

أعراض القلق والأعراض الجسمية لدى المراهقين ذوي اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط

أ. رانيا عادل محمد أحمد^(*) & أ.م. د شيماء محمد جاد الله^(**)

ملخص:

اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط هو اضطراب نمائي عصبي يتميز بالانتباه وفرط النشاط والاندفاع. يصاحب اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط بعض الاضطرابات النفسية. تهدف هذه الدراسة إلى فحص الأعراض الجسمية لدى المراهقين المصابين باضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط. تكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات هي؛ ٣٠ مراهقاً تم تشخيصهم باضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط ويتلقوا العلاج، و ٢٩ مراهقاً تم تشخيصهم حديثاً ولم يتلقوا العلاج. وتم فحص أعراض اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط لدى المراهقين باستخدام مقابلة ديفا التشخيصية لاضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط بالراشدين (DIVA) (وضع المقابلة كويج، تعريب واعداد شيماء جادالله)، ومقياس الأعراض الجسمية، مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس بيك للقلق. وقد وجد أن القلق والأعراض الجسمية رتفعة لدى المراهقين من ذوي ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط المشخصين حديثاً مقارنة بمن تم علاجهم دوائياً. وبالتالي يجب على الأطباء أن يضعوا في اعتبارهم تقييم الأعراض الجسمية لدى المراهقين المصابين باضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط قبل العلاج.

الكلمات المفتاحية: القلق، الاكتئاب، الأعراض الجسمية، المراهقين، اضطراب ضعف

تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط

Abstract:

Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder characterized by inattention, hyperactivity, and impulsivity. ADHD is associated with some psychiatric disorders. This study aimed to examine somatic symptoms in adolescents with ADHD. The study sample consisted of three groups: 30 adolescents diagnosed with ADHD and receiving treatment, and 29 adolescents newly diagnosed and not receiving treatment. ADHD symptoms in adolescents were examined using the Diagnostic Interview for ADHD in Adults (DIVA) (interview format by

(*) مدرس مساعد بقسم علم النفس كلية الآداب – جامعة الوادي الجديد

(**) أستاذ علم النفس المساعد ورئيس قسم علم النفس كلية الآداب – جامعة الوادي الجديد

Quigg, translated and prepared by Shima Gadallah), the Somatic Symptom Scale, the Beck Depression Inventory, and the Beck Anxiety Inventory.

It was found that anxiety and somatic symptoms were higher in adolescents with newly diagnosed ADHD compared to those who were treated with medication. Therefore, clinicians should consider assessing physical symptoms in adolescents with ADHD before treatment.

Keywords: Anxiety, Somatic Symptoms, Adolescents, ADHD

مقدمة:

اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط (ADHD) هو اضطراب نمائي عصبي تتميز بعدم الانتباه وفرط النشاط والاندفاع. الاضطرابات النفسية المصاحبة شائعة بين الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب ضعف تركيز الانتباه وفرط النشاط (Okyar, et al., 2023). وتؤثر هذه الأعراض سلباً على الأنشطة الاجتماعية والمدرسية والمتعلقة بالعمل (American Psychiatric Association, 2013). يتراوح معدل انتشاره بين ٣٪ و ٧٪ (American Psychiatric Association, 2000)، وفي جميع أنحاء العالم ٥.٢٩٪ (Polanczyk, et al., 2007) ويُشخص به الأولاد أكثر من الفتيات، وتتراوح نسبة الذكور إلى الإناث بين ١: ١ و ٣: ١ في عينة السكان و ٩: ١ في الدراسات الإكلينيكية (Skounti, Philalithis, Galanakis, 2007).

الأعراض الجسدية شائعة عند الأطفال والمراهقين (Winding, Andersen, 2019). وقد ثبت أن ٢٠٪ و ٣٠٪ من الفتيات المراهقات يعانين من التعب الصباحي وآلام المعدة والصداع وآلام الظهر أكثر من مرة واحدة في الأسبوع (Ghandour, et al., 2004). ويعاني الأطفال والمراهقون المصابون بضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط من شكاوى جسدية؛ ومع ذلك، يمكن للأطباء تجاهل الشكاوى الجسدية (Giacobo, et al., 2013; Wu, et al., 2021). في دراسة أجريت على مراهقين ذكور تتراوح أعمارهم بين ١٢ و ١٦ عاماً، ورد أن المراهقين الذين يعانون من أعراض فرط النشاط لديهم شكاوى جسدية أكثر (Wu, et al., 2021).

يبلغ معدل الإصابة باضطراب القلق ٦.٥٪ عند الأطفال والمراهقين (Polanczyk, et al., 2015). ويتراوح التعايش بين اضطراب القلق واضطراب ADHD بين ١٠-٤٠٪ في العينة الإكلينيكية (Reale L, et al., 2017). ويزداد انتشار اضطراب القلق في الحالات المصابة باضطراب ADHD بعد البلوغ. وتزداد هذه الزيادة بشكل خاص عند الفتيات (Newcorn, 2009). ويزيد اضطراب ADHD من خطر ضعف الأداء الأكاديمي وضعف الأداء الاجتماعي والعاطفي والتكيفي، والذي قد يشارك في بدء أعراض القلق (Biederman,

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد - مجلة علمية محكمة- العدد التاسع عشر (الجزء الثالث- مؤتمر شباب الباحثين)

(et al., 2008). والأفراد المصابون باضطراب ADHD واضطراب القلق هم أكثر عرضة للإصابة بأعراض قلق أكثر شدة وبداية مبكرة واضطرابات نفسية أخرى مصاحبة (Katzman, et al., 2017).

