

اضطرابات النوم عند الأطفال والمراهقين الدليل العملي صموئيل كورتيس، أنا ايفانينكو، أوجوال رامتيكار، ماركو انغريمان

مراجعة د. هشام حمودة

ترجمة د. هيلين سليمان

برناردو ستروزي : الطفل النائم ريزيندز غليري سالزيرج (ويكيا بينتنيغز)

صاموئيل كورتيز.. مستشفيات جامعة كامبردج
NHS مؤسسة الثقة قسم الطب النفسي، معهد
الصحة النفسية جامعة نوتنغهام، نوتنغهام
المملكة المتحدة

أنا ايفانينكو MD دكتوراه قسم الطب النفسي
والعلوم السلوكية جامعة نورث ويسترن
، شيكاغو إلينوي، الولايات المتحدة الأمريكية

أوجوال رامتيكار MD قسم الطب النفسي
، مستشفى الرحمة للأطفال، سانت لويس
، ميسوري، الولايات المتحدة & كلية الطب
الحكومية .



يهدف المنشور إلى تدريب المهنيين المختصين بممارسة أو التدريب في مجال الصحة النفسية وليس للجمهور العام.. الآراء المطروحة تعرب عن آراء المؤلفين وليس بالضرورة عن وجهة نظر المحرر أو الجمعية العالمية لطب نفسي الأطفال والمراهقين.. يسعى هذا المنشور إلى وصف أفضل العلاجات والممارسات القائمة على الأدلة العلمية المتاحة في وقت كتابة التقرير كما قيمها المؤلفون والتي قد تتغير نتيجة أبحاث علمية جديدة.. على القراء تطبيق هذه المعلومات على المرضى وفقا للأدلة التوجيهية وقوانين البلد الذي تطبق فيها.. بعض الأدوية يمكن ان تكون غير متوفرة في بعض البلدان وينبغي للقراء استشارة جهات المعلومات الدوائية المختصة لأنه ليست كل الجرعات والآثار الجانبية مذكورة.. يمكن الرجوع للمنظمات والمنشورات والمواقع الإلكترونية المذكورة داخل المنشور كمصدر للمزيد من المعلومات ولكن هذا لايعني ان المؤلف أو المحرر أو الجمعية العالمية لطب نفسي الأطفال والمراهقين يؤيدون المضمون أو التوصيات والتي ينبغي على القارئ تقييمها بشكل حاسم . هذا وقد تتغير المواقع الإلكترونية أو تختفي نهائيا.

هذا المنشور للجمعية العالمية لطب نفسي الأطفال والمراهقين ٢٠١٤.. وهو منشور مفتوح الوصول اليه تحت رخصة المشاع الإبداعي غير التجارية. يسمح باستخدامه وتوزيعه أو استنساخه دون اذن مسبق بشرط ذكر العمل الأصلي بشكل صحيح وعدم استخدامه بغرض تجاري .

اقترح الإقتباس: كورتيزS... ايفانكوA... راميكنا U وانغريمانM.. اضطرابات النوم في الأطفال والمراهقين ..الدليل العملي .. راي JM ، الجمعية العالمية لطب نفسي الأطفال والمراهقين، المرجع الإلكتروني للصحة النفسية للأطفال والمراهقين ..الجمعية الدولية لطب نفسي الطفل والمراهق والمهن المرتبطة به ٢٠١٤ .

منذ أكثر من ٢٠٠٠ سنة، وقد عرف الشاعر والفيلسوف الروماني لوكريتيوس النوم على انه "غياب اليقظة" (Chokroverty، 2009). وظلت فكرة النوم كمفهوم يتميز بتعليق الوظائف الارادية هي السائدة حتى القرن ال١٩.

طب النوم الحالي أعطى مفهوم للنوم ليس فقط بوصفه غياب بسيط لحالة اليقظة والإدراك أو تعليق العمليات الحسية ولكنه نتيجة لمزيج من الانسحاب السلبي من المحفزات الواردة إلى الدماغ وتفعيل وظيفي لبعض الخلايا العصبية في مناطق محددة في الدماغ. ...على هذا النحو، يعتبر النوم عملية ايجابية وليست عملية سلبية. ..وعلى الرغم من التقدم الملحوظ في مجال طب النوم في القرن الماضي، فإن الجواب على هذا السؤال: لماذا ننام؟ لا يزال بعيد المنال. ومع ذلك، كمية كبيرة من الأدلة التجريبية تبين أن التغيرات في كمية النوم أو كفاءته لها تأثيرها على الوظائف المعرفية، الوجدانية، وبشكل أعم على الوظائف النفسية.... ولذلك فإن فهم صحة المريض يشمل النظر في حالة المريض نائما وكذلك مستيقظا...

ويعد هذا الفصل بمثابة دليل عملي لمساعدة الأطباء على التعرف وتشخيص وإدارة اضطرابات النوم الأكثر شيوعا في الأطفال والمراهقين وفقا للأدلة التجريبية المتوفرة أو التجارب السريرية.. بدلا من النظرة العامة الشمولية عن علم النوم في طب الأطفال.... ومع ذلك وقبل مناقشة الاعراض وكيفية التعامل مع اضطرابات النوم الأكثر أهمية في الأطفال، سوف نبدأ بمقدمة عن المبادئ الأساسية للنوم وطب النوم لكي.. يؤدي إلى فهم أفضل لاضطرابات النوم. وأخيرا من أجل القراء المستهدفين الذين يوجه لهم هذا الفصل، سوف نناقش بعض القضايا المتعلقة بطب النوم لدى الأطفال في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

النوم الطبيعي لدى الأطفال والمراهقين.. تعريف النوم:

حالتى النوم (واليقظة) يمكن تعريفهما بناء على معايير سلوكية وكذلك فسيولوجية... الأولى تشمل الوضع، والحركة، الاستجابة للمحفزات ..ومستوى اليقظة ،حركة العين وحالة الجفون(الجدول 1.4.1). واما الثانية فتعتمد على المعلومات التي نحصل عليها من دراسة كهربية المخ والعضلات (EEG)، (EMG) لتقييم قوة العضلات، ومن تخطيط كهربية العين، لتسجيل حركات العين (الجدول 1.4.2).

الجوانب الفسيولوجية العصبية الأساسية:

بناء على تخطيط كهربية المخ، كهربية العضلات ، وتخطيط كهربية العين، تم تحديد أربعة مراحل طبيعية للنوم (الجدول 1.4.3 والشكل 1.4.1). في الفرد ، حركة العين غيرالسريعة (NREM) وحركة العين السريعة (REM) مراحل متناوبة بطريقة دورية، كل دورة نوم تدوم في المتوسط من ٩٠-١١٠ دقيقة. ...لوحظ انه خلال فترة النوم العادية في البالغين، يمر الفرد بعدد ٤-٦ دورات للنوم مثل هذه الدورات (الشكل 1.4.2). من المهم أن نكون على بينة من هذا التناوب لأن بعض الأنشطة الحركية غير الطبيعية ترتبط بشكل مميز مع مراحل حركة العين غير السريعة او السريعة NREM أو REM .

يشير مصطلح الهيكل العظمى للنوم الى وصف النوم من حيث حالة (اليقظة مقابل النوم)، مراحل، ودورات النوم (REM / NREM)، كفاءة النوم (وقت النوم مقسوما على إجمالي الوقت في السرير)...والكمون الى النوم (الوقت المنقضي إلى مرحلة النوم الأولى).

ومستشفى سوبرزيبسيالتي،
ناجبور، الهند

تضارب المصالح: لا شيء

معلن

ماركو أنغريمان

علم أعصاب الأطفال و

وحدة التأهيل العصبي،

مستشفى المركزي بولزانو،

إيطاليا

تضارب المصالح: لا شيء

معلن

هل لديك اسئلة ؟

تعليقات ؟

[اضغط هنا للذهاب](#)

[إلى صفحة مراجع](#)

[الفيس بوك](#)

[للمشاركة برأيك عن](#)

[هذا الفصل مع](#)

[القراء الآخرين](#)

[ويمكنك توجيه](#)

[الأسئلة إلى المؤلف](#)

[أو الناشر ووضع](#)

[تعليقات](#)

الجدول 1.4.1 المعايير السلوكية لليقظة والنوم.....		
مرحلة حركة العين السريعة REM	مرحلة حركة العين غير السريعة NREM	الخصائص
مستلقي	مستلقي	الوضع
-انخفاض متوسط او غير متحرك . -احتمال حدوث رعشات عضلية فجائية	انخفاض قليل او غير متحرك	الحركة
انخفاض الاستجابة بدرجة متوسطة او فقدان الاستجابة تماما	انخفاض الاستجابة بدرجة قليلة او متوسطة	الاستجابة للمحفزات
لا وعي (عكسية)	لا وعي (عكسية)	درجة الوعي
مغلقة	مغلقة	الجفون

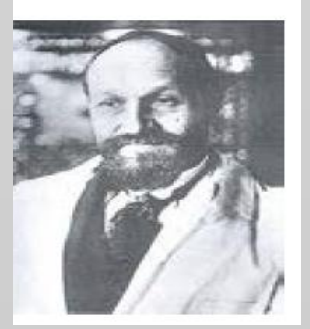
مقتبسة من (Chokroverty 2009)

وتتضمن هيكله النوم الصغرى ظواهر اكثر دقة مثل:

- الإستنارات (أحداث عابرة تؤدي إلى تجزئة النوم دون صحة سلوكية) .
- نمط التناوب الدوري (إيقاع ذاتي يوجد في مرحلة حركة العين غير السريعة في النوم (NREM) تتميز بالنشاط الدماغي الدوري مع تتابع عملية تنشيط كهربى لقشرة المخ [المرحلة أمن دورة] التي يمكن تمييزها عن خلفية التخطيط الكهربائي للمخ EEG [المرحلة ب من دورة] مما يسمح بالتحديد الكمي لتأرجح لفترات اليقظة .
- مغازل النوم (رشقات من موجات دماغية بتردد من ١٢-١٤ هرتز، خلال المرحلة ٢)،
- مجموعة K (مجموعة موجات مختصرة سالبة عالية الجهد يتبعها موجات ايجابية واخيرا موجه بذروة سالبة) لشكل

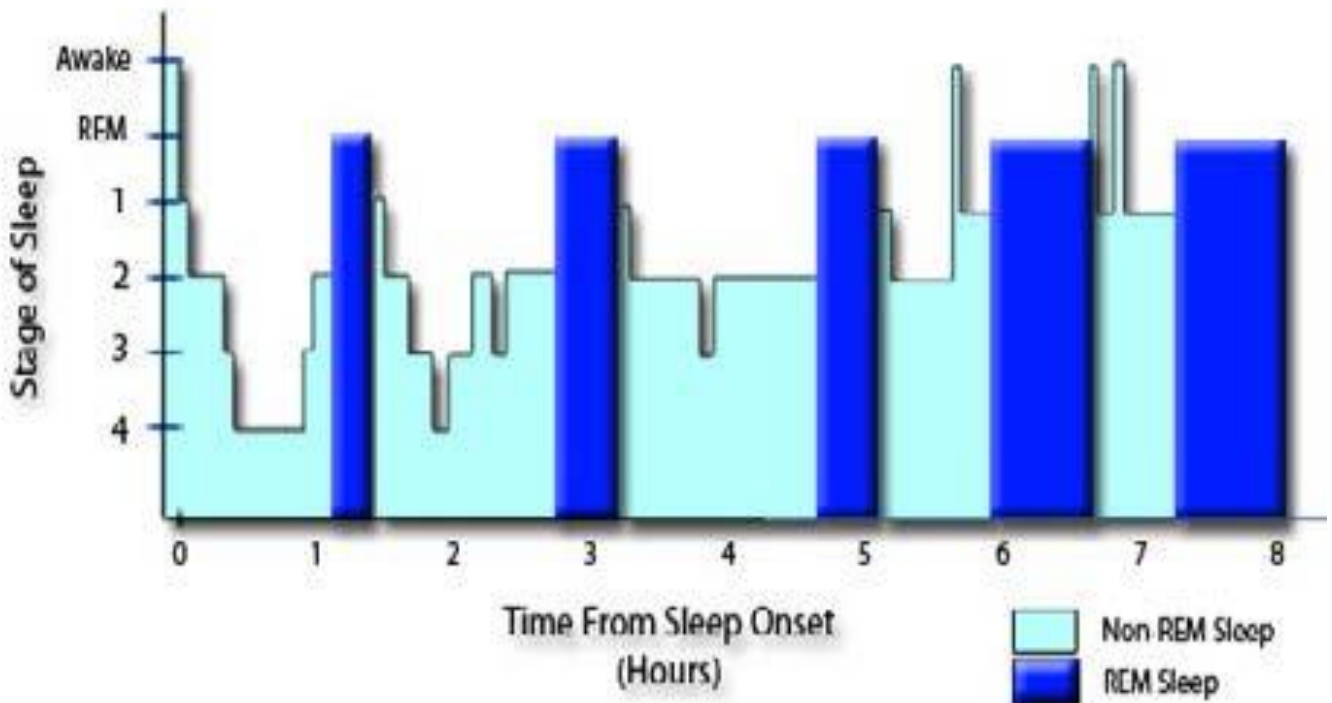
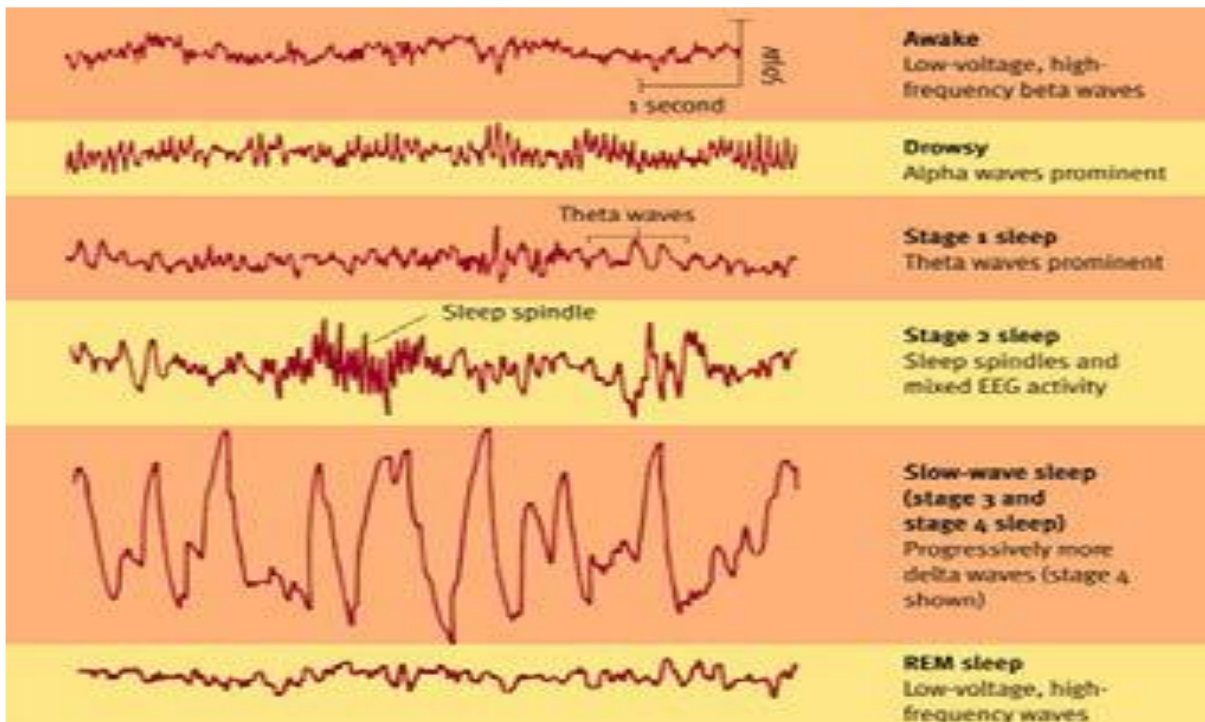
الجدول 1.4.2 المعايير الفسيولوجية لليقظة والنوم:		
مرحلة حركة العين السريعة REM	مرحلة حركة العين غير السريعة NREM	الخصائص
موجات ثيتا او موجات مسننة	متزامن	تخطيط النشاط الكهربى للمخ
-انخفاض متوسط او غير متحرك . -احتمال حدوث رعشات عضلية فجائية	انخفاض قليل او غير متحرك	تخطيط النشاط الكهربى للعضلات
حركة عين سريعة	حركة عين دائرية سريعة	تخطيط كهربية العين

