كلية التربية

كلية معتمدة من الهيئة القومية لضمان جودة التعليم

إدارة: البحوث والنشر العلمي (المجلة العلمية)

=======

فاعلية فنية الاسترخاء العضلي في خفض حدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى أطفال المرحلة الابتدائية (دراسة تحليلية علاجية)

إعـداد

د/ أسماء عثمان دياب عبد المقصود

مدرس الصحة النفسية كلية التربية بالوادي الجديد

جامعة أسيوط

﴿ المجلد الحادي والثلاثين– العدد الرابع – جزء ثاني– يوليو ٢٠١٥م ﴾

http://www.aun.edu.eg/faculty_education/arabic

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على الدلالات الكلينيكية المميزة لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، كما هدفت إلى إعداد برنامج قائم على فنية الاسترخاء لخفض حدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ودراسة فاعلية هذا البرنامج في خفض حدة هذا الاضطراب. تكونت عينة الدراسة الأساسية من (٩٠) طالبا وطالبة بالصف الخامس الابتدائي بمدينة الخارجة – الوادي الجديد. تكونت عينة الدراسة الكلينيكية من حالة واحدة تعاني من الاضطراب ، وتكونت عينة الدراسة العلاجية من (١٥) طالب يعانون من الاضطراب. استخدمت الدراسة مقياس اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إعداد وترجمة الباحثة ومقياس ستانفورد بينية الصورة الرابعة واختبار بقع الحبر لرورشاخ وفنية الاسترخاء العضلي. تكونت عينة الدراسة الكلينيكية من حالة حصلت على أعلى درجة في مقياس اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وطبقت عليها اختبار الرورشاخ ، وتكونت عينة الدراسة العلاجية من (١٥) طالب ممن ينطبق عليهم أعراض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. وجدت الدراسة أن هناك دلالات كلينيكية مميزة لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. ووجدت الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لصالح القياس البعدي. ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لصالح القياس التتبعي.

Abstract:

The study aimed to focus on the role of Rorschach Test in determining the clinical functions of children suffering from attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The study aimed also at testing the effectiveness of muscular relaxation in reducing attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Participants consisted of (90) students in the fifth grade primary school in El-Kharga city in the New Valley Governorate. The clinical study consisted of (1) student suffering from ADHD. The theraputic study consisted of (15) students suffering from ADHD. The study used attention deficit hyperactivity disorder scale prepared and translated by the researcher and Stanford Binet Intelligence scale, fourth Edition, the Rorschach test and muscular Relaxation Technique. Results: The study confirmed that Rorschach test can be used to detect the functional clinical dynamics of attention deficit hyperactivity disorder. The study found that there were statistically significant differences between the average grades of the individuals of experimental group in pre and post measurement on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) scale in favor of the post measurement. The study also found that there were statistically significant differences between the average grades of the individuals of experimental group in post and follow-up measurement on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) scale in favor of follow-up measurment.

.

مقدمة الدراسة:

لقد حظي تشخيص اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) باهتمام واسع من الأوساط العلمية ومصادر الإعلام الرئيسية لدرجة أنه أصبح من السهل للشخص العادي أن يستحضر صورة نمطية للطفل العصبي ، والاندفاعي ، الذي يحركه أي دافع والذي يمكن أن يعوق بمفرده حتى أكثر الفصول إدارة جيدة ، وعلى الرغم من الاستخدام الواسع لتشخيص ADHD وتطبيقاته مع فئات الأطفال الكلينيكية ، إلا أنه لا يزال يثير العديد من المشكلات فيما يتعلق بالتصور المفاهيمي ، والتقييم ، والعلاج (Faraone, 2005).

ومما يزيد الأمور تعقيدًا ، أن هناك معدل مرتفع من التزامن بين ADHD والاضطرابات المستخرجة الأخرى في الطفولة ، وقد تم تقدير أن حوالي نصف الأطفال الذين يشخصون باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لديهم معايير اضطراب المسلك واضطراب المعارضة المتحدية ، كما أن الأطفال ذوي ADHD لديهم أيضًا معدلات مرتفعة من التزامن مع الاضطرابات المستدخلة في الطفولة مع تقديرات أن حوالي ثلث هؤلاء الأطفال يعانون من اضطرابات الاكتئاب أو القلق (Tannock, 2000) .

ويعد اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ADHD اضطرابا عصبيًا نمائيًا شائعًا يتسم بأعراض سلوكية من عدم الانتباه و أو الاندفاعية – النشاط الزائد (American Psychiatric Association [APA], 2013) يؤثر تقريبًا على ٥.٩% إلى ٧.١% من الأطفال والمراهقين (Wiiicutt, 2012). وترتبط أعراض ADHD بالقصور في الوظيفة أو الأداء الأكاديمي ، السلوكي ، الاجتماعي ، والانفعالي ، مما يؤدي بصفة عامة إلى صعوبات أساسية في الجلسات المدرسية ، وبصفة خاصة ، فإن الطلاب ذوي ADHD أكثر عرضة للتحصيل الأكاديمي المنخفض والرسوب وإحالتهم إلى خدمات التربية الخاصة والانقطاع عن المدرسة (Kent et al., 2011) . كما يعاني الطلاب والمراهقين ذوي ADHD من صعوبات في التفاعل مع أقرنهم وأشكال السلطة من الراشدين ولديهم صعوبة في بناء والحفاظ على صداقات ومن المحتمل أن يتم رفضهم من زملائهم عن أقرانهم الذين لا يعانون منADHD وقد يعانون من صعوبات انفعالية ترتبط بمواجهة هذا الاضطراب.

وبناء على القصور الاجتماعي والأكاديمي المزمن لذوي ADHD ، فإنه من المهم تحديد وبدقة الطلاب ذوي ADHD لتصميم تدخلات علاجية مناسبة (Evans, Owens, Mautone, DuPaul & Power, 2014). ، ويتضمن التقييم التشخيصي الشامل استجابات متعددة (مثل المدرسين ، والوالدين) ومقاييس متعددة (مثل المقابلة التشخيصية ، مقاييس تقدير السلوك ، ملاحظات مباشرة للسلوك الصفي) لتحديد إذا ما كان سلوك الطالب وأداءه يقابل معايير ADHD الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DuPaul & Stoner, 2014) وترى الباحثة أن ذلك لا يتم فقط من خلال اختبارات سيكومترية ولكن من خلال اختبارات اسقاطية كاختبار الروررشاخ واستخدام فنية علاجية محددة وهي الاسترخاء لتقليل حدة الاضطراب.

مشكلة الدراسة:

يظهر الطلاب ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عادة مجموعة متنوعة من السلوكيات تؤثر بشكل سلبي على فصلهم وأدائهم الأكاديمي ، وتتضمن صعوبات الانتباه التشتت بشكل متكرر ؛ مشكلات تتعلق بالمحافظة على استمرار التركيز على تعليمات المدرس والقيام بعمل مستقل ؛ نسيان مواد الفصل (مثل الكتاب ؛ القلم) ؛ صعوبات في تنظيم الدفاتر ، والكتب والخزائن وعدم استكمال الواجب المنزلي في الوقت المحدد أو بطريقة جيدة والمماطلة في الواجبات طويلة المدى (مثل تقارير الكتب) ؛ وعدم الاستذكار للامتحان بطريقة كافية أو فعالة (Barkley, 2015). وقد تتضمن أعراض النشاط الزائد مستويات عالية من التململ وسلوكيات خارجة عن نطاق مقعده ونداء متكرر بدون تصريح وكسر القواعد الصفية دون اعتبار للنتائج ، والتسرع في استكمال الواجبات بطريقة غير دقيقة ، إصدار ضوضاء غير مناسبة تعطل عمل الطلاب الآخرين أو قطع خط معين أو القفز قبل دوره في الأنشطة الجماعية (DuPaul & Stoner, 2014). بالإضافة إلى ذلك ، الإخلال بأدائهم وكذلك تعطيل اللياقة الصفية ، كما أنهم يتحدون بشكل علني تعليمات المدرس وقواعد الفصل ، ويتصرفون بطريقة لفظية وجسدية عدوانية تجاه أقرانهم ، ويخترقون قواعد المدرسة الرئيسية (مثل التغيب عن المدرسة ، والغش في الامتحانات (Barkley, 2015).

وبحكم التعريف ، ومن أجل التشخيص ، فإن السلوكيات العرضية التي تكون اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لابد أن ترتبط ببعض القصور في الوظائف الأكاديمية أو الاجتماعية (American Psychiatric Association, 2013) . وبالتالي ، فإنه من غير المدهش أن الطلاب ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يكون تحصيلهم الأكاديمي منخفض مقارنه بأقرانهم الذين لا يعانون من هذا الاضطراب بالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من المحتمل أن يكونوا أكثر عرضة للرسوب ، وأن يتم إحالتهم لخدمات التربية الخاصة ، وحرمانهم من العديد من الامتيازات ، والتسرب من المدرسة مقارنة بالطلاب الذين لا يعانون من صعوبات(Kent et al., 2011). وترتبط أيضًا أعراض اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بشكل متكرر بالقصور في العلاقات الاجتماعية ، وبشكل أكثر تحديدًا ، فإن الطلاب ذوي هذا الاضطراب عادة ما يعانون من صعوبات في التفاعل مع أقرانهم وأشكال السلطة وكذلك النضال من أجل الاحتفاظ بالأصدقاء في نفس المرحلة العمرية ، ونتيجة لذلك ، فإن الأطفال والمراهقين الذين يعانون من هذا الاضطراب من المحتمل أن يتم رفضهم من إقرانهم مقارنة بزملائهم الذين لا يعانون من هذا الاضطراب (Hoza, 2007) ، وبناءً على هذا القصور المتكرر والخطير ، فإن الطلاب ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أكثر من غيرهم عرضة لمشكلات انفعالية وسلوكية إضافية مثل الاكتئاب والقلق (Barkley, 2015) ، ويعاني أيضًا الطلاب ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) من عدم مرونة اجتماعية من خلال المشكلات التحتية في التنظيم الانفعالي ، إدارة الشدة السلوكية ، والتبادل الاجتماعي والاتصال (Barkley, 1997).

وقد ربطت Gilmore (2000, 2002) تنظيم وتكامل قدرات الأنا بمشكلات في اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ومن وجهة نظر تحليلية ، تقترح نموذج يرى ADHD وعلاجه في سياق التفاعل بين العوامل الأسرية والبيئية والتكوينية والنمائية والنفسية ، وقد لاحظت أن القدرة على المشاركة تعتمد على تنظيم ودمج قدرات الأنا ، والتي ليست أمرا مسلم به ولكن تعد انجازا نمائيا وأن القصور في وظيفة الأنا ترتبط ارتباطا متبادلا مع القصور في الانتباه واضطرابات في تمثيلات الموضوع والتنظيم الانفعالي منذ بداية مبكرة من حياة الفرد ، ومع ضعف القدرة على تحمل الانفعال الشديد

والقلق ، فإن الأطفال ذوي ADHD يمكن أن يصبحوا بسهولة غير منظمين بسبب التغيرات غير المتوقعة في بيئاتهم وبسبب النوعية الدينامية الكامنة في التبادلات الاجتماعية ، وبالتالي ، قد يصبحوا إما أكثر إثارة أو قلقًا أو على النقيض يتسمون بالتقيد بشكل غريب وتفتقر إلى القلق.

إن دمج السلوكيات العرضية لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، العدوان المصاحب و أو التحدي ، و القصور الوظيفي والأدائي لا يضع الطلاب فقط الذين يعانون من هذا الاضطراب أمام الفشل المدرسي ، ولكن يقدم أيضًا تحديات خطيرة للمدرسين ، وأخصائيين المدرسة والأشخاص الآخرين الذين يتعاملون مع هذه الفئة. إن الأفراد في المدرسة غالبا يكونوا في "الخطوط الأولى" فيما يتعلق بالتعرف وإدراك الطلاب ذوي الصعوبات مع اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ومحاولة مخاطبة القصور السلوكي والأكاديمي والاجتماعي بطريقة شاملة ، وبالمثل فإن الأخصائيين التعليميين لا يجب أن يفهموا فقط طبيعة ونتائج الاضطراب ، ولكن يجب أيضًا أن يكونوا مجهزين لتصفية وتقييم والتدخل العلاجي في الوقت المناسب وبطريقة مدعمة تجريبيًا (Brock, Jimerson, & Hansen, 2009) . وعلى الرغم من العديد من الدراسات دعمت فهمنا لاضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، قدمت مقاييس تقييم ثابتة وصادقة ، وأسست تدخلات علاجية فعالة تعتمد على المدرسة إلا أنه لازالت هناك فجوة كبيرة بين البحث والممارسة في معظم الجلسات الصفية school settings (DuPaul & Stoner, 2014) ، وحددت بوضوح نتائج دراسة Spiel, Evans & Langberg (2014) فجوتين رئيسيتين في وجود خدمات التدعيم للطلاب ذوي ADHD: الافتقار إلى تدخل علاجي محدد يركز على الاهتمامات السلوكية الأولية ، ونقص استخدام استراتيجيات تعتمد على الأدلة في العالم الواقعي ، وهو ما استدعى الباحثة أن تتناول الديناميات الكلينيكية للشخصية التي تعاني من اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ومحاولة علاج مجموعة من الحالات باستخدام فنية الاسترخاء العضلي نظرا لقلة استخدامها مع المرحلة الابتدائية.