وقد يؤدي اضطراب ADHD واضطراب القلق إلى تغيير العرض الإكلينيكي والتشخيص وعلاج اضطراب ADHD. وقد يكون اختيار العلاج العلاجي الأكثر ملاءمة في الحالات المصابة باضطراب ADHD واضطراب القلق أمراً صعباً على الأطباء (D'Agati, Curatolo, Mazzone, 2019). وقد يؤدي علاج الاضطراب إلى تعقيد أو إزعاج علاج الاضطراب الآخر (Reimherr, et al., 2017). في هذه الحالات، يتم الحصول على استجابة أفضل عند استخدام علاجات الأدوية والعلاجات العلاجية معاً (Taurines, et al., 2010; Reale, et al., 2017).

مشكلة الدراسة

يمثل اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط اضطراباً شائعاً ومصاباً بدرجة مرتفعة لدى الأطفال والمراهقين. ويختلف الاضطراب المصاحب وفقاً للنوع الفرعي لاضطراب ADHD والجنس، وقد تم الإبلاغ عن أن له تأثيراً مباشراً على شدة أعراض ADHD. ويعان الأطفال في سن المدرسة من الأمراض المصاحبة بدرجة مرتفعة (Ulloa, et al., 2006). وتزيد الأمراض المصاحبة من شدة مشاكل الانتباه، خاصة عند المرضى المصابين بالنوع الفرعي فرط النشاط والاندفاع أو النوع الفرعي المشترك. وفي حدود اطلاع الباحثين، هناك دراسات محدودة حول هذه القضية، فقد كان الهدف من هذه الدراسة هو فحص تواتر القلق والأعراض الجسدية لدى المراهقين المصابين باضطراب ADHD.

كان كل من القلق والأعراض الجسدية أعلى بشكل ملحوظ في المجموعة التي تم تشخيصها حديثاً ولم تخضع للعلاج باضطراب ADHD مقارنة بالأطفال والمراهقين غيلاً المصابين به. وفي دراسة أجريت على ١٠٢ طفل مصاب باضطراب ADHD، تبين أنه في حين لوحظت الأعراض الخارجية في الغالب في اضطراب ADHD من النوع المفرط النشاط والاندفاعي، لوحظت أعراض القلق والاكتئاب والسلوك المنحرف والأعراض الداخلية في الغالب في النوع المشترك. وكانت الشكاوى الجسدية أكثر شيوعاً عند الأولاد (Ulloa, et al., 2006). وأظهر سوزا وآخرون أن ٢٣.٥٪ من الأطفال المصابين باضطراب ADHD كانوا مصحوبين باضطرابات القلق، وأن اضطراب المعمم هو اضطراب القلق المصاحب الأكثر شيوعاً بنسبة ١٢.٨٪، يليه الرهاب الاجتماعي بنسبة ٣.٨٤٪، وقلق الانفصال بنسبة ٣.٨٪ في دراستهم (Souza, et al., 2005). في دراسة بحثية أخرى، تم الكشف عن أن ٢٠٪ من

الأطفال المصابين باضطراب القلق كانوا مصحوبين باضطراب ADHD (Bowen, et al., 2008). لوحظت أعراض قلق أكثر شدة، وبداية مبكرة، واضطرابات مصاحبة أخرى أكثر تواتراً وتعاطي مواد لدى الأفراد المصابين باضطراب ADHD المصاحب لاضطراب القلق مقارنة بالأفراد الذين تم تشخيصهم فقط باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (Mancini C., et al., 1999). وُجد أن أعراض القلق أعلى بكثير لدى الأولاد منها لدى الفتيات في المجموعة التي تم تشخيصها حديثاً ولم تخضع لعلاج اضطراب ADHD في دراستنا.

تعد المنشطات النفسية (Psychostimulants) هي الخيار الأول في علاج اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط (Kim, Min, Han, 2022). وتوصلت الدراسات التي تبحث في تأثيرات الميثيلفينيديت على أعراض القلق إلى نتائج مختلفة. ولم تجد بعض الدراسات أي فرق بين علاج الميثيلفينيديت بين الأطفال المصابين باضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط والأطفال المصابين ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط + القلق (Snircova, et al., 2016). في إحدى الدراسات، لوحظ أن علاج الميثيلفينيديت يقلل من أعراض القلق واضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط (Golubchik, et al., 2014). وفي دراسة أخرى، تبين أنه مع زيادة مستوى القلق لدى الأطفال المصابين باضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط، تقل استجابة الميثيلفينيديت (Moshe, Karni, Tirosh, 2012). ونظراً لأن المراهقين الذين تم تشخيص إصابتهم باضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط يعانون من القلق والاكتئاب، وفي حدود اطلاع الباحثين، هناك دراسات محدودة تناولت تلك المتغيرات.

كان الهدف من هذه الدراسة هو فحص تواتر أعراض القلق والاكتئاب والأعراض الجسدية لدى المراهقين المصابين باضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط.

