

الإعاقة العقلية

Handicap intellectuel Trouble du développement intellectuel

الدرس الخامس

اهداف الدرس

- ✓ التعرف على أهم خصائص المصابين بالإعاقة الذهنية.
- ✓ التعرف على المعايير التي أتى بها D.S.M.5.
- ✓ معرفة أهم الأسباب المؤدية لهذا الاضطراب.

مقدمة:

إن الوعي بوجود أطفال ذوي الإعاقة العقلية موجود منذ عقود طويلة، إلا أن الطبيعة المحددة لهذه الظاهرة أو تعريفها، وأسبابها تتغير باستمرار، إن الجمعية الأمريكية **AAMR** سنة 2002 ترى أن الإعاقة العقلية هي إعاقة تتميز بالنقص الجوهري لكل من الوظائف العقلية و السلوك التكيفي كما تبدو في المهارات التكيفية التالية:

- **المجال المفاهيمي:** اللغة - القراءة - الكتابة - مفاهيم إدارة المال - التوجه الذاتي
- **المجال الاجتماعي:** المسؤولية - تقدير الذات - احترام القوانين
- **المجال العملي:** ذات دور فعال في نشاطات الحياة اليومية مثل الأكل و لباس الملابس و استعمال الحمام - تهيئة وجبات الطعام - أخذ الدواء - استعمال الهاتف ووسائل النقل

ينتمي اضطراب الإعاقة العقلية حسب **DSM 5** الى الاضطرابات العصبية النمائية حيث تغيرت تسمية التخلف العقلي في **DSM 4** الى ما نسميه في الإصدار الخامس بالإعاقة العقلية **Intellectuel disability** حيث تم تغيير التسمية من طرف الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية و النمائية (**AAIDD**)

- الإعاقة العقلية هو مفهوم تبناه **DSM5** بينما اضطراب النمو الذهني أو الفكري تبناه **CIM 10**

إن الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية و النمائية تتفق مع **DSM 5** على:

1 - أن يكون مقياس الذكاء متوافق مع المستوى الثقافي (للمفحوص)

2 - لابد للوظائف التكيفية أن تخضع للقياس و يتم الأخذ بها وفقا لعمر الشخص و المجموعة الثقافية التي ينتمي إليها

إن الدليل التشخيصي في إصداره الخامس لم يعد يفرق بين الإعاقة البسيطة و المتوسطة و الحادة وفقا لمقياس الذكاء وحده كما كان متبعاً في **DSM 4** بل درجة الحدة تقاس على ثلاثة معايير أساسية و هي المجال المفهومي، المجال الاجتماعي، المجال العملي التطبيقي

إن التغييرات التي شملها الدليل التشخيصي في إصداره الخامس يسعى كما سعت الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية الى تشجيع نقاط القوة و الضعف لدى الشخص فيما يتعلق بالنواحي : النفسية و الجسدية و البيئية من خلال وجهة نظر توفر كل أشكال و درجات الدعم المطلوب لتقوية أداء الفرد في نواحي متعددة

في المدارس البرامج التعليمية الفردية تعتمد على جوانب القوة و جوانب الضعف عند الشخص و على مقدار التعليم المطلوب فالتلاميذ يتم تقييمهم وفق البيئة الدراسية كما يتم تحديدهم من خلال البيئة التي يحتجون إليها و يمكن لهذه الطريقة أن تقلل من أثار وصمة إصابة الشخص بالإعاقة العقلية و قد يشجع التركيز على ما يمكن القيام به من أجل تحسين تعليم التلاميذ

معايير التشخيص

A- الخلل العقلي يتمثل في عدم القدرة على حل المشكلات، التفكير المنطقي و التجريد و يتم التأكد بتقييم عيادي يعتمد على روائز الذكاء الفردية المقننة.

B. خلل في السلوك التكيفي و التي تظهر من خلل أو فشل أو عدم القدرة في اكتساب المعايير habituelle للنمو الاجتماعي الثقافي التي تسمح باكتساب الاستقلالية و المسؤولية الاجتماعية و هذا الخلل في السلوك التكيفي يحدد في التوظيف أو الوظائف في مجالات الحياة اليومية مثل التواصل، المشاركة الاجتماعية، الاستقلالية في البيت، المدرسة، العمل Le travail dans la collectivité

C. تظهر الاعراض خلال فترة الطفولة.

مستوى الشدة للإعاقة العقلية:

المجال العملي	المجال الاجتماعي	المجال المفاهيمي	مستوى الشدة
<p>يمكن للشخص المصاب أن يتصرف بطريقة تتناسب مع مرحلته العمرية في العناية الشخصية، ويمكن أن يحتاج الأفراد لبعض الدعم في مهام الحياة اليومية</p> <p>في مرحلة الرشد يحتاج الدعم خاصة في شراء المواد الغذائية و رعاية الأطفال و إعداد الطعام للتغذية و استعمال المال. في مرحلة الرشد المصاب يستطيع العمل في مهن بسيطة التي لا تتطلب مهارات (ذكاء) و يحتاج الفرد للدعم في قرارات الرعاية الصحية و القانونية و لتعلم الكفاءة للأعمال الماهرة. و يحتاج الفرد للدعم لإنشاء أسرة</p>	<p>يعاني المصابين بالتخلف العقلي الخفيف في مرحلة الرشد بالمقارنة بأقرانهم الغير مصابين بعدم النضج في التفاعلات الاجتماعية الاتصال و الحوار و اللغة مقارنة بالأقران.</p> <p>و قد توجد صعوبة في تنظيم الانفعالات و السلوكيات المناسبة بالمقارنة مع من هم في مثل سنه</p> <p>كما يوجد فهم محدود للخطر في المواقف الاجتماعية. كما أن أحكامه غير ناضجة و قد يسير من طرف الغير crédulité</p>	<p>في مرحلة ما قبل المدرسة قد لا يكون هناك فروق على المستوى المعرفي بالنسبة لأطفال في سن التمدرس و الراشدين لديهم صعوبات في اكتساب المهارات الدراسية مثل قراءة و الكتابة و تقدير الزمن أو المال و يحتاج لدعم في واحد أو أكثر من هذه المجالات مما لا يتناسب مع التوقعات المنتظرة في هذا السن.</p> <p>في مرحلة الرشد يوجد عجز و قصور في التفكير التجريدي و الوظائف التنفيذية (مثل التخطيط و إعداد الاستراتيجيات التصنيف حسب الأولويات، المرونة المعرفية) و الذاكرة قصيرة الأمد و أيضا العجز في الاستخدام الوظيفي للمهارات الدراسية (مثل القراءة و التعامل مع المال) كلها تعاني من عجز</p>	<p>خفيف</p>

		<p>خلال كل مراحل النمو القدرات المعرفية للمصاب تبقى أقل بالنسبة مما هو لدي الأقران و بالنسبة لأطفال ما قبل المدرسة النمو يكون بطئ أما الأطفال المتمدرسين المكتسبات في مادة القراءة، الكتابة، الحساب، التعامل مع المال، فهم الوقت، تتطور تدريجيا مع الوقت و لكن تبقى محدودة إذا ما قورنت بالأقران، بالنسبة للراشدين تبقى القدرات العقلية ناقصة إذن المساعدة مطلوبة</p>	
<p>في سن الرشد يمكن للفرد أن يعتني بالحاجات الشخصية مثل الأكل و اللبس و لإخراج و الصحة غير أنه يحتاج لفترات طويلة من التعلم كي يكون مستقلا في هذه المهام مع حاجته المستمرة لمن يذكره بأدائها إن المشاركة في الأعمال المنزلية يمكن أن يكتسبها الراشد</p>	<p>أثناء النمو يظهر الفرد فروقا ملحوظة عن الأقران في السلوك الاجتماعي واللغة المستعملة في التواصل حيث تكون بسيطة و غير معقدة بالمقارنة بالأقران. و تكون القدرة علي تكوين العلاقات أقل بالمقارنة مع الأقران علما بأن الفرد لا يفسر الأحكام الاجتماعية بصورة دقيقة. و الأحكام الاجتماعية و اتخاذ القرار تكون محدودة لديهم. و يحتاج الفرد لدعم</p>	<p>خلال كل مراحل النمو فان المهارات المعرفية للفرد تكون أقل بكثير من الأقران بالنسبة لمرحلة ما قبل المدرسة فان مهارات ما قبل المدرسة تنمو ببطئ بالنسبة لأطفال المدارس فان مهارات القراءة و الكتابة و الحساب و معرفة الزمن و الحسابات المالية تكون بطينة و محدودة مقارنة بالأقران بالنسبة للراشدين فان نمو المهارة المدرسية تقف مستوى محدود لذا يتطلب</p>	<p>المتوسط</p>

