

التنظيمُ الذاتيُّ للانفعالِ بوصفه محكاً تشخيصياً لاضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط لدى الإناث الراشدين

شيماء محمد جاد الله¹(*)

ملخص

هدفت الدراسة الراهنة إلى الكشف عن ضعف التنظيم الذاتي للانفعال بين مريضات اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط لدى الراشدين، وأجريت الدراسة على عينةٍ من الإناث المقيمت بمحافظة الوادي الجديد، قوامها ١٥ مريضة ADHD، وتراوح أعمارهن بين (١٨-٣٦ سنة) عاماً، بمتوسط عمري قدره (٣١,٥٦ ± ١٠,٤٠) سنة، وقد طبقت على العينة البحثية المقابلة المبدئية بجانب مجموعة من الاختبارات النفسية التي تخص متغيرات الدراسة (للتشخيص [مقابلة ديفا، ومقياس وندرس-يوتا]، بالإضافة إلى مقياس باران للدفاعية، ومقياس صعوبات التنظيم الذاتي للانفعال، وكشفت النتائج عن ضعف التنظيم الذاتي للانفعال لدى مجموعة مضطربات ADHD وارتباطه بأعراضه الرئيسية.

الكلمات الدالة: التنظيم الذاتي للانفعال، اضطراب ضعف تركيز الانتباه، فرط النشاط لدى الراشدين

(*)مدرس علم النفس بكلية الآداب بالوادي الجديد – جامعة أسيوط كلية التربية الأساسية قسم علم النفس، الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب (الكويت) للتواصل الإيميل:

shimaa_mohammed36@yahoo.com

Emotion dysregulation among adult attention deficit/hyperactivity disorder female

Shimaa M. Gad-Allah

Dep. Of Psychology- Assiut University

Abstract

The present study aimed to detect emotional dysregulation among ADHD adult female patients. The study was conducted on a sample of 15 female in the New Valley governorate, with a mean age of 31.56 (standard deviation = 10.40; ages 18-36 years). The initial research sample applied to a set of psychological tests that were relevant to the study variables (Diagnostic Interview for ADHD in adults, DIVA, The Wender-Utah Rating Scale, WURS, Barratt Impulsiveness Scale-11, and The difficulties in emotion regulation scale). The results revealed emotional dysregulation high rushing in ADHD group.

Key word: Emotional dysregulation – ADHD – Adult female

مقدمة:

يمثل اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط (ADHD) أحد الاضطرابات العصبية النمائية، التي اكتشفت في القرن التاسع عشر عند الأطفال أولاً، ثم شخص لدى المراهقين والراشدين بعد ذلك، وحددت له ثلاث معايير تشخيصية أساسية، هي: ضعف تركيز الانتباه، والاندفاعية، وفرط النشاط (American Psychaiatric Association, 2000; (2013 وبينت إحدى الإحصاءات الأجنبية أنه يصل معدل انتشاره ٢-٥% للأفراد تحت سن ١٨ عاماً (Faraone, et al., 2000)، وكان يعتقد أنه يتم تجاوزه بنهاية مرحلة المراهقة، وبداية مرحلة الرشد (Zalsman & Shilton, 2016) لوحظ عام ١٩٧٦ أن بعض الراشدين يمكن رصد ما لديهم من

اللائتباه، الاندفاع، الأرق، الفوضى والنسيان، على غرارها في مرحلة الطفولة (Matheson, et al., 2013)، ما يؤدي إلى إعاقات كبيرة في مجالات متعددة من حياة الراشدين، ويؤثر في العلاقات الشخصية، والتعليم، والمهنة، ونوعية الحياة الصحية (Wilens, Faraone, & Biederman, 2004) فيرفع من خطر تزايد الطلاق والبطالة والسجن والفشل الأكاديمي (Biederman, Faraone, Spencer, Mick, Monuteaux, & Aleardi, 2006).

ويستمر الاضطراب بالراشدين ممن يُعانون منه في الطفولة بنسبة قد تصل إلى ٥٠٪ (Faraone, Biederman, & Mick, 2006)، وقد يحدث في الراشدين غير المصابين به في الطفولة، بنسبة تصل ٤، ٣٪ (Kessler, et al., 2013; Corbisiero, Stieglitz, Retz, & Rösler, 2006)، واتضح في إصدار جمعية الطب النفسي الأمريكية في الطبعة الرابعة المعدلة للدليل التشخيصي والإحصائي (DSM IV-TR) أن الراشدين الذين يعانون من أعراض هذا الاضطراب منذ الطفولة، وانقضت عليهم سنوات دون تشخيص أو علاج؛ تظل أعراض الاضطراب لديهم حتى إلى ما بعد البلوغ، وتظهر لديهم العديد من مشاكل ثانوية متعلقة بالمهارات الاجتماعية والمهنية والتعليمية (American Psychiatric Association, 2000).

ويُلاحظ أن أعراض فرط النشاط والاندفاعية تكون أقل وضوحاً أو غير ملحوظة، وتظهر في عدم الارتياح الداخلي، وعدم التنظيم، وضعف السلوكيات المتعلقة بالأداء التنفيذي (Waite, Vlam, Irrera-Newcomb, & Babcock, 2013) ما يترتب عليه العديد من المشكلات والمخاوف الاجتماعية نتيجة سوء التوافق مع الآخرين (Young, 2005)، وعلى الرغم من محاولات العلماء حتى الآن للتعرف على تطور الأعراض بالراشدين (بمرحلة الجامعة وما بعدها)، فإنه ما يزال غير معروف حتى الآن، وما تزال معايير تشخيصه بالطفولة هي التي تستخدم للتشخيص في مرحلة الرشد أيضاً.

وقد أشارت بعض الدراسات (منها دراسة كريبسيرو وزملائه

ضعف التنظيم الذاتي الانفعالي يُسهم في حدوث الاضطراب، وأنه يُعد أحد محدداته التشخيصية بالراشدين، وله تأثير في شدة وتعدد أعراضه، ويخفض القدرة على ممارسة أنشطة الحياة (Barkley & Murphy, 2010; Skirrow & Asherson, 2013)، ويؤخر الاستجابة للعلاج الكيميائي (Retz, et al., 2012)، والعلاج النفسي (Solanto, Marks, Mitchell, Wasserstein, & Kofman, 2008).

وعلى ذلك، تحاول الدراسة الراهنة اختبار ضعف التنظيم الذاتي للانفعال لدى الراشدين المصابين باضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط؛ ومن ثمّ تهدف الدراسة إلى (أ) اختبار ضعف التنظيم الذاتي للانفعال لدى مريضات ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط ADHD الراشدين، (ب) فحص مدى ارتباط ضعف التنظيم الذاتي للانفعال بالأعراض الأخرى المحددة للاضطراب (الانتباه، والاندفاعية، وفرط النشاط).

مشكلة الدراسة:

بين "وندر" أن ضعف التنظيم الذاتي للانفعال يعد عرضاً رئيسياً لتشخيص اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط ADHD في مرحلة الرشد (Wender, Reimherr & Wood, 1981)، وأنكر افتراض أن الاندفاعية تعد مؤشراً لضعف التنظيم الذاتي للانفعال (Wender, 1995)، ونبّه على ضرورة دراسة تاريخ المرض بمرحلة الطفولة (Surman, et al., 2011; Corbisiero, et al., 2013)، وحدد الملامح التشخيصية بالراشدين على أنها عدم القدرة على إنهاء المهام، والاندفاعية (Wender, Wolf, Wasserstein, 2001).

مما يطرح سؤالاً عمماً إذا ما كان ضعف التنظيم الذاتي للانفعال يمكن

اعتباره عرضاً رئيسياً لاضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفطرت النشاط أم لا؟

وقد دفع ذلك عددً من الدراسات إلى التحقق من أن ضعف التنظيم الذاتي للانفعال يعد عرضاً أساسياً ومحدداً للاضطراب بالراشدين، وأنه ينبغي دمج معايير تشخيص الاضطراب في تلك المرحل العمرية، ومنها: (Barkley, Murphy, O'Connell, Anderson, & Connor, 2006; Kessler, et al., 2006; Fayyad, et al., 2007; Rösler, et al., 2008; Simon, Czobor, Balint, Meszaros & Bitter, 2009; Barkley & Murphy, 2010; Robison, et al., 2010; Retz, Stieglitz, Corbisiero, Retz-Junginger & Rösler, 2012; Skirrow & Asherson, 2013; Reimherr, Marchant, Gift, Steans & Wender, 2015).

وأكدت نتائج باركلي ومورفي (Barkley & Murphy, 2010) ودراسة روبنز وزملائه (Robison, et al., 2010) أنه يظهر بنسبة مرتفعة بالمرضى الراشدين بنسبه تتراوح بين ٥٣ - ٨٦٪، في حين استخلصت نتائج دراسات أخرى (انظر Reimherr, Marchant, Williams, Strong, Halls & Soni, 2013; Skirrow & Asherson, 2010) أنه يرتبط بأعراض الاضطراب الأخرى، وكذلك أظهر تحليل الانحدار الذي أجراه "كوربيسيرو" و"بوشلي كامرمان" و"ستيجلتيز" (Corbisiero, Buchli-Kammermann, & Stieglitz, 2010) أن له قدره تنبؤية على تشخيص الاضطراب، وأبرزت نتائج دراسة ماركس وزملائه (Marx, Domes, Havenstein, Berger, Schulze, & Herpertz, 2011) أن ضعف التنظيم الانفعالي يعمل على خفض الأداء التنفيذي، وذلك على عينة قوامها ٣٩ مريضاً ومريضة ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفطرت النشاط ADHD، ومقارنتهم بعينة ضابطة، بلغت ٤٠ مشاركاً (متكافئين في نسبة الذكاء).

أمّا سورمان وآخرون (Surman, et al., 2013) فدرسوا ضعف التنظيم الذاتي للانفعال لدى مرضى ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفطرت

النشاط الراشدين، الذي بلغ عددهم نحو ٢٠٦، وتمت مقارنة أفراد من عائلتهم بلغوا ١٢٣ فرداً، وطبقوا مقياس باركلي للسلوك^١، ولاحظوا انتشار ضعف التنظيم الذاتي الانفعالي في عينة المرضى بنسبة تبلغ ٥٥٪، والذي أدى بدوره إلى انخفاض في نوعية الحياة لديهم، وكثرة المشاكل الأسرية والاجتماعية، ولاحقاً أجرى سورمان ومعاونيه (Surman, Biederman, Spencer, Miller, Petty, & Faraone, 2015) دراسة أخرى أكدت أننا لا نستطيع التنبؤ بالاضطراب المعرفي، أو تفسير ضعف التنظيم الذاتي للانفعال بالمرضى الراشدين، واستخدم فيها مقياس باركلي وبطارية اختبارات نيوروسيكولوجية على مرضى ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط ADHD، بلغ عددهم ١١٣، وتم مقارنةهم بـ ٩٣ مريضاً لا يعانون من ضعف التنظيم الذاتي للانفعال وبلغت عينة الأصحاء ١١٩ مشاركاً.

