



كلية الآداب

حوليات آداب عين شمس المجلد ٤٧ (عدد يناير - مارس ٢٠١٩)

<http://www.aafu.journals.ekb.eg>

(دورية علمية محكمة)



جامعة عين شمس

اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط بمرحلة البلوغ بين مريضات الشخصية الحدية: مقارنة الأداء المعرفي العصبي بين الإناث البالغات

شيماء محمد جادالله *

مدرس علم النفس - بكلية الآداب بالوادي الجديد-جامعة اسيوط

المستخلص

أجريت الدراسة لتوصيف البالغين الذين يعانون من اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب فرط النشاط (ADHD) المصاحب باضطراب الشخصية الحدية (ADHD-BPD) وبين مريضات اضطراب الشخصية الحدية (BPD). وتوضيح الأعراض المتعلقة باضطراب ADHD من أداء معرفي عصبي. ولقد حاولت الدراسة أن تبحث بشكل منهجي الأداء العصبي النفسي على اختبارات تقيس الانتباه والذاكرة العاملة والضبط التثبيطي وذلك باستخدام اختبار شيفيه لمقارنة أداء المرضى الذين يعانون من اضطراب ضعف تركيز الانتباه/ فرط النشاط المصاحب باضطراب الشخصية الحدية (ADHD-BPD) (ن = ١٢، أنثى، متوسط العمر ٣١.٥)، والشخصية الحدية (ن = ١١، أنثى، متوسط العمر ٣٥) والصحيحات (ن = ١٣، متوسط العمر ٣٦.٣). وبمقارنة مع مضطربات الشخصية الحدية، والصحيحات، وجد أن مريضات اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب/ فرط النشاط المصاحب باضطراب الشخصية الحدية (-ADHD BPD) يعانون من ضعف الانتباه، والذاكرة العاملة، والوظيفة التنفيذية، وكانوا أكثر اندفاعاً، وأكثر تفاوتاً في الاستجابة. وأظهرت المريضات الاخلال العصبي النفسي من ضعف في العديد من المجالات المعرفية وهذا يوفر نقطة انطلاق لبحث الفروق الفردية من حيث ضعف المسارات المعرفية.

الكلمات المفتاحية: اضطراب ضعف تركيز الانتباه/ فرط النشاط المصاحب باضطراب الشخصية الحدية (ADHD-BPD)، اضطراب الشخصية الحدية (BPD)، الأداء المعرفي العصبي.

المقدمة:

هدفت الدراسة الراهنة إلى التفرقة التشخيصية للأداء العصبي المعرفي لمرضى ضعف تركيز الانتباه / فرط النشاط الحركي^١ بمرحلة البلوغ المصاحب باضطراب الشخصية الحدية عن مضطربات الشخصية الحدية والصحيحات، وذلك عبر توضيح نمط الأداء الواسم لكل من المجموعتين. وتركز الدراسة في تقييمها للأداء على استخدام مجموعة من الاختبارات النفسعصبية (الاستدلال الحسابي، واختبار إعادة الأرقام بالعكس، وستروب)، حيث يعتبر أهم الأهداف الرئيسية للعلوم العصبية والنفسية محاولة الربط بين وظائف الدماغ وتركيبه وبين سلوك الفرد وأدائه المعرفي. فالأداء العقلي المعرفي هو نتاج عمل الدماغ بكل مكوناته وأجزائه، ويتحقق هذا النشاط العام في وظيفة مناطق الترابط في القشرة الدماغية التي تساهم وفقا لقاعدة النشاط غير النوعي للدماغ، والتي تتراكم وتتفاعل في مختلف المنظمات النوعية في نشاط كلي عام (نعيمه الشعاب عمران الفيتوري، ٢٠١٤)، ومن ثم يمكن فحصها لدى المرضى النفسيين والأصحاء.

ويعد اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصاحب بفرط النشاط الحركي بمرحلة الطفولة واحد من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا، وتتحدد أعراضه من خلال ضعف تركيز الانتباه، والسلوك الاندفاعي، وفرط النشاط الحركي (American Psychiatric Association, 2000) ويستمر لنهاية مرحلة المراهقة (Zalsman & Shilton, 2016) إلى ما بعد مرحلة البلوغ (Faraone, Biederman, Spencer, Wilens, Seidman, Mick & Doyle, 2000)، ولا يزال تشخيصه مستندا إلى المعايير التشخيصية للأطفال الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية والتصنيف الدولي للأمراض المراجعة العاشرة. وأيدت نتائج العديد من الدراسات (منها Kooij, Buitelaar, Van den Oord, Furer, Rijnders & Hodiamont, 2005; Kessler, Adler, Barkley, Biederman, Conners, Demler, et al., 2006; Fayyad, DeGraaf, Kessler, Alonso, Angermeyer, Demyttenaere, et al., 2007; Simon, Czobor, Balint, Meszaros & Bitter, 2009) أن الإصابة باضطراب ADHD في الطفولة قد تكون عاملا يسهم في الإصابة باضطراب الحدية في البلوغ. ولوحظ أيضا وجود تشابه ببعض المعايير التشخيصية الظاهرية للاضطرابين بالعديد من المرضى البالغين (Fossati, Novella, Donati, Donin & Maffei, 2002) مثل عدم التنظيم الانفعالي (Reimherr, Marchant, Gift, Steans & Wender, 2015) والاندفاعية (O'Malley, McHugh, Mac Giollabhui & Bramham, 2016). وفسر كل من "دافيد" و"جاسبر" ذلك بأن تكرار حدوثهما تحدده دائما الأسباب النفسية للمرض، ونوعية الحياة والوظيفة الاجتماعية النفسية (Davids & Gastpar, 2005).

مشكلة الدراسة:

أبرزت دراسات Spencer, Biederman & Mick, 2007; Mick, Byrne, 2011
Fried, Monuteaux, Faraone & Biederman, 2011 بجانب
دراسة Biederman, Petty, Clarke, Lomedico, & Faraone, 2011 التي اهتمت
بدراسة الاناث، وجود أعراض اضطراب ADHD بين مضطربي الشخصية الحدية
البالغين، وبالمقارنة بين الاضطرابين وجد أن ضعف تركيز الانتباه باضطراب ADHD
يكون أكثر وضوحاً في المواقف التي ينخفض أو يقل فيها التحفيز من المنبهات الخارجية
مما يؤدي لحدوث التوتر الداخلي (Stiglmayr, Grathwol, Linehan, Ihorst,)
(Fahrenberg & Bohus, 2005). في حين أن مضطربي الشخصية الحدية لديهم معالم
لخبرات انشاقية تشعرهم بالتوتر، وتفسر من الناحية الفسيولوجية العصبية بأن الانشاق
يعبر عن شكل من أشكال ضعف الانتباه (Dowson, Bazanis, Rogers, Prevost,)
(Taylor, Meux, et al., 2004). وترتبط معالم الانشاق بقوة بتنوع التوتر الداخلي
والحث على مشاعر الرفض والفشل والانعزال (Stiglmayr, Shapiro, Stieglitz,)
(Limberger & Bohus, 2001). ومن العقبات التي تواجه الاختصاصيين النفسيين عند
تقييم حالة البالغين المحتمل إصابتهم باضطراب ADHD هي معايير التشخيص غير
المناسبة، والتغيرات المرتبطة بالسن، والأمراض المصاحبة له، وإمكانية اختفاء الأعراض
وعدم ظهورها؛ إما لارتفاع مستوى ذكاء المصاب به أو لعوامل أخرى قد تحدث في
مواقف مختلفة. وبذلك تتبلور مشكلة الدراسة الراهنة في التساؤل التالي: ما هي النقاط
الفاصلة التي تفرق بين (مريضات ADHD البالغات بين الشخصية الحدية، ومريضات
الحدية، والصحيحات) على اختبارات الأداء المعرفي العصبي (الاستدلال الحسابي،
واعادة الأرقام بالعكس، وستروب)؟

فروض الدراسة:

بناء على الهدف الرئيس من الدراسة الراهنة وهو الكشف عن نمط واتجاه التباين
باختبارات المشقة الذهنية لدى عينة ADHD بين مضطربات الشخصية الحدية، والشخصية
الحدية والصحيحات. وتأسيساً على ذلك فإن ثمة انخفاض دال في درجات اختبارات الأداء
المعرفي العصبي لدى مجموعة ADHD-BPD يتعدى جوهرياً نظرائهن من مريضات
الحدية والصحيحات.

المفاهيم والأطر النظرية لمتغيرات الدراسة:

تتضمن الدراسة الحالية مصطلحات رئيسة هي: اضطراب ضعف تركيز الانتباه
المصحوب بفرط النشاط ADHD في مرحلة البلوغ، واضطراب الشخصية الحدية BPD،
والأداء المعرفي العصبي. وفيما يلي عرض لهذه المصطلحات:

- (أ) اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط بالبلوغ:
 جاءت معايير تشخيص نقص تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي بالدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية الإصدار الخامس (DSM-5) كما يلي:
 أ- نمط مستمر من عدم الانتباه و/أو فرط الحركة-الاندفاعية يتداخل مع الأداء أو التطور، كما يتظاهر بـ (١) و/أو (٢):
 ١- عدم الانتباه: ستة من الأعراض التالية أو أكثر استمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلبا ومباشرة على النشاطات الاجتماعية والمهنية/الأكاديمية:
 ملاحظة: إن الأعراض ليست فقط مظهرا من مظاهر السلوك الإعتراضي والعدائية، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات. وبالنسبة للمراهقين الأكبر سنا والبالغين (سن ١٧ سنة فما فوق)، فيلزم خمسة أعراض على الأقل.
 (أ) غالبا ما يخفق في اعارة الانتباه الدقيق للفاصيل أو يرتكب أخطاوا دون مبالاة في الواجبات المدرسية أو في العمل أو في النشاطات الأخرى (مثلا إغفال أو تفويت التفاصيل، العمل غير الدقيق).
 (ب) غالبا ما يصعب عليه المحافظة على الانتباه في أداء العمل أو في ممارسة الأنشطة (مثلا صعوبة المحافظة على التركيز خلال المحاضرات، المحادثات أو القراءة المطولة).
 (ج) غالبا ما يبدو غير مصغ عند توجيه الحديث إليه مباشرة (عقله يبدو في مكان آخر مثلا، حتى عند غياب أي ملهى واضح).
 (د) غالبا لا يتبع التعليمات ويخفق في انهاء الواجب المدرسي أو الأعمال الروتينية اليومية أو الواجبات العملية (يبدأ المهام مثلا ولكنه يفقد التركيز بسرعة كما يتلهى بسرعة).
 (هـ) غالبا ما يكون لديه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة (الصعوبة في إدارة المهام المتتابة مثلا، صعوبة الحفاظ على الأشياء والمتعلقات الشخصية بانتظام، فوضوي، غير منظم العمل، يفقد حسن إدارة الوقت، والفشل بالالتزام بالمواعيد المحددة).
 (و) غالبا ما يتجنب أو يكره أو يتردد في الانخراط في مهام تتطلب منه جهدا عقليا متواصل (كالعمل المدرسي أو الواجبات في المنزل للمراهقين الأكبر سنا وعند البالغين إعداد التقارير وملء النماذج، مراجعة الأوراق الطويلة).
 (ز) غالبا ما يضيع أغراضا ضرورية لممارسة مهامه وأنشطته (كالمواد المدرسية والأقلام والكتب والأدوات والمحافظ والمفاتيح والأوراق والنظارات والهواتف النقالة).

