

التفكير في الانتحار وعلاقته باضطراب قصور الانتباه
المصحوب بالنشاط الزائد في ضوء بعض المتغيرات

دكتور / السيد يس التهامى محمد

استاذ مساعد التربية الخاصة- قسم التربية الخاصة

كلية التربية - جامعة عين شمس

ملخص البحث

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين التفكير في الانتحار واضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في ضوء بعض المتغيرات (النوع، والعمر، ودرجة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد). وتكونت عينة البحث من 150 من ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (100 من الذكور، و50 من الإناث) تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين 10-12؛ وما بين 13-15. واستخدمت الدراسة مقياس التفكير في الانتحار (إعداد/ الباحث)، وبطارية تشخيص اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال (إعداد/ عبد الرحمن سيد سليمان ومحمود محمد الطنطاوى، 2012). وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة احصائياً بين التفكير في الانتحار واضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وأن الإناث أكثر تفكيراً في الانتحار مقارنة بالذكور، كما أن ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في الأعمار (من 13-15) أكثر تفكيراً في الانتحار مقارنة بذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في الأعمار (من 10-12)، وأن ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بدرجة متوسطة وشديدة أكثر تفكيراً في الانتحار مقارنة بذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بدرجة بسيطة.

الكلمات المفتاحية: التفكير في الانتحار، اضطراب قصور الانتباه المصحوب النشاط الزائد.

Abstract

Suicidal Ideation and Its Relation to Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Light of Some Variables

Dr. Elsayed Yassen Eltohamy
Associate Professor of Special Education
Faculty of Education
Ain Shams University

The current study aimed to identify the relationship between suicide ideation and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in light of some variables (gender, age & ADHD score). The study participants were 150 children with ADHD (100 males, 50 females). They were 10 to 12 years of age & 13 to 15 years of age. The study used suicidal ideation scale (Prepared by the researchers), battery of ADHD of children (Prepared by Abdulrahman Soliman & Mahmoud Altantawy, 2012). The results of the study revealed a statistically significant positive correlation between suicidal ideation and ADHD. Females had more thoughts of suicide than males. The study also showed that children with ADHD at ages 13-15 are more likely to think about suicide than those with ADHD at ages 10-12. Moreover, Children with moderate to severe ADHD were more likely to think about suicide than those with mild ADHD.

Keywords: Thinking about Suicide (Suicidal Ideation), Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

مقدمة البحث

يُعد الانتحار أحد أسباب الوفاة الرئيسة في جميع أنحاء العالم، ويأتي الانتحار في المرتبة الثالثة من بين الأسباب التي تؤدي إلى الوفاة لدى كل من الذكور والإناث الذين تتراوح أعمارهم ما بين 15-44 عامًا؛ وقد ذكرت منظمة الصحة العالمية أن الانتحار هو أحد أخطر مشكلات الصحة العامة، وأنه يوجد حوالي مليون حالة وفاة ترجع إلى الانتحار، بالإضافة إلى وجود حوالي 25 مليون حالة تحاول الانتحار في جميع دول العالم سنويًا (Franklin, Ribeiro, Fox, Bentley, Kleiman, Huang, & Nock, 2017, 187).

ولا يقتصر مصطلح الانتحار على الوفاة فقط؛ بل أنه يمتد ليشمل التفكير في الانتحار، وسلوكيات الانتحار، ومحاولات الانتحار، والانتحار الكامل (Bushe & Savill, 2013, 8)، وبسبب صعوبة دراسة الانتحار كنتيجة، فغالبًا ما يقوم الباحثين بدراسة الأفكار الانتحارية و/أو السلوكيات الانتحارية باعتبارها منبئات ومؤشرات دالة على الانتحار، ورغم ذلك فإن دراسة هذه الأفكار والسلوكيات الانتحارية تواجه بعض القيود الاخلاقية، فعلى سبيل المثال فإنه تقع مسؤولية أخلاقية على الباحثين والمتخصصين بالتدخل إذا وجد اعتقاد لديهم أن الفرد يوجد لديه أفكار أو سلوكيات أو محاولات انتحارية وشيكة الوقوع (Mayes, Calhoun, Baweja & Mahr, 2015, 274).

ورغم الاهتمام بدراسة حالات الانتحار الفعلية التي تؤدي إلى الوفاة، إلا أنه يجب أيضًا الانتباه والتركيز على دراسة الأفكار الانتحارية، ومحاولات الانتحار غير المميتة التي لا تؤدي إلى الوفاة وذلك للعديد من الأسباب مثل أن معدلات انتشار التفكير في الانتحار تكون حوالي 9.2% تقريبًا وهي نسبة مرتفعة بصورة كبيرة جدًا (Klonsky, May & Saffer, 2016, 311)، كما أن عملية الانتحار تمر بعدة مراحل تبدأ بالتفكير في الانتحار، ثم تتطور هذه الأفكار لتصل إلى وضع خطط للانتحار، ثم وجود نية الانتحار، انتهاءً بالانتحار الفعلي والوفاة؛ وبالتالي فإنه بمجرد تفكير الفرد في الانتحار فإنه سيكون أكثر عرضة لممارسة سلوك الانتحار الفعلي في المستقبل؛ ومن الجدير بالذكر أنه توجد بعض العوامل التي تؤثر على مراحل عملية

الانتحار مثل ضغوط الحياة، والظروف الاجتماعية والاقتصادية، والاضطرابات النفسية (Schrijvers, Bollen & Sabbe, 2012, 20).

وقد أظهر المسح الوطني للأمراض المترابطة The National Comorbidity Survey وجود احتمال لدى 34% من الأفراد الذين يفكرون في الانتحار إلى الانتقال من التفكير في الانتحار إلى التخطيط للانتحار، و72% من التخطيط للانتحار إلى محاولة الانتحار، و26% من التفكير في الانتحار إلى محاولات الانتحار غير المخطط لها؛ كما أنه يوجد حوالي 90% من محاولات الانتحار غير المخطط لها، و60% من محاولات الانتحار المخطط لها تحدث خلال العام الأول من بداية التفكير في الانتحار، أى أنه قد يتم الانتقال من مرحلة التفكير في الانتحار إلى مرحلتى التخطيط للانتحار ومحاولة الانتحار خلال العام الأول بعد ظهور الأفكار الانتحارية (Desseilles, Perroud, Guillaume, Jaussent, Genty, Malafosse & Courtet, 2012, 398)؛ وبالتالي فإن التفكير في الانتحار يُعد بمثابة عامل خطر ومؤشر لمحاولات الانتحار، حيث أن حوالي 80% من الأفراد الذين حاولوا الانتحار قاموا بالتعبير عن الأفكار الانتحارية قبل أشهر من محاولات الانتحار، ورغم ذلك فإنه يوجد عدد قليل من الدراسات التي قامت بدراسة التفكير في الانتحار مقارنة بالدراسات الأخرى التي قامت بدراسة محاولات الانتحار، أو الانتحار الكامل (Esfahani, Hashemi, & Alavi, 2015, 269).

وقد تستغرق عملية الانتحار فترة زمنية طويلة تصل إلى عدة سنوات، كما يمكن أن تكون قصيرة جدًا وتستغرق بضعة دقائق فقط حيث تكون فيها الأفكار الانتحارية كثيرة وشديدة جدًا؛ ومن الجدير بالذكر أن المدة الزمنية لعملية الانتحار تكون قصيرة جدًا لدى الذكور مقارنة بالإناث، كما أنها تكون أكثر نجاحًا حيث أن الذكور يستخدمون أساليب مميتة للانتحار مثل إطلاق الرصاص أو الشنق، أما الإناث فيستخدمن المواد السامة والتي قد يمكن تلافي آثارها (Schrijvers, et al., 2012, 24).

ويؤثر تفكير الفرد في الانتحار أو اقدمه على الانتحار بصورة سلبية على الجوانب النفسية للفرد وأسرته، كما يمتد تأثيره السلبي على المجتمع والذي يتمثل في الأعباء والتكاليف المالية الضخمة اللازمة لتقديم العلاج الطبي، وأيضًا قلة الانتاجية؛ الأمر الذي يجعل هذا الموضوع ذا أهمية كبيرة يجب العمل على التدخل للوقاية منه وتلافي آثاره السلبية (Fountoulakis, Pantoula, Siamouli, Moutou, Gonda, Rihmer, ,& Akiskal, 2012, 449).

وتوجد العديد من الأدلة على ارتباط اضطراب قصور الانتباه المصحوب النشاط الزائد بزيادة انتشار السلوكيات الانتحارية مثل التفكير في الانتحار والتخطيط ومحاولات الانتحار انتهاءً بالانتحار الكامل والوفاة؛ وقد يرجع ذلك إلى أن الأفراد الذين يعانون من ذلك الاضطراب يتعرضون لكثير من الاستجابات وردود الفعل السلبية مما قد يؤدي إلى انخفاض تقديرهم لذواتهم، وعدم الرضا عن حياتهم، والتفكير السلبي تجاه مستقبلهم؛ الأمر الذي قد يؤدي إلى زيادة خطر سلوكيات الانتحار لديهم، والتي قد تتطور مع مرور الوقت وقد تؤدي إلى الانتحار الكامل (Kakuszi, Bitter& Czobar, 2018, 23)؛ ورغم ذلك فإن عدد البحوث والدراسات التي قامت بدراسة سلوكيات الانتحار لدى الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب النشاط الزائد قبل مرحلة المراهقة مازالت قليلة (Mayes, Calhoun, Baweja, Feldman, Syed, Gorman, & Siddiqui, 2015, 275).

مشكلة البحث

يُعد التفكير في الانتحار من أكبر المنبئات والمؤشرات على محاولات الانتحار، والانتحار الفعلي، حيث أنه في غضون العام الأول من بداية التفكير في الانتحار (الأفكار الانتحارية) فإن خطر محاولات الانتحار يزيد بصورة كبيرة جدًا حيث قد يتم الانتقال من مجرد التفكير في الانتحار إلى ممارسة السلوك الانتحاري في كثير من الأحيان خلال تلك الفترة (Kliem, Lohmann, Moble& Brahler, 2017, 390)؛ ولذلك فإنه من الضروري القيام بدراسة

التفكير في الانتحار وذلك على أساس افتراض أن التفكير في الانتحار هو نقطة البداية للمسار الرئيس لعملية الانتحار والذي قد يتطور من خلال سلسلة من السلوكيات الانتحارية ليصل إلى الانتحار الكامل والوفاة؛ وبناء على ذلك فإنه يجب القيام بتقييم التفكير في الانتحار والأفكار الانتحارية كإجراء وقائي يمنع بدرجة كبيرة من حدوث الانتحار، وخاصة إذا وضعنا في الاعتبار أن العديد من الممارسين والمتخصصين يتعاملون مع الأفراد الذين يفكرون في الانتحار دون أن يكونوا مدركين للأفكار الانتحارية التي توجد لديهم (Lewis & Rudolph, 2014, 522).

ومن خلال القيام بمراجعات منهجية للأدبيات منذ أوائل عام 2000 وجدت دلائل على وجود علاقة كبيرة بين زيادة الانتحار واضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ ورغم ذلك فإن قضايا مثل درجة وشدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، ونوع النوع (الجنس)، وتأثيرهما على الفروق في سلوكيات الانتحار مازالت تفتقر إلى المعالجة والدراسة حتى الآن (Kakuszi, et al., 2018, 24).

وعلى الرغم من وجود العديد من البحوث والدراسات التي تناولت دراسة سلوك الانتحار، إلا أنه توجد دراسات وبحوث قليلة قامت بدراسة الارتباط والعلاقة بين اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وسلوك الانتحار خلال مراحل الطفولة، والمراهقة، والبلوغ (Hurtig, Taanila, Moilanen, Nordström, & Ebeling, 2012, 320)؛ ولذلك فقد أكدت نتائج دراسة Barbaresi, Colligan, Weaver, Voigt (2013) Killian & Katusic على أن الاتجاهات الحديثة للبحوث والدراسات المستقبلية يجب أن تتجه إلى مزيد من البحث عن الارتباطات المحتملة بين اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والتفكير في الانتحار والانتحار الكامل، وكذلك ضرورة دراسة سلوك الانتحار لدى الأنماط المختلفة لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (قصور الانتباه، النشاط الزائد والانفعالية، قصور الانتباه والنشاط الزائد) بشكل منفصل لمقارنة وتحديد أى من هذه الأنماط قد ترتبط بصورة أكبر بسلوك الانتحار؛ وذلك نظرًا لنتائج العديد من البحوث والدراسات التي أشارت نتائجها إلى ارتفاع خطر الوفاة عن طريق الانتحار بين الأفراد

الذين تم تشخيصهم بأنهم ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وأيضًا دراسة العلاقة بين عملية الانتحار ودرجة وشدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كما أكدت نتائج دراسة Giupponi, Giordano, Maniscalco, Erbuto, Berardelli, Conca, ... & Pompili (2018) على وجود حاجة ماسة إلى إجراء مزيد من البحوث والدراسات لتحسين الفهم حول دور اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في السلوك الانتحاري خلال مراحل الطفولة والمراهقة والبلوغ، وأيضًا تحديد عوامل الخطر التي قد تؤدي إلى السلوك الانتحاري في المستقبل؛ وذلك من أجل تطوير برامج الوقاية من خطر الانتحار، وتحسين المداخل العلاجية.

ومما سبق يمكن بلورة مشكلة البحث الحالي في السؤالين التاليين:

- (1) هل توجد علاقة ارتباطيه دالة بين التفكير في الانتحار واضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؟.
- (2) هل يتأثر التفكير في الانتحار لدى ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ببعض المتغيرات الديموجرافية مثل النوع، والعمر، ودرجة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؟.

هدف البحث

هدف البحث الحالي إلى التعرف على العلاقة بين التفكير في الانتحار واضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية (النوع، والعمر، ودرجة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد).

