ فيشة	الخروج من المنزل قبل الساعة ٧:٤٠ صباحاً للقاء أتوبيس
٢ فيشة	المدرسة
١ فيشة لكل	ترتيب فراشك
منها	غسل يديك قبل كل وجبة دون أن يطلب منك ذلك
٢ فيشة لكل	غسل أسنانتك في الصباح وفي المساء
منهما	

وينبغي أن تشتمل قائمة المكافئات والامتيازات أول كل شيء على مشاهدة التلفاز، واللعب بألعاب الفيديو (بما في ذلك النماذج التي تمسك باليد)، والحاسب الآلي، ومشاهدة فيلم، وما إلى ذلك. ومعظمها ينبغي كسبها مع زيادات في

الوقت، مثلاً مكافأة رمزية واحدة لكل نصف ساعة مشاهدة تلفاز أو مكافأة رمزية واحدة لكل ١٥ دقيقة ألعاب فيديو أو استخدام حاسب آلي. ويمكن أن تشمل الامتيازات المكتسبة الإضافية على حفلات متأخرة يبيت فيها الولد لدى زملائه، ورحلات إلى صالة ألعاب فيديو، وما إلى ذلك. وبالطبع يجب أن يتأكد الوالدان من أن كل الامتيازات التي تشتمل عليها القائمة يسمح بها فقط عند كسب المكافئات الرمزية من قبل وعندما تتم مبادلة المكافئات الرمزية في الوقت والمكان الصحيحين أو المناسبين لكسب الامتياز.

وقد تبدو عينة قائمة المكافئات والامتيازات rewards and privileges

مثل هذه:

مشاهدة التلفاز (لمدة ٣٠ دقيقة)	١ فيشة
لعب ألعاب فيديو (لمدة ١٥ دقيقة)	١ فيشة
الخروج للعب (لمدة ساعة)	١ فيشة
مد وقت الذهاب للنوم بمقدار ١٥ دقيقة	١ فيشة
القيام برحلة إلى لعبة الحظ	٦ فيشة
تأجير فيلم	١٠ فيشة
كسب اسطوانة ألعاب فيديو بقيمة ٢٠ دولار	٥٠ فيشة

ومن المفيد أن يتم وضع سعر صرف حيث يكسب الولد مكافئات رمزية كافية كل يوم ليعيد شراء كمية الامتيازات المعتادة التي كان يستمتع بها كل يوم قبل تنفيذ العقد ويكون لديه عدد قليل من المكافئات الرمزية يحتفظ بها ليستخدمها في المستقبل، لكسب بعض الجوائز (مقابل قيم المكافئات الرمزية الأكبر) مثلاً. وبوجه عام يستجيب الوالدان والأبناء بشكل جيد لهذا الإجراء، وتتضاءل مشكلات المهام المقررة تدريجياً. ومن المفيد أن يتم تنفيذ العقد على مراحل تبدأ بأكثر المهام والمواقف الأولية وتمتد تدريجياً كلما أعتاد الوالدان والولد على الأسلوب. ونغطي في الخطوة السادسة طرق مد أو توسيع العقد.

الخطوة الخامسة: الواجب المدرسي Home work

إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة غالباً ما يمقتون الواجب المدرسي ويظهرون مشكلات معالجة أو إدارة عندما يطلب منهم إتمامه. ولأن مشكلات التركيز تجعل من الأكثر صعوبة بالنسبة لهم أن يركزوا على المهمة ويبدلوا جهداً ذهنياً، ولأن مشكلات ضبط الدوافع تجعل من الصعب عليهم أن يؤخروا الإشباع أو الإرضاء الذي يحصلون عليه من المشاركة في نشاط اللعب لأداء الواجب المدرسي بدلاً من ذلك، كثيراً ما تحدث صراعات عندما يحين وقت عمل الواجب المدرسي.

ومن المفيد أن نمد العقد السلوكي ليشتمل على إتمام الواجب المدرسي. ويمكن للوالدين أن ينفذا قاعدة منزلية يتم فيها حجز امتياز (مثل مشاهدة التلفاز أو اللعب بألعاب الفيديو) إلى أن يتم الانتهاء من عمل الواجب المدرسي. وتعني هذه القاعدة أنه لا يجب توفير الامتياز لشرائه بالمكافئات الرمزية في أي وقت قبل الانتهاء من عمل الواجب المدرسي. وهذه الممارسة تدفع الولد للانتهاء من عمل الواجب بصورة أسرع، ومن المحتمل أن يمضي وقتاً أقل في التسويف والمماطلة.

وهناك جوانب أخرى لإتمام الواجب المدرسي، وهذه الجوانب أيضاً هامة، إذ ينبغي أداء الواجب المدرسي بأسرع ما يمكن بعد المدرسة. وكلما كان التأخير أطول، كان الوقت المتاح للولد بعد الانتهاء من عمل الواجب المدرسي للتمتع بامتيازات ما بعد الواجب المدرسي أقل، ومن ثم تقل الدافعية. وبالإضافة إلى ذلك، كلما تمت محاولة عمل الواجب المدرسي متأخراً، كان الولد أكثر تعباً، مما يقلل قدرته على الانتباه وممارسة ضبط النفس أكثر.

ومن الحكمة أن يتم ترتيب موقع عمل الواجب المدرسي في مكان يكون هادئاً ولكنه قريب بدرجة كافية تسمح للوالدين بالمتابعة. ولا ينبغي أن يبقى الوالدان في الغرفة مع الولد أثناء قيامه بأداء الواجب المدرسي، ولكن ينبغي أن يدخلوا عليه كثيراً لمتابعة تقدمه. وعندما يطلب منهما المساعدة، ينبغي أن يحذر الوالدان من عمل الواجب للولد. وبدلاً من ذلك، ينبغي أن يقوموا بتوجيهه لمحاولة

الوصول إلى الإجابة الصحيحة وتطبيق نفس المبدأ لإنجاز الفقرات الأخرى. إن إقامة تواصل فعال بين المنزل والمدرسة مكون هام من مكونات النجاح في أداء الواجب المدرسي. فالأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة في الغالب لا يدونون تكاليف الواجب المدرسي بشكل صحيح، أو قد يفقدون ملاحظاتهم و/أو نشراتهم. وعندما يسأل الوالدان الولد «هل لديك أي واجب مدرسي؟» ويجيب الولد قائلًا «لا»، يجب أن يتأكد الوالدان بصورة معقولة أن تكون الإجابة صحيحة. ولهذا السبب يكون من الضروري أن يتم تطبيق وتنفيذ صحيفة واجبات مدرسية. وكل يوم ينبغي إعطاء الولد المسؤولية لكتابة تكاليفاته في الصحيفة أثناء إكماله لليوم الدراسي، ولكن قبل رحيله، يكون من المهم قطعاً أن يتحقق المعلم من قائمة التكاليفات من أجل الدقة. عندئذ فقط يكون الوالدان قادرين على الحصول على معلومات موثوق بها عما إذا كان قد تم تكليف الولد بأي واجب مدرسي لهذا اليوم. وإذا نسى الصحيفة، ينبغي أن يفقد امتياز اليوم المرتبط بإكمال الواجب المدرسي. إن التطبيق الدائم لروتين واجب مدرسي موجه أو مهيكّل والتنفيذ اليومي للصحيفة (بالتعاون مع معلم الولد) هما أكثر الطرق الفعالة للمساعدة في حل مشكلات الواجب المدرسي.

الخطوة السادسة: العقد السلوكي، الجزء الثاني

Behavioral contract, Part 2

بمجرد أن يتم إبرام وممارسة العقد السلوكي الأساسي (الخطوة الرابعة) وتضمين الواجب المدرسي (الخطوة الخامسة) يكون من المفيد أن نقوم بمد البرنامج ليشمل سلوكيات ومواقف أخرى إضافية. وقد يتم مد قائمة المسؤوليات responsibilities تدريجياً. ففي الخطوة الرابعة ينبغي تضمين التوقعات اليومية فقط daily expectations. والآن يمكن للوالدين أن يضموا المهام التي تكون متوقعة بصورة أكثر ندرة، مثلاً مرة واحدة كل أسبوع (مثل إخراج النفايات التي يمكن إعادة تدويرها في أيام جمع النفايات). وبالمثل يمكن مد قائمة المكافئات والامتيازات rewards and privileges لتشمل بنوداً تتطلب مقداراً أكبر من المكافئات الرمزية Tokens،

مثل شراء أسطوانة ألعاب فيديو.

وقد يأخذ والدا الأولاد الأكبر سناً في الاعتبار طريقة يطلق عليها «التجميع» Chunking حيث يتم تجميع مكونات الروتين الصباحي أو المسائي (أو خطوات تنظيف غرفته) في وحدة وظيفية، ويكسب الولد كل المكافآت الرمزية عند الانتهاء من كل مكون بنجاح ولا يكسب أية مكافآت رمزية إذا لم يتم أداء أي جزء. وهذه طريقة لتعليم الولد قبول مكونات الروتين اليومي، ولكن ينبغي تجريبها بعناية وحذر، و فقط بعد أن يتمكن الولد بنجاح من أداء كل مكون من المكونات الفردية في ذلك الجزء من الروتين لمدة أسابيع قليلة على الأقل.

إن تدريب الولد على الاستماع للأوامر «في المحاولة الأولى» يكون أيضاً أحد الخيارات. فقبل إصدار أمر يعلن الوالدان للولد أنه سيطلب منه عمل شيء ما، وإذا أتمه في الحال، ستعطى له مكافأة رمزية، ولكن إذا لم يمثل للأمر فوراً لن يحصل على المكافأة الرمزية ولكن سيكون عليه أيضاً أداء المهمة. وهذا الأسلوب مكون شائع لبرامج التدريب على الامتثال للأوامر.

وقد يفقد الولد أيضاً قدرًا محددًا من المكافآت الرمزية كعقاب لسلوك سيئ معين. فمثلاً رفع صوته في غضب (الصراخ في وجه والديه)، أو استخدام لغة سليطة أو وقحة، أو الضرب يمكن أن تكون له قيمة مكافأة رمزية محددة، وسيتم اقتطاع المقدار المقابل لها عند حدوث هذه السلوكيات. ومن المهم أن يتم استخدام هذا المكون بترو وعلى نحو مدروس. ويمكن التركيز على سلوك أو اثنين فقط في أي وقت، وينبغي تحديد كل منهما للولد مقدماً (وليس على حين غرة، في خضم مواجهة لا يعرف فيها الوالدان ما الأشياء الأخرى التي ينبغي أن يقوموا بعملها). وينبغي أن يتأكد الوالدان أيضاً من أنهما لا يستبعدان عدداً كبيراً للغاية من المكافآت الرمزية بحيث يفقد الولد كل ما كسبه فعلاً، لأن ذلك من المحتمل أن يقلل دافعيته للاستمرار في البرنامج. ومن المهم أيضاً أن نبدأ العقد في البداية بدون تنفيذ تكاليف المكافآت الرمزية (كما عرضنا في الخطوة الرابعة). وينبغي النظر في تكاليف المكافآت الرمزية فقط بعد نجاح العقد لمدة أسبوعين على الأقل.

إن العقد السلوكي تدخل مرن يسمح للولد ووالديه بالإبداع في تصميم طرق لكسب وإنفاق المكافئات الرمزية. وعلى طول الخط يكتسب الولد دروساً قيمة. ويتم كسب المكافئات الرمزية فقط مقابل السلوكيات الإيجابية (وقد يتم فقدانها للسلوكيات السلبية)، ومن ثم يسمح العقد للوالدين بإعطاء عواقب بصورة متكررة. وهذه العواقب تعلم الولد البدء في توقع نتائج سلوكياته والتفكير في المواقف عند حدوثها. وأثناء ذلك يتحسن ضبط الدوافع وضبط النفس.

الخطوة السابعة: المواقف التي تحدث خارج المنزل

Out-of-Home situations

إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة كثيراً ما يسيئون التصرف أثناء تواجدهم في المتاجر والمطاعم ودور العبادة وما إلى ذلك. وبعض هذه المشكلات تكون ثانوية وأقل أهمية من الاستثارة الإضافية التي عادة ما تحتوي عليها هذه البيئات أو درجة ضبط النفس العالية التي تتطلبها بعض هذه البيئات (مثل البقاء هادئاً وساكناً أثناء الخدمات الدينية). وبمجرد أن يتم تنفيذ عقد سلوكي فعال يمكن مده ليشمل السلوكيات التي تتم في هذه البيئات. وقد تم إثبات كفاءة هذا الأسلوب مع الأطفال الميالين إلى التحدي والعصيان (باركلي Barkley، ١٩٩٧ب) والأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة (كابالكا Kapalka، 2003).

ومن الضروري أن نضع قاعدة أو قاعدتين بسيطتين للولد قبل أخذه إلى المكان المستهدف. ويجب أن تكون القواعد قابلة للتحقيق وواضحة ومحددة جداً (مثل «ابق جانبي» أو «لا تأخذ أي شيء من الأرفف بدون إذن»). وبعد التأكد من فهم الولد لهذه القواعد، ينبغي تحديد مكافأة رمزية مقابل إتباع القاعدة (مثل «سوف تكسب ٥ فيشات عندما نصل إلى المنزل»). وأحياناً يمكن أن يكون تحديد تكلفة رمزية إذا لم تتبع القواعد (مثل «إذا كسرت القواعد، سوف تفقد خمس فيشات عندما نصل إلى المنزل») فعالاً أيضاً. وبعد ذلك ينبغي أخذه إلى المكان المستهدف، وينبغي إعطاء العاقبة أو النتيجة الملائمة بعد ذلك مباشرة. ومن المهم أن يركز الوالدان فقط على عدد قليل من القواعد في المرة الواحدة.

وإذا لم يمتثل الولد للقواعد وفقد المكافئات الرمزية، قد تحدث نوبة غضب. وفي مثل هذا الموقف، ينبغي إبعاد الولد من المكان، وتطبيق نسخة من العزل time-out. وينبغي أن يختار الوالدان مكاناً خالياً نسبياً من الاستثارة، مثل الحمام أو السيارة. إن الإجراء المأخوذ من تنفيذ العزل ينبغي أن يكون مماثلاً لما ناقشناه في الخطوة الثالثة. وبعد انحسار نوبة الغضب، ينبغي إعادة تجريب المكان، ولكن في هذه المرة بدون احتمال كسب مكافئات رمزية في هذا المكان اليوم). وفي يوم آخر، ينبغي تجريب المكان مرة أخرى مع احتمال كسب المكافئات الرمزية earn the tokens مقابل الإنجاز الناجح.

ويجب أن يبدأ الوالدان بداية صغيرة ويتوقعا تحسناً تدريجياً وليس فوراً. وينصح بالتنفيذ التدريجي لهذا الإجراء بالتركيز على بيئة خارجية واحدة (مثل متجر) في المرة الواحدة قبل الانتقال إلى بيئات أخرى (مثل دار عبادة) وتنفيذ ذلك أولاً في البيئات التي تسفر عن مشكلات أقل وإضافة البيئات التي تظهر فيها مشكلات أكثر بشكل واضح.

الخطوة الثامنة: المقاطعات Interruptions

إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة عادة ما يقاطعون الكبار عندما يتحدثون مع بعضهم البعض أو أثناء حديثهم عبر الهاتف. وهذه المشكلة ثانوية وأقل أهمية من الصعوبات في كبح الدافع للاستحواذ على انتباه الشخص الكبير المباشر. وقد وجد أن أسلوباً يهدف إلى تعليم الطفل تدريجياً كيف يكبح هذا الدافع فعال مع الأطفال الميالين إلى التحدي والعصيان (باركلي Barkley، ١٩٩٧ب) والأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة (كابالكا Kapalka، ٢٠٠٢ب). وهو شكل مختلف من إجراء تشكيل shaping procedure، وهو تدخل يشجع تطبيقه في البرامج المبنية على الاشتراط الإجرائي operant conditioning.

ويتضمن الأسلوب التعرض التدريجي gradual exposure، مع التحذير، للمواقف التي يحتمل أن يحدث فيها الاندفاع واستخدام العواقب الإيجابية والسلبية التي تعتمد على ما إذا كانت تتم ممارسة ضبط الدافع.

وبمرور الوقت تتم زيادة طول المدة الزمنية في الموقف بشكل ثابت، ويتم وقف التحذيرات في النهاية.

إن الاتصالات الهاتفية تعطي أسهل وأكثر فرصة مضبوطة لتنفيذ هذا الإجراء في البداية. ففي البداية يحذر الوالدان الولد من أنهم على وشك القيام بمكالمة قصيرة ويجب عليه ألا يقاطعهما أثناء تحدثهما في الهاتف. وإذا استطاع إنجاز ذلك، سوف تعطى له مكافأة رمزية. وإذا قاطع المكالمة، سوف يفقد مكافأة رمزية. ومن المفيد أن يقوم الوالدان بالترتيب المسبق لمجموعة «مكالمات صورية أو وهمية»، مكالمات تتم بغرض تدريب ابنهما. وعند تنفيذ هذا الأسلوب لأول مرة، ينبغي عمل مكالمتين أو ثلاث مكالمات على الأقل يومياً. وبمرور الوقت، ينبغي زيادة طول مدة المكالمات، ويمكن إضافة المكالمات الواردة (حيث يصدر الأب أو الأم إنذاراً لتذكير الطفل أثناء رنين جرس الهاتف). وبعد أسابيع قليلة، يمكن إيقاف التحذيرات، ولكن تطبق نفس القاعدة - عدم المقاطعة تؤدي إلى كسب مكافأة رمزية، والمقاطعة تؤدي إلى خسارة مكافأة رمزية. وعندما يستطيع الولد كبح الاندفاع لمقاطعة المكالمات الواردة بدون تحذير بنجاح، يمكن استبعاد المكافأة الرمزية تدريجياً، ولكن المدح أو الإطراء ينبغي أن يستمر، وهذا المدح أو الإطراء سوف يساعد في الاحتفاظ بمكاسب العلاج.

ويمكن أيضاً استخدام هذا الأسلوب لمعالجة المقاطعة في بيئات ومواقف أخرى، مثل محادثات الكبار أثناء زيارة شخص آخر، أو عندما يأتي زوار إلى المنزل، أو أثناء لقاء بالصدفة مع شخص كبير آخر (مثل أحد الجيران).

الخطوة التاسعة: الانتقالات Transitions

عندما يحتاج الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة إلى التحول أو الانتقال من نشاط (مثل مشاهدة التلفاز) إلى نشاط آخر (مثل الحضور إلى مائدة الطعام)، كثيراً ما تنشأ مشكلات. وهذه المشكلات تكون في الغالب ثانوية بالنسبة لقدرات الولد المحدودة على كبح الاندفاع لمواصلة النشاط المنهمك فيه حالياً. ولمعالجة هذه المشكلة، يمكن أن يستخدم الوالدان أسلوباً وجد أنه فعال ويشبه الأسلوب الموصوف في الخطوة السابعة (كبالكا

(Kapalka، ٢٠٠٥هـ). وهو يتضمن استخدام التحذيرات قبل عملية الانتقال أو التحول من نشاط لآخر، والمكافئات بعد عملية انتقال ناجحة، وتكاليف رمزية عندما لا تسير عملية الانتقال بسلاسة.

أولاً يلزم وضع إطار زمني ملائم للتحذير. إن إخبار ولد صغير بأن العشاء سيأتي في خلال ١٥ دقيقة نادراً ما يكون مفيداً. وبدلاً من ذلك يجب وضع الإطار الزمني بطريقة تكون ذات معنى وتأخذ عمر الولد في الاعتبار. فمثلاً عندما يكون الولد يشاهد التلفاز، يمكن أن يقول الوالدان أن الانتقال سوف يتم عند انتهاء العرض أو عندما يأتي الإعلان التجاري التالي. وبالتوافق مع مدخل «الأجراس الثلاثة» three bells الذي يشجع استخدامه في المسارح والأحداث الهامة، يكون من المفيد أن نعطي تحذيرين قبل أن يتم الانتقال الفعلي - تحذير أطول يعلن أنه ستمت عملية انتقال بعد فترة صغيرة، وتحذير آخر عندما تتم عملية الانتقال بعد فترة قصيرة. وعند إصدار الإعلان عن عملية الانتقال (أي عملية الانتقال تتم الآن)، يجب أن ينهمك الولد بسرعة في النشاط الجديد لكسب المكافئات الرمزية. وهذا يعلم الولد أن يتوقع عملية الانتقال، ويستخدم الاستعداد العقلي للتوافق مع عملية الانتقال، ويكبح الاندفاع لمواصلة النشاط السابق. وكما هو الحال مع الأساليب الأخرى، سوف يكون التقدم تدريجياً. وينبغي أن يبدأ الوالدان في استخدام هذا الأسلوب في عمليات الانتقال الأقل احتمالاً أن تفرض مشكلات وتشتمل تدريجياً على عمليات انتقال أخرى أكثر إشكالاً.

٢- الإدارة طويلة المدى Long-Term Management

إن الاستخدام الدائم للأساليب الموصوفة في هذا الفصل يتطلب جهداً متواصلاً. فبمرور الوقت ينبغي مواصلة استخدام بعض الأساليب، بينما يمكن استبعاد البعض الآخر تدريجياً.

وينبغي استخدام الخطوتين الأولى والثانية بصورة مستمرة وبدون توقف. وينبغي أن يصبح استخدام طريقة إصدار الأوامر هذه أسلوب حياة جديد بالنسبة لوالدي الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة.

فالأولاد الذين يعانون من مشكلات في ضبط النفس وضبط الدوافع يميلون إلى العودة إلى أنماط السلوك القديمة عند وقف هذه الأساليب مباشرة. ومن المحتمل أن تتضاءل الحاجة إلى الاستمرار في استخدام الخطوة الثالثة (العزل) time-out عندما يتعلم الولد ضبطاً أفضل للنفس، ولكن يكون من المفيد أن نخزن هذه العاقبة تحسباً لأن تصبح ضرورية.

إن العقد السلوكي هو مكون البرنامج الذي يحتمل جداً أن يوقفه الوالدان عندما تبدأ مشكلات الولد في التضاؤل. على أنه في أغلب الأحيان عند وقف العقد، يبدأ الولد تدريجياً في إظهار مشكلات أكثر. في البداية تكون متقطعة، ولكن بمرور الوقت قد تعود المشكلات إلى المستويات السابقة. ومع الأولاد صغار السن، وأولئك الذين يكونون مندفعين جداً ويظهرون مشكلات خطيرة في ضبط النفس، يكون من الأفضل أن نستمر في استخدام العقد إلى ما لا نهاية، رغم أنه يمكن جعله انسياقياً إلى حد كبير. إن بعض الأساليب المعروضة بإيجاز في الخطوة السادسة - مثل التجميع - يمكن أن تساعد في جعل البرنامج أكثر قابلية للإدارة على المدى البعيد.

وقد يتحسن بعض الأولاد لدرجة لا تعد عندها هناك ضرورة للاحتفاظ بعقد شامل، ولكن قد يكون هناك جانب أو جانبان يتطلبان مواصلة الانتباه (مثل الواجب المدرسي). وفي هذا الموقف، قد يستخدم الوالدان مقايضة فردية one-to-one يكسب بموجبها الولد امتياز معين (مثل القدرة على استخدام الحاسب الآلي اليوم) مقابل إنجاز الواجب المدرسي.

إن الأداء والسلوك المدرسيين مجالان كثيراً ما يحتاج فيهما الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة إلى مواصلة عقد سلوكي. فالأولاد الذين تكون لديهم مشكلات في ضبط النفس غالباً ما يظهرون هذه المشكلات في المدرسة. وقد يظهر الأولاد الأصغر سناً سلوكيات تتعلق بترك مقاعدهم وصياحاً ومشكلات في المشاركة، في حين أن الأولاد الأكبر سناً قد يظهرون مجادلة مع المعلمين ومشكلات في إتباع التعليمات. ويمكن وضع عقد سلوكي مع معلم يتتبع تقدم الولد اليومي فيما يتعلق بعدد محدود من المشكلات

المحددة. وتتم مناقشة هذا الأسلوب بمزيد من التفاصيل في الفصل الثاني عشر بالإضافة إلى التدخلات الأخرى التي يمكن أن يستخدمها المعلمون لإدارة السلوكيات في الفصل.

إن الهدف من الخطوتين السابعة والثامنة هو أن يتم استخدامهما حسب الحاجة أو الضرورة، ويطبق عدد قليل من الأباء والأمهات هذه الأساليب لفترة طويلة. وهاتان الخطوتان تساعدان الأولاد على أن ينموا تدريجياً ضابطاً كافياً للنفس لكبح الاندفاع الأولي لإساعة السلوك. على أنه ينبغي استخدام الخطوة التاسعة إلى ما لا نهاية، فمواصلة إتباع هذا الإجراء أثناء عمليات الانتقال من نشاط لآخر من المحتمل أن تساعد الولد على تنمية طريقة لإعداد نفسه لوقف نشاط يستمتع به عندما تكون هناك ضرورة لفعل ذلك.

٣- تعديلات البرنامج لاستخدامه مع الأطفال الأكبر سناً والمراهقين

Program modification for use with older children and adolescents

إن معظم الأساليب التي تمت مناقشتها في هذا الفصل تعمل بشكل جيد مع الأولاد الأكبر سناً والمراهقين، رغم أنه قد تكون هناك ضرورة لإدخال بعض التعديلات. وينبغي الاستمرار في استخدام الخطوتين الأولى والثانية في سنوات المراهقة، رغم أنه قد يتم تعديل نظرة المتابعة لتجنب مباراة في الحلقة والتحديث مع المراهق. وبدلاً من ذلك ينبغي أن يحصل الوالدان على الاتصال بالعين (أو على الأقل يتأكدوا من أنهما يستحوذان على انتباه المراهق) ويصدرا أمراً واحداً واضحاً ومحددًا. وبعد ذلك، وبدلاً من مواصلة النظر إلى المراهق مباشرة، ينبغي أن يبقى الوالدان بالقرب منه ليوصلا له بصورة غير لفظية أنهما ينويان البقاء في المكان للحصول على الامتثال للأمر. إن تجنب التكرارات عند إعطاء الأوامر (الخطوة الثانية) مهم بالنسبة للأولاد من كل الأعمار، ومن المحتمل أن تظل هذه الخطوة فعالة طوال سنوات المراهقة.

وبدلاً من استخدام العزل (الخطوة الثالثة)، ينبغي أن يشجع الوالدان المراهق على استخدام غرفته بقدر الإمكان للتعامل مع تلك الأوقات التي قد

يشعر فيها بالغضب أو الضيق. إن تشجيع الوالدين لإبعاد المراهق إلى غرفته يساعده على أن يصبح قادراً على ضبط نفسه. وإذا لم يكن قد أساء السلوك بعد بدرجة كافية لأن تتطلب عاقبة سلبية، ينبغي على الوالدين أن يشجعا على الذهاب إلى غرفته ليهدأ، وينبغي أن يتجنبوا جعل الأمر يبدو كما لو أنه عقاب. وينبغي أن يشجعا على الخروج كلما شعر بأنه مستعد. وبهذه الطريقة، لن ينظر المراهق إلى التدخل على أنه أمر سلبي ومن الأكثر احتمالاً أن يتعاون معه.

إن استخدام عقد سلوكي (الخطوتان الرابعة والسادسة) خلال سنوات المراهقة يمكن أن يكون فعالاً جداً، ولكن بدلاً من استخدام النقاط points والمكافئات الرمزية tokens، يجد معظم الآباء والأمهات أنه من الأكثر عملية أن يتم الالتزام بمقايضة فردية (أي واحدة بواحدة) يتم فيها كسب امتيازات معينة (مثل الاستخدام اليومي لهاتف خلوي) بالامتثال لقاعدة معينة specific privileges (مثل دخول المنزل قبل حظر التجول الليلة الماضية).

عادة ما تكون متابعة أداء الولد في المدرسة وامتثاله للواجب المدرسي ضرورية خلال سنوات المراهقة. وكما ناقشنا في هذا الفصل وفي الفصلين ١١ و ١٢، ينبغي أن يطبق الوالدان نظام متابعة يقوم من خلاله معلمو المراهق بعمل تقارير منتظمة (عادة في نهاية الأسبوع) عن درجاته وإنجازته للواجبات المدرسية. وبعد ذلك يمكن للوالدين أن يضعوا معايير أداء دنيا تكسب المراهق امتيازات معينة على مدار الأسبوع.

إن الخطوتين السابعة والثامنة لا تكونا في العادة ملائمتين للاستخدام مع المراهقين، ولكن الخطوة التاسعة يمكن أن تكون فعالة. فمثلاً إعلان الوقت الذي يأخذ فيه أحد الوالدين مراهقاً من نزهة ووضع عواقب إيجابية وسلبية تعتمد على رد فعله يمكن أن يساعده على استخدام ضبط النفس لكبح (أو على الأقل الحد من) رد فعل سلبي. وعلى طول الخط يتعلم تحمل الإحباط، وهو مهارة شخصية هامة سوف تساعده على أن يصبح شخصاً بالغاً يؤدي وظائفه على نحو أفضل.

ثالثاً- ملخص**Summary**

لأن الأوالاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/مفرط الحركة عادة ما يظهرون العديد من المشكلات السلوكية في المنزل والأماكن المرتبطة به (في المتاجر أو المطاعم مثلاً)، يشيع استخدام أساليب إدارة الطوارئ والتي اتضح أنها فعالة في الحد من الأعراض وتحسين الكثير من جوانب الأداء الوظيفي الأسري. وعادة ما يتم تدريب الوالدين في سلسلة جلسات، تركز كل منها على الأساليب اللازمة لمعالجة مشكلات معينة. وقد وصفنا في هذا الفصل أحد هذه البرامج، وهو برنامج مبني على البحث الذي أجراه كابلكا Kapalka (٢٠٠٧ ج).

ويبدأ البرنامج بمساعدة الوالدين على تنمية استعداد عقلي أو نفسي ملائم واتجاه عقلي يساهم في الإدارة الفعالة للسلوكيات. وبعد ذلك يتم تطبيق وتنفيذ الأساليب في جلسات تفصل بينها في العادة مدة تتراوح من أسبوع إلى أسبوعين، ويلزم أن يتدرب الوالدان على كل أسلوب ويرتاجا لتطبيقه قبل محاولة تجريب خطوات أخرى. وتتناول الخطوات الستة الأولى إعطاء الأوامر والتحذيرات، ومعالجة نوبات الغضب، ووضع عقد سلوكي، ودمج واجب مدرسي في الروتين اليومي. ولأن هذه الخطوات تكون مبنية على بعضها البعض، ينبغي إتتمامها بالترتيب. وتتناول الخطوات الثلاثة الباقية المشكلات المصاحبة للسلوكيات التي تحدث خارج المنزل، والمقاطعات، وعمليات الانتقال من نشاط لآخر، ويمكن إتتمامها بأي ترتيب. إن هذه الأساليب ملائمة للأولاد والمراهقين، وقد تمت مناقشة طرق متنوعة لتعديل التدخلات من أجل تحسين الفاعلية مع المراهقين.

الفصل الثامن

الإرشاد الفردي مع الرجال والبالغين الكبار

Individual Counseling with Men and Older Adults

مثل الأولاد والمراهقين من الذكور، يظهر الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أعراضاً تسفر عن مشكلات خطيرة في المنزل وفي العمل ومع الرفاق. وأثناء مرحلة الطفولة تدرج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تحت مجموعتين هما: فرط النشاط/الاندفاع ونقص الانتباه/عدم النظام. ورغم أنه من المحتمل أن يتضاءل فرط النشاط مع التقدم في العمر، إلا أن الاندفاع قد يظل موجوداً، ومن المحتمل أيضاً أن يظهر الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط مشكلات في قدرات الانتباه والتنظيم. وفي الحقيقة أن البحوث قد دلت على أن نقص الانتباه وعدم النظام يميلان إلى الاستمرار (وإلى التفاقم والاستفحال في بعض الأحيان) مع التقدم في العمر بصرف النظر عما إذا كانت أعراض الاندفاع تستمر (باركلي Barkley، 2006).

إن الرجال المندفعين يتخذون قرارات ضعيفة. وكما استعرضنا في الفصل الأول، فإنهم يميلون إلى أن تكون لديهم مشكلات في الاحتفاظ بوظائفهم، وغالباً ما يشاركون في سلوكيات تتضمن مخاطر عالية. وقد ينفقون المال بصورة طائشة ومتهورة، وغالباً ما يهملون مسؤولياتهم كبالغين مثل دفع الفواتير. وقد يكون لديهم سجل من القيادة المهملة والحوادث. وبسبب ضبط النفس المحدود وضعف تحمل الإحباط لديهم، غالباً ما تكون لديهم قابلية للانفجار خاصة عندما يفعل أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو زملاء العمل شيئاً مخيباً للآمال أو محبطاً. وكثيراً ما تسفر ردود الأفعال المفرطة هذه عن صراعات ومجادلات، ويعاني الرجال المصابون باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من علاقات شخصية متوترة وحياة أسرية مليئة بالصراعات. ومع الرفاق فإن الاندفاع يعيق بالمثل التوافق الاجتماعي ويميل الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط إلى أن تكون لديهم مشكلات في الاحتفاظ بالأصدقاء.

إن أعراض نقص الانتباه/عدم النظام قد تسبب أيضاً إعاقة. فالرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط قد يفقدون أثر الفواتير والمسئوليات المكلفين بها والأشياء المرتبطة بالعمل والمقتنيات الشخصية. وكثيراً ما قد يتضايق مشرفوهم وزملاؤهم في العمل منهم لأنهم ينسون إتمام وإنجاز المهام وتفوتهم المواعيد العادية والمواعيد النهائية.

وكما هو الحال مع الأعراض الرئيسة لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى الأولاد، تسفر الأعراض الرئيسة لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى الرجال عن أعراض ثانوية خطيرة. فالرجال المندفعون قد يميلون إلى تكون لديهم إرادة قوية ومشكلات في احتواء ردود الأفعال السلبية عندما لا تسيير الأمور كما يريدون. وغالباً ما يجدهم الآخرون مسيطرين ومعارضين.

وبعد سنوات عديدة من المشكلات من المحتمل أن يستدمج الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط مفهوماً سلبياً للذات، وغالباً ما ينظرون إلى أنفسهم على أنهم أقل شأناً من غيرهم. ومع تاريخ علاقات شخصية مملوء بالصراع والفضل، قد يبدأون في توقع أنهم غير قادرين على الاحتفاظ بعلاقات حميمة صحية أو سليمة. وفي العمل قد يقرون بأن الآخرون على ما يبدو أكثر نجاحاً في الحصول على ترقية وزيادات في الرواتب وما إلى ذلك. ومع الرفاق قد يلاحظون أن الآخرين محبوبون أكثر ويبدو أنه تتم دعوتهم إلى نزاهات ومناسبات أكثر. ومن المحتمل أن تسفر كل هذه الخبرات عن استدماج لتقدير سلبي للذات. وفي الحقيقة أن تلازم أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والاكنتاب يكون أعلى بكثير في مرحلة البلوغ منه أثناء مرحلة الطفولة، وتكشف بعض الدراسات البحثية أن نحو ثلث الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون أعراض اكتئاب رئيسي Major Depression، ويظهر ثلث آخر أعراض اكتئاب جزئي Dysthymia (رامزي & روستين Ramsay & Rostain، 2008). ومع هذا التلازم المرتفع لأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والاكنتاب، يجب أن يكون المعالجون مستعدين لمعالجة هذه الأعراض في العلاج جنباً إلى جنب مع

الأعراض الرئيسية لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. إن مفهوم الذات المنخفض وأعراض (أو الميول نحو) الاكتئاب يساهمون في حدوث مشكلات إضافية مثل الدافعية المحدودة. فالرجال الذين لا يتوقعون أنه يمكنهم النجاح يحدون مدى الجهد الذي يبذلونه في محاولة تحقيق النجاح. ولأنهم يتوقعون الفشل فإنهم يقبلونه بسرعة عندما لا يتقدمون في العمل أو في الدراسة (في الجامعة مثلاً). وهم لا يكرسون قدراً كبيراً من الجهد لتعلم وظائفهم (أو الدراسة) ليس فقط لأن الأعراض الرئيسية (مثل القابلية لتشتت الانتباه) تجعل من الأكثر صعوبة أن يفعلوا ذلك ولكن أيضاً لأنهم يتوقعون أن جهودهم لن تكون مثمرة.

وعندما تبدأ الأعراض الرئيسية لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في التحسن (بسبب استخدام الأدوية مثلاً)، قد لا تحل كل المشكلات، وقد تظل هناك أعراض متبقية. وفي حالات أخرى قد يكون التحسن الذي يحدثه استخدام الأدوية محدوداً. إن بعض المرضى لا يتحملون الأدوية، ومن ثم يجب معالجة الأعراض من خلال وسائل أخرى. وقد يكون الإرشاد الفردي مفيداً بالنسبة للعملاء الذين يتطابقون مع هذه الأوصاف، وينبغي استخدام استراتيجيات علاجية تستهدف الأعراض الخاصة المقترنة باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

وبالإضافة إلى ذلك، وبصرف النظر عن مقدار التحسن الواضح في الأعراض الرئيسية، فإن الأعراض الثانوية (تقدير الذات المنخفض - الدافعية المحدودة) قد لا تتغير كثيراً. ولأن الرجل الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط قد مر بمشكلات استمرت لفترة طويلة في الجامعة وفي المنزل وفي العمل ومع الرفاق، فإنه يكون قد استدمج توقعات سلبية لن تتغير لمجرد أن الأعراض الرئيسية ربما تتضاءل الآن. فقد وقع الضرر بتقدير الذات فعلاً، ويلزم أن يعترف مهنيو الصحة النفسية أن العلاج يجب أن يركز أيضاً على هذه الأعراض الثانوية. إن الإرشاد الفردي يمكن أن يكون مفيداً في معالجة هذه المشكلات.

أولاً- الدعم البحثي

Research support

تؤكد نتائج الدراسات البحثية التي أجريت على الأطفال (تم استعراضها في الفصل السادس) أنه ليس كل أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تحل وتعالج باستخدام الأدوية، وعادة ما تستمر الأعراض المتبقية في المنزل وفي الجامعة. وفي البيئات والمواقف الاجتماعية لا توجد أية أدلة على أن استخدام الأدوية يحسن جودة أو نوعية علاقات الرفاق على المدى البعيد (بلهام Belham، 2002). وبالإضافة إلى ذلك، لا تسفر بعض أنواع الأدوية (مثل المنبهات النفسية) عن حدوث تغيرات تستمر طوال اليوم لأن تأثير الدواء يجب أن يزول قبل تناول العشاء والذهاب إلى الفراش. وبالتالي فإن الأعراض الرئيسية تعود بقية اليوم ويجب أن يجد العميل وأسرتة طرقاً للتعامل معها خلال تلك الفترات الزمنية.

وعلاوة على ذلك، عند إخضاع البالغين للعلاج بالأدوية للسيطرة على أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، فإنهم عادة لا يظهرون التحسن المثير الذي يكون واضحاً لدى بعض الأطفال. فمثلاً كشفت معدلات الاستجابة التي ذكرت في دراسات الأدوية المتنوعة (بما في ذلك المنبهات والأتوموكسيتين وغيرها من الأدوية) أن الأغلبية العظمى من الدراسات وجدت معدلات استجابة أقرب إلى ٥٠٪ (باركلي Barkley، 2006). ومن الجدير بالاهتمام أنه على الرغم من أن نتائج الدراسات البحثية كشفت بوضوح أن علاج الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بالأدوية لا يحل كل الأعراض، إلا أن هناك عدداً محدوداً من البحوث التي أجريت عن فاعلية الإرشاد الفردي بالنسبة للرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وغالباً ما تكون الإرشادات الخاصة بأساليب الإرشاد مبنية على خبرة كLINIكية جماعية أكثر منها على البيانات التجريبية.

وكما هو الحال مع الإرشاد الفردي للأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، فإن الأساليب المعرفية السلوكية فقط تعتبر ربما

فعالة (باركلي Barkley، 2006؛ رامزي & روستين Ramsay & Rostain، 2008). وقد نشر ماكديرموت McDermott (١٩٩٩، ٢٠٠٠) عملاً رائداً في هذا المجال يستعرض بإيجاز الاستراتيجيات المعرفية السلوكية التي قد تكون مفيدة عند إرشاد الكبار الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ومنذ ذلك الوقت، اتسع الاهتمام بالإرشاد الفردي للبالغين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط وزاد. فقد أشار وايلنز وآخرون Wilens et al. (١٩٩٩) إلى فوائد العلاج المعرفي السلوكي للكبار الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ووجدوا أن العلاج كان فعالاً بشكل خاص عند استخدامه متحداً مع الأدوية. وقام سافرين وآخرون Safren et al. (٢٠٠٥) تجربة عشوائية استخدم فيها العلاج المعرفي السلوكي CBT بالإضافة إلى الأدوية. وقد تم تطبيق العلاج في وحدات تغطي المهارات التنظيمية والقابلية لتشتت الانتباه والتعديل المعرفي. وأظهر المرضى الذين تلقوا أدوية مع العلاج المعرفي السلوكي تحسنات تبلغ أربعة أضعاف في الأعراض الرئيسية والثانوية بالمقارنة بالمرضى الذين تلقوا أدوية فقط. وقرر روستين ورامزي Rostain and Ramsay (٢٠٠٦) حدوث تحسنات مماثلة في دراسة استطلاعية تتضمن مرضى بالغين يتلقون أدوية لعلاج اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ويبدو أن نتائج دراسات أخرى تتم الآن تؤكد فائدة مثل هذا الأسلوب (رامزي & روستين Ramsay & Rostain، 2008). ومن الواضح أنه تظهر أدلة على أن استخدام العلاج المعرفي السلوكي، خاصة عندما يكون متحداً مع الأدوية، يكون مفيداً.

وعلى الرغم من أنه قد تم بحث فوائد الإرشاد الفردي أساساً عند استخدامه متحداً مع الأدوية، إلا أن دراسات العلاج الإرشادي وحده أظهرت أيضاً نتائج واعدة. إن التدريب مجال ناشئ تعرض أحياناً للنقد لأنه لا يتضمن عمقاً واتساعاً كافيين، ولا يؤدي المدربون تشخيصاً فارقاً وتخطيطاً علاجياً وافياً لمعالجة اتساع الاحتياجات الكلينيكية الذي غالباً ما يظهره العملاء الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. على أن الأساليب التي قيل أنها

وجدت فعالة بالنسبة للمدربين يمكن أن يستخدمها مهنيو الصحة النفسية كجزء من نموذج علاج صحة نفسية شامل.

إن البحوث التي تجرى على فاعلية التدريب لا تزال محدودة وتشتمل في الغالب على تقارير دراسات الحالة. على أن ألسوب ومنزكوف وبولت, Allsopp Minskoff, and Bolt (٢٠٠٥) قاموا ببحث فاعلية أسلوب تدريب طبق على ٤٦ طالب جامعي يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ووجدوا أن التعليم الاستراتيجي الفردي الذي يهدف إلى تحسين المهارات الدراسية (والذي يشتمل في الغالب على العمل على قدرات التركيز والتنظيم) كان فعالاً في تحسين الأداء الدراسي وأنه تم الاحتفاظ بهذه المكاسب لفصل دراسي واحد بعد توقف التدريب. وهكذا فإن تضمين مثل هذه الاستراتيجيات في إطار إرشاد وعلاج نفسي أوسع قد تثبت فاعليته في الحد من أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

ثانياً- التدخلات العلاجية

Intervention

كما هو الحال دائماً، يجب على المعالج أن يقوم أولاً ببناء علاقة علاجية وإقامة تحالف عمل working alliance مع العميل لكي تكون التدخلات فعالة. ولأن مسائل الذكورة قد تعيق الدافعية للمشاركة في الإرشاد، يجب أن يكون المعالجون الذين يعملون مع الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط مستعدين للكفاح الجاد لإشراك الرجال في العلاج. وينبغي أن تشتمل أهداف العلاج على تقديم التوعية النفسية باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط وطرق أو أساليب العلاج الأخرى (مثل العلاج بالأدوية)، ومعالجة الأعراض الرئيسية، والعمل على معالجة الأعراض الثانوية (مثل الاكتئاب، ومشكلات التحكم في الغضب، وتقدير الذات المنخفض) التي عادة ما يظهرها الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

١- بناء الألفة Rapport Building

عندما يدخل الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط

النشاط في العلاج فإنهم عادة ما ينظرون إليه على أنه محاولة جاهدة أخيرة لمعالجة المشكلات التي يظهرونها. ولأن وجودهم يكون مملوءاً بالصراعات والإخفاقات، فإنهم غالباً ما يشعرون بأنهم وصلوا إلى أدنى نقطة في حياتهم. إن الحضور للعلاج يعني لهم أن عليهم أن يقبلوا أنه ليس بمقدورهم أن يتعاملوا مع مشكلاتهم بمفردهم. ويتم تطبيع الرجال ليصبحوا حلالين للمشاكل، وغالباً ما يقيسون ذكوريتهم بدرجة قدرتهم على معالجة المشكلات التي يقابلونها بنجاح. وقد ينظر إلى قبول المساعدة على أنها علامة ضعف. وهكذا فإنهم قد يظهرون موقفاً دفاعياً ويقللون من حجم مشكلاتهم. وقد يعيق ذلك إقامة تحالف علاجي لأن العملاء قد يحاولون إثبات أنه لا غبار عليهم وأنهم حقاً لا يحتاجون للحضور للعلاج.

وأحياناً قد ينضمون للإرشاد بسبب إصرار أو إنذار نهائي يعبر عنه زوجاتهم بصورة لفظية. ويلزم أن يكون مهنيوا الصحة النفسية يقظين بشأن هذه السيناريوهات، لأن الرجال قد يشعرون بأنهم يأتون فقط لإرضاء زوجاتهم وليس لأنهم يقبلون فكرة أنهم بحاجة إلى المساعدة. وفي هذه المواقف، قد يكون من المفيد أن يتم الالتقاء أولاً بالرجل وزوجته معاً حتى يتم توضيح وصف مفصل للمشكلات، وتكون لدى المعالج فرصة لجمع تاريخ ذي صلة بالمشكلات (من كلا الزوجين)، وملاحظة التفاعل بين الزوجين، وقياس رد فعل الرجل نحو المشكلات التي تفصح عنها زوجته.

وعند رؤية الزوجين معاً يكون من المهم أن نواصل لكل منهما أنه لا ينبغي لوم أي شخص على كل المشكلات، وأن كل شخص سوف يلزم أن يلعب دوراً في الحل. وينبغي تصوير المعالج بأنه مستشار سوف يساعد كلا الزوجين على تطوير أكثر الطرق الملائمة للتواصل وسوف يساعدهما على أن يصبحا أفضل قدرة على أداء أدوارهما في العلاقة. وفي هذا السيناريو قد يكون من المفيد أن نخطط لجلسات فردية مع الرجل وجلسات مشتركة مع الزوجة لمعالجة القضايا المتعلقة بعلاقتهم (كما سنناقش ذلك في الفصل التاسع). ويمكن توصيل الخطة عن طريق تقسيم الجلسات المعتادة نصفين وتقديم كلا المكونين أثناء كل جلسة

أو إجراء الجلسات بالتناوب بين العلاج الفردي والعمل مع الزوجة. إن العمل مع الزوجين عادة ما يتضمن استراتيجيات تتطلب وقتاً أكثر من نصف جلسة معيارية، ومن ثم قد يفضل الأسلوب الأخير.

وعند توصيل كل من طريقتي أو أسلوبي العلاج في وقت متزامن، يكون من المهم جداً أن يتم التواصل بشأن السرية مع العميل والزوجة. ويجب على المعالج أن يضمن للعميل أن يكون المتلقي الرئيسي للعلاج وأنه يتحكم في إعطاء أية معلومات لزوجته. وتظل الأشياء التي تناقش بين العميل والمعالج بينهما إلا إذا اتفق كلاهما على وجوب معالجة شيء ما مع الزوجة. ومن المهم أن يتم تصوير الزوجة بأنها مساهم قيم في العملية وأن الهدف من العمل معها هو تحسين وتعزيز تقدم العميل في العلاج. على أن العميل هو الشخص الذي يسيطر على أو يتحكم في حدود السرية (مع الاعتراف بالتوقعات العادية المتعلقة بواجب التحذير أو بالإبلاغ عن إساءة معاملة الأطفال). إن التأكيد للرجل بأن العلاقة العلاجية توجد أساساً بينه وبين الكلينيكي يمكن أن يساعده أكثر على تنمية الثقة وعلى أن يصبح أكثر شعوراً بالارتياح في العلاج.

وأثناء الجلسات القليلة الأولى يلزم أن يسير المعالج ويتقدم بحذر. وبدلاً من مواجهة العميل بالمشكلات التي ربما تكون الزوجة قد أفصحت عنها، ينبغي على المعالج أن يجذب العميل للإفصاح عن إدراكه وتصوره للمشكلات و/أو الصراعات التي تحدث في المنزل (و/أو في العمل). وقد يريد المعالج أن يطرح أسئلة عن المواقف التي يبدو أنها تؤدي إلى مجادلات أو نتائج ضارة، وعندما يكون طرح هذه الأسئلة ضرورياً لتوضيح الموقف، ينبغي على المعالج أن يواصل الجلسة بصورة تعاونية محفزاً العميل برفق على أن يفكر في الحلول المحتملة. وفي بداية العلاج يكون من المفيد أن نجعل العميل يوافق على العمل لحل مشكلة واحدة على الأقل مثل التوصل إلى طرق للحد من المجادلات بين العميل وزوجته أو للحد من المشكلات المتعلقة بالعمل. وإذا أستطاع العميل التعرف على الأقل على مشكلة واحدة يريد العمل على حلها، من المحتمل أن تكون دافعيته لحضور العلاج أكبر.

٢- التثقيف النفسي Psychoeducation

عند علاج مراهق كبير أو بالغ، سوف يجد المعالج أنه من المفيد في العادة أن يتشارك في التشخيص مع العميل. ويجب أن يكون المعالج حذراً ولا يصور العميل بأنه «متضرر» أو «أقل من الطبيعي» بأي حال، لأن هذا قد يجعل الرجل يشعر بأنه منقوص أو أقل ذكورة.

ورغم أن وضع الاضطراب و/أو أعراضه في سياق نواحي القوة والضعف، كما يوصى بالنسبة للأولاد والمراهقين الصغار (تمت مناقشة ذلك في الفصل السادس)، قد يكون مفيداً في بعض الأحيان، إلا أن أسلوباً آخر ربما يكون منشوداً ومرغوباً بدرجة أكبر. ولأنه توجد أدلة هامة تقرر أن اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط هو اضطراب له أسباب عصبية نفسية ضمنية، فقد يكون من المفيد أن نضع الأعراض في إطار علاقتها بالتغيرات الحادثة في وظيفة المخ، والتي تسببها الاختلافات الموروثة والعوامل الوراثية. وقد تكون المقارنات مفيدة هنا، كما في المثال التالي:

يتصدى ذكر يبلغ من العمر ٣٢ عاماً لقبول تشخيصه بأنه مصاب باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. تمت مراجعة نتائج الدراسات العصبية النفسية عن اختلافات المخ أو الدماغ، واستمر في التصدي لقبول أن أعراضه لها دعائم أو ركائز بيولوجية - على الأقل جزئياً. وكما يكشف الحوار فإنه يتذكر أن والدته تم تشخيصها بأنها تعاني من ارتفاع ضغط الدم، ولكنه يقول أن هذا الأمر مختلف لأن ارتفاع ضغط الدم ليس اضطراباً عقلياً *mental disorder*. يستفسر المعالج عن طرق تعامل والدته مع تشخيصها. وعلى ما يبدو، التحقت بصالة الألعاب الرياضية وقللت الملح في طعامها وأنقصت وزنها. ويساعد المعالج العميل على معرفة أن ارتفاع ضغط الدم اضطراب طبي *medical disorder* يحدث لدى معظم الأفراد بسبب تغيرات موروثة في الآلية الفسيولوجية التي تنظم ضغط الدم، وأن التغيرات البيئية (مثل تحسين الغذاء، وزيادة التدريب، وإنقاص الوزن) تساعد على التحكم في هذا الاضطراب البيولوجي. ونفس الشيء صحيح بالنسبة لاضطراب نقص الانتباه - فرط

النشاط، وسوف يكون تنفيذ تغيرات في أسلوب الحياة ضرورياً للتحكم في الأعراض.

ويقدم مرض السكري مثلاً آخر لنفس المبدأ. إن تصوير اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بأنه اضطراب يتضمن عوامل بيئية وعوامل موروثية من المحتمل أن يساعد العميل على أن الشعور بمسئولية شخصية أقل عن الأعراض وسوف يقلل ميله إلى الشعور بأنه مخصي وضعيف لأنه غير قادر على التحكم في الأعراض من خلال الإصرار والعزيمة فقط.

إن استخدام ارتفاع ضغط الدم أو مرض السكري كتشبيه للمقارنة باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط قد يساعد العميل أكثر على فهم الدور النسبي للعوامل البيولوجية والنفسية في التحكم في الأعراض. فعندما ينمي شخص ما ضغط دم مرتفع فإنه يحتاج إلى تنفيذ تغيرات معينة في أسلوب الحياة تساعده على التحكم في الاضطراب. ففي المثال السابق أنقصت والدة المريض وزنها، وزودت التدريب، وقللت من استعمال الملح في الطعام. وبالمثل فإن المريض الذي يتم تشخيصه بأنه يعاني من مرض السكري يحتاج إلى استبعاد السكر والكربوهيدرات المكررة أو المعالجة من غذائه ويحتاج إلى التحكم في وزنه وزيادة مقدار التدريب الذي يحصل عليه. وبنفس الطريقة، فإن العميل الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يحتاج إلى أن يفهم أنه على الرغم من أن العوامل البيولوجية قد تسبب العديد من الأعراض، إلا أنه يظل مسئولاً عن تنفيذ وتطبيق أساليب تساعده على تحسين مهارات ضبط النفس والتركيز والتنظيم.

التثقيف النفسي بالعلاج بالأدوية. عند اقتراح استخدام الأدوية، غالباً ما يجد الرجال أنه من الصعب قبول هذه التوصية. وكما ناقش في الفصل الثالث عشر، غالباً ما يمتنع الرجال عن قبول العلاج الطبي. إن الاعتراف بأنهم يحتاجون إلى تناول الأدوية للتحكم في الأعراض يجعلهم يشعرون بالضعف ويهدد ذكورتهم. ومن المهم بالنسبة للمعالج أن يشجع العميل ليعبر عن مشاعره تجاه الأدوية، متذكراً أن الرجال غالباً ما تتقصرهم المهارات اللفظية

اللازمة للإفصاح عن المشاعر الرقيقة (روبرتسون & شيبيرد & Robertson & Shepard، 2008). وعادة ما يروي العميل أن التفكير في استخدام الأدوية يجعله يشعر كأن هناك شيئاً خطأ فيه لأن معظم الرجال لا يضطرون إلى أخذ الأدوية ليكونوا «طبيعيين». ولا ينبغي أن يطرد المعالجون هذه المشاعر، ولكن يلزم أن يكون الكلينيكيون حذرين ولا يؤكدونها. وهذه المشاعر تكون شائعة خاصة عندما يكون الاضطراب نفسياً أكثر منه حالة يتم تصورها على أنها في الغالب طبية (مثل مرض أوعية القلب أو مرض السكري). ويجب أن يعمل المعالج جاهداً لمساعدة الرجل على أن يعرف ويقبل أن الاختلاف بين هذه الاضطرابات والاضطرابات العصبية النفسية (مثل اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط) يكون مبنياً بصورة بحثية على الاختلافات في الإدراك والتي تنميتها عندما تكبر، كما هو موضح في المثال التالي:

يقر رجل يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بأنه يشعر كما لو أنه فاشل لأنه على الرغم من جهوده لتذكر الأشياء وتتبع مسؤولياته، إلا أنه يواصل النسيان وفقد أثر المواعيد النهائية والاجتماعات. وهو يعبر عن أنه لا يجب أن يحاول بجد كاف، لأن هذه مشكلات ينبغي أن يكون قادراً على التحكم فيها بقدر كاف من الجهد والعزيمة. ويقوم المعالج بتوجيه المحادثة والحوار للاضطرابات الطبية وطرق التحكم في أعراضها. فمثلاً كيف يتحكم المرضى المصابين بخلل وظيفة الغدة الدرقية في أعراضهم؟ ماذا عن المرضى الذين يعانون من مشكلات في أوعية القلب؟ يقرر المريض أن هذا أمر مختلف لأن هذه اضطرابات طبية. ويساعد المعالج العميل على الاعتراف بأن الاختلاف بين الاضطرابات العصبية النفسية واضطرابات أوعية القلب أو اضطرابات الغدد الصماء لا يكون تقريباً واضحاً كما قد يبدو لأول وهلة. فالكثير مما يطلق عليها اضطرابات طبية تتضمن تغيرات في المخ، حتى إذا لم تكن الأعراض بالضرورة نفسية. فقد يتضمن ارتفاع ضغط الدم تغيرات في الدائرة القشرية المهادية والتي قد تكون متضمنة في إرسال الرسائل الخاطئة إلى الغدة النخامية، مما يسبب خللاً في تنظيم الهرمونات المختلفة وغيرها من المواد الكيميائية المتضمنة

في التحكم في ضغط الدم. وبالمثل فإن خلل وظيفة الغدة الدرقية قد يشتمل على بعض نفس بنيات وتراكيب الدماغ. وعلى الرغم من أن السبب المباشر لمرض السكري هو خلل وظيفة البنكرياس، إلا أن تدخل المخ في تنظيم الهرمونات التي تتوسط لحدوث الشهية والهضم قد يلعب دوراً هاماً في المرض. وينقاد العميل للاعتراف بأن ثنائية أو ازدواجية العقل والجسم مصطنعة، وأن المخ في الواقع يشارك في أغلبية الاضطرابات العقلية. وهكذا ينبغي النظر إلى اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بصورة مختلفة - فهو اضطراب تنتج فيه الأعراض عن خلل التوازن أو التنظيم النفسي يتضمن المخ.

وبمجرد أن يكون الرجل مستعداً لقبول فكرة أن الاضطراب الذي يظهره ليس نفسياً تماماً ولكن له أسباب بيولوجية ضمنية، سوف يصبح بالتأكيد أكثر استعداداً لقبول العلاج بالأدوية. ومن المهم أن يتم تصوير الأدوية على أنها تقدم فقط حلولاً جزئية وأن تتم مساعدة العميل على الاعتراف بأنه سوف يحتاج تغيرات (نفسية وسلوكية) في أسلوب الحياة لكي يتحكم في أعراضه. إن المريض الذي يعاني من ارتفاع ضغط الدم يحتاج إلى أن يغير عاداته الغذائية والتدريبية للعمل مع الأدوية لتحقيق أقصى درجة من التحسن. والمريض المصاب بمرض السكري يحتاج إلى إحداث تغيرات مماثلة. وبنفس الطريقة فإن العميل الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، حتى وإن كان يتناول أدوية، يحتاج إلى أن يقوم بتنفيذ تغيرات في طريقة تعامله مع المواقف المتنوعة لكي يعمل مع الأدوية ويزيد تقدمه أكثر. إن الرجال الذين لديهم قدرة على تنمية هذه النظرة الشاملة لاحتياجاتهم العلاجية من المحتمل أكثر أن يظهروا تحسناً كبيراً.

٣- الأعراض الرئيسية Core symptoms

تشتمل أبعاد أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط على نقص الانتباه/عدم النظام hyperactivity/impulsivity وفرط النشاط/الاندفاع inattentiveness/disorganization. ويمكن النظر إلى كليهما على أنهما يعكسان نواحي نقص في المهارات - ففرط النشاط/الاندفاع ينتجان عن التحكم

المحدود في الدوافع، ونقص الانتباه/عدم النظام ينتجان عن نقص القدرات على تكريس جهد عقلي كاف للاستمرار في أداء المهام ومعالجة سلسلة مهام عقلية معرفية لازمة لمتابعة الجوانب المختلفة للمسئوليات. ولتحسين هذه الأعراض، يمكن للعميل أن يستخدم استراتيجيات معرفية-سلوكية متنوعة.

الاندفاع Impulsivity. إن النموذج الذي وضعه ميكينباوم وجودمان Meichenbaum and Goodman (١٩٧١) والذي تم مناقشته في الفصل السادس قابل للتطبيق على الأولاد boys والمراهقين والرجال Men على حد سواء. ففي تصور العلاج المعرفي- السلوكي CBT لا يفهم الرجل المندفع الحاجة إلى الوساطة لإظهار سلوكياته mediate his behavior، ولا يتعرف على الوسائط اللفظية الملائمة verbal mediators، وبالتالي فإنه لا يتوسط لفظياً للتعبير عن سلوكه verbal mediate. ويجب أن يعالج العلاج كل من نواحي النقص الثلاثة هذه.

ولمساعدة العميل على الاعتراف بالحاجة إلى الوساطة اللفظية verbal mediation، ينبغي أن يقوم المعالج بتوجيهه لمعالجة نتائج أو عواقب السلوكيات (المندفعة) التي لم يتم التوسط لإظهارها. وسوف يكون العميل بدون شك قادراً على تذكر العديد من المواقف التي اتخذ فيها قراراً بصورة متسارعة وندم عليه فيما بعد. إن مراجعة هذه المواقف لابد وأن تكون مفيدة، مع التركيز على طبيعة الموقف، والطريقة التي تم بها اتخاذ القرار، والنتائج أو العواقب التي نتجت عن هذا القرار. وقد يكون من الأفضل أن نحدد بشكل منفصل الأمثلة ذات الصلة بالمواقف المختلفة، وذلك كما هو موضح في المثال التالي:

يعمل معالج مع رجل يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ويحاول مساعدته على معرفة الطرق المختلفة التي يسلك بها بصورة مندفعة. ويقوم المعالج بتوجيه الرجل للتفكير في جوانب حياته المختلفة وكيف يكون الاندفاع واضحاً فيها. ويتذكر مشاجرة حدثت مؤخراً مع زوجته، أفصح الرجل عن أنه منذ أسابيع قليلة قرر أن يذهب لرؤية أصدقائه بينما كانت زوجته تنتظره ليعود إلى المنزل، ولم يتصل بها هاتفياً ليبلغها بهذا الأمر لأنه كان يستمتع بقدر

كبير للغاية من المرح والانبساط. وفي مرة أخرى، ذهب إلى سوق محلي للسلع المستعملة لشراء بعض أدوات الحديقة ولكنه بدلاً من ذلك شاهد بعض بطاقات البيسبول وأنفق كل المال المدخر لأدوات الحديقة على بطاقات البيسبول، محملاً الباقي على بطاقة انتمان الأسرة. وعندما عاد إلى المنزل كانت زوجته غاضبة جداً.

ويعمل المريض في مهنة السباكة. وفي أحد الأيام وهو في العمل اتصل أحد العملاء وطلب تغيير الموعد الذي ستنتم فيه خدمة منزله، ووافق المريض. وعندما دخل رئيسه في العمل ثار غضباً لأن المريض لم يتحقق من جدول المواعيد، وكانت الشركة مرتبطة فعلاً بعمل في مكان آخر في ذلك اليوم. ومن قبل كان قد وقع في مشكلة مع رئيسه في العمل لأنه خرج لتناول الغذاء مبكراً بعد أداء مهمة مباشرة ولم يبلغ المكتب، ولم يكن أحد يعلم أين كان موجوداً لمدة حوالي ساعتين، وهو ما أغضب رئيسه وزملائه في العمل.

وتذكر العميل أيضاً أنه يبدو أنه يتشاجر كثيراً مع أصدقائه. ففي آخر مرة ذهب لمشاهدة مباراة في التلفاز، بدأ يسخر من أحد أصدقائه، مفصلاً عن شيء ما سبق وأن قيل له سراً. غضب الصديق جداً وثار كالعاصفة، وتبعه الآخرون تدريجياً، وترك العميل للانتهاء من مشاهدة المباراة بمفرده. وعند رواية كل موقف كان المعالج يشجع العميل على أن يتعرف على طبيعة عملية اتخاذ القرار (بسرعة، بقليل من التفكير) ويستعرض بإيجاز النتائج السلبية التي تنتج عن مثل هذا الأسلوب. وأوضح المعالج أن الغرض من هذا النشاط ليس جعل العميل يشعر بالاستياء من أخطائه بل مساعدته على الاعتراف بأنه يتخذ قرارات ضعيفة عندما يسلك باندفاع وأنه يمكن معالجة هذا النقص في المهارة في العلاج.

و بمجرد أن يقر العميل. ويقبل فكرة أنه يحتاج إلى وضع طريقة لزيادة مقدار المعالجة التي تحدث قبل اتخاذ القرارات، يكون مستعداً لبدء عمل بيانات ذاتية ليستخدمها كوسائط موقفية. وأثناء الجلسة يمكن للعميل أن يحدد الأفكار التي ستكون أكثر ملائمة. ومن المفيد أن يتم اختيار المواقف التي حدثت في

الماضي ومن المحتمل أن تحدث مرة أخرى في المستقبل. فمثلاً في العمل ربما يكون قد اتخذ قراراً بصورة سريعة للغاية (مثل قرار أخذ فترة طويلة لتناول طعام الغذاء بدون مراجعة رئيسه في العمل). وبعد استعراض نتائج هذا الخطأ، يمكن للعميل أن المعارف التي تتم في الجلسة والتي يمكن استخدامها في مثل هذا الموقف في المستقبل. فإذا كان يتناول طعام الغذاء مع صديق واقترح الصديق البقاء لفترة أطول، يمكن للعميل أن يفكر في البيانات الذاتية الملائمة التي ستساعده على تقييم طبيعة هذا الموقف وتجعله يعي ويدرك الاختيارات المختلفة المتاحة له قبل أن يتخذ قراراً بشأن ما ينبغي أن يفعله.

وسوف يكون من المفيد أن يتم تحديد هذه المواقف عبر بيانات وأماكن متنوعة تتعلق ليس فقط بالعمل ولكن أيضاً بالمنزل والأسرة وكذلك بالتفاعلات مع الرفاق. فعندما اقترب عيد ميلاد زوجته، هل قام بتوفير مال لشراء هدية لها أم اندفع واشترى شيئاً ما لنفسه؟ ماذا كان رد فعلها؟ ما هي الأفكار التي يمكن أن نستخدمها في مثل هذا الموقف والتي تساعدنا على معالجته بصورة أدق والوصول إلى قرار أفضل؟ وبالمثل فإنه في موقف اجتماعي، ربما يكون العميل قد قال شيئاً دنيئاً أو منحطاً عن أحد أصدقائه لأنه كان يبدو بارداً ومرحاً في ذلك الوقت، ولكنه لم يفكر في الشعور الذي يسببه للشخص الآخر. ما هي بعض المعارف التي يمكن استخدامها في مثل هذا الموقف؟ إن التدريب على هذه الأمثلة أثناء الجلسات يمكن أن يساعد العميل على معرفة الأفكار التي ستكون أكثر إسهاماً في اتخاذ القرار السليم.

وفي بعض الأحيان يستطيع العميل التعرف على المصادر الخارجية للبيانات الوسائطية التي يواجهها في حياته اليومية. ففي العمل قد يشارك في محادثات واجتماعات يتم فيها التفكير لحل مشكلات وتستخدم إستراتيجية يتم فيها استعراض ومراجعة كل نتيجة محتملة قبل أن يتم اتخاذ قرار. وقد يتذكر أيضاً محادثات مع زوجته عن مشكلة واجهتها (في العمل، أو فيما يتعلق برعاية الأطفال، إلخ)، وقد يكون قادراً على معرفة الإستراتيجية التي استخدمتها للوصول إلى حل. وكلما زادت حساسية العميل للاعتراف بملازمة هذا الأسلوب،

كلما زادت قدرة هذه المواقف على تحفيزه لتذكر استخدام هذا الأسلوب بنفسه. وتتضمن الخطوة التالية تطبيق هذه البيانات الوصائية للتدريب على المواقف المستقبلية التي سيكون فيها هذا الأسلوب مفيداً. وينبغي مراجعة السيناريوهات بعناية ودقة، مع تضمين المحفزات التي تتطلب اتخاذ قرار، والبيانات الذاتية اللازمة لتحسين أكثر نتيجة ملائمة. ومرة أخرى، فإنه لتحسين احتمالية نقل مكاسب العلاج إلى المواقف الواقعية، ينبغي مراجعة الأمثلة التي يحتمل أن تحدث عبر بيئات وأماكن متنوعة - المنزل والأسرة، والعمل، والرفاق. وقد يكون من المفيد أن نجعل العميل يكتب بيانات وصائية ملائمة في الجلسة. وهذا يعطي عدم مميزات. فهو يجبر العميل على التفكير في عبارة معينة يمكن استخدامها في موقف معين. وبكتابة العبارة، يفكر العميل في الطريقة التي قد يصوغها بها عندما يقولها لنفسه. ويكون المعالج قادراً على رؤية البيان وإعطاء تغذية رجعية وتوجيه. وأخيراً فإن كتابتها قد يحسن ترميز أو تفسير هذه البيانات في الذاكرة، مما يزيد احتمالية استخدام الوساطة العقلية المعرفية فعلاً في موقف واقعي.

وعند استخدام العلاج المعرفي-السلوكي مع الرجال الذين لديهم وعي محدود بحوارهم الذاتي، قد يجد المعالج أنه من المفيد بالنسبة للعميل أن يبدأ بالتحدث لنفسه من خلال موقف بصوت مرتفع. وبالطبع لن يكون هذا دائماً ملائماً، ولكن عندما يكون العميل وحيداً ويواجه موقفاً يتطلب قراراً، فإنه قد يعبر بصورة لفظية وبهدوء عن البيانات الذاتية بطريقة لا تزعج أي شخص آخر. وبمجرد أن يعتاد العميل على التحدث لنفسه خلال مواقف بصوت مرتفع، يكون من الأكثر احتمالاً أن يقوم تدريجياً باستدماج هذه البيانات الوصائية وإنتاجها سراً.

وتعتمد كفاءة هذا الأسلوب على حدة وشدة مشكلات الاندفاع. فعندما تكون المشكلات متوسطة الحدة ويكون هناك بعض التحكم الواضح، فمن المحتمل أن يسفر الأسلوب عن نتائج مفيدة. على أنه عندما يكون هناك اندفاع حاد واضح، قد لا يكون استخدام هذا الأسلوب فعالاً جداً. وفي هذه المواقف

ينبغي أن يقوم المعالج بتشجيع العميل للنظر في استخدام الأدوية لمساعدته على تحسين ضبط الذات لديه، على الأقل إلى حد ما، ويمكن توصيل الأسلوب الموصوف هنا باستخدام الأدوية لزيادة وتعظيم تقدمه أكثر في ضبط اندفاعه والتحكم فيه.

نقص الانتباه Inattentiveness. إن مشكلات القابلية لصرف الذهن تؤثر على الرجل الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بطرق عديدة. ففي العمل قد يستغرق في أحلام اليقظة ويجد من الصعوبة أن ينتبه أثناء الاجتماعات. وفي المنزل قد يخرب نائماً أثناء المحادثات ولا يتتبع مهام العناية بالمنزل التي قد يطلب منه أن يؤديها. وكما ناقشنا في الفصل السادس، فقد تبين أن متابعة أو مراقبة الذات تكون فعالة في المساعدة على الحد من هذه المشكلات لدى الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ويمكن استخدام هذا الإجراء أيضاً مع المراهقين الكبار والرجال البالغين. إن متابعة أو مراقبة الذات تتطلب من العميل أن ينمي القدرة على طرح أسئلة على نفسه عما يفعله الآن. ونصف في المثال التالي تطبيق هذا الأسلوب:

يقر رجل بأنه يكون قابلاً للتشتت وصرف الانتباه عندما يجلس على مكتبه في العمل. فكثيراً ما يستغرق في أحلام اليقظة ويشغل جهاز الكمبيوتر ويتصفح مواقع الانترنت غير المرتبطة بالعمل، ويتصل هاتفياً بأصدقائه عندما يشعر بالملل. وهو يقول أن نهاية اليوم غالباً ما تعود ثانية، ويكتشف أنه متخلف في أداء عمله ولكن لديه صعوبات في مواصلة أداء المهام أثناء العمل..

ويساعده المعالج على الاعتراف بأنه يحتاج إلى أن يبدأ في متابعة أو مراقبة ذاته. وأثناء تواجده في العمل، يحتاج إلى أن يسأل نفسه بصورة دورية: «ما الذي أفعله؟» ويجب عليه بعد ذلك أن يجيب على هذا السؤال بالتفصيل، مفكراً فيما ينظر إليه أثناء هذه اللحظة، وما يفعله جسده، وما يفكر فيه حالياً، وما إلى ذلك.

ويساعده المعالج على أن يستخدم تلميحات وإشارات متنوعة تحث متابعة أو مراقبة الذات. ويطلب من الرجل أن يعلم نفسه استخدام إشارات بصرية

موجودة حوله لحث متابعة أو مراقبة الذات. فمثلاً النظر إلى ساعة حائط أو ساعة يده قد يكون محفزاً له لمتابعة أو مراقبة ذاته. وبمرور الوقت يتشجع لتعليم نفسه أنه في كل مرة يرى فيها ساعة حائط أو ساعة يد، أية ساعة حائط أو ساعة يد، سوف يسأل نفسه: «ما الذي أفعله؟» «هل أنا أفعل ما هو مفترض أن أفعله الآن؟» «ماذا ينبغي أن أفعل بعد ذلك؟».

إن الإشارات البصرية تكون متوارية عن الأنظار وخفية، ولكن يصعب تنفيذها. والأسهل في الاستخدام هي الإشارات السمعية رغم أنها قد تزج الآخرين، وبالتالي فإنها لا تكون دائماً عملية. وتتوافر إشارة سمعية فعالة لمعظم الرجال الذين يرتدون ساعة إلكترونية. فمعظم الساعات الحديثة يمكن ضبطها لتطلق صفارة قصيرة كل ربع ساعة. ويمكن للعميل أن يعلم نفسه ربط هذا الصوت بالحاجة إلى متابعة أو مراقبة ذاته. وهذا قد يكون فعالاً بشكل خاص عندما لا يكون العميل قد استخدم هذه الخاصية الموجودة في ساعته قبل هذا الاقتراح، ومن ثم لم يعتاد على هذا الصوت. وفي تلك الحالة فإنه في كل مرة يسمع فيها الصوت سيكون جديداً وسيكون من السهل ربطه بسلوك جديد (متابعة أو مراقبة الذات).

وبمجرد بدء متابعة أو مراقبة الذات عادة ما تكون المتابعة الملائمة ضرورية. فإذا أمسك العميل نفسه وهو منصرف عن أداء المهام، يلزم أن يسأل نفسه: «ما المفترض أن أقوم بفعله؟» أو «ماذا يفعل كل شخص آخر من حولي؟» قد يساعده ذلك على التركيز مرة أخرى على المهمة الموجودة بين يديه. وإذا كان مركزاً على المهمة ينبغي أن يسأل نفسه: «عندما أنتهي ما الذي ينبغي أن أفعله بعد ذلك؟» وهذا يمكن أن يساعده على البقاء مركزاً على المهمة من خلال الانتقال في الأنشطة التي قد تكون وشيكة. إن تنفيذ متابعة أو مراقبة الذات يستغرق وقتاً وجهداً، كما أنه يتطلب قدراً كبيراً من الدافعية من جانب العميل. على أنه مع التدريب يمكن أن تكون فعالة في تحسين التركيز، خاصة أثناء الأنشطة التي يلزم أن يقوم فيها العميل بأداء مهمة بشكل مستقل والاستمرار حتى الانتهاء منها وإتمامها.

ويمكن لزوجة العميل أن تساعد في تنفيذ متابعة أو مراقبة الذات عن طريق استخدام إشارات تحفزه للتفكير فيما يفعل. وهذا يكون فعالاً جداً عندما يؤدي بصورة خفية بحيث لا يجعل الرجل يشعر بأنه خاضع للسيطرة أو معرض للمذلة والمهانة. فمثلاً إذا علم العميل نفسه استخدام متابعة أو مراقبة الذات كلما التقى بساعة حائط أو ساعة يد، يمكن للزوجة أن تستخدم عبارات مرتبطة بالوقت لإعطاء زوجها إشارة خفية - «أوه، انظر الوقت» أو «إنني أتساءل كم الساعة الآن؟» من غير المحتمل أن يستدعي هذا الأسلوب غير المباشر رد فعل سلبي وينبغي أن يساعد العميل على التركيز مرة أخرى على المهمة الموجودة بين يديه.

ولتقليل حالات تشتت أو صرف الانتباه إلى أدنى حد، ينبغي توجيه العميل لتنظيم بيئته بطريقة تساهم في البقاء مركزاً على المهمة. ففي العمل ينبغي أن يراعي ما إذا كانت بيئته تعيق التركيز. فإذا كان قريباً من النافذة قد يفكر في سحب الستائر حتى لا تشتت الأنشطة الموجودة بالخارج انتباهه. وإذا كانت هناك موسيقى تعزف، قد يفكر في مطالبة زملائه في العمل بخفض الصوت أو غلق مشغل الموسيقى. وعندما لا يكون ذلك ممكناً، قد يستخدم سماعات أذن أو سدادات أذن عندما يؤدي مهام تتطلب التركيز. وفي المنزل فإن المكان الذي يهتم فيه بالفواتير أو يراجع مخططه (سوف نناقش ذلك فيما بعد) يلزم بالمثل أن يكون خالياً من مسببات تشتت أو صرف الانتباه. وينبغي جعل الأسلوب الخاص شخصياً ليناسب شخصية العميل واحتياجاته.

عدم التنظيم Disorganization. عندما يصبح الأولاد رجالاً، فإن حاجتهم إلى تنظيم مسؤولياتهم والتخطيط لأداء مهام متنوعة تزيد بدرجة كبيرة. ويتوقع من البالغين أن يخططوا وقتهم بشكل مستقل ويتبعوا واجباتهم برسائل تذكير صغيرة. إن الرجال الذين تكون لديهم مشكلات في التخطيط والتنظيم يظهرون مشكلات خطيرة في العديد من المجالات وعبر العديد من البيئات والمواقف، خاصة تلك التي تشتمل على العمل والمنزل. وفي الحقيقة اعتبر بعض الباحثين مشكلات عدم التنظيم كعرض من أعراض اضطراب نقص الانتباه -

فرط النشاط يسبب أكبر ضعف أو إعاقة في الأداء الوظيفي الكلي (رامزي & روستين Ramsay & Rostain، 2008). وبالتالي فإن العمل مع العميل لتنمية مهارات تعويضية في هذا المجال هو أمر ضروري ولا يمكن الاستغناء عنه. وهناك جانبان منفصلان لعدم التنظيم يجب تحديدهما أولهما هو التسويق أو المماطلة. وهو يتضمن تأخراً في الاهتمام بمهمة يلزم الانتهاء منها. وعند التسويق والمماطلة يؤجل العميل مهمة ليست ملحة بشكل مباشر أو على ما يبدو ليست قابلة للمعالجة الآن. وقد تتعقد هذه المشكلة بنفور متعلم من أداء مهام اختبرها العميل من قبل ووجدها ضخمة أو محبطة. وقد تشمل هذه المهام مهام عمل أو تكاليف دراسية أو واجبات منزلية معينة غير محببة أو صعبة. وعندما يقوم شخص ذكر يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بالتسويق والمماطلة، فإنه يزيد من تفاقم المشكلة الثانية المرتبطة بعدم التنظيم: وهي القدرة على إدارة الوقت والموارد. ويجب معالجة كل من هاتين المشكلتين بشكل منفصل في العلاج.

وقد تكون استراتيجيات تنشيط السلوك فعالة في الحد من التسويق والمماطلة (رامزي & روستين Ramsay & Rostain، 2008). إن التدخلات المعرفية يجب عامة أن تسبق العمل كما هو واضح في المثال التالي:

يقر طالب جامعي بأنه يسوف ويماطل وأن لديه مشكلات في إنجاز التكاليف الدراسية خاصة أبحاث الفصل الدراسي. وعادة ما ينتظر حتى آخر دقيقة، ثم يشعر بالهزيمة والإحباط ويحاول الانتهاء من التكليف بصورة متعجلة، وهو ما يسفر في العادة عن درجات منخفضة. ويقوم المعالج بمساعدة العميل في تحديد البيانات الذاتية التي يصدرها عن التكليف كلما فكر فيه. وتشمل هذه البيانات الذاتية أفكاراً تضخم الكراهية المدركة للمهمة مثل «لا يمكنني مواجهة ذلك الآن» و«هذا كثير عن اللازم بالنسبة لي ولا يمكنني التفكير فيه» و«هذا سوف يستغرق فترة طويلة للغاية وليس لدي الوقت الآن». ويتدخل المعالج ويساعد العميل على إعداد بيانات ذاتية تكون أكثر ملاءمة مثل «ينبغي عمله،

وتأجيله يجعله فقط أكثر صعوبة وإثارة للضغط والتوتر» أو «سوف أفعل قدراً قليلاً في كل مرة، ومن ثم سوف يتم أداؤه تدريجياً» ويكون المعالج منتبهاً ويقظاً بشكل خاص ليتأكد من إعادة تركيز الأفكار الآلية من تجنب المهمة إلى الإقبال على المهمة.

و بمجرد أن تتغير البيانات الذاتية، يتشجع العميل للإقبال على المهمة. على أنه لتقليل الخوف من الشعور بالهزيمة والإحباط، يقوم العميل بتقسيم المهمة إلى مكونات أصغر ويقرر العمل لمدة ١٥ دقيقة في كل مرة ثم يأخذ استراحة. وإذا رغب في ذلك، يمكنه العمل لمدة أطول من ١٥ دقيقة، ولكن يمكنه اتخاذ هذا القرار عند انتهاء مدة الـ ١٥ دقيقة. وبهذه الطريقة، يتجنب الشعور بالهزيمة والإحباط. ويتم تشجيع العميل ليتأكد من أنه يخصص على الأقل فترتين طول كل منهما ١٥ دقيقة يومياً لمدة الأيام السبعة التالية، وبعدها تتم مراجعة التقدم. وقد وجد رامزي وروستين Ramsay and Rostain (٢٠٠٣) أن وضع قاعدة بشأن طول مدة الإبقاء على الجهد المتواصل يكون مفيداً. واعتماداً على العميل، قد تكون قاعدة بمدة ١٠ دقائق أو قاعدة بمدة ١٥ دقيقة أو قاعدة بديلة مماثلة مفيدة. وعند تكييف مثل هذا الأسلوب يخبر العميل نفسه بأنه سوف يعمل في مهمة للمدة الزمنية المحددة وبعدها سوف يكون بمقدوره أن يأخذ استراحة. وإذا أراد العمل لمدة أطول، سوف يكون لديه حرية الاختيار للاستمرار، ولكنه لن يكون مضطراً لذلك إذا بدت المهمة مرهقة للغاية في ذلك الوقت. وبعد استراحة قصيرة سوف يعود إلى المهمة لنفس المدة الزمنية، ويأخذ استراحة أخرى مرة أخرى بعد ذلك. إن هذا الإجراء يعمل بشكل جيد خاصة إذا كان العميل يستخدم إشارات سمعية لمتابعة أو مراقبة ذاته (سبق وأن وصفنا ذلك) تصدر فيها ساعة يده صفارة كل ١٥ دقيقة. وهذه يعطي فترة فاصلة طبيعية يمكن أن يحدث أثنائها التنشيط للمهمة. ولأن المدد الزمنية قصيرة يجد معظم العملاء أن المهمة تبدو أقل إرهاقاً. وعلى الرغم من أن فترات الـ ١٥ دقيقة الأولى القليلة قد لا تسفر عن قدر كبير من التقدم، إلا أنها من المحتمل أن تساعد العميل على معرفة أن المهمة الموجودة بين يديه ليست بالصعوبة التي كان يتصورها في

الأصل، وكلما تم إحراز تقدم أكثر، كلما أصبح من الأسهل العودة إلى المهمة وإنجازها.

ويمجرد أن يتم التغلب على التسويف والمماطلة - على الأقل إلى حد ما - يمكن التطرق إلى مهارات تنظيمية أخرى. وبوجه عام سوف يكون العمل في الوقت المحدد وإدارة الموارد ضروريين. وفي البداية ينبغي أن يبدأ العميل في استخدام منظم لمساعدته في تتبع جدول مواعيده. ويمكن أن يتخذ هذا المنظم أشكالاً وصوراً متنوعة: تقويم، أو مساعد رقمي شخصي يحمله معه طوال اليوم، أو هاتف خلوي به خاصية تقويم (مثل البلاك بيري الشهير)، أو برنامج كمبيوتر على جهاز الكمبيوتر المكتبي أو المحمول الخاص بالعميل. وقد تكون الخيارات الثلاثة الأخيرة مفيدة بشكل خاص. وكما تناقش في الفصل الحادي عشر، فإن الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يجدون أنه من الأسهل أن ينتبهوا ويهتموا بالمهام التي تتضمن اللون والصوت والحركة. ولأن استخدام المنظمات الإلكترونية يتضمن ثلاث وسائل (الرؤية والسمع واللمس)، فإن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من المحتمل أكثر أن يستمتعوا باستخدام هذه الأجهزة ويجدون من الأسهل أن يواصلوا الانتباه أثناء استخدامها.

وسوف يتطلب العميل في العادة مساعدة أولية في برمجة الجهاز (أو تعلم كيف يسجل المهام في مخطط تقويم). ويمكن للمعالج أن يقدم توجيهاً ويمكن استدعاء الزوجة للمساعدة أكثر في المنزل. ويلزم أن يتعلم العميل تسجيل كل مهمة في المنظم بمجرد أن يتعلم أنه يلزم أداؤها وأن يبين التاريخ الذي تم فيه الانتهاء منها. وفي مخطط تقويم، قد تكون المهمة مدونة في اليوم المستحق فيه أداؤها، وعلى فترات فاصلة محددة مقدماً يمكن للعميل أن يدون رسائل تذكير للعمل في أجزاء المهمة. ويمكن ضبط المنظمات الإلكترونية لتعطي رسائل تذكير بالمهام الذي لم يتم الانتهاء منها، ومن ثم فإن هذه قد تكون خيارات جيدة بشكل خاص.

وبالإضافة إلى تسجيل المهام عندما يعلم بها، يلزم أن يضع العميل

إجراءً روتينياً للتحقق من المخطط على فترات منتظمة. إن مرتين في اليوم عادة ما تكونان الحد الأدنى اللازم للأداء الوظيفي المتوافق. ففي الصباح بينما يستعد العميل لمغادرة المنزل للذهاب إلى العمل (أو بعد الوصول إلى العمل مباشرة)، يلزمه أن يخصص حوالي خمس دقائق لمراجعة ما يلزم أن ينجزه في ذلك اليوم. وهذا سوف يساعده في تخطيط جهوده. وفي الحقيقة أنه إذا كان العميل يستخدم متابعة أو مراقبة الذات (التي سبق وصفها)، فإن الأسلوبين يمكن أن يكملا بعضهما البعض، ويمكن للعميل أن يستخدم الإشارات والتلميحات ليسأل نفسه أسئلة عما إذا كان ينجز ما هو موجود في مخططة لهذا اليوم.

ولتعظيم وزيادة الفائدة أكثر، ينبغي على العميل أيضاً أن يستخدم المخطط في فترات المساء، ربما قبل بدء الإجراء الروتيني الخاص بوقت النوم مباشرة (الاجتسال، غسل الأسنان، إلخ). وعند مراجعة المخطط في المساء، يمكن للعميل أن يتحقق مما إذا كان قد تم إنجاز كل شيء تم تحديده لذلك اليوم. وإذا لم يتم الانتهاء من مهمة، يمكن وضعها في جدول أعمال اليوم التالي حتى تستمر جهود الانتهاء منها. إن تخصيص فترة قصيرة كل مساء لمراجعة المخطط سوف يعطي أيضاً فائدة إضافية. فإثناء ذلك الوقت، يمكن للعميل أن يسأل زوجته عن أية مهام تريد منه أن ينجزها في اليوم التالي. وهذا يعطي فرصة هامة للتواصل مع الزوجة ويحسن قدرة العميل على المشاركة في مهام الأسرة وخططها وأحداثها. إن تنمية مهارات التنظيم تتضمن استخدام أساليب أخرى إضافية. فكل مهارة تتضمن خطوات صغيرة بسيطة قد يبدو أنها تساهم إسهاماً كبيراً وحدها، ولكن عند تناولها معاً يمكن تحقيق تقدم كبير. إن تشفير الألوان أسلوب مجرب وموثوق فيه يساعد العملاء الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (كولبيرج & نادو Kolberg & Nadeau، 2002). يمكن إعطاء كل مكون من مكونات الحياة والمسئوليات اليومية لون منفصل ويمكن استخدام حافظات أوراق لها هذا اللون لتخزين الأشياء المرتبطة بتلك المهام. فمثلاً يمكن وضع الفواتير المستحقة الدفع فيحافظة أوراق حمراء اللون، ويمكن وضع الأشياء المرتبطة بصيانة المنزل فيحافظة أوراق خضراء اللون، وهكذا دواليك.

وينبغي على كل عميل أن يستخدم ألواناً تساعد بعض الشيء في التلميح له بهذه الأشياء. إن تشفير الألوان يكون أيضاً فعالاً بالنسبة للمهام التي ترتبط بموقع العمل. فمثلاً قد يتم وضع كل مشروع في حافظات أوراق مختلفة الألوان، ويمكن للعميل أن يتعلم التحقق من حافظات كل لون على الأقل مرة واحدة كل يوم لمتابعة تقدمه.

وينبغي وضع كل البريد في صندوق بريد وارد، أي مكان محدد على مكتب العميل. وبمعدل مرة يومياً ينبغي على العميل أن يراجع صندوق البريد الوارد بدقة ويضع أشياء من صندوق البريد الوارد في حافظات أوراق ملأمة لمزيد من الإجراءات والعمل. ويحدد العميل أياماً معينة كل شهر يدفع خلالها كل الفواتير الموجودة في حافظة الأوراق الحمراء اللون. ولأن الفواتير غالباً ما تكون لها تواريخ سداد واجبة مختلفة، فإن يومين على الأقل كل شهر قد يكونا ضروريين. وينبغي تدوين هذين اليومين في المخطط اليومي حتى لا ينسى العميل. وإذا لم يكن العميل قادراً على الانتباه للفواتير في ذلك اليوم، فإن المراجعة المسائية للمخطط سوف تحدد هذه المهمة بأنها ناقصة وسيكون العميل قادراً على تحديد يوم آخر للانتباه لهذه المسؤولية والاهتمام بها.

ويمكن للزوجات أن يقدمن مساعدة قيمة عند إعداد هذه الأساليب. فيمكنهن وضع البريد في صندوق البريد الوارد المحدد واستخدام هذا المكان لكتابة رسائل وقوائم للعميل عن ما يلزم إنجازه. فمثلاً، بدلاً من مجرد إخبار العميل بأن هناك تسريباً في صنوبر الحمام وأنه يلزم تغيير الحشية أو الجوان، يمكن للزوجة أن تدون هذا على ورقة وتضعها في صندوق البريد الوارد الخاص بالعميل. وبعد ذلك، عندما يراجع صندوق البريد الوارد في كل مساء، يمكنه وضع هذه الملاحظة في مخططة اليومي في أي يوم يشعر فيه بأنه سيكون قادراً على الاهتمام بهذه المهمة.

أن تصبح منظماً عادة ما يتضمن تعلم تدوين الملاحظات والقوائم لأن ما يتم وضعه في المخطط اليومي هو أساساً قائمة بالمهام مع ملاحظات عن ما يلزم فعله. على أن هناك أوقات لا يكون فيها استخدام المخطط عملياً. فمثلاً أثناء

القيادة أو حضور اجتماع، لا يكون تدوين ملاحظات في المخطط ملائماً. ولهذا السبب فإن العملاء الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ينبغي أن يكون لديهم مفكرات حاسوبية (أو أجهزة تسجيل رقمية صغيرة) متاحة في موقع العمل وفي المنزل وفي السيارة، وما إلى ذلك. وعندما يفكرون في مهمة يلزم أداؤها، فإنه يلزم أن يدونها هناك (أو يملونها في جهاز التسجيل) ثم يأخذون الملاحظة (أو التسجيل) معهم. وبعد ذلك، وفي نهاية اليوم، ينبغي أن يحددوا فترة يقومون خلالها بتفريغ جيوبهم وتنظيم المحتويات - فحافضة النقود ومفاتيح السيارة تذهب إلى درج بجوار الفراش، ويتم نقل الملاحظات إلى المخطط، ويتم الاستماع إلى الملاحظات المملة وبالتالي صرفها، وهكذا دواليك. إن تعلم مهارات التنظيم هو عمل مستمر. فالرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غالباً ما يبدؤون بقبول فكرة أن كونهم غير منظمين هو فقط جزء منهم، ويشعرون أن تعلم أن يكونوا منظمين صعب للغاية. على أنه عند إعطاء دافعية للرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لمعالجة هذه المشكلة، فإنه يمكن تعليمهم استخدام عدد كبير ومتنوع من الأساليب ليصبحوا أكثر تنظيماً، وقد سبق وأن ناقشنا بعضها فقط. وينبغي أن يفكر المعالج والعميل بصورة إبداعية أو ابتكارية في استراتيجيات أخرى قد يتم تطويرها لمساعدة العميل على تحسين قدراته على تتبع أشياءه ومهامه ومسئوليته. فمثلاً روى رامزي وروستين Ramsay and Rostain (٢٠٠٨) عن العمل مع عميل أعتاد أن يضع مفاتيح سيارته في غير موضعها وعادة ما كان يتأخر عن العمل لأنه كان لديه مشكلة في تحديد مكانها كل صباح. وانتهى الأمر بالعميل بأن قام بتثبيت خطاف بمسمار بالقرب من الباب الأمامي الذي كان يعلق عليه جهاز. ووجد العميل هذا الحل بسيطاً ولكنه فعالاً وأصبح أفضل قدرة على الوصول إلى العمل في الموعد المحدد. إن المعالجين ينبغي أن يكونوا معدين للتفكير خارج الصندوق لكي يأتوا بحلول خلاقية وابتكارية لمساعدة العملاء على التغلب على بعض مشكلاتهم التنظيمية.

٤- الأعراض الثانوية

إن الرجال الذين يظهرون مشكلات في ضبط النفس غالباً ما تكون لديهم مشكلات في التحكم في غضبهم وتحمل المواقف التي يجدونها محبطة. وتحسين الأعراض الرئيسية، خاصة الاندفاع، سوف يحد من هذه الميول، ولكن رد الفعل المفرط للمواقف المحبطة من المحتمل أن يظل يمثل مشكلة حتى بعد إدخال استخدام الأدوية. ومن ثم فإن التطرق إلى التحكم في الغضب وتحمل الإحباط في العلاج من المحتمل أن يكون مفيداً.

وبالإضافة إلى ذلك، فإن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عادة ما يكونوا قد عاشوا حياة مملوءة بالصراع وال فشل. فعلى مدار سنوات عديدة يكونون قد استدمجوا تقديراً سلبياً للذات ودافعية محدودة للنجاح. وعندما تتضاءل الأعراض الرئيسية فإن المشكلات المتعلقة بتقدير الذات والدافعية سوف تستمر على الرغم من ذلك، ويجب على المعالجين أن يخططوا للاهتمام بهذه الأعراض الباقية في العلاج.

التحكم في الغضب. كما سبق وأن ناقشنا، يظهر الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تاريخاً طويلاً من الصراعات مع أفراد الأسرة والمعلمين وزملاء العمل والرفاق. ونتيجة لذلك، فإنهم يكونون قد تعلموا توقع أن التفاعلات مع أولئك المحيطين بهم من المحتمل أن تسفر عن مجادلات ومشاعر سلبية. وهم يتوقعون نتائج سلبية من معظم التفاعلات الاجتماعية، ويميلون إلى إعداد أنفسهم للمشكلات عند اتصالهم بأولئك المحيطين بهم.

ويؤثر هذا التوقع السلبي على علاقاتهم بطرق عديدة. ولأن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يتوقعون معركة، فإنهم غالباً ما يتعاملون مع الآخرين بموقف أو اتجاه سلبي. وقد يوصلون هذا الموقف أو الاتجاه بنبرة غضب في صوتهم، ووضع جسم مهدد، وتلميحات مهددة، وتعابير لفظية عدوانية. ويعدون أنفسهم بصورة لاشعورية للصراع ويوصلون ذلك بصورة لفظية وكذلك بصورة غير لفظية.

وينبغي على المعالج أن يساعد العميل على التعرف على المواقف التي تجعله سعيداً، وفضولياً، ومحبطاً، وغازباً، وخائفاً، وما إلى ذلك. ومن المفيد أن يقضي المعالج بعض الوقت في هذا الموضوع. ولأن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من المحتمل أن يختبروا تفاعلات سلبية أكثر من التفاعلات الإيجابية، فإن التعرف على التفاعلات الإيجابية قد يتطلب جهداً.

وبمجرد أن يتم التعرف على مواقف متنوعة، ينبغي على المعالج أن يوجه الرجل للتعرف على مدى ردود الأفعال الجسدية التي يختبرها عند حدوث هذه المواقف. كيف يعرف أنه سعيد؟ غاضب؟ خائف؟ ماذا يفعل قلبه؟ ماذا عن تنفسه؟ هل قبضتيه مشدودتان؟ هل جسده متوتر ومضطرب؟ عندما يتم التعرف على ردود الأفعال الجسمية هذه، فإنها تصبح متاحة كإشارات محتملة لتوصل للعميل أنه قد تم إيقاظ رد فعل انفعالي. واعتماداً على رد الفعل الفسيولوجي، يمكنه تعلم التعرف على الشعور المعين المقترن بكل حالة جسمية أو بدنية. وبالإضافة إلى التعرف على ردود الأفعال الجسمية، يكون من المفيد أن نحدد الأفكار التي تصاحب المشاعر. ما الحوار الذاتي عندما يكون الرجل غاضباً؟ ما هي الأفكار التي تصاحب الإحباط؟ ماذا عن التوقع؟ ماذا عن القلق؟ إن الرجال غالباً ما تكون لديهم مشكلات في التعرف على أو تحديد المشاعر. فقد نشئوا على الاعتقاد بأن التعبير عن المشاعر هو علامة ضعف وأن «الرجل الحقيقي» يتحكم في مشاعره. ويلزم أن يعرف المعالجون أن التعرف على أو تحديد المشاعر (والأفكار المصاحبة لها) من المحتمل أن يكون خبرة جديدة بالنسبة للذكر البالغ، وأنه قدراً كبيراً من التوجيه سوف يكون ضرورياً لإنجاز هذه الخطوة.

ووفقاً لمبادئ الإرشاد المعرفي-السلوكي، فإن الأفكار تعجل بالسلوكيات، وبالتالي يكون من الضروري أن تساعد الرجل على أن يكون على وعي بما يفكر فيه قبل أن يصدر سلوكاً أو تصرفاً. ومن المحتمل أن يكون ذلك صعباً. فكلما كان العميل أكثر اندفاعاً، كلما كانت المعالجة المعرفية التي يستخدمها أقل.

على أنه تحدث على الأقل بعض المعالجة المعرفية في كل موقف. وعادة لا يكون الرجال على وعي أو دراية بالطريقة التي تؤثر بها أفكارهم على سلوكياتهم. إن مساعدتهم على أن يصبحوا على وعي ودراية بهذا الارتباط هو خطوة ضرورية في العلاج.

وعندما يتم التعرف على أو تحديد هذه الأفكار، يكون العميل مستعداً للبدء في تنمية حوار ذاتي فاعل. وبمجرد أن يدرك أنه يستخدم على الأقل بعض الحديث الذاتي (وإن كان قصير جداً) عن موقف قبل أن يتصرف فيه، يمكن تعليمه مد وقت المعالجة وتضمين أفكار تكون أكثر إسهاماً في ضبط النفس. ويمكنه تعلم تكرار هذه البيانات الذاتية لنفسه في المواقف التي تثير المشاعر والانفعالات. وكما وصفنا في الفصل السادس، يمكن تعليم الرجال أن ينظروا إلى هذه البيانات الذاتية على أنها خطابات حماسية مماثلة لتلك التي يلقيها المدربون في العادة على أفراد فريقهم. ولأن الكثيرين من الرجال مشجعون للرياضة، فإنه يمكنهم الارتباط بهذا التشبيه أو القياس. ويمكن للمعالج أن يوجه العميل للتفكير في الطرق التي يحافظ بها فريق كرة قدم على السيطرة حتى عندما يشعر اللاعبون بالغضب من فريق يمثل خصماً رئيسياً لهم. ويتعلم الفريق معرفة أن أفضل إستراتيجية للفوز هي المحافظة على السيطرة واللعب في حدود قواعد اللعبة وأخذ وقت للإلتيان بحركات تتسم بالإبداع والابتكار لمجابهة الفريق الآخر. ويمكن للعميل التعرف على البيانات التي يحتمل أن يقولها المدرب لفريقه. وبعد ذلك يمكن توجيهه لاستخدام بيانات ذاتية مماثلة لمساعدته على الاستمرار في التركيز والسيطرة عندما يواجه مواقف أو أشخاص يجد أنهم محبطون.

