

العناد الشارد لدى الأطفال

إعداد

الباحث / أيمن سعد سعد الدين شعبان

باحث دكتوراه

إشراف

أ.د / حسين سعد الدين

أستاذ علم النفس الاكلينيكي

قسم علم النفس كلية الآداب جامعة المنصورة

المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة المنصورة

المجلد الثامن - العدد الأول

يوليو ٢٠٢١

العناد الشارد لدى الأطفال

أ / أيمن سعد سعد الدين شعبان*

ملخص

هدفت الدراسة إلى إعداد برنامج قائم علي استخدام تكنولوجيا الواقع الافتراضي (virtual Reality) (VR) لعلاج بعض الاضطرابات النفسية (فرط النشاط وتشنت الانتباه - العناد الشارد أو التحدي المعارض - اضطراب المسلك) التي تتواجد بصفة زائدة لدي الأطفال في المرحلة المتأخرة من الطفولة والتحقق من مدي فعاليته كبرنامج في علاج تلك الاضطرابات، حيث استخدم الباحث المنهج شبه التجريبي كما استخدم مقياس فرط النشاط وتشنت الانتباه من وجهة نظر الآباء (إعداد الباحث) ، كما تم استخدام مقياس اضطراب العناد الشارد واضطراب المسلك (إعداد الباحث)، وتم إعداد برنامج قائم على تكنولوجيا الواقع الافتراضي (إعداد الباحث) وأسفرت النتائج عن وجود تأثير إيجابي للبرنامج.

الكلمات المفتاحية: الواقع الافتراضي ، فرط النشاط وتشنت الانتباه، العناد الشارد ، اضطراب المسلك.

*باحث دكتوراه

Abstract:

The study aimed to prepare a program based on the use of virtual reality technology (VR) to treat some mental disorders (hyperactivity and attention deficit - stubbornness or oppositional define disorder - conduct disorder) that are present in excess in children in the late stage of childhood and to verify the extent of its effectiveness as a program in treating these disorders, where the researcher used the quasi-experimental approach, as well as the measure of hyperactivity and attention deficit from the point of view of parents (prepared by the researcher), and the measure of oppositional define disorder and conduct disorder (prepared by the researcher), and a program based on technology was prepared. Virtual reality (prepared by the researcher) and the results resulted in a positive impact of the program.

Key words: Virtual Reality (VR) , hyperactivity and attention define disorder (ADHD), oppositional define disorder (ODD), conduct disorder (CD')

العناد الشارد لدى الأطفال

أ / أيمن سعد سعد الدين شعبان*

مقدمة

الأطفال والبالغون المصابون باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تمثل مجموعة غير متجانسة إلى حد ما تظهر تباين كبير في درجة المصابون من حيث الأعراض، عمر البداية، انتشار المواقف من تلك الأعراض، ومدى الاضطرابات الأخرى التي تحدث مع اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه. الفوضى التي تمثل أحد الأسباب الأكثر شيوعاً للأطفال الذين يعانون من مشاكل سلوكية يحالون إلى الطب و ممارسو الصحة العقلية في الولايات المتحدة و هي واحدة من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً في مرحلة الطفولة (Barkley & Peters, 2006).

تشير الدراسات إلى أن من ٤٥ إلى ٨٤٪ من الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه سوف يستوفون المعايير التشخيصية الكاملة لاضطراب العناد الشارد ، إما بمفردهم أو مع اضطراب المسلك (Barkley، Paul، Du- McMurray، & Fischer، 1990، Barkley، Smallish & Edelbrock، Pfiffner et al.، 1990، 1999، Pliszka، Carlson، Swanson، & Wilens et al.، 1999، 2012).

*باحث دكتوراه

السلوك المعارض أو عدم الامتثال للأوامر هو السلوك الذي يقاوم فيه الطفل الأخصائي الاكلينيكي. يمكن تمييزه عن طريق مجموعة من السلوكيات المعارضة، من الأشكال السلبية النشطة لعدم الامتثال للأوامر (Barkley & Peters, 2012).. وبالتالي، قد يتجاهل الأطفال التوجيه الأبوي، والذي يعد مثالاً على عدم الامتثال السلبي، وهو شكل من أشكال عدم الامتثال النشط إلى حد كبير عن المفروض أن يكون. بالإضافة إلى ذلك، قد يرفض الأطفال بغضب أوامر الوالدين أو المحظورات التي يحاولون منعهم عنها، وهو شكل من أشكال عدم الامتثال الشديد أو التحدي. علاوة على ذلك، في الأطفال في سن ما قبل المدرسة، يجب التمييز بين عدم الامتثال المعياري وعدم الامتثال أو المعارضة ذات الأهمية السريرية (Wakschlag & Danis، 2014). يعكس عدم الامتثال المعياري تأكيد الطفل على نفسه وهو مدفوع بالرغبة في القيام بشيء ما بشكل مستقل مثل الأكل بشكل منفرد أو محاولة الاستقلال في الملابس (Wakschlag & Danis، 2014). عادة ما يكون عدم الامتثال المعياري أو التأكيد قصير الأجل ويؤكد على الاستقلالية، في حين أن عدم الامتثال المهم سريريًا يكون أكثر تشددًا (Wakschlag & Danis، 2014).