أهمية البحث

يُعد التفكير في الانتحار واحد من العوامل المهمة المنبئة بمحاولات الانتحار والانتحار الكامل، كما أنه يُعد مؤشرًا لمشكلات الصحة النفسية الأخرى (Esfahani, et al., 2015,)

269)؛ ولذلك فإن تحديد العلاقة والارتباط بين التفكير في الانتحار واضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من الأمور المهمة والحاسمة من أجل الوقاية ومنع الانتحار في المراحل العمرية التالية في سن المراهقة والبلوغ (Mayes, et al., 2015, 269). وتبدو أهمية البحث الحالي فيما يلي:

- (1) يعتبر البحث الحالي - في حدود علم الباحث - من أوائل الدراسات التي اهتمت بدراسة التفكير في الانتحار لدى ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .
- (2) يوجه البحث الحالي الانتباه إلى دراسة التفكير في الانتحار الأمر الذى يساعد في التدخل الوقائى العلاجى لخفض والتخلص من الأفكار الانتحارية وبالتالي الوقاية من محاولات الانتحار، والانتحار الفعلى.
- (3) قام البحث الحالي بإعداد مقياس لتقييم التفكير في الانتحار الأمر الذى يساعد في التشخيص الفارق بين التفكير في الانتحار، ومحاولات الانتحار، والانتحار الفعلى.
- (4) يحاول البحث الحالي التعرف على تأثير بعض المتغيرات الديموجرافية (النوع، والعمر، ودرجة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد) على التفكير في الانتحار لدى ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط .

المفاهيم الإجرائية للبحث

1- التفكير فى الانتحار:

عرف (Klonsky, et al., 2016, 309) التفكير فى الانتحار بأنه: "سيطرة أفكار عن الموت، والتفكير فى التخلص من الحياة من خلال الانتحار، ويُعد التفكير فى الانتحار مؤشرًا وإنذارًا بمحاولات الانتحار، أو الانتحار الكامل". ويعرف الباحث التفكير فى الانتحار إجرائيًا على أنه " الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس التفكير فى الانتحار المستخدم فى البحث الحالي " .

2- اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit

: Hyperactivity Disorder

عرف الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الخامسة Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بأنه نمط مستمر من أعراض قصور الانتباه و/أو النشاط الزائد/الاندفاعية يظهر قبل بلوغ عمر 12 عامًا؛ ويجب أن يظهر في موقفين مختلفين على الأقل (على سبيل المثال في المنزل، المدرسة، أو العمل) ؛ وأن يستمر لمدة ستة أشهر على الأقل؛ وأن يؤثر بشكل واضح وبصورة سلبية على النواحي الاجتماعية، والأكاديمية، والمهنية؛ وألا يكون راجعًا إلى أى اضطرابات نفسية أو عقلية (مثل اضطرابات المزاج، اضطراب القلق، أو اضطرابات الشخصية، الانسحاب). (American Psychiatric Association, 2013, 59-60) ويعرف الباحث اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إجرائيًا على أنه " الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد المستخدم في البحث الحالي " .

الإطار النظري

يتضمن الإطار النظري للدراسة عرضًا تفصيليًا لمفهومى الدراسة وهما التفكير في الانتحار، واضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

أولاً: التفكير في الانتحار:

اختلفت النظرة إلى الانتحار باختلاف المجتمعات والثقافات، ففي اليونان وروما القديمة كان الانتحار في بعض الأحيان وسيلة لحفاظ الفرد على شرفه في مواجهة العار الذى قد يلحق به، أو وسيلة وطريقة لتحويل الفرد الضحية والقتيل إلى بطل مأساوى وتراجيدى؛ وعلى النقيض من ذلك فإن الثقافات الأخرى رأت أن الانتحار يُعد دلالة على الجبن وضعف الشخصية، وأنه نتيجة للألم والمعاناة النفسية (Lewis& Rudolph, 2014, 522).

تعريف التفكير في الانتحار:

إن دراسة الانتحار محفوفة بالعديد من التحديات الناتجة عن طبيعة الانتحار نفسه، ومن التحديات التي واجهتها البحوث والدراسات على مدى العقود الماضية عدم وجود تعريفات واضحة ومحددة للانتحار، وأيضاً عدم التمييز بين مصطلحات التفكير في الانتحار، ومحاولات الانتحار، والانتحار الفعلي، وسلوك إيذاء الذات دون وجود نية الموت والتخلص من الحياة، وقد استخدم البعض مصطلح سلوك الانتحار كمصطلح عام يشمل ما سبق؛ الأمر الذي أعاق تقدم وتطور بحوث ودراسات الانتحار إلى حد كبير (Klonsky, et al., 2016, 309).

ومن الجدير بالذكر ضرورة القيام بالترقية والتمييز بين الانتحار وسلوك إيذاء الذات، حيث يشير الانتحار إلى جميع حالات الوفاة التي تنتج بشكل مباشر أو غير مباشر عن سلوك إيجابي أو سلبي يسبقه التفكير في الانتحار من الفرد نفسه (الضحية) وهو يعلم أنه سيؤدي إلى الوفاة، وذلك على نقيض إيذاء الذات الذي لا توجد فيه نية الانتحار أو إدراك النتيجة التي قد تنتج عن سلوك إيذاء الذات (Lewis & Rudolph, 2014, 527).

وقد عرف Posner, Oquendo, Gould, Stanley & Davies (2007, 1023) التفكير في الانتحار بأنه يشير إلى: "الأفكار السلبية حول الرغبة في الموت والتخلص من الحياة، أو وجود أفكار نشطة مرتبطة بقتل النفس ولا يصاحب تلك الأفكار سلوك تحضيرى للانتحار".

وذكر Kirmayer, Fraser, Fauras & Whitley (2009, 97) أن التفكير في الانتحار يشير إلى: "أفكار حول الموت من خلال الانتحار".

وأشار Storch, Hanks, Mink, McGuire, Adams, Augustine., & Murphy (2015, 746) إلى أن التفكير في الانتحار هو: "وجود أفكار عن الموت، والتفكير في التخلص من الحياة".

وأوضح (Esfahani, et al., 2015, 268) أن التفكير في الانتحار هو: "وجود أفكار حول إيذاء الذات، وقتل النفس".

انتشار التفكير في الانتحار:

تختلف نسب انتشار الانتحار الكامل الذى يؤدي إلى الوفاة بين الذكور والإناث، حيث ترتفع لدى الذكور مقارنة بالإناث حيث توجد حالتين إلى أربع حالات للذكور مقابل حالة واحدة للإناث؛ أما التفكير في الانتحار، والسلوك الانتحارى الذى لا ينتهى بالوفاة يكون أكثر انتشاراً لدى الإناث مقارنة بالذكور، أى أن الإناث يكونون أكثر تفكيراً في الانتحار وممارسة سلوكيات الانتحار مقارنة بالذكور، فى حين أن معدلات الوفاة بسبب الانتحار تكون عادة أعلى لدى الذكور مقارنة بالإناث (Schrijvers, et al., 2012, 20).

وقد أشارت نتائج بعض البحوث والدراسات إلى أن نية الانتحار تنتشر لدى المراهقين بنسبة 12% ويكون ذلك فى صورة التفكير فى الانتحار، وأنه يوجد ما يقرب من ثلث هؤلاء المراهقين قد يقومون بتطوير ووضع خطط للانتحار (Chou, Liu, Hu, & Yen, 2016, 87)؛ كما أشارت نتائج بعض البحوث والدراسات الأخرى إلى أن معدلات الانتحار لدى المسنين انخفضت فى القرن العشرين فى حين أن معدلات الانتحار لدى المراهقين والشباب البالغين قد ارتفعت (Lewis & Rudolph, 2014, 527).

ومن الجدير بالذكر أن الانتحار ينتشر لدى الأفراد الذين يعانون من بعض الاضطرابات النفسية، حيث يصل إلى 10% تقريباً لدى ذوى اضطراب الشخصية الحدية، و 29.9% لدى ذوى الاضطراب ثنائى القطب، كما يزداد فى حالات الاكتئاب، واضطراب التصرف (Impey & Heun, 2012, 94).

وقد أشارت نتائج دراسة Scocco, de Girolamo, Vilagut & Alonso (2008) إلى أن معدلات انتشار التفكير فى الانتحار، والتخطيط للانتحار، ومحاولات الانتحار بلغ 3%، و 7%، و 0.5% على التوالى لدى عينة ايطالية بلغ عددها 4712، وأن معدلات

انتحار الذكور مقارنة بالإناث بلغ 4 : 1، وأن التفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار يزيد لدى الإناث بمقدار ثلاثة مرات مقارنة بالذكور في كثير من الأحيان؛ كما يزداد التفكير في الانتحار لدى الطلاب ذوى المستوى التحصيلي المتوسط والمنخفض؛ كما يوجد ارتباط كبير بين الإصابة بالاضطرابات النفسية والزيادة الكبيرة في التخطيط للانتحار ومحاوله الانتحار، وأن هذا الارتباط كان مرتفعاً وقوياً بصورة خاصة في حالة المعاناة من اضطرابات سوء استخدام المواد، والقلق، والمزاج، كما أن هذا الارتباط والعلاقة ترتفع بصورة كبيرة جداً في حالة معاناة الفرد من اضطرابين معاً في نفس الوقت.

العوامل والأسباب المؤدية للتفكير في الانتحار:

توجد العديد من العوامل والأسباب التي قد تؤدي إلى التفكير في الانتحار، ومن هذه العوامل ما يلي:

1- العوامل الوراثية:

يرى البعض أن العوامل الوراثية تزيد من خطر التفكير في الانتحار وسلوك الانتحار، حيث ترتفع معدلات الانتحار بين التوائم المتماثلة مقارنة بالتوائم غير المتماثلة، وأيضاً في حالة وجود تاريخ أسرى لسلوك الانتحار، كما أن نسبة سلوك الانتحار تزيد بمقدار أربع أضعاف في حالة وجود أقارب من الدرجة الأولى قاموا بالانتحار الفعلى (Goldston, Erkanli, Daniel, Heilbron, Weller & Doyle, 2016, 353)؛ وقد أشارت نتائج دراسة Ljung, Chen, Lichtenstein, & Larsson (2014) إلى وجود ارتباط بين اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وزيادة خطر التفكير ومحاولات الانتحار والانتحار الفعلى، وأن العوامل الوراثية تلعب دوراً كبيراً في ذلك خاصة في حالة وجود أقارب من الدرجة الأولى وذلك مقارنة بالأقارب من الدرجة الثانية والثالثة؛ ولذلك أكدت الدراسة على أن الأفراد ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وأسرههم لا بد أن يكونوا مستهدفين بالتدخل للوقاية من الانتحار وعلاجه.

2- العوامل النفسية:

أشارت نتائج العديد من البحوث والدراسات إلى أن أكثر من 70% من المراهقين والشباب البالغين الذين يفكرون في الانتحار يعانون من اضطرابات نفسية، كما أن بعض الاضطرابات النفسية ترتبط بزيادة خطر الانتحار (Ljung, et al., 2014,959)؛ ومن هذه الاضطرابات الاضطراب ثنائي القطب Bipolar Disorder، واضطراب ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder، واضطرابات المزاج Mood Disorders، واضطراب الاكتئاب الشديد Major Depressive Disorder، واضطراب القلق الاجتماعي (الفوبيا الاجتماعية) Social Anxiety Disorder، واليأس وفقدان الأمل Hopelessness (Anestis, Soberay, Gutierrez, Hernández & Joiner, 2014; Klonsky, et al., 2016, 312)؛ ومن الدراسات التي أشارت إلى دور العوامل النفسية في زيادة خطر التفكير في الانتحار دراسة (Schrijvers, et al., 2012) التي أشارت نتائجها إلى وجود العديد من العوامل التي قد تؤدي إلى سلوك الانتحار مثل الضغوط النفسية والاجتماعية، والاضطرابات النفسية، وأحداث الحياة الضاغطة.

3- العوامل الاجتماعية والأسرية:

أشارت نتائج العديد من البحوث والدراسات إلى وجود بعض العوامل الاجتماعية والأسرية التي قد تؤدي إلى التفكير في الانتحار مثل انخفاض المستوى الاجتماعي الاقتصادي، وانفصال الوالدين/أو الطلاق، ووفاة أحد الوالدين أو كليهما، والخلافات الزوجية أو الأسرية، ووجود تاريخ من سوء المعاملة والاعتداءات الجسمية أو النوعية (الجنسية) في مرحلة الطفولة، ووفاة الأشخاص المحبوبين، وانخفاض الدعم الأسري والاجتماعي، والمشكلات العاطفية في مرحلة المراهقة، وعدم الشعور بالانتماء، وعدم التكيف الاجتماعي، وأحداث الحياة الضاغطة، والضغوط المالية والمهنية (Fountoulakis, et al., 2012, 449; Gipson, Agarwala, 2012).

Daviss& (Opperman, Horwitz, King, 2015, 89)؛ ومن هذه الدراسات دراسة Diler, (2014) التي أشارت نتائجها إلى أنه من بين الأسباب التي قد تؤدي إلى سلوك الانتحار لدى ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد انخفاض الدعم الأسرى، والتعرض للإيذاء، والصراع بين الوالدين أو بينهما وبين الطفل.

4- العوامل المدرسية:

أشارت نتائج العديد من البحوث والدراسات إلى وجود بعض العوامل المرتبطة بالمدرسة والتي قد تؤدي إلى التفكير في الانتحار مثل قصور ومشكلات العلاقات مع الأقران، والفشل الدراسي، والتسرب من المدرسة، وانخفاض الدعم المدرسى، والتعرض للتنمر من قبل الأقران، وعدم القدرة على مواجهة وحل المشكلات التي يتم التعرض لها في المدرسة، وعدم الشعور بالانتماء للمدرسة (Lewis& Rudolph, 2014, 529; Gipson, et al., 2015,)؛ ومن هذه الدراسات دراسة Karch, Logan, McDaniel, Floyd, & Vagi (2013) التي أشارت نتائجها إلى أن المشكلات المدرسية مثل الحصول على درجات منخفضة جداً، والتعرض للتنمر من قبل الأقران من الأسباب التي تساهم بدرجة كبيرة في سلوك الانتحار.

