

الفصل السابع

الاضطرابات السيكوسوماتية (الجسمية النفسية المنشأ) «العوامل النفسية والأمراض الجسمية عند الأطفال»

مقدمة :

يركز هذا الفصل على الأمراض (والأعراض) الجسمية وليس النفسية ، ولكن العوامل النفسية تلعب دوراً هاماً وحاسماً فيها ، هذه العوامل تعتبر بمثابة العامل المفجر لحدوث الاضطراب ، أو التي تحافظ على بقاءه وجعله مزمناً ، وتطويرة لمزيد من التعقيد وتسمى هذه الاضطرابات بالأمراض السيكوسوماتية أو السيكوفيزيولوجية (الجسمية - النفسية المنشأ) Psychosomatic Disorders. في بعض الحالات قد تنتج التغيرات والأعراض النفسية عن الاضطرابات الجسمية بدلاً من أن تساهم فيها (كما في الذهانات العضوية أو الأمراض العقلية العضوية المنشأ Organic Mental Disorders) .

سنبحث في هذا الفصل الاضطرابات الجسمية النفسية المنشأ عند الأطفال ، وهي الأمراض العضوية التي تلعب العوامل النفسية والاجتماعية دوراً هاماً في نشوئها والمحافظة عليها .

العوامل النفسية التي تؤثر في الحالة الجسمية العضوية: نظرة تاريخية للاضطرابات السيكوسوماتية:

الاضطرابات السيكوسوماتية هي مجموعة من الأمراض العضوية التي تلعب العوامل النفسية دوراً أساسياً في حدوثها وتطورها، وتختلف هذه الحالات عن الاضطرابات الهستيرية والتحويلية التي درسناها في الفصل السابق ، والتي تصاب فيها وظائف الأعضاء بالعطل مع غياب العوامل العضوية ، أما الاضطرابات السيكوسوماتية موضوع بحثنا الحالي ، فتتضمن إصابة وخلقاً في الجسم وفي أحد أعضائه ، وتكون العوامل النفسية هي الأساس في تطور الاضطراب وخاصة تحت بعض الظروف والأزمات النفسية. وتتراوح هذه العوامل النفسية بين الضغوط والشدات النفسية حتى الصراعات اللاشعورية ، والخبرات الانفعالية والعدوان.

لقد افترض البعض أن العوامل النفسية هي التي تؤثر في الفرد الذي عنده استعداد للإصابة بالاضطرابات الجسمية العضوية ، كما ركز بعضهم الآخر على المتغيرات والعوامل النفسية مهملين العوامل البيولوجية والكيميائية. وبعضهم قد عالج هذه الاضطرابات بالعلاج النفسي مستنداً في ذلك إلى المنشأ النفسي للاضطراب. وتضم هذه الفئة من الاضطرابات الجسمية النفسية المنشأ (أي السيكوسوماتية) عدداً من الأمراض مثل: ارتفاع ضغط الدم Hypertension ، فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa ، الربو Asthma ، القرحة ، السكري ، التبول اللاإرادي ، والتبرز اللاإرادي باعتبارها قائمة على عوامل نفسية. ولمعرفة هذه الاضطرابات وتصنيفها يمكننا الرجوع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني المعدل للأمراض النفسية (DSM II R) الصادر عام (١٩٦٨) والمتضمن مايلي:

اضطرابات الجلد السيكوسوماتية ، اضطرابات العضلات والمفاصل ، اضطرابات التنفس ، أمراض الغدد ، الاضطرابات السيكوفيزيولوجية ، أمراض القلب ، اضطرابات الهضم ، كما افترض البعض أن السرطان يدخل ضمن هذه الفئة من الاضطرابات لأن الضغوط النفسية تلعب دوراً هاماً فيها.

بغض النظر عن شيوع هذه الاضطرابات والأنواع التي تضمها كل منها ، فإن هناك جدلاً مستمراً حول الأمراض التي تشملها . وكما تبين فالاعتقاد بأن هناك اضطرابات عضوية تتميز عن غيرها من الأمراض التي تكون عواملها نفسية ، قد دفعت عدداً من الباحثين لدراساتها وكشف طبيعتها . إن وجهات النظر والاتجاهات المتنوعة حول مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية ، تتغير في توجهها . وأهم تفسير لدور العوامل النفسية والبيولوجية في الصحة والمرض ، يقدمه ليبوسكي (١٩٧٧) حيث يقول :

«إن مفهوم المنشأ النفسي للمرض العضوي ، يقدم لنا طريقة لفهم الأسباب المتعددة في كل اضطراب ، كما يتفق مع الاتجاه الذي يعتبر أن العوامل النفسية والاجتماعية تساهم دوماً في الصحة والمرض ، وبالتالي في معدل الوفيات . إن الدور الذي تلعبه هذه العوامل يختلف من مرض إلى آخر ومن شخص إلى آخر ، فإذا تم الاتفاق على هذا فإن من الواضح أن نميز بين هذه الفئة من الاضطرابات المسماة السيكوسوماتية .

يتفق علماء النفس والمعالجون النفسيون على أن كل الاضطرابات سواء السيكوسوماتية ، أم غيرها ، إنما تتضمن تفاعل العوامل النفسية والبيولوجية والاجتماعية . وقد برز هذا الاتجاه في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل والرابع للأمراض النفسية (DSM II R, DSM IV) حيث ضم فئة تشخيصية فيها حول العوامل النفسية المؤثرة في الحالات الجسمية ، كما هي في الجدول التالي :

١ - إن المثيرات البيئية ذات التأثير النفسي ، ترتبط في بدء أو تطور الحالة الجسمية ونموها (المحور الثالث) .

٢ - الاضطرابات الجسمية تبدو كخلل عضوي واضح (التهاب القولون) أو عملية عضوية مرضية معروفة (صداع ، إقياء) .

٣ - لا تعزى هذه الحالة إلى أي اضطراب جسمي عضوي آخر .

يتضمن هذا الجدول كما ورد في الدليل ، لوحة تشخيصية ، ولكنه يعمل لتوضيح دور العوامل النفسية المساهمة في حدوث الاضطراب وتطوره ، وجعله مزمناً. إن العوامل النفسية قد تؤثر بدرجة نمطية واحدة في اضطرابات معينة أكثر من غيرها. والنتيجة أن انتباهاً بدأ يتركز على دور هذه العوامل النفسية في نشوء الاضطرابات المختلفة. سوف نركز في هذا الفصل على الأمراض الجسمية النفسية المنشأ (السيكوسوماتية) في مرحلة الطفولة ، وطبيعتها وعواملها النفسية. ومن هذه الأمراض التي سنبحثها: الربو ، فقدان الشهية العصبي (أو القهم العصبي كما يسمى) التبول اللاإرادي ، التبرز اللاإرادي ، التهاب المفاصل.

الربو عند الأطفال:

لمحة تاريخية: يحدث الربو بنسبة ٢ - ٤ من المجتمع الأصلي ، وبالرغم من حدوثه عند الأطفال والراشدين ، فإن ٦٠٪ من المرضى دون سن السابعة عشرة. مما يدل على أنه اضطراب يميز مرحلة الطفولة والمراهقة. وفي هاتين المرحلتين من النمو ، فإنه أكثر حدوثاً بين الأولاد منه بين البنات ونسبة ١/٢ تقريباً. إن الأسباب المسؤولة عنه غير معروفة. وقد أشار البعض إلى أن هناك أكثر من (٣٠٠) عامل سببي مفترض عن حدوثه ، وأن أكثر العوامل الافتراضية حداثة ، هو أنه ينتج عن تفاعل مركب للعوامل العصبية والنفسية والمناعية *Complex Interaction of immunological and neuroloogical* *Fators* والواقع أن الربو يكثر بين أفراد نفس الأسر ، مما يدل على دور العوامل الوراثية فيه كما أكد جونز. إن وراثية حساسية الجهاز التنفسي للمثيرات البيئية والمثيرات التنفسية المحيطة تلعب دوراً هاماً في حدوثه. إن هذه النظرة تتفق مع الافتراض الذي يشدد على دور جهاز المناعة والعوامل العصبية ، أما التركيز على دور هذه العوامل في نمو الاضطراب عند الأطفال خاصة ، فقد تم تأييده حديثاً.

وصف اضطراب الربو وتشخيصه:

يتصف الربو بصعوبة شديدة في التنفس ، كما يتظاهر على شكل سعال ،

وأزيز Sneezing ، وقصر الشهيق الذي ينتج عن ضيق المسارات الهوائية ، والتي تعزى إلى زيادة الإفراز المخاطي أو إلى تضخم الشعب الهوائية. قد تحدث هذه الأعراض بشكل متقطع ، أو تكون ذات طبيعة مزمنة. وقد افترض أن نوبات الربو يمكن أن تنتج عن عوامل عديدة متنوعة كالعدوى ، أو التعرض لمواد تحسسية (كالغبار ، وشعر الحيوان ، والريش) ، والضغط أو الشدات النفسية. وقد وجد ريس أن هناك عدة عوامل تتفاعل في حدوث الربو. فقد درس الأشخاص الذين عندهم استعداد للإصابة بالربو ، فوجد أن النوبات التي تنتج عن مواد تحسسية ، كانت بنسبة ٥٪ من أفراد العين عند الأطفال ، أما نتيجة العدوى فبنسبة ٢١٪ من أطفال العينة ، ونتيجة العوامل النفسية بنسبة ١٢٪ ، ونتيجة لتفاعل جميع هذه العوامل ، بنسبة ٥٣٪. تؤكد هذه النتائج أن نوبات الربو تحدث نتيجة لتفاعل عدة عوامل نفسية وبيولوجية. والمثال التالي يوضح هذا الاضطراب بعوامله المختلفة :

«إن بداية مريض الربو وعائلته تواجه صعوبات كبيرة ، فالأولاد تنمو وترعرعوا وهم يشاهدون أطفالاً آخرين من نافذة غرفة المعيشة التي يقطنوها ، وأكثرهم عند تقدير ذات منخفض ، وغالباً ما يتأثر تحصيلهم الدراسي بسبب تغيبهم المستمر عن المدرسة ، إنهم يشاهدون نفس الأقران والراشدين المتسامحين والذين ينقصهم فهم مشكلاتهم ، وغالباً ما يعاني هؤلاء الأطفال الخجل والارتباك ، الشيء الذي يميز أفراد العائلة ، حيث يشعر الوالدان بالمسؤولية ، والذنب والعجز والغضب. إن الأفراد الذين يعانون الربو في العائلة قد أصبحوا يعاملون الآخرين وفقاً لذلك ، وتعلموا تجنب الأنشطة والمواقف غير السارة. إن من الصعب على المريض أن تبين له ما يعمل به بوضوح ، كما أن العديد من أشكال سوء التكيف والسلوك غير المناسب قد يتطور مع محاولة أفراد الأسرة السيطرة عليها. مثل هذه السلوكيات تعيق النمو النفسي والاجتماعي للطفل. وغالباً فإن السلوك غير المرغوب يؤثر في سياق الاضطراب ، كما الكثير منهم ينمو عنده سلوك الخوف من الموت منذ بداية الأزيز في التنفس.