تعريف اضطراب العناد الشارد:

تعددت مفاهيم العناد والتحدي بتعدد الباحثين، وطبيعة الدراسات التي تناولته، حيث يرى بعض الباحثين أن العناد والتحدي هو اضطراب سلوكي، ويرى البعض الآخر أن العناد يظهر كتحد للسلطة، بينما يرى آخرون أنه نوع من العصيان، ويرى آخرون أن العناد يظهر كنتاج لتصادم رغبات وحاجات الطفل، وفيما يلي عرض هذه المفاهيم بشيء من التفصيل:

العناد كاضطراب سلوكي :

توضح (الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي ، ٢٠٠٩ ، ١) بأنه واحد من مجموعة من الاضطرابات السلوكية التي تظهر لدى الاطفال والطفلين وتظهر لديهم نوبات غضب، ويجادلون مع الكبار، ويرفضون الانصياع لأوامر الكبار، ويكون هناك صعوبة في السيطرة على أعصابهم، ويتصفون بالتمرد وتحدي السلطة، ويظهرون نمطا ثابتا من نوبات الغضب.

يشير (مجدى الدسوقي، ٢٠١٥) إلى اضطراب العناد والتحدي بأنه : " نمط من السلوك السلبي، والمنحرف، والمتمرد والعدواني تجاه الأشخاص الممثلين للسلطة يتضح في العديد من الانماط السلوكية؛ مثل: تعمد مضايقة الآخرين وإزعاجهم، والولع بالجدل، وتقلب الحالة المزاجية، وتدمير الممتلكات، والعدوان تجاه الآخرين " .

العناد كتحدي للسلطة:

يرى (الان كازدين ، ٢٠٠٣ ، ٥٧ ، ٥٨) بأنه نمط من السلوك السلبي والمنحرف والعدواني والمتمرد والمتحدي نحو الأشخاص الممثلين للسلطة، ويظهر في أنماط سلوكية مثل النوبات المزاجية، وتعمد مضايقة الآخرين وإزعاجهم، والولع بالجدل، ورفض الامتثال لمطالب الآخرين . ويذكر (مجدى الدسوقي ، ٢٠١٥ ، ٦) بأنه نمط من السلوك السلبي والمنحرف والمتمرد والعدواني والمتحدي نحو الأشخاص الممثلين للسلطة، ومن مظاهره كثرة الجدل، وتعمد مضايقة الآخرين، وتدمير الممتلكات، وتقلب الحالة المزاجية، والعدوان تجاه الآخرين، وتصل ذروة العناد والتحدي في مرحلة الطفلة . وترى (كوستى بندلى ، ٢٠١٣ ، ٧) بأنه سلوك يعبر عن نزعة الطفل إلى مخالفة

وتحدي والديه ومدرسيه وتأكيد مواقف له تختلف مع مواقفهم ورغباتهم وأوامرهم ونواهيهم ومعارضة إرادتهم، وذلك رغبة منه في تأكيد ذاته.

العناد كعصيان:

تحدد (موسوعة الإضطرابات النفسية، ٢٠٠٣) العناد بأنه اضطراب سلوكي يظهر لدى الأطفال، يتصف بالسلوك السلبي، والتحدي، والعصيان، ويكون هذا السلوك طبيعي خلال الأقوى بالفردية والإنفصال عن الوالدين. م ارحل النمو، ويكتسب الطفل خلال فترة الطفولة شعور ويشير (Wagner. M، Timothy، 2008) بأنه نمط من اضطراب السلوك في الأطفال الذين يتصفون بالسلوكيات المتحدية والعصيانية والعدائية موجهة نحو الكبار في مناصب السلطة، ويجب أن يستمر نمط هذا السلوك لمدة ستة أشهر على الأقل (1992، World Health Organization العالمية الصحة منظمة) وتوضح العناد والتحدي بأنه " اضطراب يتصف بوجود سلوك متحدي وعصيانى واستفزازي شديد مع غياب الأعمال المستهينة بالمجتمع أو العدوانية الأكثر شدة والتي تخرق القانون أو تنتهك حقوق الآخرين.

من خلال عرض التعريفات السابقة يتضح تنوع الآراء حول مفهوم العناد والتحدي؛ حيث يرى فريق منهم أن العناد والتحدي هو اضطراب سلوكي يظهر لدى الاطفال والطفلين ويتصف بالعداء والمقاومة والتحدي نوبات الغضب، والجدل مع الكبار، ورفض الانصياع لأوامرهم، ومعارضتهم، ومضايقتهم، واستخدام الالفاظ القبيحة، وإزعاج الآخرين.