مقتبسة من (Chokroverty 2009)



في عام ١٩١٣، ألف العالم الفرنسي هنري بيرون (انظر الصورة) كتابا بعنوان المشكلة الفسيولوجية للنوم، الذي كان الأول من نوعه لدراسة النوم من الناحية الفسيولوجية. هذا العمل يعتبر بداية المنهج الحديث لأبحاث النوم. الدكتور ناتانيل كليتمان، الآن المعروف باسم "الأب" لأبحاث النوم الأمريكية بدأ العمل في شيكاغو في ١٩٢٠ بتساؤلات حول تنظيم النوم و اليقظة وتنظيم إيقاع النوم. كليتمان كان شغله الأساسي يشمل دراسات عن خصائص النوم في مختلف المجتمعات وتأثير الحرمان من النوم. في عام ١٩٥٣ هو وواحد من طلابه، الدكتور يوجين أسيرينسكي، توصلوا لاكتشاف معالم مرحلة حركة العين السريعة (REM) خلال النوم. وطالب آخر من طلاب كليتمان، الدكتور ويليام C ديمنت، توسع في مسار بحث الدكتور كليتمان ووصف الطبيعة "الدورية" من النوم الليلي في عام ١٩٥٥، و في عام ١٩٥٧ و٥٨ أنشئت العلاقة بين نوم حركة العين السريعة والحلم. في ١٩٥٨، نشرت ورقة بحثية عن وجود تنظيم دوري للنوم في القطط. هذه النتيجة (دورات النوم في أنواع أخرى غير البشر) احدثت انفجار في البحوث الأساسية التي جذبت

مراحل النوم بناء على العوامل الفسيولوجية العصبية



الجوانب التطورية للنوم:

تحدث العديد من التغييرات المعيارية على المستويين الهيكلية العظمى من النوم والهيكلية الصغرى خلال التطور النمائي بشكل عام، يحدث انخفاض في متطلبات النوم من الأطفال حديثي الولادة (حوالي ١٦ ساعة من النوم/ يوم) إلى الأطفال الصغار (٣-٥ سنوات من العمر: ١١ ساعة / يوم)، للطفل الأكبر سنا (١٠-١١ سنة: ١٠ ساعات/ يوم)، إلى الكبار (٥،٧-٨ ساعات / يوم). كما تستمر دورة النوم في الأطفال الصغار حوالي ٤٥ دقيقة، ثم ٦٠ دقيقة عند الأطفال في عمر ٩ سنوات، و ٩٠-١١٠ دقيقة بعد سن ال ١٠ سنوات (كما هو الحال أيضا في البالغين)... كما ان النسبة المئوية لمرحلة حركة العين السريعة من النوم (REM) وحركة العين غير السريعة من النوم (NREM) هي تقريبا نفسها في الأطفال حديثي الولادة. ثم هناك انخفاض تدريجي في نسبة مرحلة حركة العين السريعة من النوم REM مع تقدم السن. تتكون المغازل ومجمع K بالكامل قبل سن ٣ و ٦ أشهر، على التوالي.

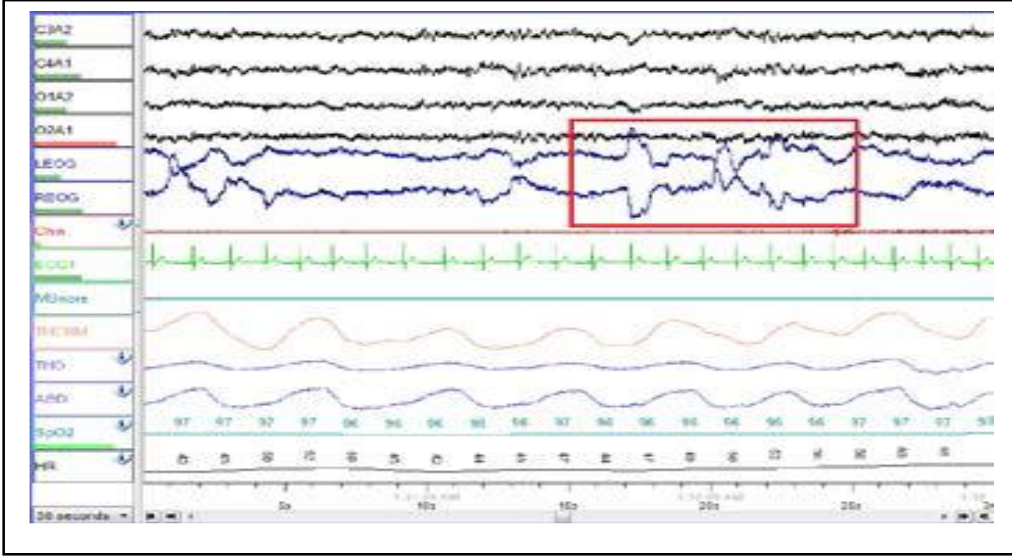
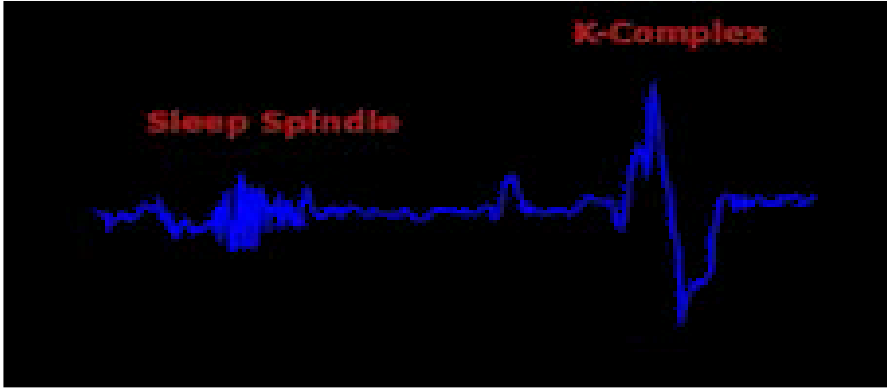
للحصول على مثال لمرحلة النوم REM في polysomnogram تخطيط النوم، انظر الشكل 1.4.4.

الممارسات الصحية او السليمة للنوم (صحة النوم) وتشمل؛

"صحة النوم" او الممارسات الصحية للنوم، يشار إليها بالممارسات الجيدة لنوم صحي، وتشمل تعديلات نهائية، وليالية وفي وقت النوم والتي تؤثر إيجابيا على بدء النوم، والاستمرار فيه، كمية وجودة وبيئة النوم (الجدول 1.4.4 و 1.4.5). وعادة ما تشمل التوصيات لنوم صحي الارشاد الى مجموعة واسعة من الأنشطة مثل اتباع روتين معين وقت النوم، تحديد موعد نوم ثابت وموعد استيقاظ ثابت، غرفة نوم هادئة ومظلمة وباردة، وتجنب المنتجات التي تحتوي على الكافيين، والأنشطة البدنية اليومية... ممارسات النوم السليمة تمثل عنصرا أساسيا من العناصر التثقيفية عن النوم مصممة لمنع حدوث مشاكل النوم (الوقاية الأولية)، او للتعامل مع سوء جودة النوم (الوقاية الثانوية)، كذلك في علاج اضطرابات النوم الحالية... التثقيف عن صحة النوم هو أحد المكونات القياسية لعلاج الأطفال في طور النمو الذين يعانون من مشاكل في النوم وكذلك لأولئك الذين يعانون من الأمراض المزمنة والاضطرابات النفسية.

الجدول 1.4.3 مراحل النوم

المرحلة	التخطيط الكهربى للمخ	التخطيط الكهربى للعضلات	التخطيط الكهربى لعضلة العين	% من اجمالي مدة النوم في البالغين
NREM N1	ساعات منخفضة ترددات مختلطة موجات ثيتا بتردد (٤-٧ هرتز) مع موجات حادة الرأس موجات ثنائية الطور <0.5 ثانية	انخفاض بسيط في نشاط العضلات .	حركات العين بطيئة.	٣-٨
NREM N2	نشاط ذو جهد منخفض مع مغازل النوم (١١-١٦ هرتز) مجموعة K (موجات ثنائية الطور >0.5 ثانية)	مزيد من الانخفاض في نشاط العضلات.	توقف حركة العين.	٤٥-٥٥
NREM N3 (موجة بطيئة)	عالية السعة (>0.75 ميكرو فولت) بطيئة (<2 هرتز) تستمر 20%	قليلة النشاط.	لا توجد حركة للعين.	١٥-٢٠
REM	جهد منخفض موجات مسننة بتردد (٢-٦ هرتز) موجات ثيتا هي السائدة	ارتخاء بالعضلات (تشنجات طارئة يمكن ان تكون موجودة)	حركة عين سريعة	٢٠-٢٥



ممارسات النوم السليمة هي عوامل وسيطة محتملة بين احتياجات النوم البيولوجية والظروف البيئية التي تسهل أو تعيق النوم. على سبيل المثال، واحدة من أهم العناصر في ممارسات النوم الصحية هو جدول زمني منتظم لمواعيد النوم والاستيقاظ وذلك يساعد على تعزيز الإيقاعات اليومية وتحسين المحرك للرغبة في النوم، وكل هذه العمليات تؤدي دورا فعالا في تنظيم دورات صحية للنوم واليقظة... لأن الطفل يجب أن يكون مستيقظا لفترة طويلة كافية خلال النهار، وبالتالي يتمكن من بناء محرك جيد النوم من أجل أن يشعر بالنعاس في bedtime- وقت الذهاب للسرير، عطلات نهاية الأسبوع غالبا ما تخلق وضعا يصبح فيه البدء في النوم أكثر صعوبة في الليلة التالية.

جانب آخر مهم من ممارسات النوم الصحي يشمل ضمان وجود فرصة كافية للنوم. في حين أن هناك بعض التباين في احتياجات النوم بين الأفراد، توجد مبادئ توجيهية لكميات النوم الموصى بها للأطفال في مختلف الأعمار (الجدول 1.4.5).

عند تقييم احتياجات النوم الفردية، من المهم تثقيف الآباء والأمهات أيضا عن القرائن التي تشير إلى أن الطفل لم يحصل على ما يكفي من النوم (على سبيل المثال، الطفل الذي ينام وقتا أطول في عطلة نهاية الأسبوع وخلال العطل المدرسية، من الصعب أن يستيقظ في الصباح أو يحصل على فترات من النعاس خلال اليوم).

محرك تنظيم وتوازن النوم..

يشير محرك التوازن وتنظيم النوم إلى الحاجة إلى النوم الذي يبني معه تدريجيا زيادة فترات اليقظة مما يحقق التوازن في النوم للحفاظ على البيئة الداخلية مستقرة. يشير التوازن بين النوم / الاستيقاظ على قدرة الدماغ على تعويض ما تم فقده من النوم عن طريق الزيادة في مدة النوم وعمقه... عملي النوم / الاستيقاظ يفترض انهما عمليتين مستقلتين ولكن متفاعلتان ، هما عمليتان ... العملية الإيقاعية (عملية C) وعملية التماثل (التوازن) الساكن (عملية S) اللتان تشاركان على حد سواء في تنظيم النوم... تحدد العملية الإيقاعية C الاختلاف في الساعة البيولوجية بشكل مستقل عن أي فترات يقظة سابقة. ويمكن اعتبار عملية S هي محرك النوم الذي يتناسب بشكل طردي مع عدد ساعات اليقظة. تكون العملية S منخفضة في الصباح بعد الاستيقاظ من النوم وتزيد قوتها مع الوقت الذي نقضه مستيقظين وبشكل مطرد... وبمجرد تراكم الحاجة للنوم، لا يحدث النوم إلا إذا كان ميل الساعة البيولوجية للنوم متناسبا مع الوقت الذي حدث فيه التراكم.. أي أن العملية الإيقاعية تفتح "نافذة النوم" التي يمكن من خلالها تزيد فرصة السقوط في النوم .

		الممارسات الصحية للنوم	
		جدول 1.4.4	الموصى بها
		غير موصى بها	الموصى بها
عدد الساعات	السن	<ul style="list-style-type: none"> • شرب الكثير من السوائل قبل النوم. • القيام بأي اشياء تؤدي الى الاستثارة قبل موعد النوم. • استخدام السرير في اي أنشطة أخرى غير النوم. • وضع الطفل في السرير بعد نومه في مكان آخر . • المكوث خارج السرير وقد تجاوز وقت النوم. 	<ul style="list-style-type: none"> • الذهاب الى الفراش في نفس الوقت كل ليلة. • الذهاب الى الفراش في نفس المكان . • النوم مفردا. • منع الكافيين او القيلولة ٤ ساعات قبل موعد الذهاب الى الفراش. • روتين للتهديئة قبل وقت النوم. • أنشطة استرخاء قبل النوم . • النهوض من السرير في نفس الوقت كل صباح.
١٢-١٨ ساعة	<u>حديثي الولادة (٠-٢ شهر)</u>		
١٤-١٥ ساعة	<u>الرضع (٣-١١ شهر)</u>		
١٢-١٤ ساعة	<u>الأطفال (سنة-٣ سنوات)</u>		
١٢-١٣ ساعة	<u>الأطفال قبل سن المدرسة (٣-٦ سنوات)</u>		
١٠-١١ ساعة	<u>الأطفال في سن المدرسة</u>		
	*اقتباس من الجمعية الوطنية للنوم		*بنود منتقاه اقتبست من مقياس صحة النوم للأطفال؛ عدلت بواسطة Harsh et al(2002)

تقييم النوم لدى الأطفال والمراهقين

تقييم النوم واضطرابات النوم عند الأطفال (وكذلك عند البالغين) يتم تنفيذه بواسطة ذاتية او شخصية (أي على أساس المعلومات المقدمة من قبل الطفل و / أو الوالدين) أو عند الحاجة، تقييم موضوعي باستخدام أدوات (أي العصبية). يعتمد التقييم الشخصي او الذاتي اما على الأسئلة غير المهيكلة التي تستكشف السلوكيات الاكثر صلة و المرتبطة بالنوم (انظر الجدول 1.4.6) أو على استبيانات منظمة، مثل مقياس اضطرابات النوم للأطفال، واستبيان نوم الطفل، واستبيان عادات النوم عند الاطفال .وإداة مساعدة سريعة للذاكرة لتقييم النوم تعرف باسم BEARS، والتي توفر أداة شاملة لفحص اضطرابات النوم عند الأطفال (الجدول 1.4.7). من أجل تقييم أنماط النوم على مر الزمن، وخاصة إذا وجدت شكاوى من النوم أثناء اجراء المقابلة، قد يطلب الطبيب أيضا من الطفل أو الوالدين (اعتمادا على العمر ومستوى قدرة الطفل) استكمال كتيب مذكرات النوم ، ويطلب من الآباء والأمهات والأطفال إذا كان ذلك مناسباً كتابة التفاصيل حول وقت ذهاب الطفل إلى السرير، كم من الوقت يستغرق ليغفو، وتكرار ومدة الاستيقاظ ليلاً، توقيت ومدة القيلولة اليومية، ووقت الاستيقاظ في الصباح، وإجمالي مدة النوم. كتيبات مذكرات النوم بالرسم هي الأفضل للحصول على المعلومات في شكل مكتوب. وهي متوفرة و متاحة مجاناً من المؤسسة الأمريكية الوطنية للنوم (الشكل 1.4.5).