مآل الربو (إنذار الاضطراب وما سيؤول إليه):

إن مآل الربو عموماً جيد وحسن ، حيث تتحسن وتقل الأعراض غالباً خلال فترة المراهقة أو بعدها . وقد وجد كليمون أن ٧٥٪ من الأطفال المصابين قد تحسنت حالتهم مع نهاية المراهقة . إن خطورة الاضطراب في بعض الحالات التي تصل فيها إلى الموت تبلغ حوالي ١٠٠ / ٢ حالة كل سنة .

البحوث : دراسات على حالات ربو :

لقد لوحظ أنه حين يتم نقل الأطفال المصابين بالربو من بيتهم إلى مركز العلاج ، فإن بعضهم ما يزال يظهر صعوبات واضحة ، وبعضهم تتحسن الحالة عندهم وتخف الأعراض . إن ملاحظة هذه الاختلافات قادت بعض الباحثين إلى الحكم بأن هناك جماعات فرعية من حالات الربو مميزة عند الأطفال ، وأن هناك عوامل مختلفة تساهم في نمو الأعراض وتطورها والحفاظ عليها عند هذه المجموعات . كما تبين وجود فروق فردية بين هذه الحالات ، فالمثيرات أو الأشياء التي تستدعي الربو تختلف ، كما أنه من خلال المقارنة بين الحالات التي تحسنت وتلك التي تتحسن ، زادت نوبات الربو أثناء التعرض للانفعالات المتنوعة (كالغضب ، والاكتئاب ، والقلق) . كما أن طريقة رعاية الطفل وتربيته تلعب دوراً من حيث هي تسلطية أم ديمقراطية . وقد دعمت هذه الافتراضات من دراسات عديدة قام بها بلوك ورفاقه حين طبق اختبار قابلية التعرض للربو Allergic Potential Scale (APS) على مجموعات منفصلة من المصابين بالربو الذين يظهرون استعدادات جسمية وعضوية للحساسية والتحسس ، مع آخرين لا يوجد عندهم مثل هذا الاستعداد للتحسس . إن خطورة أعراض الربو كانت متشابهة بين كل أفراد العينة . وقد افترض أن العوامل النفسية قد تلعب دوراً هاماً في إظهار أعراض الربو عند الأطفال حتى مع غياب القابلية للحساسية بالمقارنة مع الأطفال الذين أظهروا قابلية بيولوجية (تاريخ أسري بالربو ، بيئة تثير الحساسية للربو) . إن الأطفال الذين حصلوا على درجات منخفضة في اختبار القابلية (APS) قد أظهروا مشكلات نفسية أقل ، وتميزوا بالحرمان

والرفض من قبل والديهم بدرجة أقل أيضاً بالمقارنة مع الأطفال الذين أظهروا درجة عالية من القابلية البيولوجية للتحسس .

مع أن النتائج قد بينت وجود مجموعات فرعية للأطفال المصابين بالربو والذين عندهم استعداد للإصابة به ، قد تختلف فيما بينها من حيث الدرجة التي تساهم فيها العوامل النفسية في اضطرابهم .

١ - إن أي فروق بين هذه المجموعات الفرعية تكون نسبية وليست مطلقة .
وحيث إن العوامل النفسية تلعب دوراً أكبر من العوامل البيئية والبيولوجية ، في الاستعداد والقابلية للإصابة بالربو ، فإن الربو يبدأ عادة بواسطة عوامل نفسية تتزامن في وجودها مع العوامل العضوية البيولوجية ، والعكس بالعكس . هذا الافتراض يتفق مع النتائج التي توصل إليها ريس حين أشار إلى أن نوبات الربو تنتج عن عوامل بيئية وبيولوجية ونفسية .

٢ - إن العوامل النفسية كثيرة الحدوث عند الأطفال المصابين بالربو ، مما يؤثر في تكرار نوبات الربو وشدها وطول مدتها أيضاً أكثر من ارتباطها بنمو الاضطراب نفسه ومراحلها . وقد بين الكسندر أنه لا يوجد دليل على أن العوامل النفسية تلعب دوراً سببياً في نمو الاضطراب . مما يدل على أن العوامل النفسية تلعب دوراً هاماً في أعراض الربو ونوباته وأن هناك بعض الأطفال الذين يتأثرون بهذه العوامل بدرجة أكبر من غيرهم من الأطفال .

نستنتج من هذا ، أن درجة التأثير بالعوامل النفسية للربو (بالتفاعل مع العوامل البيولوجية والبيئية) تكون نسبية من طفل لآخر ، وقد يكون تأثيرها كبيراً جداً عند طفل ما بينما يكون هذا التأثير أقل عند آخر ، وكذلك الأمر بالنسبة للعوامل الأخرى ، وبالتفاعل معها أيضاً .

المتغيرات الأسرية والربو عند الأطفال :

توصل بعض العلماء إلى أن العوامل الأسرية تلعب دوراً هاماً في بعض حالات الربو عند الأطفال ، إلا أن هذا لا يثبت كون هذه المتغيرات والعوامل الأسرية مستقلة عن البيئة والمحيط العام الذي يثير نوبات الربو . وحين يتم اتباع

طريقة العلاج الأسري أو علاج العائلة معهم فإن الطفل المصاب لا تتحسن حالته بالنسبة لمحيطه وأسرته فقط ، بل يتحسن من حيث استعداده البيولوجي . ومن الأفضل حين دراسة هذه العوامل أن نفصل المحيط العائلي عن المحيط الطبيعي . وإحدى الطرق المستعملة لهذا الهدف ، هي إتاحة الفرصة للطفل المصاب بالربو أن يعيش في المنزل ، ونفس الوقت يفصله عن والديه . وقد اتبع هذه الطريقة العالم بور سيل حين درس ٢٥ طفلاً يعانون من الربو المزمن تحت ظروف تجريبية متنوعة . ولتحديد دور العوامل الانفعالية في خلق الاستعداد للإصابة بالربو وتطور النوبات ، تبين أن ١٣ منهم تتحسن حالتهم حين يفصلون عن والديهم (تنبؤ إيجابي) ، وأن ١٢ منهم لا يحصل على مثل هذا التحسن (تنبؤ سلبي) . هذه التنبؤات في التحسن استندت إلى حالات تلعب فيها العوامل الانفعالية دوراً هاماً في خلق الاستعداد للتحسن وظهور نوبات الربو مع العوامل النفسية الأخرى والمتغيرات أو العوامل العائلية التي لها دور واضح .

إن هذه النتائج وكثير غيرها ، تؤكد على أن حدوث أعراض الربو عند الأطفال ، يرتبط بالعوامل والظروف الأسرية مما يقدم دليلاً على مآل الاضطراب والتنبؤ به ، وضرورة إدخال هذه العوامل في العلاج والمتابعة .

الحالات الانفعالية وربو الأطفال :

لقد تبين سابقاً أن الأطفال الذين يظهرون تحسناً حين معالجتهم ، كانت الانفعالات هي العوامل الحاسمة في ظهور الربو عندهم . وقد وجد بورسيل أن الانفعالات تلعب دور الحافز والمثير الذي يستدعي ظهور نوبات الربو ، وتبين ذلك حين فصل هؤلاء الأطفال عن أسرهم . وتتفق هذه النتيجة مع الملاحظات السريرية التي أبرزت دور الانفعالات في الربو . ومن أجل تبيان العلاقة والدور الذي تلعبه الانفعالات في هذا الاضطراب ، يجب إدخال الظروف العائلية ، وقد شدد بورسيل أن هذه العوامل تعتبر بمثابة سوابق (عوامل سابقة) تؤثر في نوع الحالات الانفعالية وشكلها وتكرارها وشدتها واستمراريتها أيضاً ، وتساعد هذه العوامل في حدوث أعراض الربو بسبب تداخلها مع تلك العوامل .

ولهذا الغرض ، فقد أجرى بورسيل عدة دراسات لفحص العلاقة بين أعراض الربو والاستجابات الانفعالية ، وتلعب هذه الاستجابات النوعية دوراً نمطياً في نوبات الربو وأعراضه عند بعض الأطفال أكثر مما عند بعضهم الآخر . ويجب معرفة هذا وتمييزه بدقة باستخدام المقابلات التشخيصية ، ومعرفة ظروف حدوث النوبات .