وما إن يتم استخدام الخطب الحماسية لمنع رد الفعل المفرط الأولي، يمكن أن تحدث معالجة أكثر عقلانية. ويمكن للعميل أن يفكر في الأشياء المختلفة التي قد يفعلها ويقولها في موقف يجعله يشعر بالغضب أو الإحباط. ويلزم أن يلي كل سلوك تقييم للعواقب التي من المحتمل أن تحدث إذا تم اختيار هذا الخيار. إن جعل هذه المقترحات تستند إلى أمثلة لمواقف واقعية حدثت مؤخراً سوف يجعل هذا الأسلوب أكثر شخصية وفاعلية، ومن ثم ينبغي تشجيع الرجال لرواية أمثلة

لأحداث وسلوكيات حدثت مؤخراً وإعادة التفكير في تلك الموافق للوصول إلى بدائل بناءة.

وتتضمن الخطوة الأخيرة اختيار أكثر إجراء ملائم. ومرة أخرى يكون من الضروري مواصلة التأكيد على أنه يجب دائماً مراعاة عواقب أي سلوك معين وأنها يجب أن تكون هي الموجه الرئيسي الذي يساعد العميل على أن يقرر ما ينبغي أن يفعله في أي موقف معين. وكلما تم استخدام هذا الأسلوب أكثر، كلما أمكن أكثر إبطاء سلسلة الفعل-رد الفعل واستخدام معالجة أكثر فاعلية، مما يحسن مهارات تحمل الإحباط والتحكم في الغضب.

ويكون هذا الأسلوب واضحاً في المثال التالي:

يعمل ذكر بالغ يبلغ من العمر ٢٣ عاماً في معمل كيميائي. وأثناء استراحة في منتصف اليوم يجلس كل زملاء العمل في القسم في غرفة استراحة صغيرة ويتحدثون أثناء تناولهم لطعام الغذاء. ويبقى العميل مع نفسه، ولكن من الواضح أن عدداً قليلاً من زملاء العمل يسعون لإشراكه في بعض التشاجر اللفظي المرح. وتبدأ امرأة في مضايقته بالحديث عن ملابسه والتعليق على حذائه المضحك. ويبدأ الآخرون في الضحك. يتحرك الرجل بعصبية في مقعده ويواصل الآخرون السخرية من التيشيرت الخاص به والصورة الموجودة عليه والتي تبدو بالنسبة لهم غريبة وربما يكون لها علاقة بالسحر. ينهض الرجل من مقعده لمغادرة المكان، وأثناء قيامه بذلك يبدأ الآخرون في الضحك ومناداته بلقب «طفل» لعدم قدرته على تحمل مزحة أو فكاهة. يستدير الرجل وينطلق كالعاصفة نحو المنضدة التي يجلس حولها أفراد المجموعة ويقترب جداً من المرأة التي يشعر أنها المسيء الرئيسي له، ويشير بأصبعه إلى وجهها ويصرخ بأعلى صوته محذراً إياها من أنها لم تره بعد غاضباً ويستحسن أن تتركه وشأنه إذا كانت تعلم ما هو في صالحها. ينطلق الرجل خارجاً كالعاصفة ويبلغ زملاء العمل مشرفه عنه. ويتلقى توبيخاً ويتم تحذيره من أنه إذا ثار وغضب مرة أخرى فسوف يتم فصله من العمل.

وفي العلاج عمل الرجل على كل خطوات الاستجابة للغضب وتدريب على

طرق أفضل للاستجابة لمثل هذه المحفزات والمثيرات. فقبل الذهاب إلى غرفة الغذاء يعطي نفسه الخطبة الحماسية التي تعلمها للبقاء هادئاً ومتحكماً في انفعالاته. ويتدرب أيضاً على عدد من الاستجابات اللفظية التي يمكنه استخدامها إذا تقرب منه أحد أو ضايقه. وعندما يكون في الموقف، يتابع ويراقب جسمه ذاتياً ويكون يقظاً لردود أفعاله للمحفزات والمثيرات، مثلاً عندما يسخر منه شخص ما. وعندما يشعر بأنه جسده متوتر ومشدود ويبدأ قلبه يدق بسرعة يستخدم نفسين عميقين للتحكم في نفسه. وبعد ذلك يستجيب لتحدي لفظي مع عودة لفظية متحققاً من أنه لم يصعد الصراع. وإذا تعرض للمضايقة فإنه يرد المضايقة بمضايقة. وبالإضافة إلى ذلك، فقد ساعده المعالج على وضع نيات زملائه في العمل في إطار جديد - ففي كل الاحتمالات كانوا يحاولون التودد له وليس إهانته. وثبتت فاعلية الأسلوب وبدأ العميل يتطبع مع بعض زملاء العمل الذين كانوا يضايقونه من قبل. واستمر في كراهية المرأة التي عجلت بالحادث في البداية، ولكنه استطاع تحمل وجودها دون الشعور بالحاجة إلى إخافتها أو إفزاعها.

تقدير الذات المنخفض. على مدار حياة من الصراع والفشل، ينمي الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في الغالب صورة سلبية للذات. ويؤثر هذا الإدراك على دافعيتهم وجهدهم ويهيئهم لمشاعر سلبية مثل الاكتئاب. وفي الحقيقة أوضحت البحوث أنه عندما يصبح الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط رجالاً يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، فمن المحتمل أن تزيد أعراض الاكتئاب (باركلي Barkley، 2006). وبالتالي يكون من الضروري معالجة صورتهم للذات في الإرشاد.

ولعمل ذلك، ينبغي أن يركز المرشدون في البداية على إعادة تأطير إخفاقات الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في ارتباطها بأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. فعندما يبدأ الرجال في الإقرار بأن تحكمهم المحدود في الدوافع ومهاراتهم التنظيمية الضعيفة و/

أو قدرتهم المحدودة على الاستمرار في أداء المهام تشكل أساس العديد من الإخفاقات التي واجهتهم، فإنهم يبدأون في أن يصبحوا قادرين على فصل هويتهم الذاتية عن تلك الأعراض ويقرون أن إخفاقاتهم ليست نتيجة لقدراتهم المحدودة أو ذكائهم المحدود. ومرة أخرى سوف يجد المعالج أنه من المفيد أن يصور الصعوبات أو المشكلات على أنها ثانوية وأقل أهمية من نقص المهارات الذي يمكن علاجه في العلاج.

وكما هو الحال مع الأولاد، قد يكون من المفيد أن نضع نواحي النقص أو القصور داخل بروفيل أوسع للقدرات العامة، بما في ذلك العديد من نواحي القوة. وحتى الآن فإن الصعوبات أو المشكلات ربما تكون قد فاقت نواحي القوة، ولكن يمكن حث معظم الرجال للتفكير في الأشياء التي يؤدونها بشكل جيد والخصائص التي يمتلكونها وقد يعجب بها الآخرون. وبمجرد أن يتم تحديد نمط أكثر شمولاً لنواحي القوة والضعف، يمكن للعميل أن يعرف أنه يظهر نمطاً لا يختلف عن نمط معظم الناس، رغم أن نواحي قوته ومشكلاته الخاصة قد تكون فريدة في نوعها. وهذا الإدراك يمكن أن يجعل خبرته طبيعية ويساعده على معرفة أنه في كثير من النواحي يشبه تماماً أي شخص آخر.

إن أسلوب العلاج المعرفي السلوكي في علاج تقدير الذات المنخفض يقوم على الاعتراف بأن البيانات الذاتية السلبية تسفر عن مشاعر سلبية. ورغم أن الرجال قد تكون لديهم مشكلات في التعرف على بعض الحوار الذاتي، إلا أن المعالجين يمكنهم توجيههم للتعرف على تصوراتهم لأنفسهم والبيانات السلبية التي يستخدمونها في مواقف مختلفة ومتنوعة. وقد حدد بيك (Beck ١٩٩٥) المثلث أو الثلاث المعرفي Cognitive Triad الذي تقوم عليه مشاعر الاكتئاب: رؤية سلبية للعالم، والمستقبل، والنفس. إن التعرف على هذه الفروض السلبية واستبدالها ببدائل أكثر ملاءمة مكونان هامان لمساعدة رجل يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط على تنمية تقدير ذات أفضل. ومرة أخرى، فإن الأنشطة التي تتم أثناء الجلسات يمكنها أن تعمل كمحفزات للتعرف على أنماط الأفكار التشاؤمية واستبدال البيانات الذاتية السلبية ببيانات ذاتية إيجابية.

الدافعية المحدودة. كما ناقشنا في الفصل السادس، لا يمكن فصل الداعية عن الكفاءة الذاتية، وتتضمن الفاعلية معرفة الشخص بنواحي قوته وقدراته. إن الأشخاص ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة ينظرون إلى أنفسهم على أنهم قادرين على معالجة المطالب العادية التي يتطلبها الأداء الوظيفي اليومي بنجاح. ولسوء الحظ فإن الخبرة الفعلية للرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تناقض تلك المعتقدات لأنهم كثيراً ما يتجادلون مع أفراد أسرهم وزملائهم في العمل ورفاقهم، وبوجه عام يجدون صعوبة في النجاح الشخصي أو الدراسي أو المهني أو الاجتماعي. وبمرور الوقت تصبح هذه الخبرات مستدمجة في توقعات سلبية، وتصبح الكفاءة الذاتية منخفضة. وكما تنخفض الكفاءة الذاتية، كذلك تنخفض الدافعية. وفي العلاج يجب قلب أو عكس هذا النمط.

وفي نموذج العلاج المعرفي السلوكي، ينتج إدراك أو تصور الكفاءة الذاتية من البيانات الذاتية. وهذا واضح في المثال التالي:

يروى رجل يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لمعالجه سلسلة أحداث شخصية تتميز بصراعات وإخفاقات. فعالمياً ما يتجادل مع زوجته، ويشعر بالقهر والهزيمة والإحباط في العمل، وتوافقته مع زملائه في العمل يكون ضعيفاً. ويساعده المعالج على التعرف على الأفكار التي تصاحب معظم المواقف التي يواجهها. فعندما يكون على وشك البدء في تفاعل مع زوجته، يفكر قائلاً «ها نحن نبدأ مرة أخرى - سوف نتشاجر مرة أخرى وسوف تجعلني أمر بوقت عصيب». وفي العمل عندما يكلف بمهمة، يفكر قائلاً «كيف سأفعل هذا؟ إنه يبدو صعباً للغاية». وعندما يدخل الكافيتريا يفكر قائلاً «لماذا لا يحبونني؟». ويساعد المعالج العميل على الاعتراف بأنه عادة ما يتوقع نتيجة سلبية، ثم يسلك بناءً على ذلك، محققاً تلك التوقعات السلبية.

وفي العلاج يجب على مهنيي الصحة النفسية أن يجدوا طرقاً لتقليل هذه المعارف والإدراكات السلبية واستبدالها ببيانات ذاتية تقوم عليها التوقعات الإيجابية. وتقدم التجريبية التعاونية Collaborative Empiricism إطاراً

مفيداً. ففي هذا الأسلوب يقوم المعالج والعميل معاً باختبار الفروض الخاطئة التي استدمجها العميل. وعند إظهار وتوضيح التشوهات المعرفية التي تقوم عليها هذه الفروض الخاطئة، يبدأ المعالج والعميل العمل لوضع فروض تكون مبنية على الواقع بدلاً من هذه التشوهات. وكلما تم استمماج فروض أكثر واقعية زادت الدافعية. ففي المثال السابق، تدخل المعالج على النحو التالي:

لتحدي هذه الفروض السلبية، بدأ المعالج بحث الرجل للتفكير في المواقف المختلفة التي يواجهها في حياته. فعندما يعود إلى المنزل من العمل، ماذا يعتقد أن زوجته ستقول له؟ هل ستجعله يمر بوقت عصيب؟ ماذا عن العمل - هل كل المهام التي يكلف بها تكون صعبة للغاية بحيث لا يمكنه إنجازها؟ هل سبق وأن امتدحه رئيسه في العمل؟ ولأن العميل لم يكن يعي الكثير من أفكاره الآلية، فقد كان يحتاج الكثير من التوجيه للتعرف عليها في العلاج. واستخدم لعب الأدوار لمساعدة العميل على إعادة خلق المواقف والتعرف على الأفكار التي تصاحب كل سلسلة أحداث.

وعندما أصبح العميل أفضل قدرة على رواية توقعاته السلبية، قام المعالج بإدخال فكرة أن الأفكار تصاحب السلوكيات وأن ما يعتقد العميل عن موقف يؤثر تأثيراً كبيراً على مدى شعوره نحو نتيجته والطريقة التي يسلك بها عندما يحدث الموقف فعلاً. وتلى ذلك قدر كبير من التدريب لمساعدته على التعرف على والتعبير عن تلك الأفكار بصورة لفظية.

وبمجرد أن أصبح العميل قادراً على التعرف على أنماط الأفكار، قام المعالج بمساعدته على بحث مضامين فروضه السلبية. وعندما يتوقع أنه عندما يعود إلى المنزل ربما يتشاجر مع زوجته، هل هذا يحدث دائماً؟ هل توجد أوقات يعود فيها إلى المنزل ولا تنتشأ صراعات ومنازعات؟ وللمساعدة على جعل هذه العملية أكثر ارتباطاً بحياة العميل، أعاد المعالج سلاسل أحداث معينة على مدار اليوم السابق أو اليومين السابقين لمساعدة العميل على معرفة أن فروضه لا تكون دائماً صحيحة.

وتمت مراجعة واستعراض أحداث مماثلة تتعلق بمحل العمل. فعندما

يقبل عليه رئيسه في العمل، هل يتوقع العميل أن رئيسه في العمل سوف يجعله يمر بوقت عصيب؟ هل الحال دائماً كذلك؟ إن مراجعة أمثلة لا تتوافق مع هذه الفروض الخاطئة ساعدت العميل على معرفة أنه على الرغم من وجود أوقات يدخل فيها في صراعات ومنازعات مع مشرفه وزوجته، إلا أن هناك أيضاً أوقات ينسجم فيها معهما بصورة أفضل. وفي هذه الخطوة، كان من الضروري مساعدة العميل على معرفة أن فروضه غالباً لا تكون دقيقة.

وبعد ذلك يدرس العميل تأثير فروضه السلبية على مشاعره وسلوكياته. وعندما يتوقع الدخول في مشاجرة مع زوجته، فماذا يكون شعوره نتيجة لذلك؟ وإذا شعر بأنه في موقف دفاعي، فكيف يؤثر ذلك على طريقة تحدثه معها ورد فعله عندما تقترب منه؟ وبالمثل، إذا توقع أن رئيسه في العمل سوف يعنفه ويوبخه دائماً، فكيف يؤثر هذا الافتراض على موقفه أو اتجاهه نحو العمل ووظيفته؟ وقد قام المعالج بمراجعة واستعراض أمثلة لمواقف مماثلة تحدث في المنزل وفي العمل وفي البيئات والمواقف الاجتماعية.

وأخيراً، بمجرد أن أقر العميل بأن التوقعات السلبية لا تكون مثمرة، أصبح قادراً على استبدال البيانات الذاتية السلبية بتوقعات أكثر ملاءمة. ففي المنزل، كان قادراً على أن يقول لنفسه، «اليوم سوف أنسجم أنا وزوجتي على نحو جيد، ولا يكون لديها أي سبب لأن تزعجني وتجعلني أمر بوقت عصيب». وفي العمل قال، «إنني أفعل أفضل ما في وسعي، وربما يقدر رئيسي في العمل ذلك. طالما أعمل بجد لأفعل أفضل ما في وسعي، ربما يقدر رئيسي في العمل جهودي». ومع التدريب بدأ يستدمج مجموعة توقعات أكثر واقعية، وتحسن شعوره أو إحساسه بالكفاءة الذاتية.

وفي بعض المواقف قد لا تكون التوقعات السلبية مبنية على إحساس محدود بالكفاءة الذاتية ولكن قد تعتمد على فروض سلبية بشأن طبيعة المهمة. فمثلاً غالباً ما يجد الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط المهام المرتبطة بالعمل مملة أو بغيضة، ومن ثم لا تكون لديهم دافعية لإنجازها. وفي تلك الحالات، ينبغي أن يركز المعالج على إقرار وقبول حقيقة أن

حياة كل فرد مملوءة ببعض المهام التي تكون ممتعة وبعض المهام التي لا تكون ممتعة. إن إنجاز مهام العمل قد لا يكون ممتعاً جداً، وقد يختار العميل رفض تلك المهام. على أن عمل ذلك يجلب عواقب يجب عليه أيضاً أن يقبلها. إن رفض عمل ما هو متوقع منه من المحتمل أن يسفر عن خفض درجته الوظيفية أو فقدان وظيفته. فبدون عمل جيد من غير المحتمل أن يكون قادراً على الحصول على الأشياء التي يحتاجها حقاً في حياته. وهكذا فإنه يجب أن يعلم أنه مثل معظم الناس في العالم تماماً - فلكي يحيا نوع الحياة التي يريدتها يجب عليه أن يفعل بعض الأشياء التي قد لا يحبها ويجب أن ينمي تحملاً كافياً للإحباط لكي يستطيع فعل ذلك. وهذه إحدى مهارات الحياة التي يلزم أن يستخدمها كل إنسان، لأن عدداً قليلاً من الناس يمكنهم أداء الأشياء التي يريدونها فقط. إن العمل في هذه المسألة سوف يعيد المعالج إلى العمل على تحسين تحمل الإحباط، وهو موضوع سبق وصفه في بداية هذا الفصل.

ثالثاً- ملخص

على الرغم من أن الدراسات البحثية بدأت فقط في بحث فاعلية الإرشاد الفردي مع الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، إلا أن النتائج الأولى مبشرة وواعدة، ومن المحتمل أن يحصل الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط على بعض الفائدة من هذا الشكل من أشكال العلاج. وعلى الرغم من أن الأدوية قد تكون فعالة في علاج بعض الأعراض الرئيسية، إلا أنه تظل هناك مشكلات متبقية، ولا يستجيب بعض العملاء للأدوية بشكل جيد. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غالباً ما يظهرون أعراضاً ثانوية خطيرة قد تشمل التحمل الضعيف للإحباط، ومشكلات التحكم في الغضب، وتقدير الذات المنخفض، والدافعية المحدودة، ومن غير المحتمل أن يعمل تحسين الأعراض الثانوية على التخلص من كل هذه الأعراض. ولهذه الأسباب، ينبغي أن يقر مهنيو الصحة النفسية بأن العلاج الفردي يقدم وسيلة لمعالجة تلك المشكلات. وقد ثبتت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي. فللعلاج الاندفاع يمكن

للمعالجين أن يساعدوا العملاء على وضع استراتيجيات علاج معرفي تحسن قدراتهم على التفكير في المواقف قبل أن يختار سلوكياتهم. ولعلاج نقص الانتباه اتضحت فاعلية متابعة أو مراقبة الذات، خاصة عند استخدام إشارات خارجية، وتستخدم إدارة الطوارئ لتعزيز هذا الأسلوب. وقد يتم تحسين مهارات التنظيم من خلال استخدام جداول المواعيد والمخططات.

إن استخدام الإرشاد الفردي لعلاج الأعراض الثانوية قد يكون مفيداً بشكل خاص. ومعروف عن الطرق المعرفية السلوكية أنها فعالة في تحسين مهارات التحكم في الغضب وتعزيز تقدير الذات وزيادة الإحساس بالكفاءة الذاتية. ولأن هذه المشكلات عادة ما تصاحب الأعراض الرئيسية لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، فإن معظم الرجال سوف يستفيدون من علاج هذه المشكلات في العلاج بالإرشاد الفردي.

الفصل التاسع

العمل مع زوجات وشريكات الرجال المصابين باضطراب

نقص الانتباه - فرط النشاط

Working with Spouses and Partners of Men with ADHD

إن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط كثيراً ما تكون لديهم صراعات مع زوجاتهم أو صديقاتهم أو شريكاتهم، والتشارك في علاقة حميمة مع رجل يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يمكن أن يكون خبرة محبطة. وسواء كان الرجال يظهرون أعراض اندفاع أو قابلية للتشتت/عدم التنظيم خطيرة، فإن قدراتهم على أن يكونوا شركاء وأباء فعالين تتأثر على نحو ضار.

إن الرجال المندفعين Impulsive men تكون لديهم مشكلات في تأخر الإشباع، وكثيراً ما يؤديون سلوكيات توقعهم في مشكلات. وقد تكون لديهم صعوبات في قمع دافع المشاركة في أنشطة ممتعة وقد يقومون باختيارات ضعيفة إذ يهملون واجبات العمل ويقضون قدراً غير ملائم من الوقت في المشاركة في الهوايات أو الترفيه. وهذه الأفعال قد يكون لها تأثير ضار على قدراتهم على شغل وظيفة أو التقدم في موقع العمل. ولأن العمل قد لا يبدو مهماً بالنسبة لهم، فإنهم قد لا يبذلون مقدار الجهد اللازم لضمان وتحسين مهنة ثابتة ومربحة. وعندما يكونون في العمل قد تكون لديهم قدرات محدودة على تحمل الإحباط وقد يفرطون في رد فعلهم عندما يقول لهم رؤسائهم ومشرفوهم ما ينبغي أن يفعلوه. وفي الحقيقة أن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من المحتمل أن تكون لديهم مشكلات في الاحتفاظ بوظيفة (باركلي Barkley، 2006) أكثر من الرجال الذين لا يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وهو ما يحتمل أن يؤثر العلاقة بين رجل يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط وزوجته أو شريكته.

يتوق كثير من هؤلاء الرجال إلى الاستثارة وغالباً ما يسعون إلى ممارسة هوايات ذات مخاطر عالية مثل السباق أو الألعاب الرياضية التي تتطوي على

مخاطر. وقد تجد زوجاتهم هذه الأنشطة مرهقة للأعصاب. إن مسائل الذكورة تعقد هذا الميل. فكثير من الرجال يشعرون أنهم يثبتون ذكورتهم بأن يسلكوا مثل «رجل واقعي» عن طريق مواجهة الخطر ورفض إظهار الخوف مثلاً. وهذا الموقف أو الاتجاه يدفعهم نحو مهن ووظائف يواجهون فيها الخطر ويحتاجون إلى إظهار القدرات على التعامل مع المخاطر. وعلى الرغم من أن عوامل التنشئة الاجتماعية من المحتمل أن تلعب دوراً رئيسياً في نمو هذه التوقعات، إلا أن العوامل البيولوجية تلعب أيضاً دوراً مساهماً. إن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط التي تميل الفصوص الجبهية لديهم إلى أن تكون قاصرة أو ضعيفة النشاط يميلون إلى الرغبة في الاستثارة، ربما في محاولة جاهدة لزيادة النشاط في مخهم لمساعدتهم على أن يشعروا بأنهم «طبيعيون» بدرجة أكبر. وعندما تتم أيضاً تنشئة هذا الرجل ليعبر عن ذكورته عن طريق مواجهة الخطر، فإنه من المحتمل بشكل خاص أن ينجذب نحو الأنشطة التي تنطوي على مخاطر عالية. إن زوجات الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يجب أن يدركن هذه الديناميكا لمساعدتهن على أن يفهمن بصورة أفضل سبب قيام شركائهن لبعض هذه الأشياء التي يفعلوها.

إن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غالباً ما تكون لديهم صعوبة أو مشكلة في التعامل مع الإحباط. وهذه المشكلة قد تكشف عن نفسها في المنزل بنقص اهتمامهم بالأعمال المنزلية وواجبات صيانة المنزل. ولأنهم يكونون منجذبين للاستثارة، فإنهم بدلاً من مهام الحياة اليومية البسيطة قد يتجاهلون مسئولياتهم/ وهو ما يحتمل أن يزيد سخط زوجاتهم. فعندما تشعر الشريكة بالسخط أكثر وأكثر، قد يظهر صراع القوة ويتسع في المنزل، حيث تحاول الزوجة أن تجعل الرجل يفعل ما هو لازم في المنزل، ويقاوم الرجل هذه الجهود ويشعر أن الزوجة تحاول التحكم فيه وأمره بما ينبغي أن يفعل. إن صراع الإرادات هذا يزيد من توتر العلاقة ويضيف إلى التوتر والصراعات.

ويميل الرجال الذين تكون لديهم صعوبات أو مشكلات في التعامل مع

الإحباط إلى أن يكونوا آباءً سريعِي الغضب. فعندما يصدرُون أمراً ولا يحصلون على استجابة مطيعة فورية (أو بل الأسوأ يواجهون مقاومة من الطفل)، فإن الآباء الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تكون لديهم مشكلات في احتواء دافعهم لرد الفعل ويميلون إلى الصياح ومعاقبة أطفالهم عقاباً شديداً للغاية. وفي الحقيقة أن الآباء الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من المحتمل بشكل خاص أن يستخدموا وسائل تربية الأبناء البدنية مثل الضرب أو الصفع (باركلي Barkley، 2006)، ربما لأنهم ربما يكونوا قد اختبروا هذا الشكل من أشكال العقاب عندما كانوا أطفالاً ويكررون الآن هذا النمط.

إن الأم التي تشاهد أطفالها وهم يتعرضون لعقاب شديد (أو صراخ أو زجر) من جانب الأب تميل إلى أن تسلك سلوك حماية نحو أطفالها وتواجه الأب بشأن عدم ملاءمة سلوكياته. وغالباً ما تحدث هذه الصراعات أمام الأطفال. وعندما يحدث هذا الصراع يشعر كثير من الآباء بأن سلطتهم وذكرتهم تواجه تحدياً وينشأ الصراع بين الوالدين. وهذا الصراع تكون له نتائج عكسية ويميل إلى الإضرار بالعلاقة بين الوالدين ويعمل على توتر الرباط أو العلاقة بين الأب والطفل. وحتى إذا حدث هذا الصراع بعيداً عن الأطفال، فإن الأب عادة ما يعتقد أن الأم تملي عليه كيف يربي الأبناء، ويشعر بأن زوجته تتحكم فيه.

ويميل الرجال المندفعون إلى أن يكون رد فعلهم سريع الغضب ليس فقط مع أبنائهم ولكن أيضاً مع زوجاتهم. فعندما يقال لهم شيئاً ما لا يحبون سماعه، فإنهم يميلون إلى الإفراط في رد الفعل. وأحياناً يتخذ رد الفعل شكل أو صورة استجابة جافة سليطة قصيرة. وأحياناً قد يكون أكثر حدة. وفي أي من الحالتين، غالباً ما تشعر الزوجات أنهم في حاجة إلى التصرف بحذر شديد لمنح حدوث صراعات، وهو ما يميل إلى أن يوتر العلاقة ويؤثر على المودة والألفة بصورة سلبية.

إن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والذين لا يكونون مندفعين يظهرون أيضاً مشكلات في العلاقات مع زوجاتهم.

ولأنهم يجدون من الصعب أن يتتبعوا أثر أو تذكر مكان أشياءهم ومقتنياتهم، فإنهم غالباً ما يضعون الأدوات والملابس وغيرها من الأشياء الأخرى التي يحتاجونها في غير موضعها. وقد يسفر هذا الإهمال عن نفقات ومصروفات إضافية عندما يلزم استبدال أشياء (مثل الأدوات). وبالإضافة إلى ذلك، فإن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يسهل تعرضهم لتشتت أو انحراف الانتباه، ويحتاجون إلى رسائل تذكير إنجاز المهام المسؤولين عنها مثل عمل الصيانة للمنزل وسداد الفواتير وتجديد تسجيل السيارة أو رخصة القيادة وما إلى ذلك. إن عدم الاهتمام بهذه المهام قد يسفر عن نتائج وعواقب سلبية بالنسبة للرجال وتكاليف ونفقات إضافية بالنسبة للأسرة.

ويميل الرجال غير المنظمين أيضاً إلى أن تكون لديهم مشكلات في العمل. فقد ينسون الاجتماعات أو المهام المكلفين بها وقد يضعون الأشياء التي يحتاجونها لأداء واجباتهم الوظيفية في غير موضعها. ومرة أخرى، فإن هذه المشكلات تسفر عن مشكلات في الاحتفاظ بالوظيفة والتقدم في عملهم. وتجد الزوجات هذه المشكلات صعبة جداً وغالباً ما يشعرن أن الرجال لا يتحملون عبئهم بدرجة كافية وأنهم يساهمون بدخل غير كاف. وهذه المشاعر بدورها تجعل الرجال يشعرون بأن ذكورتهم تواجه تحدياً ومن المحتمل أن تشتت الصراعات في العلاقات.

ولأن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون صعوبات أو مشكلات في كثير من جوانب العلاقات الزوجية والعلاقات بين الأب والأبناء، فإنه يكون من المفيد أن تتم دعوة الزوجة إلى العلاج لمساعدتها على فهم طبيعة المشكلات التي يظهرها الرجل ومعاونتها على وضع وتطوير أساليب سوف تحتاجها لمعالجة الاحتكاكات التي تحدث في المنزل. ويجب عليها أن تتعلم استراتيجيات للتعامل مع المواقف اليومية الشائعة وتحتاج إلى النظر في الدور الذي سوف تلعبه في مساعدة زوجها على التحكم في أعراضه. وينبغي إعداد مهنيي الصحة النفسية العاملين مع الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدعوة الزوجة إلى العلاج للتدخل الشامل في

مختلف جوانب حياة العميل التي تتأثر بأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

أولاً- الدعم البحثي

Research support

لأن الاعتراف بأن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تستمر في مرحلة البلوغ في كثير من الحالات حديث العهد، فإن البحوث التي أجريت على تأثير اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط على العلاقات الزوجية لم تتم دراستها بصورة مكثفة. فقد قرر ميرفي وباركلي Murphy and Barkley (1996) أن عدم الرضا الزوجي الحاد severe marital dissatisfaction يشيع لدى الأزواج والزوجات عندما يتم تشخيص أحد الزوجين بأنه يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. فالزوجات غالباً ما يشعرن بالاضطراب والغضب والإحباط ويشكين من أن شريكهن مستمع ضعيف ومتسم بالفوضى ولا يعتمد عليه وتمرکز حول ذاته وبعيد الإحساس وغير مسئول. ورأي باركلي Barkley (2006) أنه بسبب أن الكثير جداً من هذه السلوكيات قد ترتبط بشكل مباشر بأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، تحتاج الزوجات إلى معرفة أن الكثير من هذه المشكلات قد لا تكون ثانوية بالنسبة «لسوء السلوك الإرادي» willful misconduct (ص 699). وبدلاً من ذلك يلزم أن تفهم شريكات الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط العالم من منظور أزواجهن، ويتوقفن عن لومهم ويصطففن معهم لمواجهة ومحاربة عدو مشترك (أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط). فإذا نمي كلا الزوجين فهماً مشتركاً للطريقة التي تؤثر بها أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط على العلاقة، يتم تعزيز ما يحتاجه كل شريك من الآخر، وكيف يؤدي العمل معاً إلى تحسين العلاقة إلى حد كبير، وفرص تحقيق نتيجة إيجابية (ديكسون Dixon، 1995).

وقد أكدت دراسات أخرى أيضاً أن الإرشاد الزوجي marital or couple counseling أو إرشاد الزوجين يحسن الأعراض الرئيسية لاضطراب

نقص الانتباه - فرط النشاط لدى «المريض الذي تم التحقق منه» ويقلل الضغط على الأسرة بأكملها. وأوصى نادو Nadeau (١٩٩٥) بضم علاج الزوجين في العلاج الشامل comprehensive management لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ووجد هالوويل Hallowell (١٩٩٥) أن الزوجة حسنت النتيجة الكلية في علاج البالغين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وفي الحقيقة قرر هالوويل وميللر Hallowell and Miller (١٩٩٥) أن إرشاد الزوجين ساهم في الحد من الأعراض والضغط وعمل على زيادة الألفة والحميمية في الأسر التي تم فيها تشخيص أحد الشريكين بأنه يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

إن نموذج التدريب يمكن أن يكون مفيداً بشكل خاص عند العمل مع زوجات وشريكات الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وكما ناقش راتي Ratey (٢٠٠٢)، فإن الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يستفيدون من المساعدة والمساعدة. وفي نموذج التدريب، يقوم شخص (المدرّب) بتوجيه الآخر (العميل) لوضع وتطوير استراتيجيات تعالج المشكلات الحياتية الشائعة مثل مشكلات عدم التنظيم أو النسيان أو الاحتفاظ بتوجه ثابت نحو الأهداف. وعلى الرغم من أنه لا يوجد أي منهج معياري، إلا أنه يمكن تعليم زوجات الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط العمل كمدرّبات ومساعدة الرجال على إدارة حياتهم ووضع أهداف واقعية والبقاء في المسار لإنجاز وتحقيق هذه الأهداف. وبالطبع يجب إجراء هذا التدريب في جو من الاحترام المتبادل، ويجب أن تكون لدى زوجات الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط القدرة على معالجة إحباطهن قبل التمكن من العمل كمدرّبات بصورة فعالة.

إن العمل مع كلا الوالدين يكون مهماً بشكل خاص في أسرة يعاني فيها أحد الشريكين وعلى الأقل أحد الأبناء من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (باركلي Barkley، 2006). ويساهم هذا الموقف بتحديات إضافية ويضيف مستوى تعقد يجب معالجته. ففي مثل هذا الموقف ينبغي أن يكون لكل

فرد من أفراد الأسرة يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط علاجه الخاص به، ولكن بالإضافة إلى ذلك، يصبح العلاج الزوجي أو علاج الزوجين لا غنى عنه. إن كلا الوالدين لا يجب فقط أن يجدا طرقاً للعمل معاً والحد من الصراع، ولكن يجب عليهما أيضاً أن يشاركا في التدريب الوالدي (كما هو موصوف في الفصل السابع) لمساعدتهم على وضع وتطوير استراتيجيات إدارة سلوك ملائمة وزيادة التوافق في طريقة تربيتهما للأبناء.

ثانياً- التدخلات العلاجية

Intervention

عند العمل مع زوجات وشريكات الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، يجب على مهنيي الصحة النفسية أن يحتفظوا بتركيز واضح على الأهداف التي يلزم تناولها والتطرق إليها في العلاج. وعلى الرغم من أنه لا يمكن أن نتوقع أن تعالج الزوجة أعراض زوجها أو شريكها، إلا أنها يجب أن تفهم أن بعض المهارات تكون صعبة شرعياً بالنسبة لرجل يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ويجب عليها أن تنمي تحملاً ضرورياً للإحباط لتجنب الإفراط في رد الفعل نحو نقائص شريكها. وبالإضافة إلى ذلك، يمكنها تعلم طرق يمكن بها مساعدة زوجها أو شريكها على أن يصبح أكثر تنظيماً ومسئولاً.

١- طرق العلاج Treatment Modalities

إن أول قرار يجب أن يأخذه مهنيو الصحة النفسية هو كيفية ضم الزوجة في عملية العلاج. هناك ثلاث طرق شائعة جداً هي: الإرشاد الزوجي أو إرشاد الزوجين، والإرشاد غير المباشر (الذي تتم فيه رؤية الزوجة بدون المريض الذي تم التحقق منه بشكل منفصل في العلاج)، والإرشاد الأسري (الذي يكون فيه الأبناء أيضاً جزءاً من الجلسات). وكل طريقة من هذه الطرق لها فوائدها وعيوبها، وكل منها قد تكون ملائمة مع مختلف المرضى.

الإرشاد الزوجي أو إرشاد الزوجين Marital or Couple Counseling: عند رؤية كلا الزوجين، تكون لدى المعالج فرص لملاحظة أنماط

التفاعل والتواصل التي يشيع حدوثها بين كلا الشريكين. وهذه اللقاءات يمكن أن تكون مفيدة لأن المعالج سوف يكون بمقدوره أن يتعرف على أو يحدد الطريقة المعينة التي تتصاعد بها الصراعات، وهو ما سوف يحسن قدرة المعالج على التدخل بدرجة كبيرة ويساعد على إعادة توجيه بعض هذه الصراعات. وفي مثل هذا الإجراء يعمل كلا الشريكين لتحسين مهارات التواصل ويكافحان لتغيير طرق رد فعلهما نحو كل منهما الآخر.

وهذه الطريقة يمكن أن تكون مفيدة بشكل خاص عندما يشارك زوج وأب يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في العلاج مع زوجته أو شريكته لتنمية مهارات تربية أبناء فعالة (كما ناقشنا في الفصل السابع). ففي العلاج المشترك، يمكن لكلا الزوجين أن يتعلما تقديم الدعم والمساندة لكل منهما الآخر، ومساعدة كل منهما الآخر على استخدام استراتيجيات تربية الأبناء الملائمة وطلب كل منهما الآخر عندما يبدو أن موقفاً بدأ يخرج عن السيطرة. إن تعلم الزوجين تربية الأبناء من المحتمل دائماً أن يسفر عن تحسن كبير في سلوك أبنائهما، وفي الوقت نفسه فإن توصيل تدريب الوالدين إلى كلا الوالدين يعتبر أكثر طريقة فعالة.

ومن ناحية أخرى فإن رؤية كلا الوالدين معاً قد تفرض أيضاً بعض التحديات. ففي معظم الأحوال من المحتمل أن تحبط الزوجة من بعض المشكلات التي يظهرها العميل الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ويجب أن تتعلم أن تتحمل نقائص وعيوب شريكها. وهذا يتطلب أحياناً المواجهة الناعمة والوعي النفسي بالاضطراب وأعراضه. وعند القيام بهذه الجهود أمام الرجل الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط قد تنشأ مشكلات. ففي بعض الأحيان قد يشعر الرجل بأن المعالج والزوجة يشكلان عصابة ضده ويلومانه على كل المشكلات الموجودة في الأسرة. وفي حالات أخرى قد يشعر الرجل أن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط - لأنها تجعل بعض المهارات أكثر صعوبة - تصبح عذراً لعدم وجوب مطالبته بعمل الأشياء المتوقعة منه. إن تعليم الزوجة أن تصبح أكثر تفهماً ودعمًا، وفي نفس الوقت وضع حدود

وتوقعات ملائمة للعميل، قد يكون أكثر صعوبة عندما يتواجد الرجل في الجلسة. **الإرشاد غير المباشر Collateral Counseling**: إن العمل مع الزوجة أو الشريكة بشكل منفصل، بدون وجود الزوج الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، يتضمن فوائد وتحديات مناقضة تماماً لتلك التي وصفناها لإرشاد الزوجين. فالقدرة على العمل بشكل منفرد مع الزوجة تسمح للمعالج بالتعامل مع ومعالجة مشكلات وأعراض الاضطراب بقلق أقل من أن ينظر إليها المريض الرئيسي كعذر للسلوكيات السيئة. وعندما تحتاج الزوجة المواجهة الناعمة لمساعدتها على أن تنمي توقعات أكثر واقعية، قد يشعر المرشد بارتياح أكثر في عمل ذلك بدون وجود المريض في الغرفة، وهو ما يحتمل أن يجعل الزوجة أقل دفاعاً وقد يجعلها أكثر تقبلاً لأهداف المعالج.

إن العمل مع الزوجة بشكل منفصل قد يكون مفيداً بشكل خاص عندما يحتاج المعالج إلى العمل معها لمساعدتها على تنمية مهارات تحمل إحباط أفضل. فالقدرة على عمل ذلك بدون وجود المريض في الغرفة في الوقت نفسه سوف تحول دون فقد الزوجة لاعتبارها أو كرامتها أمام زوجها، وسيكون أقل احتمالاً أن تتصور أن المعالج ينحاز للزوج. ويمكن للمعالج أن يساعدها على تنمية قدرات على التحكم في ردود أفعالها الانفعالية والبقاء هادئة وإيجاد طرق للاحتفاظ برباطة جأشها عندما تشعر بالغضب والإحباط. ويمكن للمعالج أن يقوم بهذا العمل أثناء التعاطف مع موقف الزوجة والتصديق على قلقها. ومرة أخرى فإن هذا العمل يصبح صعباً عندما يكون المريض الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط موجوداً في الغرفة في نفس الوقت.

ومن ناحية أخرى فإن العمل مع الزوجة بدون المريض يتطلب من المعالج أن يحصل على أوصاف دقيقة لأنماط الصراع والتواصل السيئ التوافق بدون القدرة على ملاحظتها بشكل مباشر. فعندما يرى مهنياً الصحة النفسية المرضى والزوجات بشكل منفصل، فإنهم يحصلون على أوصاف جزئية للمشكلة تم تحريف كل منها بواسطة تصورات المبلغ. وأحياناً يصبح من الصعب بناء وجهة نظر متوازنة ودقيقة خاصة عندما يبالي كلا الطرفين في درجة المشكلة بدرجة

كبيرة (كما قد يكون الحال مع زوجين في وسط صراع حاد). وبالإضافة إلى ذلك، فإن العمل مع كل من الشريكين بشكل منفصل قد لا يكون كافياً لمعالجة أنماط التواصل السيئة التوافق لأن المعالج لا يكون قادراً على رؤية أو مشاهدة ردود الأفعال الدقيقة لكلا الزوجين.

إن رؤية زوجات المرضى الذين تم التحقق منهم بشكل منفصل يفرض تحديات إضافية. ولأن المريض البالغ يتحكم في نشر المعلومات السرية التي تحتوي عليها سجلاته، فإن المعالجون الذين يرون أفراد الأسرة بدون وجود المريض يجب أن يتطرقوا إلى حدود السرية ويوضحوا أي المعلومات يسمح المريض للمعالج بنشرها أثناء الجلسة مع زوجته أو شريكه. ويلزم أن يعالج مهنيو الصحة النفسية هذه المسألة بفاعلية ونشاط قبل أن يحدث أي اتصال مع الزوجة أو الشريكة، وعادة ما يكون الحصول على تصريح مكتوب وموقع بنشر المعلومات يحدد أن المريض يصرح بنشر المعلومات كما يحدد أي المعلومات بالتحديد يسمح بنشرها.

ولأن العمل مع الزوجات أو الشريكات معاً أو بشكل منفصل له فوائد وعيوب متنوعة، يستخدم بعض المعالجين أسلوباً مختلطاً حيث يحدث بعض الاتصال مع المريض الذي تم التحقق منه بشكل فردي، وتتم بعض الجلسات مع الزوجة بمفردها، وتعد جلسات أخرى بصورة مشتركة مع المريض وزوجته. وقد يكون هذا الأسلوب مفيداً، ولكن يجب على المعالج أن يكون واضحاً بشأن الأهداف والحدود المميزة لكل من هاتين الطريقتين العلاجيتين.

الإرشاد الأسري Family Counseling: يقدم الإرشاد الأسري بوجه عام عندما تتم رؤية كل أفراد الأسرة الذين يسكنون معاً في وقت واحد. وعادة ما يشمل الإرشاد الأسري الوالدين والأبناء ولكنه قد يشمل أيضاً أفراد الأسرة الممتدة (مثل جد أو جدة) الذين يعيشون في المنزل. وكما هو الحال مع الإرشاد الزوجي، تسمح رؤية كل الأسرة معاً للمعالج بملاحظة أنماط التواصل والطريقة التي تنمو بها الصراعات. وهذه المعلومات تخبر المرشد باحتياجات الأسرة وتسمح للكينيكي بالتدخل أثناء تفاعل الأسرة.

إن رؤية كل الأسرة معاً يسمح للمعالج بملاحظة أنماط العلاقات بين جميع أفراد الأسرة. ففي الأسر المحيوسة في صراعات معقدة، قد يكون بمقدور المعالجين أن يتعرفوا على التحالفات والثلاثيات (عندما يعاد توجيه صراع بين اثنين من أفراد الأسرة من خلال الفرد الثالث، الذي عادة ما يكون أحد الأبناء)، والأدوار المختلفة التي يتخذها أفراد الأسرة. فمثلاً في أسرة تضم أربعة أبناء، قد يكون من الواضح أنه تحدث صراعات رئيسية بين الأب (الذي تم التحقق من أنه يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط) والأم، وقد ينحاز كل طفل لأحد الوالدين. وعندما ينسى الأب الاهتمام بمسئولية، قد يحاول أحد الأبناء إنقاذه وحمايته، بينما قد يبحث الآخر عن طرق «للوشاية به» لدى الأم، مدافعاً عنها في هذه العملية. وفي مثل هذه الأسرة تشيع رؤية صراع حاد وشديد بين الأبناء. ونادراً ما تتم معالجة قضايا ومسائل مثل هذه بصورة فعالة إلا إذا تمت رؤية كل الأسرة معاً.

ومن الفوائد الأخرى للجلسات التي تتواجد فيها كل الأسرة أنهم تسمح للمعالج بملاحظة أساليب تربية الأبناء التي يستخدمها كل من الوالدين. ولأن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غالباً ما يظهرون تحملاً ضعيفاً للإحباط وميولاً نحو تفجير غضبهم، فإن المعالج سوف يكون قادراً على رؤية أمثلة لهذه المشكلات عندما يتفاعل الأب مع أبنائه. وقد تكون هذه المعلومات مفيدة جداً لأن الأمثلة الفعلية لسلوكيات الأب قد يتم علاجها عندما تطوير أساليب تربية الأبناء. على أنه للحيلولة دون شعور كلا الوالدين بأن سلطتهما يتم تحديها، ينبغي أن يقوم المعالج بأداء تدريب الوالدين الفعلي بدون وجود الأبناء في الغرفة.

إن الإرشاد الأسري له بعض العيوب الأخرى. فعندما يلزم مواجهة الوالدين بشأن سلوكياتهما، يكون من الأكثر صعوبة بالنسبة للمعالج أن يفعل ذلك عند وجود الجميع في الغرفة، خاصة الأبناء. وعندما يلزم أن يعمل الوالدان على تغيير سلوكياتهما، قد يجدون أنه من الصعب فعل ذلك أمام الأبناء. وقد يجد الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط هذا الأمر غير

مريح بشكل خاص. فقد يكون تصورهما للذكورة مبنياً جزئياً على الاحترام الذي يتوقعونه من أفراد الأسرة، خاصة الأبناء. وعندما يطلب منهم تغيير سلوكياتهم، قد يشعر هؤلاء الرجال أن سلطتهم يتم تحديها، وقد يستجيبون بصورة دفاعية لهذه المحاولات. ويجب أن يقوم المعالجون بالتفكير في ووزن مميزات وعيوب الإرشاد الأسري قبل محاولة استخدامه. فإذا كانت الأسرة تظهر أنماطاً معقدة من السلوك السيئ التوافق، والتحالفات والصراعات بين أفراد الأسرة، قد يكون الإرشاد الأسري مفيداً. على أنه عندما تقتصر مشكلات الأسرة على ضعف تربية الأبناء أو صراعات ضعيفة بين الزوجين، فإن معالجة هذه المشكلات بدون وجود الأبناء قد تكون أكثر فائدة.

٢- الأهداف والأساليب Goals and Techniques

عند العمل مع زوجات وشريكات الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، يلزم أن يتذكر الكلينيكيون عدة أهداف متداخلة. فمن الضروري مساعدة الزوجة على فهم الاضطراب ونمط الأعراض الخاص الذي يظهره زوجها. وهذا سوف يساعدها على معرفة أي المشكلات الموجودة في المنزل قد تكون مرتبطة بأعراض الاضطراب وإدراك أن معالجة الأعراض يمكن أن تحسن بعض هذه المشكلات. وبالإضافة إلى ذلك، يلزم أن تنمي الزوجة القدرة على التحكم في إحباطها وغضبها عندما تواجه بعض السلوكيات التي تجد صعوبة في التعامل معها. إن وضع وتطوير طرق غير متصاعدة للتعامل مع هذه المواقف سوف يكون مكوناً هاماً لتحسين العلاقة. وأخيراً قد يكون بمقدور الزوجة أن تساعد شريكها في وضع وتطوير طرق ووسائل للتغلب على بعض الأعراض عن طريق تعلم آليات تعامل خاصة. ومن ثم يمكن للزوجة أن تعمل كمدربة تساعد زوجها وتقدم الدعم والمساندة له أثناء عمله لتعلم مهارات جديدة. وفيما يلي نصف تلك الأهداف مع مقترحات بشأن كيفية تطبيقها في العلاج.

التثقيف النفسي Psychoeducation

من المحتمل أن تدخل الزوجة في العلاج بعد صراعات طويلة ربما يكون قد عجل بها سرعة غضب الزوج وعدم الثقة واتخاذ القرارات الضعيفة. وربما تكون قد نمت إدراك أنه لا يهتم

بقدر كاف بأن تتخذ هي قرارات أفضل، وقد تلوم دافعيته «وشره الإرادي» على أفعاله. وعلى الرغم من أنه يكون من المهم أن يقدم الكلينيكي التعاطف ويرتبط بالزوجة، إلا أنه يلزم أيضاً أن تعرف الزوجة أن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون أعراضاً مقبولة تقوم عليها العديد من المشكلات الواضحة في العلاقة. إن مراجعة واستعراض مجموعات الأعراض والأسباب التي تؤدي إلى حدوثها قد يثبت أنها مفيدة. وبالنسبة لكل عرض من الأعراض، يكون من المفيد بالنسبة للكلينيكي أن يساعد الزوجة على ربط العرض بأمثلة المشكلات الخاصة الواضحة في العلاقة.

إن الرجال المندفعين غالباً ما يتخذون قرارات ضعيفة ويجدون صعوبة في احتواء ردود أفعالهم عندما يواجهون مواقف تستثير الإحباط أو الغضب. تأمل السيناريو التالي:

تكشف زوجة عن أن زوجها عاد إلى المنزل وكان غاضباً بصورة واضحة بشأن شيء ما حدث في العمل. أسرع كالعاصفة إلى حجرة صغيرة يخلو فيها إلى نفسه وشغل جهاز الكمبيوتر وبدأ في كتابة رسالة بريد إلكتروني غاضبة. وعندما سألته الزوجة عما حدث، استطاع إخراج الكلمات بشق النفس ولكنه ذكر أنه تم تخطيه في ترقية. كان ينوي انتقاد رئيسه بغضب وجعله يعرف رأيه فيه بالضبط. ولما كانت الزوجة تتوقع العواقب المحتملة فقد حاولت إيقافه، ودخل الاثنان في جدال ساخن قال لها أثنائه بطريقة مسيئة لفظياً أنه سأم سلوكها المسيطر ويريدها أن تتركه وشأنه. وعندما امتد هذا الجدل واتسع، ذهب طفلاهما إلى غرفهما وكانا يبكيان. وعلى الرغم من احتجاجات الزوجة، أرسل الزوج الرسالة الإلكترونيّة. وفي اليوم التالي اكتشفت الزوجة أنه تم خفض ساعات عمله كما تم خفض راتبه.

عند رواية مثل هذا الموقف ينبغي أن تفكر الزوجة في الانفعالات التي عجلت بسلوك الزوج. فعندما تعرف أن القرار تم اتخاذه في غمرة عجلة واندفاع، عندما تضاعل ضبط النفس لدى الزوج، فإن هذا الفهم سوف يساعد على توجيهها بشأن إستراتيجية قد تحسن هذه المشكلة - أي إيجاد طرق لتأجيل

اتخاذ القرار إن أمكن إلى أن يأتي وقت لا ترتفع فيه الانفعالات والاستثارة، ويستطيع فيه كلا الزوجين أن يناقشا المميزات والعيوب، ويمكن فيه اتخاذ قرار عقلائي. فمثلاً في الحكاية السابقة كان بمقدور الزوجة أن تحاول سحب الزوج بعيداً بأن تطلب منه أن يذهب إلى المطبخ ويجلس ويخبرها بكل التفاصيل عما حدث. وخلال ذلك ينبغي أن تقدم الدعم والمساندة وتحاول تأخير أي إجراء برفق حتى تتم معالجة الموقف تماماً. وعند استخدام مثل هذا الأسلوب، عادة ما يكون الزوج قادراً على أن يهدأ تدريجياً، وبمجرد أن يعود ضبط النفس الأفضل يفكر في طرق استجابة أكثر ملاءمة.

وبالمثل قد تفكر الزوجة في الأوقات التي تصرف فيها زوجها على نحو غير مسئول بعدم مواصلة وإنجاز المسؤوليات، مثل الالتزام بالمواعيد أو سداد الفواتير. وغالباً ما ترجع الزوجات هذه المشكلات إلى عدم نضج وعدم رغبة الذكر في أن يكبر ويقبل مسئوليات البالغين. ورغم أن هذا قد يكون صحيحاً في بعض الحالات، إلا أن الزوجة ينبغي أيضاً أن تدرك أن تتبع أثر أو تذكر مكان الأشياء صعب بشكل خاص بالنسبة لرجل يظهر أعراض قابلية للتشتت وعدم التنظيم. تأمل المثال التالي:

تشكو زوجة من أن زوجها غير مسئول جداً. فهو يفقد أثر الفواتير والمواعيد النهائية، وتضطر الأسرة في الغالب إلى دفع رسوم تأخير. وبالإضافة إلى ذلك، فإن تقدير انتمانه ضعيف وبالتالي تضطر الأسرة الآن إلى دفع أسعار فائدة أعلى على بطاقات الائتمان وقرض سيارة. وعند رواية هذه المشكلة، تصف زوجها بأنه غير ناضج وتذكر أنه لا يبدو أبداً أنه ينسى مشاهدة مباريات كرة القدم وأن هذه المباريات ربما تكون أكثر أهمية بالنسبة له من أي شيء له علاقة بالأسرة. وتشعر بالإحباط والهزيمة لأنها تضطر دائماً إلى متابعة الفواتير وغيرها من المواعيد النهائية (مثلاً الموعد الذي يجب فيه دفع ضرائب الممتلكات والدخل) وتشعر بأنه ربما لا يهتم بتلك الأشياء.

على أنه بعد ذلك بلحظات قليلة تروي الزوجة حدثاً كان يبحث فيه الزوج عن أدوات لتغيير غطاء مصباح في الردهة. وغضب عندما اكتشف أن الأدوات

قد تركت بالخارج في ممر السيارات وبدأت تصدأ من الرطوبة. وألقى باللوم على ابنه، ولكن الزوجة استطاعت مساعدة الزوج على إدراك أنه ترك تلك الأدوات هناك بنفسه بعد تغيير الزيت في سيارة العائلة منذ أيام قليلة. ويربط هذين الحدثين استطاع المعالج مساعدة الزوجة على معرفة أن النسيان وعدم التنظيم هما نمط في حياة الزوج واضح حتى في تلك الجوانب التي يهتم بها بوضوح، ومن ثم فإن تلك السلوكيات لا تعكس سوء نية ولكنها قد تكون مرتبطة إلى حد كبير بأعراض الاندفاع وعدم التنظيم الموجودة لديه. وهكذا يلزم أن يركز العلاج على كيفية مساعدته على التغلب على تلك المشكلات بدلاً من مساعدته على زيادة اهتمامه بالأمر العائلية.

وعند تعريف الزوجة بالاضطراب قد يجد الكلينيكي أنه من المفيد أن يستخدم مواد توعية نفسية مثل الكتب والنشرات الصادرة عن مصادر موثوق بها. إن هيئات مثل هيئة الأطفال والبالغين المصابين باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط وهيئة موارد اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تحتفظ بمكتبة كبيرة تضم مراجع للمرضى والآباء والأمهات وزوجات الأفراد المصابين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وينبغي أن يحتفظ الكلينيكيون بمكتبة تضم هذه الوسائل المساعدة وأن يستخدموها كوسائل مكملة ومعينة عند العمل مع زوجات الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

الإعداد العقلي Mental Preparation. إن زوجات الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط كثيراً ما يتجادلن ويتشاجرن مع شركائهن. ونتيجة لذلك فإنهن يتعلمن توقع أن تسفر معظم التفاعلات عن نتائج ومشاعر سلبية. وبمرور الوقت يبدأن في توقع حدوث صراع عندما اقتربهن من أزواجهن لتناول أو معالجة مسألة ما أو طلب شيء ما. ونتيجة لذلك ومن البداية تبدأ الزوجات التفاعل بموقف أو اتجاه سلبي. وقد يتم توصيل هذا الموقف أو الاتجاه بنبرة غضب في صوتهن، ووضع الجسم في صورة مهددة واختيار كلمات تعجل بحدوث صراع. ولأنهن يتوقعن معركة فإنهن يقمن بصورة

لا شعورية بالاستعداد لمعركة ويوصلن ذلك لأزواجهن بصورة لفظية وكذلك بصورة غير لفظية.

وأحيانا قد يكون رد فعل الزوجات بالطريقة العكسية - فقد يجربن الإكراه والضغط بأن يسلكن بطريقة تكون لطيفة ووديدة بشكل واضح. وبدلاً من السلوك بطريقة حازمة، يأملن استمالة وإغراء الرجل للموافقة، بل أنهن قد يستخدمن الجنس كوسيلة للإكراه والضغط. وبسلوك الاستقلال والتأجيل قد يشعرن بأنهن من الأكثر احتمالاً أن يحصلن على ما يردن.

ومن غير المحتمل أن يكون رد فعل الزوج لأي من هذين الأسلوبين إيجابياً. فعند التقرب منه بنغمة صوت سلبية أو متنازلة أو عدوانية، قد يستجيب استجابة نوعية، وسوف يتصاعد الصراع بسرعة كبيرة جداً. والأسلوب الثاني له بالمثل نتيجة عكسية لأن الذكر قد يشعر بأنه يتم التلاعب به وإذلاله. ويجب أن تعرف الزوجات أن أي من الأسلوبين من غير المحتمل أن يكون صحيحاً بالنسبة للزوج. وبدلاً من ذلك، يجب أن تتعلم الزوجات احتواء إحباطهن وقبول فكرة أن البقاء هادئاً واستخدام مبادئ التواصل الحازم (سوف نناقشه في الجزء التالي) من المحتمل جداً أن يسفرا عن نتائج إيجابية. فأولاً يجب عليهن معرفة رد الفعل الانفعالي الذي يختبرنه عندما يواجهن أزواجهن. فعندما يتوقع الناس صراعاً، فإنهم يستخدمون أفكاراً آلية تعمل على تصعيد الصراع. وينبغي أن تعمل الزوجات للتعرف على هذا النمط العقلي المعرفي كما هو مبين في المثال التالي:

تصف زوجة تفاعلاً من زوجها عندما اقتربت منه للتحدث معه بشأن فائورة مستحقة الدفع ولم يتم سدادها. وألح لها المعالج بأن تحاول اجتياز الموقف كما لو أنه يتسع ويمتد في هذه اللحظة وتتعرف على الأفكار الموجودة لديها. وأثناء قيامها بإعادة خلق الموقف تفكر في نفسها قائلة: «ها نحن نبدأ مرة أخرى» و«لقد خيب أمني مرة أخرى» و«أظن أنني لا يمكن أبداً أن أعتمد عليه». ويساعدها المعالج في التعرف على أو تحديد المشاعر التي تصاحب هذه الأفكار. وتروي الزوجة أنها تغضب أكثر وأنها مستعدة «للصراخ في وجهه» عندما تراه.

وتزداد سرعة ضربات قلبها ويصبح تنفسها أكثر سطحية وتشعر بأنها متوترة ومشدودة بدنياً. وعندما يشجعها المعالج لتمثيل السيناريو يطلب منها أن تتحدث إليه تماماً كما كانت ستحدث لو أنه كان زوجها. فتبدأ في الصراخ في وجهه بشأن مدى عدم تحمله للمسئولية وأنها تحطمت مرة أخرى وعلى الأسرة الآن أن تدفع نفقات إضافية بسبب إهماله.

يلزم أن تفهم النساء كيف تساهم هذه الأفكار في تصاعد مشاعرهن، واتباع مبادئ العلاج المعرفي السلوكي cognitive-behavioral therapy يلزم أن يستبدلن هذه الأفكار الآلية السلبية بأفكار أصح مثل «سأبقي هادئة» و «سوف نحاول الوصول إلى حل» و «إذا عملنا معاً ربما نتحسن المشكلة» وما إلى ذلك. ورغم أنه من الصعب تعطيل وإيقاف الأفكار السلبية، إلا أن الزوجات يجب أن يعرفن أنه إذا لم يفعلن ذلك فمن غير المحتمل أن يتغير رد فعلهن لأزواجهن. وكما هو واضح في المثال السابق، يجب على الزوجات أيضاً أن يتعلمن التعرف على الإشارات التي يرسلها جسدهن لهن عن إحباطهن أو غضبهن. فعندما يفكرن في أزواجهن، قد يصبح جسدهن متوتراً ومشدوداً، وقد تبدأ عضلاتهن في التشنج والانتفاخ وقد يقبضن على أيديهن، وقد تتغير أنماط تنفسهن. وعندما يصبحن أكثر وعياً وإدراكاً لعلامات الاستثارة الفسيولوجية هذه، فإن هذا قد يساعدهن على معرفة أنهن في خضم تصعيد ذاتي من المحتمل أن يسفر عن حدوث صراع. وبدلاً من ذلك، يلزم أن تجد الزوجات طرقاً لتهدئة أنفسهن. وهناك أساليب متنوعة يمكن أن تكون مفيدة - أخذ قليل من الأنفاس العميقة، أو الاستلقاء لمدة دقيقة أو اثنتين مع غلق العينين وتخيل سيناريو يشجع على الاسترخاء، أو استخدام طريقة لإرخاء العضلات تدريجياً. وعندما تصبح لدى النساء القدرة على التعرف على حالتهم الانفعالية واستخدام أساليب فعالة لتهدئة أنفسهن قبل أن يبدأ التفاعل، فإنهن يجدن أن الحوار مع أزواجهن أكثر فائدة وإثماًراً.

ويمكن للنساء تعلم استخدام هذه الأساليب ليس فقط قبل بدء التفاعل ولكن أيضاً إذا بدأ التفاعل في التحول إلى صراع. فوعي المرأة بذاتها أكثر

يمكن أن يساعدها على تتبع ردود أفعالها أثناء تحدثها مع زوجها. وعندما تستطيع إمساك نفسها وهي تغضب وتتوتر، فقد توقف الحوار وتبعد نفسها حتى تتمكن من تهدئة نفسها وتتحكم في انفعالاتها. فعندما يتجادل الناس فإنهم أحياناً يفترضون خطأ أن الجدل يجب أن ينتهي بحل الصراع. وهذا التوقع له نتيجة عكسية ويساهم فقط في انفعالات سلبية أكثر حدة وشدّة، خاصة عندما يكون هناك جدال لا يبدو أنه يؤدي إلى حل المشكلة. وبدلاً من ذلك، يكون من المفيد بالنسبة للزوجات والشريكات أن يعترفن بأنه يمكن تأجيل مسألة ما والعودة إليها عندما يشعر الجميع بهدوء أكثر.

وخلاصة القول فإنه بعد مساعدة الزوجة على تعلم التعرف على أعراض وأسباب وعلاج اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، سوف يجد المعالج أنه من المفيد أن يساعدها على معرفة كيف أن كونها شريكة لذكر يعاني من هذا الاضطراب يؤثر عليها وكيف أن رد فعلها السلبي يساهم في الخلاف والشقاق بين الزوجين. وبمجرد أن تصبح أفضل فدرّة على التحكم في ردود أفعالها تصبح بعد ذلك أفضل قدرة على العمل لتحسين أنماط التواصل بينها وبين زوجها. وسوف تصبح أيضاً أفضل قدرة على مساعدته على وضع وتطوير أساليب تعامل تعمل أكثر على تقليل تأثير أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط على الأسرة بأكملها.

مهارات التواصل Communication skills. عندما تتجادل الزوجات، تكون أنماط التواصل سيئة التوافق مسئولة عن العديد من النتائج السلبية المقترنة بالصراعات بين الزوجين. وكما يرغب العديد من مرشدي الزواج بالقول، فإنه بدلاً من تعليم الزوجين ألا يتجادلا، يكون من المهم تعليم الزوجات كيف يتجادلن. هذا القول المأثور القديم مرتبط جداً بأنماط العلاقات الواضحة بين الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط وشريكاتهم. ولأن العيش مع رجل يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يمكن أن يكون تجربة شاقة، يقع العديد من الأزواج والزوجات في أنماط تواصل مختلفة وظيفياً يعمل فيها كل جدال على التعبير عن إحباطات كل زوجة بدلاً من أن يكون

وسيلة لحل المشكلات. وهكذا فإنه بعد أن تعرف الزوجات عن اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وينمين توقعات ملائمة من أزواجهن ويتعلمن التحكم في غضبهن، يكن مستعدات لتعلم كيفية حل الصراعات.

ويوجد التواصل الفعال عندما تحدث الخطوات التالية:

١- يكون المرسل في حالة عقلية تساهم في التواصل.

٢- يرسل المرسل رسالة واضحة وغير غامضة تهدف إلى حل مشكلة.

٣- يكون المتلقي في حالة عقلية تقبل تبادل الحوار.

وعندما ينهار التواصل، تحدث مشكلات في إحدى هذه المراحل على الأقل.

وقد قمنا في بداية هذا الفصل بتغطية مساعدة المرسل على الاحتفاظ بحالة عقلية تساهم في التواصل الفعال. فعندما تفهم الزوجات تأثير أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ويتحكمن في انفعالاتهن حتى يبقين هادئات، فمن الأكثر احتمالاً أن يكن في حالة عقلية يكن فيها قدرات على التواصل بصورة بناءة. وأثناء وجودهن في هذه الحالة يكن أقل عرضة لصياغة تواصلهن كاعتداء.

وعند التفاعل مع أزواجهن يلزم أن تتأكد الزوجات من قيامهن بصياغة أفكارهن بوضوح. فإذا أثير موضوع أسفر من قبل عن حدوث صراعات، قد يكون من المفيد أن تدون الزوجة بعض الملاحظات عن النقاط التي يلزم توصيلها. ولأنه عادة ما يتم تدوين الملاحظات بينما يكون المرء هادئاً، سيكون هناك وضوح أكبر للفكر، وسيتم توجيه الملاحظات إلى حلول بناءة. إن تدوين الملاحظات قبل التبادل الفعلي للحوار له ميزة رئيسية أخرى - فهو يسمح للزوجة بالتدريب على التفاعل وإعداد نفسها للنتائج المحتملة. وعندما يتصاعد الغضب، فإنه يكون في الغالب في مواقف تحدث فيها استجابة غير متوقعة تجعل الشخص يندفع وجلاً أو مذعوراً في محاولة لإيجاد استجابة. إن التدريب على تبادل حوار مقدماً يسمح بدراسة دقيقة لكل الاستجابات المحتملة، وسوف يساعد الإعداد الإضافي للزوجة على البقاء هادئة ومتحكمة، لأنه يكون هناك احتمال أقل لأن يمسك بها

على حين غرة بما يحدث أثناء تبادل الحوار.

وعند التواصل مع أزواجهن ينبغي أن تحاول شريكات الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط وضع أنفسهم مكان الرجال ويحاولن فهم الحوار من وجهة نظر الرجل. ورغم أن هذا قد يكون صعباً، إلا أنه يعطي الزوجات الفرصة لفهم ردود أفعال الرجال. وهنا يمكن للمعالج أن يقدم مساعدة قيمة. إن فهم كيف تؤثر مسائل النوع أو الجنس على استجابة الرجال يمكن أن يساعد النساء على فهم أسباب قيام أزواجهن بقول وفعل الأشياء التي يفعلونها.

وكما هو الحال مع الموضوعات الأخرى التي نغطيها في هذا الفصل (وفي أماكن أخرى في هذا الكتاب)، يمكن أن تكون المراجع مفيدة. فمثلاً يمكن أن يطلب من النساء أن يقرأن كتاباً توجز بطريقة يسهل فهمها الاختلافات والفروق في أنماط التواصل بين الرجال والنساء. فالرجال تتم تنشئتهم ليكونوا حلالي مشاكل وهم يتواصلون للوصول إلى حلول. وعند المشاركة في تواصل بشأن مشكلة، يميل الرجال إلى اقتراح حلول في محاولة لحل المشكلة. ومن ناحية أخرى، غالباً ما تتواصل النساء لكسب الدعم والمساندة والتعنع في المشكلة. وأثناء التعبير عن أفكارهن، يحاولن التوصل إلى حلولهن الخاصة بهن، ويأملن في أن يقدم أزواجهن الدعم والتشجيع. ويناقدش مجلد جراي Gray (١٩٩٢) الشهير التوقعات المختلفة التي تكون موجودة لدى الرجال والنساء عندما يتواصلون. فعلي الرغم من اعتماده على الحداثة والإبداع وبساطته، إلا أنه يجعل من السهل فهم هذه النقاط الهامة، ويمكن للمعالجين أن يتوسعوا في الأفكار الموجودة في الكتاب لمساعدة الزوجات على تقدير كيف تؤثر مسائل الذكورة على طرق تلقي الرجال للرسائل والتعبير عنها.

وعند إرسال رسائل لأزواجهن يلزم أن تتأكد النساء من أنهن لا يبدين مسيطرات أو متنازلات لأن هذا من المحتمل أن يجعل الرجل يشعر بالعجز. إن كلاً من الرسائل اللفظية وغير اللفظية ينبغي أن توصل مستوى احترام عادة ما يكون متوقعاً في تبادلات الحوار بين شريكين متساويين. ويلزم أن تتأكد النساء

من أنهم لا يفترضون أن الزوج يعرف ما يقصده، ولا ينبغي أن تكون عمليات التواصل متنازلة أو متهمكة. فمثل هذه التبادلات الحوارية سوف تعمل فقط على إغضاب الرجل الذي سيشعر بالمهانة. وبالمثل ينبغي أن تكون النساء حذرات وألا يتظاهرن بأنهن يعرفن كل الإجابات وأن شركائهن جاهلون. ومرة أخرى فإن مثل هذا الموقف أو الاتجاه من المحتمل أن يقابل برد فعل دفاعي من جانب الرجل.

وبدلاً من ذلك يكون من المفيد أن يتم التواصل بوضوح وبشكل مباشر، مع الاحتفاظ بالتواصل البصري في بيئة تقل فيها مسببات تشتت الانتباه (مثل إيقاف تشغيل التلفاز طوال المناقشة). ولأن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط قد تكون لديهم مشكلات في التفكير في عدة مسائل في وقت واحد، فإنه من المهم أن تتم معالجة مسألة واحدة في المرة الواحد وأن نحاول إغلاقها قبل الانتقال إلى موضوع آخر. وعند معالجة قضية أو مسألة ينبغي أن نتذكر الزوجات أن مناقشة واحدة قد لا تكون كافية لحل مشكلة حلاً كاملاً. فإذا ارتفعت الانفعالات فقد يكفي أن تثار قضية أو مسألة وأن يتم شرح السبب في أنها تمثل مشكلة وتأجيل السعي للوصول إلى حل نهائي إلى وقت آخر. وأحياناً يمكن أن يكون فعالاً جداً أن نقول: «ليفكر كلانا في حل ونناقشه في وقت آخر».

وعند طرح مشكلة، ينبغي أن تتجنب الزوجات مهاجمة أزواجهن. وعادة لا يكون من المفيد أن توضح الزوجة أن الرجل يقع عليه اللوم، حتى إذا كان خطأه هو الذي أدّى في الحقيقة إلى خلق مشكلة. وينبغي أن تتذكر الزوجات أن أزواجهن عادة ما يكون قصدهم حسناً حتى إذا كان جهدهم محبطاً ومخيباً للآمال. فعندما يرتكب الرجل خطأ، ينبغي أن ننظر الزوجات إليه على أنه مجرد خطأ وليس سوء سلوك إرادي أو متعمد. حقاً إن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من المحتمل أن يرتكبوا أخطاءً أكثر من معظم الرجال، ولكن توضيح ذلك لهم من غير المحتمل أن يأتي بنتيجة إيجابية. وبدلاً من ذلك يكون من المفيد أن تتم صياغة كل المشكلات كمشكلات مشتركة

لا تخص أي من الزوجين بمفرده. وبهذه الطريقة فإن أيًا من الزوجين لن يشعر بأنه تعرض للهجوم أو الاعتداء حتى إذا أصبح واضحاً أن أحد الزوجين هو المسئول عن الخطأ. وعند طرح المشكلة كمسألة مشتركة تؤثر على كلا الزوجين، فمن الأكثر احتمالاً أن يتعاون كلا الشريكين في الحل، حتى إذا كان سلوك أحد الزوجين هو الذي يحتاج إلى التغيير.

وعند التواصل مع الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، قد تريد الزوجات أن يستخدمن أسلوباً فعالاً للتعبير عن مشاعرهن. وباستخدام «رسائل تبدأ بالضمير أنا» تعبر الزوجة عن مشاعرها وتطرح مشكلة، ولكنها لا تهاجم وتسمح بتحديد المشكلة كمسألة مشتركة تحتاج إلى حل. فمثلاً في الحكاية السابقة عن زوجة تغضب بسبب أن زوجها نسي سداد فاتورة، قد تظهر طريقة بناءة للتعامل مع الزوج على النحو التالي:

عندما تكتشف الزوجة فاتورة مستحقة الدفع، تتيقظ لمشاعرها وتعرف أنها بدأت تغضب. وتنتظر لتتقرب من زوجها حتى تشعر بهدوء أكثر وتستطيع التحدث معه بدلاً من الصراخ في وجهه. وعندما تستعد، تطلب من زوجها أن يتحدث معه بشأن شيء ما وتتأكد من أن الحوار لا يتم أثناء مشاهدته للعبة رياضية أو في وجود أبنائهما. وتخبره أنها عثرت بالصدفة على هذه الفاتورة التي لم يتم سدادها وتقول «مايك عندما يتم تكبد رسوم تأخير فإنها تسبب ضغطاً إضافياً على أموالنا. لذلك ماذا يمكننا فعله لعلاج هذه المشكلة؟» وبهذه الطريقة يتم تحديد مشكلة، ولكن الزوج لا يلام بصورة صريحة حتى وإن كان الزوجان يعرفان من المسئول عن تأخر سداد الفاتورة. وإذا قال الزوج «لقد نسيت مرة أخرى»، تسأله الزوجة «ما الذي يمكنني فعله للمساعدة؟» ولأن الرجل لم تتم مهاجمته، فمن الأكثر احتمالاً أن يتقبل وضع طرق لعلاج مثل هذه المشكلات (كما سنناقش على نحو أكثر تفصيلاً فيما بعد).

وباختصار فإنه عند العمل مع زوجات الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، يكون من المهم أن تساعد الشريكة على إدراك أنها قد تقوم أحياناً بتوصيل مشاعرها بطرق قد تعمل على تصعيد المشكلة. وبدلاً من

ذلك، إذا فهتم الزوجة سبب حدوث بعض هذه المشكلات واستطاعت التحكم في مشاعرها السلبية، فإنها قد تستطيع التواصل مع زوجها بصورة أكثر فاعلية وبناءة. وعندما تحدث مثل هذه التبادلات الحوارية يكون من الأكثر احتمالاً أن يتم تحديد وتطبيق حلول فعالة.

تحديدات الأدوار Role definitions. في علاقة زوجية (أو ما يشبهها)، عادة ما يجذب الشريكان نحو مهام وأدوار معينة متوقعة من كل شخص. وغالباً لا ينطق بهذه الأدوار شفاهة ولكنها تفهم بوضوح. فمثلاً قد تهتم الزوجة بتنظيف المنزل وطهي معظم الوجبات، في حين قد يهتم الزوج بإصلاحات المنزل وصيانة السيارات وفناء المنزل. وعندما يتعلق الأمر بالأبناء عادة ما يتولى أحد الوالدين تجهيزهم للذهاب إلى المدرسة في الصباح ويهتم الآخر بالواجب المدرسي. وفي العلاقات التي تعمل بشكل جيد، يكون تقسيم الأدوار عادلاً ويتم بالتساوي، ويتم تقسيم المهام اللازمة لإدارة منزل بطريقة من شأنها أن يحصل كل من الشريكين على نصيب مساو لنصيب الآخر، ويرتاح كلاهما لما هو متوقع منه.

وفي العلاقات التي يكون فيها الرجل مصاباً باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، قد يصبح تقسيم الأدوار مشكلة. فمثلاً قد يتجاهل الزوج بعض واجباته المنزلية وقد ينسى المواعيد النهائية والأشياء التي كان يفترض أن يؤديها أثناء يوم معين وما إلى ذلك. وفي هذه الزيجات تميل الزوجات إلى أن تصاب بالإحباط وقد يجادلن ويشكين من المهام التي لا يتم أدائها. وهذه الشكوى غالباً ما تجعل الرجل يشعر بالدونية، وتخاطر الزوجة بنظرة الزوج لها كشخص يراقبه ويجعله يمر بوقت عصيب، وهو ما يميل إلى خلق صراعات في العلاقة ومن المحتمل أن تتضاعف الحميمية والألفة بين الزوجين.

وقد تحاول المرأة أيضاً أن تضطلع بالواجبات التي يتجاهلها الزوج، وهو ما يسفر عن حصر للدور، وهو ظاهرة تحدث في منزل يتوقع فيه من الزوجة أن تهتم بالواجبات المعتادة المتوقعة من زوجة وأم (مثل الاهتمام بوجبات الطعام والتسوق وغسيل الملابس)، بينما تعمل أيضاً وتهتم بالواجبات التي يتجاهلها زوجها (مثل المساعدة في عمل المنزل وتوصيل الأبناء بالسيارة وسداد الفواتير،

إلخ). وعندما تضطلع النساء بأدوار أكثر من الأدوار التي يمكنهن التعامل معها بصورة مريحة، فإنهن يتعبن ويحبطن وغالباً ما يبعدن أنفسهن عن أزواجهن. وقد يتخذ هذا الإبعاد صوراً عديدة تشمل عدم الاهتمام بالجنس والمعاشرة، وهو ما يكون من الصعب في الغالب أن يقبله الرجال.

وعندما يعمل معالج مع زوجين وتم تشخيص الرجل بأنه يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ينبغي أن يقوم الكلينيكي بجرد الأدوار التي يلعبها كلا الشريكين في أداء كل المهام الصعبة المرتبطة بإدارة المنزل والاهتمام بالأبناء. وعندما يتضح أن الزوجة تكون مرهقة لأنها اضطلعت بعدد كبير للغاية من المهام، يلزم أن يتدخل المعالج لمساعدة الزوجين على استعادة توازن صحي للمهام والتوقعات.

وهناك عقبة تواجه هذا الهدف وتصبح هذه العقبة واضحة عندما تقرر زوجة رجل يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أنها غير قادرة على أداء مهمة بصورة فعالة، وبدلاً من تجادل بشأنها تفضل فقط أن تؤديها بنفسها. إن الزوجة يجب أن تفهم كيف يؤثر هذا القرار على الطريقة التي تشعر بها وتأثير هذه المشاعر على جوانب هامة للعلاقة الزوجية (مثل التواصل والحميمية والمعاشرة). وينبغي أن يعمل المرشد مع الزوجة لمساعدتها في فهم أنه بدلاً من الاضطلاع بقدر كبير للغاية من العمل، يلزمها أن تسمح لزوجها بتحمل عبئه الخاص به حتى وإن كانت بعض المهام ربما لم تؤدي كما ينبغي إذا قررت أن تؤديها. وعندما تصبح الزوجة قادرة على التعامل مع زوجها والأدوار الزوجية بمثل هذا الموقف أو الاتجاه، سوف يصبح التقسيم العادل للمسئوليات بين كلا الشريكين ممكناً وسوف يتضاءل إحباطها.

وأحياناً عندما يتم العمل بتقسيم عادل للأدوار بصورة صريحة، فإنه يصبح واضحاً أن الرجل لديه حقاً مشكلات في الاهتمام ببعض مسؤولياته. فمثلاً ربما تكون لديه مشكلات في تنظيم الفواتير وحفظ المواعيد النهائية وما إلى ذلك. وسوف يكون أمراً أكثر فاعلية بالنسبة للمعالج أن يعمل مع الزوجة ويساعدها على أن تصبح مدربة يمكنها مساعدة زوجها في تنمية المهارات التي

يحتاجها ليصبح قادراً على أداء المهام المتوقعة منه في الزواج بنجاح بدلاً من العودة إلى الأنماط القديمة التي تقوم فيها الزوجة ببساطة بالاضطلاع بهذه المهام بنفسها.

أساليب التدريب Coaching techniques. إن التدريب حركة جديدة في مجال الإرشاد. وينظر إليه أحياناً على أنه بديل لعلاج الصحة النفسية الشكلي أو الرسمي Formal mental health treatment رغم أن أنصار التدريب يسرعون لتوضيح أن التدريب ليس بديلاً للعلاج النفسي الحقيقي (باكلي & باكلي Buckley & Buckley، 2006). إن المدرب هو في الأساس شخص عادي (ليس محترفاً) يفهم طبيعة احتياجات العميل (مثل الشخص الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط) ويعمل بالتعاون مع العميل لمساعدته على تعلم مهارات قيمة. وهكذا فإن المدرب هو بمثابة معلم ونظام دعم أو مساندة، ويسعى العميل طواعية للحصول على خبرة المدرب لتعلم أساليب وطرق جديدة لعمل الأشياء.

إن تدريب البالغين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أصبح أكثر شعبية وقد تم نشر مراجع ومصادر للمدربين الطموحين (مثل راتي Ratey، 2008). ورغم أن باركلي Barkley (٢٠٠٦) أوضح بإيجاز أن تدريب العملاء الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ليس بديلاً لعلاج الصحة النفسية المختص وأن الفوائد العلاجية للتدريب قل بحثها وتظل غير مثبتة، وأن تقديم خدمات تدريبية بالإضافة إلى علاج الصحة النفسية ربما يكون مفيداً. ولأن التدريب هو علاقة بين رفيقين يوافق فيها أحدهما على مساعدة الآخر، فإنه يختلف عن تعليم الرفاق الذي يقدم في المدارس، وهو أسلوب وجد أنه فعال جداً (كما سنناقش في الفصل الحادي عشر). ومن الناحية التصورية يبدو مفهوماً أن بعض مبادئ التدريب قد تكون مفيدة في علاقة زواج (أو ما يشبهها) ينظر فيها كلا الشريكين إلى كل منهما الآخر على أنهما رفيقان، ومع ذلك قد يساعد أحدهما الآخر في المهام والمهارات التي يلزم تعلمها وتنفيذها.

وكشروط من الشروط اللازمة لعلاقة تدريب، يجب إبرام عقد بين المدرب (الزوجة في هذه الحالة) والعميل (الرجل المصاب باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط). وهذا العقد يجب أن يكون طوعاً واختيارياً بالنسبة لكلا الطرفين، ويجب أن يفهم كلا الزوجين الشروط ويوافقان عليها. ويوافق العميل المصاب باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط على السعي للحصول على مساعدة المدربة لمعالجة مواقف محددة يجده صعباً. ويجب ملاحظة أن العقد يجب أن يقرر بالتحديد أي الأهداف سوف يتم العمل عليها. ولا يقصد به أن يكون اتفاقاً عاماً يفوض المدربة بالتدخل في كل مرة تواجه فيها قصوراً لدى رفيقها. فمثل هذا الإجراء سوف يفشل بالتأكيد لأن الرجل سوف يشعر بالدونية وأنه يتم التحكم فيه. وبدلاً من ذلك يوافق العميل على السعي للحصول على نصح ومشورة المدربة في مواقف معينة يقر فيها بأنه تنقصه مهارات معينة يمكن للمدربة (زوجته) أن تساعد على تنميتها.

إن الطريقة التي توصل بها المدربة المساعدة مهمة جداً. فالمدربة يجب أن تكون حذرة وألا تظهر إحساساً بالأفضلية أو الاستعلاء. فإذا شعر الزوج أن الزوجة تشعر أنها دائماً على صواب ولديها كل الإجابات، فمن غير المحتمل أن يتقبل هذا الإجراء. ويجب على المدربة أن تفهم أن العميل يجب أن يطلب منها المساعدة، ومن المحتمل ألا يرحب بالنصيحة غير المطلوبة أو غير المرغوبة. وهكذا فإنه في بداية هذا الإجراء أو النظام، يجب أن تفهم المدربة وزوجها ويتفقا على المواقف والمهارات المرتبطة بالعقد ومتى يسعى الرجل طلباً للنصيحة والمشورة (وأن عمل ذلك يكون من اختياره) وما الموقف أو الاتجاه الذي يجب أن يحتفظ به كلاهما لكي ينجح هذا الإجراء أو النظام.

هناك مواقف عديدة يمكن أن تعمل فيها الزوجة كمدربة. ويكون أفضل عندما يحدد الرجل الطرق التي يود أن تساعد بها زوجته. وقد تصبح الحاجة لذلك واضحة عند العمل بتقسيم الأدوار في العلاقة (كما سبق وأن ناقشنا)، وعندما تكون لدى الرجل مشكلات في تتبع أداء واجباته كما هو مبين في المثال التالي:

الزوج مسئول عن سداد الفواتير في الأسرة، ولكنه غالباً ما ينسى الموعد النهائي. وهو يقر بأن لديه مشكلات في التذكر ويطلب من زوجته مقترحات بشأن الطريقة التي يمكن بها أن تساعد في حفظ وتذكر الموعد النهائي. ويوافقان بالتبادل على تحديد يومين محددين كل شهر لمراجعة كل الفواتير المستحقة الدفع. فعندما تصل الفواتير في البريد تضعها زوجته في صندوق بريد وارد على المكتب لكي تتم مراجعتها وسدادها في الأيام المحددة. ويطلب أيضاً من زوجته أن تضع كل إيصالات المشتريات في صندوق آخر حتى أنه عندما يقوم بسداد الفواتير في الأيام المحددة يمكنه ضبط حساباته ومعرفة المبلغ المتاح لسداد قيمة الفواتير. وعندما يتم ذلك، يطلب من زوجته أن تجلس معه أثناء كتابة الشيكات حتى يمكن أن تساعد في تنظيم كل الأشياء. ويطلب أيضاً مساعدتها في وضع نظام لحفظ الأوراق والملفات بالمنزل تحفظ فيه كل الفواتير وكشوف حسابات بطاقات الائتمان وما إلى ذلك. وعند التوصل إلى هذه الحلول، تأتي القوة الدافعة لكل المساعدة من العميل وتظل الزوجة متقبلة لتقديم المساعدة اللازمة عندما يطلبها الزوج.

وقد تتم إقامة علاقات التدريب بطرق عديدة ويحدها فقط راحة وإبداع كلا الطرفين. ومن الشائع والمعتاد أن ينسى الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط المواعيد ومهام العمل المتوقعة منهم. ورغم أن الاحتفاظ بمنظم يومي (مثل تقويم) يمكن أن يكون مفيداً، إلا أن الرجال غالباً ما ينسون النظر فيه كل يوم. فإذا رغب الرجل في مثل هذا الإجراء، يمكن للزوجة أن تساعد على تذكر النظر في تقويمه. تأمل هذا المثال:

يوافق الزوج والزوجة على أن تقوم الزوجة بتذكير الزوج برفق كل صباح قبل أن يتجه إلى عمله لينظر في مخططه. ورغم أن الأمر يرجع للزوج ليتابع رسالة التذكير هذه، إلا أن رسالة التذكير يجب أن تكون رقيقة وتتسم بالاحترام، ولا يشعر الرجل بأنه يتم التحكم فيه ويعرف أنه يستفيد من هذه البنية المضافة. وقد يطلب الزوج من زوجته أيضاً أن تذكره كل صباح (أو وقت تناول الغذاء إذا كانت متاحة وترغب في الاتصال به) بأن ينظر في التقويم ويتأكد من أنه

يظل ملماً وعالماً بالأمور. وتوافق أيضاً على مساعدته في نواحي أخرى. فأتثناء محادثة أو حوار، عندما تسمع زوجها يذكر لقاء قادم أو موعداً نهائياً، تسأله برفق عما إذا كان قد دون ذلك في تقويمه. وإذا قال أنه لا يحتاج إلى أن يفعل ذلك، تقول أنها ستقوم بتدوينه على ورقة تحسباً للظروف. ثم تعطيهما لزوجها وتسمح له بالتعامل معها بأية طريقة يشعر أنها ملائمة. ولأن فكرة رسائل التذكير جاءت من الرجل في المقام الأول، فإنه يتقبل هذا الأسلوب، وتساعده معونتها ومساندتها على تحسين مهاراته التنظيمية.

وإذا بدا أنه من الصعب للغاية بالنسبة للرجل أن يتذكر استخدام مخطط يومي، يتم إعادة تعريف الحل بأنه جهد مشترك ويتم عمل مخطط أسري عام وشامل. ويتم تعليق تقويم يصبح مخططاً رئيسياً لأنشطة المنزل والمواعيد النهائية، بما في ذلك المهام المرتبطة بالعمل. وفي كل يوم تأخذ الزوجة المبادرة وتساءل زوجها أي المواعيد النهائية سيحين موعدها (بما في ذلك أية مواعيد ومهام مرتبطة بالعمل)، ويتم تدوين كل ذلك في المخطط. ويقوم كلا الزوجين بمراجعة المخطط في أوقات مختلفة طوال اليوم، ومن ثم فإن المخطط يساعد كلا الشريكين على تذكر واجباتهما. وفي مثل هذا الترتيب أو النظام يستدمج الزوج تدريجياً استخدام المخطط وبمرور الوقت ينتقل إلى وضع وإتباع مخططه أو تقويمه الخاص به.

وعلى الرغم من أن هذه الأمثلة تركز على مهارات التنظيم، إلا أن أسلوب التدريب يمكن أن يكون مفيداً في المواقف التي تتطلب التحكم في الدوافع. فمثلاً إذا أقر الرجل بأنه تكون لديه في بعض الأحيان مشكلات في مقاومة الإغراء لإنفاق نقوداً أكثر مما خطط لها، يمكنه أن يطلب من زوجته أن تساعده في الوصول إلى طرق للحد من عادات إنفاقه. ويمكنه ترك كل بطاقات الائتمان في المنزل باستثناء أكثر بطاقة سوف يحتاج إليها. ويمكنه أن يناقش مع زوجته حداً معقولاً للإنفاق الرشيد يوافق على الالتزام به، وسوف يتصل بزوجته عندما يكون في متجر ويرى سلعة يجد من الصعب مقاومتها (يطلب من زوجته أساساً أن تساعده في معالجة ما إذا كان يريد حقاً شراء السلعة). وإذا وجد أنه من

الصعب أن يمارس تحكماً كافياً للاتصال بها، فإنه ربما يوافق على أن تقوم زوجته بالاتصال به في وسط رحلة التسوق لتفقدته والاطمئنان عليه. ورغم أن بعض هذه المقترحات قد تبدو مسيطرة، إلا أن المعالج يجب أن يتذكر أن إدراك السيطرة أو التحكم هو في عين الناظر أو الرائي. فإذا طلب الرجل من زوجته أن تفعل ذلك، عالماً أن ضبط الذات لديه يكون أحياناً محدوداً، فإنه من الأكثر احتمالاً بكثير أن يكون متقبلاً للأمر وألا ينظر إلى سلوكها على أنه محاولة للتحكم فيه. وهذا يؤكد على الشروط اللازمة لعلاقة التدريب الفعالة: الرجل هو الشخص الوحيد الذي يطلب المساعدة، ويناقش كلا الزوجين الحلول المحتملة، ويوافق كلاهما على مسار عمل، رغم أن الزوجة هي التي ستقوم بالتدريب. وعند تنفيذ التدريب بنجاح فإنه يمكن أن يمد الزوج أو الشريك الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بالمساعدة اللازمة التي يحتاجها لتنمية المهارات اللازمة لتحسين ضبط الذات ومهارات التنظيم لديه.

ثالثاً- ملخص

Summary

إن التشارك في علاقة حميمة مع رجل يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يمكن أن يكون خبرة محببة، وكثيراً ما يمر الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بصراعات مع زوجاتهم أو صديقاتهم أو شريكاتهم. ولتحسين الزواج والحد من أعراض هذا الاضطراب أكثر، فإن إشراك الزوجات في العلاج يمكن أن يكون مفيداً جداً. ورغم أن البحوث في هذا المجال بدأت فقط في الظهور، إلا أن نتائج الدراسات البحثية قد أكدت أن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون مزيداً من التحسن عندما تشارك زوجاتهم في الإرشاد. ويمكن توصيل العلاج بالاشتراك مع الرجل والزوجة، أو من خلال العلاج الأسري (بما في ذلك الأبناء)، أو بالعمل بشكل منفصل مع الرجل والزوجة. وكل أسلوب من هذه الأساليب له فوائده وعيوبه، وأي من هذه الخيارات قد يكون ملائماً مع مختلف العملاء.

وعند العمل مع زوجات الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يلزم أن يقوم المعالجون بمساعدتهم على تنمية القدرات على التحكم في إيجابتهن والحصول على فهم للطريقة التي تؤثر بها أعراض هذا الاضطراب على كثير من جوانب إسهام الرجل في الأسرة. وقد يستفيد كلا الزوجين من توضيح تعريفات وتحديدات أدوارهما الزوجية، ويمكن أن يساعدهما العلاج على تحسين قدرتهما على التواصل وحل المشكلات. ويمكن للزوجة أن تتعلم كيف تصبح مدربة لشريكها وأن تقدم له من خلال هذا الأسلوب المساعدة والمساندة اللازمتين في اجتهاده للتحكم في أعراضه.

الفصل العاشر

الأساليب الجماعية

Group Techniques

كما وصفنا في الفصول الأربعة السابقة، يمكن أن يكون الإرشاد الفردي، وخاصة تدريب الوالدين والعلاج الأسري، مفيداً في معالجة الكثير من المشكلات الرئيسية والثانوية الشائعة المقترنة باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ويمكن تعليم المهارات الشائعة التي يفتقر إليها الأولاد والمراهقين والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط باستخدام طرق التربية النفسية والطرق المعرفية السلوكية، وهذه المهارات قد تكون مفيدة في تحسين الأداء الوظيفي في المنزل، وفي المدرسة، وفي موقع العمل.

على أنه يصعب علاج بعض الأعراض بصورة فعالة في الإرشاد الفردي أو الأسري. فمثلاً يصعب بشكل خاص تعليم المشكلات المتعلقة بالمهارات الاجتماعية، وقد كان معروفاً لبعض الوقت أن المهارات الاجتماعية والتي يتم تعليمها بعيداً عن بيئات ومواقف الرفاق أو الأقران بوجه عام لا تنتقل إلى المواقف الاجتماعية الفعلية، ويميل المرضى إلى العودة إلى أنماط السلوكيات القديمة عندما يكونوا حول الرفاق أو الأقران (بيلاك & هيرسين & Bellack Hersen، 1979). وتحدث هذه الظاهرة أساساً لأن الإشارات والمحفزات التي تستحث وتحفز ردود الأفعال لا يمكن إعادة خلقها كاملة في مواقف الإرشاد الفردي أو الأسري، ومن ثم لا توجد أية طريقة للممارسة الفعلية للمهارات المكتسبة حديثاً في المواقف التي تشبه التفاعلات الفعلية التي تحدث بين الرفاق أو الأقران. ولهذا السبب فإنه من الأكثر احتمالاً أن يتم اكتساب المهارات الاجتماعية في المواقف التي تتضمن رفاقاً أو أقراناً والتي يمكن فيها خلق قصصاً قصيرة تشبه المواقف الاجتماعية والتدريب عليها. إن الرفاق أو الأقران يقدمون جوانب كثيرة تعزز أثر الانتقال، بما في ذلك فرصة إعادة خلق الإشارات والمحفزات التي تؤدي إلى ردود الأفعال السلوكية.

وبالإضافة إلى التدريب على المهارات الاجتماعية، فإن الإرشاد الجماعي

يسمح أيضاً بتنمية مهارات هامة أخرى. فالقدرة على حل الصراعات والمنازعات بين الرفاق هي أحد المكونات الهامة للأداء الوظيفي الاجتماعي المتوافق. وكثيراً ما يمر الأولاد والمراهقين والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بصراعات مع الأصدقاء وزملاء الفصل وزملاء العمل. وقدر كبير من ذلك ثانوي وأقل أهمية من المهارات الاجتماعية الضعيفة، ولكن بعضه يرجع أيضاً إلى ضبط النفس المحدود والتحمل الضعيف للإحباط والاندفاع الزائد. وعندما تصبح هذه المشكلات واضحة بين أفراد آخرين في مجموعة علاجية، تكون لدى الرفاق الفرصة للتعبير عن شعورهم نحو الحدث، وهو شيء قلما يحدث في الحياة الواقعية. وتسمح هذه الفرصة للمريض باختبار سلوكياته من وجهة نظر المتلقين، مما يعطيه فرصة فريدة لبناء التبصر ومراعاة تأثير سلوكياته على الآخرين. وهذا يزيد الدافعية لتغيير بعض السلوكيات التي تمثل مشكلات ويساهم في مكاسب علاجية أكبر.

إن الإرشاد الجماعي يعطى ميزات إضافية. فالبيئات والمواقف الاجتماعية، كما وصفها يالوم Yalom (يالوم & ليشت Yalom & Leszcz، 2005)، بعد عقود من الممارسة والبحث مع مجموعات، تسمح بازدهار عوامل علاجية متنوعة. ومن الأحد عشر عاملاً التي تم تحديدها، تتصل عدة عوامل بشكل خاص بالأولاد والمراهقين والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. إن الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب غالباً ما يشعرون بأنهم منعزلون ويعتقدون أن أحداً لا يفهمهم. ففي بيئة جماعية أو موقف جماعي قد يمر المرضى بإحساس بالتعاطف والشمولية أو العمومية - شعور بأن مشكلاتهم عامة وشائعة وغالباً ما يشاركون فيها آخرون، وأن الآخرون يفهمونهم ويدعمونهم في سعيهم للشعور بالتحسن. وتلقي هذا التعاطف يساعد العملاء الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط على أن يشعروا بمشاعر مماثلة نحو الآخرين، مما يزيد الارتباط بالرفاق ويساعد العملاء على أن يصبحوا قادرين على التعبير عن التعاطف خارج البيئة العلاجية. وعندما يدعم الأفراد بعضهم البعض وينمون مشاعر إيجابية نحو بعضهم البعض، يزيد تماسك

وترابط الجماعة وينمي الأفراد شعوراً بملكية الجماعة ويبدأون العمل معاً لوضع حلول لمشكلات بعضهم البعض. وقد يكون هذا التماسك أو الترابط قوياً جداً ويغرس الأمل لدى أفراد الجماعة في إمكانية حل المشكلات التي يمر بها المرء عندما يعمل الجميع معاً نحو تحقيق هدف مشترك.

وبملاحظة سلوكيات الآخرين، يعلم أفراد الجماعة أيضاً ما ينجح وما لا ينجح. فالسلوكيات التي تسفر عن نتيجة إيجابية من الأكثر احتمالاً أن يتم محاكاتها، والسلوكيات التي تسفر عن صراع من الأكثر احتمالاً أن يتم إخمادها. ويساهم سلوك المحاكاة هذا في تعلم مهارات جديدة، خاصة تلك التي تتضمن تواصلًا اجتماعيًا. وبالإضافة إلى ذلك، عندما يتشارك الأفراد في نجاحاتهم وإخفاقاتهم، فإن هذا النقل للمعلومات القيمة يزيد من تنمية معرفة ما ينجح وما لا ينجح. وبوجه عام فإن البيئة الجماعية تعطى فوائد كثيرة، وقد يكون الإرشاد الجماعي مكملاً مفيداً للتدخلات العلاجية الأخرى المستخدمة لمساعدة الأولاد والمراهقين والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

أولاً- الدعم البحثي

Research support

على الرغم من وجود قدر كبير من الأدلة الروائية على أن الكليينيكين عادة ما يستخدمون أساليب الإرشاد الجماعي للعمل مع الأولاد والمراهقين والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، إلا أنه مما يدعو للدهشة أنه أجري عدد قليل من البحوث على هذا الموضوع. وقد ركزت معظم البحوث على التدريب على المهارات الاجتماعية الذي تم تجريبه في بيئات ومواقف اجتماعية، وكانت النتائج الأولية مختلطة (باركلي Barkley، 2006). وقد أفترض أن نواحي النقص أو القصور الاجتماعي لدى الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط كانت غير متجانسة، وبالتالي فإن التدريب على المهارات الاجتماعية ساعد بعض العملاء ولكن لم يساعد البعض الآخر. وكما أوضح هينشو Hinshaw (١٩٩٢)، فإن العلاج القاصر على

التدريب على المهارات الاجتماعية كان مركزاً بشكل ضيق للغاية لمساعدة كل الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، رغم أن البعض أحرز تقدماً ملحوظاً. إن بعض الذكور الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ربما تنقصهم المعرفة بكيفية التصرف عند تواجدهم مع الرفاق أو الأقران، ولكن البعض الآخر قد يعرفون ما ينبغي أن يفعلوه ويمكنهم التعبير لفظياً عن التصرف الملائم، ولكنهم لا يؤديون هذه السلوكيات في المواقف الاجتماعية الفعلية بسبب الاندفاع والتحمل الضعيف للإحباط. وبالتالي فإن المحاولات التالية لبحث هذا الأسلوب قد وسعت بؤرة تركيز المجموعات لتتضمن ما هو أكثر من التدريب على المهارات الاجتماعية وشملت مهارات حل المشكلات وحل الصراعات والتحكم في الغضب والتواصل.

وقد وجد أن الإرشاد الجماعي مع الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط فعال كمساعد أو مكمل لأساليب العلاج الأخرى (بلهام & هوزا Pelham & Hoza، 1996). وقد حصل فرانكل و مايات و كانتويل Frankel, Myatt, and Cantwell (١٩٩٥) على نتائج مماثلة وأعادوا تطبيقها على مجموعة أخرى من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (فرانكل، مايات، كانتويل & فاينبيرج Frankel, Myatt, Cantwell, & Feinberg، 1997). وعلى الرغم من أسلوبهم ركز أساساً على التدريب على المهارات الاجتماعية، إلا أنه تم تضمين مكونات أخرى مثل التحكم في الغضب.