الجدول 1.4.6 المعايير الذاتية للنوم

الجدول 1.4.6 المعايير الذاتية للنوم	
المعايير	الوصف
مقاومة النوم	سلوكيات مثل: رفض الطفل الاستعداد للنوم، ورفض البقاء في السرير،..طلب أحد الوالدين أن يكون حاضرا في وقت النوم. وغالبا ما يطلق على هذا اضطرابات وضع حدود النوم، وهي غالبا ما تكون نتيجة عدم قدرة الوالدين على وضع حدود معينة للنوم وعلى التعامل مع سلوك الطفل.
صعوبة الدخول في النوم	صعوبة في النوم (في غضون ٢٠ دقيقة بعد الذهاب إلى الفراش، وفقا لبعض الكتاب). وتشمل العوامل التي قد تسهم في ظهور صعوبات النوم: الحالات النفسية (على سبيل المثال، اضطرابات المزاج) افتقار العوامل الصحية للنوم، أو اضطرابات النوم الموضوعية (على سبيل المثال، متلازمة تلملم الساقين).
الاستيقاظ ليلا	نوبات الاستيقاظ الليلية التي تتطلب تدخل الوالدين لاجبار الطفل على العودة إلى النوم وغالبا ما ترتبط بعوامل غير متناسبة مع النوم (احوال يتعلمها الطفل وتعود ان يحتاجها لكي يذهب الى النوم): على سبيل المثال، قد يحدث الاستيقاظ ليلا لفترات طويلة عندما يعتاد الطفل على الذهاب الى النوم في ظروف غير مهيأة أثناء الليل، مثل وجود احد الوالدين حاضرا .
فترة النوم	إجمالي مدة النوم، من وجهة نظر الأم أو الطفل. يتم تعريف مدة النوم على أنها كم من الوقت يظل الطفل نائما في الليل، أو مرور الوقت نانما بالإضافة إلى الوقت في السرير مستيقظا في الليل أو الوقت الإجمالي نانما في ٢٤ ساعة.
صعوبات الاستيقاظ صباحا	السلوكيات مثل رفض الطفل أن يستيقظ من تلقاء نفسه أو صعوبات النهوض من السرير في الصباح. ويمكن أن يكون ذلك نتيجة لعدم كفاية النوم أو نتيجة عدم قدرة الوالدين على وضع حدود معينة للنوم وعلى التعامل مع سلوك الطفل.
النعاس اثناء النهار	ويتميز هذا بالتعب المستمر ونقص الطاقة مع ميل إلى النوم خلال النهار. أسباب النعاس خلال النهار ما يلي: <ul style="list-style-type: none"> • الحرمان من النوم . • العوامل الكامنة التي تعطل النوم (على سبيل المثال، معوق توقف التنفس أثناء النوم، ومتلازمة تلملم الساقين، وحركات الأطراف الدورية أثناء النوم). • الاضطرابات النفسية (على سبيل المثال، اضطرابات المزاج) . • اسباب عصبية (على سبيل المثال، مرحلة كرب ما بعد الصدمة) . • النعاس المفرط بالنهار مع رغبة ملحة لا تقاوم لتغفو هو السمة المميزة لداء النوم الانتيابي (الخداز).
اضطراب التنفس اثناء النوم	وهناك طائفة السريرية تشمل ما يلي: <ul style="list-style-type: none"> • الشخير الأولي . • متلازمة مقاومة مجارى الهواء العليا(التي تتميز بالشخير وزيادة جهد التنفس). • نقص التهوية الانسدادي الجزئي(يتميز بالشخير، زيادة جهد الجهاز التنفسي، وزيادة عدد اليقظات) • توقف التنفس الانسدادي أثناء النوم (يتميز بالشخير ، توقف او انقطاع التنفس، وازدياد اليقظات) • تشخيص التنفس أثناء النوم المضطرب يتطلب تسجيل (تخطيط النوم) polysomnographic. وقد يذكر الأباء والأمهات بعض الأعراض المصاحبة (مثل الشخير، توقف في التنفس، وما إلى ذلك).
النوم المتوتر	يتميز بالحركات المفرطة لبعض أجزاء الجسم أو الجسم كله اثناء النوم.
الباراسومنيا(خطل النوم)	باراسومنياس تشمل الأحداث المادية غير المرغوب فيها أو التجارب التي تحدث أثناء الدخول إلى النوم، في النوم، أو أثناء اليقظة من النوم. وهي تشمل: <ul style="list-style-type: none"> • المشي اثناء النوم • الاحلام المزعجة • اضطراب الكوابيس. • سلس البول الليلي. • الانين المتعلق بالنوم الخ

الجدول 1.4.7 ادوات ذاكرة مساعدة لتقييم مشاكل النوم

المراهقين (اسئلة للمراهق)	الطفل في سن المدرسة (اسئلة للابوين)	طفل ما قبل المدرسة (اسئلة للابوين)	
هل هناك مشاكل عندما يأتي وقت النوم؟	مشاكل وقت النوم؟	مشاكل الذهاب الى النوم او الدخول في النوم؟	مشاكل وقت النوم
هل تكون نعسان اثناء النهار؟ في المدرسة او اثناء قيادة السيارة؟	صعوبة في النهوض نهارا.. يشعر بالنعاس اثناء النهار؟ او هل يخلد للقبولة اثناء النهار؟	الاكثار من القيلولة، وهل يبدو مرهقا او نعسان اثناء النهار.	النوم المفرط بالنهار
هل تستيقظ بكثرة ليلا، او تجد صعوبة في العودة الى النوم؟	يستيقظ كثيرا اثناء النوم ليلا؟ توجد مشكلة في العودة الى النوم؟ المشي اثناء النوم، كوابيس	كثير الاستيقاظ اثناء الليل	الاستيقاظ
في اي وقت عادة ما تذهب للفراش؟ أيام المدرسة وفي الاجازات؟ كم عدد ساعات النوم التي تحصل عليها عادة؟	في اي وقت يذهب طفلك للفراش؟ وفي اي وقت يستيقظ؟ أيام المدرسة، وفي الاجازات؟ هل هذا النوم كافي له؟	وقت منتظم للنوم والاستيقاظ، ماهي هذه الاوقات؟	انتظام ومدة النوم
هل يشخر بصوت عالي؟ (السؤال للوالدين)	يشخر بصوت عالي او لديه صعوبة في التنفس ليلا؟	كثير الشخير، أو يجد صعوبة في التنفس ليلا؟	الشخير
* مقتبس من ميندل وأوينز (٢٠١٠)			

أدوات موضوعية نحتاج اليها في تشخيص بعض اضطرابات النوم، كما هو موضح في الجدول 1.4.8،

وهي تشمل:

- دراسة النوم
- Actigraphy
- اختبار تعدد كمون النوم.
- كاميرا فيديو بالأشعة تحت الحمراء.

ان معظم المتخصصين في مجال الصحة العقلية ليس بالضرورة ان يستخدموا هذه الأدوات في ممارساتهم ولكن يجب أن يكونوا على علم بها...ومتى هم في حاجة ان يتم تحويل المرضى إلى أخصائي لتقييم موضوعي للنوم.... ويلخص الجدول 1.4.8 المعايير الرئيسية الموضوعية للنوم .

تصنيف اضطرابات النوم لدى الأطفال والمراهقين

اضطرابات النوم لدى الأطفال والمراهقين حسب التصنيف الدولي للأمراض (ICD10)، الطبعة العاشرة وحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، DSM-5 (الرابطه الأمريكية للطب النفسي، ٢٠١٣) لم يذكر بهما تصنيف على وجه التحديد لاضطرابات النوم في مرحلة الطفولة. وبدلا من ذلك، فإن التصنيف يشمل الأطفال والكبار معا، وإن كان في بعض الحالات يتم تحديد سمات تطورية معينة في بعض اضطرابات النوم.

وذكرت اضطرابات النوم المدرجة في DSM-5 في الجدول 1.4.10.

Figure I.4.5 Click on the image to access the National Sleep Foundation sleep diary

الجدول 1.4.8 الأدوات الموضوعية المستخدمة لدراسة النوم.

<p>تسجيل المعايير الفسيولوجية أثناء النوم بما في ذلك:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تخطيط النشاط الكهربائي للدماغ (EEG) • حركة عضلات العين والفك. • حركة عضلات الساق . • تدفق الهواء • الصدر والبطن رحلة • التشبع الاكسجيني. • رسم القلب الكهربائي. 	<p>دراسة النوم (تخطيط النوم)</p>
<p>مراقبة دورات النشاط البدني والراحة عن طريق جهاز استشعار actimetry (جهاز مثل ساعة الرسغ يلبس على المعصم أو الكاحل يسجل باستمرار كل حركة). ويستدل على معايير النوم (فترات النوم / الاستيقاظ ، المدة الإجمالية للنوم، وعدد من اليقظات، وطول الفترة حتى بداية النوم) من خلال أنماط من الراحة / الحركة.</p>	<p>Actigraphy</p>
<p>وهو يتألف من أعطاء أربعة أو خمسة فرص ل ٢٠-٣٠ دقيقة قيلولة كل ساعتين خلال النهار. وهذا الاختبار يقيس معايير أساسية و هي الكمون لبداية النوم والكمون إلى مرحلة النوم(حركة العين السريعة) REM وعلى تسجيل'polysomnographic' (تخطيط النوم) وكما يقيس اختبار كمون النوم المتعدد مستوى الفرد في النعاس خلال النهار</p>	<p>اختبار كمون النوم المتعدد</p>
<p>لمراقبة حركات الجسم أثناء النوم في الظلام.</p>	<p>كاميرا الفيديو بالأشعة تحت الحمراء</p>

كتاب الصحة النفسية للأطفال والمراهقين

الجدول 1.4.9 المعايير الموضوعية للنوم	
الوقت بالدقائق من انطفاء الضوء الى بداية المرحلة 2 من النوم.	كمون بداية النوم وتقييمه من خلال تخطيط النوم
عددالتحولات من مرحلة نوم الى اخرى اثناء اجمالي وقت النوم .	عدد التحولات المرحلية في وقت النوم الكلي
النسبة المئوية من المرحلة 1 من النوم في وقت النوم الكلي (يساوي مجموع نوبات النوم و وقت أقل مستيقظا)	النسبة المئوية للمرحلة 1
النسبة المئوية للمرحلة 2 من النوم في إجمالي وقت النوم	النسبة المئوية للمرحلة 2
نسبة المرحلة 3 في اجمالي وقت النوم.	نسبة الموجة البطيئة للنوم.
الوقت من بداية النوم إلى حدوث أول REM في النوم تدوم لفترة أطول من ٢ دقيقة	الكمون لمرحلة(حركة العين السريعة) REM من النوم
نسبة وقت مرحلة النوم REM الى وقت النوم الكلي .	نسبة مرحلة حركة العين السريعة REM من النوم
نسبة الوقت الكلي للنوم الى وقت البقاء الليلي بالفراش من خلال تخطيط النوم	كفاءة النوم وتقييمه من خلال تخطيط النوم
متوسط فترات القيلولة (فرص الاغفاءة) كلما انخفض هذا المتوسط كلما ادى الى ارتفاع فرص النعاس اثناء النهار.	متوسط عدد مرات القيلولة في اختبار كمون النوم المتعدد
عدد مرات توقف التنفس او ضعف التنفس خلال ساعة (توقف التنفس يتم تعريفه على انه توقف تدفق الهواء لمدة عشر ثواني بينما ضعف التنفس هو 50% انخفاض في تدفق الهواء ويقاس بتقنيات معينة او هو انخفاض في تدفق الهواء يصاحبه 3% هبوط في نسبة الاكسجين الشرياني او يقظات)	مؤشر ضعف او توقف التنفس



طفل ينام على جهاز تنفس متحرك

الجدول 1.4.10 الاضطرابات النوم واليقظة الرئيسية وفقا لـ DSM-5 (الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية)

التشخيص	الوصف المختصر
اضطراب الأرق	عدد ساعات نوم غير كافية أو سوء جودة النوم.
اضطراب النعاس المفرط	زيادة عدد فترات النعاس أثناء النهار.
نوبات الخدار أو النوم الانتيابي	زيادة عدد فترات النوم بالنهار عادة ما يصاحبه ضعف في قوة العضلات.
انقطاع أو ضعف التنفس الانسدادي أثناء النوم	نقص في تشبع الدم بالأكسجين نتيجة انسداد الجهاز التنفسي أثناء النوم .
الاضطراب الايقاعي للنوم واليقظة	تعطل المواعمة بين الايقاع الداخلي والخارجي لمنظومة النوم /اليقظة.
باراسومنيا(الخلط)	احداث على شكل نوبات غير صرعية أثناء النوم.
اضطرابات الاستثارة في مرحلة حركة العين الغير سريعة من النوم .	المشي أثناء النوم الذعر الليلي.
اضطراب الكوابيس الليلية	كوابيس ليلية.
اضطراب النوم في مرحلة حركة العين السريعة في النوم	نوبات متكررة من الاستيقاظ يصاحبه كلام أو حركة مثل القفز أو الركل (كأنه في حلم)....نادرا ما يكون في الأطفال.
اضطراب تملل الساقين	رغبة ملححة في تحريك الساقين أو اي جزء من الجسم يصاحبه احساس بعدم الارتياح

* الجمعية الأمريكية للطب النفسي

(هناك حاجة لعلاج اضطراب النوم بغض النظر عن ما إذا كانت هناك مشاكل عقلية أو طبية مرضية أخرى مصاحبة). وبما أنه من غير العملي تقديم التشخيص – والعلاج وكيفية التعامل مع كل اضطراب، لذلك سوف نركز على الممارسات الأكثر شيوعا وذات الصلة في الشغل العملي السريري مع الأطفال والمراهقين.

اضطرابات النوم المحددة

الأرق؛

الأرق هو "صعوبة مستمرة في بدء النوم، في المدة، والعمق، أو الجودة الذي يحدث على الرغم من وجود الفرص الكافية والظروف الملائمة للنوم، وينتج عنها شكل من أشكال ضعف الأداء أثناء النهار" (الأكاديمية الأميركية لطب النوم، ٢٠١٤).

(الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية) DSM-5 يدمج معايير الأطفال والسمات التطورية معا بحيث أصبح تشخيص اضطراب الأرق بدلا من الأرق الأولي، لتجنب الخلط بين الأرق الأولي / الثانوي عندما يحدث هذا الاضطراب مصاحبا لغيره من الاضطرابات الأخرى . كما قدم DSM-5 معيارا من المدة (أكثر من ٣ ليال مضطربة" في الأسبوع خلال ال ٣ أشهر الماضية).

ويقدر انتشار الأرق لدى الأطفال بحوالي ١٪ الى ٦٪ من تعداد أطفال العالم، مع انتشار أعلى بكثير لدى الأطفال الذين يعانون من ظروف صحية ونفسية نمائية عصبية ومزمنة (أوينز وميندل، ٢٠١١). عندما يحدث مقاومة للنوم

أو يقظات ليلية مزعجة، يقترب معدلات الاضطرابات السلوكية الفوضوية الناتجة عن النوم من ٢٥٪ إلى ٥٠٪ في الأطفال في سن ما قبل المدرسة (أوينز وميندل، ٢٠١١). على العكس من ذلك، أعراض نفسية

قد ذكرت في ما يقرب من ٥٠٪ من الأطفال الذين يعانون من الأرق المستمر. وقد اقترح أن الأرق المستمر قد يمثل أيضا علامة مبكرة في الاضطراب العاطفي لدى الأطفال المعرضين الذين يعانون من سوء توازن النوم (Ivanenko وآخرون، ٢٠٠٤). الأرق السلوكي للطفولة (انظر الجدول 1.4.11) يشير إلى صعوبات النوم التي تنجم عن بعض الارتباطات الغير ملائمة أو عدم وضع ضوابط وحدود كافية للنوم من قبل الوالدين. تشخيص الأرق السلوكي يعتمد على عدم القدر على التأقلم ووجود بعض الارتباطات الغير ملائمة مثل: الحركات الاهتزازية، ومشاهدة التلفزيون، والنوم في سرير أحد الوالدين، والطفل عادة ما يكون غير قادر على النوم في كل أوقات النوم او بعد الاستيقاظ أثناء الليل. عدم وضع الوالدين لضوابط أو حدود كافية لتنظيم النوم يمكن أن يؤدي أيضا إلى شكل من أشكال الأرق السلوكي الذي يتميز بالتأخير في بداية النوم بسبب رفض الطفل الذهاب إلى السرير أو المماطلة.

وقد أظهرت الشواهد و التجارب العشوائية فعالية على المدى القصير إلى المتوسط للتدخلات السلوكية في نوم الرضع المعروف أيضا باسم "السيطرة على البكاء" أو " التهدئة المحدودة" وهي استراتيجية سلوكية للتعامل مع المماطلة المستمرة ومشاكل الاستيقاظ في الأطفال الصغار. والهدف هو مساعدة الأطفال على تعلم كيفية تهدئة أنفسهم عند النوم، بدلا من قيام الآباء والأمهات ، بالرابت أو الحضن لهم قبل النوم. أنها تتطوي على مراجعات وجيزة وبث الطمأنينة في الأطفال وهم يتعلمون التهدئة لأنفسهم. وكانت هناك مخاوف من أن هذه التقنيات قد تضر التطور العاطفي والصحة النفسية للأطفال لاحقا. ٥ سنوات متابعة للدراسة على أطفال يعانون من مشاكل في النوم عند ٧ أشهر وجد أن تقنيات النوم السلوكية ليس لها آثار طويلة الأمد (إيجابية أو سلبية) عليهم عند سن ٦ سنوات وخلص الباحثون إلى أن الآباء والمهنيين الصحيين يمكنهم استخدام هذه التقنيات بثقة للحد - القصير إلى متوسط المدى - من عبء مشاكل النوم في الرضع والحد من إكتئاب الأمهات (برايس إت آل ٢٠١٢).