الدراسات السابقة:

أظهرت تقييمات المعلمين تغيراً طفيفاً لدى الأطفال الذين خضعوا لعلاج الميثيلفينيديت باستثناء تقييمات القلق والتحديق والحزن، ولكن مجموعة الدواء الوهمي كانت تعاني من هذه الآثار الجانبية أيضاً (Barkley, et al., 1990). وأظهر أهمان وآخرون أن التهيج والتحديق والأحلام اليقظة وقضم الأظافر والقلق قد انخفضت من خلال العلاج قصير المفعول بالميثيلفينيديت. في نفس الدراسة، زاد اضطراب الشهية وآلام المعدة والأرق والصداع والدوار مع الميثيلفينيديت (Ahmann, et al., 1993).

لوحظ أن أعراض القلق والاكتئاب والأعراض الجسدية زادت مع زيادة شدة أعراض اضطراب ADHD. ووُجد أن أعراض القلق أعلى بشكل ملحوظ لدى الأولاد مقارنة بالفتيات (Mancini, et al., 1999). وكان لدى المراهقين غير المعالجين المصابين باضطراب ADHD مشاكل استيعاب أكثر من الأطفال غير المعالجين المصابين باضطراب ADHD (Oncü, et al., 2004). وأظهر سوزا وآخرون أن ٢٣.٥٪ من الأطفال المصابين باضطراب ADHD كانوا مصحوبين باضطرابات القلق، إن اضطراب القلق المعمم هو اضطراب القلق المصاحب الأكثر شيوعاً بنسبة ١٢.٨٪، يليه الرهاب الاجتماعي بنسبة ٣.٨٤٪، وقلق الانفصال بنسبة ٣.٨٪ في دراستهم (Souza, Pinheiro, Mattos, 2005).

في دراسة أجريت على ١٠٢ طفل مصاب باضطراب ADHD، تبين أنه في حين لوحظت الأعراض الخارجية في الغالب في اضطراب ADHD من النوع المفرط النشاط والاندفاعي، لوحظت أعراض القلق والاكتئاب والسلوك المنحرف والأعراض الداخلية في الغالب في النوع المشترك. وكانت الشكاوى الجسدية أكثر شيوعاً عند الأولاد (Ulloa, et al., 2006). وفي دراسة بحثية أخرى، تبين أن ٢٠٪ من الأطفال المصابين باضطراب القلق كانوا مصحوبين باضطراب ADHD المصاحب (Bowen, et al., 2008). ويرتبط وجود اضطراب ADHD بانخفاض الأداء الأكاديمي وزيادة خطر ضعف الأداء الاجتماعي والعاطفي، مما يساهم في ظهور أعراض القلق (Biederman, et al., 2008).

أظهر تاورينز وآخرون أن التعايش مع تشخيص اضطراب ADHD واضطرابات القلق يرتبط بمزيد من مشاكل الانتباه ورهاب المدرسة واضطراب المزاج وانخفاض القدرة الاجتماعية مقارنة بالقلق وحده أو اضطراب ADHD وحده (Taurines, et al., 2010).

في دراسة أجريت على أطفال ومراهقين مصابين باضطراب ADHD تتراوح أعمارهم بين ٦ و ١٨ عامًا، وجد أن العمر مرتبط بشكل كبير بالشكاوى الجسدية ومشاكل الاستيعاب^١. وكان اضطراب الاستيعاب أكثر شيوعاً لدى الفتيات، فقد ورد في إحدى الدراسات أن القلق الاجتماعي وأعراض الانفصال/الهلع كانت أكثر شيوعاً لدى الذكور المراهقين مقارنة بالفتيات المراهقات (Liu, et al., 2014). كما أن خطر الإصابة باضطراب القلق أعلى أيضاً لدى البالغين المصابين باضطراب ADHD (Katzman, et al., 2017). وقد لوحظ المزيد من القلق الاجتماعي والانفصال/الذعر والأعراض الجسدية لدى المراهقين المصابين باضطراب ADHD. ووجد أن العلاقة بين أعراض اضطراب ADHD وأعراض القلق الاجتماعي أكثر

أهمية لدى المراهقين الأصغر سناً مقارنة بالمراهقين الأكبر سناً (Liu, et al., 2014). ولا يوجد فرق كبير بين الفتيات والفتيان من حيث الأعراض الجسدية في هذه الدراسة. في إحدى الدراسات، ورد أن القلق العام، والرهاب، وكون الطفلة من عوامل الخطر للإصابة بأعراض جسدية لدى الأطفال المصابين باضطراب ADHD، وأن الأطفال المصابين باضطراب ADHD والأعراض الجسدية لديهم أعراض قلق أكثر (Giacobo, et al., 2014). كما أن الأطفال المصابين باضطراب ADHD واضطراب القلق لديهم أعراض جسدية أكثر من الأطفال المصابين باضطراب ADHD فقط (Jarrett, et al., 2016). إن وجود اضطراب القلق هو عامل يحدد الاستجابة لعلاج اضطراب ADHD. كما يُعتبر أيضاً أحد الآثار الجانبية لعلاج الميثيلفينيديت (Coughlin, et al., 2015).

وفي مرحلة ما قبل المراهقة التي تعاني من أعراض اضطراب ADHD من النوع المشترك وأعراض القلق والاكتئاب الذين يعيشون تحت ضغط مزمن، يمكن ملاحظة استمرار اضطراب ADHD وتفاقم اضطرابات القلق والاكتئاب في المستقبل (Hartman, et al., 2019). ومعظم اضطرابات اضطراب ADHD والاضطرابات المصاحبة لها مسببات غير متجانسة بما في ذلك عوامل الخطر الوراثية والبيئية (Taurines, et al., 2010; D'Agati, Curatolo, Mazzone, 2019). يوصى بأن يكون هناك سبب واضح للقلق والاكتئاب الذي يتطور في وجود اضطراب ADHD (Hartman, et al., 2019). يجب التحقيق فيما إذا كان وجود اضطراب القلق هو نتيجة لأعراض اضطراب ADHD (D'Agati, Curatolo, Mazzone, 2019). وجد شيه وآخرون أن الميثيلفينيديت والأتوموكستين كانا فعالين في تحسين المشاكل العاطفية والسلوكية لدى المراهقين المصابين باضطراب ADHD بعد ٢٤ أسبوعاً من العلاج، ولكن كان هناك تحسن أكبر في الشكاوى الجسدية في مجموعة الميثيلفينيديت (Shih, Shang, Gau, 2019).