وعلى الرغم من أنه قلما تمت دراسة الإرشاد الجماعي الرسمي مع الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، إلا أن التدخلات بمساعدة الرفاق لمشكلات ومواقف معينة قد حظيت بدعم بحثي. فمثلاً وجد أن برنامجاً بوساطة طلابية كان فعالاً في الحد من المشكلات السلوكية في الملعب (كانينجهام وآخرون Cunningham et al، 1998)، وكان التدخل فعالاً في تحسين سلوكيات ليس فقط الطلاب المستهدفين ولكن أيضاً الطلاب الذين عملوا كرفاق مراقبين أو متابعين. وبالإضافة إلى ذلك، كانت برامج حل

الصراعات بوساطة الطلاب فعالة في الحد من سوء السلوك داخل البيئات المدرسية (كانينجهام وكانينجهام Cunningham and Cunningham, 1995). ورغم أن الطلاب الأكبر سناً يعملون كوسطاء، إلا أنه وجد أنه الطرق التي تستخدم رفاقاً من نفس العمر تكون أيضاً فعالة، كما أن برامج الوساطة على مستوى المدرسة والتي يتم فيها تدريب جميع الطلاب في المدرسة على مبادئ وأساليب وساطة الرفاق قد تم استخدامها بنجاح من قبل بعض المناطق التعليمية (جونسون، جونسون، دادلي، & بيرنيت Johnson, Johnson, Dudley, & Burnett, 1992). ويمكن للكليينكيين الذين يقومون بإجراء الإرشاد الجماعي أن يستخدموا بعض المهارات والطرق التي استخدمتها هذه البرامج بنجاح. ومع البالغين، يعتبر الإرشاد الجماعي على نطاق واسع طريقة علاجية فعالة، ولكن البحوث التي تجرى على الإرشاد الجماعي مع البالغين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط محدودة جداً. ففي إحدى الدراسات وجد سولانتو وزملاؤه Solanto and colleagues أن العلاج الجماعي باستخدام دليل إرشادي للبالغين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط كان فعالاً في مساعدة المشاركين على تحسين قدراتهم على تنظيم وإدارة الوقت وتخطيط أنشطتهم اليومية (رامزي & روستين Ramsay & Rostain, 2008). ورغم أن الاندفاع لم يتحسن، إلا أن المكاسب العلاجية الأخرى كان لها تأثير فعال على الأداء الوظيفي الكلي لدى العملاء. وعلى الرغم من أن هناك حاجة إلى إجراء مزيد من البحوث، إلا أن النتائج التي تم الحصول عليها حتى الآن واعدة ومبشرة، ومن المحتمل أن يعطي استخدام الإرشاد الجماعي فوائد عند توصيله لإكمال أساليب العلاج الأخرى للأولاد والمراهقين والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

ثانياً- التدخلات الجماعية للأولاد والبالغين الصغار الذين يعانون

من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط

إن جلسات الإرشاد الجماعي للأولاد والبالغين الصغار (حتى حوالي سن ١٤ سنة) الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تكون بوجه

عام موجهة نحو المهارات ومحدودة الزمن. فالمعالج يستخدم تدريبات موجهة لخلق موقف لعب يكتسب خلاله مهارة معينة ويتدربون عليها. وتضم المجموعات عامة من ٤ إلى ٨ مشاركين. وقد يكون من الصعب العمل مع المجموعات الأكبر والأصغر حجماً، ومن المحتمل أن يحصل الأولاد في تلك المجموعات على فائدة أقل.

وعادة ما يتم تنفيذ المجموعات في دورات تضم ١٢-١٦ جلسة وتكون مغلقة مع الاحتفاظ بعضوية الجماعة ثابتة وعدم السماح للأولاد بالانضمام في منتصف الدورة. وبعد ذلك يمكن تكرار الدورة بعد إضافة أو رحيل بعض أفراد الجماعة. وعادة ما يتم تقسيم كل الدورة إلى وحدات مدة كل منها ٣-٤ أسابيع. ونلخص فيما بعد نموذجاً لمثل هذا الأسلوب. ولأنه مركز على مهارات محددة، فإنه يفترض أن الأولاد الذين يشاركون في هذا النوع من المجموعات يتلقون أيضاً خدمات أخرى - مثل الإرشاد الفردي وتدريب الوالدين، وما إلى ذلك - بحيث يتم الاهتمام بالاحتياجات الأخرى التي لا يتم التطرق إليها. إن المجموعة الموصوفة فيما بعد تركز على التدريب على المهارات الاجتماعية (وما يرتبط بها من جوانب مثل حل المشكلات والتحكم في الغضب)، لأن تعليم مثل هذه المهارات في بيئة غير جماعية قلما يكون مفيداً. ويمكن تناول ومعالجة الاحتياجات الأخرى (التربية النفسية، وتطوير أساليب معالجة السلوك للوالدين، إلخ) على نحو فعال في أساليب العلاج الأخرى.

١- الإعداد للمجموعة Preparation for group

ينبغي مراعاة عدة عوامل عند اختيار أعضاء المجموعة. ينبغي أن تكون المجموعة متجانسة فيما يتعلق بالجنس. فالمجموعة التي تضم أولاداً فقط سوف تستبعد بعض ديناميات النوع أو الجنس التي تكون موجودة عندما يتفاعل الأطفال من كلا الجنسين مع بعضهم البعض. ورغم أنه قد يكون من المفيد أن نلاحظ ونعالج تلك الديناميات، إلا أنها عادة ما تعيق أهدافاً معينة لهذه المجموعة، خاصة مع الأولاد الكبار والبالغين الصغار، عندما تبدأ القضايا المتعلقة بالبلوغ في تغيير تفاعل المجموعة.

ولأن الأولاد ذوي الأعمار المتباينة تكون لديهم عادة اهتمامات وميول مختلفة، فإن تحديد تباين العمر بين الأولاد يكون في العادة ضرورياً. وقد وجد هذا المؤلف أنه من المفيد أن ندير مجموعات يكون فيها الفرق في أعمار كل الأولاد في حدود عامين. وبالإضافة إلى ذلك، يكون من المهم أن نأخذ في الاعتبار أنماط اللعب المرتبطة بالعمر. فمثلاً الأولاد البالغون من العمر ٦ و ٧ و ٨ سنوات قد يتشاركون في اهتمامات متماثلة، وكذلك الأولاد البالغين من العمر ٩ و ١٠ و ١١ سنة. كما أنه من المحتمل أيضاً أن يرتبط الأولاد في سن ما قبل المراهقة والمراهقون (البالغون من العمر ١٢ و ١٣ و ١٤ سنة) بعضهم ببعض على نحو أفضل إذا تم استبعاد الأولاد الأصغر سناً من المجموعة. ولعظيم الفاعلية يجب على المعالج أن يخلق بيئة اجتماعية يكون فيها كل الأولاد رفاقاً ويمكنهم الارتباط بعضهم ببعض كأعضاء مجموعة مماثلة ينتمون إليها في الواقع.

وما إذا كان ينبغي أن تكون المجموعة متجانسة فيما يتعلق بالتشخيص هو مسألة غير محسومة، ولكن قد يكون من المفيد أن نضم الأولاد في المجموعة التي تتشارك في بعض المشكلات. فعلى سبيل المثال، فإن الأولاد المندفعين والذين تكون لديهم صعوبات أو مشكلات في التوافق مع الرفاق قد يرتبطون بعضهم ببعض على نحو أفضل عندما يكونون في مجموعة مع أولاد آخرين لديهم خبرات وتجارب مماثلة. على أنه يجب أيضاً مراجعة الاعتبارات العملية. فإذا كانت المجموعة تضم عدة أفراد ممن يكون نشاطهم مفرطاً جداً، فقد يكون من الصعب للغاية إدارة المجموعة. وإذا أظهر جميع الأولاد مشكلات خطيرة في الارتباط ببعضهم البعض، فقد يمثل الاحتفاظ بالاهتمامات بالأنشطة تحدياً رئيسياً. وبوجه عام، يكون من المفيد أن نضم في المجموعة الأولاد الذين يظهرون اهتمامات متماثلة ولكن يتباينون بعض الشيء في مستويات الحدة أو الشدة ويكونون قادرين على الأقل على تحقيق أدنى حد من الارتباط ببعضهم البعض. وبالإضافة إلى ذلك، فإن ضم بعض الأولاد الذين يمكنهم الاقتداء بالسلوكيات على نحو أفضل في المجموعة قد يكون أيضاً مفيداً.

وينبغي أيضاً مراعاة عوامل أخرى عند اختيار أعضاء المجموعة. فعندما

يترك أعضاء المجموعة فإن ذلك يفككها ويمزقها لأن الطبيعة المغلقة للمجموعة تعني أنه لا يمكن قبول آخرين إلى أن تبدأ دورة جديدة. وهكذا فإنه إذا قام عدة أعضاء بترك المجموعة، فقد يكون من الصعب الاستمرار عندما يتبقى ولدان أو ثلاثة أولاد فقط. فمثل هذه المجموعة الصغيرة لن تعيد خلق بيئة اجتماعية حقيقية ومن المحتمل أن تنتج تفاعلات اجتماعية لا تشبه بصورة وثيقة التفاعلات الواضحة في جماعات الرفاق الأكبر حجماً. ولهذا السبب أن ينبغي أن يأخذ الكلينيكيون وقتهم لتتقيد الوالدين بشأن طبيعة المجموعات ومدتها وبؤرة تركيزها أو اهتمامها حتى يكون الوالدان على وعي ودراية بهذه العوامل ويلتزمان بأن يكمل أبنهما الدورة.

وينبغي أن تكون الغرفة التي ستعقد فيها اجتماعات المجموعة كبيرة بدرجة كافية لتسع المجموعة بصورة مريحة وينبغي أن تسمح بمساحة لتنفيذ أنشطة المجموعة. وينبغي أن يشتمل المكان على منضدة تسمح لكل الأعضاء بالجلوس حولها لأداء الأنشطة التي سيكون فيها ذلك مفيداً. وبالإضافة إلى ذلك، فإن بعض الأنشطة تتطلب استخدام تجهيزات مسرح وجمهور، ويجب أن تكون هناك إمكانية لترتيب المقاعد لجميع الأولاد وفقاً لذلك. إن الكلينيكيين الذين يخططون لإدارة هذه المجموعات يلزمهم أن يضمنوا أن يتسع المكان لأداء الأنشطة بصورة ملائمة.

١ - الأسابيع من ١ إلى ٤: مهارات الدخول الاجتماعي Social entry

skills

في الجلسة الأولى ينبغي وصف المجموعة للأولاد حتى يتم وضع التوقعات الملائمة. وينبغي إخبار الأولاد بأنه سوف يتم التدريب على مهارات متنوعة لمساعدتهم على التوافق مع بعضهم البعض. وسوف يكون متوقعاً منهم أن يشاركوا في ألعاب الأدوار. وينبغي أن يتوقع الأولاد أن المعالج سوف يكون لديه جدول أعمال عما ينبغي فعله في المجموعة، ولكن سوف يساهم الأعضاء بأفكارهم. ومن المهم أن يعرف أعضاء المجموعة الطبيعة الموجهة للمجموعة، ولكن من المهم أيضاً أن يتوقعوا أنه سوف تكون لديهم القدرة على التأثير في

الطريقة التي ستتم بها الأنشطة الجماعية.

ويجب وضع وتحديد قواعد المجموعة. وتشتمل هذه القواعد على قواعد السلامة الأساسية (ممنوع الجري أو الضرب) والقواعد السلوكية المعقولة (احتفظ بطبقة وقوة صوتك عند مستويات مريحة - ممنوع الصراخ)، ومراعاة استخدام اللغة الملائمة (ممنوع السباب أو الشتائم). ويجب أيضاً توضيح الحاجة إلى السرية حتى يعرف أعضاء المجموعة أن أي إفصاح عن المعلومات الشخصية يتم في المجموعة، وكذلك أسماء أعضاء المجموعة، يجب أن يبقى سرياً. ومن المفيد أن نبدأ المجموعة بتناول هذه القضايا المقلقة والقواعد.

إن بعض الأولاد، خاصة أولئك الذين تكون لديهم مستويات اندفاع وفرط نشاط عالية، قد تكون لديهم صعوبات أو مشكلات في بعض هذه القواعد. وقد يكون وضع عقد سلوكي مفيداً. وكما هو موصوف في الخطوة الرابعة من برنامج تدريب الوالدين (الفصل السابع)، ينبغي اختيار سلوك أو سلوكين محددين، وينبغي أن يحصل الأولاد الذين يستطيعون إتباع تلك القواعد أثناء وقت اجتماع المجموعة على جائزة صغيرة (فرخ ملصقات أو لعبة صغيرة) في نهاية اجتماع المجموعة. وبالطبع يجب إعداد الكينيكي بتلك الأشياء قبل بدء مثل هذا البرنامج. وإذا قام والدا الطفل أيضاً بوضع عقد سلوكي في المنزل، فإن الوالدين يمكنهما أن يعملوا على زيادة تعزيز قدرة الطفل على ملاحظة وإتباع قواعد المجموعة وذلك بإعطائه مكافأة إضافية (نقاط أو نقود أو ميزة إضافية معينة). وكلما كانت المكافآت التي يكسبها الأولاد أكثر بروزاً وأهمية، حاولوا جاهدين أكثر لملاحظة ومراعاة القواعد أثناء وجودهم في المجموعة. وينبغي أن يلاحظ الكينيكيون أيضاً أنه عندما يكافح الأولاد بجد لملاحظة ومراعاة قواعد السلوك الخاصة بالمجموعة فإنهم يستخدمون ضبط النفس كثيراً بنفس الطريقة التي يستخدمونها بها في مواقف وبيئات أخرى (في المدرسة، في المنزل، إلخ). وهكذا فإن تعلم ممارسة ضبط النفس على نحو أفضل في المجموعة يساعدهم أيضاً على تعلم استخدام نفس المهارات في أي مكان آخر تكون مطلوبة فيه. إن الجلسات القليلة الأولى في حياة المجموعة تتيح فرصاً لملاحظة الطريقة

التي يلعب بها الأولاد معاً وتعليمهم كيف ينضمون لنشاط اللعب بطريقة بناءة ومحترمة. وفي أول مجموعتين يمكن للمعالجين أن يسمحوا للأطفال باللعب ببعض اللعب التي يعطيها المعالج للمجموعة - مكعبات بناء، سيارات لعبة، وما إلى ذلك - وملاحظة أنماط تفاعلاتهم. تأمل المثال التالي:

تجلس مجموعتان من الأولاد تضم كل منهما عضوين أو ثلاثة أعضاء بعيدتين عن بعضهما بمسافة أقدم قليلة. وتلعب مجموعة بسيارات لعبة، بينما تلعب أخرى بمكعبات بناء. وبعد لحظات قليلة، ينتاب الملل أحد الأولاد الذين يلعبون بمكعبات البناء وينظر حوله ويرى أن ولداً في المجموعة الأخرى يلعب بشاحنة لعبة. وفي الحال يلقي بمكعبات البناء على الأرض ويجري نحو المجموعة الأخرى ويقتحم نشاط الأولاد ويختطف الشاحنة من يد الولد الآخر. ويصبح ذلك الولد قائلاً: «أعدها لي .. لقد حصلت عليها قبلك»، بينما يدير الآخر ظهره ويبدأ اللعب بالشاحنة. وتبدأ مشاحنة ويبدأ الولدان في الضرب والدفع والصراخ والبكاء. ويتدخل المعالج طالباً من الولد الذي أخذ الشاحنة أن يعيدها للولد الآخر، فيلقيها بعنف على الأرض ويجري كالعاصفة إلى ركن آخر حيث يجلس على الأرض ويبكي.

يوضح هذا المثال مشكلة عامة يظهرها الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عند الانضمام لمجموعة اجتماعية. وإذا لم يلاحظ هذا السلوك تلقائياً، يمكن للمعالج أن يختار ولد ويطلب منه أن يذهب وينضم للأولاد في مجموعة فرعية أخرى، ويلاحظ الطريقة التي يفعل بها ذلك. ومن المفيد أن يسمح للأولاد بمواصلة نشاط اللعب حتى يتم عدد قليل من مثل هذه السيناريوهات، قبل إيقاف اللعب لمساعدة الأولاد على معالجة ما حدث.

وأثناء الجزء الذي يناقش فيه المعالج وأعضاء المجموعة ما حدث أثناء اللعب، تكون لدى المعالج فرصة ليسأل الأولاد عن شعورهم نحو مقاطعتهم عند اقتحام آخرون لأنشطتهم. وتسمح هذه الفرصة للأولاد بالتحدث مع بعضهم البعض حول طرق الانضمام لمجموعة قائمة بطريقة محترمة. وبعد ذلك يمكن للمعالج أن يخلق تدريباً ويجعل الأولاد يتناوبون الأدوار في التدريب على هذا

السيناريو كما في المثال التالي:

يتم إجلاس مجموعة تضم أربعة أولاد في ركن المكتب. ويجلسون على الأرض ويلعبون بسيارات لعبة ومكعبات بناء. وعلى مسافة أقدم قليلة يوجد ولد آخر مع المعالج. ويقوم المعالج بشغل الولد لمدة طويلة كافية تسمح للآخرين ببده اللعب. ثم يطلب من الولد أن يذهب وينضم للآخرين ويلاحظ ما إذا كان قد فعل ذلك بأسلوب محترم. وإن فعل ذلك يثنى عليه ويمتدحه ويطلب من الآخرين أن يعبروا عن مدى إعجابهم بالسلوك. وإن لم يفعل ذلك يتدخل المعالج ويشد الولد جانباً ويستعرض الطريقة الملائمة للانضمام لمجموعة ويسمح له بفرصة أخرى للمحاولة.

وينبغي أن يحصل كل عضو من بقية الأعضاء على حدة على فرصة للانضمام للآخرين، ويقوم الآخرون بالملاحظة والتعليق على ما إذا كان الأسلوب تعاونياً ومحترماً. وفي نهاية هذا النشاط، ولزيادة أهمية الدافعية والجهد، يمكن للمعالج أن يعطي شهادة أو جائزة صغيرة للولد الذي أحرز أكثر تحسن. ومع استمرار الجلسات ينبغي أن يراقب المعالج ما إذا كان الأولاد يبدأون استخدام هذه المهارة الجديدة بصورة تلقائية. وعندما يفعلون ذلك، ينبغي أن يستخدم المعالج أسلوب «أمسكتك وأنت جيد» وذلك بتوضيح كل حالة تم فيها الدخول الاجتماعي بصورة فعالة. ومرة أخرى، ولزيادة التشجيع أكثر، يمكن للمعالج أن يعطي ولد «قصاصة سلوك حسن» (أو شكل آخر من أشكال المكافأة الرمزية) في كل مرة يلاحظ فيها أنه ينضم لمجموعة رفاق بصورة ملائمة، وقد يقوم أولئك الذين يحصلون على أكبر عدد من القصاصات أو المكافآت الرمزية بمبادلتها بجائزة صغيرة في نهاية الجلسة.

ب- الأسابيع من ٥ إلى ٨: مهارات التواصل والاستماع

Communication and listening skills

في هذه المرحلة يلعب الأولاد اللعب بصورة تعاونية أثناء وجودهم في مجموعة رفاق. وتهدف مجموعة التدخلات هذه إلى زيادة مدى انتباه المشاركين ومساعدتهم على قمع أو كبح الدافع للمقاطعة وتولي أمر نشاط أو محادثة.

ولخلق موقف يبدو حقيقياً، يجب على المعالج أن يرتب لمشاركة المجموعة في تفاعل يكون التعاون فيه مطلوباً مثل أنشطة اللعب أو الألعاب التي يجب أن يتناوب فيها الأولاد الأدوار ويستجيبون لمدخل بعضهم البعض.

إن ألعاب لوحية board games متنوعة يمكن أن تكون مفيدة. ويعطي عدد من الألعاب التي يقدمها البائعون مثل متجر العلاج الإبداعي فرصاً لخلق مثل هذه التفاعلات. فمثلاً يمكن بناء نشاط علاجي حول لعبة ضبط النفس (بيرج Berg، 1990).

يجلس الأولاد في دائرة حول لوحة اللعبة. وعندما يدرج كل طفل النرد، يتحرك حول اللوحة. وعندما يقف على مربعات تطلب منه أن يحل مواقف قصيرة تمثل مشكلات يجب فيها استخدام ضبط النفس، يقوم بقراءة سؤال (أو يمكن للمعالج أن يقرأه له) ويحاول الإجابة عليه، وإذا تعثر (أو لم يعط إجابة ملائمة) قد يقدم الأولاد الآخرون مقترحات إضافية، ولكن أولئك الذين يرفعون يدهم قبل التحدث هم فقط الذين سيطلب منهم المساهمة (وذلك لتعليم ضبط الدوافع). وأولئك الذين لم يصيحوا وأعطوا الإجابة الصحيحة (بمعنى أنهم أنصتوا واستمعوا) قد يحصلون على مكافأة رمزية، ويحصل الطفل الذي يحقق أكبر عدد من المكافئات الرمزية في نهاية الجلسة على جائزة.

إن هذا السيناريو يعلم عدة مهارات - ضبط الدوافع، والاستماع (حتى يمكن لكل طفل أن يفكر في إجابة ملائمة)، وحل المشكلات. وهناك ألعاب كثيرة مماثلة موجودة في السوق تسمح للكينيكي باستخدام موضوعات ذات صلة وثيقة جداً بأعضاء معينين بالمجموعة - مهارات ضبط الدوافع والتحكم في الغضب والمهارات السلوكية وإدارة السلوك والمهارات الاجتماعية، وما إلى ذلك. وكل لعبة من هذه الألعاب سيكون من الملائم استخدامها في النشاط الذي وصفناه لتونا.

ويمكن خلق تدريبات تركز على بناء هذه المهارات بدون استخدام الألعاب اللوحية. فمثلاً يتضمن أحد الأساليب خلق محاكاة مقابلة شخصية تليفزيونية. يتطوع طفلان (أو يتم اختيارهما) لإجراء المقابلة الشخصية. ويعين أحد

الطفلين باعتباره الشخص الذي سوف يجري المقابلة الشخصية، ويعين الآخر باعتباره الشخص الذي ستجرى معه المقابلة الشخصية. وينبغي أن يجلس الطفلان إلى منضدة في مقدمة الغرفة، وينبغي أن يجلس الآخرون بعيداً عنهما بمسافة صغيرة. ويطرح الشخص الذي يدير المقابلة على الشخص الذي تجرى معه المقابلة أسئلة عن ما يحب، وما يفعله في المدرسة، والألعاب الرياضية التي يشارك فيها، وما إذا كان قد حصل مؤخراً على لعبة جديدة، وما إلى ذلك، ويجب على الجمهور أن ينصتوا ويستمعوا. وبعد انتهاء المقابلة الشخصية، يسأل المعالج الأولاد بعض الأسئلة عما تم قوله أثناء المقابلة الشخصية. ويحصل الأولاد الموجودون في موضع الجمهور على نقاط لكل إجابة صحيحة. إن هذا النشاط قصير وموجز ويتم تكراره أثناء الجلسة مرات كافية بحيث يصبح كل طفل عضواً من أعضاء الجمهور لنفس عدد المرات. وفي نهاية الجلسة يحصل الطفل الذي يحقق أكبر عدد من النقاط على جائزة.

هذان فقط مثالان لأنشطة عديدة يمكن استخدامها للتركيز على مهارات الاستماع والتواصل. ويتمثل هدف كل تدريب في خلق موقف يتطلب من المشاركين في المجموعة أن يستمعوا. وهم إذ يكبحوا الدافع للصراخ أو التطفل والمقاطعة يتعلمون مهارات ضبط نفس مهمة تكون قيمة ليس فقط في المواقف الاجتماعية ولكن أيضاً في المدرسة وفي المنزل.

ج- الأسابيع من ٩ إلى ١٢: مهارات حل المشكلات - Problem-

solving skills

إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وخاصة أولئك الذين تكون لديهم أعراض اندفاع، يكونون متفاعلين جداً وغالباً لا يمكنهم كبح الدافع لرد الفعل الفوري. وهكذا فإنهم يجدون صعوبة في استخدام الخطوات المتضمنة في حل المشكلات الفعال لأنهم يميلون إلى تنفيذ أول فكرة تتبادر إلى ذهنهم دون التفكير في الموقف بصورة أكمل. ويمكن استخدام أنشطة جماعية لتعليمهم التمهّل وتنفيذ سلسلة خطوات تحسن حل المشكلات الفعال.

١- يلزمهم أن يتعلموا أنه يلزم أولاً توضيح المشكلة وتحديد بدقتها حتى

تتضح الطبيعة الحقيقية للمشكلة.

٢- وما إن يتم تحديد المشكلة بدقة يلزم القيام بعملية عصف ذهني للتعرف على السلوكيات المحتملة التي يمكن أداؤها لعلاج المشكلة ووضعها في قائمة بدون اتخاذ قرار بشأن أي خيار سوف يتم اختياره.

٣- وعندما تكتمل القائمة ينبغي توقع وتحديد عواقب كل بديل، وينبغي إجراء تحليل للتكاليف والمنافع.

٤- وبعد تحليل كل احتمال، ينبغي اختيار السلوك الذي من المحتمل جداً أن يكون فعالاً في حل المشكلة الأولية.

وينبغي أن يبحث الكليتيكيون عن الأنشطة التي تستلزم وتشجع سلسلة الخطوات هذه.

وكما هو الحال مع الأمثلة الأخرى التي تتم مناقشتها في هذا الفصل، يمكن للمعالج أن يستخدم مواقف تحدث بشكل طبيعي تتطلب استخدام هذه المهارات و/أو يخلق مواقف في المجموعة تستدعي استخدام استراتيجيات حل المشكلات كما في المثال التالي:

يمكن للمعالج أن يقوم بترتيبات مسبقة لموقف لعب لن يكون لدى عضو أو عضوين من أعضاء الجماعة فيه لعب كافية للمشاركة. وسوف يخلق ذلك مشكلة لأن الأولاد سوف يكون عليهم أن يحلوا المشكلة ويتوصلوا إلى الأشخاص الذين سيكون بمقدورهم اللعب. وبدلاً من السماح للمجموعة باختيار تلميذ سوف يكون مرفوضاً ومنبوذاً، ينبغي على المعالج أن يساعد المجموعة في تنفيذ سلسلة خطوات حل المشكلات الفعال. وقد تشمل الحلول المحتملة تناوب الأدوار في اللعب، حيث يجلس طفل تلو الآخر خارجاً ويلعب مع المعالج، ويتناوب الجميع أدوارهم في فعل ذلك، أو طلب متطوعين للعب بشيء مختلف بينما يقوم بقية أعضاء المجموعة باللعب باللعب الأساسية، مع تبديل الأنشطة بعد ذلك ليأخذ كل واحد دوره .

إن تشجيع سلسلة الخطوات لحل هذه المشكلة سوف يساعد الأولاد على

التفكير في طرق تمكنهم من حل مشكلات مماثلة تحدث في حياتهم اليومية، خاصة مع الرفاق.

ويمكن أيضاً استخدام الألعاب اللوحية. فلعبة دائرة الأصدقاء (عمل الأطفال/لعبة الأطفال، ١٩٩٩) مثلاً يمكن أن تكون مفيدة جداً.

تتطلب اللعبة من الأولاد أن يتناوبوا الأدوار في إلقاء النرد وتحريك عدد الفراغات المحدد على اللوحة. وعندما يفعلون ذلك فإنهم يلتقون بمربعات تطلب منهم بقلب بطاقات متنوعة، وتعرض كل بطاقة سيناريو قصير شائع عن مواقف اجتماعية تتطلب حلاً. وبعد ذلك ينبغي مساعدة الطفل الذي قلب البطاقة ليتتبع خطوات تحديد المشكلة، ويتوصل إلى حلول بديلة، ويقيم كل حل، ويختار أفضل حل للتنفيذ. وإذا استطاع أن يفعل ذلك بنجاح، يحصل على نقاط. على أنه إذا تعثر طوال الطريق، يمكن للآخرين مساعدته وسوف يحصلون على نقاط مقابل كل اقتراح مفيد طالما أنه طلب منهم أولاً أن يساهموا (لتقليل صياحهم ومساعدتهم على التحكم في وضبط ردود الأفعال المندفعة). إن اللوحة تكون دائرية وتستمر اللعبة حتى يشير المعالج إلى الجولة الأخيرة. وفي نهاية اللعبة يحصل الطفل الذي يحقق أكبر عدد من المكافئات الرمزية على جائزة.

كما تتوفر أيضاً ألعاب مماثلة على شبكة الانترنت ويمكن الوصول إليها أثناء لقاء المجموعة. ومثال لها هو «اتخاذ موقف مغاير» (جامعة إلينوي بايربانا-تشمبين، بدون تاريخ). وتعمل هذه اللعبة ككتاب إلكتروني حيث يضغط المشاهدون على صفحة تلو الأخرى ويتابعون طفلاً أنتابه الغضب من أصدقائه ويجب أن يجدوا حلاً للمشكلة. وعند كشف كل بطاقة تالية يمكن للمشاركين في المجموعة أن يتوقعوا ما ستقوله الشاشة التالية، ويمكن مكافأة أولئك الذين يعطون إجابات صحيحة بإعطائهم نقاط.

هذه الأمثلة هي فقط بعض الطرق العديدة التي يمكن أن يستخدمها المعالجون لتشجيع الأعضاء على تطبيق إستراتيجية حل مشكلات فعالة. ومن المهم أن نعلم الخطوات للأولاد، ولكن ينبغي بعد ذلك خلق مواقف تسمح لأعضاء المجموعة بالتدريب على وممارسة هذه المهارات. وكلما كان الموقف أكثر واقعية

وطبيعية، كان احتمال استدماج المهارات أكثر، وكان انتقال أثر التعلم خارج بيئة أو موقف الجماعة أكثر احتمالاً.

د- الأسابيع من ١٣ إلى ١٦: التحكم في الغضب وحل صراعات الرفاق

Anger management and peer conflicts resolution

يمكن القول أن التحكم في الغضب هو أهم الوحدات أو النماذج، وفي بعض الأحيان يكون مد دورة المجموعة لمدة أسبوع أو أسبوعين فعلاً إذا تطلب هذا المكون عملاً إضافياً. وكما هو الحال مع مهارات حل المشكلات، يلزم تحديد وتعليم سلسلة خطوات فعالة، ويجب خلق فرص للتدريب لمساعدة كل طفل على استدماج هذه المهارات. ولأن المهارات المستخدمة في التحكم الفعال في الغضب مماثلة للمهارات المستخدمة في حل المشكلات الفعال، يكون من المفيد أن نتناول حل المشكلات أولاً (كما سبق وأن وصفنا) ثم ننتقل إلى التحكم في الغضب. إن التحكم في الغضب أكثر صعوبة من حل المشكلات. فبعد أن يتدرب الأولاد على استراتيجيات حل المشكلات في مواقف لا تعزز الإحباط أو الغضب بدرجة كبيرة، فإنهم يجدون استخدام أسلوب مماثل عند تعلم التحكم في غضبهم أكثر سهولة. ومرة أخرى يكون من المهم أن نتذكر السبب في أن التحكم الفعال في الغضب يكون صعباً للغاية بالنسبة للأولاد المندفعين. فعندما يمرّون بانفجار للعاطفة، تكون لديهم صعوبات في احتواء رد الفعل هذا، وبالتالي فإنهم يقولون أو يفعلون أول شيء يتبادر إلى ذهنهم. وغالباً ما يفعلون ذلك قبل أن يدركوا شعورياً أنهم غاضبون. وكما وصف ناي (Nay، ٢٠٠٤)، فإنه من المهم أن نوقف تصاعد الانفعال أو العاطفة مبكراً قدر الإمكان لأنه يمكن تخطي أو تجاوز عتبة التحكم أو السيطرة بسرعة، ومن ثم يكون من الصعب احتواء جيشان عاطفي. إن سلسلة الخطوات التالية يمكن أن تكون مفيدة:

١- التعرف على العلامات والإشارات النفسية التي تشير إلى استثارة

انفعال.

٢- الحد من الاستثارة النفسية.

٣- تحديد ما إذا كان الانفعال هو حقاً غضب - من الممكن أن يكون

الغضب انفعالاً ثانوياً (كأن يثيره مثلاً الخوف أو المشاعر المجروحة).

٤- توليد البدائل المتاحة للتعبير عن الشعور وذلك بالاعتماد على هذا

الشعور.

٥- تقييم كل بديل.

٦- اختيار أكثر بديل ملائم.

وكما هو الحال مع الأنشطة الأخرى التي تناقش في هذا الفصل، ينبغي على المعالج أن يختار أنشطة تسمح لأعضاء المجموعة بالتدريب على هذه المهارات. ومرة أخرى فإن الألعاب اللوحية، مثل لعبة التحكم في الغضب، يمكن أن تكون مفيدة (بيرج Berg، 2000).

مع قيام الأولاد بدحرجة النرد والتحرك حول اللوحة يقبلون بطاقات تقدم أحد السيناريوهات الاجتماعية الشائعة وتحتوي على أسئلة عن أحداث ومشاعر. وبالنسبة لكل سيناريو قصير يطلب من الأولاد أن يصفوا الحدث المهيب precipitating events، وكيف جعلهم الحدث يشعرون، وما الإحساسات الجسدية والأفكار التي صاحبت كل شعور، وما الحلول المحتملة التي يمكن تنفيذها، وأي خيار من المحتمل أن يكون هو الأفضل. واعتماداً على كمال ودقة الإجابة، يحصل الأولاد على نقاط. وبينما يجيب أحد الأولاد، يطلب من آخرين أيضاً أن يفكروا في (ويتشاركوا في) أمثلة لحلول مماثلة، وقد يحصلون على نقاط إضافية، خاصة إذا تعثر الطفل الذي لديه البطاقة في التوصل إلى إجابة. إن التعرف على الإحساسات الجسدية المتضمنة في استجابة الغضب له أهمية خاصة. فالأطفال المندفعون يكون رد فعلهم سريع للغاية حتى أنه يكون من الصعب جداً إمساكهم وهم محبطون أو غاضبون. كما أن وعيهم بأجسامهم وكيف تعطي أجسامهم إشارات بالمشاعر لهم يمكن أن يكون مفيداً لإبطاء سرعة رد الفعل الأول. ويمكن تعليم الأولاد أن يراجعوا قائمة مراجعة خاصة بالجسم - «ماذا يفعل ذراعي؟» (هل أشد قبضتي؟)، «هل أشعر بالدفء حقاً؟»، «هل تجعلني قدامي أشعر بالرغبة في الركل»، وهكذا دواليك. ويمكن لنشرات متنوعة أن تكون مفيدة، وينبغي تشجيع الأولاد لحمل هذه النشرات معهم للاسترشاد

بها عند الحاجة. وما إن يتعرف الأولاد على الاستئارة يجب تعليمهم أساليب لمنع تصاعدها، مثل ترك الموقف للذهاب إلى مكان هادئ والعد حتى ١٠ مع أخذ عدد قليل من الأنفاس العميقة.

إن المكون المعرفي cognitive component مهم بالمثل، ففي كل مرة يوقظ فيها حدث المشاعر، يتم تعليم الطفل التعرف ليس فقط على شعوره ولكن أيضاً تصوره للحدث. وبتتابع مبادئ العلاج المعرفي- السلوكي، فإن إدراك الحدث وتفسيره، وليس الحدث نفسه، هو الذي يحدد المشاعر، ويكون تعليم الطفل التعرف على تصوره للأحداث المحبطة هاماً.

وأثناء اللعب يتعرف الأولاد على إحساساتهم الجسدية وأفكارهم ومشاعرهم الناتجة. وعند تصوير كل موقف، يطلب من الأولاد في المجموعة أفكار وتصورات بديلة تسفر عن مشاعر أخرى غير الغضب. وعندما يقدم كل طفل هذه الأمثلة، يحصل على نقاط. ويتم لعب اللعبة طوال الجلسة إلى أن يحصل كل واحد على فرصة لتقديم عدة إسهامات، وفي نهاية الجلسة يحصل الطفل الذي حقق أكبر عدد من النقاط على جائزة.

وبطريقة تشبه التدريب على التحصين Inoculation training، يكون من المفيد أن نخلق فرصاً للأولاد للتدرب على مهارات التحكم في الغضب المكتسبة حديثاً في تفاعلات اجتماعية فعلية. وقد يبحث المعالج عن أحداث طبيعية يظهر فيها الإحباط والغضب بين الأعضاء، مثال ذلك عندما يلزم أن يتعلم طفلان التشارك في نفس اللعبة التي يرغبان اللعب بها، أو عندما يجب على الأولاد أن يتشاركوا في اختيار نشاط لعب، ويكون على الطفل الذي لم يتم اختيار فكرته أن يتعامل مع هذا الأمر بصورة بناءة. وقد يقوم المعالج أيضاً بخلق مواقف قد يستتار فيها الغضب بأن يطلب من طفل أن يؤدي سلوكاً قد يغضب الآخرين أو بمحاكاة سلوك قد يستثير الغضب. فمثلاً أثناء لعب الأولاد، يمكن للمعالج أن يقتحم نشاطاً ويبدأ انتزاع اللعب منهم. وعندما يحدث ذلك، يمكن للمعالج أن يطلب من كل طفل أن يحدد مشاعره وكيف أعطى له جسمه إشارة بأنه أخذ يغضب. وبعد ذلك يمكن مراجعة طرق الاستجابة لهذا الموقف،

مع مطالبة الأولاد بالاستجابة للمعالج كما لو أنه كان أحد الرفاق أو الأقران. ويتم تذكير الأولاد طوال الوقت بالدروس التي تعلموها أثناء لعب لعبة الغضب ويطلب منهم التحدث عن إحساساتهم الجسدية وأفكارهم ومشاعرهم. وعندما يصابون بالإحباط ولكن يكون رد فعلهم إيجابياً وبناءً، تتم مكافئتهم بنقاط يمكن مقايضتها بجائزة في نهاية الجلسة.

ومع تقدم المجموعة، خاصة إذا تم مد المجموعة للسماح بمزيد من الوقت للعمل على مهارات التحكم في الغضب، يكون من المفيد أن نعلم الأولاد أن يضطلعوا بأدوار متنوعة في حل الصراعات التي تتضمن الغضب. وكما وصف كانينجهام و كانينجهام و مارتوريللي و Cunningham, Cunningham, Martorelli and (٢٠٠١)، فإن تعليم مهارات الوساطة قد يكون مفيداً. ويتم تدريب الوسيط على أن يظل موضوعياً ويتصرف فقط كوسيط لمساعدة كلا الجانبين على حل مشكلاتهم، كما في المثال التالي:

عندما يبدأ طفلان في المجموعة في التشاجر على لعبة، يمكن للمعالج أن يقدم نموذجاً للسلوك الذي يستخدمه وسيط mediator. ويطلب المعالج من الأولاد أن يوقفوا الشجار ويتناوبوا الأدوار في قص حكايتهم. وعندما يصف الطفل الأول حكايته، يتم تذكير الطفل الآخر بأن يبقى هادئاً (حتى إذا لم يوافق على ذلك) وينصت. وعند انتهاء الطفل الأول من سرد ما لديه، يقوم المعالج بتلخيص ما قيل (بدون الموافقة أو عدم الموافقة) ثم يطلب من الطفل الثاني أن يقص حكايته، وبعد ذلك يقوم الوسيط بتلخيص موقفه. وبعد ذلك يطلب المعالج من كلا الطفلين أن يقترحا حلولاً، ويقوم المعالج بمراجعة مميزات وعيوب كل اقتراح. ثم يقوم المعالج باختيار حل ويوافق على الالتزام به. وأثناء ذلك يقوم الأولاد الآخرون بالمشاهدة. وفي النهاية تقوم المجموعة بمراجعة ما حدث وما إذا كان هذا الأسلوب فعالاً وناجحاً.

ومن المفيد أن نمد حياة المجموعة لمدة طويلة تكفي للسماح لكل عضو بفرصة واحدة على الأقل لأن يكون خصماً وفرصة واحدة لأن يكون وسيطاً.

ثالثاً- التدخلات الجماعية للمراهقين الكبار وبالغين الذين

يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط

إن جلسات الإرشاد الجماعي مع العملاء صغار السن عادة ما تكون مهيكلة للغاية وموجهة نحو تنمية مهارات خاصة ومحددة. وهكذا فإنها عادة ما تتبع شكلاً مغلقاً مقسماً إلى وحدات أو نماذج تستهدف أهدافاً محددة يتم تحقيقها من خلال أنشطة مهيكلة وموجهة. ولأن المعالج يجب أن يظل مسئولاً، خاصة مع الأولاد المندفعين و/أو ذوي النشاط المفرط، فإن الآليات الجماعية لا تحظى بوجه عام بقدر كبير من الاهتمام، ولا يتم استخدام عوامل موجهة بالعمليات (على الأقل بشكل ظاهر) لزيادة آثار العلاج بدرجة كبيرة.

إن المجموعات التي تضم بالغين ومراهقين كبار لا يلزم أن تكون بمثل هذه الهيكلية والتنظيم، ويمكن تسخير العوامل العلاجية الموجهة للعمليات - process-oriented therapeutic. ويمكن أن تكون المجموعات مغلقة، لإتاحة انضمام الأعضاء الجدد كمقاعد في المجموعة. ورغم أن المجموعة يمكن أن تشمل مع ذلك على وحدات أو نماذج، إلا أنه يمكن وضع جدول زمني مرن لها، وقد تتباين طول مدتها، اعتماداً على احتياجات الأعضاء. ومع ذلك فإنه من المفيد أن نركز على تنمية المهارات، ولكن يمكن استخدام طرق متنوعة لتشجيع بناء المهارات، بما في ذلك العوامل التفاعلية، والنمذجة، والعروض التعليمية، والتدريبات العملية، وما إلى ذلك. وقد تتناول المجموعة ليس فقط التدريب على المهارات الاجتماعية (وما يرتبط به من عوامل)، ولكن أيضاً التربية النفسية حول الاضطراب، وتنمية المهارات التي تحسن البيئات والمواقف الموجهة نحو الأداء (مثل المدرسة أو العمل)، والعمل على حل القضايا التي تؤثر على العلاقات مع الزوجات والآخرين الهامين. وبسبب تركيزها الأوسع والأكثر شمولاً ومدتها الأطول، يمكن استخدام هذا النوع من المجموعات كعلاج أحادي (ربما بالإضافة إلى العلاج بالأدوية) أو كمكمل للإرشاد الفردي و/أو الزوجي.

١- الإعداد للمجموعة preparation for group

عند اختيار أعضاء المجموعة، ينبغي على المعالجين أن يفكروا فيما إذا

كان الأعضاء المرتقبون ستكون لديهم القدرة على التواصل مع بعضهم البعض والعمل معاً. وبالنسبة للمراهقين والبالغين الصغار، قد يكون من المفيد أن تبقى المجموعة متجانسة من حيث الجنس لأن الرجال الشباب قد يظلوا يتأثرون بديناميات النوع وقد يشعرون بالارتباك والوعي بالذات أمام الشابات من النساء أو يحاولون التأثير عليهن. وعلى الرغم من أنه قد يكون من المفيد أن نتناول ونعالج هذه الديناميات، إلا أنها بوجه عام لا ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالمهارات الخاصة التي يلزم أن ينميها المراهقون والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لمعالجة أعراض هذا الاضطراب. على أنه عندما تتألف المجموعة من بالغين أكبر سناً، فإن التركيب غير المتجانس ربما يكون مفيداً في بعض الحالات. وإذا وجدت نساء في المجموعة، فإنهن قد يقدمن وجهة نظر بديلة قد تكون مفيدة بالنسبة لأعضاء المجموعة الذكور. فمثلاً عند التحدث عن القضايا المرتبطة بالعلاقات، قد تساعد النساء الرجال على فهم ردود أفعال ومشاعر صديقاتهم أو زوجاتهم، وهو ما قد يساعد الرجال على تنمية طرق أكثر فاعلية للتواصل مع النساء الموجودات في حياتهم.

وعلى الرغم من أن تحديد تباين العمر بشكل صارم لا يكون ضرورياً، إلا أن المعالج ينبغي أن يفكر في تركيب المجموعة ويتأكد من أن الأعضاء سوف تكون لديهم اهتمامات حياتية متماثلة. ولهذا السبب قد يكون من المفيد أن نحدد تباين العمر في المجموعات التي تضم مراهقين ورجال في العشرينيات من عمرهم. وبالنسبة للمجموعات التي تتألف من بالغين أكبر سناً، عادة لا يكون تباين العمر مهماً.

وكما هو الحال مع الأولاد الصغار، قد يكون من المفيد أن نحدد عدم التجانس التشخيصي لأعضاء المجموعة. ولساعدتهم على الارتباط بآخرين لديهم نفس الخبرات، ينبغي على المعالج أن يضمن أن يظهر المشاركون مشكلات متماثلة. ولأن المراهقين الأكبر سناً والشباب من الرجال قلما يكونون مفرطي النشاط، فإن قائد المجموعة لن تكون لديه صعوبات في إدارة مجموعة يظهر فيها كل الأعضاء اندفاعاً أو أعراض أخرى لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

وكما هو الحال مع الأولاد، يكون من المفيد أن نجعل الأعضاء متباينين بعض الشيء من حيث مستوى حدة أو شدة الأعراض. وبهذه الطريقة فإن أولئك الذين تكون لديهم مشكلات أقل تتعلق بالاندفاع قد يساعدون أولئك الأكثر اندفاعاً، وأولئك الذين تكون لديهم مشكلات أقل تتعلق بعدم الانتباه أو عدم التنظيم قد يساعدون آخرين لديهم مشكلات أكثر في هذه المجالات.

ولأنه نادراً ما يتم استخدام تدريبات تتضمن نشاطاً بدنياً وتتطلب إعادة ترتيب لغرفة المجموعة، فإن اعتبارات المساحة لا تمثل في العادة مشكلة. إن الغرفة يجب أن تكون كبيرة بدرجة كافية تسع الأفراد، وقد يكون وجود منضدة مفيداً حتى يمكن تنفيذ بعض الأنشطة التي تتضمن الكتابة بصورة مريحة.

وفي بداية المجموعة، وفي كل مرة ينضم فيها عضو جديد للمجموعة، ينبغي أن توصف المجموعة للمشاركين حتى يتم وضع التوقعات الملائمة. وينبغي إعلام العملاء بأن جلسات المجموعة سوف تركز على بناء المهارات للحد من الاندفاع والقابلية لتشتت الانتباه/عدم التنظيم، وخاصة التركيز على مدى تأثير هذه المشكلات على العلاقات الشخصية والنجاح في بيئة المدرسة أو في بيئة العمل. وسوف تتضمن المجموعة التشارك في الخبرات الشخصية والمشاركة في الأنشطة. وسوف يكون لدى المعالج جدول أعمال عما سستم تغطيته في الجلسات، ولكن سوف يتم تفصيل كل جلسة لتناسب احتياجات كل الأعضاء.

ويجب تحديد أدوار المجموعة. وكما هو الحال مع الأولاد الصغار، ينبغي أن تشمل هذه الأدوار على قواعد السلامة الأساسية (للاتصال البدني)، والقواعد السلوكية المعقولة (احتفظ بطبقة وقوة صوتك عند مستويات مريحة - ممنوع الصراخ)، ومراعاة استخدام اللغة الملائمة (ممنوع السباب أو الشتائم). وينبغي أن يكون المعالج مرناً بشأن استخدام اللغة القوية ويعرف أن المراهقين الأكبر سناً والرجال البالغين غالباً ما يستخدمون لغة قوية (مثل الشتائم) عندما يتحدثون، ومنع أو تحريم هذه اللغة كلياً سوف يجعل المجموعة تبدو مصطنعة جداً. على أنه من المهم أن نوصّل للأعضاء أنه يجب عليهم أن يحترموا بعضهم البعض. ويجب أيضاً التأكيد على الحاجة للسرية. فيجب على أعضاء المجموعة

أن يتفقوا على أن أي إفشاء للمعلومات الشخصية يحدث في المجموعة، وأسماء أعضاء المجموعة يجب أن تبقى سرية. وبالإضافة إلى ذلك، يكون من المفيد بوجه عام أن نحدد الاتصال الخارجي بين أعضاء المجموعة. ومن الشائع بالنسبة للمعالجين الجماعيين ألا يشجعوا الاتصال بين أعضاء المجموعة خارج بيئة المجموعة وأن يطالبوا بجلب أي اتصال جماعي حدث بالخارج إلى المجموعة حتى يمكن مناقشته (يالوم & ليشت Yalom & Leszcz، 2005). إن عدم تشجيع الاتصال ضروري لمنع العلاقات الخارجية بين أعضاء المجموعة، مثل تنمية صداقات وثيقة أو بدء علاقة جنسية (وهو ما يمكن أن يمثل مصدر قلق خاص إذا ضمت المجموعة أعضاء من كلا الجنسين). فالعلاقة القوية بين أعضاء المجموعة خارج بيئة المجموعة سوف يكون لها في العادة تأثير ضار على المجموعة. وعندما تكون العلاقة إيجابية، يميل أولئك المتضمنين فيها إلى تشكيل تحالف قوي داخل المجموعة، يدعم ويساند أساساً بعضهم البعض. وعندما تتدهور العلاقة أو تصبح متضاربة، فإن التوتر يؤثر كثيراً على المجموعة وقد يسيطر على جدول الأعمال، مما يمنع المجموعة من معالجة القضايا التي تكون هامة بالنسبة للأعضاء الآخرين. ولهذا السبب ينصح العديد من المعالجين الجماعيين المشاركين بأن يطلب من أولئك الذين يحدث بينهم اتصال شخصي خارج بيئة المجموعة بترك المجموعة.

أ - العوامل العلاجية الموجهة للعمليات

إن المجموعات التي تضم مراهقين كباراً ورجالاً بالغين تسمح للمعالج بموازنة البنية المستحثة بالقائد مع بؤرة التركيز أو الاهتمام المستحثة بالأعضاء. وعلى الرغم من أن الأنشطة المهيكلة أو الموجهة تلعب دوراً هاماً في المجموعة (كما سنناقش في الجزء التالي)، إلا أن الأعضاء أيضاً يبدأون يعرفون بعضهم البعض كأشخاص ويبدأون ينمون علاقات (داخل بيئة المجموعة) مع بعضهم البعض. ومع استمرار المجموعة يبدأ أعضاء المجموعة ببطء في تكوين روابط مع الأعضاء الآخرين، وتنشأ أنماط تفاعلات تسمح بتنمية عوامل علاجية متنوعة (يالوم & ليشت Yalom & Leszcz، 2005). ويبدأ أعضاء المجموعة يعرفون

أنهم سوف يتشاركون جميعاً في توقعات وصراعات معينة، وأنهم يحصلون على بعض الارتياح من معرفة أن الآخرين يختبرون ويمرون أيضاً بصعوبات ومشكلات مماثلة (العمومية). وبسماع قصص الأعضاء الآخرين يعرف المشاركون أنه يمكنهم إيجاد طرق للتعامل مع المشكلات وتحسين حياتهم. وهذا بدوره يغرس الأمل ويعطي دافعية للمحاولة. وعندما يتشارك أعضاء المجموعة في قصصهم فإن المشاركة الوجدانية والدعم اللذين يختبرانهما من الآخرين يساعدهم على الشعور بأن هناك من يهتم بهم ويحترمهم، مما يحسن إحساسهم بقيمة الذات.

وهذه الخبرة يمكن أن تكون مفيدة بشكل خاص بالنسبة للمراهقين والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. فتشارك الخبرات مع بعضهم البعض يمكن أن يساعدهم على معرفة الطرق المختلفة التي أثرت بها أعراض هذا الاضطراب على حياة الناس. ويمكنهم أن يبدأوا في الارتباط ببعضهم البعض من حيث ليس فقط الطرق التي يظهرون بها الاندفاع والقلق والقابلية لتشتت الانتباه أو عدم التنظيم ولكن أيضاً الطرق التي أثر بها امتلاك بعض هذه الأعراض على ذكورتهم وقدرتهم على الارتباط بالآخرين كذكور. إن التشارك في تلك القصص وتعلم معرفة تأثيرات هذه الأعراض على حياتهم قد يساعد حقاً في ربط الأعضاء بعضهم ببعض، مما يقوي ويعزز تماسك المجموعة وينمي تكوين تحالف عمل.

ومع تفاعل أعضاء المجموعة، خاصة بعد أن يعرفوا بعضهم البعض لبعض الوقت، يبدأون السلوك نحو بعضهم البعض بطرق مماثلة للطرق التي يسلكون بها نحو الأشخاص الآخرين الموجودين في حياتهم، مثل رفاقهم، أو زملائهم في العمل، أو الآخرين الهامين. وهذا يسمح للمعالج (وأعضاء المجموعة الآخرين) باختبار السلوك في بيئة أكثر طبيعية لأن الشخص لم يعد في أفضل سلوك له ويسلك بطريقة واقعية وطبيعية بالنسبة له. ونتيجة لذلك، فإن التدخلات التي تستهدف تلك السلوكيات، خاصة عندما تأتي من أعضاء كون العميل معهم فعلاً علاقة شخصية، من الأكثر احتمالاً أن تصيب الهدف وتنتقل خارج

المجموعة إلى حياة العميل الواقعية.

وعندما يعرف أعضاء المجموعة بعضهم البعض، فإنهم يخلقون بيئة اجتماعية في كل مرة يتفاعلون فيها. وفي هذه البيئة يكونون قادرين على ملاحظة سلوكيات الآخرين ويعرفون ما يصلح وما لا يصلح. ومن الأكثر احتمالاً أن تتم محاكاة السلوكيات التي تسفر عن نتيجة إيجابية، ومن الأكثر احتمالاً أن يتم إطفاء السلوكيات التي تسفر عن صراع ونتائج غير مرغوبة. وهذا يساهم في تعلم الأعضاء لمهارات اجتماعية جديدة. ولأن هذه المهارات سوف يتم تعلمها في بيئة اجتماعية، خاصة بيئة أصبح فيها الشخص عضواً فعالاً ونشطاً، فإن انتقال فوائد ومكاسب العلاج إلى بيئات أخرى سوف يكون أكثر احتمالاً.

ب- تنمية المهارات

بالإضافة إلى تعليم العوامل الموجهة للعمليات، يكون من الضروري بالنسبة للمعالج أن يساعد الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط على تعلم مهارات لمكافحة أعراض هذا الارتباط و/أو بناء إستراتيجيات تعويضية لمعالجة الأعراض المتخلفة أو المتبقية.

وينبغي على المعالج أن يأخذ في الاعتبار أكثر الأعراض الملائمة لخبرة المجموعة. فقد يعالج بعض الرجال أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من خلال الأدوية ويحضرون في المجموعة باعتبارها وسيلة العلاج النفسي الوحيدة التي يشاركون فيها. وبالنسبة لهم سوف تشمل خبرة المجموعة بؤرة اهتمام أو تركيز أوسع وأكثر شمولاً لأن بعض القضايا التي عادة ما تتم معالجتها في أشكال الإرشاد الأخرى (مثل التربية النفسية بشأن الاضطراب) لا تتم معالجتها في أي مكان آخر. على أنه ينبغي على المعالج أيضاً أن يأخذ في الاعتبار أي الأهداف تكون أكثر ملائمة لبيئة المجموعة ويقضي معظم الوقت في تناول ومعالجة هذا المكون. وكما ناقشنا مع مجموعات الأولاد، فإن جانب التدخلات العلاجية التي تعطي فيه المجموعات فرصة فريدة هو بناء المهارات الاجتماعية. وبالتالي ينبغي على المعالجين أن يتأكدوا من أنهم يعظمون هذا المكون من مكونات مجموعات العلاج، لأن تعلم المهارات الاجتماعية لا يكون بمثل

الفاعلية عندما يتم في أساليب العلاج الأخرى. إن الأعضاء الذين تكون لديهم احتياجات علاجية كبيرة في مجالات أخرى قد يتم تحويلهم لتلقي علاجاً فردياً أو أسرياً لمعالجة تلك القضايا أو المسائل.

وعلى الرغم من أن تنمية المهارات الاجتماعية ينبغي يكون هو بؤرة الاهتمام الرئيسية، إلا أنه يمكن مع ذلك التطرق إلى ومعالجة مجالات أخرى مع استمرار جلسات المجموعة. وعلى الرغم من أنه قد يتم تناول هذه المجالات في أساليب العلاج الأخرى التي قد يشارك فيها الأعضاء (مثل الإرشاد الفردي)، إلا أن الدعم الإضافي الذي تقدمه المجموعة من المحتمل أن يعزز فوائد ومكاسب العلاج التي يتم تحقيقها في أي مكان آخر في العلاج. وهكذا فإن المناقشة التالية سوف تركز على عدد من المهارات التي يمكن تناولها بنجاح في البيئات الجماعية.

التثقيف النفسي. إن الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ربما يكونون قد تعلموا الاضطراب عندما التحقوا بالعلاج لأول مرة، وربما يكونون قد قرأوا كتباً أو مقالات أو نشرات عن اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ولكن ربما لا يكونوا قد التقوا بالعديد من الرجال الآخرين الذين يعانون من هذا الاضطراب. والسماح للرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بالتشارك في وتبادل معرفتهم بالاضطراب مع بعضهم البعض يمكن أن يكون مفيداً جداً لأنه يسمح لأعضاء المجموعة بسماع معلومات متنوعة عن الأسباب والأعراض والعلاج. ويمكن للمعالج أن يعمل كمرشح أو فلتر لمواجهة الطعن في أية معلومات لا تبدو صادقة.

إن التشارك في وتبادل المعلومات قد يكون فعالاً بشكل خاص عندما يتبادل الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والخاضعين للعلاج بالأدوية قصصهم. فالعديد من الرجال يمتنعون عن استخدام الأدوية ويشعرون بأن قبول الحاجة للأدوية هو علامة من علامات الفشل والضعف الشخصي. وسماع كيف يصارع الرجال الآخرون بعض هذه الإدراكات وربما يتغلبون عليها مع الاحتفاظ بذكورتهم على الرغم من ذلك قد يكون مفيداً جداً

بالنسبة للرجال الذين لا زالوا يجابهون هذه القضية أو المسألة. وعلى الرغم من أن المعالجين غالباً ما يحرزون تقدماً كبيراً في معالجة هذه القضية في الإرشاد الفردي، وبالمثل يعالجها المهنيون الطبيون عندما يرون مرضاهم أثناء الزيارات المكتبية، إلا أنه يبدو أن لا شيء يصيب الهدف مثلما تفعل المعلومات التي تأتي من أحد الرفاق أي من رجل آخر.

المهارات الاجتماعية Social skills. سوف تساهم مجموعتان من العوامل في وقت واحد في تحسين المهارات الاجتماعية بين أعضاء المجموعة هما العوامل الموجهة للعمليات التي سبق أن ناقشناها في هذا الفصل) والتدريب الموجه للمهارات والذي يبادر به المعالج. ومن المهم أن نعرف أن كلا من هذين المكونين تعاوني ويعظم كل منهما تأثيرات الآخر. إن استخدام الإستراتيجيات لا يعط فقط فرصاً لبناء مهارات جديدة والتدريب على بعض المواقف ولكنه أيضاً يحفز الأفراد للتفاعل، مما يساعدهم لمعرفة بعضهم البعض وتكوين تحالف علاجي. وعندما تقوى الرابطة بين أفراد المجموعة، ويبدأون يسلكون بشكل طبيعي نحو بعضهم البعض، فإن رد فعلهم للتدريبات التي يجلبها المعالج للجلسة سوف يعكس بدرجة أكبر الطريقة التي يسلكون بها في الحياة الواقعية. وعند هذا الحد فإن التدخلات التي ينفذها قائد المجموعة، والتي يعززها أكثر أعضاء المجموعة الآخرين، سوف تصبح أكثر فاعلية بكثير. وهكذا ينبغي أن يسمح قادة المجموعات بوقت للمجموعة النامية لكي يتحدث الأعضاء لبعضهم البعض ويتشاركون فيما يفعلونه، ولكن ينبغي أيضاً أن يقوم القادة بضم بعض التدريبات التي ستزيد من تحفيز الأعضاء للتفاعل مع بعضهم البعض.

إن المعالجين الجماعيين الذين يعملون مع بالغين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ينبغي أن ينموا مكتبة من المراجع التي يمكن اختيار تدريبات المجموعة منها. فمثلاً تقدم سلسلة من ثلاثة مجلدات لكتاب تدريبات العلاج الإبداعي (دويسك Dossick، ١٩٨٨، ١٩٩٠، ١٩٩٥) ٥٢ تدريباً في كل مجلد يمكن استخدامهم لتوليد المناقشة في المجموعة. ويتوافر عدد كبير ومتنوع من المثيرات يسمح لقادة المجموعات باختيار المثيرات التي

تكون ملائمة لبؤرة اهتمام ومستوى طول مدة مجموعة معينة. ويتوافر العديد من الكتب الأخرى التي تقدم أيضاً تدريبات لتشجيع وتنمية الأنشطة الجماعية. وفي المراحل الأولى لتكوين مجموعة، أو عندما تمر مجموعة قائمة بتغيير في العضوية، ينبغي أن تركز التدريبات على تنمية الارتياح نحو الإفصاح أكثر من المهارات المعرفية المحسوسة. وقد يطلب معالج المجموعة من الأعضاء أن يرسموا صورة لشخص مهم في حياتهم أو صورة تمثل شيئاً يودون تحقيقه في حياتهم، ولتحفيز الحوار يمر الأعضاء حول هذه الرسومات أو الصور ويسألون بعضهم البعض عن المحتوى.

وعندما يصبح أعضاء المجموعة أكثر ارتياحاً لبعضهم البعض، يمكن أن تركز التدريبات بشكل أكثر مباشرة على المهارات الاجتماعية. ويمكن أن يعتمد الأعضاء على تفاعل اجتماعي حديث أسفر عن شعورهم بالسعادة أو الحزن. وهذا التدريب يمكن أن يدفع الأعضاء للبدء في التحدث مع بعضهم البعض عما حدث وكيف انتهى الموقف. وأثناء رواية السيناريو تكون لدى المعالج الفرصة لاستخدام التدخلات المعرفية-السلوكية لتوضيح بعض الأسباب في أن الموقف لم ينتهي كما كان مخططاً له. فمثلاً يمكن تمثيل حوار بواسطة عميل وعضو آخر من أعضاء المجموعة. وعندما يحكي العميل ما قيل له، يمكن للمعالج أن يسأله عما يعتقد أن الشخص الآخر كان يقصده عندما قال أشياء مختلفة للعميل. وقد يكشف كل عضو عن الفروض الخاطئة الضمنية والأفكار الآلية السلبية. ويمكن للمعالج أن يستخدم أساليب معرفية-سلوكية متنوعة للطعن على أساليب العزو أو النسب الخاطئة Misattributions هذه، بما في ذلك التجريبية التعاونية لـ بيك Beck أو طرق الدحض Methods of disputing لـ «إيليس» Ellis (ناقشنا كليهما في الفصل الثامن). وينبغي على المعالج أن يضم مشاركة أعضاء آخرين بالمجموعة في هذه العملية حتى يصبح واضحاً أن المجموعة ككل تساعد العميل.

ويمكن تنفيذ هذا الأسلوب ليس فقط باستخدام مثيرات محسوسة وملموسة مثل الصور والرسومات ولكن أيضاً بإعادة خلق سيناريوهات وقصص

موجزة من حياة العميل بطريقة مماثلة لبعض مبادئ الدراما النفسية. تأمل المثال التالي:

يريد عميل العمل لحل جدال وقع بينه وبين زوجته أثناء مشاهدة أبنائه لذلك. يمكن إعادة خلق هذا الموقف في المجموعة بأن يطلب من أعضاء آخرين بالمجموعة أن يلعبوا أدوار زوجة العميل وأبنائه. ويصف العميل (بطل الحكاية) لكل مشارك خصائص الشخص الذي سيقوم بإعادة خلقه. وبالطبع فإنه أثناء حدوث ذلك يصبح المعالج والمجموعة معرضين للفروض التي يفترضها بطل الحكاية عن الأشخاص الموجودين في السيناريو، وينبغي أن يبدأ المعالج في التخطيط لمعالجة هذه الفروض أثناء جزء المعالجة في المجموعة.

ومع تكشف السيناريو يلعب أعضاء المجموعة الأدوار المحددة لهم ويتحققون مع بطل الحكاية من أنهم يصورون (في تصور بطل الحكاية) الشخصيات بدقة. وبعد انتهاء السيناريو يبدأ الجزء الخاص بالمعالجة والذي يتناوب أثناءه المعالج وكذلك أعضاء المجموعة أدوارهم في التعبير عن شعورهم أثناء التدريب. وإذا شعرت المجموعة أن بطل الحكاية كان مفرطاً في رد فعله أو ربما أساء تفسير مقاصد ونوايا بعض الأشخاص في الموقف الفعلي، يمكن للمجموعة أن تساعد بطل الحكاية على بناء تصور مختلف، ويتم إجراء التدريب مرة أخرى لمساعدة بطل الحكاية على التدريب على أسلوب سلوك مختلف.

إن هذا التدريب يمكن أن يكون له تأثير قوي على العميل لأنه يسمح له بالتعرض لتصورات الآخرين له وسلوكياته. وبالإضافة إلى ذلك، فإن أعضاء المجموعة الآخرين يمكن أن يستفيدوا أيضاً لأن السيناريوهات التي تتم إعادة خلقها في المجموعات تكون شائعة وتحدث في حياة العديد من الأشخاص. إن المشاركة المتكررة في هذه الأشكال من التدريبات يمكن أن تساعد أعضاء المجموعة على تنمية والتدريب على المهارات الاجتماعية التي يمكنها تحسين علاقاتهم مع الرفاق وزملاء العمل والآخرين الهامين في حياتهم.

مهارات حل المشكلات Problem-solving skills. كما ناقشنا من

قبل فإن تنمية مهارات حل المشكلات الملائمة من المحتمل أن تساهم في تحسن

ضبط النفس وانخفاض الاندفاع. ولأن الرجال المندفعين يجدون صعوبة في كبح الدافع للتصرف أو السلوك الفوري، فإنهم لا يستخدمون الخطوات المتضمنة في حل المشكلات الفعال لأنهم يميلون للتصرف والسلوك من أول فكرة ترد إلى ذهنهم بدون التفكير في الموقف على نحو أكمل. ويمكن استخدام الأنشطة الجماعية لتعليمهم الإبطاء وتنفيذ سلسلة الخطوات (التي سبق وأن عرضناها بإيجاز في هذا الفصل) التي تحسن حل المشكلات الفعال.

ويمكن للمعالج أن يستخدم مواقف تحدث بشكل طبيعي لتوضيح هذه المهارات. فعندما يناقش أعضاء المجموعة الأحداث التي تقع في حياتهم، فإن المواقف في مرات عديدة سوف تتضمن مشكلة تحتاج إلى التفكير فيها للوصول إلى أفضل حل، كما هو موضح في المثال التالي:

يحكي العميل أن رئيساً له في العمل طلب منه أن يؤدي وظيفة ليست جزءاً من واجبات عمله المعتادة. وباستخدام الخطوات التي سبق مناقشتها في بداية الفصل، يتم تشجيع المجموعة لمساعدة العضو في تحديد المشكلة بشكل ملائم، مثال ذلك هل الموضوع هو أن الوظيفة ليست جزءاً من عمله المعتاد حقاً، أم هل تتضمن واجبات عمله تلك الوظيفة، ولكن العميل لا يعرف كيف يؤديها أو يكره طبيعة المهمة؟ وينبغي أن تكون الطول المحتملة مختلفة بالنسبة لكل احتمال من هذه الاحتمالات.

وبعد ذلك تقوم المجموعة بمساعدة العميل في توليد ردود فعل بديلة لهذا الموقف. فمثلاً إذا لم تكن الوظيفة في نطاق واجباته المتوقعة حقاً، قد يرفض العميل أدائها، أو يقوم بأدائها على أي حال، أو يشكو لرئيس المشرف. وبعد ذلك ينبغي التفكير في كل خيار من هذه الخيارات حتى تتضح مميزات وعيوب كل حل بديل. وفي النهاية يختار العميل الخيار الذي يبدو الأفضل بالنسبة لموقفه المعين.

وفي هذه العملية، تكون لدى العميل وكل أعضاء المجموعة الآخرين فرصة لتعلم مهارات حل المشكلات. وطوال الوقت يجب أيضاً استخدام مهارات أخرى – إيقاف الدافع لرد الفعل الفوري وضبط رد الفعل الانفعالي السلبي الذي قد

يصاحب الموقف (اقرأ المزيد عن ذلك في الفصل التالي). وينبغي أن يتأكد المعالج من أنه تدريجياً ومع استمرار جلسات المجموعة، تكون لدى كل أعضاء المجموعة الفرصة لعرض مشكلات مماثلة والحصول على مساعدة من أعضاء المجموعة الآخرين في بناء مهارات التحكم في الدوافع ومهارات حل المشكلات.

التحكم في الغضب. إن الكثير من القصص التي يرويها العملاء في المجموعات عادة ما تشتمل على انفعال سلبي، خاصة الغضب. وعند استثارة الغضب، يمر الرجال المندفعون بانديفاع سريع للمشاعر يصعب عليهم في الغالب التحكم فيه. ومن المفيد أن يخصص وقت المجموعة لمساعدة الأعضاء على تنمية مهارات تحكم في الغضب أكثر فاعلية.

وكما سبق وأن وصفنا في هذا الفصل فإن التحكم الفعال في الغضب يتطلب معرفة الإشارات الفسيولوجية التي تمت استثارتها، والتعرف الملائم على الانفعال (مثلاً هل يعكس الغضب خوفاً ضمناً أو مشاعر مجروحة ضمناً؟)، وتوليد الحلول المتاحة للتعبير عنه، وتقييم كل بديل، واختيار أكثر تصرف ملائم. وكما وصفنا في أجزاء أخرى من هذا الفصل فإنه ينبغي على المعالج أن يستخدم الفرص التي يقدمها أعضاء المجموعة لتوضيح الخطوات اللازمة للتحكم في ثورات الغضب. تأمل المثال التالي:

يتحدث عضو من أعضاء المجموعة عن شجار وقع مؤخراً بينه وبين زوجته عندما أخبرته أنها لا تريده أن يذهب إلى بيت صديق له لمشاهدة مباراة كرة قدم. ويتابع سلسلة الخطوات، يقوم أعضاء المجموعة بمساعدة العميل في التعرف على الانفعال المحدد (ربما خيبة الأمل) والإشارات التي كان يرسلها له جسمه بأنه بدأ يغضب (أصبح جسمه أكثر تصلباً وتيبساً، ونبضات قلبه بدأت تسرع، وأصبح التنفس أكثر ضحالة). ثم يقوم أعضاء المجموعة بمساعدة العميل في التفكير في طرق لتهدئة نفسه قبل أن يصدر رد الفعل - ربما بالابتعاد للحظة، وأخذ قليل من الأنفاس العميقة، والجلوس أو الرقاد، وإرخاء جسده. وتقوم المجموعة بمساعدة العميل في معرفة أنه بمجرد أن يصبح أكثر هدوءاً فسوف يكون أفضل قدرة على التفكير بوضوح والتوصل إلى إستراتيجيات فعالة لمعالجة

الموقف. وربما يمكنه التحدث مع زوجته واكتشاف سبب عدم رغبتها في خروجه. ربما كانت تتطلع لشيء ما يمكنهما فعله معاً. ويمكن لأعضاء المجموعة أن يرووا للعميل أمثلة لمواقف مماثلة مروا بها في حياتهم وكيف تم حل هذه المواقف.

ومرة أخرى فإنه عند استخدام هذا الأسلوب، تكون لدى كل أعضاء المجموعة فرصة لتعلم التحكم في الغضب بجانب مهارات إضافية مثل الاسترخاء والتعرف على المشاعر أو الانفعالات والتحكم في الدوافع. وينبغي أن يتأكد المعالج من أنه تدريجياً ومع استمرار جلسات المجموعة، تكون لدى كل أفراد المجموعة الفرصة لمناقشة مواقف مماثلة والحصول على مساعدة من أفراد المجموعة الآخرين في بناء مهارات التحكم في الغضب.

مهارات التنظيم. قد يحتاج أعضاء المجموعة أيضاً إلى المساعدة لتحسين مهاراتهم التنظيمية وتطوير طرق لمتابعة مسؤولياتهم. ومرة أخرى يمكن للمعالج أن يشجع أعضاء المجموعة لمساعدة بعضهم البعض والتشارك في الأساليب المتنوعة التي يمكن استخدامها لتحسين حياتهم.

وعندما يحكي أعضاء المجموعة خبراتهم الخاصة، فقد يصبح واضحاً أن العميل يفصح عن مشكلات أو صعوبات في تذكر مسؤولياته. إن نموذج التدريب، الموصوف أكثر في الفصل التاسع، هو أسلوب جيد يسمح لأعضاء المجموعة بمساعدة بعضهم البعض. ويدور المبدأ الأساسي حول بناء المهارات في علاقة تشبه علاقة الرفاق *peerlike relationship*، حيث يكون العميل فيها مسؤولاً عما إذا كان يريد المساعدة، ويقوم الآخرون بتقديم المساعدة، ولكن عندما يطلب منهم ذلك فقط، كما هو موضح في المثال التالي:

يفصح عميل عن شجار وقع بينه وبين زوجته لأنه نسي أن يدفع فاتورة في الوقت المحدد وعليه الآن أن يدفع غرامة تأخير. ويحكي أعضاء المجموعة الآخرين خبرات مماثلة ويسألون العميل ما إذا كانت لديه صعوبات في تذكر أية مواعيد نهائية أخرى وما شابهها. وإذا تم الكشف عن ذلك، يمكن للمعالج أن ييسر لأعضاء المجموعة العمل كمدرّبين لمساعدة العميل على تنمية إستراتيجيات تنظيمية.

ويسأل أعضاء المجموعة العميل ما إذا كان يريد منهم أن يساعده في التعرف على الإستراتيجيات التي قد تحسن التنظيم. وإذا وافق تقترح المجموعة على العميل أن يحتفظ بتقويم أو يسجل رسائل التذكير في مساعده الرقمي الشخصي أو يضبط حاسبه الآلي ليصدر ملاحظات يومية عن ما يلزم إنجازه أثناء أي يوم معين. إن أعضاء المجموعة الذين استخدموا بعض هذه الأساليب يعطونه إرشادات عما نجح وما ثبت أنه أصعب قليلاً. ومع استمرار المجموعة يلتفت كل الأعضاء حول العميل الذي يعاني من المشكلة ويساعده في الاستفادة من خبراتهم السابقة. ويمكن للمعالج أيضاً أن يساعد في هذه العملية عن طريق تجهيز مواد عن الأساليب الشائعة التي يمكن استخدامها لتوفير رسائل التذكير اليومية (تعليمات عن كيفية استخدام برامج التقويم، إلخ).

وكما هو الحال مع الأمثلة الأخرى، فإن هذا الأسلوب يسمح لكل أعضاء المجموعة بالتعلم من بعضهم البعض وتبادل الخبرات والإرشادات والإستراتيجيات. ولأن النصح يأتي من الرفاق قد يكون العميل أكثر تقبلاً خاصة عندما يعاني أعضاء المجموعة الآخرون أيضاً من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ويكشفون كيف أثرت الأعراض على حياتهم. وبالإضافة إلى ذلك، يستفيد كل أعضاء المجموعة بالمشاركة في المناقشة وسماع خبرات الآخريين الذين تكون لديهم مشكلات وحلول مماثلة. وطوال الوقت عندما يمد أعضاء المجموعة يدهم لمساعدة بعضهم البعض يزداد تحسن تماسك وترابط المجموعة ويقوى التحالف العلاجي داخل المجموعة.

رابعاً- ملخص

Summary

على الرغم من أن الإرشاد الفردي وتدريب الوالدين والإرشاد الزوجي يمكن أن يكونوا فعالين في معالجة العديد من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، إلا أن تنمية المهارات الاجتماعية قلما يكون فعالاً إلا إذا تم تعلم المهارات الجديدة بين الرفاق أو الأقران. ولهذا السبب فإن الإرشاد الجماعي يمكن أن يكون مفيداً كمكمل للعلاجات الأخرى، وقد أكدت نتائج الدراسات

البحثية أن تعليم المهارات الاجتماعية وما يرتبط بها من قدرات (مثل التحكم في الغضب) في البيئات الجماعية يكون فعالاً.

ومع الأولاد والمراهقين الصغار ينبغي أن تكون المجموعات مركزة ومهيكلية أو موجهة. ومن المفيد أن نتبنى شكلاً مغلقاً ونطبق برنامج نماذج أو وحدات يركز على أهداف خاصة ومحددة تشمل تحسين مهارات الدخول الاجتماعي، ومهارات التواصل والاستماع، ومهارات حل المشكلات، ومهارات التحكم في الغضب. وينبغي معالجة كل مكون من خلال التدريبات، وينبغي إعطاء فرص تدريب كافية لمساعدة المشاركين في التدريب على المهارات التي اكتسبوها حديثاً. ومع المراهقين الأكبر سناً والرجال البالغين يمكن أن تكون المجموعات أكثر انفتاحاً، وتكون لدى المعالجين الفرصة لتسخير فوائد العوامل الموجهة نحو العمليات، وليس فقط التدريب المركز على المهارات. وعند الارتباط بالمجموعة، يرتبط الأعضاء بعضهم ببعض ويزيد ترابط المجموعة وتماسكها. وعندما يختبر الأعضاء المشاركة الوجدانية والدعم ويبدأون في معرفة عمومية خبرتهم، فإنهم يجدون من السهل أن يحاولوا جاهدين أن يعالجوا أعراضهم وينموا أو يطوروا إستراتيجيات التعويض اللازمة. وبالإضافة إلى ذلك، فإنه عندما يعرف الأعضاء بعضهم البعض، تصبح مجموعة العلاج جماعة رفاق ويبدأ الأعضاء يسلكون نحو بعضهم البعض بطرق مماثلة للطرق التي يستخدمونها مع رفاقهم وزملائهم في العمل والآخرين المهمين. وعندما يحدث ذلك، تصبح كل التدخلات المستخدمة في المجموعة أكثر فاعلية لأنه تم تطبيقها في الواقع داخل جماعة رفاق العملاء. وبالتالي يكون من الأكثر احتمالاً أن تنتقل فوائد ومكاسب العلاج إلى بيئات أخرى.

الجزء الرابع التدخلات التربوية

الفصل الحادي عشر التعديلات التربوية

Educational Modifications

إن الأولاد، المراهقون الذكور، و الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) عرضة لصعوبات في المحيطات التعليمية وعادة المشكلات المتعلقة بالمدرسة تعتبر خاصة مركزية لهذا الاضطراب. ولكي يستطيع الطبيب تشخيص اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط، يتطلب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية- الطبعة الرابعة (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association، 1994) وجود ضعف في المدرسة، العمل، أو الأداء الاجتماعي، والغالبية العظمى من الأولاد والمراهقون الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) عرضة لصعوبات في المدرسة (هينشاو Hinshaw، 2002). مجالات الضعف تشمل صعوبات استكمال العمل، امتثال ضعيف للفروض المنزلية، درجات اختبار منخفضة، وتشكيلة من الصعوبات السلوكية التي من نتائجها تكرار النزاعات بين المدرسين وأقرانهم. لهذا السبب، أغلب استراتيجيات العلاج الفعالة تعتبر متعددة الأنظمة، غالباً تشمل ثلاثة مواضع من التدخل : منزلي (جلسة فردية، تدريب الوالدين، الخ)، تعليمي (تعديلات تربوية، إدارة سلوك الفصل)، وطبي (استخدام أدوية). وقد تمت مناقشة التدخلات المتعلقة بالمنزل في فصول سابقة، وتتم مناقشة المقترحات الطبية في الجزء الأخير من هذا المجلد، وتتم مناقشة المقترحات التعليمية في هذا الفصل والفصول التالية.

توجد مجموعتان من أعراض اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) من المرجح وجودها مع مشكلات مختلفة في الفصل. الأولاد الذين يعانون من الاندفاعية وفرط النشاط من الشائع وجود صعوبات لديهم في البقاء في مقاعدهم ، متململ وغير مستقر بإفراط، يطلب إجابات، يعطل عمل الآخرين، وهكذا. على الرغم من أن فرط الانتباه يميل إلي النقصان مع العمر، المراهقون الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (معقد، أو فرط النشاط

الاندفاعي السائد) عادة يستمرون عرضة لسلوكيات اندفاعية - يقومون بالتطفل على الآخرين ويواجهون صعوبات في التحكم فيما يقولون أو فعل أشياء غير متعلقة بالمهام الأكاديمية المكلفين بأدائها. هذه المشكلات عادة ما تستمر في مرحلة البلوغ، ويظهر طلاب الجامعة الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط مشكلات سلوكية مماثلة (جونستون Johnston، 2002).

وبالإضافة إلى ذلك فإن الأولاد و المراهقون الذين يعانون من الاندفاعية يميلون إلى تقديم سلوكيات معارضة وجريئة والتي تدوم حتى سنوات المراهقة والنضج. في الفصل، يقوم هؤلاء عموماً برفض القيام بالعمل ويقومون بالجدال مع المدرسين والزملاء الآخرون. لأنهم أيضاً يقومون بتفريغ الشحنات الانفعالية المنتظمة بصعوبة، فإنهم يكونون عرضة لانفجارات عاطفية ونوبات غضب. المدرسين بالفصل يحتاجون إلى القدرة على التدخلات التي تقلل تأثير كل هذه المشكلات على التلاميذ الآخرون ومساعدة الأولاد والمراهقون الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) تعلم سيطرة أفضل على النفس.

وكما ناقشنا سابقاً، فإن الأولاد، المراهقون، والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) هم في خطر كبير بالنسبة لاضطرابات التعلم. وبالإضافة إلى ذلك، هم أيضاً في خطر كبير بالنسبة للاضطرابات الانفعالية (مثل الاكتئاب). ولكي نختار إستراتيجية مناسبة لاستخدامها في جلسات التعليم، يجب على الطبيب أن يقدر عما إذا كانت أعراض اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) مصحوبة باضطراب آخر (مثل مشكلة تعليمية أو انفعالية أو مشكلة نمو) أو عما إذا كان التأثير على التعلم أو السلوك الملاحظ في المدرسة ما هو إلا أمراً ثانوياً بالنسبة لأعراض اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) الموثق. ويعتبر هذا التحديد نقطة بداية تُقدم توجيهها عن كيفية التدخل.

ويستعرض هذا الفصل طرق مساعدة الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) في جلسات التعلم. في البداية، من

الضروري تحديد أي اتجاه سيكون ضروريا وأي مكان مناسب داخل المدرسة يجب أن يكون. ويتطلب عمل هذا التحديد معرفة قانون التعليم وحقوق الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) من ضرورة تلقي المساعدة. وعندما يتم حل قضايا التصنيف والمكان فمن الضروري تحديد أي تعديلات في الفصل ستكون مساعدة. ويستعرض هذا الفصل التغيرات في السعة المادية للفصل وتكوين اليوم المدرسي وأساليب التعلم التي ستساعد الطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) في تحسين الأداء الأكاديمي. ويستعرض الفصل التالي برنامج إدارة السلوك الذين يمكن أن ينجزه أو يحققه المعلمون في الفصل لتوجيه السلوكيات الفوضوية.

أولاً- الدعم البحثي

Research Support

ولقد ظهر أن التدخل في مكان المدرسة هو الطريقة الأكثر فاعلية لتحسين الأداء الأكاديمي للطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) (باركلي Barkley، 2006). ولكي تكون التدخلات مؤثرة، يجب علي المعلمين استخدام الأساليب الاستباقية والتفاعلية proactive and reactive techniques (دوبول & ستونر DuPaul & Stoner، 2003). إن الأساليب الاستباقية (التي تمت مناقشتها في هذا الفصل) تتضمن تغيير بيئة الفصل وتعديل التعليم والوظائف الأكاديمية وتطوير الوسائل الإستراتيجية لتحسن الانتباه وإقامة تعاون بين المنزل والمدرسة. أما الأساليب التفاعلية تشتمل علي برامج إدارة الطوارئ (والتي ستتم مناقشتها في الفصل التالي).

وقد اقترح معظم الباحثين تحقيق تغييرات في بيئة الفصل والذين طوروا خطوطا إرشادية للتحكم في أعراض اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) في المدارس. علي سبيل المثال، اقترح باركلي (٢٠٠٦) أن تغيير مكان الطالب بنقله بالقرب من المعلم وفصل المقاعد بعيدا عن بعضها البعض يقلل من تشتت الانتباه ويزيد من سلوكيات التركيز علي العمل. واقترح دوبول وستونر (٢٠٠٣) إعادة ترتيب قواعد الفصل والأعمال الروتينية لتعديل هيكل

السلوكيات والقدرة علي السيطرة عليها. وقد لقي استخدام الأقران كنظام لتدعيم التعليم، خاصة في الأماكن التي يتم فيها وضع طالب يعاني من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) مع طالب لا يعاني من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) ويحقق إنجازا عاليا دعما هاما في الأبحاث (جرينوود، ديلكوادري & كارتا Greenwwod، Delquadri، & Carta ، 2002).

وبالمثل فان التعديلات التعليمية والمهام أحدثت فرقا ذو دلالة فالمعلمين الذين يستخدمون استراتيجيات منهية يحققون نجاحا أكبر مع الطلاب بما في ذلك هؤلاء الذين يقدمون تحديات سلوكية واستباقية (بيرلاينر Berliner، ١٩٨٧). إن استخدام الإثارة والتنوع والكمبيوتر في التعليم مساعد لكل الطلاب ولكن خاصة لهؤلاء الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) (كلارفيلد & ستونر Clarfield & Stoner، 2005). إن زيادة المشاركة ومساعدة الطلاب الذين يحتاجون للمساعدة عند الضرورة ترتبط بنجاح أكاديمي أكبر للطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD).

ويتم أيضا تدعيم تقليل تشتت الانتباه. إن استخدام انتباه المعلم الاستراتيجي strategic teacher attention (باركلي Barkley، ٢٠٠٥، ص ٥٥٨) أظهر تحسين السلوكيات أثناء العمل وأظهرت مساعدة الطالب علي التعبير عن القدرة الحركية الزائدة بطرق مناسبة داخل الفصل تقليل التشتت (دوبول & ستونر DuPaul & Stoner، 2003).

وبوجه عام، وبالرغم من أن الأساليب التي وصفت في هذا الفصل لم يتم البحث فيها مثل طرق إدارة الطوارئ contingency – management approaches (والتي تم تغطيتها في الفصل التالي)، إلا إنه يوجد دليل كافي من الدراسات البحثية الموجودة بأن إدخال هذه الأساليب في موقف شامل يعتمد علي المدرسة ستكون لها فائدة هامة للطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD).

ثانياً- طرق التدخل القائم على المدرسة

Pathway to School-Based Intervention

قبل الستينيات، ما كان هناك بنود في القانون العام الذي تطلب تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. الاعتراف الأول للحاجة لتسليم تعليم ملائم للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة جاء في عام ١٩٦٥ بمرور القانون العام رقم ٨٩-١٠ وتعديله (القانون العام رقم ٨٩-٣١٢) والذي أقر أول منحة فيدرالية لمساعدة برامج تمويل الولايات لتعليم الأطفال والشباب المعاقين. وصدرت القوانين التالية في أواخر الستينات وأوائل السبعينات من القرن العشرين بما في ذلك قانون إعادة التأهيل لعام ١٩٧٣ والذي قدم برامج لتعليم الطلاب المعاقين في المدارس المحلية وقدم تمويلاً فيدرالياً لتعديل بعض التكاليف. وما زالت معظم البنود اختيارية، وعلى أية حال، تسمح للولايات اختيار حالات الإعاقة التي يتم علاجها.

في عام ١٩٧٥، تم إقرار القانون العام رقم ٩٤-١٤٢، قانون تعليم كل الأطفال المعاقين Education of all Handicapped children act كما صدر أمر بالتعليم العام المناسب المجاني للطلاب الذين يعانون بدرجة كبيرة من الإعاقة بما في ذلك الإعاقة البدنية والتأخر العقلي والكلام والبصر ومشكلات اللغة والمشكلات الانفعالية والسلوكية وبعض الاضطرابات الأخرى. كما أمر أيضاً بتوصيل التعليم في بيئة أقل قيوداً. إن اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD)، والذي لم يكن موجوداً في هذا الوقت بطريقة رسمية في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، لم يكن إعاقة يحميها القانون ولذلك لم تكن هناك بنوداً تتطلب مدارس عامة لتعديل الممارسات التعليمية لتوجيه حاجات الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، ولذلك كان غالبية الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) يحضرون فصول نظامية ولا يتلقون أي مساعدة خاصة، وكما أن هؤلاء الذين تاهلوا أو كانوا يتأهلون للتعليم الخاص بسبب حالة مرضية (مثل إعاقة التعلم في القراءة) تلقوا تعليماً خاصاً.

في عام ١٩٩١ تم إصدار تعديلات قانون تعليم كل الأطفال المعاقين، ومنذ أن تم تفعيله، أصبح القانون يعرف بالقانون رقم ١٠١ - ٤٧٦، قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة Individuals With Disabilities Education Act (IDEA). وأثناء المناقشة التي سبقت تمرير مشروع القانون، تم إدخال التعديلات لتشمل اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) كإعاقة مؤهلة ولكن تم إسقاطها (أليمان Aleman، ١٩٩١). وفي سبتمبر ١٩٩١، قامت إدارة التعليم بالولايات المتحدة بإصدار مذكرة حددت أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) يحق لهم التربية الخاصة بموجب قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة إذا استوفوا المعايير بموجب أحد التصنيفات الثلاثة عشرة المعترف بها رسمياً من قبل قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة، والذي يشتمل علي بعض الإعاقات الصحية الأخرى (OHI). ووضحت المذكرة أن الطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) يستحقون أيضاً خدمات بموجب البند ٥٠٤ من قانون إعادة التأهيل Rehabilitation Act لعام ١٩٧٣، والذي يتطلب من أحياء المدارس تقديم خدمات تعليمية خاصة للأطفال الذين لديهم إعاقة بدنية أو عقلية. ومجمل القول فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD)، بشرط توثيق الحالة بوضوح لضعف الوظيفة الأكاديمية، يستحقون مسكن تحت البنود الرئيسية لقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة، أو بنود خاصة ضمن البند ٥٠٤. وفي معظم المدارس في كل أنحاء البلاد، فإن هذا يعني أن الطالب الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) يستحق إما تعليم خاص special education أو تعليم نظامي regular education مع تعديلات يتم تحقيقها من خلال خطة ٥٠٤. وكل من هذه الاتجاهات له فوائد وعيوب والتي يجب أن توضع في الاعتبار بعناية.

١- التربية الخاصة Special Education

يتم إدارة خدمات التربية الخاصة بواسطة فريق دراسة الطفل Child (CST) (Study Team) بمدرسة المنطقة. لكي يكون الطالب مؤهلاً، يجب أن

يتم تقييمه بواسطة أعضاء فريق دراسة أطفال المدرسة بالمنطقة. وغالبا تشمل التقييمات تقديرات نفسية، تعليمية، واجتماعية، وهناك تقييمات إضافية (بواسطة طبيب أعصاب أو طبيب نفسي) قد تكون مطلوبة أيضا. وتتم مراجعة نتائج التقييمات بواسطة الوالد أو ولي الأمر، ويتم السماح له بالمساهمة في كل خطوة من العملية. وفي نهاية التقييم، والذي يجب أن يتم إنجازه عموما خلال تسعين يوما، يتم تحديد استحقاقات خدمات التربية الخاصة. إذا كان الطفل أو المراهق مستحقا لتعليم خاص، يتم التعرف علي التصنيف المناسب، كما يتم تطوير خطة تربوية فردية. كما أن تحديد المكان المناسب سوف يلي الشروط البيئية الأقل قيودا وهذا معناه أن الطفل يوضع في مكان تعليمي يشبه التعليم النظامي تقريبا بقدر الإمكان مع تقديم شدة الإعاقة المؤكدة. ويجب مراجعة تحديد المكان المناسب سنويا علي الأقل مع خطة تربوية فردية جديدة يتم تطويرها لكل عام أكاديمي (أو في أقرب وقت ممكن في حالة وضوح التغير في الاحتياجات الأكاديمية).

وعندما يتم التصنيف، يتم وضع الطالب في المكان الطبيعي أو فصل من فصول التربية الخاصة. وتشمل الأماكن الطبيعية التعليم داخل فصل التعليم النظامي، وغالبا يتم توفير شكل من أشكال المساعدة الأكاديمية بوضع معلم التربية الخاصة أو مساعد معلم teacher aid (بالإضافة إلى معلم التعليم النظامي) في الفصل لتوفير مساعدة أكاديمية للطلاب الذين يحتاجون إلى مساعدة إضافية. وفي بعض الحالات التي تتطلب قليل من المساعدة الأكاديمية، يتم وضع الطالب في مثل هذا الفصل. وعندما يكون المكان غير كافي، فإن المستوي التالي يتحقق عادة بوضع الطالب في فصل التعليم النظامي بالنسبة لتلك المواد حيث تكون أقل المشكلات واضحة وتتطلب من الطالب حضور حجرة مصادر المعلومات بالنسبة للمواد التي تتطلب مساعدة هامة. وهناك يتم تعليم الطالب بواسطة معلمي التربية الخاصة ويتلقى كثير من التعليم عن طريق التلقين من شخص لشخص. وعندما لا يكون المستوي المتوسط كافيا، يتم وضع الطلاب في برنامج خاص والذي يعني تعليم كل الفصول (ربما مع استثناء الأشياء

الخاصة مثل الفن والكمبيوتر وألعاب القوى) داخل فصول تعليمية خاصة مزودة بأعضاء هيئة تدريس من معلمي التربية الخاصة.

أي من هذه الخيارات يكون مناسباً في أية حالة يعتمد علي عدد من العوامل، ويجب علي الأطباء استخدام شجرة القرارات decision tree لنصيحة عملائهم وعائلاتهم. وعندما يظهر علي الطالب دليل علي صراع أكاديمي شامل ونقائص واضحة في مجال أكاديمي واحد عل الأقل (مثل القراءة، الكتابة، أو الحساب)، بالإضافة إلي صعوبات سلوكية و/أو صعوبات في الانتباه، يجب السعي إلي تقييم فريق دراسة الطفل. وإذا ظهرت مشكلة تعليمية معينة، يجب أن يتلقي الطالب تعليم خاص في مكان مناسب في بيئة أقل تقييداً least restrictive environment طبقاً للخيارات التي يتم رسمها فيما بعد.

إذا لم يُظهر الطالب نقائص في مجال أكاديمي معين (أو فشل تقييم فريق دراسة الطفل في تحديد اضطراب تعليمي معين)، ولكن اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) ينتج عنه خلل في الأداء الأكاديمي يتسم بصراعات بارزة ومشكلات عالية الوطأة، ولذلك يجب الاستمرار في السعي إلي تصنيف فريق دراسة الطفل تحت فئة بعض الإعاقات الصحية الأخرى (OHI)، ويمكن للطلاب بالمثل تلقي تعليم خاص في مكان مناسب في إطار أقل تقييداً، بناء علي الخيارات التي سوف يتم مناقشتها فيما بعد.

أي من هذه الخيارات يكون مناسباً عندما تكون درجة الخطورة والصراعات الأكاديمية ذات دلالة. كما هو الحال مع كل المناهج، يوجد كلا من الفوائد والعيوب. فمن ناحية، يسمح التصنيف بواسطة فريق دراسة الطفل (CST) للطالب أن يكون مستحقاً لقدر كبير من المؤازرة، وإذا ظهر خلل أكاديمي academic impairment ملحوظ، من المحتمل أن يحدث التربية الخاصة في أماكن مناسبة فرقاً كبيراً. ويكون المعلمون في هذه الفصول قادرين علي تكريس انتباه كبير مُخصّص إلي الطالب ويستخدم تعليم مكثف intensive instruction (تشمل منهج التلقين من شخص لشخص including a one-on-one approach) عند الضرورة. ومع ذلك يعارض بعض أولياء الأمور

تصنيف أولادهم، ويمكن أن يتم استبعاد الطلاب في التربية الخاصة من أوضاع تعليمية روتينية علي الأقل، وبالتالي يتم عزلهم عن نظرائهم غير المصنفين.

٢- الخطة ٥٠٤ plan 504

وإذا لم تكن إعاقة الطالب شديدة بدرجة تؤهله لتعليم خاص ولكنه يُظهر دليلاً علي مشكلات ذات دلالة والتي تظهر بوضوح من أعراض اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) (فهو يُكافح في تتبع الواجب ولديه مشكلات الاستمرار في العمل، الخ) إلا إنه يستحق أن يتلقى مكاناً خاصاً وفقاً لقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة بند ٥٠٤. وفي هذه الحالات يظل الطالب في مكان التعليم النظامي ويتم تطور الخطة ٥٠٤ أثناء لقاء بين والدي الطالب وممثلي الحي الذي توجد به المدرسة المسؤولين عن تطوير مثل هذه الخطط التعليمية.

وعندما يتم اللقاء، من المفيد للوالدين أن يصطحبهم مختص بالصحة النفسية، والذي يمكن أن يساعدهم في التواصل مع أخصائي المدرسة ويتأكد أن الحاجات السلوكية والأكاديمية للطلاب يتم إشباعها بشكل مناسب. بالإضافة إلي ذلك، خلال اللقاء، يُمكن للطبيب أن يعلم أخصائي المدرسة عن اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD)، وخاصة لأنه ينعكس في الأعراض التي يُظهرها الطالب في المدرسة. وغالباً ما يُرحب المعلمون والإداريون بهذه المساهمة، وقد ناقش باركلي Barkley (٢٠٠٦) أن التعليم النفسي لأخصائي المدرسة يُساعدهم في فهم الاضطراب ويرسم صورة للطريقة التي سَتستخدم لمساعدة الطالب.

وأثناء اللقاء، من المتوقع تطوير قائمة بأماكن الفصول. وبعض المدارس لديها بعض النماذج التي تستخدمها لمراجعة مثل هذا التدخل والذي ينطبق علي طالب معين، بينما تقوم مدارس أخرى بتطوير قائمة من مذكرات سابقة في اللقاء. وبوجه عام، تتوافر التصنيفات الآتية للأماكن:

- *تغييرات في الترتيب المادي للفصل (مثل جلوس الطالب بالقرب من المعلم، جلوسه بالقرب من شخص مثالي، أو زيادة المسافة بين الأدرج).
- *تعديلات تربوية (مثل وضع الطالب مع قرين سوف يقدم له المساعدة

عند الضرورة، والطلب من الطالب أن يُعيد التوجيهات للمعلم للتأكد من الفهم، وتقسيم الفصول الطويلة إلى قطاعات أصغر والسماح للطالب باستعراض النقاط الرئيسية شفويًا).

*تغييرات في الواجبات (مثل منح وقت إضافي لاستكمال الأعمال والاختبارات، واختصار الواجبات أو تقسيمها إلى قطاعات مع السماح بالواجبات التي تتم طباعتها من الكمبيوتر، وتخفيف القواعد الخاصة بإتقان الخط).

*المساعدة مع التنظيم (مثل تحديد صديق للواجب، والذي يُرسل للمنزل تقارير يومية أو أسبوعية عن تقدم الطالب في استخدام مجلة الواجب).
*إدارة السلوك (مثل مدح السلوكيات المناسبة باستخدام المميزات والمكافآت، واستخدام النتائج السلبية المناسبة، وزيادة النتائج الفورية، واستخدام الإجراءات المؤقتة).

هذه القائمة ليست شاملة، ونُشجع الأطباء، وأولياء الأمور، وأخصائي المدرسة علي التفكير في وسائل أخرى مبتكرة لتعريف احتياجات الطلاب.
إن الخطة ٥٠٤ توفر أقل الاحتياجات الواضحة، والتي تكون مناسبة عندما تكون الإعاقة واضحة، ولكن الطالب، مع دعم محدود، يظهر قادراً علي العودة إلي وظائف أكاديمية طبيعية نسبياً. من ناحية، إنها تُقلل التصنيف المصاحب للتعليم الخاص، ويستمر الطالب في حضور الفصول مع نظرائه. من ناحية أخرى، الاحتياجات المتوفرة بموجب الخطة ٥٠٤ غالباً تكون محدودة، وتشمل فقط تلك التي لن تُكلف المقاطعة أية مصاريف نقدية إضافية. تكلفة تعليم الطلاب الذين يتم تصنيفهم تقوم الولاية والصناديق الفدرالية بتعويضهم، بينما تكاليف الطلاب بموجب الخطة ٥٠٤ لا تسمح للحي باستعادة أي مصروفات. وهكذا وفقاً للخطة ٥٠٤ فإن معظم الأحياء لن تضع أي طالب في مكان للتعليم الخاص ولن تُقدم أي مساعدة تعليمية.