كيفية تنفيذ ("السيطرة على البكاء" أو "التهدئة المحدودة")

- إنشاء روتين ثابت للنوم.
- واصل هذه العملية حتى يغفو طفلك بنفسه.
- عندما يستيقظ طفلك بين عشية وضحاها، اتبع نفس الروتين.
- نقاط مهمة حول التهدئة المحدودة(المحددة)
- هي تستغرق ما بين ثلاثة و ١٤ يوما للعمل.
- استخدمه على مدار الساعة لفترات زمنية - اربع دقائق يمكن أن يبدو مثلا وقتا طويلا جدا. ؟
- إيقاف كافة أجهزة مراقبة الأطفال.
- لا تنتظر خارج غرفة نوم طفلك. اذهب إلى غرفة أخرى وقم بإلهاء نفسك، وربما صنعت كوبا من الشاي وتحولت الى مشاهدة التلفزيون. عد للاطمئنان على طفلك فقط عندما يحين الوقت المحدد.
- التحدث مع شريك حياتك للتأكد من أنكما على حد سواء متفقان على ما يجري عمله. العمل على تحديد الدور الذي سيلعبه كل واحد منكما (على سبيل المثال، المساعدة في إعادة التهدئة أو تحديد الفترات)... على ان يكون ذلك بشكل متبادل كل ليلة.
- تجنب الالتزامات الهامة في الأيام القليلة الأولى بعد البدء في التهدئة المحددة. عليك أن تكون قادرا على التعامل مع التزاماتك دون تغيير كبير في روتين الطفل.
- تذكر أن تترك غرفة طفلك قبل أن يغفو.
- * مستنسخة من شبكة تطور الأطفال
- إنشاء روتين ثابت للنوم.
- عندما يحين الوقت لنقول تصبح على خير قبل النوم، ضع طفلك في سريريه والثنية له في إما التحدث و / أو يربت طفلك حتى يصبح هادئا، أو لمدة دقيقة واحدة.
- بمجرد ان يصبح طفلك هادئا، أو بعد دقيقة واحدة، قل له ليلة سعيدة واترك الغرفة. اترك طفلك قبل ان ينام.
- البقاء بعيدا عن غرفة النوم وامنح طفلك فرصة للتهدئة بنفسه،تجاهل الزن والأنين.
- إذا بدأ طفلك في البكاء حقا، انتظر لفترة معينة من الزمن قبل أن تعود لطفلك (على سبيل المثال، دقيقتين في البداية).
- اترك طفلك بمفرده لسلسلة من فواصل زمنية محددة (على سبيل المثال، ٢، ٤، ٦، ٨، و ١٠ دقائق أو ٥ و ١٠ و ١٥ دقيقة). مع قيامك بتعيين فترات زمنية خاصة بك بناء على مدى قدرتك على التحكم والسيطرة من خلالها.
- بعد مرور كل فاصل زمني، عليك العودة لطفلك لفترة وجيزة إذا كان لا يزال يبكي. مع التحدث إلى طفلك أو الربت عليه لمدة دقيقة واحدة، أو ربما عليك مواصلة الحديث أو الربت حتى يهدأ (اعتمادا على المفضل لديك). وذلك في محاولة للتهدئة له دون التقاطه من الفراش ما استطعت.
- إبقاء العين على الحفاض . إذا هو متسخ، قم بتغييره تحت إضاءة خافتة مع الحد الأدنى من الجلبة.
- بمجرد أن صبح هادئا (أو بعد دقيقة واحدة)، ولكن قبل ان ينام، اترك الغرفة مرة أخرى وانتظر الفاصل الزمني المحدد القادم. ما نحاول القيام به هنا هو إعطاء الفرصة له ليتعلم أن يذهب إلى النوم من تلقاء نفسه.

الجدول 1.4.11 الأرق السلوكي في مرحلة الطفولة*		
الاضطراب	سن البداية	الخصائص
نوع الاقتران	من سن ٦ شهور من العمر	يتطلب الطفل حافظا محددًا (مثل وجود أحد الوالدين أو اطعامه) لبدء النوم وعند الاستيقاظ اثناء الليل.
نوع وضع الحدود	من سن ١٨ شهر من العمر	الطفل يجد صعوبة في وضع حدود ، بما في ذلك روتين اجراءات النوم و بداية النوم.
النوع المختلط		
* وفقا للتصنيف الدولي للاضطرابات النوم (الأكاديمية الأميركية لطب النوم، ٢٠٠٥)		

ممارسات النوم الجيدة (انظر قسم صحة النوم أعلاه) والتدخلات السلوكية مثل الانقراض أو تلاشي النوم (انظر الجدول 1.4.12) هي العلاجات الأولية الموصى بها للأرق عند الأطفال (ميلنزر، ٢٠١٠). مقدمي الرعاية يلعبون دورا رئيسيا في بدء واستمرار نوم طبيعي للأطفال . وبالتالي، فمن المهم مناقشة معلومات ومعتقدات الوالدين وكذلك الاستراتيجيات التي استخدمت للمساعدة في معالجة مشاكل النوم عند أطفالهم. تزويد الآباء بمعلومات دقيقة عن نوم الأطفال يعتبر عنصرا أساسيا في التدخلات السلوكية للنوم. وينبغي تكييف الاستراتيجيات السلوكية على حسب عمر الطفل ووضع الأسرة (مشاركة في النوم، أو غرف مشتركة، وما إلى ذلك). تقنيات الانقراض العليا والسيطرة على البكاء أكثر ملاءمة للأطفال الأصغر سنا، في حين أن الاستراتيجيات المعرفية وتقنيات التعامل هي أكثر ملاءمة للأطفال في سن المدرسة. انظر الجدول 1.4.12 من تقنيات السيطرة على البكاء / سياسة التهدئة .

*الجدول 1.4.12 التقنيات السلوكية في علاج الأرق	
الاطفاء المعدل	يتم وضع الطفل في السرير بينما هو مستيقظ ويترك وحده حتى ينام مع تجاهل الاستيقاظات الليلية حيث يتعلم الرضيع تهدئة النفس عندما يدرك ان بكائه ليلا لن يؤدي الى اهتمام من الوالدين .
الاطفاء مع وجود أحد الوالدين	يبقى الوالد في الغرفة خلال الاطفاء ويعمل على طمأنة الطفل مع قليل من التفاعل معه.
الاطفاء التدريجي	وهو ينطوي على تجاهل السلوكيات السلبية(اي البكاء) لفترة معينة من الزمن قبل العودة ومراجعة الطفل ويبدأ الوالد في الزيادة التدريجية للوقت بين البكاء والاستجابة.مع توفير الاطمئنان للطفل من خلال وجوده معه لفترات قصيرة لكن مع أقل تفاعل.
تلاشي وقت النوم	هذا اسلوب ينطوي على تأخير وقت النوم الى أقرب نقطة من الوقت المستهدف للذهاب الى السرير والهدف هو تكوين ارتباط ايجابي بين وجود الطفل في السرير والاحلال للنوم.ويمكن للوالدين تبكير وقت النوم تدريجيا.
جدولة النوم	جدولة فترات نوم واستيقاظ مناسبة والتي تسمح بفرص كافية للنوم .
الاستراتيجيات المعرفية	وتستخدم للتصدي للمعتقدات غير البناءة عن النوم ،بما في ذلك الاعتقاد ان الأطفال لا يمكن تغيير صعوبات النوم عندهم .
استراتيجيات المساعدة(المواجهة للأطفال)	كذلك تضمنت أيضا (على سبيل المثال مهارات الاسترخاءمثل التنفس البطني)

نظرا لقلّة البيانات المتاحة فيما يتعلق الجرعات، الفعالية، التحمل، ومعايير سلامة الأدوية وكذلك عدم وجود تجارب سريرية مصممة جيدا، فلم تتم الموافقة على الأدوية المنومة للأطفال من قبل إدارة الغذاء والدواء الأمريكية . هناك حاجة إلى ابحاث إضافية مستندة إلى الأدلة الدوائية لعلاج النوم لدى الأطفال. ومع ذلك، وفأن هذا يوفر نوع من العزاء لعائلة يائسة في حاجة إلى التعامل مع مشاكل النوم المزمنة للطفل، وغالبا دون وجود موارد للحصول على الدعم السلوكي من المختصين مهنيا. خيار استخدام ادوية خارج نطاق أسس الأدلة الدوائية يتوقف على التوازن بين المبادئ الأخلاقية والاقتصادية والأدلة. وينبغي دائما اعطاء الدواء في وجود التدخلات السلوكية. في غياب الأدلة التجريبية، استخدمت العديد من الأدوية بشكل تقليدي في علاج الأرق لدى الأطفال، مثل البنزوديازيبينات، α -2-مستقبلات (على سبيل المثال، الكلونيدين وجوانفاسين)، مشتقات بيريميدين (على سبيل المثال زليلون والزولبيديم)، مضادات الاكتئاب التي لها تأثير مهدئ (على سبيل المثال، ترازودون وميرتازابين)، الميلاتونين، و مضادات الهيستامين التي لها تأثير مهدئ (على سبيل المثال، ديفينهيدرامين وهيدروكسيزين) (ببلايو ويوين ٢٠١٢). الميلاتونين هو عامل فعال وآمن وجيد التحمل، وخاصة في حالات أرق بدء النوم الناجم عن العوامل الإيقاعية. العديد من الدراسات الإيحائية على الميلاتونين في البالغين والأطفال (في بعض الدراسات لا تتجاوز أعمارهن ٣ سنوات من العمر) أظهر أن اعطاء الميلاتونين في وقت النوم يقلل كمون النوم (وقت الدخول الى النوم) ويؤدي الى زيادة وقت النوم الكلي (Ferracioli-أودا وآخرون، ٢٠١٣). الادلة لاستخدام المواد المنومة غير البنزوديازيبينات (الزولبيدوم، زليلون، راميلتونيون، ايسيزروبيلكون) محدودة، ولا سيما في عالم الأطفال. ويركز جدول 1.4.14 تحديدا على المواد التي غالبا ما تستخدم للأطفال ذوي المشاكل التطورية.

باراسومنيا(خلل النوم)،

باراسومنياس هي سلوكيات مضطربة والتي تحدث أثناء النوم، وعادة ما يتم تصنيفها من قبل مرحلة حركة العين غير السريعة للنوم (NREM)، أو مرحلة العين السريعة من النوم (REM). التي تنشأ فيها. ونحن نركز هنا على باراسومنياس NREM. وتشمل هذه؛ المشي في النوم، الذعر الليلي، التكلم في النوم (النوم والكلام)، صرير الأسنان، واضطرابات الحركة الإيقاعية (لم يتم التعامل مع سلس البول هنا، انظر الفصل C.4 من الكتاب). وعادة ما تحدث باراسومنياس NREM في الساعات القليلة الأولى من دورة النوم. هذه السلوكيات تنشأ عندما تستثار القشرة المخية بشكل غير كامل اثناء مرحلة النوم العميق NREM ، وهو- في كثير من الأحيان- ما يكون بسبب الظروف المرضية التي تثير اليقظة المتكررة أو تعزز جمود النوم (كما هو موضح... صعوبة بالغة في الاستيقاظ يرافقه الارتباك أو الترنح). على الرغم من أن معدل انتشار الاضطرابات النفسية في الأطفال الذين يعانون من باراسومنياس NREM منخفض جدا، وقد تم تسجيل خلل نمومي واحد على الأقل عند سن ١٣ عاما بنسبة عالية تصل إلى ٧٨٪ (Laberge وآخرون، ٢٠٠٠). على الرغم من هذه الحالات نادرا ما تتطلب التدخل الطبي، فإنه يمكن أن تكون مقلقة جدا للآباء والأمهات.

المشي أثناء النوم هو مزيج من التمشي مع استمرار اختلال الوعي بعد الإستثارة من النوم. على الرغم من أن نسبة كبيرة من الأطفال يعانون من نوبة واحدة على الأقل من المشي أثناء النوم.

الجدول 1.4.14 الأدوية المختارة لعلاج الأرق في الأطفال الذين يعانون من الإعاقات النمائية:

الأدوية	الجرعة	الأثار السلبية	استخدامه	الدليل على الفعالية
كلورال هيدرات	٢٥-٥٠مغ/كجم	يهدئ. تثبيط التنفس. اضطرابات بالكبد. لا يستخدم مع العقاقير المضادة للاكتئاب السيريتونية.	الأرق المقاوم للعلاجات الأخرى	نعم(في البالغ)
نيابرازين	١مجم/كجم	يهدئ. تأثير مضادات الاسيتيل كولين.	الاعاقة الفكرية. الصرع.	نعم
نترازيبام	١٠-٥مجم	يقلل التنفس سيلان اللعاب.	الصرع.	
الميلاتونين	٣-٦مجم	الصداع الغثيان	تأخر مرحلة النوم في اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه وفي أطياف التوحد. متلازمة انجلمان.	نعم فعلا
راميلتيون	٤-٨مجم		صعوبة بداية النوم في الاعاقة الذهنية أوفي أطياف التوحد	نعم (في البالغين)
ميرتازابين	٧,٥-٣٠مجم	يهدئ زيادة الوزن. جفاف الفم.	أطياف التوحد.	نعم (في البالغين)
الكلونيدين	٠,٠٥-٠,١مجم	يهدئ. عدم انتظام ضربات القلب.	فرط الحركة وتشتت الانتباه. اضطرابات سلوكية.	نعم فعلا
جابابنتين	٣٠٠-٩٠٠مجم	يهدئ نقص في كريات الدم البيضاء.	متلازمة تلمل الساقين. الصرع. صعوبة بداية النوم.	نعم فعلا
كلونازيبام	٠,٢٥-٠,٥٠مجم	يهدئ. الدوخة.	الصرع. متلازمة تلمل الساقين. مقاومة بداية النوم. اضطراب صرير الاسنان. اضطراب الحركات الإيقاعي. الاستيقاظات المتكررة.	نعم فعلا



اضغط على الصورة للحصول على نصائح والمشورة بشأن النوم

ولكن قليل هم من يعانون نوبات مضطربة متكررة. وعادة ما يحدث فقدان للذاكرة لهذه الأحداث والسلوكيات التي غالبا ما تكون غير ملائمة (مثل التبول في سلة المهملات، نقل الأثاث بشكل عشوائي أو التسلق للخروج من النافذة). المشاة أثناء النوم قادرون في بعض الأحيان على التنقل في المحيط المألوف لديهم ولكن عرضة للارتطام بأجسام أوللسقوط....

المشي أثناء النوم هو شائع نسبيا في مرحلة الطفولة مع معدلات انتشار سنوية تقترب من ١٧٪ (Szelenberger وآخرون، ٢٠٠٥). محاولة ايقاظ الطفل في كثير من الأحيان صعبة وربما تزداد معه الحالة سوءا مثل زيادة البلبلة (عدم الادراك) والارتباك. على الرغم من أن المشي في النوم نادرا ما يؤدي إلى ضرر الا انه من الممكن لنوبة المشي أثناء النوم ان ينتج عنها يقظة مرتبكة مشوشة (السلوك يكون مشوشا أثناء الإستثارة من النوم NREM، في كثير من الأحيان..... مع التحدث وعدم القدرة على استدعاء الأحداث في اليوم التالي)، ومع احتمال حدوث حوادث عنيفة (لنفسه أو الآخرين) بشكل أكبر.

رعب النوم أو الذعر الليلي هي نوبات من الخوف الشديد التي تبدأ بصرخة مفاجئة أو الصراخ بصوت عال ويرافقه زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي. أنها الأكثر شيوعا في الأطفال ما قبل سن المراهقة. الآباء والأمهات عادة ما يصفون الطفل بأنه لاحول له خلال النوبة. وقد أظهرت العديد من الدراسات وجود علاقة بين مستويات القلق وباراسومنياس في الأطفال، ما تبين معه أن زيادة القلق يرتبط مع زيادة انتشار الذعر الليلي والاستيقاظ (Kovachy وآخرون، ٢٠١٣). ورعب النوم يختلف عن كوابيس (الجدول 1.4.15) النوم،

الكلام أو التكلم أثناء النوم يعتبر خلل النوم الأكثر شيوعا، مع نسبة انتشار أكثر من ٥٠٪ في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٣ و ١٣ (Laberge وآخرون، ٢٠٠٠ يتحدث النوم). وغالبا ما يحدث التكلم أثناء النوم مصاحبا للمشي أثناء النوم أو الذعر الليلي ، مما يرجح وجود اسباب مشتركة لحدوثهم .

