Check for updates

Accepted: 5 March 2026

DOI: 10.1111/dmcn.70257

EXPERT-CONSENSUS REPORT

(الشلل الدماغي) الوصف المحدث للاعتلال الحركي الدماغي

برنارد دان[1,2,3] | بيتر روزنباوم[1,4] | لوسيندا كار[1,5] | مارتن غوف[1,6] | جون كوغلان[7,*] | نونييلوم نويكي[7,8,*]

[1]Mac Keith Press, London, UK

[2]Faculty of Psychology, Educational Sciences and Speech and Language Therapy, Université Libre de Bruxelles, Brussels, Belgium

[3]Inkendaal Rehabilitation Hospital, Vlezenbeek, Belgium

[4]Department of Pediatrics, McMaster University, Hamilton, ON, Canada

[5]Great Ormond Street Hospital for Children NHS Foundation Trust, London, UK

[6]Evelina London Children's Hospital, Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

[7]International Cerebral Palsy Society

[8]Cerebral Palsy Center, Lagos, Nigeria

Correspondence
Bernard Dan, Mac Keith Press, 139–143 Bermondsey Street, London SE1 3UW, UK.
Email: bernard.dan@mackeith.co.uk

ملخص

الشلل الدماغي (CP) هو مصطلح وصفي شائع الاستخدام لمجموعة من الاضطرابات الحركية الناجمة عن إصابة غير متقاقمة أو تشوه في الدماغ خلال مراحل النمو المبكرة. أدت التطورات الحديثة في علم الوراثة وأبحاث الالتهابات وعلم وظائف الأعصاب إلى تحسين الفهم العلمي للشلل الدماغي، كما أدت الدراسات التي أجريت في سياقات عالمية متنوعة، بما في ذلك البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، إلى توسيع المعرفة بأعراضه السريرية. لقد أحدثت التغيرات في وجهات النظر المجتمعية، لا سيما تلك المستندة إلى تجارب الأفراد الذين عانوا من هذه الحالة، تحولًا في المفاهيم؛ حيث تحدت الافتراضات القائمة على التمييز ضد الإعاقة وتعزيز أطر مفاهيمية أكثر شمولًا. كما أدى الاعتراف المتزايد بالاحتياجات المستمرة للبالغين المصابين بالشلل الدماغي إلى التأكيد على ضرورة توفير الخدمات المناسبة أثناء مراحل العمر المختلفة. تقدم هذه المخطوطة وصفًا محدثًا للشلل الدماغي، تم تطويره من خلال عملية تعاونية متعددة التخصصات تدمج وجهات نظر الأطراف المعنية. وقد ضمن إجراء تحليل شامل واستراتيجية تحديد الأدوار للأطراف المعنية تمثيلًا واسع النطاق، شمل ذلك المصابين بالشلل الدماغي، وعائلاتهم، والأطباء، والباحثين، ومنظمات الدعم. تم جمع البيانات من خلال الاستبيانات والمقابلات، ومجموعات التركيز، وورش العمل، مما أتاح حوارًا عالميًا يجمع بين التجارب الواقعية والخبرات السريرية والعلمية. يتضمن الوصف السريري المحدث شرحًا لستة وعشرين (26) مصطلحًا محددًا لدعم فهم مشترك أكثر وضوحًا وشمولًا للشلل الدماغي. كما نقدم أيضًا نسخة من الوصف بلغة بسيطة يسهل فهمها، بالإضافة إلى ملخص من جملة واحدة. يهدف الوصف المحدث إلى أن يكون إطارًا لتوجيه الممارسة السريرية والأبحاث، والسياسات، من أجل تعزيز الرعاية والمشاركة والاندماج للأفراد المصابين بالشلل الدماغي.

فريق الترجمة.

الاسم (اللقب العلمي) Name (Title)	الوظيفة Job	الدور Role	الجهة Affiliation
سامي مخضري مشطا Sami Mukhdari Mushta (دكتور Dr)	طبيب صحة عامة – خبير أول صحي Public Health Physician – Senior Health Expert	ترجمة رئيسية ومراجعة تبادلية، قيادة فريق الترجمة Lead Translator & Cross-Reviewer, Team Lead	هيئة الصحة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية Public Health Authority, Riyadh, Saudi Arabia
أشواق عامر القحطاني Ashwaq Amer Alqahtani (أستاذ مساعد Asst Prof)	أستاذ مساعد في العلاج الطبيعي Assistant Professor in Physiotherapy	ترجمة رئيسية ومراجعة تبادلية، أخت لبالغ مصاب بالشلل الدماغي Lead Translator & Cross-Reviewer, Sibling of an Adult with Cerebral Palsy	قسم العلاج الطبيعي، كلية العلوم الطبية التطبيقية، جامعة القصيم، بريدة، المملكة العربية السعودية Department of Physical Therapy, College of Applied Medical Sciences, Qassim University, Buraydah, Saudi Arabia
سامية علي الزهراني Samia Ali Alzahrani (أخصائية Specialist)	أخصائية صحة عامة Public Health Specialist	ترجمة رئيسية ومراجعة تبادلية Lead Translator & Cross-Reviewer	هيئة الصحة العامة، الباحة، المملكة العربية السعودية وزارة الصحة، الرياض، المملكة العربية السعودية Public Health Authority, Albahah, Saudi Arabia Ministry of Health, Riyadh, Saudi Arabia

الاختصار: (التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة, ICF).

*والد لشخص بالغ مصاب بالشلل الدماغي.

برنارد دان، بيتر روزنباوم، لوسيندا كار، مارتن غوف، جون كوغلان، نونييلوم نويكي

[تقرير إجماع الخبراء].

 © 2026 Mac Keith Press.

الاسم (اللقب العلمي) Name (Title))	الوظيفة Job	الدور Role	الجهة Affiliation
تامر أحمد السبكي Tamer Ahmed El-Sobky (أستاذ Prof)	أستاذ جراحة العظام Professor of Orthopedic Surgery	مراجعة وتدقيق الترجمة سريريا ولغويا Senior Clinical Reviewer	كلية الطب، جامعة عين شمس، القاهرة، جمهورية مصر العربية Faculty of Medicine, Ain Shams University, Cairo, Egypt
نهاد علي المصري Nihad Ali Almasri (أستاذ Prof)	أستاذ في العلاج الطبيعي للأطفال Professor of Pediatric Physiotherapy	مراجعة وتدقيق الترجمة سريريا ولغويا Senior Clinical Reviewer	جامعة قطر، الدوحة، قطر Qatar University, Doha, Qatar
رياض قينان الغامدي Riyad Qainan Alghamdi (دكتور Dr)	طبيب استشاري طب وقائي Consultant Preventive Medicine	مراجعة وتدقيق الترجمة سريريا ولغويا، أب لبالغة مصابة بالشلل الدماغي Senior Clinical Reviewer, Parent of an Adult with Cerebral Palsy	هيئة الصحة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية Public Health Authority, Riyadh, Saudi Arabia
عادل سعيد آل عواض Adel Saeed Alawwadh (دكتور Dr)	طبيب استشاري أعصاب أطفال Paediatric Neurologist – Consultant	مراجعة وتدقيق الترجمة سريريا ولغويا Senior Clinical Reviewer	مستشفى خميس مشيط للولادة والأطفال، عسير، المملكة العربية السعودية Khamis Mushayt Maternity and Children Hospital, Asir, Saudi Arabia

ما تضيفه هذه الورقة

- وصف محدث للشلل الدماغي، تم تطويره من خلال عملية تعاونية متعددة التخصصات تجمع وجهات نظر جميع الجهات ذات الصلة والأطراف المعنية.
- تؤكد على تجربة الفرد، وخصائص نموه العصبي، ومسار تطور الحالة على مدى العمر.
- يشمل الوصف سمات حركية وغير حركية متنوعة وتأثيرها على المشاركة والاندماج المجتمعي.