ونتيجة لكل ما سبق ، فقد تم تحديد مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية:

١- ما هي نسبة انتشار نشأة اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد؟

٢- هل توجد فروق بين الذكور والإناث في نشأة اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد؟
٣- هل توجد دلالات كلينيكية مميزة لاضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد؟
٤- هل يزداد أم ينخفض معدل انتشار اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بتقدم العمر؟
٥- هل يؤثر الاضطراب على الوظائف العقلية؟
٦- ما العوامل الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تؤدي إلى نشأة هذا الاضطراب؟
٧- ما هي الاعتقادات الجوهرية المميزة لهذه الفئة؟
٨- ما مدى فاعلية استخدام فنية الاسترخاء في خفض حدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى طلبة المرحلة الابتدائية؟

أهداف البحث:

١- تعرف على الدلالات الكلينيكية المميزة لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.
٢- إعداد برنامج قائم على فنية الاسترخاء لخفض حدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.
٣- دراسة فاعلية هذا البرنامج في خفض حدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى أفراد العينة.

أهمية الدراسة:

أولاً الأهمية النظرية:

١- أهمية اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الذي تتناوله الدراسة وشيوع ظهوره وندرة الدراسات التي تتناول فنية الاسترخاء بمفردها مع تلاميذ المرحلة الابتدائية .
٢- ندرة الدراسات العربية التي تناولت البحث عن الأسباب الحقيقية اللاشعورية التي تؤدي إلى هذا الاضطراب ودراسته باستخدام اختبار رورشاخ من اجل

التشخيص الدقيق ومعرفة البناء النفسي للحالات التي تعاني من اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

٣- قصور الانتباه من الأمور التي تعوق التفاعل مع البيئة الخارجية والتعلم بفاعلية ووضع برنامج علاجي يساعد كثيرا في إحداث تنمية اجتماعية وتغذية عاطفية لدى الأطفال ويعود ذلك بالنفع على الاستفادة من التعليم كقناة استثمارية.

الأهمية التطبيقية:

١- تقديم إطار عملي للمشتغلين بعلم النفس والصحة النفسية ، عن طريق إبراز أهمية الاسترخاء كفنية علاجية مع ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

٢- يعتبر تشخيص اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في هذه الفترة ذا قيمة وقائية عظيمة حيث لا يزال الاضطراب بعد أقل اندماجاً في الشخصية.

٣- تبدو أهمية الدراسة التطبيقية فيما تسفر عنه من نتائج ذات أهمية كبيرة للباحثين والمعالجين في مجال الصحة النفسية وتوظيفها في تفعيل دور المرشد المدرسي ، حيث أنه الاسترخاء يعد وسيلة سهله التعلم والتعليم والفهم مما ييسر الاتحاد الإرشادي الفعال مع الطلاب والمدرسين والوالدين لنكفل النمو النفسي السليم للأطفال.

مصطلحات الدراسة:

اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

يعرف اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بأنه "نمط مستمر من عدم الانتباه و أو النشاط الزائد – الاندفاعية التي تداخل مع الأداء أو النمو" (American Psychiatric Association, DSM-5, 2013) ويتحدد في الدراسة الحالية بالدرجة التي يحصل عليها الطالب في المقياس الذي أعددته الباحثة.

الخلفية النظرية والدراسات السابقة:

يظهر الأطفال والمراهقين الذين يشخصون باضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) مستويات نمائية غير ملائمة من عدم الانتباه و

أو الاندفاعية – النشاط الزائد التي ترتبط بالقصور الدال كلينيكيا في الأداء الأكاديمي و أو الاجتماعي(Barkley,2015).

ووفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (American Psychiatric Association, 2013) يشخص الفرد بأنه يعاني من اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد وفقا للمعايير التالية:

(أ) يمكن تشخيص هذا الاضطراب حسب توافر المعايير (١)، أو (٢) كالتالي:

(١) نقص الانتباه:: ويحدد هذا الاضطراب بتوافر ستة أعراض أو أكثر، والتي تستمر لمدة ستة أشهر على الأقل، وهذه الأعراض لا تتماشى مع مستوى النمو للفرد، كما تؤثر مباشرة بالسلب على مستوى أدائه للأنشطة الاجتماعية والأكاديمية والمهنية . ملحوظة: هذه الأعراض ليست فقط من مظاهر السلوك المعارض أو المتحدي أو العدائي، وليست من مظاهر عدم القدرة على أداء المهام أو فهم التعليمات. بالنسبة للمراهقين والبالغين من سن ١٧ سنة فما فوق، يجب أن تتوافر خمسة أعراض على الأقل:

أ- في كثير من الأحيان يفشل في تركيز الانتباه (التدقيق في التفاصيل، ويرتكب أخطاء بسبب الإهمال واللامبالاة في المدرسة، أو العمل، أو أثناء ممارسة الأنشطة الأخرى. مثال: يفتقد إلى معرفة التفاصيل، غير دقيق في عمله)

ب- يجد غالبا صعوبة في الحفاظ على تركيزه عند أداء المهام الموكلة إليه أو الأنشطة التي يمارسها (مثال: لديه صعوبة في الاستمرار في التركيز أثناء المحاضرات، المحادثات مع الغير، أو القراءة الطويلة).

جـ- غالبا لا يبدو منصتا عندما يتحدث الآخرون إليه مباشرة (مثلا: يكون شارد الذهن، بالرغم من عدم وجود ما يشتت انتباهه).

د- لا يتبع غالبًا التعليمات، ويفشل في إنهاء الواجبات المدرسة والأعمال المنزلية، أو المهام الموكلة إليه في العمل (مثلا: يبدأ في القيام بالمهام ولكن سرعان ما يفقد تركيزه، ويتشتت بسهولة عندما يظهر مثير آخر).

هـ- يجد غالبًا صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة (ترتيب الأولويات)، (مثلا: يجد صعوبة في الحفاظ على ترتيب الأشياء ومتعلقاتها، فوضوي، غير منظم

في العمل، إدارة الوقت عنده سيئة، يفشل في إنهاء المهام الموكولة إليه في مواعيدها المحددة).

و- يتجنب غالبًا أو يكره المشاركة في أداء المهام التي تتطلب مجهود عقلي متواصل، (مثلا: الواجبات المدرسية والواجبات المنزلية. وبالنسبة للمراهقين والبالغين، تجدهم يتجنبون أو يعزفون عن إعداد التقارير، ملء الاستمارات (نماذج المعاملات)، ومراجعة التقارير وقراءة الكتابات المطولة).

ز- يضيع غالبا الأدوات والمواد الضرورية اللازمة للقيام بالأنشطة، مثل أدوات المدرسة، الأقلام، الكتب، حافظة النقود، أو حافظة الأدوات، المفاتيح، أوراق العمل، النظارة، أو التليفون).

ل- غالبا ما يتشتت انتباهه بسهولة بسبب مثيرات عرضية ، وبالنسبة للمراهقين والبالغين، تتداخل في أذهانهم أفكارا لا علاقة لها بالموضوع الأصلي الذين يفكرون فيه.

م- غالبا ما يكون كثير النسيان فيما يخص الأنشطة والأعمال اليومية، (مثلا :ينسى الأعمال المنزلية المطلوب أداءها أو التي قام بها بالفعل، وبالنسبة للمراهقين والبالغين، تجدهم ينسون دفع الفواتير، أو ينسون المواعيد التي يعطونها للآخرين).

(٢) النشاط الزائد والاندفاع: ويحدد بتوفر ستة أعراض أو أكثر، والتي تستمر لمدة ستة أشهر على الأقل؛ حيث إن هذه الأعراض لا تتماشى مع مستوى نمو الفرد، كما تؤثر مباشرة بالسب على مستوى أدائه للأنشطة الاجتماعية والأكاديمية والمهنية.

أ- غالبا ما تجده يتململ ويشبك يديه أو يقرع على المقعد، أو تجده يتلوى ولا يجلس ثابتا عليه.

ب- يترك مكانه في المقعد على الرغم من أن الوضع غير ملائم لذلك، (مثلا: يترك مقعده في الصف وينتقل من مكان لآخر، أو يترك مكتبه في مكان عمله بالرغم من أن لديه مهام تتطلب منه الجلوس في مكتبه)

جـ- تجده غالبا ما يجري ويتجول حول مكان جلوسه ، أو يتسلق الأماكن بطريقة لا تتلاءم مع الموقف الذي هو فيه، وبالنسبة للكبار تجده يشعر بعدم الارتياح في المكان الذي يجلس فيه.

د- يجد غالبًا صعوبة في اللعب أو المشاركة في أنشطة وقت الفراغ بهدوء.

هـ- تجده غالبا ما يتصرف كما لو كان مدفوعا بمحرك، (مثال: تجده هائجا ومضطربا يتحرك في كل مكان، لا يشعر بالراحة عند المكوث في مكان واحد لمدة طويلة مثل المطاعم أو الاجتماعات، وربما ينظر إليه الآخرون على أنه مضطرب وهائج ومن الصعب التواصل معه).

و- .كثيرا ما يتحدث بشكل مفرط.

ز- كثيرا ما تجده يجيب على السؤال قبل أن يستكمل صاحب السؤال سؤاله، (مثلا : يكمل الجمل للناس أثناء حديثه معهم، ولا يستطيع انتظار دوره في الحوار عندما يتحاور مع الآخرين بل تجده يقاطع المتحدث ليتحدث هو).

ل- في كثير من الأحيان تجد لديه صعوبة في انتظار دوره خاصة عندما يكون واقفا في طابور انتظار.

م- غالبا ما يقاطع الآخرين ويتطفل عليهم، أي يتدخل في حوارات الآخرين ويعقب على كلامهم، على الرغم من أنه ليس طرفا في الحوار، كما يتطفل على الآخرين ويقتحم مكان لعبهم أو ممارستهم للأنشطة، وربما تجده يستخدم أدوات الآخرين دون الحصول على إذن منهم، أو تجده يستولي على أدوار الآخرين ويتحدث باسمهم مثلا).

(ب) تظهر أعراض نقص الانتباه أو النشاط الزائد والاندفاع قبل سن ١٢ سنة.

(جـ) تظهر أعراض نقص الانتباه أو النشاط الزائد والاندفاع في اثنين أو أكثر من المجالات، مثلا: في المنزل، أو المدرسة، أو العمل، أو مع الأصدقاء، أو الأقارب، وفي غيرها من الأنشطة).

(د) لابد من وجود دليل واضح على أن هذه الأعراض تؤثر وتقلل من كفاءة القيام بالأنشطة الاجتماعية أو الأكاديمية أو المهنية.

(هـ) لا تحدث هذه الأعراض على وجه الحصر أثناء اضطراب النمو العام ، الفصام أو اضطراب نفسي آخر ، ولا يمكن تفسيرها بوضوح باضطراب عقلي آخر (مثل: اضطراب المزاج، واضطراب القلق، والاضطراب التفككي ، أو اضطراب الشخصية، أو الانسحاب). (American Psychiatric Association, 2013)

ويشخص تقريبا ١١% من الأطفال في الولايات المتحدة من قبل والديهم باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في مرحلة ما من حياتهم (Visser et al., 2014) وبالتالي ففي فصل يتراوح من ٢٥ إلى٣٠ طالب، نجد أنه من بين ١ و٣ طلاب قد يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. ويؤثر الاضطراب على الذكور أكثر من الإناث ، بمعدل يتراوح من ٢ : ١ إلى ٥ : ١ (Barkley, 2015) . وعلى الرغم من أنه من الممكن أن تكون العوامل العصبية البيولوجية مسئولة عن الفروق بين النوعين في انتشار اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، فإنه توجد دراسات تؤكد أيضًا أن البنات أقل إحالة للتشخيص والعلاج لأنهم قد يظهرون مستويات أقل انخفاضًا من العدوان و أو السلوك المتحدي عن الذكور ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وبالتالي فقد يوجد بنات ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في الفصول أكثر مما هو محدد حاليا (Jimerson, 2014 & DuPaul).