وأجرى ماير وزملاؤه أيضاً (Maier, et al., 2014) تجربتين للتحقق من الاستجابة العصبية من إثارة الخوف بتعليمات شفوية أو غير مشروطة بتعليمات ورصد استجابة سلوك الجلد^٢ والتصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي^٣، وتوصل إلى أن هناك ضعفاً بمعالجة المعلومات الانفعالية المنقولة شفهيّاً عن مرضى اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط الراشدين، ما يؤدي إلى نقل معلومات الخوف في السياقات الاجتماعية، وحدوث مشاكل اجتماعية، ودرس ماتيس وزملائه (Matthies, Philipsen, Lackner, Sadohara, & Svaldi, 2014) أحد أشكال الانفعالات، وهو الحث على الحزن (باستخدام مقطع حزين من فيلم سينمائي) لدى عينة من المرضى الراشدين (ستة وثلاثين مريضاً)، وبحث تأثير استراتيجيات تنظيم الانفعال على شدة الحزن، وتم قياس المشاعر قبل عرض الفيلم (T1)، وبعده مباشرة

1 Barkley Current Behavior Scale

2 skin conductance response (SCR)

3 functional magnetic resonance imaging (fMRI)

(T2)، وبعد عرضه بدقيقتين (T3)، وأوضحت نتائج مرضى ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط أنه يتم قمع التعبير عن الحزن، ويبدو أنها ترتبط بالتعافي.

ما حث ريتشارد-لوبوريل (Richard-Lepouriel, et al., 2016) إلى القول بأن ضعف التنظيم الانفعالي بمرضى ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط ADHD، يعد موضوعاً مهماً لتزايد الاهتمام به بين الأطباء والباحثين، لمحاولة الوقوف على دوره في اضطراب بمرحلة الرشد، وهدفت دراسته إلى التعرف على مكونات الانحراف الانفعالي لدى مريضات ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط البالغين (بلغ عددهم ١٥٠ مريضاً) مقارنة مع الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب (بلغ قوامها ٣٣٥ مريضاً)، ومقارنتهم بالأصحاء (ن = ٤٨) باستخدام مقياس وندر-يوتا^١ للنقل الوجداني^٢، ومقياس كثافة التأثير^٣ لقياس النقل الانفعالي والاستجابة الانفعالية على التوالي، وقد استخلص من ذلك أن ضعف التنظيم الذاتي للانفعال يظهر في مرضى ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط عن مرضى ثنائي القطب، رغم عدم احتواء معايير تشخيصه على البعد الانفعالي التي تقع وراء اللانتهاب والاندفاع/فرط النشاط.

أما دراستنا الحالية فتهدف إلى التعرف على مكونات الانحراف الانفعالي لدى البالغين من مرضى ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط (بلغ عددهم ١٥٠ مريضاً)، مقارنة مع الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب (بلغ قوامها ٣٣٥ مريضاً)، ومقارنتهم بالأصحاء (ن = ٤٨) باستخدام مقياس وندر-يوتا^٤ للنقل الوجداني^٥، ومقياس كثافة

- 1 Wender Utah Rating Scale (WURS)
- 2 Affective Liability Scale (ALS)
- 3 Affect Intensity Measure (AIM)
- 4 Wender Utah Rating Scale (WURS)
- 5 Affective Liability Scale (ALS)

التأثير¹ لقياس التقلب الانفعالي والاستجابة الانفعالية على التوالي، وقد استخلص من ذلك أن ضعف التنظيم الذاتي للانفعال يظهر في مرضى ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط عن مرضى ثنائي القطب، رغم عدم احتواء معايير تشخيصه على البعد الانفعالي التي تقبع وراء اللانتهاب والانديفاع/فرط النشاط.

وبناء على الهدف من الدراسة، تتبلور مشكلة الدراسة الراهنة في التساؤلات التالية:

١- هل ثمة ضعف بالتنظيم الذاتي للانفعال بين مريضات ضعف تركيز

الانتباه المصحوب بفرط النشاط الراشدات؟

٢- هل توجد علاقة بين ضعف التنظيم الذاتي للانفعال وأعراض اضطراب

ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط (ضعف تركيز الانتباه،

والانديفاعية، فرط النشاط) بين المريضات الراشدات؟

المفاهيم والأطر النظرية لمتغيرات الدراسة:

تتضمن الدراسة الحالية مصطلحات رئيسية، هي: ضعف التنظيم الذاتي

للانفعال، واضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط في مرحلة

الرشد، وفيما يلي عرض لهذه المصطلحات:

(أ) ضعف التنظيم الذاتي للانفعال:

يتعلق مصطلح الانفعالات أو العواطف بحالات من المشاعر

المركبة، وتلك التي لها جوانب نفسية وجسدية وسلوكية ترتبط بحالة الوجدان

أو المزاج، ويستخدم الوصف انفعالي في كثير من الحالات السوية

والمرضية؛ ومن المصطلحات القريبة في المعنى لفظ الوجدان Affect، وهو

التعبير الخارجي الملحوظ عن الانفعال الداخلي بما يتطابق أو لا يتطابق مع

وصف الشخص لحالته (الشربيني، ٢٠٠٣: ٥٠)، وينشأ عندما يواجه الفرد

1 Affect Intensity Measure (AIM)

موقفًا مرتبطًا نسبيًا بأهدافه الشخصية، وعندها يوجه الانتباه نحو جوانب الموقف المرتبطة بالهدف، ومن ثمَّ يتم تقييم الموقف من قبل الفرد الذي يكون لديه علاقة بالهدف، ما يؤدي إلى إصدار سلوك، وتعبيرات وجهية وصوتية، وتغيرات فسيولوجية (فوس، وباوميسثير، ٢٠١٧).

ولقد قدّم جيمس جروس (Gross, 1998; 2002) تعريفًا للتنظيم الانفعالي بأنه: الأساليب الشعورية واللاشعورية التي تعمل على تعديل، ومنع، وتحسين الخبرات والتعبيرات الانفعالية، التي يستخدمها الفرد لكي يزيد أو ينقص أو يحافظ على واحد أو أكثر من مكونات الاستجابة الانفعالية، وحددها في: (١) مكون الخبرة ويشمل المشاعر الذاتية للفرد وفقًا لخبراته الحياتية، (٢) والمكون السلوكي، (٣) والمكون الفسيولوجي، وتقوم على حلقات متداخلة من التغذية الراجعة والمتمثلة في كيفية تغيير المفاهيم في السلوك أو الوظيفة المعرفية لغرض الحصول على مستوى من الرضا في الاستجابة الانفعالية.

وأكمل في وضعه لنموذج التنظيم الذاتي للانفعال بأنه مجموعة من العمليات تؤثر في بدء، وتحول، وحجم، واستمرار، وشدة أو نوعية جانب أو أكثر من الاستجابة الانفعالية (Gross & Thompson, 2007) التي تتولد في مراحل متتابعة: فيواجه الأفراد في المرحلة الأولى موقفًا ذا ملامح قد تثير استجابة انفعالية، وينشغلون في المرحلة الثانية أو قد لا ينشغلون بملامح الموقف المرتبطة بالانفعال، ويصدرون في المرحلة الثالثة تقييمات معرفية للموقف الذي يولد أو لا يولد استجابة انفعالية، أمّا في المرحلة الرابعة والأخيرة، فيُعبّر الناس عن انفعالاتهم من خلال سلوكهم.

وبحسب نموذج العملية، فإنَّ كل مرحلة من مراحل توليد الانفعال قد تكون هدفًا للتنظيم (فوس وباوميسثير، ٢٠١٧: ٢٣٧)، ويستخدم فيها الفرد استراتيجيتين، هما: ١- التركيز المسبق: وهي التي يلجأ لها الفرد في حالة الاستعداد للاستجابة قبل أن يكون متفاعلًا مع المنبه للموقف الانفعالي بشكل

كلي. ٢- قمع التعبير الانفعالي، وهي استراتيجية متركزة حول الاستجابة، إذ تكون الاستجابة السلوكية أو التعبيرات الانفعالية حول الموقف تخيلية أو بشكل غير ظاهر للآخرين، وتتطوي على تغيير أو منع العلامات السلوكية والجسمية وتعبيرات الوجه الانفعالية (Gross, & Thompson, 2007).

وقد ميز جروس بين أربعة أنواع مختلفة لإعادة التقييم التي تطبق عند حدوث الانفعال، وهي: (١) اختيار الموقف، إذ يختار الفرد ليكون في موقف واحد من بين موقفين أو أكثر، (٢) وتعديل الموقف، وهو الموقف الذي يمتلك فيه الفرد أكثر من مستوى للأنفعال، (٣) توزيع الانتباه، ويشير إلى تغيير الانتباه تجاه جانب من الموقف، (٤) التغيير المعرفي، وهو عملية انتقاء معنى معرفي للحدث أو الموقف، وغالباً ما يهدف إلى تنظيم منخفض للأنفعال، وإعادة التقييم المعرفي، إذ يتم إعادة تقييم المواقف المستقبلية أو الحاضرة فيتم تغيير التأثير الانفعالي، ولذلك فهي تشتمل على تغيير، وإعادة صياغة طريقة تفكير الفرد حول الموقف والأنفعال لتنظيم تأثيرهما (Gross, 2002).

وقد انتبه جراتز ورومر (Gratz & Roemr, 2004) إلى المكونات اللازمة لتنظيم الانفعال التوافقي، والمحددة بالعديد من الأبعاد المتميزة المترابطة التي يتضمنها، فكانت: الإدراك الحسي، وقبول المشاعر، والقدرة على تغيير الانفعالات، وفقاً لأهداف المرء، والقدرة على ضبط السلوك في مواجهة الانفعالات السلبية، وأن الصعوبات قد تظهر في واحدٍ منها أو في كل الأبعاد، وأعداً مقياساً باستخدام التحليل العاملي، وأطلقاً عليه مقياس صعوبات التنظيم الذاتي للأنفعال لقياس الاضطراب في التنظيم الذاتي للأنفعال، ويتضمن الأبعاد التالية: (١) الوعي والفهم للانفعالات، (٢) قبول الانفعالات، (٣) القدرة على ضبط السلوكيات الاندفاعية والانخراط في سلوكيات موجهة الهدف عند المرور بخبرة الانفعالات السلبية، (٤) الاستخدام المرن لاستراتيجيات تنظيم الانفعالات الملائمة للموقف، كما أشارا

إلى أنّ الذين يعانون من انخفاض التنظيم الذاتي للانفعال هم أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية.

وفي محاولات التحقق من ارتباط صعوبات تنظيم الانفعال بشكل كبير بالأمراض النفسية، طالب "وندر" بإضافة ضعف التنظيم الذاتي للانفعال إلى معايير تشخيص اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط لدى الراشدين (Wender, et al., 1981; Wender, 1995) لأنه مستقر بينهم ومرتبطة بالأعراض التشخيصية الأخرى المستقر عليها (نقص تركيز الانتباه، وفرط النشاط، والاندفاع) (Retz, et al., 2012). وبذلك يعد عرضاً رئيسياً جنباً إلى جنب مع اضطراب الأداء التنفيذي، وتأخر الاستجابة لديهم (Villemonteix, Purper-Ouakil, & Romo, 2015).