لقد استخدم مصطلح "الشلل الدماغي" (CP) لفترة طويلة لوصف مجموعة واسعة من الاضطرابات الحركية الناتجة عن إصابة غير متفاقمة أو تشوه في الدماغ خلال المراحل المبكرة من النمو. وكما هو الحال مع العديد من التشخيصات الطبية، فإن الشلل الدماغي ليس كيانًا مرضيًا واحدًا محددًا، بل هو مفهوم متطور يُستخدم لتصنيف وفهم مجموعة متنوعة من الحالات العصبية. إن دور التشخيصات الوصفية، كالشلل الدماغي، يتمثل في كونه نقطة انطلاق لتحديد المسببات المرضية الكامنة، وفي تقديم تصنيف وظيفي واسع يوجه عملية العلاج والفهم. تتيح المصطلحات الوصفية للأطباء تحديد أنماط الأعراض التي تساعد في هيكلة الرعاية وتوفر أساسًا للتواصل عبر المجالات الطبية والتعليمية والاجتماعية. وبالتالي، تنبع الحاجة إلى التشخيص الوصفي من ضرورة إنشاء أُطُر عملية للتطبيق للتدخل السريري وإدارة الحالة والبحث العلمي، على الرغم من عدم وجود سبب محدد قطعي أو صورة سريرية موحدة.

تتأثر عملية التشخيص، خاصة في الحالات المعقدة مثل الشلل الدماغي، بطبيعتها بالسياقات العلمية والمجتمعية، وتتطور مع ظهور رؤى جديدة حول الآليات الكامنة وراءها، فضلًا عن تغير وجهات النظر حول الممارسة السريرية وتنظيم الخدمات وحتى المجتمع ككل. لذلك، في حين أن مصطلح "الشلل الدماغي" يستخدم كوصف توضيحي، فإن فهمنا للحالة يتطور باستمرار ويعاد تعريفه من خلال التقدم في الأبحاث ومعايير التشخيص وأنظمة أو لجان التصنيف المعتمدة مثل التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة (ICF) والخبرات السريرية.

يعكس تاريخ تشخيص الشلل الدماغي التفاعل بين التقدم العلمي والمفاهيم المتطورة للإعاقة.[1] منذ الوصف الريادي الذي قدمه ويليام ليتل في ستينيات القرن التاسع عشر، ظل مفهوم الشلل الدماغي مفهومًا ثابتًا ولكنه متطورًا. بمرور الوقت، تم تكييفه ليشمل الاكتشافات الجديدة والأطر النظرية والمصطلحات اللغوية، مع بروز جوانب مختلفة أو تسليط الضوء على جوانب مرضية معينة مع التقدم العلمي. على سبيل المثال، وسّع سيغموند فرويد مفهوم الشلل الدماغي ليشمل الأسباب الوراثية إلى جانب المسببات المحيطة بالولادة. في الخمسينيات من القرن الماضي، لفت ماير بيرلستين، أحد الأعضاء المؤسسين للأكاديمية الأمريكية للشلل الدماغي، الانتباه إلى الطبيعة المتعددة الأوجه لضعف التحكم الحركي المرتبط بهذه الحالة. ومنذ نهاية ذلك العقد، نظم ورعى روني ماك كيث وبول بولاني "النادي الصغير"، وهو مجموعة دولية من الأطباء الذين يجتمعون بانتظام لمناقشة القضايا المتعلقة بالشلل الدماغي. توج عملهما بتعريف مارتن باكس في الستينيات، الذي ركز على القضايا الأساسية للحركة والوضعية، وقدم مفهوم "الدماغ غير الناضج" وهو مصطلح تم تعديله لاحقًا إلى "الدماغ النامي" مع تغير فهم التطور العصبي بفضل التقدم العلمي.[2] أبرزت التعريفات التي طرحت في تسعينيات القرن الماضي وأوائل الألفية الجديدة تباين الأعراض السريرية للشلل الدماغي، والطبيعة المزمنة لمساره، والسمات غير الحركية المصاحبة له (بما في ذلك الجوانب المعرفية والحسية والاجتماعية)، وتطور وجهات النظر حول الإعاقة.[3,4]

التعريف المكون من جملتين الذي نُشر في عام 2007 والأكثر استخدامًا واستشهادًا به اليوم:[5] "الشلل الدماغي يصف مجموعة من الاضطرابات الدائمة في نمو الحركة والوضعية، مما يؤدي إلى تقييد النشاط، وتُعزى إلى خلل غير متفاقم حدث في دماغ الجنين أو الرضيع أثناء نموه. غالبًا ما تصاحب الاضطرابات الحركية للشلل الدماغي اضطرابات في الإحساس والإدراك والتواصل والسلوك والصرع ومشاكل ثانوية في الجهاز العضلي والعظمي". كان مؤلفو هذا التعريف للشلل الدماغي يطمحون بأن يكون مفيدًا بشكل مباشر للعديد ممن يعنيهم الأمر، بما في ذلك الأشخاص الذين عانوا من هذه التجربة (الأشخاص المصابون بالشلل الدماغي وعائلاتهم) والعاملون في مجال الرعاية الصحية (المشاركون في التشخيص والعلاج) وعلماء الأوبئة والعلماء الآخرون ومقدمو الخدمات وصانعو السياسات. إلا أننا يجب أن نعترف الآن بأن هذا الطموح قد لا يكون قد تحقق بالكامل.

على مدى السنوات القليلة الماضية، ناقشت عدة مجموعات الحاجة إلى تحديث هذا التعريف. مع تزايد فهمنا للشلل الدماغي ولمجال الحالات العصبية بشكل عام، يُطرح السؤال حول ما إذا كانت هناك حاجة إلى مزيد من المراجعات. منذ عام 2007، تم إحراز تقدم كبير في فهم مسببات الشلل الدماغي، بما في ذلك رؤى من علم الوراثة وتوثيق العمليات الالتهابية والكيميائية الحيوية والعمليات العصبية الفسيولوجية. وقد صدرت عدة تقارير مهمة تصف السمات السريرية من بيئات متعددة في جميع أنحاء العالم، بما في ذلك البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، مما قدم رؤى أوضح حول السمات السريرية وزاد الوعي بقضايا الشلل الدماغي. كما أن هناك زيادة في التقارير عن البالغين المصابين بالشلل الدماغي، وتطور متدرج (ولكنه بطيء) في الخدمات المتخصصة للبالغين المصابين بالشلل الدماغي، مما يدعم الحاجة إلى التحسين المستمر. بالإضافة إلى ذلك، تساهم التصورات المجتمعية والثقافية المتطورة للأشخاص المصابين بالشلل الدماغي أيضًا في تغيير طريقة فهمنا ومعالجتنا، بحيث يكتسب الأفراد الذين عانوا من هذه التجربة قدرة أكبر على التحكم في شؤون حالتهم. ويتماشى هذا التحول مع التغييرات الأوسع نطاقًا في المصطلحات اللغوية والمفاهيم المحيطة بالإعاقة، فضلاً عن الوعي المتزايد بالقيود المفروضة على الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي والناجمة عن المواقف التمييزية تجاه ذوي الإعاقة.