إن المشكلات المرتبطة باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، الذي يبدأ في مرحلة الطفولة ويستمر غالبًا حتى الرشد لا يؤثر فقط على التحصيل الانفعالي والمهني ، ولكن يؤثر أيضًا على العلاقات الأسرية والعلاقات مع الزملاء ، وقد أظهر حقًا العديد من الباحثين النتائج الاجتماعية العميقة لحياة الأطفال ذوي ADHD ، بما في ذلك الميل القوي إلى رفضهم من قبل أقرانهم ، وإلى سوء فهم قدراتهم الاجتماعية في

التفاعلات ويظهرون أنماط من التدخل والسلوك الفوضوي (Zalecki & Hinshaw, 2004).

ويعد تقرير المدرس فيما يتعلق بتكرار وحدة السلوكيات التي تتسم بعدم الانتباه والاندفاعية والنشاط الزائد في جلسات الصف مكون هام وحاسم للتقييم متعدد الطرق (DuPaul & Stoner, 2014). فالأطفال والمراهقين يقضون ٣٠ ساعة أسبوعيًا في المدرسة وتعد المدارس من أكثر البيئات تحديًا للأفراد ذوي ADHD ؛ حيث تتوقع المدرسة منهم الانتباه المستمر وكبح السلوكيات الاندفاعية ومتطلبات الجلوس في مقاعدهم أغلب الساعات الدراسية.(Reid, 2012). وبالتالي ترى الباحثة أن المدرسين لديهم فرص فريدة لملاحظة سلوك الطفل في سياق الفصل خلال فترة زمنية ممتدة والدرجة التي تعوق خلالها السلوكيات العرضية الأداء الأكاديمي والعلاقات البينشخصية ، ومن وجهة نظر تشخيصية ، فإن المدرسين قد يقدمون معلومات هامة فيما يتعلق ليس فقط بتكرار سلوكيات العرض ، ولكن أيضًا بالدرجة التي تنحرف عنها السلوكيات عن التوقعات النمائية وتأثير الوظيفة الأكاديمية والاجتماعية للأطفال.

وتركز النماذج المفاهيمية التي تتناول اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على القصور في الوظيفة الإجرائية وتنظيم الذات (Loe & Feldman, 2007)وتركز النماذج النفسية الأخرى على العوامل المعرفية والنفسعصبية (Sergeant, 2005) وكذلك العوامل العصبية والبيوكيميائية (Chandler, 2010) بالإضافة إلى ذلك الأبحاث التي تناولت التزامن مع اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (مثل صعوبات تعلم محددة ، قلق) والتي يندمج معها أيضًا صعوبات في النواتج الأكاديمية (Bauermeister et al., 2007). وفي كل وجهات النظر هناك عوامل مهيئة مرتبطة باضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد التي تزيد من إمكانية العمليات التي تمثل مشكلة التي من المحتمل أن تشوه العمليات الأكاديمية (Martin, 2014).

وقد تناولت وفحصت الدراسات البحثية بشكل أساسي تقييم وعلاج أعراض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع اهتمام ثانوي فقط بالقصور التعليمي والاجتماعي (DuPaul & Jimerson, 2014) ، ومع ذلك ، فإن معظم الطلاب ذوي اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يجذبون اهتمام الأخصائيين النفسيين وأخصائيين الصحة النفسية بسبب القصور وليس بسبب أعراض الفرد (Evans, Owens,

الضوء على Martin, 2014b ؛ فقد ألقي Mautone, DuPaul,&Power, 2014). التأثير الخطير لأعراض ADHD على الأداء والوظائف الأكاديمية حيث أجرى مسح على ١٣٦ طالب ذوي ADHD و٣.٧٧٩ طالب في استراليا فيما يتعلق بخبرات المحن الأكاديمية (مثل الرسوب ، عدم استكمال العمل المدرسي ، الفشل الأكاديمي) والعوامل الشخصية المتعددة (مثل الخصائص الاجتماعية الديموجرافية ، التحصيل السابق) وعوامل سياقية (بمعنى المدرسة) التي قد تنبئ بالصعوبات الأكاديمية وعند ضبط المتغيرات الشخصية والسياقية فإن حالة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ينبئ بشكل دال بأربع منبئات من ثماني منبئات للصعوبات الأكاديمية وتشمل عدم استكمال الواجب المدرسي ، تغيير المدرسة ، التوقف عن الدراسة ، والطرد من المدرسة ، وبشكل بديل لم يكن ADHD منبئ دال بالرسوب ، الفشل الأكاديمي ، تغيير الفصول ، والرفض المدرسي وذلك لأن المنبئات الأخيرة للصعوبات الأكاديمية كانت مسئولة بشكل دال عن التحصيل القبلي ووجود تشخيص صعوبة التعلم. ويؤكد Martin أن الأخصائيين النفسيين في المدرسة لابد أن يدركوا أن الصعوبات الأكاديمية قد يكون مسئول عنها عوامل متعددة ومعقدة تتضمن على سبيل المثال لا الحصر ADHD ، وبالتالي فإنه لابد من وضع تدخلات علاجية متعددة الأبعاد مصممة لمواجهه السلوكيات المرتبطة بهذا الاضطراب وكذلك العوامل الشخصية والسياقية الظاهرة لمخاطبة القصور الأكاديمي بشكل شامل.

وقد تناولت العديد من الدراسات تقييم أعراض ADHD والقصور المرتبط للتصفية ، والتشخيص ، والتطور العلاجي وأغراض التقييم ، فقد أجرى DuPaul, Reid, Anastopoulos & Power (2014) مسح قومي على عينة قومية ممثلة مكونة 1,070 مدرس لقياس انتشار أعراض ADHD الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس والقصور المرتبط لدي ٢.١٤٠ طالب تتراوح أعمارهم من ٥ – ١٧ سنة تم اختيارهم بشكل عشوائي من قوائم الفصل ، وكان هدف هذه الدراسة تحديد انتشار ADHD وفقا لتقارير المدرسين بناء على الأعراض ، القصور ، ودمجهم وكذلك تحديد إذا ما كانت

معدلات العرض والقصور تتنوع كوظيفة لخصائص الطالب والمدرس الديموغرافية ، وكانت معدلات انتشار الاضطراب ٧%. وتلقي هذه النتيجة الضوء على الحاجة إلى تقييم دمج الأعراض والقصور للوصول إلى قرارات تشخيصية متسقة مع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس.

وقد استخدمت العديد من الدراسات برامج إرشادية سلوكية لوالدي ومعلمي الأطفال ذوي اضطراب الانتباه والنشاط الزائد فقد هدفت دراسة Basu & Deb (1996) إلى تقديم نموذج للتدريب الفعال لآباء الأطفال ذوي اضطراب الانتباه والنشاط الزائد والذي يتمثل في خمسة عناصر أساسية (تحديد السلوكيات المستهدفة ، معرفة المعلومات الأساسية عن حياة الأسرة والطفل ، متابعة تنفيذ البرنامج داخل المنزل ، إمداد الآباء بالمعلومات التي تتعلق بتسجيل خطوات تنفيذ البرنامج داخل المنزل ، ومشاركة المدرسة في إرشاد الوالدين).

وهدفت دراسة Aman (2001) إلى التعرف على فعالية العلاج الأسري البنائي والاستراتيجيات السلوكية المعرفية للأطفال مضطربي الانتباه والحركة الزائدة وأسرهم واشتركت (٦٢) أسرة كمجموعة تجريبية ، (٦٢) كمجموعة ضابطة ، وأكمل الآباء قائمة الضغط الوالدي ومقياس الرضا العائلي وأكمل الأطفال مقياس الرضا العائلي وقائمة المهارات الاجتماعية وخلال جلسات البرنامج الأسري يتم تدريب الوالدين لتعليم أطفالهم مجموعة من المهارات والأنشطة لاستثارة انتباههم والحد من حركتهم الزائدة ، ويتم تطبيق البرنامج مع كل أسرة على حدى وأسفرت النتائج عن أن تدريب كلا من الوالدين والطفل تحد من الصراعات داخل الأسرة مع شعور الوالدين والطفل بالرضا العائلي ، ويكون الوالدان أكثر فعالية في تقييم أطفالهم مع قدرتهم على تطوير المهارات الضرورية لأطفالهم.

كما استخدمت دراسة Jensen et al. (2001) السيكودراما ممثلة في فنية لعب الدور وعكس الدور مع اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وتكونت عينة الدراسة من (٨) أطفال تتراوح أعمارهم من ٦– ١٢ عامًا تم تطبيق البرنامج لمدة شهرين بواقع ثلاث جلسات أسبوعيًا وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية السيكودراما في خفض حدة اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

وقد استخدمت دراسة Huang, Chao, Tu & Yang (2003) برنامج تدريبي سلوكي لوالدين الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد واضطراب المعارضة المتحدية تكونت عينة الدراسة من (٢٣) طفل تتراوح أعمارهم من

(٣-٦ سنوات) ووالديهم وتكون البرنامج من ١٠ جلسات هدفت إلي تعزيز قدرة الوالدين على إدارة سلوكيات أطفالهم الخاطئة من خلال العديد من الخطوات أولا من خلال تعليم الوالدين أسباب السلوك الخاطئ والمفاهيم العامة لإدارة السلوك ثانيا ، تعليم الوالدين كيف يزيدون من طاعة الطفل لأوامرهم من خلال استخدام أوامر مباشرة وواضحة ومختصرة واستخدمت الدراسة التعزيز الايجابي والتعزيز السلبي ، وجدت الدراسة أن أعراض اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد وأعراض اضطراب المعارضة المتحدية انخفضت بشكل دال بعد تطبيق البرنامج.

وقد تناول DuPaul, Reid, Anastopoulos & Power (2014) تقييم السلوكيات العرضية لـ ADHD والقصور الوظيفي في جلسات المدرسة وتأثير خصائص الطالب والمدرس. حيث هدفت هذه الدراسة إلى فحص انتشار أعراض ADHD وفقا لتقارير المدرسين والقصور المرتبط في عينة ممثلة قومية من الأطفال والمراهقين ، كما هدفت إلى معرفة الدرجة التي تتنوع عندها الانتشار كوظيفة لخصائص الطالب والمدرس ، وقد اعتمدت أعراض ADHD التي قررها المدرسين على معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية ، وتم استخدام القصور الذي أقره المدرسين لتقدير الانتشار باستخدام الأعراض والقصور إما بمفرده أو في مجموعة ، ولتقييم منبئات ADHD باستخدام عينة ممثلة قومية بلغ قوامها ٢.١٤٠ ، ١.٠٧٠ ذكور ، ١.٠٧٠ إناث وتراوحت أعمارهم من ٥ إلى ١٧ سنة (بمتوسط عمري قدره ١١.٥٣ ، وانحراف معياري ٣.٥٤) إن دمج تقييمات العرض والقصور أسفر عن معدل انتشار يتسق بشكل كبير مع نتائج الدراسات الوبائية السابقة ، وكان عمر الطلاب والنوع والسلالة وحالة التعليم الخاص منبئات دالة بالأعراض ومستوى العرض المرتبط بالقصور ، وترى الدراسة أنه من المهم وبشكل متزامن الأخذ في الاعتبار الأعراض والأعراض المرتبطة بالقصور عند تشخيص الطلاب ذوي ADHD .

وبحث زيادة ، خالد محمد السيد (٢٠٠٨) في الأداء المعرفي للأطفال ذوى الأنماط الفرعية لاضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه لدى عينة تراوحت أعمارهم من ٨ إلي ١٢ سنة وهدفت إلى التعرف على الفروق بين متوسطات رتب الأطفال الأسوياء والأطفال ذوى اضطراب قصور الانتباه والأطفال ذوى اضطراب النشاط الحركي الزائد / الاندفاعية والأطفال ذوى اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط

بقصور الانتباه والأطفال الأسوياء في الأداء على العوامل الفرعية التي تقيسها الاختبارات الفرعية من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال. كما هدفت إلى التعرف على الفروق بين الأطفال ذوى الأنماط الفرعية للنشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه (اللانتباهية – الحركية/ الاندفاعية– المركب) والأسوياء في نسب الذكاء اللفظية ونسب الذكاء العملية ونسب الذكاء الكلية من مقياس وكسلر لقياس ذكاء الأطفال وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة بين الأطفال ذوى الأنماط الفرعية لاضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه ونظرائهم الأسوياء فيما يتعلق بأدائهم على مقياسا الاستدلال الحسابي وترتيب الصور. في حين لا توجد فروق دالة بين الأطفال ذوى الأنماط الفرعية لاضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه ونظرائهم الأسوياء فيما يتعلق بأدائهم على باقي الاختبارات الفرعية من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال ، كما أسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق دالة بين الأطفال ذوى الأنماط الفرعية لاضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه فيما يتعلق بنسب الذكاء اللفظية والعملية والكلية المستخدمة في الدراسة ومرجعه وجود تشابه في نسب الذكاء اللفظية والعملية والكلية عند الأطفال ذوى الأنماط الفرعية من اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه والأطفال الأسوياء ، وهذا يعنى أن الأطفال ذوى الأنماط الفرعية لديهم نسب ذكاء مثل نسب ذكاء الأطفال الأسوياء.