السلوك العدواني

العدوان هو سلوك يهدف عمداً إلى إيذاء الناس (Parke & Slaby ، 1983). ضرب الأطفال الآخرين هو مثال على العدوان الجسدي. ومع ذلك ، هناك أشكال أخرى من العدوان. قد تضر الكلمات أيضاً بالناس، إما كمقدمة محتملة للعدوان الجسدي كما هو الحال في التهديدات اللفظية، أو كوسيلة لتشويه سمعة طفل آخر أو استفزازه. يحدث هذا ، على سبيل المثال ، عندما ينادي الأطفال أسماء بعضهم البعض بأسماء عدوانية تتمرية هي شكل آخر من أشكال السلوك العدواني الذي تم التحقيق فيه في السنوات الأخيرة (Crick & Grotper ، 1995). وهو يضر بالعلاقات الشخصية و مشاعر الاندماج بين الأطفال. النميمة الخبيثة والتهديد بسحب الصداقة هي أمثلة على العدوان في العلاقات، عندما نستخدم مصطلح "العدوان" ، فإننا نفهم هذا على أنه عدوان جسدي أو لفظي. عندما يتم مناقشة العدوان التمرية، يتم توضيح ذلك.

من بين هذه الأشكال المختلفة للسلوك العدواني ، تم التمييز بين العدوان التفاعلي والاستباقي (للمراجعات ، انظر Dodge ، 1991 ، Kempes et al. ؛ 2005 ، Vitaro et al. ، 2006). العدوان التفاعلي هو رد فعل عدواني اندفاعي على الإحباط أو التهديد المتصور أو الاستفزاز.

من ناحية أخرى ، فإن العدوان الاستباقي هو سلوك عدواني مسيطر عليه يتوقع أن يكون هو المكافأة لذاته. يُطلق على العدوان التفاعلي أيضاً اسم العدوان الدفاعي أو العدواني "بدم حار" ، في حين يُطلق على العدوان الاستباقي اسم العدوان الوسيط أو العدواني "بدم بارد".

السلوك المعادي للمجتمع والانحراف

يتم تعريف السلوك غير الاجتماعي على أنه سلوك يتم من خلاله انتهاك القواعد والحقوق والقواعد الأساسية للمجتمع. وهكذا ، عندما يكذب الأطفال فإنهم ينتهكون قاعدة قول الحقيقة ، وعندما يسرقون ينتهكون حق حماية ممتلكات المرء ، وعندما يتغيبون عن المدرسة ينتهكون قاعدة حق التعلم والتربية. غالبًا ما يستخدم "السلوك المعادي للمجتمع" كمصطلح عام للسلوكيات غير الملائمة المتنوعة مثل السلوك المعارض والسلوك العدواني. عندما يقاوم الأطفال بشكل متكرر استجابة للطلبات أو التعليمات أو التصحيحات التي يقدمها الكبار، فإنهم ينتهكون بالفعل قاعدة أن يكونوا مطيعين لوالديهم أو معلمهم. وعندما يضرب الأطفال أقرانهم ، فإنهم ينتهكون حق أقرانهم في السلامة الجسدية (Polman et al., 2007).

السلوكيات التخريبية

تسمى السلوكيات غير اللائقة التي نوقشت أعلاه أيضًا السلوكيات التخريبية. لا تؤدي هذه السلوكيات فقط إلى تعطيل تفاعلات الطفل مع الطفل والتفاعلات بين الأطفال والبالغين ، ولكن عندما تحدث هذه السلوكيات بشكل متكرر ، فإن العلاقات بين الأطفال والعلاقات بين الأطفال والبالغين تتعطل أيضًا. "إضفاء الطابع الخارجي على السلوك" هو مصطلح عام آخر لهذه السلوكيات غير اللائقة (Achenbach & Edelbrock، 1978). يتم استخدامه لتمييز هذه السلوكيات عن السلوكيات المفرطة في السيطرة أو الداخلية مثل الانسحاب والسلوكيات المقلقة.

فئات التشخيص

قد تحدث السلوكيات التخريبية إما بشكل غير متكرر أو منعزلة عند الأطفال الفرديين، وفي هذه الحالات يمكن اعتبار السلوكيات "معيارية". ومع ذلك ، قد تحدث أيضاً كمجموعات. تشكل مجموعات الأنماط المترامنة للسلوكيات أو المتلازمات غير الملائمة أساس الفئات النفسية من أنظمة التصنيف للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية ، الطبعة الخامسة (DSM - V ؛ American Psychiatric Association، 2013) ، أو النموذج المنقح DSM - V (الجمعية الأمريكية للطب النفسي ، ٢٠١٣) ، والتصنيف الدولي للأمراض ، المراجعة العاشرة (ICD - 10) ؛ منظمة الصحة العالمية ، ١٩٩٦). على الرغم من أن هذه المتلازمات تنشأ من فرضيات حول الأعراض أو السلوكيات المتفاوتة المشتركة المستمدة من ملاحظات المرضى من قبل الأطباء ، إلا أن دراسات العوامل التحليلية للسلوك المشكل للأطفال والطفلين تدعم كيفية ارتباط هذه السلوكيات ببعضها البعض.