14698749, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dmcn.70257 by Sami Mushta - University Of Sydney , Wiley Online Library on [11/07/2026]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

تماشياً مع هذا التطور المستمر، قامت دار النشر ماك كيث – التي نشرت العديد من الأوصاف الرئيسية للشلل الدماغي منذ الخمسينيات – مرة أخرى بدور ريادي في توفير منصة للنقاش العالمي. لقد أشركنا مهنيين وأشخاصًا من جميع أنحاء العالم ممن عاشوا هذه التجربة، وشاركوا بشكل فردي وجماعي من خلال سلسلة من ورش العمل البناءة والمشاورات عبر الإنترنت. لقد فكرنا في دور التسميات التشخيصية وفوائدها المحتملة وآثارها الضارة في سياقات مختلفة (علمية وعلاجية واجتماعية وإدارية).[6] كنا ندرك، على وجه الخصوص، أن أي تعريف من هذا القبيل ينطوي على تقييد أو تحديد لفردية الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي. لطالما حذّرنا الفلاسفة من أن تصنيف الأفراد كموضوعات للمعرفة أو وضعهم في خطاب معين ينطوي على شكل متأصل من أشكال العنف.[7,8] يشير هذا "العنف" إلى الطريقة التي يتم بها اختزال التجارب الحياتية المعقدة إلى أطر مبسطة أو جامدة، مما يؤدي إلى تشويه أو تقييد الجوهر الحقيقي للشخص. للتخفيف من هذا الخطر وتعزيز وعينا بالتحيز المحتمل ضد ذوي الإعاقة، عملنا مع العديد من الأفراد الذين لديهم خبرة معيشية في بيئات مختلفة. عند تشخيص إصابة طفل بالشلل الدماغي، فإن تزويد الأسرة بفئة تندرج تحتها حالة طفلهم يساعدهم على فهم التحديات الحالية والمستقبلية بشكل أفضل، وتحديد مصادر المعلومات ومجموعات الأقران التي يمكن أن تدعمهم، وبالتالي تعزيز مرونتهم، وهو أمر مفيد لنمو الطفل نفسه. وبالتالي، يمكن النظر إلى نهج التشخيص على أنه رعاية وليس عنفًا، ويمكن معالجة أي خطر يحد من الجوهر الحقيقي للشخص من خلال التأكيد على شخصيته الفردية في جميع الأوقات. عند مقارنتها بتجربة أسر الأطفال المصابين بأمراض نادرة وحالات غير مشخصة، فإن الفائدة التي تعود على أسر الأطفال المصابين بالشلل الدماغي من الحصول على تشخيص مبكر واضحة.

كان هدفنا هو التعاون في وضع وصف محدث للشلل الدماغي موجه في المقام الأول للمهنيين في مجالات الممارسة السريرية والأبحاث والرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية، مع توفيره أيضًا بطريقة متاحة ومفيدة للأشخاص الذين يعيشون هذه التجربة.

ا لمنهجية

لاقتراح تحديث معاصر لتعريف الشلل الدماغي لعام 2007 ومناقشته على نطاق أوسع، قمنا بتحليل الجهات ذات الصلة والأطراف المعنية وتطبيق منهجية التخطيط.[10,9] وبالتالي، كان هدفنا إشراك مجموعة واسعة ومتنوعة من الأشخاص المعنيين بتحسين حياة الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي. تم تحديد الجهات ذات الصلة والأطراف المعنية وتصنيفها على أساس أدوارهم ومناصبهم فيما يتعلق بالشلل الدماغي، مما يضمن تمثيل مجموعة واسعة من وجهات النظر. شملت المجموعات (1) الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي؛ (2) أفراد الأسرة ومقدمو الرعاية؛ (3) مجموعات الدعم؛ (4) الأطباء؛ (5) المعالجون؛ (6) مقدمو خدمات الرعاية الصحية؛ (7) سجلات الشلل الدماغي؛ (8) الباحثون؛ (9) المنظمات التي تمول الأبحاث؛ و(10) الجمعيات الأكاديمية. قد يتداخل الأفراد في هذه المجموعات عبر فئات متعددة. للحفاظ على التركيز على التجربة الحياتية والمهنية للشلل الدماغي بدلًا من المصالح التنظيمية أو التجارية، استبعدنا الجهات والأطراف الذين تتعلق أدوارهم الأساسية بالسياسة والتنظيم، وكذلك ممثلي الصناعات الدوائية أو التكنولوجيا الحيوية.

لضمان تضمين وجهات نظر متنوعة، استخدمنا طرقًا متعددة لجمع البيانات. بدأنا العملية بمناقشة جماعية مركزة عبر الإنترنت في يوليو (تموز) 2022، شارك فيها أعضاء من الجمعية الدولية للشلل الدماغي لتحديد الموضوعات المشتركة ونقاط الاختلاف. الجمعية هي منظمة غير ربحية تضم أعضاء من أكثر من 60 دولة في خمس قارات. وتهدف إلى ضمان سماع صوت الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي كلما تمت مناقشة الأبحاث الطبية أو التطورات التكنولوجية أو السياسات التي قد تؤثر عليهم. شارك في المناقشة أشخاص لديهم خبرة مباشرة بالشلل الدماغي، وهم أعضاء اللجنة التنفيذية للجمعية من الأرجنتين وفرنسا ولوكسمبورغ ونيجيريا وسريلانكا، بالإضافة إلى أعضاء من نيبال وسلوفينيا وجنوب أفريقيا. في مرحلة لاحقة من العملية، تم توسيع النطاق الجغرافي من خلال مجموعات دولية معنية بالشلل الدماغي، تعاونت العديد منها مع منتديات عائلاتها.

سألنا هذه المجموعة المركزة ما إذا كانت تعتقد أنه ينبغي الإبقاء على مصطلح "الشلل الدماغي". واعتبرت الجوانب الإيجابية الرئيسية مرتبطة بوضوح المصطلح، مما يتيح إمكانية التعريف بالذات مع مجتمع الدعم، والحق في تلقي الخدمات المناسبة المصممة للأشخاص المصابين بالشلل الدماغي أو المقدمة بشروط على أساس هذا المصطلح. لذلك، كان هناك دعم قوي للاحتفاظ باستخدامه. ومن بين الجوانب السلبية المبلغ عنها، كان هناك شعور بأن التركيز على ضعف الدماغ ينطوي على خطر إساءة تمثيل قدرات وإمكانات الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي. تم التأكيد على أن هذه المشكلة تتفاقم في اللغات التي تُترجم فيها كلمة "شلل" إلى كلمات تعني "الشلل" (مثل paralisia، parálisis، paralysis)، حيث يمكن أن تعزز هذه الترجمات عن غير قصد تصويرًا قديمًا ومقيّدًا للشلل الدماغي باعتباره حالة تُعرّف بشكل أساسي بالشلل، بدلًا من طيف من السمات الحركية والإدراكية والوظيفية.