- (ح) غالبا ما يسهل تشتيت انتباهه بمنبه خارجي (المراهقين الأكبر سنا وعند البالغين قد تتضمن أفكارا غير ذات صلة).
- (ط) كثير النسيان في الأنشطة اليومية (مثل الأعمال اليومية، انجاز المهام، للمراهقين الأكبر سنا وعند البالغين، إعادة طلب المكالمات، دفع الفواتير، والمحافظة على المواعيد).
- ٢- فرط الحركة-الاندفاعية: ستة من الأعراض التالية لسته أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلبا ومباشرة على النشاطات الاجتماعية والمهنية/الأكاديمية.
- ملاحظة: إن الأعراض ليست فقط مظهرا من مظاهر السلوك الإعتراضي والعدائية، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات. بالنسبة للمراهقين الأكبر سنا والبالغين (سن ١٧ سنة فما فوق)، فيلزم خمسة أعراض على الأقل
- (أ) غالبا ما يبدي حركات تمللمل في اليدين أو القدمين أو يتلوى في كرسيه.
- (ب) غالبا ما يغادر مقعده في الحالات التي ينتظر فيها منه أن يلازم مقعده. (في صفوف الدراسة أو المكتب أو أماكن العمل الأخرى أو في الحالات التي تتطلب ملازمة المقعد).
- (ج) غالبا ما يركض أو يتسلق في مواقف غير مناسبة (قد يقتصر الأمر عند المراهقين أو البالغين على الإحساس أو الشعور بالانزعاج).
- (د) غالبا ما يكون لديه صعوبات عند اللعب أو الانخراط بهدوء ضمن نشاطات ترفيهية.
- (هـ) غالبا ما يكون متحفزا أو يتصرف كما لو أنه "مدفوع بمحرك" (لا يرتاح للثبات في شيء معين لفترات مطولة كما في المطاعم أو الاجتماعات حيث قد يلحظ الآخرون صعوبة مجاراته (التمشي معه)).
- (و) غالبا ما يتحدث بإفراط.
- (ز) غالبا ما يتدفع للإجابة قبل اكتمال الأسئلة (يكمل الجمل للآخرين مثلا، لا ينتظر دوره عند الحديث).
- (ح) غالبا ما يجد صعوبة في انتظار دوره (مثل الانتظار في الطابور).
- (ط) غالبا ما يقاطع الآخرين أو يقحم نفسه في شؤونهم (مثلا، في المحادثات، الألعاب، أو الأنشطة، قد يبدأ في استخدام أشياء الآخرين دون أن يطلب أو يتلقى الاذن، بالنسبة للمراهقين والبالغين، قد يتدخل أو يستولى على ما يفعله الآخرون).

- ي- وجود أعراض فرط الحركة-الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه قبل عمر ١٢ سنة.
- ك- وجود بعض أعراض فرط الحركة-الاندفاعية أو أعراض عدم الانتباه في بيئتين أو أكثر (في المدرسة مثلا والعمل وفي المنزل، مع الأصدقاء أو الأقارب أو غيرها من الأنشطة).
- ل- يوجد دليل صريح على تداخل الأعراض/ أو إنقاص لجوده الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.
- م- لا تحدث الأعراض حصرا في سياق الفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر ولا تفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر (مثل، اضطراب مزاج، أو اضطراب القلق، أو اضطراب تفارقي، أو اضطراب شخصية، أو السحب من مادة أخرى).
- وقد تم تحديد تلك الأعراض في ثلاثة أنماط للاضطراب هي:
- ١- النمط المشترك: إذا تحقق معيار ١١ (عدم الانتباه) ٢١ (فرط الحركة الاندفاعية) لمدة ستة أشهر مضت.
- ٢- سيطرة نمط الانتباه: إذا تحقق معيار ١١ (عدم الانتباه) ولم يتحقق ٢١ (فرط الحركة الاندفاعية) في الأشهر الستة الماضية.
- ٣- النمط فرط النشاط الحركي: إذا تحقق معيار ٢١ (فرط الحركة الاندفاعية) ولم يتحقق معيار ١١ (عدم الانتباه) لمدة ستة أشهر مضت.
- (American Psychiatric Association, 2013, 59-61).
- أما بخصوص اضطراب نقص تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط لدى البالغين على الرغم من الاعتراف بوجود هذا الاضطراب بين البالغين منذ عام ١٩٧٨، إلا أنه يعتمد في تشخيصه للبلوغ على معرفة إذا ما كانت هذه الأعراض بدأت منذ الطفولة أم لا، حتى لو لم تكن شُخصت وقتها. وذلك من خلال التاريخ المرضي للأعراض، ووصف أفراد العائلة. فقد اكتشف Storebø & Simonsen, 2014 أن أعراضه تستمر مع حوالي ٦٠٪ من الأطفال المصابين به بالطفولة حتى مرحلة البلوغ. وافترض "وندر" (Wender, Wolf, & Wasserstein, 2001) أن من معايير تقييم مرضى ADHD في البلوغ وجود تاريخ للاضطراب في مرحلة الطفولة، بجانب استمرار أعراض ضعف بالانتباه وفرط بالنشاط، وعدم الاستقرار الانفعالي والاندفاع. وأضاف Ferrer, Andión, Calvo, Ramos-Quiroga, Prat, Corrales, et al., 2016 أن للعوامل الجينية والبيئية دورا في استمرار هذا الاضطراب بالبلوغ، والتي قد تفسر كيفية ظهور الأعراض. ومن المنظور العصبي يواجه المرضى اضطرابا بنشاط الفص الجبهي المسئول عن الوظائف التنفيذية. وبينت برامج التدخل النفسي ذلك، حيث يحدث تغير في مسارات الناقلات العصبية بالمخ؛ أهمها مسارات الدوبامين (Madras,

(Miller & Fischman, 2002)، واتضح حدوث نشاط بالمستقبلات التي تلتقط وتمتص الدوبامين، والنورأدرينالين من المشبك العصبي بشكل أسرع من الأشخاص الطبيعيين، مما يسبب اضطراب عمل الذاكرة (Missonnier, Hasler, Perroud, Herrmann, Millet, Richiardi, et al., 2012; Kim, Liu, Glizer, Tannock & Woltering, 2014)

ويشترط هذا الاضطراب اجرائيا، توافر المعايير التشخيصية لدى الفرد البالغ المستجيب على المقابلة ديفا التشخيصية DIVA، ومقياس وندر عن تاريخ طفولته.

(ب) اضطراب الشخصية الحدية (البينية أو الهامشية):

يؤثر هذا الاضطراب على 1-2% من المجتمع، وفي المرضى المعالجين، اضطراب الشخصية الحدية أكثر شيوعا في النساء (ما يقرب من 70 إلى 75%) منه في الرجال (30%). ويعد الإيذاء البدني والجنسي في مرحلة الطفولة هو عرض رئيس بين هؤلاء المرضى (Korzekwa, Dell, Links, Thabane & Webb, 2008).

ولكن ماذا عن المعايير التشخيصية للشخصية الحدية؛ إلى أي المعايير تستند؟ تستند تلك المعايير إلى طراز ثابت من عدم الاستقرار في العلاقات مع الآخرين، وفي صورة الذات وفي العواطف والاندفاعية الواضحة، حيث يكون البدء في فترة مبكرة من البلوغ ويتجلى في مجموعة متنوعة من السياقات كما يستدلّ عليه بخمسة (أو أكثر) من المظاهر التالية: نمط شامل من عدم الاستقرار في العلاقات مع الآخرين، وفي صورة الذات وفي الوجدان والاندفاعية الواضحة، والذي يبتدىء منذ البلوغ الباكر ويتبدى في العديد من السياقات، كما يستدلّ عليه بخمسة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:

- 1- محاولات محمومة لتجنب هجران حقيقي أو متخيل.
- ملاحظة: لا تُضمّن السلوك الانتحاري أو المشوّه للذات والذي سيذكر في المعيار الخامس.
- 2- نمط من العلاقات غير المستقرة والحادة مع الآخرين يتسم بالانتقال من أقصى الكمال إلى أقصى الحط من القدر.
- 3- اضطراب الهوية: عدم استقرار واضح وثابت في صورة الذات أو الإحساس بالذات.
- 4- الاندفاعية في مجالين على الأقل من المجالات التي تحمل إمكانية إلحاق الأذى بالذات (مثل الإنفاق، الجنس، إساءة استعمال المواد، القيادة المتهورّة، نوب من الأكل المفرط).
- ملاحظة: لا تُضمّن السلوك الانتحاري أو المشوّه للذات الذي سيأتي ذكره في المعيار الخامس.
- 5- سلوك انتحاري متكرر أو تلميحات أو تهديدات أو سلوك مؤذي للذات.
- 6- عدم الاستقرار الانفعالي الناجم عن الانفعالية الواضحة للمزاج (مثل سوء مزاج نوبي حاد أو استثارة أو قلق يستمر عادة بضع ساعات ونادراً ما تستمر لأكثر من بضعة أيام).

- ٧- أحاسيس مزمنة بالفراغ.
- ٨- الغضب الشديد غير المناسب أو الصعوبة في لجم الغضب (مثل، تظاهرات متكررة للغضب، غضب مستمر، شجارات متكررة).
- ٩- تفكير هذائي مؤقت مرتبط بالشدة أو أعراض الضغط النفسي الشديد.
- (American Psychiatric Association, 2013).

وتعرف تلك المعايير اجرائيا بحساب درجة اضطراب الشخصية الحدية على مقياس تشخيص الشخصية.

(ج) الأداء المعرفي العصبي:

الأداء المعرفي هو "انعكاس للتفاعل الحي المستمر للإنسان مع المحددات البيئية الدائمة للتغير"، وينظر إلى النشاط العقلي المعرفي بوصفه سلسلة من العمليات المعرفية. ومن هذه العمليات عمليات الاستقبال والتعرف، والانتباه والإدراك والتذكر والتفكير والحكم والاستدلال (الزيات، ٢٠٠٦: ٣). وبالرغم من أن هذه الوظائف لها علاقة ببعضها بعضا من الناحية الوظيفية، إلا أنها من الناحية التشريحية تحت سيطرة العديد من الأجزاء الدماغية التي تمثل مواقعها، ومع ذلك فهي عمليات يمكن تقييم كل منها على حدة. وتحديد العمليات المعرفية المضطربة والمتأثرة بالإصابة الدماغية، الأمر الذي يسمح للاختصاصي النفسي العصبي أن يحدد مدى ما تركته الإصابة على المريض من آثار على انشطته اليومية، بل وتحديد مدى إمكانات المريض للشفاء أو التأهيل بعد إزالة الحالة الحادة (الفيتوري، ٢٠١٤: ٢٩).

وستقتصر الباحثة في الدراسة الحالية على العمليات المعرفية والتنفيذية التالية: الانتباه، والذاكرة العاملة والضبط التثبيطي.

