حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية

فصلية علمية محكمة - تصدر عن مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت

اضطرابات التحكم في الاندفاع عرض نظري ومعدلات الانتشار لدى الطلاب الكويتيين

أ.د. أحمد محمد عبد الخالق أ. شيماء وليد الجوهري

قسم علم النفس – كلية العلوم الاجتماعية

جامعة الكويت

جامعة الكويت

مجلس النشر العلمي

ISSN: 1560 - 5248

الرسالة ٤١٣ - الحولية ٣٥

١٤٣٦هـ / ٢٠١٤م (ديسمبر)

ثمن العدد

الكويت: ٥٠٠ فلس
البحرين: دينار واحد
قطر: ١٠ ريالات
الإمارات: ١٠ دراهم
السعودية: ١٠ ريالات
عمان: ريال واحد

ثمن النسخة في دول الوطن العربي ما يعادل دولاراً واحداً

ثمن النسخة في الدول الأجنبية ما يعادل ثلاثة دولارات

الاشتراك السنوي لعدد (١٢) رسالة

سنوات الاشتراك	نوع الاشتراك	الكويت	الدول العربية	الدول الأجنبية
سنة واحدة	أفراد	٤ دنانير	٦ دنانير	٢٢ دولاراً
	مؤسسات	٢٢ ديناراً	٢٢ ديناراً	٩٠ دولاراً
سنتان	أفراد	٧ دنانير	١٠ دنانير	٣٧ دولاراً
	مؤسسات	٣٧ ديناراً	٣٧ ديناراً	١٥٠ دولاراً
٣ سنوات	أفراد	١٠ دنانير	١٤ ديناراً	٥٢ دولاراً
	مؤسسات	٥٣ ديناراً	٥٢ ديناراً	٢١٠ دولارات
٤ سنوات	أفراد	١٣ ديناراً	١٨ ديناراً	٦٧ دولاراً
	مؤسسات	٦٧ ديناراً	٦٧ ديناراً	٢٧٠ دولاراً

جميع المراسلات الخاصة بشروط النشر أو أية استفسارات أخرى توجه إلى رئيس تحرير حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية

ص. ب: ١٧٣٧٠ الخالدية - الكويت: 72454 - ت: ٢٤٨١٠٣١٩ - فاكس ٢٤٨١٠٣١٩

ISSN 1560-5248 Key title: Hawliyyat Kulliyyat al-Adab

E-mail: aass@ku.edu.kw

http://pubcouncil.kuniv.edu.kw/AASS/

تتوفر نصوص البحوث كاملة لدى:
EBSCO Publishing Products
دار المنظومة: www.mandumah.com

إصدارات مجلس النشر العلمي

مجلة العلوم الاجتماعية ١٩٧٣، مجلة الكويت للعلوم والهندسة ١٩٧٤، مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية ١٩٧٥، لجنة التأليف والتعريب والنشر ١٩٧٦، مجلة الحقوق ١٩٧٧، حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية ١٩٨٠، المجلة العربية للعلوم الإنسانية ١٩٨١، مجلة الشريعة والدراسات الإسلامية ١٩٨٣، المجلة التربوية ١٩٨٣، المجلة العربية للعلوم الإدارية ١٩٩١.

حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية

ANNALS OF THE ARTS AND SOCIAL SCIENCES

تصدر عن مجلس النشر العلمي – جامعة الكويت

فصلية علمية محكّمة تتضمن مجموعة من الرسائل وتعنى بنشر الموضوعات التي تدخل في مجالات اهتمام الأقسام العلمية لكليتي الآداب والعلوم الاجتماعية:

الآداب:

اللغة العربية وآدابها، اللغة الإنجليزية وآدابها، التاريخ، الفلسفة، الإعلام.

العلوم الاجتماعية:

الاجتماع والخدمة الاجتماعية، الجغرافيا، علم النفس، العلوم السياسية.

الحولية الخامسة والثلاثون
الرسالة الثالثة عشرة بعد المائة الرابعة
١٤٣٦هـ/ ٢٠١٤م

هيئة التحرير

أ. د. جمال بدر القناعي
رئيس هيئة التحرير

أ. د. شفيق الغبرا
قسم العلوم السياسية

أ. د. أحمد الهواري
قسم اللغة العربية وآدابها

أ. د. عويد المشعان
قسم علم النفس

د. حسين أحمد بو عباس
قسم اللغة العربية وآدابها

د. علي زيد الزعبي
قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية

د. مناور بيان الراجحي
قسم الإعلام

د.عبدالله محمد الهاجري
قسم التاريخ

مها إبراهيم المسعد
مديرة التحرير

الهيئة الاستشارية

أ. د. إبراهيم السعافين
قسم اللغة العربية - الجامعة الأردنية

أ. د. حياة ناصر الحجي
قسم التاريخ - جامعة الكويت

أ. د. عبدالقادر الفاسي الفهري
قسم اللغة العربية - جامعة محمد الخامس

أ. د. إسماعيل صبري مقلد
قسم العلوم السياسية - جامعة أسيوط

أ. د. ماري تريز عبدالمسيح
قسم اللغة الإنجليزية - جامعة الكويت

أ. د. إمام عبدالفتاح إمام
قسم الفلسفة - جامعة عين شمس

أ. د. محمد غانم الرميحي
قسم الاجتماع - جامعة الكويت

أ. د. حمدي حسن أبو العينين
عميد كلية الإعلام - جامعة مصر الدولية

أ. د. محمد محمود إبراهيم الديب
قسم الجغرافيا - جامعة عين شمس

أ. د. محمود السيد أبو النيل
قسم علم النفس - جامعة عين شمس

قواعد النشر في
حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية

١ – حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية، مجلة فصلية علمية محكمة، تصدر عن مجلس النشر العلمي بجامعة الكويت، تنشر البحوث من الجامعات والمؤسسات العلمية العربية والأجنبية في الموضوعات الأدبية والاجتماعية والإنسانية.

٢ – تنشر الحوليات البحوث والدراسات الأصلية، باللغتين العربية والإنجليزية، على ألا تتجاوز صفحات **متن أي بحث** ٢٠٠ صفحة، ولا تقل عن ٥٠ صفحة **(في المتن دون الهوامش والمراجع)**.

٣ – **قواعد تسليم البحوث:**

أ – يقدم البحث **مطبوعاً من ثلاث نسخ**، على ورق (A4)، وعلى مسافة واحدة، وبنط **(١٤)**، مع **القرص المرن** الخاص به.

ب – يرفق الباحث ملخصاً للبحث مطبوعاً باللغتين العربية والإنجليزية؛ في حدود **١٥٠ كلمة** للغة العربية، و**٢٠٠ كلمة** للغة الإنجليزية.

ج – يرفق الباحث مع البحث سيرة علمية مختصرة، مطبوعة باللغتين العربية والإنجليزية، تشمل أهم مؤلفاته وأبحاثه.

د – يقدم الباحث إقراراً كتابياً بأن البحث المقدم لم يسبق نشره في أي مجلة علمية أو غيرها.

هـ – تقدم الخرائط، والأشكال، والرسوم **بأصولها** الصالحة للطباعة، أما الصور الفوتوغرافية فتطبع على ورق لماع، مع ضرورة تقديم **الشريحة الأصلية للصور الملونة**.

و – في حال رغبة الباحث نشر الصور، أو الخرائط، أو الأشكال البيانية **ملونة، يلتزم دفع تكاليفها**.

٤ – **يراعي الباحث عند كتابة هوامش البحث ومصادره ومراجعه ما يلي:**

أولاً – الهوامش:

أ – توضع الهوامش في **نهاية كل فصل**، أو في **نهاية البحث** في حالة عدم وجود فصول.

ب – ترتب أرقام التوثيق بطريقة متسلسلة حتى نهاية كل فصل، أو حتى نهاية البحث في حالة عدم وجود فصول.

ج – تثبت الهوامش عند ذكرها لأول مرة كاملة على النحو التالي:
اسم المؤلف، عنوان الكتاب **(بالبنط الأسود)**، رقم الطبعة/ رقم الجزء، مكان النشر، اسم الناشر، سنة النشر/ رقم الصفحة.

مثال:

- أحمد محمد عبدالخالق، **معجم الألفاظ الشخصية**، الطبعة الأولى - دولة الكويت، مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت، ٢٠٠٠م/ ص١٥.

* المرجع السابق، ص٢٦.

- وفي حالة وجود فاصل **هامش مختلف** يذكر على النحو التالي:

* أحمد عبدالخالق، **معجم الألفاظ الشخصية** - ص٣٥.

ثانياً - المصادر والمراجع:

يرتب ثبت المصادر والمراجع **ترتيباً ألفبائياً**، بحسب الأسماء المشهورة للمؤلفين.

ويتبع في إثباتها ما يلي:

اسم المؤلف، عنوان الكتاب **(بالبنط الأسود)**، اسم المحقق أو الشارح أو المترجم، رقم الطبعة، اسم الناشر، مكان النشر، السنة.

مثال:

الجاحظ، أبو عثمان عمرو بن بحر، **كتاب «الحيوان»**، تحقيق: عبدالسلام محمد هارون، ط٢، مطبعة مصطفى البابي الحلبي وأولاده - مصر، ١٩٦٥م.

٥ - **شروط قبول البحوث في الحوليات:**

أ - لا تقبل الحوليات البحوث التي سبق نشرها في أي مجلة علمية أو غيرها.

ب - أصول البحوث المقدمة للنشر لا ترد ولا تسترجع، سواء أنشرت أم لم تنشر.

ج - لا يجوز نشر البحوث في جهات أخرى بعد موافقة الحوليات على نشرها، وإذا ثبت ذلك، فستتخذ إدارة الحوليات الإجراءات القانونية المتبعة بهذا الشأن.

د - يمكن للباحث نشر بحثه في جهات أخرى، بعد الحصول على إذن كتابي مسبق من رئيس التحرير، وبعد انقضاء ثلاث سنوات - على الأقل - على نشره في الحوليات.

هـ - تمنح المجلة للباحث **خمسين** نسخة من بحثه المنشور إهداء.

٦ - ترسل البحوث وجميع المراسلات الخاصة بالحوليات إلى:

رئيس تحرير حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية
ص.ب: ١٧٣٧٠ الخالدية
رمز بريدي: 72454
الكويت

ISSN 1560 Key title: Hawliyyat Kulliyyat al-Adab
http://pubcouncil.kuniv.edu.kw/AASS
E-mail: aass@ku.edu.kw

الرسالة ٤١٣

اضطرابات التحكم في الاندفاع
عرض نظري ومعدلات الانتشار لدى الطلاب الكويتيين

أ.د. أحمد محمد عبد الخالق أ. شيماء وليد الجوهري
قسم علم النفس – كلية العلوم الاجتماعية
جامعة الكويت

حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية - الحولية الخامسة والثلاثون - ١٤٣٦ هـ / ٢٠١٤م

المؤلف

أ.د. أحمد محمد عبد الخالق.

دكتوراه الفلسفة في علم النفس، جامعة الإسكندرية، مصر، عام ١٩٧٤.

أستاذ بقسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية.

الإنتاج العلمي:

أولا - الكتب:

١. قياس الشخصية. مطبوعات جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي : لجنة التأليف والتعريب والنشر، ١٩٩٦.

٢. فقدان الشهية العصبي. الكويت : مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، ١٩٩٧.

٣. الصدمة النفسية: مع إشارة خاصة إلى العدوان العراقي على دولة الكويت. مطبوعات جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي: لجنة التأليف والتعريب والنشر، ١٩٩٨.

٤. معجم ألفاظ الشخصية. مطبوعات جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي: لجنة التأليف والتعريب والنشر، ٢٠٠٠.

٥. الوسواس القهري: التشخيص والعلاج. مطبوعات جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي : لجنة التأليف والتعريب والنشر، ٢٠٠٢.

٦. معجم السمات الوجدانية في وصف الشخصية. مطبوعات جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي : لجنة التأليف والتعريب والنشر، ٢٠٠٤.

٧. سيكولوجية الموت والاحتضار. مطبوعات جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي : لجنة التأليف والتعريب والنشر، ٢٠٠٥.

٨. علم نفس الشخصية. مطبوعات جامعة الكويت : مجلس النشر العلمي : لجنة التأليف والتعريب والنشر، ٢٠٠٩.

ثانياً - الأبحاث :

١. تقنين مصفوفات « ريفن » المتدرجة القياسية على عينات كويتية من ٨ – ١٥ سنة. مجلة الطفولة العربية،٢٠٠٦، ٧، ٨ – ١٨.

٢. معدلات انتشار الأرق وعواقبه لدى عينة من الراشدين الكويتيين. دراسات نفسية،٢٠٠٧، ١٧، ٢٤٧ – ٢٧٠.

٣. الرضا عن الحياة في المجتمع الكويتي. دراسات نفسية،٢٠٠٨، ١٨ (١)، ١٢١ – ١٣٥.

٤. الفروق في القابلية للإيحاء بين الأسوياء ومرضى القلق والفصاميين. مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت،٢٠١٠، ٣٨ (٤)، ١٥ – ٤١.

المؤلف

شيماء وليد الجوهري

درجة الإجازة الجامعية في علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، ٢٠٠٧، بتقدير امتياز.

طالبة ماجستير، قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت.

الإنتاج العلمي:

الأبحاث:

١- اضطرابات التحكم في الاندفاع: عرض نظري ومعدلات الانتشار لدى الطلاب الكويتيين. (مقبول للنشر). حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية. (بحث مشترك).

٢- الخصائص القياسية لاستخبار العوامل الخمسة لدى عينة من المراهقين الكويتيين. (مقدم للنشر)، (بحث مشترك).

٣- عوامل الشخصية المنبئة بالأعراض الاكتئابية لدى عينة من المراهقين الكويتيين. (مقدم للنشر)، (بحث مشترك).

٤- التدين وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى عينة من المراهقين الكويتيين. (مقدم للنشر)، (بحث مشترك).

الاختبارات والمقاييس (غير منشور) :

١- الصيغة العربية لاستخبار العوامل الخمسة الكبرى للأطفال.

٢- قائمة اضطرابات التحكم في الاندفاع المشتق من مقابلة "مينيسوتا".

٣- الصيغة العربية لمقياس أثر نزع الجلد.

٤- الصيغة العربية لمقياس الاستخدام القهري للإنترنت.

٥- القائمة التشخيصية للاكتئاب.

المحتـوى

الملخص.....١٧

الفصل الأول: مشكلة الدراسة وأهدافها.....١٩

مقدمة.....١٩

مشكلة الدراسة.....٢٣

أسئلة الدراسة.....٢٥

فروض الدراسة.....٢٥

أهمية الدراسة.....٢٥

ملخص الفصل الأول.....٢٧

الفصل الثاني: خصائص الاضطراب وتصنيفاته.....٢٩

الاضطراب الانفجاري المتقطع.....٢٩

اضطراب هوس السرقة.....٣٣

اضطراب هوس إشعال الحرائق.....٣٨

اضطراب المقامرة المرضية.....٤٢

اضطراب نتف الشعر.....٤٦

اضطراب نزع الجلد.....٥١

اضطراب هوس الشراء.....٥٦

اضطراب الإدمان على الإنترنت.....٦٣

ملخص الفصل الثاني.....٦٩

الفصل الثالث: الدراسات السابقة.....٧١

أولا – معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع بوجه عام.....٧١

ثانيا –معدلات انتشـار نوع واحد من الاضطراب:.....٧٦
١ – معدلات انتشار الاضطراب الانفجاري المتقطع.....٧٦
٢ – معدلات انتشار اضطراب هوس السرقة.....٧٨
٣ – معدلات انتشار اضطراب هوس إشعال الحرائق.....٧٩
٤ – معدلات انتشار اضـطراب المقامرة المرضية.....٨١
٥ – معدلات انتشـار اضطراب نتف الشـعر.....٨٥
٦ – معدلات انتشـار اضـطراب نزع الجلد.....٨٧
٧ – معدلات انتشـار اضطراب هوس الشـراء.....٨٩
٨ – معدلات انتشـار اضـطراب الإدمان على الإنترنت.....٩٢
ملخص الفصـل الثالـث.....٩٥
الفصـل الرابع: المنهـج والإجـراءات.....٩٨
المنهـج المسـتخدم.....٩٨
عينـة الدراسـة.....٩٨
أدوات الدراسة.....٩٩
مقابلة "مينيسوتا" لاضـطرابات التحكم في الاندفاع.....٩٩
مقياس أثر نـزع الجلـد.....١٠١
مقياس الاسـتخدام القهري للإنترنت.....١٠٢
الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسـة:.....١٠٣
معاملات ثبـات المقاييـس.....١٠٣
معاملات الصدق المرتبط بالمحك.....١٠٤
الصدق العاملي لمقاييس الدراسـة.....١٠٦
إجـراءات الدراسـة.....١١٧

التحليلات الإحصائية لبيانات الدراسة.....١١٨
ملخص الفصل الرابع.....١١٨
الفصل الخامس: نتائج الدراسة.....١٢٠
اختبار الفرض الأول.....١٢٠
اختبار الفرض الثاني.....١٢٢
اختبار الفرض الثالث.....١٢٤
اختبار الفرض الرابع.....١٢٦
ملخص الفصل الخامس.....١٢٩
الفصل السادس: مناقشة النتائج.....١٣١
حدود الدراسة.....١٤١
الخلاصة.....١٤٢
المراجع.....١٤٣
الملخص باللغة الإنجليزية.....١٥٤

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	صفحة
١	محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح للاضطراب الانفجاري المتقطع.	٣٠
٢	محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح لاضطراب هوس السرقة.	٣٤
٣	مقارنة بين المصاب بهوس السرقة والسارق العادي.	٣٥
٤	محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح لاضطراب هوس إشعال الحرائق.	٣٨
٥	محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح لاضطراب المقامرة المرضية.	٤٣
٦	محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح لاضطراب نتف الشعر.	٤٧
٧	المحكات التشخيصية لاضطراب نزع الجلد.	٥٣
٨	المحكات التشخيصية لاضطراب هوس الشراء.	٥٩
٩	محكات «يونج» التشخيصية لاضطراب الإدمان على الإنترنت.	٦٥
١٠	محكات «شابيرا» وآخرين التشخيصية لاضطراب الإدمان على الإنترنت.	٦٦
١١	معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع بوجه عام.	٧٥
١٢	معدلات انتشار الاضطراب الانفجاري المتقطع.	٧٨

١٣	معدلات انتشار هوس إشعال الحرائق.	٨٠
١٤	معدلات انتشار اضطراب المقامرة المرضية.	٨٤
١٥	معدلات انتشار اضطراب نتف الشعر.	٨٧
١٦	معدلات انتشار اضطراب نزع الجلد.	٨٩
١٧	معدلات انتشار اضطراب هوس الشراء.	٩١
١٨	معدلات انتشار اضطراب الإدمان على الإنترنت.	٩٤
١٩	توزيع أفراد العينة تبعا للجنس.	٩٨
٢٠	توزيع أفراد العينة بحسب العمر.	٩٩
٢١	قائمة اضطرابات التحكم في الاندفاع المشتق من مقابلة «مينيسوتا».	١٠١
٢٢	معاملات ثبات ألفا للمقاييس المستخدمة في الدراسة.	١٠٣
٢٣	معاملات الصدق المرتبط بالمحك لمقاييس الدراسة	١٠٥
٢٤	تشبعات العامل الأول ببنود مقياس الاضطراب الانفجاري المتقطع بحسب المرحلة الدراسية والجنس.	١٠٧
٢٥	تشبعات العامل الأول ببنود مقياس هوس السرقة بحسب المرحلة الدراسية.	١٠٨
٢٦	تشبعات العامل الأول ببنود مقياس هوس إشعال الحرائق بحسب المرحلة الدراسية والجنس.	١٠٩
٢٧	تشبعات العامل الأول ببنود مقياس المقامرة المرضية بحسب المرحلة الدراسية والجنس.	١١٠
٢٨	تشبعات العامل الأول ببنود مقياس هوس نتف الشعر بحسب الجنس.	١١٢
٢٩	تشبعات العامل الأول ببنود مقياس أثر نزع الجلد بحسب المرحلة الدراسية والجنس.	١١٣

٣٠	تشبعات العامل الأول ببنود مقياس هوس الشراء بحسب المرحلة الدراسية والجنس.	١١٤
٣١	تشبعات العامل الأول ببنود مقياس الاستخدام القهري للإنترنت بحسب المرحلة الدراسية والجنس.	١١٦
٣٢	معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع اعتمادا على المحكات التشخيصية لدى طلاب الثانوية والجامعة.	١٢١
٣٣	معدلات انتشار اضطرابي نزع الجلد وإدمان الإنترنت اعتمادا على المئين ٩٥ لدى طلاب المرحلة الثانوية والجامعة.	١٢١
٣٤	النسبة الحرجة لمعدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع بين الجنسين من طلاب الثانوية.	١٢٢
٣٥	النسبة الحرجة لمعدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع بين الجنسين من طلاب الجامعة.	١٢٣
٣٦	الفروق بين ذكور الثانوية والجامعة في معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع اعتمادا على النسبة الحرجة.	١٢٤
٣٧	الفروق بين إناث الثانوية والجامعة في معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع اعتمادا على النسبة الحرجة.	١٢٥
٣٨	معاملات ارتباط بيرسون بين اضطرابات التحكم في الاندفاع لدى طلاب الثانوية.	١٢٦
٣٩	معاملات ارتباط بيرسون بين اضطرابات التحكم في الاندفاع لدى طلاب الجامعة.	١٢٨

الملخص

استهدفت هذه الدراسة تقديم الجوانب النظرية لاضطرابات التحكم في الاندفاع، وتحديد معدلات انتشارها، لدى عينة من الطلاب الكويتيين، وبيان الفروق بحسب الجنس والمرحلة الدراسية، وفحص الارتباطات بينها. وتكونت عينة الدراسة من 927 طالبا وطالبة من المدارس الثانوية وجامعة الكويت، راوحت أعمارهم بين 15 و34 سنة، أجابوا عن ثلاثة مقاييس: استخبار اضطرابات التحكم في الاندفاع المشتق من مقابلة «مينيسوتا»، ومقياس أثر نزع الجلد، ومقياس الاستخدام القهري للإنترنت. وقد ظهر أن معظم المقاييس تتسم باتساق داخلي بين المقبول والمرتفع، وصدق عاملي مرتفع. وتراوحت معدلات انتشار هذه الاضطرابات بين ١٦,٩٪ لهوس انتشار الشراء لدى طالبات الثانوية، وصفر % لكل من المقامرة المرضية لدى طالبات الثانوية، وهوس السرقة لدى طالبات الثانوية والجامعة. وظهرت فروق دالة بين الجنسين في بعض اضطرابات التحكم في الاندفاع، وحصل طلاب الثانوية على معدلات انتشار أعلى من طلاب الجامعة في معظم هذه الاضطرابات. كما تبين أن أعلى معاملات الارتباط كانت بين هوس نتف الشعر ونزع الجلد لدى طلبة الثانوية وطالباتها، وبين هوس إشعال الحرائق والاضطراب الانفجاري المتقطع لدى طلبة الجامعة، وبين هوس السرقة وإشعال الحرائق لدى طالبات الجامعة. وتشير نتائج هذه الدراسة بوجه عام، إلى أن معظم اضطرابات التحكم في الاندفاع، لها معدلات انتشار محددة بين طلاب الثانوية والجامعة، حيث تزداد لدى طلاب الثانوية. ولذلك فمن المهم مواصلة دراسة هذه الاضطرابات، وبيان تأثيرها في الفرد والمجتمع، وأسبابها، وعلاقتها بالاضطرابات الأخرى، تمهيدا لتحديد طرق علاجها.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهدافها

مقدمة

تشير الملاحظات العامة إلى أن بعض الناس يتسمون بالتروي والتفكير، قبل أن يقدموا على أي فعل أو قول، في حين أن بعضهم الآخر يتصفون بالاندفاع، والتعجل، وعدم التفكير قبل أن يصدر عنهم السلوك. ومن المناسب أن نتصور أن « التروي – مقابل – الاندفاع « سمة في الشخصية، توجد لدى جميع البشر، ولكن بدرجات متفاوتة بطبيعة الحال. على أن زيادة السلوك الاندفاعي، يمكن أن تصل في الحالات المتطرفة إلى اضطراب التحكم في الاندفاع Impulse control disorder.

وتعتمد بداية أي سلوك إنساني على اختلاف أشكاله، وأسبابه، ونتائجه بشكل أساسي على مكون الاندفاع أو الاندفاعية Impulsivity، الذي يمكن أن يكون إما من خصائص السلوك الطبيعي، وإما جزءا من السلوك المرضي المتمثل في عدد من الاضطرابات النفسية كاضطرابات الشخصية، والاضطرابات الانفعالية، واضطرابات المسلك، واضطرابات الطعام...، وغيرها من الاضطرابات السلوكية التي ينتج عنها عواقب سلبية على الفرد والمجتمع. وتعرف الاندفاعية بأنها استعداد سريع، وردود أفعال غير مخطط لها للمنبهات الداخلية والخارجية، دون النظر إلى العواقب أو النتائج السلبية التي تعقب تلك الأفعال على الفرد والآخرين، ومن ناحية أخرى، فإن الاندفاع يعد العرض الجوهري لما يعرف باضطرابات التحكم في الاندفاع (Grant, Levine, Kim, & Potenza, 2005; Tamam, Zengin, Karakus, & Ozturk, 2008).

ولقد شهدت السنوات الأخيرة تزايدا في الاهتمام بدراسة اضطرابات التحكم في الاندفاع من الباحثين والإكلينيكيين؛ وذلك لتأثيرها الكبير في الفرد والمجتمع، والاهتمام

بهذا النوع من الاضطرابات ليس وليد اليوم، بل يرجع إلى جذور تاريخية ممتدة إلى القرن السابع عشر، حينما وصف الطبيب الفرنسي " إسكيرول " Esquirol سنة 1838 الجنون الأحادي Monomania، وهو أحد المصطلحات اليونانية القديمة، التي تشير إلى حالة يعاني فيها الأفراد، من اندفاعات لا يمكن مقاومتها، للقيام بأفعال يستهجنونها، ولا يرغبون في فعلها، ولقد قدم " إسكيرول" أمثلة لهذه الاندفاعات في هوس السرقة، والقتل الاندفاعي، والإدمان على الكحول. كما استخدم " كريبلين، وبلولر" Kraepline & Bleuler مصطحي الاندفاعات المرضية Pathological impulses والاندفاعات التفاعلية Reactive impulses على التتابع لوصف هذه الحالات، وقدما هوس الشراء، وهوس إشعال الحرائق، وهوس السرقة، وهوس جمع الأشياء، أمثلة للسلوكيات الاندفاعية، كما لاحظا أن هذه الحالات اندفاعات قهرية، لا يمكن التحكم فيها، يصاحبها القلق والتوتر وغيرهما من الحالات الانفعالية (Soutullo, McElroy & ,Goldsmith, 1998).

وفي عام 1954 عرف " فروسش، ووورتش " الاندفاع، بأنه استعداد مفاجئ وغير مقصود، يدفع الفرد تجاه بعض الأفعال التي تتسم عادة بالتردد، والافتقار إلى التأني، وقد قسما الاضطرابات الاندفاعية إلى مجموعتين رئيستين: المجموعة الأولى توصف بواحدة أو أكثر من الأفعال الاندفاعية المنعزلة، ولها طابع التكرار، وهي بدورها تتضمن ثلاث مجموعات فرعية، وهي: (1) عصاب الاندفاع Impulse neuroses (هوس السرقة، وهوس إشعال الحرائق، والإدمان)، و(2) الانحرافات أو الميول الجنسية الاندفاعية Paraphilia، و(3) أزمة العنف Catathymic crisis (أفعال عنيفة مفردة، وغير متكررة). وأما المجموعة الثانية فهي: اضطراب اندفاع الطباع Character impulsive disorder، وتوصف بشيوع اضطرابات الاندفاع، التي تتخلل الشخصية، دون أن ترتبط بشكل محدد أو بأي نوع من أنواع الاندفاعات، وهي تشتمل كذلك على ثلاث مجموعات فرعية، وهي:

(1) المتلازمة العضوية Organic syndrome، و(2) الشخصية المضادة للمجتمع Psychopathic personality، و(3) اضطراب الطباع العصابيNeurotic character disorder، كما فرقا بين الاضطرابات الاندفاعية، واضطراب الوسواس القهري، حيث ذكرا أن الأولى وليست الأخيرة هي التي تتصف بانسجام الأنا Ego – syntonic، ووجود عنصر المتعة في أثناء القيام بالفعل 1998). Soutullo et al)

وبغض النظر عن هذا المنظور الممتد عبر التاريخ، فإن اضطرابات التحكم في الاندفاع، لم يتم تضمينها في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية، حتى الطبعة الثالثة الصادرة عام 1980، ولاتزال مدرجة في فئة مستقلة حتى اليوم، في الدليل الرابع المنقح الصادر عام 2000. وتعرف اضطرابات التحكم في الاندفاعات وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح بأنها اضطرابات تتصف بالفشل في مقاومة الاندفاع، أو الميل، أو الإغراء للقيام بفعل ضار بالفرد أو بالآخرين، ويندرج تحت هذه الفئة العريضة مجموعتان فرعيتان على النحو الآتي:

(1) مجموعة اضطرابات التحكم في الاندفاع غير المصنفة في أي مكان آخر Impulse control disorder not elsewhere classified (ICD – NEC)، وتشمل خمسة اضطرابات: الاضطراب الانفجاري المتقطع، وهوس السرقة، وهوس إشعال الحرائق، والمقامرة المرضية، وهوس نتف الشعر.

(2) اضطرابات التحكم في الاندفاع غير المحددة Impulse control disorder not otherwise specified (ICD – NOS)، وهذه المجموعة لا تنطبق عليها محكات أي من اضطرابات التحكم في الاندفاع المحددة، أو الاضطرابات العقلية الأخرى، التي تتسم ببعض الملامح الاندفاعية، في أي موضع آخر من هذا الدليل، وهي اضطرابات محددة تتصف بجوانب مشتركة: اندفاعية وقهرية على حد سواء، ومن الممكن تسميتها باضطرابات التحكم في الاندفاع، كهوس الشراء،

والإدمـان الجنسـي، وتشـويه الـذات المتكـرر، وهوسـ نـزع الجلـد، وهوس قضـم الأظفـار، وهوسـ اسـتخدام الإنترنـت. واعتمـادا على آخـر التطـورات، يعمل فريق عمل النسـخة الخامسـة للدليل التشخيصي والإحصـائي في هذا المجال، ويناقشون إمكانية اسـتنباط اضـطرابات مسـتقلة ذاتيا، من تلك التي تقع حاليا ضـمن مجموعة اضـطرابات التحكـم في الاندفـاع غـير المحـددة، وبالأخص هوس الشـراء، وهوس اسـتخدام الإنترنت، والإدمان الجنسي، ونزع الجلد (American Psychiatric Association, 2000, pp. 663 – 677; Hollander, Baker, Kahn, & Stein, 2006).

وقد شرح " هولاندر، وشتاين "، في كتابهما: " الدليل الإكلينيكي لاضطرابات التحكـم في الاندفـاع "؛ الجوانـب المعرفيـة للاندفاعيـة في هذه الاضـطرابات، حيث ذكـرا أن هناك ثلاثة مكونات أساسـية مشـتركة، تهدف إلـى التحكم في الاندفاعات، وجميعها تمثل جوانب ضعف لدى الأفراد، الذين يعانون من اضطرابات التحكم في الاندفاعات، ويتمثل الجانب الأول في عدم القدرة على تأجيل الإشباع، فالأفراد الذين لديهم اضطرابات اندفاعية، يتخذون القرارات بهدف الحصول على مكافأة أو عائد، بغض النظر عن صـغر حجم المكافاة، أو العواقب السـلبية الطويلة المدى، التي يحتمل أن تسـببها تلك القرارات، ويكمن الجانب الثاني في التشـتت Distractibility، أو عـدم القـدرة على الاحتفاظ باسـتمرارية الانتباه في مهمة معينـة أو الاهتمام بها، أما الجانـب الثالـث فيتعلق بعدم القدرة على كبح السـلوك بطريقة متوقعة، ومتمشـية مع المعايير والقيود الثقافية والاجتماعية (Adamec , 2008, p.4).

وتتسـم اضـطرابات التحكم في الاندفاع بشـكل عام، بثلاثة محكات أولية هي: (1) الفشـل في مقاومـة الاندفاعات للقيـام بفعل من الممكن أن يكـون مؤذيا للفرد أو للآخريـن، و(2) تزايد الإحسـاس بالإثارة أو التوتر قبـل ارتكاب الفعل، أو الارتباط به، و(3) الشـعور بالمتعة، والإشـباع، أو الراحة أثناء القيام بالفعل) المرجع نفسـه،

ص4)، ووفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح، فإن المريض قد يشعر بالندم، أو لوم الذات، أو الذنب بعد ارتكاب الفعل(APA, 2000, p.663).

مشكلة الدراسة:

افترض كثير من الباحثين أن اضطرابات التحكم في الاندفاع شائعة لدى المرضى الإكلينيكيين، وعامة الناس بشكل عام، وعلى الرغم من أن هذه الاضطرابات مصنفة ضمن أنظمة التشخيص منذ وقت طويل، فإن البحوث في هذا المجال قليلة نسبيا، وتهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على ماهية اضطرابات التحكم في الاندفاع، وإبراز أهميتها من ناحية، وتحديد معدلات انتشار هذه الاضطرابات لدى عينة من المراهقين، وصغار الراشدين، كونها العينة الأكثر إصابة بهذا النوع من الاضطرابات، كما أوضح كثير من الدراسات. وتجدر الإشارة إلى عدم إتاحة أية دراسة في هذا الموضوع، على عينات من المجتمع الكويتي في حدود علم الباحثين. ويعرض الفصل الثاني الأشكال المتعددة التي يتخذها هذا الاضطراب.

وعلى الرغم من أن البيانات والإحصائيات تشير إلى وجود ارتباطات بين اضطرابات التحكم في الاندفاع، والمرضية النفسية المصاحبة أو المشتركة Comorbidity، والسلوكيات غير القانونية أو الخطيرة، وضيق أو عجز واضح في الجوانب الشخصية والاجتماعية والاقتصادية، فإن البحوث المتصلة بمعدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع في المجتمع العام نادرة نسبيا، فلا توجد بيانات مفصلة عن معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع إلا في المقامرة المرضية، واضطراب الإدمان على الإنترنت مؤخرا.

والأبحاث التي تتعلق بمعدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع، لدى عينة من المراهقين وصغار الراشدين، أكثر ندرة من عينات الراشدين وعينات المرضى، بالرغم من أن بداية ظهور سلوكيات اضطرابات التحكم في الاندفاع، تحدث في سن المراهقة، وبداية سن الرشد كما أسلفنا سابقا.

كما أن الدراسات التي اهتمت بالكشف عن الفروق بين الجنسين في اضطرابات التحكم في الاندفاع قليلة، وبوجه عام، توصلت الأبحاث التي أجريت على عينات من المجتمع العام، أن اضطرابي المقامرة المرضية، والاضطراب الانفجاري المتقطع، أكثر شيوعا لدى الذكور، في حين أن اضطرابي هوس الشراء، ونتف الشعر، أكثر شيوعا عند الإناث، وتضاربت النتائج فيما يتعلق بالإدمان على الإنترنت، على الرغم من أن بعضها يؤكد حديثا أن الذكور أكثر إدمانا على الإنترنت مقارنة بالإناث، ولكن معظم هذه الدراسات اتفق على أمر أساسي، وهو أن الذكور والإناث يختلفون في نمط الإدمان على الإنترنت أو نوعه، فالذكور أكثر إدمانا على الألعاب الإلكترونية، والمقامرة عبر الإنترنت، ومشاهدة المواد الإباحية، في حين أن الإناث أكثر إدمانا على الدردشة، والمراسلة، والتسوق عبر الإنترنت.

ولا توجد دراسات مرتبطة بالفروق بين الجنسين في هوس السرقة، وهوس إشعال الحرائق، على عينات من المجتمع العام، فجميع النتائج اعتمدت على عينات إكلينيكية. وأخيرا لا توجد دراسات متصلة بالفروق بين الجنسين، فيما يتعلق باضطراب نزع الجلد، ولذلك فإن الحاجة ماسة إلى الكشف عن الفروق بين الجنسين في جميع أنواع اضطرابات التحكم في الاندفاع، على عينات من المجتمع الكويتي، وبالأخص عينة المراهقين، وصغار الراشدين.

ومن هنا تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع: الاضطراب الانفجاري المتقطع، وهوس السرقة، وهوس إشعال الحرائق، والمقامرة المرضية، وهوس نتف الشعر، ونزع الجلد، وإدمان الإنترنت، لدى عينة من طلاب المدارس الثانوية التي تمثل المراهقين، وعينة من طلاب الجامعة التي تمثل صغار الراشدين، بالإضافة إلى استكشاف الفروق بين المجموعتين وبين الجنسين في هذه الاضطرابات.

أسئلة الدراسة:

تحاول هذه الدراسة الإجابة عن الأسئلة التالية الخاصة بالأهداف الأساسية للدراسة السابق ذكرها:

١- ما معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع لدى طلاب المدارس الثانوية، وطلاب الجامعة؟

٢- هل هناك فروق ذات دلالة بحسب الجنس في اضطرابات التحكم في الاندفاع؟

٣- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية تبعا للمرحلة الدراسية في اضطرابات التحكم في الاندفاع؟

٤- هل هناك ارتباطات دالة إحصائيا بين مختلف أنواع اضطرابات التحكم في الاندفاع؟

فروض الدراسة:

١- تختلف معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع بين طلاب المرحلة الثانوية، وطلاب الجامعة.

٢- توجد فروق دالة إحصائيا بين الجنسين في معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع.

٣- توجد فروق دالة إحصائيا في معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع، اعتمادا على المرحلة الدراسية.

٤- توجد ارتباطات دالة إحصائيا بين اضطرابات التحكم في الاندفاع.

أهمية الدراسة:

يشير الفحص العام للإنتاج الفكري النفسي منذ زمن ليس ببعيد إلى وجود اهتمام واضح بدراسة اضطرابات التحكم في الاندفاع، وتكمن أهمية دراسة هذه

الاضطرابات، في أنها تمثل تهديدا للصحة النفسية والجسمية للفرد، كما أن لها مترتبات اجتماعية وآثارا اقتصادية، يمكن أن تشكل عائقا أمام قدرة الفرد على إنجاز المهام الموكلة إليه، والقيام بالأدوار الاجتماعية المتوقعة منه. ولم يكشف الفحص الدقيق لقواعد البيانات العالمية والعربية عن أي دراسة كويتية أو عربية في هذا المجال، ونظرا لذلك تبدو الحاجة ماسة إلى إجراء هذه الدراسة، محاولة في سد الفجوة في البحوث العربية في هذا المجال، واختبارا لبعض النتائج التي توصلت إليها البحوث الأجنبية، وذلك بدراسة معدلات انتشار هذه الاضطرابات في المجتمع الكويتي، والفروق بين الجنسين وبين مرحلتين من التعليم.

وعلى جانب آخر، تتمثل أهمية هذه الدراسة في تركيزها على مرحلة المراهقة والشباب المبكر، حيث إن هذه المرحلة العمرية، تعد من المراحل التي يتوقع فيها أن يكون الفرد أكثر استهدافا، لخطر الإصابة بأحد أشكال اضطرابات التحكم في الاندفاع، وهذا ما أكدته دراسات كثيرة، كما سيرد في الفصلين الثاني والثالث من هذه الدراسة.

وتشكل هذه الاضطرابات عبئا اقتصاديا ثقيلا على الدولة، نظرا لما يترتب عليها من مشكلات صحية ونفسية واجتماعية واقتصادية، للفرد والمجتمع، ومن ثم فلا بد من إجراء البحوث التي تهدف إلى تحديد معدلات انتشار تلك الاضطرابات، ومن ثم بيان الحجم التقريبي لهذه المشكلة، الأمر الذي يساعد على وضع إستراتيجيات وبرامج إرشادية، للوقاية من الإصابة بهذه الاضطرابات، فضلا عن وضع خطط علاجية، تسهم في علاج الأفراد المصابين بها.