<p>بمساعدة ودعم مستمر يمكن أن يقوم الفرد بأداء عمل مستقل في مهن تتطلب مهارات معرفية ولغة محدودة، و يحتاج الفرد عندها لدعم كبير من الزملاء و المشرفين في العمل لكي يصل للتوقعات الاجتماعية مثلا التنقل أو العلاج أو المعاملات المالية. و يمكن تنمية المهارات الترويحية و هذا يتطلب دعم إضافي و فرص للتعلم هناك فئة من هؤلاء المصابين لديهم سوء التكيف ما يسبب مشاكل اجتماعية</p>	<p>خارجي لاتخاذ القرارات في حياته. و علاقات الصداقة تتأثر غالبا بمحدودية مهارات التواصل الاجتماعي، و يحتاج الفرد لدعم اجتماعي و علائقي في مجال العمل لكي ينجح في حياته</p>	<p>الأمر دعم لاستخدام المهارات الدراسية في العمل و الحياة عموما و المساعدة المستمرة أساسية لأداء الجيد للمهام اليومية و قد يتطلب الأمر أن يقوم الكبار بتولي كل هذه المهام</p>	
<p>يحتاج الفرد لدعم في كل الأنشطة اليومية ويشمل ذلك الأكل و اللبس و الاستحمام و الإخراج، و يحتاج الفرد لإشراف في كل الأوقات. ولا يستطيع الفرد عمل أي قرارات مسئولة فيما يتعلق بالسعادة له أو للآخرين.</p>	<p>اللغة المنطوقة محدودة للغاية سواء المفردات أو النحو و الحديث يتلخص في جمل قصيرة. الحوار يكون متمركزا عن هنا والآن (و ليس في الماضي أو المستقبل) و تستخدم اللغة في الحوارات الاجتماعية و ليس للشرح</p>	<p>تحصيل محدود للمهارات المفاهيمية، و عموما يكون لديهم فهم ضئيل باللغة المكتوبة أو المفاهيم مثل الأرقام و الكميات و الوقت و المال، و يوجد دعم كبير من الأسرة لحل المشكلات التي تواجه الفرد و ذلك طول الحياة</p>	<p>الشديد</p>

<p>في مرحلة الرشد فان المشاركة في أعمال المنزل و الترويح و العمل يتطلب دعما مستمرا إن اكتساب المهارات في كل المجالات يحتاج تدريب لمدة طويلة و دعم مستمر و عند فئة صغيرة من المصابين بهذا النوع يظهرون سلوك غير تكيفي يتمثل في إيذاء الذات</p>	<p>يفهم الأفراد الحديث البسيط و الإرشادات و العلاقات مع الأسرة و المعارف تصبح مصدرا للسعادة و المساعدة يكون الفرد المصاب فهما محدودا للاتصال الغير لفظي و الغير رمزي يستمتع الفرد المصاب بالعلاقات مع أسرته و القائمون على رعايته كما يستجيب للتحفيزات الاجتماعية بإشارات و انفعالا العجز الحسي و الجسمي قد يمنع عدد كبير من الأنشطة الاجتماعية</p>		
<p>يعتمد الفرد على الآخرين لكل مجالات حياته اليومية ، صحته و الأمن و الأفراد بدون عجز جسمي شديد يمكن أن يساعدونا في بعض مهام الأعمال اليومية في المنزل مثل تحضير طاولة الأكل. هناك أفعال بسيطة يمكن أن تكون أساسا للمشاركة في</p>	<p>يكون لدى فهما محدودا للاتصال الرمزي في الحديث و الاشارات يستطيع فهم بعض التعليمات البسيطة و الاستشارات يعبر الفرد عن رغباته و مشاعره من خلال الاتصال غير اللفظي و غير الرمزي (العياني) . يستمتع الفرد بالعلاقات مع أفراد أسرته و القائمون على رعايته و يستجيب للتفاعل الاجتماعي خلال</p>	<p>تضمن المهارات المفاهيمية عامة التعامل مع العالم الفيزيقي (و الملموس) و ليس مع المجردات و يمكن للفرد أن يستخدم الأشياء بطريقة مناسبة للعناية بالذات أو للعمل أو الترفيه و يمكن أن يكتسب الفرد بعض المهارات البصرية المكانية مثل تصنيف (الأشياء البسيطة) حسب</p>	<p>العميق</p>

<p>بعض الأنشطة المهنية مع تقديم دعم عالي ومستمر وتشمل الأنشطة الترويحية الاستمتاع بالموسيقى ومشاهدة الأفلام والسباحة وذلك بدعم خارجي. العجز الجسمي و الحسي موجود و هذا مما يضع حواجز للمشاركة في أعمال المنزل أو الترويح أو العمل و سلوكيات سوء التوافق موجودة لدى هذه الفئة</p>	<p>الهاديات الاستثارات و الانفعالات العجز الحسي و الجسمي يمنع كثيرا من الأنشطة الاجتماعية</p>	<p>خصائصها الفيزيائية مع قدر من التعليم إلا أن العجز الحركي و الحسي الموجود قد يمنع الفرد من استخدام بعض الأشياء</p>
--	---	--

أسباب التخلف العقلي

❖ المرحلة الجنينية: (anténatale)

أسباب في الصبغيات مثل: (anomalie chromosomique)

أ - متلازمة داون (trisomie 21) : تكون نتيجة الانقسام الصبغي 21 الى ثلاث صبغيات بدلا من اثنين أي تحمل صبغي زائد و بالتالي يتكون عدد الصبغيات بالنسبة للمصاب 47 صبغي بدلا من 46 و يتميز الطفل المصاب بهذه الأعراض :

✓ **الجسمية:** قصر القامة، قصر الرقبة، صغر الرأس بالمقارنة مع الجسم، استدارة الوجه، عيناه مجعدتين، شعر ملس، لسان متدلي و ضخم، شق في وسط اللسان، سيلان اللعاب، ضعف حسي حركي

✓ **العقلية:** تأخر عقلي.

ب متلازمة تيرنر (Turner syndrome): يحدث هذا الاضطراب نتيجة غياب كروموزوم X فنجد في الخلية 45 صبغى بدل من 46 صبغى و هذا يرجع الي عدم الانقسام السوي للكروموسومات و يصيب الإناث أكثر من الذكور و أعراضه هي :

✓ غياب العادة الشهرية.

✓ القزامة.

✓ عدم اكتمال الأعضاء التناسلية الخارجية.

ج - كلين فيلتر (klinefelter): ينتج عن انقسام زوج من الكروموسومات الجينية فتظهر الخلية المخصبة تحتوي علي كروموزوم زائد فتصبح X فتصبح XXY فيكون الجنين ذكر مع ظهور الخصائص الأنثوية إضافة الي الذكورية و أعراضه هي :

انكماش و صغر الخصيتين و عدم اكتمال وظيفتها، إنتاج سائل منوي خالي من النطاف، طول مفرط في الساقين، أما الخصائص الأنثوية فتظهر على شكل انثناء بدينية و نمو غدي يؤدي لنمو الأثداء و يكون المصاب عقيم مع نقص هرمون التيسترون الخاص بعملية الإنجاب.