الخوف والهلع وربو الأطفال :

هناك دراسات ركزت على ما يسمى متغير أو عامل الخوف والهلع عند الأطفال المصابين بالربو ، وعلى اتجاهات المرضى نحو الأعراض التي يعانونها وعلاقة هذه الاتجاهات بتطور مرضهم . إن عامل الخوف والهلع عند الأطفال يوضح الدرجة التي يظهر فيها المرضى مشاعرهم الذاتية (قلق ، خوف ، هلع) في استجاباتهم للربو . فالأطفال الذين على درجة عالية من حيث الخوف والهلع ، يبدون خائفين ، ويشعرون بالعجز ، وينهارون بسهولة أمام الصعوبات . وقد أكدت بعض الدراسات العلاقة بين الخوف أو الهلع والربو عند الأطفال المصابين به ، وكذلك درجة تمثلهم للعلاج . فالأفراد الذين على درجة عالية من الخوف والهلع ، يعيقون عملية العلاج ، كما يتأخر خروجهم من المشفى . يجب الإشارة إلى أن هذه الدراسات قد شددت على طريقة تعامل المريض واستجابته وأسلوب تكيفه مع نوبات الربو ، وهذه كلها عوامل هامة تؤثر في سير الاضطراب .

علاج الربو :

يعالج الربو عموماً علاجاً طبياً دوائياً ، وخاصة استعمال مركب كورتيكوستيروئيد Corticosteroids ، وإدخال الحالات الخطيرة إلى المشفى . وقد استخدمت تقنيات نفسية عديدة من طرق العلاج النفسي ، وخاصة التحليل النفسي ، والعلاج الجمعي ، والعلاج الأسري أو علاج العائلة ، والعلاج السلوكي . وبالرغم من أن هذه الطرق ذات قيمة ، إلا أننا لا نملك إلا القليل من البحوث المضبوطة حولها . وهناك بعض المعطيات التي بينت فائدتها ، وخاصة تقنية الاسترخاء ، وخفض الحساسية التدريجي

والمنظم . وبالرغم من فائدة العلاج السلوكي في إحداث تغييرات هامة في عمل الرئتين ، إلا أن هذا ما يزال موضع تساؤل وخاصة في الربو . وهناك افتراضات من دراسات سريرية ، أن الطرق السلوكية في العلاج ، مفيدة في التعامل مع الحالات النفسية التي تظهر عند مرضى الربو وخاصة الخوف والهلع والقلق ، والهم واليأس ، وفي تعديل استجاباتهم واتجاهاتهم نحو مرضهم مما يحسن العلاج ويسرعه . وقد أكد الكسندر على دور الأشراف في معالجة حالات الخوف والهلع المرافقة للربو ، إلا أن هذه النتائج غير موثوقة ، وبحاجة إلى المزيد من البحث والاستقصاء المضبوط .

فقدان الشهية العصبي (القهم العصبي):

لمحة تاريخية:

إن أول من كتب عن اضطراب فقدان الشهية العصبي هو العالم ريتشارد مورتون Richard Morton وذلك في عام ١٦٦٤ ، حين وصف حالة فتاة عمرها ١٨ سنة ، وشاب عمره ١٦ سنة ، يعانيان مما سماه الضمور العصبي Nervous atrophy التي تتصف بفقدان الوزن بدرجة مفرطة ، ويبدو على الشخص النحافة الزائدة ، حيث يغطي عظامه الجلد . وفي عام ١٨٦٨ استخدم جول Gull مصطلح القهم العصبي ، مركزاً أن الاضطراب يحدث عند الفتيات الشابات أكثر منه عند الذكور ، وأنه يتصف بفقدان سريع جداً للوزن ، وأنه ينتج عن عوامل نفسية . وبالرغم من كثرة الدراسات التي أجريت على هذا الاضطراب ، فإن عوامله لم تدرس بتفصيل ، وكذلك طرقه العلاجية . وسنلقي بعض الضوء على هذا الاضطراب وتشخيصه وعوامله وعلاجه .

وصف الاضطراب وتشخيصه:

بالرغم من اختلاف علماء النفس والمعالجين النفسيين ، حول الصفات والخصائص التي يجب توافرها قبل إجراء التشخيص الدقيق للاضطراب ، إلا أن هناك أشكالاً ومظاهر عديدة يبدو فيها الاضطراب . والمظهر أو الشكل الرئيسي الذي يأخذه هو التالي:

رفض الطعام ، يرافقه فقدان سريع للوزن ، كما لاحظ عالم النفس (ريسر) أن رفض الطعام قد يحدث حتى مع وجود شهية للطعام ، في حين أن فقدان الشهية للطعام يحدث رفض الطعام . ولذلك فإن استعمال مصطلح القهم العصابي anorexia ، ليعني فقدان الشهية العصبي nervous loss of appetite هو استعمال مغلوط كما يقول هالمي Halmi ١٩٨٥ .

بالإضافة إلى فقدان الشهية للطعام ، فقد يبدي المريض الإقياء أيضاً ، وفي حالات أخرى ، قد تظهر علائم البوليميا أو الشرهة الزائدة (التي تحدث كمرض مستقل عن فقدان الشهية) ويكثر تناولهم المليينات كما يظهر عندهم الإسهال . إن المرضى بهذا الاضطراب قد لا يهتمون بوزنهم أو حالتهم الجسمية ، كما يرفضون اعتبار حالتهم مرضاً ، بل يتمتعون بحالتهم وبفقدان وزنهم ونحافتهم ، إن أكثر المرضى بهذا الاضطراب يعانون من صورة مشوهة للبدن ، ناتج عن إدراكهم لأنفسهم على أنهم بدينون .

وعند الفتيات اللواتي بدأن الطمث ، قد يحدث عندهن انقطاع مرضي للطمث amenorrhea التي يسبقها أو يرافقها فقدان وزن ، وفي حالات أخرى قد تتبعها . ومن المتفق عليه عموماً أن انقطاع الطمث يعزى إلى عوامل مرتبطة بالاضطراب بحد ذاته . وقد يظهر المرضى صفات وخصائص متنوعة ناتجة عن الهزال والضعف الذي يعانونه مثل : فرط التوتر ، بطء النبض ، ضعف الحيوية ، تغيرات في الجلد والشعر والأظافر والأسنان . كما أن مقاومة الجسم للاضطراب قد تضعف ، ويعاني المريض من شكاوى عديدة . ومع العلم أن الاضطراب يحدث نتيجة لعوامل نفسية ، إلا أن من الممكن تمييزه عن الاضطراب الناتج عن خلل أو عامل عضوي مثل اضطراب سيموندرز Simonds Disease الذي يتصف بنفس الأعراض . إننا نعتمد المعيار التشخيصي الذي وضعه الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل ، كما هو موضح في اللوحة السريرية التالية :

أ - خوف مبالغ فيه من السمنة .

ب - اضطراب أو خلل في صورة المريض عن بدنه وفكرته عن جسمه يشعر أنه سمين .

ت - فقدان الوزن بنسبة ٥٢ على الأقل .

ث - رفض الحفاظ على وزن الجسم أو حتى على الحد الأدنى للوزن المناسب للعمر .

ج - لا يوجد اضطراب جسمي وراء حالة فقدان الوزن هذه .

انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي وبدايته :

يختلف انتشار اضطراب فقدان الشهية العصبي وحدوثه وذلك استناداً إلى المعيار التشخيصي المعتمد . وقد بين بعض العلماء أنه يحدث بنسبة ١ إلى ٢٠٠ فتاة من فتيات سن المدارس ، ولكنه يتضاعف عند الفتيات بين سني السادسة عشرة والثامنة عشرة . وقد قدر هالمي أن الاضطراب ينتشر بنسبة ٢٤ حتى ٦١ حالة لكل ١٠٠ ألف شخص . إن الاضطراب يحدث عند الجنسين ، ولكنه أكثر حدوثاً عند الإناث منه عند الذكور بنسبة ٥ إلى ١٥ .

أما بالنسبة لبداية حدوث الاضطراب واستهلاله ، فغالباً ما يكون في المراهقة ومع بداية الرشد ، وأكثر الحالات تحدث قبل سن الخامسة والعشرين ، وبداية الاضطراب تكون مع بداية البلوغ و يترافق به النضج الجنسي ، إلا أنه يستمر في مرحلة الرشد حيث يأخذ صفة الإزمان . وقد درس كاي Kay ٣٨ حالة من حالات ضعف الشهية العصبي ، تبين له أن ٧٥٪ منها حدث الاضطراب فيها قبل السادسة والعشرين ، وأن بدايته كانت بين السادس عشرة والعشرين . من المفيد أن نلاحظ أن مآل الاضطراب يبدو ضعيفاً وغير حسناً عموماً في حال بدأ قبل سن الرابعة عشرة .

العوامل السببية لضعف الشهية العصبي أو القهم العصبي :

العوامل السيكودينامية : لقد درس دالي دور العوامل النفسية الدينامية في القهم العصبي ، وقال إن أول نظرة دينامية وضعت لتفسير الاضطراب كانت من قبل العالم (ولكر) ورفاقه عام ١٩٤٠ حين ركز على المعنى الرمزي للطعام .

إلا أن دالي قد ركز على ما يسمى نظرية المناعة الفمية تبين أن أعراض الاضطراب إنما تمثل حبكة أو تفعيلاً جسيماً للتخيلات والأحلام المتعلقة بالحمل ، ووفقاً لذلك يعتبر اضطراب القهم العصابي وفقدان الشهية بمثابة رغبة بالحمل عن طريق الفم ، مما يحدث في بعض الأوقات الأكل القهري التسلط (البوليميا) أو زيادة الشهية والسمنة) ، وفي أوقات أخرى رفض الطعام (القهم العصابي أو فقدان الشهية والنحافة) .