كما هدفت دراسة العاسمي ، رياض نايل (٢٠٠٨) إلى توضيح العلاقة بين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وكل من التحصيل الدراسي والاكتئاب والتكيف الشخصي وصورة الذات والوالدين والبيئة والاحباطات والصراعات لدى تلاميذ التعليم الأساسي ، تكونت عينة الدراسة من (٣٣) طفلا يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد و (٣٣) طفلا من العاديين ممن تراوحت أعمارهم من (٩–١٠) سنوات بمحافظة درعا بدمشق واستخدمت الدراسة مقياس تقدير المعلم للنشاط الزائد ومقياس تقدير الآباء للنشاط الزائد والمحك التشخيصي لاضطراب نقص الانتباه المصاحب للنشاط الزائد اختبار الشخصية للأطفال واختبار الاكتئاب للأطفال واختبار تفهم الموضوع الاسقاطي للأطفال واستمارة دراسة الحالة خاصة بالأم والمقابلة الكلينيكية المعمقة ، وأوضحت نتائج الدراسة انخفاضا واضحا وذا دلالة إحصائية في التحصيل الدراسي

والاكتئاب والتكيف الشخصي والاجتماعي لدى أطفال النشاط الزائد مقارنة بالعاديين ، كما أشارت نتائج تحليل استجابات الأطفال على اختبار (CAT) أن الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعانون من اضطراب في صورة الذات والوالدين البيئة المحيطة ويعانون من احباطات وصراعات.

وأجرى Bauermeister,Matos,Reina,Salas,Martinez,Cumba,Barkley,2005 دراسة على عينة من الأطفال ذوى اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه (النمط الفرعي المركب ن= ٤٤) وعينة أخرى من الأطفال ذوى اضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه (النمط الفرعي اللانتباهى ن= ٢٥) ، وعينة ثالثة من الأطفال الأسوياء (ن= ٢٩) ممن تتراوح أعمارهم بين ٦ إلى ١١ سنة شخصوا إكلينيكيا وفقا لأعراض ADHD . وتشير نتائج هذا التقييم أن الأطفال ذوى النمط المركب يظهرون أعراض داخلية ، أما الأطفال ذوى النمط الفرعي المركب أقل احتمالا للمعاناة من السلوكيات الخارجية وأكثر ضبطا للنفس في التبادلات الاجتماعية وأقل اضطرابا في أدائهم التكيفى .

وقد تناول Meehan, Ueng-McHale, Reynoso, Harris, Wolfson, Gomes, ……et al., (2008 تقييم تنظيم الذات والمصادر الداخلية لدى عينة من الأطفال ذوي ADHD باستخدام طريقة بقع الحبر لرورشاخ ولأن هؤلاء الأطفال لديهم صعوبة عميقة في تعديل انفعالاتهم ، فقد افترضت الدراسة أن هذه الصعوبة قد تنعكس في متغيرات طريقة بقع الحبر لرورشاخ التي قد تعكس المصادر الداخلية الضرورية لهؤلاء الأطفال لتنظيم انفعالاتهم ، وقد أظهرت الدراسة أن الأطفال ذوي أعراض ADHD يظهرون درجات أقل انخفاضًا على المتغيرات التي تشير إلى المصادر الداخلية لتنظيم الذات الانفعالي وتحمل الضغوط (M, EA) مقارنة بالمجموعة المقارنة التي لا تعاني من أعراض ADHD .

وقد استخدمت طريقة بقع الحبر لرورشاخ لتقييم أبعاد الشخصية لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والتي تعد رئيسة لدراسة هذا الاضطراب المعقد (Exner, 1993؛ فقد اعتمدت الدراسات القليلة التي تناولت تقييم الأطفال ذوي ADHD باستخدام

الرورشاخ على دراسات Exner and Weiner (1982) حيث أكدوا أن الاندفاعية قد ترتبط بمتغيرات عديدة لرورشاخ من نظام Exner الشامل. وتتضمن الأجزاء (ج) كمؤشرات لتحمل الضغوط والتحكم ؛ ودرجة الخبرة الفعلية كمؤشر للمصادر المتاحة لبدء السلوك ، المعدل أو النسبة الانفعالية كمؤشر للاستجابة الانفعالية والضبط الانفعالي ، ونسبة ش ل: ل ش + ل كمؤشر للتعديل أو الاظهارات الانفعالية أو ؛ الحركة البشرية (M) كمؤشر للقدرة على التعطيل والاهتمام بالتبادل الاجتماعي ؛ والشكل كمؤشر لاختبار الواقع التقليدي والدقة الإدراكية.

وقد تناولت أربع دراسات سابقة الأطفال ذوي ADHD باستخدام اختبار الرورشاخ وقد قام Gordon and Oshman (1981) بتقييم (٤٠) ولد (تتراوح أعمارهم من ٦ إلى ١١سنة) ووجدت الدراسة أن الذين يعانون من النشاط الزائد أنتجوا استجابات حركة إنسانية أقل (M) واستجابات محتوى بشري (H) أقل ومحتوى حيواني أكثر (A) مقارنة بمجموعة لا تعاني من النشاط الزائد ، وبالمثل في دراسة قام بها Bartell and Solanto (1995) على عينة قوامها ٢٤ طفل تتراوح أعمارهم من ٥ إلى ١١ سنة يعانون من ADHD ووجدت الدراسة أن هؤلاء الأطفال أنتجوا استجابات حركة بشرية أقل وجودة شكل أقل (X+%) ودرجة فعلية للخبرة أقل مقارنة بمعايير Exner (1993) للأطفال بنفس العمر. وقد قارن Cotugno (1995) بروتوكولات ١٢٠ طفل تتراوح أعمارهم من ٥ إلى ٦ سنوات مجموعة تعاني من ADHD ومجموعة ضابطة كلينيكية ومجموعة ضابطة سوية ووجدت الدراسة مقارنة بالمحموعة السوية أن المحموعة التي تعاني من ADHD والمجموعة الكلينيكية أنتجوا استجابات شكل خالص أكثر ارتفاعا وتكرارا (Lambda) ، واستجابات لونية أقل (ش ل + ل ش + ل) ، واستجابات ظلال shading أكثر واستجابات أقل شيوعا وأوصاف أقل للإنسان ككل (H) واستجابات أقل دقة بصفة عامة. وفي دراسة قام بها Jain, Singh, Mohanty, and Kumar (2005) على عينة تتكون من ٢٢٤ طفل في المرحلة الابتدائية تتراوح أعمارهم من ٦ إلى ١١ سنة في الهند ووجدت الدراسة أنه مقارنة بالمجموعة الضابطة فإن الأطفال الذين يعانون من ADHD أنتجوا استجابات حركة إنسانية أقل واستجابات لونية أكثر (ش ل + ل ش + ل) ، وأجزاء شائعة أقل (ج) ، نوعية شكل أقل ، ومحتوى حيواني أقل واستجابات شائعة أقل.

ونظرا لأن الأطفال ذوي ADHD لديهم قدرة ضعيفة على الاعتماد على والاستفادة من مصادرهم الداخلية لتأخير وإرجاء الإشباع وكبح السلوك وتنظيم الاستجابات الانفعالية (Barkley, 1997, 2006) ، فإنه من المتوقع أن يكون لدى هؤلاء الأطفال درجات أقل تكيفًا على متغيرات تدل على مصادر وقدرات التحكم وتحمل الضغوط (بمعنى خبرة فعلية أقل EA ودرجات ج Dأقل).

وكما تنبئنا فإن استجابات الرورشاخ تشير إلى أن الأطفال ذوي ADHD كان لديهم تقبل أقل للمصادر الداخلية (EA) عن المجموعة الضابطة وتتفق هذه النتيجة مع فكرة أن الأطفال ذوي ADHD لديهم صعوبة في تقبل المصادر الداخلية في مواجهة متطلبات المثير المرتفعة من أجل تنظيم ، ومعالجة وتمثيل خبراتهم . وأيضًا كما تنبئنا ، فإن الأطفال ذوي ADHD أنتجوا استجابات حركة بشرية أقل تعكس قصور في قدرتهم على التعطيل والمصادر المثالية ، كما يؤكد Exner (1993) . وقد يكون ذلك الحال أيضا لأنهم غير منظمين بسهولة من خلال التبادل الاجتماعي ، فقد يميل الأطفال ذوي ADHD إلى أن يخجلوا من ادراكات الطبيعة البينشخصية. إن نتيجة استجابات الحركة البشرية الأقل نسبيا قد تعكس أيضًا قصور في التمثيلات الداخلية للذات والآخرين لدى الأطفال ذوي ADHD. (Tuber, 1989, 1992) إن هذه النتائج من المحتمل أن يكون لها تضمينات دالة لفهمنا لنمو المصادر الداخلية وتنظيم الذات في سياق علاقات الطفل – الوالد والطفل المدرس. هل هؤلاء الأطفال لديهم صعوبة في أكبر في تمثيل التفاعلات بين الذات والآخر ، وإذا كان الأمر ذلك فإنهم بالتالي سوف يكونوا أقل قدرة على الاستفادة من النماذج العلاقية الداخلية لتنظيم أنفسهم؟ وعلى سبيل المثال ، فإنه قد يكون أن المشكلات في تنظيم الذات للإثارة والانفعال وكذلك القصور في الوظائف الاجرائية مثل الانتباه المستمر قد تعرقل تقدم النمو الطبيعي التي تحول مصادر التحكم في الذات من العالم الخارجي للطفل إلى العالم الداخلي. ونتيجة لذلك فإن هذا القصور قد يعقد استدخال خبرات دمج التنظيم مع القائمين على الرعاية والمدرسين. وقد يترك ذلك الأطفال بقدرة ضعيفة على تقييم أفعالهم وقد يضعف قدرتهم على الاعتماد على مصادرهم الداخلية لتعطيل الإشباع وكبح السلوك وتنظيم قدرات الاستجابات الانفعالية التي قد تكون ضرورية للاندماج في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة . وقد ينتج عن هذا القصور في مصادر الأنا دائرة

تبادلية من معاناة الطفل من عدم التنظيم في الإثارة والانتباه والانفعال تعوق خبرات اندماج التنظيم مع الراشدين واستدخال هذه الخبرات.

أما بالنسبة للاسترخاء فكان Jacobson (1938) أول من اقترح الاسترخاء العضلي كطريقة تتضمن شد وإرخاء مجموعة معينة من العضلات ثم مساعدة المتدربين على التمييز بين حالات التوتر والاسترخاء وأضاف Jacobson أن الاسترخاء يساعد أيضًا المتدربين على الوصول إلى أقصى المستويات الممكنة للراحة ويعد مهارة خاصة تحتاج إلى التنظيم والانجاز المكثف للتدريب.

وفي الاسترخاء يتم التشجيع على التركيز على الفرق بين التوتر والاسترخاء من أجل الاندماج في التقييم المعرفي للاستجابة الاسترخائية .(Jacobson, 1934/1976). ويقلل الاسترخاء العضلي التدريجي من حدة الضغوط وله تأثيرات طويلة المدى على خفض القلق العام والفزع والفوبيا وتحسين الانتباه والذاكرة وزيادة التحكم المعرفي في الانفعالات وامتد تأثيره الفعال على خفض الشعور بالتعب والأرق والصداع النصفي وقرحة المعدة .(Jacobson, 1938; Pawlow & Jones, 2002)

ويعد العلاج بالاسترخاء من السهل تعليمه وتعلمه وفهمه وفعال في خفض القلق وزيادة النجاح وخصوصًا لدى طلبة المرحلة الابتدائية كما أنه يسهم كثيرًا في تفعيل دور المرشد المدرسي ، حيث أنه يعد وسيلة لتسهيل الاتحاد الإرشادي الفعال مع الطلاب والمدرسين والوالدين.