■ مشاكل في المرحلة الجنينية: (embryopathie)

✓ الحصبة الألمانية (rubéole): يصيب المرأة قبل الحمل فهو عادي و عابر لكن إذا أصاب المرأة الحامل يؤدي لظهور التأخر العقلي مع تأخر حسي حركي و أعراضه هي:

• خلل في ظهور الأسنان.

• إصابة الهيكل العظمي.

• تأخر عقلي.

✓ الزهري (syphilis): هذا الاضطراب ينتقل عبر العلاقات الجنسية و ذلك راجع الي تعدد العلاقات الزوجية و قلة مظاهر النظافة و هو يؤثر على الجهاز العصبي للطفل و من أعراضه :

• ارتفاع درجة الحرارة.

• انتفاخ الغدد.

• إفراز الكثير من المادة الصفراء.

• تشوه على مستوى القلب والبصر و الأكثر من ذلك هو التخلف العقلي.

✓ نقص المناعة المكتسب (sida) : و ينتقل عبر الحقن و الجنس و بالنسبة الي الجنين ينتقل

عبر المشيمة أي أن المرأة الحامل عندما تكون مصابة تنقله الي الجنين و من أعراضه :

- ارتفاع الحرارة،
- فقد المناعة،
- نقص الوزن،
- نقص النمو،
- التعب الشديد

■ أسباب تسمميه: (origine toxique)

❖ مرحلة ما قبل الولادة:

- ✓ داء المقوسات (Toxoplasmoses) : يظهر من خلال تناول الأم للحوم الغير طازجة أو عن طريق تناول الخضر الغير مغسولة جيدا و كذا شعر القطط.
- ✓ إدمان الأمهات (toxicomanie maternelle): يظهر نتيجة ادمان الأم للمخدرات فيظهر لدى الطفل المصاب تشوهات جسمية مع احتمال ظهور تخلف عقلي.

❖ مرحلة الولادة : (prénatale)

- ✓ الاختناقات (Anoxies) : و تؤدي الى IMC و سببها حادث في الجهاز العصبي الذي لم يصل اليه الأوكسجين ومن أعراضه:

معوق في الأيدي أو رجليه أو الرجل السفلى فهو معاق في الأعضاء زائد تخلف عقلي.

❖ مرحلة ما بعد الولادة : (poste natale)

- ✓ التهاب السحايا (méningite) : راجع الى المكان الغير النظيف الذي يوجد فيه الجنين
- ✓ التسمم (empoisonnement) : راجع الى الهواء المستنشق الغير نظيف
- ✓ الصدمة (traumatisme) : راجعة الي صدمات كسقوط الجنين من أماكن مرتفعة أو نتيجة حادث في سيارة مثلا
- ✓ الأسباب الاقتصادية الاجتماعية (socio économique) : فقد تؤدي الي ظهور تأخر عقلي بسيط فهذه نظرية جديدة و من بينها سوء التغذية أو عدم الاهتمام بالأطفال و سوء المعاملة.

التشخيص الفارقي :Diagnostic différentiel

يتم تشخيص الإعاقة الذهنية عند ظهور المحكات الثلاثة **A . B . C** مجتمعة ولا نستطيع أن نشخص هذا الاضطراب عند وجود مشكل جيني فقط أو طبي إلا عندما تكون الأمراض الجينية مشتركة مع الإعاقة العقلية لابد من تشخيص كل واحدة على حدة، كما لابد من أن نفرق بين التخلف الذهنية اضطرابات العصبية المعرفية **trouble neurocognitif** التي يظهر فيها فقدان الوظيفة المعرفية مثلا تشخيص متلازمة داون الذي قد يصاب بمرض **Alzheimer** أو يفقد قدراته المعرفية نتيجة صدمة دماغية.

كذلك التشخيص التفريقي بين التخلف الذهني و اضطرابات التواصل و اضطرابات التعلم **trouble .de communication et trouble de apprentissage**

كذلك يتم وضع التشخيص التفريقي بين التخلف الذهني و طيف التوحد **trouble du spectre .l'autisme**

الاضطرابات المصاحبة :Comorbidité

يكون بين الإصابات العقلية وبين اضطرابات جسدية و الإعاقة الحركية العصبية **IMC** وكذلك نوبات الصرع **L'épilepsie** و **ADHD**، الاضطرابات الاكتئابية و ثنائية القطب **Trouble dépressifs** و **bipolaire** و اضطرابات الحصر **trouble anxieux** و طيف التوحد **trouble du spectre les mouvement stéréotypés avec au**، اضطرابات الحركات النمطية **l'autisme**، اضطرابات التحكم في الانفعالات **les trouble du contrôle des sans automutilation**، اضطرابات التحكم في الانفعالات **impulsion**، وكذلك الاضطرابات العصبية المعرفية **les trouble neurocognitive**.

اضطراب طيف التوحد

Trouble du spectre de l'autisme

الدرس السادس

🚩 نبذة عن تاريخ اضطراب طيف التوحد:

أول من عرف التوحد كاضطراب متميز هو العالم Léo kanner 1943 حيث قام بملاحظة 11 طفلاً مضطرباً كانوا يتصرفون بطرق غير مألوفة عن الأطفال المصابين بإعاقة ذهنية أو المصابين بالفصام، وقد أطلق على هذه الأعراض اسم التوحد. فقد اعتبر العزلة وعدم الاتصال بالآخرين هما العرضان الأساسيان بالإضافة إلى اللغة المحدودة جداً والرغبة الكبيرة في المحافظة على الأشياء دون أي تغيير. رغم هذا الوصف المبكر الذي قدمه kanner إلا أن الاضطراب لم يتم قبوله بهذه التسمية إلا بعد الإصدار الثالث من الدليل التشخيصي عام 1980.

في D.S.M.4 تم إدراج اضطراب التوحد ضمن الاضطرابات المجتاحة للنمو Les troubles envahissants du développement أما في الإصدار الخامس D.S.M.5 يندرج هذا الاضطراب ضمن الاضطرابات النمائية العصبية Les troubles neuro développementaux تحت تعريف اضطراب طيف التوحد du spectre de l'autisme.

🚩 المعايير التشخيصية حسب DSM5:

- A. صعوبة أو ضعف في مستوى التواصل والتفاعل الاجتماعي كما يتضح ذلك:
1. خلل أو صعوبة في التبادل الاجتماعي أو الانفعالي (المبادرة والاستجابة الاجتماعية التحدث ومشاركته الاهتمام والانفعال والعواطف)

2. صعوبة او عدم استخدام السلوك الغير لفظي مثل الاتصال بالعين او التغيرات الوجهية او لغة الجسد.

3. صعوبة تطوير والحفاظ وفهم العلاقات الاجتماعية المناسبة للعمر الطفل في تكيف السلوكيات مع مختلف السياقات الاجتماعية، صعوبة المشاركة في اللعب الرمزي والتخيلي مع الاخر مع غياب ظاهره الاهتمام بالأقران

B. سلوكيات نمطية تكرارية واهتمامات ضيقة في الوقت الراهن ظاهره او في تاريخ حاله الفرد تظهر من خلال اثنين على الاقل من اربعة اعراض التأليه:

1. استخدام حركات التكرارية نمطية استخدام خاصة اللغة مضادات (Echolalie) وللأشياء مثل تدويرها وضربها.

2. الالتزام والاصرار على اعمال روتينية معينه في السلوك اللفظي او غير اللفظي او المقاومة المستمرة للتغيير (مثل اكل نفس الطعام).

3. اهتمامات ضيقة محدودة وشبه نمطية مثل التعلق الشديد بالأشياء او أجزاء الأشياء.