أشارت دراسة أخرى إلى أن أعراض اضطراب ADHD تتنبأ بأعراض القلق اللاحقة، لكن أعراض القلق لم تتنبأ بأعراض اضطراب ADHD اللاحقة (Gair, et al., 2021). وجد كيم وآخرون أن الميثيلفينيديت زاد من الاتصال الوظيفي للدماغ داخل شبكة الوضع الافتراضي الأمامي والخلفي، وكان مرتبطاً بتحسين الأعراض الجسدية (Kim, et al., 2022).

فروض الدراسة:

- ١- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين مجموعتي الدراسة (مجموعة ADHD+SoM، ومجموعة ADHD-SoM) على أعراض القلق والاكتئاب.

منهج الدراسة وإجراءاتها**منهج الدراسة:**

تتبع الدراسة الراهنة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن؛ وذلك لأن الدراسة الراهنة لا تتعامل مع علاقات سببية، إنما تسعى لوصف الوضع الراهن للمتغيرات المستهدفة بالبحث، وفيما يلي وصف كل مكون من مكونات هذا المنهج:

وصف عينة الدراسة:

شارك في الدراسة الحالية ٢٥ مراهقاً ذكراً من ساكني محافظة الوادي الجديد، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين؛ ٣٠ مراهقاً مصاباً باضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط معالجين (ADHD+Psy) و ٢٩ مراهقاً مصاباً باضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط مشخصين حديثاً ولم يتلقوا علاج بعد (ADHD-Psy). وتتراوح أعمارهم بين ١١ و ١٧ عاماً. وروعى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في العمر أو سنوات التعليم بين المجموعتين [مجموعة (ADHD+Psy) ومجموعة (ADHD-Psy)].

الجدول (١) خصائص البيانات الديموجرافية للعينة

المتغيرات	ADHD+Psy	ADHD-Psy	z	دلالة
العمر (بالسنوات)	١٠.١ ± ١٣.٦	١٠.١ ± ١٣.٨	- ٠.٨٨	٠.٣٨
التعليم (سنة)	١٠.١ ± ٧.٤	١٠.١ ± ٧.٨	- ٠.٩١	٠.٣٦

معايير الاستبعاد؛ لم يتم تضمين المرضى الذين كانت درجة ذكائهم أقل من ٨٠، والذين يعانون من أمراض عصبية وطبية مزمنة معروفة، واستخدموا أدوية مرتبطة بها. وتم إبلاغ جميع المشاركين بهدف الدراسة الحالية، وتم الحصول على موافقتهم الكتابية.

أدوات الدراسة:

١- مقابلة ديفا التشخيصية لاضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط

بالراشدين (DIVA)^٢ (وضع المقابلة كويج، تعريب واعداد شيماء جادالله):

وضع هذه المقابلة المقننة "كويج" وزملائه (Kooij, et al., 2005; Kooij, et al., 2010) لتعكس أعراض الإضطراب فتركز على ما إذا كانت موجودة في مرحلة الطفولة أم لا ، وتتكون من ١٨ بند (مقسمة إلى جزئين 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/

^٢ Diagnostic Interview for ADHD in adults, DIVA

الاندفاعية [ويتضمن كل بند منها مجموعة بنود أخرى فرعية لتوضيحه]. وقد صيغت جميع العبارات في الاتجاه السلبي، ويتم التركيز في الإجابة على مدى تكرار حدوث الأعراض.

٢- قائمة مراجعة الأعراض- ٩٠ (SCL-90R-SOM; Derogatis, 1992).

قائمة مراجعة الأعراض المعدلة ٩٠- بنود الأعراض الجسدية (SCL-90R-SOM) إعداد ديرجيتس ولييمان وكوفي (SCL-90; Symptom Checklist – 90 -Revised; Derogatis, Lipman, Covi, 1994) تعريب وتقنين عبدالرقيب البحيري، وهي قائمة تقدير اكلينيكية ذاتية التقدير لتشخيص الأعراض السلوكية لدى المرضى المترددين على العيادات النفسية، وكذلك الأصحاء المترددين على مراكز الإرشاد النفسي والتربوي. وتتكون من ٩٠ عبارة في صورة تقرير ذاتي خاص بالأعراض النفسية والعقلية توضع على مقياس مكون من خمس نقاط للإجابة تمتد على متصل لشدة العرض، يبدأ مطلقاً وينتهي دائماً. وتوزع العبارات على ٩ أبعاد للأعراض الأولية (الأعراض الجسدية، الوسواس القهري، الحساسية التفاعلية (حساسية التعامل مع الآخرين)، الاكتئاب، القلق، العداوة، قلق الرهاب، البارانويا التخيلية، الذهانية). بالإضافة للعبارات الإضافية والمؤشرات العامة (مؤشر الشدة العامة، مؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر، المجموع الكلي للأعراض الإيجابية) خاصة بالاستغاثة. وتم تقييم شدة الأعراض الجسدية من ١٢ بنداً بالقائمة، والاستجابة على مقياس ليكرت من ٥ نقاط (١: "ليس على الإطلاق" إلى ٥: "بشدة")، ويعكس الضيق الناجم عن خلل في الجهاز اللاإرادي وآلام العضلات (Derogatis, 1992). وكان معامل الثبات ٠.٨٢ (وهو مماثل للعديد من الدراسات على سبيل المثال، Mak, Zane, 2004).