تتميز السلوكيات التخريبية عن الاضطرابات الأخرى مثل اضطرابات النمو المنتشرة في DSM - V. في الواقع ، تم وصف مجموعة الاضطرابات السابقة تحت العنوان العام "اضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه واضطرابات السلوك التخريبية". تتكون هذه الاضطرابات من: (١) اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط (ADHD) ، مع السمات المميزة للسلوك المفرط النشاط والسلوك الاندفاعي ومشاكل الانتباه ؛ و (٢) الاضطراب السلوكي التخريبي (DBDs) - اضطراب جملة التحدي المعارض (ODD) واضطراب السلوك (CD) - مع سمات مميزة للسلوك المعارض والعدواني والمعادي للمجتمع. من

المقبول عموماً أن ODD و CD هما مظاهر مختلفة مرتبطة بالعمر لنفس الحالة ، مع حدوث ODD بالفعل في الأطفال الصغار وتحدث الاضطرابات السلوكية في كثير من الأحيان عند الأطفال الأكبر سناً والطفلين (Loeber et al.، 2013). لذلك غالباً ما يشار إلى ODD و CD باسم DBDs.

ترتبط DBDs و ADHD ببعضهما البعض فيما يتعلق بأعراضهما ، وغالباً ما تحدث هذه الاضطرابات أيضاً أو تكون مصاحبة.

في الواقع ، كانت نسبة الأرجحية للاعتلال المشترك ADHD - DBD في التحليل التلوي للعينات المجتمعية (Angold et al.، 1999). أو بعبارة أخرى ، يعاني حوالي ٥٠٪ من الأطفال والطفلين المصابين باضطراب الشخصية العنادية من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (ADHD) والعكس صحيح (كوتشر وآخرون ، ٢٠٠٤). في تقييم الأطفال الذين تمت إحالتهم بسبب مشاكل السلوك التخريبي ، يحتاج الأطباء بالتالي إلى التفكير فيما إذا كانت سلوكيات الطفل أو أعراضه غير المناسبة جزءاً من اضطراب الشخصية العنادية أو اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط، أو ما إذا كان يمكن تشخيص كلا الاضطرابين.

أعراض اضطراب العناد الشارد

- يفقد أعصابه
- يجادل مع الكبار
- يتحدى أو يرفض بنشاط الامتثال لطلبات أو قواعد البالغين
- يزعج الناس عمدًا

- يسقط علي الآخرين على أخطائهم أو سوء سلوكهم
- حساس أو منزعج بسهولة من الآخرين
- غاضب ومستاء
- حاقد علي الآخرين

في DSM - V ، يتم تعريف ODD على أنه "نمط متكرر من السلوك السلبي ، المتحدي ، غير المطيع ، والعدائي تجاه أدوات السلطة". يتم تقديم لمحة عامة عن أعراض اضطراب العناد الشارد في المربع ١,١. في حين أن DSM V - يميز الأعراض المختلفة للقرص المضغوط إلى مجموعات متميزة مثل "العدوان على الأشخاص والحيوانات" و "الانتهاكات الجسيمة للقواعد" (انظر الإطار ١,٢ أدناه) ، المجموعات الفرعية لم يتم تحديد أعراض اضطراب العناد الشارد رسمياً.

يختلف انتشار ODD ، أي النسبة المئوية للحالات في نقطة زمنية معينة، اختلافاً كبيراً بين الدراسات ، بمتوسط ٣,٢ (Lahey et al. ,1999).

على الرغم من أن الفروق بين الجنسين في اضطراب العناد الشارد غير متسقة تماماً عبر الدراسات ، فإن معظم البيانات تشير إلى معدلات أعلى إلى حد ما في الأولاد منها في الفتيات أو عدم وجود فرق بين الجنسين (Loeber et al. ,2013).

اضطراب السلوك

في DSM - V ، يتم وصف اضطراب السلوك بأنه "نمط متكرر ومستمر من السلوك يتم فيه انتهاك الحقوق الأساسية للآخرين أو كبار السن -

القواعد أو القواعد المجتمعية المناسبة". يتم تمييز أربع مجموعات من السلوكيات: (١) السلوك العدواني الذي يسبب أو يهدد الأذى الجسدي للناس أو

أعراض اضطراب السلوك

العدوان على الناس والحيوانات

١. يتتمر على الآخرين أو يهددهم أو يخيفهم
٢. يبدأ في القتال المادي
٣. يستخدم السلاح
٤. يكون قاسيا جسديا على الناس
٥. يعتبر قاسيا جسديا على الحيوانات
٦. يسرق أثناء مواجهة الضحية
٧. يجبر شخص ما على ممارسة النشاط الجنسي

تدمير الممتلكات

١. الرسم المشين علي ممتلكات الآخرين
٢. الإستهلاك المدمر للممتلكات الآخرين

الغش أو السرقة

١. اقتحام منزل شخص ما أو سيارته
٢. يكذب للحصول على سلع أو خدمات أو تجنب الالتزامات
٣. يسرق دون مواجهة الضحية

الانتهاكات الجسدية للقواعد

١. يبقى في الخارج ليلاً

٢. يهرب من المنزل

٣. المتغيبون عن المدرسة

على الرغم من أن جميع أعراض اضطراب العناد الشارد في قدرة الأطفال في سن ما قبل المدرسة على الأداء ، فإن بعض أعراض اضطراب السلوك ، مثل النشاط الجنسي القسري ، واستخدام الأسلحة واقتحام المنازل ، ليست كذلك (Wakschlag et al. ، 2007).