(١) الانتباه:

هو عملية ترشيح أو تفتية للمنبهات التي نتعرض لها فننتبه لبعضها ونترك بعضها الآخر. ويتأثر هذا النوع من الانتباه بدرجة تيقظ الفرد، وأهميته بالنسبة له. ويقع هذا النوع من الانتباه بالفصوص الجبهية خاصة التلغيف الحزامي الأمامي. ويوجد نظام يشرف على الانتباه ويعتبر مسئولاً عن تركيز وتوزيع الانتباه في المهام الروتينية وتوزيعه على مختلف المهام الضرورية بصورة موجهة نحو هدف ما مستخدماً بعض الخطط. ويتضمن هذا النظام الذاكرة العاملة التي تمدنا بالتخزين المؤقت مع استخدام المعلومات في عملية المعالجة، وهي وظيفة تنفيذية هامة ترتبط بوظيفة الفص الجبهي (Ellis, Jones, & Mosdell, 1997). ولقد وجد أن أداء المرضى الذين يعانون من إصابات بالنصف الدماغية الأيسر، يكون أدائهم ضعيفاً على اختبار إعادة الأرقام عموماً، أما أداء المرضى الذين لديهم إصابات في النصف الدماغية الأيمن فكان عادياً على إعادة الأرقام وضعيفاً على إعادة الأرقام بالعكس، ويمكن افتراض أن الأداء الضعيف على إعادة الأرقام بالعكس ناتج عن صعوبات في حركة العين أو قصور في التفحص البصري، وإصابة الفص الجبهي (Canavan, Passingham, Marsden, Quinn, Wyke, & Polkey, 1989)، واتساقاً مع نتائج دراسة Hoshi, Oda, Wada, Ito, Yamashita, Oda, et al., 2000 بتقنية التصوير الطيفي بالأشعة تحت الحمراء^٢ فإن

إعادة الأرقام ينشط القشرة الجبهية الجانبية الظهرية في الأشخاص الأصحاء، بينما يرتبط الأداء على إعادة الأرقام بالعكس بالتنشيط في القشرة الجبهية الجانبية الظهرية اليمنى. وكما أنه ينظر إلى ارتباط القشرة الجبهية الجانبية الظهرية من خلال المهام المصممة لقياس الوظيفة التنفيذية المركزية (Salmon, Van der Linden, Collette, Delfiore, Maquet, Degueldre, et al., 1996; D'Esposito, Zarahn E, & Aguirre, 1999)؛ ذلك أن هناك ارتباط بين المناطق الجبهية وإعادة الأرقام بالعكس أكثر من إعادة الأرقام حيث أنها تعتمد بشكل كبير على الوظائف التنفيذية. وقد اتفق كل من لويس كامل مليكة (1986) مع نعيمة الشعاب الفيتوري (2014) أن من بين مقاييس الفرعية لاختبار وكسلر لذكاء الراشدين مقياس إعادة الأرقام والذي يقيس التركيز والانتباه بجانب التتابع السمعي، والاستدعاء الفوري، والقدرة على تغيير نمط التفكير والحفظ، كما يقيس الذاكرة السمعية الفورية والتكرار الذي يعتمد على الانتباه المركز والمستمر. وعرفت الباحثة تركيز الانتباه اجرائيا بأنه الدرجة التي تحصل عليها المشاركة على مقياس إعادة الأرقام بالعكس (مقياس فرعي لفظي باختبار وكسلر لذكاء الراشدين الصورة الرابعة).

(٢) الذاكرة العاملة:

إن مفهوم الذاكرة العاملة ينتقل بالذاكرة قصيرة المدى من المفهوم السلبي كمنطقة تخزين مؤقتة للمعلومات إلى مفهوم دينامي مسئول عن كل من الاحتفاظ بالمعلومات لمدة من الزمن وتنفيذ عمليات المعالجة المختلفة عليها في نفس الوقت، حيث تتوجه الذاكرة العاملة أكثر نحو محددات المعالجة؛ فهي "سبورة العقل" التي يعمل بداخلها كل من المعالجة النشطة والتخزين المؤقت للمعلومات ذات الصلة بالمهمة بشكل ديناميكي (Miyake, & Shai, 1999: 8). ويشارك الجزء الجبهي من الفص الأمامي الدماغية أيضا في تلك العملية المعرفية، وقد أوضح أوين بدراسته أنه يوجد مسارين عصبيين للذاكرة العاملة بالمخ هما؛ الأجزاء البطينية التي تشارك في المعالجة المعلوماتية البحتة، في حين أن المناطق الظهرية أكثر انخراطا في المهام التي تتطلب بعض معالجة المواد المحفوظة (Owen, 1997). أما دراسة باربي وزميليه فقد اتضح أن مركز نشاط الذاكرة يرتكز في القشرة الجبهية الظهرية الجانبية^٣ التي ترتبط بالذاكرة العاملة المكانية (Barbey, Koenigs, & Grafman, 2013). ويشترك في عملها أيضا القشرة الجدارية الخلفية اليسرى؛ بجانب نشاط منطقة بروكا لإنتاج الكلام (Smith, Jonides, Marshuetz, & Koeppe, 1998)، وقد أكدت اغلب الدراسات مسئولية الفص الجبهي والجداري الأيسر عن الذاكرة العاملة (Wager, & Smith, 2003; Bledowski, Rahm, & Rowe, 2009).

وعرفت الباحثة الذاكرة العاملة اجرائيا بحساب الدرجة التي تحصل عليها المشاركة على مقياس الحساب (مقياس فرعي لفظي باختبار وكسلر لذكاء الراشدين الصورة الرابعة).

(٣) الضبط التثبيطي:

يستخدم مصطلح الوظائف التنفيذية لوصف نظام الرقابة والتنظيم الذاتي الذي يوجه الشخص للمشاركة في السلوك الموجه نحو الهدف (Miyake & Shai, 1999). ويتألف هذا المصطلح الجامع من عدة وظائف مترابطة، وفقا لنموذج أندرسون (Anderson, 2002)، وتشمل القدرة على: (١) الحضور بشكل انتقائي للمعلومات ذات الصلة وتمنع الاستجابات غير المرغوب فيها (التحكم المنتبه). (٢) وكذلك معالجة المعلومات بكفاءة (معالجة المعلومات)، و(٣) تطبيق الذاكرة العاملة، وتقسيم الانتباه، واستخدام التغذية المرتدة لوضع استراتيجيات بديلة (المرونة المعرفية)، و(٤) البدء في وضع استراتيجية وتخطيطها وتنظيمها (الإعداد للهدف أو التخطيط). وتبرز في هذا الصدد أهمية الوظائف التنفيذية في الأداء التكيفي والإنجاز الأكاديمي (Gathercole, 2004). كما يتضح دور الضبط التنفيذي عندما تظهر، وبشكل متزامن، منبهات قوية وشديدة الدقة تجعل من الصعب على الفرد أن يستمر بنفس الكفاءة محتفظا بحالة التوجه نحو الهدف السابق ويطلق بارسومان Parasurman على هذا المكون "الضبط الإنتباهي" بينما يطلق عليه كل من بوسنر ودي جيروللامو "الانتباه التنفيذي" (Posner & DiGirolamo, 1998)، وأظهر (Posner, & Petersen, 1990; Fan, 2002) أن نظام الانتباه البشري يتكون من ثلاث شبكات مميزة تقوم بوظائف التنبيه والتوجيه والضبط التنفيذي. ووفقا لهذا المفهوم، يحافظ التنبيه على حالة من اليقظة. ويعرف التوجيه بأنه اختيار المعلومات المناسبة من المدخلات الحسية. أما الضبط التنفيذي فهو فهم لكيفية حل الصراعات بين الاستجابات، وهو يساعد الفرد على أن يحتفظ بحالة التوجه نحو الهدف في ظل حدوث توقف أو الاشغال بأهداف أخرى أو جديدة، دون أن يؤثر ذلك باستمرار على حالة التوجه السابقة نحو الهدف.

ويبدو أن المخ الجبهي يمارس دورا تنفيذيا في الحياة النفسية، فهو يُخصص الذاكرة العاملة لتشكيل واستمرار أو عدم استمرار الخطط والأفعال عندما يواجه العقل مواقف جديدة. ويلعب دوراً أيضاً عندما لا تكفي العادة والروتين، وتكون المرونة والتقدير والمبادأة أموراً مطلوبة. وقد أشارت دراسة جراف وزملائه (Graf, Uttl, & Tuokko, 1995) إلى ارتباط الأداء في اختبار ستروب، مع عامل سرعة معالجة المعلومات، وقدرات المفاهيم التجريدية في اختبارات أخرى، مثل تركيب المكعبات، رموز الأرقام، من اختبار وكسلر للذكاء. وقد أشارت معظم الدراسات إلى أن اختبار ستروب يرتبط بشكل دال إحصائياً مع مقاييس التنظيم الإدراكي، والتحرر من تشتت الانتباه (Sherman, Strauss, Spellacy, & Hunter, 1995) وإلى إن ارتباطه كان ضعيفا جداً مع الاختبارات ذات المحتوى اللفظي. فقد استخدمت اختبار مهمة ستروب بشكل رئيس في قياس الضبط التثبيطي (Diamond, 2013).

ويقاس الضبط التثبيطي إجرائياً بحساب عدد الأخطاء وزمن الاستجابة على اختبار ستروب.

المنهج و اجراءات الدراسة:

(١) المنهج والتصميم البحثي:

أجريت الدراسة الراهنة وفقا للمنهج الوصفي المقارن. واستخدمت الباحثة تصميما غير تجريبي، وهو تصميم مجموعة الحالة في مقابل مجموعة المقارنة؛ حيث تم اختبار مجموعة من: مجموعة البالغات مضطربات ADHD-BPD واضطراب الشخصية الحدية والتي تعبر عن مجموعة الحالة. بينما كانت المجموعة الأخرى من غير المصابات بالاضطرابين (الشخصية الحدية واضطراب ADHD) وهي مجموعة المقارنة، وتمت المقارنة بينهما في الأداء على بعض مقاييس وظائف الفص الأمامي الدماغى (اعادة الأرقام، والاستدلال الحسابي، واختبار ستروب).

(٢) عينة الدراسة:

تألفت عينة الدراسة الأساسية من ٥٠ مشاركة مقيمة بمحافظة الوادي الجديد (من طالبات كليات الآداب والتربية الرياضية، وخريجات كلية التربية بالوادي الجديد التابعة لجامعة أسيوط)، وكانت جميعهن من الإناث الأيمن (استخدام مقياس هاريس للسيادة الجانبية للجسم)، وتراوح أعمارهن بين ٢١-٤٨ سنة، ولا يعانين من اضطراب عصبي أو بصري أو تكون المشاركة حامل (Mostert, et al., 2015) حسب الاستبيانات التي طبقت عليهم والتي تعتمد على أسلوب التقرير الذاتي، كما اتسم أفراد العينة بأنهن أصحاء النظر أو ممن صححن نظرهن بارتداء النظارة الطبية، وتم انتقاؤهن من فئة متوسطي الذكاء من خلال الاعتماد على مقياس المفردات ببطارية وكسلر لذكاء الراشدين الصورة الثالثة.