٣- اختبار بيك للاكتئاب (Beck Depression Inventory, BDI)

تأليف بيك (١٩٦١) واقتبسه وأعدّه غريب عبد الفتاح غريب (١٩٩٩) وهي صورة مختصرة من المقياس الأصلي (ويتكون المقياس الكامل من ٢١ مجموعه 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-تغير تصور الذات، ١١-صعوبة النوم، ١٢-التعب، ١٣-فقدان الشهية. ويستخدم المقياس لتقييم شدة الاكتئاب لدى الراشدين (١٥ عام فما فوق). وبالنسبة للكفاءة السيكمترية؛ 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

مجلة كلية الآداب بالوادي الجديد - مجلة علمية محكمة- العدد التاسع عشر (الجزء الثالث- مؤتمر شباب الباحثين)

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.

٤- اختبار بيك للقلق (Beck Anxiety Inventory, BAI)

يتألف المقياس بصورته الإنجليزية الأصلية من ٢١ عبارة تصف كل منها عرضا معروفا من أعراض القلق، وتدرج على قائمة رباعية من نوع ليكرت تتراوح من صفر=أبدا (لم يحصل إطلاقا)، ١= بشكل خفيف (لا يقلقني كثيرا)، ٢= بشكل معتدل (بضايقني ولكنني احتمله) إلى ٣= بشكل حاد. وقد استند مطورو المقياس بيك وزملائه (Beck, et al., 1988) في تطويرهم له على ما قدمته الدراسات السيكولوجية في هذا المجال بالإضافة إلى بيانات امبيريقية مكنتهم من وضع المقياس بصورته النهائية. واتجه الاهتمام إلى التركيز على الأعراض المميزة للقلق لتقليل تداخلها مع مقاييس الاكتئاب. وأورد مؤلفو المقياس مؤشرات ثبات المقياس وصدقه، الصدق التلازمي من خلال علاقة الأداء على مقياس هاملتون (ر = ٠.٥١) ومقياس القلق حالة-سمة لسيلبرج (ر = ٠.٨٥). كما أوردوا مؤشرات الصدق التمييزي دلت على التمييز بين مجموعات مرضية تختلف في مستوى القلق مقاسا بالعلامة على المقياس أعلى في المجموعة المصنفة أصلا على أنها ذات قلق من المجموعة الضابطة. وبين بيك وستير (Beck, Steer, 1991) أن فقرات المقياس تدور حول أربعة مظاهر أساسية للقلق هي: المظهر العصبي-الفيسيولوجي، والمظهر الموضوعي، والمظهر الهلع Panic، والأعراض التلقائية. وأشار بيك إلى تمتع المقياس بدلالات الاتساق الداخلي مرتفع (كرونباخ = ٠.٩٢)، ومؤشر ثبات إعادة الاختبار ٠.٩٤.

وقد تم حساب ثبات الاختبار بالدراسة الحالية من خلال إعادة الاختبار بمدى زمني اسبوعين على عينة من ٥٠ مراهق، وقد بلغ ٠.٨١.

الإساليب الإحصائية المستخدمة

تم استخدام المتوسطات والانحراف المعياري. وتم استخدام اختباري مان ويتني وكروسكال واليس لتحليل البيانات المستقلة الكمية. وتحليل البيانات المستقلة النوعية، تم استخدام اختبار مربع كاي. وتم تحليل العلاقة بين المتغيرات باستخدام تحليل ارتباط سبيرمان.

نتائج الدراسة ومناقشتها

تم تقسيم المرضى إلى مجموعتين: المراهقين ذوي اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط معالجين (ADHD+Psy)، والمراهقين ذوي اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط مشخصين حديثا (ADHD-Psy). ومع ذلك، كانت الدرجات

على مقاييس؛ بيك للاكتئاب والقلق لمجموعة المشخصين حديثاً (ADHD-Psy) أعلى بكثير من تلك الخاصة بمجموعة (ADHD+Psy).

الجدول (٢) المقاييس الإكلينيكية لقياس الأعراض الإكلينيكية لأعراض الاضطراب والأعراض الجسمية والاكتئاب والقلق

المتغيرات	ADHD+Psy متوسط $\pm$ انحراف معياري	ADHD- Psy متوسط $\pm$ انحراف معياري	Z	دلالة
K-ARS	٥.٣ $\pm$ ٢٧.٧	٤.٩ $\pm$ ٢٢.٤	٢.٣٨	٠.٠٥ >
قائمة مراجعة الأعراض -٩٠- الأعراض الجسدية	٣.٤ $\pm$ ٣٥.٥	٢.٠ $\pm$ ٦.٠	٤.٦٧	٠.٠١ >
بيك للاكتئاب	٢.٧ $\pm$ ١٣.٤	٢.٣ $\pm$ ٦.٧	٤.٢٦	٠.٠١ >
بيك للقلق	٣.٦ $\pm$ ١٢.٠	٣.٣ $\pm$ ٧.٤	٣.١٠	٠.٠١ >