بناءً على استنتاجات مناقشة مجموعة التركيز هذه، تمكنا من صياغة أسئلة أوضح لأول استبيان عبر البريد الإلكتروني، والذي تم إجراؤه في أبريل (نيسان) 2023 لدعوة الأطراف المعنية على نطاق واسع لمشاركة آرائهم بمرونة. تناول هذا الاستبيان الأسئلة الخمسة التالية: (1) ما هي جوانب تعريف الشلل الدماغي لعام 2007 – إن وجدت – التي يجب الاحتفاظ بها كما هي مكتوبة في الوصف المحدث؟ (2) ما هي جوانب تعريف 2007 التي يجب إزالتها – إن وجدت – ولماذا؟ (3) ما هي جوانب تعريف عام 2007 التي يجب تغييرها – إن وجدت – ولماذا؟ (4) هل هناك مكونات لمفهوم "الشلل الدماغي" غير موجودة في تعريف عام 2007 ويجب إضافتها؟ (5) من يستفيد من تغيير الوصف؟ من قد يتضرر؟.

بعد ذلك، قمنا بتنظيم ورشة عمل حضورية وعبر الإنترنت في مايو (آيار) 2023 كحدث تمهيدي قبل الاجتماع السنوي للأكاديمية الأوروبية لإعاقة الطفولة الذي عقد في ليوبليانا، سلوفينيا، حيث تم توسيع نطاق هذه الأسئلة الخمسة من خلال الحوار التعاوني وتوليد الأفكار. قمنا بتجميع جدول بيانات يضم 99 مشاركًا في هذه الورشة، من بينهم ممثلو الجمعيات والأطباء والمعالجون والأشخاص الذين يعيشون هذه التجربة من جميع القارات، ثم قمنا بتجميع تعليقاتهم.

بناء على المساهمات التي تم الحصول عليها، قمنا بصياغة نسخة أولى من وصف محدث للشلل الدماغي وأجرينا استطلاعًا ثانيًا عبر البريد الإلكتروني في فبراير (شباط) 2024 للحصول على آراء الجهات ذات الصلة والأطراف المعنية حول كل مصطلح محدد (كلمات أو عبارات) في هذا الوصف. تم إجراء المزيد من التعديلات بعد استطلاع البريد الإلكتروني الثاني.

تم عرض التقدم المحرز في هذا العمل في أكتوبر (تشرين الأول) 2024 في محاضرة الضيوف الرئاسية في الاجتماع السنوي للأكاديمية الأمريكية للشلل الدماغي وطب النمو في مدينة كيبيك، كندا، حيث كان موضوع النقاش في جلسة نقاشية وجلسة عامة.

طوال العملية، قمنا بتصنيف الردود لتحديد مجالات الاتفاق العام، والإشكاليات التي لم يتم حلها، ونقاط الخلاف المحددة لالتقاط النطاق الكامل لوجهات نظر الجهات ذات الصلة والأطراف المعنية. أعطى هذا النهج الأولوية لإدراج الرؤى الدقيقة، مما يضمن مناقشة آراء الأقلية والآراء المخالفة بنفس الأهمية إلى جانب الاتفاق السائد. سهلت هذه المنهجية تحديد الموضوعات المتكررة ومجالات الاتفاق والإشكاليات المختلف فيها، مما وفر أساسًا شاملًا لتحسين مفهوم الشلل الدماغي.

بعد ذلك نشرنا تحديثًا مقترحًا مجانيًا للقراءة لوصف الشلل الدماغي،[11] بما في ذلك شرح المصطلحات الرئيسية ووصف مصاحب بلغة بسيطة، ودعونا القراء إلى تقديم ملاحظاتهم. قمنا بتجميع وتحليل هذه المساهمات، التي ناقشناها في يونيو (حزيران) 2025 مع المشاركين في الاجتماع الثلاثي السنوي للتحالف الدولي لأكاديميات إعاقة الطفولة في هايدلبرغ، ألمانيا.

هنا، نقدم الوصف السريري المحدث للشلل الدماغي، مع شرح محدث، ونسخة بلغة بسيطة، وملخص من جملة واحدة.

ا لنتا ئج

بالإضافة إلى المساهمات الفردية، ساهم أعضاء من المجموعات التالية في هذه العملية: أكاديمية أمريكا اللاتينية لنمو الطفل والإعاقة (ALDID)، الأكاديمية المكسيكية للشلل الدماغي واضطرابات النمو العصبي (AMEXPCTND)،

14698749, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dmcn.70257 by Sami Mushta - University Of Sydney , Wiley Online Library on [11/07/2026]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

الأكاديمية الأمريكية للشلل الدماغي وطب النمو (AACPDM)، المجلس المحلي للأكاديمية الأمريكية للشلل الدماغي وطب النمو، الجمعية الأمريكية لطب الأعصاب (ANA)، جمعية أخصائيي العلاج الطبيعي المعتمدين في طب الأطفال (APCP)، الأكاديمية الأسترالية للشلل الدماغي وطب النمو (AusACPDM؛ الآن تسمى أكاديمية أوقيانوسيا للشلل الدماغي والإعاقات الأخرى التي تبدأ في مرحلة الطفولة [أكاديمية أوقيانوسيا])، السجل الأسترالي للشلل الدماغي (ACPR)، الأكاديمية البريطانية لإعاقات الطفولة (BACD)، الجمعية البريطانية لطب لأعصاب للأطفال (BPNA)، السجل الكندي للشلل الدماغي، مركز كان شايلد لأبحاث إعاقة الطفولة (CanChild)، تحالف الشلل الدماغي (CPA)، الشلل الدماغي في ويلز، مؤسسة الشلل الدماغي، شبكة أبحاث الشلل الدماغي، جمعية طب أعصاب الأطفال (CNS)، الجمعية الصينية لطب إعادة التأهيل: لجنة إعادة تأهيل الأطفال (CARM-PRC)، برنامج إنجاز الشلل الدماغي (CP-Achieve)، سي بي كويست (CP Quest)، سي بي تيتشنغ للتعليم (CPTeaching)، أكاديمية شرق أفريقيا لإعاقات الطفولة (EAACD)، الأكاديمية الأوروبية للإعاقات التي تبدأ في مرحلة الطفولة (EACD)، منتدى العائلات والمستخدمين للأكاديمية الأوروبية للإعاقات التي تبدأ في مرحلة الطفولة، الجمعية الأوروبية لمعلمي بوباث، الاتحاد البرتغالي لجمعيات الشلل الدماغي (FAPPC)، مؤسسة الشلل الدماغي، الأكاديمية الهندية للشلل الدماغي (IACP)، التحالف الدولي لأكاديميات إعاقة الطفولة (IAACD)، الاتحاد الدولي لجينومات الشلل الدماغي (ICPGC)، الجمعية الدولية للشلل الدماغي (ICPS)، الجمعية الدولية لطب أعصاب الأطفال (ICNA)، هيئة تحرير دار ماك كيث للنشر، المعهد الوطني للصحة والرعاية الصحية (NIHR)، جمعية طب أعصاب الأطفال والنمو في جنوب أفريقيا (PANDA-SA)، مجموعة المساعدة الذاتية لمرضى الشلل الدماغي في نيبال (SGCP)، رصد الشلل الدماغي في أوروبا (SCPE)، الجمعية السريلانكية لنمو الطفل (SLACD)، الاتحاد الدولي للشلل الدماغي (UCP).