مع أن الطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط

(ADHD) يتعلمون عموماً وفق أحد الاختيارين اللذان تم مناقشتهم من قبل، فإن أي معلم في أي مكان يُمكن أن يُنجز معظم التعديلات التعليمية. وهكذا فإن التدخلات التي تمت مناقشتها في هذا الفصل يُمكن إنجازها في فصول التربية الخاصة أو التعليم المنتظم بغض النظر عما إذا كان الطالب الذي يُعاني من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) يتعلم في فصل عام دون إعانة (وفقاً للخطة ٥٠٤ مثلاً) أو فصل عام مع معونة التربية الخاصة أو فصل عام مع معونة حجرة مصادر المعرفة أو مكان التربية الخاصة المُكتفي ذاتياً. إن الاختلاف الرئيسي بين كل خيارات الأماكن تتضمن مقدار التعديلات الأكاديمية التي سوف يُنجزها المعلم أيضاً. وفي أماكن التعليم النظامي (مع الخطة ٥٠٤)، هناك احتمال بأنه يُمكن إنجاز الأساليب التي تمت مناقشتها في هذا الفصل فقط. وفي مكان التربية الخاصة، يُمكن إكمال التدخلات المقترحة هنا للتغيير في طريقة التعليم (مثل التلقين من شخص لشخص) والتغيرات في مستوى الأداء الأكاديمي المتوقع من الطالب (مثل ذلك الذي لا يتطلب عمل مستوى الصف).

ثالثاً- التدخلات العلاجية

Intervention

هناك بعض التغيرات التي يُمكن أن يحققها المعلمون داخل الفصل. وتتضمن بعض هذه التغيرات ترتيب مكان الفصل حتى تصبح البيئة محفزة علي جذب انتباه أفضل والسلوك أثناء العمل، بينما البعض الآخر يتطلب تغييرات في أسلوب التدريس لتحسين تفاعل الطالب. ويستعرض هذا الفصل الجوانب المختلفة للمكان المادي وطرق التدريس والأعمال الروتينية اليومية في الفصل التي تؤثر علي أعراض اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) في المدرسة. ومن المحتمل أن معظم المعلمين لن يتمكنوا من تحقيق كل المقترحات في هذا الفصل. وكلما تم وضع هذه المقترحات موضع التطبيق، كلما زاد التوقع في مزيد من التحسين في الأداء الأكاديمي. ونتيجة لذلك يجب علي الأطباء الذين يستشيرون المعلمين تشجيعهم علي إنجاز العديد من المقترحات الآتية بقدر

الإمكان في ضوء المتغيرات لفصل معين وسياسات الحي والقيود الأخرى التي يجب ملاحظتها.

١- بنية أو هيكل الفصل Structure of the Classroom

لزيادة تعلم الطلاب، يجب علي المعلمين تكوين الفصول للتقليل من السلوكيات التي تُسبب مشكلات وتحسين الأداء أثناء العمل. وهناك بعض الفصول التي يبدو إنها تدعو إلي مزيد من الصعوبات، وخاصة من الطلاب المتهورين الذين لديهم سيطرة ضعيفة علي النفس. إن فهم هذه القضايا والتكوين المناسب للمكان المادي ووضع الجداول وقواعد الفصل والنظم تساعد المعلمين علي تحسين نتائج تعلم كل الطلاب، وليس فقط الطلاب الذين يُعانون من اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط (ADHD).

اتساع الفصل. ضع المثال التالي في الاعتبار:

منذ مدة، طُلب مني أن أساعد معلم يتعامل مع مشكلات مع طالب بالصف الأول، والذي غالبا لا يؤدي عمله، ونظرت حول الفصل، وتركت مقعده، وبدأت أتجول وبدأت محادثات مع الطلاب الآخرين أثناء الحصة. أخذت موعدا لمقابلة المعلم في ساعة الغذاء في فصلها. بينما كنت أدخل الفصل، اكتشفت أن الأدراج مرتبة في مجموعات من أربعة يواجه الواحد الآخر بزوايا ٩٠ درجة. وهذا يعني عدم أهمية مكان وقوف المعلم، وأن طالب واحد سيكون ظهره ناحيتها وأن طالبيين آخرين سيكونان بجوار المعلم. وطالب واحد فقط في المجموعة التي تتكون من أربعة يواجه المعلم مباشرة في أي وقت. ومما يُزيد الأمور سوءا وجود أواني بها زرع مرتفع في الفصل علي مقربة من كل مجموعة مكونة من أربعة أدراج وتفصل كل مجموعة عن المجموعات الأخرى (وعن المعلم).

ولكن يزداد الأمر سوءا إنها حجرة متوسطة الحجم تستضيف حوالي ٣٠ طالب. ويوجد عدد من الإعلانات الملصقة علي الجدار لدرجة إنني لا أتمكن من معرفة لون الجدران في الحجرة. كما أن النوافذ عليها كل أنواع الملصقات الصغيرة. وبالطبع فإن كل هذه الإعلانات والملصقات ذات ألوان زاهية، ولذلك الحجرة تبدو مثل أستوديو فنان به بقع من الألوان الزاهية المنتشرة بوفرة في كل

أنواع الحجرة. وكإجراء جيد، توجد أشياء تتدلي من السقف، ديكورات تشبه أنواع المحمول، ونموذج للنظام الشمسي، وهكذا كلها ذات ألوان زاهية أيضاً. وعندما جلست لمقابلة المعلمة، وجدت نفسي مشتتة وأحتاج إلي إعادة التركيز لكي أنتبه إليها أثناء اللقاء مع إنني شخص بالغ في منتصف العمر، وعقد اللقاء شخص مع شخص. أستطيع أن أتخيل أيضاً ما يمر به طالب الصف الأول الفقير، خاصة الطالب المتهور الضعيف في التحكم في نفسه كل يوم في هذا الفصل (كابالكا Kapalka، ٢٠٠٩، ص ١٦٣).

ويُمثل هذا المثال كل الأخطاء wrong التي يُمكن أن يقوم بها المعلم ليؤثر في التششت والتهور. أن الفصول التي تُشجع علي السلوك الجيد أثناء العمل لها أماكن مادية عكس الفصل في المثال. وبدلاً من جلوس الطلاب في مجموعات، فإن المعلمين يجب أن يجعلوا الطلاب يجلسون في صفوف تقليدية في مواجهة المعلم. يجب أن تكون هناك مسافة كافية بين الأدراج تسمح للمعلم المرور وسطهم، وزيادة المسافة تجعل من الصعب تششت الطلاب بما يفعل جيرانهم بالأدراج في أي وقت، و مع أن ترتيب المقاعد يجعل الأمر أقل ملائمة أثناء أنشطة المجموعات إلا إنه يُعزز كثيراً السلوكيات أثناء العمل في كل الأوقات الأخرى في الفصل. وهكذا ينبغي علي المعلم أن يختار أهون الشرين - ويمر بأقل قدر من عدم ملائمة إعادة ترتيب المقاعد أثناء أجزاء من الحصة التي تعتمد علي المجموعات الصغيرة، أو يتعامل مع النتائج السلبية لترتيب المقاعد التي تجعل الأوقات الأخرى أثناء اليوم أكثر صعوبة.

وبالإضافة إلى ذلك، يجب وضع الطالب المشتت في مقعد قريب من المعلم. فالقرب من المعلم يؤثر علي الانتباه - وكلما كان الطالب قريباً من المعلم، كلما قل احتمال أن يكون مشتتاً أثناء قيام المعلم بالتدريس. وإذا كان من الممكن، ينبغي أن يجلس الطالب بعيداً عن مصادر الإثارة الخارجية مثل نافذة أو طرقة. إن الأصوات الإضافية والصور التي تأتي من تلك الأماكن غالباً تششت انتباهه عن أنشطة الفصل خلال يوم نموذجي. ولكي نمنع التششت يجب علي المعلم أن يتأكد أن الطالب يكون محاطاً بطلاب لا يحبوا أن يتشتتوا، ولذلك لن يساير

محاولاته في بدء الحديث إليه في منتصف الحصة. ومع أن هؤلاء الجيران الذين قد يتضايقون قليلاً في البداية من جلوسه بجوارهم، فإن هذا الترتيب يعمل جيداً معظم الوقت لأن الطالب يتعلم أن جيرانه لا يحبون مقاطعتهم، ولذلك يبدأ في تعلم استخدام مزيد من التحكم في النفس لكي يقمع اندفاعه في مضايقتهم. إذا كان الطالب لا يجلس في الصف الأول، فإنه ينبغي أن يجلس قريباً بدرجة كافية حتى يستطيع المعلم أن يسير نحو المقعد بسهولة وبدون جهد أثناء التدريس. ويجب أن يكون هناك قليل من المعوقات بين المعلم والطالب حتى يكون السير نحوه واستخدام الإيحاءات الجسدية (التي ستناقش فيما بعد) سهلة. يجب علي المعلمين أن يكونوا حذرين ألا يضعوا مصادر تشتت إضافية في الفصل. ويجب الاحتفاظ بالإعلانات الملصقة بأقل قدر، وفي حالة وجود بعضها، فإن المراهق الذي يُعاني من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) يجب ألا يواجهها، ويُفضل أن يجلس بحيث تكون هذه الإعلانات خلفه. وفي الفصل، يجب ألا تتدلي هذه الأشياء من الفصل، ويجب عدم وجود أشياء إضافية علي الأرض بين المقاعد.

إن الكليينكيين قد يجدوا أن بعض المعلمين قد لا يُحبون هذه التوصيات. وربما يشكون من أن هذه التوصيات قد تبدو قديمة. فإن الاتجاه الجديد للتعليم هو جعل التعليم أكثر متعة. ومرة أخرى، ومع ذلك فإن المعلم يجب أن يختار الاختيار الذي سوف يحقق في النهاية أعظم الفوائد مع أقل العيوب. ومع أن بيئة التعلم غير المثمرة قد تكون في الواقع أقل متعة لبعض الطلاب، إلا أنه يُمكن تعويض ذلك من خلال جعل بعض الأنشطة أكثر متعة، مثل لعب الألعاب التعليمية في الفصل أو مشروعات تبادل الخبرات. وفي النهاية يُصبح اختيار أيهما أفضل - وجود بيئة مادية أكثر مللاً في الفصل أو ضرورة التعامل مع الحاجة الدائمة لإعادة توجيه الطالب الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) عندما يصبح غير مهتماً ومشتتاً ثم يتدخل في قدرة أي شخص علي التعلم.

وضع الطلاب في مجموعات Student Grouping. يُمكن أن يتخذ

المعلمين خطوات لتشجيع أقران الفصل علي مساعدة الولد أو المراهق المتهور أو المشتت أو يعاني من ضعف التحكم في النفس. ويمكن تحقيق ذلك بصورة أفضل من خلال ترتيب المجموعات الدراسية، حيث يقوم المعلمون بتحديد الطلاب ليعملوا مع بعضهم البعض على أساس كيفية مساعدة بعضهم البعض. إن المجموعات الصغيرة التي تتكون من اثنين أو ثلاثة أو أربعة يعملون بصورة جيدة. أما المجموعات الأكبر لا تكون فعالة. وبوجه عام، كلما كان الطلاب أقل في العمر، كلما وجب أن تكون المجموعات أصغر، ولذلك في الصفوف المبكرة، فإن أعمال المجموعات الثنائية تكون أفضل.

عند اختيار الأقران لمجموعات، ينبغي علي المعلم أن يضع الطالب المشتت والمتهور مع الأقران ذات التنظيم الجيد، والذين لديهم دافعية للتعلم. وبهذه الطريقة، سوف يضع حدوداً لميوله في أن يكون بعيداً عن العمل، وسوف يساعده كثيراً أثناء النقاط الحرجة في اليوم الأكاديمي، وكمثال، عندما يحتاج إلي تنظيم الواجبات. وبمعنى آخر، فإن تقسيم الطلاب إلي مجموعات تتكون من طالبين الذين لديهم احتياجات أكاديمية مع هؤلاء الذين يُظهرون نقاط قوة أكاديمية هو طريقة فعالة. عندما يقترح الأطباء هذا الترتيب، فإن بعض المعلمين قد يُظهرون رد فعل سلبي. وغالباً ما ينشغل المعلمون بأن هذا غير عادل للطالب الذي يكون قوياً أكاديمياً، وينبغي عليه مساعدة الطالب الضعيف. ومع ذلك فإن هذه المخاوف لا أساس لها. فالطلاب الذين لديهم دافعية للتعلم لديهم نقاط قوة أكاديمية، والأقل تشتتاً يحصلون علي فائدة ذات دلالة من تقديم المساعدة. وهم يستفيدون أكاديمياً لأنهم يستخدمون معرفتهم الحالية لمساعدة طالب آخر، كما يتم تعزيز مهاراتهم الأكاديمية. وهم يستفيدون انفعالياً لأنهم يُجربون كيف يشعرون جيداً عندما يساعدون شخصاً آخر، كما إنهم يُعززون تقدير النفس لديهم لقدرتهم علي إدراك أن لديهم نقاط قوة أكاديمية لا يُظهرها كل طالب. كما أن الطالب الذي تتم مساعدته يستفيد أيضاً، ويقوم بمساعدته أحد الأقران، ومعظم الطلاب يستجيبون لمساعدة الأقران. وتساعده في بناء مهارات اجتماعية

(والتي تكون ضرورية للطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) لأنه يمر بالقيود التي يفرضها الآخرون عليه عندما يبدأ في التصرف بطريقة غير ملائمة، وتجعل المساعدة متوفرة له بسهولة في أوقات مختلفة خلال اليوم المدرسي، كمثال عندما يحتاج إلي تنظيم الواجبات. وهذا يُعتبر سيناريو رابح للكل.

٢- إجراءات الفصل الروتينية Classroom Routines

وقد ثبت أن إجراءات الفصل الفعالة تقلل كمية المشكلات داخل الفصل. الفصول ذات البناء الأدنى والقواعد التوضيحية الفقيرة للغاية تواجه أعظم الصعوبات، بينما الفصول التي تتضمن قواعد معتدلة وكمية عالية من البناء تساعد عموماً الطلاب المشتتين والمتهورين البقاء على المهمة. لتقليل المشكلات، يجب على المعلمين أن يأخذوا بعين الاعتبار كلا الجانبين.

لوائح ومهام الفصل Classroom Rules and Regulations. الطلاب

الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD)، خصوصاً المتهورين يكسرون القواعد بشكل متكرر. في بعض الوقت، فإنهم يفعلون ذلك حتى عند علمهم ما هي القواعد. برنامج إدارة السلوك الموصوف في الفصل التالي يستهدف هذه المواقف المعلمون، على أية حال، يجب عليهم أن يعترفوا أن الطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) يقومون أحياناً بخرق القواعد لأنهم لا يعرفونها، أو إنهم ينسون هذه القواعد في تلك اللحظة بالتالي، يحتاج المعلمون أن يخرجوا عن طريقهم لمساعدة الطلاب تعلم ما هي القواعد وأن يُذكروا الطلاب بهذه القواعد بشكل منتظم لمساعدتهم أن يستوعبوا توقعات المعلمون.

إنها لفكرة جيدة أن يتم إعلان مجموعة القواعد والتوقعات في وسط الفصل، مكتوبة بحروف كبيرة حتى يتمكن الطلاب من رؤيتها بسهولة. يجب على المعلمون أن يندمجوا في الروتين اليومي للفصل لقليل من الوقت، أوقات قليلة كل أسبوع، لمراجعة القواعد وسؤال الطلاب، من وجهة نظرهم، كيفية قيام الفصل كوحدة واحدة بأداء هذه القواعد، وما هو الضروري أن يتم تعريفه أو

تغييره. عندما يتمسك الطلاب كمجموعة بالقواعد والتوقعات، فإنهم يبادرون بمساعدة بعضهم البعض التزاماً بها. في مثل هذا النظام، يقوم كل الفصل بوضع حدود علي الطالب المتهور ويساعده في التحكم في سلوكياته. كما تم الإشارة سابقاً، الولد أو المراهق الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) سوف يكون أكثر قدرة علي التلقي لأن النظام المحدود سوف يأتي من أقرانه.

يجب علي المعلمون أن يتصفوا بالحكمة عند تعريف القواعد واللوائح التي يكون هناك حاجة لإنشائها. البعض واضح - يجب علي الطلاب البقاء بمقاعدهم أثناء استمرار أنشطة الفصل، يجب علي الطلاب أن يرفعوا أيديهم قبل إعطاء إجابات، وهكذا. هذه القائمة يجب ألا تكون طويلة وألا تشمل سلوكيات ليست ملائمة للروتين اليومي. هذه القائمة يجب أن، أولاً وقبل كل شيء، تعكس التوقعات التي يجب علي كل طالب إتباعها كل يوم.

ومن المفيد أن يتم وضع قائمة بمساهمات الفصل. وينبغي أن يكون النشاط جماعياً، بقيادة المعلم، حتى يجعل الطلاب يشعرون بأنه لديهم مساهمات هامة. كما تم الإشارة سابقاً، كلما أمتك الفصل زمام هذه القواعد، كلما كان الطلاب أكثر ميلاً لمساعدة وملاحظة بعضهم البعض. عند كتابة القواعد، يجب علي المعلمون أن يعبروا عن كل قاعدة كسلوك إيجابي، ليس واحداً لتجنبه. وبعبارة أخرى، يجب عليهم كتابة « الطلاب يبقون في مقاعدهم خلال الدرس » بدلاً من « لا تترك مقعدك بينما الدرس مستمراً ».

ويصف الفصل التالي تطبيق برنامج إدارة طوارئ. ففي الفصول التي يوجد بها عدة طلاب يسببون مشكلات، يكون من الجيد أن يتم تأسيس قاعة دروس عريضة بنظام توزيع المكافآت والامتيازات لكل الطلاب استناداً إلي مدى إتباعهم القواعد جيداً. في الفصول الأخرى، حيث يوجد فقط طالب واحد يعاني من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) يحتاج مثل هذا النظام، إدارة حدث محتمل يُمكن تنفيذه فردياً، كافة الفصل بالضرورة ليس بحاجة إلي أن يربح مكافآت وجوائز لتتبع القواعد. في فترات منتظمة، فترات متكررة، مع

ذلك، علي المعلمون أن يراجعوا علانية أداء الفصل فيما يتعلق بتلك القواعد وأن يكون صريحاً مع إعطاء الثناء للطلاب علي كل قاعدة يلتزموا بها بنجاح.

الثبات Consistency. يُعتبر عمل الروتين اليومي والذي يُطور من السلوك الجيد عملاً هاماً مثل وجود قواعد واضحة وثابتة، ويُمكن أن تكون بعض المبادئ التي تُطبق باستمرار مفيدة جداً. فالأعمال الروتينية تجعل من الممكن التنبؤ بيوم الطالب لأنه يتعلم بالتدريج ما ينبغي أن يتوقعه. وعندما يصبح قادراً بصورة أفضل علي التوقع بما سوف يحدث فيما بعد فإنه بذلك يكون قادراً علي أن يعد نفسه لذلك، ونتيجة لذلك فإنه يُظهر القليل من المشكلات، بينما الطالب المتهور يُظهر معظم المشكلات عندما يتم إبلاغه بعمل شيء ما فجأة من وجهة نظره علي الأقل. ومن ناحية أخرى، فإن التوقع بأن شيء ما سوف يحدث يُعد العقل وحتى لو كان المطلوب لا يعجب الطالب، فإنه يمكن التحكم في رد فعله بصورة أكبر.

إن أسهل وسيلة لتعليم الطلاب ما ينبغي توقعه هو محاولة إتباع روتين ثابت كل يوم. وإذا كان من الممكن، فإنه يجب أن تتم تغطية كل المواد الأكاديمية بنفس الترتيب كل يوم، وهكذا فإن الطالب المتهور وغير المنظم سوف يتعلم بأن يتوقع ما سوف يحدث فيما بعد، وأن أي تغيير سيصبح بالتدريج أقل إشكالا. وبالنسبة لكل مادة، ينبغي علي المعلم أن يُطور طريقة دائمة لتغطية المادة التعليمية. وعلي سبيل المثال، يُمكن مراجعة الواجب في أول الحصة، ويلي ذلك عرض موجز لما تم تغطيته بالأمس، ثم تقديم المادة الجديدة، ثم تحديد الواجب (مكتوباً علي السبورة) في نهاية الحصة. ومن الضروري مساعدة الطالب علي التوقع ما سوف يأتي فيما بعد. وينجح هذا الأسلوب تماما في كل مستويات التعليم، بما في ذلك المدارس المتوسطة والمدارس الثانوية.

التنظيم Structure. إن الطلاب المتهورين أو المشتتين يُظهرون أكبر المشكلات في المواقف التي تفتقر إلى التنظيم. علي سبيل المثال، تكون غرفة الغذاء، والملعب، أو صالة الألعاب الرياضية المكان الأول حيث يبدأون فيه العمل، وعندما يكون المكان محدوداً يصبح عقل الطلاب مشغولاً بكل شيء من حولهم،

ويتشبت الانتباه من المكان الحالي والقواعد وهلم جراً. وبالإضافة إلي ذلك، هناك مزيد من الحركة عندما يتجول الطلاب أو يجرون (كما هو الحال في الملعب)، كما يوجد الكثير من الضوضاء عندما يتحدث الطلاب مع بعضهم البعض. وعادة يوجد الكثير من الإثارة البصرية. ومن المحتمل أن يثير هذا النشاط العقل ويشتته من أي عمل يقومون به.

ينبغي على المعلمين أن يضعوا في الاعتبار بعض الأشياء بالنسبة للمكان. فالأنشطة التي تتضمن تفاعل المجموعات والحركة سوف تُعجل عادة بمزيد من المشكلات. وينبغي عدم تجنب هذه الأنشطة - بل علي العكس فهي يمكن أن تكون مؤثرة جدا في إشغال وتحفيز الطالب المتهور أو المشتت. ومع ذلك يجب أن يقبل المعلمون أن الأنشطة ضعيفة التنظيم سوف تُعجل بمزيد من السلوكيات الصعبة، ولذلك يجب على المعلمين تعديل توقعاتهم بشأن سلوك الطالب. ينبغي أن يكون المعلمون حريصين علي ألا يضعوا قواعد غير واقعية، والتي تضمن بالفعل بأن يقع الطالب في مشكلات. وبمعنى آخر، فإن تحمل القليل من سوء السلوك سوف يصبح ضروريا. وفي النهاية، فإن هذا الحل الوسط هو أكثر استحقاقاً من الفوائد التي تأتي من استخدام طرق التدريس هذه.

وبالعكس يجب أن تكون الأنشطة التي تتضمن بقاء الطلاب في مقاعدهم. على درجة عالية من التنظيم وينبغي أن يُقدم المعلمون تعليمات تفصيلية واضحة عن ما ينبغي عمله، ويجب تحديد وقت العمل لأي جزء من الحصة، حيث يقوم الطلاب بالعمل بمفردهم. وبالنسبة للطلاب الكبار، يمكن استخدام ساعة الفصل للإعلان عن الوقت المتوقع لإكمال العمل. وينبغي على المعلمين إبلاغ الطلاب في منتصف العمل لتذكيرهم بالوقت المحدد. بالنسبة للطلاب الصغار، فقد يريد المعلمون ضبط ساعة التوقيت، وتكون علي مرمي بصر كل الطلاب، وأن يُبلغهم مرة واحدة بالنظر إلي ساعة التوقيت ويروا كم بقي لهم من الوقت. وهناك ساعات توقيت كبيرة في السوق ذات أقراص كبيرة والتي تناسب هذا الغرض. ويوجه عام، يجد المعلمون أنه كلما كان المكان القادرين علي تحقيقه أثناء العمل بالمقعد أكبر، كلما مروا بقليل من المشكلات مع أجزاء اليوم المدرسي.

إن زيادة المكان يُمكن أن يُحسن من القدرات التنظيمية Organizational abilities. وإحدى الطرق لمساعدة الطالب غير المنظم هي تحديد الواجبات والكتب والكراسات والأوراق بقلم ملون، والطريقة الأكثر منطقية لعمل ذلك هو تحديد لون لمادة، وأن يُطالب من الطالب أن يستخدم مُجلد أو ملف بهذا اللون للاحتفاظ بكل الواجبات والأوراق به. ولكي يُشغل الطالب، فإن المعلم قد يطلب أن يختار اللون الذي يود أن يستخدمه لكل مادة. عندما يتم تحديد العمل، يتعلم الطالب وضع الواجب في المجلد الملون المناسب. وعندما يحين تسليم العمل، يكون لدى الطالب عمل سهل في إيجاد العمل لأنه ببساطة يُحدد المجلد ذات اللون المحدد. ولكي يُساعد الطالب في الربط بين الألوان والمواد، يجب علي المعلم أن يستخدم أغلفة من نفس اللون لكل كتاب وكراسة وكتاب التدريبات الخاص بالمادة. وهذا النظام يسهل علي الطالب معرفة أن كل الأشياء ذات اللون الأحمر تخص الرياضيات والأشياء ذات اللون الأخضر ترتبط بالدراسات الاجتماعية، وهكذا. وعندما يحين وقت الانصراف، فإن المجلدات والكتب المتماثلة تساعد الطالب علي ما ينبغي أن يأخذه معه إلي المنزل. وبالمثل سوف يساعد نفس الأسلوب الطالب علي تذكر إحضار الواجبات كاملة إلي المدرسة في اليوم التالي. وعندما يصل الطلاب إلي المدرسة المتوسطة أو المدرسة الثانوية، فإنهم غالبا يجدوا إنهم ينبغي أن يحملوا عددا كبيرا من الكتب والواجبات والكراسات و الأوراق ما بين المنزل والمدرسة، والذي قد يُقدم مشكلة خاصة للطالب غير المنظم، والذي ينسى بسهولة أن يعود بهذه الأشياء للمنزل من المدرسة، والتي تكون ضرورية للواجب أو ينسى إحضار الكتب للمدرسة في اليوم التالي. وهناك وسيلة لعلاج هذه المشكلة، وهو إعطاء الطالب مجموعة ثانية للاحتفاظ بها في المنزل حتى لا يضطر إلي أن يحمل بالكتب كل يوم. وعادة يساعد هذا النظام في تسليم الواجب لأن الكتب دائما تكون مع الطالب في المنزل والمدرسة. ولتعزيز نظام استخدام التخطيط بالألوان والذي تم وصفه من قبل يجب أن يُغلف الطالب الكتب التي تبقى في المنزل بنفس لون الكتاب أو بنفي لون أغلفة الكتب التي تم اختيارها لكل مادة حتى تظل الألوان ثابتة.

٣- التعديلات التعليمية Instructional Modification

حتى لو كان الطالب لا يعاني من اضطراب تعلم حقيقي bonafide، فإن بعض الوسائل التعليمية تُثير الاهتمام و تشجع علي المشاركة. عندما يشارك الطالب، أن يكون شارد الذهن يصبح أقل احتمالاً، ولذلك اختيار الوسائل التعليمية التي تحوي اهتمام الطالب هي طريقة هامة للمعلمين للتحكم في أعراض اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD).

الإثارة الحسية Sensory Stimulation. عندما يستخدم المعلمون الوسائل التعليمية التي تركز بشكل رئيسي علي التعليم من خلال طريقة واحدة، فإن إثارة تلك الطريقة يجب زيادتها قدر الإمكان. العديد من وسائل التعليم الأكثر شيوعاً تشمل بشكل أساسي علي الشكل المرئي visual modality. هذا صحيح، علي سبيل المثال، عند سؤال الطلاب أن يقرءوا. بالإضافة لذلك، فإن الشكل المرئي غالباً يشترك مع شكل آخر. علي سبيل المثال، عندما يتم سؤال الطلاب أن يكتبوا، يجب عليهم استخدام مهارات الرسوم البيانية الحركية (لتحريك اليد وتشكيل الحروف) إضافة إلي الشكل المرئي (لينظروا المهمة). لذلك، فإن زيادة إثارة الشكل المرئي غالباً ما تكون مفيدة، حتى لو كانت المهمة الأكاديمية ليست تلك المرئية بشكل بحت.

يوجد هناك عدة طرق لزيادة الإثارة البصرية visual stimulation، ولكن لفهم هؤلاء، سوف يجد القارئ إنه من المفيد مراجعة بعض مفاهيم الرؤية. إن نظام القضبان rods والمخاريط cones مسئول عن المشهد. إن معالجة مؤثر عديم اللون، مثل حروف سوداء علي ورقة بيضاء، تتضمن جزء صغير نسبياً، لأنه بدون اللون، القضبان فقط سيتم تحفيزها، والكمية اللاحقة من نشاط الإدراك الحسي (المخ) تكون قليلة نسبياً. عندما يتم توظيف اللون، الخلايا مخروطية الشكل فقط تصبح مثارة، والتنشيط اللاحق للمخ يكون أكثر تأثيراً. في الواقع، تم عمل أسلاك مسبقة للقضبان لتستجيب جزئياً لكثافة اللون- كلما كان اللون أكثر كثافة، كلما كان اشتعال القضبان أكثر سرعة، وكمية النشاط القشري تكون أكبر. كلما كانت كمية إثارة المخ كبيرة، كلما أصبح تحويل الانتباه

عن المهمة أكثر صعوبة.

إن المعلمين يمكنهم استخدام هذه المعلومات لمساعدة إثارة المعالجة البصرية للطلاب. بدلا من استخدام أوراق وتوقيعات عديمة اللون، فإن المعلمون يمكنهم استخدام أكبر قدر ممكن من الألوان، كلما كان اللون مركزاً، كلما كان أفضل. إن المحتوى الذي تتم طباعته علي ورق ملون، خصوصاً الأحمر الفاتح، أو اللون الأرجواني، أو اللون الأصفر الخردل، يجذب العين إليه، كما تزيد كمية الوقت الذي يتم قضاؤه في أداء هذا العمل.

ويمكن أن تكون هذه النصيحة مفيدة عندما تم تطبيقها أيضا علي أنماط التعلم الأخرى. وعلي سبيل المثال، عند استخدام المثير السمعي (مثلا عندما يتناوب الطلاب الأدوار في القراءة)، يمكن للمعلمين أن يجعلوا ذلك ممتعا بحث الطلاب علي تمثيل ما يقرعونه بطريقة ما أو حثهم علي تناوب الأدوار في سيناريو جماعي أمام الفصل. ومثل هذه الأنشطة تزيد من تركيز المثير السمعي وتشمل أيضا نمط آخر (حركي)، وهكذا يتم استخدام أنماط متعددة من التعلم.

الأنماط المتعددة **Multiple Modalities**. عادة تشتمل أساليب التدريس

علي نمط أو أكثر من الأنماط التعليمية الأكثر شيوعاً - البصرية، و السمعية - أو الرسوم البيانية الحركية. وتبين معظم الأساليب تفضيل معالجة البيئة من خلال نمط سائد، بينما يكون النمط الأخر أكثر ضعفاً. ولسوء الحظ، فإن معظم طرق التعلم تتضمن نموذج رئيسي واحد، علي سبيل المثال، البصري (عند القراءة)، أو السمعي (عند الاستماع إلي محاضرة المعلم)، أو الرسوم البيانية الحركية (عند الكتابة). وإذا كان أحد هذه الأنماط أضعف بالنسبة للطلاب، فمن المحتمل أن يتشتت أثناء (وتكون لدية مشكلات تالية) النشاط الذي يتضمن في الأساس هذا النمط. ومن ثم فإن التعرف علي أضعف نمط لدى الطالب قد يساعد المعلم علي التنبؤ بأنواع الأعمال الأكاديمية والتي قد تُثير المشكلات.

ومع أن التعرف علي النمط الأضعف قد يكون مفيداً، فإن تجنب هذا النمط أثناء التعليم اليومي قد لا يكون ممكناً. ولهذا السبب، من المفيد استخدام طرق التعليم التي تتضمن أنماط متعددة. فعلي سبيل المثال، فإن النمط اللفظي

أو التعبيري يمكن أن يقدم مع النمط البصري عندما يقرأ الطلاب قطعة، ثم يكملون في مجموعات صغيرة واجب يقوم علي ما تم قراءته. أو يتم تقسيم الفصل إلي نصفين، ويمكن للطلاب التنافس في لعبة تتضمن عملاً بدنياً (مثل أن يكون أول طالب يصل إلي آخر الفصل) وعملاً معرفياً (مثل تقديم الإجابة الصحيحة لأسئلة تم اختيارها عشوائياً والتي تعزز المستوى الأكاديمي)، ويتم منح نقاط لكلا المتنافسان. ويجد العديد من المعلمين أن إضافة العنصر الحسي للأعمال الأكاديمية المعروفة مثل لعب لعبة تتضمن الحركة أو عمل مشروع، يعزز من أنماط التعلم الأخرى ويشغل الطلاب.

وهناك طريقة ممتازة لاستخدام الأنماط المتعددة أثناء التدريس، وهي استخدام الألعاب التعليمية في الكمبيوتر. ولأن العمل عبارة عن لعبة، فإن معظم الطلاب، وحتى المراهقين عادة ما ينشغلون به بسرعة. بالإضافة إلي ذلك، فإن برامج وألعاب الكمبيوتر عادة ما تتضمن أنماط حسية وبصرية وسمعية. ولذلك فإن معظم العقل يُصبح منهمكا في معالجة النشاط لدرجة إنه يترك القليل لأي شيء آخر (مثل أحلام اليقظة). بالإضافة إلي ذلك، يمكن أن يصبح الوقت في استخدام الكمبيوتر ميزة مؤثرة للفصل لدرجة أن الطالب يمكن أن يربح من خلال السلوك الجيد (كما سيتم مناقشته في الفصل التالي).

المساعدة الأكاديمية Academic Assistance. كما ناقشنا من قبل يُظهر الطلاب المتهورين والمعارضين نمط تعليمي أضعف. ولأن المعلمين لا يستطيعوا استخدام نمط التعليم المتعدد طوال الوقت ستكون هناك أوقات عندما يستهدف الواجب أو نشاط في الفصل هذا النمط الضعيف. يجب أن يتأكد المعلمون أن الطالب يعرف طريقة الحصول علي المساعدة، وأنه سوف يواجه استجابة المستمع عندما يسعى إلي المساعدة. وعندما يكون الوقت مناسباً، ينبغي على المعلمين تشجيع الطالب علي السعي إلي المساعدة مباشرة من خلال رفع يده أو الاقتراب من مقعد المعلم. وفي بعض الأحيان، عندما يحتاج الطالب مساعدة متكررة أكثر مما يقدمه المعلم، أو عندما يكون المعلم مشغولاً بالتعامل مع طلاب آخرين، فإنه قد يكون من المفيد عمل توفير صديق مساعدة للطلاب.

ويمكن تحقيق ذلك بأن يُطالب من طالب آخر مسبقاً بالموافقة علي مساعدة شخص آخر في الفصل. وإذا رفض هذا الطالب، يُمكن منح نقطة إضافية لمثل هذه المساعدة. ثم يقوم المعلم بتعليم الولد الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD). أن يسعى إلي هذا القرين للمساعدة، خاصة عندما يكون المعلم مشغولاً في تلك اللحظة. وبالطبع إذا تم استخدام طالبين (كما ناقشنا من قبل في هذا الفصل)، فإن الهيكل الذي يوفر بسهولة مساعدة القرين يكون قد تم تحقيقه بالفعل.

إن احد طرق زيادة توفير المساعدة هو تقديم مساعدات تعليمية كافية. وهذه المساعدات يُمكن أن تتخذ عدة أشكال. البعض قد يكون مصادر في الفصل، والتي يُمكن أن يستخدمها الطالب أثناء العمل في الفصل (مثل القاموس أو جهاز الهجاء)، والبعض قد يشمل مصادر ما بعد المدرسة والتي يمكن أن يلجأ إليها الطالب (بمساعدة الوالدين عند اللزوم) أثناء حل الواجب (مثل موقع مفيد يرتبط بتحديد الواجب). وعلي العموم، كلما عمل المدرس كثيراً لتوفير المساعدة للطالب، كلما أصبح أكثر دافعية للتعلم، كما أن اتجاهه في الفصل سوف يتحسن أيضاً.

الابتكار والإثارة **Novelty and Stimulation**. إن الأعمال المتكررة

والموجهة للمكان تجعل عقل الطالب الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) معتاداً بسرعة، ويشعر بالملل من النشاط. ولذلك من المفيد التوصل إلي أنشطة وواجبات جديدة. ويجب أن يكون المعلمين مبتكرين. علي سبيل المثال، معرفة الأحداث الجارية واهتمامات الطلاب في هذه المجموعة العمرية قد توحى بموضوعات تكون مناسبة بصفة خاصة. وينبغي علي المعلمين السماح للطالب ببعض المساهمة لكي يتعود علي الواجب بطريقة تحقق الأهداف الأكاديمية من ناحية وتثير بعض من اهتمامه (وروح من المرح) من ناحية أخرى. ومن المفيد أن نفكر خارج الصندوق. وعلي سبيل المثال، فإذا كانت موسيقي الراب في وقت الحرب الأهلية، فكيف تبدو أغنية الراب (التي تعكس موضوعاً تم تحديده من قبل)؟ ومع بعض الجهد يمكن أن يتوصل المعلمون إلي أفكار لها

لملمس حالي، ولكنها تحتوي علي محتوى تعليمي يجب تغطيته. إن التنوع مهم أيضاً. ويجب علي المعلمين ألا يفرطوا في الاعتماد علي نوع واحد من الواجب أو نمط تعليمي واحد. ولسوء الحظ، فإن العديد من كتب الطهي لا تحتوي علي تنوع كافي، ومن السهل أن تصيب الطلاب المتهورين والمتشتتين بالملل. فهؤلاء الطلاب يتلهفون علي الإثارة والابتكار. وينبغي علي المعلمين أن يفكروا في كيفية إدخال هذه الموضوعات عند تحضير خطط وواجبات الدرس. فالنجاح في هذا المجال سوف يحسن كثيرا من انهماك الطالب في الفصل، وسوف يقضي الطالب مزيد من الوقت في هذا العمل.

فرص العمل. إن الطلاب المتهورين والمتشتتين عادة يطورون توقع سلبي لقدراتهم الأكاديمية. كما أن احتمالهم للإحباط ونمط التعلم الضعيف (مثل مشكلات الكتابة) تؤثر علي الدافعية لديهم لأنهم يعرفون إنه يجب أن يعملوا بجد لإنتاج منتج ذات نوعية مقبولة علي الأقل. بالإضافة إلي ذلك، فإن هؤلاء الطلاب غالبا يجادلون معلمهم، فهم عادة يستنتجون لأنفسهم بأن المعلمين لا يحبونهم، و بالتالي لا يريدون العمل بجد لتحقيق المستويات التي يفرضها عليهم هؤلاء المعلمين.

ينبغي علي المعلمين أن يحاولوا عكس هذا النمط السلبي، وطريقة عمل ذلك هو التفكير في أنشطة للفصل يكون فيها الطالب الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) جيدة. وإذا قام الطالب باللعب بآلة موسيقية، فإن المعلم يمكن أن يحثه علي عزف قطعة موسيقية ترتبط بالموضوع الذي يتم تدريسه، وإذا كان يحب الألعاب الرياضية، فإنه يمكن أن يُشكل لعبة يلعبها كل الطلاب، والتي تعكس موضوع معين. ومن الضروري للمعلمين أن يبتعدوا عن طريقة أداء نشاط حيث يمكن أن ينجح، حتى لو كانت الفائدة الأكاديمية بطريقة غير مباشرة، وإذا نجح، فسوف يبدأ في الإحساس بنفسه بصورة أفضل وبكونه في الفصل. ومع خبرات النجاح المتكررة، سيكون لديه دافع ليحاول بجدية أكثر. وعندما يتحسن الدافع، فإن الأداء الأكاديمي يتحسن أيضاً.

٤- أساليب التقليل من التشتت Techniques to Reduce

Distractibility

عندما لا يعمل الطلاب، فإنه من المحتمل أن ينقطعوا عن الأنشطة الأكاديمية ويفوتهم أجزاء هامة من التعليمات. كما إنهم من المحتمل أن يتخلفوا، ويمرور الوقت، يبدعون في إظهار عجز في المهارات الأكاديمية. الطلاب المشتتون، خصوصا عندما يكونون أيضا متهورين، فإنه من المحتمل أيضا أن يُظهروا مشكلات سلوكية. وعندما يصبح الطلاب مشتتون، فإنهم غالبا ما يشتركون في سلوكيات تُعطل الفصل وتتعارض مع التعلم والتدريس الفعال. علي سبيل المثال، قد يبدأ الطلاب حوارا مع الجيران ويعطلون الآخرون في الفصل. أو قد يفقد الطلاب أماكنهم في أنشطة الفصل ويشعرون بالتوبيخ عندما يجعلهم المعلم يلاحظون إنهم يتابعون برنامج الفصل. كما إنهم قد يُحبطون أمام أقرانهم ويُظهرون رد فعل عكسي. لذلك، تعريف التشتت مكون هام لمساعدة الطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD).

علامات تلميحات Signals and Cues. إن اظهار سبل جذب الانتباه، وتعليم الطلاب أن يتعرفوا عليها هي وسيلة فعالة لتقليل التشتت. يتعلم الطلاب بصورة أساسية أن هناك كلمات، وجمل، أو سلوكيات معينة يقوم بها المعلم إشارة للطلاب لكي يتوقفوا عما يقومون به، ينظرون للمعلم، وينتظرون التعليمات. توجد هناك وسائل عديدة لإنجاز هذا، وتلك التلميحات يُمكن نشرها لكافة الفصل أو لطالب محدد.

معظم المعلمون يرون إنه من المفيد تعليم كافة الفصل أن هناك سلوكيات معينة يقوم بها المعلم (مجموعة علامات) إشارة للطلاب لكي يتوقفوا عن فعل أي شيء يقومون به، يبقون في أماكنهم، ينظرون للمعلم، وينتظرون تعليمات إضافية. من الوسائل الشائعة لفعل ذلك تشمل إضاءة الأنوار بسرعة مرتين أو ثلاثة، أو استخدام صوت (مثل جرس أو صفارة). أحيانا، خصوصا إذا كان الفصل مشترك في نشاط يشمل حركة و/أو كمية بارزة من الضوضاء، فإنه من المفيد للمعلم أن يتوقف عن الحركة و يبقى في مكانه، ربما يرفع إحدى يديه أو

الاثنتين في الهواء. بالرغم من إنه فقط قليل من الطلاب قد يتعرفون علي هذا في البداية، البعض سوف يفعل، وسوف يبدعون في إرسال سلسلة من الرسائل للطلاب الآخرون، وإخبارهم أن يتوقفوا بالمثل عن فعل أي شيء يقومون به. الطلاب الواحد تلو الآخر يستجيبون لتلك العلامات مثل تأثير الدومينو ويوقفون النشاط الحالي، والطلاب الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) سوف يتوقف بالمثل، تحت ضغط من أقرانه. بالرغم من أن هذا قد يأخذ فترة قصيرة، فإن كافة الفصل سوف يهدأ وينظر للمعلم.

بالرغم من فاعلية مجموعة العلامات عندما يكون من الضروري استدعاء انتباه كافة الفصل، فإنه توجد هناك مرات عديدة عندما يحتاج المعلم أن ينشر علامة علي وجه التحديد إلي طالب يعاني من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) وليس لبقية الفصل. العلامات الفردية تنقسم إلي فئتين رئيسيتين، مُخفي وواضح غير مُخفي، ولكل فئة مميزاتا وعيوبها.

العلامات المخفية Covert Cues لا تتعارض مع سير نشاط الفصل، ومع الممارسة يُمكن للمعلم أن ينسج هذه العلامات بسلاسة في أنشطة الفصل. يُمكن أداء هذه العلامات خلال أي نشاط عامة، حتى خلال محاضرة داخل الفصل. أكثر العلامات المخفية فاعلية تشمل استخدام بارع للغة الجسد إشارة للطلاب أن يفكر فيما يفعل ويفحص عما إذا كان يفعل المتوقع منه (مثل معارضة أحلام اليقظة، التكلم للآخرين، وهكذا). علي سبيل المثال، أثناء نشاط القراءة عندما يأخذ طالب دوره في قراءة قطعة، إذا بدا علي أحد الطلاب أنه ينظر حوله، أو يتورط في شئون غيره، وهلم جرا، فإن الطريقة الدقيقة لكن الفعالة لجلبه مرة أخرى علي المهمة هي ببساطة أن يبدأ في السير نحوه. إذا بدا في موضع وكأنه ينظر بعيدا، يجب عل المعلم أن يدخل في مجال رؤية الطالب ويقترّب منه بالتدريج (دون قول أي شيء مباشرة له) بينما يستمر باقي الطلاب ببساطة في نشاط القراءة. عندما يقترّب المعلم، فإن معظم الطلاب يمارسون فحصاً عقلياً تلقائياً لما يفعلون وعما إذا كان هذا السلوك مناسباً لتلك اللحظة، ومجاورة المعلم عادة ما يكون كافياً لإعادة توجيههم.

إنه من الجيد عدم تحويل تلك العلامة لتحدي أو تصادم. قد يُريد المعلم أن يبدأ النظر إلي مكان آخر (مثلاً، إلى طالب يقرأ بصوت عالي في تلك اللحظة) بينما يسير نحو الطالب الذي لا يؤدي المهمة. إذا كان المعلم قريباً جداً، والطالب مازال لا يلتقط العلامة، إذن يجب علي المعلم أن ينظر له لكن يجب عليه محاولة عدم قول شيء. يجب علي المعلم محاولة عدم إحراجه أو اصطفائه. إذا كان هذا لا يزال غير كاف، يُمكن للمعلم أن يمسك بيده أو بكتفه بصورة غير منتظمة (مجدداً، دون النظر إليه مباشرة). إذا كان هذا غير كاف، وكان يبدو علي الطالب الحيرة بسبب العلامة، يُمكن للمعلم أن يُشير بلطف إلي الموضوع علي المكتب (مثل كتاب القراءة) في إشارة غير لفظية له ليعود لأداء المهمة. لأن عموم الفصل لن يتم مقاطعته، سوف يشعر الطالب بإحراج أقل، فإن كافة التفاعل سوف يكون دقيقاً لكنه فعالاً. في الواقع، تكون الوسائل التي تستخدم لغة الجسد بدقة فعالة لكل الأعمار، حتى مع المراهقين.

إحدى المشكلات مع هذه الوسائل، مع ذلك، خصوصاً عندما يكون المعلم في احتياج لاستخدامها مرات عدة كل يوم، هي أن الطلاب بمرور الوقت يتعودون عليها ويبدأون في تجاهل هذه العلامات. في هذه الحالة، قد يكون تطوير العلامات الغير المخفية مفيداً.

العلامات غير المخفية Overt Cues هي تلك التي تكون واضحة، لكن لأنها علامات فردية، فإنها يجب أن تكون معروفة فقط للمتلقي. وبعبارة أخرى، يحتاج المعلم أن يُطور مجموعة من الإشارات التي سوف يتم إصدارها بدقة أثناء الحصة، ولا أحد سوى الطالب المستهدف سوف يعرف أن تنبيهها قد صدر له. هذه العلامات من الصعب البدء بها، وتتطلب بعض المحاولة والخطأ، ولكنها قد تكون مُلحق فعال للعلامات المخفية، خصوصاً عندما يحتاج الطالب للعلامات بشكل دوري.

لكي يبدأ، يجب علي المعلم أن يُشير بلطف إلي الطالب (بشكل خاص) إنه توجد أوقات في الفصل لا يُبدي فيها اهتماماً، والمعلم لا يريد إحراجه أمام الآخرين، لكن يجب الاتفاق على طريقة تُعطيه تنبيهاً و تكون معروفة له فقط،

و بالتالي لن يعرف أحد آخر، لكنها سوف تساعده على إعادة التركيز والعودة للمهمة. علي سبيل المثال، يُمكن للمعلم أن يقول شيئاً لكافة الفصل يبدو كأنه عام بما فيه الكفاية بما يجعل الهدف الملحوظ لأحد، لكن الطالب الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD) سوف يعرف أن ما تم قوله لمساعدته علي التركيز مجدداً، مثل، «إنه لطيف جداً حينما ينتبه جميع الطلاب لأنه يساعد الجميع أن يتعلم.»

سوف يحتاج المعلمين أن يكونوا مبدعين عند استخدام العلامات الفردية غير المخفية. أحياناً، بدلاً من إعطاء علامة لفظية، يُمكن للمعلم أن يقترب من درج الطالب، دون قول أي شيء، وأن يحمل شيئاً في غير محله في تلك اللحظة، مثل دباسة. لن يعلم الطالب الآخرون لماذا قام المعلم بالتقاط الدباسة فجأة وبدأ في التجول بها. الطالب الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط (ADHD)، مع ذلك، قد يعلم إنه عند رؤية المعلم حاملاً الدباسة، خصوصاً عندما يبدأ في السير نحوه، فهذا يعني أن المعلم يحاول (بلطف وبطريقة خاصة) إخباره أنه ليس منتبهاً.

هذه الوسائل تأخذ وقتاً لكي يتم البدء فيها وهي ليست حل سريع. سوف يُقدر الطالب أن المعلم ذهب بعيداً لكي يساعده في حفظ ماء وجهه أمام الآخرين، مع ذلك، وبسبب ذلك سوف يصبح أكثر دافعية للاستجابة لتلك العلامات. بالطبع، فإن استخدام مزيج من العلامات المخفية وغير المخفية أكثر فاعلية، وإنه من الأفضل إنشاء علامة غير مخفية واحدة فقط التي سوف يتم استخدامها بشكل متكرر. باستخدام علامة فردية غير مخفية بشكل متقطع مع العلامات المخفية السابق مناقشتها، يجد كثير من المعلمين أن ذلك الخليط من النوعين لجذب الانتباه يبدأ في تقليل تكرار سلوكيات ترك المهمة.

المراقبة الذاتية Self-Monitoring. المراقبة الذاتية هي وسيلة تشمل

تعليم الطالب أن يستخدم علامة لكي يمارس فحص عقلي ذاتي لكي يصبح أكثر وعياً بما يفعله في اللحظة وعمّا إذا كان سلوكه، في الواقع، هو ذاك المتوقع في تلك اللحظة. تلك الوسيلة تشمل استخدام علامة، لكن من الضروري قلة تدخل

المعلم، لأن المعلم لا يحتاج بالضرورة أن يصدر أمراً عاجلاً. إن أسهل طريقة لتعليم الطالب المراقبة الذاتية وهي استخدام أشياء موجودة في الغرفة تعطى له إشارة لأداء تحقق عقلي مما إذا كان ينتبه أم لا ينتبه. وقد أوصى باركلي Barkley (٢٠٠٦) بالأوجه الباسمة، ولكن من المحتمل بالمثل على الأقل أن تتجح أشياء أخرى - علامات تشجع الانتباه، ورسومات لأيدي بها أصبع يشير نحو المعلم، وما إلى ذلك. ومن المهم أن نضع كل هذه الأشياء في مختلف أنحاء الغرفة حتى يلتقى الطلاب الذين يبدأون النظر حولهم بهذه النماذج والتلميحات أثناء تجول أعينهم حول الغرفة.

وفى بعض الأحيان يمكن تدريب الطلاب على استخدام شيء واحد في الفصل، مثل الساعة، ليذكروهم بالتحقق مما إذا كانوا منتبهين ومركزين على المهمة. وفى البداية يمكن للمعلم أن يشجع ذلك عن طريق الإشارة إلى الساعة بشكل منتظم وتشجيع كل الطلاب لمراقبة الوقت والتأكد من بقائهم منتبهين. وكلما تم عمل ذلك أكثر كلما زاد احتمال أن يقوم الطالب بربط هذا الشيء بالحاجة إلى مراقبة الذات. وتدرجياً سوف يقوى هذا الارتباط إلى الدرجة التي يبدأ عندها التفكير فيما يفعل عندما ينظر تلقائياً إلى الساعة، حتى إذا لم تعمل إشارة أو تلميح على حد ذلك.

ورغم أن المراقبة الذاتية من المحتمل أن تكون أسلوباً مفيداً، إلا أنه من الصعب في الغالب تنفيذها. فأولاً يجب أن يكون الطلاب كباراً بدرجة كافية ليكونوا قادرين على مراقبة ذواتهم. وعادة ما يكون هذا الأسلوب فعالاً مع الطلاب في الصف الخامس أو أعلى. وبالإضافة إلى ذلك، يجب أخذ شخصية الطالب في الاعتبار. ولأن هذا الأسلوب يتطلب من الطالب أداء مراجعة عقلية بمفرده، فإن الطالب المعارض جداً أو الذي يظهر حداً أدنى من الجهد للامتثال لقواعد الفصل وإجراءاته الروتينية عادة لا يريد أن يكلف نفسه عناء تجريب هذا الأسلوب. على أن الطالب الذي يبدو أن لديه دافعية للعمل بشكل جيد ولكن يسهل تشتيت انتباهه قد يقدر فرصة للتحكم في نفسه. وبالإضافة إلى ذلك فإنه يمكن جعل المراقبة الذاتية فعالة عند دمجها مع برنامج إدارة الطوارئ الموصوف

في الفصل التالي.

الانتقالات Transitions. إن الطلاب القابلين لشروود الذهن والمدفعين غالباً ما يظهرون سلوكيات صعبة في لحظات معينة في يومهم الدراسي. وتحدث إحدى هذه اللحظات غالباً عندما يطلب من الطلاب إنهاء نشاط يؤدونه حالياً والبدء في نشاط آخر، مثلاً عند انتهاء وقت اللعب ويكون عليهم العودة إلى مقاعدهم أو عندما يتم الانتهاء من نشاط جماعي ويجب البدء في مهمة دراسية أخرى. وأثناء هذه الأوقات قد تكون نسخة من أسلوب «الأجراس الثلاثة» (التي تؤدي عادة في الحفلات الموسيقية والأحداث الرياضية) مفيدة. إن جمع هذا الأسلوب مع أحد الإشارات أو التلميحات الجماعية التي ناقشناها في بداية هذا الجزء يعمل على نحو جيد بشكل خاص.

فمثلاً عندما يؤدي الطلاب نشاط لعب، يمكن للمعلم أن يضيء أنوار الفصل مرة واحدة قبل أن يحين وقت العودة إلى مقاعدهم بنحو ٢ أو ٤ دقائق. وإذا كان الطلاب قد سبق تعليمهم أن هذه إشارة تعني أنه يلزمهم أن ينتبهوا للمعلم، فإنهم سوف ينظرون وينتظرون المزيد من التعليمات. ويمكن للمعلم ببساطة أن يعلن أن الطلاب ينبغي أن يبدأوا الانتهاء مما يفعلونه لأنه سرعان ما سيحين الوقت الذي ينبغي أن يضعوا فيه الأغراض جانباً ويعودون إلى مقاعدهم. وبعد ذلك بحوالي دقيقتين يمكن للمعلم أن يضيء الأنوار مرتين ويعلن أن الوقت قد حان الآن لأن يبدأوا في إعادة الأغراض. وبعد ذلك بحوالي دقيقة يمكن للمعلم أن يضيء الأنوار ثلاث مرات ويعلن أنه حان الآن وقت العودة إلى مقاعدهم. ولأن الطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط عادة ما يظهرون صعوبات ومشكلات في هذه المواقف، فإن استخدام كل من الأساليب الجماعية (مثل أسلوب الأجراس الثلاث) وإدارة الطوارئ (الموصوف في الفصل التالي) من الأكثر احتمالاً أن يسفر عن تحسن كبير.

رابعاً- ملخص

Summary

لأن المشكلات المرتبطة بالمدرسة هي سمة رئيسية لاضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط، فإن التدخل داخل بيئة مدرسية يكون ذا أهمية كبيرة. ويمكن مساعدة الطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط من خلال تصنيف الطفل أو التعليم النظامي مع التعديلات المخصصة في خطة ٥٠٤. إن تعليم التربية الخاصة يكون ضرورياً إذا كانت المشكلات حادة وشديدة أو كان اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط مصحوباً بصعوبات تعلم، ولكن النظام السائد في تحديد المكان المناسب للطفل يكون فعالاً في الحالات الأقل حدة.

ولمساعدة الطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه/فرط النشاط، يمكن للمعلمين في فصول التعليم النظامي والتربية الخاصة أن يستخدموا التعديلات في كثير من الجوانب التي يوصلون فيها التعليم في الفصل. وينبغي هيكله المكان المادي للحد من القابلية لتشتت الذهن، كما أن التقسيم إلى مجموعات ملائمة سوف يشجع الطلاب على مساعدة كل منهم الآخر ومتابعة أو مراقبة سلوكيات كل منهم الآخر. وينبغي تنفيذ وتطبيق قواعد الفصل وإجراءاته الروتينية وبنيته والتي تشجع الأداء المتمركز على المهمة. وبالمثل فإن استخدام الابتكار والإثارة الحسية الزائدة وطرق التعلم المتعددة يكون مفيداً، وكذلك أيضاً الأساليب التي تعلم الطلاب الاستجابة للإشارات والتلميحات. وتنفيذ هذه التغييرات يستغرق وقتاً وقد لا يسفر أي منها عن تغيير كبير إذا استخدم منفصلاً، ولكنها معاً تساعد المعلمين على إنتاج بيئة تعلم تقلل وتحد من مشكلات الفصل. ورغم أن التدخلات الموصوفة في هذا الفصل من المحتمل أن تحدث بعض التغيير الإيجابي على الأقل، إلا أنها تكون أكثر فاعلية عند استخدامها متحدة مع أساليب إدارة الطوارئ الموصوفة في الفصل التالي.

الفصل الثاني عشر إدارة سلوك الطالب

Student Behavior Management

على الرغم من أن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون مشكلات متنوعة تتعلق بالمدرسة، إلا أن السلوكيات الفوضوية في الفصل، والتي ترى بوجه خاص لدى الأولاد والمراهقين المندفعين ومفرطي النشاط هي من بين أكثر المشكلات إحباطاً. ولأن هؤلاء الطلاب يظهرون ضبطاً ضعيفاً للنفس، فإنهم كثيراً ما يؤدون سلوكيات توقعهم في مشكلات.

وفي الصفوف الدراسية الأولى يميل الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط إلى الصياح عند الإجابة بدون رفع يدهم ويقولون أشياءً من دون تفكير أو تبصر أثناء يوم دراسي عادي وطبيعي. وعندما يمرون بدافع، فإنهم يؤدون سلوكيات تصرفهم بعيداً عن المهام المكلفين بها، مثل ترك مقعدهم أو الاقتراب من طالب مجاور لهم. وإذا كانوا مفرطي النشاط أيضاً، فإن تمللمهم الدائم قد يزعج الطلاب الآخرين. وعندما يكبرون فإن بعض هذه الميول قد تتضاءل، ولكن الاندفاع، بصورة أو بأخرى، غالباً ما يستمر في سنوات المراهقة وما بعدها.

إن الطلاب المندفعين يظهرون بوجه عام تحملاً ضعيفاً للإحباط. فعند توجيههم لأداء عمل ما، من المحتمل أن يقاوموا إذا كانت المهمة تتطلب مجهوداً. وعند توجيههم من نشاط يستمتعون به حالياً إلى نشاط أقل إمتاعاً (مثل العمل الدراسي)، فإنهم غالباً ما يظهرون رد فعل سلبي. وعند منعهم من عمل ما يحبون، تكون لديهم صعوبات في احتواء الدافع للمقاومة، ويعبرون عن استهجانهم من خلال الاحتجاجات والمجادلات والتحدي أو العصيان. ونتيجة لذلك، فإن أغلبية التفاعلات بين معلم وولد يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تسفر عن نتيجة سلبية، كأن نهره أو عقابه.

ويعرف المعلمون بسرعة أي الطلاب في الفصل يصعب التعامل معهم، وغالباً ما يتعاملون مع أولئك الطلاب بغضب وإحباط. ونتيجة لذلك، فإن الطلاب

الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يدركون هذه الاتجاه السلبي ويكون رد فعلهم بالمثل غاضباً. وبدورهم فإن المعلمين من الأكثر احتمالاً أن يعرفوا أن طالباً يمثل «مشكلة». وهذه الحلقة اللولبية تؤثر على شعور الطلاب والمعلمين نحو بعضهم البعض وتقلل احتمال حدوث تفاعلات إيجابية بينهم أكثر. إن الطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ولا يكونوا مندفعين أو مفرطي النشاط يفرضون أيضاً تحديات في الفصل. فغالباً ما ينصرفون عن المهام المكلفين بها ولا يكملون عملهم. ويتشتت انتباههم بسهولة ويحتاجون قدراً كبيراً من التشجيع للانتباه للأعمال الروتينية في الفصل. وغالباً ما يمثل الواجب المدرسي تحدياً رئيسياً، وغالباً ما يفقد الأولاد غير المنظمين التكاليف وغيرها من الأشياء التي يحتاجونها لأداء عملهم (الكتب، دفاتر الملاحظات، إلخ). وعادة ما تتأثر درجاتهم بصورة سلبية نتيجة لذلك.

أولاً- الدعم البحثي

Research Support

كما هو الحال مع تدريب الوالدين، فإن الإدارة الموقفية Contingency Management هي أسلوب العلاج غير الطبي الذي يحظى بأكبر دعم بحثي في البيئات المدرسية (باركلي Barkley، 2006). ويوجه عام دلت نتائج البحوث على أن القواعد والتعليمات يجب أن تكون واضحة وموجزة ويلزم تقديمها من خلال طرق وأساليب متنوعة (يتم مثلاً توضيحها بصورة لفظية ونشرها بصورة مرئية). وينبغي تعزيز السلوكيات الإيجابية، وينبغي أن تكون السلوكيات السلوكية متبوعة بتكاليف ملائمة وسريعة. ويجب أن يختبر الطلاب هذه العواقب (الإيجابية والسلبية) بشكل متكرر، وقد اقترن التكرار المتتابع بالتعلم الأسرع. وينبغي استخدام تتبع السلوك للاحتفاظ بالاتساق والثبات. ويجب أن تكون أنواع العواقب المستخدمة ذات بروز ووضوح عالٍ بالنسبة للطلاب، خاصة فيما يتعلق بالحوافز- فكلما كان البروز أعلى حدث تعلم أكثر. وبالإضافة إلى ذلك، ينبغي أن يكون برنامج الإدارة الموقفية مبنياً بشكل أساسي على تعزيز السلوكيات الملائمة، وينبغي استخدام تكاليف الاستجابة بدرجة أكثر ثانوية، في الغالب

عندما لا تسفر الطرق الأخرى عن إنطفاء السلوكيات غير المرغوبة. وقد تم وضع برامج متنوعة لإدارة سلوك الفصل classroom behavior management (انظر مثلاً دوبول & ستونر & DuPaul & Stoner، 2003). وبوجه عام تشتمل هذه البرامج على عدد من الأساليب التي تغطي في برنامج خطوات وتطبق على فترات تتراوح مدتها من أسبوع إلى أسبوعين، وتصمم كل خطوة لعرض أسلوب معين يمكن أن يستخدمه المعلمون داخل الفصل. وتركز معظم هذه البرامج على طرق إعطاء التعليمات، ومعالجة السلوكيات السيئة addressing misbehaviors giving instructions ووضع عقود سلوكية طويلة الأجل behavioral contracts تعمل بتحديد (وإذا لزم الأمر تعديل) سلسلة من المكافآت المبنية على نقاط تعطى مقابل السلوكيات المستهدفة. وقد أصبحت هذه البرامج هي عماد التدخلات التي يطبقها المعلمون مع الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة، ويرى بعض القائمين على إعداد المعلم أنه ينبغي على المعلمين أن يستخدموا هذه الأساليب طوال العام ويجعلوها جزءاً من روتينهم الدراسي اليومي (فيفنر Pfiffner، 1996).

وقد وضع كابالكا Kapalka (٢٠٠٩) أحد هذه البرامج. وهو مقسم إلى ثماني خطوات، تساعد كل خطوة منها المعلمين على تطبيق أسلوب لمعالجة سلوكاً منفصلاً يمثل مشكلة. وهو مصمم لمعالجة الصعوبات والمشكلات التي غالباً جداً ما تكون مقترنة بالطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط - أي مشكلات إتباع الأوامر والتعليمات، والمجادلة، ونوبات الغضب، ومشكلات التركيز في المهام، والسلوك السيئ في المواقف التي تحدث خارج الفصل (في الملعب أو غرفة الطعام مثلاً). وبوجه عام يتم تشجيع المعلمين لإتمام كل خطوة كل فترة تتراوح من أسبوع إلى أسبوعين لكي يشعروا بالارتياح لكل أسلوب. وبالإضافة إلى ذلك، ولأن بعض الخطوات تكون مبنية على بعضها البعض، يتم تشجيع المعلمين لإتمام النصف الأول من البرنامج بالترتيب. وعلى الرغم من أن البرنامج يشبه برنامجاً مماثلاً تم وضعه للوالدين (كابالكا Kapalka، ٢٠٠٧ ج) وموصوف في الفصل السابع من هذا المجلد، إلا أن التدخلات والأساليب التي

تناقش في هذا الفصل تم تعديلها بوجه خاص لتكون ملائمة بالنسبة لكل من الطلاب والمعلمين.

وعلى الرغم من أن برامج الإدارة الموقفية تم بحثها بوجه عام عن طريق بحث الفاعلية الكلية للبرنامج بأكمله، إلا أن كابلكا (Kapalka، ٢٠٠٩) صمم البرنامج عن طريق بحث كل أسلوب على حدة في سلسلة دراسات متتالية تضم عينتين مختلفتين من المعلمين (كابلكا Kapalka، ٢٠٠١، ب، ٢٠٠٢، ٢٠٠٥، أ، ٢٠٠٥، ب، ٢٠٠٥، ج، ٢٠٠٥، د، ٢٠٠٦، ب، ٢٠٠٧، أ، ٢٠٠٧، ب، ٢٠٠٧، د، ٢٠٠٨، أ، ٢٠٠٨، ب، كابلكا & برايك Kapalka & Bryk، ٢٠٠٧). وسوف تصف بقية هذا الفصل هذا البرنامج.

ثانياً- التدخلات

Interventions

لإشراك المعلم في البرنامج ينبغي على الكلينيين أن يتواصلوا معه ويقدموا المساعدة. وقد كشفت نتائج البحوث أن التدريب والتشاور في جلسة واحدة لا يكونا تقريباً في مثل فاعلية برنامج مستمر ينمي فيه الأخصائي النفسي المدرسي (أو كلينيكي آخر) علاقة تشاور مستمرة مع المعلم ويواصل الاتصال على فترات فاصلة منتظمة لتقديم المساعدة وإضفاء طابع شخصي على البرنامج (باركلي Barkley، 2006). وبوضع هذا الأمر في الاعتبار، يجب على الكلينيكي أن يقيم علاقة عمل مع المعلم تشمل الاتصال بصورة دورية وتسمح للمعلم بالتواصل مع المهني عندما تنشأ مشكلات يحتاج مساعدة لها.

وعند التدخل يلزم أن يتبع الكلينيكيون خطة مهيكلة وموجهة. وأول وأهم شيء هو أنه ينبغي تثقيف المعلمين وتعريفهم باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وهو ما سوف يساعدهم في وضع توقعات واقعية وتنمية فهم للأسلوب الذي ينبغي أن يستخدموه لمساعدة الطالب. وبعد ذلك، وعلى نحو منظم ومنهجي، ينبغي على الكلينيين أن ينفذوا ويطبّقوا التدخلات بصورة تدريجية، مع السماح للمعلمين بفرص للتدريب لكي يشعروا بالارتياح لكل أسلوب.

١- التهيئة الذهنية Mental Preparation

على الرغم من أن المعلمين قد تكون لديهم بعض المعرفة باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، إلا أنه من المحتمل ألا يكون لديهم تصور دقيق للسبب وراء قيام الطفل أو المراهق بأداء سلوكيات تمثل مشكلات. فغالباً ما ينسبون للعصيان المتعمد والخرق المتعمد للقواعد جزءاً أكبر بكثير من الجزء الذي ينسبونه للمشكلات المتعلقة بضبط النفس. وهذا الاعتقاد يسبب اتجاهاً سلبياً يهيئ العديد من المعلمين للنظر إلى الطالب بصورة سلبية وتوقع الأسوأ عندما يوشكون على التفاعل معه.

ويؤثر هذا التوقع السلبي على التفاعل، وغالباً ما يتعامل المعلمون مع الطالب الذي يمثل مشكلة بنبرة صوت غاضبة وموقف دفاعي. ويتم توصيل هذه السلبية من خلال وسائل غير لفظية وفي الغالب أيضاً من خلال وسائل لفظية، ويكون رد فعل الطالب من نفس النوع. وهذا النمط يجعل من الأكثر احتمالاً أن تنشأ صراعات ومنازعات.

وبدلاً من ذلك، يلزم تثقيف المعلمين وتعريفهم بطبيعة اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط وأعراضه والطريقة التي تؤثر بها نواحي الضعف أو القصور الرئيسية على ضبط النفس. فإذا أظهر الطفل أو المراهق كثيراً من الجدل أو التحدي، يكون من المهم بالنسبة للمعلمين أن يضعوا هذه السلوكيات أيضاً في سياق الاندفاع المتسبب في هذه المشكلات. ويلزم أن يقبل الكلينيكيون أن «المهمة الأولى» هي مساعدة المعلمين في تنمية رد فعل أكثر إيجابية نحو الطالب وكسر دورة التوقعات السلبية.

ومثل الوالدين، ينبغي تعليم المعلمين مبادئ التواصل الحازم أو المحقق للذات assertive communication. ويجب أن يصدقوا أن الأسلوب الذي سوف يتبعونه من المحتمل أن يسفر على الأقل عن بعض النتائج الإيجابية. وينبغي صياغة التدريس على أنه يتضمن كلاً من المهارات الدراسية والمهارات الحياتية، وتتمثل إحدى المهارات الحياتية الهامة في تعلم التعرف على (والتنبؤ بدقة ب) عواقب ما يقوم به المرء من سلوك. إن التفاعل مع طفل أو مراهق يعاني

من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يعطي فرصاً لمساعدته على تعلم تلك الدروس، ويمكن تحقيق ذلك سواء كانت نتيجة أي موقف إيجابية (مثل السلوك الحسن أو الإنجاز الناجح للعمل) أو سلبية (كأن يكون معانداً وعاصياً أو منصرفاً عن أداء المهام). وطالما يكون المعلمون قادرين على البقاء هادئين ومسيطرين وسوف يديرون نتيجة أو عاقبة إيجابية أو سلبية ملائمة، فإن «لحظة التدريس» يمكن أن تكون ناجحة. وهكذا وقبل أن يقوم المعلمون بتطبيق وتنفيذ الخطوات التي سنصفها في الجزء التالي، يلزمهم أن يضعوا مجموعة واقعية من التوقعات بشأن سبب سلوك الطالب على هذا النحو والدور الذي يمكن أن يلعبه المعلمون في تغيير تلك السلوكيات. وقبل أن يباشر المعلمون كل تفاعل، يلزمهم أن يتعلموا البقاء هادئين ومسيطرين، ويتوقعوا أن الأسلوب سوف يحدث على الأقل بعض الفرق في سلوك الطالب، ويقدموا أنفسهم بطريقة أمرة ولكنها محترمة.

الخطوة الأولى: إعطاء التعليمات والأوامر Giving Instructions and

Commands

تأمل المثال التالي:

مسز «سميث» إحدى معلمات الصف الثاني. وهي تقوم بالتدريس لمجموعة تضم ٢٥ طفلاً تضم «باري»، وهو طفل صغير نشط كثيراً ما يقع في منازعات وصراعات مع الأطفال الآخرين. ينتهي الفصل لتوه من الأبجدية أو الهجاء ويحين الوقت لاستراحة قصيرة. اليوم سوف يبقى الأطفال في الفصل ويلعبون بالألعاب المتاحة لهم في مؤخرة الغرفة. وتوجد خمسة أجهزة كمبيوتر في الفصل، ومن ثم فإن خمسة أطفال سوف تكون لديهم فرصة للعب الألعاب عليها بينما يقسم بقية التلاميذ إلى مجموعات صغيرة ويلعبون ألعاب لوحية.

وبينما يبدأ الأطفال في التقسيم إلى مجموعات، تقوم المعلمة بجمع المواد التي استخدمتها تَوَّأ في تدريس المادة السابقة. ويجري «باري» إلى مؤخرة الفصل. ويقترب من طفل اختار جهاز كمبيوتر ليلعب به ويحاول الاستيلاء عليه. لا يستسلم الطفل الآخر وتنشأ مشادة بين الطفلين تشمل قيامهما بدفع كل

منهما الآخر.

تصرخ المعلمة عبر الغرفة قائلة، «ما الذي يجري هناك».

يصرخ «باري» قائلاً، «أريد أن ألعب».

يقاطعه الطفل الآخر قائلاً، «لكنني وصلت هنا أولاً».

تقول المعلمة، «باري، لقد وصل هناك أولاً، ومن ثم من فضلك اسمح له

بالاستمرار في البقاء هناك».

يصيح «باري» قائلاً، «لا .. أريد اللعب حقاً».

تقترب المعلمة من باري وتقوده بعيداً عن جهاز الكمبيوتر.

يصيح بصوت أعلى قائلاً، «لا .. لا يمكنك أن تجعليني أفعل ذلك!»

تضع المعلمة باري في ركن الغرفة بجوار مكعبات البناء. ويفضّب يبدأ في

إلقاء المكعبات في كل أنحاء الغرفة.

تصيح المعلمة قائلة، «توقف عن ذلك!» وتعود إلى مقعدها لإنهاء ما كانت

تفعله.

وبعد لحظة يذهب باري إلى مجموعة من الأطفال كانوا قد بدأوا لتوهم

اللعب بلعبة لوحية. إنه يريد الانضمام إليهم، ولكنهم كانوا قد وزعوا فعلاً كل

الأماكن المتاحة للعبة ويخبرونه بأنه لا يمكنه اللعب. فيذهب إلى إحدى الفتيات

التي تجلس على الجانب ويقف أمامها.

يبدأ الأطفال الآخرون في الصراخ في وجهه وزجره قائلين، «لا .. ابتعد

عن هنا!»

يضرب باري بيده على اللوحة مسقطاً كل المكعبات على الأرض.

تذهب إليه المعلمة وتقول، «لقد قلت لك أن تتوقف! الآن يجب عليك أن

تتأدب وتحسن سلوكك! اذهب إلى هناك واجلس وقرأ كتاباً!»

يحتج باري قائلاً، «لا .. هذا ليس عدلاً! أريد أن ألعب!»

تسأل المعلمة تلاميذ الفصل عما إذا كانت هناك أية مجموعة من الأطفال

سوف تقبل باري. لا يجيب أحد، فتذهب المعلمة إلى إحدى مجموعات الأطفال

وتطلب منهم أن يسمحوا لباري بالانضمام إليهم. فيحتجون ولكنهم يوافقون.

وبينما يلعب باري والمجموعة باللعبة يحاول باري أن يدير اللعبة كما يحلو له (ليس وفقاً للقواعد المقررة). وكل لحظات قليلة عندما لا تسير الأمور كما يريد، يسيء باري التصرف أو السلوك مرة أخرى. ويحاول الأطفال الآخرون إسكاته ولكن بدون جدوى. وطوال فترة الراحة التي ٢٥ دقيقة كثيراً ما تضطر المعلمة للعودة والتدخل مع باري معلنة، «لقد قلت لك توقف عن إزعاجي!» وعندما تنتهي فترة الاستراحة تطلب المعلمة من الأطفال العودة إلى مقاعدهم المخصصة لهم. وباري هو آخر واحد في مؤخرة الغرفة. وبينما يعود الأطفال إلى مقاعدهم، يبدأ باري في بناء برج باستخدام مكعبات البناء. تخاطب المعلمة باري عبر الفصل قائلة، «اترك تلك المكعبات يا باري وعد إلى مقعدك».

يجيب باري قائلاً، «في خلال دقيقة».

تبدأ المعلمة في توزيع ورقة تدريب بها تكليف رياضيات. يظل باري يلعب بالمكعبات. فتقول المعلمة، «لقد قلت لك يا باري أن تترك تلك المكعبات وتعود إلى مقعدك».

يرد باري قائلاً، «لكنني أريد فقط أن أنتهي من بناء البرج!» يبدأ الأطفال الآخرون العمل، وتبدأ المعلمة في السير حول الغرفة لترى ما إذا كان أي طفل يحتاج مساعدة. لا يزال باري يلعب. ترفع المعلمة صوتها قائلة، «باري .. عملك ينتظر هنا». فيرد قائلاً، «لم أنتهي بعد!»

تجيب المعلمة على سؤال من طالب آخر وتدرك أن باري لا يزال موجوداً في مؤخرة الغرفة. فتقول لباري، «تعال إلى مقعدك الآن وإلا سوف أضطر إلى إخبار والدتك أنك لا تسمع الكلام».

لا يجيب باري. تقوم المعلمة وهي لا تزال في مقدمة الغرفة بالإجابة على سؤال طالب آخر ثم تصيح قائلة، «باري .. هل سمعتني؟ سوف أتصل بوالدتك». لا يجيب باري ويواصل البناء.

تسير المعلمة نحو باري وقد أصبحت الآن غاضبة بشكل واضح، وتبدأ

في أخذ المكعبات من يده وتسحبه نحو مقعده. فيبدأ باري في الصراخ والبكاء قائلاً، «ولكنني لم أنتهي! هذا ليس عدلاً» ويقوم بإلقاء المكعبات التي كانت لا تزال في يده في كل أنحاء الغرفة.

ويصل إلى مقعده وهو لا يزال يبكي وتعرقل الضوضاء التي يثيرها الطلاب الآخرين الموجودين في الفصل.

وبعد دقيقة أو اثنتين يهدأ ويتلفت حوله ليسأل جاره الجالس خلفه سؤالاً. ويتشبت انتباه الطلاب الآخرين ويقولون، «التزم الهدوء يا باري!» تسير المعلمة ناحية باري الذي يلتفت ناحيتها. وتأمرة المعلمة بأداء عمله. وينهمك في هذه اللحظة، ولكن بمجرد ابتعاد المعلمة يبدأ يطلب قلم رصاص من جار له يجلس عن يمينه. فيقول الجار، «توقف يا باري!» تسير المعلمة وتذهب إلى باري.

«ماذا تحتاج؟»

«ليس لدي أي شيء أكتب به.»

«أين قلمك الرصاص؟»

«لا أعرف.»

تعطي المعلمة باري قلماً رصاصاً وتأمرة بالعمل وتنصرف بعيداً. وبعد لحظة ينهض باري من مقعده ويسير إلى مؤخرة الفصل. تسأله المعلمة، «إلى أين تذهب؟» فيجيب قائلاً، «أسن قلمي الرصاص.»

يصل باري إلى المبراة ويسن قلمه الرصاص بصوت عال وبشكل متكرر. وبعد ذلك يبدأ السير عائداً إلى مكانه. وبعد أن يمر بالمقعد الأول يبدأ يسأل صديقه سؤالاً. ويبدأ الاثنان الكلام. فيلتفت الجار الجالس في المقدمة ويقول، «الزما الهدوء!»

تسير المعلمة عائدة نحو باري وصديقه. وتسألها، «عما تتحدثان؟» فيجيب قائلاً، «كنت مضطراً لسؤاله عما إذا كان سيأتي فيما بعد لكي يلعب.»

«الآن!»

يجيب باري قائلاً، «لكنني لن أراه فيما بعد!» تأمر المعلمة باري وهي غاضبة بالعودة إلى مقعده. فيمتثل للأمر ويبدأ العمل في الورقة، ولكن بعد ذلك بدقيقتين يبدأ مرة أخرى في مضايقة وإزعاج جاره. فتسير المعلمة ناحية باري وتساله، «ماذا تفعل؟»

«لم أكن أعرف كيف أحل هذا السؤال.»

«إذاً أسألني وسوف أساعدك»، تريه المعلمة ويبدأ العمل مرة أخرى. وبعد ذلك بلحظة يلتفت مرة أخرى إلى الجار ويبدأ يهمس. ويبدأ كلا الطفلين في القهقهة. فتقول الفتاة التي تجلس بجوارهما، «لماذا لا تكفان عن إزعاجي؟» تسير المعلمة نحوهما، ولكن باري يراها قادمة ويعود إلى عمله. وتمر دقائق قليلة أخرى.

يجذب باري انتباه المعلمة قائلاً «بسست*». أريد أن أسألك سؤالاً»

تسير المعلمة نحو باري معتقدة أنه يحتاج مساعدة وتقول، «ماذا تريد؟» فيقول باري، «غداً هل يمكنني أن أكون أول واحد يلعب على جهاز الكمبيوتر؟» فتقول المعلمة، «سوف نرى. الآن عد إلى العمل.»

فيفعل ذلك للحظات قليلة بعدها يفقد التركيز مرة أخرى ويتشتت انتباهه.

ويستمر هذا النمط طوال اليوم بأكمله (كابالكا Kapalka، 2009).

من الواضح في هذا المثال أن «باري» طالب مندفع يظهر ضبطاً ضعيفاً للنفس. وعند الاهتمام بحجم المشكلات التي يظهرها الطلاب مثله، تحتاج المعلمة لحظة مناسبة للبداية. وقد كشفت نتائج البحوث أن لحظة البداية المنطقية الأكثر مناسبة هي بتطوير طريقة أكثر فاعلية لإصدار الأوامر والتعليمات.

وكما ناقشنا في الفصل السابع، فإن الأولاد والمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لا يتبعون الأوامر إما لأنهم لم يعالجوها أو لأن لديهم صعوبات في كبح الدافع لمقاومة ما يطلب منهم. وللساعدة طالب لديه هذه المشكلات، يجب أن تبدأ المعلمة بالاستحواذ على كل انتباهه. وبدلاً من إصدار أمر بصوت عال عبر الغرفة (كما في المثال السابق)، يلزم أن

* Pst: صوت يصدره شخص لجذب انتباه آخر دون ملاحظة المحيطين .

تقترب المعلمة من الطالب وتسعى للاتصال البصري قبل إعطاء الأمر. وأسهل طريقة لفعل ذلك هي بمناداة اسمه، وإذا لزم الأمر قول «من فضلك انظر إلي». وينبغي أن تتحدث المعلمة بنغمة أمرية ولكنها محترمة.

وبعد ذلك ينبغي على المعلمة أن تأمر الطالب بوضوح وإيجاز بأن يؤدي عملاً محدداً. ولا ينبغي صياغة الأمر في صورة سؤال، لأنه قد يجعل من الأسهل بالنسبة له أن يرفض. وبدلاً من ذلك ينبغي تقرير الأمر في صورة تصريح أو بيان. وينبغي أن تقول المعلمة «من فضلك» وتواصل ببيان للفعل المراد أدائه مثل «افتح كتاب الرياضيات» وتختتم بمحدد للإطار الزمني مثل «الآن». وهكذا فإن أمراً ملائماً ربما يكون «من فضلك افتح كتاب الرياضيات الآن».

وقد يؤخر الطالب الاستجابة أو يرفض الاستجابة تماماً. وفي هذه المواقف، غالباً ما تبدأ المعلمات في تكرار أنفسهن وينشأ تصاعد (المزيد عن ذلك في الخطوة التالية). وبدلاً من ذلك، إذا لم يسفر الأمر عن امتثال الطالب، ينبغي على المعلمة ألا تقول أي شيء ولكن ينبغي أن تظل بالقرب من الطالب لمدة ١٥ إلى ٢٠ ثانية أخرى. وقد دلت نتائج البحوث على أن هذا الأسلوب يكون فعالاً في الحد من العصيان الذي عادة ما يظهره الطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في الفصل (كابالكا Kapalka، ٢٠٠١ب، ٢٠٠٥). إن نظرة المتابعة هذه تسمح للطلاب بمعالجة الموقف ومعرفة أنه لن يتم تجاهل العصيان. وفي كثير من الأحوال، يساعد هذا الأمر الطالب على أن يختار أداء تنفيذ الصادر له.

وإذا لم يستمع الطالب ينبغي أن تعلم المعلمة أنها في الوقت الحالي ينبغي أن تفعل ما تفعله عادة عقب عدم الانعان للأمر، لأن الخطوة الثانية ستمتد أبعد من ذلك إلى الأسلوب الموصوف هنا. ولأن معظم المعلمين والمعلمات يحتاجون قدراً كبيراً من التدريب على كبح الدافع لبدء تكرار الأمر عندما لا تكون الطاعة الفورية أو المباشرة واضحة، فإن الجمع بين الخطوتين الأولى والثانية ومحاولة تعلم كليهما مرة واحدة لا يكون في العادة فكرة وجيهة. فالكثير من المعلمين والمعلمات يحتاجون وقتاً للتعود على تطبيق الخطوة الأولى قبل أن يتمكنوا من مواصلة البرنامج أكثر.

وإذا أسفرت الخطوة الأولى عن طاعة وامتثال للأمر، يكون من المهم أن

نقر بهذا السلوك الإيجابي. وقد يشتمل الإطراء أو المديح اللفظي على عبارات مثل «شكراً» و «إنني أقدر تعاونك» و «تعجبني عندما تفعل ما أطلبه منك». وتشتمل الطرق غير اللفظية على غمزة بطرف العين أو ابتسامة أو تربيطة رقيقة على الكتف. وينبغي استخدام كل من طرق الإطراء اللفظية وغير اللفظية.

إن التفاعل الذي سبق وصفه قد يسير على النحو التالي إذا استخدمت المعلمة الأساليب الموصوفة في الخطوة الأولى:

عندما تنتهي فترة الاستراحة تطلب المعلمة من الأطفال العودة إلى مقاعدهم المخصصة لهم. وباري هو آخر واحد في مؤخرة الغرفة. وبينما يعود الأطفال إلى مقاعدهم، يبدأ باري في بناء برج باستخدام مكعبات البناء. تقترب المعلمة من باري. وتقف قريبة منه بدرجة كافية تمكنهما من رؤية كل منهما الآخر بوضوح وتقول، «باري .. من فضلك انظر إلي». لا يجيب باري.

تقترب المعلمة أكثر وتكرر، «باري .. من فضلك انظر إلي».

ينظر باري إلى المعلمة ويقول، «ماذا؟»

تقول المعلمة وهي تنظر إلى باري، «وقت الاستراحة انتهى. من فضلك التقط هذه المكعبات فوراً».

يقول باري، «لكنني أريد فقط أن أنتهي من بناء البرج!»

لا تجيب المعلمة وتبدأ فقط في السير نحو باري حتى تقف جانبه تماماً، وتواصل النظر إليه في صمت بينما يظل هو يلعب.

يقول لها باري، «لماذا تنتظرين إلي؟»

تجيب المعلمة، «لأنك لم تفعل ما طلبت منك أن تفعله».

يبدأ باري في التقاط المكعبات على مضض، محتجاً طوال الوقت بأن ذلك الأمر غير عادل لأنه لم ينتهي.

وبينما يفعل ذلك، تقول المعلمة، «شكراً يا باري. إنني أقدر مساعدتك. لقد

جعلت يومي أسهل كثيراً» وتبتسم له.

وتنتظر المعلمة حتى ينتهي من التقاط المكعبات، وتسير بعيداً فقط عندما

ينتهي من ذلك الأمر، وتهتم بمهامها الأخرى في الفصل. وإذا كان باري يلتقط المكعبات ببطء شديد للغاية أو يحاول مواصلة البناء أثناء التقاطه للمكعبات، تقول المعلمة، «الآن لنفعل ذلك معاً. عليك أن تفعله معي». وتساعد في تنظيف المكان وتظل تقدم الإطراء والمديح عند الانتهاء (كابالكا Kapalka، ٢٠٠٩، ص ٣٨-٣٩).

ومع مراهق ينبغي تنفيذ وتطبيق هذا الأسلوب بتعديلات ثانوية. وأفضل طريقة للاستحواذ على انتباه الطالب هي مناداة اسمه، ولكن ينبغي أن تكون المعلمة على حذر ولا تقع في نزاع حول الحصول على اتصال بالعين. وبوجه عام طالما أن المعلمة يكون لديها الانطباع بأن الطالب سمع الإشارة، فقد تحقق هدف إشارة الانتباه. وكما هو الحال مع الطلاب الأصغر سناً، ينبغي على المعلمة أن تصدر أمراً أو تكليفاً يستدعي سلوكاً محدداً واحداً. وعلى الرغم من أن المراهقين يظهرون مهارات تفكير أكثر تطوراً من الأطفال الأصغر سناً، إلا أن المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من الأكثر احتمالاً مع ذلك أن يظهروا مشكلات في إتباع الأوامر المعقدة المتعددة الخطوات، ومن ثم يفضل بوجه عام أن يطلب منهم شيء واحد في المرة الواحدة. إن نظرة المتابعة تكون بالمثل فعالة مع المراهقين، ولكن بعض الطلاب الأكبر سناً قد يظهرون استجابة سلبية عندما تواصل المعلمة النظر إليهم. فقد يشعر مراهق أن النظرة هي شكل من أشكال التحديق ومن ثم قد يحاول أن يثبت للمعلمة أنه لن يخاف. وتسابق النظرات هذا لا يكون مثمراً أو مفيداً. وبدلاً من ذلك ينبغي أن تكون المعلمة متفهمة لرد فعل الطالب لنظرة المتابعة. وإذا بدا أنه يستجيب في اتجاه بداية مباراة تحديق، ينبغي على المعلمة أن تنظر بعيداً ولكن تظل موجودة بالقرب منه. وبمواصلة الاقتراب، سوف تنجز المعلمة تقريباً نفس تأثير إعطاء النظرة - فالطالب سوف يظل يشعر بوجود المعلمة ومن ثم سوف يجد أنه من الصعوبة بمكان أن يقوم بمواصلة نشاطه الحالي.

الخطوة الثانية: إعطاء التحذيرات Giving Warnings

ومثل الوالدين يكون المعلمون والمعلمات أيضاً معرضين لخطر أن يتورطوا في حلقات تكرار تأتي بنتائج عكسية وصفها باركلي (Barkley ٢٠٠٧ ب)، يتم فيها تكرار الأمر مرات عديدة، ويستمر الطالب في تجاهله أو رفض الإمتثال له. وأثناء ذلك يحبط المعلمون أو المعلمات ويغضبون وقد يهددون بعواقب غير واقعية. ويعرف الطالب أنه من غير المحتمل تطبيق العواقب ومن ثم تصبح التهديدات غير فعالة. وفي النهاية يواجه المعلمون أو المعلمات خيارين لهما آثار سلبية - تصعيد الموقف أكثر أو الإذعان والتخلي عن السعي للطاعة والامتثال. ولتجنب هذا المأزق يجب أن يتعلم المعلمون أو المعلمات إعطاء تحذيرات فعالة. وعند إعطاء أمر أو تكليف، ينبغي على المعلمين أو المعلمات أولاً أن يصدروه بطريقة تتوافق مع الخطوة الأولى (التي سبق وأن ناقشناها)، وتشتمل على إشارة الانتباه ونظرة المتابعة لمدة ١٥-٢٠ ثانية. وإذا لم تسفر هذه المحاولة عن طاعة أو امتثال، ينبغي تكرار الأمر مرة أخرى، مستهلاً بـ «أنا قلت» ومتبوعاً مرة أخرى بفترة انتظار مدتها ١٥-٢٠ ثانية. وإذا لم تنجح هاتان المحاولتان، ينبغي على المعلمين أو المعلمات أن يصدروا في الحال تحذيراً واحداً (واحداً فقط) ذا عاقبة أو نتيجة واقعية يمكنهم تنفيذها بأسرع ما يمكن (يفضل فوراً). وبعد التحذير، ينبغي أن ينتظر المعلمون أو المعلمات لمدة ١٥-٢٠ ثانية أخرى ثم ينفذوا العاقبة أو النتيجة المقررة إذا لم يكن التحذير فعالاً. وقد وجد أن هذا الأسلوب يكون فعالاً في الحد من عدم الطاعة أو الامتثال في الفصل لدى الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (كابالكا Kapalka، ٢٠٠٥، ٢٠٠٧).

وباختصار إذا لم يسفر الأسلوب الموصوف في الخطوة الأولى عن طاعة أو امتثال، قد يتم تنفيذ الخطوة التالية على النحو التالي:
عندما تنتهي فترة الاستراحة تطلب المعلمة من الأطفال العودة إلى مقاعدهم المخصصة لهم. وباري هو آخر واحد في مؤخرة الغرفة. وبينما يعود الأطفال إلى مقاعدهم، يبدأ باري في بناء برج باستخدام مكعبات البناء.

تقترب المعلمة من باري. وتقف قريبة منه بدرجة كافية تتيح رؤية كل منهما الآخر بوضوح وتقول، «باري .. من فضلك انظر إلي».

لا يجيب باري.

تقترب المعلمة أكثر وتكرر، «باري .. من فضلك انظر إلي».

ينظر باري إلى المعلمة ويقول، «ماذا؟»

تقول المعلمة وهي تنظر إلى باري، «وقت الاستراحة انتهى. من فضلك التقط هذه المكعبات فوراً».

يقول باري، «لكنني أريد فقط أن أنتهي من بناء البرج!»

لا تجيب المعلمة وتبدأ فقط في السير نحو باري حتى تقف جانبه تماماً، وتواصل النظر إليه في صمت بينما يظل هو يلعب.

لا يستجيب باري ويواصل البناء.

تقول المعلمة، «باري .. من فضلك انظر إلي»

«ماذا؟!»

أثناء النظر إلى باري تقول المعلمة، «إذا لم تبدأ في جمع هذه المكعبات فوراً، فسوف أفعل أنا ذلك لأجلك، ولكنك سوف تفقد وقتك المخصص لجهاز الكمبيوتر اليوم».

يواصل باري البناء، وتواصل المعلمة النظر إليه. وبعد مرور ١٥ ثانية تقريباً، تقول المعلمة، «باري .. من فضلك انظر إلي».

يتجاهلها باري.

تنحني المعلمة لأسفل وتبدأ في جمع المكعبات قائلة، «حسناً .. إنني أرى أنك قد اخترت. سأقوم أنا بجمع هذه المكعبات، وسوف يفوتك وقتك المخصص لجهاز الكمبيوتر لاحقاً».

يبدأ باري وهو مسرع في جمع المكعبات الآن. وتوقف المعلمة باري وتقول، «لا .. حسناً .. سأفعل أنا ذلك هذه المرة. في المرة القادمة من فضلك افعله عندما أطلب منك».

وإذا بدأ باري في البكاء، تصحبه إلى مقعده. (كابالكا Kapalka، ٢٠٠٩، ص ٥٤).

ومع المراهقين ينبغي استخدام إجراء مماثل. وينبغي أن يبدأ الأمر بالخطوة الأولى، ويجوز تكرار الخطوة الأولى (مرة واحدة فقط) إذا لزم الأمر. وإذا لم يتم إتباع أمر أو تكليف، ينبغي إصدار تحذير مع التأكد من إتباع المعلم أو المعلمة لكل المكونات أو العناصر اللازمة (إشارة الانتباه، ثم بيان واضح وموجز يعلن عن عاقبة أو نتيجة سوف تقع فوراً قدر الإمكان، ثم نظرة متابعة). وإذا لم يمتثل الطالب، ينبغي الإعلان عن عاقبة أو نتيجة، ولكن ينبغي توخي الحذر وفعل ذلك بطريقة واقعية ولا تبدو انتقامية. وإذا أصبح الطالب متحفظاً للدفاع، ينبغي أن يسير المعلم أو المعلمة بعيداً ويتجنب التورط في جدال، ولكن ينبغي أن يظل صارماً بشأن العاقبة أو النتيجة. وينبغي أن يتذكر المعلمون أو المعلمات أنه لا يهيم حقاً من يقول الكلمة الأخيرة. إن العاقبة أو النتيجة هي التي ستحدد النتيجة النهائية للتفاعل.

الخطوة الثالثة: العزل Time-out

إن الأولاد والمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عادة ما يظهرون نوبات غضب، وغالباً ما تكون هذه النوبات واضحة في الفصل. ولأن هؤلاء الأولاد يكون ضبطهم للنفس محدوداً، فإنهم يجدون صعوبة في احتواء الإحباط أو الغضب. وعندما تحدث ثورة غضب، يلزم أن يتدخل المعلمون لتقليل الفوضى والإزعاج بالنسبة للطلاب الآخرين وتجنب التصعيد والتخلص من الانتباه السلبي الذي غالباً ما يصاحب تفجراً للغضب. وتتضمن طريقة التدخل الأكثر فعالية تنفيذ أسلوب يقصي الطالب عن الموقف ويقلل المزيد من الاستثارة.

ومن المهم أن نعرف أن بعض ثورات الغضب تكون خفيفة وربما لا تتطلب قدراً كبيراً من الإجراءات للاهتمام بها. فمثلاً إذا صرخ طالب قائلاً، «هذا ليس عدلاً» يفضل ترك ثورة الغضب الخفيفة وشأنها. وإذا لم يسيء طالب السلوك أثناء غضبه ولكنه سب المعلم، فإنه لا ينبغي معالجة هذا السلوك من خلال أسلوب

العزل، ولكن ينبغي معالجته من خلال عقد سلوكي سوف تناقشه في الخطوة التالية. و فقط نوبات الغضب التي يصرخ فيها طالب باستمرار أو يصيح أو ينوح ويستمر في ذلك لفترة طويلة تكفي لتعطيل التدريس للفصل ينبغي أن تسفر عن شكل ما من أشكال العزل. فمثلاً، إذا حدث عدوان بدني واضح لا تكون هناك حاجة للطرده أو العزل عندما يقوم الطالب فقط بإلقاء قلم رصاص على الأرض أو يخبط أحد المقاعد أثناء الابتعاد عنه، ولكنه يصبح ضرورياً عندما يلقي شيئاً عبر الغرفة (أو على المعلم أو المعلمة)، أو يقلب مقعداً، أو يحطم شيئاً، أو يجري هائجاً هنا وهناك في نوبة غضب.

وقبل استخدام العزل، يجب على المعلمين أو المعلمات أن يراجعوا بعض الاعتبارات الهامة. فهناك اختلافات هامة من ولاية إلى ولاية في تعريف العقاب البدني. فبعض الولايات تعطي لهذا المصطلح تعريفاً واسعاً وعمماً جداً، ولا تمنع المعلمين فقط من وضع أيديهم على الطلاب، ولكنها تمنع المعلمين أيضاً من استخدام أساليب عزل معينة مثل وضع طالب في أحد الأركان، أو مواجهة الحائط. وفي تلك الحالات، يمكن للمعلم أو المعلمة مع ذلك تحقيق العزل عن طريق فصل الطالب عن الآخرين ووضعها في مكان هادئ، ربما أحد الأركان، ولكن بدون دفعه ليواجه الحائط. ومن الضروري أن يطلع المعلمون أو المعلمات على لوائح الولايات والمقاطعات المحلية قبل اختيار إجراء عزل مستهدف.

إن أكثر طريقة فعالة لتطبيق العزل غالباً ما ترى في المدارس المتخصصة في تعليم الطلاب الذين يعانون من مشكلات انفعالية وسلوكية. فهذه المدارس غالباً ما تخصص غرفة خاصة كغرف العزل. وتكون غرف العزل هذه خالية من الاستثارة، وغالباً ما تكون مغلقة (مع وقوف معلم أو مساعد بالخارج وقيامه بالنظر للداخل ليتأكد أن الطالب ليس في خطر)، وتعزل أساساً الطالب طوال مدة العزل. ومن الواضح أن هذا الشكل من العزل يتطلب ظروفاً خاصة (وغالباً إذناً خاصاً). على أنه يعد حتى الآن أكثر شكل من أشكال العزل فاعلية. وعلى الرغم من أن المعلمين في البيئات والمواقف الأقل تقييداً لا يكون لديهم حرية الاختيار لاستخدام إجراء عزل، إلا أنه ينبغي تذكر هذا المعيار عند وضع إجراء

عزل في الحدود الملائمة لجميع اللوائح. وبمعنى آخر ينبغي على المعلمين أن يحاولوا جاهدين الاقتراب قدر الإمكان من هذا الاستخدام المثالي للعزل مع البقاء في الحدود التي تفرضها البيئة التعليمية أو الموقف التعليمي وكل القوانين واللوائح ذات الصلة.

وقبل استخدام هذا الأسلوب يلزم أن يقوم المعلمون بإعداد منطقة عزل يكون ترتيبها عملياً وتتضمن أقل قدر ممكن من الاستتارة، وتشتمل بعض الاحتمالات على ركن في الفصل، أو استبعاد قصير إلى الردهة (مع وجود إشراف)، أو الاستبعاد إلى مكتب المدير (ليس بالضرورة لرؤية المدير). وينبغي أن يجرب المعلمون بيئات متنوعة ليتوصلوا إلى البيئة التي سوف تكون أكثر البيئات فاعلية.

وإذا أساء طالب السلوك وتطلب الأمر عزله ولكنه لم يستمر في إحداث الفوضى (أي استمر في الصراخ والبكاء ولكنه لم يسيء السلوك بدنياً)، فإن هذه المواقف ربما تتم معالجتها على أفضل نحو باحتجاز الطالب في الفصل ولكن مع عزله عن بقية الطلاب. فعلى سبيل المثال يمكن وضع الطالب في ركن الفصل الذي يكون هو أبعد ركن عن الطلاب الآخرين وليس بالقرب من جهاز كمبيوتر أو لعب أو أشياء أخرى يمكن أن تجذب انتباهه. وقد يتطلب الأمر قدراً من إعادة الترتيب للفصل لإيجاد هذا المكان. على أن الجهد سوف يعمل على تحسين فاعلية العزل ومن ثم سوف تتم مكافئته في المدى البعيد.

وإذا أساء الطالب السلوك لفظياً، فعادة يكون من المفيد أن يتم إصدار تحذير واحد، وفقاً للإجراء الموصوف في الخطوتين الأولى والثانية. وينبغي أن يصدر المعلم إشارة الانتباه ثم يطلب من الطالب التوقف، ثم يطبق نظرة المتابعة (إن أمكن) عن طريق الوقوف بالقرب منه والنظر إليه لمدة حوالي ١٥ ثانية.