ويُعرف ضعف التنظيم الذاتي للانفعال - إجرائياً - بأنه: ضعف في بعض العمليات التي تؤثر في بدء، وتحول، وحجم، واستمرار، وشدة أو نوعية جانب أو أكثر من الاستجابة الانفعالية، والتي ستكشف عنها الدرجات المنخفضة التي سوف تحصل عليها المريضات على اختبار التنظيم الذاتي للانفعال.

(ب) اضطراب نقص تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط لدى الراشدين:

تعتمد المحكات التشخيصية لهذا الاضطراب على مظاهر أساسية وأخرى ثانوية؛ وتتنحصر السمات الأساسية في: (١) ضعف تركيز الانتباه حيث المريضات يكن أكثر قابلية للتشتت، فلا يستطعن التمييز بين المنبهات الأساسية عن المنبهات الثانوية، (٢) والاندفاعية حيث التصرف دون تفكير والانتقال السريع بين الأنشطة وصعوبة تنظيم العمل وعدم تحمل الانتظار، (٣) والنشاط الزائد الذي يظهر كثرة الحركة (Zalsman & Shilton, 2016)، أمّا المظاهر الثانوية فمنها: العجز المعرفي (O'Malley, McHugh, Mac Giollabhui, & Bramham, 2016) وانخفاض التحصيل الأكاديمي، وصعوبات التعلم (Fredriksen, Dahl, Martinsen, Klungsoyr, Faraone & Peleikis,

(2014)، وتستمر هذه الأعراض مع نحو ٦٠٪ من الأطفال المصابين به بالطفولة حتى مرحلة البلوغ (Retz, et al., 2012; Storebø & Simonsen, 2014; Mostert, et al., 2015) وقد يصاحبه اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب (O'Malley, McHugh, Mac Giollabhui, Bramham, 2016; Weibel, et al., 2017)، أو اضطراب القلق (Okada, 2015)، واضطرابات النوم (Weibel, et al., 2017)، أو اضطراب ثنائي القطب (Reimherr, et al., 2015)، ويُسهم في ذلك وجود اضطراب التنظيم الذاتي للانفعال الذي يساعد على ظهور المشاكل النفسية-الاجتماعية لديهم (Bandura, Caprara, Barbaranelli, Gerbino, Pastorelli, 2003).

وعلى الرغم من تسارع البحث في هذا الموضوع بشكل كبير على مدى الثلاثين سنة الماضية (Hodgkins, et al., 2012) فإنه لا توجد نظرة موحدة تُفسر استمراره، وأيضاً لا توجد معايير تشخيصية محددة وقطعية لتشخيصه بالراشدين (Philipsen, van Elst, Lesch, Jans, & Warnke, 2009)؛ فكان لا بُد من مواكبة ذلك لمحاولة التعرف على العوامل ذات الصلة به، بشكل يستهدف تحديد عوامل الخطر، فإذا ما أمكن ذلك، فإنه يمكن وضع أسس مختلفة وتوجهات حديثة للوقاية منها بل وعلاجها، وكان على رأس تلك المحاولات افتراض "وندر" أن معايير التشخيص بالراشدين تكمن في أن يكون لهم تاريخ للاضطراب بالطفولة (ضعف الانتباه، والاندفاعية، وفرط النشاط)، بجانب ضعف التنظيم الذاتي للانفعال (Wender, Wolf & Wasserstein, 2001).

ويعرّف اضطراب ADHD بالراشدين - إجرائياً - بأنه: يعد الفرد الراشد مصاباً إذا توفرت لدى المستجيب ستة أعراض من أصل المعايير التشخيصية لاضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط على مقابلة ديفا DIVA التشخيصية، بجانب ارتفاع الدرجة على مقياس وندر-يوتا.

فروض الدراسة:

مما سبق يمكننا بلورة الهدف الرئيسي من الدراسة الراهنة في التحقق من "أنَّ ضعف التنظيم الذاتي الانفعالي عَرَض رئيسي في اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط بالإناث الراشدين، ويرتبط ويزيد من شدة أعراضه"، وكذا التحقق من طبيعة العلاقة بين ضعف التنظيم الذاتي للانفعال، وكل من الاندفاعية وفرط النشاط، وتأسيساً على ذلك يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

- ١- يظهر ارتفاع دال لضعف التنظيم الذاتي للانفعال بين مريضات ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط الراشدين مقارنة بغير المريضات.
- ٢- توجد علاقة طردية بين ضعف التنظيم الذاتي للانفعال وأعراض اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط (ضعف تركيز الانتباه، والاندفاعية، وفرط النشاط)، بين المريضات الراشدين.

المنهج وإجراءات الدراسة:

التصميم البحثي:

أجريت الدراسة الراهنة وفقاً للمنهج الوصفي الارتباطي، لأنه أكثر المناهج ملاءمة لأهداف الدراسة الحالية.

عينة الدراسة:

اختيرت عينة البحث تحت مسمى "العينة المتاحة"؛ إذ تمَّ اختيارها بشكل غير عشوائي، فقد تلاءمت ظروفها مع ظروف الاختبار، واستقر قوامها على ١٥ مريضة (إناث، ٣١,٥٦ ± ١٠,٤٠)، تتراوح أعمارهن بين ١٨-٣٤ سنة) مقيمات بمدينة الخارجة -محافظة الوادي الجديد، وكن أيا من اليد (استخدام مقياس هاريس للسيادة الجانبية للجسم (Harris, 1958) ، وقد رُوِيَ أُلَّا يُعَانِينَ مِنَ الْاِكْتِنَابِ، وَأُلَّا يَكُنَّ فِي فِتْرَةِ الْحَمْلِ (بالنسبة للمتزوجات)، وليس لديهن إصابة دماغية، وقد طُلب من جميع المشاركات الامتناع عن تناول المشروبات التي تحتوي على الكافيين لمدة ساعتين قبل دورة التقييم.

جدول (١) يوضح خصائص الديموجرافية لمريضات ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط

الحالة المهنية	لم تكمل تعليمها	إعادة سنوات دراسية	الحالة الاجتماعية				مستوى التعليم			السن	الجنس	
			أرملة	مطلقة	متزوجة	عزباء	تعليم جامعي	ثانوي /	إعدادي			
ربة منزل	موظفة	٥	٢	٦	٤	٣	٤	٥	٤	٢	٣١,٥٦ (٣٤-١٨)	إناث

واختيرت العينة بناءً على عددٍ من الأدوات التشخيصية للاضطراب للراشدين (مقابلة ديفا، ومقياس وندر-يوتا) بجانب مقابلة الأبوين أو أحدهما أو أحد الأقارب للوقوف على التاريخ المتعلق بالنمو، والتاريخ الأسري للمريضة، وفيما يلي نتائج تلك المقابلة وتطبيق الاختبار التشخيصي للاضطراب:

- أظهرت مقابلة الآباء (تمت مقابلة ٧ من أمهات المريضات، ومقابلة أحد الأقارب لعددٍ ٣ مريضات، و ٤ مشاركات قابلت الوالدين (الأب والأم)) ما يلي:

(١) اتفقت أقوال ٨٦,٣٪ من الأمهات والوالدين للمريضات على أنهم لم يلاحظوا على البنات في مرحلة الطفولة سوى الدرجات المنخفضة في بعض المواد (خاصة الرياضيات والعلوم)، والعناد وعدم الطاعة، والتسرع في تنفيذ ما تريد، وسرعة البكاء والصراخ في الأمور البسيطة، والعجز عن الجلوس في مكان واحد في المنزل أو المدرسة، وقد فسرها الآباء بأن كل الأطفال يتصرفون كذلك، وأنه شيء عابر، ولن يستمر (يدل على عدم وعي الوالدين بأعراض الاضطراب).

ولكن زاد ذلك خلال فترة المراهقة، إذ لوحظت مجموعة من السلوكيات التي تمارسها البنات غريبة وشاذة (على حسب لفظ الأبوين):

(أ) في المنزل وتتمثل في إزعاج الأخوة والوالدين، والعجز عن إكمال أي عمل، ومخالفة النظام المتبع بالمنزل، والعجز عن إقامة علاقات إيجابية مع الأقارب والجيران، والعناد وعدم الطاعة، والتسرع والعجز عن ضبط النفس، وكان يلجأ الأبوين إلى السب والضرب المبرح للتغلب على ذلك، لكنه كان دون فائدة.

(ب) أمّا في المدرسة، فتمثلت شكوى إدارة المدرسة (زاد ذلك في الإعدادية والثانوية مقارنة بالابتدائية) منهن في (زيادة عدم التركيز وصعوبات في الفهم والحفظ للمواد الدراسية، والرسوب المتكرر، وكثرة المشاكل مع الزملاء وتعمد إحداث الشغب، ومشاكسة الزملاء، والحركات العشوائية غير الموجهة، وسرعة الانفعال وسرعة تغييره - فكانت الواحدة منها تضحك على أمر ثم تصاب بنوبة من البكاء وأوقات كان هناك صراخ- بجانب نوبات الغضب الحادة لأتفه الأسباب).

(٢) ذكر بعض الآباء وجود بعض السجلات الطبية (مريضتان فقط كان والديهما في مرحلة المراهقة يتابعون فحصهما وعلاجهما في مستشفى أبو العزائم بالقاهرة، بجانب حالة واحدة تم فحصها في المراهقة أيضا لدى طبيب لأمراض المخ والأعصاب بمدينة أسيوط)، والتي أكد فيها الطبيب أنه اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط، واطلعت الباحثة على ما وجد من تلك السجلات للحصول على بعض تفاصيل التشخيص والتاريخ النفسي (لضياع أغلبها من الآباء لطول الفترة، وعدم متابعة حالة بناتهن النفسية بعد فترة المراهقة لطول المسافة وكثرة المصاريف).

(٣) نفي الآباء أن بناتهن كن يتعاطين المخدرات (الأدوية النفسية) أو الكحول، ولكنهم ذكروا أن بناتهن كن يتصرفن في المراهقة كما الصبيان (من محاولة ركوب الدرجات البخارية والسيارات، والتأخر ليلاً، ومحاولة شرب السجائر، وتعدد العلاقات العاطفية مع أكثر من صبي في وقت واحد، سوء استخدام شبكة المعلومات الدولية (الإنترنت) والدخول على مواقع إباحية باستخدام الهاتف المحمول؛ وهي تصرفات غير معتادة من

البنات في محافظة الوادي الجديد)، الأمر الذي دفع بعضهم إلى عرضهن على طبيب (عُرِضَتْ حالتان على طبيبة أمراض نساء وتوليد) لتفسير ذلك.