جدول (١) يوضح خصائص عينة البحث

اضطراب ADHD-BPD		الشخصية الحدية		الضابطة		
الجنس		اناث				
السن		٣٥ (١١.٧٥ ±)		٣٦.٣٠ (٣.٥٢ ±)		
معدل ٣٤-١٨ سنة.		تتراوح بين ٢٠-٤٦ سنة.		تتراوح بين ١٨-٢٥ سنة.		
التعليم		التعليم الجامعي				
اعادة سنوات دراسية		٣ (٢٧.٢%)		_____		
لم تكمل تعليمها		٦ (٥٤.٥%)		_____		
الحالة الاجتماعية	عزباء	متزوجة	مطلقة	عزباء	متزوجة	مطلقة
	_____	_____	_____	_____	_____	_____

١			٢			٣			٤		
٥٦.٣٠٧ (± ٤.٤٨)			١٩٧ (± ٦.٣١)			٢٠١.٧٥ (± ٩.٩٥)			اختبار ويندر يوتا		
الأعراض الكلية	اعراض فرط النشاط/الاندفاعية	اعراض اللانتهاب	الأعراض الكلية	اعراض فرط النشاط/الاندفاعية	اعراض اللانتهاب	الأعراض الكلية	اعراض فرط النشاط/الاندفاعية	اعراض اللانتهاب	DIVA المقابلة التشخيصية		
٠.٩١ (١.٤٣)، ٨ - ٠	٠.٥٢ (٠.٩٨)، ٠ - ٤	٠.٣٩ (٠.٨٣)، ٤ - ٠	١٠.١ (٢.٨٨)، ١ - ١٨	٣.٧٦ (١.٢٧)، ١ - ٨	٦.٣٨ (١.٦٥)، ٣ - ٧	١٣.١ (٢.٧٦)، ٤ - ١٨	٥.٧٦ (٢.٢٧)، ٠ - ٩	٧.٣٨ (١.٥٥)، ٣ - ٩			

وقد اعتنت الباحثة في اختيار العينة ألا تتضمن الحالات التالية: إصابة عضوية في الدماغ (٤ مشاركة نتيجة حادثة)، وألا تكون لها تاريخ سابق في الإدمان والتعاطي. وقد تم استثناء ٣ (مشاركة واحدة فقط)، وألا تكون لها تاريخ سابق في الإدمان والتعاطي. واستثناء ٦ مشاركات لإصابتهم بأحد اضطرابات الشخصية على اختبار تشخيص الشخصية (عدا تشخيص الحدية). لتصبح عينة الدراسة ٣٦ سيدة. وقسمت عينة الدراسة إلى مجموعات متكافئات في السن، والذكاء (اختبار المفردات)، ودرجة تفضيل اليدين (باستخدام مقياس هاريس للسيادة الجانبية للجسم (Harris, 1958)). فكانت كالتالي: (١) مجموعة مريضات ADHD-BPD (المريضات اللاتي استوفين معايير تشخيص الدراسة لاضطراب ADHD والشخصية الحدية على حد سواء) وبلغ قوامها ١٢ سيدة. (٢) مجموعة مضطربات الشخصية الحدية (المريضات اللاتي استوفين معايير تشخيص الدراسة الشخصية الحدية) وبلغ قوامها ١١ سيدة. (٣) مجموعة مجموعة الصحيحات (وهن اللاتي لم يستوفن معايير التشخيص الخاصة بالدراسة) وكان قوامها ١٣ سيدة وتم استخدامهم كعينة ضابطة.

(٣) أدوات الدراسة:

استخدمت الدراسة نوعين من الاختبارات هما: (أ) اختبارات الفرز (مقابلة ديفا التشخيصية-اختبار ويندر يوتا لتشخيص اضطراب ADHD-استخبار اضطرابات الشخصية-اختبار بارات للاندفاعية-اختبار بيك للاكتئاب) وهي الاختبارات التي طبقت بهدف استبعاد المشاركات غير المستوفين لشروط الاختيار. (ب) واختبارات الدراسة: وشملت اختبارات الأداء، والورقة والقلم وتضمنت اختبار إعادة الأرقام، اختبار الحساب، اختبار ستروب (الكلمة-اللون).

أولاً: اختبارات الفرز.

بمراجعة معايير التشخيص للاضطرابين النفسيين (الشخصية الحدية، وADHD) سواء معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس DSM5، أو

الإصدار العاشر من التصنيف الدولي للأمراض ICD-10 اقترنت عملية التشخيص بمعلومات متعددة المصادر؛ ولذلك لجأت الباحثة إلى:

١- تقييم الخصائص السلوكية والانفعالية بمرحلة الطفولة؛ والتي تتحدد في (١) المقابلة مع الوالدين أو أحدهما (إن أمكن) أو أحد الأقارب.

٢- مقابلة ديفا التشخيصية لاضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط بالبالغين (DIVA)^٥ (اعداد كويج وآخرون وتعريب الباحثة)

وضع هذه المقابلة "كويج" -Kooij, Bejerot, Blackwell, Caci, Casas-

(Brugué, et al., 2010)، وتضمنت تلك المقابلة المقننة أسئلة تشمل أعراض الإضطراب التي تم صياغتها في ١٨ بند تركز على ما إذا كان العرض موجودا في مرحلة الطفولة أم لا. وتقسّم تلك البنود إلى جزئين هما: الجزء أ، ويتضمن ٩ بنود رئيسة لتحديد أعراض اللانتهاب أو ضعف تركيز الانتباه (وتضمن كل بند منها مجموعة بنود أخرى فرعية لتوضيحه). والجزء ب، ويشمل ٩ بنود أيضا ولكن لتحديد أعراض فرط النشاط/ الاندفاعية (ويتضمن كل بند منها مجموعة بنود أخرى فرعية لتوضيحه). وقد صيغت جميع العبارات في الاتجاه السلبي، وتتطلب الإجابة مدى تكرار حدوث تلك الأعراض.

٣- مقياس "وندر يوتا" لاضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط للبالغين^٦ (اقتباس واعداد الباحثة):

أعد هذا المقياس "وندر" ويعد المقياس الأكثر شهرة لدى الباحثين لتقييم البالغين الذين يعانون من اضطراب ADHD. ويقيم بأثر رجعي السلوكيات وأعراض ADHD بالطفولة عند البالغين (Wender, 1985) على سبيل المثال، مشاكل التركيز، والتلهي بسهولة. وهو مقياس للتقدير الذاتي ألفه "يوتا" من ٦١ بند. ويجب عليها الفرد البالغ، وتدور حول سلوك طفولته. ويتم تقييم كل بند على المقياس على مقياس ليكرت من خمس نقاط (تتراوح من أبدا = صفر إلى كثير جدا = ٤) لتتراوح الدرجات بين صفر إلى ٢٤٤ درجة قصوى، ويُشخص الفرد البالغ بالإصابة باضطراب ADHD عند حصوله على درجة ١٨٣ فأكثر. وقد استخدم المقياس في البيئة الأجنبية في العديد من الدراسات التي تناولت عينات البالغين من مرضى ADHD، وأخص منها دراسة "ستين" وآخرون (Stein, Sandovar, Szumowske, Roizenn, Reineckem, Blondist, et al., 1995)

التي بين فيها بالتحليل العاملي وجود خمس عوامل علي المقياس WURS-61 للذكور والإناث -وللاهتمام الدراسة الحالية بالإناث- وأوضحت النتائج خمسة عوامل للإناث وهي: عسر المزاج^٧ (١٠ بنود)، الإندفاعية (١٠ البنود)، صعوبات التعلم (٧ بنود)، صعوبات الانتباه (٨ بنود)، غير محدد (٤ البنود). وقد أشاروا إلى أنه في عينة البالغين الذين قيموا عياديا باضطراب ADHD فإن هذه النطاقات الفرعية لها اتساق داخلي كاف

(معامل ارتباط > 0.69) وثبات إعادة الاختبار، الفاصل الزمني شهر، وبلغ معامل الارتباط ٠.٧٠.

- إجراءات التحقق من الكفاءة السيكمترية للمقياس في البيئة العربية:

قامت الباحثة بتعريب النسخة المعدلة للمقياس بدراسة "ستين" وزملاءه (٣٩ بند). وقد أدت هذه الخطوة إلى بعض التعديلات الطفيفة في بعض العبارات، وكانت بدائل الاستجابة (١ = لا تنطبق تماما إلى ٥ = تنطبق تماما)، وتتراوح الدرجات بين (٣٩-١٩٥ درجة). وقد استخدمت الباحثة صدق الإتساق الداخلي لمفردات مقياس وندر-يوتا 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 (٠.٣٨ - ٠.٨٤) وهي معاملات مرتفعة وأكثرها دالة عند مستوي (٠.٠١)، والقليل دال عند مستوي (٠.٠٥) وهو ما يتضمن في الجدول الآتي:-

جدول (٢) يوضح درجات صدق الاتساق الداخلي بين فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس.

عسر المزاج (١٠ بنود)		الإندفاعية (١٠ بنود)		صعوبات التعلم (٧ بنود)		صعوبات الانتباه (٨ بنود)		غير محدد (٤ بنود)	
العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط
١	*٠.٧٤	١١	*٠.٥٥	٢١	*٠.٤٧	٢٨	*٠.٨٤	٣٦	*٠.٦٦
٢	*٠.٧٨	١٢	*٠.٦٠	٢٢	*٠.٦١	٢٩	*٠.٣٩	٣٧	٠.٣٨
٣	*٠.٦٩	١٣	*٠.٥٥	٢٣	*٠.٦٦	٣٠	*٠.٦١	٣٨	*٠.٤٤
٤	*٠.٥٥	١٤	*٠.٥٢	٢٤	*٠.٣٨	٣١	*٠.٥٩	٣٩	*٠.٥٥
٥	*٠.٤٥	١٥	*٠.٤٤	٢٥	*٠.٤٤	٣٢	*٠.٥٦		
٦	*٠.٧٠	١٦	*٠.٧٦	٢٦	*٠.٤٤	٣٣	*٠.٧١		
٧	*٠.٧٣	١٧	*٠.٧١	٢٧	*٠.٥٦	٣٤	*٠.٥٥		
٨	*٠.٨٠	١٨	*٠.٧٠			٣٥	*٠.٥٢		
٩	*٠.٥٢	١٩	*٠.٤٤						
١٠	*٠.٤٧	٢٠	*٠.٣٨						

*، ** دال عند مستوي دلالة ٠.٠٥، و ٠.٠١ على التوالي.

وبحساب معامل الثبات للمقياس عن طريق ثبات إعادة الاختبار على ٤٦ طالبة جامعية بكلية الآداب والتربية الرياضية والتربية بالوادي الجديد، وبفارق زمني اسبوعين، بلغ معامل الثبات ٠.٧١ وهو دال عند ٠.٠١. وقامت الباحثة بحساب معادلة ألفا كرونباخ

على عينة من تلاميذ المرحلة الإعدادية (٣٤ سيدة)، وقد توصلت الباحثة إلى معاملات ثبات للمقاييس الفرعية الخمسة للمقياس على النحو التالي: -
جدول (٣) يوضح حساب معادلة ألفا كرونباخ للمقاييس الفرعية.

مستوى الدلالة	الارتباط	القياس 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 ٠.٩٨٧ وهي دالة عند مستوي ٠.٠١ وبهذا تكون الباحثة قد تأكدت من ثبات المقياس مما يجعل المقياس مناسباً وملائماً لعينة الدراسة.