5- العوامل الفردية:

توجد بعض العوامل الفردية المرتبطة بسلوك الانتحار مثل النوع (حيث أن الإناث أكثر ميلاً لإيذاء الذات، أما الذكور فأكثر ميلاً إلى سلوك الانتحار)، والمثلية النوعية، والكمالية (طلب الوصول للكمالية والمثالية).

6- وسائل الإعلام:

حيث يمكن أن تؤثر التقارير والتحقيقات الإعلامية التي تتناول الانتحار على الأفراد الذين يتعرضون لأحد العوامل الخمسة السابق ذكرها وتؤدي بهم إلى التفكير في الانتحار أو محاولة

الانتحار؛ كما أن وسائل التواصل الاجتماعي، وبعض الألعاب الإلكترونية يمكن أن تشجع على وضع بعض الاتفاقيات للإقدام على الانتحار، وهذا يوضح تأثير وسائل الإعلام الجديدة على الأفراد صغار العمر بصورة خاصة (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012, 2378).

تقييم التفكير في الانتحار:

نتيجة عدم وجود اتفاق بين المتخصصين حول تعريف الانتحار (التفكير، والتخطيط، ومحاولات الانتحار، والانتحار الفعلي) فإنه لا يوجد اتفاق حول كيفية تقييم الانتحار، كما يوجد تنوع في الأساليب المستخدمة في تقييم الانتحار، فبينما يركز البعض عند القيام بتقييم الانتحار على الإجابة على بعض الأسئلة البسيطة فقط (مثل: هل فكرت في الانتحار بجدية؟)، نجد أن البعض الآخر يركز على إجراء تقييمات شاملة تركز على الأفكار الانتحارية، وشدتها، والتخطيط للانتحار، ونية الانتحار (Klonsky, et al., 2016, 309).

وتُعد المقابلة الكلينيكية من الأدوات المهمة والمفيدة في تقييم التفكير في الانتحار، ومن أمثلة هذه المقابلات مقابلة محاولات الانتحار وإيذاء الذات The Suicide Attempt and Self-injury Interview (SAII) (Linehan, et al., 2006) ومقابلة سلوك وأفكار إيذاء الذات The Self-Injurious Thoughts and Behavior Interview (SITBI) (Nock, et al., 2007)؛ ورغم أهمية وفائدة المقابلات الكلينيكية إلا أنه قد وجه إليها العديد من الانتقادات مثل أنها تتطلب مصادر معلومات كثيرة، كما أنها تستغرق وقتاً طويلاً، كما أنها تعتمد على مقابلة الفرد والحصول منه على معلومات حول الأفكار الانتحارية والخطط الانتحارية الحالية ومحاولات الانتحار السابقة وهي أمور وموضوعات قد يكون من الصعب مناقشتها مع الفرد نفسه (Esfahani, et al., 2015, 270; Klonsky, et al., 2016, 314).

ونظرًا لخطورة التفكير في الانتحار وما قد يؤدي إليه، فقد قام البعض بإعداد واستخدام أدوات فحص وتقييم سريعة مثل استبيانات ومقاييس التقارير الذاتية، والتي تتميز بالعديد من الإيجابيات مثل أنه يمكن من خلالها الحصول على الكثير من المعلومات عن الأفراد الذين قد لا يمكن استجوابهم والحصول منهم على معلومات حول الأفكار الانتحارية خلال المقابلات الكليينكية، أو الأفراد الذين لا يستطيعون التعبير عن هذه الأفكار الانتحارية أثناء المقابلات الكليينكية، بالإضافة إلى أن تطبيق هذه الاستبيانات والمقاييس لا يستغرق وقتًا طويلاً، كما أنها غير مكلفة في حالة استخدامها للتقييم المستمر والمتواصل لتقييم الأفكار الانتحارية، ومن أكثر الاستبيانات انتشارًا وشيوعًا في الاستخدام لتقييم التفكير في الانتحار مقياس بيك للأفكار الانتحارية (Beck Scale for Suicidal Ideations) (Esfahani, et al., 2015, 270)؛ كما ركز البعض الآخر على استخدام استبيانات ومقاييس التقارير الذاتية لتقييم الانتحار والظواهر والأحداث المرتبطة بالانتحار (مثل الاكتئاب، أو اليأس وفقدان الأمل)، وأيضًا لتقييم جوانب الانتحار (مثل التفكير، النية، والقصد)، ومن أكثر هذه الاستبيانات والمقاييس انتشارًا واستخدامًا مقياس بيك لليأس وفقدان الأمل (The Beck Hopelessness Scale) (Beck, et al., 1974) واستبيان بيك للاكتئاب (The Beck Depression Inventory-II) (Beck, et al., 1996, 315) (Klonsky, et al., 2016).

وقد أوصت الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للأطفال والمراهقين بضرورة استخدام مدخل متعدد المعلومات للحصول على معلومات متنوعة عند القيام بتقييم خطر الانتحار، كما أوصت أيضًا بضرورة أن تتضمن إجراءات تقييم الانتحار كلاً من تاريخ الفرد في التفكير في الانتحار وسلوك الانتحار، وأيضًا أفكار الانتحار الحالية الموجودة لديه (Gipson, et al., 2015, 89).

ثانيًا: اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

فيما يلي عرض لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من حيث تعريفه، وانتشاره، وأسبابه، وتشخيصه، ومآله:

تعريف اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

عرف عبد العزيز السيد الشخص (2010، 46) اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بأنه يشير إلى: "إصابة الأطفال بعدم القدرة على الانتباه، والاندفاعية، والنشاط الحركي الزائد قبل السابعة من العمر".

ورأى (1, 2012) Billet أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد هو: "اضطراب سلوكي يتصف بأعراض مستمرة وغير مناسبة للعمر الزمني للفرد، وهذه الأعراض هي وجود مستويات ملحوظة ومرتفعة من قصور الانتباه مع أو بدون نشاط زائد/ اندفاعية؛ ويواجه الأفراد ذوى ذلك الاضطراب صعوبة في تنظيم وضبط سلوكياتهم، والتكيف والتوافق مع القواعد؛ وبالتالي فإنهم يواجهون صعوبة في التكيف مع أسرهم وبيئتهم المدرسية، وأقرانهم، وغالبًا ما يكون أدائهم أقل من القدرات التي يمتلكونها، وقد يصاحب ذلك الاضطراب اضطرابات سلوكية وانفعالية".

وذكر (13, 2013) Kumperscak أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يشير إلى: "قصور شديد ومستمر في النمو يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة وغالبًا قبل عمر خمس سنوات تقريبًا، وغالبًا ما يستمر إلى مرحلتى المراهقة والبلوغ، ويتصف بمستوى مرتفع من قصور الانتباه (مثل عدم الانتباه إلى التفصيلات)، وعدم الهدوء والنشاط الزائد (مثل الركض والتسلق المستمر)، والاندفاعية (مثل صعوبة انتظار الدور، ومقاطعة الآخرين)".

وأكد (2014, Driscoll, Cukrowicz, Reardon, Joiner Jr & Joiner) على أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتميز بأعراض متعددة تتضمن قصور الانتباه، والنشاط الزائد، والاندفاعية، وهذه الأعراض تكون غير مناسبة للعمر الزمني للطفل، ويجب أن تظهر هذه الأعراض في أماكن وسياقات متعددة (مثل المدرسة، المنزل، المجتمع) لمدة ستة شهور على الأقل؛ مما يؤثر بصورة سلبية على جوانب النمو المختلفة، وعلى

الرغم من أن ذلك الاضطراب لا يتم افتراض أنه سلوك عدواني أو سلوك مضاد للمجتمع إلا أنه غالبًا ما يكون مصحوبًا باضطراب التصرف.

وأشار (Hoseini, Abbasi, Moghaddam, Khademi, & Saeidi (2014, 446) إلى أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد هو اضطراب نمائي يظهر في مرحلة الطفولة وقد يستمر خلال مرحلة المراهقة والبلوغ، ويتصف بنمط شديد ومستمر من قصور الانتباه، والنشاط الزائد، والاندفاعية، ويكون الأطفال ذوى ذلك الاضطراب أكثر عرضة لانخفاض التحصيل الأكاديمي، والعزلة الاجتماعية، والسلوك المضاد للمجتمع خلال سنوات المدرسة، وقد تستمر هذه المشكلات والاضطرابات إلى سنوات ما بعد المدرسة، ولا يؤثر ذلك الاضطراب على الفرد المصاب به فقط بل يمتد تأثيره السلبي على علاقاته المتبادلة مع الآخرين.

وغير (Tarver, Daley & Sayal (2014, 762) اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بأنه: "اضطراب نمائي يتضمن ممارسة سلوكيات غير مناسبة للعمر الزمني للفرد، ويتضمن ثلاثة أنماط رئيسة هي النمط الذى يسود فيه قصور الانتباه بشكل أكبر من النشاط الزائد والاندفاعية، والنمط الذى يسود فيه النشاط الزائد والاندفاعية بشكل أكبر من قصور الانتباه، والنمط المركب الذى يشير إلى وجود قصور الانتباه والنشاط الزائد والاندفاعية معًا في وقت واحد؛ ويجب أن تبدأ هذه الأنماط والأعراض في الظهور قبل عمر 12 عامًا، وأن توجد وتظهر في مواقف وسياقات مختلفة (مثل المنزل، والمدرسة)؛ ويرتبط ذلك الاضطراب بقصور كبير في الأداء في العديد من المجالات".

وأشار (Chesney, Goodwin & Fazel (2014, 153) إلى أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من أكثر الاضطرابات النمائية العصبية شيوعًا وانتشارًا في مرحلة الطفولة، ويتصف بأعراض تشتت الانتباه، والنشاط الزائد والاندفاعية، ويؤثر بصورة سلبية على الأفراد عبر مراحل حياتهم المختلفة حيث يرتبط بصورة كبيرة بقصور النمو الاجتماعى والانفعالى، وبقصور الأداء المدرسى والمهني، كما يؤدي إلى زيادة التعرض للحوادث والاصابات، وزيادة الضغوط الوالدية.

ورأى (Olsen, Casado-Lumbreras, & Colomo-Palacios (2016, 207)

أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد هو اضطراب نمائى يتصف بأعراض مستمرة من قصور الانتباه، والنشاط الزائد والاندفاعية يعانى منه الأطفال، وقد يستمر مع البعض منهم إلى مرحلة المراهقة والبلوغ، وغالبًا ما يكون قصور الانتباه والنشاط الزائد مرتبطًا بمرحلة الطفولة، في حين أن قصور الانتباه غالبًا ما يكون مرتبطًا بمرحلة المراهقة، ويكون ذوى ذلك الاضطراب معرضين بصورة كبيرة لخطر الإصابة ببعض الاضطرابات مثل القلق والاكتئاب.

وأكد (Huang, Wei, Hsu, Bai, Su, Li, ... & Chen (2018, 234) على

أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد هو اضطراب نمائى عصبي يبدأ منذ الطفولة، وغالبًا ما يتم تشخيصه خلال سنوات ما قبل المدرسة، ويتميز بعدة أعراض مثل التملل بصورة متكررة، أو سلوكيات التلوى غير المنتظمة، وعدم القدرة على اتباع التعليمات والأوامر، وتشتت الانتباه بدرجة مرتفعة، ويمكن استمرار هذه الأعراض خلال مرحلتى المراهقة والبلوغ إذا لم يتم تقديم العلاج المناسب.

انتشار اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

من الجدير بالذكر أنه لا يوجد اتفاق بين البحوث والدراسات حول نسبة انتشار اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وقد يرجع ذلك إلى العديد من العوامل مثل الاختلافات المنهجية والثقافية، والتباين والاختلاف في مفهوم اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، واختلاف معايير وأدوات التشخيص المستخدمة، أو اختلاف القائم بالتشخيص أو اختلاف مصدر المعلومات (الوالدين، المعلمين، الأطباء)، واختلاف العمر عند التشخيص (حيث أن ذلك الاضطراب يوجد لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة وقد يستمر لدى البعض منهم فقط في مرحلة المراهقة والبلوغ)، أو النوع (حيث أن ذلك الاضطراب ينتشر لدى الذكور بصورة أكبر من الإناث)، والاضطرابات المصاحبة (حيث أن ذلك الاضطراب غالبًا ما يصاحب بالعديد من الاضطرابات مثل اضطرابات القلق، والمعارضة والتحدى) مما قد يزيد من

تعقيد فهم وتحديد معدلات الانتشار الحقيقية لذلك الاضطراب (Hoseini, et al., 2014,)
448; National Collaborating Centre for Mental Health (UK.(2018,
(27).

وتتراوح نسبة انتشار اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ما بين 3-7% لدى الأطفال في مرحلة المدرسة، وتنخفض هذه النسبة لتصل إلى ما بين 3-5% في مرحلة المراهقة، وإلى 2.5% في مرحلة البلوغ؛ وبصورة عامة فإن ذلك الاضطراب ينتشر لدى الذكور بصورة أكبر من الإناث (2-4 : 1) وذلك في جميع المراحل العمرية (Weiner, Stricker & Widiger, 2012,33; Driscoll, et al., 2014, 140).

وقد أشار الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الطبعة الخامسة إلى أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يحدث في معظم الثقافات ويوجد لدى الأطفال بنسبة 5% تقريبًا، كما يوجد البالغين بنسبة 2.5% تقريبًا (American Psychiatric Association, 2013, 255).