ويستخدم التدريب على الاسترخاء غالبًا لتعزيز سلوك المواجهة للأطفال ، فقد ميز Lazarus and Folkman (1984) بين استراتيجيات المواجهة الممركزة حول المشكلة واستراتيجيات المواجهة الممركزة حول الانفعال. إن الاسترخاء يعد استراتيجية متمركزة حول الانفعال من المفترض أن تقلل كل من ردود الأفعال الانفعالية والجسدية للأحداث الضاغطة ، وعلى النقيض فإن استراتيجيات الممركزة حول المشكلة تركز على حل أو إدارة المشكلة وخصوصا في المواقف التي ليست تحت التحكم الشخصي ، وأن حلول المشكلات المباشرة قد تكون مستحيلة واستخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي قد تكون فائقة. إن الأطفال خصوصا غالبا ما يواجهوا مشكلات لا يستطيعوا التحكم فيها ،

إن العديد من المواقف (على سبيل المثال في المدرسة أو الأسرة) تكون عادة تحت تحكم الراشدين وأن الأطفال لديهم القدرة على مواجهه الانفعالات التي تثيرها هذه المواقف (على سبيل المثال خلال الامتحانات أو خلال الواجب المنزلي) وبالتالي فإن الاسترخاء قد يكون مدعما للأطفال للتعامل مع ردود أفعالهم الانفعالية والجسدية في هذه المواقف

وقد أوضح Spirito & Stark (1991) أن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٦ إلى ٩ سنوات يستخدمون بشكل رئيسي استراتيجيات حل المشكلات أما استراتيجيات تنظيم الانفعال أقل استخداما بشكل تلقائي في هذه المرحلة. وتزداد أهمية استراتيجيات تنظيم الانفعال بتقدم العمر (Altshulerand Ruble, 1989; Compas et al., 1991) بينما استراتيجيات حل المشكلات تستخدم في كل المراحل العمرية ولا تظهر اتجاهات نمائية مماثلة مع الأخذ في الاعتبار أن القدرة على التحكم تزداد مع العمر ، والخلاصة أن التدريب على أساليب الاسترخاء له أهمية متزايدة في زيادة استخدام استراتيجيات التنظيم الانفعالي وخاصة مع المراحل العمرية الأصغر سنًا ، ومع ذلك فإن نتائج دراسة Lohaus, Klein-heßling & Shebar (1997) التي قارنت بين برامج إدارة الضغوط التي تركز إما على الاسترخاء أو على حل المشكلات أظهرت نتائج أكثر تفضيلا لبرنامج تدريبي يدعم كفاءات حل المشكلات لأطفال المدرسة الابتدائية. وبالتالي ، فإن الأطفال الأصغر سنًا نادرا ما يستخدمون بشكل تلقائي استراتجيات المواجهة التي تعتمد على تنظيم الانفعال وقد يستفيدون بشكل أقل منها ، وبناء على هذه النتائج فإنهم يواجهون مشكلة ليس فقط في إنتاج استراتيجيات مواجهه ترتبط بالاسترخاء ولكن أيضًا في استخدامها بشكل فعال ، وبالتالي فإن السؤال ينبع من أن هل الأطفال يمكن أن يستفيدوا من التدريب على الاسترخاء النظامي في سياق الحماية الأولية (لتعزيز مواجهتهم للمشكلات اليومية) وتعنى الحماية الأولية تجنب المشكلات قبل حدوثها. وقد يكون التدريب على الاسترخاء النظامي ذو فائدة في تدعيم الأطفال لمواجهه مشكلاتهم اليومية وفي تجنب مزيد من المشكلات الحادة في المستقبل وهناك دراسات قليلة تم إجرائها لتقييم تأثيرات الاسترخاء لدى الأطفال في سياقات وقائية أولية فعلى سبيل المثال أظهرت دراسة Hiebert, Kirby, & Jaknavorian (1989) وكذلك دراسة Parrot (1990) تأثيرات ايجابية للاسترخاء لدى الأطفال مقارنة بمجموعة من الأطفال لم يتلقوا هذا التدريب. ومن أوجه القصور في هذه

الدراسات مع ذلك هي أنها لم تقارن بين الطرق المختلفة للحث على الاسترخاء بالإضافة إلى ذلك ، فإن معظم هذه الدراسات تطبق أساليب مدمجة مع عناصر تدريب إضافية (مثل الألعاب ، تمارين الاسترخاء وغيرها) وإذا كان التقييم يركز على البرنامج الكامل وليس على عناصره ، فإنه يظل غير واضح إذا ما كانت تأثيرات البرنامج ترجع إلى الاسترخاء أو إلى عناصر إضافية ؛ مما استدعى Lohaus and Klein-Hessling (2000) إلى إجراء دراسة لمقارنة طريقة حسية للاسترخاء (الاسترخاء العضلي التدريجي) بطريقة تعتمد على التخيل وقد تم اختيار أساليب الاسترخاء هذه لأنها تعتمد على الطرق المتناقضة للحث على الاسترخاء ويحاول الاسترخاء العضلي التدريجي أن يؤثر على ردود الأفعال الجسدية مباشرة أما الطرق التخيلية تحاول أن تحث وتشجع ردود الأفعال الجسدية بشكل غير مباشر من خلال التركيز على معارف الطفل (باستخدام أساليب تعلم ذاتي أو أساليب تخيلية) ، ولم تجد الدراسة فروق دالة بين الطريقتين.

وقد فحص Dunn & Howell (1982) علاقة الاسترخاء بالنشاط الزائد لدى عينة من الذكور (ن= ١٠) تراوحت أعمارهم من ٦ : ١٢ سنة وأكدت الدراسة فاعلية الاسترخاء في خفض حدة النشاط الزائد لدى عينة الدراسة.

وفي عام ٢٠٠٨ استخدم Amon & Campbell الاسترخاء مع عينة من الأطفال ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ن=٢٤) بلغ متوسط أعمارهم ٩.٥٠ سنة ، وعينة أخرى ضابطة لا تعاني من الاضطراب (ن=١٢) بلغ متوسط أعمارهم ٨.٥ سنة ، وقد أعد الباحثان مقياس لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتكون من (١٨) عبارة مشتقة من معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل ، وقد تعلمت المجموعة التجريبية ممارسة الاسترخاء من خلال ألعاب فيديو كتغذية مرتدة بيولوجية تعلمهم كيفية التنفس والاسترخاء ، وقد وجدت الدراسة انخفاض في حدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة.

يتضح مما سبق أن الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يعانون من صعوبات أكاديمية واجتماعية وانفعالية وتنوعت الدراسات التي تناولت هذا الاضطراب بأسلوب تحليلي فاستخدم العاسمي (٢٠٠٨) اختبار تفهم الموضوع واستخدمت الدراسات الأجنبية اختبار الرورشاخ (نظام Exner الشامل) كما في دراسة

Cotugno (1995) ودراسة Jain et a. (2005). وتنوعت الأساليب العلاجية المستخدمة ، ونظرا لقلة استخدام الاسترخاء مع أطفال المرحلة الابتدائية (Strumpf & Fodor, 1993) وانتشار اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بنسبة مرتفعة (Willcutt, 2012)، وحاجة أخصائيين الصحة النفسية إلى معلومات فيما يتعلق بتكرار والانحراف النمائي للسلوكيات العرضية التي وضعها الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية والدرجة التي ترتبط بها هذه الأعراض بالقصور الوظيفي والأدائي والأسلوب المعرفي والإدراكي والقدرة على تحمل الضغوط ومصادر المواجهة ونوع الدفاعات والعلاقات بالموضوع والاندفاعية والقدرة على الإرجاء وتنظيم الانفعال عند الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، تتناول الدراسة الحالية اختبار الرورشاخ وتتبع نظام كلوبفر ودايفديسون في التصحيح والتفسير وتتناول فنية علاجية محددة وهي الاسترخاء العضلي لمعرفة فاعليتها في خفض حدة هذا الاضطراب.

فروض الدراسة:

بعد عرض الدراسات والبحوث السابقة يمكن تحديد فروض البحث الحالي كما يلي:

١- توجد دلالات كلينيكية مميزة لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد باستخدام اختبار الرورشاخ.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لصالح القياس البعدي.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

إجراءات الدراسة:

أولاً عينة البحث:

تكونت عينه البحث مما يلى:

١- العينة الاستطلاعية.

تكونت عينة البحث الاستطلاعية من (١٣٠) طالبا وطالبة بالصف الخامس الابتدائي بمدرستي أبو بكر الصديق الابتدائية ومدرسة الزهور الابتدائية بمدينة الخارجة – الوادي الجديد بهدف تقنين أدوات البحث والدراسة من حيث الثبات والصدق .

٢- العينة الأساسية:

تكونت عينة البحث الأساسية من (٩٠) طالبا وطالبة بالصف الخامس الابتدائي بمدارس الأمل الابتدائية ومدرسة عبد المجيد الجغيل ومدرسة معاذ بن جبل بمدينة الخارجة – الوادي الجديد خلال العام الدراسي (٢٠١٤-٢٠١٥م) وذلك للخروج بنتائج البحث.

٢- منهج الدراسة:

تستخدم الدراسة الحالية المنهج التحليلي والمنهج شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة.

ثانياً أدوات الدراسة:

١- مقياس اضطراب قصور الانتباه – المصحوب بالنشاط الزائد

(إعداد وترجمة الباحثة)

يتكون المقياس من بعدين يحتويان على النمط المختلط للاضطراب :البعد الأول" قصور الانتباه – والبعد الثاني: النشاط الحركي الزائد / والاندفاعية " ، ويتضمن هذا المقياس (١٨) عبارة ، هي : نفس العبارات الواردة في الدليل التشخيص والإحصائي للاضطرابات العقلية (الطبعة الخامسة) ، ويوجد أمام كل عبارة أربعة اختيارات هي(نعم – أحيانا – نادرا- لا) ، ويحصل المستجيب على الدرجات التالية (٣- ٢- ١- صفر) على التوالي، وتخصص العبارات التسع الأولى : لاضطراب قصور الانتباه كنمط من أنماط الاضطراب ، وتدل الدرجات (١٨) فأكثر على وجود الاضطراب ، بينما تخصص العبارات التسع الأخيرة

لنمط النشاط الحركي الزائد الاندفاعية ، وتدل الدرجات (١٨) فأكثر على وجود الاضطراب ، أما النمط المختلط والذي يتضمن اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي الزائد فيتطلب حصول الفرد على (٣٦) درجة على الأقل بحيث لا تقل درجاته في كل من النمطين السابقين عن (١٨) درجة. وقامت الباحثة بحساب الكفاءة السيكومترية للمقياس على النحو التالي:

أ- الصدق

(١) صدق المحك الخارجي:

تم حساب معامل الارتباط بين درجات عينة التقنين (ن = ٥٠) على المقياس ودرجاتهم على مقياس اختبار اضطراب قصور الانتباه – المصحوب بالنشاط الزائد (إعداد البحيري ،٢٠١١) كمحك خارجي (فوجد معامل الارتباط (٠.٧٩) وهو دال إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١).

٢- صدق المحتوى:

يتأكد صدق المحتوى من طبيعة بناء المقياس وصياغة بنوده وعباراته وأيضاً من الغرض الذي تم هذا البناء من أجله، وهو : تقييم اضطراب قصور الانتباه – المصحوب بالنشاط الزائد وعباراته ذات ارتباط كبير بمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية الطبعة الخامسة.

ب- الثبات:

(١)إعادة الإختبار Test-Retest:

تم إعادة تطبيق القائمة على نفس العينة (ن= ٥٠)، بفاصل زمني قدره ١٧ يوم . وبلغ معامل الارتباط (٠,٧٨) وهو معامل ثبات دال إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١).

(٢)معامل ثبات ألفا: كما تم حساب ثبات الاستبيان باستخدام معامل ألفا وقد بلغ (٠.٨٢) وهو معامل ثبات دال إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١).

٢- مقياس ستانفورد بينية "الصورة الرابعة" (ترجمة وتعريب مليكة):

مقياس ستانفورد – بينية : الصورة الرابعة ""، وهو مقياس ذكاء فردي يتكون من ١٥ اختبار فرعي تندرج تحت ٤ مجالات رئيسية هي : الاستدلال اللفظي والاستدلال المجرد البصري والاستدلال الكمي والذاكرة قصيرة المدى تعطي درجة مركبة كلية تدل على القدرة الاستدلالية العامة(العامل العام). وقد تم اختيار هذه المجالات الأربعة للقدرات المعرفية، على أساس نموذج متدرج من ثلاثة مستويات لتركيب القدرات المعرفية. حيث يتكون المستوى الأول من العامل العام(g)

أما المستوى الثاني يتكون من: القدرات المتبلورةCrystallized abilities ، القدرات السائلة التحليلية analytic fluid abilities ، الذاكرة قصير المدى Short term memory

أما المستوى الثالث فيتكون من ثلاثة مجالات أكثر تخصيصًا وهم: (١) الاستدلال اللفظي، (٢) الاستدلال الكمي، (٣) الاستدلال المجرد البصري. ويمدنا المقياس بعشرين درجة عمرية معيارية وهم كالأتي: ١٥ درجة عمرية معيارية للاختبارات الفرعية و٤ درجات مجالية عمرية معيارية ودرجة مركبة. كما أن هناك معايير لجميع صور الجمع بين الاختبارات الفرعية للمقياس. كما يصحب المقياس كراسة إجابة لتسجيل بيانات المفحوص والدرجات على الاختبارات الفرعية والدرجة المركبة والدرجة المركبة الجزئية وكذلك الملاحظات الإكلينيكية الخاصة بالعوامل المؤثرة في أداء المفحوص على المقياس وهو يستعين في ذلك بمقاييس تقدير واردة في صفحة الغلاف،هذ بالإضافة إلى صفحة معرفية تتيح للفاحص الفرصة للانتقال من أداء المفحوص إلى خصائص وقدرات المفحوص (مليكة، ١٩٩٨).