وأخيرا، فمن بين جوانب أهمية هذه الدراسة، إتاحة مقاييس عربية مترجمة، تخدم أغراضا نظرية وتطبيقية، في مجال اضطرابات التحكم في الاندفاع، وسعت هذه الدراسة إلى التحقق من خصائصها السيكومترية على عينات كويتية، مما يساعد الباحثين العرب على إجراء بحوث تالية في هذا المجال، باستخدام هذه المقاييس.

ملخص الفصل الأول

١- تعد اضطرابات التحكم في الاندفاع مصدر قلق متزايد للمجتمعات، والاهتمام بهذا النوع من الاضطرابات، يرجع إلى جذور تاريخية عميقة، تمتد إلى القرن السابع عشر.

٢- تعرف اضطرابات التحكم في الاندفاع بأنها اضطرابات نفسية، تتصف بالميل إلى تكرار سلوكيات معينة، ضارة بالفرد أو بالمجتمع، يصاحبها فشل أو عجز عن الامتناع عن الإتيان بفعل ضار بالفرد أو بالآخرين.

٣- تقع اضطرابات التحكم في الاندفاع - اعتمادا على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح - في تصنيفين، **أولهما**: اضطرابات التحكم في الاندفاع غير المصنفة في موضع آخر من الدليل، وتشمل بدورها خمسة اضطرابات على النحو الآتي: الاضطراب الانفجاري المتقطع، وهوس السرقة، وهوس إشعال الحرائق، وهوس نتف الشعر، والمقامرة المرضية. **وثانيهما**: اضطرابات التحكم في الاندفاع غير المحددة في موضع آخر من الدليل، وهي بدورها تنقسم إلى أربعة اضطرابات جديدة: نزع الجلد، وهوس الشراء، والإدمان الجنسي، والإدمان على الإنترنت، وتشترك هذه الاضطرابات في عدد من الخصائص، ولكن لكل منها ملامحه الإكلينيكية التي تميزه عن الاضطراب الآخر.

٤- تتصف اضطرابات التحكم في الاندفاع، بثلاثة جوانب معرفية واندفاعية هي: عدم القدرة على تأجيل الإشباع، والتشتت، وعدم القدرة على كبح السلوك بطريقة تتمشى مع المعايير والقيود الثقافية والاجتماعية.

٥- حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح، لاضطرابات التحكم في الاندفاع، ثلاثة محكات تشخيصية أساسية هي: الفشل في مقاومة الاندفاع للقيام بفعل، يمكن أن يكون مؤذيا للفرد أو للآخرين، وتزايد الإحساس بالإثارة أو التوتر

قبل ارتكاب الفعل أو الارتباط به، والشعور بالمتعة، والإشباع، أو الراحة أثناء القيام بالفعل.

٦- تتلخص أهداف هذه الدراسة، في محاولتها تقديم عرض نظري لهذه الاضطرابات، والكشف عن معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع، لدى عينات من طلاب المدارس الثانوية، وطلاب الجامعة، والكشف عن الفروق بين الجنسين وبين المرحلتين في هذه الاضطرابات.

***

الفصل الثاني

خصائص الاضطراب وتصنيفاته

تشمل اضطرابات التحكم في الاندفاع، مجموعة محددة هي: الاضطراب الانفجاري المتقطع، واضطراب هوس السرقة، واضطراب إشعال الحرائق، واضطراب المقامرة المرضية، واضطراب هوس نتف الشعر، ويطلق على هذه المجموعة من الاضطرابات كما أسلفنا، اضطرابات التحكم في الاندفاع غير المصنفة في موضع آخر، اعتمادا على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح، وتضم اضطرابات التحكم في الاندفاع مجموعة أخرى من الاضطرابات، التي تسمى اضطرابات التحكم في الاندفاع غير المحددة في موضع آخر من الدليل، التي تتضمن مجموعة من الاضطرابات كاضطراب هوس نتف الجلد، واضطراب هوس الشراء، واضطراب الإدمان على الإنترنت... وغيرها، ونعرض لهذه الاضطرابات في الفقرات الآتية بشيء من التفصيل.

الاضطراب الانفجاري المتقطع:

يعرف الاضطراب الانفجاري المتقطع Intermittent explosive disorder، بأنه نوبات متكررة من السلوك العدواني، التي لا تتناسب مع أية ضغوط نفسية أو اجتماعية، وهو مصطلح يستخدم لوصف الأفراد الذين يعانون من اندفاعات عدوانية (Dell'Osso, Allen, Altamura, Buoli, & Hollander 2006). ويصنف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح (APA, 2000, p. 667)، هذا الاضطراب ضمن اضطرابات التحكم في الاندفاع غير المصنفة في أي موضع آخر من الدليل، ويشخص اعتمادا على مجموعة من المحكات (انظر الجدول: 1).

الجـدول (1) : محكات الدليل التشخيصـي والإحصـائي الرابع المنقح للاضـطراب الانفجاري المتقطع

١ – فترات متعددة ومتقطعة من الفشل في مقاومة الاندفاعات العدوانية، التي ينتج عنها أفعال هجومية خطيرة، أو تدمير للممتلكات.
٢– درجة العدوانية التي يتم التعبير عنها خلال تلك الفترات، لا تتناسب مع أية ضغوط نفسية اجتماعية مترسبة.
٣ – الفترات التي تحدث فيها الاندفاعات العدوانية، لا تفسرها اضطرابات عقلية أخرى (من مثل: اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، واضطراب الشخصية الحدية، أو اضطراب ذهاني، أو نوبة هوس، أو اضطراب المسلك، أو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة، كما أن هذا الاضطراب لا يحدث بسبب تأثيرات بيولوجية مباشرة لتعاطي مادة ما، كسوء استخدام العقاقير، أو آثار دواء، أو بسبب حالة طبية (على سبيل المثال: صداع. عامة الرأس، أو مرض ألزهايمر).

(APA, 2000, p. 667)

التشخيص الفارق للاضطراب:

يمكن أن يظهر السـلوك العدواني في كثير من الاضـطرابات النفسـية الأخرى، ولذلك من الضروري أن يستخدم الإكلينيكي تشخيص الاضطراب الانفجاري المتقطع، بعد اسـتبعاد الاضـطرابات التي ترتبط بالاندفاعات أو السـلوكيات العدوانية، وعلى سـبيل المثال: حين يظهر السـلوك العدواني خلال فترة الهذيان Delirium، أو حين يكون علامة من علامات الخرف، ويجب التفرقة بين الاضـطراب الانفجاري المتقطع، والتغيـرات التـي تحدث في الشخصـية، التـي ترجع إلى حالة طبية عامة كإصـابات الرأس، أو بعض حالات الصرع، كما أن التشخيص المستقل للاضطراب الانفجاري المتقطع، لا يستخدم إذا كان السلوك العدواني جزءا من اضطراب المعارضة المتحدية Oppositional defiant disorder، واضطراب المسلك، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، واضـطراب الشخصـية الحدية، ونوبة الهوس، والفصام، ونوبات

الغضب، واضطراب الاكتئاب، أو نوبات الرعب. ويجب أن نميز أيضا بين الاضطراب الانفجاري المتقطع، وبين الاندفاعات العدوانية المقصودة، التي تظهر دون أن تكون جزءا من الاضطرابات النفسية، وكذلك الغضب الذي يحدث بوصفه رد فعل لأحداث الحياة (APA, 2000, pp. 665 – 666).

الملامح الإكلينيكية للاضطراب:

توصل الباحثون إلى أن متوسط العمر الذي يبدأ فيه الاضطراب الانفجاري المتقطع، يبلغ 16 سنة، ويمتد إلى سن العشرين تقريبا، وتؤكد البيانات الأولية لدراسة مستشفى «رود أيلاند» Rhode Island hospital، تلك النتائج، وتشير إلى أن بداية ظهور الاضطراب الانفجاري المتقطع، يمكن ملاحظتها بنسبة 31% في نهاية العقد الأول، و44% في نهاية العقد الثاني، و19% في نهاية العقد الثالث، و6% في نهاية العقد الرابع، ومعظم النتائج المنشورة، تظهر أن عدد الذكور المصابين بهذا الاضطراب يفوق الإناث، ولكن النتائج غير المنشورة للدراسة السابقة تبين أن نسبة الإصابة لدى الجنسين تقترب من 1 : 1، وبوجه عام فإن الدراسات التي تكشف عن الفروق بين الجنسين في هذا الاضطراب، تعد محدودة، ويذكر الباحثون أن الاضطراب الانفجاري المتقطع يحدث سريعا، دون أن يسبقه أعراض مرضية، كما أن النوبات العدوانية تستغرق أقل من ثلاثين دقيقة غالبا، وتتضمن واحدا أو أكثر مما يأتي: الاعتداء اللفظي، وتدمير الممتلكات، أو الاعتداء الجسمي، وإذا كان هناك أية مسببات، فهي بسيطة بطبيعتها، ولا تستدعي مثل هذه النوبات العدوانية. ومعظم الأفراد المصابين بالاضطراب الانفجاري المتقطع، الذين يعانون من نوبات عدوانية مدمرة، لديهم أيضا في كثير من الأحيان نوبات عدوانية خفيفة تستمر بشكل مؤقت، وينتج عن هذه النوبات عادة ضيق ملحوظ، وعجز في الجوانب الاجتماعية، والمهنية، والقانونية، والمالية (Coccaro & Danhey, 2006).

الأسباب والعلاج:

أشارت بعض الأبحاث إلى أن الاضطراب الانفجاري المتقطع يتضمن عاملا وراثيا، فسلوك العنف لدى الشخص المصاب بهذا الاضطراب يرتبط غالبا بسلوك العنف الذي يظهر لدى والديه، أو أفراد أسرته المقربين، فقد كشفت دراسة « كوكارو، ودانهي « أن ثلث أقارب الأفراد تقريبا، الذين شخصوا بالاضطراب الانفجاري المتقطع، لديهم أيضا هذا الاضطراب، وفي المقابل فإن الأشخاص غير المصابين به، يعاني 8% من أفراد أسرهم من هذا الاضطراب، وهذه

النتيجة يحتمل أن تنطبق على بعض الحالات، فبعض الأفراد يرثون أحيانا سلوكيات آبائهم، أو بعض أفراد أسرهم المقربين، ولكن هذا لا يعني أن سبب الإصابة بالاضطراب الانفجاري المتقطع، يرجع بشكل كلي إلى الأسباب الوراثية، ولا يوجد حتى الآن مورث محدد، يرتبط بشكل خاص بالاضطراب الانفجاري المتقطع، ويعتقد بعض الباحثين أن النواقل العصبية Neurotransmitters في المخ، تقوم بدور أساسي في الإصابة بهذا الاضطراب، وعلى وجه الخصوص: السيروتونن[1] Serotonin أو الدوبامين[2] Dopamine، ويعتقد باحثون آخرون، أن هناك شذوذا في عملية الأيض Metabolism لهرمون التستستيرون Testosterone□ يؤدي إلى الإصابة بالاضطراب الانفجاري المتقطع، أو أن هناك خللا في الاتصال العصبي بين أقسام المخ، مثال ذلك: لحاء المخ Cerebral cortex

---

(1) السيروتونن: ناقل عصبي يوجد في مسارات الخلايا العصبية للجهاز العصبي المركزي، والعقد الطرفية، وهو ناقل مثبط، للأفعال المرتبطة بمختلف العمليات التي تتضمن النوم، والألم، والجوانب النفسية والبيولوجية لمختلف الاضطرابات الوجدانية، وبخاصة الاكتئاب، والاضطراب ثنائي القطب (Reber & Reber, 2001, p.671).

(٢) الدوبامين: ناقل عصبي مهم، يقوم بوظائف منشطة ومثبطة، اعتمادا على خصائص المستقبلات المشبكية ومسارها، ويرتبط هذا الناقل بمنظومة عريضة من الوظائف، تتضمن الحركة، والانتباه، والتعلم، وتعزيز تأثير العقاقير، كما أنه مسؤول عن مختلف الاضطرابات النفسية العصبية، ويسبب نقص هذا الناقل: التصلب، والافتقار إلى التوازن، ومرض الرعاش (الباركنسون)، وافترض أن عدم توازن الدوبامين وزيادته، يرتبط بمرض الفصام، واضطراب نقص الانتباه وزيادة الحركة، وزملة «توريت». وتعتمد التأثيرات الإكلينيكية للعقاقير المضادة للذهان، على إعاقة عمل الدوبامين (Reber & Reber, 2001, p.214).

واللوزة Amygdale، وهي أقسام في المخ تسبب استجابات انفعالية قوية عندما يتم استثارتها، وهذا يمكن أن يقود إلى عدم الاتزان، أو إلى سلوك العنف، وبشكل عام، ومهما تعددت الأسباب، فإن سبب الإصابة بالاضطراب الانفجاري المتقطع، لا يزال يكتنفه كثير من الغموض (Adamec, 2008, p.27).

ويرى بعض الباحثين أن بعض المصابين بالاضطراب الانفجاري المتقطع تتحسن حالتهم باستخدام علاج التحكم في الغضب، ويستفيد بعضهم الآخر من العلاج المعرفي السلوكي، ويمكن أن يستفيدون أيضا من العلاج الجماعي المصحوب بالتدريب على الاسترخاء، والعلاج المعرفي السلوكي، حيث يتم تعليم الأفراد طرق الاسترخاء، وإعادة التفكير في طريقة نظرتهم إلى أفعال الآخرين، ولاتزال جوانب العلاج النفسي، في هذا المجال، في حاجة إلى مزيد من الدراسات والأبحاث، ويستخدم العلاج الدوائي إلى جانب العلاج النفسي، كالأدوية المحسنة للمزاج مثل الليثيوم، والعقاقير المضادة للاكتئاب والذهان، ولكن بعض الدراسات، وجدت أن هذه الأدوية في مجملها، لا تسهم بشكل كبير، وقد لا تسهم نهائيا في تحسين حالة المريض (المرجع نفسه، ص ص 69 – 74).

اضطراب هوس السرقة:

على الرغم من أن السرقة تعود إلى قرون سحيقة، فإن الفكرة التي ترى أن بعض الأفراد عاجزين عن التحكم في قيامهم بالسرقة، فحصت بجدية لأول مرة عام 1838، وفي هذا التاريخ، قام اثنان من الأطباء الفرنسيين هما « إسكيرول، ومارك» Esquirol & Marc، بسك مصطلح هوس السرقة Kleptomanie، لوصف السرقة التي تتسم بالتلقائية، وعدم الطوعية، وعدم القدرة على المقاومة، ومنذ ذلك التاريخ، أصبح يشار إلى هوس السرقة في البحوث العلمية. وفي عام 1952، شمل الدليل التشخيصي والإحصائي الأول DSM – I، هوس السرقة بوصفه مصطلحا تكميليا، بدلا من كونه تشخيصا مستقلا، ولكن هوس السرقة حذف تماما

من الطبعة الثانية لهذا الدليل، الصادر سنة 1968، ومن ثم عاود الظهور في الطبعة الثالثة سنة 1980، حيث تم تصنيفه ضمن اضطرابات التحكم في الاندفاع، وبقي على هذا النحو في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح الصادر عام 2000 (Grant, 2006).

واستمد مصطلح هوس السرقة Kleptomania، من الكلمات الإغريقية القديمة، κλεπτειν (السرقة)، وμανια (الجنون)، ويعرف بأنه اضطراب يقود الفرد إلى السرقة باندفاع، حتى وإن لم يكن هناك حاجة للقيام بذلك، أي أن الفرد يكون لديه المال لدفع ثمن السلع المسروقة، أو أنه لا يحتاج إليها (Marazziti, Mungai, Giannotti, Pfanner, & Presta, 2003). ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح هوس السرقة بأنه أحد أشكال اضطرابات التحكم في الاندفاع، الذي يشخص اعتمادا على مجموعة من المحكات (انظر الجدول: 2).

الجدول (2) : محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح لاضطراب هوس السرقة

المحكات
١- فشل متكرر في مقاومة الاندفاع، لسرقة أشياء لا حاجة لها للاستعمال الشخصي أو لقيمتها المادية.
٢- تزايد الإحساس بالتوتر على الفور قبل ارتكاب السرقة.
٣- الشعور بالمتعة، والإشباع، أو الراحة أثناء القيام بالسرقة.
٤- لا ترتكب السرقة بغرض التعبير عن الغضب أو الانتقام، كما أنها لا تحدث استجابة لضلالات أو هلاوس.
٥- لا تحدث السرقة بسبب اضطرابات المسلك، أو فترة الهوس، أو اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع.

(APA, 2000, p. 669)

التشخيص الفارق:

يجب التفرقة بين اضطراب هوس السرقة، والسرقة العادية (انظر الجدول: 3)، فالسرقة العادية بغض النظر عما إذا كانت مخططة أو اندفاعية متعمدة ومدفوعة بفائدة السلع المسروقة، أو نظرا لقيمتها المادية، كما أن بعض المراهقين يسرقون، دليلا على الثورة أو العصيان، أو للتعبير عن جرأتهم، أو استجابة لطقوس معينة. وهوس السرقة نادر، ولكن السرقة العادية في المقابل تعد أكثر شيوعا، ويختلف هوس السرقة عن اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، واضطراب المسلك، باختلاف النمط العام للسلوكيات المضادة للمجتمع، كما يجب تمييز السرقة المقصودة أو غير المقصودة، التي يمكن أن تظهر خلال فترة الهوس، أو استجابة للضلالات أو الهلاوس كما في الفصام، أو نتيجة للخرف (APA, 2000, p. 668).

الجدول (3) : مقارنة بين المصاب بهوس السرقة والسارق العادي

الفرد المصاب بهوس السرقة	السارق العادي (من غير هوس السرقة)
يسرق سلعا أو أشياء لا يحتاج إليها، أو قد لا يحبها.	يسرق السلع أو الأشياء التي يحتاج إلى شرائها.
يستطيع غالبا أن يدفع ثمن السلع المسروقة	يحتمل أن يكون غير قادر على دفع ثمن السلع المسروقة.
التوتر قبل السرقة، هو الذي يدفع المصاب بهوس السرقة	يبحث عن الأشياء او السلع لاستخدامها أو لبيعها للآخرين بطريقة غير قانونية، والاستثارة وإن كانت موجودة فهي ثانوية.
يقوم بالفعل تحت تأثير الاندفاع.	يحتمل أن تكون لديه خطة للسرقة.
المصاب بهوس السرقة يسرق بمفرده.	يحصل على مساعدة من الآخرين.

(نقلا عن: Adamec, 2008, p. 54).

الخصائص الإكلينيكية للاضطراب:

يقر الأفراد المصابون بهوس السرقة، بأن السلع المسروقة ذات قيمة منخفضة، وأنهم قادرون على شرائها، وأنه بعد سرقة السلع، إما أنهم يقومون بالتخلص منها، وإما إعادتها سرا، أو تقديمها للآخرين، أو التخلي عنها، وقد يتجنب السرقة المصابون بهذا الاضطراب، عندما يلقى عليهم القبض، ولكن التفكير في احتمال إلقاء القبض عليهم، لا يؤخذ غالبا في الحسبان، وعلى الرغم من الشعور بالمتعة والإشباع، أو الراحة أثناء القيام بالسرقة، فإنه يعقبها مشاعر الاكتئاب والندم والذنب، وبالإضافة إلى ذلك، فإن كثيرا من المصابين بهوس السرقة، يشعرون بالخزي الشديد من سلوكهم، ولكن هذا لا يجعلهم يتوقفون عن تكرار الأفعال الاندفاعية (Durst, Katz, Teitelbuam, Zislin, & Dannon, 2001).

ويعد هوس السرقة من الحالات النادرة بشكل عام، ولكنه إن ظهر، فإنه يتجاوز حدود الطبقات الاجتماعية، فقد يصيب الأغنياء والقادرين على دفع ما يرغبون في شرائه، وكذلك الذين لا يستطيعون دفع قيمة السلع المسروقة. ومعظم المصابين بهوس السرقة من النساء،وهي أكثر انتشارا بين المراهقين، ولا أحد يعرف مدى انتشار هوس السرقة على وجه التحديد، ذلك لأن المصابين بها، يحرصون على إبقاء سلوكياتهم في السر، كما يمكن أن ينجحوا في إخفاء سلوكهم عن أقاربهم وأصدقائهم، ونتيجة لذلك فإن المعلومات المتوافرة عن الأفراد الذين يعانون من هوس السرقة، اعتمدت مبدئيا على عينات صغيرة من الأفراد، الذين أقروا بأن لديهم هوس السرقة، ووفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح، فإن 5% من جميع السرقات ترتكب من قبل المصابين بهوس السرقة، واعتمادا على هذه الدراسات، عرف الباحثون أن أفكار السرقة تقتحم عقل المرضى غالبا، وأنهم يجدون صعوبة في التركيز على أمور أخرى، كما عرف أيضا أن أكثر من نصف المصابين بهوس السرقة، يعانون من اضطرابات نفسية أخرى، كاضطرابات المزاج، واضطرابات الإدمان(Adamec, 2008, pp. 47 – 48).

الأسباب والعلاج:

تركزت أسباب اضطراب هوس السرقة، حول التفسيرات البيولوجية والتفسيرات النفسية، حيث افترض الباحثون البيولوجيون، أن النواقل العصبية في المخ، وبالأخص نقص الناقل العصبي « السيروتونن »، هو المسؤول عن حدوث هذا الاضطراب، شأنه في ذلك شأن الأشكال الأخرى من اضطرابات التحكم في الاندفاع. أما الباحثون النفسيون، فهم يرون أن هناك عوامل نفسية تسبب اضطراب هوس السرقة، ومثال ذلك أن الأفراد المصابين بهوس السرقة عاشوا طفولة بائسة، ومليئة بالصدمات، فقد ذكر « جولدمان « Goldman، أن هؤلاء واجهوا طفولة ضاغطة بشكل كبير، ويرى أصحاب هذا الافتراض أيضا، أن اضطراب هوس السرقة، يرتبط بكل من الاكتئاب والتطور النمائي للطفل، وأن هوس السرقة يكون وسيلة للتخفيف من مشاعر الاكتئاب، وافترضت نظريات أخرى، أن هوس السرقة محاولة للتعويض عن الحرمان، أو الخسائر التي حدثت في وقت مبكر من حياة الفرد (Adamec, 2008, pp. 51 – 52; Grant, 2006).

ومن المحتمل أن يستفيد المصابون بهوس السرقة – بشكل كبير – من العلاج السلوكي، وذلك باستخدام أسلوب زيادة الحساسية Covert sensitization مصحوبة بكف الاستجابة، وفي هذا الأسلوب، يتخيل المريض نفسه يسرق، ثم يتخيل عواقب السرقة، كما يستخدم المعالجون شكلا آخر للعلاج، وهو أسلوب تخيل تقليل الحساسية Imaginal desensitization، وهنا يتخيل المريض أنه يقوم بالسرقة، وهو في حالة من الاسترخاء، مع تخيل قدرته على عدم السرقة. وإلى جانب العلاج السلوكي، يستخدم كذلك العلاج الدوائي، كالعقاقير المضادة للقلق، والأدوية المضادة للاكتئاب، وبخاصة تلك التي تعمل على زيادة الناقل العصبي " السيروتونن " مثل الفلوكستين (البروزاك) (Grant, 2006).

اضطراب هوس إشعال الحرائق:

قدم مصطلح هوس إشعال الحرائق Pyromania من قبل الطبيب الفرنسي "مارك" Marc، وقد وصفه بأنه سلوك غريزي واندفاعي شاذ، ونقل هذا المصطلح بشكل مباشر، من المعجم الفرنسي إلى المعجم الطبي الإنجليزي، في بدايات القرن التاسع عشر، ويعرف بأنه سلوك اندفاعي، يقود إلى حريق لا يدفعه هدف معين، ويوصف الأشخاص المصابون به، بمطلقي النيران Fire starters، أو مفتعلي النيران Firesetters (Adamec, 2008; Lejoyeux, Mcloughlin, & Ades, 2006). ويصنف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح APA, 2000, p. 671))، هوس إشعال الحرائق، ضمن اضطرابات التحكم في الاندفاع غير المصنفة في أي موضع آخر، وتشخص بناء على مجموعة من المحكات (انظر الجدول: 4).

الجدول (4) : محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح لاضطراب هوس إشعال الحرائق

المحكات
إشعال حريق متعمد وله هدف، في أكثر من مناسبة.
تزايد الإحساس بالتوتر أو الاستثارة قبل القيام بالفعل.
الانبهار بالنار، أو الاستمتاع بها، أو الانجذاب إليها، وإلى المحيط المرتبط بها (الأدوات التي تستخدم لإشعال النار، واستخدامات النار، والعواقب الناتجة عن الحريق).
الإحساس بالمتعة، أو الإشباع، او الراحة عند إشعال الحرائق، أو عند مشاهدة الحرائق، أو المشاركة في العواقب الناتجة عنها.
لا تشعل الحرائق بغرض الكسب المادي، أو للتعبير عن المعتقدات السياسية الاجتماعية، أو لإخفاء نشاط إجرامي، أو للتعبير عن الغضب أو الانتقام، أو لتحسين الظروف المعيشية، أو استجابة للضلالات أو الهلاوس، أو نتيجة لعجز في وظيفة الحكم أو اتخاذ القرار (مثال ذلك: الخرف، أو التخلف العقلي، أو التسمم بالمواد).

لا يحدث إشعال الحرائق، بسبب اضطرابات المسلك، أو نوبة الهوس، أو اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع.

(عن: APA, 2001, p.671).

التشخيص الفارق:

يجب أن تؤخذ الأسباب الأخرى لإشعال الحرائق بعين الاعتبار، قبل أن يستخدم تشخيص اضطراب هوس إشعال الحرائق، فإشعال الحرائق بشكل مقصود، يمكن أن يظهر لتحقيق فائدة معينة، أو بغرض التخريب أو الانتقام، أو لإخفاء جريمة، أو بهدف سياسي (مثال ذلك: المناشط الإرهابية، أو مظاهرات الاحتجاج)، أو لجذب الانتباه (إشعال الحريق من أجل اكتشافه وإنقاذ الآخرين له)، ويمكن أن يظهر إشعال الحريق أيضا، بوصفه جزءا من التجارب النمائية التي تحدث في مرحلة الطفولة (كاللعب بأعواد الثقاب، أو الولاعات، أو النار)، كما أن بعض الأفراد الذين يعانون من اضطرابات عقلية، يشعلون النار للوصول إلى غاية، أو لتحقيق أمنية، أو حاجة مختلفة، وكل تلك الحالات يشار إليها بالحريق الصريح Communicative arson، ومن الضروري تمييزها عن هوس إشعال الحرائق، والتشخيص المنفصل أو المستقل لهذا الاضطراب، لا يستخدم عندما يظهر إشعال الحريق، بوصفه جزءا من اضطرابات المسلك، أو اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، أو استجابة للضلالات أو الهلاوس كما يحدث في الفصام، أو إذا كان نتيجة تأثيرات فيزيولوجية مباشرة، لحالات طبية عامة كالصرع، أو نتيجة لعجز في الحكم أو اتخاذ القرار، كحالات الخرف، والتخلف العقلي، أو حالات التسمم بالمواد (APA, 2000, p. 670).

الخصائص الإكلينيكية للاضطراب:

معظم المصابين باضطراب هوس إشعال الحرائق من المراهقين أو صغار الراشدين الذكور، وإذا كان الفرد تحت سن الثامنة عشرة، فقد يشخص باضطراب

المسلك، اعتمادا على تاريخ افتعال الحرائق، إضافة إلى تشخيصه بهوس إشعال الحرائق، ويقوم كثير من المصابين بهذا الاضطراب، بإشعال حرائق صغيرة في أفنيتهم الخاصة، أو في الأماكن الشاغرة، والنيران الناتجة عنها ليست كبيرة، ولا تجذب الانتباه كالحرائق الكبيرة. ويرى الباحثون أن مخاطر اكتشافهم، أو معاقبتهم، أو حتى سجنهم، تمثل جميعها احتمالات بالنسبة للشخص الذي يعاني من هذا الاضطراب. وهؤلاء لا يشعلون النيران بهدف رغبة معينة، أو للتعبير عن الغضب تجاه الآخرين، أو لإلحاق الضرر بهم، بل على العكس من ذلك، فهم منبهرون بالنار، ويستمتعون بإشعالها، ومن ثم رؤيتها تشتعل (Adamec, 2008, pp. 30 – 31).

وقد اهتم الباحثون بدراسة السمات الشخصية للمصابين بهذا الاضطراب، وذلك من خلال مقارنتهم بالأشخاص الأسوياء، ووجدوا أن أعلى المتغيرات التي ترتبط بهذا الاضطراب لدى المصابين به، تتضمن خليطا ثلاثيا من هذه المتغيرات: معدلات متوسطة إلى عالية من الخجل، والعدوانية، ورفض الأقران لهم (Adamec, 2008, pp. 31 – 32).

الأسباب والعلاج:

تنوعت التفسيرات المرتبطة بهوس إشعال الحرائق، فيرى أصحاب نظرية الفرصة Opportunity theory، أن إشعال النيران مدخل لأمور أخرى، فمن الممكن أن يستخدمه الشخص بوصفه أداة أو سلاحا. أما نظرية التعلم Learning theory فتفسر إشعال الحريق، بأنه سلوك متعلم من خلال العلاقة بالأسرة، أو الأقران، أو من خلال قوة الثقافة الفرعية التي تحرض بشكل متعمد أو غير متعمد على الاستخدام غير المناسب للنار. وتفسر نظرية التعبير عن الصدمة Expressive trauma theory هذا الاضطراب، بأنه مظهر من مظاهر الصدمات التي تحدث في مرحلة الطفولة، وتظهر للتعبير عن الإحباط والغضب، تجاه المواقف التي تعرض لها الفرد في حياته المبكرة. وترى نظرية الضغوط Stress theory، أن إشعال

النار سلوك يحدث لإبعاد الضغوط المتراكمة، والتوتر الناتج عنها، أو لإضفاء أجواء الإثارة والمتعة أو الخطر، على أحداث الحياة الرتيبة أو الهادئة. وتفترض نظرية الارتباط بالقوة Power association theory، أن إشعال الحريق وسيلة لدى الأحداث الراغبين في الوصول إلى القوة أو السيطرة على الناس أو البيئة، أو الاثنين معا، وأن لديهم القدرة على التحكم في مجرى حياتهم. أما أنصار نظرية القبول الاجتماعي Social acceptance theory، فهم يفسرون هذا الاضطراب، بأنه سلوك اندفاعي، رغبة في الحصول على القبول من القرين أو عصبة الأقران، وبخاصة إذا كان هذا السلوك مستحسنا من قبلهم. وأخيرا تقدم نظرية رد الفعل الاجتماعي Social reaction theory، تفسيرا لهذا الاضطراب، بأنه سلوك يقوم به الشخص، حتى يصدر تجاهه رد فعل، أو استجابة كبيرة من أفراد المجتمع، كوصول الشرطة، أو رجال الإطفاء (Adamec, 2008, pp. 34 – 36). والراجح أن تفسير حدوث اضطراب هوس إشعال الحرائق، يعتمد على أكثر من عامل من العوامل السابق الإشارة إليها.

وفيما يتعلق بعلاج المصابين بهوس إشعال الحرائق، فيذكر المختصون أن العلاج يكتنفه كثير من الصعوبات والمشكلات، ذلك لأن المصابين بهذا الاضطراب يرفضون غالبا الاعتراف بأفعالهم، ويفتقرون إلى البصيرة، إضافة إلى ذلك، فإن لديهم غالبا مشكلات متعلقة بالاعتماد على المواد لاسيما الكحول، الأمر الذي يجعل العلاج أكثر صعوبة مما هو عليه، وقد استخدم بعض المعالجين التدعيم الإيجابي، والتهديد السلبي من خلال العقاب، وابتكر بعضهم الآخر برامج للوقاية، ويستخدم المعالجون كذلك العلاج المعرفي السلوكي، وإلى جانب العلاج النفسي، يستخدم العلاج الطبي كذلك، حيث يستخدم المعالجون الأدوية ومنها: الليثيوم، وكلونيدين (كاتابريس)، وتوبيراميت (توباماكس، وإبيتوماكس، وتوباماك، وتوباميكس)، ويرى المعالجون أن استخدام هذه الأدوية إلى جانب العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن يقضي على

الاندفاع الذي يقود الفرد إلى إشعال الحرائق (المرجع نفسه، 69 – 74).

اضطراب المقامرة المرضية:

عدت المقامرة المرضية Pathological gambling، وحدة تشخيصية قائمة بذاتها منذ عام 1980، حينما تم تضمينها لأول مرة في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث، وبشكل مماثل في الطبعة التاسعة من التصنيف الدولي للأمراض (Pallant, Rossi, & Hollander, 2006)، ويصنف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح (APA, 2000, p. 674)، المقامرة المرضية، بوصفها أحد أشكال اضطرابات التحكم في الاندفاع، غير المصنفة في موضع آخر في الدليل، وتشخص اعتمادا على مجموعة من المحكات (انظر الجدول :5).

الجدول (5) : محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح لاضطراب المقامرة المرضية

المحكات
أ- سلوك مقامرة مرضي يتسم بالإصرار والتكرار، ويتحدد بخمسة أو أكثر مما يأتي: ١. انشغال الذهن بالقمار (على سبيل المثال: الانشغال بإحياء خبرات القمار الماضية، تخطيط للمجازفة القادمة، أو التفكير في طرق للحصول على المال للمقامرة. ٢. الحاجة إلى المقامرة، مع تزايد كمية الأموال، من أجل تحقيق الإثارة المرغوبة. ٣. تكرار الجهود الفاشلة، في التحكم أو الانقطاع أو التوقف عن المقامرة. ٤. الإحساس بالضيق وسرعة الغضب، عند محاولة الانقطاع أو التوقف عن المقامرة. ٥. المقامرة بوصفها وسيلة للهروب من المشكلات، أو للتخفيف من المزاج الحزين (المتعكر)، مثال ذلك: الشعور باليأس، والذنب، والقلق، والاكتئاب. ٦. بعد خسارة أموال في المقامرة، تحدث غالبا عودة في يوم تال، لتعويض الخسارة. ٧. الكذب على أعضاء الأسرة، والمعالجين، أو غيرهم لإخفاء مدى التورط في المقامرة. ٨. ارتكاب أفعال غير قانونية من مثل التزوير، والاحتيال، والسرقة، أو الاختلاس لتمويل القمار. ٩. فقدان علاقات مهمة، كالوظيفة، وفرص تعليمية أو مهنية، والتعرض للخطر بسبب القمار. ١٠. الاعتماد على الآخرين لتزويد الأموال، ولتخفيف المشكلات المادية اليائسة التي سببها القمار.
ب- سلوك المقامرة لا يرتبط بفترات الهوس.

(عن: APA, 2000, p. 674).

التشخيص الفارق للاضطراب:

يجب أن يفرق الإكلينيكي بين المقامرة المرضية وكل من المقامرة الاجتماعية Social gambling، والمقامرة المهنية Professional gambling؛ فالمقامرة الاجتماعية تظهر برفقة الأصدقاء والزملاء عادة، وتستغرق فترة محدودة من

الزمـن، وينتـج عنها خسـائر مقبولة سـلفا، وفي المقامـرة المهنية، فإن الانضـباط أو ضبط النفس أمر أساسي، والمخاطر الناتجة عنها محدودة، ويمكن أن يخبر الأفراد مشـكلات ترتبط بالمقامرة، مثال ذلك السـلوكيات الاندفاعية قصـيرة المدى، وفقدان القدرة على التحكم في النفس، ولكنها لا تسـتوفي المحكات الكلية للمقامرة المرضية، كما أن التشخيص لا يستخدم إذا كان سلوك المقامرة جزءا من نوبة الهوس، وتظهر مشكلات المقامرة أيضا لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع، وإذا اسـتوفت المحكات كلا الاضـطرابين (المقامرة المرضـية والشخصـية المعادية للمجتمع)، فإن الإكلينيكي يسـتطيع أن يسـتخدم كلا التشخيصـين (APA, 2000, pp. 673 – 674).

الملامح الإكلينيكية:

معظم المصـابين باضـطراب المقامرة المرضـية من الذكور، ولكن هذا لا يعني أن الإناث محصنات من الإصابة بهذا الاضطراب، وقد أشارت الأبحاث، إلى أن الأولاد في مرحلة المراهقة، أكثر عرضـة للإصـابة بالمقامرة المرضـية، بمعدل أربعة أضعاف عن البنات، ويبدأ سلوك المقامرة عند بعض الأفراد، خلال مرحلة المراهقة، كما يمكن أن يظهر خلال مرحلة الشـباب، وبوجه عام، فإن سـلوك المقامرة المرضـية، يمكن أن يظهـر في أي عمـر، حتـى لدى كبار السـن، كما أوضـحت الدراسـات أن السـجناء، والأفراد الذين يتلقون العلاج النفسـي، وعصـابات المراهقين، أكثر عرضـة للإصابة بالمقامرة المرضية (Adamec, 2008, p.12).

والأفـراد المصـابون بالمقامـرة المرضـية، تتركـز حياتهـم حـول المقامـرة، فهـم يقامرون في جميع الأوقات، فالأمر مماثل تماما للإدمان، وهؤلاء يشعرون بتسارع دقات قلبهم، كلما فكروا في المقامرة، أو أثناء ممارستهم لها بالفعل، لاسيما إذا كانت العوائد المالية عالية، وهم لا يتوقفون عن المقامرة، مهما كانت حصص الربح مرتفعة، فالربـح في حـد ذاتـه ليس لـه تأثير في مثل هـذه الحـالات، كما أنهم يسـتمرون في

المقامرة، حتى في حالات الخسارة، حيث إنهم يبذلون كل ما في وسعهم، للحصول على مصادر المال، التي تمكنهم من الاستمرار في المقامرة، كالاستدانة من الآخرين، أو بيع ممتلكاتهم، وقد يصل الأمر إلى القيام بمناشط إجرامية (المرجع نفسه، ص 11 – 12).

الأسباب والعلاج:

لا يوجد سبب بيولوجي واضح لاضطراب المقامرة المرضية، ومع ذلك يرى بعض الباحثين، أن نقص الناقل العصبي السيروتونن، يعد عاملا مسببا لهذا الاضطراب، كما أشارت دراسات حديثة، إلى أن الأشخاص الذين يعانون من المقامرة المرضية، لديهم نقص في معدلات الناقل العصبي « النورإبنفرين « Norepinephrine، بالمقارنة بالأشخاص الذين يقامرون بالمعدل الطبيعي. وفي المقابل، يفترض الباحثون النفسيون أن هناك كثيرا من الأسباب النفسية، التي تدفع بعض الأفراد إلى الإفراط في المقامرة، فبعض المصابين بالمقامرة المرضية، يستخدم المقامرة بوصفها وسيلة هروب انفعالية من الاكتئاب، ويظهر هذا النمط من الأسباب – في كثير من الأحيان – لدى النساء أكثر من الرجال، في حين يفرط بعضهم الآخر في المقامرة، بوصفها طريقة لتعزيز المزاج، وبخاصة إضفاء مشاعر الإثارة والحماسة اللتين يجدهما الشخص في أثناء قيامه بالمقامرة، أكثر من الاهتمام بالمال، وبمعنى آخر يدعم سلوك المقامرة أو يعزز لدى الشخص المصاب بهذا الاضطراب، من خلال الانفعالات القوية التي تصاحب هذا السلوك، أكثر من مجرد المسائل المالية. وهناك نظريات أخرى تؤكد أن التشوهات المعرفية Cognitive distortions، تسبب اضطراب المقامرة المرضية، فيرى أصحاب هذه النظرية، أن هذا الاضطراب يرتبط بأنماط التفكير المختلة وظيفيا، فكثير من المرضى لديهم تصورات (تخيلات)، أو اعتقادات قوية، بأنهم قادرون على التحكم في نتائج الأحداث، التي تمر في حياتهم عند لعب القمار (http://www.minddisorders.com/Ob – Ps/Pathological – gambling – disorder.html).

وفيما يتعلق بالعلاج، فيستطيع الأفراد الذين يعانون من المقامرة المرضية، الاستفادة من أنواع مختلفة من العلاج، كالعلاج المعرفي السلوكي، أوالتقليل المنظم للحساسية Systematic desensitization، أومراقبة السلوك Behavior monitoring، والتدريب على المهارات الاجتماعية...، وغيرها، كما يمكنهم الاستفادة من جماعات المساندة الذاتية، كالمقامرين المجهولين Anonymous gamblers، فهذه الجماعات من شأنها أن تزود المصابين بالمكان المناسب، الذي يستطيعون من خلاله فهم سلوكياتهم ومشكلاتهم، كما يستطيعون مساعدة المقامرين، على فهم أهمية تجنب الأشخاص والأماكن المرتبطة بالمقامرة، كالحانات، والكازينوهات، وغيرها...، وإلى جانب العلاج النفسي، يستخدم أيضا العلاج الدوائي، كالعقاقير المضادة للاكتئاب، والأدوية المحسنة للمزاج (Adamec, 2008, pp. 68 – 74).