٤) وبسؤال أقارب المشخصات بالدراسة أُنهن مصابات بضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط المنفصلات جسدياً (الطلاق أو الهجر) عن أسباب ذلك (لعدم وجود والدين أو أحدهما بالحالات المنفصلة جسدياً)، أفادوا بأن الشكوى الأساسية للزوج تمثلت في: إهمال شئون المنزل، وعدم التركيز، والنكد المتكرر لأنفه الأسباب، والاندفاع بالألفاظ دون تفكير، ما يسبب المشاكل الأسرية وصعوبة حلها.

• أمّا المقابلة المبدئية للمريضات فقد اتضح منها التالي:

١. اتفقت المريضات على ما جاء بأقوال الوالدين، وأفدن بأنهن كن لا يصاحبن سوى المشاغبات والراسبات دراسياً، لأنهن كن يفهمهن أكثر من الأخريات، وأنهن كن وما زلن لديهن ميل إلى أداء بعض السلوكيات مثل السرقة، وشرب السجائر (وأكدت مريضتان أنهما بالفعل جربتا شرب السجائر)، وأقدمت مريضة واحدة على شرب الحشيش مع صديقاتها في المدرسة مرة واحدة، وأخرى تناولت الترامادول، وحدث ذلك مرة واحدة فقط ولم تتكرر-على حد قولها- ولكن المريضة أوضحت أن هناك ميلاً دائماً لتكرار تلك التجربة، حتى أنها تحلم بها أحياناً، وتتعمد في الخروج للتنزه أن تجاور المدخنين.

٢. وأوضحت المريضات أنهن في مرحلة الرشد لاحظن زيادة نهمهن للأكل والانتهاه منه سريعاً، حتى أنهن ذكرن: "أوقات مش بلا حظ بأكل إيه".

٣. وأكدن أنهن لم يدركن ويلاحظن أنهن مصابات بمرض نفسي إلا في بداية سن ١٨ سنة تقريباً (لاستمرار عدم التركيز، ونوبات الغضب التي تتناوبهن لأنفه الأسباب)، وقد أرجعت ٤ مريضات منفصلات (تضمنت عينة البحث ٥ مطلقات)، أسباب طلاقهن نتيجة لذلك.

٤. وأشارت جميع المريضات على أنهن يعانين اضطراباً في العلاقات

الاجتماعية سواء مع الأهل (الوالدين والأخوة) أو الزوج، وأوضح ذلك بقولهن "إنهن دائماً الخلافات الزوجية والأسرية"، ويشعرن بالقلق، ولا يستطعن التصرف، وأكملن بقولهن: "إنَّ الخلافات تحدث أيضاً في العمل عندما يطلب إنجاز مهمة مهنية، فلا يستطعن عملها إلا إذا كانت معتادة عليها وتفعنها بشكل متكرر".

• نتائج مقابلة DIVA ومقياس وندريوتا:

بالنسبة لأدوات تشخيص اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط ADHD، كان عرض ضعف تركيز الانتباه والاندفاعية بارزا لتمييز مريضات ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط ADHD على كل من مقابلة ديفا DIVA، ومقياس وندريوتا، وقد وجدت أن كامل عينة الدراسة تعاني من النمط المشترك لاضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط خلال مرحلة الطفولة.

جدول (٢) يوضح درجات العينة على مقابلة ديفا DIVA ومقياس وندر-

يوتا

لاضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط

مقابلة ديفا لتحديد أعراض اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط		وندريوتا لاضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط	
الأعراض	ADHD	الأعراض	ADHD
الدرجة الكلية	١٣,٤٥ (٣,٠٢)	ضعف تركيز الانتباه	١٥,٥٧ (٦,٢٣)
ضعف تركيز الانتباه	٧,٥٥ (١,٦١)	فرط النشاط/الاندفاعية	١٩,٥٨ (٧,٥٤)
فرط النشاط الاندفاعية	٥,٩٠ (٢,٣٦)		

أدوات الدراسة:

استرشدت الباحثة بمعايير التشخيص للاضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط سواء الإصدار الخامس للدليل التشخيصي

والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM 5، أو الإصدار العاشر من التصنيف الدولي للأمراض ICD-10، بجانب الرجوع إلى الأدب النظري، ما دفعها إلى الاعتماد في عملية التشخيص على معلومات متعددة المصادر:

أولاً: أدوات التشخيص الإكلينيكية لاضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط ADHD بالراشدين:

أ- تقييم الخصائص السلوكية والانفعالية بمرحلة الطفولة:

وقد حُدثت من خلال: (١) مقابلة الوالدين أو أحدهما (إن أمكن)؛ والتي من خلالها يتم عرض المشكلات الخاصة بالحالة، والتاريخ المتعلق بالنمو، والتاريخ الأسري، (٢) ومقابلة المريضة للتعرف على سلوكها بمرحلة الطفولة مع عائلتها وفي المدرسة، (٣) ومحاولة التعرف على ما كانت إذا الحالة تعاني من اضطرابات البدنية أو العصبية من خلال سؤال الوالدين والمريضات أنفسهن.

ب-مقابلة ديفا التشخيصية لاضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط بالراشدين (DIVA)¹ (وضع المقابلة كويج، اقتباس وإعداد الباحثة):

وضع هذه المقابلة المقننة "كويج" وزملائه (Kooij, Buitelaar, Van den Oord, Furer, Rijnders & Hodiament, 2005; Kooij, et al., 2010) لتعكس أعراض الاضطراب، فتركز على ما إذا كانت موجودة في مرحلة الطفولة أم لا ، وتتكون من ١٨ بنداً (مقسمة إلى جزأين هما: الجزء "أ"، والجزء "ب"؛ ويركز الجزء "أ" على عرض ضعف تركيز الانتباه من خلال ٩ بنود رئيسة [ويتضمن كل بند منها على مجموعة بنود أخرى فرعية لتوضيحه]، بينما يتكون الجزء "ب" من ٩ بنود تعكس عرض فرط النشاط/الاندفاعية [ويتضمن كل بند منها مجموعة بنود أخرى فرعية لتوضيحه].

1 Diagnostic Interview for ADHD in adults, DIVA

وقد صيغت جميع العبارات في الاتجاه السلبي، ويتم التركيز في الإجابة عن مدى تكرار حدوث الأعراض.

ج- مقياس "وندر-يوتا" لاضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط للراشدين^١ (تأليف وندر، اقتباس وإعداد الباحثة):

أعد هذا المقياس "وندر" (Wender, 1985)، وهو مقياس للتقدير الذاتي، ويعد الأكثر شهرة لدى الباحثين لتقييم اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط بالراشدين، ويُقِيمُ بأثر رجعي سلوكيات وأعراض اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط بالطفولة عند الراشدين (Ward, Wender & Reimherr, 1993)، ويتألف من ٦١ بنداً (ويُجيب عنها الفرد البالغ، وتدور حول سلوك طفولته)، ويتم التقييم على مقياس ليكرت المكون من خمس نقاط (تتراوح من أبداً = صفر، إلى كثير جداً = ٤)، ويشخص الفرد البالغ باضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط ADHD عند حصوله على درجة ١٨٣ فأكثر.

واستخدم المقياس بالبيئة الأجنبية في العديد من الدراسات التي تناولت عينات من مرضى ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط الراشدين، وأخص منها دراسة "ستين" وآخرين (Stein, et al., 1995) التي بين فيها بالتحليل العملي، وجود خمسة عوامل علي مقياس وندر-يوتا لكل من الجنسين (الذكور والإناث) -ولاهتمام الدراسة الحالية بعينة الإناث- اعتمدت الباحثة على نتائج دراسة "ستين"، التي استخلص فيها خمسة عوامل بعينة الإناث، وهي: عسر المزاج^٢ (١٠ بنود)، والاندفاعية (١٠ بنود)، وصعوبات التعلم (٧ بنود)، وضعف تركيز الانتباه (٨ بنود)، وغير محدد (٤ البنود)، وأشارت إلى أنه في عينة الراشدين الذين قُيِّموا عيادياً باضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط، فإنَّ هذه النطاقات الفرعية لها اتساق

1 The Wender Utah Rating Scale, WURS

2 Dysphoria

داخلي كاف (معامل ارتباط $> 0,69$)، وثبات إعادة الاختبار، وبلغ الفاصل الزمني شهراً، وكان معامل الارتباط $0,70$.

• إجراءات التحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس في البيئة العربية:

عربت الباحثة النسخة المعدلة للمقياس التي استخدمت بدراسة "ستين" وزملائه، وتتكون من ٣٩ بنداً، وقد أجريت بعض التعديلات الطفيفة في بعض العبارات، وكانت بدائل الاستجابة (١ = لا تنطبق تمام، إلى ٥ = تنطبق تماماً)، وتتراوح الدرجات بين (٣٩-١٩٥ درجة)، وقد استخدمت الباحثة صدق الاتساق الداخلي لمفردات مقياس وندرسوتاً على عينة بلغت ٣٥ سيدة، ومن خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وتتراوح معاملات الارتباط ما بين $0,38-0,84$ ، وهو ما يتضح في الجدول الآتي:

جدول (٣) يوضح درجات صدق الاتساق الداخلي بين فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس

غير محدد (٤ بنود)		صعوبات الانتباه (٨ بنود)		صعوبات التعلم (٧ بنود)		الاندفاعية (١٠ بنود)		عسر المزاج (١٠ بنود)	
معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة
♦♦♦٠,٦٦	٣٦	♦♦♦٠,٨٤	٢٨	♦♦♦٠,٤٧	٢١	♦♦♦٠,٥٥	١١	♦♦♦٠,٧٤	١
♦♦♦٠,٣٨	٣٧	♦♦♦٠,٣٩	٢٩	♦♦♦٠,٦١	٢٢	♦♦♦٠,٦٠	١٢	♦♦♦٠,٧٨	٢
♦♦♦٠,٤٤	٣٨	♦♦♦٠,٦١	٣٠	♦♦♦٠,٦٦	٢٣	♦♦♦٠,٥٥	١٣	♦♦♦٠,٦٩	٣
♦♦♦٠,٥٥	٣٩	♦♦♦٠,٥٩	٣١	♦♦♦٠,٣٨	٢٤	♦♦♦٠,٥٢	١٤	♦♦♦٠,٥٥	٤
		♦♦♦٠,٥٦	٣٢	♦♦♦٠,٤٤	٢٥	♦♦♦٠,٤٤	١٥	♦♦♦٠,٤٥	٥
		♦♦♦٠,٧١	٣٣	♦♦♦٠,٤٤	٢٦	♦♦♦٠,٧٦	١٦	♦♦♦٠,٧٠	٦
		♦♦♦٠,٥٥	٣٤	♦♦♦٠,٥٦	٢٧	♦♦♦٠,٧١	١٧	♦♦♦٠,٧٣	٧
		♦♦♦٠,٥٢	٣٥			♦♦♦٠,٧٠	١٨	♦♦♦٠,٨٠	٨
						♦♦♦٠,٤٤	١٩	♦♦♦٠,٥٢	٩
						♦♦♦٠,٣٨	٢٠	♦♦♦٠,٤٧	١٠

*، ** دال عند مستوى دلالة ٠,٠٥، و ٠,٠١ على التوالي.