٣-اختبار الرورشاخ:

لا تتناول الباحثة هنا وصف بطاقات الرورشاخ ، وخطوات التطبيق ، وطرق تصحيح الاستجابات ، والدلالة السيكولوجية للأبعاد المختلفة في التصحيح وغيرها ، فأي مرجع في القياس النفسي أو الأساليب الاسقاطية يتحدث عن ذلك بالتفصيل ، إلى جانب المراجع العديدة المتخصصة في الرورشاخ. ولكن ما أود ذكره هنا أننا اعتمدنا في تحديد الأجزاء الكبيرة والصغيرة والفراغات واستجابات الشكل الجيد وغير الجيد ، والاستجابات المألوفة وغير المألوفة في البطاقات العشر على القوائم المصرية التي وضعها سيد غنيم ، وهدى برادة (١٩٦٥). وقد اتبعت الباحثة طريقة كلوبفر ودافيدسون (١٩٦٥) في التقدير ، واستعملت الرموز العربية لها ، ومع ذلك فقد استعانت في بعض الأحيان ببعض آراء "بيك" لعدم وجود أبحاث كافية استخدمت طريقة "كلوبفر".

٤ – البرنامج الاسترخائي:

يتكون البرنامج المقترح من (١٠ جلسات) بمعدل جلستان أسبوعيا ، حيث يشمل البرنامج الاسترخائي المقترح على تمارين عضلات الرقبة والوجه و الرأس والأكتاف و البطن والصدر والأطراف العليا والأطراف السفلى وتستغرق كل جلسة من جلسات البرنامج المقترح (٣٠) دقيقة.

جدول (١)

مخطط جلسات البرنامج الاسترخائي

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
الأولى	لقاء أفراد المجموعة العلاجية والتعارف	١– حدوث تعارف بين الباحثة وأفراد المجموعة التجريبية. ٢– إزالة الرهبة وحدوث تآلف بين أفراد العينة.	المناقشة والحوار
الثانية	بناء العلاقة العلاجية	١– بناء ثقة متبادلة ٢– الالتزام بالوقت ٣– حدود الاتصال بالباحثة.	المناقشة والحوار الواجب المنزلي

الثالثة	الاستبصار بالاضطراب وصياغة المشكلة	١-تزويد العميل بمعلومات عن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد. ٢- صياغة المشكلات التي يعاني منها أفراد المجموعة التجريبية.	المناقشة والحوار - الواجب المنزلي
الرابعة	الاسترخاء العضلي	١-توضيح العلاقة بين الشد والتوتر واضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ٢- تدريب الطلبة على إرخاء وشد عضلات الرأس.٣ - إكساب الطلبة القدرة على ممارسة الاسترخاء في المواقف لاضطراب قصور المثيرة الانتباه والنشاط الزائد. ٤- زيادة الوعي بالانفعالات المختلفة وتهيئة العميل للتغيير	الاسترخاء - الواجب المنزلي

تابع جدول (١)

تابع مخطط جلسات البرنامج الاسترخائي

الخامسة	الاسترخاء العضلي	توضيح العلاقة بين الشد والتوتر واضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد ٢- تدريب العميل على إرخاء وشد عضلات الرأس والكتفين	الاسترخاء - الواجب المنزلي
السادسة	الاسترخاء العضلي	توضيح العلاقة بين الشد والتوتر واضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد ٢- تدريب الطلبة على إرخاء وشد عضلات اليدين	الاسترخاء - الواجب المنزلي
السابعة	الاسترخاء العضلي	تدريب الطلبة على إرخاء وشد عضلات الصدر والبطن	الاسترخاء - الواجب المنزلي
الثامنة	الاسترخاء العضلي	تدريب الطلبة على إرخاء وشد	الاسترخاء

		عضلات القدمين	– الواجب المنزلي
التاسعة	الاسترخاء العضلي	تدريب الطلبة على إرخاء وشد عضلات القدمين	الاسترخاء – الواجب المنزلي
العاشرة	التقييم النهائي	الوقوف على الأهداف التي حققها البرنامج. ٢– التخطيط لإجراء متابعة بعد شهر ونصف.	المناقشة والحوار

نتائج الدراسة:

نتائج اختبار صحة الفرض الأول وتفسيرها:

١– توجد دلالات كلينيكية مميزة لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد باستخدام اختبار الرورشاخ.

وللتحقق من هذا الفرض قامت الباحثة بما يلي:

١– تم اختيار حالة حصلت على أعلى درجة على مقياس اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وكان اللقاء على جلستين ، الجلسة الأولى يتم فيها جمع البيانات والمعلومات الممكنة عن الحالة من خلال التعرف على تاريخ الحالة وتطبيق مقياس ستانفورد بينية الصورة الرابعة وحصلت الحالة على ٩٤ ، وفي الجلسة الثانية يتم فيها تطبيق بطاقات اختبار الرورشاخ.

٢- قامت الباحثة بتصحيح اختبار الرورشاخ وتفسير بروتوكول الحالة للتعرف على الدلالات الكلينيكية لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ووظائف الأنا لديها وميكانيزمات الدفاع التي تستخدمها.

الحالة (أ . م) ذكر ، يبلغ من العمر عشر سنوات طالب بالصف الخامس الابتدائي ، هو الابن الأكبر ، يليه شقيقتان. الأبوان على قيد الحياة ، يبلغ الأب من العمر ٤٥ سنة ، موظف ، أما الأم فتبلغ من العمر ٣٩ سنة ، مدرسة. يشكي المدرسون من اندفاعه وأخذ الأشياء التي يستخدمها أقرانه كثير النسيان والتشتت يتحدث كثيرا ويتطفل على الآخرين ويغضب بسرعة يتشاجر كثيرا وتحصيله الأكاديمي منخفض لأنه لا يركز في المهام الموكله إليه سواء أنشطة أو مواد دراسية.

وفيما يلي عرض الصفحة النفسية أو السيكوجرام للحالة (أ . م):

شكل (1)

الصفحة النفسية أو السيكوجرام للحالة (أ . م)

ل	ل ش	ش ل	ا ا	ظ	ش ظ	ش	ش مع	مع	مع -	ج ع	ج ج	ج
الالوان الزاهية			الملمس والالوان الابيض والاسود			الشكل	الانتشار والبعد الثالث			الحركه		

عدد الاستجابات
يقرأ العكس بان متدفق

العلاقات بين العوامل

1- العلاقات الأساسية

المجموع الكلى للاستجابات= ١٣
الزمن الكلى = ٦٦٠
متوسط زمن الاستجابة= ٥٠٫٨
متوسط زمن الرجع للبطاقات الملونة = ٤٫٤
متوسط زمن الرجع للبطاقات الملونة = ٩
ش %= ٧٫٥٣٨

$$\frac{\text{ش مع + ش ل + ش ظ}}{\text{المجموع الكلى للاستجابات}} \times 100 = \%٥٣٫٨$$

$$\frac{\text{النسبة المئوية للمستوى الحيوانى= حيوان + أجزاء حيوان}}{\text{المجموع الكلى للاستجابات}} \times 100 = \%٣٨٫٥$$

(البشر +الحيوان) : أ(جزاء البشر +أجزاء الحيوان) = ٥ : ١
الاستجابات الشائعة = ١٣
الاستجابات المبتكرة = صفر

$$\text{مجموع استجابات اللون} = \frac{\text{ش ل + 2ل ش + 3ل}}{2} = ١٫٥$$

ح : محـ ل = صفر : ١
(ج ج +ج ع):(ش ظ+ا ا) = ٥ : صفر
النسبة المئوية للبطاقات (8+9+10) =

$$\frac{\text{عدد استجابات 8+9+10}}{\text{المجموع الكلى للاستجابات}} \times 100 = \%٣٠٫٧$$

ك :ج = ١٢ : صفر

2-العلاقات الاضافية

ج :ج ج = صفر : ١
ج: (ج ج + ج ع) = صفر : (صفر + ١)
ش : (ش مع +ش ظ) = ٧ : صفر
نسبة الاستجابات غير الملونة : نسبة الاستجابات الملونة
ش ظ +ظ ش + ظ +ش ا ا +ا ش +ا ا : ش ل + ل ش +ل = صفر : ١
التظليلات المتمايزة : التظليلات غير المتمايزة
ش مع + ش معـ +ش ظ : مع +مع ش +معـ + معـ ش +ظ ش = صفر : صفر
ش ل : (ل ش +ل) = صفر : ١

3- التتابع

جامد — متكلف — مفكك — مختلط

ضع علامة فى المكان المناسب من هذا الميزان

4 - تقدير المستوى العقلى

الطاقة العقلية	الكفاية العقلية
0000 ممتاز جدا	0000 ممتاز جدا
0000 ممتـــاز	0000 ممتاز
0000 متوسط مرتفع	0000 متوسط مرتفع
0000 متوسط منخفض	0000 متوسط منخفض
00000 عادى غبى	00000 عادى غبى
0000 ضعيف العقل	0000 ضعيف العقل

لاحظ ان هذا التقدير يتوقف أساسا على ما يلى :
عدد ومستوى ك ،عدد ومستوى ح ، تقدير مستوى الشكل ، عدد ومستوى مبتكر ، تنوع المحتوى ، التتابع

5 – أسلوب المعالجة

ك (٢٨٫٩) ج (٧٫٦) ← (صفر) ج ← و ف (٧٫٦)

أو

ضع نسب المكان فى الفراغات السابقة قارن هذه النسب بالمتوسطات المبينه فى الجدول التالى بوضع علامة امام المدى الذى تدخل فيه الكمية

ك	ج	←	ج ← وف أو
<10%(ك) 10-20(ك)	<20%(ج) 30-45(ج)	<5%(←)	
20-30ك	45-55ج	5-15←	<10%ج ← ف
30-20ك	45-55ج	5-15←	<10%ج ← ف
30-45ك	55-65ج	15-25←	10-15ج ← ف
45-60ك	65-80ج	25-35←	15-20ج ← ف
60<ك	80<ج	35-45←	20-25ج ← ف
		45<←	25<ج ← ف

6- ملخص مستوى الشكل

المتوسط غير الموزون = ١٫٥
المتوســـط المـــوزون =

يتضح من الصفحة النفسية أو السيكوجرام للحالة المدروسة الآتي:

يتميز زمن الرجع للبطاقات كلها بالقصر الشديد عن الحد العادي الذي يتراوح من ١٥-٢٠ ثانية ، حيث بلغ متوسطه٥.١ ثانية مع ارتفاع متوسط زمن الرجع للبطاقات الملونة (٩ ثانية) عن غير الملونة (٤.٤ ثانية) وتدل هذه الاستجابات المتسرعة من حيث الإحساس بحقيقة العالم الخارجي إلى عدم المبالاة والعزوف عن التعامل مع العالم الخارجي ، كما تدل من حيث الشحنات الاستثمارية وعمليات التفكير على ضآلة الانتباه وذلك من سمات اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

ويشير ذلك أيضًا إلى نوع من الصراع العصابي الذي يصاحبه درجة مرتفعة من التوتر والقلق وإلى مقاومة الحالة لحاجات ومشاعر داخلية ، أي إلى قوة الشحنات المضادة على حساب شحنات الانتباه الإضافية للأنا ، ويتفق ذلك مع غلبة الخواص الشكلية للاستجابات.

انخفاض المجموع الكلي للاستجابات (١٣ استجابة) عن المتوسط العادي لعدد الاستجابات في عمر العشر سنوات حيث يصل إلى (١٦ استجابة) ويعكس هذا انخفاض القدرة الإنتاجية نتيجة الكف كما يعكس ضعف الشحنات المستثمرة في العلاقة بالعالم الخارجي.