٤- اختبار تشخيص الشخصية:

وهو اختبار لقياس اضطراب الشخصية وفقاً للدليل التشخيصي الرابع والذي وضعه ستيفن هيلر S. Hyler وأعدّه وأقتبسه عبد الله عسكر (٢٠٠٤). ويتكون الاختبار من ٩٩ عبارته تغطي اثني عشر اضطراباً في الشخصية، بالإضافة إلى مقياس الكذب وآخر للجديّة 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 فإن الباحثة قامت بحساب ثبات الأداة عن طريق ثبات إعادة الاختبار 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.

٥- مقياس بارات للاندفاعية^١ (الإصدار ١١ ويختصر BIS-11) (اعداد باتون وستانفورد وبارات، تعريب الباحثة):

وضعه كل من "باتون" و"ستانفورد" و"بارات" (Patton, Stanford, & Barratt, 1995).

وهو استبيان ذاتي لتقييم الإندفاعية من خلال ثلاثة أنواع فرعية: الانتباه (التحولات السريعة ونفاد الصبر مع التعقيد، البنود من ١-٨)، والاندفاعية في الحركة (السلوك المتهور، والبنود ٩-١٩)، وعدم التخطيط (عدم التوجه في المستقبل، البنود من ٢٠-٣٠). ويتألف من ٣٠ سؤالاً على مقياس استجابة يتدرج من ١-٤ درجة. وقد تم التحقق من صدق وثبات هذا المقياس في عدد كبير من البحوث العلمية وترجم للعديد من اللغات، إلا أنه لم يتم التأكد منه عربياً - في حدود علم الباحثة - لذا قامت بالتحقق 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 ± ٣.١٦ سنة). واتبعت الباحثة طريقة صدق المجموعات المضادة إذ حسبت دلالة الفروق بين متوسطات المرتفعين والمنخفضين على الإندفاعية

باستخدام اختبار "ت" وقد كانت ٠.٧٦ مستوى دلالة ٠.٠٠١، ليدل على أن المقياس له قدرة تمييزية بين أداء المجموعات المتضادة. وأيضاً، حساب ثبات المقياس من خلال ألفا كرونباخ وخلصت إلى معامل ارتباط قدره ٠.٧٩ وهو معامل دال عند مستوى ٠.٠٠١، وأيضاً بثبات إعادة التطبيق بفواصل زمني ٢١ يوماً، وخلصت إلى معامل ارتباط قدره ٠.٧٦ وهو معامل دال عند مستوى ٠.٠٠١.

٦- اختبار بيك للاكتئاب (د) BDI (اعداد بيك، تعريب واعداد عبد الفتاح غريب):

اعداد بيك (١٩٦١) واقتبسه وأعدده غريب عبد الفتاح غريب (١٩٩٩) وهي صورة مختصرة من المقياس الأصلي (ويتكون المقياس الكامل من ٢١ مجموعه من العبارات، تتكون كل منها من ٤ عبارات تم ترتيبها بحيث تعكس شدة الاكتئاب من ٠-٣) وتتكون من ١٣ عبارة والتي تتكون من 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-تغير تصور الذات، ١١-صعوبة النوم، ١٢-التعب، ١٣-فقدان الشهية. ويستخدم المقياس لتقييم شدة الاكتئاب لدى البالغين (١٥ عام 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 دال عند مستوى ٠.٠٠١). أما 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

ثانياً: اختبارات الدراسة

١- اختبار الاستدلال الحسابي:

هو أحد المقاييس الفرعية اللفظية ببطارية اختبارات وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين، يستخدم اختبار الاستدلال الحسابي لقياس القدرة على التركيز، وتتأثر الدرجة على هذا الاختبار بالحالة الانفعالية العارضة فضلاً عن القدرة على التركيز (لويس كامل مليكة، ١٩٨٦). ويتكون الاختبار من ١٠ مسائل، الثمانية الأولى منها تعطي شفويًا أما السؤال الأخيران فيعطى كل منها على بطاقة مع التعليمات الآتية: "دلوقت أقرأ دي بصوت عالي واعمل الحسبة في عقلك". ويستحسن البدء بالمسألة التي يرى المختبر أن المفحوص يمكنه حلها بشرط ألا تكون سهلة جداً (وقد تم البدء من المسألة الثالثة) ويتم الاستمرار في إعطاء المسائل إلى أن يفشل المفحوص في ثلاثة أسئلة متتالية. ويراعى تسجيل الوقت عند حل المسألتين الأخيرتين - الوقت المحدد هو ١٥ ثانية لكل مسألة من المسائل ١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦ و ٦٠ ثانية لكل من المسألتين ٧، ٨ و ١٢٠ ثانية لكل من المسألتين ٩، ١٠. ويعطى التقدير بإعطاء درجة واحدة لكل مسألة تحل حلاً صحيحاً في الوقت المحدد لها. وتعطى درجة واحدة إضافية للزمن في المسألتين ٩، ١٠ إذا حلت المسألة في حدود ٤٠ ثانية، وتعطى درجتان إضافيتان إذا حلت المسألة في حدود ١٥ ثانية.

٢- اختبار إعادة الأرقام:

هو أحد المقاييس الفرعية اللفظية ببطارية اختبارات وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين الذي يستخدم اختبار إعادة الأرقام عادة لقياس الانتباه والاستدعاء الفوري اللفظي-السمعي، والضبط العقلي، والتعامل النشط مع الأرقام في الذاكرة العاملة (لويس

كامل مليكة، ١٩٨٦). ويتيح الاختبار إعادة الأرقام واعادتها بالعكس منفصلين، وتكون الدرجة الكلية هي مجموع أعلى عدد من الأرقام يعيده المفحوص إعادة صحيحه في كل من الاختبارين. وقد تم بهذه الدراسة استخدام الاختبار بشقيه وهو إعادة الأرقام وإعادتها بالعكس. والدرجة على الاختبار تساوي عدد الأرقام التي استطاع المفحوص إعادةتها بشكل صحيح في أي من المحاولتين، ومن ثم تشير الدرجة المرتفعة على حسن الأداء.

٣- مقياس ستروب:

أعد ج. ريدلي ستروب J. Ridley Stroop هذا الاختبار في عام ١٩٣٥ (محمد نجيب الصبوة ونشوى عبد التواب حسين، ٢٠٠٤)، ويتكون من ثلاث بطاقات بيضاء، تحتوي كل منها على ٦ صفوف بكل منها أربعة عناصر. ويطبق هذا الاختبار على أربعة خطوات: (أ) يتكون من استمارة مكونة من ٢٤ مربع، داخل كل مربع اسم اللون من أربعة ألوان، (أزرق، أخضر، أحمر، أصفر)، ويطلب من المشاركة أن تقرأ أسماء الألوان المكتوبة داخل المربع عشوائياً وهذه الكلمات مكتوبة بحبر أسود. (ب-١) يقرأ المفحوص أسماء الأربعة ألوان (أزرق، أخضر، أحمر، أصفر) في استمارة مكونة من ٢٤ مربع، ويطلب من المشاركة أن تقرأ اللون المكتوب داخل المربع (علماً بأن الاسم مكتوب بنفس اللون داخل كل مربع). (ب-٢) يقرأ المفحوص أسماء الأربعة ألوان (أزرق، أخضر، أحمر، أصفر) في استمارة مكونة من ٢٤ مربع، ويطلب من المشاركة أن تقرأ اللون المكتوب داخل المربع والمطبوعة بحبر ملون مختلف عن لون كل منها، أي متجاهلة لون الطباعة (اللون المطبوع غير متطابق مع اسم اللون). (ج) يتكون من استمارة مكونة من ٢٤ مربع، داخل كل مربع دائرة ملونة من أربعة ألوان (أزرق، أخضر، أحمر، أصفر)، ويطلب من المفحوص التعرف على اللون الموجود داخل الدائرة. (د) يعطى المفحوص نفس الاستمارة المستخدمة في الخطوة (ب-٢) داخل كل مربع اسم اللون من أربعة ألوان (أزرق، أخضر، أحمر، أصفر)، ويطلب من المشاركة أن تتطابق اسم الألوان التي طبعت بها الأسماء متجاهلة المحتوى اللفظي للكلمة المكتوبة. وفي هذه المرة يجب أن نركز انتباهنا على سلوك المفحوص حين نقدم إليه كلمات ملونة مطبوعة بلون مغاير لاسم اللون (مثل كلمة أزرق مطبوعة باللون الأصفر). وتعد الكفاءة السيكومترية لاختبار ستروب مرتفعة، واعتمدت دراسات الصدق لهذا الاختبار في معظمها على الصدق العاملي، وأشارت دراسة جراف وزملائه (Graf, Uttl, & Tuokko, 1995) إلى ارتباط الأداء في اختبار ستروب، مع عامل سرعة معالجة المعلومات، وقدرات المفاهيم التجريدية في اختبارات أخرى، مثل تركيب المكعبات، رموز الأرقام، من اختبار وكسلر للذكاء، وقد أشارت معظم الدراسات إلى إن اختبار ستروب يرتبط بشكل دال إحصائياً مع مقاييس التنظيم الإدراكي، والتحرر من تشتت الانتباه (Sherman, Strauss, Spellacy, & Hunter, 1995) وإلى إن ارتباطه كان ضعيفاً جداً مع الاختبارات ذات المحتوى اللفظي. وتراوحت درجة ثبات إعادة الاختبار ٠.٧٥ لـ ٠.٩٠ (Uttl & Graf, 1997). بالإضافة إلى أن درجة التداخل على ستروب كانت فعالة في التمييز بين عينة ضابطة وعينة من مرضى إصابات المخ. ويتأثر الاختبار بالعمر في عينة متسعة من عمر ١٢ إلى ٨٣.

إجراءات الدراسة:**- خصائص موقف التطبيق:**

بدأت إجراءات التطبيق منذ أواخر شهر أكتوبر إلى مايو ٢٠١٧. وقد مر التطبيق بعدة مراحل نورها تفصيلا فيما يلي:

١- مرحلة الفرز والتصنيف للمشاركات طبقا لمقابلة ديفا شبه المقننة ومقاييس التشخيص الإكلينيكية:

استغرق اختيار العينة من طالبات وخريجات الجامعة حوالي شهرا كاملا. وتم التطبيق بشكل فردي بمعمل علم النفس بكلية الآداب بالوادي الجديد في أواخر شهر أكتوبر ٢٠١٧، وقد قمت بتطبيق المقابلة والاختبارات المساهمة في التشخيص الإكلينيكي (وهي مقابلة ديفا التشخيصية شبه المقننة، واختبار وندر يوتا، واختبار اضطرابات الشخصية، واختبار بارات للاندفاعية، وأخيرا اختبار بيك للاكتئاب) وذلك لاختيار المشاركات ممن تنطبق عليهن محكات الدراسة. ووفق ما أنتجته الدراسة الأولية التمهيدية من محكات. كان الاتفاق مع من تنطبق عليها محكات الاختيار (وكانت الموافقة في الغالب مقابل مبلغ مالي) على معاودة التطبيق في موعد لاحق (وقد حددت أسبوع بين المقابلة الأولى والقياس للأداء المعرفي العصبي اللاحق).