وبحساب معامل الثبات للمقياس عن طريق ثبات إعادة الاختبار على ٤٦ طالبة جامعية بكليات الآداب والتربية الرياضية والتربية بالوادي الجديد، وبفارق زمني أسبوعين، بلغ معامل الثبات ٠,٧١ وهو دال عند ٠,٠١. وحسبت الباحثة معادلة ألفا كرونباخ على عينة ٣٤ سيدة (من خريجي الجامعة)، وقد توصلت الباحثة إلى معاملات ثبات للمقاييس الفرعية الخمسة للمقياس على النحو التالي:

جدول (٤) يوضح حساب معادلة ألفا كرونباخ للمقاييس الفرعية

مستوى الدلالة	الارتباط	المقياس الفرعي
٠,٠١	٠,٩٢٣	عسر المزاج
٠,٠١	٠,٨٦٥	الاندفاعية
٠,٠١	٠,٧٩٢	صعوبات التعلم
٠,٠١	٠,٩٤١	صعوبات الانتباه
٠,٠١	٠,٩٤٠	غير محدد

وبلغت معاملات الثبات للدرجة الكلية للمقياس باستخدام معادلة ألفا كرونباخ ٠,٨٧، وهي دالة عند مستوى ٠,٠١.

ثانياً: أدوات لاستبعاد بعض الاضطرابات النفسية المصاحبة

أ- اختبار تشخيص الشخصية:

استخبار لقياس اضطراب الشخصية وفقاً للدليل التشخيصي الرابع، الذي وضعه ستيفن هيلر S. Hyler، وأعدده واقتنسه عبد الله عسكر (٢٠٠٤)، ويتكون الاستخبار من ٩٩ عبارة، تغطي اثني عشر اضطراباً في الشخصية، بالإضافة

إلى مقياس الكذب وآخر للجدية في الاستجابة، وتتراوح الدرجة على كل عبارة ما بين صفر = لا تنطبق، ١ = تنطبق، وحدد معدل اضطراب كل مقياس، وتحسب الدرجة الكلية من خلال مجموعة الإجابات التي تنطبق بمعنى وجود المظهر الدال على الاضطراب، وعن تقنين الأداة فقد حسب الباحثة ثبات الأداة على عينة بلغت ١٠٠ طالب جامعي من طلاب كليات الوادي الجديد (كلية الآداب، وكلية التربية)، وتم حساب ثبات إعادة التطبيق بفواصل زمني يتراوح بين أسبوعين، وكان معامل الارتباط ٠,٧٨.

ب- اختبار بيك للاكتئاب (د) BDI:

تأليف بيك (١٩٦١)، واقتبسه وأعدّه غريب عبد الفتاح غريب (١٩٩٩)، وهي صورة مختصرة من المقياس الأصلي (ويتكون المقياس الكامل من ٢١ مجموعة من البنود، تتكون كل منها من ٤ بنود فرعية تم ترتيبها بحيث تعكس شدة الاكتئاب (من صفر-٣)، تعكس ١٣ مكوناً: ١- الحزن، ٢- التشاؤم، ٣- الشعور بالفشل، ٤- عدم الرضا، ٥- الشعور بالذنب، ٦- عدم حب الذات، ٧- إيذاء الذات، ٨- الانسحاب الاجتماعي، ٩- التردد، ١٠- تغيير تصور الذات، ١١- صعوبة النوم، ١٢- التعب، ١٣- فقدان الشهية.

ويستخدم المقياس لتقييم شدة الاكتئاب لدى الراشدين (١٥ عاماً فما فوق)، وبالنسبة للكفاءة السيكومترية؛ فقد استخدم معد المقياس في ثبات الاختبار طريقتي القسمة النصفية (وصل معامل الارتباط بين الجزئين ٠,٧٧)، وإعادة التطبيق (وصل معامل الارتباط ٠,٧٧، وكان دالاً عند مستوى ٠,٠٠١)، أمّا بالنسبة للصدق فقد استخدم طريقة الصدق التلازمي بين المقياس ومقياس الاكتئاب في اختبار الشخصية المتعدد الأوجه للشخصية، ووجد معامل ارتباط ٠,٦٠، وهو معامل دال عند مستوى ٠,٠٠١.

ثالثاً: قياس ضعف التنظيم الذاتي للانفعال وأعراض الاضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط

أولاً: قياس ضعف التنظيم الذاتي للانفعال:

• مقياس صعوبات التنظيم الذاتي للانفعال (تأليف جراتز ورومر، تعريب وإعداد الباحثة):

أعد مقياس صعوبات التنظيم الذاتي للانفعال^١ كل من جراتز ورومر (Gratz & Roemer, 2004)، وهو عبارة عن مقياس تقدير ذاتي يتكون من ٣٦ بنداً يقيس ضعف التنظيم الذاتي للانفعال من خلال ٦ مقاييس فرعية، وهي: (١) ضعف وعي الفرد بانفعالاته (إدراك الحسي)، (٢) وضعف في وضوح طبيعة انفعالات الفرد (الوضوح)، (٣) وضعف في قبول انفعالات الفرد (عدم القبول)، (٤) وضعف في الوصول إلى استراتيجيات التنظيم الذاتي للانفعال (الاستراتيجيات)، (٥) وضعف القدرة على الانخراط في الأنشطة الموجهة نحو الهدف أثناء الانفعالات السلبية (الأهداف)، (٦) وضعف في القدرة على إدارة اندفاعية الفرد أثناء المشاعر السلبية (الاندفاع)، ويقوم استجابة المشاركين على مقياس ليكرت من ٥ نقاط (١ = لا يحدث أبداً، ٥ = يحدث دائماً).

وقد وجد أن المقياس ذو كفاءة سيكومترية جيدة (Gratz & Roemer, 2004; Gratz & Tull, 2010)، ويرتبط بشكل كبير بمقاييس موضوعية لصعوبات تنظيم الانفعال، بما في ذلك القياس السلوكي (Gratz, Bornovalova, Delany-Brumsey, Nick, & Lejuez, 2007) والفسولوجي (Vasilev, Crowell, Beauchaine, Mead, & Gatzke-Kopp, 2009). وتشير الدرجات المرتفعة إلى ضعف في تنظيم الانفعال، وكان الاتساق الداخلي للمقياس الكلي جيد (٠,٩٣)، والمقاييس الفرعية (٠,٨٠-٠,٨٩)، وهذه المقاييس الفرعية والدرجة الكلية على المقياس تظهر ارتفاعاً بالاتساق الداخلي، وصدفاً تلازمياً مرتفعاً مع المقاييس المرتبطة به مثل التجنب، والتعبير الانفعالي، والمشاكل الذاتية الداخلية والخارجية، وقد استخدم هذا المقياس في العديد من الدراسات على عينات مختلفة من المراهقين

1 The Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS

(Weinberg & Klonsky, 2009)، والراشدين (Bardeen & Fergus, 2014)،
والمسنين (Staples & Mohlman, 2012).

• التحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس في البيئة العربية:

الصدق، استخدمت الباحثة صدق الاتساق الداخلي، الذي وجد أن فقرات المقياس ترتبط دلاليًا مع الدرجة الكلية عند مستوى ٠,٠١، على عينة ١٦٠ طالبًا جامعيًا من كلية الآداب والتربية الرياضية بالوادي الجديد-جامعة أسيوط، والصدق التمييزي على ٧٠ طالبًا جامعي، ووجد أن معامل مان ويتي دال عند ٠,٠١ ليدل على صلاحية المقياس لتمييز التنظيم الذاتي للانفعال.

جدول (٥) يوضح درجات صدق الاتساق الداخلي بين فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس

الأهداف	عدم القبول	الاندفاع	الوضوح	الإدراك	الاستراتيجيات
الأهداف	-				
عدم القبول	٠,٤٢				
الاندفاع	٠,٥٣	-			
الوضوح	٠,٣٣	٠,٤٦	-		
الإدراك	٠,٠٥	٠,١٢	٠,١٥	-	
الاستراتيجيات	٠,٥٨	٠,٥٨	٠,٦٥	٠,١	-

جميع الارتباطات كانت دالة إحصائيًا عند مستوى ٠,٠٠١، باستثناء الارتباط بين الأهداف والإدراك الحسي كان $r = ٠,٠٦$.

الثبات: حسبت الباحثة ثبات الاختبار عن طريق (١) ثبات إعادة

التطبيق على عينةٍ قوامها ٨٩ طالبة جامعية، بكلّيات الوادي الجديد، وبلغ معامل الارتباط ٠,٦١، و(٢) بحساب معامل ألفا كرونباخ لفقرات الاختبار بلغت قيمته ٠,٦٨ ودالة عند ٠,٠١.

• مقياس بارات للاندفاعية^١ (الإصدار ١١، ويختصر BIS-11) (تعريب وإعداد الباحثة):

وضعه كل من "باتون" و"ستانفورد" و"بارات" (Patton, Stanford, & Barratt, 1995)، وهو استبيان ذاتي (Huang, Li, Fang, Wu, & Liao, 2013)، ويقيس الاختبار ثلاثة أعراض رئيسية، هي: (١) اللانتباه (التحويلات السريعة للانتباه ونفاد الصبر، البنود من ١-٨)، (٢) والاندفاعية في الحركة (السلوك المتهور، البنود ٩-١٩)، (٣) وعدم التخطيط (عدم التوجه في المستقبل، البنود من ٢٠-٣٠)، ويتألف من ٣٠ سؤالاً على مقياس استجابة يتدرج من ١-٤ درجة.

وتم التحقق من صدق وثبات هذا المقياس في عددٍ كبيرٍ من البحوث العلمية، وترجم إلى العديد من اللغات، إلا أنه لم يتم التأكد منه عربياً - في حدود علم الباحثة- لذا تحققت من الكفاءة السيكومترية للمقياس على مجموعة مكونة من ١٠٠ طالبة بكلية الآداب والتربية الرياضية بالوادي الجديد، تتراوح أعمارهن ما بين ١٨ إلى ٢١ سنة (بمتوسط عمر ٢٠,٠١، وانحراف معياري $\pm ٣,١٦$ سنة)، واتبعت الباحثة طريقة صدق المجموعات المضادة إذ حسبت دلالة الفروق بين متوسطات المرتفعين والمنخفضين في الاندفاعية باستخدام اختبار "ت"، وقد كانت ٠,٧٦ مستوى دلالة ٠,٠١، ليدل على أنّ المقياس له قدرة تمييزية بين أداء المجموعات المتضادة، وأيضاً حسبت ثبات المقياس من خلال ألفا كرونباخ، وخلصت إلى معامل ارتباط قدره ٠,٧٩، وهو معامل دال عند مستوى ٠,٠١، وأيضاً بثبات إعادة التطبيق بفواصل زمني ٢١ يوماً، وخلصت إلى معامل ارتباط قدره ٠,٧٦، وهو معامل دال

1 Barratt Impulsiveness Scale-11

عند مستوى ٠,٠١.