اضطراب نتف الشعر:

يرجع مصطلح نتف الشعر Trichotillomania إلى اللغتين اليونانية واللاتينية، حيث ترمز " " trich إلى الشعر، و" Tillo " إلى النتف، وmania إلى الهوس (Adamec, 2008, p. 38)، ويعرف بأنه أحد الأشكال المزمنة لاضطرابات التحكم في الاندفاع، التي تتسم بالنتف المتكرر للشعر، وينتج عنه فقدان ملحوظ للشعر (Franklin, Tolin, & Diefenbach, 2006). ويصنف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح (APA, 2000, p. 677)، هوس نتف الشعر، ضمن اضطرابات التحكم في الاندفاع، غير المنصفة في موضع آخر من الدليل، ويشخص اعتمادا على مجموعة من المحكات (انظر الجدول6).

الجدول (6) : محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح لاضطراب نتف الشعر

المحكات
١ – تكرار نتف الشعر، ينتج عنه فقدان ملحوظ للشعر.
٢– تزايد الإحساس بالتوتر قبل نتف الشعر، أو عند مقاومة هذا السلوك.
٣ – الشعور بالمتعة، والإشباع، أو الراحة عند نتف الشعر.
٤ – لا يحدث الاضطراب بوصفه جزءا من الاضطرابات العقلية، أو بسبب الحالات الطبية العامة، على سبيل المثال: (الأمراض الجلدية).
٥ – يسبب الاضطراب ضيقا إكلينيكيا شديدا أو عجزا اجتماعيا، أو وظيفيا، وغير ذلك من المجالات الوظيفية المهمة.

الخصائص الإكلينيكية للاضطراب:

اضطراب هوس نتف الشعر، زملة أو مجموعة أعراض، تتركز حول نتف الشعر بطريقة قهرية، بحيث لا يستطيع المريض، أن يقاوم الدفعات التي تجعله يقتلع الشعر أو ينتفه من فروة الرأس أو الحواجب أو الرموش أو أي منطقة أخرى من مناطق الجسم. ويقضي مرضى نتف الشعر – في الحالات الشديدة – بضع ساعات كل يوم ينتفون فيها شعرهم، أو يفكرون في نقطة ما، ويكشف هؤلاء المرضى عن مساحات كبيرة صلعاء ذات شكل غير منتظم، يتخللها شعر قليل وقصير، ينمو من جديد، وفي الحالات الأقل شدة، توجد لدى المرضى مساحات قليلة من الصلع أو النحول الذي لا يمكن إدراكه، ينتشر في الرأس كله (عبد الخالق، 2002، ص ص 227 – 229).

وعلى الرغم من أن هناك إحساسا محددا بمعرفة أية شعرة معينة يبحث المريض

عنها، فإن كثيرا من الشعر ينتف، حتى يحصل على الشعرة المقصودة، ويمكن أن تستخدم ملاقط صغيرة لاستخراج الشعرة كلها من جذورها، ولكن المرضى نادرا ما يقرون بالألم المرتبط بهذا، وبعض المرضى يقومون « بالالتقاط» بشكل قهري في فروة الرأس، بالإضافة إلى نتف الشعر، وتنتج عن ذلك أضرار متعددة، صدمية ومؤلمة لفروة الرأس، وبعض المرضى يأكلون جذور الشعرة أو الشعرة كلها، ولدى بعض المرضى طقوس متقنة، تحيط بنتف الشعر، في حين ينتف مرضى آخرون شعرة وراء شعرة، في تتابع سريع دون تفكير غالبا، ولذلك فقد يقضي المريض ساعتين لنتف عدد يتراوح بين 20 و25 شعرة، وقد ينتف العدد نفسه من الشعر في دقائق قليلة (المرجع نفسه، ص 230).

ومعظم المصابين باضطراب هوس نتف الشعر من النساء، بنسبة 3.5 : 1، ومن الصعوبة التأكد من أن هذه النسبة فعلية، نظرا لأن الرجال من السهل عليهم إخفاء سلوك نتف الشعر مقارنة بالنساء، كما أن الرجال يقل احتمال بحثهم عن المساعدة النفسية، ويختلف الباحثون في تحديد نسبة الأفراد المصابين بهوس نتف الشعر، وقد ذكر « باور، وشتاين « Bouwor & Stein، أن معدلات انتشار هوس نتف الشعر، تتراوح بين 1% لدى المراهقين، و4% عند الراشدين، ومن الصعب بوجه عام تحديد الأفراد المصابين بهذا الاضطراب، ذلك أنهم يبذلون كل ما بوسعهم لإخفاء سلوكهم، مالم يبحثوا عن المساعدة، فإن قليلا من الناس يعرفون حالتهم. ويذكر الباحثون أن سلوك نتف الشعر، يظهر لدى الأطفال الرضع، والأطفال الصغار، وبشكل عام إذا ظهر سلوك نتف الشعر لدى الأطفال الصغار، فإنه يكون مؤقتا غالبا، ويختفي مع الوقت، وعندما يظهر سلوك النتف في مراحل لاحقة بعد سن الثامنة مثلا، فإنه يرتبط غالبا بمشكلات نفسية (Adamec, 2008, pp. 41 – 43).

ويعتقد الباحثون أن هناك نوعين مختلفين لنتف الشعر، النوع الأول: النتف المتركز Focused pulling، وهو فعل مقصود، يظهر بوصفه وسيلة للتحكم في

الخبرات السلبية، أما النوع الثاني: فهو النتف غير المتركز أو التلقائي Unfocused or automatic pulling، وهو سلوك يحدث دون وعي من الفرد، ويظهر غالبا خلال المناشط الترفيهية، وينظر إلى مثل هذا النوع من السلوك غالباعلى أنه عادة، وقد يكون لدى الشخص المصاب بهوس نتف الشعر نوع واحد، أو كلا النوعين (Woods, Flessner, Franklin, Wetterneck, Walther, Anderson et al., 2006).

وقد لاحظ " هوتمان " Hautmann وزملاؤه، أن هناك فترات معينة يحتمل أن يزيد المصابون بهوس نتف الشعر فيها من سلوك النتف، وعلى سبيل المثال: أثناء القراءة والكتابة، ومشاهدة التلفاز، والحديث عبر الهاتف، والقيادة، أو أثناء الاستلقاء على السرير، وفضلا عن ذلك فإن سلوك نتف الشعر، يظهر بصورة أكبر في فترة المساء (Adamec, 2008, p. 40).

وعلى العكس من القهر لدى مرضى الوسواس القهري، فإن مرضى هوس نتف الشعر، لا ينتفون شعرهم استجابة لفكرة وسواسية، على أنها أذى يأتي إلى الشخص أو أحبائه، ولكنهم ينتفون شعرهم فقط، بسبب دفعة لا يمكن مقاومتها ويصاحبها قلق، وفضلا عن ذلك فإن مرضى الوسواس القهري، لديهم دفعات قهرية تعد غير مقبولة لذواتهم Ego – dystonic، في حين أن كثيرا من مرضى نتف الشعر، يقرون أن نتف الشعر عملية سارة وممتعة، كما يختلف الاضطرابان في أن مرضى الوسواس القهري، يغيرون من أعراضهم عبر الزمن (مثلا: يتطور العد إلى تكرار، ثم يترك الأخير مكانه للاغتسال)، في حين أن مرضى هوس نتف الشعر، ينتفون فقط شعرهم، ولا يستبدلون بهذا السلوك أي طقوس قهرية أخرى (عبد الخالق، 2002، ص 230 – 231).

التشخيص الفارق:

يجب أن يأخذ الإكلينيكي بعين الاعتبار، الأسباب الأخرى لفقدان الشعر، لدى

الأفـراد الذيـن ينكرون سـلوك نتف الشـعر، ومثال ذلـك: حالات الصـلع، والثعلبة، والذئبـة الحمراء، والتهاب بصـيلات الشـعر...، وغيرها مـن الأمراض الجلدية التي تصـيب الشعر، والتشـخيص المستقل لهوس نتف الشـعر، يجب أن لا يستخدم، إذا كان هذا السـلوك جزءا من اضـطرابات عقلية أخرى، وعلى سـبيل المثال: اسـتجابة للهلاوس أو الضـلالات لدى مرضـى الفصـام، كمـا يجب أن نفرق بـين تكرار نتف الشـعر لدى مرضـى هوس نتف الشعر، والسـلوك القهري في اضطراب الوسواس القهري، فالسـلوكيات المتكررة في الاضـطراب الأخير، يقوم بها الشـخص استجابة لوسـاوس معينـة، أو اعتمادا على طقوس أو قواعد محددة، يجب القيام بها بشـكل صـارم، كما يجب التمييز بين هوس نتف الشـعر والاضطراب المفتعل Factitious disorder، الذي يصـاحبه أعراض وعلامات جسـمية في الغالب، والذي يكون فيه الدافع للسلوك هو تصنع مرض معين أو تمثيل دور المريض.

إن كثـيرا مـن الأفـراد يلفـون شـعرهم ويلعبون به، وبخاصـة في حـالات القلق الشـديد، ولكن هذا السـلوك لا يكفي عادة لتشخيصـهم بهوس نتف الشـعر، كما أن بعضـ الأفـراد قـد يظهر ملامـح هوس نتف الشـعر، ولكـن الناتج الـذي يعقب نتف الشـعر، يحتمل أن يكون خفيفا، وغير واضـح، أو غير قابل للملاحظة، ففي مثل هذه الحالات، فإن التشـخيص يسـتخدم إذا كشـف الأفراد عن ضـيق ملحوظ، وبالنسبة للأطفـال، فإن نتف الشـعر قد يكون شـائعا، ومن الممكن اعتباره عـادة مؤقتة، وهذا الشـكل من نتف الشـعر في مرحلة الطفولة، يختلف عن شـكله لدى الراشـدين، من حيث غياب التوتر الذي يسـبق السـلوك، أو الراحة المرتبطة بالسـلوك، ولذلك ينبغي أن يرتبط التشخيص لدى الأطفال، بالمواقف التي يكون فيها السلوك ملحا ومستمرا لعدة أشهر ((APA, 2000, p. 676.

الأسباب والعلاج:

قدمت تفسـيرات بيولوجية لهوس نتف الشـعر، حيث افترض البيولوجيون أن

انخفاض الناقل العصبي «السيروتونن»، وارتفاع الناقل العصبي «الدوبامين»، يسببان سلوك نتف الشعر المفرط، وقد وضع هذا الافتراض، بعد أن لاحظ الباحثون استفادة المصابين بهذا الاضطراب بشكل خاص، من العقاقير التي ترفع السيروتونن، وتهبط من الدوبامين (Woods et al., 2006).

أما التفسيرات النفسية، فهي تفترض أن هوس نتف الشعر سلوك إدماني، أو وسيلة للتخفيف من التوتر والقلق، شأنه في ذلك شأن الأشكال الأخرى من اضطرابات التحكم في الاندفاع، كما يرى المختصون النفسيون، أن شدة نتف الشعر، ترتبط بالمعتقدات السلبية حول مظهر الشخص، والأفكار المرتبطة بالخزي، والخوف من التقويم السلبي، إضافة إلى تجنب الخبرات التي تعود إلى ميل عام لدى الشخص، إلى التحكم في الخبرات غير السارة أو الهروب منها (Woods et al., 2006).

وفيما يتعلق بعلاج هذا الاضطراب، يستخدم العلاج السلوكي، وأساليب مختلفة من العلاج المعرفي السلوكي، التي تتضمن: التدريب على الوعي، والنفور من مراقبة الذات Self – monitoring aversion، وإزالة الحساسية، والتدريب السلبي Negative practice، وتمارين الاسترخاء، وأسلوب عكس العادة Habit reversal، والتحكم في المنبه Stimulus control، والتصحيح الزائد Overcorrection. ويرى الباحثون أن أساليب التدريب على الوعي، وعكس العادة، والتحكم في المنبه، أكثر الطرق فعالية في علاج هوس نتف الشعر (Franklin et al., 2006)، وإلى جانب العلاج النفسي، يستخدم العلاج الدوائي، كالعقاقير المضادة للقلق والاكتئاب (Adamec, 2008, p. 72).

اضطراب نزع الجلد:

يعد نزع الجلد Skin picking سلوكا بشريا مشتركا أو عاما Common، يتوقف الحكم عليه على أساس الشدة، والتكرار، وموقع النزع أو مكانه، والأسباب،

والانفعالات، وكذلك النتائج المترتبة على نزع الجلد، ومن ثم يمكن النظر إلى النتائج الجسمية الناتجة عن نزع الجلد على نحو طبيعي أو مرضي. وقد أظهرت الدراسات والأبحاث المختلفة، أن النزع المرضي للجلد، سمة مشتركة بين مجموعة متنوعة من الحالات التي تتعلق بالنواحي الجلدية، أو النمائية، أو الطبية، أو العصبية، أو النفسية (Çalıkuşu & Tecer ,2010, p. 124; Keuthen, Deckersbach, Wilhelm, Engelhard, Forker, & O'Sullivan, 2001).

وقد تزايد الاهتمام باضطراب نزع الجلد، في التخصص الطبي المتعلق بالأمراض الجلدية، حيث وصف لأول مرة سنة 1875، من قبل الجراح الإنجليزي "إيراسموس ويلسون" Erasmus Wilson، الذي تصادف أن لاحظ وجود خدوش أو ندب، على أجسام مرضاه العصابيين، ومن هنا أطلق على هذا السلوك: "إزالة الجلد بوصفه عصابا خارجيا" Exneurotic excoriations، ومنذ ذلك التاريخ، أصبح يشار إلى اضطراب نزع الجلد في التراث العلمي (Çalıkuşu, & Tecer ,2010, p. 124).

ويطلق على النزع المرضي للجلد Pathological skin picking، مسميات أخرى كالنزع القهري للجلد Compulsive skin picking، وهوس نزع الجلد Dermotillomania، ويعرف بأنه أحد أشكال اضطرابات التحكم في الاندفاع، يشعر الفرد أثناءه بدافع ملح، أو رغبة وحاجة مستمرة لنزع جلده (O'Sullivan, 2010). وقد قدم كل من " أودلج، وجرانت " (نقلا عن: Hoppe, Ipser, Lochner, Thomas, & Stein, 2010, p. 231) محكات تشخيصية محددة، لاضطراب نزع الجلد (انظر الجدول:7).

الجدول (7) : المحكات التشخيصية لاضطراب نزع الجلد

المحكات
١ – تكرار نزع الجلد، ينتج عنه تلف ملحوظ للجلد.
٢ – الانشغال بالاندفاعات، أو الحاجة إلى نزع الجلد، التي توصف بأنها اقتحامية.
٣ – الشعور بالتوتر والقلق، أو الاستثارة قبل نزع الجلد على الفور.
٤ – الشعور بالمتعة والراحة، أو الرضا أثناء نزع الجلد.
٥ – لا يحدث سلوك نزع الجلد، بسبب اضطراب عقلي أو طبي آخر، كتعاطي الكوكايين والمنشطات أو بسبب الجرب.
٦ – يعاني الفرد من ضيق ملحوظ، أو عجز اجتماعي ووظيفي.

التشخيص الفارق:

يجب أن يفرق الإكلينيكي بين اضطراب نزع الجلد، والسلوك الطبيعي لنزع الجلد الذي يعد عادة بشرية طبيعية، وليست مصحوبة بأفكار أو أفعال اندفاعية، كما يجب أن يأخذ الإكلينيكي بعين الاعتبار الأسباب الطبية والنفسية الأخرى التي تؤدي إلى نزع الجلد بشكل مباشر، أو تلك التي تولد أحاسيس معينة، تقود الفرد إلى أن ينزع جلده، من مثل الحكة الجلدية (الهرش) Pruritus. ومن المهم عند تشخيص اضطراب نزع الجلد، استبعاد جميع الأمراض الجلدية الشائعة، ومثال ذلك: الأكال العقيدي Prurigo nodularis، أوالحزاز البسيط المزمن Lichen simplex chronicus، والصداف (الصدفية) Psoriasis، أو الإكزيما Eczema، أو جفاف الجلد Xerosis (Çalıkuşu & Tecer ,2010, p. 126).

والتشخيص المستقل والمنفصل لاضطراب نزع الجلد، يجب أن لا يستخدم

عندما يظهر سلوك نزع الجلد، بوصفه جزءا من حالات أو اضطرابات أخرى، كاضطراب تشوه صورة الجسم Body dysmorphic disorder، أو اضطراب توهم الإصابة بالطفيليات Delusional parasitosis، أو اضطراب اللزمة Tic disorder، أو حالات إلحاق الضرر بالذات Self – Mutilation (O'sullivan, Phillips, Keuthen, & Wilhelm, 1999). ويجب التفرقة كذلك بين سلوك نزع الجلد الناتج عن اضطراب نزع الجلد، وسلوك النزع الناتج عن اضطراب الهذيان المتعلق بالنواحي الجسمية Delusional disorder – Somatic type، وفيه يعتقد المريض بأن هناك كائنات أو أعضاء حية تقتحم جسمه وتغزوه، وكذلك الاضطراب الجلدي المفتعل Factitious dermatosis disorder، وفيه يتعمد المريض إحداث ندب في جلده، من أجل القيام بدور المريض أو تصنع المرض (Çalıkuşu, & Tecer ,2010, p. 127).

الملامح الإكلينيكية:

يتسم المرضى الذين يعانون من اضطراب نزع الجلد، بمجموعة من الملامح الإكلينيكية، متداخلة بشكل كبير، مع تلك الملامح التي تظهر لدى المصابين باضطراب نتف الشعر (انظر: ص 27)، وبالرغم من أن اضطراب نزع الجلد قد يظهر في أي مرحلة عمرية، فإنه يظهر غالبا في مرحلة المراهقة، ويبدأ عادة بوصفه جزءا من الأمراض الجلدية مثل حب الشباب، ويقضي الأفراد الذين يعانون من اضطراب نزع الجلد وقتا طويلا بشكل ملحوظ للقيام بسلوك نزع الجلد، وقد يستمر هذا السلوك عدة ساعات من كل يوم، وينتج عن هذا السلوك غالبا تلف ملحوظ في أنسجة الجلد، وتظهر ندب كبيرة في الجسم، تتطلب العلاج بالمضادات الحيوية، بسبب الإصابة بالالتهابات التي تحتاج في بعض الأحيان إلى التدخل الجراحي (Stein, Grant, Franklin, Keuthen, Lochner, Singer et al., 2010).

ويذكر الباحثون أن أكثر المناطق شيوعا لنزع الجلد، هي منطقة جلد الرأس،

وبالرغم من أن معظم المرضى ينزعون جلدهم باستخدام أظفارهم، فإنهم يستخدمون في بعض الأحيان الملاقط، وغيرها من الأدوات التي تساعدهم في عملية نزع الجلد (المرجع نفسه)، ويحاول الأفراد المصابون بهذا الاضطراب إخفاء الجروح التي لحقت بهم جراء نزع الجلد، وذلك باستخدام مساحيق التجميل (الماكياج)، أو بارتداء ملابس تخفي آثار الندب والعلامات البارزة، وفي الحالات الشديدة قد يتجنب هؤلاء الأفراد المواقف الاجتماعية، في محاولة لمنع الآخرين من ملاحظة الخدوش، والكدمات، والجروح الناتجة عن نزع الجلد (Griffith,2010).

ويعد اضطراب نزع الجلد سلوكا غير واع عادة، وقد يكمن هذا السبب خلف الصعوبة الكبيرة، التي يواجهها المصابون بهذا الاضطراب، في أثناء محاولتهم التوقف عن هذا السلوك، وذلك لأنهم غير واعين بأفعالهم، وغير مدركين أن المشكلة التي يعانون منها تعد اضطرابا حقيقيا، وقد يشعرون بالجنون، أو أنهم خارج السيطرة تماما، وفي المقابل، فهم لا يعرفون ما يجب عليهم فعله، كما أنهم لا يبحثون عن المساعدة أو العلاج المناسب (المرجع نفسه)، والسبب الأساسي الذي قد يؤخر بحث هؤلاء عن العلاج المناسب، هو شعورهم بالحرج والخزي جراء سلوكياتهم (Stein et al., 2010).

الأسباب والعلاج:

السبب الحقيقي الذي يكمن وراء اضطراب نزع الجلد غير معروف، فمن المحتمل أن يكون للعوامل البيولوجية والبيئية أثر في الإصابة باضطراب نزع الجلد، وبالرغم من أنه ينظر غالبا إلى سلوك نزع الجلد المزمن، على أنه شكل من أشكال هدم الذات أو تدميرها Self – destruction، فإن كثيرا من الدراسات أظهرت أن معظم الأفراد المصابين باضطراب نزع الجلد يعانون من اضطراب القلق، ويجدون في قيامهم بنزع الجلد وسيلة للتخفيف من مشاعر القلق والتوتر، ومن ناحية أخرى، يقوم بعض الأفراد بنزع جلدهم لتحفيز جهازهم العصبي، وذلك عندما يشعرون

بالملل، أو عند رغبتهم في البقاء متيقظين، وبشكل عام لا تزال أسباب اضطراب نزع الجلد غامضة (O'Sullivan, 2010).

وفيما يتعلق بالعلاج، فمن النادر أن يبحث المصابون باضطراب نزع الجلد، عن العلاج النفسي، فهم يسعون غالبا إلى العلاج الطبي، وبالأخص الأدوية الخاصة بالأمراض الجلدية، كمضادات الحساسية، والحبوب الكيميائية، والكريمات الجلدية، التي تعد جميعها غير فعالة إذا استخدمت وحدها (Çalıkuşu, & Tecer, 2010, p. 132).

ويعتقد بعض الباحثين أن لكل من العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج المتمثل في القبول والالتزامAcceptance and commitment therapy، دور في علاج اضطراب نزع الجلد، أو في التخفيف من أعراضه، كما أكدت بعض الأبحاث، أن هذا الاضطراب يمكن علاجه بشكل فعال، باستخدام "مثبطات إعادة امتصاص السيروتونن"SSRI (Selective serotonin reuptake inhibitors)، كالفلوكستين، وفلوفوكسامين، والكيتالوبرام، كما بينت بعض الدراسات أن الأدوية المضادة للصرع والتشنج كاللاموترجين Lamotrigine، من المحتمل أن تساعد في علاج اضطراب نزع الجلد (Fama, 2010).

وبالرغم من توافر مصادر العلاج المختلفة لاضطراب نزع الجلد، فإن كثيرا من الأفراد – لسوء الحظ لايعرفون أن العلاج متاح، ومن ثم؛ يستمرون في معاناتهم من هذا الاضطراب والعواقب الناتجة عنه (المرجع نفسه).

اضطراب هوس الشراء:

يخدم الشراء حاجات نفعية متعددة، فهو لدى بعض الراشدين نشاط ترفيهي، أو وسيلة لإدارة الانفعالات، أو طريقة للتعبير عن الهوية الذاتية Self – identity (انظر: Karon, Faber, Aboujaoude, Large, & Serpe, 2006)، ولكن

الشراء يمثل لآخرين سلوكا اندفاعيا مفرطا، لا يمكن مقاومته أو التحكم فيه، فهناك كثير من الأفراد مهووسون بالشراء، ويجعلون حياتهم وسلوكياتهم، تتركز حول خبرات التسوق، ويمكن أن يقودهم هذا السلوك إلى اضطراب إكلينيكي (Black, 2010)، ويعرف هذا النوع من الاضطرابات باضطراب هوس الشراء أو الشراء القهري Compulsive buying disorder.

ويعد هوس الشراء ظاهرة مصحوبة بعواقب مجتمعية وشخصية خطيرة، فهو اضطراب سلوكي يقود الفرد إلى الاستمرار في الشراء والتسوق، بغض النظر عما ينتج عنه من عواقب مالية، أو اجتماعية، أو نفسية (Ergin, 2010)، وقد وصف اضطراب هوس الشراء لأول مرة عام 1915، من قبل الطبيب الألماني " إيميل كريبلين "، الذي أطلق عليه (أونيومانيا) Oniomania، كما وصف المصابين به بمهووسي الشراء Buying maniacs، وبعد ذلك شمل " بلولر " Bleuler سنة 1924 هوس الشراء، مع هوس السرقة Kleptomania، وهوس إشعال الحرائق Pyromania، تحت مظلة الاندفاع التفاعلي Reactive impulsive، أو الجنون الاندفاعي Impulsive insanity (Lee & Mysyk, 2004). وعلى مر السنوات، أطلقت كثير من التسميات للدلالة على هذا الاضطراب، كالتسوق القهري Compulsive shopping، والاستهلاك القهري Compulsive consumption، وإدمان الشراء Addictive buying، والشراء الذي لا يمكن التحكم فيه Uncontrolled buying، والشراء المفرط Excessive buying (انظر: Dell'Osso, Allen, Altamura, Buoli, & Hollander, 2008).

وبصرف النظر عن التاريخ المبكر لهذا الاضطراب، فإن هوس الشراء بدأ يلقى اهتماما متزايدا في أواخر الثمانينيات من القرن الماضي، وقد ركزت الأبحاث التي أجريت عليه على تعريف هذا الاضطراب، وتفسير أسبابه، وقياسه ((Ergin, 2010، فقد عرف " أوجين، وفيبر» O'Guinn & Faber هوس الشراء بأنه دفعة

أو رغبة لا يمكن السيطرة عليها، للحصول على مادة معينة، أو استخدامها، أو خبرة شعورية، أو نشاط معين، يقود الفرد إلى الارتباط بسلوك، يؤدي في النهاية إلى إلحاق الضرر بالفرد أو بالآخرين (Kwak, Zinkhan, & Crask, 2003)، ويعرف " إدواردز " هوس الشراء بأنه شكل غير طبيعي أو مرضي للتسوق والإنفاق، يعاني المصاب به من قهر لا يمكن السيطرة عليه، وإلحاح مزمن ومتكرر للشراء، بوصفه وسيلة للتخفيف من المشاعر السلبية المصاحبة للضغوط والقلق (Black, 2010).

وعلى الرغم من أن اضطراب هوس الشراء حتى الوقت الراهن لم يتم تضمينه، بوصفه اضطرابا قائما بذاته، ضمن أنظمة التشخيص المعاصر، كالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح DSM – IV – TR، أو التصنيف الدولي للأمراض ICD – 10، فقد صنف في الدليل الرابع المنقح، ضمن فئة اضطرابات التحكم في الاندفاعات غير المحددة (Black, 2006; 2010)، ومع ذلك فعلى مدى عشر سنوات تقريبا، قادت الدراسات والتطورات العلمية فريق عمل النسخة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي، إلى النظر في تغييرين مهمين هما: (1) فصل اضطراب الوسواس القهري Obsessive compulsive disorder عن اضطرابات القلق Anxiety disorders، وتصنيفه في فئة مستقلة يطلق عليها اضطرابات نطاق الوسواس القهري The Obsessive – compulsive spectrum disorders، و(2) تصنيف اضطرابات جديدة قائمة بذاتها، وهي التي تندرج حاليا ضمن اضطرابات التحكم في الاندفاعات غير المحددة، وتحديدا أربعة اضطرابات اندفاعية جديدة هي: اضطراب هوس استخدام الإنترنت، والسلوكيات الجنسية، ونزع الجلد، وهوس الشراء.

وقام «مكلروي» McElroy وآخرون اتباعا للتقليد المستند على المحكات التشخيصية بتطوير تعريف إجرائي لهوس الشراء، للاستخدام الإكلينيكي والبحثي، وهم يرون بناء على هذا التعريف أن هوس الشراء قائم على أساس عدد من المكونات المعرفية والسلوكية (انظر: الجدول:8) (Black, 2001).

الجدول: (8) المحكات التشخيصية لاضطراب هوس الشراء

المحكات
١- انشغال غير طبيعي بالشراء أو التسوق، أو شراء غير تكيفي، أو اندفاعات للتسوق، أو سلوك يتحدد بواحد على الأقل مما يأتي: أ- انشغال متكرر بالشراء، أو اندفاعات للشراء، تتسم بعدم القدرة على مقاومتها، وأفكار اقتحامية لامعنى لها. ب- تكرار الشراء الذي يكلف أكثر مما يستطيع الفرد أن يتحمله، أو شراء متكرر لسلع لا حاجة للفرد بها، أو التسوق لفترات طويلة أكثر من اللازم.
٢- الانشغال، أو الاندفاعات، أو سلوكيات الشراء التي تسبب ضيقا واضحا، كما أنها تستهلك الوقت، وتتداخل مع الأدوار الاجتماعية أو الوظيفية، أو تسبب مشكلات مالية (على سبيل المثال: الديون، أو الإفلاس).
٣- الإفراط في الشراء، أو سلوك التسوق الذي لا يظهر خلال فترات الهوس الخفيف أو الهوس.

(نقلا عن: Black, 2001).

التشخيص الفارق:

من المهم عند تشخيص اضطراب هوس الشراء، استبعاد الاضطراب ثنائي القطب Bipolar disorder، بوصفه سببا للإفراط في التسوق والإنفاق، فمريض الهوس ينفق دون قيود عادة، في أثناء فترات الهوس التي تكون مصحوبة بالمزاج المبتهج، والعظمة، والخطط غير الواقعية والطائشة، في حين أن نمط التسوق والإنفاق لدى الشخص الذي يعاني من هوس الشراء، يفتقر إلى الدورية التي نشاهدها لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب، حيث إنه يتسم بالانشغال المستمر، وليس في فترة معينة. وعلى الإكلينيكيين أن يستثنوا كذلك الأسباب الطبية (مثال ذلك: الاضطربات

العصبية، والأورام الدماغية)، حتى وإن كانت أسبابا غير محتملة (Black, 2010).

ويجب التفرقة بين اضطراب هوس الشراء، وسلوك الشراء الطبيعي، على الرغم من أن هذا التمييز غير دقيق أحيانا، فالتسوق المتكرر لا يشكل وحده دليلا على وجود اضطراب هوس الشراء، فالتسوق والإنفاق المتكررين لدى الشخص الذي يعاني من هذا الاضطراب، يتسمان بالقهرية، وعدم القدرة على مقاومتهما، ويسببان عواقب وخيمة، وبالرغم من أن الشراء الطبيعي أيضا يحمل في طياته السلوك القهري في بعض الأحيان، وبخاصة في الإجازات الخاصة، وأعياد الميلاد، فإن هذا النمط لا يؤدي إلى ضيق وعجز للفرد، لذلك فإن الإكلينيكي يحتاج إلى وضع التشخيص والحكم، من خلال تطبيق المحكات التشخيصية التي قدمها « مكلروي « وزملاؤه والتي سبق عرضها (Black, 2010).

الملامح الإكلينيكية للاضطراب:

استخدم « كريستنسون « Christenson وزملاؤه، و"شلوسر" Schlosser وزملاؤه (نقلا عن: Black, 2001) مقابلة مينيسوتا للاضطرابات الاندفاعية، لقياس الجوانب السلوكية والمعرفية للشراء، وأوضحت نتائجهم أن اضطراب هوس الشراء مزمن بالنسبة لمعظم الأفراد، ويكون مصحوبا بفترات قصيرة من الكمون، وتتسم تجارب الشراء لدى مرضى هوس الشراء بالتكرار، ولا تقتصر على الإجازات الخاصة وأعياد الميلاد، كما أن المرضى يقررون أنهم لا يستطيعون مقاومة اندفاعات الشراء، وأن محاولاتهم فاشلة للتحكم في أنفسهم.

ويرتبط اضطراب هوس الشراء بأنواع مختلفة من الانفعالات، حيث لاحظ « كريستنسون « وزملاؤه، أن معظم المرضى يشعرون بالسعادة (83%)، أو القوة (71%) أثناء التسوق، في حين يعقب هذه الأحاسيس شعور بالإحباط والحزن، كما وجد « شلوسر « وزملاؤه، أن كثيرا من الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب

يشترون لأنفسهم، ولكنهم أيضا يشترون لأفراد أسرتهم، ولأصدقائهم، رغبة منهم في تحسين نظرة الآخرين لهم، ونظرتهم إلى صورتهم الذاتية، كما أنهم يفضلون التسوق بمفردهم، ويصف المتسوقون تجاربهم في الشراء غالبا بأنها تتعزز من خلال الألوان، والأصوات، والأضواء، والرائحة الصادرة عن المتاجر، فضلا عن أصناف الملابس، كما أن بعض المتسوقين، يصفون تجربتهم في التسوق بأنها مماثلة للاستثارة الجنسية، ويشعر معظمهم بالذنب وتأنيب الضمير، عندما يواجهون عواقب هذا النوع من الشراء القهري، وقد أوضحت تلك الدراسات، أن الملابس، والأحذية، والمجوهرات هي أكثر السلع التي تبتاعها النساء، وفيما يتعلق بالرجال، بالرغم من أنهم يهتمون بنفس السلع التي تهم النساء، فإنهم يميلون إلى الاهتمام بشكل أكبر بالإلكترونيات، والسيارات، والأجهزة بشكل عام (Black, 2001).

وهوس الشراء ليس نوعا واحدا، فقد قام " فالنس " وزملاؤه (نقلا عن : Dell'Osso et al., 2008) – في محاولتهم لتحديد الأنواع الفرعية لمهووسي الشراء – بالتفرقة بين أربعة أنواع من المستهلكين:

١– المستهلك الانفعالي التفاعلي Emotional reactive consumer: هو الذي يضع أهمية معينة لرمزية المادة أو قيمتها، ويقدم دوافع تعويضية وانفعالية في كثير من الأحيان.

٢– المستهلك الاندفاعي Impulsive consumer: هو الذي يشعر برغبة مفاجئة وتلقائية في الشراء، ويعيش حالة من التناقض النفسي، والصراع بين الهو والأنا الأعلى.

٣– المستهلك المتعصب Fanatical consumer: هو الذي يهتم بمنتج واحد فقط، ويكون مندفعا إليه بحماسة وتفان شديدين.

٤– المستهلك غير المنضبط Uncontrolled consumer: هو الذي يحاول

تخفيف حدة التوتر النفسي، وذلك من خلال القيام بأعمال الشراء، بوصفه وسيلة لخفض التوتر والقلق.

الأسباب والعلاج:

أسباب هوس الشراء غير معروفة، ولكن الباحثين افترضوا أسبابا نمائية، وثقافية، وبيولوجية عصبية، ووراثية جينية، وكما هو الحال في الاضطرابات النفسية الأخرى، فإن الأسباب تكون غالبا متعددة العوامل، وتتضمن آليات متنوعة، وقد افترض المحللون النفسيون أن أحداث الحياة المبكرة من مثل العنف الجنسي، من الممكن أن تسبب سلوك هوس الشراء، في مراحل لاحقة من حياة الفرد، ولكن الدليل العملي (الإمبيريقي) على ذلك ضعيف، وذلك على الرغم من أن النمط الثابت من الأحداث السلبية للحياة، التي حدثت في مرحلة الطفولة موجودة لدى المصابين بهوس الشراء (Black, 2006).

أما التأثيرات والأسباب الثقافية، فهي تساعد على تفسير كون هوس الشراء يوجد أساسا في الدول المتقدمة، وذلك لتنوع السلع، وارتفاع مستوى الدخل، وتوافر الأسواق، ويبدو أنه من غير المحتمل، أن يظهر اضطراب هوس الشراء في الدول الفقيرة أو النامية، باستثناء الأغنياء منهم. ويرى أصحاب التفسيرات البيولوجية والعصبية، أن الخلل في الناقل العصبي "السيروتونن" وانخفاضه، إضافة إلى دور "الدوبامين"، سبب للإصابة بهذا الاضطراب، ولكن لا يوجد دليل حتى الآن على أن النواقل العصبية تقوم بدور في هوس الشراء، سواء أكان ذلك في البدء أم في الاستمرارفي سلوك هوس الشراء (المرجع نفسه).

وقد قدم بعض الباحثين أدلة، على أن هوس الشراء، ينتشر بين أفراد الأسرة الواحدة، كما يشيع بينها اضطرابات المزاج، والقلق، والإدمان على العقاقير، فقد وجدت الباحثة "ماكلروي" وآخرون، أن 17 شخصا من أصل 18 يعانون من هوس الشراء، لديهم قريب أو أكثر يعاني من اضطرابات نفسية مختلفة كالقلق، والإدمان،

والوسواس القهري. كما وجد " بلاك " أن هوس الشراء، ينتشر لدى 9.5% من أقارب الدرجة الأولى، للأشخاص الذين يعانون من نفس الاضطراب، ولكن الدراسة الوحيدة المسجلة التي هدفت إلى فحص الجوانب الوراثية للاضطراب، لم يتوصل فيها " ديفور" وزملاؤه، إلى علاقة بين الأسباب الوراثية الجينية والإصابة بهذا الاضطراب (المرجع نفسه).

وفيما يتعلق بالعلاج، فإن بعض المعالجين يستخدم العلاج النفسي، كالتحليل النفسي، أوالعلاج المعرفي السلوكي، أوالعلاج الجماعي، والإرشاد النفسي، كما تستخدم الأدوية والعقاقير لعلاج هذا الاضطراب، أو للتقليل من مشاعر القلق والتوتر المصاحبة له، كالفلوكستين، وبوبربيين، ونورتربتيلين، والفلوفوكسامين، وكيتالوبرام، وناتريكسون، فضلا عن الأدوية المضادة للقلق والاكتئاب (المرجع نفسه).

اضطراب الإدمان على الإنترنت:

كان لظهورالإنترنت تأثير هائل على التطورات الاجتماعية، والمعلوماتية، والترفيهية، ونتيجة لذلك، تغيرت طرق الأفراد جذريا، فيما يتعلق بتواصلهم بعضهم مع بعض، وقضائهم لوقت فراغهم، وكذلك في أساليب بحثهم عن المعلومات، ويستخدم الغالبية مزايا الإنترنت المتعددة، دون أن يفقدوا السيطرة على سلوكهم، ولكن هناك أقلية صغيرة أكثر حساسية لاستخدامات الإنترنت وتطبيقاته، وتطور الأمر لديهم فيما يطلق عليه بالإدمان على الإنترنت (Meerkerk, Ejinden, & Garretsen, 2007).

وقد لقي اضطراب الإدمان على الإنترنت اهتماما كبيرا، من الباحثين في منتصف التسعينيات من القرن الماضي، وذلك عندما اقترح الطبيب " إيفان جولدبيرج" هذا المفهوم، بوصفه اضطرابا لأول مرة سنة 1995، ومنذ ذلك الوقت، أطلق على مفهوم الإدمان على الإنترنت Internet addiction تسميات مختلفة،

كالاستخدام القهري للإنترنت Compulsive internet use، والاستخدام المرضي للإنترنت Pathological internet use، والاستخدام السلبي للإنترنت Problematic internet use، والاستخدام المفرط للإنترنت Excessive internet use، والاعتماد على الإنترنتInternet dependency. وبشكل عام يعرف الإدمان على الإنترنت، بأنه اعتماد نفسي على الإنترنت، يتصف بما يلي: (1) الإفراط في ممارسة المناشط المتصلة بالإنترنت، (2) الإحساس بالضيق أثناء التوقف عن استخدام الإنترنت، (3) زيادة في أعراض التحمل Tolerance symptoms، لتأثيرات الاستمرار في استخدام الإنترنت، (4) إنكار المشكلات السلوكية التي يعاني منها الشخص (Meerkerk, Ejinden, Vermulst, & Garretsen, 2007; Nalwa & Ananda, 2003).

ويصنف اضطراب الإدمان على الإنترنت ضمن اضطرابات التحكم في الاندفاع غير المحدد، وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح، ولكن لا توجد حتى الآن، مجموعة مناسبة أو مقبولة من المحكات الخاصة باضطراب الإدمان على الإنترنت، في الدليل التشخيصي والإحصائي، أو في التصنيف الدولي للأمراض، الأمر الذي يصعب من تشخيص هذا الاضطراب، ومن بين جميع المحكات التشخيصية المدرجة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، ينظر إلى محكات المقامرة المرضية، على أنها الأقرب للطبيعة المرضية لاستخدام الإنترنت (Nalwa & Ananda, 2003)، ومن هذا المنطلق، وضعت "يونج" (نقلا عن: Liu & Potenza, 2010) سلسلة من المحكات التشخيصية الخاصة بالإدمان على الإنترنت، يعرضها الجدول (9).