وإذا لم يكن التحذير فعالاً، أو إذا اشتمل العدوان على أي شكل من أشكال العنف البدني، ينبغي اصطحاب الطالب إلى مكان العزل ويقال له، «يجب أن تبقى هنا حتى أقول لك أنه يمكنك الانصراف». وإذا وصل الطالب إساءة السلوك أثناء وجوده في مكان العزل، ينبغي أن يقول المعلم، «إذا لم تتوقف،

فسوف يكون عليك أن تبقى هنا مدة أطول».

وما إن يبدأ الطالب يهدأ، ينبغي على المعلم أن يبدأ التوقيت. إن مقدار الوقت الذي يقضيه الطالب في العزل يعتمد على عمره وخطورة الإساءة أو المخالفة. وبوجه عام، تكون القاعدة هي دقيقة واحدة لكل سنة من سنوات العمر. على أن بعض البحوث قد رأت أن فترات العزل الأقصر تكون أيضاً فعالة (كابالكا & برايك & Kapalka & B، 2007). وهكذا قد يختار المعلمون عزلاً مدته دقيقتان للطلاب البالغين من العمر ٥ سنوات أو أقل، وقد يحتاج الطلاب الأكبر سناً عزلاً يتبع قاعدة الدقيقة الواحدة لكل سنة من سنوات العمر.

وبمجرد أن يقضي الطالب مدة العزل، ينبغي على المعلم أن يقترب منه ويسأله، «هل تعلم لماذا وضعتك هنا؟» وينبغي أن يحاول المعلم تعريف الطالب سبب وضعه في العزل. وعند إطلاق سراحه، يجب تحذيره، «إذا فعلت ذلك مرة ثانية، فسوف أضعك في العزل». وإن كان ممكناً وعملياً، ينبغي إعادة الطالب بعد ذلك إلى نفس النشاط الذي جعله يسيئ السلوك أولاً لكي تكون لديه الفرصة للقيام باختيار أفضل للسلوكيات واختبار عاقبة أو نتيجة مختلفة إذا قام بذلك الاختيار الأفضل.

وغالباً ما يكون هذا الأسلوب فعالاً مع المراهقين، ولكن يلزم إدخال تعديلات عليه لجعله أكثر عملية. فمع المراهقين لا يمكن صياغة العزل كعقاب. ومن ثم لا ينبغي إعطاء تحذير، وإلا فمن المحتمل أن ينشأ صراع على السلطة. وبدلاً من ذلك، ينبغي أن يطلب من الطالب الذي يصعد غضبه أن يذهب بصحبة المعلم إلى مكان هادئ في مؤخرة الفصل (بينما يكلف الآخرون بمهمة ليؤدوها) ويقال له أنه من الصعب جداً التدريس بينما صوته يعلو أكثر وأن المعلم يطلب منه الجلوس في المؤخرة لدقائق قليلة حتى يمكنه أن يهدأ. وعندما يصبح أكثر هدوءاً، يمكنه العودة إلى مقعده.

وعندما يكون العزل داخل الفصل غير ملائم (كأن يكون الطالب عنيفاً أو يواصل الفوضى مثلاً)، أو عندما يتم تجريب العزل داخل الفصل ولكن الطالب يرفض الامتثال والإذعان، ينبغي تطبيق عزل من نوع الاستبعاد. وينبغي أن

يكون المعلمون حذرين عند الاقتراب من مراهقين يبدو هائجين وغاضبين. فعلى الرغم من أن الاعتداءات على المعلمين تكون نادرة الحدوث، إلا أنه يكون من الحكمة أن يكونوا حذرين ويعرفوا أن العديد من المراهقين يمتلكون قوة البالغين، خاصة عندما يغضبون. ومن المهم أن يتم تجنب أداء السلوكيات التي ربما تهيجه أكثر (مثل لومه أو استجوابه أو انتهاك مكانه). وبدلاً من ذلك، يكون من الضروري أن تتم تهدئته ومخاطبته بدون انفعال. وإذا سلك بطريقة يبدو فيها التهديد، يستحسن أن يقال للطالب، «توقف من فضلك. أنت تخيفني، وأنا لا أريد أن أصاب بأذى». إن معظم الطلاب عندما يكونون هائجين وغاضبين لا يعرفون مدى التهديد الذي يبدو أنهم يظهروه آنذاك، وعندما يتم توضيح ذلك لهم بطريقة هادئة وخالية من المواجهة، فإنهم يبدأون في السيطرة على أنفسهم.

ومرة أخرى، ينبغي تصوير العزل على أنه طريقة لمساعدة الطالب وليس كعقاب. وينبغي على المعلم أن يوضح للطالب بأدب أن سلوكياته تمنع الفصل من العمل، ولذلك ينبغي عليه أن يذهب إلى مكان ما حتى يمكنه أن يهدأ. إن الردهة مكان جيد لتجريب العزل (مع وجود إشراف) أثناء قيام الطلاب الآخرين بأداء تكليف. وإذا استمر الطالب في هياجه وغضبه ولم يسمح بالعزل بدون حادث، يلزم أن يقوم المعلم بطلب مساعدة. وعلى الرغم من أن استبعاد الطالب من الفصل سوف يكون مربكاً جداً، إلا أنه مع ذلك يكون من الضروري أن يصل للطالب أنه إذا استمر في إحداث الارتباك والفوضى ولم يستجب للمحاولات المعقولة لجعله يتوقف و/أو يغادر الفصل، فإن المعلم مستعد لعمل أي شيء لكي يبقى مسيطراً على الفصل.

إن معظم الطلاب الذين يحضرون في بيئات التعليم النظامي لن يحتاجوا مثل هذا الإجراء الجذري. على أن بعض المواقف قد تتصاعد في بعض الأحيان وتخرج عن السيطرة. وإذا أصبحت هذه الأحداث معتادة، فقد يلزم تغيير مكان الطالب بأسرع ما يمكن، لأنه قد يحتاج بيئة معدة ومجهزة لمعالجة مثل هذه المشكلات. إن الطلاب في التربية الخاصة، خاصة أولئك الذين يحضرون ببرامج مصممة لمعالجة المشكلات الانفعالية والسلوكية، من الأكثر احتمالاً أن يظهروا

سلوكيات تتطلب استبعاداً منتظماً من الفصل. على أن المعلمين في أية بيئة تعليمية لا ينبغي أن يتجنبوا استبعاد طالب عندما يسلك سلوكاً غير ملائم ولا يستجيب للتدخلات الأقل تقييداً. ومن المهم أن يتم وضع حدود وإرسال رسالة واضحة للطلاب فيما يتعلق بالسلوكيات التي يكون مسموحاً بها (والسلوكيات التي لا يكون مسموحاً بها) وعواقب أو نتائج الاستمرار في إحداث الارتباك أو الفوضى.

الخطوة الرابعة: العقد السلوكي Behavioral Contract

إن الصعوبات والمشكلات العديدة التي عادة ما يظهرها الأولاد والمراهقون الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في الفصل تتطلب أسلوباً شاملاً، أسلوباً يسمح للمعلم بمعالجة مشكلات متنوعة في وقت متزامن. ويسمح العقد السلوكي للمعلمين بإنجاز هذا الهدف عن طريق إعطاء طريقة يمكن استخدامها لتشجيع السلوكيات الملائمة ومنع حدوث المشكلات. وقد أتضح أن هذا الأسلوب يكون فعالاً في الحد من مشكلات الفصل (كابالكا Kapalka، ٢٠٠٧، ١٢٠٠٨). إن العقد الاجتماعي هو في جوهره برنامج مفاضلة يكسب فيه الطلاب نقاطاً أو عملات رمزية مقابل الأداء الناجح للمسئوليات التي يكفون بها، وبعد ذلك يمكنهم مفاضلة هذه العملات الرمزية بامتيازات ومكافآت. ويتنفيذ أو تطبيق عقد سلوكي، يزيد المعلمون البنية داخل الفصل. وبالإضافة إلى ذلك، ولأن امتيازات معينة مقيدة الآن وتتاح فقط عند كسبها، يتعلم الطلاب أن المكافأة أو الامتياز يتاح فقط بعد أداء السلوكيات الملائمة. وهذا يساعدهم على استدماج الارتباط بين سلوكياتهم والعواقب الناتجة، وهو درس يكون قيماً بشكل خاص بالنسبة للأولاد والمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، لأن اندفاعهم ومعالجتهم المحدودة للمواقف يجعلان تعلم هذه الارتباطات أكثر صعوبة بالنسبة لهم.

إن وضع عقد سلوكي فعال مهمة معقدة تتضمن مراعاة العديد من العوامل. ولا يتسع هذا الفصل لمناقشة كل هذه العوامل، وينبغي على المهنيين المهتمين بمناقشة أكثر تفصيلاً أن يرجعوا إلى مراجع ومصادر تناقش الإدارة

الموقفية على نحو أشمل (انظر مثلاً كابلكا Kapalka، 2009). ويلخص هذا الجزء بعض أكثر المبادئ الأساسية لإبرام العقود السلوكية في المدارس. أولاً يلزم أن يضع المعلم قائمة بالواجبات والمسئوليات المتوقع من الطالب أن يؤديها كل يوم (أو تقريباً كل يوم). ومن الأفضل أن يبدأ صغيراً بحد أقصى خمسة أو ستة بنود تقريباً، ثم يضيف فقط الأشياء التي هي جزء من العمل الروتيني اليومي للطالب، مثل تسليم تكليف تم إنجازه في نهاية وقت العمل في الفصل، أو تسليم الواجب المدرسي، أو رفع يده قبل إعطاء إجابة، أو البقاء في مقعده طوال فترة زمنية معينة. ويجب أن تتطلب كل مهمة سلوكاً واحداً محدداً ينبغي تحديده بدقة. وينبغي تحديد قيم نقاط لكل بند تتفق مع مقدار الجهد الذي تتطلبه المهمة وكذلك درجة الصعوبة الواضحة في قدرة الطالب على (أو رغبته في) أداء السلوك.

وبعد ذلك يلزم وضع قائمة بالمكافئات بالتعاون مع الطالب. وينبغي أن تشمل المكافئات أساساً على امتيازات الفصل. وتشمل الأمثلة كسب وقت استراحة، واختيار نشاط (من قائمة محددة مسبقاً) أثناء الاستراحة، كسب إذن بعدم عمل الواجب المدرسي لمدة يوم (والذي يمكن تحديده لموضوع معين فقط)، والسماح له بأن يكون في أول الصف عند الذهاب إلى الملعب أو الغذاء، والسماح له بمغادرة الفصل للذهاب إلى مكتب المدير. إن بعض الامتيازات التي تستخدم بشكل منتظم طوال اليوم (مثل الوقت المخصص لجهاز الكمبيوتر) قد تمنح على أفضل نحو في فترات زمنية أقصر، فمثلاً يمكن استخدام الوقت المخصص لجهاز الكمبيوتر قبل وبعد تناول الغذاء كامتيازين منفصلين.

عدد الفيشات	المسئوليات
١ فيشة لكل موضوع	إجراز عمل مكلف به في الفصل
١ فيشة لكل موضوع	البقاء في المقعد أثناء عمل الفصل
١ فيشة لكل موضوع أو كل ساعة	رفع اليد قبل إعطاء إجابة
١ فيشة لكل موضوع أو كل ساعة	البقاء هادئاً أثناء المحاضرة في الفصل
١ فيشة لكل موضوع أو كل ساعة	البقاء جالساً أثناء المحاضرة في الفصل

عدد الفيشات	المكافئات أو الامتيازات
٢ فيشة لكل منهما	وقت مخصص للكمبيوتر (بشكل منفصل قبل وبعد الغذاء)
٤ فيشات	السماح له بأن يكون في أول الصف عند الذهاب للاستراحة
٤ فيشات	السماح له بأن يكون في أول الصف عند الذهاب للغذاء
١٠ فيشات	عمل الواجب المدرسي (يحدد بواحد في اليوم)
٨ فيشات	رحلة إلى لعبة المحظ

وبعد أداء كل سلوك مستهدف، يجب على المعلم أن يعطي الفيشات أو النقاط التي تم كسبها فوراً. وبالمثل، يلزم أن يطلب المعلم أن يتم تسليم الفيشات قبل صرف أي شيء من قائمة المكافئات أو الامتيازات. ويلزم أن يكون المعلم ثابتاً على المبدأ ومستعداً لتقييد توافر الأشياء الموجودة في القائمة إذا لم يتم

إعطاء العدد الملائم من الفيشات مقدماً.

إن العقد السلوكي behavioral contract هو أداة مرنة وعملية. ويمكن أن يكون اتفاقاً أساسياً محدوداً يحتوى فقط على السلوك المستهدف ومكافأة أو امتياز واحد محدد. ومن ناحية أخرى، يمكنه أن يشتمل على قائمة شاملة بالسلوكيات - بعضها يحدث يومياً، وبعضها يتم بشكل متقطع - ونظام مكافآت وامتيازات معقد بالمثل. ومن أن يتم تطبيق العقد الأولي بصورة ناجحة لعدة أسابيع، يمكن استخدام طرق متنوعة لمده ليتناول ويعالج مشكلات أخرى متنوعة. ويمكن أن تشمل هذه الطرق مهاماً متفرقة وأوامر «تجرب لأول مرة» (باركلي Barkley، ٢٠٠٧ ب)، حيث يقوم المعلم بصرف مكافأة صغيرة (مثل فيشة) لطالب فقط إذا أدى مهمة بشكل صحيح بعد تكليفه بها، بدون الحاجة إلى تكرار أو إشارة تذكير. إن هذا الأسلوب مفيد بشكل خاص بالنسبة للطلاب المندفعين والعاصين defiant إذ أنه يعلمهم كبح الدافع الأولي لمعارضة أحد الأوامر أو التعليمات. إن حدود العقد الناجح يحدها فقط جهد المعلم والطالب وإبداعهما.

ومن المهم أيضاً أن نبدأ العقد بتضمين السلوكيات الإيجابية التي تسفر عن كسب نقاط أو عملات رمزية فقط. ولا ينبغي إدخال التكاليف الرمزية إلا بعد أسابيع قليلة من سريان العقد بسلاسة، وينبغي على المعلم أن يحدد فقط سلوكاً أو سلوكين يسفران عن خسارة صغيرة للفيشات. وينبغي الحذر وعدم أخذ عدد كبير للغاية من الفيشات بحيث يخسر الطالب كل ما كسبه حتى الآن.

ومع إدخال تعديلات ثانوية يكون هذا الأسلوب فعالاً جداً مع المراهقين. ومن الأفضل استخدام نقاط بدلاً من الملصقات أو استخدام إيصالات نقاط تعمل في نظام مقايضة مماثل للنقود. إن الطلاب في المدرسة المتوسطة أو العالية عادة ما يحضرون عدة حصص في اليوم الدراسي. وهذه البنية تساهم بشكل جيد في تضمين فقرات تتعلق بفترات محددة، وقد تختلف هذه الفقرات من حصة إلى حصة أو تظل كما هي طوال اليوم بأكمله (اعتماداً على احتياجات الطالب وطبيعة المشكلات). وهذا يعطي المعلمين قدراً كبيراً من المرونة في اختيار

السلوكيات المستهدفة وبيئات الفصل المحددة التي سيتم تضمينها في العقد. وبالنسبة للمراهقين، ينبغي أن يستخدم المعلمون مكافئات ملائمة للعمر، مثل زيادة وقت استخدام الكمبيوتر، أو امتياز الاستماع إلى أي بود ipod (باستخدام سماعات أذن) في نهاية حصة، أو إذن بعدم عمل واجب مدرسي. وبالنسبة للمراهقين الأكبر سناً، قد لا يكون من الضروري أن نستخدم نقاطاً. وبدلاً من ذلك يمكن للمعلمين أن يستخدموا مقايضة فردية أو أحادية لامتنياز إذا تم إنجاز مهمة، مثال ذلك أن يصبح بمقدور مراهق أن يستخدم الآي بود فقط بعد أن يتم العمل المكلف به لهذا اليوم (وأداه بشكل صحيح بنسبة ٧٥٪ على الأقل).

الخطوة الخامسة: الانتقالات Transitions

إن القراء الذين استعرضوا المناقشة التي تمت في الفصل السابع لبرنامج مماثل للوالدين قد يلاحظون أنه تم إنجاز هذه الخطوة كآخر جزء في البرنامج. على أنه كثيراً ما يلزم أن يوجه المعلمون الطلاب للانتقال من نشاط (وقت فراغ مثلاً) إلى آخر (عمل مكتبي مثلاً). ولأن الأولاد والمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عادة ما يظهرون مشكلات في عمليات الانتقال، فإن تكرار هذه المواقف في الفصل يتطلب الانتهاء من هذه الخطوة في بداية البرنامج. وقد وجد أن هذا الأسلوب يكون فعالاً في الحد من المشكلات المرتبطة بالانتقال لدى الطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (كابالكا Kapalka، ٢٠٠٦ ب). وهو يتضمن استخدام التحذيرات قبل عملية الانتقال أو التحول من نشاط لآخر، والمكافئات بعد عملية انتقال ناجحة، وتكاليف رمزية عندما لا تسير عملية الانتقال بسلاسة.

واعتماداً على عمر الطالب، يلزم أن يأخذ المعلم في الاعتبار الطريقة التي سوف يتم بها إصدار التحذير. فالمراهقون تكون لديهم بوجه عام القدرة على تتبع انقضاء أو مرور الوقت، ومن ثم فإن إعلان أنه سوف تتم عملية انتقال من نشاط لآخر في خلال خمسة دقائق يكون له معنى، لأن المراهقين يمكنهم قياس طول هذه المدة الزمنية. إن الأولاد في المدرسة الأولية، خاصة في الصفوف

الدنيا، لا يكونوا قد نموا بعد مفهوماً كافياً لانقضاء أو مرور الوقت، ومن ثم فإن إصدار بيان يعلن عملية انتقال من نشاط لآخر في خلال خمس دقائق قلما يكون مفيداً. وبدلاً من ذلك يجب التعبير عن الإطار الزمني بطريقة يكون لها معنى مع مراعاة عمر الطالب. فمثلاً عندما يكون الطالب يلعب لعبة، يمكن للمعلم أن يحذر قائلاً أن عملية الانتقال لنشاط آخر سوف تتم عند الانتهاء من المستوى (أو الجزء) الحالي من اللعبة. وبالتوافق مع مدخل «الأجراس الثلاثة» الموصوف في الفصل الحادي عشر، يكون من المفيد أن نعطي تحذيرين قبل أن يتم الانتقال الفعلي - تحذير أطول يعلن أنه ستنتم عملية انتقال بعد فترة صغيرة، وتحذير آخر عندما تتم عملية الانتقال بعد فترة قصيرة. وعند إصدار الإعلان عن عملية الانتقال (أي عملية الانتقال سوف تتم الآن)، يجب أن ينهمك الطالب بسرعة في النشاط الجديد لكي يكسب المكافآت الرمزية. وهذا الأسلوب يعلم الطالب أن يتوقع عملية الانتقال، ويستخدم الاستعداد الذهني للتوافق مع عملية الانتقال، ويكبح الدافع لمواصلة النشاط السابق.

وكما هو الحال مع كل الأساليب الأخرى، يعمل التدريب المكثف على تعزيز التعلم وينبغي أن يبحث المعلمون عن فرص لاستخدام هذا الأسلوب كثيراً طوال اليوم الدراسي. وبعد أن تتضاءل المشكلات لفترة زمنية كافية (أسبوعين على الأقل مع وضوح عملية انتقال جيد)، قد يتوقف المعلمون تدريجياً عن استخدام المكافأة، مثل إصدار مكافأة رمزية بعد عدة عمليات انتقال ناجحة في جزء من اليوم الدراسي.

الخطوة السادسة: المقاطعات Interruptions

إن الطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عادة ما يقاطعون الآخرين لأنه تكون لديهم صعوبات أو مشكلات في كبح الدافع لقول شيء ما أو الاستحواذ على انتباه شخص ما. ومن المحتمل بوجه خاص أن يظهر الطلاب الصغار صراخاً داخل الفصل، وهو سلوك يكون مزعجاً بالنسبة للكثير من المعلمين. وقد وجد أن أسلوباً يهدف إلى تعليم الطفل تدريجياً كيف يكبح هذا الدافع فعال مع الأطفال الميالين إلى التحدي والعصيان (باركلي

Barkley، ١٩٩٧ ب) ومع الطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (كابالكا Kapalka، ٢٠٠٥ ج، ٢٠٠٥ د). وهو مبني على الاشتراط الإجرائي ويتضمن التعرض التدريجي للمواقف التي يحتمل أن يحدث فيها الدافع مع تحذير الطالب بأن الموقف على وشك أن يحدث. ولأنه تتم مكافئة التحكم الجيد في الدوافع، يتم تشكيل السلوك تدريجياً وفي النهاية يتم التوقف عن استخدام التحذيرات.

إن محاضرات الفصل تعطي أفضل الفرص للمعلمين لتنفيذ هذا الإجراء. ففي البداية يحذر المعلم الطالب سراً قائلاً أن جزءاً من محاضرة على وشك أن يتم، ولا يجب عليه أن يجيب بصراخ ودون أن يرفع يده وينتظر أن يطلب منه الإجابة. وعندما يظهر ضبطاً جيداً للنفس، سوف تخصص مكافأة رمزية تعطى له بعد انتهاء جزء المحاضرة مباشرة. وفي كل مرة يصيح فيها دون انتظار أن يطلب منه الإجابة، سوف يخسر مكافأة رمزية. وعند تنفيذ هذا الأسلوب لأول مرة، ينبغي أن يستخدمه المعلمون أثناء جزئين أو ثلاثة أجزاء منفصلة على الأقل يومياً، مع التأكد من أن كل جزء لا يتعدى أكثر من نصف ساعة. وبمرور الوقت، يجوز زيادة طول مدة الأجزاء. وبعد أسابيع قليلة، يمكن إيقاف التحذيرات، ولكن تطبق نفس القاعدة - عدم المقاطعة تؤدي إلى كسب مكافأة رمزية، والمقاطعة تؤدي إلى خسارة مكافأة رمزية. وعندما يصبح الطالب قادراً على كبح الدافع للمقاطعة، يمكن استبعاد المكافأة الرمزية تدريجياً، ولكن المدح أو الإطراء ينبغي أن يستمر، وهذا المدح أو الإطراء سوف يساعد في الاحتفاظ بمكاسب العلاج.

الخطوة السابعة: المواقف التي تحدث خارج المنزل Out-of-class

settings

إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط كثيراً ما يسيئون التصرف أثناء تواجدهم في غرفة الطعام أو في صالة ألعاب رياضية أو في الملعب، إلخ. وبعض هذه المشكلات تكون ثانوية وأقل أهمية من الاستتارة الإضافية التي عادة ما تحتوي عليها هذه البيئات. وبمجرد أن يتم تنفيذ عقد سلوكي فعال يمكن مده ليشمل السلوكيات التي تتم في هذه البيئات. وقد تم

إثبات كفاءة هذا الأسلوب مع الأطفال الميالين إلى التحدي والعصيان (باركلي Barkley، ١٩٩٧ب) والطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (كابالكا Kapalka، ٢٠٠٢، ٢٠٠٨ب).

ومن الضروري أن نضع قاعدة أو قاعدتين بسيطتين للطلاب قبل ذهابه إلى المكان أو الموقف المستهدف. ويجب أن تكون القواعد قابلة للتحقيق وواضحة ومحددة جداً (مثل «ابق في مقعدك أثناء الغداء» أو «لا تجري وأنت في الملعب»). وبعد أن يؤكد الولد فهمه لهذه القواعد، ينبغي تحديد مكافأة رمزية مقابل إتباع القاعدة (مثل «سوف تكسب ٥ فيشات عندما تعود إلى الفصل»). وأحياناً قد يكون تحديد تكلفة رمزية إذا لم يتم إتباع القواعد (مثل «إذا كسرت القواعد، سوف تفقد خمس فيشات») فعالاً أيضاً. ومن المهم أن نركز فقط على عدد قليل من القواعد في المرة الواحدة.

ولأن شخصاً آخر غير معلم الفصل عادة ما يقوم بمتابعة سلوك الطالب في هذه البيئات أو المواقف، يصبح من المهم أن تراجع مع هذا المعلم أو عضو هيئة التدريس المبادئ الرئيسية للأساليب التي تم استخدامها حتى الآن، بما في ذلك أهمية الاتصال بالعين وتجنب عمليات التكرار. إن الشخص الذي سيتابع الطالب يجب أن يضع توقعات ملائمة ويحدد الحد الذي عنده يعتبر أن الطالب قد كسر أو خرقت القواعد.

ويجب أن يبدأ المعلمون بداية صغيرة ويتوقعوا تحسناً تدريجياً. وينصح بتنفيذ هذا الإجراء أولاً بالتركيز على بيئة خارجية واحدة (مثل غرفة الطعام) قبل الانتقال إلى بيئات أخرى (مثل المكتبة) وتنفيذ ذلك أولاً في البيئات التي تسفر عن مشكلات أقل وإضافة بيئات تدريجياً وفقاً لتدرج درجة حدة المشكلات.

الخطوة الثامنة: الواجب المنزلي Homework

إن الأولاد والمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غالباً ما ينسون كتابة أو يفشلون في إحضار الكتب ودفاتر الملاحظات الضرورية، وما إلى ذلك، إلى المنزل. وبالإضافة إلى كونهم غير منظمين، فإن الطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط غالباً لا يحبون

عمل الواجب المنزلي لأن مشكلاتهم المتعلقة بالتحكم في الدوافع تجعل من الصعب عليهم أن يؤخروا الإشباع أو الإرضاء الذي يحصلون عليه من المشاركة في نشاط اللعب ويؤدوا الواجب المنزلي بدلاً من ذلك.

وللعالجة المشكلات المتعلقة بالواجب المدرسي، يجب على المعلم أن يضع روتيناً فعالاً للواجب المنزلي في الفصل. يجب على المعلم أولاً أن يقوم بتطبيق أو تنفيذ دفتر واجب منزلي. وعند التكليف بالواجب المنزلي يجب تدوين التفاصيل على السبورة لمساعدة الطالب الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط على معرفة ما يلزم كتابته في دفتر الواجب المدرسي بالضبط. وقبل صرف الطلاب يلزم أن يتحقق المعلم مما إذا كان الطالب الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط قد دون كل شيء في الدفتر بدقة. وقبل مغادرة الطالب للمدرسة في هذا اليوم يجب على المعلم أيضاً أن يساعده في التأكد من أن كل شيء لازم للواجب المنزلي سوف يتم إحضاره للمنزل. وبالنسبة للطلاب الأصغر سناً، ينبغي على المعلمين أن يقدموا مساعدة في نهاية اليوم. وبالنسبة للطلاب الأكبر سناً، يمكن تعيين زميل أو صديق واجبات منزلية (كما ناقشنا في الفصل السابق).

وعلى الرغم من أنه قد تبين أن المحافظة على هذا الروتين هو من بين أكثر التغييرات الفعالة التي يمكن أن يطبقها المعلمون (باركلي Barkley، 2006؛ دوبول & ستونر DuPaul & Stoner، 2003)، إلا أن المعلمين غالباً ما يقاومون هذه التدخلات. إن معلمي الطلاب في صفوف المدرسة الأولية العليا أو في المدرسة المتوسطة غالباً ما يشعرون أنهم ينمون ويشجعون الاعتماد، ويجب عليهم بدلاً من ذلك أن يجبروا الطلاب، من خلال أسلوب «إما أن تنجح وإما أن تفشل»، على تعلم أن يكونوا أكثر استقلالاً. ويجب على الكليينيكين أن يساعدوا المعلمين على معرفة أن الأولاد والمراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يكونون بوجه عام غير قادرين على إظهار نفس مستوى الاستقلال الدراسي الذي يظهره أقرانهم في العمر أو الصف الدراسي، خاصة عندما يتعلق الأمر بالواجب المنزلي، ومن المحتمل أن أسلوباً يحاول وضع

قدر كبير للغاية من المسؤولية على عاتق الطالب، بدون مساعدة ملائمة وإشراف ملائم، من المحتمل أن تكون له نتيجة عكسية.

وعادة ما يجد المعلمون أنه من المفيد أن يتم مد العقد السلوكي ليشتمل على إتمام الواجب المنزلي. ويمكنهم عمل ذلك بتحديد مقدار المكافئات الرمزية أو النقاط لكل تكليف يتم تسليمه في اليوم التالي. وبالتبادل قد يستخدم المعلمون أسلوباً مماثلاً، ولكن مع إعطاء النقاط أو المكافئات الرمزية فقط عند تسليم كل تكليفات اليوم دون خسارة أي منها. وهذا يعطي دافعية للطالب لكي يقوم بإنجاز كل العمل لكي يكسب المكافأة.

إن إقامة تواصل فعال بين المنزل والمدرسة مكون هام من مكونات النجاح في أداء الواجب المنزلي. وينبغي على المعلمين أن يتواصلوا مع الوالدين ويعرضوا وضع أسلوب تعاوني لمساعدة الطالب. وعند وضع دفتر واجبات منزلية، فإنه يقدم وسيلة تواصل ملائمة للمعلمين والوالدين. إن الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في الغالب لا يدونون تكليفات الواجب المنزلي بشكل صحيح، أو يفقدون ملاحظاتهم و/أو تكليفاتهم. وعندما يسأل الوالدان الولد «هل لديك أي واجب منزلي؟» ويجيب الولد قائلاً «لا»، يجب أن يتأكد الوالدان بصورة معقولة أن الإجابة صحيحة. ويقدم دفتر الواجبات المنزلية الوسيلة لمساعدة الوالدين في الحصول على معلومات دقيقة يؤكد المعلم صحتها عن الواجب المنزلي. ولدعم العقد المدرسي، قد يريد الوالدان ربط امتياز معين بالإنجاز الكامل لكل تكليفات الواجب المنزلي (كما ناقشنا في الفصل السابع). وإذا نسى الطالب الدفتر أو أية مواد ضرورية لإنجاز كل التكليفات، فسوف يفقد هذا الامتياز في هذا اليوم. إن التطبيق الدائم لإجراء واجب منزلي بناءً ودفتر واجب منزلي فعال (بالتعاون مع والدي الطالب) هما أكثر طريقة فعالة لتحسين مشكلات الواجب المنزلي.

٢- الإدارة طويلة المدى Long-Term Management

إن الاستخدام الدائم للأساليب الموصوفة في هذا الفصل يتطلب متابعة وجهداً متواصلًا من جانب المعلم. فبمرور الوقت ينبغي مواصلة استخدام بعض

هذه الخطوات لأجل غير مسمى، بينما يمكن استبعاد البعض الآخر. وينبغي أن يواصل المعلمون استخدام الخطوتين الأولى والثانية بدون توقف. إن الطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تكون لديهم ميول اندفاعية ومشكلات تتعلق بضبط النفس وسرعان ما يعودون إلى أنماط السلوك القديمة عند وقف هذه الأساليب مباشرة. ومن المحتمل أن تتضاءل الحاجة إلى الاستمرار في استخدام الخطوة الثالثة (العزل) عندما يتعلم الطلاب ضبطاً أفضل للنفس، ولكن يكون من المفيد أن نحفظ بهذا الخيار تحسباً لأن يصبح ضرورياً.

إن المعلمين غالباً ما يتوقفون عن استخدام العقد السلوكي عندما تبدأ المشكلات في التضاؤل. على أنه عند وقف العقد، عادة ما يبدأ العديد من الطلاب الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تدريجياً في إظهار مشكلات أكثر. وعادة ما يكون من الأفضل أن نستمر في استخدام العقد إلى ما لا نهاية، رغم أنه يمكن جعله انسيابياً إلى حد كبير عن طريق التركيز فقط على جانب أو جانبين لا يزالان يتطلبان الاهتمام (مثل الواجب المنزلي). وقد يتم استخدام مقايضة فردية يكسب بموجبها الطالب امتيازاً معيناً (مثل القدرة على استخدام الحاسب الآلي في هذا اليوم) مقابل إنجاز الواجب المنزلي.

ثالثاً- ملخص

Summary

كشفت نتائج البحوث عن أن برامج الإدارة الموقفية -contingency management programs هي أكثر الطرق التعليمية فاعلية في معالجة السلوكيات التي تمثل مشكلات في المدرسة. ولتعظيم فاعلية هذه البرامج ينبغي على مهنيي الصحة النفسية إقامة علاقة تشاور مع معلم الطالب وتقديم المساعدة بشكل مستمر. وقد تم وضع برامج متعددة لإدارة السلوك وذلك لمساعدة المعلمين في معالجة المشكلات التي عادة ما تقترن بأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، بما في ذلك السلوكيات الفوضوية وعدم إنجاز العمل. وبوجه عام يتم توجيه المعلمين للتطبيق التدريجي لمجموعة من الأساليب التي تستهدف

مشكلات الفصل الشائعة. وقد تم استعراض أحد هذه البرامج في هذا الفصل. وعند تطبيق أو تنفيذ برنامج شامل لإدارة السلوك، يلزم أن يبدأ المعلمون بمعرفة معلومات عن اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط وتنمية فهم للطريقة التي تصبح بها أعراض هذا الاضطراب واضحة في البيئات والمواقف المدرسية. وهذا سوف يساعد المعلمين على وضع توقعات ملائمة. وبعد ذلك ينبغي على المعلمين أن يطبقوا - بصورة ممنهجة - أساليب تهدف إلى إعطاء الأوامر، وتجنب حالات التكرار، وإعطاء التحذيرات، والتعامل مع نوبات الغضب، وتنفيذ عقد سلوكي. وعند تطبيق برنامج الإدارة الموقفية، يمكن استخدام النظام لمعالجة المشكلات الباقية المتعلقة بأعمال الفصل الروتينية، وإنجاز العمل، والسلوكيات الفوضوية (مثل المقاطعة)، وعمليات الانتقال من نشاط لآخر، وضبط السلوك في المواقف التي تحدث خارج الفصل. إن التعاون بين معلمي الطالب والوالدين هو أحد المكونات الهامة للنجاح المدرسي، ويمكن لبرنامج الإدارة الموقفية أيضاً أن يساعد المعلمين والوالدين في تحسين إنجاز الطالب للواجب المنزلي.

الجزء الخامس التدخلات العلاجية

الفصل الثالث عشر

العلاج بالأدوية المنبهة

Stimulant Medications

كما استعرضنا في الفصل الثالث من هذا المجلد، تتوافر الآن بيانات كثيرة تدل على أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون فروقاً واختلافات في واسمات الجينات الناقلة التي تدل بشدة على وجود استعداد وراثي للاختلافات الدماغية الوظيفية. وتكشف الأشعات التشريحية والفسولوجية العصبية دائماً عن أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون حالات شذوذ في حجم ومستوى النشاط في الفصوص الجبهية وقبل الجبهية والعقد القاعدية والمخيخ. وتقترن هذه الاختلافات بضعف تنشيط النقل العصبي للدوبامين والنورأدرينالين والذي يكون هو سبب صعوبات أو مشكلات ضبط النفس والتحكم في الدوافع والانتباه المستمر التي يظهرها الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

إن العلاج الفعال للأولاد والمراهقين والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يتم بوجه عام من خلال مدخل أو أسلوب متعدد الأنظمة. وعادة ما تشتمل المكونات على عمل العلاج النفسي مع العميل وأفراد الأسرة المباشرين والتدخلات التربوية. وفي حالات كثيرة يتم إكمال هذه المكونات باستخدام الأدوية التي تهدف إلى علاج نواحي الضعف العصبية والفسولوجية المقترنة بهذا الاضطراب.

وغالباً ما يسأل الكلينيكيون والعملاء وأفراد الأسرة متى يلزم التفكير في استخدام الأدوية. إن الأدبيات والبحوث الطبية لم تتناول هذا السؤال. وفي الحقيقة أن البحوث الطبية تفترض أن الأدوية هي العلاج المختار وينبغي استخدامها بصرف النظر عن ماهية الأساليب الأخرى التي يتم استخدامها (جرينهيل Greenhill، 2002). على أن معظم المهنيين غير الطبيين لا يعتبرون استخدام الأدوية إلزامياً في جميع الأحوال. وهكذا فإن الكلينيكيين يجب عليهم

أولاً أن يأخذوا في الاعتبار أي العملاء ينبغي تحويلهم من أجل العلاج بالأدوية.

أولاً- متى ينبغي التفكير في استخدام الأدوية

When To Consider Medications

إن تحديد من ينبغي تحويله من أجل العلاج باستخدام الأدوية يتطلب مراجعة لعدة عوامل ليس أقلها تقبل العميل و/أو أفراد أسرته لمثل هذه التوصية. فالعديد من العملاء لا يرتاحون لاستخدام الأدوية، خاصة لعلاج الاضطرابات النفسية. وفي الحقيقة أن هناك حركة كبيرة مناهضة لاستخدام الأدوية يقودها شخصيات مشهورة مثل بيتر بريجين Peter Breggin الذي يعتبر نفسه محارباً ضد تدخلات الطب النفسي (غورمان & بارك Gorman & Park، 1994). وعلى الرغم من أن معظم الأفراد لا يعتقدون مثل هذه الآراء المتطرفة، إلا أن كثيرين لا يزالوا يمتنعون عن تجريب الأدوية الذهانية أو النفسية.

ومن كل الأدوية الذهانية أو النفسية حظيت المنبهات ربما بأكثر اهتمام في وسائل الإعلام الجماهيري. ففي العقدين الأخيرين كان هناك مئات، إن لم يكن آلاف، البرامج التليفزيونية ومقالات المجلات والقصص الإخبارية الصحفية التي تصور هذه الأدوية على أنها عقاقير خطيرة. ويلزم أن ينمي الكلينيكيون نظرة أكثر موضوعية عن الأدوية مبنية على البيانات أكثر منها على الخوف غير المنطقي والظن أو التخمين. حقيقي أنه لا توجد أية أدوية آمنة بنسبة ١٠٠٪ وكل الأدوية تسبب آثاراً جانبية، على الأقل لدى بعض الناس. على أن مهنيي الصحة النفسية يجب أيضاً أن يدركوا أن المنبهات النفسية، كمجموعة، هي أقل احتمالاً لأن تسبب آثاراً ضارة من أية مجموعة أدوية نفسية، وقد تمت دراستها لأكثر من ٥٠ عاماً. وبخلاف البارانونيا التي تثيرها وسائل الإعلام، فإن المنبهات النفسية تكون حقاً آمنة وفعالة تماماً.

على أنه بصرف النظر عن الأدلة الموضوعية فإن العديد من العملاء ربما لا زالوا يرفضون فكرة العلاج بالأدوية. وفي الحقيقة أن الذكور من المحتمل بشكل خاص أن يرفضوا العلاج الطبي والنفسي، بل إن أفراد الأقليات العرقية يظهرون مثل هذا الاتجاه بقوة أكثر (كوف، ووكر، كوكارو، بوماريجا، & جاريسون

على الكلينيين أن يفكروا في هذه العوامل عند التفكير في عمل تحويل من أجل العلاج بالأدوية. ومن الواضح أن هناك بعض الحالات التي ينبغي فيها تجريب العلاج بالأدوية. وينبغي على المهنيين أن يراجعوا هذه عاملين عند تقرير أي العملاء من المحتمل أن يظهروا تحسناً قليلاً بدون استخدام أدوية.

١- حدة أو شدة الأعراض Severity of symptoms

إن الأولاد والمراهقين والرجال الذين يظهرون حدة شديدة وضعفاً كبيراً جداً من غير المحتمل أن يظهروا قدراً كبيراً من التحسن عند عدم استخدام الأدوية. فمثلاً الأولاد الصغار الذين يعانون من حالات قصور رئسية في ضبط النفس تسفر عن قدر كبير من الاندفاع والنشاط المفرط سوف يستمرون بوجه عام في إظهار سلوكيات صعبة لا يمكن التحكم فيها، وسوف تكون محاولات العمل معهم لتحسين ضبط النفس ذات قيمة ضئيلة. ورغم أن الآباء والأمهات يلزمهم أن يستخدموا إستراتيجيات ملائمة لإدارة السلوك بصرف النظر عما إذا كان يتم استخدام أدوية، إلا أنه من المحتمل أن تستمر الصراعات الشديدة. ورغم أن أحداً لا يجب استخدام الأدوية مع الأطفال، إلا أن المهنيين (والآباء والأمهات) يلزمهم أن يبحثوا في أي بديل هو الأسوأ - مواصلة الصراعات وتعريض الطفل والأسرة للأثار السلبية الإضافية على تقدير الذات التي تسفر عنها هذه المشكلات تدريجياً أم مساعدة الولد في جعله يتحكم في نفسه عن طريق تجريب بعض الأدوية. وبالطبع فإنه عند استخدام الأدوية، ينبغي استخدام أساليب الإرشاد وإدارة السلوك معاً.

إن مسألة حدة الأعراض تنطبق بالمثل على الأولاد الأكبر سناً والمراهقين والرجال. فأولئك الذين يقاومون ضبط النفس ويظهرون اندفاعاً ونشاطاً مفرطاً و/أو قابلية لتشتت الانتباه من غير المحتمل أن يحرزوا قدراً كبيراً من التقدم بدون استخدام أدوية. ويمكن للكلينيين أن يقيسوا مستوى حدة الأعراض من بيانات المقابلات الشخصية، ولكن التقارير الذاتية وتقارير الملاحظين تكون أحياناً غير دقيقة وقد تبالغ في تصوير مدى الحدة. وعندما تكون لدى الكلينيين

أسباب للتشكيك في دقة المعلومات التي يتم الحصول عليها أثناء المقابلات الشخصية، قد يثبت أن استخدام الأدوات المقننة التي تمت مناقشتها في الفصل الرابع يكون ذا قيمة كبيرة جداً. فكلما كانت درجات الحدة الواضحة على تلك المقاييس أعلى، كلما زاد احتمال أن يكون استخدام الأدوية أمراً حتمياً ولا مفر منه.

٢- المواقف والبيئات ذات المشكلات الكبيرة

Settings with significant problems

يفضل معظم العملاء، وكذلك مهنيو الصحة النفسية غير الطبيين، محاولة علاج الأعراض بدون أدوية. وفي بعض المواقف عادة ما تسفر التدخلات غير الطبية عن تغيرات كبيرة. وعلى الرغم من أن استخدام الأدوية قد يكون أيضاً مفيداً، خاصة عندما تكون الأعراض حادة أو شديدة، إلا أن الأولاد والمراهقين الذين يظهرون مشكلات سلوكية في المنزل يمكن مساعدتهم من خلال العلاج الفردي (الفصل السادس) وتدريب الوالدين (الفصل السابع). وبالمثل فإن المشكلات الشخصية والأسرية التي يظهرها الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تكون مرشحة جيدة للتدخلات الفردية (الفصل الثامن) والأسرية (الفصل التاسع). وفي بعض الحالات قد تكون التدخلات الجماعية أيضاً مفيدة جداً، خاصة في مساعدة الأولاد والمراهقين والرجال على تنمية المهارات الاجتماعية.

على أنه في بعض المواقف والبيئات قد تسفر الأساليب غير الطبية عن بعض التغيرات، ولكن هذه التغيرات قد لا تكون كافية لمعالجة الضعف الحالي بدرجة كافية. وبالنسبة للأولاد والمراهقين، تدرج المشكلات المرتبطة بالمدرسة تحت هذه الفئة. وعلى الرغم من أن التعديلات التربوية (الفصل الحادي عشر) وبرامج إدارة السلوك (الفصل الثاني عشر) تكون ضرورية وعادة ما تسفر عن نتائج، إلا أنه عندما تكون الأعراض حادة وشديدة لا يكون التحسن الذي يرى مع تلك الإستراتيجيات كافياً.

ويجب أن يتذكر الكلينيكيون أن بيئة المدرسة تهيب الأولاد والمراهقين

الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بشكل خاص لصعوبات ومشكلات لأن المهارات والسلوكيات اللازمة للنجاح في تلك البيئة تضعفها وتعيقها أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بشكل مباشر. ففي المدرسة يكون الطلاب مطالبين بالبقاء ساكنين وهادئين أكثر مما يكون عليه الحال في معظم البيئات الأخرى. فمثلاً قد يكون من الصعب بعض الشيء التعامل مع ولد مندفع يقوم بالمقاطعة كثيراً في المنزل، ولكن سوف يسفر نفس مستوى الأعراض في المدرسة عن حدوث فوضى كبيرة في الفصل. وعندما يكون الولد متمملاً أو مفرط النشاط، تكون الفوضى أكثر حدة بكثير. وعندما يثار الولد بسبب وجود (وسلوكيات) الطلاب الآخرين، يتضاغل ضبط النفس لديه أكثر.

ويظهر عدم الانتباه أيضاً نفس النمط. فعلى الرغم من أنه في المنزل قد تكون مشكلة خفيفة تسبب صعوبات في إتمام المهام والواجبات المنزلية التي يتم التكيف بها، إلا أن نفس الأعراض تسبب ضعفاً أكبر في المدرسة. فالطلاب الذين تكون لديهم قابلية لتشتت الانتباه وغير المنظمين تفوتهم أجزاء كبيرة من التعليم في الفصل ويعجزون عن إتمام التكاليفات وبوجه عام يتخلفون دراسياً. إن بعض الطلاب الأكبر سناً الذين يظهرون أعراض عدم انتباه بصورة رئيسية، خاصة عندما يتم دفعهم للتحسن ويكونون متقبلين للعلاج النفسي قد يتم علاجهم بصورة ناجحة باستخدام التدخلات التي تمت مناقشتها في الفصل السادس. على أن الطلاب الأصغر سناً الذين يكونون غير متقبلين جداً للاقتراحات ويظهرون أعراضاً أكثر حدة سيلزم في العادة علاجهم باستخدام الأدوية بالإضافة إلى الإرشاد.

وينطبق نفس الشيء على الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. فعندما يظهرون ضعفاً كبيراً في موقع العمل، قد يلزم التفكير في استخدام الأدوية. إن بعض الرجال الذين تكون لديهم مشكلات في تنظيم عملهم وتذكر المهام والمسئوليات يستجيبون بشكل جيد للعلاج الإرشادي، خاصة عندما تكون لديهم دافعية كبيرة جداً للتحسن. على أن الرجال الذين يكون لديهم تردد بشأن العلاج النفسي يكون لديهم إحساس منخفض بتقدير الذات، ومن

المحتمل أيضاً أن يتطلب أولئك الذين يظهرون ضعفاً حاداً أو شديداً استخدام الأدوية بالإضافة إلى التدخلات التي تمت مناقشتها في الفصل السابع. وعندما يناقش الكلينيكيون موضع العلاج بالأدوية مع العملاء يكون من المفيد أن يستخدموا تشبيهاً أو تمثيلاً لتوضيح المبادئ التي يجب أخذها في الاعتبار عند اتخاذ قرار. وكمثال، وكما سبق وأن ناقشنا في الفصلين السادس والسابع، قد يناقش الكلينيكيون مريضاً يدخل مكتب الطبيب ويتضح أنه يعاني من ارتفاع ضغط الدم. وما إذا كان الطبيب سوف يوصي باستخدام أدوية يكون مبنياً على عدة عوامل. فإذا كان المريض يعاني من زيادة الوزن ولا يقوم بأداء تمارين أو يبرعي الحمية الخاص به، وإذا لم يكن مستوى ضغط الدم عند مستوى مزعج، قد يوصي الطبيب بإرجاء استخدام الأدوية ومحاولة التحكم في ضغط الدم من خلال فقدان الوزن وزيادة التمارين وإتباع حمية ملائمة (الحد من استهلاك الصوديوم مثلاً). على أنه عندما يكون ضغط الدم مرتفعاً على نحو مزعج و/أو لا يكون المريض زائد الوزن، ويأكل بصورة صحيحة، ويقوم بأداء تمارين يومية، ومع ذلك يظهر مشكلات مرتبطة بضغط الدم، عادة ما ستكون هناك حاجة لاستخدام الأدوية.

ثانياً - الأساس المنطقي

Rationale

تنتج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط - على الأقل جزئياً - بواسطة اختلافات تركيبية ووظيفية ضمنية في المخ. وكما استعرضنا في الفصل الثالث، فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون عقداً قاعدية أصغر وقصاً خلفياً سفلياً للمخيخ، وحجماً أصغر في ثلاثة مناطق بالفصوص الجبهية - القشرة الحزامية الأمامية (المرتبطة بالتحكم في الوظائف التنفيذية)، والمنطقة الظهرية الجانبية اليسرى (المتضمنة في الذاكرة العاملة والوظائف العقلية المعرفية) والمنطقة الجبهية اليمنى (المرتبطة باليقظة والتركيز). وتم أيضاً اكتشاف تغيرات في حجم الجسم الثفني. ووفقاً للفهم الحالي لفسولوجية الجهاز العصبي، يتم تنظيم هذه المناطق

المحددة بالمخ عن طريق الناقلات العصبية للكاتيكولامين، خاصة الدوبامين والنورإبينفرين. ويتحدد أكثر، يفترض أن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تنتج بسبب نواحي قصور أو عجز وظيفية في ثلاثة من مسارات إفراز الدوبامين الأربعة (المسار القشري المركزي والمسار الطرفي المركزي والمسار السوداوي المخططي) وكذلك مسار إفراز النورإبينفرين قبل الجبهي. وفي الأساس تكون هذه المسارات منشطة بصورة ضعيفة وتنتج نواحي قصور أو عجز وظيفية تظهر كأعراض لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ولتصحيح نواحي القصور أو العجز هذه تستخدم الأدوية التي تستهدف عمل الناقلات العصبية للدوبامين (بصورة أساسية) والنورإبينفرين (كألية ثانوية) وتزيد نشاط تلك الناقلات العصبية. إن الأدوية التي تحقق هذه الزيادة بشكل أكثر مباشرة وبدرجة أكبر تعرف باسم المنبهات النفسية.

ويتم تنظيم مقدار الناقل العصبي المتوافر لعبور وتجاوز الوصلة العصبية وتنشيط الخلية العصبية الموجودة خلف هذه الوصلة بواسطة آلية معقدة تشمل مكونات عديدة. إن أكثر طريقة مباشرة لزيادة عمل ناقل عصبي هي إدخال مكون يحاكي المادة الكيميائية الداخلية المنشأ وتتصل بشكل مباشر بالمستقبلات الموجودة خلف الوصلة العصبية. وتتضمن الطرق غير المباشرة بدرجة أكثر زيادة توافر الناقل العصبي ليؤدي عمله، وهو ما يمكن تحقيقه عن طريق زيادة إنتاج الناقل العصبي في الخلايا قبل المشبكية، لكي يصبح أكثر توافراً للانطلاق داخل الوصلة العصبية عند انطلاق الخلية العصبية. وتتضمن طريقة أخرى إعاقه أية آلية متضمنة في استبعاد الناقل العصبي من الوصلة العصبية. فمثلاً تتمثل إحدى الطرق التي يتم بها تنظيم الكاتيكولامينات في عملية استرداد تقوم فيها الخلية العصبية التي أطلقت الناقل العصبي داخل الوصلة العصبية باسترداد المادة الكيميائية. إن صد أو تقليل هذا الاسترداد يسفر عن بقاء ناقلات عصبية أكثر في الوصلة العصبية، ومن ثم تزيد فرصة إستثارة الخلية العصبية الموجودة خلف الوصلة العصبية. وتستخدم المنبهات النفسية مجموعة متنوعة من هذه الآليات لزيادة عمل إفراز الدوبامين. وعلى الرغم من أن الآلية

الرئيسية هي آلية تثبيط الاسترداد، إلا أن هناك منبهات متنوعة تستخدم هذه الآليات الأخرى أيضاً، على الأقل إلى حد ما. ويتمثل الأثر الصافي للمنبهات في زيادة كبيرة في نشاط إفراز الدوبامين وزيادة أقل (ولكنها تظل مهمة) في نشاط إفراز النورأدرينالين. ونتيجة لذلك فإن تركيبات المخ التي سبق تحديدها، خاصة تلك التي تشمل العقد القاعدية والفصوص الجبهية، تصبح أكثر نشاطاً. وأحياناً يشير العملاء وبعض الكلينيين إلى تأثير المنبهات على أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بأنه ينطوي على تناقض ظاهري لأنه يبدو أن الدواء (منبه) يكون له تأثير مهدئ. على أن هذا المصطلح هو تسمية مغلوطة غير صحيحة ويمنع الكلينيين من التفكير في المنبهات النفسية على هذا النحو. ومن الأكثر دقة أن تتصور الاندفاع والنشاط الحركي المفرط على أنها إخفاقات في ضبط النفس لأن هناك أجزاء بالمخ تكون أقل نشاطاً مما ينبغي أن تكون عليه. وهكذا فإن الدواء المنبه يقوم بتثبيته المخ ليحسن قدرته على التحكم في الدوافع الحركية (وبغیرها من الدوافع الأخرى) لأن المناطق المسؤولة عن ضبط النفس في المخ تصبح أكثر نشاطاً.

ثالثاً- الدعم البحثي

Research Support

من كل أساليب العلاج المستخدمة لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط حظي استخدام المنبهات النفسية بأطول فترة بحث. فمنذ بحث برادلي Bradley (١٩٣٧) المبدع لاحظ مهنيو مرحلة الطفولة أن استخدام المنبهات له تأثير إيجابي على الحد من السلوكيات الفوضوية وتحسين الانتباه للمهام. وفي ستينيات القرن العشرين بدأت التجارب العشوائية بالمقارنة بدواء وهمي، وحتى تاريخه أجريت أكثر من ٢٠٠ تجربة (كونر & ستاينجارد Connor & Steingard، 2004). وفي الحقيقة يعتبر استخدام المنبهات لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط هو الأسلوب الذي حظي بأفضل دعم مع وجود أكثر الأدلة البحثية التي توثق فعاليته (جرينهيل Greenhill، 2002). وتكشف نتائج هذه الدراسات عن أن ٥٠٪ إلى ٩٠٪ من الأطفال الذين

يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون تحسناً كبيراً في الأعراض الرئيسية لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط وبالتالي تحسناً في أداء الوظائف السلوكية والاجتماعية والدراسية (باركلي Barkley، 2006).

إن درجة التحسن في الأعراض ترتبط ارتباطاً مباشراً بما إذا كانت الحالات المصاحبة موجودة. ومن الواضح أن المنبهات النفسية تكون فعالة جداً لدى الأفراد الذين يظهرون أعراض صرفة لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط مع عدم وجود اضطرابات مصاحبة. فمثلاً اتضح أن ٩٥٪ من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من النوع الذي يتسم بالاندفاع والنشاط المفرط أو الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من النوع المصاحب و ٧٦٪ من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من النوع الذي يتسم بعدم الانتباه يظهرون تحسناً كبيراً عند استخدام الأدوية المنبهة (كارلسون & مان Carlson & Mann، 2000). إن معدلات الاستجابة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط المصاحب لاضطرابات أخرى ليست بمثل هذا الارتفاع. وهكذا ينبغي أن يعي الكلينيكيون أن التشخيص الدقيق والشامل يكون ضرورياً لإعطاء العلاج الفعال. فالأولاد والمراهقون الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والذين لا يظهرون أية اضطرابات مصاحبة ويظهرون حدة أعراض عالية من المحتمل أن يكونوا أفضل المرشحين للعلاج بالأدوية، في حين أن أولئك الذين يظهرون أعراض اضطرابات مصاحبة قد يلزم علاجهم باستخدام أدوية أخرى (كما سنناقش في الفصل التالي).

ولدى الكبار البالغين تكون الأدوية المنبهة هي الأسلوب الذي حظي بأفضل دراسة (باركلي Barkley، 2006)، ولكن ما تم نشره هو فقط حوالي ٢٠ تجربة، وليس جميعها أخرى بالمقارنة بدواء وهمي (وايلنز، سبنسر، & بيدرمان Wilens, Spencer, & Biederman، 2002). وبالإضافة إلى ذلك، لم تنطوي النتائج على نفس التناقض الظاهري، واتضح أن ٢٥٪ إلى ٧٨٪ من البالغين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون

انخفاضاً كبيراً في الأعراض (باركلي Barkley، 2006). وكما هو الحال مع الأولاد والمراهقين يكون من المهم أن نأخذ في الاعتبار الاضطرابات المصاحبة. ومن المتوقع أن يظهر الرجال الذين يظهرون أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بدون اضطرابات مصاحبة أفضل استجابة للمنبهات، في حين أن أولئك الذين يظهرون أيضاً أعراض اضطرابات أخرى قد يحتاجون أدوية أخرى مختلفة. ومرة أخرى يكون من الضروري أن نجري تشخيصاً فارقاً دقيقاً وشاملاً.

ولأسباب متنوعة تشمل تأثير وسائل الإعلام امتناع العملاء في الغالب عن تجريب الأدوية المنبهة. وقد تم تطوير الأدوية غير المنبهة وتم التصديق على أحدها (الأتوموكسيتين Atomoxetine) لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى الأطفال والمراهقين والبالغين. وهكذا فإنه يجب الأخذ في الاعتبار السؤال الخاص بما إذا كان لابد من استخدام دواء منبه كدواء خط أول. وعلى الرغم من أن بعض البحوث قد أوضحت أن الأتوموكسيتين له نفس فعالية المنبهات (سبنسر وآخرون Spencer et al، 2002)، دلت نتائج بحوث أخرى على أن الاستجابة للأتوموكسيتين ليست في مثل جودة الاستجابة للمنبهات (جيبسون، بيتينجر، باتل، & جريمسون Gibson, Bettinger, & Grimson، 2006). وعلاوة على ذلك، وكما سنناقش في الفصل التالي، فإن الأتوموكسيتين يظهر خطر آثار جانبية أكبر من المنبهات. وبالتالي فإن المنبهات لا تزال تعتبر هي الأدوية الخط الأول لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وتستخدم الأدوية الأخرى بوجه عام عندما لا تكون المنبهات فعالة أو غير ملائمة.

ولأن عمل المنبهات النفسية في المخ يشبه عمل الميثامفيتامين Methamphetamine والكوكايين Cocaine، فإن بعض العملاء والكلينيكين يقلقون من خطر إساءة استعمال وإدمان المنبهات النفسية. وعند استخدام هذه الأدوية بجرعات عالية وبطرق تدخل بها المنبهات بسرعات في مجرى الدم (عن طريق الشخير أو التدخين مثلاً)، فإنها تنتج حقاً مشاعر بهجة تشبه المشاعر

التي ينتجها الميثامفيتامين والكوكايين، وعند إساءة استعمالها بشكل متكرر على مدار فترة زمنية كبيرة، فإن الاعتماد الفسيولوجي والنفسي يكون محتملاً، وسوف تكون أعراض الانسحاب واضحة عند التوقف عن استخدامها. على أن العملاء ومهنيي الصحة النفسية الذين يفكرون في استخدام الأدوية المنبهة يلزمهم أن يعلموا أن الجرعة المستخدمة لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بعيدة كل البعد عن أن تكون كافية لإنتاج أي من الآثار المقترنة بإساءة استعمال وإدمان المواد المخدرة. وهكذا فإن المراهقين والرجال الذين يعطون تذاكر طبية بمنبهات نفسية ينبغي متابعتهم للتأكد من أنهم يأخذون فقط الجرعة الملائمة ويتناولون الدواء بالطريقة الموصوف بها. إن العملاء الذين لديهم تاريخ استخدام طويل للأدوية المخدرة أو الكحوليات سوف يلزم مراقبتهم بعناية للتأكد من أنهم لا يبدأون في إساءة استعمال المنبهات أو بيعها لآخرين.

وغالبا ما يتم التعبير عن قلق مرتبط بذلك وهو يتعلق بخطر مشاكل إساءة استعمال أو إدمان المواد المخدرة فيما بعد، وهي المشاكل التي قد تنمو لدى الأفراد الذين سبق علاجهم بالمنبهات النفسية. إن نتائج البحوث لم تدعم هذه الفرضية. فقد اتضح أن المراهقين والبالغين الذين سبق تشخيصهم بأنهم يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يظهرون معدلات تدخين أكبر (لامبرت Lambert، 2002) واستخدام غير قانوني أكبر للمواد المخدرة (مانوزا، كلاين، بيسلر، مالوي، & لابادولا Manuzza, Klein, Bessler, Malloy, & LaPadull، 1993)، خاصة عندما توجد حالات نفسية مصاحبة (بيدرمان وآخرون Biederman et al، 1995)، ولكن الأغلبية العظمى من الدراسات لا تميز الأفراد الذين تم علاجهم بالمنبهات من أولئك الذين تلقوا علاجاً آخر أو لم يتلقوا أي علاج على الإطلاق. فقد قامت بعض الدراسات تحديداً ببحث ما إذا كان استخدام المنبهات في مرحلة الطفولة يعطي توعية للأفراد بشأن إساءة استعمال المواد المخدرة فيما بعد، ووجدت دراسة واحدة فقط من ١٤ دراسة ارتباطاً. ومن الملاحظ أن الدراسة الوحيدة التي رأت وجود الارتباط (لامبرت & هارسو Lambert & Harsough، 1998) لم تضبط الحالات المصاحبة،

مثل اضطراب السلوك الذي اتضح أنه متنبئ أفضل بمشكلات إساءة استعمال المواد المخدرة. وهكذا فإنه من المحتمل أن تكون حدة أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وليس العلاج السابق بالمنبهات، عاملاً يؤثر على خطر إساءة استعمال المواد المخدرة في المستقبل.

وفي الحقيقة دلت بعض الأدلة على أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والذين سبق علاجهم بالمنبهات يظهرون مخاطر مشكلات إساءة استعمال مسواد مخدرة أقل (بسيديرمان وآخرون Biederman et al, 1995). وقد أجرى تحليل بعدي لست دراسات قارنت الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط وتم علاجهم بمنبهات بالأفراد الذين تم علاجهم بوسائل أخرى، ووجد هذا التحليل أن الدراسات على ما يبدو تكشف باستمرار عن أن الأفراد الذين تم علاجهم بالمنبهات يظهرون فعلاً خطر مشكلات إساءة استعمال مواد مخدرة مستقبلي أقل (وايلنز، فاراوان، بيدرمان، & جونواردين، Wilens, Faraone, Biederman, & Gunawardene, 2003). وهذه النتيجة لا تدعو للدهشة. إن الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ولم يتم علاجهم خاصة عندما كانت بداية الأعراض مبكرة جداً وكانت الحدة عالية معرضون لأكثر خطر لتنمية مشكلات إساءة استعمال مواد مخدرة (وايلنز Wilens, 2002). ومع العلاج يتضاءل الخطر، ولأن الدراسات قد أوضحت أن العلاج بالمنبهات يسفر على ما يبدو عن انخفاضاً في الأعراض أكبر من العلاجات الأخرى (أمبروجيو & جينسين Ambroggio & Jensen, 2002)، فمن المنطقي أن نستنتج أن العلاج بالمنبهات يقلل خطر مشكلات إساءة استعمال المواد المخدرة في المستقبل. وهناك ميزة أخرى إضافية للمنبهات على كل الأدوية الأخرى المستخدمة لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. فالأدوية المنبهة لا يلزم إعطاؤها كل يوم. وقد تمت دراسة ما يطلق عليها أجازات الأدوية على مدار سنوات عديدة (باركلي Barkley, 2006). فمنذ بعض الوقت أوصى الأطباء بأجازات الأدوية - مثلاً عدم أخذ الأدوية في عطلات نهاية الأسبوع أو

أثناء الصيف - وذلك لأنه كان متوقعاً أن تعوض الفترات الخالية من الأدوية الانخفاض في استهلاك السعرات الحرارية الذي يمر به العديد من الأطفال عند تناولهم الأدوية المنبهة. ومنذ ذلك الوقت أوضحت الدراسات أن هذا الأسلوب غير فعال، ويوصي الأطباء الآن بأخذ الأدوية بصورة يومية (جاننيك وآخرون Janicak et al, ٢٠٠٦). ومع ذلك فإن أجازات الأدوية لم يوجد أنها ضارة، ولا يبدو أنها تحد من كفاءة المنبهات في الأيام التي تستخدم فيها الأدوية. ويفضل العديد من الآباء والأمهات استخدام الأدوية فقط في الأيام التي يكون فيها الأولاد والمراهقين أكثر احتياجاً لها، مثلاً في أيام الدراسة أو في عطلات نهاية الأسبوع التي يقع فيها حدث يمثل خلاله ضبط النفس الضعيف مشكلة خاصة. ومع المنبهات يكون لدى الآباء والأمهات هذا الاختيار، بينما لا يكون هذا الاختيار متاحاً أو متوافراً عند استخدام أدوية أخرى.

وينبغي على الكلينيين أن يأخذوا في الاعتبار النقطة الأخيرة عن استخدام المنبهات وكذلك أية أدوية أخرى. وعند إجراء تجارب للأدوية تتحدد كفاءة الدواء بانخفاض دال إحصائياً في الأعراض. وفي معظم الحالات لا يعني ذلك أنه تم التخلص من الأعراض، ولكنه يشير إلى أن الأعراض تضاعفت بدرجة كبيرة عن الخط القاعدي فقط مع استخدام الأدوية. وفي الحقيقة رأى ستال Stahl (٢٠٠٠) أنه في المتوسط تعتبر الدراسات الطبية أن الدواء يكون فعالاً عند ملاحظة تحسن في الأعراض بنسبة ٥٠٪ فقط. ومن الواضح أن الأعراض الباقية تظل في حاجة للاهتمام الكلينيكي. إن مهنيي الصحة النفسية لا ينبغي أن يتوقعوا أن يظهر الأفراد الذين يتم علاجهم بالأدوية المنبهة (أو غيرها من الأدوية الأخرى) انسحاباً كلياً للأعراض. وبدلاً من ذلك يمكن توقع تحسن كبير، ولكن طرق العلاج الأخرى سوف تظل ضرورية لعلاج الأعراض الباقية.

رابعاً- الأدوية المتوافرة

Available Medications

على الرغم من أن المنبهات تشبه بعضها البعض إلى حد ما فيما يتعلق بديناميكيته الدوائية (الأثر العصبي والفسولوجي)، إلا أنها تختلف في كثير من

النواحي الأخرى، مثلاً فيما يتعلق بالحركية الدوائية (طرق إعطائها، وبتأثيرها، ومدة تأثيرها، إلخ). وينبغي أن يكون الكلينيكيون على وعي ودراية بالأدوية المنبهة المتوافرة في السوق والفروق أو الاختلافات العملية التي تفرق بينها.

١- الميثيلفينيدات ومشتقاته **Methylphenidate and Derivatives**

إن الميثيلفينيدات من بين أقدم الأدوية المنبهة الموجودة في السوق. وقد تم إدخاله في عام ١٩٥٧ ولا يزال يتم تسويقه في الولايات المتحدة الأمريكية باسم ريتالين Ritalin في مستحضره الأصلي ذي المفعول الفوري. كما يتوافر أيضاً في صورة ذات أثر مستمر باسم ريتالين إس آر Rital SR، وكل من هذين الشكلين متوافران كعقارين جنيسيين. وهذه المعلومات ذات أهمية خاصة بالنسبة للعملاء الذين تكون لديهم تغطية صحية محدودة ويجب أن يدفعوا ثمن الأدوية من جيوبهم.

وقد تم أيضاً تطوير مستحضرات ميثيلفينيدات أخرى أساساً لمدّة أثره أو توفير طريقة أخرى لتناول الدواء. ويتم أيضاً تسويق أشكال متنوعة للميثيلفينيدات ذي المفعول الممتد تشمل ريتالين إل إيه Ritalin LA، وكونسيرتا Concerta، وميتادات إي آر Metadate ER، وميتادات س يدي Metadate CD، وميثيلين إي آر Methylin ER. ونناقش فيما بعد الفروق والاختلافات في مدة تأثيرها. إن الميثيلين شكل يمكن مضغه من أشكال الميثيلفينيدات ذي المفعول الفوري. وهو ملائم للعملاء الذين تكون لديهم صعوبات في بلع الأقراص أو الكبسولات. كما أنه يتوافر أيضاً في محلول فمي. والدايترانا Daytrana هو لاصقة ميثيلفينيدات تسمح بإعطاء الدواء من خلال وسائل لا معوية (لا تتضمن القناة الهضمية). ولسوء الحظ فإن أي من هذه الأشكال ليس متوافراً كعقاقير مكافئة أو جنيسة (generics).

ويتم أيضاً تسويق شكل آخر من أشكال الميثيلفينيدات، فالديكسميثيلفينيدات Dexmethylphenidate هو متجزي ميثيلفينيدات منتقى، بمعنى أنه فقط جزء من السلسلة الكيميائية الكاملة لجزيء الميثيلفينيدات. كما يتوافر في صورة ذات أثر مباشر باسم فوكالين Focalin وفي صورة ذات أثر ممتد باسم فوكالين

إكس آر Focalin XR. وهذان غير متوافرين كعقارين مكافئين.

الديناميكا الدوائية Pharmacodynamics: جميع المنبهات النفسية تزيد نشاط الكاتيكلامينات، ومعظم المنبهات تكون بوجه عام انتقائية بالنسبة للدوبامين وتؤثر على النورإبينفيرين بدرجة قليلة. وهكذا فإن استخدام المنبهات يسفر عن تعزيز وظيفة المخ في مناطق إفراز الدوبامين بما في ذلك المسار السوداوي المخططي والمسار الهامشي الوسطي والمسار القشري الوسطي التي تكون متضمنة أساساً في أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. فاليثيلفينيدات يزيد كمية الدوبامين في الوصلة العصبية عن طريق منع عملية إعادة الاستهلاك، وبالتالي فإن الدوبامين الذي يتم إطلاقه في الوصلة العصبية يظل موجوداً هناك بكميات أعلى مما يزيد احتمال الاستثارة خلف الوصلة العصبية.

وقد حاولت بعض البحوث تحديد أي جزء من سلسلة الأمفيتامين يبدو أن له أكبر نتيجة تؤثر على الأنواع الفرعية الخاصة لمستقبلات الدوبامين المتضمنة في أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. فعلى سبيل المثال رأى تشالمان وليبسكي (Challman and Lipsky، ٢٠٠٠) أن متجازي الديكسترو Dextro isomer يكون أكثر مشاركة في الوساطة لإحداث أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (خاصة الانتباه)، وأن متجازي الليفو Levo isomer، عند فصله أو عزله، يكون له على ما يبدو تأثير ضئيل. ونتيجة لذلك تم تسويق متجازي الديكسترو باسم ديكسميثيلفينيدات (فوكالين وفوكاين إكس آر). على أن الدراسات المقارنة التي قارنت الديكسميثيلفينيدات باليثيلفينيدات لم تكشف عن وجود فروق دالة في الكفاءة. وقد يكون ذلك بسبب الفروق الفردية الدالة في توزيع أنواع مستقبلات الدوبامين الفرعية (بالاس، إيفانز، & دينجز Ballas, Evans, & Dinges، ٢٠٠٤). وهكذا فإن اختيار أي منبه ينبغي وصفه يتم أساساً عن طريق مراعاة الفروق في الحركية الدوائية وتتبع أنماط الاستجابة الفردية.

الحركية الدوائية Pharmacokinetics: إن أول قضية تتم مراعاتها في العادة عند التفكير في تذكرة طبية خاصة بدواء منبه تتمثل فيما إذا كان المريض سوف يتحمل ابتلاع قرص أو كبسولة. فأولئك الذين يكون من المتوقع أن تكون لديهم مشكلات مع الأقراص هم مرشحون جيّدون للأقراص التي يمكن مضغها أو المحلول الفمي، رغم أن الميثيلفينيدات ذا التأثير المباشر فقط يتوافر بهذه الصور (الميثيلين). وقد تم بحث خيار آخر باستخدام كبسولات الميتاديت سي دي والريتالين إل إيه ونثر المحتويات في الطعام (تعمل صلصة التفاح أو طعام مماثل على نحو جيد بشكل خاص كقاعدة). وعلى الرغم من أن أصحاب مصانع الأدوية يزعمون أن طريقة استخدام الدواء هذه لا تغير فعاليته، إلا أن بعضهم رأى أنها تقلل مدة أثره الكلينيكي.

ومنذ عهد قريب أصبحت لاصقة متوافرة (دايتران). وهي تستخدم عن طريق وضع مربع ضمادة لاصقة معالجة على جزء غير ظاهر من الجلد. وهذه اللاصقة تمنح ميزات عديدة - فالقناة الهضمية يتم تجاوزها ويمكن التحكم في مدة الأثر عن طريق نزع اللاصقة عندما لا تعد هناك حاجة إلى الأثر. على أن بعض الأطفال النشيطين جداً قد تكون لديهم مشكلات في الاحتفاظ باللاصقة الموضوعة على جلدهم، وقد يجد آخرون أن وجود اللاصقة على جلدهم يضايقهم. كما تم أيضاً تقرير حدوث تهيج للجلد لدى بعض المرضى.

وعند إعطاء الميثيلفينيدات فإنه يبدأ في العمل بسرعة. وبوجه عام يرى التحسن في الأعراض خلال أقل من ساعة، رغم أن استهلاك الدواء بعد الإفطار ثقيل قد يؤخر بداية الأثر إلى حد ما. ويوصي معظم الأطباء بأخذ الدواء قبل الإفطار مباشرة. وهذا يسمح للدواء بأن يبدأ العمل بسرعة، ولكن إذا تم تناول الإفطار قبل أن يبدأ الدواء مفعوله الكامل، فلن يكون كبح الشهية (سوف يناقش في وقت لاحق) واضحاً بعد.

إن مدة تأثير المنبهات ذات المفعول المباشر قصيرة إلى حد ما. ويتم تسويق الريتالين على أنه يعمل لمدة تبلغ نحو ٤ ساعات، ولكن البيانات الكلينيكية أوضحت أن التأثير لدى العديد من الأطفال يستمر لمدة ساعتين أو ثلاث ساعات

فقط. ويستمر الريتالين إس آر لمدة أطول من الريتالين ذي المفعول المباشر بحوالي ساعة أو ساعتين. وتتباين مدة تأثير الميثيلين (أقراص يمكن مضغها أو سائل) تبايناً كبيراً، مع تقرير مدى يتراوح من ٣ إلى ٨ ساعات (بيزتشليبينيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & J'deffries, 2007). إن معظم الأفراد الذين يتعاطون الميثيلفينيدات ذا المفعول الفوري سوف يحتاجون جرعات متعددة، عادة كل ٤ ساعات أو نحوها. وهذا قد يفرض صعوبات أو مشكلات عملية، فمثلاً سوف يضطر الأولاد والمراهقون إلى أخذ جرعة في المدرسة، وسوف يحتاج الرجال إلى أخذ جرعات مقسمة أثناء ساعات العمل. ويسبب هذا الإزعاج تفضلاً في العادة الأشكال ذات المفعول الممتد.

ولأنه يكون من المرغوب فيه أن يتم الحصول على تخفيف فوري للأعراض، فإن المستحضرات ذات المفعول الممتد يجب أن تشتمل على آلية مفعول مزدوج، حيث يتم إطلاق جزء من الدواء بعد إعطائه مباشرة لبدء العمل بسرعة في حين يتم إطلاق الجزء الباقي ببطء أكثر ليعطي مدة تأثير ممتدة. ويطلق الكونسيرتا ٢٢٪ من محتواه في الحال و ٧٨٪ من خلال الإطلاق المؤجل، واتضح أنه يستمر لمدة تصل إلى ١٢ ساعة. إن الميتاديت سي دي له نسبة مماثلة، ولكن تأثيره يستمر لمدة حوالي ٨ ساعات فقط. ويطلق الفوكالين إكس آر ٥٠٪ في الحال ويطلق الـ ٥٠٪ الباقية من خلال الإطلاق المؤجل ويستمر لمدة تصل إلى ١٢ ساعة. إن الريتالين إل إيه له نسبة مماثلة، ولكن تأثيره يستمر لمدة حوالي ٨ ساعات فقط. وبدلاً من هندستهما بالإطلاق المزدوج، يعطي الميثيلين ، يعطي كل من الميثيلين إي آر والميتاديت إي آر إطلاقاً متواصلًا وبطيئاً للمركب النشط ويستمر لمدة تتراوح بين ٤ و ٨ ساعات (بيزتشليبينيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & J'deffries, 2007). وحرية الاختيارات الواسعة هذه تسمح للأطباء باختيار الدواء القائم على مقدار المفعول الفوري اللازم لإحداث تحسن في الأعراض بسرعة ومدة استمرار التأثير. ومثاليًا يبدأ الدواء المنبه العمل بسرعة ويستمر خلال أواخر فترة ما بعد الظهر (خلال فترة الواجب المدرسي مثلاً)، ولكن آثاره تتلاشى قبل العشاء بحيث لا يكون هناك أي كبح للشهية.

تحديد الجرعة Dosing: يتم تحديد جرعة الميثيلفينيدات بوجه عام حسب وزن الجسم. ولدى الأطفال من المتوقع أن تكون الكفاءة عند جرعة قدرها ١ مجم من إجمالي الاستهلاك اليومي لكل ١ كجم من وزن الجسم. وهكذا فإن الطفل الذي يزن حوالي ٧٠ رطلاً (٣٢ كجم تقريباً) من المتوقع بوجه عام أن يستجيب لجرعة تتراوح ما بين ٣٠ مجم و ٣٥ مجم من الدواء يومياً. وبوجه عام تعطى المستحضرات ذات المفعول الفوري على ثلاث أو أربع جرعات مقسمة. وتعطى المنتجات ذات المفعول الممتد في الصباح على جرعة واحدة تعادل تقريباً نسبة الـ ١ مجم/كجم. وفي بعض الأحيان تكون الجرعات الأقل فعالة، ويحتاج الأطفال ذوي الأيض السريع جرعات يومية تصل إلى ٣ مجم/كجم (بيزتشليبينيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & J'effries، 2007). وعادة ما يتم تحديد جرعة الديكسميثيلفينيدات عند مستويات أقل - عادة حوالي ٥٠٪ إلى ٧٥٪ من جرعة الميثيلفينيدات.

وعادة ما يتم بدء الميثيلفينيدات ذي المفعول الفوري بجرعة قدرها ٢,٥ مجم مرتين يومياً وتتم زيادة الدواء أسبوعياً بمقدار ٢,٥ مجم يومياً إلى أن تتم ملاحظة الاستجابة الملحوظة (بشرط عدم وجود آثار ضارة خطيرة واضحة). وبوجه عام تبلغ أقصى جرعة ٦٠ مجم يومياً، رغم أنه في بعض الأحيان تستخدم جرعات أعلى عندما تكون هناك حاجة إليها وإذا كان هناك تحمل جيد للدواء. وإذا استخدم الدواء ثلاث مرات يومياً، فمن الشائع أن تكون الجرعة الأخيرة هي أقل جرعة. فمثلاً الطفل الذي يأخذ ٢٠ مجم في الصباح و ٢٠ مجم وقت الغذاء قد يتم إعطائه ٥ مجم أو ١٠ مجم فقط بعد المدرسة. ويجب أخذ الجرعة الأخيرة قبل وقت النوم مباشرة بحيث تتوقف فترة التأثير قبل العشاء أو على الأقل قبل وقت النوم.

وبوجه عام لا يتم تحديد الجرعة بالنسبة للبالغين حسب وزن الجسم. وعادة ما يتم بدء الدواء ذي المفعول الفوري بجرعة قدرها ١٠ مجم إلى ٢٠ مجم مرتين أو ثلاث مرات يومياً، وتتم زيادتها تدريجياً حتى تتم ملاحظة أثر كلينيكي كاف (وتكون الآثار الضارة ضئيلة). ويتم أخذ الأدوية ذي المفعول الممتد بجرعة

كاملة مرة واحدة يومياً في الصباح. ويتلقى البالغون بوجه عام ما يصل إلى ١٢٠ مجم من إجمالي الجرعة يومياً، على الرغم من أن معظمهم يستجيب عند مستوى أقل بكثير (بيزتشليبنيك-باتلر & جيفريز & Bezchlibnyk-Butler & J'deffries, 2007).

الآثار الضارة: يتم تحمل الميثيلفينيدات بصورة جيدة بوجه عام. إن أكثر أثر ضار شيوعاً هو كبح الشهية. وأثناء فترة الأثر الكلينيكي، يأكل المرضى بوجه عام قليلاً، رغم أن ذلك يتباين من شخص إلى شخص. وقد كشفت بعض الدراسات البحثية عن أنه بسبب كبح الشهية، فإن الأفراد الذين تم علاجهم باستخدام المنبهات عندما كانوا أطفالاً يحققون بوجه عام وزناً أقل عندما يصبحون كباراً بالغين (باركلي Barkley, 2006). ولهذا السبب يوصى بأخذ الدواء بالقرب من الإفطار حتى لا يبدأ الأثر الكلينيكي عند استهلاك الإفطار مما يضمن امتصاص طعام كاف في الوجبة الأولى. وأثناء الغذاء يكون الدواء بوجه عام في النظام ويأكل العديد من المرضى قليلاً أو قد يتخطون الغذاء تماماً. على أنه إذا تم تحديد وقت الدواء بشكل ملائم بحيث يزول الأثر الكلينيكي قبل العشاء، فإن معظم المرضى يعوضون أثناء العشاء امتصاص الطعام الذي فاتهم أثناء الغذاء. ومع ذلك فإن البعض ممن يأخذون أدوية منبهة يظهرون كبحاً كبيراً للشهية في وقت لاحق من اليوم أيضاً. إن المنبهات قد لا تكون ملائمة بالنسبة لهؤلاء العملاء.

إن الميثيلفينيدات يعوق النوم. وعلى الرغم من أن ذلك يكون تأثيراً مرغوباً في بعض المواقف (وبالتالي يتم قبول المركب والتصديق عليه لعلاج النعاس أو النوم القهري Narcolepsy)، فإن أولئك الذين يأخذون هذا الدواء لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يجب أن يتأكدوا من زوال الأثر الكلينيكي تماماً قبل وقت النوم. ومع المستحضرات ذات المفعول الفوري عادة لا يمثل ذلك مصدراً رئيسياً للقلق لأنه يمكن تحديد وقت الدواء بسهولة بحيث يتم أخذ الجرعة الأخيرة قبل وقت النوم بـ ٤ إلى ٦ ساعات على الأقل. ومع الأشكال الممتدة المفعول قد يكون ذلك أكثر صعوبة. إن منحنيات الاستجابة للجرعة

بالنسبة للميثيلفينيدات تكشف عن أنه عندما يبدأ الأثر الكلينيكي في الزوال، يظل هناك قدر كاف من الدواء في النظام يعوق النوم. ولهذا السبب عادة ما يتم تحديد جرعات المستحضرات الممتدة المفعول بمعدل مرة واحدة يومياً في الصباح. وإذا كانت هناك حاجة إلى مزيد من الدواء في فترة ما بعد الظهر مثلاً، إذا بدأ الأثر الكلينيكي في الزوال بينما كان لا تزال هناك ضرورة لعمل الواجب المدرسي، قد يوصى بأخذ جرعة صغيرة من الميثيلفينيدات ذي المفعول الفوري بعد المدرسة.

وتكون بعض الآثار الضارة وقتية وقد ترى لدى بعض المرضى في بداية العلاج. وبوجه عام تنصرف هذه الآثار بعد أسبوع أو أسبوعين وقد تشتمل على ألم البطن والغثيان وحالات الصداع. وهذه الآثار تكون غير شائعة نسبياً وترى لدى ٢٣٪ أو أقل من المرضى. وبالإضافة إلى ذلك، فإن هذه الآثار عادة ما تكون خفيفة ولا تجعل المرضى يتوقفون عن أخذ الدواء. وبالطبع إذا استمرت هذه الآثار وكان المريض يشعر بعدم الارتياح، ينبغي التفكير في دواء آخر. وهناك آثار جانبية أخرى أقل شيوعاً ولكن يمكن مع ذلك ملاقاتها، خاصة لدى الأفراد الذين يظهرون اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. فبعض المرضى يظهرون أعراض تهيج عند إعطائهم الميثيلفينيدات. وهذا الأثر قد يكون واضحاً من خلال الغضب الزائد والسلوكيات التي تتسم بسرعة الغضب وتسطح المشاعر والانسحاب. وفي بعض الأحيان يكون ذلك مصحوباً بحالة ذهول وغياب عن الوعي حيث يقل الإنتاج الحركي ويبدو الفرد أكثر خمولاً. ورد الفعل هذا يكون أكثر احتمالاً لدى الأفراد الذين يظهرون أعراض اكتئاب أو تهيج، ولكن الأفراد الذين لا يظهرون هذه الميول أحياناً يظهرون هذه الأعراض بعد أخذ الدواء. ويتم علاج هؤلاء المرضى على أفضل نحو باستخدام الأدوية غير المنبهة.

إن الميثيلفينيدات - مثله مثل جميع المنبهات - ينتمي إلى فئة أدوية أوسع وأشمل يطلق عليها الأدوية المحاكية للسيمبثاوي Sympathomimetics. وتشتمل هذه الفئة على الأدوية التي لها تأثير محاكاة تنشيط الفرع السيمبثاوي

للجهاز العصبي الذاتي أو اللاإرادي. ويشمل جزء من هذا العمل تنشيط ميكانيزم الكر والفر المتضمنة فر ردود أفعال القلق. وهكذا فإن بعض المرضى الذين يتعاطون الميثيلفينيدات يبدأون في إظهار أعراض القلق. وهذا القلق يكون محتمل الحدوث بشكل خاص لدى الأفراد الذين يظهرون في البداية قلقاً مصاحباً. على أن استجابة المرضى تتباين تبايناً كبيراً. فعلى الرغم من أن بعض الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط واضطراب القلق المصاحب يميلون إلى أن يصبحوا أكثر قلقاً عند تعاطي الميثيلفينيدات، يظهر آخرون استجابة إيجابية في كل من مجموعتي الأعراض، ويتضاءل القلق مع أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (باركلي Barkley، 2006). ولهذا السبب فإن وجود القلق لا يلزم بالضرورة أن يكون مانعاً لاستخدام الميثيلفينيدات، ويجب متابعة الاستجابة الفردية بعناية.

وقد كتب الكثير عن خطر تنمية المرضى لتشنجات حركية لإرادية أثناء خضوعهم للعلاج بالأدوية المنبهة. فمنذ بعض الوقت كان يخشى من أن استخدام الميثيلفينيدات قد يعمل إلى حد ما على إثارة حساسية الأطفال للتشنجات اللاإرادية وكان يفترض أن يكون أولئك الذين بدأوا في إظهار التشنجات اللاإرادية عند خضوعهم للعلاج بالدواء معرضين لخطر تنمية تشنجات حركية لإرادية دائمة. وقد تبدد هذا الخوف إلى حد كبير. ومن المفهوم الآن أن اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط واضطرابات التشنجات اللاإرادية يتشاركون في بعض نفس الأسباب العصبية-الфизиولوجية، ومن المحتمل أن تكون لدى المرضى الذين يبدأون في إصدار تشنجات لإرادية عند خضوعهم للعلاج بالأدوية ميول وراثية نحو اضطرابات التشنجات اللاإرادية. والأكثر أهمية هو أنه من المعروف الآن أنه عند التوقف عن أخذ الدواء المنبه، تتلاشى التشنجات اللاإرادية. وقد يكون من المتوقع أن يكون وجود اضطراب تشنجات لإرادية تم تشخيصه ومصاحب لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط مانعاً لاستخدام الميثيلفينيدات. على أن الدراسات قد كشفت عن أن بعض المرضى الذين يتم تشخيصهم بأنهم يعانون من اضطراب توريت Tourette's disorder مصاحب واضطراب

نقص الانتباه - فرط النشاط يظهران انخفاضاً في أعراض كلا الاضطرابين، عند إعطائهم الميثيلفينيدات (باركلي Barkley، ٢٠٠٦). ولهذا السبب، فإنه حتى عندما تكون التشنجات اللاإرادية واضحة، قد يظل الأطباء يجربون تذكرة طبية توصي باستخدام الميثيلفينيدات، وسوف تتم متابعة الاستجابة الفردية بعناية.

وحديثاً أصبح واضحاً أن نحو ١٣٪ من المرضى الذين يأخذون الميثيلفينيدات يظهران آثاراً جانبية على القلب والأوعية الدموية تشمل زيادة نبض القلب وزيادة ضغط الدم (بيزنشليبينك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & J'deffries، 2007). وعلى الرغم من أن هذه التغيرات ترى بوجه عام عند بداية العلاج، وأن معظم المرضى يعودون لوظيفة القلب والأوعية الدموية الطبيعية بعد حوالي أسبوعين من العلاج، إلا أن البعض يواصلون إظهار مشكلات. وفي الحقيقة أنه تم الإبلاغ عن عدد صغير من الوفيات. على أنه في كل الأحوال تم الكشف عن أن الطفل كان لديه عيب خلقي بالقلب ليست له أعراض وبالتالي لم يتم كشفه قبل بدء العلاج بالدواء. ولهذا السبب سوف يطلب الأطباء أحياناً مخططاً كهربائياً للقلب قبل وصف الميثيلفينيدات، خاصة عندما يكون لدى المرضى تاريخ مشكلات بالقلب والأوعية الدموية أو عندما يظهران تاريخاً أسرياً يدل على وجود خطر مشكلات قلب مرتفع.

وأخيراً يجب مناقشة أثر ضار آخر. فعندما يزول الأثر الكليتيكي للميثيلفينيدات نحو نهاية اليوم، يظهر بعض المرضى ارتداداً لأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط حيث يصبح الاندفاع و/أو النشاط المفرط أكثر وضوحاً لمدة زمنية قصيرة (بوجه عام نحو ٣٠ دقيقة). وهذا الارتداد سببه رد فعل المخ للمركب. فعند إدخال أي دواء للجسم فإن خلل التوازن الداخلي أو الذاتي الذي تسببه تأثيرات الديناميكا الدوائية للمركب تخلق فعلاً مضاداً. فمثلاً عندما يجعل الميثيلفينيدات مستويات الدوبامين تزيد، فإن المخ يحاول صد هذا الفعل عن طريق خفض تنظيم إنتاجه وإطلاق الدوبامين. ولأننا نظل نرى أثراً كليتيكياً فإن هذا التنظيم المنخفض لا يكون كبيراً جداً ويطغى عليه تأثير أو عمل المركب. على أنه عندما يزول الدواء، يظل المخ لفترة زمنية قصيرة في هذا

الوضع المنخفض التنظيم ويحتاج بعض الوقت لاستعادة توازنه السابق. وأثناء ذلك الوقت، تكون أعراض الارتداد واضحة.

ويكون التنظيم المنخفض واضحاً جداً عندما يكون منحني زوال المركب منحدرًا جداً، أي عندما يزول الدواء بسرعة. وهذا الزوال السريع هو الحال مع مستحضرات الميثيلفينيدات ذات المفعول العادي أو الطبيعي، وهذه الأشكال هي أكثر الأشكال قابلية لتأثيرات الارتداد. وعندما يكون هناك ارتداد كبير واضح، يمكن إعطاء جرعة صغيرة من الدواء المنبه قبل أن يرى الارتداد عامة بحوالي ساعة، وتميل هذه الجرعة الإضافية إلى بسط منحني الزوال وتقليل منحني زمن الزوال. وغالباً ما تكون هناك حاجة للمحاولة والخطأ لتحديد أية جرعة تكون كافية لصد الارتداد وتظل صغيرة بدرجة كافية حتى لا تكون هناك أية إعاقة واضحة للوجبات أو النوم. ولا يرى تأثير الارتداد بوجه عام مع أشكال الميثيلفينيدات الممتدة المفعول لأن منحني الزوال يكون تدريجياً ويكون المخ قادراً على زيادة التنظيم ببطء ليصل إلى توازنه المبرمج أثناء زوال المركب.

٢- الأمفيتامين ومشتقاته Amphetamine and Derivation

إن الأمفيتامين موجود منذ أكثر من قرن من الزمان وهو معروف أساساً كعقار يساء استخدامه من خلال أحد مشتقاته، ألا وهو عقار الميثامفيتامين Methamphetamine. وعلى الرغم من أن الميثامفيتامين يتوافر أيضاً بتذكرة طبية (الديسوكسين Desoxyn)، إلا أنه من النادر أن يتم صرفه بتذكرة طبية بسبب تأثيراته القوية المولدة للنشوة عند تعاطيه بجرعات عالية. وبدلاً من ذلك تشتمل الأدوية القائمة على الأمفيتامين والمستخدممة لعلاج اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط على أيسومر (مجانس) الديكسترو، هو ديكستروأمفيتامين Dextroamphetamine، والمتوافر أيضاً باسم ديكسيدرين Dexedrine في أشكال فورية وممتدة المفعول، وليسديكسافيتامين Lisdexamfetamine الذي يتم تسويقه باسم فيفانيس Vyvanse، وهو دواء أولي أو طليعة دواء غير نشط يتحول في الجسم إلى إل-ليسين L-lysine وديكستروأمفيتامين. ويتوافر الديكستروأمفيتامين أيضاً كعقار مكافئ.

وهناك نسخة متوافرة أخرى وهي عبارة عن خليط من شكلين من أشكال الديكستروأمفيتامين وشكلين من أشكال الأمفيتامين، ويتم تسويقها باسم أديرال Adderal. وهي خليط راسيمي أو عنقودي يوجد فيه أيسومرات الديكسترو والليفو بنسبة ١:٣. وتم التصديق عليه أصلاً في سبعينيات القرن العشرين لعلاج السمنة وبعد ذلك تم سحبها. وفي عام ١٩٩٤ تم إدخاله من جديد باسم أديرال وصدقت عليه إدارة الغذاء والدواء الأمريكية US Food and Drug Administration لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وهو متوافر في أقراص فورية المفعول وكبسولات ممتدة المفعول.

الديناميكا الدوائية Pharmacodynamics: إن الأمفيتامين وأشكاله المتنوعة تعمل على زيادة نشاط الكاتيكولامينات، وهي تفعل ذلك مصحوبة بتأثيرات أكثر شمولاً. فالأمفيتامين لا يعمل فقط على صد إعادة الاسترداد مما يجعل الكاتيكولامينات تظل موجودة في الوصلة العصبية بمقادير أعلى، ولكنه أيضاً يسبب إطلاقاً أكبر للكاتيكولامينات في الوصلة العصبية عن طريق عكس اتجاه آلية إعادة الاسترداد جزئياً (ستال Stahl، 2000). وبالإضافة إلى ذلك فإن الأمفيتامين يشبه بشدة الكاتيكولامينات الداخلية أو الذاتية المنشأ. ونتيجة لذلك فإنه أياً كانت إعادة الاسترداد التي تظل موجودة فإنها تمتص الأمفيتامين بالإضافة إلى الكاتيكولامينات الداخلية أو الذاتية المنشأ داخل الخلية العصبية قبل المشبكية (الموجودة قبل الوصلة العصبية)، مما يجعل المزيد من الكاتيكولامينات تتوافر داخل الخلية وبالتالي يسبب إطلاقاً مقداراً أكبر.

ومثل الميثيلفينيدات، فإن أيسومر الديكسترو للأمفيتامين انتقائي للغاية بالنسبة للدوبامين ويعجل بزيادة في وظيفة إفراز الدوبامين في المخ في المسار القشري المركزي والمسار الطرفي المركزي والمسار السوداوي المخططي. إن أيسومر الليفو للأمفيتامين أقل انتقائية بالنسبة للدوبامين ويزيد نشاط إفراز الدوبامين والنورأدرينالين بصورة أكثر تكافئاً (ستال Stahl، 2000). وهكذا فإنه بالإضافة إلى مسارات الدوبامين المتأثرة بالديكستروأمفيتامين، فإن نشاط إفراز النورأدرينالين في المسارات الجبهية والمخيخية يزيد أيضاً. على أن الأديرال

هو المشتق الوحيد للأمفيتامين الذي يشتمل على أيسومرات الليفو، وتفوقها عدداً أيسومرات الديكسترو بنسبة ١:٣. وهكذا فإن كل أشكال الأمفيتامين المستخدمة لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تعتمد أساساً على عمل أيسومرات الديكسترو وتستهدف في الغالب مسارات الدوبامين الموجودة في المخ.

ويمكن إساءة استخدام الأغلبية العظمى من المنبهات عند أخذها بجرعات عالية، خاصة عندما يغير المريض طريقة أخذها عن طريق جرش أو طحن الدواء واستنشاقه أو تدخينه. فطريقة أخذ الدواء هذه تولد بداية سريعة للأثر تنتج مشاعر نشوة مشابهة للمشاعر التي يتم اختبارها عند إساءة استخدام الكوكايين أو الميثامفيتامين. ولهذا السبب يتم تصنيف كل المنبهات تقريباً في جدول ٢ من قانون المواد الخاضعة للرقابة. ويقدم الفيفانيس بديلاً لأن هذا الدواء يشتمل فقط على طليعة دواء لا ينشط إلا بعد أن يقوم الجسم بتحويله إلى المركب النشط. ولهذا السبب يتضاءل احتمال إساءة استخدام الفيفانيس بدرجة كبيرة.

الحركية الدوائية Pharmacokinetics: إن الغرض من المنبهات المرتبطة بالأمفيتامين هو أن تعطى عن طريق الفم. فالمرضى الذين تكون لديهم صعوبات في ابتلاع الأقراص قد يستخدمون كبسولات الديكسدرين أو الأديرال إكس آر ويفتحون الكبسولة لنثر المحتويات على الطعام. وكما هو الحال مع الميثيلفينيدات، يزعم أصحاب مصانع الأدوية أن طريقة إعطاء الأدوية لا تغير فعالية الأدوية، ولكن قد تكون فترة التأثير أقصر بعض الشيء. ويتوافر أسلوب مماثل مع الفيفانيس إذ يمكن فتح الكبسولة وحل محتوياتها في الماء ثم تجرعها وابتلاعها.

ومثل الميثيلفينيدات، فإن المنبهات المرتبطة بالأمفيتامين تعمل بسرعة وعادة ما ترى بداية الأثر الكلينيكي خلال أقل من ساعة. إن استهلاك الدواء قبل الإفطار ثقيل قد يؤخر بداية تأثيره إلى حد ما. ومن الأفضل للمريض أن يأخذ الدواء قبل الإفطار مباشرة ليسمح للدواء ببدء العمل بسرعة وتجنب كبح الشهية الذي يحدث إذا أخذ الدواء قبل الإفطار مباشرة.

إن مدة تأثير مشتقات الأمفيتامين ذات المفعول الفوري تكون قصيرة، ولكنها قد تكون أطول قليلاً منها بالنسبة للميثيلفينيدات، ويستمر الأثر الكلينيكي بوجه عام نحو أربع ساعات (بل وربما لفترة أطول بالنسبة للأديرال). ويحتاج معظم الأفراد الذين يأخذون مستحضرات فورية المفعول جرعات متعددة كل ٤ إلى ٦ ساعات تقريباً. وهذا يتطلب جرعة في المدرسة أثناء وقت الغذاء وجرعات مقسمة بالنسبة للبالغين أثناء ساعات العمل. ومرة أخرى عادة ما تفضل الأشكال الممتدة المفعول.

وكما هو الحال مع الميثيلفينيدات، تشتمل المستحضرات الممتدة المفعول بوجه عام على آلية مفعول مزدوج تسمح بالبداية السريعة للأثر الكلينيكي ومد الأثر الجزء اللاحق من اليوم. وتحتوي كبسولات الديكسدرين على كل من حبات فورية المفعول وحبات بطيئة المفعول، ويستمر عمل التأثير بوجه عام لمدة تصل إلى نحو ٩ ساعات، ولكن هذا يتباين تبايناً كبيراً من مريض إلى آخر، ويظهر بعض المرضى تحسناً لمدة تبلغ نحو ٤ ساعات فقط. ويطلق الأديرال إكس آر ٥٠٪ من مفعوله فوراً، وتعمل نسبة الـ ٥٠٪ الباقية من خلال الإطلاق المؤجل وتستمر لمدة تصل إلى ١٢ ساعة (بيزتشليبينك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & J'deffries, 2007). إن الفيفانيس هو أطول المنبهات الموجودة في السوق مفعولاً، وقد قرر أن أثاره الكلينيكية تستمر لمدة تبلغ نحو ١٢ إلى ١٤ ساعة.

تحديد الجرعة Dosing: يتم تحديد جرعة مشتقات الأمفيتامين بوجه عام حسب وزن الجسم، وتبلغ الجرعة الفعالة المتوقعة حوالي ٠,٨ مجم/كجم من وزن الجسم. وعلى خلاف الميثيلفينيدات، نادراً ما تستخدم الجرعات الأعلى من هذه النسبة، ويستجيب معظم المرضى عند جرعة أقل بعض الشيء من جرعات الميثيلفينيدات المماثلة. وعادة ما تعطى المستحضرات الفورية المفعول على جرعتين أو ثلاث جرعات مقسمة. وتعطى المنتجات الممتدة المفعول في الصباح على جرعة واحدة (بيزتشليبينك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & J'deffries, 2007).