تضمنت الأسئلة التي أثيرت في مرحلة مبكرة من العملية ما يلي.[12] هل يجب أن نستمر في استخدام مصطلح "الشلل الدماغي"؟ هل هو اضطراب أم طريقة لحدوثه؟ هل من المناسب والمفيد اعتبار الشلل الدماغي طيفاً؟[13] إلى أي مدى يمكن أو يجب أن يكون التعريف أو الوصف عمليًا؟ هل يمكننا بشكل أفضل تحديد التوقيت وتمييزه وعدم التقدم؟[14] كيف يمكننا وصف السمات الحركية وغير الحركية؟ هل يمكن أن يؤدي التحديد "الموضوعي" للسمات السريرية بالاعتماد على التقدم التكنولوجي إلى تحسين الوصف؟[15] هل يمكننا تحسين تحديد الأسباب بشكل أفضل؟[16] هل الوصف دقيق بما يكفي للسماح بإحراز تقدم في فهم الجينات؟[17] هل يجب أن نركز على المسار مدى الحياة وتأثيره على المشاركة؟[18] كيف نأخذ في الاعتبار الأبعاد الطبية والاجتماعية والعالمية والسياسية والشخصية للشلل الدماغي؟

الآراء المتوافقة

أعربت الجهات ذات الصلة والأطراف المعنية عن اتفاقهم العام على العناصر الأساسية التالية التي ينبغي أن يُسترشد بها الوصف المحدث للشلل الدماغي:

- كان هناك اعتراف واسع النطاق بأن الشلل الدماغي هو مفهوم سريري قيّم في الوضع الحالي للمعرفة والممارسة، ويخدم أغراضًا تشخيصية وعلاجية وبحثية مهمة، فضلاً عن أغراض اجتماعية وسياسية، بما في ذلك الوصول إلى الخدمات والمزايا والدعم والموارد وغير ذلك.
- اتفقت الجهات ذات العلاقة والأطراف المعنية بشكل عام على أن الشلل الدماغي يجب أن يظل مصطلحًا سريريًا، على الرغم من عدم وجود توصيف مرَضيّ مميز واستمرار عدم اليقين بشأن الفيسيولوجيا المرضية.
- كان هناك اتفاق قوي على أن الوصف يجب أن يركز على التجارب الحياتية للأفراد المصابين بالشلل الدماغي، مع تضمين التنوع في التحديات التي يواجهونها في سياقات مختلفة.
- ظهر اتفاق قوي حول تأطير الشلل الدماغي من حيث تأثيره على القدرات الوظيفية والمشاركة الاجتماعية، متجاوزًا التركيز الأساسي على الإعاقات الحركية.
- أكدت الجهات ذات الصلة والأطراف المعنية على أهمية الاعتراف بأن الشلل الدماغي هي حالة تستمر مدى الحياة، مع مراعاة واضحة للاحتياجات والتجارب الخاصة بكل فئة عمرية.
- كان هناك اتفاق واسع النطاق على أن الوصف يجب أن يظل مناسبًا لجميع الموارد المتاحة، بما في ذلك الموارد المحدودة، لضمان الإنصاف في تطبيقه.
- أيدت العديد من الجهات ذات العلاقة والأطراف المعنية استخدام تعريف عام 2007 كنقطة انطلاق للتحديثات، مع تلبية الاحتياجات والتفاهمات المعاصرة.

الآراء المتباينة

أثارت بعض الموضوعات آراءً متباينة أو متعارضة، مما يسلّط الضوء على مجالات تتطلب مزيدًا من الاستكشاف

- انقسمت الجهات ذات الصلة والأطراف المعنية حول ما إذا كان استخدام "تعريف" دقيق أو اعتماد "وصف" أكثر مرونة سيكون أكثر ملاءمة لاحتياجات الأشخاص الذين يعيشون هذه التجربة، والممارسة السريرية، والبحث العلمي.
- لم يكن هناك اتفاق حول ما إذا كان ينبغي أن يتناول الوصف بشكل صريح قابلية القياس أو أن يتضمن عناصر إجرائية للتشخيص والتدبير.
- تباينت الآراء بشأن ما إذا كان ينبغي تحديد أقصى عمر يمكن أن تؤدي فيه أي إصابة للدماغ إلى الإصابة بالشلل الدماغي.
- بينما رأت بعض الجهات ذات الصلة والأطراف المعنية أن إدراج الحالات الشائعة المصاحبة للشلل الدماغي، مثل الصرع والإعاقة الذهنية، يعكس طبيعته متعددة الأبعاد، حذّر آخرون من أن هذا الإدراج قد يؤدي إلى تراجع التركيز على الاضطرابات الحركية بوصفها السمة الأساسية المعرّفة للشلل الدماغي.
- كان دور الأنواع الفرعية في الوصف محل جدل؛ إذ أشارت بعض الجهات ذات الصلة والأطراف المعنية إلى قيمة التحديد الدقيق للأنماط الفرعية لأغراض سريرية وبحثية، بينما عبّر آخرون عن قلقهم من أن ذلك قد يؤدي إلى تعقيد الفهم العام ويحدّ من سهولة الوصول.
- أعربت بعض الجهات ذات الصلة والأطراف المعنية عن قلقهم من أن استبعاد نقص التوتر العضلي المعزول بوصفه نمطًا فرعيًا من الشلل الدماغي قد يؤثر على فئة من الأفراد من حيث التمثيل الشخصي وإمكانية الحصول على الخدمات. بالإضافة إلى ذلك، يُستخدم مصطلح "نقص التوتر في الشلل الدماغي" كفئة في بعض سجلات الشلل الدماغي.[19]
- دار نقاش حول إيجاد التوازن بين الدقة السريرية واستخدام لغة ميسّرة وشاملة. وقد أثارت بعض المصطلحات المحددة (مثل "اضطراب"، "إعاقة") ردود فعل متباينة؛ إذ رأى البعض أنها وصمة مجتمعية، بينما اعتبرها آخرون ضرورية لتحقيق الوضوح الطبي أو الاجتماعي-السياسي.

إنّ التوصّل إلى توافق عام حول الشلل الدماغي وتحقيقه يُعتبر ركيزةً أساسية لصياغة وصف مُحدَّث ينسجم مع الفهم المعاصر لهذه الحالة ويُعلي من شأن الشمولية. وفي المقابل، تُبرز القضايا التي لم يُحسم أمرها مجالاتٍ لا تزال تتطلّب مزيدًا من النقاش العلمي والتحقّق المنهجي. ومع استمرار تنقيح فهمنا للشلل الدماغي، تبرز الحاجة إلى الإقرار بالتعقيدات الكامنة سواء في طبيعة الحالة ذاتها أو في الآليات المعتمدة لتشخيصها. فالشلل الدماغي ليس كيانًا متجانسًا، بل هو بناءٌ مفاهيمي يعكس طيفًا واسعًا ومتعدّد الأبعاد من الخبرات الحياتية والتحدّيات الوظيفية والاجتماعية.