4. فرط او تدني في نشاط المنبهات الحسية او الاهتمام غير المعتاد بعناصر حسية من المحيط (مثل الشغف بالأضواء او الاجسام التي تدور، عدم الاكتراث الواضح بالألم الحرارة استجابة سلبية لبعض الأصوات والافراط في الشم ولمس الاشياء والانبهار بالأضواء او الحركة).

C. تبدأ هذه الاعراض في فتره مبكرة من النمو لكنها لا تظهر بوضوح تام الا عندما تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي وقدرات الفرد المحدودة.

D. هذه الاعراض تصيب التوظيف اليومي اي (اداء وظيفي محدود او ضعيف) تتسبب الاعراض في تدني سريري هام في مجالات الاداء الاجتماعي والمهني أو غيرها من المجالات المهمة.

E. هذه الاضطرابات لا تفسر بعض عقلي او بتأخر عام للنمو.

🚩 التشخيص يجب ان يخصص:

• التوظيف العقلي:

- ✓ بدون أو عجز عقلي.
- ✓ وصف الملامح اللغوي وغير اللغوي.
- ✓ الفرق الغالب بين القدرات المعرفية والقدرات التكوينية.

● التوظيف اللغوي:

✓ يجب تقييمه ووصفه أثناء التقويم التشخيصي.

✓ تقييم اللغة الاستقبالية التعبيرية.

● اذا كان اضطراب طيف التوحد TSA مرتبط:

✓ بشروط طبية (مثل الصرع) ووراثية مثل تناذر Rett، X fragile، وتناذر داون.

✓ أو محيطيه (الوزن الناقص عند الولادة والتناول المرأة الحامل للكحول).

🚩 درجات شدة اضطراب طيف التوحد:

مستوى الشدة	التواصل الاجتماعي	السلوكيات النمطية المتكررة
المستوى الثالث يحتاج لدعم كبير جدا	عجز شديد في المهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي مسببا تدنيا شديدا في الأداء، مع بدء محدود جدا للتفاعل الاجتماعي، مع أقل الاستجابات المبادرة الاجتماعية الصادرة من الغير	انعدام المرونة في السلوك ومحدودية مع تكراره، وصعوبة شديدة في التأقلم مع التغيير او ان السلوكيات النمطية المتكررة تتداخل بوضوح مع الاداء في جميع المجالات. صعوبة كبيرة لتغيير موضوع التركيز او الفعل.
المستوى الثاني يحتاج إلى دعم كبير	عجز واضح في مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، الاختلالات الاجتماعية ظاهرة حتى مع الدعم المقدم.	انعدام المرونة في السلوك، صعوبة تقبل التغيير، و ان السلوكيات النمطية/ المتكررة تظهر بتكرار كاف ليبدو ظاهرا للمراقب الخارجي العام (غير المتخصص) و تتداخل بالأداء في العديد من السياقات. صعوبة لتغيير موضوع التركيز او الفعل.

مستوى الشدة	التواصل الاجتماعي	السلوكيات النمطية المتكررة
المستوى الأول يحتاج لدعم	بدون دعم فالعجز في التواصل الاجتماعي يسبب تدنيا ملحوظا، صعوبة بدء التفاعلات الاجتماعية مع امثلة واضحة للاستجابات غير الفعالة وغير معتادة لمبادرات الغير او غير المعتادة للمبادرة الاجتماعية الصادرة من الغير، وقد يبدو قليل الاهتمام بالتفاعلات الاجتماعية، فمثلا شخص لديه القدرة على الكلام بجمل كاملة قد يبدأ بالاتصال ولكن محادثة من والى الاخرين ستفشل، ومحاولاته لتكوين اصدقاء تكون غير ناجحة عادة.	عدم المرونة يسبب تداخلا واضحا مع الاداء في واحد او أكثر من السياقات. صعوبة الانتقال من نشاط الى اخر. مشاكل.

التشخيص الفارقي لطيف التوحد:

التشخيص الفارقي يكون بين طيف التوحد و بين الاضطرابات التالية:

❖ متلازمة Rett

تغير التفاعل الاجتماعي (خلال الفترة التي تتراجع فيها جملة Rett ما بين 1 و 4 سنوات) فتظهر لدي الفتيات المصابات أشكال عيادية تقارب معايير طيف التوحد لكن بعد هذا السن يظهر تحسن في قدرات التواصل الاجتماعي فتصبح ملامح التوحد ليست في الواجهة. وعليه اضطراب طيف التوحد لا يشخص الا اذا اكتملت المعايير.

❖ الخرس الانتقائي Mutisme Selectif

- النمو المبكر غير مضطرب في العادة.
- الطفل المصاب يتمتع بقدره اجتماعيه مناسبه في بعض المواقف والأماكن.
- في الاماكن التي يعاني منها الطفل من الخرس التبادل الاجتماعي يبقى سليم.
- ليس له سلوكيات محصورة او متكررة.

❖ اضطراب اللغة والتواصل الاجتماعي

- بعض اضطرابات اللغة قد تكون مصحوبه بمشاكل في التواصل وصعوبات اجتماعية socialisation و ثانوية.
- ولكن في اضطرابات اللغة لا تكون مرتبطة باضطراب التواصل غير اللفظي ولا مرتبطة بطريقه سلوك واهتمام ونشاط منحصر ومتكرر
- عندما يعاني فرض ما من تغير في التواصل والتفاعل الاجتماعي ولكن لا يظهر سلوك واهتمام منحصر ومتكرر نميل الى تشخيص (اضطرابات اللغة وليس طيف التوحد) .
- وكلما اكتملت معايير تشخيص طيف التوحد لابد ان نبحت عن الاهتمامات المنحصرة والمتكررة في سوابق المريض وفي الحاضر.

❖ الإعاقة الذهنية بدون اضطراب طيف التوحد

- يصعب التفرقة عند الطفل الصغير.
- يصعب كذلك عند الطفل المصاب بالإعاقة الذهنية ولا يطور اللغة ولا القدرات الرمزية لان يظهر لديه سلوكيات متكررة .
- ونشخص اعاقه ذهنيه عندما لا يكون اختلاف واضح بين مستوى القدرات الاجتماعية التواصلية والقدرات الذهنية الاخرى.
- فتشخيص طيف التوحد عند الفرد المصاب بالإعاقة الذهنية عندما يكون التواصل و التبادل الاجتماعي مضطربان كثيرا مقارنة بمستوى تطر قدراته الغير لفظية.

❖ السلوكيات النمطية

- السلوكيات النمطية تابعه لمعايير تشخيص طيف التوحد.
- لا يمكن تشخيص السلوكيات النمطية بالإضافة لطيف التوحد.
- لا يصح ذلك الا اذا كانت السلوكيات النمطية تسبب جروح موجهه نحو الذات تستدعي ان وجهت لها العلاج.

❖ نقص الانتباه وفرط الحركة

- اضطرابات الانتباه (مركز او مشتتة) موجودة بكثرة عند المصابين بطيف التوحد وكذلك فرط الحركة

ويمكن وضع التشخيص عندما تكون صعوبات التركيز وفرط الحركة تتجاوز ما هو منتظر لدى افراد من نفس السن العقلي.

❖ الفصام

- الفصام المبكر يظهر عادة بعد فترة نمو عادي او شبه عادي.
- مرحله مبكرة وصفت خلالها حدوث تباطؤ اجتماعي مصحوب باهتمامات واعتقادات لا نمطيه يمكن ان تخلط مع العجز الاجتماعي الموجود لدى طيف التوحد
- الهالوس والهذيان ليسوا أعراض في طيف التوحد ولكن التوحدي قد يترجم بعض الحوادث (هل تسمع اصوات اذا لم يكن احد..... نعم في الراديو).