تشير بعض الدراسات الطولية إلى أنه من بين الأطفال المصابين باضطراب السلوك المبكر ، يفتقر البعض إلى استمرارية مشاكل السلوك من الطفولة إلى البلوغ ؛ لذلك تم تسمية هؤلاء الأطفال "الطفولة - مجموعة مشكلة السلوك المحدود" (Moffitt ، 2003). ومع ذلك ، حتى الآن لا توجد أدلة كافية لتقسيم الطفولة - من أول البداية إلى مسار الحياة كافة - المتأثرة مقابل مجموعة محدودة الطفولة (Moffitt et al. ، 2008).

كل من ODD و CD مرتبطان ومختلفان عن بعضهما البعض. يجب النظر في الارتباط بين هذه الاضطرابات من وجهة نظر تنموية. تتيح الدراسات الطولية الفرصة ليس فقط لمتابعة الأطفال بشكل مستقبلي (دراسات المتابعة إلى الأمام) ، ولكن أيضاً لفحص التشخيصات المبكرة لدى الطفلين الذين يستوفون معايير الاضطرابات (دراسات المتابعة). فيما يتعلق بالعلاقة بين ODD و CD، أظهرت دراسات المتابعة أن معظم الأطفال الذين يعانون من اضطراب

العناد الشارد لا يطورون اضطراباً سلوكياً ، في حين أظهرت دراسات المتابعة أن معظم الأطفال المصابين باضطراب السلوك لديهم اضطراب ODD سابقاً (Moffitt et al. 2008)، الأهم من ذلك ، أن معظم الأطفال الذين يستوفون معايير الطفولة - اضطراب السلوك الذي يبدأ في مرحلة الطفولة يستوفون أيضاً معايير ODD (للمرجعة ، Lahey et al. 1992)، لذلك ، تحدد قواعد DSM - V استبعاد ODD في حالة وجود اضطراب السلوك.

يختلف انتشار اضطراب السلوك بشكل كبير بين الدراسات ، بمتوسط ٢:١؛ يعتبر اضطراب السلوك أكثر شيوعاً عند الأولاد منه عند الفتيات (Lahey et al. 1999).

سلوكيات شخصية اجتماعية

من المهم أيضاً الانتباه إلى السلوكيات المناسبة اجتماعياً ، لأن الأطفال الذين يعانون من DBDs قد لا يكون لديهم هذه السلوكيات في محتواهم. هناك عدد من مهارات السلوك الاجتماعي التي يستخدمها الأطفال للتعامل بشكل مناسب مع مواقف المشاكل اليومية. تتضمن هذه المهارات الدخول في مجموعة وبدء محادثة وطرح الأسئلة والاستماع إلى الآخرين. السلوكيات الأخرى المناسبة اجتماعياً مثل إظهار الاهتمام والراحة والمشاركة والمساعدة والتبرع هي سلوك اجتماعي أكثر وضوحاً من حيث أنها تهدف إلى إفادة الأشخاص الآخرين (Eisenberg & Fabes ، 1998). يرتبط التعاطف بالسلوك الاجتماعي الإيجابي (Eisenberg & Miller ، 1987). يتم تعريف التعاطف على أنه فهم الحالة العاطفية للآخر والمشاركة فيها (هوفمان ، ٢٠٠٠). بالمعنى الدقيق للكلمة ، التعاطف ليس سلوكاً. بدلاً من ذلك ، إنها عاطفة. يتضمن

التعاطف مطابقة المشاعر بين الطفل والشخص الآخر ، أي الشعور مع شخص آخر.

الأسباب المرضية:

توفر أساسًا مناسبًا لمراجعة العوامل المسببة للأمراض الفردية والبيئية. نظرًا لأن الاختلالات الوظيفية للدماغ تلعب دورًا في تطوير جميع الاضطرابات النفسية ، بما في ذلك اضطرابات السلوك التخريبية (DBDs) ، فسوف نوضح أولاً كيفية تصور عمل الدماغ فيما يتعلق بعمل العقل ، والدور. من التجارب الاجتماعية في هذه العلاقة. سنناقش بعد ذلك الاختلاف الأساسي بين مفهومي "الارتباط" و "عامل الخطر". سيتم إيلاء اهتمام خاص للمراضة المشتركة لاضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط (ADHD) في DBDs. أخيرًا ، سوف نقدم إطارًا عامًا لعلم الأمراض لعوامل DBDs.