الوصف المُحدَّث

نحن نقدم هنا عن قصد وصفًا بدلًا من التعريف، بهدف إيضاح السمات الجوهرية للشلل الدماغي مع مراعاة وجهات نظر الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي، وتجنّب فرض حدود مفاهيمية قد تُقيّد نطاق الظواهر التي يُفترض أن يشملها المفهوم. واستجابةً لملاحظات الأطباء والباحثين الذين يتناولون الشلل

14698749, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dmcn.70257 by Sami Mushta - University Of Sydney , Wiley Online Library on [11/07/2026]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

الدماغي من منظور اضطرابات التوتّر العضلي، جرى إدراج هذا البعد بوضوح في متن النص، مع توسيع الشرح المرتبط به أدناه، بما يُسهم في تعزيز الوضوح المفاهيمي والدقّة التشخيصية. كما أُزيل مصطلح "سوء النمو" لما قد يحمله من غموض ودلالات وصمية. كما تم استبدال مصطلح "خلل التنسج" بمصطلح "تشوّه" بوصفه أكثر شيوعًا ووضوحًا في الأدبيات الطبية. وبالمثل، أُعيد النظر في استخدام مصطلح "معقد" في وصف الحالة، بعد أن أشارت الملاحظات إلى احتمال انطوائه على نزعة إلى الإفراط في الطابع الطبي؛ وعليه، أعيد تركيز الوصف على مفهوم عدم التجانس، مع الإقرار بأن درجة التعقيد تختلف بين الأفراد. نأمل أن يهدف هذا التعديل إلى تحقيق توازن بين الدقّة العلمية والحساسية المفاهيمية، بما يجعله مناسبًا للاستخدام في السياقات متعددة التخصّصات التي تتطلّب لغة مشتركة وفهمًا متقاربًا.

يدعم هذا الطرح النظرة إلى الشلل الدماغي بوصفه حالة غير تنكسية تمتدّ مدى الحياة، ذات مظاهر متغيّرة مع الزمن. ويسهم التأكيد على ثبات إصابة الدماغ الأولية مقابل تنوّع الحالات الوظيفية، في ترسيخ توقّعات واقعية، وتعزيز التخطيط المبكر، والحدّ من الوصمة الاجتماعية. كما يُسهم هذا النهج في توضيح الأسس التشخيصية، وتحسين الوصول إلى الخدمات، وتعزيز التعاون بين التخصّصات المختلفة من خلال اعتماد لغة علمية مشتركة. والأهم من ذلك، أنّه يدعم تمكين الأفراد المصابين بالشلل الدماغي وأسرهم.

الشرح

تمّ توضيح 26 مصطلحًا محددًا وردت في الوصف المُحدَّث. وقد جرى تمييز كل مصطلح بحرف علوي في النص، مع شرح دلالته المفاهيمية والسريرية على النحو الآتي:

يُعدّ الشلل الدماغي[أ] (Cerebral Palsy; CP[ب]) حالةً[ت] في نمو الأعصاب[ث] تبدأ في وقتٍ مبكر[ج] وتستمرّ مدى الحياة[ح]، وتتميّز بوجود قيود في النشاط[خ] ناتجة عن اضطراب[د] في تطوّر[ذ] الحركة ووضعية الجسم[ر]، وغالبًا ما تكون مصحوبة باضطرابات في توتّر العضلات[ز] تُصنَّف سريريًا إلى التشنّج، وخلل التوتر العضلي، والحركات الكنعية الراقصة، و/أو الترنّح[س]. ويُعزى[ش] الشلل الدماغي إلى تشوّه في، أو إصابة[ص] بدماغ[ض] الجنين أو الرضيع[ط]، وهي إصابة غير تنكُّسية[ظ] على الرغم من أنّ المظاهر السريرية والوظيفية قد تتغيّر مع التقدّم في العمر[ع]. ويتّسم النمط الظاهري[غ] للشلل الدماغي بعدم التجانس[ف] وقد يكون معقدًا[ق]، حيث يعاني كلّ فرد من عرَض[ك] سريري ووظيفي فريد. وإضافةً إلى الاضطراب الحركي، كثيرًا ما يواجه الأشخاص المصابون بالشلل الدماغي إعاقات أولية[ل] وثانوية[م] في مجالات متعدّدة من النموّ والأداء الوظيفي[ن]، وهو ما قد يؤثّر تأثيرًا ملحوظًا في مشاركتهم في أنشطة الحياة اليومية[هـ].

(أ) الشلل الدماغي

تم صياغة مصطلح "الشلل الدماغي" في الأصل بشكل مستقل على يد ويليام أوسلر، وأدولف فالينبرغ، وويليام جاورز في ثمانينيات القرن التاسع عشر. ولا يزال هذا المصطلح مستخدمًا على نطاق واسع من قبل الأطباء، والأشخاص الذين يعيشون الحالة، ومقدمي الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية، والباحثين. ويبلغ عمر المصطلح الآن نحو 150 عامًا، ويُحتفظ به في هذا الوصف نظرًا لأهميته في الفهم الحالي للشلل الدماغي، وفي البحث، وتنظيم الخدمات المقدمة للأفراد المصابين. ويهدف ذلك إلى ضمان الاستمرارية في تطوير ومشاركة المعرفة ذات الصلة والفعّالة، بما يسهم في تحسين الوضع الحالي وآفاق المستقبل للأفراد المصابين بالشلل الدماغي. كانت إحدى الحجج الحاسمة بعدم تغيير تسمية التشخيص في هذه المرحلة هي أن ذلك قد يعرّض تمويل الخدمات والأبحاث القائمة على المصطلح للخطر. ومع ذلك، تم التأكيد على ضرورة الاستمرار في تحديث وتوضيح الوصف لضمان دقة الفهم. ونُقرّ بأن مصطلح "الشلل" لم يعد يُستخدم بمفرده في التصنيف الطبي واللغة العامة، لكنه ما زال موجودًا في أسماء عدد محدود من الحالات الطبية التي تتميز بضعف العضلات، مثل شلل العصب الحركي للعين (أو العصب الثالث)، وشلل بيل (أو العصب الوجهي)، وشلل إيرب (أو شلل الولادة للضفيرة العضدية)، وشلل ليلة السبت (أو العصب

> يُعدّ الشلل الدماغي حالة نمو عصبي تبدأ في مرحلة مبكرة من الحياة وتستمر مدى العمر، وتتميّز بوجود قيود في النشاط الوظيفي ناجمة عن اضطراب في تطوّر الحركة ووضعية الجسم. وغالبًا ما ترتبط هذه الحالة باضطرابات في التوتر العضلي، تُصنَّف سريريًا إلى التشنّج، وخلل التوتر العضلي، والحركات الكنعية الراقصة، و/أو الترنّح. ويُعزى الشلل الدماغي إلى تشوّه في بنية الدماغ أو إلى إصابة تصيب دماغ الجنين أو الرضيع، وهي إصابة غير تنكسية بطبيعتها، على الرغم من أنّ السمات السريرية والوظيفية قد تتغيّر عبر مراحل العمر. ويتّسم الشلل الدماغي بعدم التجانس في أنماطه الظاهرية، وقد تتفاوت درجة تعقيده، بحيث يعاني كل فرد من صورة سريرية ووظيفية فريدة. وإضافةً إلى الاضطرابات الحركية الأساسية، كثيرًا ما يواجه الأشخاص المصابون بالشلل الدماغي إعاقات أولية وثانوية تمتدّ إلى مجالات متعدّدة من النموّ والأداء الوظيفي، وهو ما قد يؤثّر تأثيرًا جوهريًا في مشاركتهم في أنشطة الحياة اليومية وفي اندماجهم الاجتماعي.