الأسباب والعوامل المؤدية لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

على الرغم من أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد واحد من أكثر الاضطرابات التي تم دراستها، إلا أن تحديد أسبابه مازالت مجهولة، حيث أنه اضطراب معقد قد يرجع إلى العديد من العوامل والأسباب؛ وقد أشارت نتائج دراسة Thapar, Cooper, (2013) Eyre & Langley إلى عدم وجود عامل خطر واحد محدد يفسر أسباب حدوث اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وأن العوامل الوراثية وغير الوراثية تؤثر وتساهم معًا في حدوثه.

1- العوامل الوراثية:

تُعد العوامل الوراثية من العوامل المسؤولة عن الإصابة باضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، حيث يوجد حوالي من 50% إلى 80% من الأطفال ذوى ذلك الاضطراب

كان أحد والديهم أو أشقائهم أو أجدادهم يعانون من أعراض ذلك الاضطراب في مرحلة الطفولة (Rief, 2012, 39).

كما أكدت نتائج العديد من البحوث والدراسات على دور العوامل الوراثية في الإصابة باضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، حيث أشارت إلى أن ذلك الاضطراب ينتشر لدى التوائم بنسبة تزيد عن 80%، وأن هذه النسبة تزيد لدى التوائم المتماثلة بنسبة 65% مقارنة بالتوائم غير المتماثلة، مما يدل على دور العوامل الوراثية في حدوث ذلك الاضطراب (Weiner, et al., 2012, 35; Chaplin, 2018, 27).

2- العوامل العضوية (العوامل المتعلقة بالمخ):

أشارت نتائج بعض البحوث والدراسات إلى وجود شذوذ وفروق في بنية المخ بين ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والعادين، حيث توجد مناطق في الفص الجبهي الأمامي الأيمن Right Frontal Lobe، وأجزاء متعددة من العقد القاعدية Basal Ganglia تكون أقل في الحجم، ومستوى النشاط لدى ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، كما يوجد انخفاض في التمثيل الغذائي للجلكوز في مناطق المخ قد يؤدي إلى قصور الانتباه (Tarver, et al., 2014, 763).

وقد أشارت نتائج بعض البحوث والدراسات الأخرى إلى انخفاض مستوى الدوبامين في المخ لدى ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد نتيجة القصور في جين DRD4-7 والذي قد يؤدي إلى الإصابة بذلك الاضطراب، وبصورة خاصة النشاط الزائد-الاندفاعية (Weiner, et al., 2012, 35-36).

كما أشارت نتائج بحوث ودراسات أخرى إلى وجود شذوذ غير طبيعي في التخطيط الكهربائي للمخ لدى ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مقارنة بالعادين، حيث توجد زيادة في نشاط الموجات البطيئة (دلتا وثيرتا Delta and Theta)، وانخفاض في نشاط الموجات السريعة (ألفا وبيتا Alpha and Beta)، بالإضافة إلى وجود شذوذ في النواقل

العصبية بالمخ تجعل الأفراد ذوى ذلك الاضطراب غير قادرين على التحكم فى الاندفاعية، وتركيز الانتباه (Tarver, et al., 2014, 763; Burke& Edge,2013, 25).

3- العوامل البيئية والاجتماعية:

اهتم العديد من العلماء والمتخصصين بدراسة دور العوامل الغذائية فى حدوث اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وقد رأى البعض أن تناول الأطفال بعض الأطعمة التى ترتفع فيها نسبة السكر والكربوهيدرات (مثل الكيك، والبسكويت، والشيكولاته)، وكذلك أطعمة الذرة، والقمح، والدقيق الأبيض، والأزر الأبيض، وأيضًا الأطعمة المصنعة التى تحتوى على كثير من الألوان والمواد الحافظة قد تؤدى إلى زيادة أعراض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وخاصة لدى الأطفال الذين لديهم استعداداً وراثياً للإصابة بذلك الاضطراب (Rief, 2012,39; Hoseini, et al., 2014, 450)؛ كما أشارت نتائج بعض البحوث والدراسات إلى أن الأطفال ذوى ذلك الاضطراب يعانون من نقص فى التغذية مقارنة بالأطفال العاديين، ويتضمن ذلك نقص فى الأحماض الدهنية، والذئك، والحديد مما يجعلهم أكثر عرضة لخطر الإصابة بذلك الاضطراب؛ ورغم ما سبق ذكره، إلا أنه لا يزال يوجد جدل مستمر إلى الآن حول دور نوع الأطعمة فى حدوث اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (Tarver, et al., 2014, 764).

ويرى البعض أن التعرض للمواد السامة مثل الرصاص (الموجود فى الدهانات والمواسير الموجودة فى المباني القديمة)، والزئبق يمكن أن يسهم فى تطور أعراض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال، وقد أكدت على ذلك نتائج دراسة Donzelli, Carducci, Llopis-Gonzalez, Verani, Llopis-Morales, Cioni & Morales-Suárez-Varela (2019) حيث أكدت من خلال مراجعة نتائج 17 دراسة خلال آخر خمسة سنوات على وجود أدلة تثبت وجود علاقة سببية بين التعرض للرصاص

والإصابة باضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وذلك في حالة التعرض لمستويات مرتفعة من الرصاص.

وقد أشارت نتائج العديد من البحوث والدراسات إلى وجود بعض العوامل المرتبطة بفترة الحمل، والولادة، وما بعد الولادة قد تؤثر بصورة سلبية على نمو الجهاز العصبي مثل تدخين الامهات، وتناولهن للكحول، والمخدرات، والعقاقير أثناء فترة الحمل، والولادة المبكرة، ونقص الأكسجين، وتسمم الدم، وانخفاض الوزن عند الولادة؛ وتعرض الطفل للإصابة بالأمراض والحوادث والصدمات في الرأس وخاصة في الجزء الأمامي من الدماغ، وجميع هذه العوامل قد تؤدي إلى قصور الانتباه، والنشاط الزائد، والاندفاعية؛ ومن الجدير بالذكر أن هذه العوامل قد تؤدي إلى التعرض لبعض المشكلات والاضطرابات الأخرى؛ كما أن تأثير هذه العوامل (مثل تناول الأم للكحول والمخدرات أثناء فترة الحمل) قد يكون تأثيرها أقوى لدى الأطفال الذين لديهم حساسية لجين الدوبامين (Weiner, et al., 2012, 35; Chaplin, 2018,27).

كما أشارت نتائج العديد من البحوث والدراسات إلى أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد قد يرجع إلى البيئة الأسرية مثل أساليب التنشئة الخاطئة، والتفكك الأسري، والصراعات الأسرية، ومشكلات التفاعل داخل الأسرة، وعدم الاستقرار الأسري، وطلاق الوالدين، وعدم الارتباط العاطفي بالأسرة، والحرمان الشديد والإهمال، والضغط النفسي التي يتعرض لها الطفل داخل الأسرة؛ ويرى البعض أن هذه العوامل تؤثر في درجة وشدة أعراض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، كما أنها تؤثر على الأطفال الذين لديهم استعدادات وراثية للإصابة بذلك الاضطراب (Rief, 2012,41; Tarver, et al., 2014,) .(764).

تشخيص اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

يعتمد التشخيص الأولي لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على ثلاثة مصادر رئيسية هي المعلومات التي يتم الحصول عليها من أولياء الأمور، والسجلات الطبية

والنفسية التي تحتوي على تاريخ نمو الطفل العضوى والنفسى، والملاحظات التي يتم تسجيلها عن الخصائص السلوكية للطفل (عبد الرحمن سيد سليمان وايهاب الببلاوى، 2015، 500-501)

وقد صنف الدليل التشخيصى والاحصائى للاضطرابات النفسية الطبعة الخامسة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلى ثلاثة أنماط ووضع معايير تشخيصها، وفيما يلي توضيح ذلك:

أ- نمط مستمر من قصور الانتباه و/أو النشاط الزائد/الاندفاعية الذى يتداخل ويؤثر على الأداء والنمو كما يظهر في (1) و/أو (2):

1- نمط قصور الانتباه Inattention: ولتشخيص ذلك النمط يجب توافر ستة أو أكثر من أعراض قصور الانتباه، وأن تستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر، ولا تتفق مع مستوى النمو، وتؤثر بصورة مباشرة وسلبية على أداء الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية/المهنية والوظيفية.

2- نمط النشاط الزائد والاندفاعية Hyperactivity and impulsivity: ولتشخيص ذلك النمط يجب توافر ستة أعراض أو أكثر من أعراض النشاط الزائد والاندفاعية، وأن تستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر، ولا تتفق مع مستوى النمو، وتؤثر بصورة مباشرة وسلبية على أداء الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية/المهنية والوظيفية.

ب- أن تظهر أعراض قصور الانتباه أو النشاط الزائد/الاندفاعية قبل عمر 12 عامًا.

ج- أن تظهر أعراض قصور الانتباه أو النشاط الزائد/الاندفاعية على الأقل في موقعين مختلفين (مثل المنزل أو المدرسة، أو العمل؛ أو مع الأصدقاء والأقارب؛ في أنشطة أخرى).

د- أن يوجد دليل واضح على أن هذه الأعراض تتداخل مع، أو تقلل من جودة الأداء الاجتماعى، والأكاديمى والوظيفى.

هـ- ألا تكون الأعراض ناتجة عن اضطراب النمو الشامل، أو الفصام، أو اضطراب ذهاني آخر، وأيضًا لا ترجع إلى اضطرابات أخرى (مثل اضطرابات المزاج، اضطراب القلق، أو اضطراب الشخصية، الانسحاب)

وتوجد ثلاثة أنماط لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد هي نمط قصور الانتباه، ونمط النشاط الزائد والاندفاعية، ونمط الأعراض المركبة (النمط المختلط) ويجب لتشخيص ذلك النمط وجود ستة من أعراض قصور الانتباه بالإضافة إلى ستة من أعراض النشاط الزائد-الاندفاعية، وأن تستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر؛ كما يتم تصنيف اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد طبقاً لشدته إلى البسيط، والمتوسط، والشديد (American Psychiatric Association , 2013 , 59-60).

مآل اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد:

يؤثر اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بصورة سلبية على الجوانب الاجتماعية، والأكاديمية، والسلوكية مما قد يؤدي إلى التعرض لخطر الإصابة ببعض المشكلات والاضطرابات، وتختلف هذه المشكلات والاضطرابات باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد. وقد أشارت نتائج العديد من البحوث والدراسات التي أجريت على الأطفال ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في مرحلة الطفولة إلى أن حوالي 25% أو أكثر منهم يعانون من صعوبات التعلم وقصور الوظائف التنفيذية، ومن 30-60% يعانون من اضطرابات الكلام واللغة، وحوالي 50% يعانون من اضطراب المعارضة والتحدى، كما أن حوالي من 30-50% يعانون من اضطراب المعارضة والتحدى والعدوان الأمر الذى قد يؤدي إلى رفض الأقران لهم؛ كما يكونوا أقل تعاوناً مع الأقران ولا يشتركون معهم فى الأنشطة، ويواجهون صعوبة فى ضبط انفعالاتهم والتي غالباً ما تؤدي إلى حدوث صراع مع الأقران، ويكون لديهم عدد قليل من الأصدقاء، كما يواجهون كثير من المشكلات فى الأسرة بما فى ذلك من تفاعلات سلبية مع الوالدين مثل عدم الامتثال لأوامر وتعليمات الوالدين، والصراع مع الأشقاء الأمر الذى قد يؤدي إلى معاناة الوالدين من مستويات مرتفعة من الضغوط والتي قد تتطور إلى الاكتئاب وخاصة لدى الأمهات (Weiner, et al., 2012, 35; Kumperscak, 2013, 13).

وفي مرحلة المراهقة، أشارت العديد من نتائج البحوث والدراسات إلى أن المشكلات والاضطرابات الموجودة لدى ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في مرحلة الطفولة تزيد في حداثها في مرحلة المراهقة وبصورة خاصة في حالة عدم العلاج، كما أنهم يعانون أيضاً في هذه المرحلة من كثير من المشكلات والاضطرابات مثل التسرب من المدرسة، وصعوبات التعلم، وارتفاع معدلات الفشل في الكلية، والاضطرابات السلوكية (مثل العدوان، واضطراب المعارضة والتحدى، واضطراب التصرف)، والسلوكيات المضادة للمجتمع، واضطرابات المزاج، والقلق، والاكتئاب، والتدخين وتعاطى المخدرات، وانخفاض وتدني مفهوم الذات، وقصور الأداء الاجتماعي والانفعالي (Impey & Heun, 2012, 93; Kumperscak, 2013, 14).

وفي مرحلة الرشد، أشارت نتائج العديد من البحوث والدراسات إلى أن ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يواجهون كثير من المشكلات والاضطرابات مثل الاكتئاب، والقلق، واضطراب الشخصية الحدية، واضطراب المعارضة والتحدى، وادمان الكحول والمخدرات؛ كما يواجهون مشكلات في التكيف المهني، وانخفاض الأداء الوظيفي، وانخفاض الدرجات الوظيفية، وارتفاع معدلات البطالة، والمشاركة في الأنشطة الاجرامية، وانخفاض تقدير الذات (Agosti, Chen & Levin, 2011, 595; Patros, Hudec, Alderson, 2013, 981).