٢- جلسة التطبيق النهائية: واشتملت على نوعين من الإجراءات:**أ- إجراءات تمهيدية: سبقت جلسة التطبيق ومهدت لها، وتضمنت:****- الاعداد الأولى للمشاركة بالدراسة:**

وشمل: الاتصال بمن انطبقت عليهن محكات التشخيص، بعد عملية الفرز والتصنيف للاضطرابات (مجموعة ADHD-BPD ومجموعة الشخصية الحديثة، الصحيحات)، والاتفاق معهن على المشاركة في المرحلة التالية من الدراسة، وتحديد موعد مناسب لهن لإجراء جلسة التطبيق، على أن تكون من الساعة الثانية ظهرا إلى الثامنة مساء. وبعد الموافقة والاتفاق على المشاركة بالدراسة؛ تم تحديد (١) موعد لمقابلة الوالدين أو أحدهما (إن أمكن) أو أحد الأقارب لتجميع بعض البيانات حول المشكلات الخاصة بالحالة، والتاريخ المتعلق بالنمو والتاريخ الأسري، و(٢) وأيضا مقابلة المشاركات أنفسهم للتعرف على سلوكها بمرحلة الطفولة مع عائلتها وفي المدرسة، و(٣) إجراء اختبار المفردات، و(٤) بسؤال المشاركات والأهل عما إذا كانت تعاني من اضطرابات بدنية أو عصبية. وقد استغرق ذلك أسبوعين.

- اعداد المشاركات لموقف القياس:

وقبيل موعد جلسة التطبيق بيوم واحد قامت الباحثة بالاتصال مجددا على المشاركات لإعطائهن بعض التعليمات للالتزام بها وتشمل وجوب الحصول على القسط المعتاد من النوم في اليوم السابق لجلسة التطبيق، وطلب من جميع المشاركات الامتناع عن تناول أي مشروبات عدا الماء والنيكوتين التي تحتوي على الكافيين (عدم تدخين السجائر أو تناول القهوة) لمدة ساعتين قبل دورة التقييم (Kitsune, et al., 2016) فضلا عن عدم تناول أدوية بدون إذن طبي قبل ٢٤ ساعة من موعد التطبيق، على أن تخضع المشاركات

لجلسة التطبيق في الفترة الممتدة من اليوم التالي لانتهاء الدورة الشهرية لديهن، إلى ما قبل الدورة التالية بأسبوع.

- إجراءات تقديم أدوات الدراسة

طبقت أدوات الأداء المعرفي العصبي السابق عرضها بالترتيب نفسه مع توضيح طريقة الإجابة عنها، ثم جمعت الاستبانات وصححت وفقا لطريقة التصحيح الخاصة بكل منها. وقد تراوح طول الجلسة بين ٤٥ دقيقة تتخللها فترة راحة تقدر بحوالي ١٠ دقائق تعطى للمشاركة عند طلبها لتجدد نشاطها الذهني والبدني. ومارست الباحثة دور الفاحص على جميع المشاركات بالدراسة فيما يتصل بجلسات القياس النيوروسيكولوجي وفقا للترتيب أعلاه.

خطة التحليلات الإحصائية: استخدمت الباحثة أسلوب شيفيه للمقارنات المتعددة بين مجموعات الحالة ومجموعة الصحيحيات في الأداء على اختبارات المعرفة العصبية.

عرض النتائج ومناقشتها

أولا: عرض النتائج احصائيا

ينص الفرض الرئيس على أنه: عند تلازم اضطراب ADHD مع اضطراب الشخصية الحدية بالبلوغ، فإنهما يعملان على خفض الأداء المعرفي العصبي نتيجة اضطراب وظائف الفص الأمامي الدماغي". وتأسيسا على ذلك وللتحقق من هذا الفرض تم إعادة صياغته احصائيا ويتم عرضه فيما يلي: -

فلأن الفرض ينص على أنه: ثمة انخفاض دال في درجات الأداء على الاختبارات المعرفية العصبية لمجموعة ADHD-BPD يتعدى جوهريا نظرائهن من مريضات الحدية والصحيحيات"، ولاختبار صحة هذا الفرض، قامت الباحثة بحساب متوسطات درجات مجموعات الدراسة (اضطراب ADHD-BPD، والشخصية الحدية، والصحيحيات) على اختبارات الفص الجبهي، وقد تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات المتعددة للتحقق من وجود فرق بين متوسطات درجات المجموعات، ويتضح ذلك في الجدول التالي:

جدول (٢) اتجاه الفرق بين متوسطات درجات مجموعات الدراسة (ذوي اضطراب

ADHD-BPD، والشخصية الحدية، والصحيحيات) في اختبارات الفص الجبهي

باستخدام أسلوب شيفيه للمقارنات المتعددة

المتغير	المتغيرات	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	١	٢	٣
الاستدلال الحسابي	اضطراب ADHD-BPD	١٢	٢٦.١٧	١٠.٩٣	٠.٨٧٦٧٠	-	-	-
	الأصحاء	١٣	٤٩.٥٠	١٦.٤٠	٠.٤٥٧٨٢	*٢٣.٣٣	-	-
	الشخصية الحدية	١١	٣٤.٧٠	٩.٧٣	٠.٤٠٢١٦	*٨.٥٣	*١٤.٨	-
إعادة الأرقام بالعكس	اضطراب ADHD-	١٢	٥.٤١٦٧	٠.٦٦٨٥٦	٠.١٩٣٠٠	-	-	-

BPD								
-	-	*٦.٨١٤١	٠.١٢١٩٧	٣.١١٣٢٥	١٢.٢٣٠.٨	١٣	الأصحاء	سترروب وقت
-	*٨.٤١٢٦	*١.٥٩٨	٠.٨٦٣٤٦	٠.٤٠٤٥٢	٣.٨١٨٢	١١	الشخصية الحدية	
-	-	-	٠.٧٨٧٦٠	٨.٤٤	٢٢.٩٦	١٢	اضطراب ADHD- BPD	
-	-	*١٤.٣٣	٠.٧٣٦٣١	٨.٨٤	٣٧.٢٩	١٣	الأصحاء	سترروب خطأ
-	*١١.٤٧	*٢.٨٦	٠.٧١٢٠٠	٨.١١٨	٢٥.٨٢	١١	الشخصية الحدية	
-	-	-	١.٠٨٩٢٢	٢.٨٦	٦.٩٥	١٢	اضطراب ADHD- BPD	
-	-	*٤.٣٦	٠.٨٧٦٧٠	٣.٢٥	٢.٥٩	١٣	الأصحاء	سترروب خطأ
*١.٧٧	*٢.٥٩	٠.٧٨٧٦٠	٢.٢٥	٤.٣٦	١١	الشخصية الحدية		

ويوضح من الجدول السابق:

١- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة اضطراب ADHD-BPD والشخصية الحدية في الاستدلال الحسابي لصالح مجموعة الشخصية الحدية في الاتجاه الأفضل، ووجود فروق بين درجات مجموعة اضطراب ADHD-BPD والصحيحات في الاستدلال الحسابي لصالح الأصحاء في الاتجاه الأفضل، ووجود فروق بين درجات مجموعة الشخصية الحدية، والصحيحات في الاستدلال الحسابي لصالح الاصحاء في الاتجاه الأفضل لوصول قيم شافية لحد الدلالة المقبولة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١

٢- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة اضطراب ADHD-BPD والشخصية الحدية في إعادة الأرقام بالعكس لصالح مجموعة الشخصية الحدية في الاتجاه الأفضل، ووجود فروق بين درجات مجموعة اضطراب ADHD-BPD والصحيحات في إعادة الأرقام بالعكس لصالح الأصحاء في الاتجاه الأفضل، ووجود فروق بين درجات مجموعة الشخصية الحدية والصحيحات في إعادة الأرقام بالعكس لصالح الاصحاء في الاتجاه الأفضل لوصول قيم شافية لحد الدلالة المقبولة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١

٣- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة اضطراب ADHD-BPD والشخصية الحدية في سترروب وقت لصالح مجموعة الشخصية الحدية في الاتجاه الأفضل، ووجود فروق بين درجات مجموعة اضطراب ADHD-BPD والصحيحات في سترروب وقت لصالح الأصحاء في الاتجاه الأفضل، ووجود فروق

بين درجات مجموعة الشخصية الحدية والصحيحات في ستروب وقت لصالح
الأصحاء في الاتجاه الأفضل لوصول قيم شافية لحد الدلالة المقبولة إحصائياً عند
مستوى ٠.٠١

٤- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مجموعة اضطراب ADHD-BPD
الشخصية الحدية في ستروب خطأ لصالح مجموعة ذوي الشخصية الحدية في الاتجاه
الأفضل، ووجود فروق بين درجات مجموعة اضطراب ADHD-BPD
والصحيحات في ستروب خطأ لصالح الأصحاء في الاتجاه الأفضل، ووجود فروق
بين درجات مجموعة الشخصية الحدية والصحيحات في ستروب خطأ لصالح
الأصحاء في الاتجاه الأفضل لوصول قيم شافية لحد الدلالة المقبولة إحصائياً عند
مستوى ٠.٠١

مناقشة النتائج:

كان الهدف الرئيس من اجراء هذه الدراسة هي محاولة تمييز مريضات نقص
تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط البالغات بين مضطربات الشخصية الحدية عن
مريضات الحدية والصحيحات. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى: -

(١) ارتفاع معدل انتشار اضطراب نقص تركيز الانتباه/ فرط النشاط في مرحلة الطفولة
بين النساء اللواتي يعانين من اضطراب الشخصية الحدية.

ويدعم تلك النتيجة نتائج دراسة فوساتي وآخرون (Fossati, et al., 2002) في

أن اضطراب ADHD في مرحلة الطفولة قد يكون عاملاً خطراً يؤدي إلى تطوره
للشخصية الحدية في مرحلة البلوغ، حيث كان معدل انتشار اضطراب ADHD بمرحلة
الطفولة المبكرة لشخصية الحدية بالدراسة الراهنة هو ٥٢.١٧% (من خلال؛ المقابلة
التشخيصية، وسؤال الأبوين والمشاركات) وهو أعلى من معدل دراسة فيليبس وآخرون
(Philipsen, Hesslinger, & Tebartz van Elst, 2008) الذي حدده ٤١.٨%، وأقل
من نسبة فوساتي وآخرون (٥٩.٥%). وقد يرجع ذلك إلى صغر حجم عينة الدراسة
وجنس المشاركات حيث أجريت الدراسة الراهنة على الإناث فقط (٢٣ انثى تعانى من
الحدية)، بينما أجريت دراسة فيليبس على ١١٨ انثى تعانى من الحدية، ودراسة فوساتي
على الجنسين (١٨ ذكر و٢٤ انثى)؛ ويشيع اضطراب ADHD بين الأولاد والرجال منه
بين الفتيات والنساء (Wilens, Biederman, & Spencer, 2002). بالإضافة إلى أن
الدراسة الحالية لم تتضمن مريضات ADHD فقط (حيث أنه اثناء مراحل التشخيص لم
نجد مريضات شخصن به فقط)، ولكن بدراسة فيليبس وآخرون قدر معدل انتشاره بنسبة
١٦.١% لمرضى اضطراب ADHD بالبلوغ الذين استوفوا أيضاً معايير محددة مسبقاً لـ
ADHD الطفولة.