يشير التحديد المكاني للاستجابات إلى ارتفاع نسبة الاستجابات الكلية ويشير ذلك إلى أن الحالة لديها طموح لا تؤيده القدرة الداخلية الفعلية ويعكس تناقص الأجزاء الكبيرة تناقص اهتمامه بمعطيات الحياة اليومية وإلى تناقص اهتمامه بالنواحي العيانية والواضحة فيبدو متسرعا متعجلا ولكنه قادر على رؤية الواقع بطريقة جيدة عندما يرغب في ذلك ويؤكد ذلك نسبة الشكل الجيد ونسبة الاستجابات الكلية والتي تشير إلى قدرة المفحوص على النظرة الكلية الشاملة وعلى التجريد واستخلاص العناصر المشتركة بين مختلف جوانب الموقف كما تظهر في استجابات كليات تأليفية توفيقية والتي تحتاج إلى قدرة عقلية عالية للتحليل والتركيب. ويتفق ذلك مع دراسة (Bartell & Solanto, 1995) التي وجدت أن الأطفال ذوي ADHD قد تكون استجاباتهم أقل دقة مقارنة بالأطفال الذين لا يعانون من أعراض ADHD حيث ظهر ذلك في جودة الشكل الكلي المنخفض (بمعنى X+% منخفضة) كما وجدت أن الأطفال ذوي ADHD من صعوبة خاصة في تشكيل إدراكات دقيقة لأنها تطلب القدرة على الانتباه لجوانب مختلفة من البقعة في نفس الوقت ، بينما يتم تعطيل استجابات وراء تفاصيل ظاهرة بشكل مبدئي.

كما أن الاستجابات التي بها فراغ تكشف عن قلب المفحوص للمألوف وخروجه عليه فهو يعكس العلاقة بين الشكل والأرضية ومعنى ذلك الميل إلى المخالفة وقلب الأوضاع والعناد وتوتر نفسي بين المفحوص والبيئة المحيطة به وانعدام الثقة في الآخرين.

ويعني وجود استجابة لونية واحدة ظهرت بين استجاباته أن تكيف المفحوص الاجتماعي سيئ وعلاقاته الاجتماعية غير ناجحة واستجابته للمنبهات الاجتماعية تفتقر إلى الضبط نوعا وتتسم بالاندفاعية ، وهذا راجع إلى أنه يريد أن يفرض رغباته على الآخر ولا يدخله في اعتباره إلا عندما يضطر إلى ذلك من أجل إشباع رغباته.

وترى الباحثة أن تقييم استخدام اللون على الرورشاخ يتوقع أن يرتبط بالقصور في التنظيم الانفعالي الذي نلاحظه لدى الأطفال ذوي ADHD ؛ فقد أكد Schachtel (2001) منذ أربع عقود ماضية أن استجابة الفرد لمثير ألوان الدم في الرورشاخ يعد مؤشر لاستجابة الفرد للانفعال الداخلي ، وقد افترض أن نقص الاستجابة للون قد يعكس بغض للانفعالات العاطفية القوية ، لأن الأطفال ذوي ADHD قد يصبحوا غير منظمين بسهولة بسبب المثير الانفعالي ، فإنه من المتوقع أن يقيد هؤلاء الأطفال استجاباتهم ويتجنبوا استخدام اللون لتشكيل ادراكاتهم ، وتبسيط متطلبات المثير للبقعة ويركزون بشكل مفرط على الشكل لكي ينظموا ادراكاتهم ، وبالتالي قد ينتج عن ذلك نسبة مرتفعة من استجابات الشكل الخالص (مثال لاميدا مرتفعة). ويتفق ذلك مع دراسة Sobanski (2010) وآخرون حيث وجدت أن التقلب الانفعالي المرتفع يرتبط بارتفاع حدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

أما غياب الحركة البشرية عند المفحوص فيشير إلى اضطراب استدماج العلاقات المبكرة بالموضوع وخاصة العلاقة بالأم والتي يبدو أنها لم تكن مشبعة.

وبالارتباط بعدد من القصور الجوهري لدى الأطفال ذوي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) ، فإن فحص استجابات الحركة عند الأطفال والتمثيلات الإنسانية قد يكون مفيدا بشكل خاص. فقد لاحظ Exner (1993), Schachtel (1966/2001) أن القدرة على تمثيل الحركة الإنسانية (M) على الرورشاخ تعد مؤشر للقدرة على الإرجاء ، والاهتمام الاجتماعي ، والقدرة على تقبل والاستخدام الفعال للحياة الخيالية. وقد وجد Tuber (1992); Tuber, Frank, &

Santostefano (1989) في أبحاث عن الأطفال أن نوعية استجابات الحركة الإنسانية ترتبط في اختبار الرورشاخ بطرق هامة بالمستوى النمائي والنوعية الانفعالية لتمثيلات الطفل الداخلية للذات والآخرين – وتمثيلات للتفاعلات التي قد تؤثر على أدائهم الاجتماعي. ولأن الأطفال ذوي ADHD يعانون من قصور في قدرتهم على الإرجاء وتنظيم الذات والتي قد تعوق وتؤثر على مرونتهم الاجتماعية ، فإنه من المتوقع أن يستجيب هؤلاء الأطفال بتمثيلات أقل للتفاعلات الاجتماعية من خلال استخدام أقل للحركة الإنسانية (M) وكذلك مع أوصاف أقل لأشكال الإنسان (شبه الإنسان) بصفة عامة وهذا ما حدث مع المفحوص.

وإذا انتقلنا إلى فئات المحتوى نجد أن نسبة المحتوى الحيواني مرتفعة مما يشير إلى قوة الدفاعات الغريزية البدائية ومحاولة كبتها وذلك لعدم تقبلها لتلك الاندفاعات وتشير إلى وجود كف واكتئاب وصعوبة في إقامة العلاقات الإنسانية والتواصل مع الآخرين.

وتواتر المحتوى التشريحي فيشير إلى نمطيته وجموده واهتمامه بالجسم والانشغال النرجسي ومحاولة تغطية مشاعره الحقيقة وانشغاله بالتعبير عن الدفعات التدميرية.

كما أن عدم وجود استجابة إنسانية واحدة يكشف عن ضعف اهتمام المفحوص بالآخرين وإقامة العلاقات بهم والتواصل معهم ، ذلك التواصل الذي يثري خبرات المفحوص يتيح له الإشباع الوجداني ، وهذا الحرمان يجعله يكتفي بالاعتماد العقلي الذهني على الآخرين وينتج عنه عدوان واندفاع في التعامل.

ويرجح كل ذلك غياب الظلال تماما والتي تكشف عن الاحتياجات الوجدانية العميقة الشخصية لدى الحالة مثل الحاجة إلى الحب والأمان.

أما تقديرات الحركة الحيوانية ح ح فتشير إلى قوة الدفاعات الغريزية البدائية ومحاولة كبتها وذلك لعدم تقبلها لتلك الاندفاعات. أما النسبة الحيوانية فتشير إلى النمطية والافتقار إلى الخيال وتدل أيضا على وجود الاكتئاب والكف.

أما بالنسبة لتحليل محتوى الاستجابات فقد بدأ المفحوص باستجابة غضب شديدة (تمساح هيهجم على حد) وتتضمن معظم استجاباته موضوعات عدوانية (خفاش ،

نمور ، حيوانات بتتخانق). وعلى الرغم من أن المحتويات العدوانية شائعة بين الأطفال خصوصا في مرحلة الطفولة المتأخرة ، ولكنها تثير العديد من التساؤلات بخصوص أنماط التوحد والتقمص والأساليب الدفاعية ؛ فتشير على سبيل المثال استجابته للبطاقة الأولى إلى الطريقة التي يرى بها المفحوص نفسه وكيف يحميها ، إن شجاره يعد دفاع ضد الهجوم على مظهره الزائف والذي يخفي تحته ضعف شديد. ثم يحاول الاقتراب من الواقع قليلا في الاستجابة الثانية (خفاش) ، ثم يحاول أن ينسحب من المنافسة العقلية في البطاقة الثانية باستجابته (جبلين) ويعزل نفسه عن من ينتقدونه إلا أنه مع ذلك لا يستطيع أن يعيش بمفرده في هذه الجبال فيستجيب في البطاقة الثالثة (رئتين) وهي ذلك الجزء من الإنسان الذي عن طريقه يتحول الهواء إلى أوكسجين اللازم لاستمرار الحياة ومعنى ذلك أنه يرغب في تكوين علاقة وجدانية مع موضوع يثق فيه ولا ينتقده باستمرار. وتعكس استجابته على البطاقة الرابعة والسادسة (حمار وله ديل وحاجة كبيرة لها ديل) نشاط جنسي ذكري وميل قوي للعناد. وتظهر في الاستجابة للبطاقة السابعة _بطاقة الأم_ انبعاث الاحتياجات الطفلية غير المشبعة ، إلا أن هذه العلاقة علاقة وجها لوجه "فيلين قدام بعض" وكأنه يريد أن تقول: أنا في حاجه إلى آخر قادر على إشباع احتياجاتي ولكنى أخاف منه لذلك علىّ أن أكون فى مواجهته حتى أحمى نفسي.

أما استجابته التشريحية على البطاقتين التاسعة والعاشرة فتعكس الحساسية والانشغال بالتعبير عن الدفعات الهدامة والتي لا تستطيع التعبير عنها ، كما أنها تعكس القلق العصابى داخل النفس أكثر من العالم الخارجي.

يتضح مما سبق صحة الفرض الكلينيكى ؛ فيمكن استخدام اختبار الرورشاخ في الكشف عن الدلالات الكينيكية المميزة لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد اتضح في القصور في التنظيم الانفعالي واضطراب استدماج العلاقات المبكرة بالموضوع وقلق وكف والميل إلى المعارضة والعناد والتوتر نفسي بين المفحوص والبيئة المحيطة به وانعدام الثقة في الآخرين ، ويتفق ذلك مع دراسة Cotugno, (1995) ودراسة Jain et al. (2005) ودراسة Barkley (2006).

نتائج اختبار صحة الفرض الثاني وتفسيرها:

ينص هذا الفرض على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لصالح القياس البعدي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم اختيار (١٥) طالب (ذكور) ممن حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس اضطراب قصور الانتباه ثم تم تطبيق مقياس ستانفورد بينية وبلغ متوسط ذكائهم ٩٨ ، ثم تم حساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وذلك باستخدام اختبار ويلكوكسون كما في جدول (٢).

جدول (٢)

قيمة Z ومستوى دلالتها للفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين البعدي والقبلي للمجموعة التجريبية في مقياس اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ن= ١٥)

المتغير	القياس	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z المحسوبة	مستوى الدلالة	في اتجاه
مقياس اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد	القبلي	الموجبة	٨	١٢٠	٣.٤١٥	٠.٠٠١	البعدي
	البعدي	السالبة	٠	٠			

ويلاحظ من جدول (٢) وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠.٠٠١بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. ويتفق ذلك مع دراسة Banaschewski, Besmens, Zieger, and Rothenberger (2001) التي أكدت أن فنية الاسترخاء تؤدي إلى تقليل النشاط الزائد الظاهر وزيادة الثقة بالنفس وتحسين السلوك في المنزل والمدرسة ، وكذلك مع دراسة Almutairi (2011) التى أكدت ضرورة استخدام الاسترخاء مع ذوي الاضطرابات السلوكية (النشاط الزائد الحركي والسلوك العدواني).

نتائج اختبار صحة الفرض الثالث وتفسيرها:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي (بعد انتهاء البرنامج العلاجي مباشرة) والتتبعي (بعد مرور شهر ونصف من توقف البرنامج العلاجي) على مقياس اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وذلك باستخدام اختبار ويلكوكسون كما في جدول (٣).

جدول (٣)

قيمة Z ومستوى دلالتها للفروق بين متوسطات رتب درجات القياسين التتبعي والبعدي للمجموعة التجريبية في مقياس اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ن= ١٥)

المتغير	القياس	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z المحسوبة	مستوى الدلالة	في اتجاه
مقياس اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد	البعدي	٥	٤٥	٣	٠.٠٠١	التتبعي
	التتبعي	٠	٠			

ويلاحظ من جدول (٣) وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى ٠.٠٠١ بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في القياسين البعدي والتتبعي لصالح القياي التتبعي ، ويدل ذلك على فاعلية واستمرار أثر البرنامج لفترة طويلة في التخفيف من حدة الاضطراب وأن هذا التأثير القوي والفعال والإيجابي جاء نتيجة لاستمرار فاعلية البرنامج ، ويتفق ذلك مع دراسة Amon & Campbell (2008) التي أكدت فاعلية الاسترخاء في خفض

حدة العديد من السلوكيات عند الأطفال ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

التوصيات:

١- نظرا لما أشارت إليه الدراسة من فاعلية الاسترخاء في خفض حدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، توصي الدراسة بإجراء دراسات على فئات عمرية مختلفة.