❖ الاضطرابات المصاحبة Comorbidity

- وجود مصاحبه مرضيه بين اضطراب نقص الانتباه النشاط الحركي الزائد .
- اضطرابات التصرف.
- اضطرابات القلق.
- الاكتئاب.
- اضطراب Gilles de la Tourette.
- الصرع اضطرابات النوم.
- التخلف الذهني كما يمكن ان يصاحبه طيف التوحد مجموعه الاضطرابات الجسدية (الإمساك وانتقاء التغذية).

اسباب اضطراب التوحد

كانت النظرية التحليلية ترجع اسباب الإصابة بهذا الاضطراب الى عوامل سيكولوجيه (Les mères frigo) التي كانت تنسب للوالدين دور في اصابه اطفالهم باضطراب التوحد الا ان هذه الآراء قد حلت محلها حديثا نظريات تقوم على ادله تثبت دور العوامل الوراثية والعصبية في ظهور او الإصابة باضطراب الطيف التوحد.

❖ العوامل الوراثية

تشير الادلة الى وجود عنصر وراثي في اضطراب طيف التوحد و أن نسبة الوراثة الى 80% تبلغ نسبة خطورة الإصابة بالتوحد بين اخوه الاشخاص المصابين بهذا الاضطراب اكبر من نسبتها بين اخوه الاشخاص غير المصابين به (Lichtenstien et al 2010). كما اكدت دراسات اخرى على دور الوراثة في الإصابة باضطراب طيف التوحد حيث اظهرت دراسة التوائم الحقيقية نما يقرب 90% مع تشابه مع اضطراب طيف التوحد بين التوائم المتطابقين و ذلك مقارنا 20% من التشابه بين التوائم الاخوة.

❖ الاسباب العصبية

تربط العديد من الدراسات والابحاث القصور اللغوي والاجتماعي والعاطفي في اضطراب طيف التوحد الى خلل في المخ الذي يظهر في مرحله مبكره من النمو. كما توصلت بعض الدراسات التي تستخدم اشعه الرنين المغناطيسي IRM الى ان ادمغة الاشخاص البالغين المصابين باضطراب طيف التوحد وكذلك الاطفال اكبر من المرات البالغين والاطفال غير المصابين به (Courchesne ,carnes Davis Bailey 2001) وقد اكدت هذه النتيجة الدراسات التي تقوم باستخدام قياسات محيط الرأس كمؤشر على حجم المخ حيث ترى هذه الدراسات ان معظم المصابين بطيف التوحد قد ولدوا بأمخاخ تعتبر ذات حجم طبيعي ولكن بعد عمر عامين او أربعة اعوام يزداد حجم المخ عند الطفل المصابين بطيف التوحد بدرجة كبيره.

كما اكدت بعض الدراسات على وجود شذوذ في مخيخ الاطفال المصابين باضطراب التوحد (Haas, Townsend et al 1996) حيث تشير الدراسات الى انه اثناء مجرى و سير عمليه النمو فان خلايا المخ تفشل في الاصطفاف بشكل مناسب ومن ثمة فأنها لا تعمل على تكوين شبكه الاتصالات الموجودة في المخ الطبيعي.

كما توصلت دراسات اخرى لدى الاطفال البالغين المصابين باضطراب طيف التوحد يعانون
كبر حجم اللوزة كذلك لأنه التوحد مرتبط بالمشكلات الاجتماعية والعاطفية و أن اللوزة مرتبطة
هي كذلك بالسلوك الاجتماعي والعاطفي و تعزو السبب في ذلك الى تدخل اللوزة في حدوث
اضطراب طيف التوحد و قد وجدت الدراسات أن اللوزتين تكونان أكبر حجما عند الأطفال
المصابين بهذا الاضطراب (Munson, Abbott 2006).

نقد

على الرغم من ان العوامل الوراثية والعصبية تنال تأييدا تجريبيا أكثر من العوامل النفسية في
ما يتعلق بأسباب الإصابة بطيف التوحد الا ان العلاج النفسي تعطي نتائج ايجابية احسن من
العلاج الدوائي خاصة العلاجات السلوكية.

اضطراب نقص الانتباه وزيادة النشاط

ADHD وTDAH

الدرس السابع

مقدمة:

يندرج اضطراب ADHD حسب D.S.M.5 ضمن الاضطرابات العصبية النمائية بعدما كانت تصنف ضمن اضطرابات السلوكية الحركية في التصنيفات القديمة.

يعتبر مصطلح ذو نشاط زائد hyperactif معروفا لدى معظم الأشخاص خاصة الوالدين والمعلمين فالطفل الذي يكون في حركة دائمة ودائم التحريك لأصابعه والنقر بها وتحريك (هزهزة) رجليه ودائم النقاش مع الآخرين بدون سبب واضح ويتكلم دون أن يطلب منه الحديث أو يأتي دوره غالبا ما يوصف بأنه ذو نشاط مفرط.

كما يعاني هؤلاء الأطفال صعوبات في التركيز في المهمة التي يقومون بها وعندما تكون هذه المشاكل حادة ودائمة وتكرر باستمرار فإن هؤلاء الأطفال قد تتوفر فيهم معايير تشخيص اضطراب قلة الانتباه أو زيادة النشاط ADHD.

غالبا ما ينظر لهذا الاضطراب من طرف الأولياء على انه مشكل سطحي لا يستدعي اهتماما منهم لأنهم يصنفونه على انه نوع من الشقاوة والعناد التي لا تعالج إلا بالضرب او العقاب وهو الأمر الذي يزيد من حدته ويؤخر تشخيصه وعلاجه.

عندما تظهر سلوكيات ADHD في فترة معينة في النمو و دائمة في كل المواقف المختلفة، و مقترنة بمظاهر خطيرة من القصور في الأداء، فقد يكون تشخيص اضطراب ADHD مناسباً، و من المحتمل ألا

ينطبق تشخيص ADHD على الأطفال الذين يتسمون بالعناد، كما لا يمكننا ان نشخص الطفل ب ADHD بمجرد أن الطفل يتسم بالنشاط و الحيوية، و يتسم بصعوبة السيطرة عليه من الوالدين أو المعلمين.

تشخيص ADHD يقتصر على الحالات الحادة والدائمة فقط.

يظهر لدى الأطفال المصابين ب ADHD مشكلة خاصة في التحكم في نشاطهم في المواقف التي تتطلب الهدوء مثل التواجد في القسم أو في وقت تناول الوجبات وعندما يتم إصدار أوامر إليهم بالتزام الهدوء فإنهم يظهرون غير قادرين على التوقف عن الحركة أو الكلام، إنهم يتسمون بعدم التنظيم والشرد، وعدم التخطيط والتسلط، ويحطمون ألعابهم ويتعبون أسرهم ومدرسيهم.

يعاني العديد من الاطفال والمصابين باضطراب ADHD صعوبة بالغة في الاندماج لمدة طويلة مع الأقران وتكوين صداقات، وربما يرجع عدم قدرة هؤلاء الأطفال في تكوين صداقات إلى أن سلوكهم في الغالب يكون عدوانيا ومزعجا ومتطفلا.

تشير إحدى الدراسات الطويلة أن الأطفال الذين يعانون اضطراب ADHD الذين تمت متابعتهم لمدة 6 سنوات يظهر لديهم انخفاض المهارات الاجتماعية والسلوك العدواني، والإفراط في تقدير الإمكانات الاجتماعية للذات وهذا ما ينبئ بمشاكل مستقبلية

اضطراب ADHD موجود في كل الثقافات حوالي 5% من الأطفال و 2,5% من الراشدين.