العلاج؛ وقد تلقى علاج باراسومنياس NREM الحد الأدنى من الدراسة. معظم الأطفال يميلون للتخلص من هذه الخبرات مع تقدمهم في العمر ولا يتطلب الأمر أي علاج بخلاف تثقيف وطمأنة للآباء والأمهات. إذا لزم الأمر،



اضغط على الصورة لرؤية طبيب الأطفال يصف الفرق بين الكوابيس والذعر الليلي

الكوابيس	الرعب أو الذعر الليلي
الأطفال في حالة يقظة	الأطفال نائمون
الطفل يتذكر التفاصيل	الطفل لا يتذكر التفاصيل
يمكن ان يشعر الأطفال بالراحة كما يمكنهم التواصل مع آخرين	لا يشعر الطفل بالراحة أثناء النوبة
الحركة او الكلام محدود حتى الاستيقاظ	يمكن للأطفال الجلوس أو المشي وكذلك التحدث أثناء النوبة

- الحفاظ على مذكرات النوم لتحديد الأوقات التي عادة ما يحدث فيها للطفل نوبة من الباراسومنيا أو الخطل النومي (على سبيل المثال، الذعر الليلي).
- أيقاظ الطفل ٣٠ دقيقة قبل الوقت الذي عادة ما يعاني فيه من الذعر الليلي، إذا كان هناك نوبات متعددة للذعر الليلي، يطلب من الآباء والأمهات أيقاظ الطفل ٣٠ دقيقة قبل أقرب نوبة أثناء النوم. لمسة رقيقة أو حديث هادئ حتى يفتح الطفل عيونه بما فيه الكفاية. وبعد هذا الاستيقاظ، عليهم السماح للطفل أن يعاود مرة أخرى إلى النوم من تلقاء نفسه.

- كرر هذه الخطة كل ليلة. عندما يحقق الطفل ٧ ليال دون نوبة ذعر ليلي، تجاوز ليلة واحدة خلال الأسبوع المقبل. فإذا حدث ان عانى الطفل من نوبة ذعر، قد يكون من المفيد أن نعود إلى خطة الاستيقاظ المجدول مرة أخرى.

تدابير السلامة لباراسومنياس في مرحلة حركة العين غير السريعة من النوم، عامة احتياطات السلامة يجب أن تكون خاصة بكل طفل وكل حالة :

- تجنب الارهاق الشديد للطفل في محاولة لمنع الأرق لأن هذا يمكن أن يؤدي الى المشي وهو نائم .
- إذا كان ذلك ممكنا، يجب أن تكون غرفة النوم في الطابق الأرضي أو الطابق السفلي لمنع حوادث السقوط من النافذة .
- النوافذ والأبواب يجب ان تكون مغلقة باحكام.
- الشبابيك يجب ان تكون مغطاه بستائر ثقيلة لمنع الجروح القطعية التي قد تنجم من الارتطام بها و تحطمها بسبب المشي وهو نائم .
- السرير يجب إنزاله إلى الأرض لتجنب السقوط أثناء النوم.
- الأثاث بما في ذلك الطاولات والمكاتب ينبغي إزالتها بعيدا عن حافة السرير.
- السكاكين والأسلحة الأخرى المحتملة يجب أن تكون مؤمنة.
- يجب أن تكون مفاتيح السيارة بعيدا عن المتناول لمنع الوصول إليها والقيادة دون وعي أثناء النوم.

نحتاج الى الأخذ بعين الاعتبار أن تكون تدابير السلامة هي أول خط للتعامل مع الخطل النومي أو الباراسومنياس (انظر الإطار)، وكذلك الاستيقاظ المجدول (وهذا ينطوي على ايقاظ الطفل نصف ساعة قبيل الوقت الذي عادة ما تحدث فيه النوبة) والقيولة (ذعر النوم، على سبيل المثال، غالبا ما يرتبط بالأطفال الذين لا يحصلون على قسط كاف من النوم). ويرى بعض الخبراء أنه في حالة النوبات الشديدة أو الحالات التي طال أمدها، فان الكولونازيبام أو مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات يمكن أن تكون مفيدة، وخاصة في المرضى الذين يعانون من نوبات متكررة بكثرة ومضطربة أو الذين يعيشون في ظروف عائلية خاصة (على سبيل المثال، غرف مشتركة بين الإخوة والأخوات، بيت غير آمن.... الخ) مع الترحيح الدقيق للتكاليف مقابل/ فعالية التدخل (بروني وآخرون، ٢٠٠٤).

اختلال انتظام التنفس أثناء النوم

التعريف:

طفيف اختلال انتظام التنفس أثناء النوم يشمل الحالات الإكلينيكية التي تتراوح بين الشخير المعتاد الى متلازمة مقاومة مجرى الهواء العلوي، إلى توقف التنفس الإنسدادي أثناء النوم. الشخير هو واحد من السمات الأساسية لإختلال انتظام التنفس أثناء النوم جنبا إلى جنب الى التنفس عن طريق الفم، والتوتر أثناء النوم، مع نوبات من اللمهة للهواء ووقفات تنفسية. قد يختلف الشخير في شدته من بسيط، وعلى فترات متقطعة، الى الشخير بصوت عال. وتم تلخيص الأعراض الشائعة والنتائج المترتبة على اختلال انتظام التنفس أثناء النوم في الجدول 1.4.16.

معدل الانتشار:

وتفيد التقارير انتشار عادة الشخير المتكرر في ما يصل إلى ٢٧٪ من الأطفال (مونتمغري داونز وآخرون، ٢٠٠٤) في حين أن معدلات انتشار توقف التنفس أثناء النوم عند الأطفال تتراوح بين ١,٢٪ إلى ٥,٧٪، اعتمادا على معايير التشخيص المستخدمة والعينة السكانية التي تمت الدراسة عليها. وتكون الذروة في الأطفال فيما بين ٢ و ٨ سنوات من العمر وهي إلى حد كبير بسبب تضخم اللوزتين واللحمية. وقد ساهم وباء البدانة بين الأطفال والمراهقين إلى تزايد حالات اختلال انتظام التنفس أثناء النوم يصاحبه تضخم عقدي لمفي بسيط. وتشمل العوامل المهيئة الأخرى تشوهات الوجه و الاضطرابات العصبية والعضلية.



اضغط على الصورة لمشاهدة فيديو منزلي لطفل يبلغ ثلاث سنوات يعاني توقف التنفس الإنسدادي أثناء النوم

بليه 1.4.16 الأعراض والنتائج الإكلينيكية لإختلال انتظام التنفس أثناء النوم عند الأطفال :

الأعراض	النتائج
<ul style="list-style-type: none"> • الشخير. • التنفس عن طريق الفم. • الأرق. • وفيات التنفس. • تعرق غزير أثناء النوم. • الأعراض المصاحبة: • الذعر الييلي • سلس البول • اوضاع للنوم غير اعتيادية • احتقان الأنف • تضخم اللحمية واللوزتين حساسية الأنف • التهاب الجيوب الأنفية 	<ul style="list-style-type: none"> • السلوك العصبي: • نعاس. • فرط الحركة. • نقص التركيز. • سلوكيات مضطربة. • انسحاب اجتماعي. • الاكتئاب. • القلق. • تدني الثقة بالنفس. • القلب والأوعية الدموية: • ارتفاع ضغط الدم. • تضخم عضلة القلب . • تضخم البطين الأيسر. • اضطراب نسبة الدهون والكوليسترول بالدم. • مقاومة الإنسولين

التشخيص:

دراسة تخطيط النوم على مدى ليلة وضحاها هو المعيار الذهبي لتشخيص توقف التنفس أثناء النوم فقد نشرت الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال والجمعية الأمريكية لأمراض الصدر المبادئ التوجيهية لدراسة النوم عند الأطفال والمراهقين (الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال ٢٠٠٢).

النتائج السلوكية العصبية لتوقف التنفس الإسدادي أثناء النوم :

وجد أن السلوك العصبي وضعف الإدراك مؤكدين في الأطفال الذين يعانون من توقف التنفس الإسدادي أثناء النوم. ووجد أن الاضطراب السلوكي سمة مشتركة في الأطفال الذين يعانون من انقطاع النفس الإسدادي النومي والذي يمكن أن يظهر مع زيادة الاندفاعية، وفرط النشاط والعدوانية واضطرابات في السلوك. وقد تم الإقرار بقصور في الذاكرة، والغفلة، وضعف الوظائف التنفيذية وكذلك ضعف الأداء الأكاديمي أيضا (أوبراين، ٢٠٠٩). وقد تبين أن علاج توقف التنفس أثناء النوم يكون فعال في انعكاس الأعراض السلوكية العصبية وتحسين النتائج الأكاديمية.

العلاج:

وفقا لمبادئ الأدلة التوجيهية الإكلينيكية الممارسة في الفترة الأخيرة، فإن استئصال اللوزتين واللحمية هو علاج فعال جدا في توقف التنفس الإسدادي أثناء النوم عند الأطفال (ماركوس وآخرون، ٢٠١٢). وأجهزة ضغط الهواء الإيجابي المستمر أيضا لديها ما يكفي من الأدلة لدعم استخدامها في طب الأطفال المرضى. وأوصوا بها في الحالات التي لا تستجيب للعلاج الجراحي. وهناك استراتيجيات أخرى تشمل علاج الحساسية الأنفية، وخفض الوزن، وتجنب المثبرات البيئية.

متلازمة تلمل الساقين واضطراب حركة الأطراف الدورية

متلازمة تلمل الساقين هو اضطراب حسي حركي يتميز برغبة ملحة لتحريك الساقين، وغالبا ما ترتبط بأحاسيس غير مريحة.





جاكوب غوستاف دوريه : ثنائي مع طفلين نائمون على جسر لندن ، مجموعة بيرج فلوردا

في الساقين، او في احيان أقل، تحريك أجزاء الجسم الأخرى. على الرغم من أن متلازمة تملل الساقين قد تعتبر تقليديا اضطراب يحدث في منتصف العمر، فقد أظهرت العديد من الدراسات (تلخيصها في Picchietti و Picchietti، 2008) أنه يمكن أن يحدث في مرحلة الطفولة (انظر المعايير البحثية المقترحة في الجدول I.4.17). مقياس شدة متلازمة تملل الساقين عند الأطفال (Arbuckle وآخرون، 2010)، وهو مقياس يستكمل من الأطفال ويستوفى من قبل أحد الوالدين في استبيان منفصل، هذا الاستبيان يمكن أن يستخدم لقياس شدة والتأثير الوظيفي للأعراض (Arbuckle وآخرون، 2010)، على الرغم من أنه لم يتم التصديق عليه حتى الآن. من أجل تحديد الحاجة للعلاج، فمن المحوري التقييم ليس فقط لشدة الأعراض ولكن أيضا لتأثير هذه الأعراض على النوم، والإدراك والمزاج.

تشخيص اضطراب حركة الأطراف الدورية يتطلب تسجيل تخطيط للنوم polysomnographic (ألين وآخرون، 2003). وبناء على أدلة من خلال دراسات الكيمياء الحيوية، والأشعاع وتحاليل بعد الوفاة وجد انها تفترض دور لنقص الحديد في الأسباب المرضية لحدوث متلازمة تملل الساقين (ألين وإيرلي، 2007)، وكما ذكرت انخفاض الفيريتين في الدم وهو عامل رئيسي من عوامل الحديد (تلخيص في Picchietti و Picchietti، 2010)، وقد أوصى بعض الكتاب بفحص ومراقبة مستويات الفيريتين في الدم عن الأطفال الذين يشتبه انهم يعانون من متلازمة تملل الساقين. ومع ذلك، لا يوجد توافق في الآراء بشأن مستوى نقص الحديد في الأطفال؛ وقد اقترح $\mu\text{g} / \text{L} \times 50$ مؤشرا على زيادة خطر متلازمة تملل الساقين في البالغين. وعلاوة على ذلك، مستويات الفيريتين في الدم لا بد من تفسيرها بحذر لأنها يمكن أن تختلف اختلافا كبيرا، خاصة بعد مرض الحمى (Eskeland وآخرون، 2002).

الجدول 1.4.17 المعايير المقترحة لتشخيص متلازمة تلملم الساقين عند الأطفال من خلال مجموعة دراسة دولية متلازمة تلملم الساقين *

(أ) الطفل يفي بجميع المعايير الأربعة الكبار الأساسية لمتلازمة تلملم الساقين: (أ) رغبة ملحة لتحريك الساقين لوجود شعور غير مريح بهما (ب) التي تبدأ أو تسوء مع الراحة أو الخمول، (ج) والتي تحدث غالباً في المساء أو الليل، و (د) ويتحسن هذا الشعور مع الحركة.

و

• الطفل يصف حالته بكلماته الخاصة على أنه شعور بعدم الارتياح والانزعاج بالساقين (الطفل قد يستخدم مصطلحات مثل oowies، دغدغة، العناكب، بوو الاستهجان، او وجود الكثير من الطاقة في ساقى لوصف الأعراض.... ويتم تشجيع الطفل على الوصف متناسب مع عمره)

و

• يفي الطفل معايير البالغين الأربعة الأساسية لمتلازمة تلملم الساقين، كما في (أ)

و

• اثنان من ثلاثة من المعايير التالية موجودة: (أ) اضطراب النوم نسبة للعمر، (ب) وجود اصابة بالمتلازمة عند الأم البيولوجية أو أحد الأخوة (ج) وجود دليل موثق من تخطيط النوم للطفل يدل على حركة دورية للأطراف بمعدل ٥ أو أكثر لكل ساعة من النوم.
* ألين وآخرون (٢٠٠٣)

التشخيص الفارق

ويشمل التشخيص التفريقي لمتلازمة تلملم الساقين (Picchietti و Picchietti 2010):

- عدم ارتياح موضعي.
- قرح عضلات الساق.
- التواء الأوتار والأربطة.
- الكدمات .
- اضطرابات العظام.
- التهاب الجلد.

العلاج

إدارة متلازمة تلملم الساقين / اضطراب حركة الأطراف الدورية غير الدوائي للحالات الخفيفة الى معتدلة (أي الحالات الخفيفة الى معتدلة التأثير على النوم، والإدراك والسلوك). وهذا يشمل وضع عادات نوم صحية، وممارسة الرياضة البدنية وتجنب تفاقم الاسباب المفترضة مثل النوم الغيركافي بالنسبة للعمر، و النوم غير المنتظم، وانخفاض مخزون الحديد في الجسم، الألم، والكافيين والنيكوتين والكحول وبعض الأدوية (مثل مضادات الإكتئاب السيروتونية اس اس اراي، مضادات الهيستامين، ومضادات الذهان) (Picchietti و Picchietti 2010).

الأدلة التوجيهية حول فعالية العلاج الدوائي محدودة للغاية، وحتى الآن، لم يتم موافقة ادارة الاغذية والعقاقير الأمريكية على أي عقار لعلاج متلازمة تلملم الساقين عند الأطفال.. في الحالات الشديدة، قد اقترح استخدام خارج -ال دوبا أو غيرها من عقاقير الدوبامين من قبل استشاريين الأطفال المعنيين بأمراض النوم. و رغم عدم وجود توافق في الآراء بشأن مستويات الفيريتين في الدم، فقد أوصى بعض الخبراء باعطاء مكملات الحديد عن طريق الفم في حالة انخفاض مخزون الحديد في الجسم (٥٠ - ٦٥ ملغ من عنصر الحديد مرة واحدة أو مرتين في اليوم)، ومن ثم إعادة فحص نسبة الفيريتين في الدم بعد ٢-٣ أشهر (Picchietti و Picchietti ٢٠١٠).

النوم النهاري (الخدار)



يجب أن يتم تشخيص وعلاج حالات الخدار من قبل اختصاصيي النوم (وبالتالي سيتم ذكره هنا بشكل موجز). ومع ذلك، فمن المهم للمهتمين والعاملين في مجال صحة الطفل العقلية ان يكونوا على بينة من الأعراض والعلامات السريرية للخدار. حيث أن الأطفال الذين يعانون من حالة الخدار احيانا يتم تشخيصهم بشكل خاطئ على أنهم يعانون اضطرابات عصبية أو نفسية أخرى، مثل الصرع. فرط حركة وتشتت انتباه، اضطرابات المزاج، أو اضطرابات نفسية. ومن خلال الدراسة بأثر رجعي، فإن حوالي ثلث البالغين الذين يعانون من حالة الخدار أفادوا أن البداية كانت قبل سن ١٥ سنة وأن حوالي ١٥٪ قبل سن ١٠ سنوات من العمر.