عوامل الخطر وسببية الاضطرابات

إن العوامل المختلفة التي تدخل في التسبب في الاضطرابات النفسية تعمل دائمًا على نحو احتمالي أكثر من كونها حتمية. بمعنى آخر ، تزيد العوامل من احتمالية حدوث الاضطراب النوعي ولكنها لا تحده. لذلك تسمى هذه العوامل "عوامل الخطر".

يجب تمييز عوامل الخطر عن عوامل الارتباط من حيث أنها تسبق النتيجة ، مثل الاضطراب (Kraemer et al. ، 1997). لقد ثبت أن العديد من الخصائص الفردية والبيئية مرتبطة بالأطفال الذين يعانون من DBDs ، والسلوك المعادي للمجتمع أو العدوانية ومع ذلك ، لم يتم دائمًا إثبات أن خاصية

الخطر سبقت حدوث DBDs أو السلوك غير التكيفي. يمكن فقط للدراسات التي تستخدم التصميم الطولي التفريق بين الارتباطات وعوامل الخطر.

علاوة على ذلك ، فإن العديد من عوامل الخطر لا تشير إلى الآليات التي تسبب الاضطراب بالفعل (Rutter ، 2003). وهكذا ، على سبيل المثال ، أظهرت بعض الدراسات المستقبلية للإثارة اللاإرادية المنخفضة أن هذه الخاصية مرتبطة بزيادة خطر السلوك العدواني والمعادي للمجتمع (Venables ، 1989؛ Raine et al. ، 1997a). على الرغم من أن الفرضيات حول الآليات المحددة المعنية (مثل الجراءة ، والإحساس - البحث) قد تم إنشاؤها ، إلا أنها لم يتم اختبارها بدقة. لذلك ، فإن الآليات الدقيقة التي ينطوي عليها الاستثارة اللاإرادية المنخفضة كعامل في تطوير السلوك العدواني والمعادي للمجتمع غير واضحة.

لتسمية عامل سببي أو آلية نشطة تؤثر على تطور الاضطراب والحفاظ عليه ، يجب أن يكون عامل الخطر قابلاً للتلاعب ، وعند التلاعب به ، يجب إظهار عامل الخطر لتغيير خطر النتيجة (Kraemer et al. ، 1997). يمكن استخدام تدخلات العلاج النفسي لإثبات ما إذا كان تغيير الخصائص الفردية أو البيئية ، مثل المشكلة الاجتماعية لطفل المدرسة - مهارات حل المشكلات أو مهارات تأديب الوالدين ، يؤدي إلى انخفاض في السلوك غير التكيفي. وبالتالي، فإن دراسات عمليات الوساطة في العلاج النفسي لديها القدرة على المساهمة في النماذج المسببة للمرض في علم النفس المرضي.

ومع ذلك ، فإن الاكتشافات التي تتغير في مهارات حل المشكلات الاجتماعية للطفل وفي مهارات تأديب الوالدين مرتبطة وتسبق انخفاض السلوك غير التكيفي قد تعني فقط أن هذه المهارات تلعب دوراً سببياً في استمرار

DBDs الراسخ بالفعل . بمعنى آخر ، قد يكون من المحتمل أن هذه المهارات لم تكن متورطة في السببية الأولية لـ DBDs ولكن بدلاً من ذلك قد تلعب دوراً سببياً في الحفاظ على الاضطراب. من وجهة نظرنا ، في المناقشة حول مسببات الاضطرابات النفسية ، تم إهمال التمييز بين العمليات التي ينطوي عليها بدء الاضطراب والعمليات التي ينطوي عليها الحفاظ على الاضطراب.

نحتاج أيضاً إلى التفريق بين عوامل الخطر القريبة والبعيدة. تؤثر عوامل الخطر القريبة بشكل مباشر على سلوك الطفل ، بينما تعمل عوامل الخطر البعيدة من خلال عوامل قريبة. على سبيل المثال ، مهارات الأبوة والأمومة غير الملائمة مثل الانضباط غير المتسق هي قريبة من سلوك الطفل المعادي للمجتمع ولكنها مضمنة في مصفوفة أكبر من المتغيرات السياقية البعيدة مثل اكتئاب الأم والتنافر الزوجي والوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض.

وقد تعمل هذه العوامل مع بعضها البعض بطريقتين. قد يضيفون إلى تأثيرات بعضهم البعض (مضافة) أو قد يتفاعلون مع بعضهم البعض (معتدل). تعمل العوامل جنباً إلى جنب مع بعضها البعض عندما يعمل كل عامل (على سبيل المثال ، عائلة كبيرة أو منزل مفكك) كعامل خطر ، وتوفر العوامل المختلفة (كل من الأسرة الكبيرة والمنزل المفكك) مخاطر متراكمة. تعمل العوامل بالتفاعل مع بعضها البعض عندما يعمل العامل فقط في وجود عامل آخر ، على سبيل المثال عندما يعتمد تأثير التعرض لمخاطر بيئية مثل الاعتداء الجسدي على النمط الجيني للطفل.