بحوث ودراسات سابقة

هدفت دراسة Chronis-Tuscano, Molina, Pelham, Applegate, Dahlke, Overmyer & Lahey (2010) إلى التحقق من صحة فرضية أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في مرحلة الطفولة يُعد منبئاً بالاكتئاب والتفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار في المستقبل؛ وتكونت عينة البحث من 125 طفلاً من ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، و123 طفلاً من العاديين تراوحت أعمارهم ما بين 4-6 أعوام، وقد تم تقييم اضطرابات الاكتئاب، والقلق، واضطراب المعارضة والتحدى،

واضطراب التصرف في الأعمار من 6-9، 12-14، 16-18 (دراسة طولية)؛ واستخدمت الدراسة معايير الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الرابعة **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)** لتقييم سلوك الانتحار (التفكير في الانتحار، ومحاولات الانتحار)، واضطراب الاكتئاب، واضطراب المعارضة والتحدى، واضطراب التصرف، واضطراب القلق، بالإضافة إلى إجراء مقابلات تشخيصية مع الأمهات، ومقدمي الرعاية، والمعلمين؛ وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن الأطفال ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كانوا أكثر عرضة بصورة كبيرة للإصابة والمعاناة من الاكتئاب وسلوك الانتحار في مرحلة المراهقة، وأن الإناث ذوات اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في مرحلة الطفولة كانوا أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب وسلوك الانتحار مقارنة بالذكور في مرحلة المراهقة، وأن نمط قصور الانتباه ونمط النشاط الزائد- الاندفاعية كان منبئًا بالاكتئاب في مرحلة المراهقة، وأن نمط النشاط الزائد- الاندفاعية كان منبئًا بسلوك الانتحار بصورة كبيرة في مرحلة المراهقة، وأن أعراض اضطراب القلق، واضطراب المعارضة والتحدى، واضطراب التصرف في الأعمار من 4-6 أعوام لدى الأطفال ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كان منبئًا بقوة بخطر الاكتئاب خلال مرحلة المراهقة، في حين أن أعراض اضطراب التصرف لدى الأطفال ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في الأعمار من 4-6 أعوام كان منبئًا بقوة بسلوك الانتحار في مرحلة المراهقة، وأن جميع ما سبق ذكره كان موجودًا لدى ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بصورة أكبر مقارنة بالعاديين. وبصورة عامة فإن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في الأعمار من 4-6 سنوات كانت منبئةً بالاكتئاب، وسلوك الانتحار لديهم في مرحلة المراهقة.

وهدفت دراسة **Agosti, Chen, & Levin (2011)** إلى تحديد ما إذا كان اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بمفرده بمثابة عامل خطر لمحاولات الانتحار، أم أن الاضطرابات المصاحبة لذلك الاضطراب هي التي تزيد من خطر محاولات الانتحار؛ وتكونت

عينة البحث من 365 من ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ممن تراوحت أعمارهم ما بين 18-44 عامًا وذلك من خلال المسح الوطنى للاعتلال المشترك؛ واستخدمت الدراسة المقابلات شبه المنظمة، ومقياس التشخيص الكلينيكى لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، ومقياس تقدير اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد للمراهقين، ومعايير الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية الطبعة الرابعة لتشخيص بعض الاضطرابات النفسية (اضطراب القلق، اضطراب المزاج، اضطراب سوء استخدام المواد)؛ وأسفرت نتائج الدراسة عن أن 16% من أفراد العينة حاولوا الانتحار، وأنه في حالة علاج الاضطرابات المصاحبة لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لم يعد مؤشراً قوياً لمحاولات الانتحار، وأن معاناة ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من واحد أو أكثر من الاضطرابات النفسية السابقة يزيد من خطر محاولات الانتحار بمقدار من 4 إلى 12 ضعفاً؛ وقد أكدت الدراسة على أن العلاج المبكر لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والاضطرابات المصاحبة له قد يقلل من خطر محاولات الانتحار.

وهدفت دراسة *Hurtig, Taanila, Moilanen, Nordström, & Ebeling* (2012) إلى التعرف على العلاقة بين اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وسلوك الانتحار (التفكير في الانتحار) وسلوك إيذاء الذات لدى المراهقين؛ وتكونت عينة البحث من 104 من ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، و169 من العاديين تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين 15-16 عامًا؛ واستخدمت الدراسة معايير الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية الطبعة الرابعة المعدلة لتشخيص اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وجدول تشخيص الاضطرابات النفسية الجزء الخاص باضطرابات المزاج والذى يتضمن خمسة بنود (عبارات) لتقييم الانتحار (التفكير في الانتحار، الانتحار الفعلى)، وسلوك إيذاء الذات؛ وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط بين اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والتفكير في الانتحار وسلوك إيذاء الذات، وأن الأفراد ذوى

اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كانوا أكثر تفكيرًا في الانتحار مقارنة بالأفراد العاديين؛ وقد أكدت نتائج الدراسة على أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد قد يكون عامل خطر للتفكير في الانتحار وسلوك إيذاء الذات، وبالتالي فإنه توجد حاجة ماسة لبرامج التدخل الأسرى وبرامج الصحة النفسية للوقاية وتجنب مخاطر التفكير في الانتحار لدى الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

وهدفت دراسة (Impey & Heun (2012 إلى دراسة التفكير في الانتحار، ومحاولات الانتحار لدى ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وذلك من خلال مراجعة نتائج 25 دراسة عن طريق محركات البحث الالكترونية العلمية؛ وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن نتائج معظم هذه الدراسات أشارت إلى أن التفكير في الانتحار، ومحاولات الانتحار كان أكثر شيوعًا وانتشارًا لدى ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، كما أنه ينتشر لدى الذكور بنسبة أكبر من الإناث، وأن نسبته تزداد في حالة مصاحبة ومزامنة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ببعض الاضطرابات الأخرى مثل الجناح، وادمان المخدرات؛ وقد استنتجت الدراسة أيضًا وجود علاقة إيجابية بين اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وسلوك إيذاء الذات؛ وقد أكدت الدراسة على ضرورة إجراء بحوث ودراسات أخرى تركز على دراسة التفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار لدى الأطفال ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من صغار العمر.

هدفت دراسة (Taylor, Boden & Rucklidge (2014 إلى التعرف على العلاقة بين اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وإيذاء الذات، والتفكير في الانتحار، ومحاولات الانتحار لدى البالغين ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ وتكونت عينة البحث من 66 من البالغين ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (43 من الذكور، 23 من الإناث) تراوحت أعمارهم ما بين 18-65 عامًا، وكان 26% من عينة البحث من طلاب الجامعات؛ واستخدمت الدراسة مقياس كورنر لتقدير اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى البالغين **Conners Adult ADHD**

Rating Scale (CAARS) (Conners, et al.,1999)، والمقابلات المنظمة لتقييم أعراض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وقائمة إيذاء الذات Self-Harm Inventory (Gratz,2001) لتقييم سلوكيات إيذاء الذات والتفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار السابقة؛ وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود ارتباط كبير وodal احصائيًا بين شدة أعراض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وإيذاء الذات، والتفكير في الانتحار، ومحاولات الانتحار، وقد توسطت بعض المتغيرات (مثل اضطراب المزاج، واضطراب سوء استخدام المواد) هذه العلاقة وبصورة خاصة لدى ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الذين يعانون من هذه الاضطرابات؛ وقد أكدت الدراسة على ضرورة التدخل لعلاج الاضطرابات التي قد تكون مصاحبة لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الأمر الذي قد يؤدي إلى الحد من سلوك إيذاء الذات، والتفكير في الانتحار، ومحاولات الانتحار.

وهدفت دراسة Mayes, Calhoun, Baweja, Feldman, Syed, Gorman, & Siddiqui (2015) ... إلى دراسة سلوك الانتحار (التفكير في الانتحار، ومحاولات الانتحار) لدى الأطفال والمراهقين ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والذي قد يكون مصحوبًا ببعض الاضطرابات والمشكلات النفسية (اضطراب المعارضة والتحدى، الحزن)؛ وتكونت عينة البحث من 925 من ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين 3-16 عامًا بمتوسط عمري 8.8 أعوام، ومتوسط ذكاء 102.5 درجة؛ وقد تم الاعتماد على معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الخامسة في تشخيص اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، واضطراب المعارضة والتحدى، كما تم استخدام مقياس سلوك الأطفال Pediatric Behavior Scale (PBS) (Lindgren & Koeppl,1987) لتقييم التفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار من خلال الأمهات، ومقاييس تقدير المعلمين؛ وأسفرت نتائج الدراسة عن أن التفكير في الانتحار كان موجودًا لدى 19% من الأطفال والمراهقين من النمط المركب (قصور انتباه

ونشاط زائد)، و7% من نمط قصور الانتباه، كما بلغت محاولات الانتحار نسبة 7% لدى الأطفال والمراهقين من ذوى النمط المركب، و3% من نمط قصور الانتباه، وقد بلغت نسبة انتشار التفكير فى الانتحار لدى الأطفال والمراهقين ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والمصحوب باضطراب المعارضة والتحدى، والحزن 21%، وبلغت نسبة محاولات الانتحار لديهم 46%، وأنه بصورة عامة فإن التفكير فى الانتحار ومحاولات الانتحار كان مرتفعاً بصورة كبيرة جداً لدى الأطفال والمراهقين ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مقارنة بالعاديين، وقد أكدت الدراسة على ضرورة فحص وملاحظة التفكير فى الانتحار ومحاولات الانتحار لدى الأطفال والمراهقين ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، كما أنه يجب التدخل لعلاج اضطراب المعارضة والتحدى، والحزن للوقاية ومنع خطر سلوك الانتحار(التفكير فى الانتحار، ومحاولات الانتحار).

وهدفت دراسة Whalen, Dixon-Gordon, Belden, Barch, & Luby

(2015) إلى دراسة التفكير فى الانتحار لدى الأطفال ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فى مرحلة ما قبل المدرسة، وأيضاً قدرة ودور التفكير فى الانتحار على التنبؤ ببعض الاضطرابات فى مرحلة المدرسة؛ وتكونت عينة البحث من 306 من الأطفال ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وأسرههم؛ وقد تم تقييم الأطفال فى الأعمار من 3-7 أعوام، وكذلك فى الأعمار من 7-12 عاماً من خلال دراسة طولية؛ واعتمدت الدراسة على معايير الدليل التشخيصى والاحصائى للاضطرابات النفسية الطبعة الرابعة فى تقييم اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، والاكتئاب، واضطراب المعارضة والتحدى، واضطراب التصرف، وسلوك إيذاء الذات، وسلوك الانتحار، كما تم تقييم التفكير فى الانتحار ومحاولات الانتحار أيضاً باستخدام التقييم النفسى؛ وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن أفكار وسلوكيات الانتحار لدى الأطفال فى الأعمار قبل 7 أعوام ترتبط باضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، واضطراب المعارضة والتحدى، واضطراب التصرف لدى الأطفال فى مرحلة الطفولة بعد عمر 7 أعوام، كما أن أفكار ومحاولات الانتحار فى مرحلة ما قبل المدرسة كانت

مؤشراً قوياً لاضطرابات الاكتئاب، والمعارضة والتحدى، والتصرف في مرحلة المدرسة، وأن هذه الاضطرابات كانت أكثر انتشاراً لدى الذكور مقارنة بالإناث، كما كانت أكثر انتشاراً لدى الاطفال الذين كان لدى أمهاتهم تاريخ مرضى من الاضطرابات النفسية؛ وقد أكدت الدراسة على أن اكتشاف والتعرف على التفكير في الانتحار وسلوكيات الانتحار في مرحلة الطفولة المبكرة (3-7 أعوام) تمنع استمرار مخاطر هذه الأفكار والسلوكيات في عمر المدرسة (7-12 عاماً)، وبالتالي فإنها خطوة مهمة نحو الوقاية ومنع الانتحار في مرحلة المدرسة.

وهدفت دراسة (Mayes, Calhoun, Baweja & Mahr, 2015) إلى مقارنة نسب انتشار التفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار لدى الأطفال والمراهقين الذين يعانون من بعض الإعاقات والاضطرابات النفسية وأقرانهم العاديين؛ وتكونت عينة البحث من 1706 من الأطفال والمراهقين ذوي بعض الإعاقات والاضطرابات النفسية والعاديين وتراوحت أعمارهم ما بين 6-18 عاماً؛ واستخدمت الدراسة معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الرابعة المعدلة والخامسة لتقييم الاضطرابات النفسية، واختبار وكسلر لتقييم الذكاء (درجة الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية كانت أقل من 80 درجة)، وقائمة اضطراب طيف التوحد، Checklist for Autism Spectrum Disorder (CASD) (Koepl, 1986)، كما تضمن التقييم أيضاً إجراء مقابلات كينيكية مع الوالدين والأطفال والمراهقين؛ وأسفرت نتائج الدراسة عن انخفاض نسبة انتشار التفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار لدى الأطفال والمراهقين العاديين بصورة كبيرة حيث بلغت 0.5% وذلك مقارنة بمجموعة الإعاقات والاضطرابات النفسية والتي بلغت نسبة الانتشار لديها 24% (اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد النمط المركب 22% ونمط قصور الانتباه 8%، اضطراب الشره العصبي 48%، اضطراب فقدان الشهية العصبي 22%، اضطراب الاكتئاب أو القلق 34%، اضطراب المعارضة والتحدى 33%، اضطراب طيف التوحد 18%، الإعاقة الفكرية 17%)؛ وقد أكدت الدراسة على ضرورة قيام المتخصصين بمتابعة وملاحظة التفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار في وقت مبكر حتى يتم الوقاية منه وتجنبه.