٢- استخدام أساليب أخرى للاسترخاء ومقارنها بالاسترخاء العضلي أو بأساليب أخرى من أجل تحديد الأسلوب الأفضل في خفض حدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

٣- نظرا لما أشارت إليه الدراسة من دلالات كلينيكية لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد اتضحت في القصور في التنظيم الانفعالي توصي الدراسة بضرورة إجراء دراسات تتناول التنظيم الانفعالي عند هذه الفئة.

٤- نظرا لما أشارت إليه الدراسة من دلالات كلينيكية لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد اتضحت في اضطراب استدماج العلاقات المبكرة بالموضوع والتوتر نفسي بين المفحوص والبيئة المحيطة به وانعدام الثقة في الآخرين توصي الدراسة بضرورة توعية أولياء الأمور بكيفية التعامل مع أطفالهم منذ الصغر وبناء برامج تعتمد على الإرشاد الأسري لعلاج هذه الفئة.

٥- نظراً لإجراء الدراسة على عينات من الذكور ، توصي الدراسة بإجراء دراسات على عينات من الإناث.

المراجـع

أولا المراجع العربية:

زيادة ، خالد السيد محمد (٢٠٠٨). الأداء المعرفي للأطفال ذوى الأنماط الفرعية لاضطراب النشاط الحركي الزائد المرتبط بقصور الانتباه. *مجلة كلية الآداب جامعة المنوفية*، العدد الرابع والسبعون يوليو ٢٠٠٨ ص ٦٢- ١٢٩.

العاسمي، رياض نايل (٢٠٠٨). اضطراب نقص الانتباه المصاحب للنشاط الزائد لدى تلاميذ الصفين الثالث والرابع من التعليم الأساسي ، الحلقة الأولى دراسة تشخيصية. *مجلة جامعة دمشق* ، المجلد ٢٤ ، العدد الأول ، ٥٣ -١٠٣.

البحيري ، عبد الرقيب أحمد (٢٠١١). اختبار اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة. القاهرة: الأنجلو المصرية.

غنيم ، سيد وبرادة ، هدى (١٩٦٥). التشخيص النفسي دراسات في اختبار الرورشاخ(ج١). القاهرة: دار النهضة العربية.

كلوبفر، برونو دافيدسون هيلين (١٩٦٥). تكنيك الرورشاخ. ترجمة سعد جلال وآخرين. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية

مليكة ، لويس كامل (١٩٩٨). مقياس ستانفورد بينية الصورة الرابعة (ط٢). القاهرة: مطبعة فيكتور كيرلس.

ثانيًا المراجع الاجنبية:

Aman LA. Family systems multi-group therapy for ADHD children and their families. Dissertation Abstracts International: Section B: *The Sciences and Engineering* 2001; 61(10-B):5548. [MEDLINE: 1185; : 0419–4217]

Amon, K. & Campbell, A. (2008). Can Children with AD/HD Learn Relaxation and Breathing Techniques through Biofeedback Video Games?. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*, 8(13), 72-84.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Almutairi , M. (2011). The effect of relaxation training on people with behavior disorders in Kuwait. *Education*, vol. 131(4), 753-767.

Barkley, R.A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford.

Barkley, R. A. (Ed.), (2015). *Attention-deficit/ hyperactivity disorder*: A handbook for diagnosis and treatment (4th ed.). New York, NY: Guilford Press

Barkley, R. A. (2006). (Ed.), *Attention-deficit hyper- activity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* . New York, NY: Guilford Press.

Bartell, S. S., & Soltano, M. V. (1995). Usefulness of the Rorschach inkblot test in assessment of attention deficit hyperactivity disorder. *Perceptual and Motor Skills*, 80,531-541.

Basu S, Deb A. Parent training in children with attention deficit hyperactivity disorder: An integrated approach for greater effectiveness. *Indian J Clin Psychol*, 23:184-191.

Banaschewski, T., Besmens, F., Zieger, H., and Rothenberger, A. (2001). EVALUATION OF SENSORIMOTOR TRAINING IN CHILDREN WITH ADHD. Perceptual and Motor Skills, Volume 92, Issue , pp. 137-149.

Bauermeister.J.J.;Matos,M.;Reina,G.;Salas,C.C.;Martinez,J.V.;Cumba,E.&Barkley,R.A,(2005). Comparison of DSM-1V combined and inattentive types of ADHD in school based sample of Latino/Hispanic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* ,40(2),166-179.

Bauermeister, J. J., Shrout, P. E., Ramírez, R., Bravo, M., Alegría, M., Martínez-Taboas, A., & Canino, G. (2007). ADHD correlates, comorbidity, and impairment in community and treated samples of children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 883– 898. doi:10.1007/ s10802-007-9141-4

Brock, S. E., Jimerson, S. R., & Hansen, R. (2009). *Identifying, assessing, and treating attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) at school.* New York, NY: Springer Science. http://dx.doi.org/ 10.1007/978-1-4419-0501-7

Chandler, C. (2010). *The science of ADHD*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell. doi:10.1002/9781444328172.

Cotugno, A. J. (1995). Personality attributes of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) using the Rorschach inkblot test. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 554-561.

Dunn, F. & Howell, R. (1982). Relaxation training and its relationship to hyperactivity in boys. *Journal of Clinical Psychology*, 38(1), 92-100.

DuPaul, G. J. & Stoner, G. (2014). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies* (3rd ed.). New York, NY: Guilford Press.

DuPaul, G. & Jimerson, S. (2014). Assessing, Understanding, and Supporting Students With ADHD at School: Contemporary Science, Practice, and Policy. *School Psychology Quarterly*, Vol. 29, No. 4, 379–384.

DuPaul, G. Reid, R. Anastopoulos, A. & Power, T. (2014). Assessing ADHD Symptomatic Behaviors and Functional Impairment in School Settings: Impact of Student and Teacher Characteristics. *School Psychology Quarterly*, Vol. 29, No. 4, 409–421

Evans, S. W., Owens, J. S., Mautone, J. A., DuPaul, G. J., & Power, T. J. (2014). *Toward a comprehensive life-course model of care for youth with attention deficit/hyperactivity disorder*. In M. D. Weist, N. A. Lever, C. P. Bradshaw, & J. S. Owens (Eds.), Handbook of school mental health: Research, training, practice, and policy (2nd ed., pp.413–426). New York, NY: Springer. http://dx.doi .org/10.1007/978-1-4614-7624-5_30.

Exner, J. E. (1993). The Rorschach: A Comprehensive System. Vol. 1 (3rd ed.). New York: Wiley.

Exner, J. E., & Weiner, I. B. (1982). The Rorschach: A comprehensive system. Vol.3. *Assessment of children and adolescents*. New York: Wiley.

Faraone, S. V. (2005). The scientific foundation for understanding attentiondeficit/ hyperactivity disorder as a valid psychiatric disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 1-10.

Gilmore, K. (2000). A psychoanalytic perspective on attentional-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1259-1293.

Gilmore, K. (2002). Diagnosis, dynamics, and development: Considerations in the psychoanalytic assessment of children with AD/HD. *Psychoanalytic Inquiry* , 22, 372-390.

Gordon, M., & Oshman, H. (1981). Rorschach indices of children classified as hyperactive. *Perceptual and Motor Skills*, 52, 703-707.

Hiebert, B., Kirby, B. & Jaknavorian, A. (1989). School-based relaxation: Attempting Primary Prevention. *Canadian Journal of Counselling*, 23, 273-287.

Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 655– 663. http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsm024

Huang HL, Chao CC, Tu CC, Yang PC. Behavioral parent training for Taiwanese parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003;57:275-81.

Jacobson, E. (1934/1976) *You must relax.* New York: McGraw-Hill.

Jacobson, E. (1938) *Progressive relaxation. Chicago*: Univers.of Chicago Press.

Jain, R., Singh, B., Mohanty, S., & Kumar, R. (2005). SIS-I and Rorschach diagnostic indicators of attention deficit and hyperactivity disorder. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 12, 141-152.

Jensen, P. S., Hinshaw S. P., Swanson, J. M., Greenhill L. L. & Canners, C.K., (2001). Findings from the NIMH multimodal treatment study of ADHD (MTA): Implications and applications for primary care provides. *J. Dev. Behav. Pédiatrie Eed*, 22, (1), 60 – 73.

Kent, K. M., Pelham, W. E., Jr., Molina, B. S., Sibley, M. H., Waschbusch, D. A., Yu, J., . . . Karch, K. M. (2011). The academic experience of male high school students with ADHD. *Journal ofAbnormal Child Psychology*, 39, 451–462. http:// dx.doi.org/10.1007/s10802-010-9472-4.

Lazarus, R.S. and Folkman, S (1984). Stress, Appraisal, and Coping. Springer, New York.

Loe, I. M., & Feldman, H. M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32,643–654. doi:10.1093/jpepsy/jsl054.

Lohaus, A. & Klein-heßling, J. (2000). Coping in childhood: A comparative evaluation of different relaxation techniques,*Anxiety, Stress & Coping*,13(2), 187-211.

Lohaus, A. & Klein-heßling, J.& Shebar, S. (1997). Stress management for elementary school children, A Comparative evaluation of different approaches. *European Review of Applied Psychology*, 47, 157-161.

Martin, J. A. (2014). The Role of ADHD in Academic Adversity: Disentangling ADHD Effects From Other Personal and Contextual Factors. *School Psychology Quarterly*, Vol. 29, No. 4, 395- 408.

Martin, A. J. (2014). Academic buoyancy and academic outcomes: Towards a further understanding of students with ADHD, students without ADHD, and academic buoyancy itself. British *Journal of Educational Psychology*, 84, 86–107.

Martin, A. J. (2014). The role of ADHD in academic adversity: Disentangling ADHD effects from other personal and contextual factors. *School Psychology Quarterly*, 29, 395– 408. http://dx.doi.org/ 10.1037/spq0000069

Meehan, K. Ueng-McHale, J. Reynoso, J. Harris, B. Wolfson, V. Gomes, H. ……et al., (2008). Self-regulation and internal resources in school aged children with ADHD symptomatology: An investigation using the Rorschach inkblot method. *Bulletin of the Menninger Clinic,* Vol. 72, No. 4 , 259-282.

Parrott, L. (1990). Helping children manage stress: Some preliminary observations. *Child and Family Behavior Therapy*, 12, 69-73.

Pawlow, L., & Jones, G. (2002) T he impact of abbreviated progressive muscle relaxation on salivary cortisol. *Biological Psychology*, 60, 1-16.

Reid, R. (2012). *Attention deficit hyperactivity disorder and academics*. In B. G. Cook, M. Tankersley, & T. J. Landrum (Eds.), Classroom management: Advances in learning and behavioral disabilities (Vol. 25, pp. 71–94). Bingley, UK: Emerald Publishing Group.

Safren, S. et al. (2010). Cognitive Behavioral Therapy vs Relaxation With Educational Support for Medication-Treated Adults With ADHD and Persistent SymptomsA Randomized Controlled Trial. *The Journal of the American Association* ;304(8), 875-880.

Schachtel, E. (2001). *Experiential foundations of Rorschach's test*. Hillsdale, NJ:Analytic Press. (Original work published 1966)

Sergeant, J. A. (2005). Modeling attention-deficit/ hyperactivity disorder: A critical appraisal of the cognitive-energetic model. *Biological Psychiatry*, 57, 1248 – 1255. doi:10.1016/j.biopsych.2004.09 .010

Sobanski, E. et al. (2010). Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51:8 , 915–923.

Spiel, C. F., Evans, S. W., & Langberg, J. M. (2014). Evaluating the content of individualized education programs and 504 plans of young adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *School Psychology Quarterly*, 29, 452–468. http://dx.doi .org/10.1037/spq0000101.

Spirito, A. and Stark, L. (1991). Common problems and coping stratigies reported in childhood and early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 531-544.

Strumpf, J. A., & Fodor, I. (1993). The treatment of test anxiety in elementary school-age children: Review and recommendations. *Child and Family Behavior Therapy*, 15(4), 19-42.

Tannock, R. (2000). *Attention deficit disorders with anxiety disorders*. In T.E. Brown (Ed.), Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults (pp. 125-170). New York: American Psychiatric Press.

Tuber, S.B., Frank, M., & Santostefano, S. (1989). Children's anticipation of impending surgery. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53, 501-511.

Tuber, S.B. (1992). Empirical and clinical assessments of children's object relations

and object representations. *Journal of Personality Assessment*, 58, 179-197.

Visser, S. N., Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., Ghandour, R. M., . . . Blumberg, S. J. (2014). Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003–2011. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53, 34– 46.e2. http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09 .001

Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM–IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A metaanalytic review. Neurotherapeutics: *The Journal of the American Society for Experimental Neuro-Therapeutics*, 9, 490 – 499. http://dx.doi.org/ 10.1007/s13311-012-0135-8

Zalecki, C. A., & Hinshaw, S. P. (2004). Overt and relational aggression in girls with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33, 125-137.