الأساليب الإحصائية:

واستخدمت الباحثة برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS بالدراسة الحالية (المتوسطات والانحرافات المعيارية، وارتباط بيرسون).

عرض النتائج ومناقشتها

١- نتائج الفرض الأول:

ينصُ الفرض الأول في صيغته الإحصائية على أنه: "ثمة ارتفاع دال لضعف التنظيم الذاتي للانفعال لدى مجموعة مريضات اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط الراشديات"، ولاختبار صحة هذا الفرض حسبت الباحثة متوسطات درجات (مجموعة اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط ADHD) على التنظيم الذاتي للانفعال، كما بالجدول:

جدول (٦)

متوسطات درجات أبعاد التنظيم الذاتي للانفعال بين المريضات الراشديات.

المؤشر	انحراف المعياري	متوسط	العدد	الأهداف
مرتفع	٣,٢٥٦	٢٢,٢٥	١٥	الأهداف
مرتفع	٢,٣٦٤	٢٣,٥٦	١٥	عدم القبول
مرتفع	٢,٣٩	٢٤,٢٩	١٥	الاندفاع
مرتفع	٢,١٩٩	٢٠,٣٦	١٥	الوضوح
مرتفع	٢,٤٤٧	٢٤,٣٩	١٥	الإدراك
مرتفع	٢,٩٦٤	٢٧,٢٦	١٥	الاستراتيجيات

٢- نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني في صيغته الإحصائية على أنه: "توجد علاقة طردية بين ضعف التنظيم الذاتي للانفعال وأعراض اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط ADHD (ضعف تركيز الانتباه، والاندفاعية) بين المريضات بالراشداً"، ولاختبار صحة هذا الفرض حسبت الباحثة مُعامل ارتباط بيرسون بين التنظيم الذاتي للانفعال وأعراض اضطراب ADHD بين المريضات الراشداً كما يلي:

جدول (٧)

يوضح معاملات الارتباط بين ضعف التنظيم الذاتي للانفعال وأعراض اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط بين المريضات الراشداً

عدم التخطيط	الاندفاعية	الانتباه	الأهداف
٠,٧٢-	٠,٦٢-	٠,٨١	عدم القبول
٠,٤٦	٠,٧١	٠,٧١-	الاندفاع
٠,٥٧-	٠,٨٨	٠,٦٥-	الوضوح
٠,٧٤-	٠,٥٩-	٠,٦٩	الإدراك
٠,٥٨-	٠,٦٢-	٠,٧١	الاستراتيجيات
٠,٦٧-	٠,٥٩-	٠,٧٤	

مناقشة النتائج

أظهرت نتائج الفرض الأول بالدراسة الحالية أنّ ضعف التنظيم الذاتي للانفعال يعد عرضاً رئيسياً باضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط ADHD لدى الإناث الراشداً، فاستناداً إلى متوسط درجاتهن على مقياس ضعف التنظيم الذاتي للانفعال اتضح أن نحو ٤٦,٦٪ منهن يُعانين من ضعف التنظيم الذاتي للانفعال، واتضح ذلك على متوسط درجات مقاييسه الفرعية: (١) ضعف وعي الفرد بانفعالاته (الإدراك الحسي)، (٢) ضعف في وضوح طبيعة انفعالات الفرد (الوضوح)، (٣) ضعف في قبول انفعالات الفرد (عدم القبول)، (٤) ضعف في الوصول إلى

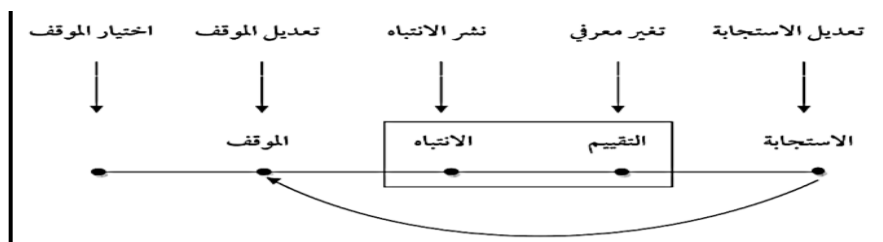
استراتيجية التنظيم الذاتي للانفعال (الاستراتيجيات)، (٥) ضعف القدرة على الانخراط في الأنشطة الموجهة نحو الهدف أثناء الانفعالات السلبية (الأهداف)، (٦) ضعف في القدرة على إدارة اندفاعية الفرد أثناء المشاعر السلبية (الاندفاع).

وتتسق هذه النتائج مع نتائج دراسات (Mitchell, et al., 2012; Skirrow & Asherson, 2013; Surman, et al., 2013) التي أظهرت نتائجها أن المستويات المنخفضة من التنظيم الذاتي للانفعال سمة أساسية باضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط ADHD بالرشد، ونتائج دراسة روبنسون وزملائه (Robison, et al., 2008) التي اهتمت بتوضيح الفرق بين الذكور والإناث المصابين باضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط ADHD - على أن الإناث يعانين من الضعف بالتنظيم الذاتي للانفعال (بنسبة ٣٧٪)، مقارنة بالذكور (٢٩٪)، وأكدته أيضاً نتائج دراسة ريتز وآخرين (Retz, et al., 2012) بأنه يرتفع معدل انتشاره بالراشدين مقارنة بالأعراض الأخرى المتعارف عليها للاضطراب (نقص تركيز الانتباه، وفرط النشاط، والاندفاع).

وأوضح روسل وآخرون (Rösler, et al., 2008) أنه يظهر لديهن على هيئة التهيج، والتغيرات السريعة في المزاج، وانخفاض القدرة على تحمل الإحباط، التي تؤدي إلى انخفاض القدرة على ممارسة الأنشطة الحياتية (Barkley & Murphy, 2010)، ويظهر أيضاً في فشل مريضات ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط ADHD في تنظيم انفعالاتهن من خلال توجيه التدفق التفائلي لتلك الانفعالات، وإصدار استجابات غير متكافئة وسلبية نحو الأحداث التي يدركنها على أنها مرتبطة باهتمامهن الحالي (Mauss, Levenson, McCarter, Wilhelm, & Gross, 2005).

ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء نموذج جروس للتنظيم الذاتي للانفعال (Gross, 1998; 2001)، الذي يشير فيه إلى أن الانفعالات تتولد في

مراحل متتابعة، وكل مرحلة منها تقوم على توليد الانفعال قد تكون هدفاً للتتظيم؛ فيواجه الأفراد موقفاً ذا ملامح قد تثير استجابة انفعالية في المرحلة الأولى، وفي المرحلة الثانية، قد ينشغل الأفراد أو لا ينشغلون بملامح الموقف المرتبطة بالانفعال، وفي المرحلة الثالثة، يصدر الأفراد تقييمات معرفية للموقف التي قد تولد أو لا تولد استجابة انفعالية، وفي المرحلة الرابعة والأخيرة، يعبر الأفراد عن انفعالاتهم من خلال سلوكهم، وعلى سبيل المثال، فالراشدون يكونون أكثر فعالية من الصغار في الاندماج في أسلوب تنظيم الانفعال لاختيار الموقف-التخطيط للتواصل مع الأفراد الذين يعرفونهم بدلاً من السعي وراء التفاعل مع سياقات اجتماعية أخرى، بجانب أن انفعالات الذاتية السلبية أقل احتمالاً أن يقرها الراشدون، ويعتمد التنظيم التكيفي للسلوك الاجتماعي لديهم على تنظيم الانفعالات وعمليات تقييمها الأساسية (فوس وباوميسثير، ٢٠١٧).



الشكل (١) نموذج تنظيم الانفعال الذي يوضح خمس مجموعات من أساليب تنظيم الانفعال (فوس وباوميسثير، ٢٠١٧).

وتشير نتائج الدراسة الراهنة أيضاً إلى أن ضعف التنظيم الذاتي للانفعال يؤدي إلى صعوبة الموازنة بين الأهداف طويلة المدى والدوافع الفورية (Morrell, Cohen, & McChargue, 2010)، إذ تهدف بعض أشكال تنظيم الانفعال إلى خفض حدة الاستجابة الانفعالية (تنظيم منخفض)، وتتضمن أشكالاً أخرى من تنظيم الانفعال من خلال زيادة التنظيم أو المحافظة على الاستجابة الانفعالية، وتهدف زيادة الاستجابة الانفعالية (تنظيم مرتفع) إلى المحافظة على حدة الاستجابة الانفعالية ثابتة مع مرور الوقت

(المحافظة)، والمشارك في جميع الحالات فيما يخص تنظيم الانفعال أنهم يحولن شدة الانحدار إلى ميل الخروج، ومن ثمَّ يُحددن طول (أو قصر) مدة استمرار نشاط الاستجابة الانفعالية، فإذا كان موقف حدوث الانفعال لا يمكن تجنبه، فإنَّهنَّ يستخدمن استراتيجيات الاستخدام الانتباهي¹ التي يسعى فيها الفرد إلى توجيه انتباهه بعيداً عن المنبه الذي يولد انفعالات غير مرغوب فيها، ويشغل الفرد نفسه في العمل، إذ تصبح الانفعالات الإيجابية والسلبية أقلَّ تنظيمياً عندما يؤدي الفرد مهاماً شاقّة ذهنياً خلال مواجهة حدث انفعالي أو بعده (فوس وبامستير، ٢٠١٧).

وأرجعت باتريشيا كوين Patricia O. Quinn التشخيص المتأخر أو الفانت في الفتيات والنساء مضطربات ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط ADHD الراشدات إلى الظروف الاجتماعية والقيود الوالدية، وأنَّه غالباً ما يكون الاضطراب أقلَّ علناً، ويكاد يكون خفياً لبعض الوقت (Quinn, 2008)، ويرجع ذلك إلى كونهن منخفضات التعاطف لإصدار سلوكٍ مرغوبٍ اجتماعياً، ما يؤدي إلى الرفض الاجتماعي (الذي تعاني منه غالبية المريضات)، وعندما يرتبط هذا الانخفاض بالعمر يؤدي إلى تكبد تكاليف اجتماعية ترجع إلى ضعف التنظيم الذاتي الانفعالي.