🚦 معايير تشخيص اضطراب نقص الانتباه و نشاط الزائد حسب D.S.M.5 :

A. نمط مستمر من نقص الانتباه أو إفراط الحركة – اندفاعية التي تتدخل في النمو و الاداء و تتسم بكل من (1) و / أو (2) التاليين :

1- عدم الانتباه Inattention: ستة (6) ا أو أكثر من الأعراض الذي تستمر على

الأقل (6) أشهر بدرجة لا تتفق (غير متوقف) مع مستوى نمو الشخص و تؤثر سلبا

(لها نتائج سلبية) بشكل مباشر على الأنشطة الاجتماعية و الاكاديمية و المهنية.

a. غالبا ، لا يستطيع (يفشل) في إعارة أو إعطاء الانتباه للتفاصيل و ارتكاب

الأخطاء في الاداء الدراسي أو العمل أو أثناء القيام بأنشطة أخرى (مثل

إهمال أو عدم الانتباه أو ملاحظة التفاصيل أو التنفيذ الغير دقيق le

travail est imprécis)

b. لديه غالبا صعوبة في أن يبقى منتبها أثناء أداء المهام أو أنشطة اللعب مثال لديه صعوبة في أن يظل مركزا أثناء المحاضرات او المحادثات أو القراءات الطويلة.

c. غالبا ما يبدي عدم الإنصات أو عدم السماع عندما نتحدث إليه مباشرة (مثال ذلك أن يبدو شارذ الذهن (التشتت) حتى في غياب المشتتات الواضحة)

d. غالبا لا يتبع (عدم الالتزام ne se conforme pas) للتعليمات و لا يستطيع إنهاء (أو يفشل في إنهاء) واجباته المدرسية و الأعمال المنزلية و واجباته المهنية (مثل أن يبدأ مهمة ما لكن سرعان ما يفقد تركيزه و ينشغل بأمور جانبية)

e. غالبا لديه الصعوبة في الترتيب أو تنظيم المهام و الانشطة مثل صعوبة إدارة المهام التي تحتوي على مراحل (متسلسلة) صعوبة الحفاظ على أدواته و ملفاته (documents) مرتبة يتسم عمله بعدم التنظيم و العشوائية سوء إدارة الوقت - يخفق أو يفشل في احترام آجال انتهاء العمل.

f. غالبا يتجنب أو يقاوم الارتباط بمهام تتطلب مجهودا فكريا مثل العمل المدرسي او الواجبات المدرسية في البيت و بالنسبة للمراهقين الأكبر سنا و الراشدين يتجنبونه و لا يحبون إعداد التقارير و تحليل المقالات الطويلة

g. غالبا ما يفقدون الأشياء اللازمة بالقيام بالأنشطة أو المهام (le travail) مثل الأدوات المدرسية من أقلام و كتب، محفظة النقود، المفاتيح، النظارات و الهاتف النقال

h. غالبا ما يكون من السهل تشتيت انتباههم بواسطة التنبيهات الخارجية (بالنسبة للمراهقين الأكبر سنا و الراشدين قد يتضمن انشغالهم بأفكار غير مرتبطة بالموضوع des pensées sans rapport)

i. كثير النسيان في أنشطته اليومية، الاشغال المنزلية، القيام بالتسوق، faire des courses و بالنسبة للمراهقين الأكبر سنا و الراشدين، ينسون الرد على المكالمات الهاتفية أو دفع الفواتير أو الحفاظ على المواعيد.

2- فرط في الحركة و الاندفاعية Hyperactivité et impulsivité : ظهور

أو توفر ستة(6) أو أكثر من الأعراض التالية التي تدوم ستة أشهر أو أكثر بدرجة

لا تتسق أو لا تلائم مستوى النمو وتؤثر سلبا و بشكل مباشر على الأنشطة الاجتماعية و الأكاديمية أو المهنية.
ملاحظة: الأعراض لا تعكس فقط سلوك المعارضة والاستفزاز أو السلوك العدواني provocateur ou hostile أو عدم القدرة على فهم التعليمات أو المهام وبالنسبة للمراهقين والراشدين (17 سنة أو أكثر يتطلب التشخيص خمسة أعراض على الأقل).

a. يحركون غالبا أيديهم أو أقدامهم remue les mains ou les pieds و يتمللون في المقعد.

b. غالبا ما يبقون واقفين في مواقف يتوقع منهم أن يظلوا جالسين (مثل أن يترك مكانه في القسم أو في المكتب أو في العمل أو في المواقف الأخرى التي من المفروض أن يبقوا فيها جالسين).

c. غالبا ما يركضون و يتسلقون في مواقف لا تتطلب ذلك dans des situations où cela est inapproprié (ملاحظة: في المراهقة و الرشد قد يتحدد ذلك في الشعور بعدم الصبر impatience motrice التملل).

d. غالبا لا يستطيعون الهدوء في أوقات اللعب أو أثناء القيام بالأنشطة الترفيهية.

e. غالبا يكونون متأهبين "sur la brèche"

f. غالبا ما يتكلمون كثيرا.

g. غالبا ما يجيبون على أسئلة قبل الانتهاء من طرحها أو اكتمال طرح السؤال. مثال: يكملون جمل أو ما يقوله الآخريين نيابة عنهم، لا يستطيعون انتظار دورهم في الحديث.

h. غالبا ما يصعب عليهم (لديهم صعوبة) في انتظار دورهم. (عندما يكون طابور).

i. غالبا ما يقاطعون أو يقتحمون حديث الآخريين و يفرضون وجودهم (يتدخل في حديث الغير أو اللعب، أو الأنشطة، وقد يستخدم أغراض الآخريين دون استئذان أو السماح له بذلك -بالنسبة للمراهقين و الراشدين قد يقتحمون و يتطفلون على الآخريين).

B. وجود أو ظهور العديد من أعراض نقص الانتباه أو الإفراط الحركي –اندفاعية قبل سن الثانية عشر.

C. ظهور العديد من أعراض نقص الانتباه أو إفراط حركي –اندفاعية في أكثر من موقفين (مثال: المدرسة، البيت أو العمل مع الأصدقاء أو الأقارب في أنشطة أخرى).

D. وجود دليل واضح على ظهور أعراض تتعارض مع أو تقلل من جودة الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

E. أن لا تظهر الأعراض أثناء المسار المرضي للفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر، وأن لا تفسر باضطرابات عقلية أخرى (مثال: اضطراب المزاج –اضطراب القلق أو الحصر –اضطرابات تفككيه troubles dissociatifs اضطرابات الشخصية، التسمم أو الانسحاب من المواد المخدرة).

حدد ما إذا كان **Spécifier le type**

حدوث مركب : présentation combinée

توفر المحك (A-1) أعراض نقص الانتباه و توفر محك A-2 فرط الحركة –اندفاعية موجودين في (6) ستة أشهر الماضية.

Présentation inattention prédominante

الاضطراب المسيطر هو نقص الانتباه :إذا كان في ستة أشهر الماضية توفر المحك (A-1) (نقص الانتباه) inattention موجود و عدم توفر المحك (A-2) (إفراط حركي – اندفاعية)

Présentation hyperactivité / impulsivité prédominante

الاضطراب المسيطر هو فرط الحركة –اندفاعية: توفر محك (A-2) (فرط حركي –اندفاعية) و لا يتوفر محك (أ-1) نقص الانتباه في الشهور الستة الماضية.

Spécifier si: En rémission partielle

حدد ما إذا كان في حالة شفاء جزئي: من خلال ستة أشهر الأخيرة أو الماضية مجموع المؤشرات أو المحكات لوضع تشخيص غير متوفرة بالرغم من انها كانت موجودة من قبل و الأعراض مازال ينتج عنها اضطراب في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

Lorsqu'au cours des six derniers mois l'ensemble des critères pour poser le diagnostic ne sont plus réunie alors qu'ils étaient

auparavant, et que les symptômes continuent à entraîner une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel

🚩 تحديد درجة الحدة في الوقت الحاضر:

• الخفيف Léger:

أعراض قليلة أو تكاد تكون متوفرة تكفي للتشخيص و ينتج عن الأعراض اضطرابات صغيرة في الأداء الاجتماعي أو المهني.

• المتوسط Moyen:

الأعراض أو الاضطرابات الوظيفية تكون موجودة على شكل وسيط intermédiaire بين الخفيف و الشديد. grave.