الجدول (9) : محكات «يونج» التشخيصية لاضطراب الإدمان على الإنترنت

خمسة أو أكثر مما يأتي:
١- الانشغال بالإنترنت (التفكير في مناشط الإنترنت التي حدثت في السابق، أو توقع الفترات اللاحقة من استخدام الإنترنت).
٢- الحاجة إلى استخدام الإنترنت لفترات طويلة، بغرض تحقيق الرضا.
٣- فشل المحاولات في التحكم، أو الانقطاع، أو التوقف عن استخدام الإنترنت.
٤- الشعور بضيق شديد، والمزاجية، والاكتئاب، أو الإحساس بالتهيج، في أثناء محاولة الانقطاع عن استخدام الإنترنت.
٥- قضاء وقت في الإنترنت أطول مما يقضيه الآخرون.
٦- تتعرض للخطر أو الخسارة، كل من العلاقات الحميمة للفرد، وعمله، أو الفرص المهنية والتعليمية، بسبب استخدام الإنترنت.
٧- الكذب على أفراد الأسرة، والمعالجين، وغيرهم لإخفاء حجم تورطهم في الإنترنت.
٨- استخدام الإنترنت وسيلة للهروب من المشكلات، أو للتخفيف من المزاج المتعكر أو المنزعج (على سبيل المثال: اليأس، أو الذنب، أو القلق، أو الاكتئاب).

وقد لاحظت «شابيرا» Shapira وآخرون، أن محكات الإدمان على الإنترنت القائمة على محكات المقامرة المرضية، أو إدمان المواد النفسية، لا تقدم فحصا أو تشخيصا مناسبا، لاضطراب الإدمان على الإنترنت، ولذلك اقترحت مؤخرا مجموعة من المحكات التشخيصية اشتقت من محكات اضطرابات التحكم في الاندفاع، المدرجة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح، ومحكات اضطراب هوس الشراء، من وضع "مكلروي" (Goldsmith & Shapira, 2006)، ويعرض الجدول (10) هذه المحكات.

الجـدول (10) : محكات "شـابيرا" وآخرين التشخيصـية لاضـطراب الإدمان على الإنترنت

أ- انشغال مرضي باستخدام الإنترنت، كما يتحدد بواحد على الأقل مما يأتي: ٢- انشغال باستخدام الإنترنت لا يمكن مقاومته. ٣- الإفراط في استخدام الإنترنت، لفترات أطول مما كان مخططا له. ب- يسبب استخدام الإنترنت، أو الانشغال باستخدامه، ضيقا إكلينيكيا ملحوظا، أو عجزا في الأدوار الاجتماعية أو المهنية، وغيرها من المجالات الوظيفية المهمة. ج- لا يحدث الإفراط في استخدام الإنترنت، بوصفه جزءا من فترات الهوس الخفيف، أو الهوس، واضطرابات القلق.

التشخيص الفارق:

يجـب أن يفـرق الإكلينيكـي بـين الاسـتخدام المفـرط للإنترنـت (الإدمـان علـى الإنترنـت)، عـن الاسـتخدام الطبيعـي للإنترنـت، ومـن هـذا المنطلق، يجـب أن يأخذ الإكلينيكـي بعـين الاعتبـار، أن طول الوقت الذي يقضـيه الشـخص مـع الإنترنت أو تكراره، لا يعد محددا صـادقا لتأثيرات اسـتخدام الإنترنت على الفرد، فمن المهم أن يقدر الإكلينيكي بحذر، العلاقة بين اسـتخدامات المريض للإنترنت، ودرجة الضـيق الانفعالي الناتجة عن استخدام الإنترنت، وأن يحدد درجة انشغال المريض بالإنترنت، وحالته النفسـية قبل اسـتخدام الإنترنت وبعده، وقدرته على التوقف عن اسـتخدام الإنترنت، ورد فعله في حال عدم توافر الإنترنت (Liu & Poteza, 2010).

والتشـخيص المسـتقل لاضـطراب الإدمان على الإنترنت، يجب أن لا يسـتخدم عندما يظهر السـلوك المفرط للإنترنت، بوصـفه جزءا من اضطرابات أخرى كالهوس الخفيـف، أو الهوسـ، واضـطراب الوسـواس القهـري، واضـطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط النشاط (المرجع نفسه).

الملامح الإكلينيكية:

يصيب اضطراب الإدمان على الإنترنت كلا الجنسين، وكذلك جميع الأعمار، إلا أن المراهقين أكثر عرضة للإصابة به، ويرتبط اضطراب الإدمان على الإنترنت بكثير من المشكلات، كاضطرابات النوم، وفقدان الشهية، وانخفاض النشاط الجسمي، كما أن الاضطراب يؤثر سلبا على الدراسة والعمل، وغيرها من المجالات اليومية في حياة الفرد، فقد ذكرت «يونج» في دراستها، أن المرضى أقروا بأن الاستخدام المفرط للإنترنت، قد تسبب لهم في مشكلات شخصية وعائلية ومهنية، كما وجد « شو، وهيسو» Chou & Hisoa في دراستهما على طلاب الجامعة، أن الطلاب الذين يعانون من إدمان الإنترنت، أقروا بأن إدمان الإنترنت، له نتائج سلبية على دراستهم، ويجعل حياتهم روتينية أكثر من أقرانهم، الذين لا يعانون من نفس المشكلة (Cao & Su, 2006).

كما أن الأشخاص الذين يعانون من أعراض الإدمان على الإنترنت، يكون لديهم غالبا بعض المشكلات النفسية المكبوتة، التي يحاولون حلها أو التخفيف منها من خلال الإنترنت، وفي هذا السياق، فإن الإنترنت يكون غالبا وسيلة لتجسيد النماذج الموجودة بالفعل في الإدمان، والقلق الاجتماعي، والسلوك القهري (Hinić, Mihajlović, Špirić, Đukić - Dejanović, & Jovanović, 2008).

وهناك نوعان مختلفان من الإدمان على الإنترنت كما يأتي: (1) الاستخدام المرضي للإنترنت (الخاص) : وهو ذلك النوع الذي يشمل الأفراد الذين يعتمدون على غرض أو مجال محدد للإنترنت (الجنس، أو المقامرة، أو التسوق) عبر الإنترنت، (2) الاستخدام المرضي للإنترنت (العام) : وهذا النوع أكثر ندرة، وينطوي على استخدامات متنوعة للإنترنت، دون هدف واضح غالبا، واستخدامات هذا النوع ترتبط غالبا بالتفاعل الاجتماعي (الدردشة، والبريد الإلكتروني، والمنتديات) (المرجع نفسه).

الأسباب والعلاج:

تشير نظرية التحليل النفسي إلى أن أحداث الطفولة والحرمان المبكر في حياة الفرد تجعل الفرد أكثر ميلا لتطوير السلوك الإدماني بمختلف أنواعه، بينما يشير التوجه السلوكي الذي يعتمد على الإشراط الإجرائي وقانون الأثر إلى أن أي شكل من أشكال السلوك الذي يجلب المكافأة، يدعم هذا السلوك، ومن ثم يصبح سلوكا اعتياديا لدى كل فرد، فالشخص يفرط في استخدام الإنترنت، لأن الإنترنت يقدم كثيرا من العوائد الإيجابية كالوسائل الترفيهية، وإمكانية الحصول على المعلومات بسهولة (Hinić et al., 2008).

ويؤكد النموذج الثقافي الاجتماعي الجوانب الاجتماعية لاستخدام الإنترنت، ومن هذا المنطلق، يستخدم الأفراد الإنترنت – في المقام الأول – بسبب حاجتهم إلى التفاعل الاجتماعي، والتواصل مع الآخرين، فهم يبحثون عن أشخاص مماثلين لهم، ويتواصلون معهم كلما رغبوا في ذلك. وأخيرا افترضت بعض الدراسات أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية، أو مشكلات في علاقاتهم الاجتماعية، يحاولون غالبا تعويض مشاعر الفراغ وعدم الرضا، عن طريق الاستخدام المفرط للإنترنت (المرجع نفسه).

وفيما يتعلق بعلاج اضطراب الإدمان على الإنترنت، فلا توجد هناك دراسات منهجية هدفت إلى تقويم تأثير العلاج الدوائي على الاضطراب، وذكرت "شابيرا" وآخرون، أن تقويم الأثر اللاحق للأدوية، على 15 من أصل 20 مريضا يعانون من الإدمان على الإنترنت، تلقوا أدوية لتحسين النواحي العقلية والمزاجية، ارتبط بانخفاض ملحوظ لمشاكل الإدمان على الإنترنت، ولكن هذه النتائج تعد – بشكل عام – محدودة لأسباب مختلفة، أهمها صغر حجم العينة، وطبيعة الأثر اللاحق، وعدم وجود مجموعة ضابطة، واستخدام المقابلات في الحصول على النتائج (Goldsmith & Shapira, 2006).

وفيما يختص بالعلاج النفسي، فلا توجد كذلك دراسات منهجية لتقويم أثر العلاج النفسي على اضطراب الإدمان على الإنترنت، إلا أن العلاج المعرفي السلوكي يعد حاليا العلاج الأساسي المقترح، للتخلص من الاستخدام المرضي للإنترنت، وأن تستبدل به مناشط أخرى، كما يوصي المعالجون بالعلاج الأسري، وجماعات الدعم، بإصلاح العلاقات الاجتماعية، وإشراك الأسرة والأصدقاء في العلاج (المرجع نفسه).

ملخص الفصل الثاني

١- يعرف الاضطراب الانفجاري المتقطع بأنه نوبات متكررة من السلوك العدواني، التي لا تتناسب مع أية ضغوط نفسية أو اجتماعية، وهو مصطلح يستخدم لوصف الأفراد الذين يعانون من اندفاعات عدوانية.

٢- يعرف هوس السرقة بأنه اضطراب يقود الفرد إلى السرقة باندفاع، حتى وإن لم يكن لديه حاجة إلى القيام بذلك ؛ أي أن الفرد يكون لديه المال لدفع ثمن السلع المسروقة، أو أنه لا يحتاج إليها.

٣- يعرف هوس إشعال الحرائق بأنه سلوك اندفاعي، يقود صاحبه إلى إشعال حريق ما، دون أن يكون وراء ذلك هدف معين أو مصلحة خاصة.

٤- تعرف المقامرة المرضية بأنها سلوك اندفاعي للمقامرة، يتسم بالإصرار والتكرار، ولا يمكن السيطرة عليه، بغض النظر عن العواقب السلبية التي يسببها للفرد.

٥- يعرف نتف الشعر بأنه سلوك يتسم بالنتف المتكرر للشعر، الأمر الذي ينتج عنه فقدان ملحوظ للشعر.

٦- يعرف نزع الجلد بأنه اضطراب يشعر الفرد في أثنائه بدافع ملح، أو رغبة وحاجة مستمرة لنزع جلده، مما ينتج عنه خدوش وإصابات عميقة في الجلد.

٧- هوس الشراء يعرف بأنه شكل غير طبيعي أو مرضي للتسوق والإنفاق، يعاني المصاب به من قهر لا يمكن السيطرة عليه، وإلحاح مزمن ومتكرر للشراء، بوصفه وسيلة للتخفيف من المشاعر السلبية المصاحبة للضغوط والقلق.

٨- يعرف الإدمان على الإنترنت بأنه اعتماد نفسي على الإنترنت يتصف بالإفراط في ممارسة المناشط المتصلة بالإنترنت، والإحساس بالضيق أثناء التوقف عن استخدام الإنترنت، وزيادة في أعراض التحمل، لتأثيرات الاستمرار في استخدام الإنترنت، وإنكار المشكلات السلوكية التي يعاني منها الشخص.

٩- أكدت معظم الأبحاث، أن غالبية اضطرابات التحكم في الاندفاع، تبدأ في مرحلة المراهقة وأوائل العشرينيات، وأن هناك فروقا بين الجنسين في هذه الاضطرابات.

١٠- تعددت النظريات المفسرة لاضطرابات التحكم في الاندفاع، والرأي الراجح أن هذه الاضطرابات نتاج مشترك للعوامل الوراثية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية.

١١- يكمن العلاج الأمثل لاضطرابات التحكم في الاندفاع، في المزج بين العلاج الطبي الدوائي، والعلاج النفسي.

***

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

يعرض هذا الفصل للدراسات السابقة، وقد صنفت إلى قسمين على النحو الآتي:

أولا – الدراسات التي حددت معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع بوجه عام.

ثانيا – الدراسات التي حددت معدلات انتشار نوع واحد من اضطرابات التحكم في الاندفاع، وهي بدورها تنقسم إلى ثمانية أقسام فرعية على النحو الآتي:

الدراسات التي حددت معدلات انتشار:

١– الاضطراب الانفجاري المتقطع.
٢– اضطراب هوس السرقة.
٣– اضطراب هوس إشعال الحرائق.
٤– اضطراب المقامرة المرضية.
٥– اضطراب هوس نتف الشعر.
٦– اضطراب نزع الجلد.
٧– اضطراب هوس الشراء.
٨– اضطراب هوس استخدام الإنترنت.

ونعرض لأهم الدراسات في هذا المجال في الفقرات الآتية:

أولا – معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع بوجه عام:

هدفت دراسة « جرانت» وزملاؤه (Grant, Levine, Kim, & Potenza, 2005)، إلى فحص معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع، لدى عينة من المرضى النفسيين المقيمين في المستشفى (ن= 204)، تراوحت أعمارهم بين

18 و83 سنة، أجريت لهم مقابلة "مينيسوتا" لاضطرابات التحكم في الاندفاع، وكشفت النتائج أن 30.9% من المرضى شخصوا بأحد اضطرابات التحكم في الاندفاع على الأقل، وكان أكثر هذه الاضطرابات شيوعا اضطراب هوس الشراء (9.3%)، وهوس السرقة (7.8%)، والمقامرة المرضية (6.9%).

واهتم "فونتينيلي، وميندلوفيكز، وفيرسياني" (Fontenelle, Mendlovicz, & Versiani, 2005)، بدراسة معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع، لدى عينة من مرضى الوسواس القهري (ن= 45)، والمقارنة بين مرضى الوسواس القهري المصابين باضطرابات التحكم في الاندفاع وغير المصابين بها، وعقدت مقابلة إكلينيكية لأفراد العينة، اعتمادا على محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، إضافة إلى مقاييس أخرى لقياس اضطرابات التحكم في الاندفاع، ومقياس الوسواس القهري من وضع "ييل، وبراون"، وقائمة "بيك" للاكتئاب، ومقياس التقدير الذاتي للاكتئاب من وضع "هاملتون"، والانطباع الإكلينيكي العالمي، والمقياس العالمي للوظائف Global Functioning Scale، وظهر من النتائج أن 35.5% من المرضى، يعانون من اضطرابات التحكم في الاندفاع، وهؤلاء يختلفون بمستوى دال عن غير المصابين به، وذلك في عدد من المتغيرات، هي: أعراض الوسواس القهري، وظهور أعراض الوسواس القهري في عمر مبكر، وشدة الأعراض القهرية، وارتفاع معدلات القلق.

وبحث " كسلر" وزملاؤه (Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005) معدلات انتشار مجموعة مختلفة من الاضطرابات النفسية، التي يشملها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع في خلال سنة، لدى عينة محلية ممثلة (ن = 9.282)، ممن تصل أعمارهم إلى 18 سنة وما بعدها، أجريت لهم المقابلة التشخيصية الدولية، الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، والمعتمدة على محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، وكشفت النتائج عن معدلات انتشار مقدارها

18.1% لاضطرابات القلق، و9.5% لاضطرابات المزاج، و8.9% لاضطرابات التحكم في الاندفاع، و3.8% لاضطرابات التعاطي.

ودرس كذلك "جرانت" وزملاؤه (Grant, Mancibo, Pinto, Eisen, & Rasmussen, 2006)، معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع، لدى عينة من الراشدين المصابين باضطراب الوسواس القهري (ن= 293)، بلغ متوسط أعمار أفرادها 40.6 سنة (ع = 12.9)، وأجريت لهم مقابلة إكلينيكية مقننة، اعتمادا على محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، ومقياس الوسواس القهري من وضع «ييل، وبراون»، واستخبار نوعية الحياة للمتعة والرضا، والمقياس العالمي للوظائف الاجتماعية والمهنية، وبينت النتائج أن 16.4% من المستجيبين يعانون من اضطرابات التحكم في الاندفاع لمدى الحياة، و11.6% لمعدلات انتشارها الحالية، وكانت أكثر اضطرابات التحكم في الاندفاع انتشارا نزع الجلد، يعقبه قضم الأظفار، وظهر أن مرضى الوسواس القهري المصابين باضطرابات التحكم في الاندفاع، يعانون من أعراض شديدة للوسواس القهري، ولهم نوعية حياة ووظائف أفقر من بقية المبحوثين.

وقام «تمام» وزملاؤه (Tamam et al., 2008)، بدراسة هدفت إلى تحديد معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع، لدى عينة من المرضى المقيمين في المستشفى (ن = 103)، ممن تراوحت أعمارهم بين 18 و72 سنة، حيث عقدت لهم مقابلة إكلينيكية مقننة، اعتمادا على محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، والنسخة الحادية عشرة من مقياس "بارات" للاندفاعية، ومقياس "زوكرمان" للبحث عن الإثارة. وكشفت النتائج عن معدلات كلية للانتشار مقدارها 37.9% في حدود ثقة 95%، وقد بلغت معدلات الانتشار 6.8% للمقامرة المرضية، و14.6% للاضطراب الانفجاري المتقطع، و1% لهوس إشعال الحرائق، و2.9% لهوس نتف الشعر، و16.5% لهوس الشراء، و5.8% لهوس السلوك الجنسي، و4.6%

للممارسة القهرية للتدريبات البدنية Compulsive exercises، ولم تظهر حالات مصابة بهوس السرقة، كما لم تظهر فروق دالة بين الجنسين بوجه عام.

درس « أودلج، وجرانت» (Odlaug & Grant, 2010)، معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع لمدى الحياة، لدى عينة من طلاب الجامعة في أمريكا قوامها 791، تراوحت أعمارهم بين 17 و24 سنة، أجريت لهم مقابلة "مينيسوتا" لاضطرابات التحكم في الاندفاع، وكشفت النتائج عن معدلات انتشار مقدارها 3.93% لاضطراب هوس نتف الشعر، و3.67% لاضطراب الهوس الجنسي، و1.9% لاضطراب هوس الشراء، و1.01% لاضطراب إشعال الحرائق، و0.63% لاضطراب المقامرة المرضية، و0.51% للاضطراب الانفجاري المتقطع، و0.38% لاضطراب هوس السرقة، ولم تظهر فروق دالة بين الجنسين، إلا في اضطرابي هوس السلوك الجنسي، والمقامرة المرضية، حيث كان متوسط الذكور أعلى، واضطراب هوس الشراء، حيث كان متوسط الإناث أعلى.

ويلخص الجدول (11) نتائج الدراسات السابقة في هذا المجال.

الجدول (11) : معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع بوجه عام

المسلسل	الباحث	طبيعة العينة	حجم العينة	المدى العمري	الأداة المستخدمة	معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع
1	Grant et al., 2005.	مرضى نفسيون	204	١٨ – ٨٣ سنة	مقابلة «مينيسوتا لاضطرابات التحكم في الاندفاع.	30.9%
2	Fotenelle et al., 2005.	مرضى وسواس قهري	45	-	مقابلة إكلينيكية اعتمادا على محكات الدليل الرابع.	35.5%
3	Kessler et al., 2005.	من المجتمع العام	9.282	١٨+	المقابلة التشخيصية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية.	8.9%
4	Grant et al., 2006.	مرضى وسواس قهري	293	٤٠,٦ سنة (متوسط)	مقابلة إكلينيكية مقننة اعتمادا على محكات الدليل الرابع.	١٦,٤٪ معدلات الانتشار مدى الحياة، و١١,٦٪ معدلات انتشارها الحالية.
5	Tamam et al., 2008.	مرضى مقيمون في المستشفى	103	١٨ – ٧٢ سنة	مقابلة إكلينيكية مقننة اعتمادا على محكات الدليل الرابع.	37.9%
6	Karam et al., 2008.	راشدون من المجتمع العام	2.857	١٨+	المقابلة التشخيصية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية.	4.4%
7	Odlaug & Grant, 2010.	طلاب جامعة	791	١٧ – ٢٤ سنة	مقابلة «مينيسوتا لاضطرابات التحكم في الاندفاع.	٣,٩٪ هوس نتف الشعر، و٣,٦٧٪ هوس جنسي، و١,٩٪ هوس الشراء، و٠,٦٣% المقامرة المرضية، و٠,٥١ الاضطراب الانفجاري المتقطع، و٠,٣٨٪ هوس السرقة.

ثانيا – معدلات انتشار نوع واحد من الاضطراب:

١– معدلات انتشار الاضطراب الانفجاري المتقطع:

بحث «كوكارو» وزملاؤه (Coccaro, Posternak, & Zimmerman, 2005)، معدلات انتشار الاضطراب الانفجاري المتقطع (الحالية ومدى الحياة)، لدى عينة من مرضى العيادات الخارجية في مستشفى «رود آيلاند» في أمريكا (ن = 1.300)، حيث عقدت لهم مقابلة مقننة، اعتمادا على محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، وبينت النتائج أن 6.4% من المرضى حققوا محكات الدليل المستخدم لمدى الحياة، في حين حقق 3.1% محكات الاضطراب الحالية، وظهر أن بداية هذا الاضطراب، كانت في مرحلة المراهقة وبالأخص لدى الذكور.

ودرس « كسلر» وزملاؤه (Kessler, Coccaro, Faya, Jaeger, Jin, & Walters, 2006)، معدلات انتشار الاضطراب الانفجاري المتقطع، وارتباطه بالمتغيرات الاجتماعية الديموجرافية، ومجموعة أخرى من الاضطرابات، لدى عينة محلية ممثلة قوامها 9.282، ممن وصلت أعمارهم إلى 18 سنة وما بعدها، أجريت لهم المقابلة التشخيصية الدولية، الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، والمعتمدة على محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، وكشفت النتائج عن معدلات انتشار لمدى الحياة مقدارها 7.3%، ولمدة عام 3.9 %، وارتبط الاضطراب الانفجاري المتقطع بغيره من الاضطرابات وبخاصة اضطرابات القلق، والمزاج، وتعاطي المواد المؤثرة نفسيا، وتبين أن متوسط بداية هذا الاضطراب تتركز في مرحلة المراهقة المبكرة، وظهرت فروق دالة بين الجنسين، حيث كان معدل الذكور أعلى.

وفي جنوب أفريقيا، قام "فينكهام" وزملاؤه (Finkham, Grimsrud, Corrigal, Williams, Seedat, Stein et al., 2009)، بدراسة هدفت إلى تقدير معدلات انتشار الاضطراب الانفجاري المتقطع، وعلاقته بالتعرض للصدمة Traumatic exposure، لدى عينة من الراشدين (ن = 4.351)، حيث أجريت

لهـم المقابلـة التشخيصـية الدوليـة، الصـادرة عن منظمة الصـحة العالميـة، والمعتمدة علـى محكات الدليل التشخيصـي والإحصـائي الرابع، واسـتخبار لقياس التعرض للأحداث الصـدمية، وأظهرت النتائج أن 2% حققوا المحكات المختصرة للاضطراب الانفجـاري المتقطـع، في حـين حقـق 9.5% المحـكات الشـاملة، وكان لـدى الأفـراد المصابين بالاضطراب، معدلات مرتفعة من القلق، واضطرابات المزاج، وتعاطي المواد مقارنة بالأسوياء، كما تبين ارتباط الاضطراب الانفجاري المتقطع، بالتعرض لأحداث صدمية مختلفة.

وقـام «أورتيجـا» وزمـلاؤه (Ortega, Canino, & Alegria, 2010)، بدراسـة اسـتهدفت قياس معدلات انتشار الاضـطراب الانفجاري المتقطع، لدى عينة مـن أمريـكا اللاتينيـة مـن الراشـدين (ن = 2.554)، وكشـفت النتائج عـن معدلات انتشار مقدراها 5.8% لمدى الحياة Life time، و4.1% لسنة واحدة.

ويلخص الجدول (12) نتائج الدراسات السابقة.

الجدول (12) : معدلات انتشار الاضطراب الانفجاري المتقطع

م	الباحث	نوع العينة	حجم العينة	المدى العمري	الأداة المستخدمة	معدلات انتشار الاضطراب الانفجاري المتقطع
١	Coccaro et al., 2005.	مرضى نفسيون (عيادات خارجية).	١,٣٠٠	–	مقابلة إكلينيكية مقننة اعتمادا على محكات الدليل الرابع.	٦,٤٪ معدلات الانتشار مدى الحياة، و٣,١٪ معدلات الانتشار الحالية.
٢	Kessler et al., 2006.	من المجتمع العام.	٩,٢٨٢	+١٨	المقابلة التشخيصية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية.	٧,٣٪ معدلات الانتشار مدى الحياة، و٣,١٪ معدلات انتشار عام واحد.
٣	Finkham et al., 2009.	راشدون من المجتمع العام.	٤,٣٥١	–	المقابلة التشخيصية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية.	٢٪ معدلات انتشار المحكات المختصرة، و٩,٥٪ معدلات انتشار المحكات الشاملة.
٤	Ortega et al., 2010	راشدون من المجتمع العام.	٢,٥٥٤	–	.	٥,٨٪ معدلات الانتشار مدى الحياة، و٤,١٪ معدلات انتشار عام واحد.

٢- معدلات اضطراب هوس السرقة:

لا توجد دراسات فحصت معدلات انتشار اضطراب هوس السرقة بشكل مستقل، وبوجه عام، لا أحد يعرف بالضبط مدى انتشار هوس السرقة، ذلك لأن

المصابين به يحرصون على إبقاء سلوكياتهم في السر، ووفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح، فإن 5% من جميع السرقات ترتكب من قبل المصابين بهوس السرقة.

٣- معدلات انتشار اضطراب هوس إشعال الحرائق:

درس «جيلر، وفيشر، وموينهان» (Geller, Fisher , & Moynihan, 1992)، معدلات انتشار إشعال الحرائق، لمدى الحياة لدى عينة من المرضى، وذلك من خلال استعراض سجلات جميع المرضى الذين تقل أعمارهم عن 65 سنة (ن= 279)، في مستشفى ولاية "ورسستر" في أمريكا، وكشفت النتائج عن معدلات انتشار لمدى الحياة مقدارها 27.6% لسلوكيات إشعال الحرائق، في حين بلغت معدلات انتشار نوبات إشعال الحرائق (وهم مجموعة فرعية من سلوكيات إشعال الحرائق) 17.6%.

وفي أمريكا، قام " ريتشي، وهوف" (Rithcie & Huff, 1999)، بدراسة هدفت إلى فحص الجوانب المرضية لدى عينة من مشعلي الحرائق (ن= 283)، وأظهرت النتائج أن 90% من مشعلي الحرائق، لديهم تاريخ مرضي مختلف، وأن 36% من أفراد العينة يعانون من الفصام أو الاضطراب ثنائي القطب، و64% يتعاطون الكحول والمخدرات، ولم تكشف الدراسة إلا عن ثلاثة حالات مصابة باضطراب هوس إشعال الحرائق أي 1.06%.

قام «ماكاي» وزملاؤه (Mackay, Paglia – Boak, Henderson, Marton, & Adlaf, 2009)، بدراسة معدلات انتشار إشعال الحرائق وعلاقتها بالصحة النفسية، ومشكلات التعاطي لدى عينة من المراهقين من الجنسين (ن= 3.965)، وقد استخدمت التحليلات المتعددة، للمقارنة بين ثلاث مجموعات على النحو الآتي: (1) مجموعة المراهقين الذين لا يشعلون الحرائق، و(2) المجموعة التي تشعل الحرائق بمعدل منخفض (مرة أو مرتين في الاثني عشر شهرا الماضية)،

و(3) المجموعة التي تكرر لديها الإشعال بشكل كبير (ثلاث مرات أو أكثر)، وقورنت المجموعات الثلاث في الصحة النفسية، وسوء استخدام المواد. وأظهرت النتائج أن 27% تقريبا من المراهقين أشعلوا الحريق خلال السنة الماضية، وأقر 13.7% من أفراد العينة بإشعال الحريق مرة أو مرتين، وأقر 13.5% باشعال الحريق لأكثر من ثلاث مرات، ومقارنة بالمجموعة التي لا تشعل، فإن المجموعات التي تشعل الحرائق كانت أكثر إصابة بالاضطرابات النفسية، والتعاطي.

ويلخص الجدول (13) نتائج الدراسات السابقة.

الجدول (13) : معدلات انتشار هوس إشعال الحرائق

م	الباحث	نوع العينة	حجم العينة	المدى العمري	الأداة المستخدمة	معدلات انتشار هوس إشعال الحرائق
١	Geller et al., 1992.	مرضى نفسيون	٢٧٩	< ٦٥ سنة	السجلات	٢٧,٦٪ معدلات انتشار سلوكيات إشعال الحرائق مدى الحياة، و١٧,٦ معدلات انتشار نوبات إشعال الحرائق.
٢	Rithcie & Huff, 1999.	مشعلو الحرائق	٢٨٣	.	.	١,٠٦٪
٣	Mackay et al., 2009.	مراهقون	٣,٩٦٥	.	مقارنة بين مجموعات	٢٧٪ معدلات الانتشار في السنة الماضية.

٤- معدلات انتشار اضطراب المقامرة المرضية:

اهتم «ليزر» وزملاؤه (Lesieur, Cross, Frank, Welch, White, Rubenstein et al., 1991)، بدراسة سلوك المقامرة، وفحص معدلات انتشار المقامرة المرضية، وعلاقتها ببعض المتغيرات، لدى عينة من طلاب الجامعة، تم سحبها من ست جامعات تابعة لخمس ولايات مختلفة في أمريكا (نيويورك، ونيوجرسي، وأوكلاهوما، وتكساس، ونيفادا). وكشفت النتائج بشكل عام، أن 90% من الذكور يمارسون سلوك المقامرة، في مقابل 82% من الإناث، وأن ثلث الذكور يقامرون مرة واحدة في الأسبوع، في مقابل 15% من الإناث، كما ظهر أن معدلات انتشار المقامرة المرضية تتراوح بين 8% في نيويورك إلى 4% في نيفادا، وتبين ارتفاع معدلات انتشار المقامرة المرضية، لدى الذكور الأمريكان من ذوي الأصول اللاتينية، والآسيوية، والإيطالية، وارتبطت المقامرة المرضية ارتباطا ضعيفا بالعمر، والعقيدة، وانخفاض المعدل الدراسي، والإفراط في الأكل، والعيش في أحياء فقيرة، وانخفاض دخل الأسرة، وسوء استخدام العقاقير لدى الوالدين، في حين لم ترتبط المقامرة المرضية بالفرقة الدراسية، والحالة الاجتماعية، ووظيفة الوالدين، وتعاطي الوالدين للكحول، وسلوك الشراهة العصبي.

وبحثت «فولبيرج، وأبوت» (Volberg & Abbott, 1994)، معدلات انتشار المقامرة المرضية، لدى عينة من الراشدين في نيوزيلندا (ن= 4.053)، واستخدمت المقابلة عبر الهاتف، لتحديد مدى التورط في المقامرة، وقد تضمنت المقابلة الهاتفية المسح الخاص بالقمار، الصادر عن مستشفى جنوب أوكس South Oaks Gambling Screen، وكشفت النتائج عن معدلات انتشار مقدارها 2.7% (± 0.5)، للأفراد المحتمل إصابتهم بالمقامرة المرضية، و4.2% (± 0.6) للأشخاص الذين لديهم مشكلات في المقامرة.

وهدفت دراسة "بوندولف" وزملاؤه (Bondolf, Osiek, & Ferrero,

2000)، إلى تقدير معدلات انتشار المقامرة المرضية، وعلاقتها بسوء استخدام الكحول، لدى عينة من الراشدين في سويسرا (ن = 2.526)، وقد استخدمت المقابلة عبر الهاتف، التي تضمنت أدوات ومقاييس مقننة، لتحديد احتمالية إصابة الأفراد بالمقامرة المرضية، وسوء استخدام الكحول، وكشفت النتائج عن معدلات انتشار تتراوح بين 0.8% و2.2%، كما ظهرت علاقة دالة بين سلوكيات المقامرة، وسوء استخدام الكحول.

ودرست "فولبيرج" وزملاؤها (Volberg, Abbott, Rönnberg,& Munck , 2001) معدلات انتشار المقامرة المرضية ومخاطرها في السويد، وأسفرت النتائج عن معدلات انتشار المقامرة المرضية مقدارها 3.9% لمدى الحياة، و2% لمعدلات الانتشار الحالية، كما كشف التحليل المتعدد للمتغيرات، أن الذكور الذين تقل أعمارهم عن 25 سنة، والذين ولدوا في الخارج، يزيد لديهم احتمال الإصابة بالمقامرة المرضية، كما ترتفع نسب الإصابة لدى العزاب، والذين يعيشون في منازل كبيرة، ويتلقون مصاريف من التأمينات الاجتماعية.

وحددت كذلك "فولبيرج، وفالز" (Volberg & Vales, 2002)، معدلات انتشار المقامرة المرضية في بورتوريكو، لدى عينة من الراشدين، وصلت أعمارهم إلى 18 سنة وما بعدها، واستخدمت المقابلة في جمع البيانات، وقد شملت المسح الخاص بالمقامرة، الصادر عن مستشفى جنوب أوكس، وأظهرت النتائج معدل انتشار مقداره 6.8% (± 1.3%).

وقام «وونج، وسو» (Wong & So, 2003)، بفحص معدلات انتشار المقامرة المرضية، ومشكلات المقامرة في هونج كونج، لدى عينة من الراشدين قوامها 2.004، أجابوا عن النسخة الصينية المعدلة لمقياس سلوك المقامرة، المعتمد على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، وأظهرت النتائج أن معدلات انتشار المقامرة المرضية مقدارها 1.8%، و4%، وهم من لديهم مشكلات مع المقامرة.

وبحث «ويسترمير» وزملاؤه (Westermeyer, Canive, Garrard, Thuras, & Thompson, 2005)، معدلات انتشار المقامرة المرضية لدى الحياة، لدى عينة من المحاربين الأمريكان، من ذوي الأصول الهندية واللاتينية، في المقاطعات الجنوبية الغربية، والشمالية الوسطى لأمريكا (ن= 1.228)، واستخدمت المقابلة للتحقق من إصابة أفراد العينة بالمقامرة المرضية، وذلك اعتمادا على محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، ومن ثم أجاب أفراد العينة عن مقياس الأعراض المختصر، وأداة "ميتشجان" للتقدير الذاتي، لقياس تعاطي الكحول والمخدرات، وقائمة التقدير الذاتي للصدمات الضاغطة، وكشفت النتائج عن معدلات انتشار مقدارها 9.9% للأمريكان من ذوي الأصول الهندية، و4.3% للأمريكان من ذوي الأصول اللاتينية، وارتبطت المقامرة المرضية ارتباطا دالا بالتعاطي، واضطرابات المزاج والقلق، واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، والصدمات الضاغطة.

وقام «كريستيانسن، وجنسن» (Kristiansen & Jensen, 2009)، بدراسة معدلات انتشار المقامرة المرضية، ومشكلات المقامرة لدى عينة من المراهقين في الدول الاسكندنافية، وتراوحت معدلات انتشار مشكلات المقامرة للسنة الماضية بين 0.4% في الدانمرك، و4.2% في السويد، في حين تراوحت معدلات انتشار المقامرة المرضية للسنة الماضية بين 0.1% في الدانمارك، و1.76% في النرويج، وظهر أن الأولاد أكثر مقامرة من البنات، وأن المراهقين الأكبر، أكثر مقامرة من المراهقين الأصغر.

ويلخص الجدول (14) نتائج الدراسات السابقة.

الجدول (14) : معدلات انتشار اضطراب المقامرة المرضية

المسلسل	الباحث	طبيعة العينة	حجم العينة	المدى العمري	الأداة المستخدمة	معدلات انتشار المقامرة المرضية
1	Lesieur et al., 1991	طلاب جامعة	-	-	–	8% في ولاية نيويورك، و4% في ولاية نيفادا.
2	Volberg & Abbott, 1994.	راشدون من المجتمع العام	4.053	-	مقابلة هاتفية متضمنة المسح الخاص بالمقامرة الصادر عن مستشفى جنوب أوكس.	0.5% ± 2.7% معدلات الانتشار للأفراد المحتمل إصابتهم بالاضطراب، و0.6% ± 4.2% للأشخاص الذين لديهم مشكلات في المقامرة.
3	Bondolf et al., 2000.	راشدون من المجتمع العام	2.526	-	مقابلة هاتفية	2.2% - 0.8%.
4	Volberg et al., 2001.	.	-	.	–	3.9% معدلات انتشار الاضطراب مدى الحياة، و2% معدلات الانتشار الحالية.
5	Volberg & Vales, 2002.	راشدون من المجتمع العام	-	18+	مقابلة متضمنة المسح الخاص بالمقامرة الصادر عن مستشفى جنوب أوكس.	٦,٣ ± 6.8٪
6	Wong & Ernest, 2003.	راشدون من المجتمع العام	2.004	-	النسخة الصينية من مقياس سلوك المقامرة المعتمد على محكات الدليل الرابع.	1.8% معدلات انتشار المقامرة المرضية، و4% الأفراد الذين لديهم مشكلات في المقامرة.
7	Westermeyer et al., 2005.	محاربون	1.228	.	مقابلة معتمدة على محكات الدليل الرابع.	9.9% معدلات انتشار الاضطراب لدى المحاربين الأمريكان من ذوي الأصول الهندية، و4.3% لدى المحاربين الأمريكان من ذوي الأصول اللاتينية.
8	Kristiansen & Jensen, 2009.	مراهقون	-	.	-	0.1% معدلات انتشار الاضطراب في الدانمارك، و1.76% في النرويج.

معدلات انتشار اضطراب نتف الشعر:

قـام «كريستنسـون» وزمـلاؤه (Christenson, Pyle, & Mitchell, 1991)، بدراسة معدلات انتشار هوس نتف الشعر لمدى الحياة، لدى عينة من طلاب الجامعة من الجنسين (ن= 2.534)، أجابوا عن أسئلة مفتوحة، صممت اعتمادا على محكات الدليل التشخيصـي والإحصـائي الثالث المنقح لهوس نتف الشعر، وأظهرت النتائج أن 0.6%، اسـتوفوا المحكات التشخيصية للدليل المستخدم، في حين وصل سـلوك النتـف الذي نتج عنـه فقدان ملحوظ للشـعر، لدى الأفراد الذين لم يسـتوفوا المحكات، إلى 1.5% للذكور، و3.9% للإناث.

وفحص "سـتانلي" وزمـلاؤه (Stanley, Borden, Bell, & Wagner, 1994)، ظاهرة نتف الشـعر، ومعدلات انتشـارها، وعلاقتها بعدد من الاضطرابات النفسية، لدى عينة من طلاب الجامعة (ن = 288)، وكشفت النتائج أن 15.3% أقروا بأنهم يمارسـون سـلوك نتف الشـعر، كما قرر 20.4% منهم أن سلوك نتف الشعر يظهر مرة واحدة على الأقل في اليوم، وتبين أن سلوك نتف الشعر أكثر شيوعا لدى الإناث، كما أنه يرتبط بالوسواس القهري، وبخاصة لدى الإناث، وبشكل عام ارتبط سلوك نتف الشعر بالقلق، والعصابية، والحساسية في العلاقات الشخصية.

درس « كنـج» وزمـلاؤه (King, Zohar, Ratzoni, Binder, Kron, Dycian et al., 1995)، معـدلات انتشـار هوس نتـف الشـعر، لـدى عينـة مـن المراهقين في إسرائيل (ن= 794)، كان متوسط أعمارهم 17 سنة، وكشفت النتائج عن معدلات انتشار مقدارها 1%، كما كان أربعة من أفراد العينة (0.5%) يمارسون نتف الشعر في الوقت الحالي، وظهر أن ثلاثة منهم يعانون من اضطراب الوسواس القهري، واثنين مصـابان باضطراب القلق العام، وواحد يعاني من تشنجات صوتية بسيطة غير إرادية ومزمنة، ولم يقر أحد المصابين بنتف الشعر، بإصابته بداء الثعلبة، أو الضـيق، أو التوتر قبل نتف الشـعر، في حين أقر شـخص واحد الشـعوربالراحة

بعد نتف الشعر، ولم تظهر فروق دالة بين المصابين بهوس نتف الشعر، وأقرانهم غير المصابين به، في نسب الذكاء، واللياقة البدنية، والكفاءة، أو في معدلات انتشار الاضطرابات الأخرى.