وبمقابلة المريضات اتضح أنَّهنَّ يُعانين من انخفاض الإنجاز الأكاديمي (إعادة سنوات دراسية، ومنهن من لم يكمل تعليمه)، والأداء المهني المتواضع (تُعاني الثلاث مريضات العاملات بالدراسة من التقييم السلبي للأداء نتيجة عدم القدرة على إنجاز المهام الوظيفية الجديدة، وإنجاز المهام المكررة في وقت طويل)، وأرجعن ذلك إلى عدم التركيز، ولا يتوقف هذا الضعف النفسي الاجتماعي على المجالات المهنية والأكاديمية وإنما يتجاوز إلى التفاعلات الشخصية؛ فأكدت المريضات الراشدات وأقاربهنَّ أنَّهنَّ يعانين من اضطراب في العلاقات الاجتماعية، وتزايد الخلافات الزوجية

(واتضح ذلك في مقابلة المريضات اللاتي تعرضن للهجر، والانفصال الجسدي أنهن يُهملن في شئون المنزل لعدم التركيز، والنكد المتكرر لأتفه الأسباب، الاندفاع بألفاظ دون تفكير)، الذي أدى إلى ترسيب مشاعر الارتياح والقلق والتفكير المستمر في تجربة تعاطي المواد النفسية المخدرة وإدمان المواقع الإباحية والسرقة وغيرها من الانتهاكات، ما يظهر أن الضعف النفسي-الاجتماعي بالمريضات الراشدات نتيجة ضعف التنظيم الذاتي الانفعالي ملمح رئيسي بمريضات ADHD الراشدات، الذي ينتابهن في جميع مجالات الحياة سواء الاجتماعية أو الأكاديمية، بالإضافة إلى أنه غالبًا ما يكون هذا العبء النفسي الاجتماعي الوظيفي كبيرًا بالمرضى غير المشخصين وغير المعالجين (Able, Johnston, Adler, & Swindle, 2007)، التي تعد عملية شاقة وصعبة بالنسبة لساكني الوادي الجديد، ويرجع ذلك إلى عدة عوامل: عدم الوعي بالاضطراب، وطول السفر وصعوبة التنقل بين محافظة الوادي الجديد وغيرها من المحافظات، عدم وجود مراكز أو وحدات للعلاج النفسي بالمحافظة، وزيادة العبء المالي بالسفر وتكاليف العلاج، ويزيد لدى غير المشخصين بالاضطراب، وغير المعالجين منه لاستخدام أساليب للتعايش غير الملائمة في التعامل مع المواقف الضاغطة مقارنة بالبالغين المشخصين به (Young, 2005)، وهذا يُشير إلى أن البالغين المصابين بضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط ADHD، قد يكونوا أكثر عرضة بشكل خاص لانخفاض التنظيم الانفعالي.

وقد لوحظ أن المريضتين اللاتين تم تشخيص إصابتهما بالمراهقة باضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط ADHD لإهمال العلاج، استمرت أعراضه بمرحلة الرشد، زاد ذلك من ضعف التنظيم الانفعالي، ليتفق مع نتائج دراسة هينشاو وآخرين (Hinshaw, Owens,) (Sami, & Fargeon, 2006)، بجانب ظهور اضطراب الأكل (-Fernández, Aranda, et al., 2007) وتعاطي المخدرات أو الاعتماد عليها (Fox, Hong,)

(& Sinha, 2008).

وتتسق نتائج الفرض الثاني في أن: ثمة ارتباط دال بين ضعف التنظيم الذاتي للانفعال وأعراض الاضطراب بالإناث الراشدين، التي أوضحها جدول (٧)، واتساقاً مع التراث النظري في أن أولئك الذين يعانون من صعوبات أكبر في التنظيم الذاتي للانفعال سيكون لديهم معدلات أعلى من ضعف تركيز الانتباه، وفرط النشاط والاندفاعية (الانخراط في السلوكيات دون التخلي، والاستجابة قبل الأوان للمحفزات التي غالباً ما تنتج لها عواقب سلبية)، فإن نتائج دراسات (انظر- Salters, Gratz & Roemer, 2004; Pedneault, Roemer, Tull, Rucker, & Mennin, 2006; Vujanovic, Zvolensky, & Bernstein, 2008) أظهرت أن ضعف التنظيم الذاتي للانفعال يعد سبباً مسهماً في ظهور الاندفاعية، وفرط النشاط، بمرضى ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط ADHD الراشدين؛ ما يوحي بأنها تهيئ الأفراد لتطوير الاندفاعية أو الحفاظ عليها بهدف تنظيم الحالة المزاجية الإيجابية أو السلبية لديهم (Cooper, Frone, Russell, & Mudar, 1995)، إذ تبنى أساليب تنظيم الانفعال على أساس النقطة الأولية في العملية المولدة للانفعال التي يكون عندها التأثير، على سبيل المثال، فالقمع الفعال للمحتوى العقلي يعد مبادرة تنظيم ذاتي، إلا أنه قد يضع القمع كهدف بحد ذاته في بؤرة المراقبة للبحث عن المعلومات غير المتسقة مع الهدف، وقد يؤدي إلى تأثير ارتدادي، ويولد تأثيراً جانبياً فسيولوجياً ونفسياً مثل العاطفة السلبية، وهو أيضاً عملية مجهدة.

وتوصلت نتائج الدراسة الحالية أيضاً إلى أن الإناث اللاتي ارتفع لديهن مستوى الضعف بالتنظيم الذاتي للانفعال سجلن درجات مرتفعة على اثنين من أبعاد مقياس بارات للانفعالية (الانتباه وعدم التخطيط)، وهذا هو ما أكدته مقابلة الآباء والأقارب بمناقشتهم حول سلوكيات المريضات التي اتضح منها تعاطيهم المخدرات، والسرققة، والشراء، والهواجس الجنسية، وفسر شيد وهودجينز (Shead & Hodgins, 2009) ذلك أنه محاولة للشعور بالراحة أو المكافأة، ومحاولة تغيير الحالة الانفعالية السلبية (Tice, Bratslavsky, &

(Baumeister, 2001).

وبذلك تعد أساليب تنظيم الانفعال غير التكيفية والاندفاعية محور الاختلال الوظيفي لدى المريضات الراشدات، وتؤدي دوراً في تطور واستمرار الباثولوجيا النفسية للاضطراب، وربما يكون ذلك نتيجة الصراع بين التنظيم الذاتي للأهداف خلال فترات التقلب الانفعالي، وقد يؤدي هذا الصراع إلى تحويل الانتباه بعيداً عن الهدف الطويل المدى المتمثل في التنظيم الذاتي، مثل أن يصير الإنسان صحيح نفسياً، ويعمل على تحويل الانتباه لتقليل الضائقة الانفعالية من خلال السعي إلى إيجاد السعادة والارتياح الفوريين، وذلك باستخدام بعض السلوكيات غير التكيفية، مثل تدخين سيجارة أو التصرف باندفاعية (Tice, et al., 2001).

قائمة المراجع العربية والأجنبية

أولاً: قائمة المراجع العربية

- فوس وباميسثير. (٢٠١٧). المرجع في التنظيم الذاتي: بحث، ونظرية، وتطبيقات. ترجمة. وليد شوقي شفيق سحلول: العبيكان للنشر.
- عسكر، عبد الله. (٢٠٠٥). استبيان تشخيص الشخصية. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- غريب، عبد الفتاح غريب. (١٩٩٩). مقياس الاكتئاب (د) BDI. القاهرة: الأنجلو المصرية، ط٣.
- الشربيني، لطفي. (٢٠٠٣). معجم مصطلحات الطب النفسي. مراجعة عادل صادق، مركز تعريب العلوم الصحية، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.
- ### ثانياً: قائمة المراجع الأجنبية

- American Psychiatric Association (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. (Text revision) 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Press: p. 943.
- American Psychiatric Association (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Fifth edition. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Bandura, A.; Caprara, G. V.; Barbaranelli, C.; Gerbino, M.; Pastorelli, C. (2003). "Role of Affective Self-Regulatory Efficacy in Diverse Spheres of Psychosocial Functioning". **Child Development; 74** (3): 769-82.
- Bardeen JR, & Fergus TA. (2014). an examination of the incremental contribution of emotion regulation difficulties to health anxiety beyond specific emotion regulation strategies. **J Anxiety Disord.; 28** (4): 394-401
- Barkley RA & Murphy KR. (2010). Deficient emotional self-regulation in adult's with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): the relative contributions of emotional impulsiveness and ADHD symptoms to adaptive impairments

- in major life activities. **J ADHD Relat Disord.**; 1:5–28.
- Barkley RA, Murphy KR, O'Connell T, Anderson D, & Connor DF. (2006). Effects of two doses of alcohol on simulator driving performance in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Neuropsychology.**; 20 (1):77-87.
- Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Mick E, Monuteaux MC, & Aleardi M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community. **J Clin Psychiatry.**; 67 (4): 524–540.
- Cooper ML, Frone MR, Russell M, & Mudar P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use. **J Personality and Social Psychology**; 69 (5): 990–1006.
- Corbisiero S, Buchli-Kammermann J, Stieglitz RD. (2010) Reliability and validity of the Wender-Reimherr-Interview (WRI). An instrument for the diagnostic of the ADHD in adulthood. **Z Psychiatr Psychol Psychother**; 58:323–331.
- Corbisiero S, Stieglitz RD, Retz W & Rosler M. (2013). Is emotional dysregulation part of the psychopathology of ADHD in adults? **Atten Defic Hyperact Disord.**; 5:83–92.
- Faraone SV, Biederman J & Mick E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. **Psychol Med.**; 36: 159–165.
- Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E & Doyle AE (2000) Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. **Biol Psychiatry.**; 48:9–20
- Fayyad J, DeGraaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, deGirolamo G, Haro JM, Karam EG, Lara C, Lepine JP, Ormel J, Posada- Villa J, Zaslavsky AM & Jin R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. **Br J Psychiatr**; 190: 402–409.
- Fernández-Aranda F, Pinheiro AP, Thornton LM, Berrettini WH, Crow S, Fichter MM, Halmi KA, Kaplan AS, Keel P, Mitchell J, Rotondo A, Strober M, Woodside DB, Kaye WH, & Bulik

- CM. (2008). Impulse control disorders in women with eating disorders. **Psychiatry Research**; **157** (1–3): 147–157.
- Fox H, Hong K, & Sinha R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. **Addictive Behaviors**; **33**: 388–394.
- Fredriksen M, Dahl AA, Martinsen EW, Klungsoyr O, Faraone SV, Peleikis DE. (2014). Childhood and persistent ADHD symptoms associated with educational failure and long-term occupational disability in adult ADHD. **Atten Defic Hyperact Disord.**; **6** (2):87-99.
- Gratz KL, & Roemer L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. **J Psychopathology and Behavioral Assessment**; **26** (1):41–54.
- Gratz KL, Bornovalova MA, Delany-Brumsey A, Nick B, Lejuez CW. (2007). A laboratory-based study of the relationship between childhood abuse and experiential avoidance among inner-city substance users: the role of emotional nonacceptance. **Behav Ther.**; **38** (3):256-68.
- Gratz KL, Tull MT. (2010). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatients with substance use disorders. **Cognit Ther Res.**; **34** (6): 544-553
- Gross, J, & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In Gross J. (Ed.), **Handbook of Emotion Regulation** (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. **Review of General Psychology**; **2**: 271-299.
- Gross, J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. **Psychophysiology**; **39**: 281-291.
- Hinshaw SP, Owens EB, Sami N, & Fargeon S. (2006). Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into adolescence: Evidence for continuing cross-domain