• الشديد Grave:

أعراض كثيرة لتشخيص أو مجموعة من الأعراض خطيرة (شديدة) تكون موجودة أو الأعراض تؤدي إلى الاضطراب في الأداء الاجتماعي والمهني.

🚩 تطور الاضطراب:

في مرحلة الطفولة الأولى يصعب تشخيص هذا الاضطراب ADHD ولكن قد يلاحظ الآباء نشاط حركي عند أبنائهم أي قبل أربع (4) سنوات وتظهر الأعراض غالباً في الحضانة L'école élémentaire حيث يظهر نقص الانتباه جلياً ومعيقاً، ويبقى الاضطراب مستقر في سن الطفولة وبداية المراهقة.

ولكن بعض الأشخاص قد يتطور هذا الاضطراب عندهم إلى سلوكيات المضادة للمجتمع. عند أغلبية الأشخاص المصابين ب ADHD أعراض الإفراط الحركي تقل في سن الرشد ولكن تبقى على شكل استشارة Difficultés a type d'agitation، نقص الانتباه، نقص التخطيط و الاندفاعية تستمر.

❖ تشخيص الاضطراب عبر الثقافات Questions diagnostiques liées

:à la culture

هذا الاضطراب متواجد أو موجود في كل الثقافات إلا أن هناك اختلافات في ترجمة هذه السلوكيات والاتجاهات المتخذة حيث في USA نسبة التشخيص في الجماعات afro-américains و latino-américains أقل نسبة من الجماعات القوقازية.

❖ تشخيص الاضطراب حسب النوع Questions diagnostiques liée au

:genre

ADHD أكثر انتشارا عند الذكور منه عند الإناث ، حيث أن الإناث يظهرن أكثر أعراض نقص الانتباه.

❖ التشخيص التفريقي Diagnostic différentiel

✓ اضطراب المعارضة مع التحدي avec troubles oppositionnel avec provocation.

✓ Autres troubles neurodéveloppementaux مثل: اضطراب التوحد .T.de gilles de le tourette

✓ اضطرابات التعلم.

✓ الإعاقة الذهنية (اضطرابات النمو الفكري) Handicap intellectuel trouble de développement intellectuel

✓ طيف التوحد Trouble du spectre de L'autisme

✓ اضطراب التعلق Trouble réactionnel de l'attachement.

✓ اضطرابات القلق Troubles anxieux

✓ اضطرابات ثنائي القطب Troubles bipolaires

✓ اضطرابات استعمال المواد Troubles d'usage de substances

✓ اضطرابات الشخصية Troubles de personnalité

✓ اضطرابات الذهنية Troubles psychotiques

✓ اضطرابات عصبية معرفية Troubles neurocognitifs

❖ Comorbidité: الاضطرابات المصاحبة

- ✓ حيث قد يظهر عند نصف نسبة الأطفال الذين يعانون من ADHD و ربع الأطفال يظهرين بين أعراض نقص الانتباه هي السائدة.
- ✓ كذلك مع اضطرابات التعلم ، اضطرابات القلق T.anxieux – اضطرابات الاكتئاب T.Depressif – تعاطي المواد أو استعمال المواد L'usage de substance في المراهقة مع اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع.
- بعض الاضطرابات الأخرى التي قد تظهر في نفس الوقت مع ADHD التي تحتوي على اضطرابات الوسواس القهرية و اللازمات Tics و طيف التوحد.

❖ أسباب اضطراب ADHD

❖ العوامل الوراثية:

تلعب العوامل الوراثية دورا في الإصابة بـ ADHD حيث تشير دراسات التبنّي (Crawford al 2000) و عدد هائل من دراسات التوائم إلى العنصر الوراثي في ظهور إضراب ADHD، مع تقديرات لإمكانية الانتقال بالوراثة تتراوح نسبها من 70% إلى 80% (Tonnock, 1998) حيث تشير إلى دور جينات مرتبطة بالناقل العصبي الدوبامين و بالتحديد فإن هناك اثنين من الجينات المختلفة للدوبامين قد تم ربطها باضطراب ADHD و هما: جين الدوبامين المستقبل DRO4 و جين الدوبامين DAT1 و تتزايد الأدلة التي تدعم ارتباط DRO4 باضطراب ADHD. أما النتائج المتعلقة بجين الدوبامين الناقل DAT1 فهي أكثر إختلافا فهناك من الدراسات قد وجدت ما يربطه بـ ADHD إلا أن هناك دراسات لم تجد أي ارتباط بينهما كما وجدت دراسات أن جين DRO4 أو جين DAT1 يرتبطان بزيادة مخاطر الإصابة بـ ADHD فقط عندما تتكامل عناصر بيئية أخرى لإحداث هذا التأثير، خاصة عندما تتعاطى الأم النيكوتين أو الكحول (BrookKesetal 2007).

❖ العوامل العصبية البيولوجية:

تشير الدراسات إلى أن هيكل المخ ووظيفته يختلفان ما بين الأطفال المصابين بـ ADHD و الغير مصابين. خاصة ما يتعلق بالمناطق التي يصل فيها المخ بالناقلات العصبية للدوبامين فعلى سبيل المثال فإن دراسات هيكل المخ وجدت أن

المناطق الدوبامينية الموجودة في المخ مثل مناطق الفصوص الأمامية اصغر عند الأطفال المصابين بـ ADHD عما هي عليه عند الأطفال الغير مصابين كما أوضحت الدراسات التي أجريت على وظائف المخ ان الأطفال المصابين بـ ADHD يكون لديهم نشاط اقل في المناطق الأمامية من المخ مقارنة بغير المصابين و ذلك عند قيامهم بمهام معرفية.

❖ العوامل المرتبطة بالولادة والعوامل المرتبطة بما قبل الولادة:

هناك عوامل مخاطرة أخرى بالنسبة لاضطراب الـ ADHD و هي تشمل عدد من الحالات والصعوبات التي تنشأ أثناء وما قبل الولادة. حيث يعتبر الميلاد بوزن منخفض يساعد على ظهور اضطراب ADHD. كما ترتبط مشكلات أخرى بميلاد الطفل حيث أن استخدام الأمهات للمخدرات مثل التبغ و الكحول يعتبر من المؤشرات التي تنبئ بأعراض اضطراب ADHD (Tannock1998).

❖ التسمم البيئي:

تشير النظريات ADHD في سنوات السبعينات إلى دور التوكسينات البيئية (السموم البيئية) في ظهور ADHD الى ان الإضافات الغذائية والملونات الصناعية تعمل على اختلال الأنظمة العصبية المركزية عند الأطفال ذوي النشاط المفرط وقد أوصى بنظام غذائي يخلو من هذه الإضافات كما أظهرت بعض الدراسات إلى أن المستويات المرتفعة من الرصاص في الدم قد يؤثر على القدرات المعرفية مثل (تنشيط او تحويل الانتباه باتجاه آخر) بالنسبة للنيكوتين وتدخين الأم على وجه التحديد فهو سم بيئي قد يلعب دورا في ظهور ADHD وقد وجدت إحدى الدراسات أن 22 % من أمهات الأطفال المصابين باضطراب ADHD قد صرحن بأنهن يستهلكن علبة من السجائر يوميا أثناء الحمل مقارنة بـ 8 % من الأمهات اللاتي لم يصب أطفالهن باضطراب ADHD يفترض الباحثون أن تدخين الأم يمكن أن يؤثر على نظام الدوبامين في عملية نمو الجنين. مما ينتج عنه عدم كبح السلوك وكذلك ADHD.