وبحثت «مكارلي» وزملاؤها (McCarley, Spirrison, & Ceminsky, 2002)، معدلات انتشار سلوك نتف الشعر، لدى عينة من طلاب الجامعة من ذوي الأصول الأفريقية (ن = 176)، في مقابل مجموعة أمريكية من أصول غير أفريقية (ن= 422)، وتلخص هدف الدراسة في الكشف عن الفروق بين المجموعتين، وبلغت معدلات انتشار سلوك نتف الشعر لإجمالي العينة 10.2%، وحصلت الإناث ذوات الأصول الأفريقية على أعلى معدلات انتشار (15.7%)، كما استوفى 2% من أفراد العينة، محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح لهوس نتف الشعر ولم تظهر فروق دالة اعتمادا على الجنس أو الخلفية العرقية.

واهتم "ديوك" وزملاؤه (Duke, Keeley, Ricketts, Greffken, & Storch, 2010)، بدراسة ظاهرة سلوك نتف الشعر، لدى عينة من طلاب الجامعة، وتبين من النتائج أن سلوك نتف الشعر يظهر لدى 9.7% من أفراد العينة، كما أن متوسط بداية حدوثه 13.57 سنة، وظهر أن 31.3% يمارسون أسلوب نتف الشعر المتركز، في حين كان 68.7% يمارسون أسلوب نتف الشعر التلقائي (غير المتركز)، ويقوم 75% بنتف الشعر أثناء القراءة والدراسة، وتبين أن سمة القلق أكثر ارتباطا بالأفراد الذين يمارسون أسلوب نتف الشعر المتركز، وارتبط سلوك نتف الشعر بشكل عام بالاكتئاب. ويلخص الجدول (15) الدراسات السابقة.

الجدول (15) : معدلات انتشار هوس نتف الشعر

م	الباحث	نوع العينة	حجم العينة	المدى العمري	الأداة المستخدمة	معدلات انتشار نتف الشعر
١	Christenson et al., 1991.	طلاب الجامعة	٢,٥٣٤	-	أسئلة مفتوحة معتمدة على محكات الدليل الثالث المنقح.	٠,٦٪
٢	Stanley et al., 1994.	طلاب الجامعة	٢٨٨	-	-	١٥,٣٪
٣	King et al., 1995.	مراهقون	٧٩٤	١٧ سنة (متوسط)	-	١٪
٤	McCarley et al., 2002.	طلاب جامعة من أصول أمريكية أفريقية وغير أفريقية	٥٩٨	-	-	١٠,٢٪
٥	Duke et al., 2009.	-	٢٨٣	-	-	٩,٧٪

٦- معدلات انتشار اضطراب نزع الجلد:

درس « بوهني» وزملاؤه (Bohne, Wlhelm, Keuthen, Baer, & Jeike, 2002)، ظاهرة نزع الجلد، ومعدلات انتشارها، والخصائص المرتبطة بها، لدى عينة من الطلاب الألمان (ن= 133)، أجابوا عن مجموعة من مقاييس التقدير

الذاتـي، وأظهـرت النتائج أن أكثر من 90% أقـروا بأنهم يقومون في بعض الأحيان أو بشـكل عرضـي ومتفرق بنزع جلدهم، وكان 4.6% من أفراد العينة يعانون من ضـرر وعجـز ملحوظـين نتيجة نـزع الجلـد، وأن85% منهم يقومون بالضـغط على جلدهم، و77% يعملون على خدش جلدهم، مع التركيز بشـكل أساسـي على منطقة الوجـه (94.7%)، والبشـرة (52.6%)، كمـا كان20 % يقومـون بعـد نزع الجلد بأكل نسيج الجلد المتساقط، وتبين أن عملية نزع الجلد تستأثر بمجموعة من المنبهات والمواقف والانفعالات.

واهتـم " هايـز، وسـتورك، وبيرلانجـا" (Hayes, Storch, & Berlanga, 2009)، بدراسـة سـلوك نزع الجلد، ومعدلات انتشـاره وشـدته، وعلاقته بمجموعة مـن الوظائـف النفسـية، لـدى عينة أمريكية سـحبت مـن المجتمع العـام (ن= 354)، أجابوا عن مقاييس للوظائف النفسـية، وتكرار نزع الجلد وشـدته، وكشـفت النتائج أن 62.7% يقومـون بنزع جلدهم، في حين كان 5.4% لديهم مسـتويات إكلينيكية لنـزع الجلد مصـحوبة بالضـيق والعجز، كما تبين ارتباط سـلوك نزع الجلد بشـكل مباشر بالاكتئاب، والقلق، وأعراض الوسواس القهري، الأمر الذي يحتمل أن يدعم نموذج التنظيم الانفعالي للنزع المرضي للجلد.

وبحث "كيثـين" وزمـلاؤه (Keuthen, Koran, Aboujaoude, Large, & Serepe, 2010)، معدلات انتشار النزع المرضي للجلد، لدى عينة عشوائية من الراشـدين الأمريـكان (ن= 2.513)، تمـت مقابلتهم لجمع البيانـات المختلفة، وتبين مـن النتائـج أن 16.6% يعانون من تلف في الجلد بشـكل ملحـوظ، و1.4% حققوا محـكات النـزع المرضـي للجلد، والمتمثلة فيمـا يأتي: (1) تلف الجلد بشـكل ملحوظ، دون أن يعزى إلى حالة مرضـية أوطبية أخرى، و(2) أن هذا التلف يرتبط بالضـيق والعجز النفسـي والاجتماعـي. وظهر أن الأفراد الذين اسـتوفوا المحكات، يختلفون عن بقية المسـتجيبين في المتغيرات الديموجرافية كالسـن والحالة الاجتماعية، إضافة إلى طريقة نزع الجلد، ومعدل تكراره.

ويلخص الجدول (16) نتائج الدراسات السابقة.

الجدول (16) : معدلات انتشار اضطراب نزع الجلد

م	الباحث	نوع العينة	حجم العينة	المدى العمري	الأداة المستخدمة	معدلات انتشار هوس نزع الجلد
١	Bohne et al., 2002.	طلاب.	١٣٣	-	مقاييس تقدير ذاتي	٤,٦٪
٢	Hayes et al., 2009.	عينة من المجتمع العام.	٣٥٤	-	مقاييس للوظائف النفسية، وتكرار نزع الجلد وشدته	٥,٤٪
٣	Keuthen et al., 2010.	راشدون من المجتمع العام.	٢,٥١٣	-	مقابلة	١,٤٪

٧- معدلات انتشار اضطراب هوس الشراء:

بحثت «ماجي» (Magee, 1994)، الميل إلى الشراء الاندفاعي أو القهري لدى عينة من طلاب الجامعة في أريزونا (ن= 94)، وبلغ متوسط أعمارهم 26.75 عاما، وقد أجابوا عن مقياس الشراء القهري، وأظهرت النتائج معدلات انتشار مقدارها 16%، كما ارتبط الشراء الاندفاعي ارتباطا دالا بالعمر، فكلما كان المفحوص أصغر، كان يميل أكثر إلى الشراء الاندفاعي، ولم تكشف النتائج عن فروق دالة بين الجنسين في الشراء الاندفاعي.

واستخدم «هاساي، وسميث» (Hassay & Smith, 1996)، مقياس الشراء القهري، لقياس الشراء القهري لدى عينة من طلاب الجامعة في كندا (ن = 92)، وكشفت النتائج عن معدلات انتشار مقدارها 12%

وقام "روبيرتس" (Roberts, 1998)، بدراسة تمثل أحد أهدافها الأساسية في فحص معدلات حدوث الشراء القهري لدى عينة عشوائية من طلاب الجامعة في تكساس (ن= 300)، تراوحت أعمارهم بين 18 و24 سنة، وقد أجابوا عن مقياس الشراء القهري، وأسفرت النتائج عن معدلات انتشار مقدارها 6%، وظهرت فروق دالة بين الجنسين، حيث كان متوسط الإناث أعلى، في حين لم يرتبط العمر ارتباطا دالا بالشراء القهري.

وفحص "ديتمار" (Dittmar, 2005)، معدلات انتشار الشراء القهري، وتأثير كل من الجنس والعمر عليه، لدى عينة من المراهقين في بريطانيا (ن= 195)، تراوح المدى العمري لهم بين 16 و18عاما، حيث أجابوا عن مقياس الشراء القهري، وكشفت النتائج عن معدلات انتشار مقدارها 44.1%، كما ظهر أن الأصغر سنا أكثر عرضة للشراء القهري، واتضح كذلك أن الإناث أكثر ميلا للشراء القهري مقارنة بالذكور.

ودرس "كوران" وزملاؤه (Koran et al., 2006)، معدلات انتشار سلوك الشراء القهري، لدى عينة من الراشدين في أمريكا، ممن بلغت أعمارهم 18 عاما وما بعده، واستخدم مقياس الشراء القهري، وبلغت معدلات الانتشار 5.8%، وبالرغم من حصول الإناث على معدلات انتشار أعلى من الذكور (6% مقابل 5.5%)، فإن هذا الفرق لم يكن دالا، وارتبط سلوك الشراء القهري ارتباطا دالا بالأعمار الأصغر.

وكشفت دراسات كثيرة (سكولوسر وآخرون، وكريستنسون وآخرون، وماكلروي وآخرون، وبلاك وآخرون، ونينان وآخرون) أن معظم المصابين بهوس

الشـراء من النسـاء، حيث يظهرن معدلات اسـتجابة تتراوح بين 80% و95%، كما لاحـظ كل مـن «كريبلين، وبلولـر» – منذ وقت مبكر – أن اضـطراب هوس الشـراء يتضمن في معظمه الإناث (Black, 2001).

ويلخص الجدول (17) نتائج الدراسات السابقة.

الجدول (17) : معدلات انتشار اضطراب هوس الشراء

م	الباحث	نوع العينة	حجم العينة	المدى العمري	الأداة المستخدمة	معدلات انتشار هوس الشراء
١	Magee, 1994.	طلاب جامعة	٩٤	٢٦,٧٥ (متوسط)	مقياس الشراء القهري	١٦٪
٢	Hassay & Smith, 1996.	طلاب جامعة	٩٢	ـــ	مقياس الشراء القهري	١٢٪
٣	Roberts, 1998.	طلاب جامعة	٣٠٠	١٨ – ٢٤	مقياس الشراء القهري	٦٪
٤	Dittmar, 2005.	مراهقون	١٩٥	١٦ – ١٨	مقياس الشراء القهري	٤٤,١٪
٥	Koran et al., 2006.	راشدون من المجتمع العام	٢,٣١٥	١٨ +	مقياس الشراء القهري	٥,٨٪

٨- معدلات انتشار اضطراب الإدمان على الإنترنت:

هدفت دراسة «موراهان - مارتن، وشوماخر» (Morahan – Martin & Schumacher, 2000)، إلى دراسة معدلات حدوث الاستخدام المرضي للإنترنت وارتباطاته لدى عينة من طلاب الجامعة (ن= 277)، أجابوا عن 13 سؤالا لقياس مجموعة مختلفة من أعراض الإدمان على الإنترنت، وهي: المشكلات الأكاديمية، ومشكلات في العمل أو العلاقات بين الأشخاص، وأعراض التحمل Tolerance symptoms، وتغيير المزاج، وأظهرت النتائج أن 27.2% من أفراد العينة لم يكشف عن أي عرض، في حين كشف 64.6% عن ثلاثة أعراض (أعراض محدودة)، و8.1% كشف عن أربعة أعراض أو أكثر، وصنفت هذه الفئة بمدمني الإنترنت، وتبين أن أكثر مدمني استخدام الإنترنت من الذكور، وذلك بغرض اللعب في الإنترنت، وتصفح المواقع المتطورة تكنولوجيا، كما سجل المدمنون على الإنترنت معدلات عالية ودالة في مقياس الوحدة النفسية، وكذلك في التواصل الاجتماعي.

وقام "أندرسون" (Anderson, 2001)، بدراسة هدفت إلى تقويم معدلات انتشار إدمان الإنترنت، لدى عينة من طلاب الجامعة في أمريكا (ن= 1.302)، وكشفت النتائج عن معدلات انتشار مقدارها 9.8%، وحصل الذكور على معدلات انتشار أعلى من الإناث (8.6 % مقابل 1.2%).

درس "جوهانسون، وجوتستام" (Johansson & Götestam, 2004)، خصائص الإدمان على الإنترنت ومعدلات انتشاره، لدى عينة ممثلة من المراهقين في النرويج (ن= 3.237)، تراوحت أعمارهم بين 12و18 سنة، وبينت النتائج أن 4.9% من أفراد العينة لا يستخدم الإنترنت، و35.8% يستخدم الإنترنت بشكل قليل (غير متكرر)، و49.6% يستخدم الإنترنت بشكل متكرر (أسبوعيا)، بمتوسط 4.3 ساعات في الأسبوع، ويعاني 1.98% (2.42% من الأولاد، و1.51% من البنات) من الإدمان على الإنترنت، اعتمادا على محكات الاستخبار التشخيصي

للإدمان على الإنترنت، من وضع "يونج"، وظهر أن 8.68% لديهم خطر الإصابة بالإدمان على الإنترنت (9.21% من الأولاد، و8.13% من البنات).

وفحص «كاو، وسو» (Cao & Su, 2006)، معدلات انتشار الإدمان على الإنترنت، وملامحه النفسية، لدى عينة من المراهقين الصينيين (ن= 2.620)، تراوحت أعمارهم بين 12و18 سنة، أجابوا عن الاستخبار التشخيصي للإدمان على الإنترنت، من وضع "يونج"، واستخبار "أيزنك" لشخصية الأطفال، ومقياس إدارة الوقت وتنظيمه، واستخبار القوة والصعوبات، وتبين من النتائج أن 88% من أفراد العينة يستخدم الإنترنت، و2.4% يعانون من إدمان الإنترنت، وظهر أن المجموعة التي تعاني من إدمان الإنترنت لديها معدلات عالية ودالة في المقاييس الفرعية الآتية لاستخبار أيزنك، وهي: العصابية، والذهانية، والكذب، وكذلك في المقاييس الفرعية لاستخبار القوة والصعوبات، وهي الأعراض الانفعالية، ومشكلات المسلك، والإفراط في النشاط، والصعوبات التي يواجهونها، في حين حصلت هذه المجموعة على معدلات أقل في المقاييس الفرعية لاستخبار إدارة الوقت وتنظيمه، وهي: الإحساس بالتحكم في الوقت، وقيمة الوقت، وفعالية الوقت.

وفي مصر، أجرى عبد المجيد (2008) دراسة كان أحد أهدافها فحص معدلات انتشار الإدمان على الإنترنت، لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية (ن= 200)، وأظهرت النتائج معدلات انتشار وصلت إلى 46%، ولم تظهر فروق دالة بين الجنسين في استخدامات الإنترنت وإدمانه.

ودرس "حمادة" (Hamada, 2009)، الإدمان على الإنترنت لدى عينة من طلاب الجامعة في الكويت (ن= 159)، وكشفت النتائج عن معدلات انتشار مقدارها 5.6%، وحصلت الإناث على معدلات انتشار أعلى من الذكور (3.1% مقابل 2.5%).

وبحث "فو" وزملاؤه (Fu, Chan, Wong, & Yip, 2010)، معدلات

انتشـار إدمـان الإنترنـت، لـدى عينة من المراهقـين الصـينيين (ن= 208)، تراوحت أعمارهـم بين 15 و19 سـنة، وكشـفت النتائج عن معدلات انتشـار مقدارها 6.7% في حدود ثقة 95%.

وأجـرى "فرانجوس" وزمـلاؤه (Frangos, Frangos, & Kiohos, 2010)، دراسـة هدفت إلى فحص معدلات انتشـار الإدمان على الإنترنت، لدى عينة من طلاب الجامعة في اليونان (ن = 1.876)، تراوحت أعمارهم بين 18 و27 عاما، أجابـوا عـن اختبار "يونج" التشخيصـي للإدمـان على الإنترنت، ووصـلت معدلات انتشـار الإدمـان علـى الإنترنت إلـى 11.6%، وتبـين أن 23.1% من أفـراد العينة لديهم خطر الإصـابة بالإدمان على الإنترنت، وكانت هناك فروق دالة بين الجنسـين، حيث حصل الذكور على معدلات انتشار أعلى من الإناث.

ويلخص الجدول (18) نتائج الدراسات السابقة.

الجدول (18) : معدلات انتشار اضطراب الإدمان على الإنترنت

م	الباحث	نوع العينة	حجم العينة	المدى العمري	الأداة المستخدمة	معدلات انتشار إدمان الإنترنت
١	Martin & Schumacher, 2000.	طلاب جامعة	٢٧٧	-	استبانة لقياس الإدمان على الإنترنت	٨,١٪
٢	Anderson, 2001.	طلاب جامعة	١,٣٠٢	-	-	٩,٨٪
٣	Johansson & Götestam, 2004	مراهقون	٣,٢٣٧	١٢ – ١٨	-	١,٩٨

م	الباحث	نوع العينة	حجم العينة	المدى العمري	الأداة المستخدمة	معدلات انتشار إدمان الإنترنت
٤	Cao & Su, 2007.	مراهقون	٢,٦٢٠	١٢ – ١٨	الاستخبار التشخيصي للإدمان على الإنترنت	٢,٤٪
٥	عبد المجيد، 2008	طلاب ثانوية	٢٠٠	-	-	٤٦٪
٦	Hamada, .2009	طلاب جامعة	١٥٩	-	-	٥,٦٪
٧	Frangos et al., 2010.	طلاب جامعة	١,٨٧٦	١٨ – ٢٧	اختبار «يونج» التشخيصي للإدمان على الإنترنت	١١,٦٪
٨	Fu et al., 2010.	مراهقون	٢٠٨	١٥ – ١٩	-	٦,٧٪

ملخص الفصل الثالث

١- عرض هذا الفصل بعض الدراسات المرتبطة بمجال هذه الدراسة، التي تمثل جزءا من الإنتاج الفكري النفسي السابق في هذا المجال، وتم تقسيم الدراسات السابقة إلى فئتين أساسيتين: الأولى عرضت معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع بشكل عام، في حين اختصت الفئة الثانية بدراسة معدلات انتشار نوع واحد من اضطرابات التحكم في الاندفاع، وقسمت الأخيرة بدورها إلى ثمانية أقسام فرعية على النحو الآتي: معدلات انتشار: الاضطراب الانفجاري المتقطع، واضطراب هوس السرقة، واضطراب هوس إشعال الحرائق، واضطراب المقامرة المرضية،

واضـطراب هوس نتف الشـعر، واضطراب نزع الجلد، واضـطراب هوس الشراء، واضطراب الإدمان على الإنترنت.

٢- مـن الملاحـظ أن الدراسـات التي هدفـت إلى فحص اضـطرابات التحكم في الاندفاع قليلة بوجه عام، وإذا ما قورن حجم هذه الدراسات بغيرها من الاضطرابات كالاكتئـاب والقلـق، يمكـن القول بـأن هناك ندرة في الدراسـات التـي تتعلق بتحديد معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع.

٣- لا توجد دراسات عربية – في حدود علم الباحثين - فحصت معدلات انتشار اضـطرابات التحكـم في الاندفاع بوجه عام، فضـلا عن الدراسـات التـي تناولت كل اضـطراب على حدة، فيما عدا اضطراب الإدمان على الإنترنت، حيث توجد دراسات عربية قليلة جدا في هذا المجال.

٤- ركـزت معظم الدراسـات علـى فحص معدلات انتشـار اضـطراب واحد من اضـطرابات التحكم في الاندفاع، في حين أن توجه هذه الدراسـة يهدف إلى دراسـة جميع اضطرابات التحكم في الاندفاع.

٥- معظـم الدراسـات التـي تناولـت معـدلات انتشـار اضـطرابات التحكـم في الاندفاع بوجه عام، اسـتخدمت عينات مرضـية أو عينات راشـدين، وخصوصـا في الاضـطراب: الانفجاري المتقطع، والمقامرة المرضية، وهوس إشعال الحرائق، ونزع الجلد.

٦- نـدرة الدراسـات التـي تناولـت معـدلات انتشـار اضـطرابات التحكـم في الاندفـاع لدى عينـات من طلاب الجامعة والمراهقين، بالرغم من أن البحوث السـابقة لهذه الاضطرابات، بينت أن متوسط بداية ظهور هذه الاضطرابات، يكون في مرحلة المراهقة وأوائل العشرينيات من العمر.

٧- اختلفـت معدلات انتشـار اضـطرابات التحكـم في الاندفـاع اختلافا كبيرا،

ويرجع هذا الاختلاف في الغالب إلى طبيعة العينة (مرضية / سوية)، أوحجم العينة، أو طريقة اختيارها، أو خصائصـها الديموجرافية، أو الاختلاف في أدوات القياس، سواء أكانت مقاييس نفسية، أم مقابلات، أو محكات تشخيصية.

***

الفصل الرابع

المنهج والإجراءات

المنهج المستخدم:

استخدم المنهج الوصفي المقارن، وذلك لملاءمته لطبيعة هذه الدراسة وأهدافها.

عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة على 927 طالبا وطالبة، من طلاب المرحلة الثانوية، وطلاب الجامعة، وكلهم من الكويتيين، وهي عينات متاحة وليست عشوائية، وراوحت أعمار أفراد عينة طلاب الثانوية بين 15 – 21 سنة، بينما راوحت أعمار طلاب الجامعة بين 16 – 34 سنة، وقد أجريت هذه الدراسة على عينة طلاب الثانوية، وطلاب الجامعة في الشهور الأولى من عام 2010.

ويبين الجدول (19) توزيع أفراد العينة تبعا للجنس.

الجدول (19) : توزيع أفراد العينة تبعا للجنس

الجنس	طلاب الثانوية		طلاب الجامعة	
	العدد	%	العدد	%
ذكور	241	49.8	230	51.9
إناث	243	50.2	213	48.1
المجموع	484	100	443	100

ويبين الجدول (20) توزيع أفراد العينة تبعا للسن.

جدول (20) توزيع أفراد العينة بحسب العمر

	العدد	المدى	م	ع
طلبة الثانوي	241	21 – 15	18.25	0.86
طالبات الثانوي	243	21 – 16	18.35	1.04
طلبة الجامعة	230	34 - 17	20.42	2.31
طالبات الجامعة	213	29 – 16	19.71	1.23

أدوات الدراسة:

استخدمت في هذه الدراسة ثلاثة مقاييس على النحو الآتي:

١- مقابلة "مينيسوتا" لاضطرابات التحكم في الاندفاع:

قام بتطوير هذه المقابلة "كريستنسون" Christenson، وزملاؤها عام 1994، ومن ترجمة وإعداد عبد الخالق، والجوهري (غير منشور،ا)، وتستخدم هذه المقابلة، لقياس سبعة من اضطرابات التحكم في الاندفاع وتقديرها، وهي اضطرابات: هوس الشراء، وهوس السرقة، ونتف الشعر، وهوس إشعال الحرائق، والمقامرة المرضية، والاضطراب الانفجاري المتقطع، والهوس الجنسي. ويجيب المبحوث عن أسئلة المقابلة إما بنعم وإما لا، ويتم تقويم كل اضطراب من تلك الاضطرابات بسؤال عام، إذا أجاب المبحوث عنه بالإثبات، ينتقل القائم بالمقابلة إلى الأسئلة التي تليه، والتابعة للاضطراب، ليسأل المبحوث عنها، وتستند هذه الأسئلة إلى محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، لاضطرابات التحكم في الاندفاع.

ويشخص المبحوث بالاضطراب، إذا أجاب بالإثبات عن جميع الأسئلة فيما عدا

اضطرابي: المقامرة المرضية، حيث يتطلب التشخيص أن يجيب المبحوث بالإثبات عن خمسة أسئلة فقط، واضطراب الهوس الجنسي، الذي يتطلب أن يجيب المبحوث عن سؤال واحد من أصل سؤالين.

ونظرا لأن المقابلة تستغرق وقتا وجهدا كبيرين، قام الباحثان في هذه الدراسة بتحويل المقابلة إلى صيغة استخبار (مقياس)، يطبقه المبحوث على نفسه، وفقا للتعليمات المقدمة له، وتم الحفاظ على خصائص المقابلة الأصلية، وأهمها: صيغة الإجابة (نعم، ولا)، وعدد المحكات التي يتطلبها تشخيص الاضطراب، وقد أدخلت بعض التغييرات الطفيفة على صياغة الأسئلة، حيث إن بعض الأسئلة التي وردت في المقابلة صيغت بطريقة مركبة، أو تشمل أكثر من سؤال، فقام الباحثان بتجزئة هذه الأسئلة، حتى يسهل على المبحوث قراءتها، بما في ذلك إعادة ترتيب بعض الأسئلة، كما تم استبعاد هوس السلوك الجنسي من القائمة، وذلك لأن الأسئلة المتضمنة في هذا الاضطراب لا تتمشى مع ثقافة المجتمع العربي بوجه عام. وتحتوي الصيغة النهائية للقائمة على 45 سؤالا، يجاب عنها بنعم أو لا، موزعة على ستة اضطرابات (بعد استبعاد الهوس الجنسي)، كما هو موضح في الجدول (21).

الجدول (21) : قائمة اضطرابات التحكم في الاندفاع المشتق من مقابلة «مينيسوتا»

نوع الاضطراب	عدد البنود	أمثلة على البنود
١- هوس الشراء.	7	هل سبق لك أن شعرت بتوتر شديد لا يمكن أن يخف إلا عن طريق الشراء؟
٢- هوس السرقة.	9	هل حاولت أن تقاوم الأفكار أو الدوافع المتعلقة بالسرقة؟
٣- هوس نتف الشعر.	5	هل تشعر بالمتعة أو الإشباع بعد أن تنتف الشعر حتى ولو للحظة؟
٤- هوس إشعال الحرائق.	6	هل قصدت أو تعمدت أن تشعل حريقا في أكثر من مناسبة أو موقف؟
٥- المقامرة المرضية.	12	هل تقامر؟
٦- الاضطراب الانفجاري المتقطع.	6	هل سبق أن فقدت السيطرة، وقمت بالاعتداء على شخص ما، أو دمرت ممتلكات الآخرين؟

ويشخص الفرد بأن لديه أحد الاضطرابات الواردة في الجدول (21)، في حال استيفائه عدد المحكات اللازمة لتشخيص كل اضطراب على حدة.

٢- مقياس أثر نزع الجلد (The Skin Picking Impact Scale (SPIS):

قام بتصميم هذا المقياس «كيثين» وزملاؤها (Keuthen, Deckersbach, Wilhelm, Engelhard, Forker, O'sullivan et al., 2001)، ومن ترجمة عبد الخالق، والجوهري (غير منشور،ب)، وهو مقياس تقدير ذاتي، يهدف إلى قياس العواقب النفسية والاجتماعية للنزع المتكرر للجلد وتقديرها، ويحتوي

هذا المقياس في صيغته النهائية على 10 بنود، ومن أمثلتها: "أشعر بالحرج بسبب عادتي في نزع الجلد"، ويتم الإجابة عنها على أساس مقياس "ليكرت" خماسي البدائل، يمتد من الخفيف إلى الشديد. وتم حساب الخواص القياسية للمقياس على عينة من المصابين باضطراب نزع الجلد، وعينة من غير المصابين به من طلاب الجامعة، وأظهرت النتائج أن المقياس يتسم بخواص سيكومترية جيدة، من ناحيتي الثبات والصدق، حيث بلغت معاملات ألفا (0.93، و0.88) لدى عينة المصابين وغير المصابين على التتابع. وارتبط المقياس لدى عينة المصابين ارتباطات دالة وإيجابية، بكل من: قائمة "بيك" للاكتئاب (0.47)، وقائمة "بيك" للقلق (0.52)، والفترة التي يقضيها الفرد في النزع (0.42)، والرضا أثناء عملية النزع (0.36)، والشعور بالخزي (0.51).

٣- مقياس الاستخدام القهري للإنترنت The Compulsive Internet Use Scale (CIUS):

وهو من وضع "ميركيرك" وزملاؤه (Meerkerk, Eijnden, Vermulst, & Garretsen, 2009)، ومن ترجمة عبد الخالق، والجوهري (غير منشور،ج)، ويهدف هذا المقياس إلى قياس شدة الاستخدام القهري للإنترنت (الإدمان على الإنترنت)، ويحتوي المقياس على 14 بندا، ومن نماذج عبارات هذا المقياس: "أفضل استخدام الإنترنت بدلا من قضاء الوقت مع الآخرين"، يجاب عن كل منها على أساس خمسة بدائل تمتد من صفر: لا إلى 5: كثيرا جدا، وتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين صفر و70، ولقد حسبت الخواص القياسية للمقياس لدى عينة من مفرطي استخدام الإنترنت، وعينة من المجتمع العام ممن يستخدمون الإنترنت بشكل طبيعي أو عادي، وبلغت معاملات ثبات ألفا، (0.89، و0.90) للعينتين على التتابع، وارتبط هذا المقياس ارتباطا دالا وإيجابيا، بالدرجة الكلية لمقياس إدراك الإنترنت Online Cognition Scale، ومقاييسه الفرعية الأربعة (الوحدة والاكتئاب، ونقص التحكم

في الاندفاع، والتشتت، والقلق الاجتماعي)، وقد بلغت معاملات الارتباط (0.70، و0.60، و0.73، و0.59، و0.53) على التتابع، كما ارتبط المقياس ارتباط دالا وإيجابيا، بالفترة التي يقضيها الفرد في استخدام الإنترنت.

الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة:

أ- معاملات ثبات المقاييس:

للتحقق من ثبات المقاييس تم حساب معامل ألفا α كرونباخ لكل المقاييس، مقسمة بحسب المرحلة الدراسية، والجنس، والجدول (22) يبين قيم معاملات الثبات لكل مقياس من مقاييس الدراسة.

الجدول (22) :معاملات ثبات ألفا للمقاييس المستخدمة في الدراسة

المقياس	طلاب الثانوية			طلاب الجامعة		
	ذكور	إناث	المجموع	ذكور	إناث	المجموع
هوس الشراء	0.72	0.74	0.73	0.63	0.54	0.59
هوس السرقة	0.90	()	0.90	0.87	0.88	0.87
هوس نتف الشعر	0.88	0.96	0.92	0.86	0.87	0.87
هوس إشعال الحرائق	0.80	0.79	0.80	0.75	0.71	0.76
المقامرة المرضية	0.83	()	0.83	0.84	0.92	0.87
الاضطراب الانفجاري المتقطع	0.85	0.88	0.85	0.79	0.80	0.79
أثر نزع الجلد	097	0.97	0.97	0.92	0.91	0.92
الاستخدام القهري للإنترنت	0.89	0.85	0.85	0.93	0.95	0.94

(-) لم يمكن حساب معامل الثبات نظرا لعدم وجود تباين في إجابات المبحوثات من طلاب الثانوية في مقياسي هوس السرقة والمقامرة المرضية، حيث كانت جميع إجاباتهن "بلا" على جميع أسئلة المقياسين.

يتضح من الجدول (22) أن معاملات ألفا لعينة الذكور من طلاب الثانوية، راوحت بين 0.72 و0.97، ولدى عينة الإناث فقد راوحت بين 0.74 و0.97، وبالنسبة لعينة طلاب الجامعة، فقد راوحت معاملات ألفا لعينة الذكور بين 0.63 و0.93، ولدى عينة الإناث فقد راوحت بين 0.54 و0.95

وتحدد مراجع القياس النفسي، معامل الثبات الذي يقترب من 0.7 أو يزيد، أنه مناسب للدراسة (Kline, 2000)، ومن ملاحظة النتائج الواردة في الجدول (22)، نجد أن كل المقاييس لها ثبات مناسب يزيد على هذا المستوى المقترح، ما عدا مقياس هوس الشراء لدى عينة الذكور والإناث من طلاب الجامعة، ومن ثم يجب أن تعامل النتائج المستخرجة من هذا المقياس بشيء من الحذر، ومن الملاحظ أيضا أن غالبية معاملات ثبات المقاييس، لدى عينة طلاب الثانوية من الذكور والإناث، أعلى من طلاب الجامعة، كما أن معاملات الثبات متقاربة بين عينتي الذكور والإناث، سواء أكان ذلك لدى عينة طلاب الثانوية أم طلاب الجامعة.

ب- معاملات الصدق المرتبط بالمحك:

طبقت مقاييس هذه الدراسة جميعا مع مقياس "بارات" للاندفاعية، النسخة Barrat Impulsivnes Scale – 11 11، ويتكون هذا المقياس من 30 بندا (Güleç, Tamam, Güleç, Turhan, Karakuş, Zengin et al., 2008)، وتم اختصار المقياس إلى 16 بندا، " وافترض أن الارتباط دال إحصائيا بين المقياسين، أجابت عينة من طلاب جامعة الكويت وطالباتها (ن = 84)، على هذه المقاييس. ويبين جدول (23) معاملات الارتباط المتبادلة.

الجدول (23) : الصدق المرتبط بالمحك لمقاييس الدراسة

المقياس	معامل الارتباط	الدلالة
١- هوس الشراء.	0.25	0.02
٢- هوس نتف الشعر.	0.34	0.002
٣- هوس إشعال الحرائق.	0.24	0.03
٤- الاضطراب الانفجاري المتقطع.	0.25	0.02
٥- إدمان الإنترنت.	0.32	0.003

وتجدر الإشارة إلى عدم إمكانية حساب معاملات الارتباط، بين المحك المستخدم، والمقاييس الثلاثة الآتية: هوس السرقة، والمقامرة المرضية، وهوس نزع الجلد، وذلك نظرا لكثرة القيم الصفرية في إجابات المبحوثين عن هذه المقاييس. وبالنظر إلى جدول (23) يتضح أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائيا، ولكنها ليست مرتفعة، وذلك نظرا للتوزيع المعين لدرجات المبحوثين في هذه المقاييس، وكثرة القيم الصفرية، ومع ذلك تعد هذه المعاملات مؤشرا لصدق هذه المقاييس.

ونظرا للبحوث التي تربط بين بعض تصنيفات اضطرابات التحكم في الاندفاع والوسواس القهري (انظر: Fontenelle et al., 2005; Grant, Mancebo, Eisen, & Rasmussen, 2010; Stanley et al., 1994)، فقد افترض ارتباط دال بين بعض مقاييس هذا الاضطراب والمقياس العربي للوسواس القهري (عبد الخالق، 1992؛ Abdel – Khalek, 1998)، وللتثبت من هذا الافتراض، استخدمت عينة من طلبة جامعة الكويت وطالباتها (ن = 65)، واستخرجت النتائج الآتية: معامل ارتباط "بيرسون" بين المقياس العربي للوسواس القهري ونزع الجلد

(0.28)، وإدمـان الإنترنت (0.38)، ومجموع المقاييس السـتة لقائمة "مينيسـوتا" لاضطرابات التحكم في الاندفاع (0.36)، ومجموع كل المقاييس الثمانية المستخدمة في هذه الدراسـة: قائمة "مينيسـوتا"، ونزع الجلد، وإدمان الإنترنت (0.51)، وكل هذه المعاملات دالة إحصـائيا عند مسـتوى 0.01 فيما عدا الأول (دال عند مسـتوى 0.05). وتشير هذه المعاملات إلى صدق مرتبط بالمحك لمقاييس هذه الدراسة.

ج - الصدق العاملي لمقاييس الدراسة:

للتحقق من الصدق العاملي لمقاييس الدراسة، استخدم تحليل المكونات الأساسية Principal components analysis، لبنـود كل مقياس على حدة، لدى عينتي طلاب الثانوية وطلاب الجامعة من الذكور والإناث، وهذه الطريقة من أفضل الطرق العملية، للكشـف عن مكونات أدوات الدراسـة، ووظيفة التحليل العاملي هي الإجابة عن سؤال محدد وهو: ما أقل عدد من الأبعاد التي يمكن أن تعبر كل منها عن عدد من بنـود الأداة؟، وهي تعطي مؤشـرا لصـدق البناء لأدوات البحـث (عبد الخالق، وعيد، والنيال، 2010، ص 64)، والهدف من استخدامها هنا، هو استخراج العامل الأول من كل مصـفوفة ارتباطية، خاصـة بكل مقياس على حدة، وليس الهدف بيان البناء العاملـي لـكل مقياس، ولكن الهدف هو تعرف تشـبعات العامل الأول، حيث يعد ذلك صدقا عامليا، علما بأن معظم المصفوفات استخرج منها عامل واحد.

أولا - الصدق العاملي لمقياس الاضطراب الانفجاري المتقطع:

يوضـح الجدول (24) نتيجة تحليل المكونات الأساسـية لهذا المقياس، ويلاحظ أنـه لم يمكـن إجـراء هـذا التحليل لمقياس الاضـطراب الانفجاري المتقطـع لدى عينة طالبات الجامعة، نظرا لعدم وجود تباين في إجابات المبحوثات.

الجدول (24) : تشبعات العامل الأول ببنود مقياس الاضطراب الانفجاري المتقطع بحسب المرحلة الدراسية والجنس

بنود مقياس الاضطراب الانفجاري المتقطع	طلاب الثانوية		طلبة الجامعة
	ذكور	إناث	ذكور
	ع١	ع١	ع١
١ – هل سبق أن فقدت السيطرة، وقمت بالاعتداء على شخص ما، أو دمرت ممتلكات الآخرين؟	0.89	0.97	0.85
٢ – هل شعرت أن الفترات التي فقدت فيها السيطرة على نفسك غير متناسبة مع الموقف؟	0.83	0.96	0.77
٣ – هل تكرر قيامك بالاعتداء على الآخرين أو تدميرك لممتلكاتهم؟	0.84	0.82	0.71
٤ – هل تسببت بإصابات بليغة أثناء قيامك بالاعتداء على الآخرين أو تدميرك أو أو تدميرك لممتلكاتهم؟	0.76	0.71	0.67
٥ – هلى ترتبط الفترة التي تقوم فيها بالاعتداء على الآخرين أو تدميرك ممتلكاتهم، بتعاطي الكحول أو غير ذلك من العقاقير (المخدرات) ؟	0.30	0.16	0.33
٦ – هل أنت غالبا على وشك أن تفقد السيطرة؟	0.79	0.82	0.73
الجذر الكامن	3.46	3.72	2.92
النسبة المئوية للتباين	57.7	62.0	48.7

ويتضح من قراءة الجدول (24)، أن تشبعات العامل الأول، تراوحت لدى العينات الثلاث، بين 0.16 و0.97، في حين تراوحت النسبة المئوية للعامل، بين 48.7% و62.0%، وهي نسبة تستوعب قدرا مناسبا من التباين الكلي.

ثانيا – الصدق العاملي لمقياس هوس السرقة:

يوضح الجدول (25)، نتيجة تحليل المكونات الأساسية، ولم يمكن إجراء هذا التحليل لمقياس هوس السرقة لدى عينتي طالبات الثانوية والجامعة، نظرا لعدم وجود تباين في إجابات المبحوثات.

الجدول (25) : تشبعات العامل الأول ببنود مقياس هوس السرقة بحسب المرحلة الدراسية

بنود مقياس هوس السرقة	طلاب الثانوية ذكور ع١	طلاب الجامعة ذكور ع١
هل تسرق؟	0.80	0.64
هل سبق لك أن قمت بسرقة أي شيء؟	0.85	0.79
هل سبق لك أن شعرت بدافع لا يمكن مقاومته أو رغبة لا يمكن السيطرة عليها لسرقة شيء ما؟	0.78	0.69
هل سبق لك أن شعرت بتوتر شديد لا يمكن أن يخف إلا عن طريق السرقة؟	0.83	0.60
هل الدافع للسرقة أو الأفكار المتعلقة بالسرقة تقتحم تفكيرك أو تسيطر عليه؟	0.68	0.64
هل حاولت أن تقاوم الأفكار أو الدوافع المتعلقة بالسرقة؟	0.81	0.76
عندما تسرق بعض الأشياء، هل يعقب ذلك انخفاض في التوتر أو الإحساس بالإشباع حتى ولو للحظة؟	0.64	0.82
هل أدت مشكلة السرقة إلى مشاكل اجتماعية أو أسرية لك؟	0.60	0.56
هل تسببت لك مشكلة السرقة في أن تشعر بضيق شديد؟	0.83	0.79

الجذر الكامن	5.22	4.44
النسبة المئوية للتباين	58.0	49.3

ويتضح من ملاحظة الجدول (25)، أن تشبعات العامل الأول، تراوحت لدى عينتي الذكور بين 0.56 و0.85، في حين تراوحت النسبة المئوية للعامل، بين 49.3%، و58.0%، وهي نسبة تستوعب قدرا مناسبا من التباين الكلي.