وعادة ما يتم بدء الديكسدرين والأديرال ذوي المفعول الفوري بجرعة تبلغ

٢,٥ مجم مرتين يومياً، وتتم زيادة الدواء تدريجياً كل أسبوع بمقدار ٢,٥ مجم يومياً إلا أن تتم ملاحظة الاستجابة المنشودة (بشرط عدم وجود آثار ضارة خطيرة واضحة). وبوجه عام تبلغ أقصى جرعة ٤٠ مجم يومياً. وإذا أستخدم الدواء ثلاث مرات يومياً، فمن الشائع أن تكون الجرعة الأخيرة هي أقل جرعة. ولأن مشتقات الأمفيتامين الفورية المفعول تظهر مفعولاً أطول بعض الشيء من الميثيلفينيدات الفوري المفعول، فإنه يكون من المهم بوجه خاص أن نتأكد من أخذ الجرعة الأخيرة قبل العشاء والذهاب إلى النوم مباشرة. وتعطى المستحضرات الممتدة المفعول بوجه عام مرة واحدة يومياً مع إعطاء الجرعة الكاملة في الصباح. وبوجه عام لا يتم تحديد الجرعة بالنسبة للبالغين حسب وزن الجسم. وعادة ما يتم بدء الدواء ذي المفعول الفوري بجرعة قدرها ١٠ مجم مرتين أو ثلاث مرات يومياً، وتتم زيادتها تدريجياً حتى تتم ملاحظة أثر كلينيكي كاف (وتكون الآثار الضارة ضئيلة). ويتم إعطاء المستحضرات الممتدة المفعول في الصباح. ويتلقى البالغون بوجه عام ما يصل إلى ٤٠ مجم من إجمالي الجرعة يومياً (بيزتشليبنيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & J'deffries, 2007)، وتستخدم جرعات أعلى من حين لآخر.

وعادة ما يتم تحديد جرعة الفيغانس بداية من ٢٠ مجم تتم زيادتها تدريجياً حتى تتم ملاحظة أثر كلينيكي كاف مع وجود آثار ضارة ضئيلة. وتبلغ أقصى جرعة ٧٠ مجم/كجم بالنسبة للأطفال. ولم يتم التحقق من أقصى جرعة بالنسبة للبالغين.

الآثار الضارة: يتم تحمل مشتقات الأمفيتامين بصورة جيدة بوجه عام. وكما هو الحال مع الميثيلفينيدات، فإن أكثر أثر ضار شيوعاً هو كبح الشهية. ويوصى بأخذ الدواء بالقرب من الإفطار حتى لا يبدأ الأثر الكلينيكي عند استهلاك الإفطار مما يضمن امتصاص طعام كاف في الوجبة الأولى. وإذا تم تحديد وقت الدواء بشكل ملائم بحيث يزول الأثر الكلينيكي قبل العشاء، فإن معظم المرضى يستهلكون قدرًا كافيًا من الطعام لتعويض فقدان السرعات الحرارية أثناء الغذاء. ومع ذلك فإن البعض ممن يأخذون أدوية منبهة يظهرون

كبحاً كبيراً للشهية في وقت لاحق من اليوم أيضاً. وبالنسبة لهؤلاء المرضى قد لا تكون مشتقات الأمفيتامين خياراً جيداً.

إن الأمفيتامينات تعوق النوم، ويجب على أولئك الذين يأخذون هذا الدواء أن يتأكدوا من زوال الأثر الكلينيكي تماماً قبل وقت النوم. ويجب إعطاء المستحضرات ذات المفعول الفوري بحيث يتم أخذ الجرعة الأخيرة قبل وقت النوم بـ ٦ إلى ٧ ساعات على الأقل. وعادة ما يتم تحديد جرعات المستحضرات الممتدة المفعول بمعدل مرة واحدة يومياً في الصباح. وإذا كانت هناك حاجة إلى مزيد من الدواء في فترة ما بعد الظهر، قد يوصى بأخذ جرعة صغيرة من المستحضر ذي المفعول الفوري بعد المدرسة.

وقد تشتمل الآثار الضارة الوقتية في بداية العلاج على حالات الصداع والغثيان واضطراب المعدة. وعادة ما تكون هذه الآثار خفيفة ولا تجعل المرضى يتوقفون عن أخذ الدواء.

وهناك آثار جانبية أخرى يمكن ملاحظتها لدى الأفراد الذين يظهرون اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وتشمل هذه الآثار التهيج وسرعة الانفعال والقلق والانزعاج، خاصة لدى الأفراد الذين لديهم استعداد لأعراض الاكتئاب أو التهيج. وقد يظهر مرضى آخرون - خاصة إذا كانوا قابلين لأعراض القلق - عصبية وقلقاً. ولأن استجابة الفرد تتباين تبايناً كبيراً، ربما يظل من الممكن محاولة تجريب الأمفيتامينات وينبغي متابعة الاستجابة الفردية بعناية.

إن خطر تنمية تشنجات حركية لإرادية يكون تقريباً هو نفسه خطر تنمية تشنجات حركية لإرادية المصاحب لاستخدام الميثيلفينيدات نفسه، خاصة عند إعطاء جرعات أعلى. وعندما تكون التشنجات للإرادية المصاحبة واضحة، ربما يظل من الممكن محاولة تجريب الأمفيتامينات وينبغي متابعة الاستجابة الفردية بعناية.

ويكون خطر وجود آثار جانبية على القلب والأوعية الدموية على الأقل في مثل درجة الخطر المصاحب لاستخدام الميثيلفينيدات، وقد تم الإبلاغ عن حالات وفاة لدى الأطفال والبالغين المعرضين للسكتة القلبية ومشكلات القلب. ولهذا

السبب ينبغي مراجعة تاريخ الأسرة بعناية وينبغي إجراء رسم قلب كهربائي عندما يظهر المرضى أية عوامل خطر مرتبطة بمشكلات القلب والأوعية الدموية. إن تأثير الارتداد المقترن باستخدام الميثيلفينيدات مماثل لتأثير الارتداد المقترن باستخدام الأمفيتامينات. وعند زوال مستحضر الديكسدرين والأديرال ذوي المفعول الفوري، يشيع تفاقم للأعراض لمدة حوالي الدقائق العشرة التالية. وكما هو الحال مع الميثيلفينيدات، يحدث هذا التأثير بسبب التلاشي السريع للدواء والذي لا يسمح لمخ منخفض التنظيم بزيادة التنظيم مرة أخرى والعودة إلى حالة توازنه. وعندما يكون هناك ارتداد كبير واضح قد يتم إعطاء جرعة صغيرة من المستحضر ذي المفعول الفوري قبل أن يرى الارتداد بوجه عام بحوالي ساعة، وتميل هذه الجرعة الإضافية إلى بسط منحنى الزوال وتقليل منحنى زمن الزوال. ولا يرى تأثير الارتداد بوجه عام مع أشكال الأمفيتامينات الممتدة المفعول، خاصة مع الأديرال إكس آر أو الفيفانيس.

٣- المودافينيل والأرمودافينيل Modafinil and Armodafinil

إن المودافينيل منبه غير نمطي يزيد نشاط المخ من خلال آليات مختلفة عن المنبهات النفسية التي سبق وصفها. ويتم تسويقه تحت اسم بروفيجيل Provigil. وعلى الرغم من إدارة الغذاء والدواء الأمريكية لم تصدق على المودافينيل لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، إلا أنه يشيع استخدامه بدون تصريح لهذا الغرض عندما يظهر الأفراد استجابة جيدة للمنبهات ولكنهم يظهرون بعض الآثار الضارة مثل التشنجات الحركية اللاإرادية. وفي عام ٢٠٠٧ تم إصدار أيسومر (مجانس) للمودافينيل، هو أرمودافينيل (يتم تسويقه تحت اسم بروفيجيل)، في الولايات المتحدة الأمريكية. ويحظى كلا المشتقين بمصادقة إدارة الغذاء والدواء الأمريكية لعلاج الأشكال المختلفة لاضطرابات النوم مثل النعاس أو النوم القهري. ولا يتوافر أي منهما كعقار جنيسي.

وفي ديسمبر ٢٠٠٤ قدم صاحب مصنع المودافينيل طلباً لإدارة الغذاء والدواء الأمريكية للتصديق عليه (تحت الاسم التجاري «سبارلون» Sparlon)

لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وتم إجراء ثمانى تجارب
كلينكية عشوائية على الأقل (ليندسي، جوديلسكي، & هيتون، Lindsay,
Gudelsky, & Heaton، 2006)، ولكن إدارة الغذاء والدواء الأمريكية لم
تصدق على سبارلون لأنه على الرغم من أنه تم التحقق من كفاءة المودافينيل،
إلا أنه لم يكن أكثر فعالية من العلاجات المتوافرة حالياً، وفوق ذلك لم يظهر آثار
ضارة أقل من المنبهات المتوافرة. وعلاوة على ذلك، تم أيضاً تحديد (ولكن لم يتم
تأكيد) خطر محتمل للإصابة بمتلازمة ستيفنز-جونسون Stevens-Johnson
Syndrome، وهي اضطراب ربما يكون قاتلاً لدى أحد المرضى. وكما تذكر
التقارير فإن المزيد من الدراسات لا تزال مستمرة.

الديناميكا الدوائية Pharmacodynamics: يعمل المودافينيل أساساً
عن طريق تغيير التوازن بين ناقلين عصبيين أساسيين هما حمض الجاما-
أمينوبوتريك Gamma-aminobutyric acid والجلوتامات Glutamate.
وكلاهما موجودان في المخ بأكمله ويقومان بتنظيم المستوى الكلي لنشاط الخلايا
العصبية. إن الجلوتامات ناقل عصبي مثير يزيد نشاط المخ، وحمض الجاما-
أمينوبوتريك ناقل عصبي مثبط يصد ويعارض الجلوتامات ويقلل إطلاق الخلايا
العصبية. ويعمل المودافينيل على تغيير التوازن بين هذين الناقلين العصبيين
عن طريق زيادة إطلاق الجلوتامات وخفض إطلاق حمض الجاما-أمينوبوتريك.
ونتيجة لذلك، يظهر المخ مستويات نشاط أعلى في معظم المناطق، بما في ذلك
المناطق المسؤولة عن إنتاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.
وهناك أيضاً شك في أن المودافينيل يمارس تأثيره من خلال عمل إضافي
يقلل استرداد الدوبامين، مما يسفر عن زيادة مطردة في وظيفة إفراز الدوبامين
بالمخ. كما أنه يزيد أيضاً إطلاق كل الكاتيكولامينات في الوصلة العصبية، بما
في ذلك الدوبامين والنورإبينفرين والسيروتونين (بيزتشليبنيك-باتلر & جيفريز
Bezchlibnyk-Butler & J'effries، 2007). ومن المحتمل أن تكون آليات
العمل هذه مكملة للتأثير المنبه الكلي الناتج عن تغيير التوازن بين الجلوتامات
وحمض الجاما-أمينوبوتريك.

إن المنبهات التي تعمل بشكل مباشر على زيادة إطلاق الدوبامين، مثل الميثيلفينيدات أو الأمفيتامين، يمكن إساءة استخدامها عند أخذها بجرعات عالية أو عند طحنها واستنشاقها أو تدخينها. على أنه لأن المودافينيل يمارس عمله وتأثيره على مسارات الدوبامين بصور غير مباشرة إلى حد أكبر، فإن إساءة استخدام الدواء لا تسفر بوجه عام عن نشوة كبيرة. ولهذا السبب لا يقترن المودافينيل بخطر إساءة الاستخدام أو الإدمان المقترن بالميثيلفينيدات أو الأمفيتامينات نفسه ويتم تصنيفه في جدول ٢ من قانون المواد الخاضعة للرقابة. ومع ذلك اقترنت بعض الزيادة في الأداء البدني بهذه المادة، وفي بعض الأحيان يسيء الرياضيون استخدام المودافينيل.

الحركية الدوائية Pharmacokinetics: يتوافر المودافينيل في أقراص ينبغي إعطاؤها أثناء أجزاء اليوم التي تنشدها فيها يقظة أكبر. وعادة ما يكون الأثر الكلينيكي في غضون ساعة واحدة. وقد يؤخر استهلاك الدواء بعد وجبة ثقيلة بداية الأثر. ويؤخذ المودافينيل بوجه عام قبل الإفطار مباشرة. وعلى الرغم من أن المودافينيل مركب ذا مفعول فوري، إلا أن مدة التأثير تكون أطول بكثير من مدة تأثير الميثيلفينيدات أو الأمفيتامينات ذات المفعول الفوري. وعادة ما يستمر الأثر الكلينيكي لمدة ١٠ إلى ١٢ ساعة، ومن ثم فإن الجرعة الواحدة عادة ما تستمر طوال اليوم. وإذا كانت هناك حاجة إلى جرعة إضافية بعد المدرسة، ينبغي ألا تكون جرعة مودافينيل لأنه مدة تأثيره الطويلة من المحتمل أن تعوق النوم.

ويقدم المودافينيل اعتبار إضافي يميزه عن المنبهات الأخرى التي سبق مناقشتها. فالمودافينيل له تأثير كبير على وظائف الكبد المتضمنة في عملية أيض أو استقلاب المواد الغذائية وغيرها من الأدوية. وهو يحث إنزيمات السيتوكروم بي ٤٥٠ Cytochrome P450 - ٢١١، و ٢٦ب٦، و ٤٣. وهذه الإنزيمات تعمل على أيض أو استقلاب العديد من الأدوية الموجودة حالياً في السوق. ولهذا السبب فإنه عند إعطاء المودافينيل مع أدوية أخرى، فسوف تقل مستويات الدم بالأدوية التي يتم استقلابها بواسطة هذه الإنزيمات. فمثلاً اتضح أن استخدام

المودافينيل يعوق فعالية حبوب منع الحمل الهرمونية، واستمر التأثير لمدة شهر بعد التوقف عن استخدام المودافينيل. وعلى العكس من ذلك فإن المودافينيل يعمل أيضاً على تثبيط إنزيمات الكبد ٢ج٩ و ٢ج١٩ مما يسبب زيادة مستويات أية عقاقير يتم أيضاً أو استقلابها بواسطة هذه الإنزيمات. وبوجه عام فإن استخدام المودافينيل مع أدوية أخرى قد يكون صعباً، وقد يلزم إجراء تعديلات في جرعات الأدوية المختلفة (بيزتشليينيك-باتلر & جيفريز -Bezchlibnyk & J'deffries، 2007).

تحديد الجرعة Dosing: لعلاج أعراض النعاس أو النوم القهري يستخدم المودافينيل عامة بجرعات تبلغ ٢٠٠ مجم إلى ٣٠٠ مجم يومياً. على أن الدراسات البحثية قد أوضحت أن هذه الجرعة غير كافية لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ويلزم إعطاء جرعات تبلغ ٤٠٠ مجم أو أعلى يومياً. ويتم تحديد جرعات المودافينيل عند مستويات أقل بعض الشيء، ولكن يكون هناك تباين في الاستجابة الفردية. ولم يتم بعد التحقق من جرعة المودافينيل الفعالة لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ومع كلا العقارين يتم أخذ الجرعة اليومية الكاملة مرة واحدة يومياً في الصباح.

وتتباين استجابة البالغين، وقد تكون الجرعة الفعالة مماثلة أو أعلى بعض الشيء من الجرعات المستخدمة مع الأطفال والمراهقين. ولم تتم دراسة استخدام المودافينيل أو الأرمودافينيل لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى البالغين، ومن ثم لا توجد إرشادات خاصة بتحديد الجرعة بالنسبة لهذا المجتمع الإحصائي.

الآثار الضارة: كما هو الحال مع المنبهات الأخرى يشيع كبح الشهية على الرغم من أن الاستجابة الفردية تكون أكثر تبايناً، ويختبر بعض المرضى تأثيرات على الشهية مع المودافينيل أقل من تلك التي يختبرونها مع المنبهات الأخرى. ومع ذلك يوصى بأن يؤخذ الدواء بالقرب من الإفطار حتى لا يعوق الأثر الكلينيكي امتصاص الطعام في الوجبة الأولى. وإذا أخذ الدواء في الصباح، عادة ما يزول الأثر الكلينيكي قبل العشاء، ومن ثم لا يتأثر امتصاص الطعام في المساء.

إن المودافينيل يعوق النوم، ويجب على أولئك الذين يتعاطون هذا الدواء أن يتأكدوا من زوال الأثر الكلينيكي قبل وقت النوم. ويؤخذ الدواء في أول اليوم، قبل النوم بـ ١٠ إلى ١٢ ساعة على الأقل. وإذا بدا أن هناك ضرورة لجرعة إضافية في فترة ما بعد الظهر، لا ينبغي أن تكون جرعة مودافينيل. إن المرضى الذين لا يبدو أن الدواء يعمل لفترة طويلة بدرجة كافية بالنسبة لهم قد يضطرون إلى التفكير في أدوية أخرى.

إن الصداع هو أكثر أثر ضار شائع وواضح في بداية العلاج وقد تم الإبلاغ عنه بالنسبة لنحو ثلث المرضى الذين تم إخضاعهم للعلاج باستخدام هذا الدواء (بيزتشليبينك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & J'effries, 2007). وبوجه عام فإنه يتلاشى في غضون أسبوع أو أسبوعين من العلاج، ولكنه قد يستمر بالنسبة لبعض المرضى. وقد تم الإبلاغ أيضاً عن حدوث غثيان واضطراب في المعدة لدى نحو ١٠٪ من المرضى.

أما الآثار الضارة الأخرى فتكون أكثر ندرة. فالتهيج وسرعة الانفعال يكونان أقل احتمالاً في الحدوث مما هو عليه الحال مع المنبهات الأخرى، وذلك على الرغم من أن المرضى القابلين لأعراض القلق قد يظهرون عصبية وقلقاً. وهذه الآثار تكون واضحة لدى حوالي ٥٪ فقط من المرضى، وتتباين الاستجابة الفردية تبايناً كبيراً.

إن خطر تنمية تشنجات حركية لإرادية مع استخدام المودافينيل يكون أقل من خطر تنمية تشنجات حركية لإرادية المصاحب لاستخدام الميتيلفينيدات أو الأمفيتامينات. ولهذا السبب يوصف المودافينيل أحياناً للمرضى الذين أظهروا استجابة عرضية جيدة لمنبه تقليدي، ولكن التشنجات للإرادية أصبحت واضحة. وعندما يكون اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والتشنجات للإرادية المصاحبة واضحاً في البداية، ويتم السعي لاستخدام دواء منبه، قد يكون المودافينيل خياراً جيداً.

إن خطر وجود آثار جانبية على القلب والأوعية الدموية مع استخدام المودافينيل يكون أقل منه مع استخدام الميتيلفينيدات أو الأمفيتامينات، ولم يتم

الإبلاغ عن حدوث حالات وفاة. وحتى الآن تم تحديد حالة واحدة فقط لمشكلات قلب مرتبطة بالموادفينيل في الأدبيات البحثية (أوسكويلر Oskooilar, ٢٠٠٥). إن تأثير الارتداد المقترن باستخدام الموادفينيل يرى على نحو أقل شيوعاً من تأثير الارتداد المقترن باستخدام الميثيلفينيدات أو الأمفيتامينات. وتكون مدة التأثير أطول منها بالنسبة للمنبهات ذات المفعول الفوري، وبالتالي فإن زوال الدواء يكون أكثر ببطئاً، مما يسمح للمخ بزيادة التنظيم تدريجياً. وعندما يظهر مريض استجابة عرضية جيدة لدواء منبه، ولكن يكون هناك ارتداد كبير واضح، فإن تحويل المريض للموادفينيل ربما يكون خياراً جيداً.

خامساً- ملخص

Summary

إن تقرير ما إذا كان لابد من تجريب أدوية منبهة هو خيار صعب. فعلى الرغم من أن نتائج الدراسات البحثية قد دلت على أن استخدام الأدوية المنبهة هو طريقة العلاج التي يكون من المحتمل جداً أن تسفر عن تحسن كبير في الأعراض، إلا أن بعض المرضى يظلون متشككين بشأن الأدوية، خاصة عند وصفها للأطفال. إن اتخاذ القرار بشأن ما إذا كان سيتم استخدام الأدوية ينبغي أن يكون مبنياً على حدة أو شدة أعراض المريض ودرجة المشكلات الواضحة في المواقف والبيئات التي تسبب فيها الأعراض ضعفاً أو إعاقة خطيرة بشكل خاص في المدرسة أو في العمل مثلاً. وكلما كانت الأعراض أكثر حدة، وكان الضعف أو الإعاقة في البيئات الدراسية أو المهنية أكثر خطورة، كان احتمال حتمية استخدام الأدوية أكبر.

ومن كل الأدوية المتوافرة لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، كانت المنبهات موجودة لأطول فترة ولا تزال تقترن بأكبر درجة تحسن في الأعراض. ولهذا السبب، فإنه على الرغم من توافر الأدوية غير المنبهة، إلا أن المنبهات لا تزال هي علاج الخط الأول المختار. ويتوافر عدد كبير من المنبهات يشمل مستحضرات الميثيلفينيدات والأمفيتامين والموادفينيل المختلفة. وتعمل هذه الأدوية أساساً عن طريق تنبيه مسارات الدوبامين الموجودة بالمخ، وهكذا

تستهدف بشكل مباشر وظائف المخ التي يحتمل أن تكون مسئولة عن الأعراض. وتتوافر المستحضرات الفورية والممتدة المفعول بالنسبة لمعظم المركبات، وهذه تعطي فوائد وعيوب يجب أخذها في الاعتبار على أساس حالة بحالة. وكمجموعة تقدم المنبهات بوجه عام أكثر بروقيل آثار جانبية مرضي وملائم لكل الأدوية ذات التأثير النفسي، ولكن بعض المرضى يظلون يظهرون مشكلات مرتبطة بالأعراض المعدية المعوية والقلبية الوعائية، ويجب إعطاء هذه الأدوية بعناية حتى تقل الآثار الضارة على الشهية والنوم إلى أدنى حد.

الفصل الرابع عشر العلاج بالأدوية غير المنبهة

Nonstimulant Medications

وفقاً لفهمنا الحالي تنتج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بسبب نواحي قصور وظيفية في ثلاثة مسارات لإفراز الدوبامين Dopaminergic pathways بالمخ وربما مسار النورإبينفيرين Norepinephrine pathways بمقدمة الجبهة. ولإصلاح نواحي القصور هذه، تكون المنبهات فعالة لأنها تستهدف عمل الدوبامين (العمل الرئيس) والنورإبينفيرين (العمل الثانوي) ويزيد النشاط المرتبط بهذين الناقلين العصبيين.

على أن هناك بعض المرضى الذين لا يستجيبون للمنبهات بشكل جيد أو الذين يظهرون أعراضاً جانبية تحول دون استخدام الأدوية المنبهة. فمثلاً قد ينمي أحد العملاء تشنجات لا إرادية أو قمعاً للشهية يسفر عن أخذ جرعة غير كافية من الطعام. كما أن أولئك الذين تكون لديهم أعراض اضطرابات متزامنة قد لا يستجيبون أيضاً للمنبهات بشكل جيد. إن العملاء الذين تكون لديهم ميول للاكتئاب أو الهياج قد يظهرون تفاقماً لتلك الأعراض أثناء خضوعهم للعلاج بالمنبهات. وأولئك الذين يعانون من القلق قد يظهرون زيادة في العصبية والتوتر. ولهذه الأسباب تستخدم أيضاً أدوية أخرى لمعالجة أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

أولاً- العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب

Antidepressant Medication

تستخدم الأدوية المضادة للاكتئاب لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط منذ العقد السادس من القرن العشرين، وقد أوضحت دراسات عديدة أنها ذات كفاءة وفاعلية كافية، تعادل أحياناً كفاءة الأدوية المنبهة stimulants (بيدرمان & سبنسر Biederman & Spencer، 2002). وهناك فئات من الأدوية المضادة للاكتئاب التي تستهدف على وجه التحديد وظيفة إفراز الأدرينالين والدوبامين، وهذه الأدوية المضادة للاكتئاب تستخدم مع المرضي

الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وتختلف الأدوية في الطريقة المحددة التي تزيد بها تلك الكاتيكولامينات Catecholamines (أحماض أمينية تقوم بعمل الناقلات العصبية)، وتظهر فئات الأدوية غير المنبهة المتنوعة تأثيرات ضارة مختلفة بدرجة كبيرة. وتستعرض هذه المناقشة تلك المركبات التي ثبتت كفاءتها الخاصة في علاج اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

ويمكن اعتبار الأدوية المضادة للاكتئاب أول علاج لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عندما يشمل ظهور الأعراض اضطرابات متزامنة مثل الهياج والاكتئاب. وبالنسبة للمرضي الذين يكون لديهم بروفيل الأعراض هذا، تكون الأدوية غير المنبهة خياراً أفضل من الأدوية المنبهة لأن تأثيرات ديناميكيتهما الدوائية قد تكون قادرة على معالجة كل من مجموعتي الأعراض بالتزامن. إن الأدوية المضادة للاكتئاب تكون أيضاً خياراً ممتازاً عندما تكون هناك حاجة للأدوية لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدي المراهقين أو البالغين المعرضين لخطر إساءة استخدام الأدوية والعقاقير، سواء بشكل مباشر أو عن طريق إتاحة الدواء للآخرين (عن طريق بيعه مثلاً). ويؤثر عمل الأدوية المضادة للاكتئاب على مركز الثواب (أو المكافأة) بالمخ brain reward center بدرجة قليلة. ولهذا السبب فإنه ليس هناك احتمال معروف لأن يساء استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب، كما أنها غير مدرجة بوجه عام في جدول المواد المخدرة.

١- الأتوموكسيتين Atomoxetine

إن الأتوموكسيتين - من الناحية الفنية - ليس عقاراً مضاداً للاكتئاب antidepressant. على أنه قد تم تطويره ليكون عقاراً مضاداً للاكتئاب، وهو ابن عم قريب لدواء مماثل هو الريبوكستين Reboxetine، الذي هو عقار شهير مضاد للاكتئاب (غير متوافر في الولايات المتحدة الأمريكية). ولأن تأثيرات الأتوموكسيتين المضادة للاكتئاب لم تكن تفوق تأثيرات المركبات الأخرى الموجودة في السوق، تم اتخاذ قرار بعدم السعي إلى الحصول على موافقة عليه

كعقار مضاد للاكتئاب. ومع ذلك ولأنه ثبت من قبل أن الأدوية التي تزيد ميل النورإبينفيرين إلى تحسين أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، فقد سعي مصنع الدواء وحصل على موافقة لتسويق الأتوموكسيتين (المتوافر في الولايات المتحدة الأمريكية باسم «ستراتيرا» Strattera) لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وفي الولايات المتحدة الأمريكية لا يتوافر أي بديل نوعي عام لعقار الأتوموكسيتين.

أدلة الكفاءة Evidence of efficacy: أجريت عدة تجارب عشوائية لبحث كفاءة الأتوموكسيتين بالمقارنة بدواء وهمي (جانيكاك وآخرون Janicak et al., 2006). من الواضح أن المركب يكون فعالاً لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. كما وجد أن الدواء فعال أيضاً لدى المراهقين، وأنه يلزم جرعة قدرها مج/كجم أقل لتحسين الأعراض (ميشيلسون وآخرون Michelson, 2001). ولأن أعراض فقدان الشهية لا تقترن بهذا الدواء، فإن بعض الأطباء يفضلونه ويستخدمونه كعلاج خط أول (أول علاج). ومع ذلك كشف تحليل بعدي لخمس مقارنات فردية عن أن الأتوموكسيتين ليس في مثل فاعلية الأدوية المنبهة (جيبسون، بيتينجر، باتل & كريمزون, Gibson, Betteger, Patel, & Crimson, 2006). ولهذا السبب يكون من الأفضل أن يستخدم هذا المركب عندما لا تكون الأدوية المنبهة ملائمة أو عندما لا يستجيب المرضى بصورة جيدة لاستخدامها.

وقد تم أيضاً بحث استخدام الأتوموكسيتين لدى الكبار البالغين، على الرغم من أنه قد تم إكمال عدد أقل من الدراسات. وحتى تاريخه تم فحص مئات المرضى في تجارب تمت فيها مقارنة الأتوموكسيتين بدواء وهمي، ووجد أن الأتوموكسيتين يتفوق على الدواء الوهمي (باركلي Barkley, 2006)، ولكن لم يتم إجراء أية مقارنات فردية (لدى الكبار) مع أدوية منبهة. ففي إحدى الدراسات، تمت دراسة أنماط الاستخدام لتحديد متى يصف الأطباء الأتوموكسيتين أكثر من الأدوية المنبهة (فان برانت، جونستون، بي، بول، & أوهارا Van Brunt, Johnston, Ye, Pohl, & O'Hara, 2006). وكشفت

الدراسة عن أنه من المحتمل أن يوصف الأتوموكسيتين كعلاج خط أول للبالغين من الذكور أكثر من الإناث، خاصة بالنسبة لأولئك الرجال الذين يعانون من حالات متزامنة (مثل الهياج أو الاكتئاب) أو المعرضين لخطر إساءة استخدام العقاقير. وبالنسبة للإناث، والذكور غير المعرضين لهذه الأخطار، كانت الأدوية المنبهة لا تزال هي الخيار الأول. وتؤكد هذه النتيجة أنه ربما يكون من الأفضل أن يتم استخدام الأتوموكسيتين عندما يظهر المرضى أخطاراً عند الخضوع للعلاج بالأدوية المنبهة أو عندما يدل نمط الأعراض المتزامنة على أنه يفضل استخدام دواء له بعض التأثير المقترض المضاد للاكتئاب.

وقد تمت أيضاً دراسة الأتوموكسيتين لدى المرضى الذين يظهرون أعراض اضطراب السلوك المعارض والمتحدي *Oppositional defiant disorder* و *Conduct disorder* ((ODD)) وقد كشف تحليل بعدي أجرى مؤخراً عن أن الأتوموكسيتين كان فعالاً بشكل خاص في علاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط مصحوباً باضطراب السلوك المعارض والمتحدي وأن خفض أعراض اضطراب السلوك المعارض والمتحدي لم يكن مجرد ثانوياً بالنسبة لخفض أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط وربما يكون قد ساهم في خفض أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (بيدرمان وآخرون Biederman et al, 2007). كما وجدت أيضاً نتائج مماثلة عند استخدام الأتوموكسيتين لعلاج المشكلات السلوكية (خاصة العدوان) والاكتئاب والقلق (تشينج، تشين، كو، & نيج، Cheng, Chen, Ko, & Ng, 2007). ومرة أخرى فإن هذه النتيجة تؤكد أن الأتوموكسيتين ربما يكون خياراً جيداً خاصة بالنسبة للمرضى الذين يظهرون أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط مصحوباً باضطراب السلوك المعارض والمتحدي، أو اضطراب المسلك، أو الاكتئاب أو الهياج، أو القلق.

الديناميكا الدوائية Pharmacodynamics: إن الأتوموكسيتين هو مثبط انتقائي لإعادة امتصاص النورإبينفيرين، وهكذا فإنه يستهدف أساساً وظيفة إفراز النورأدرينالين ويزيد النشاط في مسارات النورإبينفيرين، بما في

ذلك الأجزاء الجبهية والظرفية والدماعية المشاركة في إنتاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وعلى الرغم من أنه يعتقد أن النورإبينفيرين يلعب دوراً ثانوياً في اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، إلا أنه يبدو أن زيادة وظيفة إفراز النورأدرينالين تكون فعالة، رغم أنه يمكن التنبؤ بأن التأثير على الأعراض لا يكون واضحاً مثلما هو الحال عند استهداف مسارات الدوبامين بواسطة الأدوية (كما هو الحال مع الأدوية المنبهة). ولأن وظيفة إفراز النورأدرينالين تشتمل أيضاً على وظائف متنوعة لجذع الدماغ والجهاز العصبي السمبثاوي، فإن زيادة وظيفة إفراز النورأدرينالين في تلك المسارات تقترن ببعض الآثار الضارة (سيتم وصفها لاحقاً).

إن الدوبامين والنورإبينفيرين متماثلان جداً من الناحية الكيميائية. وفي الحقيقة يتم إنتاج النورإبينفيرين عند تحويل الدوبامين بواسطة إنزيم دوبامين بيتا هيدروكسيلاز (ستال Stahl، 2000). ورغم أن الأتوموكسيتين يكون انتقائياً للغاية بالنسبة للنورإبينفيرين عندما يثبط ناقل إعادة امتصاص، إلا أنه بعد التشابك قد يكون هناك بعض التفاعل بين الاثنين يتضمن الارتباط المتبادل لمستقبلات الدوبامين والنورإبينفيرين بعضهم ببعض. ولهذا السبب، وجد أن الأتوموكسيتين يزيد أيضاً عمل إفراز الدوبامين إلى حد ما، رغم أن التأثير يكون في أوضح صورته في القشرة الجبهية (بيزتشليبينك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007). وإذا عمل الأتوموكسيتين على زيادة نشاط إفراز الدوبامين في المسارات الجبهية والسودائية المخططة Frontal and nigrostriatal pathways، فمن المحتمل أن يساهم هذا التأثير في فاعليته في الحد من أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

الحركية الدوائية Pharmacokinetics: يتوافر الأتوموكسيتين فقط في كبسولات، ولم تتم دراسة تحويل التركيبة إلى دواء يعطى عن طريق الرش، ومن ثم يجب أن يكون المرضى قادرين على ابتلاع الدواء. وعند إعطاء الأتوموكسيتين، يبدأ مفعوله بسرعة، تبلغ بلازما الدم ذروتها بصورة واضحة في خلال ساعة إلى ساعتين. على أنه على خلاف الأدوية المنبهة، لا تكون تأثيرات الأتوموكسيتين

مباشرة أو فورية. ويجب إعطاء الأتوموكسيتين كل يوم، وتتضح التأثيرات الكلينية تدريجياً، عادة على مدار فترة تتراوح من أسبوع إلى أسبوعين. إن نصف عمر انطراح الدواء (طول المدة التي يستغرقها الجسم للتخلص من نصف الدواء) طويل بدرجة كافية حتى أنه يتم استخدام جرعة واحدة يومياً. ولأن الدواء يعطى يومياً، فإنه بعد استخدامه لمدة أسبوع يتم تحقيق حالة ثابتة، ويكون مستوى البلازما في الدواء ثابتاً ولا يتغير تغيراً كبيراً عند إعطاء جرعات إضافية. وهكذا فإن المرضى الذين يتعاطون الأتوموكسيتين لا يمرون بالقمم والأودية المقترنة بالأدوية المنبهة، ويرى التأثير خلال اليوم بأكمله. وهذا يعني أيضاً أن استخدام الأتوموكسيتين لا يخضع للتأثير الارتدادي الذي يرى عند استخدام المنبهات النفسية.

تحديد الجرعة Dosing: مثل المنبهات، يتم تحديد جرعة الأتوموكسيتين بوجه عام حسب وزن الجسم. وتبلغ جرعة البداية الموصى بها للأطفال ٥،٠ مجم/كجم يومياً، وإذا لم يلاحظ تأثير كاف بعد ١٠ أيام على الأقل، ينبغي زيادة الجرعة اليومية إلى ٨،٠ مجم/كجم. ويمكن زيادة الجرعة أكثر من ذلك كل أسبوعين أو نحوهما، وتبلغ أقصى جرعة ١،٤ مجم/كجم أو ١٠٠ مجم يومياً، أيهما أقل (بيزتشليبنيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries, 2007). وعلى الرغم من وجود بعض الأدلة القصصية (الأدلة المستنبطة من قصص المرضى) على كفاءة الجرعات التي تبلغ ١،٨ مجم/كجم (ميشيلسون وآخرون Michelson et al, 2001)، إلا أن هذه الجرعات لم تحظى بدراسات كافية، وقد تزيد الآثار الضارة. ولهذا السبب، تلاحظ بوجه عام الجرعات القصوى التي تبلغ ١،٤ مجم/كجم أو ١٠٠ مجم يومياً.

وبوجه عام لا يتم تحديد جرعات المراهقين والرجال حسب وزن الجسم. وعادة ما يتم العلاج بجرعة تبلغ ٤٠ مجم، ثم تزداد الجرعة بمقدار ٢٠ مجم كل حوالي أسبوعين إلا أن تصبح الاستجابة الكافية واضحة (بشرط أن تكون الآثار الضارة صغيرة). وتبلغ أقصى جرعة للبالغين ١٠٠ مجم يومياً (بيزتشليبنيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries, 2007).

الآثار الضارة Adverse effects: يتم تحمل الأتوموكسيتين بصورة جيدة بوجه عام. ويكون قمع الشهية أقل احتمالاً مما هو عليه مع الأدوية المنبهة، رغم أن بعض المرضى قرروا حدوث بعض النقص في الوزن أثناء خضوعهم للعلاج بالدواء (بيزتشليبينيك-باتلر & جيفريز & Bezchlibnyk-Butler Jeffries، 76). وقد يتم أخذ الدواء مع الوجبات أو بدون الوجبات، ولأنه يجب أخذ الأتوموكسيتين يومياً، لم تلاحظ أية تقلبات للشهية، صعوداً أو هبوطاً، ومن ثم فمن غير المحتمل أن يعوق الأتوموكسيتين الشهية لآية وجبة معينة (مثل الإفطار أو الغداء).

إن الأتوموكسيتين قد يعوق النوم، رغم أن هذا التأثير يتباين من مريض لآخر. فمعظم المرضى يمرون بزيادة في اليقظة، رغم أن التأثير لا يكون واضحاً بنفس درجة وضوحه مع المنبهات النفسية. على أن بعض المرضى يقررون حدوث تهدئة خاصة في بداية العلاج، ومن ثم يوصى بأخذ الدواء أحياناً عند الذهاب إلى الفراش.

وقد ترى بعض الآثار العارضة side effects لدى بعض المرضى في بداية العلاج. وبوجه عام تزول هذه الآثار بعد أول أسبوعين، وهي تشمل الدوخة والصداع والتعب dizziness, headaches and fatigue. وعادة ما تكون درجة شدتها خفيفة ولا تتسبب في توقف المرضى عن استخدام الدواء. وبالطبع إذا استمرت هذه الآثار وكان المريض يشعر بعدم الارتياح ينبغي النظر في استخدام دواء آخر.

إن الأتوموكسيتين يغير نشاط إفراز النورأدرينالين وكذلك نشاط إفراز الكولين في الجهاز العصبي بأكمله، بما في ذلك ليس فقط المخ والحبل الشوكي ولكن أيضاً الفروع المحيطة أو الطرفية. ونتيجة لذلك، يقرر بعض العملاء حدوث آثار ضارة مرتبطة بوظيفة القناة الهضمية. وتشمل هذه الآثار الغثيان nausea وجفاف الفم والإمساك constipation وألم البطن abdominal pain. وعادة ما تحل هذه المشكلات من تلقاء نفسها. وإذا استمرت، قد يتم تجريب جرعة أقل، أو سوف يلزم استخدام دواء مختلف.

وتقترن التغيرات في وظيفة إفراز النورأدرينالين أيضاً بآثار جانبية مرتبطة بالقلب والأوعية الدموية. فلدَى بعض المرضى اتضح أن الأتوموكسيتين يزيد من ضغط الدم ومعدل نبض القلب. وعلى الرغم من أن هذه التغيرات عادة ما تكون ثانوية، إلا أنه في حالات قليلة وجد أنها تكون كبيرة، بل ومهددة للحياة (سنال Stahl، 2006). وقد يكون من المهم بشكل خاص أن يراعى هذا التأثير مع المرضى النشيطين جداً من الناحية البدنية، مثل أولئك الذين يشاركون في الألعاب الرياضية التي تتضمن بذل مجهود قوي. فلدَى أولئك المرضى قد يسفر الأتوموكسيتين أحياناً عن سوء انتظام أو خلل وظيفة القلب والأوعية الدموية، وقد لا تخف الزيادة في النبض وضغط الدم المتزامنة للنشاط البدني بشكل ملائم بعد توقف النشاط.

وفي العادة لا ينبه الأتوموكسيتين الفرع السمبثاوي للجهاز العصبي المركزي. وهكذا فإن زيادة القلق تكون أقل احتمالاً بكثير، وغالباً ما يستخدم الدواء مع المرضى الذين يظهرون أعراض اضطراب نقص انتباه - فرط نشاط وقلق متزامنة. ومع ذلك فقد يمر أقلية من المرضى بزيادة في العصبية والقلق. وعندما يحدث ذلك، يوصى بالانتظار ورؤية ما إذا كانت هذه الأعراض تزول. وإن لم تخف هذه الأعراض قد يتم تجريب جرعة أقل، أو سوف يلزم استخدام دواء مختلف.

إن الأتوموكسيتين قد يظهر خطر تشنجات حركية لا إرادية أقل بكثير، ويستخدم أحياناً مع المرضى الذين نموا تشنجات حركية لا إرادية أثناء خضوعهم للعلاج بالأدوية المنبهة. وفي الحقيقة يستخدم الأتوموكسيتين أحياناً مع المرضى الذين يظهرون أعراض اضطراب نقص انتباه - فرط نشاط وتشنجات حركية لا إرادية متزامنة، وعلى ما يبدو تتحسن كل من مجموعتي الأعراض (لويس وآخرون Lewis et al، 2003). على أنه قد تم التعرف على تقارير حالة لمرضى نموا تشنجات لا إرادية عند الخضوع للعلاج بالأتوموكسيتين (بيزتشليبنيك-بانلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007). وعند مواجهة

نمو التشنجات اللا إرادية يجب وقف استخدام الأتوموكسيتين، وينبغي تجريب دواء آخر.

ويتم التمثيل الغذائي (metabolized) لمادة الأتوموكسيتين بواسطة إنزيم السيتوكروم بي ٤٥٠ Cytochrome P450 الذي يفرزه الكبد. وبالتحديد فإن إنزيم 2D6 هو المسئول الرئيسي عن عملية الأيض، ويساهم الإنزيم 2C19 في عملية الأيض هذه بدرجة ثانوية. ولهذا السبب فإن أية أدوية تغير نشاط إنزيم السيتوكروم بي ٤٥٠ من المحتمل أن تغير مستوى الأتوموكسيتين في النظام. إن الأدوية التي تستحث هذا الإنزيم سوف تقلل فاعلية الأتوموكسيتين، والأدوية التي تكبح الإنزيم سوف تزيد تأثير الأتوموكسيتين وقد تزيد خطر التسمم. ويلزم متابعة جرعة الأتوموكسيتين بعناية عند استخدام أدوية أخرى أيضاً.

وبالإضافة إلى ذلك، فقد اتضح أن الأتوموكسيتين يسفر عن مشكلات خطيرة بالكبد لدى أقلية صغيرة من المرضى. فقد تم الإبلاغ عن حالات تلف شديد بالكبد (بيزتشليبنيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007). وفي جميع الحالات أُبطل التلف عند التوقف عن تعاطي الأدوية، ولم يتم الإبلاغ عن أية وفيات. على أن المرضى الذين يتعاطون هذا الدواء ينبغي أن يخضعوا لفحص أساسي لوظائف الكبد في بداية العلاج وعمليات فحص دورية لوظائف الكبد طوال الفترة التي يوصف فيها استخدام الأتوموكسيتين.

ويجب مناقشة أثر ضار آخر. فمثل كل مضادات الاكتئاب الموجودة حالياً في السوق، أقترن الأتوموكسيتين بزيادة كبيرة في الميول الانتحارية لدى المرضى الذين يتعاطون هذا الدواء ويظهرون أعراض اكتئاب. ولهذا السبب فإن الأتوموكسيتين، مثل كل دواء مضاد للاكتئاب، يحمل تحذير صندوق أسود (تحذيراً من الدرجة الأولى) Black-box warning صادر من إدارة الغذاء والدواء الأمريكية US Food and Drug Administration ويظهر على نشرة العبوة. وهذا الموضوع محل جدل إلى حد ما. صحيح أن نسبة صغيرة من المراهقين والبالغين الشبان يظهرون زيادة عارضة في الميل للانتحار بعد بدء العلاج بمضادات الاكتئاب لأول مرة. ويظهر خطر هذه الميول في أكبر

درجاته في الأسبوعين الأولين من الاستخدام (بيزتشليبنيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007). على أنه لم يتم الإبلاغ عن أية حالات انتحار فعلية، ويشير «الميل للانتحار» Suicidality إلى أفكار أكبر في الانتحار. ولم يتم التعرف على آلية هذا الأثر بالتحديد، ولكن مهنيي الصحة النفسية يعتقدون عامة أن زيادة الميل للانتحار ليست تفاقماً للاكتئاب ولكنها ثانوية بالنسبة للتنشيط السلوكي الذي قد يختبره بعض المرضى في وقت يكون فيه الاكتئاب لا يزال خطيراً ولم يبدأ بعد في الاستجابة للعلاج. ولم يكن الهدف من تحذير الصندوق الأسود هو إبعاد المرضى المحتملين عن استخدام الأدوية، ولكن البعض رأوا أن التحذير قد أسفر عن انخفاض استخدام مضادات الاكتئاب مع أولئك الذين يحتاجونها، لأن المرضى وأسرهم يخشون بدء العلاج بالأدوية. وفي الحقيقة أنه تم تقرير حدوث زيادة في معدلات الانتحار منذ إدخال تحذير الصندوق الأسود، وانخفضت معدلات إصدار تذاكر طبية أو روصات بمضادات الاكتئاب (لاينبيرري، بوستويك، بيب، & ديكر Lineberry, Bostwick, Beebe, & Decker، 2007).

وأخيراً وبسبب علاقة الأتوموكسيتين بمضادات الاكتئاب، فإنه يقترن بخطر صغير لحدوث أعراض الهوس الخفيف أو أعراض الهوس (ستال Stahl، 2006). إن المرضى الذين تكون لديهم ميول لأعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب أو الهوس الاكتئابي Bipolar disorder قد عرف عنهم أنهم يظهرن تحولاً من أعراض الاكتئاب إلى أعراض الهوس أثناء خضوعهم للعلاج بمضادات الاكتئاب. ويقترن الأتوموكسيتين أيضاً بهذا الخطر، ولكن يكون معدل حدوث هذه المشكلات نادراً جداً.

٢- البوبروبيون Bupropion

إن البوبروبيون هو عقار مضاد للاكتئاب يصنف كمتببط لإعادة امتصاص النورإبينفرين والدوبامين. وهو موجود بالسوق منذ العقد الثامن من القرن العشرين وتصدق عليه إدارة الغذاء والدواء الأمريكية كعلاج للاكتئاب والاضطرابات العاطفية الموسمية. ويتم تسويقه تحت الاسم التجاري «ويلبوترين»

Wellbutrin ذي المفعول الفوري، كما تتوافر أيضاً إصدارات من الدواء تحت اسم «ويلبوترين» ذي المفعول المستديم و «ويلبوترين» ذي المفعول الممتد، وجميع الإصدارات الثلاثة متوافرة كعقاقير مكافئة جنيسة generics. وفي عام ١٩٩٧، صدقت إدارة الغذاء والدواء الأمريكية أيضاً على البوبروبيون كعلاج للإقلاع عن التدخين، ولهذا السبب يتم تسويقه تحت اسم «زيبان» Zyban. إن النوميفينزين Nomifensine (ميريتال Merital) عقار مضاد للاكتئاب مماثل للبوبروبيون. ولا يتم تسويقه في الولايات المتحدة ولكنه متوافر في أنحاء أخرى من العالم.

أدلة الكفاءة Evidence of efficacy: لقد تم إثبات كفاءة البوبروبيون كمضاد للاكتئاب لدى البالغين بشكل جيد، وبالمثل وجد أن الدواء فعال في علاج الاكتئاب لدى الأطفال (فاجنر Wagner، ٢٠٠٤). وقد أوضحت عدة دراسات أن البوبروبيون فعال أيضاً في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى الأطفال (بيدرمان & سبنسر Biederman & Spencer، 2002). وقارنت دراسة صغيرة واحدة البوبروبيون رأساً برأساً بالأدوية المنبهة ووجدت كفاءة مماثلة (مانشادي، ليبمان، أودانيال، & بلاكمان Manshadi، Lippman, O'Daniel, & Blackman، 1983)، ولكن بوجه عام يوجد عدد قليل من المقارنات المباشرة. على أن نتائج الدراسات البحثية تكشف أيضاً أن البوبروبيون فعال في علاج أعراض الاضطرابات المتزامنة لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والاكتئاب لدى الأطفال (ديفيس، بنتيفوجليو، & راكوسين Daviss, Bentivoglio, & Racusin، 2001). وبالإضافة إلى ذلك، وبسبب بعض المخاطر (التي سنناقشها في وقت لاحق)، فإن البوبروبيون له سقف جرعة منخفض نسبياً. ولهذا السبب، عادة لا ينظر إلى البوبروبيون كعلاج خط أول لأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ولكن بالنسبة لأولئك الذين يظهرون اكتئاب أو هياج agitation مصاحب، قد يكون خياراً جيداً. وقد تم أيضاً بحث استخدام البوبروبيون لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى البالغين، وتوجد بعض الأدلة التي تدعم كفاءته

(ماتس Mattes، 1986). ورغم أن معظم الدراسات كانت عبارة عن تجارب مفتوحة، أكدت دراسة مضبوطة عشوائية أيضاً كفاءة البوبروبيون (وايلنز وآخرون Wilens et al، 2001). وبالمثل وجداً أيضاً أن النومييفينزين فعال بالنسبة للبالغين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (شيكيم، ماسترسون، كانتويل، حنا، & ماكراكين Shekim, Masterson, Cantwell, Hanna, & McCracken، 1989). ولم يتم إجراء أية مقارنات فردية (على البالغين) باستخدام الأدوية المنبهة. وكما هو الحال مع الأطفال، ربما يراعى استخدام البوبروبيون لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى الرجال عند وجود أعراض اكتئاب متزامنة. على أن التداخل بين الاكتئاب واضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يكون عالياً ومرتفعاً بشكل خاص لدى البالغين، وذكر أحياناً أنه يصل إلى نسبة ٧٥٪ (رامزي & روستين Ramsay & Rostain، 2008). وهكذا فإنه يكون من الأكثر ندرة أن نلتقي نكراً لديه اضطراب نقص انتباه-فرط نشاط بحت، ويكون إظهار اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط مصاحباً للاكتئاب هو الأكثر شيوعاً. ولهذا السبب، قد يكون البوبروبيون خياراً جيداً بشكل خاص بالنسبة للرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

الديناميكا الدوائية Pharmacodynamics: إن البوبروبيون هو مثبط لإعادة امتصاص النورإبينفرين والدوبامين. وهو يستهدف في الأساس وظيفة إفراز النورأدرينالين ويزيد النشاط في مسارات النورإبينفرين في الأجزاء الجبهية والظرافية والماغية المشاركة في إنتاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وكما هو الحال مع الأتوموكسيتين، فإن زيادة وظيفة إفراز النورأدرينالين تكون فعالة في تقليل أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وإن كان ذلك بدرجة أقل. ولأن نفس مسارات النورإبينفرين هذه تكون مشاركة أيضاً في بعض أعراض الاكتئاب، فإن البوبروبيون يكون مضاداً فعالاً للاكتئاب. وعلى الرغم من أن وظيفة إفراز النورأدرينالين تشمل أيضاً وظائف متنوعة لجذع الدماغ والجهاز العصبي السمبتاوي، يبدو أن تأثير البوبروبيون

على هذه الوظائف لا يكون كبيراً مثل تأثير الأتوموكسيتين، ومن ثم فإن الآثار الجانبية لإفراز النورأدرينالين تكون أقل وضوحاً (كما سنصف في وقت لاحق). ورغم أن البوبروبيون يكون أكثر انتقائاً بالنسبة للنورإبينفيرين عندما يثبط ناقل إعادة امتصاص، إلا أنه يثبط أيضاً ناقل إعادة امتصاص الدوبامين بدرجة أقل ولكنها دالة. وبالتالي فإن البوبروبيون يزيد نشاط إفراز الدوبامين في المسارات الجبهية والسودائية المخططة، مستهدفاً بذلك أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بصورة أكثر مباشرة. ومن المحتمل أن يكون هذا التأثير مسئولاً عن معظم عملية الحد من أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، بما في ذلك كل من عدم الانتباه وفرط النشاط/الاندفاع، مع مساهمة زيادة وظيفة إفراز النورإبينفيرين بدور ثانوي (ولكنه مع ذلك هام).

الحركية النوائية Pharmacokinetics: يتوافر البوبروبيون فقط في أقراص، ولا يمكن تحويل التركيبة إلى دواء يعطى عن طريق الرش. ويجب أن يكون المرضى قادرين على ابتلاع الدواء. وعند إعطاء البوبروبيون، يبدأ مفعوله بسرعة، وتبلغ بلازما الدم ذروتها بصورة واضحة في خلال ساعة إلى ساعتين. ومع ذلك، وكما هو الحال مع الأتوموكسيتين، لا تكون تأثيرات البوبروبيون مباشرة أو فورية. ويجب إعطاء البوبروبيون كل يوم، وتتضح التأثيرات الكلينيكية تدريجياً، عادة على مدار فترة تتراوح من أسبوع إلى أربعة أسابيع. إن نصف عمر انطراح الدواء (طول المدة التي يستغرقها الجسم للتخلص من نصف الدواء) يبلغ حوالي ١٢ ساعة، ولكن الجسم يحول الدواء إلى مستقلب (أحد نواتج عملية الأيض) Metabolite نشط يستمر مدة أطول (بيزتشليبينيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007). ومع ذلك لا تزال التركيبات ذات المفعول الفوري والتركيبات ذات المفعول المستديم تتطلب في العادة جرعات تعطى مرتين في اليوم، ويمكن أخذ التركيبة ذات المفعول الممتد مرة واحدة يومياً، رغم أنه يوصى عامة بجرعات مقسمة (انظر مناقشة الآثار الضارة).

وكما هو الحال مع كل الأدوية غير المنبهة، ينبغي إعطاء البوبروبيون

يوميًا، ويتم تحقيق حالة ثابتة عندما يصبح مستوى البلازما في الدواء ثابتًا ولا يتغير تغيراً كبيراً عند إعطاء جرعات إضافية. وهكذا فإن المرضى الذين يتعاطون البوبروبيون لا يمرون بالتقلبات المقترنة بالأدوية المنبهة، ويرى التأثير خلال اليوم بأكمله، وهو ما يعني أيضاً أن استخدام البوبروبيون لا يخضع للتأثير الارتدادي الذي يرى عند استخدام المنبهات النفسية.

تحديد الجرعة Dosing: لا يتم تحديد جرعة البوبروبيون في العادة حسب وزن الجسم. وتبلغ جرعة البداية الموصى بها للأطفال ٧٥ مجم (المفعول الفوري)، أو ١٠٠ مجم (المفعول المستديم) مقسمة إلى جرعتين يوميًا، أو ١٥٠ مجم (المفعول الممتد) تؤخذ مرة واحدة يوميًا. وإذا لم يلاحظ تأثير كاف، يوصى بعد ٤ أسابيع بإمكانية زيادة الجرعة اليومية تدريجياً إلى ٤٥٠ مجم كحد أقصى يوميًا، على ألا تزيد أية جرعة واحدة عن ١٥٠ مجم (ستال Stahl، 2000). وهذا يعني أنه يلزم إعطاء جرعتين على الأقل يوميًا، وقد يلزم أن يأخذ بعض المرضى الدواء ثلاث مرات يوميًا.

وتعطى جرعات متماثلة للمراهقين والرجال. وعادة ما يبدأ العلاج بجرعة تتراوح من ٧٥ إلى ١٠٠ مجم مرتين يوميًا، وإذا لم تلاحظ استجابة كافية، يمكن زيادة الجرعة تدريجياً إلى ٤٥٠ مجم يوميًا في جرعات مقسمة. ويمكن تحديد جرعة التركيبة ذات المفعول الممتد بمرة واحدة يوميًا بحد أقصى للجرعة قدره ٣٠٠ مجم، رغم أنه إذا كانت الجرعة التي تبلغ ٤٥٠ مجم مرغوبة، سيلزم أخذ الدواء على الأقل مرتين يوميًا - جرعة قدرها ٣٠٠ مجم وأخرى قدرها ١٥٠ مجم (بيزتشليبنيك-باتلر & جيفريز Bechlibnyk-Butler & Jeffries، 2007).

الآثار الضارة Adverse effects: يتم تحمل البوبروبيون بصورة جيدة بوجه عام. ولا يلاحظ بوجه عام قمع للشهية، رغم أن بعض المرضى قرروا حدوث نقص صغير في الوزن أثناء خضوعهم للعلاج بالدواء (ستال Stahl، 2000). وقد يتم أخذ الدواء مع الوجبات أو بدون الوجبات، ولأنه يجب أخذ البوبروبيون يوميًا، لم تلاحظ أية تقلبات للشهية، صعوداً أو هبوطاً، ومن ثم فمن غير المحتمل أن يعوق الأتوموكسيتين الشهية لأية وجبة معينة (مثل الإفطار أو الغذاء).

وأحياناً يلاحظ حدوث اضطراب خفيف للمعدة وغثيان عند بدء العلاج بالدواء، وعادة ما يخفان بعد أسبوع أو أسبوعين.

إن البوبروبيون بوجه عام لا يعوق النوم، ويمكن أخذ جرعات مقسمة في الصباح ووقت النوم، رغم أن بعض المرضى (حوالي ١٠٪) قرروا حدوث أرق. ومن ناحية أخرى، قرر حوالي ٢٪ من المرضى حدوث نعاس وتخدّر، ومن ثم فإن هذا التأثير يتباين من مريض لآخر. ولا يمر معظم المرضى بأية زيادة مباشرة في اليقظة، ويكون هناك انخفاض واضح تدريجي في القابلية لتشتت الذهن. وتشمل بعض الآثار الجانبية العارضة الأخرى حالات الصداع وجفاف الفم (بيزتشليبنيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007). وعادة ما تكون هذه الآثار خفيفة ولا تجعل المرضى يوقفون العلاج. وبالطبع إذا استمرت هذه الآثار، وكان المريض يشعر بالضيق وعدم الارتياح، ينبغي التفكير في إعطاء دواء آخر.

وعلى الرغم من أن التغيرات في وظيفة إفراز النورأدرينالين غالباً ما تكون مقترنة بآثار جانبية في القلب والأوعية الدموية، إلا أن البوبروبيون في العادة لا يزيد ضغط الدم ومعدل نبض القلب (بيزتشليبنيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007). إن المرضى الذين يشاركون في ألعاب رياضية تتضمن بذل جهد قوي أو شديد يتحملون عامة الدواء بشكل جيد، وعادة لا يلحظ أي خلل في وظيفة القلب والأوعية الدموية.

إن البوبروبيون لا ينبه الفرع السمبثاوي للجهاز العصبي المركزي بدرجة كبيرة. وهكذا يكون حدوث القلق أقل احتمالاً بكثير، ونادراً ما تم تقرير حدوثه (ستال Stahl، 2000). وعندما يحدث هذا الأثر، يوصى بالانتظار ورؤية ما إذا كانت هذه الأعراض تزول. وإن لم تزول هذه الأعراض سوف يلزم استخدام دواء آخر.

إن خطر حدوث تشنجات حركية لا إرادية نتيجة تعاطي البوبروبيون يكون محدوداً جداً، وذلك على الرغم من وجود تقارير حالة بتفاقم التشنجات الحركية اللا إرادية (بيزتشليبنيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler

Jeffries & (2007). ولهذا السبب يستخدم البوبروبيون أحياناً مع المرضى الذين ينمون تشنجات حركية لا إرادية أثناء خضوعهم للعلاج بالأدوية المنبهة، على الرغم من أنه لم تتم دراسة فاعلية البوبروبيون مع المرضى الذين يظهرون أعراض اضطراب نقص انتباه - فرط نشاط وتشنجات حركية لا إرادية متزامنة. وفي الحالات التي يبدو فيها أن البوبروبيون يعجل بحدوث تشنجات حركية لا إرادية، ينبغي وقف استخدام الدواء، وتجريب دواء آخر.

ويتم استقلاب أو تأييض البوبروبيون بواسطة إنزيمات السيتوكروم بي ٤٥٠ Cytochrome P450 المتعددة التي يفرزها الكبد، وهو ما يعني أنه عند استخدام البوبروبيون مع أدوية أخرى، يكون من غير المحتمل أن تتغير مستويات البلازما به. على أن البوبروبيون يثبط إنزيم 2D6 بدرجة ثانوية، ولذلك فإن مستويات بلازما الأدوية التي تعتمد على هذا الإنزيم لإحداث عملية الأيض قد تزيد إلى حد ما. وكما هو الحال دائماً، عند استخدام أدوية متعددة، يلزم متابعة كل الجرعات بعناية.

ومثل كل الأدوية المضادة للاكتئاب، يقترن البوبروبيون بزيادة صغيرة في الميل للانتحارية لدى المرضى الذين يتعاطون هذا الدواء ويظهرون أعراض اكتئاب. ولهذا السبب فإن البوبروبيون، مثل كل دواء مضاد للاكتئاب، يحمل تحذير صندوق أسود (تحذيراً من الدرجة الأولى) صادر من إدارة الغذاء والدواء الأمريكية US Food and Drug Administration ويظهر على نشرة العبوة. وعلى الرغم من أن نسبة صغيرة من المراهقين والبالغين الشباب يظهرون زيادة عارضة في الميل للانتحار بعد بدء العلاج بالدواء لأول مرة، إلا أنه لم يتم الإبلاغ عن أية حالات انتحار فعلية. وينبغي أن يتابع الكلينيكيون استجابة المريض بعناية ويتدخلون إذا ظهرت زيادة واضحة في أفكار أو خطط الانتحار. وعلاوة على ذلك، ومثل كل الأدوية المضادة للاكتئاب، يقترن البوبروبيون أيضاً بخطر صغير لحدوث أعراض الهوس الخفيف أو أعراض الهوس hypomanic or manic symptoms (ستال Stahl، 2006)، وقد يظهر بعض المرضى الذين تكون لديهم ميول لأعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب أو الهوس

الاكتئابي Bipolar disorder تحولاً من أعراض الاكتئاب إلى أعراض الهوس أثناء خضوعهم للعلاج بالدواء. ورغم تقرير هذا الخطر، إلا أنه يبدو أن حدوث مثل هذه المشكلات مع البوبروبيون يكون أكثر ندرة منه مع الأدوية الأخرى المضادة للاكتئاب (بيزتشليبينيك-باتلر & جيفريز & Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007).

وأخيراً يلزم أن يكون الكليينكيون على وعي ودراية بأثر جانبي محتمل آخر. إن البوبروبيون يقلل عتبة النوبات Seizure threshold ويظهر خطر حدوث نوبات أكبر بعض الشيء من الأدوية الأخرى المضادة للاكتئاب (ستال Stahl، 2006). ولهذا السبب، فإنه بعد إدخال البوبروبيون لأول مرة في ثمانينيات القرن العشرين (ستال Stahl، 2006)، تم سحبه من السوق واحتاج إلى مزيد من الدراسة. وأعيد إدخاله في عام ١٩٨٩ عندما اتضح أن الخطر يعتمد على الجرعة، وأن النوبات لدى المرضى الذين يخضعون لجرعات تبلغ ٤٥٠ مجم/يوم أو أقل نادرة جداً. ومن الواضح أيضاً أن التركيبة ذات المفعول الفوري تمثل خطراً أكبر إلى حد ما (ستال Stahl، 2006)، رغم أن خطر النوبات الكلي يقل عن ٢٪ (بيزتشليبينيك-باتلر & جيفريز & Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007). ومع ذلك، ولهذا السبب، تم إقرار جرعة يومية تبلغ ٤٥٠ مجم/يوم، ويتم الالتزام بحدود على الجرعات المفردة (كما سبق وأن ناقشنا).

إن هذا الأثر له مضامين بالنسبة للكليينكيين. أولاً- أن المرضى الذين يظهرون مخاطر نوبات معينة قد لا يكونوا مرشحين جيدين للبوبروبيون. ويشمل هؤلاء المرضى أولئك الذين لديهم تاريخ صرع (شخصي أو في الأسرة البيولوجية المقربة)، أو أولئك الذين يخضعون لعلاج بأدوية أخرى تزيد عتبة النوبات، أو أولئك الذين يظهرون مخاطر إضافية أخرى بسبب إصابة الرأس أو تاريخ سلوكيات تفرغ Purging behaviors (كما نرى في حالة النهيم Bulimia مثلاً)، وغيرها من العوامل الطبية الأخرى. وبالإضافة إلى ذلك، وبسبب فرض حدود على الجرعة بشكل صارم، فإن المدى العلاجي للبوبروبيون يكون أقل منه بالنسبة لمعظم الأدوية الأخرى. وعادة ما تبلغ الجرعة الفعالة حوالي ٣٠٠ مجم/

يوم، ولأن أقصى جرعة تبلغ ٤٥٠ مجم/يوم، فإن هناك مجال محدود لزيادة الجرعة عندما تكون هناك فقط استجابة جزئية واضحة. ولهذا السبب، فإن المرضى الذين لا يظهرون استجابة كافية يتم في العادة تحويلهم لأدوية أخرى.

٣- مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات Tricyclic Antidepressants

تشمل مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات Tricyclic antidepressants الأميتريببتيلين Amitriptyline (الإيلافيل Elavil)، والبروتريبتيلين Protriptyline (الفيفاكتيل Vivactil)، والإمبيرامين Imipramine (التوفرانيل Tofranil)، والنورتبرتالين Nortriptyline (الباميلور Pamelor)، والديسيبرامين Desipramine (النوربرامين Norpramin)، والتريميبرامين Trimipramine (السيرموننتيل Surmontil)، والكوميبيرامين Clomipramine (الأنافرانيل Anafranil)، والدوكسبين Doxepin (السينيكوان Sinequan). ورغم أن الأموكسابين Amoxapine (الأسيندين Asendin) والمابروتيلين Maprotiline (اللوديوميل Ludiomil) ليسا من المركبات الثلاثية الحلقات من الناحية الفنية، إلا أنه يتم في العادة تصنيفهما مع المركبات الثلاثية الحلقات، بسبب أوجه تشابههما في آلية العمل والتأثيرات الضارة. إن مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات موجودة في السوق منذ عقود عديدة، وجميعها متوافر في التركيبات المكافئة generic formulations. ولأنها تظهر آثار جانبية أكبر من مضادات الاكتئاب الأخرى، لا يتم في هذه الأيام استخدامها بكثرة. على أن أدلة الكفاءة مثبتة بشكل جيد. وهناك مرضى قد يوصى لهم باستخدام مضادات الاكتئاب لعلاج اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بسبب أعراض الاكتئاب المتزامنة. وإذا لم يستجيب هؤلاء المرضى للبوبروبيون أو الأتوموكسيتين (أو إذا لم يتحملوهما)، فإنهم ربما يكونون مرشحين جيدين لتجربة استخدام دواء ثلاثي الحلقات.

أدلة الكفاءة Evidence of efficacy: إن الإمبيرامين والديسيبرامين

والنورتبرتالين هي أكثر الأدوية الثلاثية الحلقات التي تمت دراستها في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وعرفت أدلة كفاءتها لعقود

(بيدرمان & سبنسر Biederman & Spencer، 2002). وقد أجريت أكثر من ٣٠ دراسة، معظمها كانت عبارة عن تجارب مضبوطة عشوائية، وتم إثبات وتأكيد الكفاءة مع أكثر من ١٠٠٠ طفل. وقامت ١٣ دراسة تحديداً بمقارنة الأدوية الثلاثية الحلقات بالأدوية المنبهة. ورغم أن معظمها وجد أن الأدوية المنبهة ذات كفاءة أفضل، إلا أن العديد منها وجد تحسناً متكافئاً، وأوضح عدد قليل منها تحسناً أكبر مع استخدام الأدوية الثلاثية الحلقات. وكما هو الحال مع مضادات الاكتئاب الأخرى، كان التحسن في أعظم حالاته عند علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والاكتئاب المتزامنة (هانت، منديرا، & كوهين Hunt, Minderaa, & Cohen، 1985). وبالإضافة إلى ذلك، أظهرت عدة دراسات لمضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات بشكل ثابت تحسناً قوياً لدى الأطفال الذين يعانون من تشنجات حركية لا إرادية متزامنة (بيدرمان & سبنسر Biederman & Spencer، 2002)، ويبدو أن البحوث التي أجريت مؤخراً تؤكد كفاءة الأدوية الثلاثية الحلقات مع هذا المجتمع الإحصائي (لاناو، زينر، سيفيلي، & هارتمان Lanau, Zenner, Civelli, & Hartman، 1992). وهكذا فإنه على الرغم من أن الأدوية الثلاثية الحلقات لا ينظر إليها على أنها علاج خط أول لأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، إلا أنها قد تكون خياراً جيداً بالنسبة للمرضى الذين يظهرون اكتئاباً أو تهيجاً متزامناً أو تشنجات حركية لا إرادية متزامنة.

وقد تم أيضاً بحث استخدام الأدوية الثلاثية الحلقات مع البالغين لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وتوجد بعض الأدلة التي تدعم كفاءتها (بيدرمان & سبنسر Biederman & Spencer، 2002). وقد أجريت تجارب مفتوحة وكذلك تجارب مضبوطة عشوائية، ولوحظ معدل استجابة يبلغ أكثر من الثلثين (باركلي Barkley، 2006). ولم يتم إجراء أية مقارنات فردية (على البالغين) مع الأدوية المنبهة. وكما هو الحال مع الأطفال، فإن استخدام الأدوية الثلاثية الحلقات لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى الرجال ربما يؤخذ في الاعتبار على أفضل نحو عندما تكون هناك

أعراض اكتئاب متزامنة واضحة. ولأن التداخل بين الاكتئاب واضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يكون عالياً بشكل خاص لدى البالغين، فقد تكون الأدوية الثلاثية الحلقات خياراً جيداً بشكل خاص بالنسبة للرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ولا يستجيبون بشكل ملائم للبوبروبيون أو الأتوموكسيتين.

الديناميكا الدوائية Pharmacodynamics: إن الأدوية الثلاثية

الحلقات تستخدم في الأساس مثبتات إعادة امتصاص النورإبينفيرين، ومن ثم فإن مفعولها يماثل إلى حد ما مفعول الأتوموكسيتين. وهي تزيد وظيفة إفراز النورأدرينالين وتنشط مسارات النورإبينفيرين في الأجزاء الجبهية والدماعية المشاركة في إنتاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ولأن النورإبينفيرين يلعب دوراً ثانوياً في أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، فإن زيادة وظيفة إفراز النورأدرينالين تسفر عن نتائج ليست في مثل وضوح النتائج التي يتم الحصول عليها عندما تستهدف الأدوية مسارات الدوبامين (كما في حالة الأدوية المنبهة). ولأن وظيفة إفراز النورأدرينالين تشمل أيضاً وظائف متنوعة لجذع الدماغ والجهاز العصبي السمبتاوي، فإن زيادة وظيفة إفراز النورأدرينالين في تلك المسارات تقتزن بالكثير من الآثار الضارة (كما سنصف في وقت لاحق).

إن الأدوية الثلاثية الحلقات ليست انتقائية بشكل خاص بالنسبة للنورإبينفيرين، كما أن التأثيرات المفرزة للدوبامين والسيروتونين تكون واضحة. ورغم أن الزيادة في السيروتونين لم تقتزن بالتحسن في أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، إلا أن تلك الأدوية الثلاثية الحلقات والتي يكون لها أيضاً بعض التأثير على الدوبامين تبدو فعالة جداً. وبالإضافة إلى ذلك، فإن النورإبينفيرين والوبامين متماثلان جداً من الناحية الكيميائية، وقد لوحظ الارتباط المتبادل لمستقبلات الدوبامين والنورإبينفيرين بعضهم ببعض. ولهذا السبب، فإن الأدوية الثلاثية الحلقات قد تزيد أيضاً نشاط إفراز الدوبامين في المسارات الجبهية والسودانية المخططة. ومن المحتمل أن يساهم هذا التأثير في

فاعلية الأدوية الثلاثية الحلقات في الحد من أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

الحركية الدوائية Pharmacokinetics: تتوافر الأدوية الثلاثية الحلقات في منتجات متنوعة ومختلفة تشمل الأقراص والكبسولات والشراب والمعلقات والمحاليل التي تؤخذ عن طريق الفم. وهذا التنوع يعطي العديد من الخيارات للمرضى الذين يعانون من صعوبات في ابتلاع الأدوية. إن الأدوية الثلاثية الحلقات تتباين في الوقت الذي تستغرقه في تحقيق أعلى مستويات بلازما - فبعضها يفعل ذلك في خلال ساعة إلى ٣ ساعات، بينما يستغرق البعض الآخر من ٤ إلى ٨ ساعات. ومع ذلك، وكما هو الحال مع مضادات الاكتئاب الأخرى، فإن وقت الوصول إلى الذروة لا يكون ضرورياً لأن التأثيرات لا تكون فورية، ويجب أخذ الأدوية الثلاثية الحلقات كل يوم لمدة ٨ إلى ٤ أسابيع قبل أن تصبح التأثيرات الكليينكية واضحة تدريجياً. إن نصف عمر انطراح الأدوية الثلاثية الحلقات يقترب من ٢٤ ساعة، ومن ثم تستخدم عامة جرعة واحدة يومياً. ولأن الأدوية الثلاثية الحلقات ينبغي أخذها يومياً، فإنه يتم تحقيق حالة ثابتة، ولا يتغير مستوى بلازما الدواء كثيراً مع الجرعات الإضافية. وهكذا لا تلاحظ التقلبات المقترنة بالأدوية المنبهة، ويرى التأثير خلال اليوم بأكمله. وهذا يعني أيضاً أن استخدام الأدوية الثلاثية الحلقات لا يخضع للتأثير الارتدادي الذي يرى عند استخدام المنبهات النفسية.

تحديد الجرعة Dosing: عادة ما يتم تحديد جرعة الأدوية الثلاثية الحلقات حسب وزن الجسم وأحياناً يتم التحقق من مستويات بلازما الدم. وبسبب التأثيرات الضارة الكبيرة، بما في ذلك التهذئة، يوصى بأن يبدأ الأطفال بأقل جرعة ممكنة مرة واحدة يومياً (عادة عند الذهاب للنوم)، وبعد ذلك تتم زيادة الجرعة تدريجياً بمقادير صغيرة كل ٣ إلى ٥ أيام (بيزتشليبنيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007). واعتماداً على المركب النوعي المستخدم، فإن الجرعة الفعالة تتراوح بوجه عام ما بين ٢ و ٥ مجم/كجم يومياً (بيدرمان & سبنسر Biederman & Spencer، 2002). وقد تمت

دراسة الجرعات الأعلى ولكنها لم تسفر عن فوائد إضافية. وإذا ظهرت كفاءة كافية بشكل واضح، يمكن سحب مستويات بلازما الدم لبحث ما إذا كان المريض يستقلب الدواء بصورة كاملة أكثر من المتوقع. واعتماداً على المركب، ينبغي أن تكون مستويات البلازما المستهدفة بين ١٥٠ و ١٠٠٠ نانومول nanomoles في اللتر (nmol/L)، أو حوالي ٤٠ إلى ١٠٠ نانوجرام nanograms لكل ميليلتر (ng/mL). ومن الواضح أن هذا مدى واسع، ويجب متابعة استجابة الفرد بدقة، خاصة في ضوء التأثيرات الضارة.

وتعطى جرعات متماثلة للمراهقين والرجال. وعادة ما يبدأ العلاج بأقل جرعة مساءً، ثم تزداد تدريجياً حوالي مرة كل أسبوع. وعادة ما ترى استجابة إيجابية مع الجرعات التي تبلغ حوالي ٢٠٠ مجم ديسبرامين يومياً، وحوالي ١٠٠ مجم نورترتالين يومياً، وحوالي ١٥٠ مجم ديسبرامين يومياً (باركلي Barkley، 2006). وبالطبع تتباين استجابة الفرد تبايناً كبيراً، وتكون المتابعة الدقيقة للاستجابة والتأثيرات الضارة مطلوبة ولازمة.

الآثار الضارة Adverse effects: إن الأدوية الثلاثية الحلقات تظهر آثار جانبية أكثر بكثير من مضادات الاكتئاب الأخرى التي ناقشناها حتى الآن. وبوجه عام لم يتم الإبلاغ عن حدوث قمع للشهية أو فقدان للوزن، وتشيع زيادة الوزن مع بعض المركبات النوعية (فمثلاً يزداد وزن حوالي ثلث عدد المرضى عند الخضوع للعلاج بالأميتريبتيلين). وبالإضافة إلى ذلك، ولأن الأدوية الثلاثية الحلقات تعرقل وتحجز نقل الكولين Cholinergic transmission، يكون الإمساك وجفاف الفم واضحين لدى حوالي ٣٠٪ من المرضى. وهذه الآثار تكون أحياناً مصحوبة برؤية مشوشة blurry vision وزيادة في التعرق (بيزتشليبنيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007). وعادة ما يكون للأدوية الثلاثية الحلقات تأثير مهدئ sedating، كما أن جرعاتها عادة ما تعطى في المساء. ورغم أن هذا التأثير ربما يكون من المحتمل مفيداً، خاصة بالنسبة لأولئك الذين يظهرون مشكلات في النوم، إلا أنه يعني أيضاً أن المرضى الذين يبدأون العلاج بالدواء في البداية يجب أن يتعاملوا

مع عدة أيام يشعرون فيها بالنعاس أثناء تعود الجسم على الدواء، وتدرجياً يصبح هذا التأثير أقل وضوحاً، ويخف التخدر، ولكن يظهر بعض المرضى تعباً على مدار الأسبوع الأول أو الأسبوعين الأولين، ثم لعدة أيام في كل مرة تتم فيها زيادة الجرعة. وتشمل الآثار الجانبية العارضة الأخرى حالات الصداع (بيزتشليبينيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007).

إن التغييرات في وظيفة إفراز النورأدرينالين تكون مقترنة بآثار جانبية في القلب، ويسبب استخدام الأدوية الثلاثية الحلقات تغييرات كبيرة في القلب والأوعية الدموية لدى العديد من المرضى. وتشمل هذه التأثيرات الدوخة وانخفاض ضغط الدم الانتصابي orthostatic hypotension وسرعة نبض القلب وخفقان القلب، وهذه التأثيرات تكون واضحة لدى نحو ٣٠٪ من المرضى (بيزتشليبينيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007).

وبالإضافة إلى ذلك، ولأن الأدوية الثلاثية الحلقات تعمل أيضاً على حجز وسد قنوات الصوديوم، فإننا نرى تأثيرات إضافية في القلب، تشمل تغييرات في أنماط إيقاع القلب تكون واضحة في رسومات القلب الكهربائية. ويظهر بعض المرضى حالة خلقية تطول فيها المسافات الفاصلة بين الموجتين كيو Q و تي T. ورغم أن هذه الحالة تكون خفيفة وغير خطيرة لدى معظم الأفراد، فإن بعض الأدوية (مثل الأدوية الثلاثية الحلقات) تزيد طول هذه المسافة الفاصلة أكثر وتؤدي إلى اضطرابات في نبض القلب. وبعض هذه الاضطرابات في النبض قد تكون قاتلة ومميتة، وقد تم الإبلاغ عن حالات وفاة مفاجئة في أطفال تم علاجهم باستخدام الأدوية الثلاثية الحلقات (لو & شاشر Law & Schacher، 1999). ولهذا السبب، يوصي معظم الأطباء بإجراء رسم قلب كهربائي أساسي أو قاعدي قبل العلاج ثم إجراء رسومات قلب كهربائية إضافية للتأكد من أنماط إيقاع القلب بعد بدء العلاج بالدواء.

وعلى الرغم من أن خطر حدوث تشنجات حركية لا إرادية يكون محدوداً جداً مع استخدام الأدوية الثلاثية الحلقات، إلا أنه تم الإبلاغ عن حدوث آثار حركية أخرى. فبعض المرضى يظهرون رعشة خفيفة مقترنة بالتغييرات في وظيفة

الجهاز خارج الهرمي Extrapyrimal function، وتم الإبلاغ عن حدوث بعض التغيرات الحركية في حوالي ١٠٪ من المرضى (اعتماداً على نوع الدواء الثلاثي الحلقات المستخدم). وعند مواجهة هذه التغيرات، ينبغي وقف استخدام الأدوية الثلاثية الحلقات، لأنه يكون هناك خطر نادر ولكنه خطير لحدوث خلل حركة متأخر، أي تغير دائم في وظيفة الحركة يقترن في العادة بمضادات الذهان التي تعطي لجيل الكبار (مثل الثورازين Thorazine).

إن استقلاب أو تأييض الأدوية الثلاثية الحلقات يتباين تبانياً كبيراً من مركب إلى آخر. فمعظمها يتم استقلابه أو تأييظه بواسطة إنزيمات السيتوكروم بي ٤٥٠ التي يفرزها الكبد، وبعضها يعتمد أساساً على إنزيم واحد، بينما يتم استقلاب أو تأييض البعض الآخر بواسطة إنزيمات عديدة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن العديد من الأدوية الثلاثية الحلقات يكون لها أيضاً تأثير على إنزيمات الكبد الأخرى، مما يعمل على تغيير مستويات بلازما الأدوية الأخرى التي قد يتم استقلابها أو تأييظها بواسطة هذه الإنزيمات. وينبغي أن يكون الكلينيكيون على درية ببروفيل إنزيمات السيتوكروم بي ٤٥٠ للمركب النوعي، ويلزمهم أن يتابعوا بدقة مستويات كل الأدوية الأخرى عند استخدام أدوية متعددة، خاصة بالنسبة للأدوية الثلاثية الحلقات التي تمنع وتثبط إنزيمات الكبد بدرجة كبيرة.

ومثل كل الأدوية المضادة للاكتئاب، تقترن الأدوية الثلاثية الحلقات بزيادة صغيرة في الميول الانتحارية لدى المرضى الذين يظهرون أعراض اكتئاب، وتحمل كل الأدوية الثلاثية الحلقات تحذير صندوق أسود (تحذير من الدرجة الأولى) ينطبق على كل مضادات الاكتئاب. وينبغي أن يتابع الكلينيكيون استجابة المريض بعناية ويتدخلون إذا ظهرت زيادة واضحة في أفكار أو خطط الانتحار. وعلاوة على ذلك، ومثل كل الأدوية المضادة للاكتئاب، تقترن الأدوية الثلاثية الحلقات أيضاً بخطر صغير لحدوث أعراض الهوس الخفيف أو أعراض الهوس (ستال Stahl، 2006)، وقد يظهر بعض المرضى الذين تكون لديهم ميول لأعراض الاضطراب الوجداني ثنائي القطب أو الهوس الاكتئابي تحولاً من أعراض الاكتئاب إلى أعراض الهوس. ومرة أخرى تكون المتابعة الدقيقة للجرعة

والاستجابة والآثار الضارة ضرورية.

٣- مضادات الاكتئاب الأخرى Other antidepressants

إن مضادات الاكتئاب بوجه عام تحدث تأثيراتها الكلينيكية عن طريق التغيرات في ناقلات عصبية أحادية الأمينات متعددة. وتشمل هذه الناقلات العصبية دوبامين الكاتيكولامين Catecholamines dopamine والنورإبينفيرين Norepinephrine وسيروتونين الإندولامين Indoleamine serotonin. وكما هو واضح من المراجعات السابقة، وجد أن مضادات الاكتئاب التي تعمل أساساً على زيادة نشاط مسارات إفراز الدوبامين والنورأدرينالين تكون فعالة في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وعلى العكس من ذلك، فقد افترض أن مسارات إفراز السيروتونين تساهم بدرجة أقل بكثير في أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ومن ثم فإننا لم نجد الأدوية التي تعمل أساساً بزيادة نشاط إفراز السيروتونين فعالة بشكل خاص في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (ميلبيرجر، بيدرمان، فاراوان، تشين، & جونز، Milberger, Biederman, Faraone, Chen, Jones & Jones، 1997). ومع ذلك وجد آخرون بعض الكفاءة مع استخدام الأدوية المفرزة للسيروتونين أو مع استخدام الأدوية التي تؤثر على السيروتونين وأحد أو كلا حمضي الكاتيكولامين (باركلي Barkley، 2006). ولدى البالغين بوجه خاص، حيث تشيع رؤية الاضطرابات المتزامنة مع الاكتئاب، قد يتم تجريب بعض هذه الأدوية، وينبغي أن يكون لدى الكلينيين على الأقل دراية أساسية بمضادات الاكتئاب الأخرى وفوائدها المحتملة في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين والنورإبينفيرين Serotonin

(and Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNEIs) : إن مثبتي إعادة امتصاص السيروتونين والنورإبينفيرين المعرفين باسم فينلأفكسين Venlafaxine (إيفكسور Effexor) و دولوكسيتين Duloxetine (سيمبالتا Cymbalta) مضادان للاكتئاب يصدان ويمنعان إعادة امتصاص كل من

السيروتونين والنورإبينفيرين. ويتوافر الفينلافاكسين كدواء مكافئ ولكن الدولوكسيتين لا يتوافر كدواء مكافئ. ويرى تأثير الفينلافاكسين أساساً في زيادة نشاط إفراز السيروتونين، وتكون الزيادة في إفراز النورأدرينالين ثانوية. ومن ناحية أخرى، فإن الدولوكسيتين يؤثر على كلا الناقلين العصبيين بالتساوي (ستال Stahl، 2006). وقد تمت دراسة فوائد الفينلافاكسين في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في عدة دراسات مفتوحة صغيرة على الأطفال وكذلك البالغين (باركلي Barkley، 2006). ورغم أنه تمت رؤية تأثيرات مفيدة بوجه عام، إلا أن معدلات التسرب كانت مرتفعة بسبب التأثيرات الضارة. ولم تتم حتى الآن دراسة تأثيرات الدولوكسيتين على أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، رغم أن بعض المرضى قرروا حدوث استجابة جيدة وتأثيرات ضارة كانت أقل وضوحاً من تلك التي تم اختبارها والمور بها عند استخدام الفينلافاكسين. ولأن مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين والنورإبينفيرين اتضح أنها فعالة في علاج أعراض كل من الاكتئاب والقلق، فإنها قد تكون خياراً للمرضى الذين يظهرون أعراضاً من كلا الفئتين بالإضافة إلى أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الدولوكسيتين يبشر بالخير عند استخدامه لعلاج الأفراد الذين يعانون من ألم مزمن، ومن ثم قد يتم تجريبه أيضاً مع المرضى الذين يظهرون أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والألم المزمن. ومع ذلك فإن استخدام مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين والنورإبينفيرين لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، بصرف النظر عن الاضطراب المصاحب أو المتزامن، يجب اعتباره تجريبياً.

ويتم بوجه عام أخذ مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين والنورإبينفيرين مرة واحدة في اليوم. وقد يكون الدولوكسيتين مخدراً ويتم أخذه عادة في المساء، في حين أن الفينلافاكسين قد يكون منشطاً بعض الشيء، ومن ثم يتم أخذه بوجه عام في الصباح. وتقترن مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين والنورإبينفيرين بتأثيرات ضارة متنوعة، تشمل جفاف الفم، والإمساك، والتعرق، وانخفاض

ضغط الدم الانتصابي، وأعراض مرتبطة بالمعدة والأمعاء (حالات الغثيان، الخ). ومعظم هذه التأثيرات تكون وقتية وعارضة وتتضاءل بعد الأسابيع القليلة الأولى من استخدامها. على أن مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين والنورإبينفرين (خاصة الفينلافاكسين) تقترن أيضاً بآثار جانبية جنسية بالنسبة لـ ٢٠٪ على الأقل من المرضى (بيزتشليبينك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007). وتشمل هذه الآثار حالات التأخر في الوقت المستغرق للوصول إلى نشوة الجماع وصعوبات أكبر في الوصول إلى نشوة الجماع. وتتباين استجابة الفرد، ولكن هذه المشكلة كانت سبباً رئيساً لتوقف الكثيرين عن مواصلة العلاج بالدواء.

مثبطات الأوكسيداز أحادي الأمين Monoamine Oxidase

(Inhibitors (MAOIs): إن مثبطات الأوكسيداز أحادي الأمين من أقدم مضادات الاكتئاب الموجودة في السوق. وكفاعتها في تحسين أعراض الاكتئاب والقلق مؤكدة بشكل جيد، وتحمل هذه الأدوية موافقة إدارة الغذاء والدواء الأمريكية على استخدامها لعلاج هذين الاضطرابين.

وتتوافر أنواع فرعية متنوعة من مثبطات الأوكسيداز أحادي الأمين. وأقدم هذه الأنواع الفرعية هي مثبطات الأوكسيداز أحادي الأمين الكلاسيكية، والإيزوكاربوكسازيد Isocarboxazid (الماربلان Marplan)، والفينيلزين Phenelzine (النارديل Nardil)، والترانيلسيبرومين Tranylcypromine (البارنات Parnate)، وجميعها متوافر في مركبات مكافئة generic. وتعتبر هذه الدوية لا انتقائية لأنها تستهدف كلاً من نوعي إنزيم الأوكسيداز أحادي الأمين (النوعين «أ» و «ب»). وهي أيضاً غير قابلة للعكس، لأنها تدمر إنزيم الأوكسيداز أحادي الأمين بصورة فعالة جداً حتى أن تأثيرها يعكس فقط عند التوقف عن أخذ الدواء ويتم إنتاج إنزيم جديد. إن مثبطات الأوكسيداز أحادي الأمين هذه هي أكثر الأدوية فاعلية، لأن مفعولها واسع وتكون التغييرات في نشاط الخلايا العصبية واضحة جداً. وقد أظهرت مثبطات الأوكسيداز أحادي الأمين هذه أيضاً بعض الكفاءة في تقليل أعراض اضطراب نقص الانتباه -

فرط النشاط (بيدرمان & سبنسر Biederman & Spencer، 2002). على أن مثبطات الأوكسيداز أحادي الأمين غير الانتقائية وغير القابلة للعكس هي أيضاً أكثر الأدوية خطورة ولها أكثر الآثار الجانبية شدة. ونتيجة لذلك، نادراً ما يتم استخدام هذه الأدوية.

إن إنزيم الأوكسيداز أحادي الأمين يشارك في تحقيق توازن مقدار الناقلات العصبية الأحادية الأمين التي تبقى في التشابك العصبي. وهو يدمر كل الهرمونات الأحادية الأمين بما في ذلك النورإبينفرين، مما يعمل على التخلص من الزيادة واحتمال التنبيه المفرط. وعندما تكون الزيادة في الناقلات العصبية مرغوبة، يمكن تدمير هذا الإنزيم، ونتيجة لذلك سوف يزيد توافر التشابك العصبي لكل الهرمونات الأحادية الأمين (بما في ذلك السيروتونين والدوبامين والنورإبينفرين) بدرجة كبيرة. ومع ذلك وبسبب تعطيل نظام تنظيمي رئيس، فإن إدخال كميات إضافية من مولدات هذه الناقلات العصبية يمكن أن يسفر عن زيادة سريعة في النقل العصبي المتشابك. وفي حالة النورإبينفرين، والذي يتم تجميعه وتركيبه من التيرامين، فإن هذه الزيادة قد تسفر عن أزمة ضغط مرتفع قد تؤدي إلى سكتة. ولأن التيرامين يتم الحصول عليه من أطعمة شائعة مثل الجبن وغيره من المنتجات الغذائية القديمة، فإن المرضى الذين يتعاطون مثبطات الأوكسيداز أحادي الأمين اللا انتقائية غير قابلة للعكس يجب أن يلاحظوا ويراعوا القيود الغذائية الصارمة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن مثبطات الأوكسيداز أحادي الأمين الأقدم لها أيضاً آثار جانبية قد يجدها الكثيرون مقلقة ومزعجة تشمل زيادة الوزن، والهياج، والصداع، وجفاف الفم، واضطراب المعدة والأمعاء، والرعشات، وانخفاض ضغط الدم الانتصابي.

وقد تم تطوير أدوية تستهدف إنزيمات الأوكسيداز أحادي الأمين بصورة أكثر انتقائية. فمثلاً، السيليجلين Selegiline (الديبرينيل Deprenyl الذي يتم تسويقه كآقراص إيلديبريل Eldepryl وكصقات سيليجلين جلدية) هو أحد مثبطات الأوكسيداز أحادي الأمين يستهدف بصورة انتقائية النوع «ب» من الإنزيم. ونتيجة لذلك، لا تقترن نوبة ارتفاع ضغط الدم بهذا الدواء، وتكون الآثار

الضارة (باستثناء الصداع) أقل شيوعاً بكثير. على أنه اتضح أن السيلاجين فعال كعلاج لأعراض مرض باركنسون في الأساس، رغم أنه تم تقرير استخدام إضافي له لعلاج الاكتئاب والقلق (ستال Stahl، 2000). وبالإضافة إلى ذلك، أظهر الديبرينيل تأثيرات منشطة وهو يستخدم أحياناً لأغراض غير مذكورة في النشرة الداخلية وذلك لعلاج أعراض مرض الخدار أو النوم القهري Nacrolepsy. وبوضع هذا الأمر في الاعتبار، قامت دراسة مفتوحة صغيرة ببحث استخدام الديبرينيل في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى البالغين (ويندر وآخرون Wender et al، 1985) ووجدت أنه فعال. وأكدت دراسة أحدث قائمة على تجربة عشوائية مضبوطة فاعليته عند استخدامه في شكل لصقات. على أنه تنقصنا دراسات أخرى، ومن ثم فإن استخدام هذا الدواء لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يعتبر تجريبياً.

وقد تم أيضاً تطوير مثبط آخر للأوكسيداز أحادي الأمين. إن الموكلوبيمييد Moclobemide مثبط غير قابل للعكس لإنزيم الأوكسيداز أحادي الأمين من النوع «أ». وهكذا فإنه حتى الآن هو المثبط الوحيد المتوافر لإنزيم الأوكسيداز أحادي الأمين من النوع «أ»، ولكن لا يتم تسويقه في الولايات المتحدة الأمريكية. وهو يباع في أماكن أخرى، تحت اسم ماناريكس Manerix مثلاً وذلك في كندا حيث يتوافر أيضاً كدواء مكافئ. ولأنه يثبط النوع «أ» من إنزيم الأوكسيداز أحادي الأمين، فإن له تأثيرات هامة في تحسين أعراض الاكتئاب والقلق. ولأنه مثبط غير قابل للعكس، فإن تأثيراته يسهل دحرجها بالوجود الإضافي لمولدات الإنزيمات الأحادية الأمين (مثل التيرامين Tyramine)، ومن ثم فإن الموكلوبيمييد لا يقترن بنوبة ارتفاع ضغط الدم ويتم بوجه عام تحمله على نحو أفضل من مثبطات إنزيمات الأوكسيداز أحادي الأمين غير القابلة للعكس. وقد دلت بعض نتائج البحوث على أن الموكلوبيمييد فعال في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى البالغين، خاصة عند وجود حالات مصاحبة أو متزامنة، ويتم تحمل الدواء بشكل جيد عامة (ويس، ويس، & هيشتمان Weiss،

Weiss, & Hechtman (2002). ولم يتم بحث الدواء على أفراد أصغر من سن ١٨ سنة (لعلاج اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أو غيره). إن الكلينيين الذين يمارسون في دولة يتوافر فيها الموكلوبيميديد قد يعتبرونه خياراً عملياً بالنسبة للرجال الذين يظهرون أعراض اضطراب نقص انتباه-فرط نشاط مصاحبة أو متزامنة مع القلق و/أو الاكتئاب.

مضادات الاكتئاب المفرزة للسيروتونين Serotonergic

Antidepressants: على الرغم من أن الأدوية التي تعمل بزيادة السيروتونين لا تعتبر بوجه عام فعالة في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (سبنسر، بيدرمان & وايلنز Spencer, Biederman, & Wilens, 2004)، إلا أنها مع ذلك لا تزال توصف للكثير من البالغين الذين يظهرون أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ومبرر هذه الممارسة مبني على التزامن والتلازم المرتفع بين اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والاكتئاب، خاصة لدى البالغين، والذي ذكر أنه يصل إلى نسبة ٧٥٪ (رامزي & روستين Ramsay & Rostain, 2008). فعندما يصبح الأولاد مراهقين، غالباً ما تتغير أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في طريقة ظهورها، وينمي العديد من العملاء إستراتيجيات تعويضية تقلل من الحدة أو الشدة الظاهرة للقابلية للتشتت وفرط النشاط/الاندفاع. على أنه إذا أظهر العميل أيضاً ميولاً للاكتئاب، فإن هذه الأعراض قد تزيد مع التقدم في العمر بسبب خبرة الفشل التراكمية والضغط الأكبر التي قد يواجهها البالغين الشباب النامون في الحياة. وهكذا فإنه بالنسبة للبالغين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من المحتمل لأن تتضاءل الأعراض الكلاسيكية لهذا الاضطراب على الأقل إلى حد ما بينما في الوقت ذاته تصبح أعراض الاكتئاب أكثر بروزاً.

إن مضادات الاكتئاب المفرزة للسيروتونين تنتمي لعدة مجموعات فرعية. وأكثر مضادات الاكتئاب المفرزة للسيروتونين التي يشيع وصفها للمرضى هي مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية Selective serotonin reuptake inhibitors، وهي تشمل الفلوكسيتين (البروزاك)

والباروكسيتين Paroxetine (الباكسيل Paxil)، والسيرترالين (Brozac) Sertraline (الزولوفت Zoloft)، والفلوفوكسامين Fluvoxamine (الوفوكس Luvox)، والسييتالوبرام/الإسييتالوبراك Citalopram/Escitalopram (السيليكسا Celexa والليكسابرو Lexapro). ومعظم هذه الأدوية متوافرة كأدوية مكافئة. وتشمل الأدوية المفرزة للسيروتونين الأخرى المثبطات المناهضة للسيروتونين-٢ أو مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين-٢-Serotonin antagonist/reuptake inhibitors (النيفازودون Nefazodone) الذي كان يتم تسويقه تحت اسم سيرزون Serzone ولكن يتم تسويقه حالياً كدواء مكافئ) والترازودون Trazodone (المتوافر باسم ترازودون أو كدواء جنيسي)، ومضاد الاكتئاب المفرز للنورأدرينالين/المفرز للسيروتونين المحدد Noradrenergic specific serotonergic antidepressant المعروف باسم ميرتازابين Mirtazapine (يتم تسويقه تحت اسم ريميرون Remeron، كما يتوافر أيضاً كدواء مكافئ).

وبوجه عام تعطى جرعة واحدة يومياً من مضادات الاكتئاب المفرزة للسيروتونين. ومعظمها لا يكون مسكناً أو مخدراً بوجه خاص، ولكن بعضها يؤدي إلى النعاس على الأقل في البداية، ومن ثم يتم إعطاء الجرعة وقت النوم. وبوجه عام يتم تحمل مضادات الاكتئاب المفرزة للسيروتونين بشكل جيد، ولكن بعض المرضى يعانون من جفاف الفم، والإمساك، والتعرق، وانخفاض ضغط الدم الانتصابي، وأعراض مرتبطة بالمعدة والأمعاء (حالات الغثيان، الخ). ومعظم هذه التأثيرات تكون وقتية وعارضة وتتضاءل بعد الأسابيع القليلة الأولى من الاستخدام. وتقترن مضادات الاكتئاب المفرزة للسيروتونين أيضاً بآثار جانبية جنسية تشمل حالات التأخر في الوقت المستغرق للوصول إلى نشوة الجماع وصعوبات أكبر في الوصول إلى نشوة الجماع. ومع معظم مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية (مثل الفلوكسيتين)، يعاني ٣٠٪ على الأقل من المرضى من هذه المشكلات (بيزنشليبينيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007)، رغم أن هذه المشكلة تكون أقل شيوعاً بعض

الشيء مع استخدام الإسييتالوبراك. وتتباين استجابة الفرد، ولكن الآثار الجانبية الجنسية هي سبب رئيس لتوقف الكثيرين عن مواصلة العلاج بالدواء. وبعض الأدوية المفرزة للسيروتونين الأخرى، مثل الميرتازابين والنيفازودون والترازودون، يكون احتمال وجود آثار جانبية جنسية لها أقل بكثير، ولكنها أكثر تسكيناً وتخديراً.

ثانياً- الأدوية المضادة لارتفاع ضغط الدم

Antihypertensive Medications

تستخدم مضادات ارتفاع ضغط الدم لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط منذ سبعينيات القرن العشرين، وأظهرت بعض الدراسات كفاءة كافية، رغم أنه لم يتم إجراء مقارنات فردية مع الأدوية المنبهة. وهناك أصناف من أدوية ارتفاع ضغط الدم تستهدف بالتحديد وظيفة إفراز النورأدرينالين، وهذه هي مضادات ارتفاع ضغط الدم التي يحتمل لأن تكون مفيدة في تقليل أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وتختلف الأدوية في الطريقة الخاصة التي تؤثر بها على عمل النورأدريبنفيرين، وجميعها يميل إلى أن يكون على الأقل مسكناً ومخدراً بعض الشيء. وسوف تستعرض هذه المناقشة بعض المركبات التي تم التأكد من كفاءتها النوعية في علاج اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

قد تعتبر مضادات ارتفاع ضغط الدم المفرزة للنورأدرينالين علاجات خط أول لاضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط عندما يشمل ظهور الأعراض قلقاً متزامناً أو تشنجات حركية لا إرادية متزامنة. وبالنسبة للمرضى الذين يكون لديهم بروفيل الأعراض هذا، قد تكون مضادات ارتفاع ضغط الدم المفرزة للنورأدرينالين خياراً أفضل من الأدوية المنبهة، لأن تائثيرات ديناميكيته الدوائية قد تكون قادرة على معالجة كل الأعراض - أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والقلق والتشنجات الحركية اللا إرادية - في أن واحد.

إن مضادات ارتفاع ضغط الدم المفرزة للنورأدرينالين تكون أيضاً خياراً ممتازاً عندما يلزم دواء لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط

لدى مراهق أو بالغ معرض لخطر سوء استخدام المواد، سواء بشكل مباشر أو بإتاحة الدواء للآخرين (مثل بيعه). ولا يؤثر عمل مضادات ارتفاع ضغط الدم على مركز الثواب أو المكافأة بالمخ. وفي الحقيقة أنه يشيع استخدام بعض هذه الأدوية لدى المرضى الذين يمرون بانسحاب الدواء من الجسم. ولهذا السبب، لا يكون هناك احتمال لأن يساء استخدام مضادات ارتفاع ضغط الدم، كما أنها غير مدرجة بوجه عام في جدول المواد المخدرة.