وهدفت دراسة (Chou, Liu, Hu, & Yen (2016) إلى التعرف على العلاقة بين اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والتفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار لدى المراهقين؛ وتكونت عينة البحث من 287 من المراهقين ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد تراوحت أعمارهم ما بين 11-18 عامًا؛ واستخدمت الدراسة استبيان التفكير في الانتحار، واستبيان المستوى الاقتصادي الاجتماعي الوظيفي للوالدين، واستبيان خبرة التمر في المدرسة، والمقابلات الكليينكية، ومقياس ماندرين لتقييم الانتحار-النسخة الصينية، وقد تم تطبيق الدراسة في الفترة ما بين نوفمبر 2012 إلى نوفمبر 2013؛ وقد أسفرت نتائج الدراسة عن ارتفاع معدلات ونسبة التفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار لدى ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد حيث بلغت 12.2% من أفراد العينة، وأن التفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار كانت توجد بصورة أكبر لدى أفراد العينة الأكبر عمرًا (أي أنها تزيد مع التقدم في العمر)، ولدى أفراد العينة الذين تعرضوا للتمر من قبل أقرانهم، ولدى أفراد العينة الذين كان لديهم مستويات مرتفعة من الاكتئاب؛ وأن العوامل الثلاثة السابقة (العمر، التمر، الاكتئاب) ترتبط بدرجة كبيرة بالتفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار؛ وقد أكدت الدراسة على ضرورة التدخل لعلاج الاكتئاب، واستخدام استراتيجيات لتحسين تقدير الذات، والدعم الأسري للمراهقين ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد للوقاية من خطر التفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار.

وهدفت دراسة (Kakuszi, Bitter & Czobar (2018) إلى دراسة التفكير في الانتحار لدى البالغين ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في ضوء بعض المتغيرات (النوع، الجوانب النفسية)؛ وتكونت عينة البحث من 206 من الأفراد (103 من ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، و103 من العاديين) وبلغ متوسط أعمارهم 31 عامًا، وتمت المجانسة بين المجموعتين في النوع، والعمر، ومستوى التعليم؛ واستخدمت الدراسة قائمة بيك للاكتئاب (Beck Depression Inventory (BDI لتقييم الأفكار الانتحارية وخاصة البند رقم 9، ومقياس كورنر لتقدير اضطراب قصور الانتباه

المصحوب بالنشاط الزائد لدى البالغين Connors Adult ADHD Rating Scale (Conners, et al., 1999) (CAARS)؛ وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن التفكير في الانتحار يزداد بشكل كبير ودال احصائيًا لدى البالغين ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مقارنة بالعاديين (كانوا أكثر تفكيرًا في الانتحار بمقدار 15 ضعفًا مقارنة بالعاديين)، وأن هذه الزيادة كانت بدرجة كبيرة لدى الإناث مقارنة بالذكور، وأن زيادة نسبة التفكير في الانتحار كانت موجودة بغض النظر عن الأمراض والاضطرابات المصاحبة، مما يشير إلى أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في حد ذاته يرتبط بشكل ملحوظ ودال احصائيًا بزيادة التفكير في الانتحار.

وهدفت دراسة (Huang, Wei, Hsu, Bai, Su, Li, ... & Chen (2018) إلى تقييم خطر محاولات الانتحار لدى المراهقين والبالغين الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ وقد تم إجراء الدراسة على عينة مكونة من 20574 من المراهقين (تراوحت أعمارهم ما بين 12-17 عامًا) والبالغين (تراوحت أعمارهم ما بين 18-29 عامًا)، و61722 من العاديين في الفترة الزمنية ما بين 2001-2009 من خلال الاطلاع على السجلات الوطنية للتأمين الصحي والذي يقدم الرعاية الطبية لجميع المقيمين في تايوان، والذي يعتمد على التصنيف الدولي للأمراض - الطبعة التاسعة - التعديل الأمريكي ICD-9-CM لتشخيص اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد؛ وأسفرت نتائج الدراسة عن أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كان بمثابة عامل خطر ومؤشر لمحاولات الانتحار وذلك بغض النظر عن وجود أى اضطرابات مصاحبة، أى أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بصورة عامة عامل خطر مستقل ومباشر لأى محاولة انتحار؛ وقد أوصت الدراسة بضرورة التدخل لعلاج اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لأن ذلك قد يقلل من خطر محاولات الانتحار.

وهدفت دراسة (Giupponi, Giordano, Maniscalco, Erbutto, Berardelli, Conca, ... & Pompili (2018) إلى دراسة العلاقة بين اضطراب قصور

الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والتفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار لدى الأطفال والمراهقين وذلك من خلال مراجعة العديد من البحوث والدراسات التي تناولت دراسة ذلك الموضوع حتى عام 2017 عن طريق محركات البحث الالكترونية العلمية؛ وقد أسفرت هذه المراجعة عن أن اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد قد يكون مرتبطاً بزيادة التفكير في الانتحار، ومحاولات الانتحار لدى الأطفال والمراهقين، ورغم ذلك فإنه لا يزال يوجد جدل حول هل توجد علاقة ارتباطية مباشرة بين ذلك الاضطراب وزيادة التفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار، أم أن هذه العلاقة الارتباطية ترجع إلى الظروف والحالات المرضية المصاحبة لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد أو للعوامل الفردية والأسرية؛ وقد أكدت نتائج الدراسة على أنه يجب ملاحظة الأفكار الانتحارية في وقت مبكر، وتصميم بروتوكولات تدخل لخفض والتخلص من التفكير في الانتحار وتحسين جودة الحياة.

فروض البحث

في ضوء هدف الدراسة وإطارها النظري وفي ضوء استعراض كافة الدراسات السابقة، صاغ الباحث فروض الدراسة على النحو التالي:

- 1- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين التفكير في الانتحار واضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.
- 2- لا توجد فروق دالة إحصائياً في التفكير في الانتحار لدى ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وفقاً لمتغير النوع (ذكور - إناث).
- 3- لا توجد فروق دالة إحصائياً في التفكير في الانتحار لدى ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وفقاً لمتغير العمر (من 10-12 ؛ من 13-15).
- 4- لا توجد فروق دالة إحصائياً في التفكير في الانتحار لدي ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وفقاً لمتغير شدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (بسيطة، متوسطة، شديدة).

إجراءات البحث

عينة البحث

تكونت عينة البحث الحالية من 150 طفلاً وطفلة من ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، 100 من الذكور، و50 من الإناث؛ وقد تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين 10-12؛ وما بين 13-15 عامًا من الملتحقين بعدد من المدارس والمراكز بمحافظة القاهرة .

أدوات البحث

1- مقياس التفكير في الانتحار، إعداد / الباحث.

2- بطارية تشخيص اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال (إعداد/ عبد الرحمن سيد سليمان ومحمود محمد الطنطاوى، 2012) .

وفيما يلي عرض لهذه الأدوات لبيان الهدف منها، ووصفها، وإجراءات تقنينها:

1- مقياس التفكير في الانتحار، إعداد/ الباحث. (1):

أ - الهدف من المقياس :

يهدف المقياس إلى تقييم التفكير في الانتحار.

ب- مصادر المقياس :

اعتمد الباحث في إعداد المقياس على المصادر التالية :

- الإطار النظري للدراسة، والبحوث والدراسات السابقة وما تضمنه من توضيح للتفكير في الانتحار من حيث تعريفه، وطرق وأساليب تقييمه.

للإطلاع على المقياس يرجى الاتصال بالباحث ، قسم التربية الخاصة ، كلية التربية جامعة عين شمس .

- أدوات ومقاييس تقييم التفكير في الانتحار مثل مقياس للتفكير في الانتحار Scale (Beck, Kovacs & Weissman, 1979) وقائمة لأسباب الحياة Reasons for Living Inventory (RLI) (Linehan, Goodstein, & Nielsen, & Chiles, 1983) والمقياس المعدل للتفكير في الانتحار The Modified Scale for Suicidal Ideation (MSSI) (Miller, Norman, Bishop & Dow Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA) (Posner, Oquendo, Gould, Stanley & Davies 2007) ومقياس كولومبيا لتقدير شدة الانتحار Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS) (Posner, Brent, Lucas, Gould, Stanley, Brown, ... & Mann, 2008) ومقياس تقييم خطر الانتحار Risk Assessment Suicidality Scale (RASS) (Fountoulakis, Pantoula, Siamouli, Moutou, Gonda, Rihmer, ... & Akiskal, 2012) ومقياس سمات التفكير الانتحاري suicidal ideation attributes scale (SIDAS) (Van Spijker, Batterham, Calear, Farrer, Christensen, Reynolds & Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ) (Boege, Corpus, Schepker & Fegert 2014) واستبيان التفكير الانتحاري Kerkhof, 2014).

ج- وصف المقياس:

يتكون المقياس من 49 عبارة تتناول التفكير في الانتحار.

د- المعالجات الإحصائية للمقياس:

قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة قوامها 150 طفلاً وطفلة تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين 10-15 عامًا، ثم قام بحساب صدق وثبات المقياس على النحو التالي:
- الصدق: قام الباحث بالتحقق من صدق المقياس بالطريقتين الآتيتين:
أولاً: صدق الاتساق الداخلي:

وفيه تم استخراج معامل ارتباط درجة كل عبارة من عبارات المقياس بالدرجة الكلية للمقياس كما يوضحها الجدول التالي:

جدول (1)

صدق الاتساق الداخلي لمفردات المقياس بحساب معاملات الارتباط بين درجات عبارات

المقياس والدرجة الكلية للمقياس

رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس	رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس
1	**0.69	26	**0.64
2	**0.63	27	**0.58
3	**0.65	28	**0.59
4	**0.59	29	**0.61
5	**0.58	30	**0.58
6	**0.56	31	**0.61
7	**0.52	32	**0.51
8	**0.52	33	**0.57
9	**0.53	34	**0.51
10	**0.56	35	**0.52
11	**0.54	36	**0.40
12	**0.47	37	**0.43
13	**0.39	38	**0.43
14	**0.40	39	**0.48
15	**0.56	40	**0.45
16	**0.54	41	**0.53
17	**0.55	42	**0.44
18	**0.50	43	**0.66
19	**0.57	44	**0.68

رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس	رقم العبارة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس
20	**0.45	45	**0.65
21	**0.49	46	**0.71
22	**0.51	47	**0.65
23	**0.69	48	**0.63
24	**0.63	49	**0.65
25	**0.65		

** دالة عند مستوى (0.01)

يتضح من جدول (1) أن جميع معاملات ارتباط عبارات المقياس بالدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى 0.01، مما يدل على أن جميع عبارات المقياس تنتمي إليه.

ثانياً: صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي):

جدول (2)

صدق المقارنة الطرفية

المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
منخفض	37	99.14	24.85	9.97	دال عند 0.01
مرتفع	37	212.70	17.95		

يتضح من جدول (2) أن جميع قيم ت دالة عند مستوى 0.01، مما يدل على تمتع

عبارات وبنود المقياس بالصدق التمييزي .

- الثبات: قام الباحث بالتحقق من ثبات المقياس بالطريقتين الآتيتين:

أولاً: معامل ألفا كرونباخ:

قام الباحث باستخدام معامل ألفا كرونباخ لحساب معامل الثبات لجميع عبارات المقياس، وبلغ معامل الثبات العام (0.89) وهو معامل ثبات مرتفع؛ مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

ثانيًا: طريقة التجزئة النصفية (سييرمان براون):

قام الباحث باستخدام طريقة التجزئة النصفية لحساب معامل الثبات لجميع عبارات المقياس، وبلغ معامل ثبات التجزئة النصفية (0.86) وهو معامل ثبات مرتفع؛ مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

هـ- تطبيق المقياس وتصحيحه :

يتم تطبيق المقياس، بحيث يتم الاختيار من بين خمس اختيارات (لا يحدث مطلقًا، يحدث نادرًا، يحدث أحيانًا، يحدث كثيرًا، يحدث دائمًا) ويتم إعطاء درجات (1، 2، 3، 4، 5) على التوالي لهذه الاختيارات، ويتم حساب وتقييم التفكير في الانتحار بجمع درجات المقياس، وتحدد الدرجة التي يتم الحصول عليها التفكير في الانتحار، مع ملاحظة أنه كلما ارتفعت الدرجة التي يتم الحصول عليها على المقياس كان ذلك مؤشرًا على وجود أفكار انتحارية، فإذا تم الحصول على (188) درجة فأكثر في المقياس فإن ذلك يدل على وجود تفكير في الانتحار.

2- بطارية تشخيص اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى

الأطفال، إعداد/ عبد الرحمن سيد سليمان ومحمود محمد الطنطاوى، 2012:

هدفت هذه البطارية إلى تشخيص اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال، وتكونت من أداتين هي: الأداة الأولى: مقياس اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، ويتكون من صورتين هما صورة البيئة الأسرية، وصورة البيئة المدرسية، وقد قام الباحثان بتقنين المقياس من خلال صدق الاتساق الداخلي، والصدق التلازمي وتحقق تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الصدق؛ وقاما أيضًا بحساب ثبات المقياس من خلال معامل ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية وتحقق ثبات المقياس بدرجة مرتفعة؛ الأداة الثانية: استمارة دراسة حالة لتشخيص اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد: وتساعد هذه الاستمارة في توفير بعض المعلومات التي تستخدم في التقدير الكيفي، حيث يقوم أحد الوالدين أو كليهما بالإجابة عن التساؤلات الواردة فيها؛ وتتكون هذه الاستمارة من خمسة أبعاد هي بُعد البيانات

العامه، ويُعد مشكلة الطفل، ويُعد المعلومات المتعلقة بالأسرة، ويُعد التاريخ الصحي للأم، ويُعد المعلومات المتعلقة بالتاريخ المرضي والنمائي والأسرى والأكاديمي والاجتماعي والسلوكي للطفل.

نتائج البحث ومناقشتها

أولاً . نتائج البحث:

1- نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه: توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيًا بين التفكير في الانتحار واضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد. وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين التفكير في الانتحار واضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، وفيما يلي ما توصل إليه الباحث من نتائج في هذا الصدد .