ثالثا – الصدق العاملي لمقياس هوس إشعال الحرائق:

يوضح الجدول (26) نتيجة تحليل المكونات الأساسية لهذا المقياس.

الجدول (26) : تشبعات العامل الأول ببنود مقياس هوس إشعال الحرائق بحسب المرحلة الدراسية والجنس

بنود مقياس هوس إشعال الحرائق	طلاب الثانوية		طلاب الجامعة	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث
	ع١	ع١	ع١	ع١
هل أنت مفتون بالنار أو الحريق، أومهتم بها، أو منجذب إليها؟	0.72	0.78	0.69	0.68
هل تنجذب إلى المواقف التي تظهر فيها النار أو الأشياء التي تستخدم لإشعال النار، أو العواقب الناتجة عن الحريق؟	0.73	0.78	0.61	0.67
هل تشعر بالمتعة والإشباع أو الراحة عندما تشعل الحرائق أو تشاهد الحرائق أو عندما تنشغل بالكوارث التي تنتج عن الحرائق؟	0.69	0.41	0.73	0.37
هل قصدت أو تعمدت أن تشعل حريقا في أكثر من مناسبة أو موقف؟	0.83	0.86	0.74	0.78

هل شعرت بدفعة قوية أو تزايد في التوتر قبل إشعال الحرائق؟	0.44	0.44	0.59	0.83
هل حدثت لك تغيرات مزاجية معينة جعلتك تشعربأنه يجب أن تشعل حريقا؟	0.80	0.85	0.70	0.72
الجذر الكامن	3.01	3.03	2.76	2.84
النسبة المئوية للتباين	50.9	50.5	46.0	47.4

ويتضح من قراءة الجدول (26)، أن تشبعات العامل الأول تراوحت لدى العينات الأربع بين 0.37 و0.86، في حين تراوحت النسبة المئوية للعامل، بين 46.0% و50.5%، وهي نسبة تستوعب قدرا مناسبا من التباين الكلي.

رابعا – الصدق العاملي لمقياس المقامرة المرضية:

يوضح الجدول (27) نتيجة تحليل المكونات الأساسية لهذا المقياس، ويلاحظ أنه لم يمكن إجراء هذا التحليل لمقياس المقامرة المرضية، في عينة طلاب الثانوية من الذكور والإناث، نظرا لعدم وجود تباين في إجابات المبحوثين.

الجدول (27) : تشبعات العامل الأول ببنود مقياس المقامرة المرضية بحسب الجنس

بنود مقياس المقامرة المرضية	طلاب الجامعة	
	ذكور	إناث
	ع١	ع١
١ – هل تقامر؟	0.41	0.66
٢ – هل سبق أن كان لديك مشكلة مع المقامرة؟	0.71	0.95
٣ – هل سبق لك أن شعرت بالذنب حول طريقتك في المقامرة، أو الأمور التي تحدث عندما تقامر؟	0.42	0.95
٤ – هل تنشغل غالبا بالقمار، أو بالحصول على المال لتقامر؟	0.41	0.60

٥ – هل كنت تقامر غالبا بمبالغ كبيرة، أو تقامر لفترة طويلة من الزمن أطول مما كنت تنوي؟	0.72	0.72
٦ – هل وجدت أنك في حاجة إلى زيادة حجم المراهنات أو تكرارها للحصول على نفس الإثارة أو المتعة؟	0.88	0.92
٧ – هل شعرت بالضيق عندما كنت غير قادر على المقامرة؟	0.64	0.95
٨ – هل سبق أن حاولت التوقف عن المقامرة ووجدت صعوبة في ذلك؟	0.73	0.59
٩ – هل سبق لك أن تركت أو قللت من مشاركتك في النشاطات الاجتماعية أو الترفيهية من أجل المقامرة؟	0.68	0.83
١٠– هل سبق أن واصلت المقامرة بالرغم من وجود مشاكل اجتماعية أو أسرية أو مادية نتجت أوتفاقمت بسبب القمار؟	0.69	0.59
١١– هل عدت إلى المقامرة بالرغم من خسارتك المتكررة للمال، كمحاولة لاستعادة ما خسرته في السابق؟	0.65	0.59
١٢– هل تقامر غالبا عندما تتوقع تلبية التزامات اجتماعية أو مهنية؟	0.62	0.50
الجذر الكامن	5.0	6.95
النسبة المئوية للتباين	41.7	57.9

ويتضح من قراءة الجدول (27) أن تشبعات العامل الأول تراوحت لدى عينتي طلاب الجامعة بين 0.41 و0.95، في حين تراوحت النسبة المئوية للعامل، بين 41.7%، و57.9%، وهي نسبة تستوعب قدرا مناسبا من التباين الكلي.

خامسا – الصدق العاملي لمقياس هوس نتف الشعر:

يوضح الجدول (28) العامل الأول للمقياس، والمستخرج بطريقة المكونات الأساسية.

الجـدول (28) : تشـبعات العامـل الأول ببنود مقياس هوس نتف الشـعر بحسـب المرحلة الدراسية والجنس

بنود مقياس هوس نتف الشعر	طلاب الثانوية		طلاب الجامعة	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث
	ع١	ع١	ع١	ع١
١- هل سبق لك أن قمت بنتف شعر فروة الرأس، أو الرموش، أو الحواجب، أو أي منطقة شعر في الجسم لأسباب مختلفة غير الاهتمام بالنواحي الشكلية؟	0.91	0.96	0.84	0.84
٢- هل سبق أن نتج عن نتف الشعر تساقط واضح في الشعر مثل: الشعر الخفيف (بقع صلعة)، أو فراغات على طول الجفن في حالة نتف رموش العين؟	0.94	0.96	0.59	0.79
٣- هل سبق لك أن شعرت بزيادة في التوتر أو دافع لنتف الشعر قبل أن تقوم بنتف الشعر من أي مكان؟	0.88	0.95	0.85	0.84
٤- هل تشعر بزوال التوتر بعد أن تنتف الشعر حتى ولو للحظة؟	0.77	0.95	0.89	0.83
٥- هل تشعر بالمتعة أو الإشباع بعد أن تنتف الشعر حتى ولو للحظة؟	0.56	0.79	0.85	0.81
الجذر الكامن	3.38	4.26	3.30	3.38
النسبة المئوية للتباين	67.6	85.2	66.0	67.6

ويتضـح مـن ملاحظـة الجـدول (28)، أن تشـبعات العامـل الأول تراوحـت لـدى العينـات الأربـع، بـين 0.56 و0.96، في حين تراوحت النسـبة المئويـة للعامل بين66.0% و85.2%، وهي نسبة تستوعب قدرا مرتفعا من التباين الكلي.

سادسا – الصدق العاملي لمقياس أثر نزع الجلد:

يوضح الجدول (29) نتيجة تحليل المكونات الأساسية لهذا المقياس.

الجدول (29) : تشبعات العامل الأول ببنود مقياس أثر نزع الجلد بحسب المرحلة الدراسية والجنس

بنود مقياس أثر نزع الجلد	طلاب الثانوية		طلاب الجامعة	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث
	ع١	ع١	ع١	ع١
١- أتجنب النظر إلى الناس في أعينهم بسبب عادتي في نزع الجلد.	0.88	0.94	0.31	0.73
٢- أعتقد بأن حياتي الاجتماعية ستصبح أفضل لو لم أقم بنزع جلدي.	0.85	0.92	0.75	0.46
٣- أكره الهيئة التي أبدو عليها بسبب عادتي في نزع الجلد.	0.80	0.92	0.78	0.81
٤- أستغرق وقتا طويلا للخروج من المنزل بسبب عادتي في نزع الجلد.	0.85	0.68	0.88	0.92
٥ – أشعر بالحرج بسبب عادتي في نزع الجلد.	0.89	0.92	0.89	0.92
٦ – هناك بعض الأشياء التي لا أستطيع القيام بها بسبب عادتي في نزع الجلد.	0.88	0.95	0.85	0.93
٧ – أشعر بأنني قبيح (غير جذاب) بسبب عادتي في نزع الجلد.	0.87	0.94	0.76	0.74
٨ – أستغرق وقتا أطول من الآخرين لأصبح جاهزا للخروج في الصباح بسبب عادتي في نزع الجلد.	0.90	0.72	0.83	0.93

٩ – لا أحب أن ينظر إلي الآخرون بسبب عادتي في نزع الجلد.	0.91	0.94	0.81	0.91
١٠ – تضررت علاقاتي الاجتماعية بسبب عادتي في نزع الجلد.	0.93	0.96	0.82	0.89
الجذر الكامن	7.68	8.0	6.14	6.99
النسبة المئوية للتباين	76.8	80.0	61.4	69.9

يتضح من ملاحظة الجدول (29)، أن تشبعات العامل الأول، تراوحت لدى العينات الأربع، بين 0.31 و0.96، في حين تراوحت النسبة المئوية للعامل، بين 61.4% و80.0%، وتشير هذه النسبة إلى أن العامل الأول يستوعب قدرا مرتفعا من التباين.

سابعا – الصدق العاملي لمقياس هوس الشراء:

يوضح الجدول (30) التشبعات العاملية لبنود مقياس هوس الشراء بالعامل الأول.

الجدول (30) : تشبعات العامل الأول ببنود مقياس هوس الشراء بحسب المرحلة الدراسية والجنس

بنود مقياس هوس الشراء	طلاب الثانوية		طلاب الجامعة	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث
	ع١	ع١	ع١	ع١
١ – هل سبق لك أن شعرت بدافع لا يمكن مقاومته أو رغبة لا يمكن السيطرة عليها لشراء الأشياء؟	0.58	0.76	0.70	0.60
٢ – هل سبق لك أن شعرت بتوتر شديد لا يمكن أن يخف إلا عن طريق الشراء؟	0.76	0.78	0.54	0.66

٣ – هل الدافع للشراء أو الأفكار المتعلقة بالشراء تقتحم تفكيرك أو تسيطر عليه؟	.0.69	0.63	0.60	0.66
٤ – هل حاولت أن تقاوم الأفكار أو الدوافع المتعلقة بالشراء؟	0.54	0.44	0.53	0.07
٥ – عندما تشتري الأشياءالتي تريدها، هل يعقب ذلك انخفاض في التوتر أو الإحساس بالإشباع حتى ولو للحظة؟	0.62	0.64	0.65	0.57
٦ – هل أدت مشكلة الشراء إلى مشاكل اجتماعية أو أسرية لك؟	0.58	0.58	0.40	0.47
٧٧ – هل تسببت مشكلة الشراء في أن تشعر بضيق شديد؟	0.51	0.53	0.43	0.45
الجذر الكامن	2.66	2.81	2.19	1.98
النسبة المئوية للتباين	38.0	40.1	31.2	28.3

ويتضح من قراءة الجدول (30)، أن النسبة المئوية لتباين العامل الأول تراوحت لدى العينات الأربع بين 28.3% و40.1%، كما تراوحت تشبعات العامل في العينات نفسها بين 0.07 و0.78، وتشير هذه التشبعات إلى الصدق العاملي لمقياس هوس الشراء، مع ملاحظة أن تشبع البند الرابع بالعامل لدى طالبات الجامعة منخفض، مع أنه مرتفع يتراوح بين 0.44، و0.54 لدى بقية العينات.

ثامنا – الصدق العاملي لمقياس الاستخدام القهري للإنترنت:

يوضح الجدول (31) نتيجة تحليل المكونات الأساسية لهذا المقياس.

الجدول (31) : تشبعات العامل الأول ببنود مقياس الاستخدام القهري للإنترنت بحسب المرحلة الدراسية والجنس

بنود مقياس الاستخدام القهري للإنترنت	طلاب الثانوية		طلاب الجامعة	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث
	ع١	ع١	ع١	ع١
١ – من الصعب علي أن أتوقف عن استخدام الإنترنت.	0.80	0.79	0.57	0.68
٢ – أستمر في استخدام الإنترنت على الرغم من أن لدي نية للتوقف.	0.75	0.79	0.67	0.76
٣ – يقول الآخرون إن علي أن أقلل من استخدامي للإنترنت.	0.58	0.43	0.67	0.77
٤ – أفضل استخدام الإنترنت بدلا من قضاء الوقت مع الآخرين.	0.66	0.66	0.73	0.79
٥ – نقصت فترة نومي بسبب استخدام الإنترنت.	0.40	0.48	0.82	0.83
٦ – أفكر في الإنترنت حتى في الوقت الذي لا أستخدمه.	0.81	0.78	0.80	0.89
٧ – أتطلع إلى الفترة المقبلة التي أستخدم فيها الإنترنت.	0.81	0.77	0.82	0.86
٨ – أفكر في ضرورة تقليل استخدامي للإنترنت.	0.47	0.60	0.74	0.72
٩ – فشلت محاولاتي في أن أقضي وقتا أقل في استخدام الإنترنت.	0.70	0.61	0.78	0.84
١٠ – أنجز واجباتي بسرعة حتى أستخدم الإنترنت.	0.27	0.19 -	0.70	0.74

١١ – أهمل الواجبات اليومية لأنني أفضل استخدام الإنترنت.	0.22	- 0.22	0.72	0.76
١٢ – أستخدم الإنترنت عندما أشعر بالضيق.	0.62	0.65	0.72	0.72
١٣– أستخدم الإنترنت للهروب من الأحزان أو المشاعر السلبية.	0.76	0.85	0.74	0.74
١٤– أشعر بالغضب أو الاكتئاب عندما لا أستطيع استخدام الإنترنت.	0.82	0.87	0.64	0.84
الجذر الكامن	5.90	6.01	7.39	8.49
النسبة المئوية للتباين	42.1	43.0	52.8	60.7

يتضح من الجدول (31)، أن تشبعات العامل الأول تراوحت لدى العينات الأربع بين 0.19 و0.89، في حين تراوحت النسبة المئوية للعامل بين 42.1% و60.7 %، وتشير هذه النسبة إلى أن العامل الأول يستوعب قدرا مقبولا من التباين.

إجراءات الدراسة:

طبقت مقاييس الدراسة على عينات طلاب الثانوية في الفصول الدراسية، وعلى عينات طلاب الجامعة في قاعات الدراسة بالجامعة في وقت المحاضرات، ولم يجبر أحد على الاشتراك، ولذلك اشتملت هذه الدراسة على عينات متطوعين، وقد كان تعاون المبحوثين جيدا، وبالرغم من استغرابهم للبنود التي جاءت في المقاييس، واندهاشهم لمضمونها الجديد عليهم، وبالأخص مقياس أثر نزع الجلد، وبوجه عام، تقبل المبحوثون بطارية المقاييس بقبول حسن، وطبقت المقاييس في جلسات جمعية، اشتمل كل منها من 25 إلى40 طالبا وطالبة.

التحليلات الإحصائية لبيانات الدراسة:

١- النسبة المئوية والنسبة الحرجة Critical Ratio.

٢- معاملات ارتباط «بيرسون» Pearson Product – Moment Correlation Coefficients.

٣- تحليل المكونات الأساسية Pricipal Components Analysis.

وتمت جميع المعالجات الإحصائية باستخدام برنامج SPSS/PC الإصدار السابع عشر (SPSS, 2009).

ملخص الفصل الرابع

١- استخدم المنهج الوصفي الارتباطي المقارن في هذه الدراسة لملاءمته لطبيعة المشكلة وأهدافها، واشتملت عينة الدراسة على 927 طالبا وطالبة من طلاب الثانوية وطلاب الجامعة، وجميعهم من الكويتيين، وكانت عينة متاحة وليست عشوائية.

٢- طبقت في هذه الدراسة المقاييس الآتية: استخبار اضطرابات التحكم في الاندفاع المشتق من مقابلة "مينيسوتا" لاضطرابات التحكم في الاندفاع، الذي يشمل بدوره ستة مقاييس فرعية، هي: هوس الشراء، وهوس السرقة، وهوس نتف الشعر، وهوس إشعال الحرائق، والمقامرة المرضية، والاضطراب الانفجاري المتقطع، بالإضافة إلى مقياس أثر نزع الجلد، ومقياس الاستخدام القهري للإنترنت، وتتصف هذه المقاييس بمعاملات ثبات مقبولة أو مرتفعة، فيما عدا مقياس هوس الشراء لدى عينة طلاب الجامعة.

٣- حسب معامل ألفا كرونباخ لكل المقاييس لدى العينات الأربع، وبينت النتائج أن معاملات ألفا تراوحت لدى عينة طلبة الثانوية من بين 0,72 و0.97، ولدى الطالبات فقد راوح معامل ألفا بين 0.74 و0.97، وبالنسبة لعينة طلاب الجامعة فقد راوح معامل ألفا بين 0.63 و0.93 لدى عينة الذكور، أما عينة الإناث فقد راوح بين 0.54 و0.95.

٤- للتحقق من البناء العاملي لمقاييس الدراسة استخدم تحليل المكونات الأساسية لبنود كل مقياس على حدة للمجموعات الأربعة، واستخرج العامل الأول من كل مصفوفة ارتباطية، خاصة بكل مقياس على حدة، ويمكن تسمية العامل الأول المستخرج من كل هذه المقاييس على حدة، أنه عامل عام يشمل الاضطراب الذي يقيسه المقياس، وتشير النتائج بوجه عام إلى الصدق العاملي للمقاييس.

٥- طبقت مقاييس الدراسة على عينات الطلاب المتطوعين من طلاب الثانوية وطلاب الجامعة في أوقات الدراسة، وطبقت المقاييس في جلسات جمعية، اشتمل كل منها على عدد تراوح بين 25 و40 طالبا وطالبة.

٦- استخدمت المعالجات الإحصائية التالية للإجابة عن أسئلة الدراسة: النسبة المئوية، والنسبة الحرجة، ومعاملات ارتباط "بيرسون"، وتحليل المكونات الأساسية.

***

الفصل الخامس

نتائج الدراسة

١- اختبار الفرض الأول:

ينص هذا الفرض على الآتي: «تختلف معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع لدى طلاب المرحلة الثانوية، وطلاب الجامعة».

وللتحقق من هذا الفرض، حسبت معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع، لدى طلاب الثانوية، وطلاب الجامعة، اعتمادا على معيارين أساسيين:

المعيار الأول: النسبة المئوية للأشخاص الذين استوفوا عدد المحكات التشخيصية للاضطراب، واستخدم هذا المعيار في حساب معدلات انتشار ستة اضطرابات: هوس الشراء، وهوس السرقة، ونتف الشعر، وهوس إشعال الحرائق، والمقامرة المرضية، والاضطراب الانفجاري المتقطع (انظر الجدول32).

المعيار الثاني: النسبة المئوية للحاصلين على درجة تزيد على المئين 95%، واستخدم هذا المعيار في حساب معدلات انتشار اضطرابي نزع الجلد، وإدمان الإنترنت (انظر الجدول 33).

الجدول (32) : معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع اعتمادا على المحكات التشخيصية لدى طلاب الثانوية والجامعة

الاضطرابات	طلاب الثانوية		طلاب الجامعة	
	ذكور ٪	إناث٪	ذكور٪	إناث٪
هوس الشراء.	12.9	16.9	0.9	3.3
هوس السرقة.	0.8	صفر	0.4	صفر
نتف الشعر.	2.9	11.1	1.7	4.2
هوس إشعال الحرائق.	2.1	0.4	1.7	صفر
المقامرة المرضية.	1.2	صفر	1.2	1.8
الاضطراب الانفجاري المتقطع.	16.2	2.5	2.6	0.5

ويتضح من قراءة الجدول (32)، أن معدلات انتشار الاضطرابات الستة تتراوح بين صفر% (هوس السرقة لدى إناث الثانوية والجامعة، والمقامرة المرضية عند طالبات الثانوية)، وبين 16.9% (هوس الشراء لدى طالبات الثانوي).

الجدول (33) : معدلات انتشار اضطرابي نزع الجلد وإدمان الإنترنت اعتمادا على المئين 95 لدى طلاب الثانوية والجامعة

الاضطرابات	طلاب الثانوية		طلاب الجامعة	
	ذكور٪	إناث٪	ذكور٪	إناث٪
اضطراب نزع الجلد.	5.8	6.3	5.6	5.2
إدمان الإنترنت.	7.0	7.4	5.6	5.3

ويتبين من ملاحظة الجدول (33)، أن معدلات انتشار اضطراب نزع الجلد وإدمان الإنترنت، تتراوح بين 5.2% (اضطراب نزع الجلد لدى طالبات الجامعة)، وبين 7.4 % (إدمان الإنترنت عند طالبات الثانوي)، كما يلاحظ أن مدى معدلات

الانتشـار لهذين الاضـطرابين لـدى العينات الأربـع، متقارب أكثر مـن مدى معدلات انتشار الاضطرابات الستة (من صفر% إلى 16.9%) الواردة في الجدول (32).

٢- اختبار الفرض الثاني:

نص هذا الفرض على النحو الآتي: «توجد فروق دالة إحصـائيا بين الجنسـين، في معدلات انتشـار اضـطرابات التحكم في الاندفاع». ويبين الجدول (34) الفروق بين الجنسين من طلاب الثانوية، في معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع، اعتمادا على النسبة الحرجة.

الجدول (34) : النسبة الحرجة لمعدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع بين الجنسين من طلاب الثانوية

الاضطرابات	معدلات الانتشار		النسبة الحرجة	الدلالة
	طلبة الثانوي ن = ٢٤١	طالبات الثانوي ن = ٢٤٣		
هوس الشراء	12.9	16.9	1.24	-
هوس السرقة	0.8	صفر	1.40	-
نتف الشعر	2.9	11.1	3.53	0.001
هوس إشعال الحرائق	2.1	0.4	1.69	0.05
المقامرة المرضية	1.2	صفر	1.71	0.04
الانفجاري المتقطع	16.2	2.5	5.18	0.001
نزع الجلد	5.8	6.3	0.23	-
إدمان الإنترنت	7.0	7.4	0.17	-

ويتضح من قراءة الجدول (34)، أن الفروق الدالة إحصائيا في معدلات الانتشار بين الجنسين من طلاب الثانوية توجد فقط في اضطرابات: هوس إشعال الحرائق، والمقامرة المرضية، والاضطراب الانفجاري المتقطع (الذكور أعلى)، ونتف الشعر (الإناث أعلى).

ويبين الجدول (35)، الفروق بين الجنسين من طلاب الجامعة، في معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع، اعتمادا على النسبة الحرجة.

الجدول (35) : النسبة الحرجة لمعدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع بين الجنسين من طلاب الجامعة

الاضطرابات	معدلات الانتشار		النسبة الحرجة	الدلالة
	طلبة الجامعة ن = ٢٣٠	طالبات الجامعة ن = ٢١٣		
هوس الشراء	0.9	3.3	1.78	0.04
هوس السرقة	0.4	صفر	0.92	-
نتف الشعر	1.7	4.2	1.57	-
إشعال الحرائق	1.7	صفر	1.91	0.03
المقامرة المرضية	1.2	1.8	0.52	-
الانفجاري المتقطع	2.6	0.5	1.77	0.04
نزع الجلد	5.6	5.2	0.19	-
إدمان الإنترنت	5.6	5.3	0.14	-

ويتضح من قراءة الجدول (35) أن الفروق الدالة إحصائيا في معدلات الانتشار بين الجنسين من طلاب الجامعة توجد فقط في اضطرابات: هوس إشعال الحرائق، والاضطراب الانفجاري المتقطع (الذكور أعلى)، وهوس الشراء (الإناث أعلى).

٣- اختبار الفرض الثالث:

«توجد فروق دالة إحصائيا في معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع، اعتمادا على المرحلة الدراسية»، ويبين الجدول (36)، الفروق بين الذكور في المرحلتين، ويبين الجدول (37)، الفروق بين الإناث في المرحلتين، في معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع.

الجدول (36) : الفروق بين ذكور الثانوية والجامعة في معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع اعتمادا على النسبة الحرجة

الاضطرابات	معدلات الانتشار		النسبة الحرجة	الدلالة
	طلبة الثانوي ن = ٢٤١	طلبة الجامعة ن= ٢٣٠		
هوس الشراء	12.9	0.9	5.09	0.001
هوس السرقة	0.8	0.4	0.56	-
نتف الشعر	2.9	1.7	0.87	-
إشعال الحرائق	2.1	1.7	0.32	-
المقامرة المرضية	1.2	1.2	0.00	-
الانفجاري المتقطع	16.2	2.6	5.02	0.001
نزع الجلد	5.8	5.6	0.09	-
إدمان الإنترنت	7.0	5.6	0.62	-

ويتضـح من قراءة الجدول (36) أن الفروق الدالة إحصـائيا بين ذكور الثانوي والجامعة توجد فقط في اضـطرابي هوس الشراء، والاضطراب الانفجاري المتقطع، حيث كان طلبة الثانوي أعلى.

الجدول (37) : الفروق بين إناث الثانوية والجامعة في معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع اعتمادا على النسبة الحرجة

الاضطرابات	معدلات الانتشار		النسبة الحرجة	الدلالة
	طالبات الثانوي ن= ٢٤٣	طالبات الجامعة ن = ٢١٣		
هوس الشراء	16.9	3.3	4.72	0.001
هوس السرقة	صفر	صفر	-	-
نتف الشعر	11.1	4.2	2.73	0.001
إشعال الحرائق	0.4	صفر	0.92	-
المقامرة المرضية	صفر	1.8	2.10	0.02
الانفجاري المتقطع	2.5	0.5	1.72	0.04
نزع الجلد	6.3	5.2	0.50	-
إدمان الإنترنت	7.4	5.3	0.91	-

يتضـح مـن قراءة الجـدول (37) أن الفـروق الدالة بين إنـاث الثانوية والجامعة توجد فقط في اضـطرابات: هوس الشـراء، ونتف الشـعر، والاضـطراب الانفجاري المتقطع (طالبات الثانوي أعلى)، والمقامرة المرضية (طالبات الجامعة أعلى).

٤- اختبار الفرض الرابع:

ينص هذا الفرض على الآتي: «توجد ارتباطات دالة إحصائيا بين اضطرابات التحكم في الاندفاع».

الجدول (38) : معاملات ارتباط بيرسون بين اضطرابات التحكم في الاندفاع لدى طلبة الثانوية (ن= 241، المثلث العلوي)، وطالباتها (ن=243، المثلث السفلي)

الاضطرابات	1	2	3	4	5	6	7	8
١ - هوس الشراء	-	0.05	0.10	0.04-	* 0.13-	** 0.18	0.12	* 0.16
٢ - هوس السرقة	(-)	-	0.03-	** 0.19	** 0.25	* 0.13	0.04-	0.06-
٣ - هوس نتف الشعر	0.11-	(-)	-	0.09	0.03-	* 0.14	** 0.67	** 0.25
٤ - إشعال الحرائق	** 0.21-	(-)	0.06	-	0.11	0.10	** 0.22	** 0.21
٥ - المقامرة المرضية	(-)	(-)	(-)	(-)	-	(-)	- 0.03	** 0.18-
٦ - الانفجاري المتقطع	* 0.15	(-)	0.0-	0.06-	(-)	-	0.01	0.06
٧ - نزع الجلد	** 0.33-	(-)	** 0.66	** 0.22	(-)	0.12-	-	** 0.32
٨ - إدمان الإنترنت	** 0.34-	(-)	0.11	** 0.26	(-)	* 0.13-	** 0.18	-

(-) لم يمكن حساب معامل الارتباط، نظرا لعدم وجود تباين في أحد المتغيرات.

* دال عند مستوى 0.05

* * دال عند مستوى 0.01

يتضح من قراءة الجدول (38) أن الارتباطات الدالة إحصائيا لدى طلبة الثانوية توجد على النحو الآتي: 1 – ارتبط هوس الشراء إيجابيا بالاضطراب الانفجاري المتقطع وإدمان الإنترنت، وسلبيا بالمقامرة المرضية، 2 – ارتبط هوس السرقة إيجابيا بهوس إشعال الحرائق، والمقامرة المرضية، والاضطراب الانفجاري المتقطع، 3 – ارتبط هوس نتف الشعر إيجابيا بالاضطراب الانفجاري المتقطع، ونزع الجلد، وإدمان الإنترنت، 4 – ارتبط هوس إشعال الحرائق إيجابيا بنزع الجلد، وإدمان الإنترنت، 5 – ارتبطت المقامرة المرضية سلبيا بإدمان الإنترنت، 6 – ارتبط نزع الجلد ارتباطا إيجابيا بإدمان الإنترنت.

أما الارتباطات الدالة إحصائيا لدى طالبات الثانوية فكانت على النحو الآتي: 1 – ارتبط هوس الشراء سلبيا بهوس إشعال الحرائق، ونزع الجلد، وإدمان الإنترنت، وإيجابيا بالاضطراب الانفجاري المتقطع، 2 – ارتبط هوس نتف الشعر ارتباطا إيجابيا مرتفعا بنزع الجلد، 3 – ارتبط هوس إشعال الحرائق إيجابيا بنزع الجلد، وإدمان الإنترنت، 4 – ارتبط الاضطراب الانفجاري المتقطع سلبيا بإدمان الإنترنت، 5 – ارتبط نزع الجلد إيجابيا بإدمان الإنترنت.

الجدول (39) : معاملات ارتباط بيرسون بين اضطرابات التحكم في الاندفاع لدى طلبة الجامعة (ن= 230، المثلث العلوي)، وطالباتها (ن=213، المثلث السفلي)

الاضطرابات	1	2	3	4	5	6	7	8
١ – هوس الشراء	-	** 0.19	0.11	0.12	0.06-	** 0.23	0.03	** 0.19
٢ – هوس السرقة	0.01	-	* 0.16	** 0.28	** 0.19	** 0.24	0.03	0.12
٣ – هوس نتف الشعر	** 0.18	0.02	-	0.10	0.11	* 0.14	0.03-	0.11
٤ – إشعال الحرائق	0.08	** 0.41	0.11	-	** 0.26	** 0.38	0.06	0.08
٥ – المقامرة المرضية	0.02	** 0.30	- 0.01	** 0.27	-	0.05	0.01	0.04
٦ – الانفجاري المتقطع	** 0.20	0.09	0.08	0.05	- 0.04	-	- 0.05	0.02
٧ – نزع الجلد	** 0.19	0.04-	* 0.14	0.04-	0.00-	* 0.15	-	** 0.22
٨ – إدمان الإنترنت	** 0.27	** 0.21	** 0.24	** 0.25	* 0.13	* 0.15	0.07	-

(–) لم يمكن حساب معامل الارتباط، نظرا لعدم وجود تباين في أحد المتغيرات.

* دال عند مستوى 0.05

* * دال عند مستوى 0.01

يتضح من قراءة الجدول (٣٩) أن الارتباطات الدالة إحصائيا لدى طلبة الجامعة هي على النحو الآتي: ١ – ارتبط هوس الشراء إيجابيا بهوس السرقة، والاضطراب الانفجاري المتقطع، وإدمان الإنترنت، ٢ – ارتبط هوس السرقة إيجابيا بهوس

نتف الشعر، وهوس إشعال الحرائق، والمقامرة المرضية، والاضطراب الانفجاري المتقطع، ٣ – ارتبط نتف الشعر إيجابيا بالاضطراب الانفجاري المتقطع، ٤ – ارتبط هوس إشعال الحرائق إيجابيا بالمقامرة المرضية، والاضطراب الانفجاري المتقطع، ٥ – ارتبط نزع الجلد ارتباطا إيجابيا بإدمان الإنترنت.

أما الارتباطات الدالة إحصائيا لدى طالبات الجامعة، فهي على النحو الآتي:

١ – ارتبط هوس الشراء إيجابيا بنتف الشعر، والاضطراب الانفجاري المتقطع، ونزع الجلد، وإدمان الإنترنت، ٢ – ارتبط هوس السرقة إيجابيا بهوس إشعال الحرائق، والمقامرة المرضية، وإدمان الإنترنت، ٣ – ارتبط نتف الشعر إيجابيا بنزع الجلد، وإدمان الإنترنت ٤– ارتبط هوس إشعال الحرائق إيجابيا بالمقامرة المرضية، وإدمان الإنترنت، ٥ – ارتبطت المقامرة المرضية إيجابيا بإدمان الإنترنت، ٦ – ارتبط الاضطراب الانفجاري المتقطع إيجابيا بنزع الجلد، وإدمان الإنترنت.

ملخص الفصل الخامس

١– استخدم في حساب معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع معياران، هما: النسبة المئوية للأفراد الذين استوفوا المحكات التشخيصية، وذلك في ستة اضطرابات: الاضطراب الانفجاري المتقطع، وهوس الشراء، وهوس السرقة، وهوس إشعال الحرائق، ونتف الشعر، والمقامرة المرضية. في حين استخدم معيار النسبة المئوية للأفراد الحاصلين على درجة تزيد عن المئين 95 في اضطرابي نزع الجلد، وإدمان الإنترنت.

٢– تراوحت معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع بوجه عام، بين صفر% لهوس السرقة، لدى طالبات الثانوية والجامعة، والمقامرة المرضية لدى طالبات الثانوية، و16.9% لهوس الشراء لدى طالبات الثانوية.

٣– ظهرت فروق دالة بين الجنسين من طلاب الثانوية في أربعة اضطرابات فقط:

حيث حصل الذكور على معدل انتشار أعلى في هوس إشعال الحرائق، والمقامرة المرضية، والاضطراب الانفجاري المتقطع، في حين حصلت الإناث على معدل انتشار أعلى في نتف الشعر. أما طلاب الجامعة، فقد ظهرت فروق دالة بين الجنسين في ثلاثة اضطرابات، حيث حصل الذكور على معدل انتشار أعلى في هوس إشعال الحرائق، والاضطراب الانفجاري المتقطع، في حين كان معدل انتشار هوس الشراء أعلى لدى الإناث.

٤- ظهرت فروق دالة بين ذكور الثانوية والجامعة، حيث حصل ذكور الثانوية على معدل انتشار أعلى في اضطرابي هوس الشراء، والاضطراب الانفجاري المتقطع. وكذلك ظهرت فروق دالة بين إناث الثانوية والجامعة، حيث حصلت إناث الثانوية على معدل انتشار أعلى في هوس الشراء، ونتف الشعر، والاضطراب الانفجاري المتقطع، في حين حصلت إناث الجامعة على معدل انتشار أعلى في المقامرة المرضية.

٥- وصل عدد معاملات الارتباطات المتبادلة بين متغيرات الدراسة في كل عينة (عند المستويين 0.05، و0.01) إلى 28 معاملا، وقد وصل عدد المعاملات الدالة إحصائيا عند طلبة الثانوي إلى (13) معاملا، منها (11) موجبة، وتسع معاملات لدى طالبات الثانوي، منها خمس موجبة، و(11) عند طلبة الجامعة، وكلها موجبة، و(14) لدى طالبات الجامعة، وكلها موجبة. وكانت أعلى معاملات الارتباط بين هوس نزع الجلد، ونتف الشعر، وبين نزع الجلد، وإدمان الإنترنت، لدى طلبة الثانوي، في حين كانت هذه المعاملات الأعلى عند طالبات الثانوي بين هوس نتف الشعر ونزع الجلد، وبين هوس الشراء إدمان الإنترنت، وبين هوس الشراء ونزع الجلد. وأما عند طلبة الجامعة فقد كان أعلى ارتباط بين هوس إشعال الحرائق والاضطراب الانفجاري المتقطع، وكانت أعلى الارتباطات لدى طالبات الجامعة بين هوس السرقة وإشعال الحرائق، وبين هوس السرقة والمقامرة المرضية.

***

الفصل السادس

مناقشة النتائج

على الرغم من أن التحديد العام لأهم فئات اضطرابات التحكم في الاندفاع يرجع إلى القرن السابع عشر، فقد كان الاهتمام بفحص هذه الاضطرابات وتشخيصها يزيد وينقص عبر القرون الثلاثة الأخيرة، ولكن هذه العقود الأخيرة شهدت تزايدا في الاهتمام بدراسة هذه الطائفة من الاضطرابات فضلا عن تشخيصها وعلاجها، وكان من بين أسباب الاهتمام بهذه الاضطرابات تأثيرها الكبير في الفرد والمجتمع.

ومع صعوبة الفصل بين الآثار السلبية لهذه الاضطرابات في الفرد والمجتمع، فإن تأثير بعضها يزداد في المجتمع، في حين أن بعضها الآخر يتضح تأثيره في الفرد. ويتجلى تأثير بعض تصنيفات هذه الاضطرابات في المجتمع، من النظر – على سبيل المثال – إلى تصنيفات فرعية من مثل: هوس إشعال الحرائق، والاضطراب الانفجاري المتقطع، الذي قد يؤدي إلى حرائق مدمرة أو إلى العدوان على الآخرين. كما يتضح تأثير بعض هذه الاضطرابات أكثر في حسن إدارة الفرد لحياته في اضطرابات من مثل: المقامرة المرضية، وإدمان الإنترنت، وهوس السرقة...، وغيرها.

ومن الممكن أن يكون لبعض هذه الفئات المرضية تأثير مدمر على الفرد، فقد يقبض عليه، ويودع في السجن لاقترافه سرقة مثلا. كما قد يكون لبعض هذه التصنيفات المرضية – أكثر من غيرها – أثر مدمر على الأسرة، كالمقامرة المرضية. وقد وصل الاهتمام بدراسة اضطرابات التحكم في الاندفاع، وتشخيصها، وعلاجها، إلى قمته في عام 1980؛ إذ أدرجت هذه الاضطرابات في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث، ومنذ ذلك التاريخ تزايدت البحوث العالمية بشأنها ولكن البحوث العربية في هذا الصدد نادرة، كما أن البحوث الكويتية غير متاحة فيما نعلم.

وقد حسبت معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع – في هذه الدراسة – لدى أربع عينات من طلاب الثانوية والجامعة من الجنسين، وكلهم من الكويتيين، كما استخرجت الفروق بين الجنسين، وبين المرحلتين، في هذه الاضطرابات. وفي حدود علم الباحثين، تعد هذه الدراسة من أولى الدراسات العربية التي تناولت اضطرابات التحكم في الاندفاع، من الناحيتين النظرية والعملية. وعلى أساس ظهور المعدلات المرتفعة لبعض هذه الاضطرابات، فإن هذه الدراسة تؤكد أهمية بحث هذه الاضطرابات لدى عينات المراهقين وصغار الراشدين، ونرى ضرورة تسليط الضوء على اضطرابات من مثل: هوس الشراء، ونزع الجلد، وإدمان الإنترنت، التي سوف تدرج في التصنيفات المستقبلية للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية.

ومن نافلة القول أن نذكر أن إمكانية تعميم نتائج أية دراسة، ومنها هذه الدراسة، تعتمد على جوانب عدة، من بينها: حجم العينة، ومعاملات ثبات المقاييس، وكذلك صدقها. وفيما يخص حجم العينة، فإن الحجم الكلي كبير (ن= 927)، كما أن حجم العينات الفرعية الأربع متقارب، وغير صغير (من 213 – 243)، يضاف إلى ذلك التقارب الكبير بين حجم عينة الذكور مقابل عينة الإناث في المرحلتين، وهذا التقارب في حجم العينات أمر ضروري، فمن الأهمية بمكان ألّا تعزى الفروق في النتائج لدى المجموعات الفرعية إلى تأثير حجم العينة.

وفيما يختص بالثبات، نجد أن معاملات ثبات ألفا للمقاييس المستخدمة في هذه الدراسة مناسبة، ما عدا مقياس هوس الشراء لدى طلبة الجامعة وطالباتها، ومن ثم يجب أن تعامل نتائج هذا المقياس بقدر من الحذر لدى طلاب الجامعة، وباستثناء ذلك تشير معاملات الثبات بوجه عام، إلى اتساق داخلي بين المقبول والمرتفع (انظر الجدول: 22). وأما نتائج التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية للمقاييس الفرعية، فتشير بوجه عام إلى الصدق العاملي لهذه المقاييس لدى المجموعات الأربع (انظر الجداول من 24 إلى31).

وأما الصـدق، فتشير تشبعات العامل الأول في كل مقياس فرعي على حدة إلى صـدق عاملي مقبول، كما تدل الارتباطات الدالة إحصـائيا بالمحك، إلى صدق مقبول مرتبط بالمحك، ولكن هذه الارتباطات ليسـت مرتفعة. ومن ثم فإن الحاجة ماسـة إلى حساب صدق كل مقياس فرعي بمحك يقيس الاضطراب نفسه، وذلك منوط بدراسة أخرى.