لقد ركز البعض على بداية الاضطراب ، وربطه بالبلوغ ، وأن الفشل في الطعام يمنع تطور الصفات الجنسية مما يتيح للفرد تجنب التعامل مع الصراعات الجنسية الناتجة عن البلوغ والنضج الجنسي . إلا أن العالم براش قد شدد على أهمية خلل الأنا أو ضعف الأنا الناتج عن العلاقات المضطربة بين الأم والطفل مما يشوه صورة الطفل عن جسمه ويقود إلى القهم العصابي وضعف الشهية . وبالرغم من اعتماد عدد من المعالجين النفسيين على هذه التفسيرات ، إلا أنها بحاجة لمزيد من الدعم ، وخاصة النظرية الخاصة بالتخيلات المتعلقة بالمرحلة الفمية والمناعة الفمية .

العوامل السلوكية : تحدث العالم ليون عن دور العمليات المعرفية السلوكية في نمو اضطراب القهم العصابي وضعف الشهية المرضي ، مفترضاً أن كره الطعام عند هؤلاء المرضى يحدث بسبب الإشراف ، حيث تقترن الأفكار السلبية مع تخيلات مرتبطة بوزن الجسم وزيادة الوزن . إن الارتباط بين الأفكار السلبية واستهلاك الأكل يقوى مع مرور الوقت بوجود مشاعر الاشمئزاز أو قرف أو غثيان تجاه الطعام . إن استمرار تجنب الطعام يتعزز لأنه يخفض القلق المرافق بحيث يشعر المريض أنه قادر على ضبط حياته والتحكم بها من خلال تحكمه في الأكل . وقد دعمت هذه النظرية من قبل دراسات العالم ليون ، حين بحث العديد من الحالات من المرضى الذين كانوا يطبقون برامج الحماية وخفض الوزن لشعورهم بأنهم قادرون على التحكم بحياتهم .

أما عن دور العوامل البيئية في الاضطراب ، فإن بعض العلماء قد ركز على أن رفض الطعام هو سلوك إجرائي وأدائي يتعزز من خلال لواحق ونتائج بيئية ،

وأن الاضطراب ينمو من خلال ردود فعل الآخرين تجاه سلوك الفرد. فالمعزلات الاجتماعية تلعب دوراً هاماً في الحفاظ على هذا السلوك المرضي ورفض الطعام.

العوامل الأسرية: إن دور العوامل العائلية أو الأسرية في حدوث رفض الطعام والقهم العصابي ، تمت دراستها بشكل موسع من قبل المعالج النفسي المشهور مينوخين Minuchin (١٩٧٨). فقد اعتمد على اتجاه النظم في النظر للاضطراب معتبراً أن أعراض القهم العصابي وفقدان الشهية ، لا يمكن فهمها ومعالجتها بصورة مستقلة عن دور العوامل الأسرية للمريض. إن العوامل الأسرية تساهم في مشكلة الطفل ، وبالتالي فإن هذه المشكلة عند الطفل تؤثر في التوازن الأسري والعلاقات العائلية. واستناداً إلى خبراته العلاجية فقد شدد مينوخين على أن هناك عدة خصائص أسرية تساهم في نشوء هذا الاضطراب السيكوسوماتي ، هذه العوامل والمتغيرات هي:

١ - الوقوع في الشرك والمصيدة (حيث تكون أدوار أعضاء الأسرة غير واضحة أو ضبابية ، كما تفقد الفردية في الأسرة).

٢ - الحماية والرعاية الزائدة (حيث تهتم الأسرة كثيراً في حماية أفرادها مما يؤثر في درجة استقلالية الفرد).

٣ - الصلابة والجود (حيث تهتم الأسرة كثيراً في الحفاظ على وضع ومستوى أفرادها).

٤ - عدم حل الصراعات النفسية (حيث يتم رفض صراعات الأسرة أو تجنب الأسرة لحل الصراعات النفسية والخلافات).

لقد لاحظ (مينوخين) أن هناك مستوى عالياً من الصراعات والخلافات بين الوالدين عند المصاب بالقهم العصابي وفقدان الشهية ، هذه الخلافات والصراعات لم تحل ، ويلعب الطفل المصاب دوراً هاماً في نظام الأسرة حيث يحافظ على إبقاء هذه الصراعات والخلافات خارج نطاق الحل وبعيداً عن التعامل معها ، وهكذا تكون أعراض الطفل المصاب بمثابة توجيه لانتباه الأسرة

وإبعاد هذا الانتباه عن خلافاتها وما يرافقها من تهديد ، وبذلك يحقق الاضطراب عند الطفل دوراً نظامياً في إبقاء الصراعات خارج نطاق الاهتمام والضبط .

العوامل البيولوجية : يمثل اضطراب القهم العصابي وضعف الشهية تهديداً شديداً للصحة الجسمية والنفسية ، وليس من المستغرب أن يجذب الانتباه لدور العامل البيولوجية في نمو الاضطراب . ومع أنه لا يوجد سبب عضوي للاضطراب ، إلا أن هناك بعض الدلائل على دور العوامل الوراثية فيه . فقد وجد الاضطراب أكثر انتشاراً بين التوائم المتشابهة عنه بين التوائم المختلفة . وقد وجد العلم كارنر أن معدل حدوثه بنسبة ٥٪ في التوائم المتشابهة وبنسبة ١١٪ في التوائم المختلفة ، في عينة تضم ٣٦٪ شخصاً مصاباً بالاضطراب . وقد افترض أن من الممكن أن يرتبط الاضطراب بخلل في منطقة الهيبوتلاموس Hypothalamus Dysfunction ، وشذوذ أو خلل في توازن العوامل العصبية والهرمونات . ومع أن من الصعب تحديد العوامل البيولوجية في الاضطراب ، إلا أن هذه العوامل تتفاعل مع العوامل السابقة لتساهم في حدوثه .

العوامل الحاسمة والمفجرة : هناك عدد من الأحداث المفجرة والحاسمة التي تساعد في الإصابة باضطراب القهم العصبي وفقدان الشهية المرضي وخاصة في بداية حدوثه . وقد افترض عدد من العلماء أن الاضطراب غالباً ما يحدث بعد أحداث وصدمات أو مواقف ضاغطة . ومن خلال دراسته على عينة تتألف من ١٤٠ مريضاً ، وجد دالي أن أحداثاً مثل موت قريب ، ومرض خطير في العائلة ، وفشل في العمل ، وخسارة مادية ، وصراعات أسرية ومشكلات جنسية ، كانت كلها بمثابة الأحداث المفجرة والعوامل الحاسمة التي سرعت من حدوث الاضطراب . إن هذه الدراسات وكثير غيرها ، قد شددت على دور ضغوطات الحياة في حدوث الاضطراب .

العلاقة بين القهم العصابي (ضعف الشهية المرضي) والبوليميا (الشراهة المرضية) :

إن البوليميا أو الشراهة في الأكل ، تمثل خلافاً في قدرة الشخص على ضبط

سلوكه وتحكمه بالأكل مما يؤدي إلى إكسابه المزيد من السرعات الحرارية في وقت قصير. ويرى المريض على أنه شاذ فيما يتعلق بالأكل وغير قادر على التحكم بهذا السلوك من حيث بدء الأكل ومن حيث إيقافه. في هذه الحالات هناك تحول من أكل الحفلات ، وممارسة الصيام والانقطاع عن الأكل ، والإقياء ، إلى التوجه نحو مزيد من تناول الطعام. إن هذا الاندفاع المفرط نحو الطعام يسمى البوليميا أو الشرهة مما يحدث زملة أعراض فقدان التحكم بوزن الجسم. ومع أن هذه الأعراض قد تحدث مستقلة عن اضطراب فقدان الشهية ، إلا أن البوليميا والأكل الزائد قد يكون جزءاً من القهم العصابي وفقدان الشهية وقد وجد كاسبر Casper (١٩٨٠) أن من بين ١٠٥ مريضاً دخلوا المشفى لأنهم يعانون القهم العصابي وضعف الشهية ، وجد أن ٤٧ منهم يعانون من أعراض الشرهة أيضاً. وقد اتجه عدد من العلماء لدراسة التشابه والاختلاف بين القهم العصابي أو فقدان الشهية وبين البوليميا أو لشرهة ، وتبين أن المريض بالقهم العصابي وفقدان الشهية عنده أعراض الشرهة المرضية ويعاني من الاكتئاب والقلق ومشاعر الذنب ومن شكاوى جسمية متنوعة ، إضافة إلى اضطرابات انفعالية واستعمال الكحول ، واضطرابات في مرحلة الطفولة. وقد بين ستوبر أن مرضى البوليميا والشرهة يظهرون درجات عالية من الانفصال والطلاق ، ومن الاضطرابات النفسية ومشكلات صحية متنوعة ، وأنهم أكثر بعداً عن أولادهم بالمقارنة مع مرضى القهم العصابي وفقدان الشهية المرضي.

علاج القهم العصبي وفقدان الشهية المرضي :

تشدد بعض العلاجات على ضرورة إدخال المريض المشفى والاستراحة بالسرير ، واستعمال نظام غذائي بالتزامن مع استعمال العلاج الدوائي (الأنسولين ، وكلوربرومازين ، ومضادات الاكتئاب) ، والإطعام بالأنبوب Intubation إذا كانت الحالة تستدعي ذلك. وقد طبقت بعض تقنيات العلاج النفسي وخاصة السلوكي منها مثل الأشراف الإجرائي ، والقيام بأنشطة متنوعة وتقديم معززات اجتماعية للأكل وزيادة الوزن والشهية. وقد اعتبر بعض علماء النفس أن مرض القهم العصابي وفقدان الشهية قد يحدث عند المريض

بسبب أنه يعاني من خوف مرضي من الوزن Weight Phobia ، وبذلك يستخدم طريقة خفض الحساسية التدريجي والمنظم ، في حين يشدد البعض على دور العوامل الاجتماعية ، ويطبق بذلك تقنية العلاج الاجتماعي والأسري .