على الرغم من أن معرفتنا بالعوامل الفردية والبيئية المشاركة في تطوير واستمرار DBDs تتزايد ، إلا أننا ما زلنا بعيدين عن الفهم الكامل للعمليات

السببية المحددة الكامنة وراء تطوير DBDs بمرور الوقت. علاوة على ذلك ، فإن رؤيتنا المتنامية تتعلق فقط ببيانات قواعد البيانات على مستوى المجموعة. وبالتالي ، فإننا لا نعرف حتى الآن من أين يأتي الاضطراب لكل طفل على حدة. لذلك ، في تقييم الطفل الفردي ، لا يمكننا أن نهدف إلى فهم كامل لسبب الاضطراب. ومع ذلك ، فإن المعرفة الشاملة بعوامل الخطر التي تنطوي عليها أسباب DBDs مهمة للأطباء ، إما كمعلومات أساسية تعمل كأساس مهم للتدخلات ، أو من أجل إنشاء فرضية للعمليات المحتملة المشاركة في تطوير الاضطراب في طفل معين. يمكن استخدام الفرضية الأخيرة لتوجيهه وتكييف التدخلات القائمة على اليد لتتناسب المخاطر الأولية التي يتعرض لها الأطفال المحددون.

الاضطراب المشترك بين ADHD و DBDs

لسنوات عديدة ، تم تقسيم مجالات البحث الخاصة بـ DBDs (والسلوك المعادي للمجتمع أو العدوانية) و ADHD (السلوك المفرط النشاط أو الاندفاعي وعدم الانتباه) كما لو كانت هاتان المجموعتان من الاضطرابات والسلوكيات ذات الصلة مستقلة عن بعضهما البعض. لم تأخذ الدراسات حول الارتباطات وعوامل الخطر في DBDs في الاعتبار احتمال حدوث أعراض ADHD والعكس صحيح. حتى اليوم ، فإن الدراسات حول مسببات السلوك المعادي للمجتمع والعدواني والجانح تتجاهل أحياناً التحكم في الدور المحتمل لفرط النشاط - مشاكل الاندفاع والانتباه في تحليلاتها الإحصائية. أدى هذا الفصل بين مجالات البحث الخاصة بـ DBDs و ADHD إلى إعاقة فهمنا لهاتين المجموعتين من الاضطرابات ذات الصلة.

لحسن الحظ ، شهد العقد الماضي تكاملاً في مجالات البحث الخاصة بـ

ADHD و DBDs.

هناك حاجة ماسة إلى هذا نظراً لوجود مراضى مشتركة بين DBDs و ADHD أكثر مما هو متوقع بالصدفة. في الواقع ، كما ذكرنا سابقاً ، فإن نسبة الأرجحية لاضطراب العناد التحدي المعارض / اضطراب السلوك (ODD / CD) - الاضطراب المشترك ADHD في التحليل التلوي للدراسات القائمة على عينة المجتمع هو ١٠,٧ (Angold et al. ، 1999). نظراً لأن الاضطراب المشترك ربما يكون أعلى في العينات السريرية منه في عينات المجتمع (انظر ، على سبيل المثال ، Reeves et al. ، 1987) ، يذكر بعض المؤلفين ، على الأقل في الممارسة السريرية اليومية ، أن الاضطراب المشترك DBD - ADHD هو القاعدة وليس الاستثناء (كوتشر وآخرون ، ٢٠٠٤).

هناك فرضيات مختلفة لأسباب هذا المرض المشترك. وفقاً لنموذج الاضطرابات المستقلة الثلاثة (DBD ، ADHD ، DBD - ADHD) ، فإن الاضطراب المرضي المصاحب هو اضطراب منفصل. تم العثور على دعم لنموذج الاضطرابات المستقلة الثلاثة في دراسات انتشار الأسرة (على سبيل المثال Faraone et al. ، 1997). في المقابل ، تفترض المسؤولية المرتبطة أو نموذج المخاطر المرتبطة أن هناك علاقة مستمرة بين المسؤولية تجاه اضطراب واحد والمسؤولية تجاه الاضطراب الآخر. تشير الدراسات الجينية السلوكية باستخدام الطريقة المزدوجة إلى وجود تداخل كبير بين التأثيرات الجينية على اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والتأثيرات الجينية على DBDs (على سبيل المثال Nadder et al. ، 2002) ، مما يدعم نموذج المسؤولية المرتبطة.

في دراسة مزدوجة ، تم اختبار نموذج الاضطرابات المستقلة الثلاثة ونموذج المسؤولية المرتبطة باستخدام نهج ملائم للنموذج الذي ثبت أنه لديه القدرة على التمييز بشكل صحيح بين النموذجين (Rhee et al. ، 2008). يمكن رفض الفرضية القائلة بأن الاضطراب المشترك ناتج عن وجود اضطراب CD ADHD + منفصل ، في حين تم دعم الفرضية القائلة بوجود تأثيرات جينية وبيئية مشتركة على اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه واضطراب السلوك التي تفسر الاعتلال المشترك بين اضطراب السلوك واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. وهكذا يبدو أن هناك المزيد من الأدلة على نموذج المسؤولية المترابط أكثر من نموذج الاضطرابات المستقلة الثلاثة.