الكعبري). ومن المهم الإشارة إلى أن السمة الأساسية في الشلل الدماغي تكمن في التحكم الحركي وليس في قوة العضلات.

(ب) الاختصار CP

كان هناك اتفاق قوي على استخدام الاختصار "CP" والذي يحظى بقبول واسع حتى في السياقات غير الناطقة بالإنجليزية. ويشبه ذلك استخدام الاختصارات الطبية الأخرى التي تقلل من التركيز على الوصف الأصلي الذي وُضعت بموجبه التسميات التشخيصية، بينما تشير إلى الاستمرارية التاريخية لتلك الحالات، مثل MS للتصلب اللويحي، وSLE للذئبة الحمراء، وTSC لمتلازمة التصلب الحدبي. ومن الاختصارات الطبية الأخرى المستخدمة على نطاق واسع ADHD، وCOVID-19، وAIDS. تُسهم هذه الاختصارات في تعزيز التواصل المتسق، والدعوة، وربط الأبحاث ذات الصلة، بالإضافة إلى دعم التغيير الصحي والاجتماعي.

(ت) حالة

تم اختيار هذا المصطلح بدلًا من مصطلح "اضطراب" لتأكيد النهج المرتكز على الشخص المصاب بالشلل الدماغي.[23] نأمل أن يُستخدم هذا المصطلح للاعتراف بسلامة وكرامة وحرية واستقلالية الأفراد المصابين بالشلل الدماغي.[24]

(ث) نمو الأعصاب

يُعتبر الجانب المتعلق بالنمو العصبي عنصرًا جوهريًا في الشلل الدماغي، ويستلزم ذكره بوضوح، نظرًا إلى أنّ إغفال إدراج الشلل الدماغي ضمن الاضطرابات العصبية النمائية في بعض أنظمة التصنيف التشخيصي (على سبيل المثال: التصنيف الدولي للأمراض، الإصدار الحادي عشر؛ الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الإصدار الخامس، النسخة المعدلة نصيًا) قد يؤدي إلى التأثير على وصول الأفراد المصابين بالشلل الدماغي إلى الخدمات المتخصصة للأشخاص ذوي الحالات العصبية النمائية. كما يُبرز هذا المصطلح تأثير الحالة على المسارات التنموية للأشخاص المصابين بها.

(ج) في وقت مبكر

تظهر المظاهر السريرية للشلل الدماغي في مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة.

14698749, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dmcn.70257 by Sami Mushta - University Of Sydney , Wiley Online Library on [11/07/2026]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

(ح) مدى الحياة

الشلل الدماغي حالة دائمة غير مؤقتة تبدأ في مرحلة مبكرة جدًا من الحياة. والأفراد الذين "يتجاوزون" التشخيص في مرحلة لاحقة لم يكونوا مصابين بالشلل الدماغي أصلًا.[20–22] كما يسلّط هذا الوصف الضوء على التحوّلات الوظيفية التي قد تطرأ عبر مراحل العمر، ولا سيما أنّ الغالبية العظمى من المصابين في الدول مرتفعة الدخل هم من البالغين.[18]

(خ) قيود في النشاط

يركز هذا النهج على البعد المتعلق بالنشاط وفقًا لإطار التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة (ICF)، حيث يرتبط مباشرة بكيفية تأثير الشلل الدماغي على قدرة الشخص على أداء أنشطته اليومية. ويتماشى هذا المنهج مع فهم شامل للصحة والإعاقة يأخذ في الاعتبار الجوانب البيولوجية والنفسية والاجتماعية. كما يتيح هذا النهج إمكانية تشخيص مبكر للشلل الدماغي لدى الرضع الذين يظهرون قيودًا في الأنشطة مثل الإمساك، أو الوصول للأشياء، أو التدحرج، مع استبعاد التشخيص المبكر جدًا قبل ظهور أي قيود في النشاط، مثل ما قد يحدث في الجنين أو الطفل حديث الولادة. ومع ذلك، من المهم التعرف على العلامات التي تشير إلى احتمال مرتفع للإصابة بالشلل الدماغي، لتعزيز الكشف المبكر وبرامج التدخل المبكر حتى قبل الوصول إلى التشخيص الرسمي.[25]

(د) ناتجة عن اضطراب

يوضّح هذا التعبير العلاقة بين البعد الوظيفي في التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة (ICF) وبين الاضطراب في الوظائف والاختلالات في بنية ووظيفة الجسم.

(ذ) تطوّر

يمثّل هذا تأثير الاضطراب في التطوّر الوظيفي كسمة تعريفية أساسية في الشلل الدماغي.

(ر) الحركة ووضعية الجسم

تتعلّق السمات الحركية للشلل الدماغي بالتحكّم الحسّي-الحركي للحركة ووضعية الجسم، عادة ما يقوم الأشخاص المصابون بالشلل الدماغي بحركات مترابطة مع بعضها في المناطق المتأثرة من الجسم بسبب اضطراب التحكم الحركي الانتقائي،[26] ويظهرون قدرة أقل على التحكم المنفصل في المفاصل الفردية.

(ز) توتّر العضلات

يُعدّ التوتّر العضلي مفهومًا شائع الاستخدام في الممارسة السريرية، وغالبًا ما يستخدم ككيان مستقل يجب أخذ تقييمه والتدخل فيه بعين الاعتبار[27] رغم الجدل القائم حول دوره المباشر في تقييد النشاط.[28] وقد اقتُرحت عدة أدوات لقياس التوتر العضلي[29] لكنها تستدعي تعريفًا دقيقًا لاستخدامه استخدامًا ذا معنى سريري.[30]

التشنّج، وخلل التوتر العضلي، والحركات الكنعية الراقصة، و/أو (س) الترنّح

تلعب سجلات الشلل الدماغي دورًا رئيسيًا في تطوير المعرفة حول الشلل الدماغي، حيث تقوم بتسجيل الأفراد على أساس تصنيف وصفي لنمط الحركة يعكس الاضطرابات الحركية السائدة،[19] مع الأخذ في الاعتبار أن العديد من الاضطرابات الحركية غالبًا ما تتواجد معًا لدى الأفراد المصابين بالشلل الدماغي.[31] وتستخدم العديد من سجلات الشلل الدماغي الفئات الحركية التالية: الشلل الدماغي التشنجي، الشلل الدماغي الحركي اللاإرادي، الشلل الدماغي المختلط (أي وجود خصائص كل من التشنج والحركة اللاإرادية)، والشلل الدماغي الترنحي. وقد ثبتت فائدة تصنيف الأفراد ضمن هذه المجموعات لأغراض سريرية، وبحثية، وتقديم الخدمات.[27] التشنج، الذي يشير إلى المقاومة الديناميكية للحركة اللاإرادية للمفصل،[32] يُعتبر سمة مميزة لاضطراب الخلايا العصبية الحركية العليا.