قرحة القولون :

وصف الاضطراب :

تعتبر قرحة القولون من الاضطرابات المهددة للحياة والتي تحدث عند الأطفال والراشدين ، ونسبة حدوثها بين الأطفال والراشدين تتراوح بين ٢٠-٤٠ من الحالات . ويتصف الاضطراب بالتهاب وتقرح القولون ، والأعراض المرافقة له هي الإسهال ، وخروج الدم مع البراز ، فقدان الشهية ، فقدان الوزن ، فقر الدم ، آلام البطن ، الإقياء ، وعند الأطفال الأكبر سناً يحدث تأخر في النضج الجنسي وتأخر البلوغ كما يقول العالم دوم . إن بعض حالات تقرح القولون تتطور لتصبح اضطراباً مزمنياً يأخذ شكل نوبات ، وفي حالات أخرى يأخذ شكلاً حاداً حيث يظهر فجأة وغالباً ما يؤدي إلى الموت . وتبلغ نسبة هذه الحالات ١٠٪ ، أما معدل الوفيات فيبلغ ٤٨٪ من كل ١٠٠ ألف حالة . والأشخاص المصابون بالاضطراب أكثر عرضة للإصابة بالسرطان في أواخر حياتهم .

حدوث قرحة القولون وانتشارها :

إن معدل حدوث قرحة القولون يتراوح بين ١ - ٢ كل ١٠٠ ألف ، بالرغم من أنها بلغت ٦ كل ١٠٠ ألف حالة . والاضطراب أكثر انتشاراً بين الإناث منه بين الذكور بنسبة ١,٥ / ١ . إن الاضطراب أكثر انتشاراً وحدوثاً بين اليهود مقارنة مع الشعوب الأخرى بأربع أضعاف .

العوامل السببية :

وجهة النظر البيولوجية : يركز الكثير من الأطباء والباحثين على دور العوامل البيولوجية في قرحة القولون . فالتحسس والبكتريا والعدوى ، وسوء التغذية ، وعوامل جهاز المناعة ، كلها تساهم في حدوث الاضطراب . ويرى العالم

ويري أن لجهاز المناعة الدور الحاسم في الاضطراب ، ويجب التركيز عليه حين المعالجة .

وجهة النظر النفسية - الاجتماعية :

على الرغم من أن العوامل البيولوجية قد تتدخل في قرحة القولون ، يشدد علماء الصحة النفسية على دور العوامل النفسية والاجتماعية في حدوثه وتطوره ، معتبرين قرحة القولون المثال الكلاسيكي للاضطرابات السيكوسوماتية التي تلعب فيها العوامل النفسية الدينامية دوراً حاسماً . هنا يركز العلماء على صفات الأطفال الذين يصابون بالاضطراب وظروفهم الأسرية والاجتماعية . وقد تبين أن هناك عوامل ومتغيرات نفسية اجتماعية عديدة مرتبطة بحدوث الاضطراب ، كما تم التوصل إلى النتائج التالية :

- ١ - تنتشر قرحة القولون بين الأطفال الذين يعانون من الاكتئاب والذين يناضلون عن طريق الغضب ومشاعر الذنب تجاه عدوان أمهاتهم ورفضهم .
- ٢ - إن الإسهال وما يرافقه من اضطراب في التبرز ، يخدم كوظيفة رمزية فيزيولوجية في التعبير عن الغضب الذي يشعر به المريض والذي لا يستطيع مواجهته بطريقة شعورية .
- ٣ - الأمهات مسيطرات ، والطفل المريض يصبح موضوع عدوان الأم ورفضها .
- ٤ - يظهر الأطفال المصابون بقرحة القولون سلوكيات قهرية ووساوس ، كما يتصفون بأن لهم شخصية من النمط الوسواسي .
- ٥ - يتصف أطفال قرحة القولون بالغضب والعدوان ومشاعر الذنب ومشاكل الهوية الجنسية ، وعدم القدرة على مواجهة الضغوط النفسية والمواقف .

علاج قرحة القولون :

إن العلاج المستعمل في قرحة القولون ، هو العلاج الطبي الدوائي أساساً ، وفي بعض الحالات تُستعمل الأدوية النفسية ، إلا أن ٤٠٪ من الحالات تحتاج للعلاج الجراحي كما يقول العالم ويري . من جهة أخرى

لا توجد دراسات حول فعالية العلاج النفسي في معالجة قرحة القولون . كما أن فائدة العلاج النفسي هنا ، هي في مساعدة الطفل على التكيف مع الضغوط النفسية وتخليصه من المشاعر السلبية وخاصة فكرته السيئة عن نفسه وما يعانيه من اكتئاب ومشاعر ذنب .

التبول اللاإرادي (والسلس الليلي):

وصف الاضطراب وتشخيصه:

بالرغم من أن أكثر الأطفال قادرون على التحكم بالإخراج بدون صعوبات ، إلا أن اكتساب القدرة على ضبط التبول قد يتأخر أحياناً. في مثل هذه الحالات قد يستمر الطفل في تبليل ثيابه حتى بعد السن التي يكون فيها قد اكتسب قدرته على ضبط التبول. ويستخدم مصطلح التبول اللاإرادي Enuresis ليشير إلى الحالات التي يتأخر أو يعجز فيها الطفل عن التحكم. وقد وضع الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل والرابع للأمراض النفسية المعيار التشخيص واللوحة السريرية التالية للاضطراب:

١ - التبول المتكرر وغير اللاإرادي خلال النهار والليل.

٢ - يحدث مرتين في الشهر على الأقل بالنسبة للأطفال بين ٥ - ٦ سنوات ، ومرة واحدة في الشهر على الأقل بالنسبة للأطفال الأكبر سناً.

٣ - لا يعزى إلى أي اضطراب عضوي مثل السكري أو الدوخة والإغماء.

قد يكون التبول اللاإرادي ليلاً حيث يبيل الطفل فراشه nocturnal أو يكون نهارياً حيث يبيل ثيابه أو يجمع بين الاثنين. إن التبول النهاري الذي يرافقه تبليل الفراش ليلاً هو حالة نادرة. ولكن ٣٠٪ من الأطفال الذين يعانون من التبول الليلي يظهرون أيضاً تبولاً نهارياً. إن التبول الليلي هو الشائع وقد أجريت الكثير من الدراسات حوله ، كما تم التمييز بين نوعين من التبول الليلي اللاإرادي: الأولي ، يعزى إلى الحالات التي يفشل فيها الطفل بتطوير قدرته على عملية التحكم بالتبول إطلاقاً ، والثانوي ، حيث يفشل الطفل في التحكم بالتبول بعد أن يكون قد مر بمرحلة استطاع فيها ذلك.

حدوث الاضطراب وانتشاره :

يعتبر التبول اللاإرادي من الاضطرابات الشائعة عند الأطفال ، فقد تبين أنه يوجد في الولايات المتحدة الأمريكية ما يقارب من ٣ مليون طفل يعانون من الاضطراب ، تتراوح أعمارهم بين الرابعة والسابعة عشرة . وقد تبين أيضاً أن ٢٠٪ من الأطفال في سن الخامسة ، و ١٠٪ في سن العاشرة ما يزالون يبللون فراشهم ليلاً . وبالرغم من أن الحالة عادة تخف وتقل مع التقدم بالعمر ، إلا أن بعض الأطفال تستمر عندهم الحالة حتى مرحلة الرشد .

العوامل السببية للتبول اللاإرادي :

إن التأخر في القدرة على ضبط التبول ينتج عن عوامل عديدة ، وقد وضعت عدة تفسيرات حول أسبابه . ويمكن إدراج هذه الأسباب جميعها في اتجاهين رئيسيين هما ، السيكدينامي ، والسلوكي - الفيزيولوجي .

فالنظريات السيكدينامية كثيرة ، ولكنها جميعاً تتفق على أن التبول اللاإرادي ، ناتج عن اضطرابات انفعالية ، وأنه يجب التركيز على العلاقة بين التبول اللاإرادي ومؤشرات أو علامات مرضية أخرى عند الطفل . من هنا يرى ويرى أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين التبول اللاإرادي والأعراض المرضية عند الأطفال ، وأن أكثر المصابين به يعانون من مشكلات انفعالية . إن العلاقة السببية بين التبول اللاإرادي والمشكلات الانفعالية لم تظهر في بعض الحالات ، وربما يعزى هذا إلى حالات التبول اللاإرادي الثانوي .

أما النظريات السلوكية الفيزيولوجية ، فتعتبر التبول اللاإرادي ناتجاً عن فشل في التحكم بالإخراج بصورة فعالة ، وتبدو على شكل ضعف في العادة . وركز بعضهم الآخر على الفشل في تطوير المنعكسات الشرطية الضرورية . إن من الممكن الاعتقاد بأن كلا العاملين يتسببان في الاضطراب لأن التعلم وخبرات التدريب تساهم في تطوير عملية الضبط والتحكم الفيزيولوجي . إن العلاقة الدقيقة بين هذه العوامل ليست واضحة ، وربما يكون التفسير المستند إلى النضج هاماً لغاية خاصة في التبول اللاإرادي الأولي حيث لم يكتسب

الطفل بعد التحكم ، إلا أنه غير كاف بالنسبة للتبول اللاإرادي الثانوي الذي يكون فيه الطفل قد اكتسب القدرة على التحكم من قبل . فإذا قلنا إن عامل النضج يلعب دوراً هاماً في التبول اللاإرادي الأولي ، فإن عامل التدريب والتعلم يلعب الدور الهام في التبول اللاإرادي الثانوي . في الواقع تفترض النظرية المستندة إلى عاملي النضج والتعلم مستويات عالية من الضغط النفسي التي تتدخل مع قدرة الطفل على التحكم وضبطه عملية الإخراج . ومع ذلك فإننا بحاجة لمزيد من الدراسات لدعم هذا الافتراض . ولا ننسى أن كلا النظريتين (الدينامية ، والسلوكية العضوية) تركزان على العمق في النوم باعتباره عاملاً هاماً في التبول اللاإرادي الليلي ، ويعني هذا أن الطفل الذي يمر بمرحلة النوم العميق ، يفشل في الاستجابة للإثارة والتحسس بأن مثانته قد امتلأت . وقد دعمت هذه النتيجة من استخدام مقياس النشاط الكهربائي للمخ .