١- منبهات المستقبلات ألفا-٢ الأدرينالية

Alpha2- Adrenergic Agonists

إن الكلونيدين Clonidine والجوانفاسين Guanfacine هما منبهان ألفا-٢ اللذين تم استخدامهما لعلاج اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ويتم تسويقهما تحت اسمي كاتابريس Catapres وتينيكس Tenex على التوالي، ويتوافر كلاهما كمركيبن مكافئين. ويتوافر الكاتابريس أيضاً كلاصقة جلدية transdermal patch (لا يتوافر كمركب مكافئ). وقد تم استخدامهما في علاج اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لعدة عقود، وكشفت نتائج البحوث عن أنهما يكونان أحياناً فعالين. ومن الجدير بالاهتمام أنه على الرغم من أن هذه المجموعة الفرعية من الأدوية تشمل مركبات ارتفاع ضغط دم أخرى مثل الزيلازين أو الإكسيلازين Xylazine (مناظر للكلونيدين وبياع تحت اسم رومبون Rompun)، والديكسميديتوميدين Dexmedetomidine (بريسيديكس Precedex)، والتيزانيدين Tizanidine (زانافليكس Zanaflex)، واللوفيكسيدين Lofexidine (بريتلوفيكس BritLofex)، غير متوافر في الولايات المتحدة، إلا أن الكلونيدين والجوانفاسين هما المركبان الوحيدان اللذين اعتبر أنهما من المحتمل أن يكونا مفيدتين في علاج اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

أدلة الكفاءة Evidence of efficacy: عرف عن الكلونيدين لفترة طويلة

أنه يقلل على الأقل بعض أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وعلى الرغم من أنه قد تم إجراء عدة دراسات، إلا أن اثنتين فقط منهما تمت

فيهما المقارنة بدواء وهمي، وتمت فيهما دراسة أقل من ٢٠٠ طفل (بيدرمان & سبنسر Biederman & Spencer، 2002). وأظهرت النتائج فوائد في تقليل إزالة التثبيط أكثر من نقص الانتباه. بل أنه قد تمت دراسة الجوانفاسين بصورة أقل من الكلونيدين، وأجريت فقط ثلاث دراسات مفتوحة صغيرة. ودلت النتائج على وجود تأثيرات مفيدة على كل من فرط النشاط ونقص الانتباه (بيدرمان & سبنسر Biederman & Spencer، 2002).

ولدى البالغين لم تتم دراسة استخدام الكلونيدين لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ولكن قامت دراسة واحدة تمت فيها المقارنة بدواء وهمي ببحث استخدام الجوانفاسين لدى ١٧ مشاركاً ووجدت تأثيرات مفيدة (تايلور & روسو Taylor & Russo، 2001). كما قررت دراسات أخرى أيضاً بعض الفوائد لدى المرضى الذين يعانون من قلق أو عدوان متزامن (بيزتشليبنيك-باتلر & جيفريز Bezhlibnyk-Butler & Jeffries، 2007). وقد يكون الكلونيدين والجوانفاسين مفيدتين في التطبيقات المتخصصة التي تكون فيها الأدوية التقليدية غير ملائمة، ويكون التأثير المهدئ sedating effect لمنبهات ألفا-٢ منشوداً.

الديناميكا الدوائية pharmacodynamics: تعمل منبهات ألفا-٢ قبل التشابك العصبي presynaptically عن طريق حجز المستقبلات الذاتية للنورإبينفيرين. ويسفر هذا العمل عن نقص إفراز النورإبينفيرين، مما يفسر التأثيرات المضادة لارتفاع ضغط الدم للأدوية. وتشمل التأثيرات الذاتية التهدئة sedation وتناقص الحركة الزائدة hyperkinesis المقترنة بفرط النشاط hyperactivity، وكذلك نقص التوتر السيمبثاوي للجهاز الطرفي والذي يتم اختباره كنقص في العصبية أو القلق. وهكذا فإنه من الواضح أن الكلونيدين والجوانفاسين قد يكونان فعالين في علاج أعراض الاندفاع والنشاط المفرط أكثر من أعراض القابلية للتشتت.

وقد افترض ستال Stahl (٢٠٠٦) أن هناك تأثيرات إضافية مفهومة بصورة ضعيفة قد تكون مسؤولة عن بعض الأفعال النفسية المنشأ. وقد تعمل

منبهات ألفا-٢ أيضاً عن طريق الارتباط بمستقبلات ألفا-٢ الموجودة بعد التشابك العصبي، مما يسفر عن قدر محدود من التنبيه لمسارات النورإبينفيرين بعد التشابك العصبي. وقد يكون هذا واضحاً بشكل خاص في المخ وبصورة أقل في المسارات المتضمنة في تنظيم القلب والأوعية الدموية. بالإضافة إلى ذلك، قد يؤثر الكلونيدين (وربما الجوانفاسين) على مستقبلات الإيميدازولين Imidazoline receptors. فعن طريق تثبيط الساعي السيئوبلازمي Antiporter للصوديوم والهيدروجين، قد يتم حث تجميع الكاتيكولامينات، مما يزيد من توافر النورإبينفيرين والدوبامين في المخ. وقد تكون هذه الآلية مسؤولة عن التأثير على أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، بما في ذلك الانخفاض في النشاط المفرط والاندفاع وكذلك نقص الانتباه.

الحركية الدوائية pharmacokinetics: إن الكلونيدين والجوانفاسين

مهدئان خاصة عند إعطائهما لأول مرة، وينبغي أخذهما في البداية عندما لا تمثل التهدئة مشكلة وقد يكون مرغوباً، مثلاً وقت النوم. وبمرور الوقت، عندما يصبح الجسم معتاداً على التأثيرات المهدئة، عادة ما يؤخذ الدواء مرتين أو ثلاث مرات يومياً. ويلزم أخذ الكلونيدين والجوانفاسين يومياً لإحداث الأثر المنشود، ولا يتأثر عمل الدواء إذا أخذ مع الطعام.

إن الكلونيدين والجوانفاسين مركبان مفعولهما مباشر، وعادة ما يكون التأثير الكلينيكي واضحاً في غضون ساعة واحدة، وتكون ذروة بلازما الدم واضحة في خلال ٣ إلى ٥ ساعات. وعادة ما يستمر التأثير الكلينيكي لمدة ٦ إلى ٢٠ ساعة، وعادة ما يحتاج الأطفال على الأقل جرعتين يومياً للحصول على الأثر الكلينيكي على مدار اليوم. ويلزم استخدام اللاصقة لمدة ٣ إلى ٥ أيام قبل ملاحظة التأثيرات الكلينيكية الكبيرة، ويتم تثبيتها بالجلد لمدة ٢٤ ساعة يومياً. وغالباً ما تستمر تأثيرات الجوانفاسين فترة أقصر من فترة تأثيرات الكلونيدين، ومن ثم قد يلزم أخذ الجوانفاسين ثلاث مرات يومياً (بيزتشليبنيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007).

تحديد الجرعة Dosing: لعلاج أعراض اضطراب فرط النشاط-نقص الانتباه، عادة ما يتم تحديد جرعة الكلونيدين بمقدار ٣ إلى ١٠ ميكروجرام/كجم يومياً، أو ٠,٥ إلى ٠,٤ مجم/يوم. وتتوافر اللاصقات الجلدية بجرعات تبلغ ٠,١، ٠,٢، و٠,٣ مجم. ويتم تحديد جرعة الجوانفاسين بنسب أعلى، وتتراوح الجرعات المعتادة من ٠,٥ إلى ٠,٩ مجم/يوم (بيزتشليبنيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007). ومع كليهما يؤخذ الدواء في البداية وقت النوم، ثم يزداد تدريجياً إلى جرعتين أو ثلاث جرعات يومياً. وعادة ما يظهر البالغون استجابة كلينكية عند أخذ جرعات متماثلة، رغم أن الجرعات التي تصل إلى ٠,٦ مجم/يوم قد تكون مطلوبة (ستال Stahl، 2006). ومع الجوانفاسين، قد يلزم أخذ جرعات أعلى.

الآثار الضارة Adverse effects: إن الكلونيدين والجوانفاسين لا يسببان قمعاً للشهية أو نقصاً في الوزن. وفي الحقيقة أنه في بعض الحالات، تم الإبلاغ عن حدوث نقص في الوزن. وبخلاف ذلك، لا تقترن أية آثار جانبية مرتبطة بالمعدة والأمعاء بهذين الدوائين.

إن الصداع والدوخة من الآثار الجانبية العارضة الشائعة التي تكون واضحة في بداية العلاج. وهما يخفان ويزولان بوجه عام بعد أن يصبح الجسم متحملاً لتأثيرات مضادات ارتفاع ضغط الدم. كما تم أيضاً تقرير حدوث بعض التهيج وزيادة في أعراض الاكتئاب (بيزتشليبنيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007).

إن الكلونيدين والجوانفاسين يهدئان خاصة عند بدء العلاج. ولأنهما مضادان لارتفاع ضغط الدم، يكون انخفاض ضغط الدم من الآثار الضارة الشائعة في بداية العلاج، ويجب متابعة ضغط الدم بشكل متكرر. وعند استخدام الكلونيدين والجوانفاسين لعلاج أعراض اضطراب فرط النشاط-نقص الانتباه، يتم تحديد جرعاتهما بنسب أقل من النسب المستخدمة عند علاج ارتفاع ضغط الدم، وعند استخدام جرعات أقل ينمي المرضى تحملاً لتأثيرات انخفاض ضغط الدم، ويعود ضغط الدم تدريجياً إلى الخط القاعدي (ستال Stahl، 2006).

وعند استخدام الكلوئيدين والجوانفاسين للتحكم في أعراض اضطراب فرط النشاط- نقص الانتباه، ينبغي متابعة الجرعة بعناية للتأكد من عدم حدوث أية تأثيرات واضحة لانخفاض ضغط الدم.

ويمكن أن تكون الآثار المسكنة أو المخدرة للكلونيدين والجوانفاسين مفيدة أحياناً. وكما ناقشنا في الفصل السابق، يظهر بعض المرضى الذين يعالجون بالأدوية المنبهة تأثيراً ارتدادياً كبيراً أثناء ساعات المساء، وفي بعض الأحيان قد يعوق هذا التأثير الارتدادي النوم. ولهذا السبب، يوصي الأطباء بجرعة منخفضة من الكلوئيدين أو الجوانفاسين وقت النوم للمرضى الذين يعالجون بالأدوية المنبهة أثناء النهار. ولسوء الحظ، فإن هذه الممارسة ثبت أحياناً أنها خطيرة، وتم الإبلاغ عن حدوث بعض الوفيات (سيلفا، مونوز، & ألبرت، Silva, Munoz, & Albert, 1996). وكما ناقشنا فيما يتعلق بالأدوية الثلاثية الحلقات في بداية هذا الفصل، فإن هذا التأثير قد يكون ثانوياً بالنسبة للفروق الخلقية في طول المسافة بين الموجتين كيو Q و تي T، ويقترح إجراء متابعة باستخدام رسم أو مخطط القلب الكهربائي عندما ينظر الأطباء في الاستخدام المتزامن للأدوية المنبهة والكلونيدين أو الجوانفاسين (بيزتشليبنيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries, 2007).

ولا يقترن الكلوئيدين والجوانفاسين بالعصبية والقلق اللذين نراهما أحياناً عند استخدام المنبهات النفسية. وعلى العكس من ذلك، غالباً ما يستخدم هذان الدواءان لعلاج أعراض القلق، مثل مزيج اليقظة المفرطة والتهيج الذي نشاهده لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب توتر أو كرب ما بعد الصدمة. ولهذا السبب، قد يكون الكلوئيدين والجوانفاسين خيارين جيدين ينبغي أخذهما في الاعتبار بالنسبة للمرضى الذين يعانون من أعراض اضطراب فرط النشاط- نقص الانتباه والقلق المتزامنة، خاصة عندما تكون أعراض القلق ملحوظة جداً ومصحوبة بتهيج وعدوان.

ولا يطرح الكلوئيدين والجوانفاسين أية مخاطر تتعلق بحدوث تشنجات حركية لا إرادية. وفي الحقيقة يشجع استخدام كل من الدواءين لأعراض غير

مذكورة في النشرة الداخلية وذلك لعلاج التشنجات الصوتية والحركية اللا إرادية المقترنة بمتلازمة أعراض توريت Tourette's syndrome وغيرها من اضطرابات الحركات اللا إرادية، وتوجد أدلة بحثية هامة تدعم استخدام هذين الدواءين لعلاج التشنجات الحركية اللا إرادية (بيزتشليبنيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007). ولهذا السبب، يشيع وصف استخدام الكلونيدين والجوانفاسين للمرضى الذين يظهرون تشنجات حركية لا إرادية، سواء كانت أعراض اضطراب فرط النشاط-نقص الانتباه المتزامنة موجودة أو غير موجودة.

ولأن الكلونيدين والجوانفاسين مضادان لارتفاع ضغط الدم، يمكن أن يكون التوقف السريع عن مواصلة استعمال الدواء خطيراً. وعند استخدام هذين المركبين بجرعات صغيرة وقت النوم للتهديئة، لا تكون هناك تغيرات كبيرة واضحة في ضغط الدم. على لأنه إذا استخدم الدواء لإحداث تأثير على مدار اليوم، بجرعات متعددة يومياً، فمن المحتمل أن يؤدي التوقف السريع عن مواصلة استعمال الدواء إلى ارتفاع ارتدادي في ضغط الدم قد يكون خطيراً. ولهذا السبب، يجب التوقف عن استعمال الكلونيدين والجوانفاسين بصورة تدريجية جداً، بإنقاصه بنسب صغيرة على مدار عدة أسابيع.

٢- حاصرات المستقبلات بيتا Beta-Blockers

على الرغم من أن منبهات المستقبلات ألفا-٢ الأدرينالية هي مضادات ارتفاع ضغط الدم التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بعلاج اضطراب فرط النشاط-نقص الانتباه، إلا أنه تم في بعض الأحيان استخدام حاصرات المستقبلات بيتا النورأدرينالية أيضاً. إن البروبرانولول Propranolol (الإنديرال Inderal)، والبندولول Pindolol (الفيسكين Viskin)، والنادولول Nadolol (الذي كان يباع تحت اسم كورجارد Corgard ويتوافر الآن كدواء مكافئ فقط) هم حاصرات المستقبلات بيتا الوحيدة التي تمت دراستها حتى الآن. وفي حين أنه تتوافر العديد من المركبات الأخرى في هذه الفئة من مضادات ارتفاع ضغط الدم، إلا أنه لم تتم دراسة أي منها في علاج أعراض اضطراب فرط النشاط-

نقص الانتباه. وتتوافر جميع حاصرات المستقبلات بيتا كمركبات نوعية.

أدلة الكفاءة Evidence of efficacy: تمت دراسة البندولول في دراسة واحدة تمت فيها مقارنته بدواء وهمي وأجريت على ٥٢ طفلاً يعانون من اضطراب فرط النشاط-نقص الانتباه (سبنسر، بيدرمان، كيرمان، ستاينجارد، & ويلنز Spencer, Biederman, Kerman, Steingard, & Wilens, 1993). ولم يلاحظ حدوث تحسن في الوظيفة العقلية المعرفية (مثل نقص الانتباه)، ولكن لوحظ حدوث تحسن في فرط النشاط والاندفاع. وتمت دراسة النادولول لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط-نقص الانتباه مع عدوان مصاحب أو متزامن، ولوحظ تحسن في العدوان، ولكن لم تتضاءل أعراض اضطراب فرط النشاط-نقص الانتباه بدرجة كبيرة (سبنسر وآخرون Spencer et al., 1996). وتمت دراسة البروبرانولول في اضطراب فرط النشاط-نقص الانتباه مع عدوان مصاحب أو متزامن، ووجد أنه فعال في الحد من كل من مجموعتي الأعراض (سنجر وآخرون Singer et al., 1994). ودل تقرير آخر على أن حاصرات المستقبلات بيتا قد تكون فعالة بالنسبة للمرضى المقاومين للعلاج وتستخدم على أفضل نحو مع المنبهات النفسية (بيدرمان & سبنسر Biederman & Spencer, 2002).

الديناميكا الدوائية Pharmacodynamics: تؤدي حاصرات المستقبلات بيتا عملها طرفياً عن طريق حصر أو صد المستقبلات بيتا-١ داخل الجهاز القلبي الوعائي والجهاز التنفسي. إن آلية التأثير على الأعراض النفسية مفهومة بصورة ضعيفة. فحاصرات المستقبلات بيتا قد تحصر أو تصد إطلاق النورإبينفيرين مركزياً، مما يقلل بالتالي العمل المقترن بتنبيه الوظائف السيمبثاوية. ومثل منبهات المستقبلات ألفا-٢، قد تعمل هذه الأدوية أيضاً بالارتباط بالمستقبلات بيتا الموجودة بعد التشابك العصبي، مما يسفر بالتالي عن قدر محدود من التنبيه لمسارات النورإبينفيرين بعد التشابك العصبي في المخ.

الحركية الدوائية Pharmacokinetics: إن حاصرات المستقبلات بيتا تكون مهدئة أحياناً، وينبغي أخذها في البداية عندما لا تمثل التهدئة مشكلة

وقد يكون مرغوباً، مثلاً وقت النوم. وتستخدم في العادة جرعات صغيرة عند استهداف القلق الموقفي لعلاج المخاوف الخاصة أو المحددة مثلاً (مثل الخوف من التحدث لمجموعة من الناس أو لجمهور). وبمرور الوقت، عندما يعتاد الجسم على التأثيرات المسكنة أو المخدرة، يمكن أخذ الدواء في أي وقت، وعادة ما تحدد جرعة واحدة يومياً رغم أن عملية الأيض أو الاستقلاب تتباين من مريض لآخر، ويحتاج البعض جرعتين يومياً.

تحديد الجرعة Dosing: يتم تحديد جرعة حاصرات المستقبلات بيتا بصورة مختلفة اعتماداً على المركب النوعي. فالبروبرانولول تتم تحديد جرعته بوجه عام بنحو ١٢٠ مجم يومياً، ولكن عند استخدامه لمكافحة أعراض اضطراب فرط النشاط- نقص الانتباه، لزم إعطاء جرعات أعلى كثيراً تصل إلى نحو ٦٤٠ مجم يومياً (سنجر وآخرون Singer et al., 1994). ومن الواضح أنه ينبغي متابعة العلاقة بين الجرعة والاستجابة بدقة، ويلزم دراسة التأثيرات المرتبطة بالقلب والأوعية الدموية وغيرها من التأثيرات الأخرى.

الآثار الضارة Adverse Effects: تقترن حاصرات المستقبلات بيتا بآثار جانبية مماثلة للآثار الجانبية للكولونيدين والجوانفاسين. فقد يعاني المريض أحياناً من الصداع والدوخة، وعادة ما يخف أو ينحل هذان الأثران بعد أسابيع قليلة من العلاج. ويشيع التخذر ولكنه بالمثل يتلاشي بمرور الوقت. ويجب ملاحظة انخفاض ضغط الدم بدقة. ومن الجدير بالاهتمام، وربما لأن التخذر لا يكون واضحاً مثلما هو الحال مع الكولونيدين أو الجوانفاسين، لا تستخدم حاصرات المستقبلات بيتا عامة لوقف عمل التأثير الارتدادي المقترن بالأدوية المنبهة. وقد تتحسن أعراض القلق، وقد تكون حاصرات المستقبلات بيتا خياراً جيداً بالنسبة للمرضى الذين يعانون من أعراض اضطراب فرط نشاط-نقص انتباه وقلق و/ أو عدوان متزامنة. هذا ولم تتأكد فاعلية حاصرات المستقبلات بيتا في علاج التشنجات الحركية اللا إرادية. إن التوقف السريع عن مواصلة استعمال الدواء يمكن أن يكون خطيراً. وعند استخدام هذه المركبات بجرعات صغيرة لمعالجة القلق الموقفي، لا تكون هناك تغيرات كبيرة واضحة في ضغط الدم. على أنه إذا

استخدمت الأدوية بشكل منتظم، بجرعات يومية تسفر عن الوصول إلى الحالة المستقرة، فمن المحتمل أن يؤدي التوقف السريع عن مواصلة استعمالها إلى ارتفاع ارتدادي في ضغط الدم قد يكون خطيراً. ولهذا السبب، يجب التوقف عن مواصلة استعمال حاصرات المستقبلات بيتا بصورة تدريجية جداً، بإنقاص الجرعات بنسب صغيرة على مدار عدة أسابيع.

ثالثاً- الأدوية الأخرى

Other Medications

إن المنبهات النفسية، ومضادات الاكتئاب، ومضادات ارتفاع ضغط الدم هي فئات الأدوية المستخدمة في الأغلبية العظمى من الحالات. على أن بعض المرضى يقاومون العلاج ولا يستجيبون لهذه الأدوية. وبالإضافة إلى ذلك، لا يزال يلزم اكتشاف الآليات الأخرى التي قد تساهم في علاج أعراض اضطراب فرط النشاط- نقص الانتباه. ولهذا السبب، تم بحث فائدة المركبات الأخرى في علاج اضطراب فرط النشاط- نقص الانتباه.

١- الأدوية المضادة للذهان Antipsychotic Medications

تعمل الأدوية المضادة للذهان أساساً بحصر أو صد الجهاز الدوباميني (الجملة الدوبامينية) Dompaminergic system. ونتيجة لذلك، يتضاءل نشاط الدوبامين في المخ. إن مضادات الذهان «النمطية» التي تنتمي إلى الجيل القديم تتأهض نشاط الدوبامين في كل المسارات، مما يسفر بالتالي عن تفاقم أعراض اضطراب فرط النشاط- نقص الانتباه بدلاً من تحسينها. على أنها مسكنة أو مخدرة ولهذا السبب استخدمت هذه الأدوية أحياناً مع الأفراد الذين من المحتمل أن يكون قد تم تشخيصهم بأنهم يعانون من اضطراب فرط النشاط- نقص الانتباه، والذين أظهروا أيضاً عدواناً شديداً أو حاداً (كاستيلانوس وآخرون al Castellanos et al، ١٩٩٧). ومن المحتمل أن التخدر، أكثر من تأثيرات إفراز الدوبامين المحددة، كان مسؤولاً عن التحسن في العدوان، ويوجه عام لا يوصى باستعمال مضادات الذهان النمطية لعلاج الأفراد الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط-نقص الانتباه. ولأن مضادات الذهان التي

تنتمي إلى الجيل القديم تظهر تأثيرات ضارة كبيرة جداً وتفرض خطر حدوث ضرر دائم (يعرف باسم خلل الحركة المتأخر) لأجزاء المخ التي تتحكم في الجهاز الحركي، فإنه يندر في هذه الأيام استخدامها لأي غرض.

وقد أستخدم أحياناً جيل أحدث من مضادات الذهان «غير النمطية»، ويشكل أساسى مع الأفراد الذين يظهرون أعراض اضطراب فرط النشاط-نقص الانتباه مع أعراض اضطراب وجداني ثنائي القطب متزامنة (أو مشتبهاً فيها). وتعمل هذه الأدوية من خلال صد انتقائي لإفراز الدوبامين والسيروتونين يسفر عن نقص النشاط في المسارات الطرفية الوسطى، ولكن لا تأثير مسارات الدوبامين الأخرى، وبسبب الصد المقابل لإفراز السيروتونين قد يزيد نشاطها إلى حد ما. وهناك نقص في البيانات التي تدعم فاعلية هذه الأدوية في علاج أعراض اضطراب فرط النشاط-نقص الانتباه، ولكن مضادات الذهان غير النمطية موثقة جيداً كمثبتات فعالة للمزاج تستخدم مع الأطفال والمراهقين والبالغين، ولهذا السبب فإنها تستخدم أحياناً كأدوية مصاحبة للأدوية الأخرى عندما يظهر مريض يعاني من اضطراب فرط النشاط-نقص الانتباه اضطراباً مزاجياً كبيراً (أعراض هوس أو هوس خفيف أو هوس مختلط).

٢- مثبتات المزاج Mood Stabilizers

كما ناقشنا في البداية، يظهر بعض المرضى أعراض اضطراب نقص انتباه- فرط نشاط واضطراب مزاجي مرتبط بالهوس متزامنة. ولهذا السبب، تمت دراسة كفاءة مثبتات المزاج في علاج أعراض اضطراب فرط النشاط-نقص الانتباه. إن مثبتات المزاج التي تنتمي إلى الجيل القديم هي أدوية مضادة للصرع، وبعضها أظهر كفاءة في مكافحة أعراض الهوس أو الهوس الخفيف أو الهوس المختلط. ومن هذه الأدوية أجريت بحوث على الكاربامازيبين Carbamazepine (التيجريتول Tegretol)، ودل تحليل بعدي لعشر دراسات على أن هذا الدواء قد يكون فعالاً في مكافحة بعض أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (سبنسر، وايلنز، & بيدرمان Spencer, Wilens,

Biederman & Spencer، 1995؛ بيدرمان & سبنسر Biederman & Spencer، 2002). على أن الكاربامازيبين، مثل معظم مثبتات المزاج القديمة، له آثار ضارة كبيرة تجعل استعمال هذا الدواء غير عملي، خاصة في ضوء الأدوية الأخرى التي يكون لها على الأقل نفس الفاعلية في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أو اضطراب المزاج. ومن ثم يندر استعمال الكاربامازيبين مع الأفراد الذين يظهرون أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وحده أو متزامناً مع اضطرابات أخرى. وبالإضافة إلى ذلك، تظهر مضادات الذهان غير النمطية *atypical antipsychotics* أيضاً كفاءة كمثبتات للمزاج (وصدقت إدارة الغذاء والدواء الأمريكية على استعمالها لهذا الغرض). وبالتالي فإن هذه الأدوية تعتبر بوجه عام خيارات أفضل للاستعمال عندما يلزم استعمال مثبت للمزاج.

٣- الأدوية المضادة للقلق *Anxiolytic Medications*

إن أكثر الأدوية المضادة للقلق التي يشيع وصفها هي البنزوديازيبينات *Benzodiazepines* ومثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية *Selective serotonin reuptake inhibitors*. ولم يظهر أي منهما كفاءة في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ولكن البوسبيرون *Bupirone*، وهو مركب مشابه لمثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية، قد أظهر كفاءة في دراسة واحدة مفتوحة أجريت على ١٢ طفلاً يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (بيدرمان وسبنسر & Biederman & Spencer، 2002). وعلى الرغم من أن البوسبيرون يعمل أساساً من خلال آلية مفرزة للسيروتونين، إلا أنه افترض أن له تأثير متواضع على الجهاز الدوباميني ونشاط إقراز ألفا الأدرينالية. على أنه أجريت تجربة كلينكية تالية متعددة المواقع، وهذه التجربة لم تكشف عن كفاءة البوسبيرون (بيدرمان وسبنسر & Biederman & Spencer، 2002). وهكذا فإن استخدام البوسبيرون لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لا يعتبر تجريبياً.

٤- الأدوية المنبهة للكولين Cholinergic Medications

لقد قامت البحوث التي أجريت منذ عهد قريب ببحث عوامل أخرى قد تساهم في سوء تنظيم إفراز الدوبامين. إن الأسيتيلكولين Acetylcholine هو ناقل عصبي له علاقة معقدة بالدوبامين، وقد يكون كلاهما مسئولين عن تنظيم أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وبوجه عام فقد اتضح أن استثارة مستقبلات الكولين من النوع النيكوتيني تحسن الانتباه والذاكرة والوظائف التنفيذية لدى الأفراد الذين لا يظهرون أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (بيدرمان & سبنسر Biederman & Spencer، 2002). ومن ثم تم بحث استخدام النيكوتين لتحسين أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وأوضحت دراسة قصيرة أن استخدام لاصقات النيكوتين قد أسفر عن تحسن كبير في الذاكرة العاملة وأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (وايلنز وآخرون Wilens et al، 2001).

وبالإضافة إلى ذلك، بحثت بعض الدراسات فائدة استخدام دواء إيه بي تي-٤١٨ (ABT-418)، وهو عامل بحثي يثير مستقبلات الأسيتيلكولين من النوع النيكوتيني في الجهاز العصبي (بيدرمان & سبنسر Biederman & Spencer، 2002). ولأن دواء إيه بي تي-٤١٨ لا يستثير مسار المكافأة الموجود بالمخ بنفس الطريقة التي نراها مع النيكوتين، فإن خصائص الإدمان المقترنة باستخدام التبغ قد لا تكون واضحة. وهذا المركب يحمل بشرى ليس فقط بالنسبة لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ولكن أيضاً لعلاج الخرف.

رابعاً- ملخص

Summary

على الرغم من أن المنبهات النفسية تعتبر أدوية الخط الأول للمرضى الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، إلا أن بعضهم لا يتحمل هذه الأدوية أو يظهر استجابة محدودة. وهذا هو الحال خاصة عندما تكون هناك أيضاً ضرورة لعلاج أعراض مصاحبة مثل الاكتئاب أو القلق أو التهيج

أو التشنجات. ولهذه الأسباب تم استخدام العديد من الأدوية غير المنبهة لعلاج المرضى الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وقد أكدت الدراسات البحثية الكفاءة المحتملة للعديد من هذه المركبات.

ويحظى الأتوموكسينتين ومضادات اكتئاب مختارة بأفضل دعم كبدائل غير منبهة. وقد اتضح أن هذه الأدوية فعالة مع الأولاد والمراهقين والبالغين وتعطي ميزات عندما تحول الآثار الضارة دون استخدام المنبهات، أو عندما يكون هناك خطر التعرض لإدمان تعاطي (أو توزيع) المنبهات، أو عندما توجد أعراض اكتئاب مصاحبة. إن مضادات الاكتئاب توقف الأخطار المختلفة للآثار الجانبية بما في ذلك مشاكل القلب والنوبات ونقص الوزن والتسكين أو التهديئة، ويجب أن يقوم الكلينيكيون بالموازنة بين الفوائد المحتملة ومخاطر الآثار الضارة المقترنة بهذه الأدوية.

وعندما يكون هناك قلق كبير واضح و/أو تشنجات واضحة، قد تثبت فائدة أدوية خفض الضغط. وقد استخدم الكلونيدين Clonidine والغوانفاسين Guanfacine في العلاج الأحادي أو العلاج المصاحب أو المساعد لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لعدة عقود، رغم وجود دراسات قليلة بحثت كفاءتهما. إن آثار انخفاض الضغط ومشاكل القلب والتهديئة أو التسكين قد تمثل مشكلة، ومن المحتمل أن يكون التأثير على أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أقل وضوحاً. على أنه في الحالات التي لم تسفر فيها الأدوية الأخرى عن تأثيرات مفيدة، وتكون الأعراض المصاحبة مثل القلق و/أو التشنجات واضحة، قد تؤخذ هذه الأدوية في الاعتبار.

وقد تم القيام بمحاولات لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط باستخدام أدوية أخرى، وتوجد بيانات محدودة عن كفاءة مضادات الذهان أو مثبتات المزاج أو مضادات القلق. ويجب اعتبار هذه المركبات بحثية ولا ينبغي تجربتها كعلاج خط أول. ومنذ عهد أقرب بدأت المركبات المنبهة للكولين تظهر كفاءة، ولكن يلزم إجراء المزيد من البحوث قبل التوصية باستخدام هذه الأدوية.

الفصل الخامس عشر التدخلات الغذائية والعشبية

Nutritional and Herbal Interventions

لأن حالات العجز الوظيفي في مسارات إفراز الدوبامين Dopaminergic pathways ومسارات إفراز النورإبينفيرين Norepinephrine pathways في المخ هي السبب وراء الإظهار السلوكي لأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، فقد وجد أن الأدوية التي تزيد عمل أو نشاط الدوبامين والنورإبينفيرين تكون فعالة في معالجة هذه الأعراض. وكما استعرضنا في الفصلين السابقين، تتوفر أدوية عديدة متنوعة تشمل المنبهات ومضادات الاكتئاب وما إلى ذلك. على أن بعض العملاء يعارضون الأدوية، وعلى الرغم مما يبذله الكلينيكون من قصارى الجهد لمساعدتهم على فهم السبب في أن الأدوية ربما تكون مفيدة، إلا أنهم يرفضون مواصلة إتباع التوصيات التي توصيهم برؤية طبيب يصف لهم الدواء. وغالباً ما يكون هؤلاء العملاء أكثر تقبلاً للبدائل الطبيعية، وينبغي أن يكون الكلينيكون على دراية بفوائد وعيوب هذه المركبات.

أولاً- الأساس المنطقي

Rationale

على الرغم من شيوع وانتشار استخدام الأدوية إلا أن العديد من المرضى لا زالوا يشككون في أدوية الوصفات الطبية. وهناك أسباب معقدة لهذا التصور، بعضها أكثر مشروعية من غيرها. ومن المهم بالنسبة لمهنيي الصحة النفسية أن يكونوا قادرين على فصل الحقيقة من الخيال عند مناقشة تدخلات الطب الطبيعي مع عملائهم.

ويرتبط أحد أسباب هذا التشكيك بالمعلومات التي تظل متاحة عن تأثير صناعة الدواء على الدراسات التي تبحث فاعلية الأدوية. إن عملية تسويق دواء تكون متضمنة في الولايات المتحدة الأمريكية أكثر منه في أغلبية دول العالم. وبصراحة فإن هذا ربما يعني ضمناً أن الأدوية التي يتم تسويقها في الولايات المتحدة الأمريكية أكثر أماناً من تلك التي يتم تسويقها في أماكن أخرى وأن إدارة الغذاء

والدواء الأمريكية تسعى لقدر أكبر من بيانات السلامة والأمان قبل التصديق على العقار أو الدواء. على أن مصانع الأدوية في الواقع لها قدر كبير من النفوذ على أجزاء متنوعة وعديدة من هذه العملية. فعلى الرغم من أن إدارة الغذاء والدواء تتطلب ثلاث مراحل من الدراسات لبحث أمان وكفاءة الأدوية، إلا أنه لا توجد أية متطلبات تجبر مصانع الأدوية على رفع تقارير بكل نتائج البحوث لإدارة الغذاء والدواء (Food and Drug Administration (FDA)، وأصبح واضحاً بشكل متزايد أن مصانع الأدوية تجري العديد من الدراسات وتختار إعطاء نتائج الدراسات التي تدعم أمان الدواء وفعاليتها فقط لإدارة الغذاء والدواء. وبالتالي فإن الشعب يفقد الثقة في مزاعم الفاعلية المعلنة على نطاق واسع، وقد فقدت مصانع الأدوية قدراً كبيراً من المصداقية لدى الشعب الأمريكي.

ونتيجة لذلك، يتحول الكثير من العملاء للمكملات الغذائية والعشبية nutritional and herbal supplements. وغالباً ما ينظر إلى هذه المكملات على أنها بدائل عملية كانت موجودة لآلاف السنين وقد استخدمت لأغراض متنوعة في ثقافات كثيرة على مدار قرون عديدة. وهكذا فإنها لا بد أن تكون فعالة. على أن هذا الافتراض غالباً ما يكون غير دقيق. فعلى الرغم من أنه يجب إثبات كفاءة الأدوية من خلال إجراء دراسات تجريبية، إلا أن هذا المطلب لا يتم فرضه على المكملات الغذائية والعشبية إلا إذا تم تسويقها خصيصاً لعلاج مرض أو اضطراب موجود. ولأن المكملات الغذائية والعشبية لا يتم في العادة تسويقها خصيصاً لعلاج اضطراب محدد، فإنه يتم استثنائها من هذا المطلب، وقد مرت أغلبية المكملات بقدر ضئيل من البحث. وهكذا فإنه كثيراً ما تفترض كفاءة مركب أكثر من إثباتها وإقرارها. ويحاول الاستعراض الذي نقدمه في هذا الفصل مساعدة القراء على تحديد أي المكملات اتضح فاعليتها أيها يفترض فقط أو يتوقع أن تحظى (بقدر ضئيل من الدعم البحثي).

وعلاوة على ذلك، يجب أن يكون العملاء والكلينيكيون على دراية بالفروق والاختلافات في التسويق. فيمكن أن يعلن أن الأدوية التي تعالج فقط الحالة المحددة التي صادقت عليها إدارة الغذاء والدواء (ما يطلق عليه «استخدام

بتصريح «Label use). وعلى الرغم من أنه يتم تسويق الأدوية لعلاج حالة محددة، إلا أنه في البحوث التالية يتضح أحياناً أنها فعالة لعلاج اضطراب آخر. وبسبب التكلفة الصاعدة المتضمنة في تقديم طلب آخر لإدارة الغذاء والدواء، فإن معظم مصانع الأدوية لا تتجشم عناء تقديم هذا الطلب عالمة أن أي طبيب ربما يمكنه وصف أي دواء لعلاج أي اضطراب طالما أنه حسب الرأي المهني للطبيب يكون هناك احتمال جيد لأن يكون الدواء فعالاً. وعادة ما يكون هذا الاستخدام بدون تصريح مبنياً على توافر الدراسات البحثية التي تدعم استخدام الدواء لغرض محدد، رغم أن تصديق إدارة الغذاء والدواء الأصلي كان لغرض مختلف. فعلى سبيل المثال نجد أن أغلبية الأدوية التي تم استعراضها في الفصل السابق لا تصادق عليها إدارة الغذاء والدواء خصيصاً لعلاج اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ولا يمكن الإعلان عنها على أنها كذلك، ولكن يتم مع ذلك استعمالها في بعض الحالات لأن هناك أدلة بحثية تدعم كفاءتها.

إن الموقف مختلف مع المكملات الغذائية والعشبية. فعلى الرغم من أن هذه المركبات لا يمكن تسويقها لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط بدون تقديم أدلة على كفاءتها في علاج هذا الاضطراب، إلا أنه يمكن الإعلان عن أنها «تحسن الانتباه» improve attention أو تعطي فوائد أخرى مماثلة، طالما أنه لم يتم إصدار أي إدعاء محدد بأنها تعالج اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ومثال لذلك هو ممارسات تسويق مركب «فوكاس فاكثور» Focus Factor، وهو مركب فيتامين يفتقر إلى أية كفاءة موضوعية في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ومع ذلك يشيع بيعه «لتحسين الانتباه». ومن الواضح أن هذه الثغرة في اللوائح الحالية يستغلها بصورة ناجحة أصحاب مصانع المكملات الغذائية والعشبية، ويجب على العملاء أن يفهموا أنهم عليهم أن يتشككوا في مزاعم كفاءة المركبات الغذائية أكثر من تشككهم في مزاعم مماثلة بشأن الأدوية لا يتم تنظيم ممارسات الإعلان عنها بصورة صارمة.

إن عدم الرقابة على صناعة وبيع المكملات الغذائية والعشبية يفرض مشكلات إضافية. ولأن الأدوية التي تصرف بتذكرة طبية (وكذلك تلك المتاحة

بدون تذكرة طبية) تكون منظمة، يتم إلزام أصحاب المصانع بضمان احتواء الدواء المباع على القدر المضبوط من المركب الذي يتم إدراجه في الجدول. فمثلاً ٢٠ مجم من الميثيلفينيدات Methylphenidate يجب أن تحتوى على ما يقرب من ٢٠ مجم من المركب: ولأن سوق المكملات يترك لينظم نفسه، لا توجد مثل هذه الرقابة ولا يكون لدى العملاء أي سبيل لمعرفة ما إذا كانت كبسولة ٢٠٠ مجم من الإس-أدينوسيل ميثيونين (S-Adenosylmethionine (SAME) تحتوى فعلاً على ٢٠٠ مجم من المركب، أو لهذا الأمر، أي مقدار من ذلك المركب المحدد. وبالإضافة إلى ذلك، ولأن هذه المكملات لا تكون مسجلة ببراءة اختراع، فإن جرعات مماثلة من المركب من مصانع مختلفة من المحتمل أن تنحل بصورة مختلفة ويكون لها توافر بيولوجي مختلف. وهذا الاختلاف يجعل من غير الممكن جداً التنبؤ باستخدام المكملات.

وغالباً ما يكون لدى العملاء قلقاً بشأن أمان الأدوية التي تصرف بتذكرة طبية. وهذا هو بشكل خاص الحال مع بعض الأدوية التي يتم تسويقها خصيصاً لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، مثل المنبهات النفسية والأتوموكسيتين Atomoxetine. وقد تم تصوير المنبهات بوجه خاص في كثير من التغطية الإعلامية على أنها عقاقير خطيرة. وتم تشبيهها بالكوكايين والأمفيتامينات، وتم نشر مخاوف مبالغ فيها بشأن إمكانية إدمان هذه المركبات. وفي بعض التغطية الإعلامية تم استنتاج أن مستويات الآثار الجانبية التي ترى في إساعة استعمال الكوكايين والكريستال ميث Crystal Meths (الميتافيتامينات) لها صلة أيضاً بالريتالين Ritalin وما يرتبط به من أدوية. وهذه النظرة المشوهة لخطر المنبهات أسفرت عن خوف واسع الانتشار من هذه الأدوية. وقد استغل مصنعو عقاقير أخرى وأصحاب مصانع المكملات الطبية الطبيعية هذا الخوف. فمثلاً يتم تسويق الأتوموكسيتين ليكون بديلاً للمنبهات بافتراض أن الآثار الجانبية «الخطيرة» المقترنة بالمنبهات ليست خطراً مع هذا الدواء. وكما هو الحال في الغالب، فإن الحقيقة مختلفة عن الافتراض، فمثلاً يقترن الأتوموكسيتين بآثار جانبية أكثر خطورة من أي من المنبهات النفسية، وتكشف المراجعة الدقيقة لأي

مرجع شامل (مثل بيزشليبينايك-باتلر & جيفريز & Bezchlibnyk-Butler، Jeffries، 2007) عن أن المنبهات النفسية، كمجموعة، تظهر آثاراً جانبية أقل تكراراً وأقل خطورة من أية فئة أخرى من الأدوية ذات التأثير النفساني. ويلزم أن يدرك الكلينيكيون والعملاء أن التغطية الإعلامية تكون مبنية - في بعضها على الأقل - على النزعة الحسية للحكاية. فهي لا تصنع قصة شيقة لتقول أن المنبهات آمنة وفعالة وساعدت ملايين المرضى الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وهي تسفر عن قصة أكثر إمتاعاً وتشويقاً لتصوير جزءاً على مدار «٤٨ ساعة» عن أخطار المنبهات («خارج السيطرة»، ٩ نوفمبر، ٢٠٠١)، ومن المحتمل لأن تزيد نسبة مشاهدة مثل هذا العرض حتى إذا كانت الرسالة التي يتضمنها مشوهة إلى حد كبير.

وبسبب هذه المخاوف المبالغ فيها، غالباً ما يكون متوقعاً أن تكون المركبات الطبية الطبيعية أكثر أماناً. ومع ذلك فإن هذه المركبات عادة ما تكون مستخلصات نباتات أو غيرها من العناصر الطبيعية الأخرى، وأي شيء يأتي من الطبيعية يفترض أنه آمن. ويجب أن يتخلص الكلينيكيون من هذا التصور الخاطئ. فالمركبات الطبية الطبيعية بوجه عام ليست أكثر أماناً من الأدوية. وفي الحقيقة أن بعض أكثر المركبات القاتلة توجد بصورة طبيعية - مثل الرادون Radon والستركنين Strychnine والجيرومترين Gyromitrin (سم قاتل يشيع وجوده في عيش الغراب البري) وما إلى ذلك. إن الافتراض الخاطئ أن شيئاً ما يكون آمناً فقط لأنه يوجد طبيعياً يمكن أن يكون قاتلاً ومميتاً. وبالطبع فإن الكميات المتوافرة للبيع بوجه عام ليست بمثل هذه السمية، ولكنها مع ذلك تحمل أحياناً أخطاراً مماثلة لأخطار بعض الأدوية التي تصرف بتذكرة طبية. فعلى سبيل المثال، قد يسفر استخدام الكافا-كافا Kava-kava - وهو عقار مرخي ومهدئ يؤخذ أحياناً لعلاج أعراض القلق - عن تلف الكبد.

إن الأدوية التي تصرف بتذكرة طبية تكون منقاة ومكررة بدرجة كبيرة، ومعظمها يحتوي على مركب نشط واحد يتم فصله ودراسته بعناية. وحركتها الدوائية وديناميكيته الدوائية تكون مثبتتين، ويكون لدى المرضى معلومات

كثيرة متاحة عن ردود الأفعال الضارة المحتملة، ومقدار ما ينبغي أن يتعاطوه منها، وكم من الوقت سوف يستغرق الأمر قبل إمكانية توقع التحسن، وما إلى ذلك. وعلى النقيض من ذلك، فإن المكملات تكون غير مكررة وغالباً ما تحتوى على أعداد كبيرة من المركبات النشطة، جميعها تكون لها خواص حركة دوائية وديناميكا دوائية مختلفة، وهو ما يجعل من الأكثر صعوبة بكثير أن يتم التنبؤ بالأعشاب ودراساتها، لأن المكونات النشطة المنفصلة لا يتم فصلها ودراساتها بصورة فردية. وبوجه عام، فإن العملاء الذين يتعاطون المكملات يمكن أن يتوقعوا نطاق تأثير أوسع بكثير، ويمكن ملاحظة تغيرات ليس فقط في السلوكيات التي يستهدفها المكمل (مثل أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط) ولكن أيضاً في الكثير من ردود الأفعال الأخرى غير المرتبطة بها.

ولأن المكملات لم تخضع لقدر كبير من البحث، فإن دلالة استخدامها غالباً ما يتم إثباتها على نحو ضعيف. ولهذا السبب، يصعب تحديد الجرعة الفعالة، والطريقة التي ينبغي بها معايرة الجرعة، وبداية حدوث التأثير، ومدة أثر المادة. وعلى الرغم من أن بعض الدراسات قد تناولت هذه القضايا أو المسائل، إلا أن معظمها لم يفعل ذلك. وبالإضافة إلى ذلك، فإن البحوث المحدودة التي أجريت عادة ما كانت تجرى على البالغين أكثر من الأطفال أو المراهقين. وهكذا فإن الكلينيين الذين يخططون لاستخدام المكملات مع الأطفال أو المراهقين يجب عليهم بوجه عام أن يستندوا إلى بيانات البالغين.

إن المناقشة التالية تستعرض المركبات التي تم بحث أو افتراض فاعليتها في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ويتم استعراض نتائج الدراسات المتاحة وتقديم إرشادات عن استخدام المكملات مع الأطفال والمراهقين والرجال. كما تتم أيضاً مناقشة بعض المركبات التي يتم تسويقها على نطاق واسع لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ولكنها تفتقر إلى وجود أدلة معقولة على فاعليتها. وتقسم المركبات إلى فئات تضم المركبات ذات الفاعلية المثبتة، والمركبات التي يحتمل أن تكون فعالة، والمركبات التي من الممكن أن تكون فعالة، والمركبات التي لا ينبغي توقع فاعليتها.

ثانياً- المركبات ذات الفاعلية المثبتة

Supplements with established efficacy

على الرغم من أنه لم تتم دراسة استعمال العديد من المكملات العشبية والغذائية، إلا أن بعض المركبات قد خضعت لبعض البحوث على الأقل. وعلاوة على ذلك، ولأن علاج اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يركز أساساً على معالجة الأعراض لدى الأطفال، فقد تم بحث بعض هذه المركبات بشكل خاص لدى الأطفال والمراهقين.

إن الأدوية التي تعمل بزيادة مقدار النشاط في مسارات الكاتيكولامين Catecholamine تكون فعالة بوجه عام في معالجة أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وبالمثل اتضح أن المكملات التي تحقق تغيرات مماثلة في المخ تكون فعالة.

١- الكافيين Caffeine

إن الكافيين منبه نفسي psychostimulant يصنف كميثيل زانتين Methylxanthine. وتشتمل هذه الفئة أيضاً على الثيوفيلين Theophylline (الذي يشيع وجوده في الشاي) والثيوبرومين Theobromine (الموجود في الشوكولاتة). والزانتين Xantine هو قاعدة بورينية Purine base موجودة في معظم الأنسجة وسوائل الجسم ويتم تحويلها إلى حامض بولي. ويوجد الكافيين في العديد من المشروبات. وبعضها يحتوى بشكل طبيعي على الكافيين بمقادير متباينة. فمثلاً فنجان القهوة الذي يسع ٥ أوقيات ٥Z يحتوى على ٦٠ إلى ١٢٠ مجم كافيين، اعتماداً على طريقة الصنع. ويحتوى نفس القدر من الشاي على حوالي ٤٠ مجم فقط من الكافيين (و جرام واحد ثيوفيلين). وتحتوي الشوكولاتة على نحو ٤٠ مجم كافيين لكل حصة تبلغ ١ أوقية (وحوالي ٢٠٠ مجم ثيوبرومين)، مع احتواء الشوكولاتة الأكثر غمقة على قدر من الكوكايين أكثر بكثير مما تحتويه الشوكولاتة باللبن. ويحتوي اللبن بالشوكولاتة على حوالي ٣٥ مجم كافيين لكل حصة تبلغ ٨ أوقيات ، ويحتوي فنجان الكاكاو الساخن على ما بين ١٠ و ٣٠ مجم كافيين (وحوالي ١٥٠ مجم ثيوبرومين). إن الثيوفيلين والثيوبرومين لهما

تأثيرات منبهة أقل من الكافيين، ومن ثم فإن معظم الخواص المنبهة الخفيفة للشاي والشوكولاتة ترجع إلى محتواها من الكافيين أكثر مما ترجع إلى محتوى الميثيل زانتينات الأخرى.

إن الكافيين عادة ما يضاف أيضاً إلى المشروبات المرطبة. بالمشروبات الغازية الشائعة (الكوكاكولا والبيبيسي، إلخ) والماونتين ديو تحتوي على ٣٥٥ مجم كافيين لكل حصة تبلغ ١٢ أوقية، ويتم تسويق بعض المشروبات المرطبة بشكل خاص لخواصها المنبهة - فيحتوي مشروب جولت على حوالي ٧٠٠ مجم كافيين (لكل حصة تبلغ ٢٤ أوقية)، ويحتوي مشروب الريد بول على حوالي ٢٥٠ مجم (لكل حصة تبلغ ٨ أوقيات)، ويحتوي مشروب وايرد على حوالي ٤٧٥ مجم (لكل حصة تبلغ ١٦ أوقية). وفي العادة لا تتضمن المشروبات المرطبة قائمة بمقادير الكافيين المحددة، وأحياناً يذكر الكافيين بأسماء أخرى، فمثلاً يشار إليه باسم «غوارانين» Guaranine (في نبات الغوارانا Guarana)، والماتين Mateine (في نبات المتة Mate)، والتاين Theine (في الشاي). وهكذا فإنه من الصعب بالنسبة للمستهلكين أن يعرفوا مقدار الكافيين الدقيق الذي قد يحتوي عليه أي مشروب مرطب.

ويباع الكافيين أيضاً في حبوب مكافئة generic بديلة وكذلك في حبوب أصلية تحمل اسم علامة تجارية، تشمل علامات تجارية مثل فيفارين Vivarin و نودوز NoDoz. وهو يتوافر عادة في أقراص ١٠٠ مجم أو ٢٠٠ مجم. وبالإضافة إلى ذلك، عادة ما تضاف جرعات كافيين إلى بعض الأدوية التي تباع بدون تذكرة طبية، بما في ذلك الديرستان Dristan والإكسيدين Excedrin والميدول Midol وبعض الأدوية التي تصرف بتذكرة طبية والتي يشيع استخدامها لعلاج الصداع النصفي Migraines.

أدلة الكفاءة. على الرغم من أن بعض الدراسات قد وجدت أن الكافيين ليس فعالاً في تحسين أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (كلاين Klein، ١٩٨٧)، وأن بعض السلطات البارزة قد أوصت بعدم استخدامه (باركلي Barkley، 2006)، إلا أنه توجد أدلة هامة تثبت عكس ذلك. فقد

استعرض ليون Leon (٢٠٠٠) نتائج ١٩ دراسة بحثت تأثيرات الكافيين على الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وكشف هذا الاستعراض عن أن هذه الدراسات وجدت بشكل ثابت بعض الفائدة على الأقل للكافيين، وكان استعماله أفضل من عدم تقديم أي علاج على الإطلاق. واشتملت النتائج الإيجابية على ليس فقط زيادة الانتباه للمهام ولكن أيضاً انخفاض العدوان. وفي الحقيقة أنه في بعض الدراسات التي تم استعراضها لما يؤدي خلط الكافيين مع المنبهات التي تصرف بتذكرة طبية إلى زيادة الآثار الضارة، ولكنه عزز الاستجابة للعلاج.

ولم تتم دراسة استخدام الكافيين خاصة لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى البالغين. على أنه قد اتضح أن أخذ جرعة متوسطة من الكافيين يعزز الجهد المتواصل والقدرة على مواصلة المهام (ريتشي Ritchie، 1975). وقد تبين أيضاً أن الكافيين يزيد سرعة زمن رد الفعل Reaction time ويعزز القدرة على أداء المهام المعقدة والشديدة مثل الأداء في محاكي طيران Flight simulator (نهلنج، دافال، & ديبري Nehlig, Daval, & Debry، 1992). وقد أكدت مراجعات واستعراضات أخرى للدراسات السابقة هذه النتائج ولكنها رأت أيضاً أن الأداء المعزز يكون واضحاً فقط عندما تكون هناك أدلة سابقة على التعب والملل (ديوز Dews، 1984). ولأن تجربة الملل الذاتية عادة ما يقرر المراهقون والبالغون الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أنهم مروا بها، ولأنها عادة ما تقترن بصعوبات ومشكلات في مواصلة المهام والاحتفاظ بالانتباه المتواصل، فإنه من المعقول أن نتوقع أن تكون للكافيين بعض التأثيرات المفيدة في الحد من هذه المشكلات.

وبالإضافة إلى ذلك، فقد وجد أيضاً أن الكافيين يزيد القدرة على أداء المهام التي تتطلب بذل مجهود بدني مثل ركوب الدراجات أو الجري (ترايس & هايمز Trice & Hymes، 1995). ولهذا السبب تحظره اللجنة الأولمبية الدولية (لومباردو Lombardo، 1986). إن الآلية التي يزيد بها الكافيين الأداء البدني معقدة ولكنها قد تتضمن زيادة في الأحماض الدهنية التي يمكن استخدامها

كوقود بواسطة العضلات (تارنوبولسكي Tarnopolsky، 1994) وتحسن في التنفس. وفي الحقيقة أنه لمدة تزيد على ثلاثة عقود استخدم الكافيين لعلاج انقطاع التنفس المؤقت الذي غالباً ما نراه عند الأطفال المبتسرين (شميدت Schmidt، 2005). ومن المحتمل أن تعمل تأثيرات تناول الكافيين على تحسين تزويد الدم بالأكسجين، مما يسهم أكثر في تأثيره على اليقظة والقدرة على مواصلة الانتباه.

الديناميكا الدوائية. إن التأثير النفسي الأساسي للكافيين يكون واضحاً من خلال منعه لعمل أو نشاط الأدينوسين Adenosine. والأدينوسين هو ناقل عصبي يوجد أيضاً في معظم الجسم، وله وظيفة مانعة تبطئ نشاط الأيض. وقد يساهم نشاطه في نشاط حامض الجاما-أمينو بوتيريك (Gamma-aminobutyric acid (GABA) في مقاومة التأثيرات المنبهة أو المحفزة للجلوتاميت Glutamate. وفي الحقيقة أنه وجد أن الأدينوسين يعمل على تثبيت واستقرار وظيفة المستقبلات المفرزة للجلوتاميت من نوع ن-ميثيل-د-أسبارتات NMDA-type glutaminergic receptors (فريدهولم، ليزرمان، جاكوبسون، كلوتز، & ليندين، Fredholm, Ljerman, Jacobson, Klotz, & Linden، 2001). إن جزيئات الكافيين تشبه الأدينوسين بشدة وتشغل مستقبلات الأدينوسين دون أن تنشطها، وهكذا فإن الكافيين مقاوم ومضاد للأدينوسين. ويتمثل الأثر الصافي في أن النشاط المانع المقترن بالأدينوسين يقل، مما يعطي بعض التنشيط الشامل للخلايا العصبية. وبهذه الطريقة يكون نشاط الديناميكا الدوائية للكافيين مماثلاً لبعض الشيء لنشاط عقار المودافينيل Modafinil (سوف يناقش في الفصل ١٣)، الذي يمارس تأثيره عن طريق منع حامض الجاما-أمينو بوتيريك، مما يسمح للجلوتاميت بالتالي بأن يكون له تأثير منبه أكبر على المخ.

وبالإضافة إلى ذلك، يعمل الأدينوسين قبل نقطة الاشتباك العصبي ويمنع انطلاق الناقلات العصبية الأخرى بما في ذلك الكاتيكولامينات، ويرى هذا التأثير على كل من الدوبامين والنورإبينيفرين والإبينيفرين. وبحجز الأدينوسين يبدو أن

الكافيين يزيد تنشيط المستقبلات المفرزة للدوبامين (جاريت & جريفيث Garrett & Griffiths, 1997) ويسبب انطلاقاً إضافياً للنورإبينفرين والإبينفرين (بولتون & نال Bolton & Null, 1981). ومن المحتمل أن تساهم هذه التأثيرات في خواص الكافيين المنبهة. على أنه لأن الإبينفرين يكون أيضاً مشاركاً في تنبيه رد فعل الكر والفر للجهاز الطرفي، فإن استعمال الكافيين يسفر أحياناً عن زيادة القلق، خاصة لدى الأفراد الذين يكون لديهم استعداد للقلق والفرع.

الحركة الدوائية. يتم امتصاص الكافيين بسرعة من الجهاز الهضمي، خاصة من الأمعاء الدقيقة. وعند استهلاك الكافيين في الطعام (مثل الشوكولاتة أو في مشروب)، يعتمد معدل امتصاصه على مقدار الطعام المستهلك والمواد الأخرى التي تم استهلاكها في الوقت نفسه (فمثل الكحول يعمل على إبطاء امتصاص الكافيين). وعند استخدام الكافيين علاجياً، ينبغي إعطاؤه في أقراص، لأن الكافيين في أقراص يتم امتصاصه بصورة أسرع من الكافيين المبتلع في الطعام. وبوجه عام، ترى تأثيرات الكافيين في خلال أقل من ساعة، ويستمر التأثير نحو ٣ إلى ٤ ساعات. على أن الحركة الدوائية للكافيين تعتمد على الجرعة. فمع الجرعات المتكررة، كما يكون واضحاً في الغالب لدى الأفراد الذين يستهلكون الكافيين طوال اليوم، يزيد عمر النصف الحيوي أو الإطراحي (أي الوقت اللازم لاختفاء نصف كمية الدواء من الدم) - Termination half-life. وهناك أيضاً فروق فردية كبيرة في معدلات امتصاص وأيض الكافيين، وبالتالي قد لا يكون من الممكن إلى حد ما التنبؤ بمدة التأثير. مع ذلك سوف يحتاج معظم الأفراد إلى جرعتين يومياً على الأقل لمعالجة أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط في المدرسة وفي المنزل، وقد تكون بعض المحاولات والخطأ ضرورية للاحتفاظ بتأثير الكافيين بعد ساعات الدراسة بالمدرسة (أثناء إكمال الواجب المدرسي بالمنزل مثلاً)، مع التأكد من أن الجسم يتخلص من المركب قبل الذهاب إلى الفراش.

وعلى الرغم من أن الكافيين منبه نفسي، إلا أن تأثيره على المخ لا يكون

في مثل وضوح تأثير المنبهات التي تصرف بتذكرة طبية (مثل الميثيلفينيدات Methylphenidate أو الديكستروأمفيتامين Dextroamphetamine). ولهذا السبب فإن التأثير الارتدادي Rebound affect الذي عادة ما يكون مقترناً بالمنبهات التي تصرف بتذكرة طبية والتي يسري مفعولها فور تعاطيها لا يرى بوجه عام عند استعمال الكافيين.

تحديد الجرعات. مثل المنبهات الأخرى، يتم تحديد جرعات الكافيين بوجه عام حسب وزن الجسم. وبسبب خواصه المحفزة للقلق، فقد تم تحديد سقف جرعة منخفض. وتبلغ الجرعة الموصى بها للأطفال حوالي ٢,٥ مجم/كجم يومياً، وقد ترى الآثار الضارة فوق ٣٠٠ مجم أو ٤٠٠ مجم يومياً. ولأن الجرعات الأقل من ٢٠٠ مجم وجد في العادة أنها غير فعالة سريرياً (هينجل Hingle, ٢٠٠٧)، فإنه تتوافر نافذة علاجية ضيقة. وبالطبع لأنه كثيراً ما يذكر التباين الكبير في تأييض أو استقلاب الكافيين والاستجابة له، يجب إجراء معايرة دقيقة لتحديد الجرعة الأمثل لمريض معين.

ولا يتم تحديد جرعات المراهقين والرجال حسب وزن الجسم. فعادة ما يتم بدء الكافيين بجرعة قدرها ٢٠٠ مجم كل ٤ ساعات أو نحوها طوال الفترة التي تكون فيها فائدة المركب مطلوبة. وكما هو الحال مع الأطفال، يجب متابعة المراهقين والرجال بعناية للتعرف على ما إذا كانت هناك زيادة في القلق أو إعاقة النوم. وبوجه عام لا ترى التأثيرات الضارة على النوم لدى الأفراد الذين يتناولون آخر جرعة كافيين قبل الساعة ٦:٠٠ مساءً. على لأنه مع هذا القدر الكبير من التباين الفردي، يجب متابعة استجابة كل شخص بعناية.

وتتطلب معظم الأدوية زيادة تدريجية في الجرعة عندما يحاول المخ مقاومة تأثيرات الديناميكا الحركية للمركب، ويكون التحمل واضحاً مع الكافيين أكثر منه مع المنبهات التي تصرف بتذكرة طبية. وعند استخدام المنبهات التي تصرف بتذكرة طبية في مستويات علاجية ملائمة، لا يكون هناك أي تحمل يمكن تقديره ملاحظ معهم. على أنه بسبب أن الكافيين يؤثر على الأدينوسين، فإن إمكانية التحمل تكون أكبر بكثير. وعند منعها بشكل مزمن، فإن مستقبلات الأدينوسين

تزيد التنظيم عن طريق الزيادة في العدد، ويفترض أن ذلك يحدث لاستعادة التوازن الذي كان موجوداً قبل إعطاء الكافيين. إن استعمال الكافيين من حين لآخر، خاصة بجرعات أقل، لا يقترن بتحمل كبير. على أن الجرعات التي تبلغ ٣٠٠ مجم أو أعلى تسفر عن انخفاض في التأثير المنبه في أقل من ٤ أيام (إيفانز & جريفيث Evans & Griffiths، ١٩٩٢). وهذا يتطلب متابعة دقيقة للاستجابة لدى الأفراد الذين يتعاطون الكافيين بهذه الجرعات (أو أعلى).

إن التحمل هو علامة من علامات الاعتماد التدريجي على المادة، مما يدل على أن الجسم قد غير وظيفته ليأخذ في الاعتبار وجود المادة في النظام. وفي الحقيقة أن الكافيين غالباً ما يقترن بالاعتماد والانسحاب. ومرة أخرى، تكون هناك فروق فردية شاسعة واضحة. فبعض الأفراد يظهرون تأثيرات انسحاب قبل استخدام أقل من ١٠٠ مجم من الكافيين في اليوم على مدار فترة زمنية ممتدة، في حين يظهر آخرون تأثيرات انسحاب بعد استخدام ٦٠٠ مجم من الكافيين لأقل من ٦ أيام (جريفيث & مامفورد Griffiths & Mumford، 1995). إن الأفراد الذين يشربون قهوة كل يوم لفترات زمنية ممتدة عادة ما يبدأون في إظهار تأثيرات انسحاب بعد ٢٤ إلى ٢٨ ساعة، وهو ما يصل إلى الذروة عند ٢٠ إلى ٥١ ساعة ويستمر لفترة تصل إلى ٩ أيام (جريفيث & مامفورد Griffiths & Mumford، 1995). وتتمثل أكثر تأثيرات الانسحاب شيوعاً في حالات الصداع وقابلية التهيج. ومن الجدير بالاهتمام أن استعمال الكافيين في صورة حبوب لا يقترن بالتحمل والانسحاب بنفس التكرار تقريباً، وتقترب أغلبية تأثيرات الانسحاب باستعمال الكافيين. ومن المحتمل أن تكون المركبات الأخرى الموجودة في الكافيين مسؤولة عن تضخيم الاعتماد والانسحاب. على أنه ينبغي متابعة الأفراد الذين يستعملون الكافيين بجرعات تبلغ ٣٠٠ مجم أو أعلى للكشف عن علامات الاعتماد والانسحاب المحتملة. وتتمثل إحدى الطرق المحتملة لإبطال مفعول أو مقاومة بعض هذه التأثيرات في استعمال الكافيين بشكل متقطع، مثلاً خلال الأسبوع فقط وليس في عطلات نهاية الأسبوع.

الآثار الضارة. عادة ما يتم تحمل الكافيين بصورة جيدة. ويكون قمع

الشهية الذي تشيع رؤيته مع المنبهات النفسية أقل وضوحاً بكثير على الرغم من أنه يذكر أحياناً وجود انخفاض أقل وضوحاً في الشهية. ولأن امتصاص الكافيين يمكن أن يبطئه الطعام، فإنه يفضل تناول الكافيين قبل تناول وجبة أو بين الوجبات. إن المرضى الذين يمرون ببعض الانخفاض في الشهية قد يتناولون المركب قبل الإفطار مباشرة وقبل الغذاء مباشرة. وبهذه الطريقة لن يكون الأثر الكليني واضحاً بعد، ولن تلاحظ أية تغيرات في الشهية أثناء الوجبة.

إن الكافيين يعوق النوم. ورغم أن هذا يكون أثراً مرغوباً فيه عند السعي إلى يقظة أكبر، إلا أن أولئك الذين يتعاطون الكافيين لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط يجب أن يتأكدوا من أخذ آخر جرعة قبل الذهاب إلى الفراش مباشرة. ولأن الكافيين يتوافر فقط في مستحضرات فورية المفعول، يمكن للمرضى أن يحددوا بسهولة وقت تعاطي آخر جرعة بحيث تكون قبل وقت النوم بأربع إلى خمس ساعات على الأقل. ويلزم أن يقوم المراهقون والرجال الذين يتعاطون جرعات يومية عالية بمتابعة استجاباتهم للنوم بعناية كبيرة جداً لأن الاستخدام المزمن للكافيين بجرعات أعلى اقترن بعمر نصف أطول. وبالنسبة لبعض الأفراد، فإن هذا الأثر قد يكون دقيقاً وغير ملحوظ. فمثلاً قد يشعر شخص بالنعاس ومن ثم يفترض أنه قد تمت إزالة الكافيين من النظام. على أن مقادير الكافيين الأصغر أو الأقل قد تعوق أنماط النوم، حتى إذا لم يبدو أن القدرة على النوم تتأثر بذلك. فمثلاً قد يقلل الكافيين إجمالي مقدار الوقت الذي يتم قضاؤه في النوم (بيرينسوف، أوزوالد، & لودون, Berenesova, Oswald & Loudon, 1975). وينبغي متابعة ومراقبة أنماط نوم الأولاد والمراهقين والرجال الذين يتعاطون الكافيين بعناية للتأكد من أنه لا تتم إعاقة النوم بأي حال من الأحوال.

إن الكافيين يتأيض بواسطة إنزيم الكبد ٢A١ (IA2) بالسيتوكروم بي ٤٥٠. وهذا يعني أنه عند استعمال الكافيين مع أدوية أخرى، فإن مستويات البلازما الخاصة به قد تتغير. وسوف يسفر تعاطي الأدوية التي تثبط هذا الإنزيم عن مستويات كافيين أعلى، في حين أن تعاطي الأدوية التي تستحث الإنزيم

سوف تخفض مستويات بلازما الكافيين. ولا تؤثر الأدوية فقط على هذا الإنزيم. فمثلاً يعتبر النيكوتين محفزاً قوياً للإنزيم ٢١٨، ويميل المدخنون إلى التمثيل الغذائي *metabolize* بضعف سرعة غير المدخنين (جيمس James، 1991). ويجب متابعة الأولاد والمراهقين والرجال الذين يتعاطون أدوية أخرى وأولئك الذين يدخنون بعناية عند إعطائهم كافيين.

وأحياناً يقرر مستخدمو الكافيين وجود بعض الآثار الضارة الوقائية أو العارضة، وأكثرها شيوعاً الغثيان واسترخاء وظائف العضلات العاصرة المعدية والمعوية والذي قد يسفر عن إسهال خفيف. ويوجه عام تتحل وتبدد هذه الآثار بعد جرعات قليلة. إن الكافيين مدر للبول أيضاً. ولهذا السبب يزيد الإلحاح البولي عند استخدام الكافيين. وسوف يتبول الأفراد بصورة أكثر تكراراً، وبالتالي قد يعاني البعض من زيادة في الجفاف. ولهذا السبب ينبغي بوجه عام زيادة شرب السوائل عند إعطاء الكافيين.

ومثل كل المنبهات يظهر الكافيين خواص محاكية للجهاز العصبي السمبثاوي *exhibits sympathomimetic qualities* تشمل تنشيط آلية الكر والفر *Fight-flight mechanism* المتضمنة في ردود أفعال القلق. وفي الحقيقة أنه على الرغم من أن التأثيرات المنبهة نفسياً للكافيين تكون أقل وضوحاً من التأثيرات التي ترى مع المنبهات التي تصرف بتذكرة طبية، إلا أن تأثيره على القلق يكون على الأقل كبيراً مثلها. وهكذا فإن بعض المرضى الذين يتعاطون الكافيين يبدأون في إظهار أعراض قلق. وهذه الأعراض تكون محتملة بشكل خاص لدى الأفراد الذين يظهرون تاريخ أعراض قلق. إن المرضى الذين تكون لديهم أعراض اضطراب نقص انتباه-فرط نشاط وقلق مصاحبة من المحتمل أن يصبحوا أكثر قلقاً عند تعاطي الكافيين. ومع المنبهات التي تصرف بتذكرة طبية، يظهر بعض المرضى استجابة إيجابية في كل من مجموعتي الأعراض، ويتضاءل القلق مع أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. على أن هذه الاستجابة قد شوهدت مع الكافيين، ويكون هناك احتمال أكبر لأن تكون هناك زيادة في القلق. ولهذا السبب لا ينبغي بوجه عام على الأفراد الذين يعانون من

اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط وأعراض قلق أن يستعملوا الكافيين. إن خطر تنمية تشنجات حركية عند الخضوع للعلاج بالأدوية المنبهة معروف جيداً. ومع ذلك ولأن تأثير الكافيين على مسارات المخ التي تتحكم في الوظائف الحركية يكون أقل أهمية، نادراً ما يتم ذكر حدوث بداية (أو تفاقم) التشنجات مع الكافيين. ولم تجرى دراسات لبحث استجابة الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والتشنجات المصاحبة له. ومع ذلك ولأنه ليس معروفاً أن الكافيين يعمل على تفاقم التشنجات لدى أغلبية الأفراد، فإن تجربة الكافيين في مجتمع المرضى هذا قد تكون معقولة.

إن استعمال الكافيين يسفر عن تأثيرات قلبية وعائية cardiovascular تشبه تأثيرات المنبهات النفسية الأخرى، وتشمل زيادات صغيرة في معدل نبض القلب. فالكافيين يسبب انقباضاً في الأوعية الدموية الموجودة في المخ، ونتيجة لذلك وجد أنه فعال في علاج حالات الصداع النصفي. ولهذا السبب يضاف الكافيين أحياناً لأدوية الصداع النصفي. على أن الكافيين بوجه عام يسبب اتساعاً في الأوعية الدموية، مما يزيد من تدفق الدم. ولأن الكافيين لا يقترن بمخاطر قلبية، فإن استعماله لا يستلزم عادة أنواع فحوصات وظائف القلب (مثل رسم قلب كهربائي أولي أو أساسي) التي تكون أحياناً ضرورية عند إخضاع المرضى المعرضين لخطر المرور بمشكلات قلبية وعائية للعلاج بالمنبهات التي تصرف بتذكرة طبية.

ولأن التأثيرات المنبهة للكافيين ليست بنفس فاعلية تأثيراتها بالنسبة للمنبهات التي تصرف بتذكرة طبية، فإنه نادراً ما يتم الإعلان عن حدوث تأثيرات ارتدادية. وعند سحب المركب من الجسم، من المحتمل أن تعود أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط إلى المستويات غير المعالجة، ولكن لا نتوقع زيادة تفاقم الأعراض، وهذا هو أحد أسباب إضافة الكافيين أحياناً إلى منبه يصرف بتذكرة طبية بدلاً من زيادة جرعة الدواء الذي يصرف بتذكرة طبية. ومع جرعات أعلى من المنبهات ذات المفعول الفوري والتي تصرف بتذكرة طبية، تكون التأثيرات الارتدادية أكثر احتمالاً لأن منحني التخلص من الدواء يكون

منحدرًا جداً، ويتم التخلص من الدواء بسرعة. وعادة لا نرى هذه التأثيرات مع الكافيين. فعلى الرغم من أن المنبهات ذات المفعول الممتد تنطوي على خطر تأثيرات ارتدادية أقل بكثير، إلا أن بعض الأفراد لا يستجيبون بشكل جيد للمفعول التدريجي للمركب، وقد لا تكون التأثيرات الكلينيكية كافية. إن المرضى الذين يكون أداؤهم يبدو جيداً عند استعمالهم للمركبات ذات المفعول المنتظم ولكنهم يظهرون تأثيرات ارتدادية كبيرة وفعالة قد يحاولون تعاطي جرعة منه بصرف بتذكرة طبية أقل مضافاً إليها كافيين. وقد يكون التحسن الكلينيكي مماثلاً للتحسن الذي يرى عند تعاطي جرعة أعلى من المنبه الذي يصرف بتذكرة طبية، ولكن التأثير الارتدادي قد يكون أقل وضوحاً.

ثالثاً- المكملات ذات الكفاءة المحتملة

Supplements with likely efficacy

رغم أن الكافيين هو المكمل الوحيد الذي أجريت عليه أبحاث كثيرة وأظهر كفاءة ثابتة، إلا أن بعض المركبات الأخرى قد خضعت أيضاً لبعض الأبحاث على الأقل، رغم تناقض النتائج أحياناً. وبالإضافة إلى ذلك ليس كل هذه المكملات تم بحثها مع الأطفال والمراهقين والبالغين. ويجب على الكلينيين أن يستخدموا حسن تقديرهم وحكمهم عند موازنة ومقارنة فوائد وسلبات هذه المكملات.

١- الأحماض الدهنية أوميغا-٣ غير المشبعة المتعددة

Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acid

تم الترويج للتأثيرات المفيدة لأوميغا-٣ على نطاق واسع لنحو عقد من الزمان. وفي الحقيقية وجد أن هذا المكمل يعمل على ثبات وابتزان المزاج ويقلل الاكتئاب ويحمي المخ من مرض ألزهايمر ويحد من التأثيرات السلبية للبروتينات الدهنية منخفضة الكثافة، وهي نوع الدهون المسؤولة عن انسداد الشرايين. ورغم أن عدداً كبيراً من البحوث التي أجريت عن التأثيرات المفيدة لأوميغا-٣ يأتي من دراسة الثقافات التي يكون فيها الغذاء المحلي غنياً بجرعة أوميغا-٣ في الطعام (عن طريق استهلاك الأسماك مثلاً)، إلا أنه توجد الآن

بعض الأدلة بشأن التأثيرات المفيدة لإضافة أوميغا-٣ كمكمل.

إن مكملات أوميغا-٣ تتوافر بوجه عام في صورة أقراص مملوءة بزيت السمك الغني بأوميغا-٣. وعادة ما تحتوي الأقراص على ١٠٠٠ مجم، ولكن تتوافر أيضاً أقراص تحتوي على مقادير أعلى وأقل. وبالإضافة إلى ذلك ولأن الأقراص عادة ما تكون كبيرة إلى حد ما وقد يكون من الصعب ابتلاعها بالنسبة لبعض المرضى، تتوافر أيضاً أشكال أخرى مثل المستحضرات القابلة للمضغ. وكما هو الحال مع كل المكملات، يوجد العديد من المصانع والشركات المنتجة، وتباع مكملات أوميغا-٣ في الصيدليات ومحلات السوبر ماركت ومحلات الأطعمة الصحية. ويتوافر العديد منها أيضاً من خلال الإنترنت.

كما يباع أوميغا-٣ أيضاً بتذكرة طبية في أقراص ١٠٠٠ مجم تحتوي على ٤٦٥ مجم حمض الإيكوسابنتينويك (Eicosapentaenoic Acid (EPA) و٣٧٥ مجم حمض دوكوساهيكسينويك (Docosahexaenoic Acid (DHA). وقد ثبت أن هذه الأقراص تعالج زيادة الدهون في الدم Hyperlipidemis ويتم تسويقها باسم لوفازا Lovaza (أوماكور Omacor سابقاً). ويتم تصنيعها في عملية تنزع الزئبق من زيت الأسماك، وبالتالي فإن هذه الحبوب يتم تسويقها على أنها تفوق مكملات أوميغا-٣ الأخرى (والتي لا تستبعد في العادة الزئبق من زيت الأسماك). إن مقدار الزئبق الذي تحتوي عليه مكملات زيت الأسماك يعتبر أقل كثيراً من ذلك الموجود في العديد من أنواع الأسماك لأن الزيت لا يستخرج في العادة من الأسماك التي من المعروف أنها تحتوي على مقادير عالية من الزئبق. وبالإضافة إلى ذلك فإن مكملات أوميغا-٣ النباتية (توجد في بذور الكتان أو فول الصويا أو زيت الكانولا)، والتي تتوافر أيضاً في السوق، لا تحتوي على زئبق. وتتمثل إحدى الفوائد المحتملة للوفازا Lovaza كمركب صدقت عليه هيئة الدواء والغذاء في أن بيعه وتصنيعه ينظمهما قوانين وتشريعات، وبالتالي فإن المستهلك يمكن أن يكون أكثر تأكيداً من أن لوفازا يحتوي حقاً على المكونات التي يزعم أنه يحتوي عليها وبالمقدار المحدد المعلن عنه. ويجب على المستهلكين أن

يوازنوا هذه الفوائد مقابل التكلفة المضافة لهذا الدواء وصعوبة السعي للحصول على تذكرة طبية.

وعلى الرغم من أن الأدلة على فعالية أحماض أوميغا-٣ الدهنية في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تظهر الآن فقط، إلا أن المكمل اتضح أن له فوائد في ثبات واتزان المزاج وربما تحسين أعراض الاكتئاب. ولهذا السبب فإن الأولاد والمراهقين والرجال الذين يظهرون أعراض اضطراب نقص انتباه-فرط نشاط أو هياج أو اكتئاب مصاحبة ربما يكونون مرشحين جيدين بشكل خاص لتجريب مكملات أوميغا-٣.

أدلة الكفاءة. إن كفاءة أوميغا-٣ في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ليست مؤكدة بشكل جيد، وقد كشفت بعض الدراسات عن كفاءة محدودة. فمثلاً لم يجد فويجت، وليفورينت، وجنسن، Voigt, Llorente, & Jensen (٢٠٠١) أنه لا توجد أية فائدة في استخدام حمض الدوكوساهيكسينويك لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى الأطفال، وقرر هيراياما، وهامازاكي، وتيراساوا، Hirayama, Hamazaki, and Terasawa (٢٠٠٤) نتائج مماثلة. على أن آخرين وجدوا نتائج واعدة ومبشرة أكثر. فقد قرر ريتشاردسون و بوري Richardson and Puri (٢٠٠٢) أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط وكانوا يتعاطون مزيجاً من حمض الدوكوساهيكسينويك وحمض الإيكوسابنتينويك ونوعين من أحماض أوميغا-٦ الدهنية اختبروا تحسناً كبيراً في النشاط المفرط والاندفاع، وكشفت تجربة أخرى مضبوطة استخدمت علاجاً وهمياً أن الأطفال الذين تعاطوا مزيجاً من أحماض أوميغا-٦ وأوميغا-٣ الدهنية اختبروا حالات انخفاض في قلة الانتباه والسلوك الفوضوي (ستيفنز، زانج، & بيك Stevens, Zhang, & Peck, 2003). وكشفت دراسة أخرى عن نتائج مماثلة، ولكنها وجدت أيضاً أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط من النوع الذي يسود فيه قلة الانتباه استجابوا لأوميغا-٣ وأوميغا-٦ بصورة أفضل من الأطفال الذين يعانون من أعراض

فرط النشاط و/أو الاندفاع (جونسون، أوستلوند، فرانسون، & كاديسجو Johnson, Ostlund, Fransson, & Kadesjo، تحت الطبع). وبوجه عام فإن نتائج كل هذه الدراسات غير متوافقة. وللوهلة الأولى قد يبدو أن توليفات حمض الدوكوساهيكسينويك وحمض الإيكوسابنتينويك قد تكون مسؤولة عن الاستجابة المتباينة في الدراسات. ومع ذلك وبسبب أن هذه الأحماض الدهنية تمر بتحول متداخل ومستعرض كبير في الجسم (كما سنصف فيما بعد)، فإنه من غير المحتمل أن يكون تعاطي أحد الشكلين أفضل من الآخر.

إن استخدام أوميغا-٣ لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط قد تم بحثه أيضاً مع المراهقين. ففي دراسة صغيرة وجد أن مستويات حمض الدوكوساهيكسينويك الذاتية المنشأ تكون أقل لدى المراهقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (كولتر، كاتلر، & ميكلينج Colter, Cutler, & Meckling، تحت الطبع)، ولكن لم تتم دراسة زيادتها لرؤية ما إذا كانت لها تأثيرات مفيدة. وبالمثل افترض أن المستويات المنخفضة لحمض الدوكوساهيكسينويك أو الأحماض الدهنية المرتبطة به تكون أيضاً مسؤولة عن مشكلات الأداء الوظيفي العقلي المعرفي لدى الكبار البالغين، بما في ذلك مشكلات التركيز على المهام (ريتشاردسون Richardson، 2003). وكما هو الحال في دراسة المراهقين، لم تتم دراسة ما إذا كان مكمل الأوميغا-٣ سوف يكون مفيداً. على أن البحوث السابقة ربطت مستويات الأحماض الدهنية الأساسية المنخفضة (أوميغا-٣ وأوميغا-٦) بمستويات المستقلبات الأحادية الأمين المنخفضة في السائل النخاعي الدماغي (هيبيلن وآخرون Hebbeln et al، ١٩٩٨). ورغم أن هذه النتيجة هي نتيجة ارتباطية، إلا أن بعض الدراسات التي أجريت على الأطفال كشفت أن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تصاحبها نواحي الضعف أو القصور هذه. وهكذا فإنه من المقبول أن نقول أن استخدام مكملات الأحماض الدهنية الأساسية ربما تكون لها بعض التأثيرات المفيدة بالنسبة للأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

الديناميكا الدوائية Pharmacodynamics: تشمل أحماض أوميغا-٣

الدهنية الأساسية حمض ألفا-لينولينيك (ALA) ، وحمض الإيكوسابنتينويك، وحمض الدوكوساهيكسينويك. وهذه الأحماض لا يمكن للجسم تجميعها، ولكن يجب تناولها وهضمها من الطعام. وبعد الهضم يعمل حمض الدوكوساهيكسينويك على منع تكون الدهون ويحفز الأكسدة. إن أحماض الألفا-لينولينيك والإيكوسابنتينويك والدوكوساهيكسينويك تمر بتحول لأسفل وتحول للخلف (كما سنصف فيما بعد) وتسهم في أيض واستقلاب مواد غذائية وسوائل متنوعة. وهذا مسئول عن تأثير علاجي واسع المدى يشمل تغيرات في وظيفة القلب والأوعية الدموية وانخفاضاً في الدهون الثلاثية وتحسناً في وظيفة الرئتين. وتقترن معظم هذه التأثيرات بشكل مباشر بحمض الدوكوساهيكسينويك، رغم أن الأحماض الدهنية المرتبطة به قد تلعب دوراً مساهماً.

ويأخذ المخ حمض الدوكوساهيكسينويك بمعدلات أكبر من المعدلات التي يأخذ بها الأحماض الدهنية الأخرى. وبعد ذلك يتم دمج حمض الدوكوساهيكسينويك في الدهون الفسفورية لأغشية الخلايا. ويساهم حمض الدوكوساهيكسينويك في تكوين وإطالة الوصلات العصبية بشكل ملائم. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الدهون الفسفورية التي تحتوي على حمض الدوكوساهيكسينويك تحسن وظيفة الخلايا بالعمل على ثبات واستقرار سيولة الأغشية وتغيير معدل إطلاق الخلايا العصبية (هوروكس & يو Horrocks & Yeo، 1999). وهكذا فإن حمض الدوكوساهيكسينويك قد يلعب دوراً في تزامن عمل الخلايا العصبية. ويمكننا افتراض أن الفسفرة Phosphorization الضعيفة قد تكون مسؤولة جزئياً عن ضعف أو نقص وظيفة الخلايا العصبية، وعندما تكون نواحي الضعف أو القصور هذه واضحة في المسارات الكاتيكولامينية Catecholaminergic pathways التي تتحكم في الوظائف التنفيذية، والتركيز، وضبط النفس، فإن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تكون واضحة. وبالتالي فإن زيادة فسفرة أغشية الخلايا في هذه المناطق قد تكون مسؤولة عن التأثيرات المفيدة

لمكمل حمض الدوكوساهيكسينويك (والأحماض الدهنية الأخرى) والتي تلاحظ أحياناً لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وتساهم الإيكوزانويدات Eicosanoids في هذه العملية. وهي توجد في الخلايا وتعمل كمحفزات لعدد كبير من العمليات تشمل حركة الكالسيوم داخل وخارج الخلايا (إينيج & فالون Enig & Fallon، 1999). ولأن قنوات الكالسيوم تشارك في معدلات إطلاق خلايا المخ، فإن تنظيم هذه القنوات يغير إمكانية أو جهد فعل المخ. ومن المحتمل أن يساهم تنظيم حمض الإيكوسابنتينويك لقنوات الكالسيوم في تأثير فسفرة حمض الدوكوساهيكسينويك لأغشية الخلايا، مما يعطي تأثيراً تازرياً على معدلات إطلاق الخلايا العصبية. وعندما يؤثر تنظيم الإطلاق هذا على المسارات الكاتيكلامينية، قد يلاحظ حدوث تحسن في أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

الحركية الدوائية: يبدأ أيضاً أو استقلاب الأحماض الدهنية بعد ابتلاعها

في الأمعاء الدقيقة بواسطة إنزيمات هضم خاصة. وهذه الليبازات Lipases تعمل على تحطيم وتحلل الأحماض الدهنية إلى سلاسل فردية وجلسرين وأحاديات جلسريد monoglycerides (جلسرين يظل محققاً به حمض دهني واحد). وبعد ذلك يتم امتصاصها من خلال جدار الأمعاء في المجرى الليمفاوي. ثم يتم حمل جزيئات الدهون في الجهاز الليمفاوي ويتم استقلابها ببطء لإطلاق الطاقة تدريجياً (إينيج Enig، 2000).

إن الأحماض الدهنية الأساسية تمر أيضاً بالعديد من التحولات. فحمض الألفا-لينولينيك (ALA) يتحول إلى حمض إيكوسابنتينويك (EPA) وحمض دوكوساهيكسينويك (DHA)، وبعد ذلك يتم امتصاص هذين الحمضين تدريجياً في أغشية الخلايا. على أن هذين الحمضين يمران أيضاً بعملية أيض أو استقلاب مستعرض معقدة. ورغم أن أوميغا-٦، والذي يعرف أيضاً باسم حمض اللينوليك Linolenic acid، يمر بعملية تحول أحادية الاتجاه إلى سلاسل دهنية متنوعة مخلفة في النهاية حمض الدوكوسابنتينويك Docosapentaenoic acid، إلا أن حمض الألفا-لينولينيك يمر بعملية تحول دائري تتضمن خطوات عديدة

تشمل تكوين حمض الإيكوسابنتينويك وحمض الدوكوساهيكسينويك، ثم التحول الخلفي لحمض الإيكوسابنتينويك وحمض الدوكوساهيكسينويك. ومن الصعب تحديد الطريقة التي ينظم بها الجسم مقادير حمض الدوكوساهيكسينويك وحمض الإيكوسابنتينويك التي تظل موجودة في الخلايا. ومن المحتمل أن يتم تحويلهما باستمرار إلى كل منهما الآخر لتحقيق توازن المواد الغذائية الأساسية اللازمة للعديد من عمليات الأيض، بما في ذلك فسفرة الأغشية.

ولأن حمض الألفا-لينولينيك يتم تحويله إلى حمض إيكوسابنتينويك وحمض دوكوساهيكسينويك، وتتم إعادة تحويل حمض الإيكوسابنتينويك وحمض الدوكوساهيكسينويك إلى كل منهما الآخر، لا يلزم بالضرورة شراء توليفة أو خليط خاص من هذين الحمضين الدهنيين. ويركز بعض المصنعين على الفوائد المفترضة لحمض الدوكوساهيكسينويك والتي تميزه عن حمض الإيكوسابنتينويك أو العكس. وتتوافر حبوب أوميغا-٣ في توليفات متنوعة من هذين المكونين. ويلزم أن يتذكر المستهلكون أن توازن هذين المكونين في الحبة ربما يكون غير جوهري لأن سلاسل التحول المعقدة ربما تسفر عن نفس توازن هذه المواد الغذائية في الجسم بصرف النظر عن النسبة المحددة التي يشتمل عليها القرص.

إن النسبة المثلى لأوميغا-٦ إلى أوميغا-٣ في جسم الإنسان تقدر بـ ١:٢. على أنه من غير الشائع أن يستهلك الأفراد في الدول الغربية أغذية يتم فيها تناول الاثنین بنسبة تبلغ حوالي ١:٢٠. ولهذا السبب تركز أغلبية المكملات بصفة أساسية على توصيل مقادير إضافية من أوميغا-٦ إلى الجسم، وأية مقادير من أوميغا-٦ في القرص قد تكون فائضة وغير ضرورية لأن الغذاء الشائع يشتمل فعلاً على عدد كبير جداً من الأطعمة الغنية بـ حمض اللينوليك. وعند شراء مكمل غذائي، ينبغي على المستهلكين أن يختاروا مكملًا يعظم مقدار أوميغا-٣ ويقلل مقدار أوميغا-٦ في المستحضر.

إن مصنعي مكملات أوميغا-٣ ينصحون المستهلكين بوجه عام بتناول المكملات مع الطعام أو بدون الطعام. على أن الباحثين قد أقرروا منذ فترة طويلة

أن أحماض أوميغا-٣ الدهنية التي يتم تناولها في الطعام يتم امتصاصها بصورة أفضل من تلك التي يتم تناولها في المكملات الغذائية. وقد وجدت بعض الدراسات أن أوميغا-٣ الذي يتم تناوله بدون وجبة غذائية يكون امتصاصه ضعيفاً. ولهذا السبب، عادة ما يوصي أخصائيو التغذية بتناول مكمل أوميغا-٣ كجزء من وجبة غذائية حتى يتم امتصاصه مع الطعام الذي يتم استهلاكه (نيفيل، Neville، 2006).

ولنوع أكسدة الأحماض الدهنية قبل امتصاصها في أغشية الخلايا، يجب وجود مضادات للأكسدة. إن أولئك الذين يكون غذائهم غنياً بالأطعمة المضادة للأكسدة من المحتمل أن يستهلكوا قدرًا كافيًا من هذه الأطعمة المضادة للأكسدة أثناء تناولهم لوجبة غذائية لمنع أكسدة الأحماض الدهنية. على أن أولئك الذين يستهلكون وجبات تحتوي على كميات منخفضة من مضادات الأكسدة قد يلزمهم تناول مكمل غذائي مضاد للأكسدة مثل التوكوفيرول (Tocopherol، وهو شكل من أشكال فيتامين «ه»). ولهذا السبب تشتمل بعض مركبات مكملات أوميغا-٣ على قدر صغير من التوكوفيرول. على أن بعض المكملات الغذائية تشتمل أيضاً على فيتامين «أ» و/أو فيتامين «د» بدلاً من (أو بالإضافة إلى) التوكوفيرول. ولأن هذه الفيتامينات لا تمحى من الجسم، ينبغي أن يكون العملاء حذرين من هذه المكملات الغذائية لأن امتصاص نسبة عالية من الفيتامينات قد يؤدي إلى التسمم.

وعلى الرغم من أن الأحماض الدهنية يتم استقلابها وامتصاصها بسرعة، إلا أن بداية الأثر لا تكون واضحة لفترة طويلة. وقد قرر بعض الكليينكيين أن بداية الأثر الكليينكي لا تكون واضحة لمدة أسابيع، بل لشهور، وأن العلاج لمدة تصل إلى ٣ شهور يكون ضرورياً لتحديد الاستجابة الكليينكية النهائية (ليك، Lake، 2007). وهذا يجعل من الصعب تحديد جرعة المكملات الغذائية لأن الآثار الكليينكية من غير المحتمل أن تتضح في الحال.

تحديد الجرعة Dosing: في العادة لا يتم تحديد جرعات مكملات أوميغا-٣ بحسب وزن الجسم. وفي الأطفال فإن جرعة البداية الموصى بها تبلغ

٥٠٠ مجم، وعادة ما تصل الجرعات إلى ٤٠٠٠ مجم يومياً (بيزتشليبنايك-باتلر & فيراني Bezchlibnyk-Butler & Virani، 2004). وقد وجد الكلينيكيون أن الجرعات التي تقل عن ١٠٠٠ مجم يومياً تكون غير فعالة (ليك Lake، 2007). ولأن أوميجا-٣ يتم احتماله عامة بشكل جيد، يوصى بالمعايرة التدريجية. على أن أقصى جرعة غالباً ما يتم تحديدها بعدد الأقراس التي يرغب الولد في تناولها وما إذا كانت تأثيرات الهضم (مثل تجشؤ الأسماك أو مذاق أسماك في الفم) تمنع زيادة أخرى في الجرعة. ولأن الاستجابة لن تكون واضحة فوراً أو في الحال، فمن الصعب تحديد أية جرعة سوف تكون فعالة في النهاية.

وبوجه عام يتم تحديد جرعة المراهقين والرجال بمقدار ١٠٠٠ إلى ٤٠٠٠ مجم يومياً (بيزتشليبنايك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007). وقد وجد بعض الكلينيكيين أن الجرعات الأقل من ٢٠٠٠ مجم يومياً تكون غير فعالة، ويحتاج بعض الكبار البالغين جرعات تزيد عن ٩٠٠٠ مجم يومياً (ليك Lake، 2007). وكما هو الحال مع الأطفال، فإنه ينبغي بوجه عام زيادة الجرعة إلى أقصى مستوى يمكن تحمله مع قدر صغير من اضطراب المعدة والأمعاء. ومرة أخرى فإنه من الصعب تحديد أية جرعة سوف تكون فعالة لأن الاستجابة للمكمل الغذائي قد لا تكون واضحة فوراً أو في الحال.

ويلزم وجود عوامل مساعدة لأيض واستقلاب بعض الأحماض الدهنية، خاصة حمض الإيكوسابنتينويك. فالكارنيتين Carnitine (حمض أميني) يكون ضرورياً لإطالة حمض الإيكوسابنتينويك ونقله عبر أغشية الخلايا الداخلية. ومن المحتمل أن تكون بعض النتائج غير المتوافقة بشأن كفاءة الأحماض الدهنية ثانوية بالنسبة لحالات نقص الكارنيتين. ولهذا السبب تمت دراسة مكمل الـ إل-كارنيتين L-carnitine واتضح أن له آثار واعدة وبشرة لدى الفتيات ذوات النشاط المفرط اللاتي يعانين من متلازمة الكروموسوم إكس الهش Fragile X Syndrome (توريولي وآخرون Torrioli et al، 1999). ولأن البشر يستقلبون جزءاً فقط من إمدادات الكارنيتين اللازمة، فإن العلاج بمكملات الأحماض الدهنية باستخدام الـ إل-كارنيتين قد يكون مفيداً. ويتم توفير الـ

إل-كارنيتين في كبسولات وأقراص ومحاليل ورقاقات قابلة للمضغ. وقد يتناول الأطفال حوالي ٢٥٠ مجم من ال-إل-كارنيتين مع الأحماض الدهنية، في حين قد يحتاج الكبار البالغين إلى تناول حوالي ٥٠٠ مجم. وعادة ما يتم تحمل هذه الجرعات بشكل جيد، رغم وجود تقارير عن معدل صغير لحدوث نوبات (الاقتصاد الطبي Medical Economics، 2001). إن الأفراد الذين لديهم عوامل خطر الإصابة بنوبات ينبغي أن يفكروا في تناول مكمل ال-إل-كارنيتين فقط تحت إشراف طبيب.

الآثار الضارة: يتم تحمل زيوت أوميغا-٣ بوجه عام بشكل جيد. وتتضمن أكثر الآثار الضارة شيوعاً القناة الهضمية، بما في ذلك الغثيان والإسهال. ولأن أغلبية مكملات أوميغا-٣ تباع كزيوت أسماك، فإن بعض الأفراد يختبرون مذاق سمك كريبه في فمهم، ونفساً برائحة السمك بعد وجبة يتم أثنائها تناول مكمل الأوميغا-٣، وتجشؤاً سمكياً قد يستمر لعدة ساعات. ولهذا السبب يقدم بعض المصنعين تركيبات لا تسبب تجشؤات يتم تصنيعها بزيادة سمك الغلاف الخارجي للقرص. ويسمح هذا الغلاف للمكمل الغذائي بالنجاة من أحماض المعدة ويتحلل عندما يصل إلى الأمعاء الدقيقة. وقد اتضح أن هذا الغلاف يحد من هذه المشكلات بصورة فعالة. كما تتوافر مكملات أوميغا-٣ أيضاً في تركيبات ليس أساسها الأسماك ولا تقتصر بتجشؤات أو مذاق كريبه.

ولأن مكملات أوميغا-٣ قائمة على الزيوت، فهناك قيمة أو طاقة حرارية مقترنة بالقرص. وتتباين القيمة الدقيقة أو المضبوطة، ولكن بوجه عام سوف يحتوي القرص ال-١٠٠٠ مجم على نحو ٢٠ سعراً حرارياً. وبالنسبة للأفراد الذين يستهلكون مقداراً منخفضاً، من المحتمل أن يكون لـ ٢٠ أو ٤٠ سعر حراري إضافي قدرًا صغيراً على الوزن. على أن هؤلاء الذين يستهلكون مقادير أعلى (٨٠٠٠ مجم أو ٩٠٠٠ مجم يومياً مثلاً) يجب أن يتذكروا أنهم يستهلكون ١٦٠ أو ١٨٠ سعراً حرارياً إضافياً. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الأحماض الدهنية هي بروتينات دهنية عالية الكثافة وتساهم في المستويات الكلية أو الإجمالية

للبروتينات الدهنية عالية الكثافة في الجسم. وعلى الرغم من أن هذا يكون بوجه عام مفيداً، إلا أن أولئك الأفراد الذين يتناولون مستويات مكملات أوميغا-٣ عالية والذين يستهلكون أغذية غنية بالبروتينات الدهنية عالية الكثافة قد يمرون بزيادات إضافية في البروتينات الدهنية عالية الكثافة والكوليسترول الكلي، وهو ما قد يكون دائماً مفيداً. إن الأفراد الذين يتناولون جرعات عالية من مكملات الأحماض الدهنية ينبغي أن يجروا تحاليل دورية للتحقق من نسب الكوليسترول لديهم.

وتقترن أحماض أوميغا-٣ الدهنية بتأثير مضاد للتخثر. فالرجال الذين يتعاطون مخففات للدم (مثل الكومادين Coumadin) يجب أن يكونوا حذرين بشأن تناول مكملات أحماض دهنية تالية ويجب عليهم أن يستشيروا طبيباً قبل بدء العلاج بأوميغا-٣. وبالإضافة إلى ذلك فإن الكثير من الرجال يتعاطون مخففات دم تصرف بدون تذكرة طبية (مثل الأسبرين) بشكل منتظم أو يستخدمون أدوية مضادة للالتهابات لا ستيرويدية - Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (مثل أدفيل Advil أو موترين Motrin) لعلاج حالات الصداع أو آلام الظهر أو ما يشابهها من حالات. وعلى الرغم من أن جمع الأحماض الدهنية مع أدوية مضادات الالتهابات اللا ستيرويدية لم يتضح أنه يمثل خطراً، إلا أن العديد من أدوية مضادات الالتهابات اللا ستيرويدية لها بعض الخواص المخففة للدم، وجمع أدوية مضادات الالتهابات اللا ستيرويدية مع الأحماض الدهنية تم ربطه أحياناً بنزيف الأنف وسهولة التعرض للكدمات (الاقتصاد الطبي Medical Economics، 2001). ولهذا السبب فإن أولئك الأفراد الذين يتعاطون أدوية مضادة للالتهابات لا ستيرويدية يومياً ربما ينبغي عليهم أن يستشيروا طبيباً قبل بدء العلاج بأوميغا-٣.