النعاس المفرط، الذي لا يمكن السيطرة عليه أثناء النهار هو العرض الأكثر شيوعا لحالة الخدار في الأطفال في سن المدرسة، ولكن، كما هو واضح، ان النعاس أثناء النهار هو أيضا مظهر من مظاهر العديد من مشاكل النوم الأخرى مثل الأرق وانقطاع التنفس أثناء النوم. من الأعراض الأكثر تحديدا لحالة الخدار هو الجمود (ضعف مفاجئ في عضلات الجسم، وخصوصا في الساقين وأيضاً الوجه والعنق، الذي غالبا ما ينجم عن عاطفة قوية، خصوصا الضحك). بنسبة ٥٠٪ إلى ٧٠٪ من المرضى الذين يعانون من حالة الخدار في الطفولة يصابون بالجمود، شلل النوم والهلوسة يمكن أن تكون موجودة ولكنها أقل شيوعا. في حوالي ١٠٪ إلى ٢٥٪ فقط من المصابين تظهر عندهم هذه الأعراض الأربعة (النعاس خلال النهار الذي لا يمكن السيطرة عليه، الجمود، شلل النوم، والهلوسة) أثناء مرضهم. هذه الأعراض تأتي نتيجة لطغيان مفاجئ لمرحلة حركة العين السريعة من النوم (REM) في المرضى المستيقظين. هذا وتشخيص الخدار يتطلب تقييم مختبر النوم، بما في ذلك دراسة النوم الليلي واختبارات متعددة لكمون النوم (Guilleminault وبيلايو، ٢٠٠٠).

معظم الناس الذين يعانون من حالة الخدار لديهم مستويات منخفضة من الهيبيوكريبتين العصبي، وهو الذي يعزز اليقظة. ويبدو أن معظم الحالات تكون على هيئة أفراد وليس لديهم تاريخ عائلي للاضطراب على الرغم من أنه قد يحدث في شكل مجموعات عائلية، وخاصة في أولئك الذين يظهر عندهم الجمود. مؤخرا، تم العثور على العديد من حالات الخدار في الأطفال الايرلنديين والفنلنديين والسويديين بعد التطعيم بلقاح أنفلونزا H1N1 شركة جلاكسو سميث كلاين Pandemrix®.

علاج الخدار في الأطفال والمراهقين يشمل اعداد جدول نوم منتظم، وتوفير توعية على نطاق واسع للعادات الصحية للنوم، مع تنفيذ القبولية المقررة إن أمكن، مع الأدوية. يتم التعامل مع حالة الخدار عادة بواسطة منشطات الجهاز العصبي (psychostimulants) مثل ميثيلفينيدات وديكستر وأمفيتامين... كما استخدم مودافينيل (في جرعات من ١٠٠ mg / يوم ل ٦٠٠ mg / يوم، مقسمة على جرعات). وهناك تقارير عن استخدام اوكسيبات (oxybate الصوديوم (γ-hydroxybutyrate [GHB]) (Mansukhani وKotagal 2012). اضغط [هنا](#) للوصول إلى ورقة حقائق الخدار التي ينتجها المعهد الوطني الأمريكي للاضطرابات العصبية والسكتة الدماغية.

متلازمة كلين ليفين.

اضطراب شائع آخر من hypersomnolence هو متلازمة كلين ليفين، وتجدر الإشارة إليه هنا فقط بشكل وجيز حيث عادة ما يتم التعامل معه من قبل أخصائي (انظر معايير التشخيص في الجدول 1.4.18).

متلازمة كلين ليفين، هي حالة نادرة تحدث بشكل رئيسي للمراهقين؛ يبدأ خلال العقد الثاني في حوالي ٨٠٪ من الحالات، مع نسبة الذكور / الإناث من ٢: ١. وتتميز متلازمة كلين ليفين-بفترات من النعاس الشديد.



الجدول 1.4.18 معايير تشخيص متلازمة كلين-ليفين (معايير المعايير من ألف إلى هاء يجب أن تتحقق

- أ- يجب ان يمر المريض على الاقل بنوبتين من نوبات الإفراط في النوم ومدة النوم، كل نوبة تستمر لمدة من يومين إلى خمسة أسابيع.
- ب- النوبات تتكرر عادة أكثر من مرة واحدة في السنة، وعلى الأقل مرة كل ١٨ شهرا.
- ج- المريض لديه درجة طبيعية من الوعي ، الإدراك والسلوك والوظائف المعرفية والمزاج بين النوبات.
- د- المريض يجب أن بوحدة على الأقل مما يلي خلال النوبات:
 ١. ضعف معرفي.
 ٢. تغيرات في الإدراك.
 ٣. اضطرابات الأكل (فقدان الشهية العصابي أو الإفراط في الأكل).
 ٤. سلوكيات انفلاتية (مثل فرط الرغبة الجنسية).
- هـ- الإفراط في النوم والأعراض المرتبطة به لا يمكن تفسيرها بشكل أفضل من خلال اضطرابات أخرى للنوم، وغيرها من الاضطرابات الطبية، العصبية، أو الاضطرابات النفسية الأخرى (خاصة اضطراب ثنائي القطب)، وكذلك استخدام المخدرات أو الأدوية.

* التصنيف الدولي للاضطرابات النوم، الطبعة الثالثة (ICSD-٣، ٢٠١٤)

بالتناوب مع فرط الأكل (الجوع المفرط أو شهية نهم)، والتغيرات النفسية والأعراض السلوكية. السبب والمسببات لمتلازمة كلين ليفين-غير معروفة حاليا. وتشمل التشخيصات الفارقة المهمة للأمراض النفسية: الاكتئاب، الاضطراب ثنائي القطب، الاضطرابات الوجدانية الموسمية، والاضطراب النفس جسماني.

على الرغم من أن مجموعة واسعة من الأدوية (بما في ذلك المنشطات النفسية، ومضادات الصرع، مضادات الاكتئاب، ومضادات الذهان) تم استخدامها لعلاج المتلازمة، إلا أنه لا يوجد أي دليل يدعم فعالية أي منها. خلصت مراجعة منهجية كوكرين الأخيرة التي أجريت أنه لم يتم عمل تجارب سليمة منهجيا باستخدام مجموعة تحكم ذات عينات عشوائية (أوليفيرا وآخرون، ٢٠١٣).

اضطرابات النوم لدى الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات نفسية

اضطرابات المزاج:

اضطراب النوم (الأرق أو فرط النوم) هي واحدة من المعايير التشخيصية للاكتئاب. وتشمل اضطرابات النوم الشائعة في الاكتئاب لدى الأطفال تأخر بداية النوم، الاستيقاظ الليلي المتكرر، فرط النوم (النعاس المفرط أثناء النهار) وصعوبة الاستيقاظ في الصباح . التحقيق المنهجي لشكاوى النوم عند الأطفال المكتئبين يشير إلى أن الأرق (صعوبة بدء ومتابعة النوم) هو الأكثر شيوعا (٧٥٪) من فرط النوم (١٠٪)؛ وجود نوعي الأعراض مجتمعين (١٠٪) يحدث مع زيادة شدة الاكتئاب. والأرجح يرتبط الأرق مع الاستثارة الحركية، والإفراط في القلق والشكاوى الجسدية، في حين أنه من المرجح ان يكون فرط النوم مع الشباب الذين يعانون من الخمول ، والتعب، وفقدان الشهية، واليأس، وقلة الحيلة. وقد أظهرت الدراسات أن صعوبات النوم المستمرة قد تزيد من احتمالات الإصابة بالاكتئاب.

والقلق في السنوات القليلة القادمة (غريغوري وآخرون، ٢٠٠٩). بالإضافة إلى ذلك، فإن اضطرابات النوم، وخاصة الأرق والكوابيس، وجد ان هناك ارتباط بينها وبين زيادة الأفكار الإنتحارية ومحاولات الانتحار في الشباب (غولدشتاين وآخرون، ٢٠٠٨).

وقد أقرت الدراسات التي تستخدم تخطيط النوم ان الأكثر شيوعا في الشباب هو انخفاض كمون REM (مرحلة نوم حركة العين السريعة) وزيادة الكمون الى النوم في الشباب المصابين بالاكتئاب. على الرغم من أنه يتم الإبلاغ عن شكاوى النوم من أغلبية الأطفال المصابين بالاكتئاب، التقارير الموضوعية لاضطرابات النوم لا تتطابق مع النتائج الموضوعية. في الواقع، بالرغم من إبلاغ الشباب عن مشاكل نوم كبيرة مثل النوم غير الفعال والاحساس المستمر بالإجهاد خلال النهار لم يوجد تغيرات بعينها يمكن تحديدها في دراسة تخطيط النوم (Ivanenko وآخرون، ٢٠٠٥).

هناك عدد قليل جدا من الدراسات على تأثير علاج الاكتئاب على مشاكل النوم المرضية أو، على العكس، تأثير علاج مشاكل النوم على الاكتئاب. عموما، التدخلات غير الدوائية مثل المنهج الصحي للنوم، والتنظيف النفسي والعلاج النفسي، ويمثلون خط العلاج الأول (انظر الجدول 1.4.19). على الرغم من أن العلاج السلوكي المعرفي (CBT) يستخدم عادة لعلاج الاكتئاب، لا يظهر أن الشكل المعتاد للعلاج المعرفي السلوكي فعال في علاج الأرق المرضي المصاحب للاكتئاب (مكارتي وايز، ٢٠٠٧). ولذلك، فإنه تم اجراء تعديل في العلاج المعرفي السلوكي ليلائم علاج الأرق المصاحب (CBT-I) ووضع آليات خاصة لتحديد القضايا المرتبطة بالنوم. في حالة اضطرابات إيقاع الساعة البيولوجية، فإن زيادة التعرض للضوء الساطع باستخدام جهاز العلاج بالضوء قد يكون مفيدا (أرميتاج وآخرون، ٢٠٠٤). ونظرا للوضع المعيق لاضطرابات النوم فإنه يوصى بالعلاج المتزامن لأعراض الاكتئاب والنوم عن طريق استخدام مضادات الاكتئاب والتدخلات السلوكية للأرق معا. ويجب أن يكون استخدام المنومات بحكمة حيث أنه لا توجد انواع منها حصلت على الموافقة بالنسبة لفئة للأطفال.

اضطرابات القلق:

حوالي ٩٠٪ من الأطفال الذين يعانون من اضطراب القلق أفروا واحد على الأقل أو أكثر من مشاكل في النوم. الأكثر شيوعا هي الكوابيس، والاستيقاظ كثيرا أثناء الليل، ومقاومة النوم (القلق بشأن الذهاب إلى الفراش)، والرفض أن ينام وحده، وصعوبة في النوم (ألفانو وآخرون، ٢٠٠٧). أعراض القلق في الفئة العمرية الأصغر سنا قد تكون على هيئة مخاوف-مخاوف ليلية بسبب مشاهدة مناظر عنيفة أو مخيفة على الشاشة مما يؤدي إلى رفض الذهاب الى الفراش، والكوابيس، والاستيقاظ ليلا بشكل متكرر، وعدم القدرة على النوم وحده (الفارية وآخرون، ٢٠٠٠). الأبحاث الحديثة تشير إلى وجود علاقة ثنائية الاتجاه وتفاعل فسيولوجي بين القلق واضطراب النوم مع وجود تأثير تفاعلي لأحدهم على الآخر (غريغوري وآخرون، ٢٠٠٩). وتشير الدراسات ان مشاكل النوم المستمرة في المرحلة المبكرة من العمر تؤدي الى القلق واضطرابات القلق خلال فترة المراهقة والبلوغ (غولدشتاين وآخرون، ٢٠٠٨). ومن المثير للاهتمام، على النقيض من الاكتئاب، فإن الآباء والأمهات والأطفال الذين يعانون من اضطرابات القلق اقل في شكاوهم من مشاكل في النوم (هدسون وآخرون، ٢٠٠٩). وتشير البحوث إلى أن طبيعة ومعدلات مشاكل النوم تختلف بين اضطرابات القلق المختلفة. وذكرت أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال أكثر عرضة للباراسومنياس، مثل المشي أثناء النوم، الذعر الليلي والتبول اللاإرادي (ألفانو وآخرون، ٢٠٠٧). الأطفال الذين يعانون من اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) في كثير من الأحيان شكاوهم من مشاكل النوم تكون متشابهة بغض النظر عن نوع من الصدمة (Kovachy وآخرون، ٢٠١٣). وقد وجدت دراسات قليلة باستخدام actigraphy في الأطفال الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة زيادة في بداية الكمون الى النوم، والنشاط الليلي، ونوم متقطع (سديه وآخرون، ١٩٩٥). وتشير الدراسات إلى أنه قد يصل إلى ٩٠٪ من

<p>الجدول 1.4.19 التدخلات السلوكية لمشاكل النوم عند الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الصحة العقلية</p> <ul style="list-style-type: none"> • اجعل غرفة مظلمة وسليمة ومريحة وهادئة. • حافظ على وقت وإيقاظ وقت النوم ثابتين. • إنشاء روتين ثابت يمكن التنبؤ به قبل النوم • منع اي أنشطة طاقة عالية وكذلك متابعة وسائل الإعلام قبل وقت النوم • تجنب القيلولة في الأطفال الأكبر سنا من ٥ سنوات • تجنب الكافيين أو المنشطات في وقت متأخر من نفس اليوم • الحفاظ على مذكرات النوم لتتبع والتعرف على المثيرات 	<p>العادات الصحية للنوم</p>
<p>لمعالجة المفاهيم المعرفية الخاطئة :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CBT (العلاج المعرفي السلوكي للأرق): التركيز على الاستثارات المتكيفة ، ومراقبة المثيرات والحد من فترات القلق المرتبطة في النوم. • فترات القلق في أوقات أخرى غير وقت النوم (على سبيل المثال، التعرف على لحظات التفكير في المخاوف اثناء اليوم). • لمعالجة الخلل في الإيقاع اليومي: • العلاج بالضوء باستخدام الصندوق الضوئي. • التعرض المنظم للإضاءة المحيطة. 	<p>تدخلات محددة لعلاج الاكتئاب</p>
<p>الحد من القلق قبل النوم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تمارين استرخاء العضلات. • تمارين التنفس. 	<p>تدخلات محددة في اضطرابات القلق</p>
<p>لمعالجة مشاكل المرحلة الانتقالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • استخدام الجدول الزمني المصور مع الإشارات البصرية حول إجراءات ما قبل النوم . • تجنب التعرض للشاشة ووسائل الاعلام قبل النوم. • لمعالجة مقاومة النوم: • الإقلاع القياسي، الذي ينطوي على تجاهل الآباء كل اضطرابات النوم (أي أن الوالد يضع الطفل في الفراش، وليس هناك تفاعل حتى الصباح) • الإقلاع التدريجي ينطوي على تجاهل الآباء الاضطرابات السلوكية وقت النوم (على سبيل المثال، الصراخ) لفترة محددة سلفا. في نهاية هذه الفترة، إذا كان الطفل لا يزال منخرط في السلوكيات المضطربة، فعلى الوالد أن يضع الطفل مرة أخرى في السرير، وبالتدريج يقوم الوالد بالحد من التفاعل مع الطفل أثناء النوم. • تلاشي وقت النوم ينطوي أولا على تحديد الوقت الذي من المرجح أن يغفو فيه الطفل خلال ١٥ دقيقة من الذهاب إلى الفراش. بمجرد ان ينام الطفل في هذا الوقت بدون مقاومة تذكر، يتم تعيين وقت نوم مبكرا ومبكرا كل ليلة حتى يتم تحقيق وقت النوم المطلوب. وبالإضافة إلى ذلك، ايقظ الطفل في نفس الوقت كل صباح مع عدم السماح له بالنوم خارج اوقات النوم الموصوفة (فريند وآخرون، ٢٠١١). • تلاشي وقت النوم مع تكلفة الاستجابة. وهذا ينطوي على تلاشي وقت النوم، كما هو موضح أعلاه. ومع ذلك، إذا لم ينام الطفل في غضون فترة معينة من الزمن، وتلاشي النوم مع تكلفة الاستجابة ينطوي على عنصر إضافي هو حمل الطفل من السرير (تكلفة الاستجابة) لزيادة التحفيز ليغفو. بعد مرور فترة زمنية محددة مسبقا (عادة حوالي ٣٠ دقيقة)، يجب إعادة الطفل إلى السرير. ويتكرر هذا الإجراء حتى يذهب الطفل في النوم. بمجرد النجاح في الوصول لوقت النوم المستهدف ، يتم تعيين وقت نوم أكثر ابكارا كهدف (فريند وآخرون، ٢٠١١). • تتلاشي المثير: استبعاد الأم تدريجيا من غرفة الطفل <p>لمعالجة الذعر الليلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • جدولة الاستيقاظ حوالي ٣٠ دقيقة قبل الوقت المتوقع للنوبة. 	<p>تدخلات محددة في أطياف التوحد</p>