اضطراب قلق الانفصال

الدرس الثامن

مقدمة:

أوضحت الدراسات أن الطفل يميل بشكل أولي إلى أن يكون قريب من أفراد أسرته خاصة مع الأشخاص اللذين يشبعون حاجاته والأشخاص الذين يكتسب الطفل تعلقه بهم أكثر هم الأشخاص الذين يوفر لهم الرعاية والأمن، ويبدأ تعلق الطفل بشخص معين (الأم) بين الشهر السادس والتاسع ويظهر من خلال سلوك الطفل الذي يتمثل في الابتسامة وسرور عند رؤية الأم خاصة إذا كانت الأم لديها القدرة على التعبير عن الحب والود وهذا ما يساعده في تكوين التعلق الآمن.

إن بداية الفترة الحرجة (قلق الانفصال) تظهر عند بلوغ الشهر التاسع حين يبدأ الطفل الخوف من الوجه الغريب، ويعرف القلق على أنه التوجس من المشكلة المتوقعة ويعرف الخوف بالمقابل أنه رد فعل لخطر حاصل، ويركز هذا التعريف على كلمة راهن في الخوف والمتوقع في القلق، فالخوف يتعلق بأمر خطر واقع بينما القلق عبارة عن خطر في المستقبل، ويمكن أن يصاحب كلاهما استثارة في الجهاز العصبي السمبثاوي وكثيراً ما تكون درجة الاستثارة متوسطة في حالة القلق وعالي في الخوف.

المعايير التشخيصية حسب DSM 5:

A. خوف أو قلق مفرط وغير ملائم لمراحل النمو التي تتعلق بالانفصال مع الأشخاص

الذين يرتبط بهم الطفل ويظهر على الأقل في 3 من المظاهر التالية:

a. كرب مفرط ودوري في حال الانفصال عن الأشخاص اللذين يتعلق بهم

الطفل أو عند تصوره لهذا الموقف.

- b. صعوبات مفرطة ومتواصلة بشأن فقدان الشخصيات البارزة أو المهمة في حياة الطفل أو احتمال حدوث مكروه أو أذى لهذه الشخصيات المهمة كالمرض، كوارث، أو موت.
- c. صعوبات أو مشاكل مفرطة ومستمرة بشأن التعرض لحادث محزن مثل الضياع أو أن يجد نفسه ضائعاً، فقدان الطريق، التعرض للخطف، التعرض لحادث مفاجئ، الإصابة بمرض يسبب له الانفصال عن الشخصيات المهمة التي يتعلق بها.
- d. نفور أو رفض مستمر أن يخرج بعيداً عن المنزل للذهاب إلى المدرسة أو العمل أو أي مكان بسبب الخوف من الانفصال عن الأشخاص اللذين يتعلق بهم.
- e. خوف مفرط ومستمر ونفور وكراهية أو عدم تحمل أن يبقى وحيداً أو بمفرده أو بدون الأشخاص اللذين يتعلق بهم في المنزل أو في أماكن أخرى.
- f. نفور أو رفض متواصل لنوم بعيداً عن المنزل أو يمضي دون أن يكون على مقربة بالأشخاص المتعلق بهم.
- g. كوابيس متكررة لها علاقة بموضوعات الانفصال.
- h. شكاوى متكررة لأمراض جسدية مثل الصداع، آلام البطن، الغثيان والقيء عند حدوث الانفصال مع الشخصيات البارزة أو عند توقع ذلك.
- B.** الخوف، القلق، التجنب، يستمر بشكل دائم على الأقل لمدة أربعة أسابيع عند الأطفال والمراهقين، ولمدة ست أشهر أو أكثر لدى الراشدين.
- C.** الاضطراب يسبب كرب إكلينيكي ذو دلالة، أو تأثيرات سلبية في المجالات الاجتماعية، الأكاديمية، المهنية أو مجالات أخرى.
- D.** الاضطراب لا يفسر باضطراب آخر كاضطرابات عقلية أو الرفض من ترك البيت عند التوحيدين، كذلك الأفكار العدائية، الهلوس التي لها علاقة بالانفصال في الاضطرابات الذهنية وكذلك في فوبيا الأماكن الواسعة.

تطور الاضطراب:

عند الأطفال قد يكون عادي، ولكن يكون مرضي عندما يعيق الطفل في التمدرس ومسار حياته كما أنه عند الراشدين قلق الانفصال يحدد في إمكانية حدوث مواقف جديدة مثل الانتقال لمسكن جديد.

التشخيص الفارقي:

القلق العام - الخوف - نوبات الهلع - الخوف من الأماكن الواسعة - اضطرابات المسلك -
القلق الاجتماعي - اضطراب ضغط ما بعد الصدمة - الخوف الشديد من الإصابة بالأمراض -
الحداد - اضطرابات الاكتئاب وثنائي القطب - اضطراب المعارضة والتحدي -
الاضطرابات الذهنية واضطرابات الشخصية.

أسباب قلق الانفصال:

❖ أسباب جينية:

تشير الدراسات أن قابلية التوريث تتراوح بين 20 إلى 40 في المائة، حيث تشير بعض الجينات إلى وجود مستوى مرتفع من خطر الإصابة بأنواع اضطرابات القلق فنجذ مثلا أن وجود فرد في العائلة مصاب بالرهاب يزيد من خطر الإصابة ليس فقط بالرهاب ولكن بأنواع أخرى من اضطرابات القلق.

❖ العوامل البيو عصبية:

برهنت الدراسات أن هناك أجزاء من المخ تدعى بدارة الخوف تبدي نشاطا استثنائيا عند الأفراد المصابين اضطرابات القلق أو الخوف أما بالنسبة للوزة فهي جسم يشبه ثمرة اللوز الصغيرة توجد في الفص الصدغي حيث تؤكد الدراسات أنها تلعب دورا هاما في عملية التكيف فهي تبعث إشارات عصبية إلي أجزاء المخ الذي يكون دارة الخوف، حيث أن الدراسات تشير إلي أنه عند عرض صورة لوجه حزين أو غاضب على مصابي اضطراب القلق المختلفة يحدث لهم نشاط في اللوزة أكثر من عند غير المصابين بتلك الاضطرابات، وبالتالي نجد أن النشاط الكبير في دارة الخوف و اللوزة يمكن أن يساعد في التفسير الكبير لاضطرابات القلق المختلفة.

كما وجد أن القشرة المخية الأمامية الوسطي لها دور جوهري في تنظيم نشاط اللوزة حيث تؤثر في انطفاء المخاوف باستخدام استراتيجيات تنظيم الانفعال للتحكم فيه، حيث أن الأفراد المصابين باضطراب القلق يظهروا أقل نشاط في القشرة المخية الأمامية لأن الاتصال بين هاتين المنطقتين ربما يعاني خلل في اضطرابات القلق.

❖ الأسباب المعرفية:

المصابون باضطرابات القلق يتوقعون أن الأشياء مكروهة سوف تحصل لهم إلا أن المشكل الرئيسي لا ينصب على سبب وراء ذلك التفكير السلبي الذي يراود هؤلاء الأفراد وإنما يتعلق بكيفية استمرار تلك المعتقدات فالمصابين يكررون ويتصرفون بطرق تساعد على استمرار تلك المعتقدات.

❖ التحكم المدرك:

فالأفراد اللذين يعتقدون أنهم لا يستطيعون السيطرة على البيئة المحيطة بهم يكونون أشد عرضة للإصابة باضطرابات القلق من الأفراد اللذين لا يشعرون بذلك الإحساس.

❖ الأسباب السلوكية:

يعتبر قلق الانفصال كاستجابة شرطية تتطور بعد التعرض لخبرة مهددة ويستمر من خلال تجنب السلوك حيث أن أول من قام بتفسير هذا النموذج هو واطسن.

❖ الاضطرابات المصاحبة:

عند الأطفال علاقة الانفصال قد تتداخل مع القلق العام أو الفوبيا الخاصة، عند الراشد قد نجد كذلك تداخل مع الفوبيا الخاصة، نوبات الهلع، القلق العام، فوبيا الأماكن الواسعة، اضطراب الوسواس القهري، اضطرابات الشخصية، اضطراب الاكتئاب وأحادي القطب.