تفسير النتائج:

تظهر النتائج الحالية أن الخضوع لعلاج دوائي ونفسي لمراهقين ذوي اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط يحسن الأعراض الإكلينيكية والجسدية لديهم. وقد لوحظ أن المراهقين المصابين باضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط يعانون من أعراض القلق والاكتئاب والأعراض الجسدية، وهو ما يتوافق مع الأدبيات. وكان كل من القلق والاكتئاب والأعراض الجسدية أعلى بشكل ملحوظ في المجموعة التي تم تشخيصها حديثاً ولم تخضع لعلاج اضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط مقارنة بالمراهقين المعالجين باضطراب ضعف تركيز الانتباه المصحوب بفرط النشاط. ويفترض أن القلق هو مؤشر لاستجابة العلاجية الضعيفة، ويشير إلى تحسن نتيجة العلاج السلوكي مقارنةً بالأدوية في علاجه، يبدو أنه لا تؤدي المنشطات النفسية إلى تفاقم القلق وقد تحسنه قليلاً. وهناك تفسيران محتملان لهذا القلق مع شرط علاج المراهقين المصابين باضطراب ADHD بالمنشطات النفسية: (١) أن المنشطات النفسية لها تأثير مباشر في تقليل القلق أو (٢) أن المنشطات النفسية تقلل بشكل غير مباشر من أعراض القلق عن طريق تحسين أعراض اضطراب ADHD. وتبدو الفرضية الأولى غير مرجحة، حيث لا يوجد دليل على أن المنشطات النفسية علاج فعال لاضطرابات القلق في البشر (Bilkei-Gorzo et al. 1998). ونعتقد أن التفسير الأكثر ترجيحاً هو أن المنشطات النفسية تقلل من أعراض القلق المقاسة بشكل غير مباشر عن طريق تحسين أعراض اضطراب ADHD لدى مراهقين ADHD.

يؤدي تحسين أعراض اضطراب ADHD على الأرجح إلى تقليل عدد المواقف المسببة للقلق التي يواجهونها؛ والمراهقين ذوي اضطراب ADHD والذين عولجوا بنجاح باستخدام المنشطات النفسية يعانون من مشاكل أكاديمية أقل وصراعات بين الأقران والآباء والتي قد تسبب لهم القلق. الأطفال الذين يعانون من اضطراب ADHD والرهاب الاجتماعي المصاحب (Golubchik, et al. 2014) واضطراب القلق العام شهدوا انخفاضاً في كل من أعراض اضطراب ADHD وأعراض القلق عند علاجهم بمنشط نفسي في تجارب عشوائية خاضعة للتحكم الوهمي.

في التجارب التي خضعت للتحكم الوهمي، شهد المراهقين ذوي ADHD والقلق المصاحب انخفاضاً أكبر في أعراض القلق لديهم باستخدام المنشطات النفسية مقارنة بأدوية القلق التقليدية (Abikoff, et al. 2005). يُعتقد أن المنشطات النفسية تقلل من قلق الحالة لدى البالغين المصابين باضطراب ADHD ولكن ليس لدى البالغين غير المصابين به (Bloch, et al., 2013). لذلك، من المرجح أن يكون التحسن في أعراض القلق المرتبطة بعلاج المنشطات النفسية ناتجاً عن تحسن أعراض اضطراب ADHD.

وكان لأعراض فرط النشاط تأثير كبير على الشكاوى الجسدية بين المراهقين الذكور الصينيين (Wu, et al., 2021). وقد يؤدي القلق لدى الأطفال إلى تغيير تصورهم للتغيرات الجسدية. إن الحساسية العالية والقلق بشأن التغيرات الجسدية من شأنه أن يؤدي إلى تغييرات مضخمة، والتي بدورها تعد واحدة من العمليات المشاركة في تطور الأعراض الجسدية (Beck, 2008).

وفي الختام، تبين أن المراهقين المصابين باضطراب ADHD لديهم المزيد من القلق والاكنتاب والأعراض الجسدية مقارنة المراهقين غير المصابين باضطراب ADHD، وأن المراهقين الذين تم تشخيصهم حديثاً ولم يخضعوا للعلاج باضطراب ADHD لديهم المزيد من تلك الأعراض أكثر من غيرهم في هذه الدراسة. وبالتالي، نستنتج أنه يجب أخذ التدخلات الخاصة بالشكاوى الجسدية لدى المراهقين الذكور الذين يعانون من أعراض ADHD.

References

- Abikoff H, McGough J, Vitiello B, McCracken J, Davies M, Walkup J, Riddle M, Oatis M, Greenhill L, Skrobala A, March J, Gammon P, Robinson J, Lazell R, McMahon DJ, Ritz L; RUPP ADHD/Anxiety Study Group. Sequential pharmacotherapy for children with comorbid attention-deficit/hyperactivity and anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005 May;44(5):418-27. doi: 10.1097/01.chi.0000155320.52322.37. PMID: 15843763.

Ahmann PA, Waltonen SJ, Olson KA, Theye FW, Van Erem AJ, LaPlant RJ. Placebo-controlled evaluation of Ritalin side effects. *Pediatrics*. 1993 Jun;91(6):1101-6. PMID: 8502509.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition text revision (DSM-IV-TR) Washington, DC, USA: American Psychiatric Association; 2000.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM 5) Washington, DC, USA: American Psychiatric Association; 2013.