الأطفال الذين يعانون من اضطراب القلق العام يعانون أيضا صعوبة في النوم (ألفانو وآخرون، ٢٠٠٧). والأطفال ذوي اضطراب القلق العام يعانون من الأرق عند بداية النوم ومن النوم المتقطع والنعاس أثناء النهار. تغييرات موضوعية في هؤلاء الأطفال تشير إلى زيادة كمن بداية النوم، وانخفاض كمن حركة العين السريعة، مع زيادة المدة الكلية لمرحلة حركة العين السريعة من النوم، وانخفاض كفاءة النوم (ألفانو وآخرون، ٢٠١٣). التدخلات السلوكية النوم هي خط العلاج الأول للصعوبات المرتبطة بالنوم في الأطفال القلقين (انظر الجدول 1.4.19). بعض الطرق الفعالة للحد من المخاوف ليلا، وصعوبة النوم يتمثل في تجنب المشاهد المخيفة أو المثيرة لقلق على الشاشة، وخلق طقوس مهدئة النوم والتي تقلل الاستثارة في وقت النوم، والحفاظ على بيئة آمنة، الاسترخاء قبل النوم للحد من الإثارة، وتعزيز النوم عن طريق تأخير وقت النوم. كذلك تدخلات علاجية محددة مثل الاسترخاء التدريجي للعضلات، والتعرض ومنع الاستجابة، الحساسية المنهجة وتقنيات إعادة صياغة الحلم، والتخيل الموجه هي اساليب مفيدة في الحد من القلق قبل النوم (Ollendick وآخرون، ١٩٩١). الدراسات الاستكشافية عن الخيارات الدوائية للمشاكل المرتبطة بالنوم في الأطفال القلق محدودة بشكل عام، الحد من القلق مع ادوية SSRI قد يقلل من المشاكل المرتبطة بالنوم. فلوفوكسامين يمكن أن يقلل من القلق ومشاكل النوم. من ناحية أخرى، أدوية ال اس اس اراي الأخرى، مثل فلوكستين، ومن المعروف أنها تعيق النوم عن طريق تثبيط مرحلة حركة العين السريعة من النوم REM وعن طريق زيادة عدد الإستنارات (دورسي وآخرون، ١٩٩٦). وعادة ما يتم تجنب الأدوية المنومة نظرا لعدم وجود بيانات السلامة في الفئة العمرية للأطفال.

اضطراب طيف التوحد

مشاكل في النوم هي أكثر شيوعا في اضطراب طيف التوحد (ASD) بالمقارنة مع الأطفال الطبيعية وهؤلاء ذوي الإعاقة الفكرية، ونسبة انتشار تتراوح ما بين ٥٠٪ - ٨٠٪ (Schreck و Richdale، 2009). وقد ارتبطت اضطرابات النوم عند الأطفال الذين يعانون من التوحد مع مستوى ليلي منخفض من الميلاتونين بسبب إفراز غير طبيعي والتعبير المختل للنواقل العصبية المنظمة للنوم GABA بسبب تعطل GABAergic الخلايا العصبية البيئية (ليفيت وآخرون، ٢٠٠٤). وهناك عوامل أخرى تساهم في مشاكل النوم قد تشمل فرط الحساسية للمؤثرات البيئية، وسوء التنظيم الذاتي، والسلوكيات الشعائرية، امراض الجهاز الهضمي، والمشاكل العصبية والنفسية المصاحبة، والأدوية المستخدمة لعلاج هذه الظروف (رينولدز و Malow 2011). من المهم تحديد ومعالجة اضطرابات النوم لدى هؤلاء المرضى لأنها مرتبطة بمعدل أعلى من السلوكيات النمطية، ضعف الأداء الوظيفي خلال النهار

جاكوب ريس : الأطفال
نائمون في شرع شيري
١٨٩٠ (مع مجموعة
متحف مدينة نيويورك)



وتفانم العجز الاجتماعي والعجز في التواصل (جونسون وآخرون، ٢٠٠٩). قضايا النوم الأكثر شيوعا هي صعوبة في النوم، وكثرة الاستيقاظ ليلا، الاستيقاظ في الصباح الباكر، وتخفيض مدة النوم، وعدم وجود روتين النوم، وكثرة المخاوف ليلا والكوابيس (جونسون وآخرون، ٢٠٠٩). وتشير دراسة موسعة أن اضطرابات النوم، وخاصة انخفاض مدة النوم، تظهر في وقت مبكر من عمر ٣٠ شهرا ، وتستمر حتى نهاية فترة المراهقة على الرغم من أن نوع معين من مشكلة النوم قد يتغير مع تقدم العمر. الأطفال الصغار يعانون مقاومة النوم، والقلق من النوم، والاستيقاظ ليلا والكوابيس، في حين الأطفال الأكبر سنا يعانون تأخر بداية النوم، وقصر مدة النوم، والنوم خلال النهار (غولدمان وآخرون، ٢٠١٢). وتشمل مشاكل النوم الموضوعية التي اكتشف عن طريق actigraphy ودراسة تخطيط النوم كفاءة نوم أقل، ووقت نوم أقصر، ووقت أطول للكومون، وتشوهات مرحلة حركة العين السريعة للنوم REM بما في ذلك تخفيض في مرحلة حركة العين السريعة للنوم REM، وزيادة كثافة حركات العين، ووقت أقصر لكومون REM مرحلة حركة العين السريعة للنوم (رينولدز و Malow، 2011).

مشاكل النوم في التوحد هي أعراض متزامنة يمكن أن تؤثر على مسار وشدة الاضطراب وبالتالي في حاجة لعلاج فعال . وتشير الدراسة إلى وجود ارتباط بين التعرض لوسائل الإعلام وألعاب الفيديو ومشاكل النوم والتي تكون أكثر وضوحا في الأطفال الذين يعانون من التوحد عن الأطفال ذوالنمو الطبيعي (إنجيلاردت وآخرون، ٢٠١٣). لذا من الأهمية بمكان ممارسة عادات صحية جيدة للنوم . وقد استخدمت العديد من التدخلات السلوكية بنجاح لمعالجة مشاكل سلوكية محددة، مثل تعزيز روتين النوم باستخدام الإشارات البصرية والسلوكية، وتعزيز الطمأنينة الذاتية بواسطة قيود النوم ، وتلاشي المحفز وأساليب الاقلاع (انظر الجدول 1.4.19). وهناك أدلة قوية على أن الميلاتونين قبل النوم فعال لعلاج الأرق في اطياف التوحد اجم إلى ٣ مجم من الميلاتونين يوميا يقلل فترة الكومون للنوم ويحسن مدة النوم (روسينول وفراي، ٢٠١١). كذلك وجود بعض الأدلة أيضا لاستخدام الكلونيدين (مينغ وآخرون، ٢٠٠٨). اكلينيكيًا، غالبا ما يقترح استخدام العلاج الدوائي عند تزامن الاضطرابات النفسية والعصبية لتساعد على النوم وهذا يكون باستخدام أدوية لها خصائص مهدئة ليلا ومنع الأرق عن طريق تجنب الأدوية التي لها تأثير منبه قبل النوم (رينولدز و Malow، 2011).

اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط (ADHD):

كان هناك اهتمام متزايد بمشاكل النوم المرتبطة ADHD اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط (كورتيز وآخرون، ٢٠٠٩؛ كورتيز وآخرون، ٢٠١٣). صعوبات النوم في هؤلاء الأطفال هي ذات أهمية للأسباب التالية:

- اضطرابات النوم قد تكون مصدرا للضغط للطفل والأسرة
- مشاكل النوم قد تؤدي إلى تفاقم أعراض ADHD اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط ، وكذلك ما يرتبط بها من الاضطرابات العاطفية.
- التغيرات الكمية أو النوعية للنوم قد يسبب مشاكل في المزاج ، والتركيز ، والسلوك.
- اضطرابات النوم قد تحاكي أعراض ADHD اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط في الأطفال الذين تم تشخيصهم عن طريق الخطأ ADHD. نقص الانتباه / فرط النشاط

لذلك، يمكن تحسين أعراض عدم الانتباه، وفرط النشاط والانفعالية أو حتى القضاء عليها تماما عن طريق معالجة اضطراب النوم الاولي. هناك دراسة عن النوم في أطفال فرط الحركة وتشتمت الإنتباه وجدت أن الأطفال أو آباءهم ذكروا وجود مقاومة للنوم، وصعوبة في بداية النوم ، المشي ليلا أثناء النوم.

صعوبة الاستيقاظ في الصباح، مشاكل في التنفس والنوم، والنوم خلال النهار بشكل ملحوظ في كثير من الأحيان من الأفراد مقارنة بالأصحاء (كورتيز وآخرون، ٢٠٠٩). على الرغم من أن لم يتم العثور على مشكلة نوم محددة خاصة باضطراب تشتت الإنتباه وفرط الحركة ، المشكلة الأكثر شيوعا هو "صعوبة في النوم".

أسباب مشاكل النوم عند الأطفال الذين يعانون من اضطراب تشتت الإنتباه وفرط الحركة ما يلي:

- واحد أو أكثر من اضطرابات النوم المحددة، مثل الأرق لأسباب سلوكية، اضطراب إيقاع الساعة البيولوجية، أو متلازمة تلمل السائقين .
- ممارسات خاطئة تسبب قلة النوم (على سبيل المثال، استخدام الأجهزة الإلكترونية قبل النوم) .
- الأمراض النفسية المصاحبة (على سبيل المثال، اضطرابات المزاج / القلق).
- الظروف الطبية المصاحبة علاجها (على سبيل المثال الربو، والسمنة).

في الآونة الأخيرة، مجموعة من الخبراء في اضطراب تشتت الإنتباه وفرط الحركة والمختصين بالأدلة التوجيهية في تقييم ومعالجة اضطرابات النوم الأكثر شيوعا المرتبطة باضطراب تشتت الإنتباه وفرط الحركة (كورتيز وآخرون، ٢٠١٣):

- قبل التطرق إلى معالجة معينة لاضطرابات النوم، انصح بتنفيذ ممارسات النوم السليمة. الأدلة غير كافية لاقتراح نظام حمية محدد.
- ينبغي أن تكون التدخلات السلوكية المهيأة لأطفال اضطراب تشتت الإنتباه وفرط الحركة (المزيد من التحذيرات والتعليمات من قبل الآباء خطوة واحدة في كل مرة ، رسم تصويري، الخ) هي الخط العلاج الأول .
- إذا كانت الاستراتيجيات السلوكية ليست فعالة، يمكن الأخذ بالإعتبار العلاج الدوائي لصعوبات النوم (الميلاتونين الأفضل فعالية بناء على الأدلة)
- الخيارات العلاجية لاضطراب إيقاع الساعة البيولوجية تشمل العلاج بالضوء الساطع، العلاج الزمني(تحريك ميعاد الذهاب الى النوم والإستيقاظ كل يوم، على مدار اليوم، حتى ينام الطفل وفق الجدول الزمني الطبيعي)، والميلاتونين.
- بدراسة فهرس انقطاع النفس-ضعف التنفس-وبدراسة تخطيط النوم وجب تنبيه الطبيب إلى النظر في استئصال اللحمية واللوزتين.
- تجنب العوامل التي قد تؤدي إلى تفاقم تلمل السائقين متلازمة (على سبيل المثال، الألم، والكافيين والنيكوتين والكحول). مكملات الحديد عن طريق الفم إذا كان نسبة الفيريتين في الدم أقل من ٥٠ ملغم / لتر....وفي الحالات الشديدة يمكن النظر في استخدام عقار ال دوبا أو غيرها من عقاقير الدوبامين ، وبالتشاور مع أخصائي النوم.

المعايير الثقافية

تتأثر أنماط النوم بالعوامل البيولوجية والثقافية وتفاعلها. على هذا النحو، وتتأثر تصورات الآباء ومقدمي الرعاية الصحية لمشاكل النوم بالمعايير الثقافية.. ومع الأسف، فإن البحوث التجريبية على الاختلافات بين الثقافات في ممارسات النوم عند الأطفال في مختلف البلدان، بما فيها البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، محدودة.

في دراسة (ميندل وآخرون، ٢٠١٠) شملت ٢٩٢٨٧ من الرضع والأطفال الصغار من البلدان ذات الأغلبية الآسيوية وبالذات القوقازية، أفاد أولياء أمور الأطفال من البلدان ذات الأغلبية الآسيوية بتأخر وقت الذهاب الى السرير، وأقصر في إجمالي أوقات النوم، وزيادة الإدراك لمشاكل في النوم، والأهم من ذلك تقاسم السرير وتقاسم الغرفة. الاختلافات في نسب تقاسم السرير كانت مذهشة.

في البلدان ذات الأغلبية الآسيوية يتقاسم ٦٤,٧٪ من الأطفال السرير و ٨٧,٥٪ يتقاسمون الغرفة مقارنة مع ١١,٨٪ و ٢٢,٠٪ على التوالي في البلدان ذات الأغلبية القوقازية. ونظرا للحاجة للوصول إلى الإنترنت للمشاركة في المسح، فإن النتائج كانت معتمدة على السكان في المناطق الحضرية.

تم استنساخ هذه النتائج في دراسة أخرى لنفس المجموعة (ميندل وآخرون، ٢٠١٣) التي وجدت فروق ذات دلالة إحصائية في وقت الذهاب إلى النوم (على سبيل المثال، ٣ ساعات تأخير في الهند مقارنة بأستراليا)، القيلولة (استمرار القيلولة أثناء النهار في معظم الأطفال غالبا في البلدان الآسيوية) وتقاسم السرير والغرفة (أكثر شيوعا في البلدان الآسيوية).

قام لويس وجوفينداما (٢٠٠٤) بفحص الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ إلى ٢٤ شهرا من فرنسا و جزيرة لا ريونيون، فوجدوا ان مشاكل النوم أكثر انتشارا في لا ريونيون من فرنسا. روتين ما قبل النوم والتفاعلات، والنوم المشترك مع وجود الوالدين بالجوار في وقت النوم حتى يذهب الرضع في النوم عوامل ارتبطت بشكل كبير مع مشاكل النوم. وتؤكد هذه النتائج على أهمية النظر في المعتقدات الثقافية الخاصة بكل مجتمع عند تقديم التوصيات لممارسات النوم السليمة.