وقد حسبت معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع – في هذه الدراسة – باسـتخدام معيارين، **أولهما**: النسـبة المئوية للأشـخاص الذين اسـتوفوا المحكات التشخيصـية لكل اضطراب على حدة، اعتمادا على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المنقح للاضطرابات النفسية، وكان ذلك في ستة اضطرابات هي: الاضطراب الانفجاري المتقطع، وهوس السـرقة، وهوس إشـعال الحرائق، والمقامرة المرضـية، ونتف الشـعر، وأخيرا هوس الشـراء. **وثانيهما**: معيار النسبة المئوية للدرجات التي تزيد على المئين 95، في اضطرابي نزع الجلد، وإدمان الإنترنت، وقد استخدم هذان المعيـاران المختلفـان نظـرا لاختـلاف المقاييس المسـتخدمة في هذه الدراسـة. وبوجه عام، تعد معدلات الانتشـار المستخرجة من اضـطرابات التحكم في الاندفاع في هذه الدراسـة، مقاربة لبعض الدراسـات السـابقة، في حين أنها تزيد على بعضـها الآخر، وتقل عن غيرها.

ويعـد معـدل انتشـار هوس الشـراء، المسـتخرج لدى طلبـة الثانويـة وطالباتها (12.9% مقابـل 16.9% علـى التتابـع)، أقل بشـكل ملحوظ من نظـيره في عينات بريطانيـة (انظـر: Dittmar, 2005)، حيـث وصـل إلـى (44.1%)، وينطبق ذلك على معدل الانتشـار المسـتخرج مـن طلبة الجامعة وطالباتهـا (0.9% مقابل 3.3% علـى التتابـع)، حيث إنه أقـل بكثير من نظيره في عينات أمريكيـة وكندية (Hassay & Smith, 1996; Magee, 1994)، إذ وصـل إلـى (12.0% و16.0% علـى التتابع).

ويمكن توضيح معدل انتشار اضطراب هوس الشراء لدى عينة هذه الدراسة، على ثلاثة مستويات، **أولها**: أن بعض الباحثين توصلوا إلى أن بداية ظهور اضطراب هوس الشراء يحدث في مرحلة المراهقة، وتمتد حتى أواخر العشرينيات من العمر (Black, 2006) ؛ ومن ثم فهذه هي المرحلة التي يبدأ فيها الاضطراب، ويصبح محددا وواضحا وتزداد حالاته، **وثانيها**: ارتفاع المستوى الاقتصادي في المجتمع الكويتي؛ إذ بينت بعض البحوث أن هوس الشراء ينتشر أكثر في الدول التي تتميز بارتفاع مستوى الدخل، وتوافر الأسواق، وتنوع السلع (المرجع نفسه). **وثالثها**:أن الأشخاص في فترة المراهقة والجامعة، يهتمون بشكل كبير بالنواحي الشكلية والمظهرية، الأمر الذي يدفعهم إلى التسوق في المتاجر، وشراء آخر صيحات الموضة، والحرص على اقتناء أحدث الأجهزة التكنولوجية، ولاسيما أن وسائل الإعلام تقوم بدور بارز في إغراء هذه الفئة بالشراء وجذبها إلى التسوق بشكل اندفاعي.

ويقترب معدل انتشار هوس السرقة لدى الذكور من طلاب الثانوية والجامعة، (0.8% مقابل 0.4%)، من نظيره في عينات أمريكية (Odlaug & Grant, 2010) ؛ إذ وصل إلى (0.4%)، ولكنه يقل لدى الإناث في هذه الدراسة، حيث بلغ صفر% لعينتي إناث الثانوية والجامعة. وقد يعكس ذلك ارتفاع معدل الخوف لدى الإناث مقارنة بالذكور (Abdel – Khalek, 1994) ؛ ذلك الخوف الذي يجعل الإناث يحجمن عن فعل السرقة القهرية.

كما يعد المعدل المستخرج من اضطراب نتف الشعر في هذه الدراسة، لدى طلبة الثانوية وطالباتها (2.9%، و11.1%) على التتابع، أعلى بشكل ملحوظ، وبخاصة لدى الطالبات، مقارنة بدراسة إسرائيلية (King et al., 1995) ؛ إذ وصل فيها إلى (1.0%). وعلى العكس من طلاب الثانوية، نجد أن معدلات انتشار نتف الشعر لدى طلبة الجامعة وطالباتها في هذه الدراسة، التي تراوحت بين 1.7% و4.2 %، أقل بكثير مقارنة بثلاث دراسات أمريكية (Duke et al., 2010; McCarley et

al., 2002; Stanely et al., 1994) ؛ إذ تراوحت المعدلات في هذه الدراسات الثلاثة بين 9.7% و15.3%.

وكشفت هذه الدراسة كذلك، عن معدل انتشار لهوس إشعال الحرائق، تراوح بين 2.1% و0.4%، لدى طلبة الثانوية وطالباتها على التتابع، و1.7%، وصفر% لدى طلبة الجامعة وطالباتها على التتابع، وتشير الصورة الإكلينيكية لاضطراب هوس إشعال الحرائق إلى أن هذا الاضطراب يحدث عادة لدى الأشخاص الذين يتسمون بذكاء منخفض أو حدي، أو من لديهم صعوبات في التعلم، ويفتقرون إلى المهارات الاجتماعية والأكاديمية، ولكن ذلك قد لا يكون دقيقا تماما (Odlaug & Grant, 2010)، ومع ذلك يمكن تفسير انخفاض معدلات طلاب الجامعة عن طلاب الثانوية، في كل جنس على حدة، أن طلاب الجامعة يتسمون بدرجة أكبر من النضج العقلي والانفعالي بالمقارنة إلى طلاب الثانوية.

كما يعد معدل انتشار المقامرة المرضية، الذي تراوح لدى العينات الأربع في هذه الدراسة بين صفر%، و1.8%، أقل بصورة جلية، بالمقارنة إلى كثير من الدراسات السابقة؛ إذ تراوح في هذه الدراسات، بين 5.7% و15.0% (انظر: Adlaf & Lolamiteanu, 2000; Dubé & Ladouceur, 1995; Kerber, 2005; Ladouceur, Dubé, & Bujold, 1994; Lesieur et al., Lesieur & Klein, 1987; 2002; Lupa, Onaca, & Lupa, 2002; Platz, Knapp, & Crossman, (2005.

ولعل السبب الأساسي وراء انخفاض معدل انتشار المقامرة المرضية لدى عينات هذه الدراسة، مقارنة بالدراسات السابقة، وكلها أجنبية، هو أن المجتمع الكويتي مجتمع إسلامي، يحرم تحريما باتا سلوكيات من مثل المقامرة، كما أن ثقافة المجتمع الكويتي تستنكر مثل هذه السلوكيات، التي تعد سلوكيات مضادة للمجتمع والدين الإسلامي، ويلاحظ كذلك أن القانون في دولة الكويت يضع عقوبات شديدة

وضوابط صارمة تسهم بشكل كبير في الحد من سلوك المقامرة، الأمر الذي يحد من عدد الأشخاص الذين لديهم اندفاعات قوية للمقامرة.

وفيما يتعلق بالاضطراب الانفجاري المتقطع، فقد وصل معدل انتشاره إلى 16.2% لدى طلبة الثانوية، و2.5% لدى طالباتها، و2.6%، و0.5% لدى طلبة الجامعة وطالباتها، ويتساوى معدل الانتشار لدى طالبات الجامعة في هذه الدراسة مع نظرائهن في عينات أمريكية (Odlaug & Grant, 2010)، في حين يزيد معدل الانتشار لدى طلبة الثانوية بشكل ملحوظ، مقارنة ببعض الدراسات السابقة، حيث تراوح في هذه الدراسات، بين 2% و9.5% (Finkham et al., 2009; Kessler et al., 2006; Ortega et al., 2010).

ويمكن تفسير ارتفاع معدل انتشار الاضطراب الانفجاري المتقطع لدى طلبة الثانوية الذكور، مقارنة بالدراسات السابقة، بأن الأخيرة أجريت على عينات من الراشدين، في حين أن بعض الدراسات أوردت أن متوسط بداية هذا الاضطراب يحدث في مرحلة المراهقة، ولذا فمن المتوقع أن يزداد معدل انتشار هذا الاضطراب في مرحلة المراهقة، وبخاصة لدى الذكور (Coccaro & Danhey, 2006; Coccaro et al., 2005)، كما أن الأشخاص في مرحلة المراهقة، يمرون بتغيرات فيزيولوجية، نتيجة اضطراب الهرمونات، التي يمكن أن تؤثر في الجوانب السلوكية والانفعالية لدى المراهق، فتجعله أقل اتزانا، وأكثر عصبية وعدوانية، سواء أكان ذلك من الناحية اللفظية، أم الجسمية، أو الاثنين معا، في حين أن الشخصية تبدأ عادة في الاستقرار الانفعالي والسلوكي إبان فترة الرشد.

وتراوحت معدلات انتشار اضطراب نزع الجلد، لدى طلاب الثانوية والجامعة من الجنسين، بين 5.2% (طالبات الجامعة)، و6.3% (طالبات الثانوي)، ويقترب هذا المعدل من نظيره في عينات ألمانية (4.6%) (Bohne et al., 2002). وعينات أمريكية (5.4%) (Keuthen et al., 2010). ويمكن تفسير ظهور اضطراب نزع

الجلد لدى بعض أفراد هذه العينة، على أساس محورين، **أولهما**: أن اضطراب نزع الجلد، كما أسلفنا سابقا، يظهر غالبا في مرحلة المراهقة، كما يبدأ عادة بوصفه جزءا من الأمراض الجلدية كحب الشباب، **وثانيهما**: أن سلوك نزع الجلد، قد يكون وسيلة للتخفيف من مشاعر التوتر والقلق (Stein et al., 2010; O' sullivan, 2010).

وأسفرت نتائج هذه الدراسة كذلك عن معدل انتشار إدمان الإنترنت، تراوح بين 7.0% و7.4%، لدى طلبة الثانوية وطالباتها على التتابع، ويقترب هذا المعدل من نظيره في عينات صينية (6.7%) (Fu et al., 2010)، في حين أنه أعلى مقارنة بدراسة نرويجية (1.98%) (Johansson & Götestam, 2004)، وأقل بشكل ملحوظ مقارنة بدراسة مصرية (46.0%) (عبد المجيد، 2008). أما معدل انتشار إدمان الإنترنت لدى طلبة الجامعة وطالباتها، فقد تراوح بين 5.6% و5.3% على التتابع، ويقل هذا المعدل مقارنة بدراسة أمريكية (9.8%) (Anderson, 2001)، ودراسة يونانية (11.8%) (Frangos et al., 2010)، في حين أنه يقترب من نظيره في عينات كويتية (5.6%) (Hamada, 2009)، وتجدر الإشارة إلى أن المقارنة الأخيرة هنا ذات أهمية خاصة، حيث إن العينة مستمدة من طلاب جامعة الكويت.

واختلاف معدلات الانتشار بين الدراسات أمر وارد، نظرا لتدخل عدد من العوامل، ومنها: (أ) نوع العينة المستخدمة، وحجمها، وخصائصها، وطريقة اختيارها، (ب) الاختلاف بين أدوات الدراسة، (ج) الأسلوب الإحصائي المستخدم لتحديد معدلات الانتشار، (د) عدم التفرقة بين الأعراض والاضطراب (عبد الخالق، وعبد الغني، 2005).

وفيما يتعلق بالفروق الدالة بين الجنسين من طلاب الثانوية والجامعة، فقد حصلت طالبات الجامعة على معدل انتشار هوس الشراء أعلى من الطلبة، وتتفق هذه النتيجة مع معظم الدراسات (انظر: Black, Repertinger, Gaffney, &

Gabel, 1998; Dittmar, 2005; McElroy, Keck, Pope, Smith, & Strakowski, 1994; Roberts, 1998; Scholsser, Black, Repertinger, & Freet, 1994). وحصلت طالبات الثانوية على معدلات انتشار نتف الشعر أعلى من الطلبة، وتتفق هذه النتيجة مع ثلاث دراسات أمريكية (Christenson, Mackenzie, & Mitchell, 1991; Christenson et al., 1991; Stanley et al., 1994).

وكشف الذكور من طلبة الثانوية عن معدل انتشار أعلى من الإناث في المقامرة المرضية، وتتفق هذه النتيجة مع معظم الدراسات (انظر: Kristiansen et al., 2009; Labrie, Shaffer, LaPlante, & Wechsler, 2003; Lesieur et al., 1991; Lupa et al., 2002; Volberg et al., 2001; Winters, Bengston, Dorr, & Stinchfield, 1998). وسجل طلبة الثانوية والجامعة معدلات انتشار هوس إشعال الحرائق أعلى من الطالبات المناظرات لهن، وتتسق هذه النتيجة مع دراسة كندية (Mackay et al., 2009). كما تبين أن طلبة الثانوية والجامعة، لديهم معدلات انتشار أعلى من الطالبات، في الاضطراب الانفجاري المتقطع، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة أمريكية (Kessler et al., 2006)، ودراسة يابانية (Yoshimasu, Kawakami, & WMH - J, 2002 - 2006 Survey Group, 2011).

وعلى العكس من البحوث السابقة، لم تظهر فروق بين الجنسين من طلاب الثانوية والجامعة في اضطراب نزع الجلد، حيث بينت الأبحاث السابقة، أن معدل انتشار نزع الجلد أعلى وأكثر وضوحا لدى الإناث (انظر: Fruensgaard, 1984; Keuthen, Deckersbach, Wilhelm, Hale, Fraim, Baer et al., 2000; Wilhelm, Keuthen, Deckersbach, Engelhard, Forker, Baer et al., 1999).

وكذلك لم تسفر نتائج هذه الدراسة، عن فروق بين الجنسين في إدمان الإنترنت، وبوجه عام تضاربت نتائج الدراسات السابقة، فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في إدمان الإنترنت، فمنها ما أظهر عدم وجود فروق دالة بين الجنسين (انظر: عبد المجيد، 2008؛ Fu et al., 2010; Kim, Ryu, Chon, Yeun, Choi, & Seo et al., 2006; Soule, Shell, & Kleen 2003)، ومن ناحية أخرى، توصل عدد قليل من الدراسات، إلى أن الإناث أكثر إدمانا للإنترنت من الذكور (انظر: Hamada, 2009)، في حين أظهر كثير من البحوث الحديثة أن الذكور أكثر إدمانا على الإنترنت من الإناث (انظرعلى سبيل المثال:; Anderson, 2001 Canbaz, Sunter, Peksen, & Canbaz, 2009; Cao & Su, 2006; Frangos, 2010; Kherikhah, Juibary, & Gouran, 2010; Morahan – Martin & Schumacher, 2000; Mythily & Qiu, & Winslow, 2008; Sato, 2006; Xu, Shen, Yan, Wu, Ma, Jin et al., 2008).

وبالرغم من اختلاف نتائج الدراسات، فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في إدمان الإنترنت، فإنها اتفقت على أمر أساسي، وهو أن الذكور والإناث يختلفون في نمط الإدمان على الإنترنت أو نوعه، فالذكور أكثر إدمانا على الألعاب الإلكترونية، والمقامرة عبر الإنترنت، ومشاهدة المواد الإباحية، في حين أن الإناث أكثر إدمانا على الدردشة، والمراسلة، والتسوق عبر الإنترنت (Http://www. internetaddictionaddictionhelp.com/faq.php)، ولكن تجدر الإشارة إلى أن بحث نوعية الإدمان على الإنترنت لم تبحث في هذه الدراسة.

وفيما يختص بالفروق في اضطرابات التحكم في الاندفاع، اعتمادا على المرحلة الدراسية، فقد كشفت هذه الدراسة عن فروق دالة إحصائيا بين طلاب الثانوية والجامعة، حيث حصل ذكور الثانوية على معدل انتشار أعلى من ذكور الجامعة في هوس الشراء، والاضطراب الانفجاري المتقطع، في حين حصلت إناث الثانوية على

معدل انتشـار أعلى من إناث الجامعة في هوس الشـراء، ونتف الشعر، والاضطراب الانفجـاري المتقطـع. أمـا طالبات الجامعة فقد حصـلن على معدلات انتشـار أعلى في المقامـرة المرضـية. ويتضـح مـن هـذه النتائج بوجـه عـام، أن معظم معدلات انتشـار اضـطرابات التحكم في الاندفاع، أعلى لدى طلاب الثانوية من طلاب الجامعة، وهذه النتيجة تتسـق مع ما أسـفرت عنه البحوث السـابقة، من أن هذه الاضـطرابات أكثر وضـوحا وانتشـارا لدى المراهقين، كما أن متوسـط بداية ظهورها يكون في مرحلة المراهقة كما أسلفنا في الفصل الثاني.

وفيمـا يتصـل بالارتباطـات بـين التصـنيفات الفرعيـة لاضـطرابات التحكم في الاندفـاع، فقـد وصـل عـدد معامـلات الارتباط الدالـة إحصـائيا إلـى (13، 9، 11، 14) مـن 28 معامـلا في كل مصـفوفة ارتباطية لدى طلبة الثانـوي وطالباته، وطلبة الجامعـة وطالباتها على التتابع، ويلاحـظ أن هذه المعاملات الدالة أقل مما هو متوقع من ارتباطات بين تشخيصات فرعية لاضطراب واحد، هو التحكم في الاندفاع. وقد يرجع ذلك إلى القيم الصـفرية في بعض التشخيصـات الفرعية لهذا الاضطراب، من مثل: هوس السرقة، والمقامرة المرضية.

ومـن اللافت للنظـر، أن أعلى ارتباط في المصـفوفات الارتباطية الأربعة جميعا، بين هوس نتف الشـعر، وهوس نزع الجلد، لدى طلاب الثانوي من الجنسـين (انظر الجدول 37)، ومن الواضح أن الجامع المشترك بينهما هو الخلع (النتف أو النزع)، وقـد يكون ذلـك مواكبا لمرحلة المراهقة، حيث يصـاب عدد مـن المراهقين والمراهقات بحـب الشـباب، وقـد تكون هـذه العلاقـة الوثيقة بـين الاضـطرابين، خاصـية لمرحلة المراهقـة، ذلـك أن الارتباط بين هذين الارتباطين، قد انخفض انخفاضـا شـديدا، مع أنه ما زال دالا عند مسـتوى (0.05) لدى طالبات الجامعة، في حين أن هذا الارتباط أصبح غير دال إحصائيا، عند طلبة الجامعة (انظر الجدول 38). وعلى كل حال، فإن العلاقة بين هذين الاضطرابين جديرة ببحث مستقل.

حدود الدراسة

على الرغم من بعض جوانب القوة في هذه الدراسة من مثل كبر حجم العينات المستخدمة، والخصائص السيكومترية الجيدة للمقاييس، فمن الأهمية بمكان أن نذكر أن هذه الدراسة تعاني من بعض أوجه قصور، ومنها أولا – أن معظم أسئلة اضطرابات التحكم في الاندفاع تثير الحرج والخجل، ولذلك فقد تكون بعض إجابات المبحوثين غير صادقة ومتأثرة بالجاذبية الاجتماعية، ثانيا – لم تجر أية مقابلات مباشرة لتشخيص اضطرابات التحكم في الاندفاع، حيث إن الأدوات المسحية كالاستخبارات قد تعطي تشخيصا مبالغا فيه، لهذا النوع من الاضطرابات، ثالثا– بالرغم من أن الباحثين توصلوا إلى أن مقابلة «مينيسوتا» لاضطرابات التحكم في الاندفاع أداة إكلينيكية صادقة وثابتة، فإنه لا توجد بيانات تتعلق بالخصائص السيكومترية لصيغة التقرير الذاتي لهذه المقابلة في دراسات سابقة، والتي تم استخدامها في هذه الدراسة، وحسبت خصائصها القياسية، رابعا – استخدمت هذه الدراسة عينات من طلاب الثانوية والجامعة تراوحت أعمارهم بين 15 و35 سنة، ولذلك لا يمكن تعميم النتائج على الأعمار الأصغر أو كبار السن.

ومع ملاحظة أن العينات الأربع المستخدمة في هذه الدراسة، عينات غير مرضية، فإن بحث العلاقة بين الأنواع الفرعية لاضطراب التحكم في الاندفاع لدى عينات مرضية يعد موضوعا جديرا بالدراسة. والسؤال المهم هنا مفاده الآتي: هل إذا استمرت الارتباطات منخفضة بين التشخيصات الفرعية لدى مثل هذه العينة المقترحة، ستظل هذه الاضطرابات الفرعية مندرجة تحت اضطراب عام واحد، ألا وهو اضطراب التحكم في الاندفاع؟ إن ذلك جدير بدراسة مستفيضة.

الخلاصة

على الرغم من أن معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع، تماثل إلى حد بعيد الاضطرابات النفسية الأخرى، كالاكتئاب، أو الاضطراب ثنائي القطب، فإن هناك دراسات بحثية قليلة، فحصت معدلات انتشار اضطرابات التحكم في الاندفاع، مع أن بعضها شائع إلى حد كبير، وبعضها له نسب وتكرارات مرتفعة، بين طلاب الثانوية والجامعة، وتدل هذه المعدلات المرتفعة، على أن بداية هذه الاضطرابات، قد تكون في مرحلة المراهقة المتأخرة ومرحلة الرشد، ولذلك ينبغي معالجتها قبل أن تتطور إلى المراحل الإكلينيكية للاضطراب.

وتشير الأدلة المتراكمة إلى أن اضطرابات التحكم في الاندفاع، وعلى وجه الخصوص الاضطرابات التي سوف تضاف حديثا إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، ومنها على سبيل المثال: هوس الشراء، وإدمان الانترنت، ونزع الجلد، والهوس الجنسي، سوف تمثل فئة من أكثر فئات الاضطرابات النفسية شيوعا، وأشدها ضررا، في جميع أنحاء العالم، واعتمادا على ذلك، تبدو الحاجة ماسة إلى دراسات في المستقبل، تستخدم عينات أكبر، لتأكيد هذه النتائج، كما ينبغي دراسة تأثير هذه الاضطرابات على الشباب، وعلاقة هذه الاضطرابات بغيرها من الاضطرابات، وبالأخص اضطراب الوسواس القهري، حيث أكد كثير من الدراسات أن هناك علاقة وثيقة بين الاضطرابين.

وأخيرا، لا بد من تأكيد دور المدارس في توعية الطلاب حول هذه السلوكيات، ومدى توافر مصادر العلاج، فالاعتراف المبكر بهذه الاضطرابات وعلاجها، يحسن حياة الأشخاص بشكل ملموس، وينعكس إيجابا على المجتمع.

***

المراجع

عبد الخالق، أحمد (1992). المقياس العربى للوسواس القهري. الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية.

عبد الخالق، أحمد (2002). الوسـواس القهري: التشـخيص والعلاج. جامعة الكويت: مجلس النشر العلمي.

عبد الخالق، أحمد، والجوهري، شيماء (غير منشور – أ) قائمة اضطرابات التحكم في الاندفاع المشتق من مقابلة «مينيسوتا».

عبد الخالق، أحمد، والجوهري، شيماء (غير منشور – ب). مقياس أثر نزع الجلد.

عبد الخالق، أحمد، والجوهري، شيماء (غير منشور – ج). مقياس الاستخدام القهري للإنترنت.

عبـد الخالـق، أحمـد، وعبدالغنـي، السـيد (2005). معدلات انتشـار الاكتئـاب لدى عينة مـن الأطفال المصريين. مجلة الطفولة العربية، 6، العدد 23، 8 – 25.

عبد الخالق، أحمد، وعيد، غادة، والنيال، مايسـة (2010). حب الحياة لدى عينتين من طلاب الجامعة الكويتيـين واللبنانيـين: دراسـة في علـم النفسـ الإيجابـي. حوليـات الآداب والعلوم الاجتماعيـة، جامعة الكويت، الحولية 31، الرسالة 321.

عبد المجيد، محمد صـلاح (2008) إدمان الإنترنت وعلاقته بتنظيم الذات وحب الاسـتطلاع لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة الفيوم، مصر.

Abdel - Khalek, A.M. (1994). "Normative Results on the Arabic Fear Survey Schedule III". **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, 25, 61 - 67.

Abdel - Khalek, A.M. (1998). "The Development and Validation of the Arabic Obsessive Compulsive Scale". **European Journal of Psychological Assessment**, 14,146 - 158.

Adamec, C.A. (2008). **Impulse Control Disorders**. New York: Infobase Publishing.

Adlaf, E. M., & Ialomiteanu, A. (2000). "Prevalence of Problem Gambling in Adolescents: Findings from the 1999 Ontario Student Drug Survey". **Canadian Journal of Psychiatry**, 45, 752 - 755.

American Psychiatric Association (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

Anderson, K.J. (2001). "Internet Use among College Students: An Exploratory

Study". **Journal of American College Health**, 50, 21 – 26.

Black, D. W. (2001). "Compulsive Buying Disorder: Definition, Assessment, Epidemiology and Clinical Management". **Central Nervous System Drugs**, 15, 17 – 27.

Black, D.W. (2006). "Compulsive Shopping". In E. Hollander & D.J. Stein (Eds.) , **Clinical Manual of Impulse Control Disorders** (pp. 203–228). Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Black, D.W. (2010). "Compulsive Buying: Clinical aspects". In E. Aboujaoude & L.M. Koran (Eds.) , **Impulse Control Disorders** (pp. 5 – 23). New York: Cambridge University Press.

Black, D.W., Repertinger, S., Gaffney ,G.R., & Gabel, J. (1998). "Family History and Psychiatric Comorbidity in Persons with Compulsive Buying: Preliminary Findings". **American Journal of Psychiatry**, 155, 960 – 963.

Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N.J., Baer, L., & Jenike, M.A. (2002). "Skin Picking in German Students: Prevalence, Phenomenology, and Associated Characteristics. **Behavior Modification**, 26, 320 – 339.

Bondolfi, G., Osiek, C., & Ferrero, F. (2000). "Prevalence Estimates of Pathological Gambling in Switzerland". **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 101, 473 – 475.

Çalıkuşu, C., & Tecer, Ö. (2010). "Skin Picking: Clinical Aspects". In M.K. Loran & E. Aboujaoude (Ed.), **Impulse Control Disorder** (pp. 124 – 135). New York: Cambridge University Press.

Canbaz, S., Sunter ,A.T., Peksen, Y., & Canbaz, M.A. (2009). "Prevalence of the Pathological Internet Use in a Sample of Turkish School Adolescents". **Iranian Journal of Public Health**, 38, 64 – 71.

Cao, F., & Su, L. (2006). "Internet Addiction Among Chinese Adolescents: Prevalence and Psychological Features". **Child: Care, Health and Development**, 33, 275 – 281.

Christenson, G.A., Pyle, R.L., & Mitchell, J.E. (1991). "Estimated Lifetime Prevalence of Trichotillomania in College Students". **Journal of Clinical Psychiatry**, 52, 415 – 417.

Christenson, G. A., Mackenzie, T. B., & Mitchell, J.E. (1991). "Characteristics of 60 Adult Chronic Hair Pullers". **American Journal of Psychiatry**, 148,

365–370.

Coccaro, E.F., & Danhey, M. (2006). "Intermittent Explosive Disorder". In E. Hollander & D.J. Stein (Eds.) , **Clinical Manual of Impulse Control Disorders** (pp. 19 – 38).Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Coccaro, E.F., Posternak ,M.A., & Zimmerman, M. (2005). "Prevalence and Features of Intermittent Explosive Disorder in a Clinical Setting". **Journal of Clinical Psychiatry,** 66, 1221 – 1227.

Dell' Osso, B., Allen, A., Altamura, A.C., Buoli, M., & Hollander, E. (2008). "Impulsive – Compulsive Buying Disorder: Clinical Overview". **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 42, 259 – 266.

Dell' Osso, B., Altamura, A.C., Allen, A., Marazziti, D., & Hollander, E. (2006). "Epidemiologic and Clinical Updates on Impulse Control Disorders: A Critical Review". **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, 256, 464 – 475.

Dittmar, H. (2005). "Compulsive Buying – a Growing Concern? An examination of Gender, Age, and Endorsement of, Materialistic Values as Predictors". **British Journal of Psychology**, 96, 467 – 491.

Dubé, D., & Ladouceur, R. (1995). "Prevalence of Pathological Gambling and Associated Problems in Individuals who Visit Non - Gambling Video Arcades". **Journal of Gambling Studies**, 11, 361 – 365.

Duke, D.C., Keeley, M.L., Ricketts, E.J., Geffken, G.R., & Storch, E.A. (2010). "The Phenomenology of Hair Pulling in College Students". **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, 32, 281 – 291.

Durst, R., Katz, G., Teitelbaum, A., Zislin, J., & Dannon, P.N. (2001). "Kleptomania: Diagnosis and Treatment Options". **Central Nervous System Drugs**, 15, 185 – 195.

Ergin, E.A. (2010). "Compulsive Buying Behavior Tendencies: The Case of Turkish Consumers". **African Journal of Business Management**, 4, 333 – 338.

Fama, J.M. (2010). "Skin Picking Disorder Fact Sheet". Retrieved December5, 2010fromhttp://www.ocfoundation.org/uploadedFiles/MainContent/Find_Help/Skin%20Picking%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf

Fincham, D., Grimsrud, A., Corrigall, J., Williams, D.R., Seedat, S., Stein, D.J., et al. (2009). "Intermittent Explosive Disorder in South Africa: Prevalence, Correlates and the Role of Traumatic Exposures". **Psychopathology** ,42, 92 – 98.

Fontenelle, L.F., Mendlowicz, M.V., & Versiani, M. (2005). "Impulse Control Disorders in Patients with Obsessive – Compulsive Disorder". **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, 59, 30 – 37.

Frangos, C.C., Frangos, C.C., & Kiohos, A. (2010). "Internet Addiction among Greek University Students: Demographic Associations with the Phenomenon Using the Greek Version of Young's Internet Addiction Test". **International Journal of Economic Sciences and Applied Research**, 3, 49 – 74.

Franklin, M.E., Tolin, D.F., & Diefenbach, G.J. (2006). "Trichotillomania". In E. Hollander & D.J. Stein (Eds.) , **Clinical Manual of Impulse Control Disorders** (pp. 149 – 174). Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Fruensgaard, K. (1984). "Neurotic Excoriations: A Controlled Psychiatric Examination". **Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum** , 69, 1–52.

Fu, K.W., Chan, W.S.C., Wong, P.W.C., & Yip, P.S.F. (2010). "Internet Addiction: Prevalence, Discriminant Validity and Correlates among Adolescents in Hong Kong". **British Journal of Psychiatry**, 196, 486 – 492.

Geller, J.L., Fisher, W.H., & Moynihan, K. (1992). "Adult Lifetime Prevalence of Firesetting Behaviors in a State Hospital Population". **Psychiatric Quarterly**, 63,129 – 142.

Goldsmith, T.D., & Shapira, N.A. (2006). "Problematic Internet Use". In E. Hollander & D.J. Stein (Eds.) , **Clinical Manual of Impulse Control Disorders** (pp. 291 – 308). Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Grant, J.E. (2006). "Understanding and Treating Kleptomania: New Models and New Treatments". **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences**, 43, 81 – 87.

Grant, J.E., Levine, L., Kim, D., & Potenza, M.N. (2005). "Impulse Control Disorders in Adult Psychiatric Inpatients". **American Journal of Psychiatry**, 162, 2184 – 2188.

Grant, J.E., Mancebo, M.C., Pinto, A., Eisen, J.L., & Rasmussen, S.A. (2006). "Impulse Control Disorders in Adults with Obsessive Compulsive Disorder". **Journal of Psychiatry Research**, 40,494 – 501.

Grant J.E., Mancebo ,M.C., Eisen J.L., & Rasmussen, S.A. (2010). "Impulse – Control Disorders in Children and Adolescents with Obsessive - Compulsive Disorder". **Psychiatry Research**, 175, 109 – 113.

Griffith, A. (2010). "Dermatillomania or Compulsive Skin picking: A Very Real Disorder". Retrieved December 5, 2010, from http://www.suite101.com/content/dermatillomania - or - compulsive - skin - picking - a - very - real - disorder - a275301.

Hamade, S. N. (2009). "Internet Addiction among Undergraduate Students of Kuwait University". **Digest of Middle East Studies**, 18, 4 – 16.

Hassay, D.N., & Smith, M.C. (1996). "Compulsive Buying: An Examination of the Consumption Motive". **Psychology and Marketing**, 13, 295 – 315.

Hayes, S.L., Storch, E.A., & Berlanga, L. (2009). "Skin Picking Behaviors: An Examination of the Prevalence and Severity in a Community Sample". **Journal of Anxiety Disorders**, 23, 314 – 319.

Hinić, D., Mihajlović, G., Špirić, Ž., Đukić - Dejanović, S., & Jovanović, M. (2008). "Excessive Internet Use – Addiction Disorder or Not?" **Vojnosanitetski Pregled**, 65, 763 – 767.

Hollander, E., Baker, B.R., Kahn, J., & Stein, D.J. (2006). "Conceptualizing and Assessing Impulse – Control Disorders". In E. Hollander & D.J. Stein (Eds.), **Clinical manual of Impulse Control Disorders** (pp. 1 – 18). Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Hoppe, L.J., Ipser, J., Lochner, C., Thomas, K.G.F., & Stein, D.J. (2010). "Should there be a Category: "Grooming Disorders?" In A.V. Kalueff, J.L. Laporte, & C.L. Bergner (Eds.) , **Neurobiology of Grooming Behavior** (pp. 226 – 251). New York: Cambridge University Press.

Karam, E.G., Mneimneh, Z.N., Dimassi, H., Fayyad, J., Karam, A.N., Nasser, S.C., et al. (2008). "Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Lebanon: First Onset, Treatment, and Exposure to War". **Plos Medicine**, 5, 579 – 586.

Kerber, C. S. (2005). "Problem and Pathological Gambling among College Athletes". **Annals of Clinical Psychiatry**, 17, 243 - 247.

Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., & Walters, E.E. (2005). "Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12 - month DSM - IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication". **Achieves of General Psychiatry**, 62, 617 – 627.

Kessler, R.C., Coccaro, E.F., Fava, M., Jeager, S., Jin, R., & Walters, E.E. (2006). "The Prevalence and Correlates of DSM - IV Intermittent Explosive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication". **Achieves of General Psychiatry**, 63, 669 – 678.

Keuthen, N.J., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Engelhard, I., Forker, A., O'sullivan, R.L., et al. (2001). "The Skin Picking Impact Scale (SPIS) : Scale Development and Psychometric Analyses". **Psychosomatics**, 42, 397 – 403.

Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Hale, E., Fraim, C., Baer, L., et al. (2000). "Repetitive Skin Picking in a Student Population and Comparison with a Sample of Self - Injurious Skin Pickers". **Psychosomatics**, 41, 210–215.

Keuthen, N.J., Koran, L.M., Aboujaoude, E., Large, M.D., & Serpe, R.T. (2010). "The Prevalence of Pathologic Skin Picking in US Adults". **Comprehensive Psychiatry**, 51, 183 – 186.

Kheirkhah, F., Juibary,A.G., & Gouran, A. (2010). "Internet Addiction, Prevalence and Epidemiological Features in Mazandaran Province, Northern Iran". **Iranian Red Crescent Medical Journal**, 12, 133 – 137.

Kim, K., Ryo, E., Chon, M., Yeun, E., Choi, S., Seo, J., et al. (2006). "Internet Addiction in Korean Adolescents and its Relation to Depression and Suicidal Ideation: A questionnaire Survey". **International Journal of Nursing Studies**, 43, 185 – 192.

King, R.A., Zohar, A.H., Ratzoni, G., Binder, M., Kron, S., Dycian, A., et al. (1995). "An Epidemiological Study of Trichotillomania in Israeli Adolescents". **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**,34, 1212 – 1215.

Kline, P. (2000). **Handbook of Psychological Testing** (2nd ed.). London: Routledge.

Koran, L.M., Faber, R.J., Aboujaoude, E., Large, M.D., & Serpe, R.T. (2006). "Estimated Prevalence of Compulsive Buying Behavior in the United States". **American Journal of Psychiatry**, 163, 1806 – 1812.

Kristiansen, S., & Jensen, S. M. (2009). "Prevalence of Gambling Problems among Adolescents in the Nordic Countries: An Overview of National Gambling Surveys 1997–2009". **International Journal of Social Welfare**, 20, 75 – 86.

Kwak, H., Zinkhan, G.M. , & Crask, M.L. (2003). "Diagnostic Screener for Compulsive Buying: Applications to the USA and South Korea". **The Journal of Consumer Affairs**, 37, 161 – 169.

LaBrie, R. A., Shaffer, H. J., LaPlante, D. A., & Wechsler, H. (2003). "Correlates of College Student Gambling in the United States". **Journal of American College Health**, 52, 53–62.

Ladouceur, R., Dubé, D., & Bujold, A. (1994). "Prevalence of Pathological Gambling and Related Problems among College Students in the Quebec Metropolitan Area". **Canadian Journal of Psychiatry**, 39, 293 – 298.

Lee, S., & Mysyk, A. (2004). "The Medicalization of Compulsive Buying". **Social Science and Medicine**, 58, 1709 – 1718.

Lejoyeux, M., Mcloughlin, M., & Ades, J. (2006). "Pyromania". In E. Hollander & D.J. Stein (Eds.) , **Clinical Manual of Impulse Control Disorders** (pp. 229 – 250). Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Lesieur, H.R., Cross, J., Frank, M., Welch, M., White, C.M., Rubenstein, G., et al. (1991). "Gambling and Pathological Gambling among University Students". **Addictive Behaviors**, 16, 517 – 527.

Lesieur, H.R., & Kline, R. (1987). "Pathological Gambling among High School Students". **Addictive Behaviors**, 12, 129 – 135.

Liu, T., & Potenza, M.N. (2010). "Problematic Internet Use: Clinical Aspects". In E. Aboujaoude & L.M. Koran (Eds.) , **Impulse Control Disorders** (pp. 167 – 181). New York: Cambridge University Press.

Lupa, V., onaca, E., & Lupa, D. (2002). "The Prevalence of Pathological Gambling in Romanian Teenagers". **Minerva Medica**, 93, 413 – 418.

MacKay, S., Paglia - Boak, A., Henderson, J., Marton, P., & Adlaf, E. (2009). "Epidemiology of Firesetting in Adolescents: Mental health and Substance Use Correlates". **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 50, 1282 – 1290.

Magee, A. (1994). "Compulsive Buying Tendency as a Predictor of Attitude and Perceptions". **Advances in Consumer Research**, 21, 590 – 594.

Marazziti, D., Mungai, F., & Giannotti, D. (2003). "Kleptomania in Impulse Control Disorders, Obsessive - Compulsive Disorder, and Bipolar Spectrum

Disorder: Clinical and Therapeutic Implications". **Current Psychiatry Reports**, 5, 36 – 40.

McCarley, N.G., Spirrison, C.L., & Ceminsky, J.L. (2002). "Hair Pulling Behavior Reported by African American and non - African American College Students". **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, 24, 139 – 144.

McElroy, S.L., Keck, P.E., Pope, H.G., Smith, J.M., & Strakowski, S.M. (1994). "Compulsive Buying: A Report of 20 Cases". **The Journal of Clinical Psychiatry**, 55, 242 – 248.

Meerkerk, G.J., Ejinden, V.D., & Garretsen, H.F.L. (2007). "Prevalence and Stability of Compulsive Internet Use in the Netherlands". In G.J. Meerkerk (Ed.) , **Pwned by the Internet: Explorative Research in to the Causes and Consequences of Compulsive Internet Use** (pp. 36 – 45). The Netherlands: IVO, Addiction Research Institute, Rotterdam.

Meerkerk, G.J., Eijnden, V. D., Vermulst, A., & Garretsen, H. (2009). "The Compulsive Internet Use Scale (CIUS) : Some psychometric properties". **Cyber Psychology and Behavior**, 12, 1 – 6.

Morahan – Martin, J., & Schumacher, P. (2000). "Incidence and Correlates of Pathological Internet Use among College Dtudents". **Computers in Human Behavior**, 16, 13 – 29.

Mythily, S., Qiu, S., & Winslow, M. (2008). "Prevalence and Correlates of Excessive Internet Use among Youth in Singapore". **Annals Academy of Medicine Singapore**, 37, 9 – 14.