إطار المسببات المرضية

تم تحديد العديد من العوامل الفردية والبيئية التي قد تلعب دوراً في بدء واستمرار DBDs عند الأطفال ؛ تعمل هذه العوامل مع بعضها البعض بطرق نفهمها جزئياً فقط. على الرغم من أننا بعيدون عن نظرية تكاملية لشرح تطور DBDs ، يمكننا هنا تحديد هيكل إطار عمل المسببات العامة الشامل. غالباً ما يبدأ تطور اضطراب العناد الشارد واضطراب السلوك عند بدء الطفولة في سنوات الأطفال الصغار ، وربما حتى في مرحلة الرضاعة. في عمر ١ إلى ٣ سنوات ، قد يظهر الأطفال سلوكيات مشكلة مثل القلق والسلبية والتهيج (أي الخصائص المزاجية) التي يتم تحديدها بيولوجياً أو وراثياً (على سبيل المثال من التدخين أثناء الحمل). في سنوات ما قبل المدرسة (من سن ٣ إلى ٦ سنوات) ، قد تتطور هذه السلوكيات المشكلة إلى أعراض اضطراب DBDs بسبب عوامل

عصبية بيولوجية من جانب وسلوكيات الأبوة السلبية التي تثيرها سلوكيات الطفل المشككة على الجانب الآخر.

على الرغم من أن الدراسات الطولية المستقبلية مع الأطفال الصغار تشير إلى أن DBDs تبدأ في وقت أبكر بكثير مما كانت عليه في سن المدرسة ، لا ينبغي استبعاد وجود أطفال بالفعل لديهم تطور نموذجي حتى سن ٧ أو ٨ سنوات ، على سبيل المثال. الذين يبدأون بعد ذلك فقط في إظهار السلوكيات التخريبية المرتبطة بقلّة التحصيل الأكاديمي أو العوامل البيئية مثل المراقبة غير الكافية.

أخيراً ، لا يتجلى عدم التجانس في DBDs فقط في مجموعة كبيرة من الأعراض والاضطرابات المرتبطة بها، ولكنه ينطبق أيضاً على المسببات المرضية. وبالتالي ، قد تؤدي مجموعات مختلفة من المسار السببي إلى مظاهر مختلفة من DBDs.

المراجع

١. مجدى محمد الدسوقي (٢٠١٦) مقياس اضطراب العناد والتحدى، مصر ، القاهرة، دار فرحة للنشر والتوزيع.
2. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Edition, text-revised). Washington, DC: Author.
3. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition). Washington, DC: Author.
4. Benjet , C. & Kazdin , A. E. (2003). Spanking children: the controversies, findings, and new directions . Clinical Psychology Review , 23 , 197 – 224
5. Bennett, D. S. , Bendersky , M. & Lewis, M. (2002). Children ' s intellectual and emotional - behavioral adjustment at 4 years as a function of cocaine exposure, maternal characteristics, and environmental risk . Developmental Psychology , 38 , 648 – 658 .
6. Crick, N. R. & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children ' s social adjustment . Psychological Bulletin , 115 , 74 – 101 .
7. Henderson, J. L. , MacKay , S. & Peterson- Badali, M. (2006). Closing the research practice gap: Factors

- affecting adoption and implementation of a children ' s mental health program . Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology , 35، 2 – 12 .
8. Kazdin , A. E. (2005). Parent management training. Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behaviour in children and adolescents . New York : Oxford University Press.
 9. Lacourse, E. , Nagin, D. , Tremblay , R. E. , Vitaro , F. , Vitaro , F. & Claes, M. (2003). Developmental trajectories of boys ' delinquent group membership and facilitation of violent behaviors during adolescence . Development and Psychopathology , 15 , 183 – 197 .
 10. McMahon, R. J. , Wells, K. C. & Kotler , J. S. (2006). Conduct problems. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), Treatment of childhood disorders (pp.137– 268). New York : Guilford Press.
 11. Parke, R. D. & Slaby , R. G. (1983). The development of aggression. In P. H. Mussen (Ed.), Handbook of child psychology: Socialization, personality and social development (Vol. 4, pp. 547 – 641). New York : Wiley .
 12. Polman, H. , Orobio de Castro , B. , Koops, W. , Van Boxtel, H. W. & Merk , W. W. (2007). A meta - analysis of the distinction between reactive and

- proactive aggression in children and adolescents .
Journal of Abnormal Child Psychology , 35 , 522 – 535 .
13. Wagner , E. E. (1996). Children ' s peer preferences:
Effects of classroom racial composition . Unpublished
master ' s thesis, Duke University, Durham, North
Carolina.
14. Wakschlag , L. S. & Danis , B. (2014). Assessment of
disruptive behavior in young children: A clinical-
developmental framework . In R. DelCarmen- Wiggins
& A. Carter (Eds.), Handbook of infant, toddler, and
preschool mental health assessment (pp. 421 – 440).
Oxford: Oxford University Press.