Barkley RA, McMurray MB, Edelbrock CS, Robbins K. Side effects of methylphenidate in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systemic, placebo-controlled evaluation. *Pediatrics*. 1990 Aug;86(2):184-92. PMID: 2196520.

Beck JE. A developmental perspective on functional somatic symptoms. *J Pediatr Psychol*. 2008 Jun;33(5):547-62. doi: 10.1093/jpepsy/jsm113. Epub 2007 Dec 3. PMID: 18056142.

Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T, Wilens TE, Macpherson HA, Faraone SV. Stimulant therapy and risk for subsequent substance use disorders in male adults with ADHD: a naturalistic controlled 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2008 May;165(5):597-603. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07091486. Epub 2008 Mar 3. PMID: 18316421.

Bloch Y, Aviram S, Segev A, Nitzan U, Levkovitz Y, Braw Y, Mimouni Bloch A. Methylphenidate Reduces State Anxiety During a Continuous Performance Test That Distinguishes Adult ADHD Patients From Controls. *J Atten Disord*. 2017 Jan;21(1):46-51. doi: 10.1177/1087054712474949. Epub 2016 Jul 28. PMID: 23413186.

Bowen R, Chavira DA, Bailey K, Stein MT, Stein MB. Nature of anxiety comorbid with attention deficit hyperactivity disorder in children from a pediatric primary care setting. *Psychiatry Res*. 2008 Jan 15;157(1-3):201-9. doi: 10.1016/j.psychres.2004.12.015. Epub 2007 Nov 19. PMID: 18023880.

Coughlin CG, Cohen SC, Mulqueen JM, Ferracioli-Oda E, Stuckelman ZD, Bloch MH. Meta-Analysis: Reduced Risk of Anxiety with Psychostimulant Treatment in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015 Oct;25(8):611-7. doi: 10.1089/cap.2015.0075. Epub 2015 Sep 24. PMID: 26402485; PMCID: PMC4617411.

D'Agati E, Curatolo P, Mazzone L. Comorbidity between ADHD and anxiety disorders across the lifespan. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2019 Nov;23(4):238-244. doi: 10.1080/13651501.2019.1628277. Epub 2019 Jun 24. PMID: 31232613.

Derogatis LR. SCL-90-R: administration, scoring & procedures manual-II for the R(evised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series. Clinical Psychometric Research; Towson: 1992.

DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD, Reid R. ADHD Rating scale- IV: checklists, norms, and clinical interpretation. Guilford Publications; New York:

1998.

Gair SL, Brown HR, Kang S, Grabell AS, Harvey EA. Early Development of Comorbidity Between Symptoms of ADHD and Anxiety. *Res Child Adolesc Psychopathol.* 2021 Mar;49(3):311-323. doi: 10.1007/s10802-020-00724-6. Epub 2021 Jan 6. PMID: 33404952; PMCID: PMC7878348.

Ghandour RM, Overpeck MD, Huang ZJ, Kogan MD, Scheidt PC. Headache, stomachache, backache, and morning fatigue among adolescent girls in the United States: associations with behavioral, sociodemographic, and environmental factors. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004 Aug;158(8):797-803. doi: 10.1001/archpedi.158.8.797. PMID: 15289254.

Giacobo RS, Jané MC, Bonillo A, Arrufat FJ, Araujo E. ADHD and functional somatic symptoms: structural equations of a conceptual model. *Child Adolesc Ment Health.* 2014 May;19(2):83-89. doi: 10.1111/camh.12026. Epub 2013 Mar 14. PMID: 32878391.

Golubchik P, Sever J, Weizman A. Methylphenidate treatment in children with attention deficit hyperactivity disorder and comorbid social phobia. *Int Clin Psychopharmacol.* 2014 Jul;29(4):212-5. doi: 10.1097/YIC.0000000000000029. PMID: 24448460; PMCID: PMC4047304.

Hartman CA, Rommelse N, van der Klugt CL, Wanders RBK, Timmerman ME. Stress Exposure and the Course of ADHD from Childhood to Young Adulthood: Comorbid Severe Emotion Dysregulation or Mood and Anxiety Problems. *J Clin Med.* 2019 Nov 1;8(11):1824. doi: 10.3390/jcm8111824. PMID: 31683870; PMCID: PMC6912831.

Jarrett MA, Wolff JC, Davis TE 3rd, Cowart MJ, Ollendick TH. Characteristics of Children With ADHD and Comorbid Anxiety. *J Atten Disord.* 2016 Jul;20(7):636-44. doi: 10.1177/1087054712452914. Epub 2012 Aug 3. PMID: 22863769.

Katzman MA, Bilkey TS, Chokka PR, Fallu A, Klassen LJ. Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry.* 2017 Aug 22;17(1):302. doi: 10.1186/s12888-017-1463-3. PMID: 28830387; PMCID: PMC5567978.

Kim SM, Min KJ, Han DH. Effects of Methylphenidate on Somatic Symptoms and Brain Functional Connectivity in Adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Pilot Study. *Clin Psychopharmacol Neurosci.* 2022 May 31;20(2):259-270. doi: 10.9758/cpn.2022.20.2.259. PMID: 35466097; PMCID: PMC9048013.

Liu TL, Yang P, Ko CH, Yen JY, Yen CF. Association between ADHD symptoms and anxiety symptoms in Taiwanese adolescents. *J Atten Disord.* 2014 Jul;18(5):447-55. doi: 10.1177/1087054712439936. Epub 2012 Apr 16. PMID: 22508757.