يفترض بعض العلماء أن العوامل الوراثية تلعب دوراً في الاضطراب ، حيث تبين أن ٤٠ - ٥٠٪ من الأطفال المصابين بالاضطراب لهم عائلات يعاني أفرادها مشكلة تبليل الفراش . وقد قدر بيللر أن النسبة تتراوح بين ١٧٪ إلى ٦٦٪ . ومع ذلك فزيادة انتشار التبول اللاإرادي في نفس الأسر ليس دليلاً كافياً على دور الوراثة في الاضطراب ، فقد تتدخل العوامل البيئية والاجتماعية في هذه العلاقة أيضاً .

علاج التبول اللاإرادي :

يتخذ علاج التبول اللاإرادي أشكالاً عدة ، بعضها فعال وبعضها الآخر ليس كذلك ، ومن الطرق غير الفعالة التغذية والحمية ، والحقن الدوائي ، وإجبار الطفل على النوم على ظهره أو على فراش قاسي . أما أكثر الطرق المستعملة في معالجة الاضطراب حالياً فهي تقنيات العلاج الدوائي ، والأشراط ، والعلاج النفسي السلوكي .

لقد بين بعض العلماء أن هناك أكثر من ٥٠٠ دواء يستعمل في معالجة التبول اللاإرادي ، وأن نتائجها متباينة . إلا أن أكثر هذه الأدوية استعمالاً هو

الأميرامين Imipramine (توفرا نيل Tofranil) ومضادات الاكتئاب ، وقد أثبتت هذه الأدوية فعاليتها في معالجة الاضطراب. أما بالنسبة إلى الطرق السلوكية الشائعة ، فهي استعمال جهاز الجرس الذي طوره مورر Morer (٨٣٩١) والمتوفر الآن في الأسواق ، والذي بلغت نسبة الذين تحسنت حالتهم به ٧٥٪ ، ونسبة ٨٩٪ استفادوا منه بدرجة ما .

من الطرق السلوكية في علاج التبول اللاإرادي: التدريب على الضبط والتحكم الذاتي ، وتعزيز قدرة الطفل وضبطه وكفه التبول كلما طالت فترة احتفاظه وسيطرته. وبالرغم من أن بعضهم بين أنها أقل فعالية من طريقة الجرس والإنذار ، إلا أنها مفيدة في معالجة التبول اللاإرادي النهاري. وهناك طريقة إيقاف الطفل في فترات معينة في الليل ، والتدريب على الاستيقاظ والخروج ، والتعزيز الإيجابي حين يستيقظ ويخرج ليلاً ، وعدم شرب السوائل قبل النوم.

التبرز اللاإرادي: وصف الاضطراب وتشخيصه:

إن مصطلح التبرز اللاإرادي Encopresis يعزى إلى صعوبة التحكم بعملية التبرز بعد سن الثالثة والرابعة من العمر. ففي هذه السن ، يوجد ٧٠٪ من الأطفال الأسوياء الذين اكتسبوا قدرتهم على ضبط التحكم بالتبرز. أما إذا استمر الفشل في ذلك لما بعد سن الرابعة ، فتعتبر الحالة مرضية ، وانحرافاً عن النمو السوي. إننا نعتمد المعيار التشخيصي ولوحته السريرية كما وضعها الدليل التشخيصي ، وهي كما يلي:

١ - التبرز اللاإرادي هو الإخراج غير الإرادي والمتكرر للبراز في الأمكنة غير المناسبة بالنسبة للرد ولمستواه ، ولبئته الاجتماعية.

٢ - يظهر على الأقل لمدة شهر بشكل متواصل بعد سن الرابعة.

٣ - لا يعزى إلى أي اضطراب عضوي آخر كالاضطرابات الهضمية مثلاً.

يشير بعض العلماء إلى نوعين للاضطراب: المستمر المتواصل ، وغير المستمر.

فالتبرز اللاإرادي المستمر ، لم يكتسب أو يتعلم فيه الطفل إطلاقاً القدرة

على التحكم والسيطرة على عضلاته العاصرة. أما التبرز اللاإرادي غير المستمر فقد تعلم الطفل ومر بمرحلة تدرب فيها على التحكم ، إلا أنه يعاني بعد ذلك من فقدان القدرة على السيطرة وضبط عضلاته العاصرة. (يمكننا أن نلاحظ أن هذين النوعين يماثلان ويقابلان التبول اللاإرادي الأولي والثانوي).

أما عن نسبة حدوث الاضطراب وانتشاره ، فبالرغم من أنه يقل مع التقدم بالسن ، إلا أن كل حالة فردية لها خصائصها المميزة ، وبحاجة إلى دراسة خاصة ، ومع ذلك بينت الدراسات أن هذا الاضطراب ينتشر بنسبة ٨٪ من الأطفال في سن الثالثة ، وأقل من ١٪ عند الأطفال بين سني العاشرة والثانية عشرة.

العوامل العضوية والإخراج :

بالرغم من أن الدليل التشخيصي كما وضع في لوحته السريرية ، إن اضطراب الإخراج اللاإرادي ، لا يعزى إلى أي مرض عضوي ، إلا أن أية خطوة على المعالج عملها ، هي الفحص والتأكد من عدم وجود أي عامل عضوي. فقد تحدث مثل هذه الحالة بسبب خلل أو عطب في القناة الشوكية Spinal Canal ، أو التهاب في النخاع الشوكي . إن مثل هذا الفحص العضوي للطفل ضروري لعدة أسباب أخرى ، أهمها أن بعض هذه الحالات تظهر عند الطفل الذي يعاني تضخماً أو توسعاً في القولون.

العوامل السببية للتبرز اللاإرادي :

تركز بعض التفسيرات على العوامل الدينامية في حدوث التبرز اللاإرادي ، فيقول دوليز: إن الاضطراب هو علامة أو عرض لصراعات أساسية لم تجد حلاً ، كما يركز على فقدان الحب الأبوي ، ومشاعر الذنب ، وقلق الانفصال ، والخوف من فقدان البراز ، والرغبة في الحمل ، واستجابة للتفكك الأسري ، وانفصال درامي عن الأم بين المرحلتين الفموية والشرجية . كما يشدد دولي على الصراع والنضال من أجل القوة بين الوالد والطفل ، الذي نتج عن التدرب على الإخراج . عموماً هناك القليل من الدراسات التي تربط الصراعات اللاشعورية بالتبرز اللاإرادي ، كما لا يوجد دليل على أن الأطفال

المصابين بهذا الاضطراب يواجهون صعوبات نفسية تختلف عن الأسوياء .

أما التفسير السلوكي للاضطراب فيشدد على أسلوب التدريب غير المناسب على الإخراج ، وفقدان المعززات الاجتماعية والبيئية للتدريب الصحيح . إن وجهة النظر التي تربط النضج بالتعلم ذات أهمية خاصة في هذا السياق لأنها تساعد في فهم نمو الاضطراب . إننا نفترض أن تعلم السلوك المناسب هو مهارة معقدة تتطلب درجة كافية من النضج البيولوجي العضوي للتحكم بالتبرز وكذلك وبنفس الدرجة تعلم وتدريب التحكم بالإخراج المناسب . وبالرغم من أن هذا التفسير صحيح بالنسبة للتبول اللاإرادي ، فإنه أكثر أهمية بالنسبة للتدريب على الإخراج .

علاج التبرز اللاإرادي :

يشدد المعالجون النفسيون أصحاب الاتجاه الدينامي على أن التبرز اللاإرادي هو عرض مرضي لصراعات واضطرابات انفعالية داخلية ، وأنه لذلك يجب اتباع العلاج النفسي الفردي في التعامل مع الحالة . إلا أنه لا توجد دراسات تؤكد فعالية هذه المعالجة الدينامية . إن بعضهم الآخر يركز على التقنيات السلوكية وخاصة الأشرط الإجرائي والتعزيز الإيجابي للسلوك السوي في الإخراج والتدريب ، وغالباً ما تستخدم عدة تقنيات مع بعض . وقد ثبتت فعالية الأشرط الإجرائي في المعالجة .

الأمراض المزمنة في مرحلة الطفولة :

سنركز على الدور الذي تلعبه العوامل النفسية الاجتماعية في المرض السيكوسوماتي والعضوي ، هذا الدور الذي يظهر من خلال تطور المرض وتعبده وجعله مزمناً . ومن المعروف أن الضغوط النفسية تلعب دوراً بارزاً في المرض الجسمي وتساهم في تعبده ، ويعود هذا إلى تأثير عوامل الفرد والاسرة وما يرافقها من مشكلات . سنبحث في ثلاث نماذج من هذه الاضطرابات ، هي السكري ، ومرض الكلية ، والسرطان .