Nalwa, K., & Anand, A. P. (2003). "Internet Addiction in Students: A Cause of Concern". **Cyber Psychology and Behavior**, 6, 653 – 656.

Odlaug, B.L., & Grant, J.E. (2010). "Impulse – control Disorders in a College Sample: Results from the Self - administered Minnesota Impulse Disorders Interview (MIDI)". **Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry**, 12, 1354 – 1358.

Ortega, A. N., Canino, G., & Alegria, M. (2008) , "Lifetime and 12 - Month Intermittent Explosive Disorder in Latinos". **American Journal of Orthopsychiatry**, 78, 133–139.

O'sullivan, R.L. (2010). "The Disease of Compulsive Skin Picking:

Dermatillomania – The Disease of Skin Picking". Retrieved December 5, 2010 from http://www.suite101.com/content/the - disease - of - compulsive - skin - picking - a219821.

O'sullivan, R.L., Phillips, K.A., Keuthen, N.J., & Wilhelm, S. (1999). "Near – fatal Skin Picking from Delusional Body Dysmorphic Disorder Responsive to Fluvoxamine". **Psychosomatics**, 40, 79 – 81.

Platz, L., Knapp, T.J., & Crossman, E.W. (2005). "Gambling by Underage College Students: Preferences and Pathology". **College Student Journal**, 39, 3 – 6.

Reber, A.S., & Reber, E.S. (2001). **The Penguin Dictionary of Psychology** (3rd ed). London: Penguin Books.

Ritchie, E.C., & Huff, T.G. (1999). "Psychiatric Aspects of Arsonists". **Journal of Forensic Sciences**, 44, 733 – 744.

Sato, T. (2006). "Internet Addiction among Students: Prevalence and Psychological Problems in Japan". **Japan Medical Association Journal**, 49, 279 – 283.

Schlosser, S., Black , D.W., Repertinger, S., & Freet, D. (1994). "Compulsive Buying: Demography, Phenomenology, and Comorbidity in 46 subjects". **General Hospital Psychiatry**, 16, 205 – 216.

Soule, L.C., Shell, L.W., & Kleen, B.A. (2003). "Exploring Internet Addiction: Demographic Characteristics and Stereotypes of Heavy Internet Users". **The Journal of Computer Information Systems**, 44, 64 – 73.

Soutullo, C. A., McElroy, S. L., & Goldsmith, R. J. (1998). "Cravings and Irresistible Impulses: Similarities Between Addictions and Impulse Control". **Psychiatric Annals**, 28, 592 – 600.

Stanely, M.A., Borden, J.W., Bell, G.E., & Wagner, A.L. (1994). "Nonclinical Hair Pulling: Phenomenology and Related Psychopathology". **Journal of Anxiety Disorders**, 8, 119 – 130.

Stein, D.J., Grant, J.E., Franklin, M.E., Keuthen, N., Lochner, C., Singer, H.S., et al. (2010). "Trichotillomania (hair pulling disorder) , Skin Picking Disorder, and Stereotypic Movement Disorder: Toward DSM - V". **Depression and Anxiety** ,27, 611–626.

Tamam, L., Zengin, M., Karakus, C., & Ozturk, Z. (2008). "Impulse Control

Disorders in an Inpatient Psychiatry Unit of a University Hospital". **Bulletin of Clinical Psychopharmacology**,18, 153 – 161.

Volberg, R.A., & Abbott, M. (1994). "Lifetime Prevalence Estimates of Pathological Gambling in New Zealand". **International Journal of Epidemiology**, 23, 976 – 983.

Volberg, R.A., Abbott, M.W., Rönnberg, S., & Ingrid, M. (2001). "Prevalence and Risks of Pathological Gambling in Sweden". **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 104, 250 – 265.

Volberg, R.A., & Vales, P.A. (2002). "Prevalence Estimates of Pathological Gambling in Puerto Rico". **Revista Puertorriqueña de Psicología**,13, 71 – 98.

Westermeyer, J., Canive, J., Garrard, J., Thuras, P., & Thompson, J. (2005). "Lifetime Prevalence of Pathological Gambling among American Indian and Hispanic American Veterans". **American Journal of Public Health**, 95, 860 – 866.

Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Engelhard, I. M., Forker, A. E., Baer, L., et al. (1999). "Self - injurious Skin Picking: Clinical Characteristics and Comorbidity". **Journal of Clinical Psychiatry**, 60, 454–459.

Winters, K. C., Bengston, P., Dorr, D., & Stinchfield, R. (1998). "Prevalence and Risk Factors of Problem Gambling among College Students". **Psychology of Addictive Behaviors**, 12, 127–135.

Wong, I.L.K., & So, E.M.T. (2003). "Prevalence Estimates of Problem and Pathological Gambling in Hong Kong". **American Journal of Psychiatry**, 160, 1353 – 1354.

Woods, D.W., Flessner, C., Franklin, M.E., Wetterneck, C.T., Walther, M.R., Anderson, E.R., et al. (2006). "Understanding and Treating Trichotillomania: What we Know and what we don't Know". **The Psychiatric Clinics of North America**, 29, 487 – 501.

Xu, J., Shen, L.X., Yan, C.H., Wu, Z.Q., Ma, Z.Z., Jin, X.M., et al. (2008). "Internet Addiction among Shanghai Adolescents: Prevalence and Epidemiological Features". **Chinese Journal of Preventive Medicine**, 48, 735 – 738.

Yoshimasu, K., Kawakami, N., & WMH - J 2002 - 2006 Survey Group. (2011). "Epidemiological Aspects of Intermittent Explosive Disorder in Japan:

Prevalence and Psychosocial Comorbidity: Findings from the World Mental Health Japan Survey 2002 - 2006". **Psychiatry Research**, 186, 384 – 389.

Impulse Control Disorders:

A Theoretical Exposition and Prevalence Rates among Kuwaiti Students

Abstract

The present study sought to (a) introduce the theoretical aspects of impulse control disorders (ICD) , (b) explore its prevalence rates in a sample of Kuwaiti students, (c) investigate the sex and academic stage differences, and (d) estimate the correlations between these disorders. The sample consisted of 927 male and female high school and university students. Their ages ranged from 15 – 34 years. They responded to the Impulse Control Disorders Questionnaire derived from the Minnesota interview, Skin Picking Impact Scale, and the Compulsive Internet Use Scale. It was found that most of the scales have from adequate to high internal consistency and high factorial validity. Prevalence rates ranged between 16.9% for compulsive buying and 0% for pathological gambling and kleptomania. There were also significant sex differences in some disorders. High school students obtained the highest prevalence rates of ICD comparing to undergraduates. The highest correlation coefficients were between trichotillomania and skin picking among high school students, whereas it was between pyromania and intermittent explosive disorders among male undergraduates, and between kleptomania and pyromania in female undergraduates. By and large, the results indicated that ICD had specific prevalence rates among high school and university students. It increased particularly in the former sample. Therefore, it is important to further study these disorders in terms of their causes, effects, relations to other disorders, and treatment methods.

The Author

Shaima'a W. Aljawhary

Qualifications:

Bachelor Degree in Psychology, College of Social Sciences, University of Kuwait, 2007, with Distinction.

Post Graduate student, Psychology Department, College of Social Sciences, Kuwait University.

Publications:

Articles (Co – author) :

"Impulse Control Disorders: A Theoretical Exposition and Prevalence Rates among Kuwaiti Students". (Accepted). **Annals of the Arts and Social Sciences.**

"Psychometric Properties of the Big Five Questionnaire for Children in a Sample of Kuwaiti Adolescents". (Submitted).

"Personality Factors Predicting Depressive Symptoms in a Sample of Kuwaiti Adolescents." (Submitted).

"Religiosity and its Relation to the Big Five Personality Factors in a Sample of Kuwaiti Adolescents (Submitted).

Scales (unpublished) :

The Arabic Version of the Big Five Questionnaire for Children (BFQ – C).

The Impulse Control Disorders Inventory derived from Minnesota interview.

The Arabic Version of the Skin Picking Impact Scale (SPIS).

The Arabic Version of The Compulsive Internet Use Scale (CIUS).

Diagnostic Inventory of Depression.

The Author

Ahmed M. Abdel - Khalek

Ph.D. in Psychology, Alexandria University, Egypt, 1974.

Professor, Department of Psychology, College of Social Sciences, University of Kuwait

Publications

Books:

1. **Personality Assessment**. Kuwait University: The Authorship, Translation and Publication Committee, in Arabic, 1996.
2. **Anorexia Nervosa**. Kuwait: Kuwait Foundation for the Advancement of Sciences, in Arabic, 1997.
3. **Psychology of Trauma**. Kuwait University: The Authorship, Translation and Publication Committee, in Arabic, 1998.
4. **Lexicon of Personality: Relevant Terms**. Kuwait University: The Authorship, Translation and Publication Committee, in Arabic, 2000.
5. **Obsession - compulsion: Diagnosis and Treatment**. Kuwait University: The Authorship, Translation and Publication Committee, in Arabic, 2002.
6. **The Lexicon of Affective Traits**. Kuwait University: The Authorship, Translation and Publication Committee, in Arabic, 2004.
7. **Psychology of Death and Dying**. Kuwait University: The Authorship, Translation, and Publication Committee, in Arabic, 2005.
8. **Psychology of Personality**. Kuwait University: The Authorship, Translation and Publication Committee, in Arabic, 2009.

Articles:

1. "Love of Life as a New Construct in the well - being Domain". **Social Behavior and Personality**, 2007, 35, 125 - 134.
2. "Religiosity, Happiness, Health and Psychopathology in a Probability Sample of Muslim Adolescents". **Mental Health, Religion and Culture**, 2007, 10, 571 - 583.
3. "The Development and Validation of the Arabic Scale of Insomnia. (ASI)". **Sleep and Hypnosis**, 2008, 10, 3 - 10.
4. "Quality of Life, Subjective Well - being and Religiosity in Muslim College Students". **Quality of Life Research**, 2010, 19, 1133 - 1143.
5. "Editorial: Islam and Mental Health: A Few Speculations". **Mental health, Religion and Culture**, 2011, 14, 87 - 92.
6. "The Development and Validation of the Arabic Scale of Mental Health (ASMH)". **Psychological Reports**, 2011, 109, 949 - 964.
7. "Subjective Well - being and Religiosity: A Cross - sectional Study with Adolescents, Young and Middle - age Adults". **Mental Health, Religion and Culture**, 2012, 15, 39 – 52.

Monograph 413

Impulse Control Disorders:
A Theoretical Exposition and Prevalence Rates among Kuwaiti Students

Prof. Ahmed M. Abdel-Khalek Mrs. Shaima'a W. Aljawhary
Department of Psychology - College of Social Sciences
University of Kuwait

استبانة آراء القارئ

عزيزي القارئ:

يسر أسرة تحرير حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية أن ترحب بكم وتتقدم لكم بأطيب التحيات، شاكرين لكم سلفاً تعاونكم من أجل تطوير الحوليات؛ وذلك من خلال إجابتكم عن هذه الأسئلة:

١ – العمر: ..... سنة

٢ – الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

٣ – بلد الإقامة: الكويت ☐ خارج الكويت (اذكر) .....

٤ – التعليم:

ثانوي ☐ جامعي ☐ ماجستير ☐ دكتوراه ☐

٥ – طبيعة المهنة:

أكاديمي ☐ إداري ☐ مهني ☐ أخرى (واذكرها)...

٦ – مواضيعك المفضلة:

أدبية ولغوية ☐ سياسية ☐ اجتماعية ونفسية ☐

تاريخية ☐ ثقافية ☐ أخرى (واذكرها) ...

٧ – كيف تحصل على الحوليات؟

شراء ☐ اشتراكاً ☐ استعارة ☐

٨ – هل تصلك الحوليات في الوقت المناسب؟ نعم ☐ لا ☐

٩ – رأيك في حجم الحوليات؟

كبير ☐ متوسط ☐ صغير ☐

١٠ – كيف ترى موضوعات الحوليات؟

متنوعة ☐ غير متنوعة ☐

١١ – ما الطابع العام للحوليات من وجهة نظرك؟

لغوي ☐ اجتماعي ☐ تاريخي ☐ جغرافي ☐ متنوع ☐

١٢ – هل تقرأ الحوليات بانتظام؟ نعم ☐ لا ☐

١٣ – هل تقرأ الحوليات فقط إذا كان موضوعها له علاقة بتخصصك؟ نعم ☐ لا ☐

١٤ – هل تقرأ الحوليات فقط إذا كنت ستستعين بمادتها كمرجع لبحث؟ نعم ☐ لا ☐

١٥ – هل تحتفظ بالحوليات بعد قراءتها؟ نعم ☐ لا ☐

١٦ – اقتراحاتك لتطوير الحوليات وتطوير خدماتها للقارئ:

.....

.....

.....

حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية

مجلس النشر العلمي – جامعة الكويت

ص. ب: 17370 الخالدية
الكويت 72454
دولة الكويت

البريد الجوي
BY AIR MAIL
PAR AVION

المجلة العربية للعلوم الإدارية

Arab Journal of Administrative Sciences

رئيس التحرير: أ. د. آدم غازي العتيبي

- صدر العدد الأول في نوفمبر ١٩٩٣ .
- First issue, November 1993.

- علمية محكمة تعنى بنشر البحوث الأصيلة في مجال العلوم الإدارية.
- Refereed journal publishing original research in Administrative Sciences.

- تصدر عن مجلس النشر العلمي في جامعة الكويت ثلاثة إصدارات سنوياً (يناير - مايو - سبتمبر).
- Published by Academic Publication Council,Kuwait University,3 issues a year (January, May, September).

- تسهم في تطوير الفكر الإداري واختبار الممارسات الإدارية وإثرائها.
- Contributes to developing and enriching administrative thinking and practices.

- مسجلة في قواعد البيانات العالمية.
- Listed in several international databases.

- تخضع للتقييم الأكاديمي الخارجي.
- Reviewed periodically by international referees for high academic standards.

الاشتراكات

الكويت: 3 دنانير للأفراد - 15 ديناراً للمؤسسات - الدول العربية: 4 دنانير للأفراد - 15 ديناراً للمؤسسات
الدول الأجنبية: 15 دولاراً للأفراد - 60 دولاراً للمؤسسات

توجه المراسلات إلى رئيس التحرير على العنوان الآتي:

المجلة العربية للعلوم الإدارية - جامعة الكويت ص.ب: 28558 الصفاة 13146 - دولة الكويت
هاتف: Tel: (965)24827317 - أو 4734 / 4416 /(965)24984415 - فاكس: Fax: (965)24817028
E-mail: ajas@ku.edu.kw - Web Site: http://www.pubcouncil.kuniv.edu.kw/ajas

المجلة التربوية

مجلة فصلية، تخصصية، محكّمة

تصدر عن مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت

رئيس التحرير: أ. د. عبدالله محمد الشيخ

تنشر:

- البحوث التربوية المحكمة
- مراجعات الكتب التربوية الحديثة
- محاضر الحوار التربوي
- التقارير عن المؤتمرات التربوية وملخصات الرسائل الجامعية

- تقبل البحوث باللغتين العربية والإنجليزية.
- تنشر لأساتذة التربية والمختصين بها من مختلف الأقطار العربية والدول الأجنبية.

الاشتراكات:

في الكويت: ثلاثة دنانير للأفراد، وخمسة عشر ديناراً للمؤسسات.
في الدول العربية: أربعة دنانير للأفراد، وخمسة عشر ديناراً للمؤسسات.
في الدول الأجنبية: خمسة عشر دولاراً للأفراد، وستون دولاراً للمؤسسات.

توجه جميع المراسلات إلى:

رئيس تحرير المجلة التربوية - مجلس النشر العلمي ص.ب. ١٣٤١١ كيفان - الرمز البريدي 71955
الكويت هاتف: ٢٤٨٤٦٨٤٣ (داخلي ٤٤٠٣ - ٤٤٠٩) - مباشر: ٢٤٨٤٧٩٦١ - فاكس: ٢٤٨٣٧٧٩٤
E-mail: joe@ku.edu.kw

إصدار شهري

«تصدر مؤقتاً كل ثلاثة أشهر»

تعنى بشؤون الأنظمة والمحاماة

رئيس التحرير :
المحامي / طارق المزيني

سكرتير التحرير :
حسين العسكر

مسؤول إشتراكات :
خالد يس

الهيئة الاستشارية :
فضيلة الشيخ / عبد الله البسام
فضيلة الشيخ / مصطفى الزرقا
فضيلة الشيخ / سعد البريك
سعادة الدكتور / سعود الدريب
سعادة الأستاذ / عبدالله السبهان
سعادة الدكتور / عبدالفتاح خضر
سعادة المستشار / أحمد منير فهمي

أهداف المجلة :

* طرح ومعالجة شتى قضايا العصر ذات الطابع الشرعي والقانوني مع التركيز على إبراز الفقه الإسلامي وتبيان تميزه وشموليته في معالجة تلك القضايا .
* أن تكون ساحة إعلامية لذوي الإختصاص الشرعي والقانوني يقدمون من خلالها البحوث والدراسات ، فضلاً عن التحقيقات الصحفية المتميزة ذات العلاقة .
* نشر الوعي بأهمية المحاماة ، وحاجة الناس إليها والتأكيد على أن المحاماة علم ، وفن ، ورسالة .

دعوة للمشاركة :

* يسر «المحامي» دعوتكم للمساهمة عبر صفحاتها في كل الشؤون الشرعية والقانونية من بحوث ودراسات ومقالات أو تحقيقات .
* تقدم المجلة مكافأة عن المقالات والمواضيع التي تقبلها للنشر .

الإشتراكات : المملكة العربية السعودية : ١٠٠ ريال في السنة (للأفراد والمؤسسات)

الدول الأخرى : ٢٧ دولار أمريكي (للأفراد والمؤسسات)

تدفع الاشتراكات باسم المجلة ، بشيك مسحوب على أحد المصارف السعودية أو بتحويل مصرفي باسم رئيس التحرير : حساب رقم ٥٦٤٩/١ ـ شركة الراجحي المصرفية للاستثمار ـ الرياض ـ فرع الروضة .

توجه جميع المراسلات إلى رئيس التحرير : ص . ب ٦٨٧٤ الرياض (١١٤٥٢)

هاتف : ٤٦٥٢٧٢٥ (٩٦٦١) / فاكس : ٤٦١٣١٥٢ (٩٦٦١)

مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية

مجلة علمية فصلية محكمة تصدر عن مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت
صدر العدد الأول منها في يناير عام 1975م

رئيس التحرير
أ. د. بـدر عمـر العمـر

ترحـب المجلة بنشر البحوث والدراسات العلمية المتعلقة بشؤون منطقة الخليج والجزيرة العربية في مختلف علوم البحث والدراسة .

ومن أبوابها

- البحوث العربية.
- البحوث الإنجليزية.
- عرض الكتب ومراجعتها .
- البيبلوجرافيا العربية.
- ملخصات الرسائل الجامعية: ماجستير – دكتوراه.
- التقارير : مؤتمرات – ندوات

الاشتراكات

ترسل قيمة الاشتراك مقدماً بشيك لأمر - جامعة الكويت
مسحوب على أحد المصارف الكويتية

داخل دولة الكويت : للأفراد : 3 دنانير - للمؤسسات : 15 ديناراً
الـــدول الـعـربـيـة : للأفراد : 4 دنانير - للمؤسسات : 15 ديناراً
الدول الغير عربية : للأفراد : 4 دنانير - للمؤسسات : 15 ديناراً

توجه جميع المراسلات باسم رئيس تحرير مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية

Tel.: (+965) 24833215 - 24984066 - 24984067 Fax: (+965) 24833705 P.O. Box 17073 Al-Khaldiah, 72451 Kuwait
www.pubcouncil.kuniv.edu.kw/jgaps E - mail : jgaps@ku.edu.kw
w w w . k u . e d u . k w

مجلة الشريعة والدراسات الإسلامية

فصلية علمية محكمة تصدر عن مجلس النشر العلمي بجامعة الكويت
تعنى بالبحوث والدراسات الإسلامية

رئيس التحرير الأستاذ الدكتور: عبد العزيز خليفة القصار

صدر العدد الأول في رجب ١٤٠٤هـ - أبريل ١٩٨٤م

* تهدف إلى معالجة المشكلات المعاصرة والقضايا المستجدة من وجهة نظر الشريعة الإسلامية.
* تشمل موضوعاتها معظم علوم الشريعة الإسلامية: من تفسير، وحديث، وفقه، واقتصاد وتربية إسلامية، إلى غير ذلك من تقارير عن المؤتمرات، ومراجعة كتب شرعية معاصرة، وفتاوي شرعية، وتعليقات على قضايا علمية.
* تنوع الباحثون فيها، فكانوا من أعضاء هيئة التدريس في مختلف الجامعات والكليات الإسلامية على رقعة العالمين: العربي والإسلامي.
* تخضع البحوث المقدمة للمجلة إلى عملية فحص وتحكيم حسب الضوابط التي التزمت بها المجلة، ويقوم بها كبار العلماء والمختصين في الشريعة الإسلامية، بهدف الارتقاء بالبحث العلمي الإسلامي الذي يخدم الأمة، ويعمل على رفعة شأنها، نسأل المولى عز وجل مزيداً من التقدم والازدهار.

جميع المراسلات توجه باسم رئيس التحرير

ص.ب ١٧٤٣٣ - الرمز البريدي: 72455 الخالدية - الكويت هاتف: ٢٤٨١٢٥٠٤ - ٢٤٩٨٤٧٢٣ - ٢٤٩٨٨٠٩٥
فاكس: ٢٤٨١٠٤٣٤

العنوان الإلكتروني: E-mail - jsis@ku.edu.kw

issn: 1029 - 8908

عنوان المجلة على شبكة الإنترنت: http://pubcouncil.kuniv.edu.kw/JSIS

اعتماد المجلة في قاعدة بيانات اليونسكو Social and Human Sciences Documentation Center

في شبكة الإنترنت تحت الموقع www.unesco.org/general/eng/infoserv/db/dare.html

مركز دراسات الخليج والجزيرة العربية

تأسس عام ١٩٩٤م - جامعة الكويت

مديرة المركز

أ. د. سعاد عبدالوهاب العبدالرحمن

يصدر عن المركز

- سلسلة الإصدارات الخاصة.
- سلسلة إصدارات الاستكتاب.
- سلسلة ملخصات الرسائل الجامعية (الماجستير والدكتوراه).
- سلسلة إصدارات لنشر بحوث الندوات والمؤتمرات.
- سلسلة الدراسات الاستراتيجية والمستقبلية.
- سلسلة التقارير الدورية.
- سجل الأحداث الجارية لمنطقة الخليج والجزيرة العربية وجوارها الجغرافي.
- مجلدات وثائق مختارة لمنطقة الخليج والجزيرة العربية وجوارها الجغرافي.

سلسلة الإصدارات

سلسلة علمية محكمة

تُعنى موضوعاتها بمنطقة الخليج والجزيرة العربية، وتهدف إلى إبراز خصوصيتها، ورصد قضايا التنمية بأبعادها الحضارية الشاملة في ضوء المتغيرات الجارية.

قواعد النشر

أولاً : أن يكون البحث أو (الدراسة) معنية بشؤون منطقة الخليج والجزيرة العربية في المجالات الآتية: السياسة، الاقتصاد، الجغرافيا، التاريخ، علم النفس، الاجتماع، الأنثروبولوجيا التربية، اللغة العربية وآدابها، الثقافة، البيئة، القانون، الإعلام ، التراث (الآثار والحضارة والفنون) .

ثانياً: أن تمثل الدراسة إضافة جديدة إلى حقل التخصص.

ثالثاً: لم يسبق تقديمها أو جزء منها للنشر إلى جهة أُخرى.

رابعاً: ألا يقل عدد صفحات البحث أو (الدراسة) عن ١٠٠ صفحة.

خامساً: يقدم المركز مكافأة مالية رمزية عن كل دراسة.

الاشتراكات

نوع الاشتراك	الكويت	الدول العربية	الدول الأجنبية
الأفراد	٤ د.ك	٤ د.ك	١٤ دولاراً
المؤسسات	٢٥ د.ك	٢٥ د.ك	٦٨ دولاراً

المراسلات

توجه جميع المراسلات باسم مدير المركز

ص. ب : ٦٤٩٨٦ (ب) الشويخ ، ٧٠٤٦٠ الكويت

هاتف : ٢٤٨١٦٧٩٩ - ٢٤٨١٦٨٠٧ - ٢٤٨١٦٨٢٤ (المفتاح الدولي ٠٠٩٦٥) فاكس : ٢٤٨١٤٢٩٥ - ٢٤٨١٠٤٧٤

البريد الإلكتروني للمركز cgaps@ku.edu.kw

العنوان الإلكتروني لصفحة المركز www.cgaps.kuniv.edu

جامعة الكويت
مجلس النشر العلمي

- تشكلت لجنة التأليف والتعريب والنشر - التابعة لمجلس النشر العلمي بجامعة الكويت في عام 1976 م .

* أهداف اللجنة :

1- توسيع دائرة النشر العلمي بمختلف التخصصات العلمية لأعضاء هيئة التدريس في جامعة الكويت .

2- إثراء المكتبة الكويتية بالكتب والمؤلفات العلمية والتخصصية والثقافية وكتب التراث الإسلامي باللغات العربية والأجنبية .

3- دعم وتنشيط عملية التعريب التي تعد من الأهداف الرئيسة التي انعقد عليها الإجماع العربي .

* مهام اللجنة :

طبع ونشر المؤلفات العلمية والدراسية والأكاديمية والكتب الجامعية(Text Book) .و المترجمة لأعضاء هيئة التدريس التي يرغب أصحابها في نشرها علي نفقة الجامعة.ويراعى التوازن في نشر هذه المؤلفات بحيث تغطي مختلف الاختصاصات في الكليات الجامعية .

توجه جميع المراسلات باسم رئيس اللجنة على العنوان التالي :
لجنة التأليف والتعريب والنشر / جامعة الكويت
ص.ب : 28301 الصفاة 13144 - دولة الكويت
تلفون : 4843185 / فاكس : 4843185
البريد الإلكتروني : atapc @kuc01.kuniv.edu.kw

مجلة الحقوق

مجلة فصلية أكاديمية
محكّمة تعنى بنشر البحوث
والدراسات القانونية والشرعية

تصدر عن مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت

رئيس التحرير
الأستاذ الدكتور/ أحمد عبد الرحمن الملحم

صدر العدد الأول في
يناير ١٩٧٧

الاشتراكات

	في الكويت	في الدول العربية	في الدول الأجنبية
الأفراد	٣ دنانير	٤ دنانير	١٥ دولاراً
المؤسسات	١٥ ديناراً	١٥ ديناراً	٦٠ دولاراً

المراسلات

توجه جميع المراسلات إلى رئيس التحرير على العنوان الآتي:
مجلة الحقوق - جامعة الكويت ص.ب: ٦٤٩٨٥ الشويخ - ب 70460 الكويت
تلفون: ٢٤٨٣٥٧٨٩ - ٢٤٨٤٧٨١٤ فاكس: ٢٤٨٣١١٤٣
E.mail: jol@ku.edu.kw

عنوان المجلة في شبكة الإنترنت http://www.pubcouncil.kuniv.edu.kw/jol

ISSN 1029 - 6069

التعاون
Attaawun

رئيس التحرير
الدكتور مرزوق بشير مرزوق

صدر العدد الأول
في ربيع الآخر ١٤٠٦ هـ ــ يناير ١٩٨٦ م

ــ تقبل الدراسات والبحوث والمقالات ذات الصلة المباشرة بقضايا دول مجلس التعاون في جميع المجالات السياسية والإقتصادية والإجتماعية والثقافية والإعلامية سواء كانت مكتوبة باللغة العربية أو الإنجليزية .

ــ تشمل على بحث أو دراسة رئيسية إضافة إلى الأبواب الثابتة الأخرى تحت عنوان : بحوث ــ آراء ووجهات نظر / تقارير / وثائق / عرض كتب / يوميات مجلس التعاون / ببليوغرافيا مجلس التعاون / إحصاءات مجلس التعاون

يحررها نخبة من الباحثين والمختصين
يمنح المشارك مكافأة مالية وفق نظام المكافآت الخاصة بالمجلة

توجه جميع المراسلات الى : رئيس التحرير ــ مجلة التعاون
ص . ب : ٧١٥٣ ــ الرياض : ١١٤٦٢
هــاتف : ٤٨٨٠٤١٢ (٩٦٦١)
فــاكس : ٤٨٢٩١٠٩ (٩٦٦١)
Email : attaawun@gcc-sg.org

مجلة الكويت للعلوم والهندسة

KUWAIT JOURNAL OF SCIENCE AND ENGINEERING

EDITOR - IN - CHIEF: *Prof. Fawzia Al-Ruwaih*

KUWAIT JOURNAL OF SCIENCE AND ENGINEERING

An International Journal of the University of Kuwait

ISSN 1024 8684

A refereed Journal publishes original research in various fields of Basic and Applied Sciences and also all fields of Engineering and Computer Sciences. The Journal is published biannually (June and December) by the Academic Publication Council(APC)at Kuwait University - one volume in two parts.

The Journal is cited in Chemical Abstracts, Compumath Citation Index, Current Contents, Energy Data Base, Helminthological Abstracts, Mathematics Abstracts, Mathematical Reviews, Microbiological Abstract, Petroleum Abstracts, Science Citation Index, Zentralblatt fur Mathematick, and Zoological Record. The Journal current page and titles are featured on our website.

Refer to the **Instructions to Authors** for submission of manuscripts.

مجلة الكويت للعلوم والهندسة

المجلة العالمية لجامعة الكويت

ISSN 1024 8684

مجلة الكويت للعلوم والهندسة دورية علمية عالمية تصدر عن مجلس النشر العلمي بجامعة الكويت تهتم بنشر البحوث الأصلية المحكمة في مختلف العلوم الطبيعية والحياتية والتطبيقية وجميع فروع علوم الهندسة وعلوم الكمبيوتر. تصدر مرتين في السنة (يونيو وديسمبر) في جزأين اثنين أحدهما يختص بالهندسة والآخر بالعلوم.

الاستفسارات بخصوص النشر بالمجلة تطلب من مدير التحرير بالعنوان المذكور على الصفحة المقابلة. يرجى مراجعة إرشادات النشر للمؤلفين في الصفحات الأخيرة من العدد. وكذلك على صفحة الإنترنت.

www.kjse.kuniv.edu.kw

Annual Subscription (two parts, including Postage)

Inside Kuwait		Arab Countries		Other Countries	
for individuals	for establishments	for individuals	for establishments	for individuals	for establishments
3 KD	15 KD	4 KD	15 KD	15 US$	60 US$

Index to Kuwait Journal of Science & Engineering from Volume 1 to 35 is available from the Kuwait Journal of Science & Engineering, Academic Publication Council, Kuwait University.

Enquiries about the journal should be sent to the Managing Editor.

All Correspondence and Manuscripts directed to: Editor-in-Chief: Prof. Fawzia Al-Ruwaih
P.O.Box 17225, Khaldiyah 72453, KUWAIT,
Tel: (+965) 2481 6261, 2498 4414, 2498 4625, 2498 4456. Fax: (+965) 2484 6725
E-mail: kjse@ku.edu.kw - Website: www.pubcouncil.kuniv.edu.kw/kjse

مجلة الطفولة العربية
Journal of Arab Children (JAC)
مجلة فصلية محكمة تصدرها
الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية

إن مجلة الطفولة العربية مجلة علمية محكمة في أبحاثها الميدانية تقدم للقارئ المهتم بمجال الطفولة غرفاً معرفيا لكل ما يخص الطفولة من دراسات وبحوث ومقالات وقراءات عامة يستفيد منها المختصون والمهتمون . وتقبل للنشر باللغتين العربية والإنجليزية المواد الآتية :

- الأبحاث الميدانية والتجريبية.
- الأبحاث والدراسات العلمية النظرية.
- عرض أو مراجعة الكتب الجديدة.
- التقارير العلمية عن المؤتمرات المعنية بدراسات الطفولة.
- المقالات العامة المتخصصة.

تدار المجلة من خلال مجلس أمناء ، وهيئة استشارية ، وهيئة تحرير.

رئيس هيئة التحرير الدكتور حسن علي الإبراهيم

مدير التحرير الدكتور بدر عمر العمر

الإشتراكات

البيان	داخل الكويت	دول مجلس التعاون	الدول الأخرى
ثمن العدد للفرد	1 د.ك	1 د.ك	2 دولار أمريكي
الاشتراك السنوي للفرد	3 د.ك	4 د.ك	15 دولار أمريكي
الاشتراك السنوي للمؤسسات	15 د.ك	15 د.ك	60 دولار أمريكي

العنوان

أبرق خيطان- شارع فيصل بن عبد العزيز- فيلا رقم 9279
ص .ب : 23928 الصفاة 13100 الكويت
تليفون : 4748479- 4748387- 4748250- فاكس : 4749381
E-mail : haa49@qualitynet.net

المجلة العربية للعلوم الإنسانية

فصلية علمية محكمة تصدر عن مجلس النشر العلمي - جامعة الكويت

- ajh بحوث باللغة العربية
- ajh بحوث باللغة الإنجليزية
- ajh مناقشات وندوات
- ajh عروض الكتب الجديدة

مجلس النشر العلمي

رئيسة التحرير

أ.د. نسيمة راشد الغيث

ص.ب: 26585 الصفاة 13126 الكويت- هاتف: 24817689(965)- 24815453(965) فاكس: 24812514 (965)

P.O. Box 26585 Safat,13126 Kuwait - Tel.:(965) 24817689 - (965) 24815453 - Fax: (965) 24812514

Email: ajh@ku.edu.kw - http:// www.pubcouncil.kuniv.edu.kw/ajh

مجلة العلوم الاجتماعية

فصلية – أكاديمية – محكّمة

تصدر عن مجلس النشر العلمي – جامعة الكويت

تعنى بنشر الأبحاث والدراسات في تخصصات السياسة والاقتصاد والاجتماع والخدمة الاجتماعية وعلم النفس والأنثروبولوجيا الاجتماعية والجغرافيا وعلوم المكتبات والمعلومات

رئيس التحرير: هادي مختار أشكناني

تفتح أبوابها أمام

- أوسع مشاركة للباحثين العرب في مجال العلوم الاجتماعية لنشر البحوث الأصيلة والاسهام في معالجة قضايا مجتمعاتهم
- التفاعل الحي مع القارئ المثقف والمهتم بالقضايا المطروحة.
- المقابلات والمناقشات الجادة ومراجعات الكتب والتقارير.
- تؤكد المجلة إلتزامها بالوفاء والانتظام بوصولها في مواعيدها المحددة إلى جميع قرائها ومشتركيها.

توجه جميع المراسلات إلى:

رئيس تحرير مجلة العلوم الاجتماعية

جامعة الكويت

ص.ب 27780 الصفاة، 13055- الكويت

تليفون: 00965-4810436

فاكس 4836026

E-mail:JSS@kuc01.kuniv.edu.kw

الاشتراكات

	الكويت والدول العربية	الدول الأجنبية
أفراد	3 دنانير سنوياً ويضاف إليها دينار واحد في الدول العربية	15 دولاراً
مؤسسات	15 ديناراً في السنة 25 ديناراً لمدة سنتين	60 دولاراً في السنة 110 دولارات لسنتين

تدفع اشتراكات الأفراد مقدماً نقداً أو بشيك باسم المجلة مسحوباً على أحد المصارف الكويتية ويرسل على عنوان المجلة، أو بتحويل مصرفي لحساب مجلة العلوم الاجتماعية رقم 07101685 لدى بنك الخليج في الكويت (فرع العديلية).

Visit our web site: http://pubcouncil.kuniv.edu.kw/jss

Advisory Board

Prof. Ibrahim Al-Sa'afin
Department of Arabic Language and Literature - University of Jordan

Prof. Hayat N. Al-Hajji
Department of History
University of Kuwait

Prof. Abdul Qader Al-Fasi Al - Fehri
Department of Arabic Language and Literature - University of Mohamed V

Prof. Ismail S. Muqlad
Department of Political Science
University of Assiout

Prof. Marie - Therese Abdul Messieh
Department of English Language and Literature - University of Kuwait

Prof. Imam Abdul Fattah Imam
Department of Philosophy
University of Ain - Shams

Prof. Mohammed Ghanem Al-Rumeihi
Department of Sociology
University of Kuwait

Prof. Hamdi Hasan Abul-Enein
Dean, Faculty of Mass Communication
Misr International University

Prof. Mohammed M. I. Al-Dib
Department of Ceography
University of Ain - Shams

Prof. Mahmoud Al-Sayed Abul-Nil
Department of Psychology
University of Ain - Shams

Editorial Board

Prof. Jamal B. Al-Qinai
Editor - in - Chief

Prof. Sahfeeq Al-Ghabra
Department of Political Sciences

Prof. Ahmed Al-Hawarry
Department of Arabic Language and Literature

Prof. Oayed Al-Meshaan
Department of Psychology

Dr. Hussain A. Bo-Abbass
Department of Arabic Language and Literature

Dr. Ali A. Al-Zuabi
Department of Sociology and Social Work

Dr. Menawer B. Al-Raghy
Department of Mass Communication

Dr. Abdullah M. Al-Hajery
Department of History

Maha Ibrahim Al-Mas'ad
Acting Editor

ANNALS OF THE

ARTS AND SOCIAL SCIENCES

Issued by the Academic Publication Council - University of Kuwait

A REFEREED ACADEMIC QUARTERLY THAT PUBLISHES MONOGRAPHS ON TOPICS RELEVANT TO THE SCHOLARLY CONCERNS OF THE VARIOUS DEPARTMENTS IN THE FACULTIES OF ARTS AND SOCIAL SCIENCES:

FACULTY OF ARTS & HUMANITIES:

- Department of Arabic Language and Literature.
- Department of English Language and Literature.
- Department of History.
- Department of Philosophy.
- Department of Mass Communication

FACULTY OF SOCIAL SCIENCES.

- Department of Sociology and Social Work
- Department of Geography
- Department of Psychology
- Department of Political Science

Volume 35, 2014

Rates

- **Kuwait**: K.D 0.500
- **Bahrain**: BD 1
- **Qatar**: RQ 10
- **Emirates**: DH 10
- **Saudi Arabia**: RS 10
- **Oman**: RO 1
- **Cost per issue in Arab Countries: Equivalent to one US dollar**
- **Cost per issue in other Countries: Equivalent to three US dollars**

Subscription for 12 Monographs

Subscription Period	Subscription Type	Kuwait	Arab Countries	Foreign Countries
1 Year	Individuals	4 K.D	6 K.D	22 $
	Institutions	22 K.D	22 K.D	90 $
2 Years	Individuals	7 K.D	10 K.D	37 $
	Institutions	37 K.D	37 K.D	150 $
3 Years	Individuals	10 K.D	14 K.D	52 $
	Institutions	52 K.D	52 K.D	210 $
4 Years	Individuals	13 K.D	18 K.D	67 $
	Institutions	67 K.D	67 K.D	270 $

All correspondence and enquiries must be addressed to:

Editor

ANNALS OF THE ARTS AND SOCIAL SCIENCES
P.O Box 17370 El-Khaldiah - KUWAIT 72454
Tel: 24810319 - Fax: 24810319

ISSN 1560-5248 Key title: Hawliyyat Kulliyyat al-Adab
E-mail: aass@ku.edu.kw
http://Pubcouncil.kuniv.edu.kw/AASS/

Full texts are available at:
EBSCO Publishing Products
Dar Al Mandumah: www.mandumah.com

The Publications of The Academic Publication Council

Journal of the Social Sciences 1973, Kuwait Journal of Science and Engineering 1974, Journal of the Gulf and Arabian Peninsula Studies 1975, Authorship Translation and Publication Committee 1976, Journal of Law 1977, Annals of the Arts and Social Sciences 1980, Arab Journal for the Humanities 1981, The Educational Journal 1983, Journal of Sharia and Islamic Studies 1983, Arab Journal of Administrative Sciences 1991.

ANNALS OF THE
ARTS AND SOCIAL SCIENCES

A Refereed Academic Quarterly, Published by the Academic Publication Council - University of Kuwait

Impulse Control Disorders: A Theoretical Exposition and Prevalence Rates among Kuwaiti Students

University of Kuwait

Academic Publication Council

Prof. Ahmed M. Abdel-Khalek Mrs. Shaima'a W. Aljawhary

Department of Psychology - College of Social Sciences

University of Kuwait

ISSN: 1560 - 5248

Monograph 413 - Volume 35

1436 A.H/2014 (Dec)