Mancini C, Van Ameringen M, Oakman JM, Figueiredo D. Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders. *Psychol Med.* 1999 May;29(3):515-25. doi: 10.1017/s0033291798007697. PMID: 10405074.

Moshe K, Karni A, Tirosh E. Anxiety and methylphenidate in attention deficit hyperactivity disorder: a double-blind placebo-drug trial. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2012 Sep;4(3):153-8. doi: 10.1007/s12402-012-0078-2. Epub 2012 May 24. PMID: 22622628.

Newcorn JH. Managing ADHD and comorbidities in adults. *J Clin Psychiatry*. 2009 Feb;70(2):e40. doi: 10.4088/jcp.7129br7c.e40. PMID: 19265639.

Okyar E, Bozatlı L, Görker I, Okyar S. Anxiety and Somatic Symptoms in Children and Adolescents Diagnosed with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatry J*. 2023 Aug 7;2023:5523312. doi: 10.1155/2023/5523312. PMID: 37583678; PMCID: PMC10425248.

Oncü B, Oner O, Oner P, Erol N, Aysev A, Canat S. Symptoms defined by parents' and teachers' ratings in attention-deficit hyperactivity disorder: changes with age. *Can J Psychiatry*. 2004 Jul;49(7):487-91. doi: 10.1177/070674370404900711. PMID: 15362254.

Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007 Jun;164(6):942-8. doi: 10.1176/ajp.2007.164.6.942. PMID: 17541055.

Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015 Mar;56(3):345-65. doi: 10.1111/jcpp.12381. Epub 2015 Feb 3. PMID: 25649325.

Rapport MD, Moffitt C. Attention deficit/hyperactivity disorder and methylphenidate. A review of height/weight, cardiovascular, and somatic complaint side effects. *Clin Psychol Rev*. 2002 Nov;22(8):1107-31. doi: 10.1016/s0272-7358(02)00129-0. PMID: 12436807.

Reale L, Bartoli B, Cartabia M, Zanetti M, Costantino MA, Canevini MP, Termine C, Bonati M; Lombardy ADHD Group. Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017 Dec;26(12):1443-1457. doi: 10.1007/s00787-017-1005-z. Epub 2017 May 19. PMID: 28527021.

Reimherr FW, Marchant BK, Gift TE, Steans TA. ADHD and Anxiety: Clinical Significance and Treatment Implications. *Curr Psychiatry Rep*. 2017 Nov 20;19(12):109. doi: 10.1007/s11920-017-0859-6. PMID: 29152677.

Shih HH, Shang CY, Gau SS. Comparative Efficacy of Methylphenidate and Atomoxetine on Emotional and Behavioral Problems in Youths with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2019 Feb;29(1):9-19. doi: 10.1089/cap.2018.0076. Epub 2018 Nov 17. PMID: 30457349.

Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr*. 2007 Feb;166(2):117-23. doi: 10.1007/s00431-006-0299-5. Epub 2006 Oct 11. PMID: 17033803.

Snircova E, Marcincakova-Husarova V, Hrtanek I, Kulhan T, Ondrejka I, Nosalova G. Anxiety reduction on atomoxetine and methylphenidate medication in children with ADHD. *Pediatr Int.* 2016 Jun;58(6):476-81. doi: 10.1111/ped.12847. Epub 2016 Feb 3. PMID: 26579704.

So YK, Noh JS, Kim YS, Ko SG, Koh YJ. The reliability and validity of Korean Parent and Teacher ADHD Rating Scale. *J Korean Neuropsychiatr Assoc.* 2002;41:283-289.

Souza I, Pinheiro MA, Mattos P. Anxiety disorders in an attention-deficit/hyperactivity disorder clinical sample. *Arq Neuropsiquiatr.* 2005 Jun;63(2B):407-9. doi: 10.1590/s0004-282x2005000300008. Epub 2005 Jul 25. PMID: 16059589.

Taurines R, Schmitt J, Renner T, Conner AC, Warnke A, Romanos M. Developmental comorbidity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2010 Dec;2(4):267-89. doi: 10.1007/s12402-010-0040-0. Epub 2010 Nov 10. PMID: 21432612.

Ulloa RE, Sánchez S, Saucedo JM, Ortiz S. Psicopatología asociada al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños de edad escolar [Psychopathology associated to attention deficit hyperactivity disorder in school age children]. *Actas Esp Psiquiatr.* 2006 Sep-Oct;34(5):330-5. Spanish. PMID: 16991022.

Winding TN, Andersen JH. Do negative childhood conditions increase the risk of somatic symptoms in adolescence? - a prospective cohort study. *BMC Public Health.* 2019 Jun 26;19(1):828. doi: 10.1186/s12889-019-7198-y. PMID: 31242885; PMCID: PMC6595570.

Wu S, Yang T, He Y, Cui X, Luo X, Liu J. Association Between Hyperactivity Symptoms and Somatic Complaints: Mediating and Moderating Mechanisms in Childhood Trauma and Life Events Among Chinese Male Adolescents. *Front Psychiatry.* 2021 Sep 16;12:630845. doi: 10.3389/fpsy.2021.630845. PMID: 34646169; PMCID: PMC8504436.

Ulloa RE, Sánchez S, Saucedo JM, Ortiz S. Psicopatología asociada al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños de edad escolar [Psychopathology associated to attention deficit hyperactivity disorder in school age children]. *Actas Esp Psiquiatr.* 2006 Sep-Oct;34(5):330-5. Spanish. PMID: 16991022.