جدول (3)

معامل الارتباط بين التفكير في الانتحار واضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
(صورة البيئة الأسرية) لدى الأطفال

المقياس	اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد	مستوى الدلالة
التفكير في الانتحار	0.64**	دال عند 0.01

جدول (4)

معامل الارتباط بين التفكير في الانتحار واضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
(صورة البيئة المدرسية) لدى الأطفال

المقياس	اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد	مستوى الدلالة
التفكير في الانتحار	0.57**	دال عند 0.01

يتضح من جدول (3) و(4) وجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيًا بين التفكير في الانتحار واضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، مما يدل على تحقق صحة الفرض الأول للدراسة.

2- نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه: لا توجد فروق دالة إحصائيًا في التفكير في الانتحار لدى ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وفقًا لمتغير النوع (ذكور - إناث). وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بمقارنة المتوسطات الحسابية للأطفال ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من الذكور والمتوسطات الحسابية للأطفال ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من الإناث على مقياس التفكير في الانتحار باستخدام اختبار (ت) T. test للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين. وفيما يلي ما توصل إليه الباحث من نتائج في هذا الصدد.

جدول (5)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات الذكور ومتوسطات درجات الإناث ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على مقياس التفكير في الانتحار

النوع	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
ذكور	100	143.53	44.64	4.53	دال عند 0.01
إناث	50	175.92	33.48		

يتضح من جدول (5) وجود فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من حيث درجة التفكير في الانتحار لصالح الإناث، أى أن الإناث يفكرن في الانتحار بدرجة أكبر من الذكور.

2- نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه: لا توجد فروق دالة إحصائية في التفكير في الانتحار لدى ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وفقاً لمتغير العمر (من 10-12 ؛ من 13-15).

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بمقارنة المتوسطات الحسابية للأطفال ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في الأعمار من (10-12) والمتوسطات الحسابية للأطفال ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في الأعمار من (13-15) على مقياس التفكير في الانتحار باستخدام اختبار (ت) T. test للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين. وفيما يلي ما توصل إليه الباحث من نتائج في هذا الصدد .

جدول (6)

دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأعمار من (10-12) ومتوسطات درجات الأعمار من (13-15) لذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد على مقياس

التفكير في الانتحار

العمر	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
12-10	85	128.54	31.42	11.08	دال عند 0.01
15-13	65	188.05	33.95		

يتضح من جدول (6) وجود فروق دالة إحصائية بين الأعمار (10-12)، والأعمار (13-15) لذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من حيث درجة التفكير في الانتحار لصالح الأكبر عمراً، أى أن الأطفال في الأعمار (13-15) يفكرون في الانتحار بدرجة أكبر من الأطفال في الأعمار (10-12).

4- نتائج الفرض الرابع:

ينص الفرض الرابع على أنه: لا توجد فروق دالة إحصائية في التفكير في الانتحار لدى ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وفقاً لمتغير شدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (بسيطة، متوسطة، شديدة).

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة على مقياس التفكير في الانتحار للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعات. وفيما يلي ما توصل إليه الباحث من نتائج في هذا الصدد.

جدول (7)

دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات على مقياس التفكير في الانتحار وفقاً لمتغير شدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (الصورة الأسرية)

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	شدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
51.02	139.96	50	بسيط
34.14	161.28	50	متوسط
42.13	161.74	50	شديد

جدول رقم (8)

تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة على مقياس التفكير في الانتحار وفقاً لمتغير شدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (الصورة الأسرية)

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط مجموع المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.01	4.19	7742.69	2	15485.37	بين المجموعات
		1848.01	147	271657.62	داخل المجموعات
			149	287142.99	المجموع الكلي

يتضح من جدول (8) وجود فروق دالة إحصائية وفقاً لمتغير شدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (بسيطة - متوسطة - شديدة) في الدرجة الكلية حيث كانت قيمة ف = 4.19 وهي دالة إحصائية عند مستوى 0.01، ولمعرفة اتجاه هذه الدلالة قام الباحث باستخدام المقارنات البعدية بطريقة أقل فرق دال، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (9)

المقارنات البعدية

المجموعة	الفروق بين المتوسطات	الخطأ المعياري	الدلالة
المجموعة الأولى (بسيط)	*21.32	8.59	توجد فروق لصالح المجموعة الثانية
المجموعة الثانية (متوسط)			
المجموعة الأولى (بسيط)	*21.78	8.59	توجد فروق لصالح المجموعة الثالثة
المجموعة الثالثة (شديد)			
المجموعة الثانية (متوسط)	0.46	8.59	لا توجد فروق
المجموعة الثالثة (شديد)			

* دالة عند 0.05

يتضح من جدول (9) وجود فروق لصالح المجموعة الثانية (التي تعاني من اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بدرجة متوسطة)، والمجموعة الثالثة (التي تعاني من اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بدرجة شديدة)، فهما يعانيان من التفكير في الانتحار بصورة أكبر مقارنة بالمجموعة الأولى (التي تعاني من اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بدرجة بسيطة).

جدول (10)

دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات على مقياس التفكير في الانتحار وفقاً لمتغير شدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (الصورة المدرسية)

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	شدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
44.04	132.54	50	بسيط
33.14	163.42	50	متوسط
45.71	167.02	50	شديد

جدول رقم (11)

تحليل التباين الأحادي لدرجات أفراد العينة على مقياس التفكير في الانتحار وفقاً لمتغير شدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (الصورة المدرسية)

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط مجموع المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	35923.41	2	17961.71	10.51	0.01
داخل المجموعات	251219.58	147	1708.98		
المجموع الكلي	287142.99	149			

يتضح من جدول (11) وجود فروق دالة إحصائية وفقاً لمتغير شدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (بسيطة-متوسطة-شديدة) في الدرجة الكلية حيث كانت قيمة ف = 10.51 وهي دالة إحصائية عند مستوى 0.01، ولمعرفة اتجاه هذه الدلالة قام الباحث باستخدام المقارنات البعدية بطريقة أقل فرق دال، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول (12)

المقارنات البعدية

الدلالة	الخطأ المعياري	الفروق بين المتوسطات	المجموعة
توجد فروق لصالح المجموعة الثانية	8.26	*30.88	المجموعة الأولى (بسيط)
			المجموعة الثانية (متوسط)
توجد فروق لصالح المجموعة الثالثة	8.26	*34.48	المجموعة الأولى (بسيط)
			المجموعة الثالثة (شديد)
لا توجد فروق	8.26	3.6	المجموعة الثانية (متوسط)
			المجموعة الثالثة (شديد)

* دالة عند 0.05

يتضح من جدول (12) وجود فروق لصالح المجموعة الثانية (التي تعاني من اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بدرجة متوسطة)، والمجموعة الثالثة (التي تعاني من

اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بدرجة شديدة)، فهما يعانيان من التفكير في الانتحار بصورة أكبر مقارنة بالمجموعة الأولى (التي تعاني من اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بدرجة بسيطة).

ثانياً: مناقشة النتائج:

أوضحت نتائج هذه الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة احصائياً بين التفكير في الانتحار واضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء أن ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتسمون بالعديد من الخصائص والأعراض المتمثلة في قصور الانتباه (مثل تشتت الانتباه، وصعوبة التركيز في الأنشطة والمهام)، والنشاط الزائد (مثل النشاط الحركي والجسمي المفرط والمستمر)، والاندفاعية (مثل الاستجابة والسلوك قبل التفكير)، وأيضاً قصور الوظائف التنفيذية؛ وتؤدي هذه الخصائص والأعراض إلى معاناة ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من قصور في المهارات الاجتماعية، وممارسة كثير من السلوكيات غير المقبولة الأمر الذي يعرضهم للمرور بكثير من الخبرات السلبية سواء مع أفراد الأسرة في المنزل، أو مع المعلمين والأقران في المدرسة مثل الصراع، والتفاعلات السلبية، وعدم التقبل، والانسحاب بعيداً عنهم، وعدم تقديم الدعم لهم؛ الأمر الذي يعوق توافقهم وتكيفهم النفسي والاجتماعي مما قد يؤدي إلى التفكير في الانتحار.

كما أن أعراض وخصائص اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد قد تؤدي إلى انخفاض تحصيلهم الدراسي، الأمر الذي قد يؤدي إلى وجود اتجاهات سلبية نحوهم، وممارسة الوالدين والمعلمين لاستجابات وسلوكيات سلبية نحوهم أيضاً؛ مما قد يؤدي إلى معاناة الأفراد ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من العديد من المشاعر السلبية مثل مشاعر عدم القيمة، وانخفاض تقدير الذات، وإدراك الذات السلبي، وزيادة الاحباط، وصولاً إلى انخفاض جودة الحياة بصورة عامة، الأمر الذي قد يؤدي بهم إلى التفكير في الانتحار.

ومما سبق يتضح تعرض ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لكثير من الضغوط، وخبرات الحياة السلبية في حياتهم اليومية سواء في المنزل أو المدرسة الأمر الذى يعوق توافقهم النفسى والاجتماعى والذى يؤثر عليهم بصورة سلبية ويجعلهم يشعرون بعدم الرضا عن حياتهم، والتفكير السلبي تجاه مستقبلهم مما قد يؤدي إلى التفكير في الانتحار. وبصورة عامة فإنه يمكن القول أن التفاعل بين خصائص وأعراض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والصعوبات والمشكلات الاجتماعية والنفسية (مثل قصور العلاقات مع الآخرين، ورفض الآخرين، وعدم تقديم الدعم الاجتماعى، والمشكلات الأسرية والمدرسية، وانخفاض تقدير الذات، والاحباط ... ألخ) الناتجة عن هذه الأعراض والتي يتم التعرض لها بصورة مستمرة في مختلف المواقف والسياقات قد تؤدي إلى التفكير في الانتحار.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة مثل دراسة Hurlig, Impey & Taanila, Moilanen, Nordström, & Ebeling (2012)، ودراسة Heun (2012)، ودراسة Taylor, Boden & Rucklidge (2014)، ودراسة Mayes, Calhoun, Baweja, Feldman, Syed, Gorman, ... & Siddiqui Whalen, Dixon-Gordon, Belden, Barch, & Luby (2015)، ودراسة Huang, Wei, Hsu, Chou, Liu, Hu, & Yen (2016)، ودراسة Giupponi,, Giordano, Bai, Su, Li, ... & Chen (2018)، ودراسة Maniscalco, Erbuto, Berardelli, Conca, ... & Pompili (2018)، ودراسة Kakuszi, Bitter& Czobar (2018)؛ وقد أكدت نتائج جميع هذه الدراسات على وجود علاقة ارتباطيه دالة بين التفكير في الانتحار واضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أيضاً وجود فروق دالة إحصائياً بين التفكير في الانتحار واضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وفقاً لمتغير النوع (ذكور - إناث) لصالح الإناث، أى أن الإناث أكثر تفكيراً في الانتحار مقارنة بالذكور، ويمكن تفسير هذه النتيجة في

ضوء تفاعل أعراض وخصائص اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الذى تعاني منه الإناث وأنماط وأساليب التنشئة الأسرية والاجتماعية التى يتعرضن لها والتى تفرض عليهن كثير من القيود والالتزامات، كما لا تتاح لهن الفرص للاختلاط والتفاعل مع الآخرين، ويقضون أوقاتاً طويلة بمفردهن في المنزل؛ الأمر الذى يجعلهن يتعرضن لبعض المشكلات النفسية مثل انخفاض تقدير الذات، والشعور بالدونية وعدم القيمة، والقلق المستمر، بالإضافة لعدم أو انخفاض الدعم المقدم لهن الأمر الذى يجعلهن أكثر عرضة للانخراط في العدوان الموجه نحو الذات، والتفكير في الانتحار؛ للتخلص من تلك القيود والالتزامات الصارمة المفروضة عليهن، وأيضاً للتخلص من المشكلات النفسية والاجتماعية التى يتعرضن لها؛ وذلك على عكس الذكور الذين تكون القيود والالتزامات المفروضة عليهم أقل، كما أن الذكور يمكنهم أن يعبروا عن المشكلات والاضطرابات التى يتعرضون لها في صورة ممارسة سلوكيات غير مقبولة موجهة نحو الآخرين مثل العدوان والاعتداء على الآخرين.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة مثل دراسة Chronis-Tuscano, Molina, Pelham, Applegate, Dahlke, Overmyer & Lahey (2010)، ودراسة Kakuszi, Bitter & Czobar (2018) التى أكدت على أن الإناث أكثر تفكيراً في الانتحار مقارنة بالذكور؛ وتختلف هذه النتيجة مع دراسة Impey & Heun (2012) التى أشارت نتائجها إلى أن التفكير في الانتحار، ومحاولات الانتحار ينتشر لدى الذكور بنسبة أكبر من الإناث.

كما أوضحت نتائج هذه الدراسة أيضاً وجود فروق دالة احصائياً في التفكير في الانتحار لدى ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وفقاً لمتغير العمر (من 10-12 ؛ من 13-15) لصالح الأعمار الأكبر، أى أن ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في الأعمار (من 13-15) أكثر تفكيراً في الانتحار مقارنة بذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في الأعمار (من 10-12)، ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء أن الأفراد ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في الأعمار الصغيرة يقضون أغلب

أوقاتهم في المنزل وتكون دائرة علاقاتهم محدودة، أما في الأعمار الكبيرة فإن دائرة علاقاتهم وتفاعلاتهم تتسع لتشمل الأقران في المدرسة وأفراد المجتمع، الأمر الذي يجعلهم أكثر عرضة لزيادة المشكلات التي يواجهونها مثل المشاجرات والصراعات، وممارسة بعض السلوكيات السلبية مثل سلوكيات المعارضة والعصيان مع أفراد الأسرة في المنزل، والمعلمين والأقران في المدرسة؛ ونتيجة لذلك فإنهم قد يتعرضون لكثير من الضغوط الأسرية والمدرسية التي قد تؤدي إلى معاناتهم من مشاعر العزلة، والضيق، والحزن.