في الكثير من الدول ذات الدخل المنخفض الأطفال عادة يتشاركون سرير واحد

• هل لديك أسئلة؟ • تعليقات؟
انقر هنا للذهاب إلى صفحة
الفيسبوك لكتاب لتبادل
وجهات نظركم حول الفصل
مع قراء آخرين، التشكيك في
الكتاب أو تحرير وتقديم
التعليقات.
رجاء اذهب الى الملحق
1.4.1 للأسئلة التقييم الذاتي
في كثير من ذوي الدخل
المنخفض

REFERENCES

- Alfano CA, Ginsburg GS, Kingery JN (2007). Sleep-related problems among children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46:224-232. Available from PM:17242626
- Alfano CA, Reynolds K, Scott N et al (2013). Polysomnographic sleep patterns of non-depressed, non-medicated children with generalized anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders* 147:379-384. Available from PM:23026127
- Allen RP, Earley CJ (2007). The role of iron in restless legs syndrome. *Movement Disorders* 22(Suppl 18): S440-S448. Available from PM:17566122
- Allen RP, Picchietti D, Hening WA et al (2003). Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health. *Sleep Medicine* 4:101-119. Available from PM:14592341
- American Academy of Pediatrics 2002. Clinical practice guideline: diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics* 109:704-712. Available from PM:11927718
- American Academy of Sleep Medicine (2005). *International Classification of Sleep Disorders, 2nd ed. Diagnostic and Coding Manual*. Westchester, IL. American Academy of Sleep Medicine.
- American Academy of Sleep Medicine (2014). *The International Classification of Sleep Disorders. Third Edition, ICSD-3*. American Academy of Sleep Medicine.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Arbuckle R, Abetz L, Durmer JS et al (2010). Development of the Pediatric Restless Legs Syndrome Severity Scale (P-RLS-SS): a patient-reported outcome measure of pediatric RLS symptoms and impact. *Sleep Medicine* 11:897-906. Available from PM:20801715
- Armitage R, Emslie G, Rintelmann J (1997). The effect of fluoxetine on sleep EEG in childhood depression: a preliminary report. *Neuropsychopharmacology* 17:241-245. Available from PM:9326748
- Armitage R, Hoffmann R, Emslie G et al (2004). Rest-activity cycles in childhood and adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 43:761-769. Available from PM:15167093
- Bruni O, Ferri R, Miano S et al (2004). L -5-Hydroxytryptophan treatment of sleep terrors in children. *European Journal of Pediatrics* 163:402-407. Available from PM:15146330
- Chokroverty S (2009). *Sleep Disorders Medicine: Basic Science, Technical Considerations, and Clinical Aspects, 3rd ed*. Philadelphia, PA: Saunders, Elsevier.
- Cortese S, Brown TE, Corkum P et al (2013). Assessment and management of sleep problems in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of th*
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 52:784-796. Available from PM:23880489
- Cortese S, Faraone SV, Konofal E et al (2009). Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of subjective and objective studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 48:894-908. Available from PM:19625983
- Dorsey CM, Lukas SE, Cunningham SL (1996). Fluoxetine-induced sleep disturbance in depressed patients. *Neuropsychopharmacology* 14:437-442. Available from PM:8726754
- Engelhardt CR, Mazurek MO, Sohl K (2013). Media use and sleep among boys with autism spectrum disorder, ADHD, or typical development. *Pediatrics* 132:1081- 1089. Available from PM:24249825
- Eskeland B, Baerheim A, Ulvik R et al (2002). Influence of mild infections on iron status parameters in women of reproductive age. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 20:50-56. Available from PM:12086285
- Ferracioli-Oda E, Qawasmi A, Bloch MH (2013). Meta-analysis: melatonin for the treatment of primary sleep disorders. *PLoS.One* 8:e63773. Available from PM:23691095
- Goldman SE, Richdale AL, Clemons T et al (2012). Parental sleep concerns in autism spectrum disorders: variations from childhood to adolescence. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 42:531-538. Available from PM:21538171
- Goldstein TR, Bridge JA, Brent DA (2008). Sleep disturbance preceding completed suicide in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76:84-91. Available from PM:18229986
- Gregory AM, Rijdsdijk FV, Lau JY et al (2009). The direction of longitudinal associations between sleep problems and depression symptoms: a study of twins aged 8 and 10 years. *Sleep* 32:189-199. Available from PM:19238806
- Guilleminault C, Pelayo R (2000). Narcolepsy in children: a practical guide to its diagnosis, treatment and follow-up. *Paediatric Drugs* 2:1-9. Available from PM:10937454
- Hudson JL, Gradisar M, Gamble A et al (2009). The sleep patterns and problems of clinically anxious children. *Behaviour Research and Therapy* 47:339-344. Available from PM:19233345
- Ivanenko A, Barnes ME, Crabtree VM, Gozal D (2004). Psychiatric symptoms in children with insomnia referred to a pediatric sleep medicine center. *Sleep Medicine* 5:253-259. Available from PM:15165531
- Ivanenko A, Crabtree VM, Gozal D (2005). Sleep and depression in children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews* 9:115-129. Available from PM:15737790
- Johnson KP, Giannotti F, Cortesi F (2009). Sleep patterns in autism spectrum disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 18:917-928. Available from PM:19836696

- Kales A, Kales JD (1974). Sleep disorders. Recent findings in the diagnosis and treatment of disturbed sleep. *New England Journal of Medicine*, 290:487-499 available from PM:4369176
- Kovachy B, O'Hara R, Hawkins N et al (2013). Sleep disturbance in pediatric PTSD: current findings and future directions. *Journal of Clinical Sleep Medicine* 9:501-510. Available from PM:23674943
- Laberge L, Tremblay RE, Vitaro F et al (2000). Development of parasomnias from childhood to early adolescence. *Pediatrics* 106: (1 Pt 1) 67-74. Available from PM:10878151
- Levitt P, Eagleson KL, Powell EM (2004). Regulation of neocortical interneuron development and the implications for neurodevelopmental disorders. *Trends in Neurosciences* 27:400-406. Available from PM:15219739
- Louis J, Govindama Y (2004). *Troubles du sommeil et rituels d'endormissement chez le jeune enfant dans une perspective transculturelle* [Sleep problems and bedtime routines in infants in a cross cultural perspective]. *Archives de Pédiatrie* 11:93-98.
- Mansukhani MP, Kotagal S (2012). Sodium oxybate in the treatment of childhood narcolepsy-cataplexy: a retrospective study. *Sleep Medicine* 13:606-610. Available from PM:22445591
- Marcus CL, Brooks LJ, Draper KA et al (2012). Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics* 130:e714-e755. Available from PM:22926176 <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38415>
- McCarty CA, Weisz JR (2007). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: what we can (and can't) learn from meta-analysis and component profiling. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46:879-886. Available from PM:17581452
- Meltzer LJ (2010). Clinical management of behavioral insomnia of childhood: treatment of bedtime problems and night wakings in young children. *Behavioral Sleep Medicine* 8:172-189. Available from PM:20582760
- Mindell J, Owens J (2010). *A Clinical Guide to Pediatric Sleep*. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins.
- Mindell JA, Sadeh A, Wiegand B et al (2010). Cross-cultural differences in infant and toddler sleep. *Sleep Medicine* 11:274-280.
- Mindell JA, Sadeh A, Kwon R et al (2013). Cross-cultural differences in the sleep of preschool children. *Sleep Medicine* 14:1283-1289. Available from PM:24269649
- Ming X, Gordon E, Kang N et al (2008). Use of clonidine in children with autism spectrum disorders. *Brain Development* 30:454-460. Available from PM:18280681
- Montgomery-Downs HE, O'Brien LM, Holbrook CR et al (2004). Snoring and sleep-disordered breathing in young children: subjective and objective correlates. *Sleep* 27:87-94. Available from PM:14998242
- Muris P, Merckelbach H, Gadet B et al (2000). Fears, worries, and scary dreams in 4- to 12-year-old children: their content, developmental pattern, and origins. *Journal of Clinical Child Psychology* 29:43-52. Available from PM:10693031
- O'Brien LM (2009). The neurocognitive effects of sleep disruption in children and adolescents. *Child & Adolescent Psychiatry Clinics of North America* 18:813-823. Available from PM:19836689
- Oliveira MM, Conti C, Prado GF (2013). Pharmacological treatment for Kleine-Levin syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8:CD006685. Available from PM:23945927
- Ollendick TH, Hagopian LP, Huntzinger RM (1991). Cognitive-behavior therapy with nighttime fearful children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 22:113-121. Available from PM:1757590
- Owens JA, Mindell JA (2011). Pediatric insomnia. *Pediatric Clinics of North America* 58:555-569. Available from PM:21600342
- Pelayo R, Yuen K (2012). Pediatric sleep pharmacology. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 21:861- 883. Available from PM:23040905
- Picchiatti MA, Picchiatti DL (2008). Restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in children and adolescents. *Seminars in Pediatric Neurology* 15:91-99. Available from PM:18555195
- Picchiatti MA, Picchiatti DL (2010). Advances in pediatric restless legs syndrome: Iron, genetics, diagnosis and treatment. *Sleep Medicine* 11:643-651. Available from PM:20620105
- Price AMH, Wake M, Ukoumunne OC et al (2012). Five-year follow-up of harms and benefits of behavioral infant sleep intervention: randomized trial. *Pediatrics* 130: 643-651.
- Reynolds AM, Malow BA (2011). Sleep and autism spectrum disorders. *Pediatric Clinics of North America* 58:685- 698. Available from PM:21600349
- Richdale AL, Schreck KA (2009). Sleep problems in autism spectrum disorders: prevalence, nature, & possible biopsychosocial aetiologies. *Sleep Medicine Reviews* 13:403-411. Available from PM:19398354
- Rossignol DA, Frye RE (2011). Melatonin in autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Developmental Medicine & Child Neurology* 53:783- 792. Available from PM:21518346
- Sadeh A, McGuire JP, Sachs H et al (1995). Sleep and psychological characteristics of children on a psychiatric inpatient unit. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 34:813-819. Available from PM:7608056
- Szelenberger W, Niemcewicz S, Dabrowska AJ (2005). Sleepwalking and night terrors: psychopathological and psychophysiological correlates. *International Review of Psychiatry* 17:263-270. Available from PM:16194798
- Vriend JL, Corkum PV, Moon EC et al (2011). Behavioral Interventions for sleep problems in children with autism spectrum disorders: current findings and future directions. *Journal of Pediatric Psychology* 36:1017- 1029. doi: 10.1093/jpepsy/jsr044

الملحق ١،٤،١

أسئلة التقييم الذاتي

اختيار 1.4.4 أبوين لطفل ١١ سنة

ذكروا أنه غالبا ما يظهر متعبا على الرغم من النوم خلال الليل. وبالمزيد من الاسئلة، أقرروا أن الطفل في الآونة الأخيرة كان مضطرب العاطفة حزين ، يبكي في كثير من الأحيان، يفقد الاحساس بالإستمتاع في نشاطه الرياضي المفضل، دراسته أكاديميته منخفضة الأداء كما انه يخسر وزنه. الفحص البدني والأساسي و الاختبارات المعملية ضمن الحدود العادية. إذا تم إجراء فحص تخطيط تنظيم النوم، على الأرجح يكون العثور على:

١. انخفاض وقت بداية الكمون الى النوم.
٢. انخفاض وقت الكمون الى مرحلة العين السريعة الى النوم.
٣. انخفاض كثافة مرحلة العين السريعة من النوم (REM)
٤. زيادة وقت النوم الكلي.
٥. زيادة كفاءة النوم.

اختيار 1.4.5 طفلة تبلغ من العمر ٧ سنوات تعاني من قلق الانفصال تكافح كوابيس متكررة وتقاوم الذهاب إلى الفراش كل ليلة. وكثيرا ما تبكي عند ترك ابواها الغرفة ، و تصرخ حتى يأتون للإطمئنان عليها، وتذهب إلى غرفة نومهم عند استيقاظها في وسط الليل. التدخل العلاجي الأول لمشاكل النوم عند الطفلة سيكون ...

١. استخدام العقاقير السيروتينية لقلق الانفصال
٢. السماح للطفلة بالنوم في غرفة ابويها.
٣. التدخلات السلوكية
٤. البنزوديازيبينات
٥. ملاحظتها مع الإنتظار

اختيار 1.4.1 الخطوة الأولى في علاج أرق الأطفال ...

١. هو العلاج الدوائي.
٢. يتضمن مجموعة من العادات الصحية للنوم والعلاج السلوكي.
٣. العلاج ليس ضروريا لأن هذه حالة حميدة.
٤. ليس بالضرورة التشخيص الأولي.
٥. يشمل الميلاتونين.

اختيار 1.4.2 توقف التنفس الانسدادي أثناء النوم عند الأطفال...

١. غير مألوف
٢. لا يتطلب أدوات موضوعية للتشخيص
٣. يرتبط دائما مع السمنة
٤. يرتبط دائما مع عيب خلقي نمائي بالفك (نقص في تكوين الفك السفلي يكون فيها الفك السفلي أصغر من الحجم المتوقع وفي وضع متراجع غير صحيح)
٥. هو شائع نسبيا ويتطلب علاج محدد

اختيار 1.4.3 الميلاتونين هو مبيّن (اختيار واحد):

١. في المراهقين
٢. في المرضى الذين يعانون من إعاقات ذهنية مع تأخير الساعة البيولوجية
٣. في الشباب مع صعوبات بداية النوم
٤. إذا فشل الخط الأول من العلاج الدوائي
٥. فقط في الأطفال الذين يعانون من الاستيقاظ الليلي المتعدد.

اختيار 1.4.9 باراسومنياس لمرحلة حركة العين غير السريعة هي ...

١. تتميز باستيقاظ جزئي في الساعات القليلة الأولى من النوم
٢. محددة في المرضى البالغين
٣. محددة في السنة الأولى من الحياة
٤. محددة بالجنس
٥. نوع من الصرع.

اختيار 1.4.10 أي واحد من العوامل المدرجة أدناه لا يساهم عادة في اضطرابات النوم عند أطفال تشتت الانتباه وفرط النشاط؟

١. سوء ممارسات النوم (على سبيل المثال، استخدام الالكترونيات قبل النوم)
٢. الاضطرابات النفسية المصاحبة
٣. اضطرابات نوم محددة مصاحبة، مثل اضطرابات إيقاع الساعة البيولوجية
٤. القلق حول السقوط في النوم
٥. أدوية تشتت الانتباه وفرط النشاط.

اختيار ١,٤,٦ أي من هذه الأدوية أكثر فاعلية في علاج الأرق لدى الأطفال المصابين بالتوحد؟

١. كلونازيبام
٢. كلورال هيدرات
٣. أريبيرازول
٤. الميلاتونين
٥. ريسبيريدون.

اختيار 1.4.7 ابوين لطفل ٦ سنوات من العمر ذكروا أنه يشخر بصوت عال،نومه غير هادئ مع نوبات من توقف التنفس تليها نهم وشهه للهواء. يبيل السرير ليلا،متوتر عصبي،عدواني ومنذفع. وقد ذكر معلمه في المدرسة أن تركيزه ضعيف وينام في الفصل في كثير من الأحيان. ماذا ستفعل لتوضيح التشخيص؟

١. مراقبة نومه
٢. الحصول على تسجيل بالصوت والصورة للتنفس أثناء النوم
٣. إجراء الأشعة السينية على الرقبة
٤. إجراء تخطيط كهربي للنوم على مدى ليلة كاملة
٥. إجراء اختبارات حساسية الجلد.

اختيار 1.4.8 فتاة تبلغ من العمر ١٠ أعوام تم تشخيصها بتوقف التنفس الإنسدادي أثناء النوم. طلب والداها نصيحتك حول خيارات العلاج. فقت بشرح العلاجات الآتية لانقطاع النفس الانسدادي أثناء النوم لدى الأطفال ... باستثناء:

١. استئصال اللوزتين واللحمية
٢. جراحة لعلاج البدانة
٣. العلاج باستخدام الضغط الهوائي الإيجابي المستمر
٤. كورتيزونات موضعية للأنف
٥. فقدان الوزن

- اختيار 1.4.1 الجواب: ٢ (. يتضمن مجموعة من العادات الصحية للنوم والعلاج السلوكي).
يرجى الاطلاع على الصفحات من ١٢ إلى ١٥ .
- اختيار 1.4.2 الجواب: ٥ (هو شائع نسبيا ويتطلب علاج محدد).
يرجى الاطلاع على الصفحات ١٨ و ١٩ .
- اختيار 1.4.3 الجواب: ٢ (في المرضى الذين يعانون من إعاقات ذهنية مع تأخير الساعة البيولوجية).
يرجى الاطلاع على الصفحات ١٥ و ١٦ و ٢٧ و ٢٨ .
- اختيار 1.4.4 الجواب: ٢ (انخفاض وقت الكمون الى مرحلة العين السريعة الى النوم).
يرجى الاطلاع على الصفحة ٢٤
- اختيار 1.4.5 الجواب: ٣ (التدخلات السلوكية). يرجى الاطلاع على الصفحة ٢٦
- اختيار 1.4.6 الجواب: ٤ (الميلاتونين). يرجى الاطلاع على الصفحة ٢٧ .
- اختيار 1.4.7 الجواب: ٤ (إجراء تخطيط كهربى للنوم على مدى ليلة كاملة). يرجى الاطلاع على الصفحة ١٩ .
- اختيار 1.4.8 الجواب: ٢ (جراحة البدانة). يرجى الرجوع إلى الصفحة ١٩ .
- اختيار 1.4.9 الجواب: ١ (تتميز باستيقاظ جزئي في).
الساعات القليلة الأولى من النوم
يرجى الاطلاع على الصفحة ١٥ .
- اختيار 1.4.10 الجواب: ٤ (القلق حول لاسقوط في النوم). يرجى الاطلاع على الصفحة ٢٨ .