(٢) انتشار نمط اللانتهاء بين المشاركات بالدراسة من الحديات بنسبة ٤١.٦%.

واتفقت بذلك مع نتيجة "ويلسن" وزمليه (Wilens et al., 2002) في ارتفاع نمط اللانتهاب بالأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية. في حين وجد أن معدل انتشار اضطراب ADHD لدى البالغين في الدراسة الحالية منخفض نوعاً ما (٣٣.٣٪)، وحسب معدل الاستمرارية أعلى قليلاً (٥٨.٣٪)، والتي لا تتفق مع النتائج التي نشرت مؤخراً بدراسة كيسلر وزملائه (Kessler, Adler, Barkley, Biederman, Connors, Faraone, et al., 2005)، والتي كشفت عن أن استمراره يكون بمعدل ٣٦.٣٪ في العينة ذات الاضطراب المشترك.

(٣) وفي عينة ADHD-BPD، قد اشتركت بعض العوامل الأسرية السلبية منها انخفاض

الطبقة الاجتماعية، وجود الصراعات الأسرية، وعدم علاج اضطراب ADHD في مرحلة الطفولة لعدم وعى الأبوين به (رغم وضوحه في انخفاض التحصيل العلمي والأكاديمي وزيادة المشاكل والمشاحنات في المدرسة وبينها وبين أفراد الأسرة)، لتؤدي إلى ارتفاع معدل استمرار الاضطراب الذي لاحظناه في عينة الدراسة الراهنة.

فقد بينت أغلب الدراسات (ومنها دراسات Fredriksen, Dahl, Martinsen,

Klungsoyr, Faraone, & Peleikis, 2014; Çöp, Çengel Kültür, & Şenses

Dinç, 2017) أن أهم عاملين مؤثرين على التحصيل الأكاديمي للبناء من الاعتداء الجنسي، والإهمال الانفعالي والجسدي من الوالدين.

ومن ناحية أخرى، أوضحت نتائج الدراسة الحالية أنه عند تلازم اضطراب

ADHD والشخصية الحدية يؤدي ذلك إلى ارتفاع الاندفاعية (تعدى نظرائهن من

الشخصية الحدية والصحيحات على اختبار بارات للاندفاعية بجانب قصر زمن الرجوع

وكثرة الأخطاء باختلاف تعليمات ستروب)، واتضح ذلك بمرضى ADHD-BPD

على اختبار بارات للاندفاعية حيث وجد أنهم أقل انتباهاً، وأكثر اندفاعية، غير مكترثات

بالتخطيط للمستقبل وكان هذا مؤشراً على العجز في ضبط السلوك والتسرع في

الاستجابة دون تفكير (Murray & Kochanska, 2002) والتي أشار إليها "رينوالدز"

بمصطلح "الاندفاعية بدون تفكير" (Reynolds, 2006) أي الاستجابة الاندفاعية

السريعة والتي تفقر إلى تقييم مناسب للسياق و"خفض قيمة المكافأة" الذي يتضمن "عدم

القدرة على الانتظار من أجل مكافأة أكبر" (Swann, Bjork, Moeller, &

Dougherty, 2002, 988). وربطها دوجلاس (Dougls) بعدم القدرة على الانتباه لفترة

طويلة وأنها تعد المحرك الرئيس لمشاعر الغضب والعُدوان (Murray &

Kochanska, 2002) حيث أن الفعل المندفع يستتبعه دائماً عواقب سلبية أو على الأقل

يتضمن بعض احتمالات العواقب السلبية، التي قد تكون بمثابة سبب لضرورة كبح

الدوافع، وذلك لضعف تثبيط الاستجابة الذي يعد مطلباً أساسياً للتنظيم الذاتي والوظائف

التنفيذية لأن الفرد لا يمكنه توجيه الاحداث أو السلوك ذاته إذا كان قد استجاب بالفعل باندفاع لحدث فوري (للاطلاع راجع Hervey, Epstein, & Curry, 2004).

ويرتبط اضطراب نقص تركيز الانتباه المصحوب بفرط الحركة في مرحلة الطفولة بضعف الأداء في مجالات معرفية متعددة منها: الأداء التنفيذي، والمكافأة والتوقيت. ووصفت حالات ضعف مماثلة لتلك المجالات بالمضطربين البالغين (Mostert, et al., 2015) ولكنها لا تزال محلا للبحث. وبالدراسة الراهنة، قد بحث الأداء المعرفي العصبي على مهام قياس الذاكرة العاملة والأداء التنفيذي وتقدير الوقت وتغير الاستجابة باستخدام مقارنة شفوية، ووجد أن أداء مريضات ADHD-BPD أسوأ في الأداء على مقاييس الأداء المعرفي العصبي عن كل من الشخصية الحدية والصحيحات، بجانب أن المجموعة المرضية المشتركة أظهرت أوقات زمن رجع أقصر مع ارتفاع التباين الفردي في جميع مهام الانتباه تقريبا.

وارتبط الضعف بمريضات ADHD في المقام الأول بالذاكرة العاملة (إعادة الأرقام بالعكس) والانتباه المستمر متفقا مع التراث النظري بالبالغين (Boonstra, Oosterlaan, Sergeant, & Buitelaar, 2005) وتؤكد هذه النتيجة على أهمية نقص تركيز الانتباه في اضطراب ADHD لدى البالغين؛ وقد تعكس حقيقة أن أعراض فرط النشاط والاندفاعية تنخفض مع اقتراب الأطفال المصابين باضطراب ADHD من مرحلة البلوغ (Faraone, et al., 2000). وقد ثبت ذلك في مرحلة الطفولة المتأخرة بأن كلا من الضبط التثبيطي والذاكرة العاملة مصدر للانحدار العام في القدرة العقلية. وعلى غرار تقرير دياموند، افترض دمبستر (Dempster, 1992) أن العجز التثبيطي، والقدرة المتناقصة في الأصل على مقاومة التداخلات من المعلومات المتنافسة والمشتتات، يعتبران جانبيين أساسيين للانحدار المعرفي. أما زيلازو (Zelazo, Müller, Frye, Marcovitch, Argitis, Boseovski, et al., 2003) ودراسة ويست (West, 1996) فقد دمجا بين التثبيط ومقاومة المنبهات المشتتة مع الاحتفاظ بالمعلومات. وأعطيا مؤشرا لاضطراب الدور الذي تلعبه المناطق الجبهية الأمامية مقارنة بالمناطق النطاقية الأمامية في كفاية الاستجابة، بجانب ارتباط اضطراب وظيفة المنطقة النطاقية وهي المبادأة ومراقبة القرارات، ووظيفة المناطق الجبهية السفلية النصفية اليمنى في كفاية الاستجابة (Liddle, Kiehl, & Smith, 2001). وبالرغم من أنه افترض أن الذكاء يلعب دورا في الذاكرة العاملة ونقص تركيز الانتباه في ADHD بالبالغين. فإنه رغم ذلك لم تختلف المجموعات في معدل الذكاء، والتغير الطفيف في معدل الذكاء لم يغير النتائج، ليدل ذلك على أن هذا التفسير غير مرجح. وتشير تلك النتائج إلى اضطراب مكونات الأداء التنفيذي والتي يأتي على رأسها التثبيط، والذاكرة العاملة، والتنظيم الانفعالي. وتعد القدرة على تحويل اتجاه الانتباه والتي تعرف بأنها

القدرة على أن تحول تركيز الانتباه أو الاتجاه المعرفي بمرونة، وأن تضبط السلوك وفقا لذلك. وبشكل عام مهمة للتخطيط والتفكير الموجه نحو الهدف (فوس وبامستير، ٢٠١٧). وقد ظهر اضطراب بالأداء على مهمة ستروب (وخاصة التطبيق بالجزء الثالث والرابع) لمجموعات الحالة-والتي تتضمن صراعا بين الموقع والمطابقة (Fan, et al., 2002 - ولكن ليس على مهمة ستروب (التطبيق بالجزء الأول)، فلم يختلف أداء مجموعة الشخصية الحدية عن الضابطة. وقد يرجع ذلك إلى ارتفاع الاندفاعية وتفاوت الاستجابة ليكون ذلك مؤشرا على اضطراب بالأداء التنفيذي، والذي ظهر في ضعف التثبيط (العجز في تنظيم التنشيط والجهد)، وانعكس في بطء زمن الرجوع والتباين في أداء المريض، وظهر ذلك جليا في مريضات المجموعة المرضية المشتركة ADHD-BPD عن نظرائهن من الحدية والصحيحات، ليؤكد ذلك على ارتفاع الاندفاعية وتفاوت الاستجابة يعدان سمتين أساسيتين مصاحبتين لاضطراب ADHD-BPD بالبالغين (Lampe, Konrad, Kroener, Fast, Kunert, Herpertz, 2007).

التوصيات:

- ١-الاهتمام بدور الفرز العصبي النفسي في الاضطرابات العقلية والنفسية خاصة اضطراب ADHD-BPD.
 - ٢-ومحاولة الكشف عن معايير تشخيصه الفارقة لاضطراب ADHD والاضطرابات النفسية المصاحبة في العينات غير الإكلينيكية ليساعد على تشخيصهم وعلاجهم.
- المقترحات البحثية:**
- ١- دور الاندفاعية وتفاوت الاستجابة باضطراب ADHD-BPD.
 - ٢-مدى اسهام البيئة الأسرية السلبية في الإصابة باضطراب ADHD-BPD.
 - ٣-محاكات التشخيصية الفارقة بين اضطراب ADHD-BPD واضطراب ADHD في مرحلة البلوغ.
 - ٤-الأداء المعرفي العصبي لدى مريضات ADHD-BPD والشخصية الحدية والصحيحات.

Abstract

Delineating attention deficit / hyperactivity disorder and borderline personality disorder: A comparison of neuropsychological performance in adult women

By Shimaa M. Gad-Allah

To characterize adults with comorbid attention-deficit/hyperactivity-disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) with regard to cognitive functioning. Systematically, I examined neuropsychological performance on tasks measuring attention, working memory and EF, using Scheffe' Test comparing patients with persistent ADHD-BPD (N = 12, female, mean age 31.5), BPD (N = 11, female, mean age 35) and healthy adults (N = 13, mean age 36.3). Compared to BPD, and healthy adults, patients with ADHD-BPD showed impaired attention, working memory, and EF. They were more impulsive, and more variable in responding. ADHD- BPD patients show neuropsychological dysfunctioning. To conclude, adults with ADHD- BPD as a group are impaired on several cognitive domains. This provides a starting point to investigate individual differences in terms of impaired cognitive pathways.

Keywords: Adult ADHD-BPD, BPD, Neuropsychology performance.

الهوامش:

١ **Attention deficit/hyperactivity disorder, ADHD**، وسوف تستخدم الباحثة الاختصار **ADHD** للدلالة على اضطراب "ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي"، و **ADHD-BPD** للدلالة على اضطراب "ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط الحركي المصاحب للاضطراب الشخصية الحدية" في كامل البحث.