كما يتعرض الأفراد ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الأكبر عمراً لزيادة الضغوط والمتطلبات الملقاه عليهم، كما أنهم يكونون أكثر إدراكاً للفشل الأكاديمي والاجتماعي الذي قد يتعرضون له، وعدم وجود دعم اجتماعي، وقصور العلاقات مع الأقران بسبب أعراض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مقارنة بالأفراد الأصغر عمراً؛ مما يعوق توافقهم النفسي والاجتماعي وعدم الرضا عن حياتهم الأمر الذي قد يؤدي إلى التفكير في الانتحار.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة مثل دراسة Chou, Liu, Hu, & Yen (2016) التي أشارت نتائجها إلى أن التفكير في الانتحار ومحاولات الانتحار يوجد بصورة أكبر لدى أفراد العينة ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد الأكبر عمراً (أي أن التفكير في الانتحار يزداد مع التقدم في العمر).

كما أوضحت نتائج البحث الحالي أيضاً وجود فروق دالة احصائياً في التفكير في الانتحار لدى ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وفقاً لمتغير شدة اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (بسيطة، متوسطة، شديدة)، وأن الأفراد ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بدرجة متوسطة وشديدة أكثر تفكيراً في الانتحار مقارنة بالأفراد ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بدرجة بسيطة، ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء مواجهة الأفراد ذوي اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بدرجة متوسطة وبدرجة شديدة لكثير من المشكلات الأسرية والمدرسية المرتبطة بزيادة حدة

وشدة أعراض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، والتي تجعلهم يمارسون كثير من السلوكيات غير المقبولة مثل العدوان، والمعارضة والتحدى، وعدم ورفض الامتثال للقواعد ولطلبات الآخرين؛ الأمر الذى يجعل الآخرين يبعدون عنهم، ولا يتقبلونهم، ونتيجة لذلك يشعر الأفراد ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد بدرجة متوسطة وشديدة بالعزلة، والنبذ، وإهمال الآخرين؛ مما قد يؤدي إلى زيادة التفكير في الانتحار.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات السابقة مثل دراسة Taylor, Boden & Rucklidge (2014) التى أسفرت نتائجها عن وجود ارتباط كبير ودال احصائيًا بين شدة أعراض اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وإيذاء الذات، والتفكير في الانتحار، ومحاولات الانتحار.

توصيات البحث:

- 1) فى ضوء نتائج البحث الحالى، يمكن للباحث أن يقترح التوصيات التالية:
دراسة طولية لتطور الأفكار والسلوكيات الانتحارية لدى ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، حيث يُعد البحث الحالى دراسة مستعرضة.
- 2) دراسة التفكير في الانتحار لدى فئات أخرى من ذوى الاحتياجات الخاصة.
- 3) دراسة مقارنة للتفكير في الانتحار بين الأنماط المختلفة لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (نمط قصور الانتباه، نمط النشاط الزائد-الاندفاعية، نمط الأعراض المركبة).
- 4) تصميم وتطبيق برامج للوقاية وخفض التفكير في الانتحار لدى ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.
- 5) فاعلية برنامج لتحسين جودة الحياة وأثره في خفض التفكير في الانتحار لدى المراهقين ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.

- (6) فاعلية برنامج ارشاد أسرى لخفض التفكير في الانتحار لدى ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.
- (7) فاعلية برنامج علاجي لاضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وأثره في خفض التفكير في الانتحار.
- (8) دراسة العلاقة بين تقدير الذات والاكتئاب والتفكير في الانتحار لدى ذوى اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد.
- (9) دراسة مقارنة لمصادر التفكير في الانتحار لدى فئات مختلفة من ذوى الاحتياجات الخاصة.
- (10) دراسة التفكير في الانتحار لدى الأفراد الذين يعانون من بعض الاضطرابات الأخرى مثل اضطرابات النوم.

المراجع

- عبد الرحمن سيد سليمان، وايهاب الببلاوى، وأشرف عبد الحميد (2015). التقييم والتشخيص فى التربية الخاصة. ط4. الرياض، دار الزهراء.
- عبد الرحمن سيد سليمان ومحمود محمد الطنطاوى (2012). بطارية تشخيص اضطراب قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأطفال. القاهرة، عالم الكتب.
- عبد العزيز السيد الشخص (2010). قاموس التربية الخاصة والتأهيل لذوى الاحتياجات الخاصة. ط 2. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- Agosti, V., Chen, Y., & Levin, F. R. (2011). Does attention deficit hyperactivity disorder increase the risk of suicide attempts?. *Journal of affective disorders*, 133(3), 595-599.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.*, (5th Ed). Washington, DC.
- Anestis, M. D., Soberay, K. A., Gutierrez, P. M., Hernández, T. D., & Joiner, T. E. (2014). Reconsidering the link between impulsivity and suicidal behavior. *Personality and social psychology review*, 18(4), 366-386.
- Barbaresi, W. J., Colligan, R. C., Weaver, A. L., Voigt, R. G., Killian, J. M., & Katusic, S. K. (2013). Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: a prospective study. *Pediatrics*, 131(4), 637.

- Billet, C.A. (2012). What does adolescent fiction communicate about attention-deficit/ hyperactivity disorder and ADHD-Related Stigma?. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science of Arts, Johns Hopkins University.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343.
- Boege, I., Corpus, N., Schepker, R., & Fegert, J. M. (2014). Pilot study: feasibility of using the Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ) during acute suicidal crisis. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 8(1), 28.
- Burke, A., & Edge, A. (2013). Neurodevelopmental Pathways of Childhood ADHD into Adulthood: Maturational Lag, Deviation, or Both?. In Banerjee, S. (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents*. (pp 21-49). Croatia, InTech.
- Bushe, C. J., & Savill, N. C. (2013). Suicide related events and attention deficit hyperactivity disorder treatments in children and adolescents: a meta-analysis of atomoxetine and methylphenidate comparator clinical trials. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(1), 7-19.
- Chaplin, S. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 22 (3), 27-29.
- Chronis-Tuscano, A., Molina, B. S., Pelham, W. E., Applegate, B., Dahlke, A., Overmyer, M., & Lahey, B. B. (2010). Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*, 67(10), 1044-1051.
- Chou, W. J., Liu, T. L., Hu, H. F., & Yen, C. F. (2016). Suicidality and its relationships with individual, family, peer, and

- psychopathology factors among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Research in developmental disabilities*, 53, 86-94.
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all cause and suicide mortality in mental disorders: a meta review. *World Psychiatry*, 13(2), 153-160.
- Daviss, W. B., & Diler, R. S. (2014). Suicidal behaviors in adolescents with ADHD: associations with depressive and other comorbidity, parent–child conflict, trauma exposure, and impairment. *Journal of attention disorders*, 18(8), 680-690.
- Desseilles, M., Perroud, N., Guillaume, S., Jaussent, I., Genty, C., Malafosse, A., & Courtet, P. (2012). Is it valid to measure suicidal ideation by depression rating scales?. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 398-404.
- Donzelli, G., Carducci, A., Llopis-Gonzalez, A., Verani, M., Llopis-Morales, A., Cioni, L., & Morales-Suárez-Varela, M. (2019). The Association between Lead and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 382.
- Driscoll, K. A., Cukrowicz, K. C., Reardon, M. L., Joiner Jr, T. E., & Joiner, T. E. (2014). *Simple treatments for complex problems: A flexible cognitive behavior analysis system approach to psychotherapy*. Routledge.
- Esfahani, M., Hashemi, Y., & Alavi, K. (2015). Psychometric assessment of beck scale for suicidal ideation (BSSI) in general population in Tehran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 29, 268.
- Fountoulakis, K. N., Pantoula, E., Siamouli, M., Moutou, K., Gonda, X., Rihmer, Z., ...& Akiskal, H. (2012). Development of the Risk Assessment Suicidality Scale (RASS): a

- population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 449-457.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-226.
- Giupponi, G., Giordano, G., Maniscalco, I., Erbuto, D., Berardelli, I., Conca, A., ... & Pompili, M. (2018). Suicide risk in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatria Danubina*, 30(1), 2-10.
- Gipson, P., Agarwala, P., Opperman, K., Horwitz, A., King, C. (2015). Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Predictive validity with adolescent psychiatric emergency patients. *Pediatr Emerg Care*, 31(2), 88–94.
- Goldston, D. B., Erkanli, A., Daniel, S. S., Heilbron, N., Weller, B. E., & Doyle, O. (2016). Developmental trajectories of suicidal thoughts and behaviors from adolescence through adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(5), 400-407.
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in dolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382.
- Hoseini, B. L., Abbasi, M., Moghaddam, H., Khademi, G., & Saeidi, M. (2014). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children: A Short Review and Literature. *International Journal of Pediatrics*, 2(4.3), 445-452.
- Hurtig, T., Taanila, A., Moilanen, I., Nordström, T., & Ebeling, H. (2012). Suicidal and self-harm behaviour associated with adolescent attention deficit hyperactivity disorder—A study in the Northern Finland Birth Cohort 1986. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(5), 320–328.
- Huang, K. L., Wei, H. T., Hsu, J. W., Bai, Y. M., Su, T. P., Li, C. T., ... & Chen, M. H. (2018). Risk of suicide attempts in

- adolescents and young adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a nationwide longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 212(4), 234-238.
- Impey, M., & Heun, R. (2012). Completed suicide, ideation and attempt in attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(2), 93-102.
- Kakuszi, B., Bitter, I., & Czobor, P. (2018). Suicidal ideation in adult ADHD: Gender difference with a specific psychopathological profile. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 23-29.
- Karch, D. L., Logan, J., McDaniel, D. D., Floyd, C. F., & Vagi, K. J. (2013). Precipitating circumstances of suicide among youth aged 10–17 years by sex: data from the National Violent Death Reporting System, 16 states, 2005–2008. *Journal of Adolescent Health*, 53(1), S51-S53.
- Kirmayer, L. J., Fraser, S. L., Fauras, V., & Whitley, R. (2009). Current approaches to aboriginal youth suicide prevention. Cultural and Mental Health Research Unit working paper, 14.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual review of clinical psychology*, 12, 307-330.
- Kliem, S., Lohmann, A., Mößle, T., & Brähler, E. (2017). German Beck scale for suicide ideation (BSS): psychometric properties from a representative population survey. *BMC psychiatry*, 17(1), 389-397.
- Kumperscak, H. (2013). ADHD Through different developmental stages. In Banerjee, S. (Eds.), *Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents*. (pp 3-19). Croatia, InTech.

- Lewis, M., & Rudolph, K. D. (Eds.).(2014). Handbook of developmental psychopathology. Springer Science & Business Media.
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(2), 276-286.
- Ljung, T., Chen, Q., Lichtenstein, P., & Larsson, H. (2014). Common etiological factors of attention-deficit/hyperactivity disorder and suicidal behavior: a population-based study in Sweden. *JAMA psychiatry*, 71(8), 958-964.
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Baweja, R., Feldman, L., Syed, E., Gorman, A. A., ...& Siddiqui, F. (2015). Suicide ideation and attempts are associated with co-occurring oppositional defiant disorder and sadness in children and adolescents with ADHD. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 37(2), 274-282.
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Baweja, R., & Mahr, F. (2015). Suicide ideation and attempts in children with psychiatric disorders and typical development. *Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 36(1), 55-60.
- Miller, I. W., Norman, W. H., Bishop, S. B., & Dow, M. G. (1986). The Modified Scale for Suicidal Ideation: reliability and validity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54(5), 724.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2018). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. British Psychological Society.

- Olsen, M. R., Casado-Lumbreras, C., & Colomo-Palacios, R. (2016). ADHD in eHealth-A systematic literature review. *Procedia Computer Science*, 100, 207-214.
- Patros, C. H., Hudec, K. L., Alderson, R. M., Kasper, L. J., Davidson, C., & Wingate, L. R. (2013). Symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) moderate suicidal behaviors in college students with depressed mood. *Journal of clinical psychology*, 69(9), 980-993.
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 164(7), 1035-1043.
- Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., ... & Mann, J. (2008). Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS). New York, NY: Columbia University Medical Center.
- Rief, S. F. (2012). *How to reach and teach children with ADD/ADHD: Practical techniques, strategies, and interventions*. John Wiley & Sons.
- Schrijvers, D. L., Bollen, J., & Sabbe, B. G. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of affective disorders*, 138(1-2), 19-26.
- Scocco, P., de Girolamo, G., Vilagut, G., & Alonso, J. (2008). Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: Results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders-World Mental Health study. *Comprehensive psychiatry*, 49(1), 13-21.
- Storch, E. A., Hanks, C. E., Mink, J. W., McGuire, J. F., Adams, H. R., Augustine, E. F., ... & Murphy, T. K. (2015). Suicidal

- thoughts and behaviors in children and adolescents with chronic tic disorders. *Depression and anxiety*, 32(10), 744-753.
- Taylor, M. R., Boden, J. M., & Rucklidge, J. J. (2014). The relationship between ADHD symptomatology and self-harm, suicidal ideation, and suicidal behaviours in adults: a pilot study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 6(4), 303-312.
- Tarver, J., Daley, D., & Sayal, K. (2014). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): an updated review of the essential facts. *Child: care, health and development*, 40(6), 762-774.
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). Practitioner review: what have we learnt about the causes of ADHD?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1), 3-16.
- Van Spijker, B. A., Batterham, P. J., Calear, A. L., Farrer, L., Christensen, H., Reynolds, J., & Kerkhof, A. J. (2014). The suicidal ideation attributes scale (SIDAS): community based validation study of a new scale for the measurement of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(4), 408-419.
- Weiner, I. B., Stricker, G., & Widiger, T. A. (2012). *Handbook of Psychology, Volume 8, Clinical Psychology*. John Wiley & Sons.
- Whalen, D. J., Dixon-Gordon, K., Belden, A. C., Barch, D., & Luby, J. L. (2015). Correlates and consequences of suicidal cognitions and behaviors in children ages 3 to 7 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(11), 926-937.