السكري عند الأحداث :

إن السكري Diabetes اضطراب في الغدد (في غدة البنكرياس) يحدث عند الأطفال بنسبة ١٪ من الأطفال والمراهقين (الأحداث ، أي من لم يبلغ الثامنة عشرة من العمر). ويتصف هذا الاضطراب بقلة إنتاج الأنسولين من غدة البنكرياس ، حيث يصعب استعمال الغلوكوز (السكر) الضروري وتمثله وفقاً لوظائف الجسم وما يحتاجه منها. ويرافق الاضطراب أعراض عديدة مثل: فقدان الوزن ، عطش مستمر ، كثرة التبول ، التعب والإرهاق ، مستويات غير طبيعية للسكر في الدم. وقد يحتاج المريض الدخول للمشفى ويتطلب العلاج فترة زمنية طويلة حتى يتم الحفاظ على المستويات الطبيعية للأنسولين.

أما عن مصادر الضغوط النفسية المسببة للاضطراب فهي عديدة منها :

١ - على العكس من الأنماط الأخرى للسكري عند الراشدين ، فإن الأطفال يخضعون لاتباع نظام حمية صارم من أجل الحفاظ على مستوى السكر في الدم. ويجب أن نحدد ماذا يجب على الطفل تناوله من طعام سواء يتفق مع رغباته أم لا. وللتأكد من جرعات الأنسولين التي يحتاج إليها الجسم (والتي تختلف استناداً لعوامل عديدة مثل النشاط والممارسة والحمية والصحة العامة ومستوى الضغط) فإن عليهم مراقبة مستويات السكر من خلال الفحص المتكرر للتبول ولتجنب ارتفاع مستوى السكر بالدم.

٢ - الموضوع الآخر المتعلق ببداية السكري عند الأحداث ، هو أن الاضطراب قد يؤدي إلى العديد من المشكلات والشكاوى قد لا تظهر إلا بعد سنوات من الإصابة بالمرض وتطوره. من هذه الشكاوى: العمى أو ضعف البصر ، خلل في عمل الكلي ، مشكلات قلبية وعائية ، صعوبات في جهاز الدوران. ونتيجة لهذه المشكلات قد تقصر حياة المريض ويموت. وحتى لو لم تحدث هذه المشكلات في الطفولة ، فإن توقع الإصابة بها أو حدوثها قد يخلق اهتماماً متزايداً عند الطفل. ويجب التأكيد على دور الوالدين في استجابتهما وتعاملهما للطفل المريض ، واتباعه العلاج الدوائي بنظام ، لأن مثل هذه المعاملة والمسؤولية تلعب الدور الهام في التكيف مع حالته الانفعالية.

المرحلة الأخيرة من مرض الكلى :

هناك عدد من العوامل المسببة بعضها مكتسب وبعضها متعلق بالحمل يمكن أن تؤدي إلى عجز الكلى عن أداء وظيفتها في تنقية الدم من المواد الضارة . ففي بعض الحالات يكون عجز الكلى جزئياً ويمكن علاجه دوائياً ، وفي حالات أخرى يكون من الضروري اللجوء إلى الجراحة ووضع أدوات اصطناعية للقيام بهذه المهمة . وعندما تضعف وظيفة الكلى بدرجة كبيرة فإن من الصعب العودة إلى الوضع الطبيعي والقيام بوظيفتها السوية ، هذه الحالة تسمى المرحلة الأخيرة من مرض الكلى and-stage renal disease . إن هذا الاضطراب قليل الحدوث عند الأطفال والمراهقين ، ونسبة حدوثه هي ١ إلى ٣ لكل مليون طفل ومراهق .

إن علاج هذا الاضطراب يعتمد على مرحلتين ، ولكل منها صعوباتها وضغوطاتها . سنتحدث عن العلاج بالديليزة ، ونقل الكلى بالتبرع .

الديليزة Dialysis (غسل الكلى الاصطناعي) : هو جهاز اصطناعي يوضع في الكلى ويستعمل لتصفية الدم وتنقيته من المواد السامة والضارة . ويخضع الطفل لهذه الديليزة ثلاث مرات بالأسبوع لمدة ثلاث ساعات في الجلسة . وهذا الإجراء ضروري حتى يتبرع شخص ما للمريض بكليته (ويستغرق هذا العمل سنوات ، وإذا لم يتبرع شخص ما للطفل المريض بكليته بسبب بعض الشروط العضوية الخاصة بالجسم ، فإن عملية الديليزة تستمر طوال العمر . وهناك ضغوط نفسية أخرى ترافق الاضطراب وعملية الديليزة مثل ضعف النمو عن حده الطبيعي وبقاء الطفل في المستويات الدنيا والمتأخرة من النمو السوي وخاصة النمو الجنسي . وهناك اضطرابات سيكوسوماتية ترافق الحالة مثل : ارتفاع ضغط الدم ، والتوتر الشرياني ، وفقر الدم ، والدوخة والغثيان ، والموت هو الاحتمال الأخير . ومع أن الأطفال الذين لا يمكن نقل كلى لهم (من شخص آخر) يستمرون بإجراء الديليزة والغسيل فترات طويلة ، فإن بقاءهم خمس سنوات كحد وسطي ، وهذا الأمر يتراوح بين ٧٠ - ٩٠٪ من الأطفال الذين دخلوا المشفى .

أما نقل الكلى بالتبرع Transplantation فإن أكثر الحالات يكون التبرع

هو الحل الأخير فيها . ومع أن الحصول على كلى جديدة يساعد في تجنب الألم الناتج عن عملية الدليزة ، إلا أن نقل الكلى يرافقه ضغوطات ومخاطر ونتائج كثيرة يجب مواجهتها .

١ - يجب إيجاد الكلية الفعالة والمناسبة . ومع أن هذا ليس بالأمر الصعب لأن من الممكن إيجاد قريب يتبرع للطفل بكليته وتتجانس النسيج وفصيلة الدم . إلا أن الطفل قد يقلق وينشغل بشأن القريب المتبرع بكليته كهدية وهبة ، فإن الطفل يبقى مشغولاً وقلقاً حول رد هذه الهدية له . وفي الحالات التي يتعرض فيها المتبرع للهزال والضعف الجسمي والنفسي ، يواجه الطفل مشكلة التكيف مع هذه الحالة ، مما يخلق عند مشكلات انفعالية .

٢ - على الطفل بعد نقل الكلى الجديدة له ، أن يأخذ الأدوية لوقاية جسمه من مؤثرات الجسم الجديدة ، وقد يكون لهذه الأدوية تأثيرات جانبية أيضاً من أهمها ضعف جهاز المناعة مما يجعل الجسم عرضة للعدوى والمرض .

٣ - من وجهة نظر نفسية ، يحدث بطء في النمو ، وسمنة أو نحافة ، وهذه النتائج لها آثارها الخطيرة في نظرة المراهق إلى نفسه ومفهومه عن ذاته .

التساؤل الآن عن الأثر الذي تتركه الدليزة ونقل الكلى على كل من الطفل والاسرة . للأسف هناك قلة في المعطيات المتعلقة بهذا الجانب . ومن بين الدراسات التي فحصت الآثار الطويلة الأمد للدليزة على الطفل والمراهق ، أن هناك عدداً من المشكلات التي تنتج عنها وخاصة التهيج والحساسية والاكئاب وضعف العلاقات الاجتماعية ، والالتكالية الزائدة . أما الآثار النفسية التي تخلقها عملية نقل الكلى إلى الطفل فقد درست من خلال تطبيق اختبارات للشخصية وخاصة اختبار كاليفورنيا للشخصية (CTP) الذي يقيس المستوى العام للتكيف عند المريض ، ومقياس بيرز هارس (PHS) لقياس درجة تقدير الذات . تبين أن المرضى يعانون من مستوى تكيف منخفض ، ومستوى متدن من تقدير الذات ، بسبب البقاء الطويل الأمد بالمشفى لإجراء الغسيل أو الدليزة ، وبسبب الآثار الجانبية للأدوية التي يتناولها المريض بعد نقل الكلية

الجديدة له . وقد شدد بعض العلماء على الشكاوى الجسمية التي يعانيها الطفل بعد نقل الكلية الجديدة له مما يؤثر في الأسرة أيضاً.

السرطان عند الأطفال :

يعتبر السرطان من الأمراض المزمنة عند الأطفال ، ويخلق شكاوى ومشكلات نفسية عديدة أيضاً . كما أن العوامل النفسية تلعب دوراً هاماً في تطوره وبلوغه درجة عالية من التعقيد وجعله مزمناً . وعند تشخيص الاضطراب يتم اتباع العلاج الجراحي أو الشعاعي أو الكيماوي أو جميعها معاً . ولهذه الطرق العلاجية آثارها النفسية الخطيرة أيضاً . فإذا كان الورم السرطاني خبيثاً من النوع الذي ينتشر بسرعة ، فإن الجراحة وبتر الجزء المصاب يكون ضرورياً لإيقاف انتشاره . وفي حالة ورم المخ الخبيث (سرطان المخ) فإن جراحة المخ ضرورية لمنع تطوره . إلا أن هذا الإجراء نفسه يترك آثاراً عصبية خطيرة على الدماغ . من جهة ثانية فإن العلاج الشعاعي للجهاز العصبي قد يترك آثاراً خطيرة على المدى البعيد وخاصة العمليات المعرفية العقلية العليا (كالإدراك والتفكير والذاكرة والمحكمة) أما العلاج الكيماوي فيطبق في أنواع محدودة من السرطانات ، مما يخلق أعراضاً كثيرة مثل الدوخة والإقياء ، وكره الطعام ، ومن الصعب دفع الطفل للأكل مما يعرضه لسوء التغذية والنحافة . والعلاج الكيماوي يترك آثاراً أخرى مثل سقوط الشعر الذي يخلف آثاره النفسية الخطيرة عند الطفل والمراهق .