² Near-infrared spectroscopy

³ Dorsolateral prefrontal cortex

⁴ left posterior parietal cortex

⁵ Diagnostic Interview for ADHD in adults, DIVA

⁶ The Wender Utah Rating Scale, WURS

⁷ Dysphoria

⁸ Barratt Impulsiveness Scale-11

• اختبار المفردات أحد المقاييس اللفظية لبطارية وكسلر لذكاء الراشدين تأليف وكسلر واقتباس واعداد لويس كامل مليكة لتحديد نسبة الذكاء العام من جهة (لكون هذا الاختبار الأكثر ثباتا وارتباطا بالدرجة الكلية. وذلك لضبط متغير الذكاء كمتغير دخيل).

قائمة بمراجع العربية والانجليزية:

- قائمة المراجع العربية الزيات، فتحي (٢٠٠٦). الأسس المعرفية للتكوين العقلي وتجهيز المعلومات. القاهرة: دار النشر للجامعات، ط٣.
- الصبوة، محمد نجيب وحسين، نشوى عبد التواب (٢٠٠٤). إعداد بطارية اختبارات الوظيفة التنفيذية في البيئة المصرية. دراسات عربية في علم النفس. المجلد ٣، عدد ٤: ٤١-٨٠.
- فوس وبامستير (٢٠١٧). المرجع في التنظيم الذاتي: بحث، ونظرية، وتطبيقات. ترجمة. وليد شوقي شفيق سحلول: العبيكان للنشر.
- عبد الفتاح، غريب (٢٠٠٠). مقياس الاكتئاب BDI. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- عسكر، عبد الله (٢٠٠٥). استبيان تشخيص الشخصية. القاهرة: الانجلو المصرية.
- مليكة، لويس كامل (١٩٨٦). اختبار وكسلر بلفيو الذكاء الراشدين والمراهقين. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- الفيتوري، نعيمة الشعاب عمران (٢٠١٤). دليل التطبيق والتصحيح لاختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين المعدل كأداة للفرز النفسي العصبي. جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم علم النفس، أطروحة دكتوراه (غير منشورة).

١ - قائمة المراجع الاجنبية

- American Psychiatric Association (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. (Text revision) 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Press: p. 943.
- Zalsman G & Shilton T. (2016). Adult ADHD: A new disease? **Int J Psychiatry Clin Pract.**; 20 (2):70-6.
- 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
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Fossati A, Novella L, Donati D, Donini M & Maffei C. (2002). History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: A controlled study. **Compr Psychiatr.**; 43: 369-377.
- 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.

- 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.
- Davids E & Gastpar M (2005): Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. **Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry**.; 29: 865–877.
- Spencer TJ, Biederman J & Mick E. (2007): Attention deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. **J Pediatr Psychol**.; 32: 631–642.
- Mick E, Byrne D, Fried R, Monuteaux M, Faraone SV & Biederman J. (2011). Predictors of ADHD persistence in girls at 5-year follow-up. **J Atten Disord**.; 15:183–192.
- Biederman J, Petty CR, Clarke A, Lomedico A, & Faraone SV. (2011). Predictors of persistent ADHD: an 11-year follow-up study. **J Psychiatr Res**.; 45: 150–155.
- Stiglmayr CE, Grathwol T, Linehan MM, Ihorst G, Fahrenberg J & Bohus M. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer-based controlled field study. **Acta Psychiatr Scand**.; 111:372–379.
- Dowson J, Bazanis E, Rogers R, Prevost A, Taylor P, Meux C, Staley C, Nevison-Andrews D, Taylor C, Robbins T, & Sahakian B. (2004). Impulsivity in patients with borderline personality disorder. **Compr Psychiatry**.; 45: 29–36.
- Stiglmayr CE, Shapiro DA, Stieglitz RD, Limberger MF & Bohus M (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder – a controlled study. **J Psychiatr Res**.; 35:111–118.
- American Psychiatric Association (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Fifth edition. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Storebø OJ & Simonsen E. (2014). Is ADHD an early stage in the development of borderline personality disorder? **Nord J Psychiatry**.; 68(5):289-95.
- Philipsen A, Hesslinger B, & Tebartz van Elst L. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder in adulthood: diagnosis, etiology and therapy. **Dtsch Arztebl Int**.; 105 (17): 311-7.
- Wender PH, Wolf LE & Wasserstein J. (2001). Adults with ADHD. An over view. **Ann N Y Acad Sci**.; 931:1–16.
- Ferrer M, Andi6n 6, Calvo N, Ramos-Quiroga JA, Prat M, Corrales M, & Casas M. (2016). Differences in the association between childhood trauma history and borderline personality disorder or attention deficit/hyperactivity disorder diagnoses in adulthood. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**. [Epub ahead of print]
- Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugu6 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.
- Madras BK, Miller GM & Fischman AJ. (2002). "The dopamine transporter: relevance to attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)". **Behavioural Brain Research**; 130 (1–2): 57–63.

- Missonnier P, Hasler R, Perroud N, Herrmann FR, Millet P, Richiardi J, Malafosse A, Giannakopoulos P, Baud P. (2012). EEG anomalies in adult ADHD subjects performing a working memory task. **Neuroscience**; 241: 135-46.
- Kim S-Y, Liu Z, Glizer D, Tannock R & Woltering S. (2014). "Adult ADHD and working memory: neural evidence of impaired encoding". **Clinical Neurophysiology**; 125 (8): 1596-603.
- Korzekwa MI, Dell PF, Links PS, Thabane L, & Webb SP. (2008). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. **Compr Psychiatry**.; 49(4):380-6.
- Ellis HD, Jones DM, & Mosdell N. (1997). Intra- and inter-modal repetition priming of familiar faces and voices. **Br J Psychol.**; 88 (Pt 1):143-56.
- Canavan AG, Passingham RE, Marsden CD, Quinn N, Wyke M, Polkey CE. (1989). The performance on learning tasks of patients in the early stages of Parkinson's disease. **Neuropsychologia**.; 27 (2):141-56.
- D'Esposito M, Zarahn E, & Aguirre GK. (1999). Event-related functional MRI: implications for cognitive psychology. **Psychological Bulletin**.; 125: 155-164 .
- Salmon E, Van der Linden M, Collette F, Delfiore G, Maquet P, Degueldre C, Luxen A, & Franck G. (1996). Regional brain activity during working memory tasks. **Brain**; 119: 1617-1625 .
- Miyake, & Shai, (1999). **MODELS OF WORKING MEMORY: Mechanisms of Active Maintenance and Executive Control**. Cambridge University Press.
- Owen, AM. (1997). "The functional organization of working memory processes within human lateral frontal cortex: the contribution of functional neuroimaging". **The European Journal of Neuroscience**; 9 (7): 1329-39 .
- Barbey AK, Koenigs M, & Grafman J. (2013). "Dorsolateral prefrontal contributions to human working memory". **Cortex**; 49 (5): 1195-1205.
- Wager TD, & Smith EE. (2003). "Neuroimaging studies of working memory: a meta-analysis". **Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience**; 3 (4): 255-274 .
- Bledowski C, Rahm B, & Rowe JB. (2009). "What 'works' in working memory? Separate systems for selection and updating of critical information". **The Journal of Neuroscience**; 29 (43): 13735-41.
- Anderson, P. (2002). Assessment and development of executive function (EF) during childhood. **Child Neuropsychol.**; 8 (2): 71-82.
- Gathercole SE, Pickering SJ, Ambridge B, & Wearing H. (2004). The structure of working memory from 4 to 15 years of age. *Dev Psychol.*; 40 (2):177-90.
- Posner MI & DiGirolamo GJ. (1998). **Executive attention: Conflict, target detection, and cognitive control**. In: Parasuraman R, editor. *The attentive brain*. Cambridge, MA: The MIT Press: pp. 401-423.
- Posner ML & Petersen SE. (1990). The attention system of human brain. **Annu. Rev. Neurosci.**; 13:25-42
- Fan J, McCandliss BD, Sommer T, Raz A & Posner MI. (2002). Testing the efficiency and independence of attentional networks. **J Cogn Neurosci**; 14: 340-347.
- Graf P, Uttl B, & Tuokko H. (1995). Color- and picture-word Stroop tests: Performance changes in old age. **Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology**; 17: 390-415.
- Sherman EMS, Strauss E, Spellacy F, & Hunter M (1995). Construct validity of WAIS-R factors: Neuropsychological test correlates in adults referred for possible head injury. **Psychological Assessment**; 7: 440-444.
- Wender PH. (1985). Wender AQCC (Adult Questionnaire-Childhood Characteristics) scale. **Psychopharmacol Bull**; 21:927-928
- 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.
- Patton JH, Stanford MS, & Barratt ES. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. **J Clin Psychol.**; 51 (6):768-74.
 - Kitsune GL, Kuntsi J, Costello H, Frangou S, Hosang GM, McLoughlin G, & Asherson P. (2016). Delineating ADHD and bipolar disorder: A comparison of clinical profiles in adult women. **J Affect Disord.**; 192:125-33.
 - Wilens TE, Biederman J, & Spencer TJ. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. **Ann Rev Med**; 53: 113–31.
 - Kessler RC, Adler LA, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Faraone SV, Greenhill LL, Jaeger S, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, & Zaslavsky AM. (2005). Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. **Biol Psychiatry**; 57: 1442–51.
 - 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.
 - Çöp E, Çengel Kültür SE, & Şenses Dinç G. (2017). Association Between Parenting Styles and Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. **Turk Psikiyatri Derg.**; 28(1):25-32. Article in Turkish
 - Murray K, & Kochanska G. (2002). Effortful control: Factor structure and relation to externalizing and internalizing behavior. **Journal of Abnormal Child Psychology**; 30: 503–514 .
 - Reynolds, B. (2006). A review of delay-discounting research with humans: Relations to drug use and gambling. **Behavioral Pharmacology**; 17: 651–667 .
 - Swann AC, Bjork JM, Moeller FG, & Dougherty DM. (2002). Two models of impulsivity: relationship to personality traits and psychopathology. **Biol Psychiatry.**; 51 (12):988-94.
 - Hervey AS, Epstein JN, & Curry JF. (2004). Neuropsychology of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. **Neuropsychology.**; 18 (3):485-503.
 - Boonstra AM, Oosterlaan J, Sergeant JA, & Buitelaar JK. (2005). Executive functioning in adult ADHD: a meta-analytic review. **Psychol Med.**; 35(8):1097-108.
 - Dempster, FM. (1992). The rise and fall of the inhibitory mechanism: Toward a unified theory of cognitive development and aging. **Development Review**; 12 (1): 45-75.
 - Zelazo PD, Müller U, Frye D, Marcovitch S, Argitis G, Boseovski J, Chiang JK, Hongwanishkul D, Schuster BV, Sutherland A. (2003). The development of executive function in early childhood. **Monogr Soc Res Child Dev.**; 68(3):vii-137.
 - West, RL. (1996). An application of prefrontal cortex function theory to cognitive aging. **Psychol. Bull.**; 120; 272–292.
 - Liddle PF, Kiehl KA, & Smith AM. (2001). Event-related fMRI study of response inhibition. **Hum Brain Map.**; 12: 100–109 .
 - Lampe K, Konrad K, Kroener S, Fast K, Kunert HJ & Herpertz SC (2007). Neuropsychological and behavioral disinhibition in adult ADHD compared to borderline personality disorder. **Psychol Med.**; 37:1717–1729.