وقد قرر أحياناً أن استخدام مكملات الأحماض الدهنية يغير تحمل الجلوكوز، خاصة لدى المرضى الذين يعانون من النوع الثاني من مرض السكري. إن آلية حدوث ذلك مفهومة بشكل ضعيف ولم تؤكد بعض الدراسات هذه النتيجة. ومع ذلك ولأن هناك خطراً، فإن الأولاد أو المراهقين أو الرجال

المصابين بمرض السكري ويتعاطون الأنسولين يتبغى أن يستشيروا طبيبيهم قبل بدء العلاج بأوميغا-٣.

٢- إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين S-Adenosyl-L-Methionine

إن الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين (SAME) مادة طبيعية موجودة في الجسم. وقد تم اكتشافها في عام ١٩٥٢ بواسطة عالم إيطالي وتم تسويقها في أوروبا بعد ذلك بفترة قصيرة، حيث تعتبر (وتشعر) كدواء، وهو متوافر في الولايات المتحدة الأمريكية منذ عام ١٩٩٩ فقط، ويتم تصنيفه كمكمل غذائي. وهو يعرف بأسماء متنوعة تشمل أديميتيونين Ademetionine وإس-أدينوسيلميثيونين S-Adenosylmethionine، ويعرف أحياناً أيضاً باسم إس - أدينوسيل - إل - ميثيونين S-Adenosyl-L-Methionine . وهو يستخدم أساساً لعلاج التهاب المفاصل العظمي Osteoarthritis والألم العضلي الليفي (الفايبروميالغيا) Fibromyalgia واضطرابات الكبد. والكفاءة بالنسبة لهذه الاستخدامات مثبتة بشكل جيد مع نشر العديد من الدراسات في المجلات الأوروبية، وهو يعتبر أحد أكثر المكملات الغذائية التي تم بحثها (سيتل Settle، 2007).

ومنذ عهد قريب اتضح أيضاً أن الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين له تأثيرات من المحتمل أن تكون مفيدة في علاج أعراض الاكتئاب واضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. إن تأثيره على الاكتئاب معترف به في الولايات المتحدة الأمريكية والخارج ويفترض أنه يلي تأثيرات الديناميكا الدوائية التي تشبه مفعول بعض مضادات الاكتئاب. وتشمل هذه التأثيرات الزيادة في إفراز الكاتيكولامين في كل أنحاء الدماغ أو المخ، وبالتالي قررت أيضاً فوائد في علاج اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

أدلة الكفاءة. إن الأدلة على فوائد الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تأتي أساساً من الاعتراف بأن الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين مضاد فعال للاكتئاب، وقد أوضحت الدراسات، وكذلك التحاليل البعدية، أن كفاءته هي على الأقل في مثل درجة كفاءة مضادات

الاكتئاب ثلاثية الحلقات (سيتل Settle، 2007). فالإس-أدينوسيل-إل-ميثيونين ينظم نشاط مسارات الكاتيكولامين، بما في ذلك استثارة المسارات التي تساهم في أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وهكذا فإن المبرر أو المنطق يبدو سليماً رغم أن الأدلة محدودة حالياً.

وهناك عدد قليل من الدراسات التي بحثت فوائد الإس-أدينوسيل-إل-ميثيونين في علاج اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. فقد وجدت دراسة صغيرة مفتوحة التسمية أجريت على الكبار البالغين أن الإس-أدينوسيل-إل-ميثيونين مفيد في الحد من وتقليل أعراض القابلية لتشتت الانتباه وضبط النفس (وود، ريمهير، & ويندر Wood, Reimherr, & Wender، 1985)، على الرغم من أن الفوائد ربما كانت ثانوية بالنسبة لحالات التحسن في الأعراض المزاجية. وقامت دراسة أخرى بمراجعة واستعراض فوائد الإس-أدينوسيل-إل-ميثيونين (وغيره من المكملات الغذائية الأخرى) في علاج اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ووجدت تحسناً قصيراً المدى (نيمزر، أرنولد، فوتولاتو، & ماكونيل Nemzer, Arnold, Votolato, & McConnell، 1986)، وتم الإعلان عن متابعة كبيرة مفتوحة التجارب لنحو ٦٠٠٠ مريض، ولكن لم يتم بعد نشر نتائجها (والش Walsh، 2003).

ولسوء الحظ، ذكرت التقارير أن فوائد الإس-أدينوسيل-إل-ميثيونين تستمر لمدة شهرين أو ثلاثة شهور فقط. ومن الواضح أن التحمل ينمو، ربما بسبب تأثيرات التنظيم المنخفض. ولهذا السبب ربما ينبغي قصر استخدام الإس-أدينوسيل-إل-ميثيونين على الأفراد الذين يظهرون أعراض اكتئاب مصاحبة قد تعمل على تفاقم أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وبالإضافة إلى ذلك، فقد استخدم الإس-أدينوسيل-إل-ميثيونين في الأساس مع الكبار البالغين. ورغم عدم وجود موانع استخدام محددة مع الأطفال أو المراهقين، إلا أن الكليينكيين ينبغي أن يكونوا حذرين عند استخدام الإس-أدينوسيل-إل-ميثيونين مع الأولاد أو المراهقين.

الديناميكا الدوائية Pharmacodynamics: إن الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين هو رسول ثان. ويشير هذا المصطلح إلى المواد التي تعمل داخل الخلايا على تغيير بعض جوانب أيض الخلايا. وفي هذه الحالة يكون الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين مانح ميثيل يساهم في عشرات ردود الأفعال في المخ، بما في ذلك تكوين الناقلات الأحادية الأمين Monoamine transmitters - Dopamine، والنورإبينفيرين Norepinephrine، والسيروتونين Serotonin - من بين ناقلات أخرى (سيتل Settle، 2007). وهذا العمل مسئول - على الأقل جزئياً - عن تأثيره المضاد للاكتئاب وربما يكون هو سبب الحد من أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ولأن نواحي الضعف أو العجز الوظيفي في اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط تنتج من التنشيط الضعيف للمسارات الأساسية للدوبامين والنورإبينفيرين، فإن إنتاج مقادير إضافية من هذه الكاتيكولامينات تكون له فوائد محتملة في تخفيف الأعراض (كما اتضح مع العديد من الأدوية المستخدمة لعلاج اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وفي الحقيقة كشفت مراجعة للبحوث الأوروبية عن أن الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين قد يساهم في زيادة النشاط في مسارات الدوبامين والسيروتونين (سيتل Settle، 2007).

إن الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين يشارك أيضاً في عمليتي المثلمة Methylation و/أو الفسفرة Phosphorization اللتين تؤثران على سيولة وميوعة الأغشية. ومن ثم فإن تأثيراته قد تكون مماثلة لتأثيرات أحماض أوميغا-٣ الدهنية والتي فيها قد يساهم تنظيم سيولة الأغشية في ثبات واستقرار إطلاق الناقلات العصبية والوصلات العصبية. وقد وجد أن الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين يزيد عدد المستقبلات الموجودة على الخلايا، ويزيد الارتباط بالمستقبلات، ويعزز سيولة الأغشية (سيتل Settle، 2007). ومن المحتمل أن تساهم هذه التأثيرات في حدوث زيادات في الدوبامين والسيروتونين وتزيد من تعزيز أثره الكلينيكي.

الحركية الدوائية: يتوافر الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين في أقراص. وبعض هذه الأقراص يكون لها غلاف معوي وبعضها لا يكون لها غلاف معوي. إن الأقراص المغلفة هي اختيار أفضل لأن الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين يتم امتصاصه من الأمعاء الدقيقة، وبالتالي فإن أكبر قدر ممكن من المركب ينبغي أن ينجو من أحماض المعدة ويمر إلى الأمعاء الدقيقة. وبالإضافة إلى ذلك فإن الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين يكون غير ثابت أو مستقر في درجات الحرارة الأعلى من درجة التجمد (صفر درجة مئوية أو ٣٢ درجة فهرنهايت). ويتوافر عدد كبير ومتنوع من مستحضرات الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين في السوق. إن الأشكال التي تم بحث كفاءتها تكون ثابتة أو مستقرة في درجات الحرارة الأعلى، ولكن يتم تسويق أشكال أخرى قد يكون مشكوكاً في كفاءتها. وينبغي أن يسعى المستهلكون للحصول على الشكل الذي يشتمل على سلفونات الباريتولوين Paratoluene sulfonates الموجودة في الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين (توسيلات الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين SAME tosyls) لأنه وجد أن هذه الأملاح تكون ثابتة ومستقرة في درجة حرارة الغرفة. وبالإضافة إلى ذلك، يجب حفظ الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين جافاً جداً لأن الرطوبة قد تسبب تميؤاً أو تحللاً مائياً. ويوصى بأن أفضل شكل للشراء هو التركيبة الثابتة لتوسيلات الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين المغلفة أيضاً بغلاف معوي (الاقتصاد الطبي Medical Economics، 2001).

وينبغي تناول الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين على معدة فارغة - قبل الأكل بحوالي ساعة واحدة أو بعد الأكل بساعتين. ويتم في العادة بلوغ الذروة في خلال ٣ إلى ٥ ساعات (الاقتصاد الطبي Medical Economics، 2001)، ولكن بداية الأثر الكلينيكي لا تكون بوجه عام واضحة لمدة أسبوع إلى أسبوعين على الأقل (والش Walsh، 2003).

ويتم تبيض أو استقلاب الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين بواسطة الكبد، ولكن يبدو أن له تأثيرات صغيرة على إنزيمات الكبد، ولم يتم تقرير وجود تداخلات دوائية مع الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين. ويتم دمج معظم المادة في

الخلايا المختلفة، ويتم التخلص من نسبة صغيرة فقط في البول (١٥٪) والبراز (٢٣٪). وهكذا يبدو أن وظائف الكبد والكليتين يكون لها تأثير محدود على تأييض وإفراز الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين (الاقتصاد الطبي Medical Economics، 2001).

وعند تأييض أو استقلاب الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين، تشارك في ذلك عوامل مساعدة. فتأييض الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين وتحويله إلى هوموسيستين Homocysteine يتطلب وجود فيتامين ب٦. وهذا المسار ربما تكون له تأثيرات ثانوية (إن وجدت) على أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، وبالتالي فإن مستويات فيتامين ب٦ تكون أقل أهمية بالنسبة لهذا الاستخدام الخاص. ويتم أيضاً تأييض الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين وتحويله إلى ميثيونين، وهذا المسار له علاقة أكبر باضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ولتحقيق عملية الأيض هذه، يلزم حمض الفوليك وفيتامين ب١٢ والبيتاين (الاقتصاد الطبي Medical Economics، 2001). وبالتالي عند رؤية التأثيرات الصغيرة لمكمل الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين، يمكن أخذ حمض الفوليك أو فيتامين ب١٢ أو البيتاين. ولأن هذه المركبات موجودة فعلاً في أي غذاء عادي أو طبيعي، ينبغي أن يكون المكمل صغيراً. إن المستحضر المتعدد الفيتامينات والذي يحتوي على هذه العوامل المساعدة قد يكون مفيداً، ولكن لا يوصى بالجرعات الأعلى المركزة من أي من هذه المواد الغذائية بسبب مخاطر طبية متنوعة.

تحديد الجرعة Dosing: إن الجرعة الكليника لـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين تتباين تبايناً كبيراً. وينبغي أن يبدأ الكليينكيون بنحو ٢٠٠ مجم مرة واحدة يومياً (يفضل في الصباح) ويقوموا بالمعايرة تدريجياً على فترات فاصلة تتراوح من أسبوع إلى أسبوعين بين زيادات الجرعات. وبوجه عام يتم تحديد جرعة الكبار البالغين بنحو ٢٤٠٠ مجم يومياً (بيزشليبنيك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007)، رغم أن الجرعات الأعلى من ١٦٠٠ مجم يومياً لم تتم دراستها لمعرفة الآثار الضارة (الاقتصاد الطبي

Medical Economics، 2001). ومن الواضح أن الأطفال ينبغي أن يتلقوا جرعات أقل على الرغم من عدم وجود أية إرشادات محددة لتحديد جرعات الأطفال والمراهقين. ووفقاً للمركز القومي للإحصائيات الصحية National Center for Health Statistics (٢٠٠٢)، فإن متوسط وزن الشخص البالغ الذكر في الولايات المتحدة الأمريكية يبلغ نحو ١٩٠ رطلاً (حوالي ٨٦ كجم). وهكذا فإن نسبة الجرعة إلى الوزن بالنسبة للكبار البالغين تبلغ نحو ١٨ إلى ٢٨ مجم/كجم يومياً. وقد تكون النسبة الفعالة بالنسبة للأطفال والمراهقين متماثلة. وينصح الكلينيكيون بالبدء بجرعات منخفضة والسير ببطء - أي البدء بجرعة صغيرة والمعايرة تدريجياً مع التأكد من عدم تجاوز نسب الـ مجم/كجم الصحيحة.

الآثار الضارة: لا يتم تحمل الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين بوجه عام بشكل جيد. ولا توجد تقارير عن قمع الشهية وتغير الوزن. على أن اضطرابات الجهاز الهضمي الخفيفة (الغثيان، الإسهال، الانتفاخ) قد تكون واضحة عند بداية العلاج (الاقتصاد الطبي Medical Economics، 2001). وعادة ما تنتهي هذه التأثيرات بعد أسبوع أو أسبوعين. وأحياناً يعاني الأفراد الذين يخضعون لجرعات أعلى من غثيان أكثر دواماً (بيزشليبتايك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007).

إن الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين قد يعوق النوم، وهناك تقارير بحدوث بعض الأرق (الاقتصاد الطبي Medical Economics، 2001). ولهذا السبب يوصى بوجه عام بأخذ الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين في الصباح. وبوجه خاص عند استخدام الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، قد يكون الأثر المنشط مفيداً وقد يساهم في خفض وتقليل القابلية لتشتت الانتباه.

ولأن الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين ليس منبهاً، فإنه يمثل خطراً ضئيلاً لحدوث تشنجات حركية. على أنه نادراً ما تم الإبلاغ عن حدوث آثار حركية أخرى، بما في ذلك بعض الحركات العضلية المفرطة (الاقتصاد الطبي

Medical Economics، 2001). وعند مواجهة هذه الآثار، ينبغي خفض الجرعة لمدة أسبوع أو أسبوعين، قد يتم بعدها إعادة تحدي المريض تدريجياً بجرعة أعلى إذا لزم الأمر.

ولأن الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين لا يغير إنزيمات الكبد ولا يبدو أنه يعتمد على أي إنزيم من إنزيمات السيتوكروم بي-٤٥٠ CP450 من أجل عملية الأيض، فإن التداخلات الدوائية تكون أقل احتمالاً في حدوثها. على أن الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين قد تكون له بعض التأثيرات على خفض الدهون وتحسين وظيفة الكبد. وهو يستخدم أيضاً لعلاج التهاب المفاصل العظمي والألم العضلي الليفي. وهكذا فإن المرضى الذين يتعاطون فعلاً أدوية لخفض الكوليسترول أو علاج التهاب المفاصل العظمي أو الألم العضلي الليفي ينبغي أن يستشيروا طبيبهم قبل بدء العلاج بالـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين.

وعلى الرغم من أن تحذير الصندوق الأسود (تحذير من الدرجة الأولى) الخاص والذي ينطبق على كل مضادات الاكتئاب لا يتم إصداره لـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين، إلا أنه، ويسبب مفعوله المضاد للاكتئاب، قد يقترن بزيادة صغيرة في الميول الانتحارية لدى المرضى الذين يظهرون أعراض اكتئاب. وكما هو الحال مع أي مضاد للاكتئاب، ينبغي على الكليينيكين أن يتابعوا استجابة المريض بعناية ويتدخلوا إذا ظهرت بوضوح زيادة في أفكار أو خطط الانتحار. وبالإضافة إلى ذلك، ومثل كل مضادات الاكتئاب، يقترن الـ إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين أيضاً بخطر صغير يتمثل في حدوث أعراض الهوس الخفيف أو الهوس (بيزنشليبينايك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007)، وبعض المرضى الذين تكون لديهم ميول نحو أعراض الاضطراب الثنائي القطب قد يظهرون تحولاً من أعراض الاكتئاب إلى أعراض الهوس. ومرة أخرى فإن المتابعة الدقيقة للجرعة والاستجابة والآثار الضارة تكون ضرورية.

رابعاً- المكملات ذات الكفاءة المحتملة

Supplements with Possible Efficacy

بالإضافة إلى المكملات التي سبق مناقشتها، توجد بعض البيانات المتاحة التي تدل على أن مركبات أخرى قد تكون لها بعض الكفاءة في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. على لأنه لأن تلك البيانات التي تؤيد استخدام المكملات التالية محدودة للغاية، فإن الكلينيين ينبغي يتقدموا بحذر ويعتبروا استخدام المكملات التي نناقشها في هذا الجزء تجريبياً.

١- الإينوزيتول Inositol

إن الإينوزيتول مشابه في تركيبه للجلوكوز وهو موجود بتركيزات عالية في المخ. وهو جزء من العمليات التي تتم داخل الخلايا والتي تتوسط إحداثها أنظمة مرسال ثانوية وقد تشارك في تنظيم نشاط أحاديات الأمين (خاصة السيروتونين، مع تأثير محتمل على الدوبامين والنورإبينفرين) وكذلك الناقلات العصبية الأخرى. وقد اتضح أساساً أنه يعالج أعراض الاكتئاب (سيتل Settle، 2007) والقلق (بيزشليبينايك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007)، بما في ذلك اضطرابات طيف القلق -Anxiety spectrum disorders مثل اضطراب الوسواس القهري وهوس نتف الشعر Trichotillomania. إن استخدامه في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط حديث العهد، وتوجد حتى الآن بعض الأدلة القليلة جداً. وعلى الرغم من أن بعض الدراسات قد قررت أن استخدام الإينوزيتول قد يفاقم أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط (بيزشليبينايك-باتلر & جيفريز Bezchlibnyk-Butler & Jeffries، 2007)، إلا أن دراسات أخرى وجدت أن مكمل الإينوزيتول، بمصاحبة أو بدون مصاحبة استخدام أحماض أوميغا-٣ الدهنية، يحسن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى الأطفال (ألفارادو وآخرون Alvarado et al، 2004). وحالياً لعل الإينوزيتول يحفظ على أفضل نحو لتجربة حذرة مع الأفراد الذين يظهرون أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط والتي يعمل القلق أو الاكتئاب على تفاقمها بدرجة كبيرة.

ويتوافر الإينوزيتول بعدة أشكال، و فقط بعض هذه الأشكال تكون ملائمة للاستخدام في الطب النفسي. وتشمل هذه الأشكال الإينوزيتول والمايو-إينوزيتول Myo-inositol. وهناك أشكال أخرى مثل سداسي فوسفات الإينوزيتول Inositol hexaphosphate والإينوزيتول نيكوتينات Inositol nicotinate والدي-شيرو إينوزيتول D-chiro-inositol، لم يتضح أن لها تأثيرات صحية طبية، وهي تستخدم لعلاج السرطان وأمراض الأوعية الدموية ومقاومة الأنسولين.

ويتم تحديد جرعات الإينوزيتول بمستويات أعلى بكثير من الكميات الغذائية الأخرى. وعادة ما تتراوح الجرعات العلاجية من ١٢ إلى ١٠ جم يومياً تؤخذ في جرعات مقسمة (في العادة مرتان أو ثلاث مرات يومياً). كما يتوافر الإينوزيتول أيضاً كمسحوق يذوب بسهولة في الماء أو العصير. وهذا قد يكون خياراً جيداً بالنسبة لأولئك الذين تكون لديهم صعوبات في بلع الحبوب أو الأقراص. وعادة ما يبدأ تحديد الجرعة بـ ٢ جرام مرتين يومياً، وزيادتها إلى ٦ جرام ثلاث مرات يومياً. ويمكن تناول الإينوزيتول مع الطعام أو بدون طعام. وعادة ما تلاحظ بداية الأثر الكلينيكي في خلال ٢ إلى ٤ أسابيع.

ويتم تحمل الإينوزيتول بوجه عام بشكل جيد عند الجرعات التي تبلغ نحو ٢٠ جم يومياً (سيتل Settle، ٢٠٠٧). ولدى الأطفال بلغت الجرعة التي تمت دراستها ٥٠ مجم/كجم يومياً (ألفارادو وآخرون Alvarado et al، ٢٠٠٤). وتكون الآثار الضارة الشائعة خفيفة، وهي تشمل اضطراب الجهاز الهضمي، مثل الغثيان والإسهال والانتفاخ. وقد قامت دراسات قليلة باستعراض التفاعلات المحتملة بين الإينوزيتول وغيره من العقاقير أو الأدوية الأخرى، ولكن يعتبر استخدام المكمل الغذائي مع أدوية أخرى آمناً (سيتل Settle، ٢٠٠٧). وبسبب تأثيرات الإينوزيتول المضادة للاكتئاب، تم الإبلاغ عن حالات نادرة للتحويل إلى الهوس. إن المرضى الذين لديهم أعراض تهيج أو اكتئاب ويتعاطون الإينوزيتول ينبغي متابعتهم بعناية للكشف عن علامات أعراض الهوس أو الهوس الخفيف.

٢- الكولين وثنائي ميثيل أمينو الإيثانول Choline and

Dimethylaminoethanol

يساهم الكولين (ثلاثي ميثيل أمينو الإيثانول Trimethylaminoethanol) في تركيب الناقل العصبي أسيتيل كولين Acetylcholine. إن ثنائي ميثيل أمينو الإيثانول هو المادة التي يتشكل منها مباشرة الثلاثي ميثيل أمينو الإيثانول. ويشترك الكولين في الحفاظ على تكامل الأغشية وتنظيم إطلاق الوصلات العصبية. إن الأسيتيل كولين هو ناقل عصبي ذاتي النمو لم يتم تضمينه مباشرة في أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. على أن الأسيتيل كولين يساهم في التحكم الحركي، والاضطراب في التوازن بين الدوبامين والأسيتيل كولين هو آلية معروفة تسبب الآثار الجانبية الحركية الخطيرة للعديد من الأدوية (مثل تلك التي ترى مع مضادات الذهان من الجيل الأول ذات القدرة المنخفضة مثل الثورازين Thorazine والميلاريل Mellaril). وهكذا فإن التغييرات في نشاط الأسيتيل كولين قد تكون له بعض التأثيرات المفيدة في تحسين أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

إن ثنائي ميثيل أمينو الإيثانول، المعروف أيضاً باسم ثنائي ميثيل إيثانول أمين (Dimethylethanolamine (or DMAE) ، كان يتم تسويقه في الولايات المتحدة الأمريكية باسم «دينر» Deaner ولكن تم سحبه في عام ١٩٨٠ لأن إدارة الغذاء والدواء طالبت بأدلة على مزاعم كفاعته في علاج الخلل الوظيفي الدماغى البسيط (أرنولد Arnold، 2002). وعلى الرغم من ذلك، أظهرت عدة تجارب مضبوطة باستخدام علاج وهمي أجريت في ستينيات وسبعينيات القرن العشرين أنه فعال في تحسين أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى الأطفال عند استخدام جرعات تبلغ ٥٠٠ مجم أو أعلى يومياً. واليوم لا يتوافر ثنائي ميثيل إيثانول الأمين على نطاق واسع، ولكن يمكن شراء مكملات الكولين مع العديد من الصيدليات وبيئتي المكملات الغذائية. ويبدو أنه لا يوجد أي فرق أو اختلاف في شراء ثنائي ميثيل إيثانول الأمين أو الكولين، لأنه يتم تحويل أي منهما إلى الآخر.

ويستخدم الكولين أحياناً مع مكملات أخرى. فعلى سبيل المثال قام ألفارادو وآخرون Alvarado et al. (٢٠٠٤) بدراسة الفوائد المشتركة للإينوزيتول والكولين ووجدوا أن مزيجاً من الاثنين يكون فعالاً في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ولأن الكولين يتم تحميله بشكل جيد بوجه عام، فإن إكمال الإينوزيتول بالكولين قد يكون خياراً ينبغي مراعاته بالنسبة للمرضى المرشحين للعلاج بالإينوزيتول.

وقد تمت دراسة جرعات الكولين التي تبلغ ٣ مجم/يوم مع الكبار البالغين وأسفرت عن آثار جانبية قليلة (الاقتصاد الطبي Medical Economics، 2001). وتبلغ الجرعات الفعالة المعتادة ٤٢٥ إلى ٥٥٠ مجم/يوم بالنسبة للبالغين و ٢٥٠ إلى ٣٥٠ مجم/يوم بالنسبة للأطفال. ويعتبر الكولين بوجه عام آمناً، وتشجع الأمهات الحوامل أحياناً لتعاطي الكولين للمساعدة على نمو دماغ الجنين. وأكثر الآثار الجانبية شيوعاً هي الغثيان والإسهال. وقد أسفرت جرعات الكولين العالية أحياناً عن انخفاض ضغط الدم وزيادة أعراض الاكتئاب. إن الأفراد الذين يستعملون الكولين مع الإينوزيتول ينبغي أن يبقوا في حدود المستويات الدنيا للمدى العلاجي بالنسبة لكلا المركبين.

٣- البيكنوجينول Pycnogenol

إن البيكنوجينول هو اسم مكافئ generic name لخليط من البروسيانيدينات Procyanidins المستخلصة من جذع شجرة الصنوبر المعروفة بالصنوبر البحري *Pirus Maritima* والتي كانت شائعة في منطقة جشقونية Gascogne بفرنسا. والبيكنوجينول يحتوي على العديد من المركبات النشطة ويتكون أساساً من مخففات الكاتيشين Dimmers of catechin ومركبات الكاتيشين والإبيكاتشين قليلة الوحدات Oligomers of catechin and epicatechin. وتوجد مركبات مماثلة أيضاً في الكاكاو والشيكولاتة وبعض الفواكه. ويتكون عمل ديناميكيته الدوائية أساساً من خواص مضادة للأكسدة وتأثيرات محتملة مضادة للالتهابات. وقد يؤثر البيكنوجينول أيضاً على

إطلاق الكاتيكولامينات (بما في ذلك الدوبامين والنورإبينفرين) وتجميع أكسيد النيتريك.

وقد قرر بعض الباحثين أن الإجهاد التأكسدي Oxidative stress قد يكون هو السبب وراء أعراض مرض باركنسون (أولانو Olanow، 1996)، وافترض البعض أن عوامل مماثلة قد تكون هي السبب وراء أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ولعقود عديدة استخدم البيكنوجينول في أوروبا لعلاج أعراض فرط النشاط. وقام هيمان Heiman (١٩٩٩) بمراجعة واستعراض العديد من التقارير الروائية وقدم تقريراً عن دراسة حالة أسفر فيها استخدام البيكنوجينول كمكمل لمدة ٤ أسابيع عن انخفاض كبير في النشاط المفرط والاندفاع لدى مريض يعاني من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ووجدت تجربة تالية أجريت على ٦١ طفلاً ومراهقاً يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أيضاً تأثيرات مفيدة بعد أخذ ١ مجم/كجم من البيكنوجينول لمدة شهر واحد (تريباتيكا، كوباسوفا، هراديكنا، & سينوفسكي Trebaticka, Kopasova, Hradecna, & Cinovsky، 2006). وبشكل خاص وملحوظ كانت تأثيرات العلاج أكبر لدى الأولاد منها لدى البنات. ووجدت دراسة أخرى أيضاً أن علاج اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط باستخدام الدكسترو أمفيتامين Dextroamphetamine مع إضافة البيكنوجينول كان يفوق علاج اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط باستخدام الدكسترو أمفيتامين وحده (الاقتصاد الطبي Medical Economics، 2001).

ويتوافر البيكنوجينول بوجه عام في صورة أقراص وكبسولات، كما تتوافر أيضاً الكريما والمستحضرات التي تحتوي عليه ولكن لم تتم دراستها للتعرف على فاعليتها. وتحدد جرعات البيكنوجينول عامة بنسبة ١ مجم/كجم، وتتراوح جرعات الكبار البالغين من ٢٥ إلى ٢٠٠ مجم/كجم. ويتم تحمل البيكنوجينول عامة بشكل جيد، ولا تذكر البحوث والدراسات المتاحة أية آثار ضارة له. ومع ذلك ولأنه قد يسفر عن ارتخاء الأوعية الدموية وكبح أو تثبيط نشاط الصفائح

الدموية، فإن أولئك الذين يتعاطون مخففات دم (مثل الأسبرين) ينبغي عليهم أن يتوخوا الحذر.

٤- الروديولا Rhodiola

إن عشب الروديولا الوردي *Rhodiola rosea* هو نبات معمر ينمو في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا وأوروبا وأجزاء من آسيا. ويشيع استخدام جذره، الذي يعرف أيضاً بالجذر الذهبي، في آسيا وأوروبا لعلاج التعب والتبليد العقلي المعرفي Cognitive blunting. إن تركيبه الدوائي معقد ويشتمل على عدد كبير من المركبات النشطة مثل الفلافونويدات Flavonoids والتربينات الأحادية Monoterpenes والفينيل بروبانويدات Phenylpropanoids والتربينات الثلاثية Triterpenes والأحماض الفينولية Phenolic acids ومشتقات الفينيل إيثانول Phenylethanol derivatives. وله تأثيرات متعددة تشمل خواص مضادة للأكسدة ومضادة للتسربن وحامية للقلب وخواص عصبية صمية. وقد يشمل تأثيره الدوائي النفسي خواص مناهضة للسيروتونين والدوبامين (ربما أقل أهمية من كبح وتثبيط أكسيداز أحادي الأمين)، وكذلك التأثير على ببتيدات الأفيون Opioid peptides (مثل البيتا إندورفينان Beta-endorphins). وعلى الرغم من أنه لم تتم دراسة فوائد الروديولا في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، إلا أنه اتضح أن له بعض التأثيرات المضادة للاكتئاب والمنبهة نفسياً (داربينيان وآخرون Darbinyan et al., 2007؛ شيفتسوف وآخرون Shevtsov et al., 2003). وبالإضافة إلى ذلك، فقد اتضح أن استخدام الروديولا مع دواء منبه تكون له تأثيرات إضافية (الاقتصاد الطبي Medical Economics، 2007).

ويتوافر الروديولا في العادة في صورة كبسولات أو أقراص تحتوي في العادة على ١٠٠ مجم من خليط من ٣٪ روزفينات Rosavins و١٪ ساليديروسايد Salidroside. وعلى الرغم من وجود مركبات نشطة أخرى في المستحضر، إلا أن دورها غير معروف، ومن ثم يتم السعي بوجه عام للحصول على روزفينات والساليديروسايد. ويعطى الروديولا بمقدار ١٠٠ مجم إلى ٢٠٠ مجم لكل جرعة،

بمعدل مرتين أو ثلاث مرات يومياً في العادة. ولم تتم دراسة تحديد الجرعة بالنسبة للأطفال، ولكن لا توجد أية موانع استخدام، وبالتالي يمكن تجريب جرعة تبلغ ١٠٠ مجم مرة إلى مرتين يومياً بحذر وتتم معايرتها وزيادتها تدريجياً إذا تم تحملها بشكل جيد.

ويفترض أن الروديولا آمن، ولم تذكر أية تأثيرات ضارة له في البحوث والدراسات المتاحة. وبالمثل لا يفترض أنه يتفاعل مع الأدوية التي تصرف بتذكرة طبية (الاقتصاد الطبي Medical Economics، ٢٠٠٧). على أنه بسبب تأثيراته المضادة للاكتئاب، فقد يمثل خطراً بالنسبة للأفراد في تحولهم من نوبات الهوس إلى نوبات الهوس المختلط بطريقة تشبه كل المركبات ذات التأثيرات المضادة للاكتئاب.

خامساً- مكملات من غير المحتمل أن تكون فعالة

Supplements not likely to be effective

من غير الممكن استعراض كل المركبات التي تم تجريبها في وقت ما لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ولم يتضح أنها فعالة أو تفتقر إلى المبرر الكافي بشأن الطريقة التي يمكن أن تؤثر بها على عمل المخ لتحسين القابلية لتشتت الانتباه و/أو فرط النشاط/الاندفاع. على أنه لا يزال يتم تسويق بعض هذه المركبات، ويواصل المتحمسون للمداواة الطبيعية كشف فوائد بعض هذه المكملات على الرغم من عدم وجود أدلة على كفاءتها. إن الكليينيكين الذين يسعون للتدريب في مجال الفارماكولوجيا النفسية الطبيعية Naturopathic psychopharmacology ينبغي أن يكونوا على وعي ودراية بالمركبات التي لا يزال يتم الترويج والدعاية لها في الإعلانات الإخبارية الشعبية أو إعلانات الليلة الماضية على الرغم من وجود أدلة على عكس ذلك.

١- عشبة القديس جون Saint John's Wort

عشبة القديس جون (عشبة مار يوحنا) هي عشبة توجد في حوالي ٣٧٠ نوع موجودة في كل أنحاء العالم، ولكن موطنها الأصلي هو أوروبا. وتحتوي عشبة القديس جون على عدد كبير من المكونات النشطة، تشمل عشرات

الفلافونويدات والأسيلفلوروغلوسينولات Acylphloroglucinols (خاصة الهايبرفورين Hyperforin).

ومن المعروف أن عشبة القديس جون هي مضاد فعال للاكتئاب، ويعتقد أن الهايبرفورين مسئول عن معظم نشاطه ذي التأثير النفساني. إن عشبة القديس جون تزيد مقدار نشاط إفراز السيروتونين في المخ، ولهذا السبب فإن لها أيضاً خواص مضادة للقلق. وبالإضافة إلى ذلك، فإنها قد تثبط أكسيداز أحادي الأمين monoamine oxydase، وهو الإنزيم المسئول عن تحلل وانقسام كل أحاديات الأمين. وهكذا فإنه بالإضافة إلى تأثيراتها المفزة للسيروتونين، فإنها تزيد نشاط النورإبينفيرين والدوبامين (شرودر، تانك، & جولدستاين، Schroeder, Tank, & Goldstein، 2004)، وقد افترض بعض الكليينكيين أنه قد تكون لها تأثيرات مفيدة في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

ومع ذلك فقد وجدت عدة دراسات أن عشبة القديس جون فشلت في تحسين أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. إن الدراسات التي بحثت تأثيراتها على أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى الكبار البالغين لم توضح أن لها تأثير كبير أو دال (باركلي Barkley، 2007)، وقدمت البحوث المضبوطة والتي استخدمت علاجاً وهمياً وأجريت على أطفال ومراهقين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط نتائج مماثلة (ويبر، فاندر ستوب، ماكارتي، & ويس Weber, Vander Stoep, McCarty, & Weiss، 2008). ورغم أن استخدام هذه العشبة مع الكبار البالغين الذين لديهم أعراض اكتئاب مصاحبة لأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط قد يكون مفيداً، إلا أنه من غير المحتمل أن يكون لعشبة القديس جون تأثير إيجابي كبير على أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى الأفراد الذين لا يظهرون اكتئاباً أو تهيجاً أو قلقاً.

٢- العلاج بالفيتامينات Vitamin Therapy

تعطي مكملات الفيتامينات بوجه عام بإحدى ثلاث استراتيجيات - استخدام فيتامينات متعددة يومياً يكمل الكمية الغذائية اليومية لتتوافق مع

الكميات الغذائية الموصى بها، أو كوكتيلاات تتضمن جرعات فيتامينات ضخمة تفوق بكثير الكميات الغذائية الموصى بها، أو جرعات ضخمة مركزة من فيتامين واحد. وأي من هذه الاستراتيجيات لم يتضح أنها علاج فعال لأعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط.

إن أول هذه الاستراتيجيات قد تكون مفيدة للصحة العامة، ولكن لم يتضح أنها تحسن أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وعلى الرغم من أنه قد اتضح أن تناول جرعة واحدة متعددة الفيتامينات يومياً كمكمل غذائي يحسن الأداء الوظيفي العقلي المعرفي (بنتون & كوك Benton & Cook، 1991)، إلا أن الفوائد المفترضة توجد فقط بالنسبة لأولئك الذين يظهرون نواحي نقص فيتامينات بسبب حالات النقص الغذائي، ولم تتضح في البحوث أية فوائد إضافية للأفراد الذين يستهلكون أطعمة صحية طبيعية (بنتون & باتس Benton & Buts، 1990). وهكذا فإنه على الرغم من أن استخدام جرعة فيتامينات متعددة قد يساعد أولئك الذين يتناولون أغذية ضعيفة، إلا أنها ليست علاجاً لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط لدى الأولاد أو المراهقين أو الرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وبالمثل وجد أن تناول جرعات متعددة الفيتامينات كمكمل غذائي غير فعال في دراسات مزدوجة التعمية مضبوطة باستخدام علاج وهمي استمرت حتى ٦ شهور (أرنولد Arnold، 2002). وقد تم بحث تركيبات وتوليفات متنوعة، ولكن يبدو أن أيّاً منها ليست له تأثيرات مفيدة على أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط أو صعوبات التعلم. وبالإضافة إلى ذلك، تمثل بعض الفيتامينات خطراً كبيراً عن تناول جرعة زائدة منها. ولهذا السبب، فإن الجرعات الضخمة التي تتضمن فيتامينات متعددة لا تكون فقط غير فعالة ولكنها أيضاً قد تكون خطيرة، خاصة عند تجاوز مستويات الكميات الغذائية الموصى بها من فيتامينات مثل أ أو ب بدرجة كبيرة. ونشجع الكليينكيين لينصحوا مرضاهم وعملائهم ويحذروهم من تجارب هذه الطرق غير المثبتة والتي يحتمل أن تكون خطيرة.

ولم تتم دراسة الجرعات الضخمة المركزة من فيتامينات معينة بشكل كاف، ولكن لم يظهر حتى الآن أي مبرر منطقي بخصوص الكفاءة المحتملة لتلك المركبات في تحسين أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. ومرة أخرى فإنه من المهم أن نلاحظ حدود الكميات الغذائية الموصى بها اليومية وألا نتجاوز تلك الحدود بالنسبة للعديد من الفيتامينات، لأن التأثيرات الضارة قد تسفر عن مشكلات متنوعة تتراوح من الاعتلال العصبي إلى تلف الكبد. وينبغي على الكليينيكين أن ينصحوا مرضاهم وعملائهم ويحذروهم من هذه الطرق.

٣- عامل التركيز Focus Factor

يوجد في السوق عدد كبير ومتنوع من المركبات متعددة الفيتامينات تدعي أنها تعالج العديد من الاضطرابات بما في ذلك اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وأحد أشهر هذه المركبات هو عامل التركيز Focus Factor، وهو عبارة عن كوكتيل من نحو ٤٠ مركباً تشمل في الأساس جرعات تتضمن كميات غذائية موصى بها من فيتامينات متعددة وجرعات صغيرة من ثنائي ميثيل أمينو الإيثانول وثلاثي ميثيل أمينو الإيثانول (الكولين) وحمض الدوكوساهيكسينويك، وكذلك أعشاب أخرى ذات تركيب دوائي غير مثبت أو كفاءة غير مثبتة. ويجب دراسة وبحث مجموعات متنوعة من المكونات بشكل منفصل للتعرف على الفوائد المحتملة لهذا المستحضر لكي نفهمه.

إن عامل التركيز هو أساساً مركب متعدد الفيتامينات. ولذلك فإنه من غير المحتمل أن يسبب أي ضرر، ولكن من غير المحتمل أيضاً أن تكون له أية فوائد كبيرة في تحسين أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط إلا إذا كان المريض يخضع لنظام غذائي يقيد ويحد الكمية المستهلكة من المواد الغذائية الشائعة. وإذا كان الأمر كذلك، فإن المركب متعدد الفيتامينات الذي يباع في صيدلية من المحتمل أن يعطي نفس الفائدة بجزء من التكلفة.

وتشمل المجموعة الثانية من المكونات ثنائي ميثيل أمينو الإيثانول والكولين وحمض الدوكوساهيكسينويك. وقد سبق مناقشة الفوائد المحتملة لتلك المكونات كل على حدة. ولكي يحتمل أن تكون فعالة، يلزم إعطاء كل من هذه المكونات

بجرعات أعلى من تلك التي يشتمل عليها عامل التركيز، ويمكن شراء كل من هذه المكونات من صيدلية محلية تباع المكملات الغذائية بسعر أقل. وتشمل المجموعة الثالثة من المكونات أعشاب ينذر استخدامها مثل هوبرزين Huperzine وفينبوسيتين Vinpocetine اللذين تنذر دراستهما وليس لهما أي مبرر منطقي بشأن فوائدهما المحتملة في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وبوجه عام فإنه على الرغم من أنه لا توجد أية أدلة على أن عامل التركيز قد يكون ضاراً، إلا أنه أيضاً لا توجد أية أدلة على أن معظم الأفراد يحصلون على أية فائدة من هذا المركب.

٤- الحديد Iron

الحديد عنصر كيميائي متضمن في بناء الكاتيكولامينات. والحديد موجود في كل الجسم ويتحول إلى أحماض أمينية. ويتم الحصول على أغلبية كمية الحديد اللازمة من الغذاء الطبيعي، وعادة ما يتم استهلاك العدد من الأغذية الغنية بالحديد في اللحوم والحبوب والفاكهة والخضراوات. وقد يحتاج بعض أفراد المجتمعات المعرضة للخطر مكمل حديد، مثل الأفراد الذين يعانون من سوء التغذية، أو الأطفال الذين لا يتم إرضاعهم رضاعة طبيعية، أو الأفراد الذين فقدوا كثيراً من الدم. على أن مكمل الحديد لدى المرضى الذين لا يعانون من نقص الحديد يكون خطراً. يجب ملاحظة المستويات الدقيقة للكميات الغذائية الموصى بها، وقد أقرن استهلاك الحديد الزائد بتأثيرات سامة خطيرة تشمل الوفاة. إن الأطفال معرضون بشكل خاص لخطر المعاناة من هذه المشكلات، وينبغي تعاطي مكمل الحديد فقط تحت إشراف (وتوصية) طبيب (الاقتصاد الطبي Medical Economics، 2001).

وقد قامت بعض الدراسات ببحث تأثيرات مكمل الحديد على أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. فعلى سبيل المثال وجد سيفر، وأشكينازي، وتيانو، وويزمان Sever, Ashkenazi, Tyano, and Weizman (١٩٩٧) بعض الانخفاض في الأعراض لدى الأولاد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ووجد بيوراتيني وآخرون Burattini et al (١٩٩٠).

انخفاضاً في أعراض فرط النشاط، ولكن كلتا الدراستين استخدمتا مكملاً الحديد مع الأطفال الذين وجد في البداية أنهم يظهرون نقصاً في الحديد، وبوجه عام فإن مكملاً الحديد ليست له أية تأثيرات إيجابية على الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ولا يظهرون نقصاً في الحديد. ولأن أغلبية كبيرة من الأولاد والمراهقين والرجال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط ربما لا يظهرون نقصاً في الحديد، فإن تأثير مكملاً الحديد في هذه المجموعات غير معروف. وإذا علمنا أخطار مكملاً الحديد، ينبغي على الكليينيكين أن يتعدوا عن هذه الممارسة إلا إذا أمكن تأكيد أن المريض يظهر نقصاً في الحديد. وينبغي إعطاء أي مكملاً حديد تحت الإشراف الدقيق والوثيق من جانب طبيب.

٥- طرد الرصاص Deleading

عرف لعقود من الزمن أن الأطفال الذين يمرون بتجربة تسمم بالرصاص يظهرون أعراض نشاط مفرط وضبط نفس ضعيف ومشكلات في التركيز. وبالتالي نما اعتقاد بأن طرد الرصاص قد يكون مفيداً بالنسبة للمرضى الذين يظهرون هذه الأعراض حتى إذا لم يعرف عنهم أنهم يعانون من التسمم بالرصاص. ولسوء الحظ أوضحت نتائج الدراسات البحثية بوضوح أن هذه الطريقة غير فعالة. حقيقي أن الدراسات قد أوضحت أن عملية إزالة الرصاص من الدم Chelation تقلل النشاط المفرط (ديفيد، هوفمان، سيفيرد، كلارك، & فولر David, Sverd, Clark, & Voeller, 1976)، ولكن المشاركون في الدراسة كانوا أطفالاً اتضح أن لديهم مستويات رصاص غير طبيعية في دمائهم. وعلى الرغم من أن حدود مستويات الرصاص المقبولة في الدم كانت تتناقص بصورة ثابتة، إلا أن معظم الأطفال لا يظهرون مستويات رصاص قريبة من الحد، حتى عند استخدام معايير متحفظة. ويبدو أن طرد الرصاص لا يعطي أية فائدة بالنسبة للأطفال الذين لا يظهرون مستويات بلازما رصاص غير طبيعية.

إن عملية إزالة الرصاص من الدم ليست فقط غير مفيدة ولكنها أيضاً خطيرة. فطررد الرصاص يقترن بمخاطر الفشل الكلوي وكبت فاعلية وأداء النخاع العظمي والصدمة وانخفاض ضغط الدم والتشنجات وعدم انتظام ضربات القلب وتوقف التنفس. وقد ارتبط عدد من حالات الوفاة بالعلاج بإزالة الرصاص من الدم. وعلى الرغم من أن قدراً كبيراً من عمليات إزالة الرصاص غير الضرورية تتم مع الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد، إلا أن بعض عمليات إزالة الرصاص من الدم تتم أيضاً مع الأطفال الذين تكون لديهم أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وينبغي تحذير الوالدين من أن إزالة الرصاص من الدم من المحتمل أن تكون قاتلة ومميتة وغير مفيدة تماماً إلا إذا أمكن إثبات أن المريض يظهر مستويات رصاص مرتفعة بصورة غير طبيعية، وفي هذه الحالة يجب إجراؤها تحت إشراف طبي مركز جداً.

سادساً- ملخص

Summary

على الرغم من أنه اتضح أن العديد من الأدوية تكون فعالة في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، إلا أن نسبة كبيرة من المجتمع يشككون في الأدوية التي تصرف بتذكرة طبية، خاصة عند استخدامها لعلاج الاضطرابات النفسية. ويفضل كثير من الناس استخدام المكملات الطبيعية ويفترضون أن هذه المكملات أكثر أماناً. وقد كشفت الأدبيات البحثية بوضوح عن أن المكملات الغذائية ليست أكثر أماناً ولا أكثر فاعلية، وأن عدم التنظيم والضبط قد حد كثيراً من الفائدة المحتملة لهذه المكملات الغذائية، لأن المشتريين لا تكون لديهم أية وسيلة لمعرفة ما إذا كان المذكور على الملصق يحتوي عليه القرص أو الحبة حقاً. وبالإضافة إلى ذلك، فإن معظم المكملات الغذائية غير مكررة وتحتوي على عدد كبير من المكونات النشطة، تمت دراسة بعضها فقط، وعدد متنوع من المكونات النشطة الموجودة في نفس القرص قد يكون لها أحياناً مفعول مضاد.

وبناءً عليه فإن هناك بعض المكملات التي يحتمل أن تكون مفيدة في علاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وقد كشفت نتائج الدراسات البحثية أن الكافيين هو المكمل الوحيد الذي اتضح في الدراسات البحثية أنه يكون دائماً فعالاً. فالكافيين هو منبه نفسي يؤثر أساساً على الانتقال العصبي عن طريق الأدينوسين، ولكنه قد يؤثر أيضاً على إطلاق الكاتيكولامينات. إن له فترة تأثير قصيرة نسبياً، ومن المحتمل أن تكون هناك حاجة لجرعات يومية متعددة. وعند استخدامه لعلاج أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ينبغي تناوله في صورة أقراص بدلاً من تناوله في القهوة أو المشروبات الخفيفة أو غيرها من المنتجات الغذائية الأخرى. وعلى الرغم من الآثار الجانبية تكون بوجه عام ضئيلة، إلا أن بعض العملاء يختبرون زيادة في القلق عند تناول الكافيين.

إن المركبات التي يحتمل أن تكون مفيدة تشمل أوميغا-٣ و ال-إس-أدينوسيل-إل-ميثيونين. وقد يؤثر كلا المركبين على سيولة الأغشية، وبالتالي قد ينظمان إطلاق الخلايا العصبية. وتبرز دراسات ترى أن لهما تأثيرات مفيدة على أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط، ولكن نتائج البحوث غير متوافقة. وقد يسفر كلا المركبين عن اضطراب في الجهاز الهضمي وقد يكون لهما خواص مانعة ومضادة لتجلط الدم. وقد يلزم إجراء تجربة طويلة قبل أن تتضح التأثيرات الكلينية، وتتباين الجرعات تبايناً كبيراً.

وقد تكون مركبات الإينوزيتول والكولين والبيكنوجينول والروديولا فعالة، ويتوافر عدد قليل من الأبحاث التي تدل على كفاءة محتملة. وتتباين الاستجابة تبايناً واسعاً وكبيراً، ولم يتم حتى الآن وضع إرشادات خاصة بتحديد الجرعات. إن قدراً كبيراً من المحاولة والخطأ يكون محتملاً. وقد تعتبر هذه المركبات عوامل خط ثالث بعد فشل مركبات أخرى في أن تكون فعالة، أو قد يتم استخدامها لتعزيز العلاج مع مكملات أخرى (مثل أوميغا-٣) عندما يتضح أن هناك تحسناً جزئياً. وينصح الكليينكيون والمرضى بمواصلة استخدام هذه المركبات بحذر لأن ما هو معروف عن تأثيرات هذه المركبات قليل جداً.

وعلى الرغم من أنه يتم أحياناً الإعلان عن والترويج لعشبة القديس جون والعلاجات بالفيتامينات (بما في ذلك عامل التركيز) ومكملات الحديد والعلاج بطرد الرصاص، إلا أنه أتضح في الأبحاث أنها غير فعالة في تحسين أعراض اضطراب نقص الانتباه - فرط النشاط. وبالإضافة إلى ذلك، فإن بعض هذه العلاجات تثير مخاطر تسمم كبيرة تشمل الوفاة. وينبغي نصح المرضى بالابتعاد عن هذه المكملات.

المراجع

References

- Abikoff H. (2002) Matching patients to treatments. In P.S. Jensen & J.R. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science, best practices* (pp. 15-1-15-14). Kingston, NJ: Civic Research Institute
- Achenbach, T. M. (2001). *Child behavior checklist*. Burlington, VT: Research Center for Children, Youth, and Families.
- Aleman, S. R. (1991, December 5). *Special education for children with attention deficit disorder*. Current issues (Report No. 91-862). Washington, DC Congressional Research Service.
- Allsopp, L. A., Minskoff, E. H, & Bolt, L. (2005). Individualized course-specific strategy instruction for college students with learning disabilities and ADHD: Lessons learned from a model demonstration program. *Learning Disabilities Research and Practice, 20*, 103-118
- Alvarado, A., Diaz, L., Sucre, Z., Perez, R., Veracoechea, G., Hernandez, M., & Alvarado, M. (2004). H magnetic resonance spectroscopy (MRS) assessment of the effects of eicosapentaenoic-docosahexaenoic acids and choline inositol supplementation on children with attention deficit hyperactivity disorder. *Academia*

Biomédica Digital, 20. Retrieved from www.vitae.com

- Ambroggio, J. D., & Jensen, P. S. (2002). Behavioral and medication treatments for ADHD: Comparisons and combinations. In P. S. Jensen & J. R. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science, best practices* (pp. 14-1-14-14). Kingston, NJ: Civic Reserch Institute.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, CD: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., Riv.). Washington, CD: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, CD: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text rev.). Washington, CD: Author.
- Anastopoulos, A. D, Rhoads, L. H., & Farley, S. E. (2006). Counseling and training parents. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed., pp. 453-479). New York: Guilford
- Anastopoulos, A. D., Spisto, M.A., & Maher, M. C. (1994). The WISC-III Freedom From Distractibility Factor:

Its utility in identifying children with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychological Assessment*, 6, 368-371.

- Angold, A., Messer, S. C., Stangl, D., Farmer, E. M., Costello, E. J., & Burns B. J. (1998). Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, 88, 75-80.
- Arnold, L. E. (2002). Treatment alternatives for attention deficit hyperactivity disorder. In P. S. Jensen & J. R. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science, best practices* (pp. 13-1-13-29). Kingston, NJ Civic Research Institute.
- Asarnow, J. (1988). Peer status and social competence in child psychiatric inpatients: A comparison of children with depressive, externalizing, and depressive and externalizing disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 151-162.
- Ballas, C. A., Evans, A. D, & Dinges, D. F. (2004). Psychostimulants in psychiatry: Amphetamine, methylphenidate, and modafinil. In A. F. Schatzberg & C. B. Nemeroff (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry* (pp. 671-684). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bandura, A. (1976). Social learning theory. In J. T. Spence, R. C. Carson, & J. W Thibaud (Eds.), *Behavioral approach to therapy*. Morristown, NJ: General

Learning press.

- Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 75-78.
- Barkley, R. A. (1987). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (1997a). *ADHD and the nature of self control*. New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (1997b). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Barkley, R. A. (2002). ADHD: Long-term course, adult outcome, and comorbid disorders. In P. S. Jensen & J. R. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science, best practices* (pp. 4-1-4-12). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford.
- Barkley, R. A., Guevremont, D. C., Anastopoulos, A. D., & Fletcher, K. E. (1992). A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity

- disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 450-462.
- Baumgaertel, A., Wolraich, M. L., & Dietrich, M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 629-638.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford.
- Bellack, A. S., & Hersen, M. (Eds.). (1979). *Research and practice in social skills training*. New York: Plenum.
- Benton, D., & Buts, J. P. (1990). Vitamin/mineral supplementation and intelligence. *Lancet*, 335, 1158-1160.
- Benton, D., & Cook, R. (1991). Vitamin and mineral supplements improve the intelligence scores and concentration of six-year-old children. *Personality and Individual Differences*, 12, 1151-1158.
- Berg, B. (1990). *The Self-Control Game*. Dayton, OH: Cognitive Counseling Associates.
- Berg, B. (2000). *The Anger Control Game*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Berliner, D. C. (1987). Simple views of effective teaching and a simple theory of classroom instruction. In D. C. Berliner & B. V. Rosenshine (Eds.), *Talks to teachers* (pp. 93-110). New York: Random House.
- Bezchlibnyk-Butler, K. Z., & Jeffries, J. J. (2007). *Clinical*

- handbook of psychotropic drugs* (17th ed.). Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Bezchlibnyk-Butler, K. Z., & Virani, A. S. (2004). *Clinical handbook of psychotropic drugs for children and adolescents*. Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Bhatia, M. S., Nigam, V. R., Bohra, N., & Malik, S. C. (1991). Attention deficit teachers disorder with hyperactivity among pediatric outpatients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 297-306.
- Biederman, J. (2004). Impact of comorbidity in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (Suppl. 3), 3-7.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., & Spencer, T. (2002) deficit Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of Psychiatry*, 159, 36-42.
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.
- Biederman, J., & Spencer, T. J. (2002). Nonstimulant treatments for ADHD. In P. S. Jensen & J. R. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science, best practices* (pp. 11-1-11-16). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Biederman, J., Spencer, T. J., Newcorn, J. H., Haitao, G.,

- Milton, D. R., Feldman P. D., & Witte, M. M. (2007). Effect of comorbid symptoms of oppositional defiant disorder on responses to atomoxetine in children with meta-analysis of controlled clinical trial data. *Psychopharmacologia*, 190, ADHD: A 31-41.
- Biederman, J., Wilens, T, Mick, E., Faraone, S. V., Weber, W, & Curtis, S. (1997). Is ADHD a risk factor for psychoactive substance disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 21-29.
- Biederman, J., Wilens, R., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T. J., & Faraone, S. V. (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1652-1658.
- Biederman, J., Mick, E., & Faraone, S. V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157, 816-818.
- Bird, H. R. (2002). The diagnostic classification, epidemiology, and cross-cultural validity of ADHD. In P. S. Jensen & J. R. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science, best practices* (pp. 2-1-2-16). Kingston, NJ: Civic Research Institute.

- Bolton, S, & Null, G. (1981). Caffeine: Psychological effects, use and abuse. *Orthomolecular Psychiatry, 10*, 202-211.
- Bradley, W. (1937). The behavior of children receiving Benzedrine. *American Journal of Psychiatry, 94*, 577-585.
- Brenesova, V., Oswald, L., & Loudon, J. (1975). Two types of insomnia: Too much waking or not enough sleep. *British Journal of Psychiatry, 126*, 439-445.
- Breslau, N., Brown, G. G., DelDotto, J. E., Kumar, S., Exhuthachan, S, & Andreski, P. (1996). Psychiatric sequelae of low birth weight at 6 years of age. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*, 385-400.
- Brickenkamp, R., & Zillmer, E. (1998). *d2 Test of Attention*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Brown, T E. (1996). *Brown Attention-Deficit Disorder Scales for Adolescents and Adults: Manual*. San Antonio, TX: Pearson Assessment.
- Brown, T. E. (2001). *Brown Attention-Deficit Disorder Scales for Children and Adolescents: Manual*. San Antoniko, TX: Pearson Assessment.
- Brown, T. E. (2005). *Attention deficit disorder: The unfocused mind in children and adults*. Hew Haven, CT: Yale University Press.
- Brown, T E., Freeman, W. S., Perrin, J. M., Stein, M. T, Amler, R. W., Feldman, H. M., Pierce, K., & Wolraich, M. L. (2001). Prevalence and assessment attention-deficit/

- hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics* 107(Technical Suppl. 3), 1-11.
- Buckley, A., & Buckley, C. (2006). *A guide to coaching and mental health*. New York: Routledge.
- Burattini, M. G., Amendola, E., Aufiero, T., Spano, M., DiBitonto, G., Del Vecchio, G. C., & De Mattia, D. (1990). Evaluation of the effectiveness of gastroprotected proteoferrin in the therapy of sideropenic anemia in childhood. *Minerva Pediatrica*, 42, 343-347.
- Burns, G. L., & Walsh, J. A. (2002). The influence of ADHD-hyperactivity/impulsivity symptoms on the development of oppositional defiant disorder symptoms in a 2-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 245-256.
- Burt, S. A., Krueger, R. F., McGue, M., & Iacono, W. G. (2001). Sources of covariation among attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: The importance of shared environment. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 516-525. .
- Butcher, J. N., Williams, C. L., Graham, J. R., Archer, R. P., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., & Kaemmer, B. (1992). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent*. San Antonio, TX: Pearson Assessment.
- Carlson, C. L., & Mann, M. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder, pre-dominantly inattentive

- subtype. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 499-510.
- Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Elia, J., Merish, W. L., Ritchie, G. F., Hamburger, S. D., & Rapoport, J. L. (1997). Controlled stimulant treatment of ADHD and comorbid Tourette's syndrome: Effects of stimulant and dose. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 589-596.
- Challman, T. D., & Lipsky, J. J. (2000). Methylphenidate: Its psychopharmacology and uses. *Mayo Clinic Proceedings*, 75, 711-721.
- Chemers, B. (2002). The impact of attention deficit hyperactivity disorder on the juvenile justice system. In P. S. Jensen & J. R. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science, best practices* (pp. 25-1-25-5). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Cheng, G., Chen, R., Ko, J., & Ng, E. (2007). Efficacy and safety of atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Meta analysis and meta-regression analysis. *Psychopharmacology*, 194, 197-209.
- Childsworld/Childsplay. (1999). *Circle of Friends Game*. Wilkes-Barre, PA: Author.
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T., & Pelham, W. E., Jr (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of

- children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 1-27.
- Clarfield, J., & Stoner, G. (2005). The effects of computerized reading instruction on the academic performance of students identified with ADHD. *School Psychology Review*, 34, 246-255.
- Claude, D., & Firestone, P. (1995). The development of ADHD boys: A 12-year follow-up. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 27, 226-249.
- Claycomb, C. D., Ryan, J. J., Miller, L. J., & Shnakenberg-Ott, S. D. (2004) Relationship between attention deficit hyperactivity disorder, induced labor and selected physiological and demographic variables. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 689-693.
- Colter, A. L., Cutler, C, & Meckling, K. A. (in press). Fatty acid status and behavioural symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents: A case-control study. *Nutrition Journal*.
- Conners, C. K. (2004). *Conners' Continuous Performance Test II: Technical guide and software manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Conners, C. K. (2008). *Conners 3rd edition: Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Conners, C. K, Erhardt, D., & Sparrow, E. (1999). *Conners' Adult ADHD Rating scales: technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.

- Connor, D. (2002). Preschool attention deficit hyperactivity disorder: A review of prevalence, diagnosis, neurobiology, and stimulant treatment. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 23*(Suppl. 1), S1-S9.
- Connor, D. F. & Steingard, R. J. (2004). New formulations of stimulants for attention-deficit hyperactivity disorder: Therapeutic potential. *CNS Drugs, 18*, 1011-1030.
- Cruickshank, B. M., Eliason, M., & Merrifield, B. (1988). Long-term sequelae of water near-drowning. *Journal of Pediatric Psychology, 13*, 379-388.
- Cuffe, S. P., Waller, . L., Cuccaro, M. L., Pumariega, A. J., & Garrison, C. Z. (1995). Race and gender differences in the treatment of psychiatric disorders in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 1536-1543.
- Cunningham, C. E., & Cunningham, L. J. (1995). Reducing playground aggression: Student mediation program. *ADHD Report, 3*, 9-11.
- Cunningham, C. E., Cunningham, L. J., & Martorelli, V. (2001). *Coping with conflict at school: The Collaborative Student Mediation Project manual*. Hamilton, Ontario, Canada: Community Parent Education Program.
- Cunningham, C. E., Cunningham, L. J., Martorelli, V., Tran, A., Young, J., & Zacharias, R. (1998). The effects of primary division, student-mediated conflict resolution

- programs on playground aggression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 653-662.
- Darbinyan, V., Aslanyan, G., Amroyan, E., Gabrielyan, E., Malmström, C., & Panossian, A. (2007). Clinical trial of rhodiola rosea L. extract SHR-5 in the treatment of mild to moderate depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61, 343-348.
- David, D. & Brannon, R. (1976). *The forty-nine percent majority: The male sex role*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- David, O. J., Hoffman, S. P., Sverd, J., Clark, J., & Voeller, K. (1976). Lead and hyperactivity: Behavioral response to chelation; A pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 133, 1155-1158.
- Daviss, W. B., Bentivoglio, P., & Racusin, R. (2001). Bupropion sustained release in adolescents with comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 307-314.
- deHas, P. A. (1986). Attention styles and peer relationships of hyperactive and normal boys and girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 457-467.
- Dews, P. B. (1984). Behavioral effects of caffeine. In P. B. Dews (Ed.), *Caffeine: perspectives from recent research* (pp. 86-103). Berlin: Springer-Verlag.
- Dixon, E. B. (1995). Impact of adult ADD on the family. In K. Nadeau (Ed.), *A comprehensive guide to attention*

- deficit hyperactivity disorder in adults* (pp. 236-259).
New York: Brunner/Mazel.
- Donenberg, G., & Baker, B. L. (1994). The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *21*, 179-198.
- Dossick, J. (1988). *Creative therapy: Fifty two exercises for groups*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Dossick, J. (1990). *Creative therapy II: Fifty two more exercises for groups*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Dossick, J. (1995). *Creative therapy III: Fifty two more exercises for groups*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Drechsler, R., Rizzo, P, & Steinhausen, H. C. (2007). Decision-making on an explicit risk-taking task in preadolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Neural Transmission*, *115*, 201-209.
- DuPaul, G. J. (1991). Parent and teacher ratings of ADHD symptoms: Psychometric properties in a community-based sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, *20*, 242-253.
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2003). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*. New York: Guilford.
- Ebaugh, F. G. (1923). Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children. *American Journal*

- of Diseases of Children*, 25, 89-97.
- Education of All Handicapped Children Act of 1975, 20 U.S.C. § 1400 *et seq.* (1975).
- Enig, M. G. (2000). *Know your fats: The complete primer for understanding the nutrition of fats, oils and cholesterol*. Silver Spring, MD: Bethesda.
- Enig, M. G., & Fallon, S. (1999). Tripping lightly down the prostaglandin pathways. *Price-Pottenger Nutrition Foundation Health Journal*, 20, 574-577.
- Erford, B. T., & Hase, K. (2006). Reliability and validity of scores on the ACTe RS-2. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 39, 97-106.
- Ernst, M., Kimes, A. S., London, E. D., Matochik, J. A., Eldreth, D., & Tata, S. (2003). Neural substrates of decision making in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1061-1070.
- Evans, S.M., & Groffotjs. R. R. (1992). Caffeine tolerance and choice in humans. *Psychopharmacology*, 108, 51-59.
- Exner, J. E. (2002). *The Rorschach: Basic foundations and principles of interpretation: Volume 1*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Fisher, M. (1990). Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 337-346.

- Flanagan, D. P. (2001). *Woodcock Johnson III assessment service bulletin number 1: Comparative features of the WJ III test of cognitive abilities and the Wechsler intelligence scales*. Rolling Meadows, IL: Riverside.
- Fletcher, K. E., Fischer, M., Barkley, R. A., & Smallish, L. (1996). A sequential analysis of the mother-adolescent interactions of ADHD, ADHD/ODD, and normal teenagers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *24*, 271-278.
- Forehand, R. L., & McMahon, R. J. (1981). *Helping noncompliant child: A clinician's guide to parent training*. New York: Guilford.
- Frankel, F., Myatt, R., & Cantwell, D. P. (1995). Training outpatient boys to conform with the social ecology of popular peers: Effects on parent and teacher ratings. *Journal of Clinical Child Psychology*, *24*, 300-310.
- Frankel, F., Myatt, R., Cantwell, D. P., & Feinberg, D. (1997). Parent-assisted transfer of children's social skills training: Effects on children with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 1056-1064.
- Frazier, T. W., Demaree, H. A., & Youngstrom, E. A. (2004). Meta-analysis of intellectual and neuropsychological test performance in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, *18*, 543-555.
- Fredholm, B. B., Ijzerman, A. P., Jacobson, K. A., Klotz,

- K. N, & Linden, J. (2001). International Union of Pharmacology, XXV: Nomenclature and classification of adenosine receptors. *Phannacology Rerriews*, 53, 527-552.
- Froehlich, T. E., Lanphear, B. P, Epstein, J. N., Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., 8 Kahn, R. S. (2007). Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of U.S. children. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 161, 857-864.
- Fuster, J. M. (1997). *The prefrontal cortex* (3rd ed.). New York: Raven.
- Garrett, B. E., & Griffiths, R. R. (1997). The role of dopamine in the behavioral effects of caffeine in animals and man. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 57, 533-541.
- Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescen Psychiatry*, 36, 1036-1045.
- Gibson, A. P, Bettinger, T. L., Patel, N. C., & Crimson, M. L. (2006). Atomoxetine versus stimulants for treatment of attention deficit/hyperactivity disorder. *Annals of Pharmacotherapy*, 40, 1134-1142.
- Glasser, W. (2001). *Counseling with choice theory: The new reality therapy*. New York: HarperCollins.
- Golden, C. J., & Freshwater, S. M. (2002). *Stroop Color*

and Word Test. Los Angeles: Western Psychological Services.

Golden, C. J., Hammeke, T. A., & Purisch, A. D. (1979). *The Luria-Nebraska Neuro-psychological Battery: A manual for clinical and experimental uses*. Los Angeles: Western Psychological Services.

Goldstein, S., & Schwebach, A. J. (2004). The comorbidity of pervasive developmental disorder and attention deficit hyperactivity disorder: Results of retrospective chart review. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 34, 329-339.

Gordon, M. (1983). *The Gordon Diagnostic System*. DeWitt, NY: Gordon Systems.

Gordon, M., & Mettelman, B. B. (1988). The assessment of attention: I. Standardization and reliability of a behavior-based measure. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 682-690.

Gorman, C., & Park, A. (1994, October 10). Prozac's worst enemy. *Time Magazine*. Retrieved from www.time.com.

Graetz, B. W., Sawyer, M. G., Hazell, P. L., Arney, F., & Baghurst, P. (2001). Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1410-1417.

Grant, D. A., & Berg, E. A. (2003). *Wisconsin Card Sorting*

- Test*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources. (Original work published 1948).
- Gray, J. (1992). *Men are from Mars, women are from Venus*. New York: HarperCollins.
- Greenberg, L. M., & Kindschi, C. L. (1996). *T.O.V.A. Test of Variables of Attention: Clinical guide*. St. Paul, MN: TOVA Research Foundation.
- Greenhill, L. L. (2002). Stimulant medication treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder. In P. S. Jensen & J. R. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science, best practices* (pp 9-1-9-27). Kingston, NJ: Civic Research Institute
- Greenwood, C. R., Delquadri, & Carta, J. J. (2002). *Classwide peer tutoring*. Seattle, WA: Educational Achievement Systems.
- Griffiths, R. R., & Mumford, G. K. (1995). Caffeine: A drug of abuse? In F. E. Bloom & D. J. Kupfer (Eds.), *Psychopharmacology: The fourth generation of progress*. New York: Raven.
- Gur, R. C., Turetsky, B. I., Matsui, M., Yan, M., Bilker, W, Hughett, P, & Gur, R E. (1999). Sex differences in brain gray and white matter in healthy young adults: Correlations with cognitive performance. *Journal of Neuroscience, 19*, 4065-4072.
- Hallowell, E. M. (1995). Psychotherapy of adult attention deficit disorder. In K. Nadeau (Ed.), *A comprehensive*

guide to attention deficit hyperactivity disorder in adults (pp. 144-167). New York: Brunner/Mazel.

- Halperin, J. M., Newcorn, J. H., Koda, V. H., Pick, L., McKay, K. E., & Knott, (1997). Noradrenergic mechanisms in ADHD children with and without reading disabilities: A replication and extension. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1688-1697.
- Hathaway S. R., & McKinley, J. C. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*. San Antonio, TX: Pearson Assessment.
- Heaton, R. K., Miller, S. W, Taylor, M. J, & Grant, I (1991). *Revised comprehensive norms for an expanded Halstead-Reitan Battery: Demographically adjusted neuropsychological norms for African American and Caucasian adults*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Heiman, S. W. (1999). Pycnogenol for ADHD? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 357-358.
- Hesdorffer, D. C., Ludvigsson, P, Olafsson, E., Gudmundsson, G., Kjartansson, O., Hauser, W. A. (2004). ADHD as a risk factor for incident unprovoked seizures and epilepsy in children. *Archives of General Psychiatry*, 61, 731-736.
- Hibbeln, J. R., Umhau, J. C., Linnoila, M., George, D. T, Ragan, P. W., Shoaf, S E., Vaughan, M. R., Rawlings,

- R., & Salem, N., Jr. (1998). Essential fatty acids predict metabolites of serotonin and dopamine in cerebrospinal fluid among healthy control subjects, and early- and late-onset alcoholics. *Biological Psychiatry*, 44, 243-349.
- Hingle, M. (2007). Nutrition. In J. H. Lake & D. Spiegel (Eds.), *Complementary and alternative treatments in mental health care* (pp. 275-299). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Hinshaw, S. P (1992). Interventions for social competence and social skills. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1, 539-552.
- Hinshaw, S. P. (2002). Is ADHD an impairing condition in childhood and adolescence? In P. S. Jensen & J. R. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science, best practices* (pp. 5-1-5-21). Kingston, NJ: Civi Research Institute.
- Hinshaw, S. P, & Erhardt, D. (1991). Attention-deficit hyperactivity disorder. In P. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (pp. 98-128). New York: Guilford.
- Hirayama, S., Hamazaki, T., & Terasawa, K. (2004). Effect of docosahexaenoic acid-containing food administration on symptoms of attention-deficit/ hyperactivity disorder: A placebo-controlled double-blind study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58, 467-473.
- Holtmann, M., Bolte, S., & Poutska, F. (2005). ADHD,

- Asperger syndrome, and high-functioning autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1101.
- Homack, S., & Riccio, C. A. (2004). A meta-analysis of the sensitivity and specificity of the Stroop Color and Word Test with children. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 725-743.
- Horrocks, L. A., & Yeo, Y. K. (1999). Health benefits of docosahexaenoic acid *Pharmaceutical Research*, 40, 211-225.
- Hunt, R. D., Minderaa, R. B., & Cohen, D. J. (1985). Clonidine benefits children with attention deficit disorder and hyperactivity: Report of a double-blind placebo-crossover therapeutic trial. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 617-629.
- Individuals With Disabilities Education Act of 1990, 20 U.S.C. S 1400 *et seq.* (1990).
- James, J. J. (1991). *Caffeine and health*. London: Academic.
- Janicak, P. G, Davis, J. M., Preskorn, S. H., Ayd, F J. Jr., Marder, S. R., & Pavuluri, M. N. (2006). *Principles and practice of psychopharmacotherapy* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Jensen, P. S., Kettle, L., Roper, M., Sloan, M., Dulcan, M., Hoven, C., & Bauermeister, J. (1999). Are stimulants overprescribed? Treatment of ADHD in 4 U.S. communities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 797-804.

- Johnson, B. D., Franklin, L. C., Hall, K., & Prieto, L. R. (2000). Parent training through play: Parent-child interaction therapy with a hyperactive child. *Family Journal, 8*, 180-186.
- Johnson, D. W., Johnson, R. T, Dudley, B., & Burnett, R. (1992). Teaching students to be peer mediators. *Educational Leadership, 50*, 10-13.
- Johnson, M., Ostlund, S., Fransson, G., & Kadesjo, B. (in press). Omega-3/omega-6 fatty acids for attention deficit hyperactivity disorder: A randomized placebo-controlled trial in children and adolescents. *Journal of Attention Disorders*.
- Johnston, C. (2002). The impact of attention deficit hyperactivity disorder on social and vocational functioning in adults. In P. S. Jensen & J. R. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science, best practices* (pp. 6-1-6-21). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/ hyperactivity disorder: Review and recommendatons for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review, 4*, 183-207.
- Jovanovic, H., Lundberg, J., Karlsson, P., Cerin, A., Saijo, T., Varrone, A., Halldin, C, & Nordström, A. L. (2008). Sex differences in the serotonin 1A receptor and serotonin transporter binding in the human brain measured by PET. *Neuroimage, 39*, 1408-1419.

- Kapalka, G. M. (2001a). *Avoiding repetitions improves ADHD children's compliance with parent's commands*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Society, Toronto, Canada.
- Kapalka, G. M. (2001b). *Longer eye contact improves ADHD children's compliance with teacher's commands: II*. San Francisco: American Psychological Association.
- Kapalka, G. M. (2002). Reducing ADHD children's management problems in out-of-class settings [Abstract]. In *Proceedings of the joint meeting of the Association for the Advancement of Educational Research and the National Academy for Educational Research* (Supplement, p. 6). West Monroe, LA Association for the Advancement of Educational Research.
- Kapalka, G. M. (2003a). Reducing ADHD children's management problems in out-of-home settings [Electronic version]. *Resources in Education* (Document No. ED474462).
- Kapalka, G. M. (2003b). *Reducing ADHD children's problems with interrupting at home*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Toronto, Canada.
- Kapalka, G. M. (2004). Longer eye contact improves ADHD children's compliance with parents' commands. *Journal of Attention Disorders*, 8, 17-23.
- Kapalka, G. M. (2005a). Avoiding repetitions reduces ADHD

- children's management problems in the classroom. *Emotional and Behavioural Difficulties* 10(4), 269-279.
- Kapalka, G. M. (2005b). Longer eye contact improves ADHD children's compliance with teacher's commands. *Journal for the Advancement of Educational Research*, 1, 69-78.
- Kapalka, G. M. (2005c). *Reducing ADHD children's problems with interrupting in school*. Los Angeles: American Psychological Society
- Kapalka, G. M. (2005d). *Reducing ADHD children's problems with interrupting in school: II*. Washington, DC: American Psychological Association
- Kapalka, G. M. (2005e). *Reducing ADHD children's problems with transitions*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.
- Kapalka, G. M. (2006a). *Efficacy of behavioral contracting with ADHD children*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Society, New York.
- Kapalka, G. M. (2006b). *Reducing problems with transitions that young students with ADHD commonly exhibit*. New York: Association for Psychological Science.
- Kapalka, G. M. (2007a). Avoiding repetitions reduces classroom behavior management problems for students with ADHD. *Journal for the Advancement*

- of Educational Research*, 3, 15-22.
- Kapalka, G. M. (2007b). *Efficacy of behavioral contracting with students with ADHD: II*. San Francisco: American Psychological Association.
- Kapalka, G. M. (2007c). *Parenting your out of control child: An effective, easy-to-use program for teaching self-control*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Kapalka, G. M. (2007d). *Reducing ADHD children's problems with home work*. Washington, DC: Association for Psychological Science.
- Kapalka, G. M. (2008a). *Efficacy of behavioral contracting with students with ADHD*. Boston: American Psychological Association.
- Kapalka, G. M. (2008b). Managing students with ADHD in out-of-class settings. *Emotional Behavioural Difficulties*, 13, 21-30.
- Kapalka, G. M. (2009). *Eight steps to classroom management success for teachers of challenging students*. Thousand Oaks, CA: Corwin.
- Kapalka, G. M., & Bryk, L. J. (2007). Two to four minute time out is sufficient for young boys with ADHD. *Early Childhood Services*, 1(3), 181-188.
- Kendall P. C. (Ed.). (2005). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (3rd ed.). New York: Guilford.
- Kessler, R. C., Adler, L. A., Ames, M., Barkley, R. A., Birnbaum, H., & Greenberg, P. (2005). The

- prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 565-572.
- Klee, S. H., Garfinkel, B. D. (1983). The computerized continuous performance task: A new measure of attention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 487-496.
- Klein, M. (1963). *The psychoanalysis of children*. London: Hogarth.
- Klein, R. G. (1987). Pharmacotherapy of childhood hyperactivity: An update. In H. Y. Meltzer (Ed.), *Psychopharmacology: The third generation of progress* (pp. 1215-1224). New York: Raven.
- Kolberg, J., & Nadeau, K. (2002). *ADD-friendly ways to organize your life*. New York: Routledge.
- Kroes, K., Kaliff, A. C., Kessels, A. G., Steyaert, J., Feron, F., & van Someren, A. (2001). Child psychiatric diagnoses in a population of Dutch school children aged 6 to 8 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1401-1409.
- Lake, J. H. (2007). Omega-3 essential fatty acids. In J. H. Lake & D. Spiegel (Eds.), *Complementary and alternative treatment in mental health care* (pp 151-167). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Lambert, N. M. (2002). Stimulant treatment as a risk factor

- for nicotine use and substance abuse. In P. S. Jensen & J. R. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science, best practices* (pp. 18-1-18-24). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Lambert, N. M., & Harsough, C. S. (1998). Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non-ADHD participants. *Journal of Learning Disabilities, 31*, 533-544 D4.
- Lanau, F., Zenner, M., Civelli, O., & Hartman, D. (1997). Epinephrine and norepinephrine act as potent agonists at the recombinant human dopamine D4 receptor. *Journal of Neurochemistry, 68*, 804-812.
- Laufer, M., Denhoff, E., & Solomons, G. (1957). Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problem. *Psychosomatic Medicine, 19*, 38-49.
- Law, S., & Schachar, R. (1999). Do typical clinical doses of methylphenidate cause tics in children treated for ADHD? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 944-951.
- Lee, S. I., Schachar, R. J., Chen, S. X., Ornstein, T. J., Charach, A., Barr, C., & Ickowicz, A. (2008). Predictive validity of *DSM-IV* and *ICD-10* criteria for ADHD and hyperkinetic disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*, 70-78.
- Legato, M. J. (2006, June 17). The weaker sex. *The New York Times*. Retrieved from www.nytimes.com/2006/06/17/opinion/17legato.html.

- Leon, M. R. (2000). Effects of caffeine on cognitive, psychomotor, and affective performance of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders, 4*, 27-47.
- Leung, P. W., Luk, S.L., Ho, T. P, Taylor, E., Mak, F. L., & Bacon-Stone, J. (1996) The diagnosis and prevalence of hyperactivity in Chinese schoolboys. *British Journal of Psychiatry, 168*, 486-496.
- Levine, M. D. (2004). *The myth of laziness*. New York: Simon & Schuster.
- Lewis, D., Linder, S., Klan, R., Winner, P, Dunn, D., Salee, F. R., Dure, L., Erenberg, G., Mintz, Milton, D, Schuh, K., Allen, A. J., & Kelsey, D (2003). Atomoxetine for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid tics in children. *Annals of Neurology, 54*, S106.
- Lifford, K. J., Harold, G. T, Thapar, A. (2008). Parent-child relationships and ADHD symptoms: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 285-296.
- Lindsay, S., Gudelsky, G, & Heaton, P. (2006). Use of modafinil for the treatment of attention deficit/hyperactivity disorder. *Annals of Pharmacotherapy, 40*, 1829-1833.
- Lineberry, T. W., Bostwick, J. M., Beebe, T. J, & Decker, P. A. (2007). Impact of the FDA black box warning on physician antidepressant prescribing and practice

- patterns: Opening Pandora's suicide box. *Mayo Clinic Proceedings*, 82, 516-522.
- Lombardo, J. A. (1986). Stimulants and athletic performance: Amphetamines and caffeine. *Physician and Sports Medicine*, 14, 128-140.
- Loo, S. K., & Barkley, R. A. (2005). Clinical utility of EEG in attention deficit hyper-activity disorder. *Applied Neuropsychology*, 12, 64-76.
- Luria, A. R. (1976). *Working brain: An introduction to neuropsychology*. Boulder, CO: Perseus.
- Lynam, D. R. (1998). Early identification of the fledgling psychopath: Locating the psychopathic child in the current nomenclature. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 566-575.
- Mandal, R. L. (2000). Test review of Brown Attention-Deficit Disorder Scales. *Psychology in the Schools*, 37, 196-200.
- Manshadi, M., Lippmann, S., O'Daniel, R., & Blackman, A. (1983). Alcohol abuse and attention deficit disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 44, 379-380.
- Manuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P., & LaPadulla, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys. *Archives of General Psychiatry*, 50, 565-576.
- Mattes, J. A. (1986). Propranolol for adults with temper outbursts and residual attention deficit disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 6, 299-302.
- McCarney, S. B. (1995). *The Early Childhood Attention*

- Deficit Disorders Evaluation Scale*. Columbia, MO: Hawthorne Educational Services.
- McCarney, S. B. (2003). *The Attention Deficit Disorders Evaluation Scale* (3rd ed.). Columbia, MO: Hawthorne Educational Services.
- McDermott, S. P. (1999). Cognitive therapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 13*, 215-226.
- McDermott, S. P. (2000). Cognitive therapy for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. In T. Brown (Ed.), *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults* (pp. 569-606). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- McGough, J. J., & McCracken, J. T. (2006). Adult attention deficit hyperactivity disorder: Moving beyond DSM-IV. *American Journal of Psychiatry, 163*, 1673-1675.
- Medical Economics. (2001). *PDR for nutritional supplements*. Montvale, NJ: Author.
- Medical Economics. (2007). *PDR for herbal medicines* (4th ed.). Montvale, NJ: Author.
- Meichenbaum, D., & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology, 77*, 115-126.
- Michelson, D., Faries, D., Wernicke, J., Kelsey, D., Kendrick, K., & Sallee, F. R. (2001). Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/

- hyperactivity disorder: A randomized, placebo-controlled dose-response study. *Pediatrics*, 108, E83.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V, Chen, L., & Jones, J. (1997). ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 37-44.
- Millon, T, Green, C. J., & Meagher, R. B., Jr. (1982). *Millon Adolescent Personality Inventory*. San Antonio, TX: Pearson Assessment.
- Millon, T, Millon, C., Davis, R., & Grossman, S. (1993). *Millon Adolescent Clinical Inventory*. San Antonio, TX: Pearson Assessment.
- Millon, T, Millon, C., Davis, R., & Grossman, S. (1996). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*. San Antonio, TX: Pearson Assessment.
- Mirsky, A. F. (1987). Behavioral and psychophysiological markers of disordered attention. *Environmental Health Perspectives*, 74, 191-199.
- Moir, A., & Jessel, D. (1989). *Brain sex*. London: Michael Joseph.
- Monastra, V. J. (2008). *Unlocking the potential of patients with ADHD: A model for clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder: Multimodal treatment

- study of children with ADHD. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- Murphy, K., & Barkley, R. A. (1996a). Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 393-401.
- Murphy, K., & Barkley, R. A. (1996b). Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: Implications for clinical diagnosis. *Journal of Attention Disorders*, 1, 147-161.
- Nadeau, K. G. (Ed.). (1995). *A comprehensive guide to attention deficit hyperactivity disorder in adults*. New York: Brunner/Mazel.
- National Center for Health Statistics. (1994). National ambulatory medical care survey: Summary. *Vital Health Statistics*, 13, 116.
- National Center for Health Statistics. (2002, October 8). Obesity still on the rise, new data show. *HHS News*. Retrieved from www.hhs.gov
- Nay, W. R. (2004). *Taking charge of anger: How to resolve conflict, sustain relationships, and express yourself without losing control*. New York: Guilford.
- Nehlig, A., Daval, J. L., & Debry, G. (1992). Caffeine and the central nervous system: Mechanisms of action, biochemical, metabolic and psychostimulant effects. *Brain Research Reviews*, 17, 139-170.
- Nemzer, Arnold, L. E., Votolato, N. A., & McConnell, H. (1986). Amino acid supplementation as therapy

- for attention deficit disorder (ADD). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 509-513.
- Neville, K. (2006, April). Can omega-3 supplements the health benefits of fish? *Environmental Nutrition*. Retrieved from www.environmentalnutrition.com.
- O'Dougherty, M., Nuechterlein, K. H., & Drew, B. (1984). Hyperactive and hypoxic children: Signal detection, sustained attention, and behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 178-191.
- Oehler-Stinnett, J. J. (1998). Review of the Gordon Diagnostic System. In C. Impara & B. S. Plake (Eds.), *Mental measurement yearbook* (13th ed.). Lincoln, NE: Burros Institute of Mental Measurement.
- Olanow, J. P. (1996). Oxidative stress and the pathogenesis of Parkinson's disease. *Neurology*, 47(Suppl. 6), S161-S170.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Weissman, M. M., & Jensen, P. S. (2002). National trends in the use of psychotropic medications by children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 514-521.
- Oskooilar, N. (2005). A case of premature ventricular contractions with modafinil *American Journal of Psychiatry*, 162, 1983-1984.
- Parker, J. G., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at

- risk? *Psychological Bulletin*, 102, 357-389.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.
- Pelham, W. E. (2002). Psychosocial interventions for ADHD. In P. S. Jensen & J. R. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science, best practices* (pp. 12-1-12-36). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Pelham, W. E., & Hoza, B. (1996). Intensive treatment: A summer treatment program for children with ADHD. In M. Roberts & A. LaGreca (Eds.), *Model programs for service delivery for child and family mental health* (pp. 193-212). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Pfiffner, L. J. (1996). *All about ADHD: The complete practical guide for classroom teachers*. New York: Scholastic.
- Pfiffner, L. J., McBurnett, K., Lahey, B. B., Loeber, R., Green, S., & Frick, P. J. (1999). Association of parental psychopathology to the comorbid disorders of boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 881-893.
- Pinker, S. (2002). *The blank slate*. New York: Penguin.
- Rafalovich, A. (2001). Psychodynamic and neurological perspectives on ADHD: Exploring strategies for defining a phenomenon. *Journal of the Theory of Social Behavior*, 31, 397-417.
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2003). A cognitive therapy approach for adult attention-deficit/hyperactivity

- disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 17, 319-334.
- Ramsay, J.R., & Rostain, A.L. (2008). *Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD An integrative psychosocial and medical approach*. New York: Routledge.
- Rappley, M. D., Mullan, P. B., Alvarez, F. J., Eneli, I. U., Wang, J., & Gardiner, J. C. (1999). Diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder and use of psychotropic medication in very young children. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153, 1039-1045.
- Ratey, N. A. (2002). Life coaching for adult ADHD. In S. Goldstein & A. T. Ellison (Eds.), *Clinician's guide to adult ADHD: Assessment and intervention*. San Diego, CA: Academic.
- Ratey, N. A. (2008). *The disorganized mind: Coaching your ADHD brain to take control of your time, tasks, and talents*. New York: St. Martin's.
- Ratey, J. J., Hallowl, E. M., & Miller, A. C. (1995). Relationship dilemmas for adults with ADD. In K. Nadeau (Ed.), *A comprehensive guide attention deft cit hyperactivity disorder in adults* (pp. 218-235). New York: Brunner/Mazel.
- Rehabilitation Act of 1973, 29 U.S.C. S 701 *et seq.* (1973).
- Reynolds, C., & Kamphaus, R. (2004). *Behavioral Assessment System for Children* (2nd ed.). Circle Pines, MN: American Guidance Service.

- Richardson, A. J. (2003). The importance of omega-3 fatty acids for behaviour cognition and mood. *Scandinavian Journal of Nutrition*, 47, 92-98.
- Richardson, A., & Puri, B. (2002). A randomized double-blind, placebo-controlled study of the effects of supplementation with highly unsaturated fatty acids on ADHD-related symptoms in children with specific learning difficulties. *Progress Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 26, 233-239.
- Ritchie, M.J. (1975). The xanthines. In L. S. Goodman & A. Gillman (Eds.), *The pharmacological basis of therapeutics* (pp. 367-378). London: Collier-Macmillan.
- Robertson, J. M., & Shepard, D. S. (2008). The psychological development of boys. In M. S. Kiselica, M. Englar-Carlson, & A. M. Horne (Eds.), *Counseling troubled boys: A guidebook for professionals* (pp. 3-29). New York: Routledge.
- Roid, G. H. (2003). *Stanford-Binet Intelligence Scales, Fifth Edition*. Rolling Meadows, IL: Riverside.
- Rostain, A. L., & Ramsay, J. R. (2006). A combined treatment approach for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: Results of an open study with 43 patients. *Journal of Attention Disorders*, 2, 167-176.
- Rucklidge, J. J., & Tannock, R. (2002). Validity of the Brown

- ADD Scales: An investigation in a predominantly inattentive ADHD adolescent sample with and without reading disabilities. *Journal of Attention Disorders*, 5, 155-164.
- Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E., & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavior therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 831-842.
- Sanford, J. A., & Turner, A. (1995). *Manual for the Integrated Visual and Auditory Continuous Performance Test*. Richmond, VA: Brain Train.
- Schmidt, B. (2005). Methylxanthine therapy for apnea of prematurity: Evaluation of treatment benefits and risks at age 5 years in the International Caffeine for Apnea of Prematurity (CAP) trial. *Neonatology*, 88, 208-213.
- Schrank, F. A., Becker, K. A., & Decker, S. (2001). *Woodcock Johnson III assessment service bulletin number 4: Calculating ability/achievement discrepancies between the Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition and the Woodcock-Johnson III tests of achievement*. Rolling Meadows, IL: Riverside.
- Schroeder, C., Tank, J., & Goldstein, D. S. (2004). Influence of St. John's wort on catecholamine turnover and cardiovascular regulation in humans. *Clinical Pharmacological Therapies*, 76, 480-489.

- Settle, J. E. (2007). Nutritional supplements. In J. H. Lake & D. Spiegel (Eds.), *Complementary and alternative treatments in mental health care* (pp. 115- 149). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Sever, Y., Ashkenazi, A., Tyano, S., & Weizman, A. (1997). Iron treatment in children with ADHD: A preliminary report. *Neuropsychobiology*, 35, 178-180.
- Sharp, W. S., Gottesman, R. F., Greenstein, D. K., Ebens, C. L., Rapoport, J. L. & Castellanos, F. X. (2003). Monozygotic twins discordant for attention-deficit/hyperactivity disorder: Ascertainment and clinical characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 93-97.
- Shaugency, E. A., Lahey, B. B., Hynd, G. W, Stone, P.A., Piacentini, J. A., & Frick, P.J (1989). Neuropsychological test performance and the attention deficit disorders: Clinical utility of the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery-Children's Revision. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 112-116.
- Shekim, W O., Masterson, A., Cantwell, D. P, Hanna, G. L., & McCracken, J. T. (1989). Nomifensine maleate in adult attention deficit disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 296-299.
- Shevtsov, V. A., Zholus, B. I., Shervarly, V. I., Vol'skij, V. B., Korovin, Y. P, Khristich, M. P, Roslyakova, N. A., & Wikman, G. (2003). A randomized trial of two

different doses of a SHR-5 rhodiola rosea extract versus placebo and control of capacity for mental work. *Phytomedicine*, 10, 95-105.

Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford.

Silva, R., Munoz, D., & Alpert, M. (1996). Carbamazepine use in children and adolescents with features of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 352-358.

Singer, S., Brown, J., Quaskey, S., Rosenberg, L., Mellits, E., & Denckla, M. (1994). The treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in Tourette's syndrome: A double-blind placebo-controlled study with clonidine and desipramine. *Pediatrics*, 95, 74-81.

Spencer, T., Biederman, J., Kerman, K., Steingard, R., & Wilens, T. E. (1993) Desipramine in the treatment of children with tic disorder or Tourette's syndrome and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 354-360.

Spencer, T, Biederman, J., & Wilens, T (2004). Non-stimulant treatment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 27, 373-383.

Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T, Harding, M.,

- O'Donnell, D., & Griffin, S (1996). Pharmacotherapy of attention deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 409-432.
- Spencer, T.J., Heiligenstein, J., Biederman, J., Faries, D., Kratochvil, C., & Conners, C. (2002). Atomoxetine in children with ADHD: Results from two randomized, placebo-controlled studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 1140-1147.
- Stahl, S. M. (2000). *Essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications* (2nd ed.). New York: Cambridge University Press.
- Stahl, S. M. (2006). *Essential psychopharmacology: The prescriber's guide* (Rev. ed.). New York: Cambridge University Press.
- Stevens, L., Zhang, W., & Peck, L. (2003). EFA supplementation in children with attention, hyperactivity, and other disruptive behaviors. *Lipids*, 38, 1007-1021.
- Still, G. F. (1902) Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, 1, 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168.
- Stewart, M. A. (1970). Hyperactive children. *Scientific American*, 222, 94-98.
- Swanson, J. M., & Castellanos, F X. (2002). Biological bases of ADHD: Neuroanatomy, genetics, and pathophysiology. In P. S. Jensen & J. R. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the*

- science, best practices* (pp. 7-1-7-20). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Swanson, J. M., McBurnett, K., Christian, D. L., & Wigal, T. (1995). Stimulant medication and treatment of children with ADHD. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 17, pp. 265-322). New York: Plenum.
- Tallamadge, J., & Barkley, R.A. (1983). The interactions of hyperactive and normal boys with their mothers and fathers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 565-579.
- Tannock, R. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder with anxiety disorders. In T. E. Brown (Ed.), *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults* (pp. 125-170). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Tannock, R. (2002). Cognitive correlates of ADHD. In P.S. Jensen & J. R. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science, best practices* (pp. 8-1-8-27). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Tapert, S. F., Baratta, M. V., Abrantes, A. M., & Brown, S. A. (2002). Attention dysfunction predicts substance involvement youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 680-686.
- Tarnopolsky, M. A. (1994). Caffeine and endurance

- performance. *Sports Medicine* 18, 109-125.
- Taylor, F. B., & Russo, J. (2001). Comparing guanfacine and dextroamphetamine for the treatment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 223-228.
- Tercyak, K. P., Lerman, C., & Audrain, J. (2002). Association of attention-deficit/hyper-activity disorder symptoms with levels of cigarette smoking in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 799-805.
- Tercyak, K. P., Peshkin, B. N., Walker, L. R., & Stein, M. A. (2002). Cigarette smoking among youth with attention-deficit/hyperactivity disorder: Clinical pheno-menology, comorbidity, and genetics. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9, 35-50.
- Torrioli, M. G., Vernacotola, S., Mariotti, S., Bianchi, E., Calvani, M., DeGaetano A., Chiurazzi, P., & Neri, G. (1999). Double-blind, placebo-controlled stud of l-acetylcarnitine for the treatment of hyperactive behavior in fragile X syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 87, 366-368.
- Trebaticka, J., Kopasova, S., Hradecna, Z., & Cinovsky, K. (2006). Treatment of ADHD with French maritime bark extract, Pyconogenol. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 329-335.
- Trice, I., & Haymes, E. M. (1995). Effects of caffeine

ingestion on exercise-induced changes during high-intensity, intermittent exercise. *International Journal of Sport Nutrition*, 5, 37-44.

Ullmann, R. K., Sleator, E. K., & Sprague, R. L. (2000). *ADD-H Comprehensive Teacher's Rating Scale: Teacher and parent forms manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.

University of Illinois at Urbana-Champaign. (n.d.). *Out on a Limb*. Retrieved from <http://www.urbanext.uiuc.edu/conflict/marial.html>.

U.S. Census Bureau. (2003). *Statistical abstract of the United States: 2003*. Washington, DC: Author.

Van Brunt, D. L., Johnston, J. A., Ye, W., Pohl, G. M., & O'Hara, N. N. (2006). Factors associated with initiation with atomoxetine versus stimulants in the treatment of adults with ADHD: Retrospective analysis of administrative claims data. *Journal of Managed Care Pharmacology*, 12, 230-238.

Voigt, R., Llorente, A., & Jensen, C. (2001). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of docosahexaenoic acid supplementation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Pediatrics*, 139, 189-196.

Vygotsky, L. S. (1962). *Thought and language*. New York: Wiley.

Wagner, K. D. (2004). Treatment of childhood and adolescent disorders. In A. F. Schatzberg & C. B. Nemeroff

- (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry* (pp. 949-1007). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Walsh, W. (2003). *Commentary on nutritional treatment of mental disorders*. Retrieved from www.hripte.org
- Warshak, R. A. (1995). *Warshak Inventory for Child and Adolescent Assessment* (2nd ed.). Dallas, TX: Clinical Psychology Associates.
- Weber, W., Vander Stoep, A., McCarty, R., & Weiss, N. (2008). *Hypericum perforatum* (St. John's wort) for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 299, 2633-2641.
- Wechsler, D. (2001). *Wechsler Individual Assessment Test, Second Edition*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2002). *Wechsler Preschool and Primary Scales of Intelligence, Third Edition*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2003). *Wechsler Intelligence Scale for Children, Fourth Edition*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2008). *Wechsler Adult Intelligence Scale, Fourth Edition*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Weinstein, C. S., Apfel, R. J., & Weinstein, S. R. (1998).

- Description of mothers with ADHD with children with ADHD. *Psychiatry*, 61, 12-19.
- Weinstein, D., Steffelbach, D., & Biaggio, M. (2000). Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: Differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 20, 359-378.
- Weiss, G., & Hechtman, L. (1993). *Hyperactive children grown up* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Weiss, M., Weiss, G, & Hechtman, L. (2002). *ADHD in adulthood: A guide to current theory, diagnosis, and treatment*. New York: Elsevier Science.
- Wender, P. (1971). *Minimal brain dysfunction in children*. New York: Wiley.
- Wender, P. H., Wood, D. R., & Reimherr, F. W. (1985). Pharmacological treatment of attention deficit disorder residual type in adults. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 222-230.
- Weyandt, L., Linterman, I., & Rice, J. A. (1995). Reported prevalence of attentional difficulties in a general sample of college students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17, 293-304.
- Whittaker, A. H., Can Rossem, R., Feldman, J. F, Schonfeld, I. S, Pinto-Martin, of A., & Torre, C. (1997). Psychiatric outcomes in low-birth-weight children at age 6 years: Relation to neonatal cranial ultrasound abnormalities. *Archives of General Psychiatry*, 54, 847-856.
- Wilens, T. E. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder

and substance use disorders: The nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. In P. S. Jensen & J. R. Cooper (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder: State of the science, practices* (pp. 19-1-19-17). Kingston, NJ Civic Research Institute.

- Wilens, T. E., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, S., Monuteaux, M. C., & Blake, C. (2002). Psychiatric comorbidity and functioning in clinically-referred pre-school children and school-age youth with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 262-268.
- Wilens, T. E., Biederman, J., Prince, J., Spencer, T. J., Faraone, S. V., Warburton, R., Schleifer, D., Harding, M., Linehan, C., & Geller, D. (1996). Six-week double-blind, placebo-controlled study of desipramine for adult attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry, 153*, 1147-1153.
- Wilens, T. E., Faraone, S. V., Biederman, J., & Gunawardene, S. (2003). Does stimulant therapy of attention deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of literature. *Pediatrics, 111*, 179-185.
- Wilens, T. E., McDermott, S. P., Biederman, J., Abrantes, A., Hahesy, A., & Spencer T. (1999). Cognitive therapy in the treatment of adults with ADHD: A systematic

- chart review of 26 cases. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 215-226.
- Wilens, T. E., Spencer, T. J., & Biederman, J. (2002). A review of the pharmacotherapy of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 5, 189-202.
- Wilens, T. E., Spencer, T. J., Biederman, J., Girard, K., Doyle, R., & Prince, J. (2001). A controlled clinical trial of bupropion for attention deficit hyperactivity disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 158, 282-288.
- Wood, D. R., Reimherr, F. W., & Wender, P. H. (1985). Amino acid precursors for the treatment of attention-deficit disorder, residual type. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 146-149.
- Woodcock, R. W., McGrew, K. S., & Mather, N. (2001). *Woodcock-Johnson III NU Complete*. Rolling Meadows, IL: Riverside.
- World Health Organization (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10th rev.). New York: United Nations University Press.
- Wozniak, J., Harding-Crawford, M., Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., & Taylor, A. (1999). Antecedents and complications of trauma in boys with ADHD: Findings from a longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*

Psychiatry, 38, 48-55.

Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2005). *Theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