- impairment. **J Consult Clin Psychol.**; **74** (3):489-499.
- Hodgkins P, Arnold LE, Shaw M, Caci H, Kahle J, Woods AG, Young S. (2012). A systematic review of global publication trends regarding long-term outcomes of ADHD. **Front Psychiatry.**; **2**: 84.
- Huang CY, Li CS, Fang SC, Wu CS, Liao DL. (2013). The reliability of the Chinese version of the Barratt Impulsiveness Scale version 11, in abstinent, opioid-dependent participants in Taiwan. **J Chin Med Assoc.**; **76** (5): 289-95.
- Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE & Zaslavsky AM. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. **Am J Psychiatr.**; **163**: 716-723.
- Kooij JJS, Buitelaar JK, Van den Oord EJ, Furer JW, Rijnders CAT & Hodiament PPG. (2005). Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. **Psychol Med.**; **35**: 817-827.
- Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugué M, Carpentier PJ, Edvinsson D, Fayyad J, Foeken K, Fitzgerald M, Gaillac V, Ginsberg Y, Henry C, Krause J, Lensing MB, Manor I, Niederhofer H, Nunes-Filipe C, Ohlmeier MD, Oswald P, Pallanti S, Pehlivanidis A, Ramos-Quiroga JA, Rastam M, Ryffel-Rawak D, Stes S & Asherson P. (2010). "European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD". **BMC Psychiatry**; **10**: 67.
- Maier SJ, Szalkowski A, Kamphausen S, Feige B, Perlov E, Kalisch R, Jacob GA, Philippen A, Tüscher O, & Tebartz van Elst L. (2014). Altered cingulate and amygdala response towards threat and safe cues in attention deficit hyperactivity disorder. **Psychol Med.**; **44** (1):85-98.
- Marx I, Domes G, Havenstein C, Berger C, Schulze L, & Herpertz SC. (2011). Enhanced emotional interference on working

- memory performance in adults with ADHD. **World J Biol Psychiatry**; **12** Suppl 1:70-5.
- Matheson L, Asherson P, Wong IC, Hodgkins P, Setyawan J, Sasane R, Clifford S. (2013). Adult ADHD patient experiences of impairment, service provision and clinical management in England: a qualitative study. **BMC Health Serv Res**; **13**: 184.
- Matthies S, Philipson A, Lackner HK, Sadohara C, & Svaldi J. (2014). Regulation of sadness via acceptance or suppression in adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). **Psychiatry Res**; **220** (1-2):461-7.
- Mauss IB, Levenson RW, McCarter L, Wilhelm FH, & Gross JJ. (2005). The tie that binds? Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. **Emotion**; **5** (2):175-90.
- Mitchell, JT, Robertson, CD, Anastopoulos, AD, Nelson-Gray, RO, & Kollins, SH. (2012). Emotion dysregulation and emotional impulsivity among adults with attention deficit/hyperactivity disorder: Results of a preliminary study. **J Psychopathology and Behavioral Assessment**, **34** (4): 510-519.
- Morrell H, Cohen L, McChargue D. (2010). Depression vulnerability predicts cigarette smoking among college students: gender and negative reinforcement expectancies as contributing factors. **Addictive Behaviors**; **35** (6):607–611.
- Mostert JC, Onnink AMH, Klein M, Dammers J, Harneit A, Schulten T, van Hulzen KJE, Kan CC, Slaats-Willemse D, Buitelaar JK, Franke B, Hoogman M. (2015). Cognitive heterogeneity in adult attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic analysis of neuropsychological measurements. **Eur Neuropsychopharmacol**; **25** (11):2062-2074.
- Okada T. (2015). [Diagnosis and Treatment of Adult ADHD Comorbid with Mood or Anxiety Disorders]. **Seishin Shinkeigaku Zasshi**; **117** (9): 768-74.
- O'Malley GK, McHugh L, Mac Giollabhui N, Bramham J. (2016). Characterizing adult attention-deficit/hyperactivity-disorder and comorbid borderline personality disorder: ADHD symptoms, psychopathology, cognitive functioning and

- psychosocial factors. **Eur Psychiatry.**; **31**: 29-36.
- Patton JH, Stanford MS, & Barratt ES. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. **J Clin Psychol.**; **51** (6):768-74.
- Philipsen A, van Elst LT, Lesch KP, Jans T, Warnke A. (2009). [Effects and mechanisms of psychotherapy in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adults]. **Psychother Psychosom Med Psychol.**; **59** (3-4):132-40.
- Quinn PO. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls: an evolving picture. **Curr Psychiatry Rep.**; **10** (5):419-23.
- Reimherr FW, Marchant BK, Gift TE, Steans TA, Wender PH. (2015). Revising the diagnostic criteria for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): an adulthood perspective. **Atten Defic Hyperact Disord.**; **7** (2):113-4.
- Retz W, Stieglitz RD, Corbisiero S, Retz-Junginger P, & Rösler M. (2012). Emotional dysregulation in adult ADHD: What is the empirical evidence? **Expert Rev Neurother.**; **12** (10):1241-51.
- Richard-Lepouriel H, Etain B, Hasler R, Bellivier F, Gard S, Kahn JP, Prada P, Nicasastro R, Ardu S, Dayer A, Leboyer M, Aubry JM, Perroud N, & Henry C. (2016). Similarities between emotional dysregulation in adults suffering from ADHD and bipolar patients. **J Affect Disord.**; **198**: 230-6.
- Robison RJ, Reimherr FW, Gale PD, Marchant BK, Williams ED, Soni P, Halls C, Strong RE. (2010). Personality disorders in ADHD Part 2: The effect of symptoms of personality disorder on response to treatment with OROS methylphenidate in adults with ADHD. **Ann Clin Psychiatry.**; **22** (2):94-102.
- Robison RJ, Reimherr FW, Marchant BK, Faraone SV, Adler LA, West SA. (2008). Gender differences in 2 clinical trials of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a retrospective data analysis. **J Clin Psychiatry.**; **69** (2): 213-21.
- Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P, Stieglitz RD, Kessler H,

- Reimherr F, Wender PH. (2008). [Attention deficit hyperactivity disorder in adults. Benchmarking diagnosis using the Wender-Reimherr adult rating scale] (Article in German). **Nervenarzt.**; **79** (3):320-7.
- Salters-Pedneault K, Roemer L, Tull MT, Rucker L, Mennin DS. (2006). Evidence of broad deficits in emotional regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. **Cognitive Therapy and Research**; **30**: 469–480.
- Shead NW, & Hodgins DC. (2009). Probability discounting of gains and losses: implications for risk attitudes and impulsivity. **J Exp Anal Behav.**; **92** (1):1-16.
- Simon V, Czobor P, Balint S, Meszaros A & Bitter I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. **Br J Psychiatr.**; **194**: 204–211.
- Skirrow C, & Asherson P. (2013). Emotional lability, comorbidity and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. **J Affect Disord.**; **147** (1-3):80-6.
- Solanto MV, Marks DJ, Mitchell KJ, Wasserstein J, & Kofman MD. (2008). Development of a new psychosocial treatment for adult ADHD. **J Atten Disord.**; **11** (6):728-36.
- Staples AM, Mohlman J. (2012). Psychometric properties of the GAD-Q-IV and DERS in older, community-dwelling GAD patients and controls. **J Anxiety Disord.**; **26** (3):385-92.
- Stein MA, Sandovarl R, Szumowske I, Roizenn N, Reineckem A, Blondist A, & KLEIN Z. (1995). Psychometric characteristics of the Wender Utah Rating Scale (WURS): reliability and factor structure for men and women. **Psychopharmacology Bulletin**; **31**: 425- 433.
- Storebø OJ & Simonsen E. (2014). Is ADHD an early stage in the development of borderline personality disorder? **Nord J Psychiatry.**; **68** (5):289-95.
- Surman CB, Biederman J, Spencer T, Miller CA, Petty CR, & Faraone SV. (2015). Neuropsychological Deficits Are Not Predictive of Deficient Emotional Self-Regulation in Adults

- with ADHD. **J Atten Disord.**; **19** (12):1046-53.
- Surman CB, Biederman J, Spencer T, Yorks D, Miller CA, Petty CR & Faraone SV. (2011). Deficient emotional self-regulation and adult attention deficit hyperactivity disorder: a family risk analysis. **Am J Psychiatry.**; **168**: 617–623.
- Surman CBH., Biederman J, Spencer T, Miller CA., McDermott KM., & Faraone SV. (2013). Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. **Atten Defic Hyperact Disord.**; **5** (3): 273–281.
- Tice DM, Bratslavsky E, & Baumeister RF. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: if you feel bad, do it! **J Pers Soc Psychol.**; **80** (1): 53-67.
- Vasilev CA, Crowell SE, Beauchaine TP, Mead HK, Gatzke-Kopp LM. (2009). Correspondence between physiological and self-report measures of emotion dysregulation: a longitudinal investigation of youth with and without psychopathology. **J Child Psychol Psychiatry**; **50** (11):1357-64.
- Villemonteix T, Purper-Ouakil D, & Romo L. (2015). [Is emotional dysregulation a component of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)?]. **Encephale**; **41**(2):108-14. (Article in French)
- Vujanovic AA, Zvolensky MJ, Bernstein A. (2008). The interactive effects of anxiety sensitivity and emotion dysregulation in predicting anxiety-related cognitive and affective symptoms. **Cognitive Therapy and Research.**; **32**: 803–817.
- Waite R, Vlam RC, Irrera-Newcomb M, & Babcock T. (2013). The diagnosis less traveled: NPs' role in recognizing adult ADHD. **J Am Assoc Nurse Pract.**; **25** (6):302-8.
- Ward MF, Wender PH & Reimherr FW. (1993). The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. **Am J Psychiatry**; **150**:885–890.
- Weibel S, Jermann F, Weiner L, Nicastro R, Ardu S, Pham E, Hasler R, Dayer A, Prada P, Perroud N. (2017). Insomnia in adult

- attention-deficit/hyperactivity disorder: A comparison with borderline personality disorder population in a clinical setting and control participants. **Compr Psychiatry.**; **76**: 119-128 .
- Weinberg A, Klonsky ED. (2009). Measurement of emotion dysregulation in adolescents. **Psychol Assess.**; **21** (4):616-21.
- Wender EH. (1995). Attention-deficit hyperactivity disorders in adolescence. **J Dev Behav Pediatr.**; **16** (3):192-5.
- Wender PH, Reimherr FW & Wood DR. (1981): Attention deficit disorder ('Minimal Brain Dysfunction') in adults: a replication study of diagnosis and drug treatment. **Arch Gen Psychiatry.**; **38**:449-456.
- Wender PH, Wolf LE & Wasserstein J. (2001). Adults with ADHD. An over view. **Ann N Y Acad Sci.**; **931**:1-16
- Wender PH. (1985). Wender AQCC (Adult Questionnaire-Childhood Characteristics) scale. **Psychopharmacol Bull**; **21**:927-928
- Wilens E, Faraone SV, & Biederman J. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. **JAMA.**; **292** (5):619-623.
- Young S. (2005). Coping strategies used by adults with ADHD. **Pers Indiv Differ.**; **38** (4): 809-816.
- Zalsman G & Shilton T. (2016). Adult ADHD: A new disease? **Int J Psychiatry Clin Pract.**; **20** (2):70-6.