من الواضح أن أخطر الآثار النفسية هو مدى إمكانية انتهاء المرض ، وتقبل الوالدين لموت الابن المصاب . فالأهل الذين يواجهون حقيقة موت الابن والطريقة التي يتواصلون فيها معه وفقاً لخطورة الحالة . وعلى الطفل أن يتكيف مع الموقف . وقد بين العالم كوشر (Koocher 1983) أن الطفل يتعرض للعديد من المشكلات الانفعالية الخطيرة مثل : القلق المتزايد ، فقدان الشهية ، الأرق ، العزلة الاجتماعية ، التبلد واللامبالاة ، التناقض الوجداني ، والمشاعر المتناقضة تجاه الوالدين والآخرين المهتمين بالطفل . مثل هذه المشكلات ليست نادرة الحدوث أيضاً عند الوالدين وأعضاء الأسرة

الذين يتوقعون موت الطفل في أي وقت .

كيف نتعامل مع المرض المزمن :

يجب أن نلاحظ كما تبين معنا من هذا العرض أن المرض المزمن يوجد بسبب عدد من العوامل والضغط النفسية كما يخلق عدداً من المشكلات النفسية التي تؤثر في الطفل المريض وفي أفراد أسرته . مثل هذه المشكلات والضغطات تحدث في العديد من الاضطرابات المزمنة والسيكوسوماتية مثل الربو والسكري والقرحة . ففي كل هذه الأمراض على الطفل المريض أن يتكيف مع المشكلات الناتجة ، وخاصة منها تقييده وعدم ممارسته الأنشطة المعتادة ، والدخول للمشفى والابتعاد عن أفراد الأسرة ، والعلاج الذي يؤلم لطفل أحياناً ، وكذلك توقع الموت (كما في السرطان) . فبالنسبة للوالدين اللذين يرعيان الطفل ، كل هذه المشكلات تؤثر فيهم يضاف إليها الضغوط النفسية الناتجة عن فكرة أنهم يملكون طفلاً مريضاً ، فعليهم أن يتعاملوا مع الأمور العملية المرتبطة بالمرض ، وأن يتكيفوا معها ، منها مثلاً دفع أجور المعالجة ، وكيفية إجراء الرعاية وتطبيقها بنظام .

إن من أكثر المشكلات الواقعية التي يواجهها الأهل ، هي المرحلة الأخيرة للمرض (التي تسبق الموت المحتم) والتي عاشها وخبرها العالم النفسي جونسون Johnson لطفلة عمرها تسع سنوات بلغت هذه المرحلة . فقد عاشت أسرة الطفل في قرية صغيرة تبعد مسافة ٤ ساعات عن مركز علاجها الطبي . وقد بين التقويم الطبي الإكلينيكي أنه على الرغم من أن الطفلة قد خضعت لعملية الدليزة والغسيل ونقل كلية لها ، فإن الدليزة كانت ضرورية لعدة أشهر أخرى . وبسبب عدم وجود أحد الأقارب الذي يمكنه أن يقدم المساعدة في العلاج ، يجب أن تبقى في المشفى حيث يتم إجراء الغسيل لها ٣ مرات أسبوعياً لمدة ٤ ساعات تقريباً . وحين تغادر المنزل متجهة إلى المشفى من أجل الدليزة والغسيل ، كان على الأم والطفلة أن يسافرا مسافة تستغرق ٨ ساعات كل يوم ، وثلاثة أيام بالأسبوع . وقد قرر أن عليهما أن يستأجرا غرفة بالمدينة من أجل إتمام العلاج ، في حين بقي الأب في المنزل يتابع عمله . إن هذا الإجراء لا يخلق

صعوبات مادية بالنسبة للأسرة فقط ولكنه يخلق مشكلات نفسية أيضاً مثل انفصال الأم وال بنت عن الأب والمنزل . وبالرغم من صعوبة شرح الدراسات المتعلقة بالعوامل المؤثرة في التكيف مع المرض المزمن ، فإن نظرة سريعة لما قدمه العالم كليمان ، يعطينا مثلاً جيداً على ذلك . فقد درس كليمان Cleman الصعوبات والضغوط النفسية المرتبطة بالمرض المزمن التي يواجهها المرضى وعائلاتهم ، ولاحظ أن هناك عدداً من المتغيرات والعوامل التي تؤثر في تعاملهم ومواجهتهم للموقف بكامله ، من هذه العوامل : نمط التفكير عند الطفل والأهل ، ودرجة تعقد المرض وإزمائه ، واتزان الأسرة وثباتها ، فهذه كلها تؤثر في كيفية استجابة كل فرد منهم ، ورد فعل الطفل المريض أيضاً . إن مساعدة الأسرة في التعامل مع المشكلات التي يخلقها المرض المزمن للطفل ، وكيفية مواجهتها ، يعتبر جزءاً هاماً من العلاج . كما أن المهارة في التعامل يرافقها التعاطف الوجداني والدعم الاجتماعي ، سنداً ودعماً هاماً للعلاج النفسي ، وله آثاره الإيجابية في عملية التواصل والمساعدة الناجحة .

نشوء علم نفس طب الأطفال كفرع جديد مستقل :

كما تبين لنا من هذا العرض في هذا الفصل فإن علماء النفس والصحة النفسية الذين يهتمون بالطفل ويدرسونه ، لم يقتصروا على المشكلات والموضوعات المتعلقة بصحة الطفل النفسية التقليدية (كالاضطرابات النفسية عند الأطفال) بل يساعدون ويعملون على دراسة المشكلات الجسمية . من هنا نقول إنهم يدرسون الطفل من الناحيتين : الصحة النفسية والصحة الجسمية . وهذا العمل يقوم به عالم نفس يمارس عمله الإكلينيكي في قسم طب الأطفال بالمركز الطب . من هنا تبدو الصلة بين عالم النفس وطبيب الأطفال كما تفرضها الممارسة العلاجية ، وبذلك يكون عالم النفس الإكلينيكي الذي يكون موضوعه الأطفال يهتم بشكل كبير بطب الأطفال ، وعليه دراسة هذا الفرع ، والعكس صحيح بالنسبة لطبيب الأطفال . إن هذا الاهتمام المتزايد من قبل علماء النفس بالطفل ، قد عكس الوعي المتزايد بأن المشكلات المتعلقة بالصحة الجسمية ، يجب التعامل معها ومواجهتها بمختلف الطرق والتقنيات

ومنه التقنيات والأساليب النفسية خاصة ، والتركيز على العوامل والمتغيرات النفسية والاجتماعية للاضطراب . هذا الوعي ، قد أدى إلى مزيد من التخصص وظهور فروع وتخصصات علمية دقيقة مثل الطب السلوكي Behavioral Medicine ، وعلم النفس الطبي Medical Psychology ، وعلم نفس الصحة Health Psychology وبالنسبة لعلم النفس الإكلينيكي أو السريري الذي يكون موضوعه الأساسي الطفل ومعالجة مشكلاته ، ظهر فرع جديد هو علم نفس طب الأطفال Pediatric Psychology الذي فرضته الحاجة العملية للاهتمام بالطفل بكل جوانبه وخاصة اهتمام عالم النفس الإكلينيكي بالمشكلات النفسية الناتجة عن المرض الجسدي عند الأطفال ، كما بينا في هذا الفصل . ويمكننا أن نحدد الملامح المميزة لهذا الفرع الجديد بما يلي :

١- علم نفس طب الأطفال ، يرتبط بدرجة وثيقة بعلم نفس الطفل الإكلينيكي ، وقد أدخلت الجمعية الأمريكية النفسية فرع علم نفس طب الأطفال باعتباره تخصصاً فرعياً ضمن علم نفس الطفل الإكلينيكي ، وذلك كله ضمن الفرع العريض علم النفس الإكلينيكي أو السريري .

٢ - علم نفس طب الأطفال هو فرع من فروع علم النفس الطبي وعلم نفس الرعاية الصحية . حيث يهتم عالم نفس طب الأطفال بالصحة الجسمية ، والمرض ، والعلاقة بين العوامل النفسية والصحة الجسمية . إن الصحة هي المفهوم العام الشامل الذي يشمل الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية ، كما عرفت منظمة الصحة العالمية (عبد الله ١٩٩٧) .

٣ - يعمل المتخصص بعلم نفس طب الأطفال أساساً في الجلسات الطبية والرعاية الصحية الأولية ، وقد تكون في المستشفى أو في العيادة أو في مركز نمو الطفل أو في مؤسسة للرعاية الصحية . هذه الجلسات الطبية ليست طب نفسية أساساً ، ولكن ما يميز عمل المتخصص في علم نفس طب الأطفال هو :

- لعالم النفس الدور والحضور الأول بالنسبة للمريض وليس المرجع الأخير .

- إن المشكلات تبدو في المراحل الأولى للنمو وقبل أن تتجه نحو مزيد من التعقيد والخطورة.

- تضم المشكلات أنواعاً عديدة ، وهي على درجات ومستويات وفقاً للأمراض الجسمية التي يعانيها الطفل .

- التقويم التشخيصي والمداخلة العلاجية ، هي في الأساس نفسية وليست طبي نفسية .

- عالم نفس طب الأطفال ، يرى أكثر المرضى ويقضي أطول الوقت مع مرضاه كما يتواصل معهم بدرجة تفوق أي اختصاصي آخر .

- عالم نفس طب الأطفال يقوم بأدوار عديدة وهامة ، منها دور المرشد ، والمشخص ، وأخصائي القياس ، ودور المعالج ، والباحث ، ومصدر للمعلومات عن الحالة .

من خلال النظر لهذه الصفات التي تميز عالم نفس طب الأطفال ، يمكننا أن نرى أن الموضوعات التي تحدثنا عنها في هذا الفصل ، والمتعلقة بأثر العوامل النفسية ودورها في المرض الجسدي العضوي ، وكذلك آثار هذا المرض على الطفل وأسرته ، يدخل كله ضمن هذا التخصص الجديد المسمى علم نفس طب الأطفال .

* * *