في سياق سجلات الشلل الدماغي، يُشير مصطلح "اضطراب الحركة" إلى الخصائص خارج الهرمية الناتجة عن إصابة العقد العصبية القاعدية، بينما يُستخدم بشكل أكثر تحديدًا في علم الأعصاب السريري للإشارة إلى مضاعفات العلاج طويل المدى بالليفودوبا لدى مرضى باركنسون.[33] أما في الشلل الدماغي، فيشير هذا المصطلح مباشرة إلى الخلل الحركي التشنجي والحركة اللاإرادية المختلطة، وهما الظاهران الرئيسيان خارج الهرمية في الشلل الدماغي الحركي اللاإرادي.[34] يعكس الخلل الحركي التشنجي اضطرابًا في تنظيم توتر العضلات بالإضافة إلى كونه اضطراب حركة.[35] وفي هذا السياق، يشير إلى انقباضات عضلية لا إرادية مستمرة أو متقطعة تؤدي إلى وضعيات غير طبيعية، والتواء، وحركات متكررة. وقد وُصف عرض مماثل لانقباض العضلات التوتري اللاإرادي الناتج عن إصابة الخلايا العصبية الحركية العليا باسم التوتر العضلي التشنجي.[36] تتميز الحركة المختلطة اللاإرادية (الكنعية الراقصة) في الشلل الدماغي بالحركات اللاإرادية، ويمكن تمييزها ظاهريًا إلى الكنعية (أي الحركات السريعة، القصيرة، والمتقطعة)، والراقصة (أي الحركات البطيئة المستمرة والمتغيرة والملتوية)، لكن هذا التمييز لا يبدو مفيدًا سريريًا لدى الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي الحركي اللاإرادي.[34]

يشير مصطلح "الترنح" في الشلل الدماغي إلى قصور التنسيق في الحركات الإرادية للعضلات، وهو غير متفاقم ويفترض أنه ناشئ من المخيخ.[37] ومن المهم التمييز بين الترنح في الشلل الدماغي واضطرابات المخيخ المتفاقمة، وهو ما قد يكون صعبًا أحيانًا بسبب تأخر تطور التنسيق الحركي واستمرار نضج المخيخ بعد الولادة. ولا تزال آليات الترنح الفيزيولوجية المرضية غير مفهومة بشكل كامل، ويظل تفسيرها السريري محل نقاش جزئيًا بسبب عدم وصفها الكافي في الأدبيات الخاصة بالشلل الدماغي.[38]

من المهم ملاحظة أن الأعراض الحركية المتعددة قد تحدث معًا لدى الأفراد المصابين بالشلل الدماغي، مع اختلاف درجة ظهورها خلال مراحل الحياة.[39] وتشمل الاضطرابات الحركية الأخرى غير التشنج، أو الاضطراب الحركي التشنجي، أو الحركة اللاإرادية المختلطة، أو الترنح، قصور التخطيط والتنفيذ الحركي بما في ذلك التحكم الحركي الانتقائي، وأنواع مختلفة من الرعاش، وضعف العضلات، وأهمها نقص التوتر العضلي.[31] يعد نقص التوتر العضلي المحوري أو الأساسي شائعًا لدى الأفراد المصابين بالشلل الدماغي الذين يظهرون تشنج الأطراف، أو خلل التوتر العضلي، أو الحركة اللاإرادية المختلطة، أو الترنح. وفي الواقع، غالبًا ما يكون نقص التوتر العضلي ذو المنشأ الدماغي من العلامات المبكرة غير النوعية للاضطرابات العصبية النمائية.[40] تتضمن بعض سجلات الشلل الدماغي حاليًا الأفراد الذين لديهم نقص التوتر العضلي فقط كنوع حركي، وقد أثيرت مخاوف من أن عدم تخصيص فئة لـ "الشلل الدماغي المصحوب بنقص التوتر العضلي" قد يحرم هؤلاء الأفراد من الدعم المهم، سواءً كان علاجيًا أو ماليًا. ومع ذلك، نؤكد أن هذه الفئة غير محددة بمعايير إدراج أو استبعاد واضحة، خاصة فيما يتعلق بالحالات المتعلقة بالجينات، ما يزيد من خطر طمس الدور المتزايد للأمور الوراثية في الشلل الدماغي.[17]

(ش) يُعزى

الشلل الدماغي هو تشخيص وصفي سريري، يتطلّب العمل على تحديد المسببات المحتملة بالاستناد إلى التاريخ المرضي والفحص السريري والفحوصات المساندة. يتطلب الفحص السريري إجراء تقييم يحدد مسببات المرض بشكل مؤقت مع إجراء

14698749, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dmcn.70257 by Sami Mushta - University Of Sydney , Wiley Online Library on [11/07/2026]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

فحوصات إضافية حيثما أمكن ذلك. إن استخدام مصطلح "يُعزى" يوضح بأن الفهم الكامل للمسارات السببية لا يزال غير مكتمل في الوقت الحالي. في السنوات القليلة الماضية تم تسليط الضوء بشكل متزايد على العوامل الوراثية إما من خلال التدخل المباشر في تكوين الدماغ أو من خلال القابلية للإصابة عبر مسارات مختلفة.

(ص) تشوّه أو إصابة

يشير التشوّه إلى اضطراب في التكوّن البنيوي للدماغ (مثل التشوهات الدماغية الناتجة عن أسباب وراثية، أو عوامل سامة، أو معدية، أو نقص غذائي)، بينما تشير الإصابة إلى أي عملية مكتسبة (مثل إصابة المادة البيضاء حول الدماغ بسبب التهاب الأغشية أو السحايا الجنينية، أو فرط البيلوروبين أو اليرقان النووي). وقد يتداخل المفهومان وكلاهما عادة ما يغيران مسار نضج الدماغ لاحقًا،[41] كما أنّ بعض التشوهات أو الإصابات للدماغ قد لا تكون مرئية بتقنيات التصوير العصبي الحالية.[43,42]

(ض) دماغ

يشير مصطلح الدماغ إلى جميع أجزاء الجزء فوق النخاعي من الجهاز العصبي المركزي، والذي يشمل المخ والمخيخ وجذع الدماغ. ويستثنى من ذلك الاضطرابات الحركية التي تنشأ من الحبل الشوكي، أو الأعصاب الطرفية، أو العضلية، أو الاضطرابات التي لا تشمل الدماغ بشكل واضح.

(ط) الجنين أو الرضيع

تحدث الاضطرابات نمو الدماغ في المسارات الحركية المؤدية إلى الشلل الدماغي في مراحل مبكرة جدًا من النموّ الجنيني قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها مباشرة. لم يُحدَّد حدٌّ أقصى للعمر، حيث سيكون ذلك مغايرًا للمعرفة الحالية، ولكن يُسلّم به أن أول سنتين إلى ثلاث سنوات من العمر وخاصة قبل أن تتطور الوظائف المتأثرة مثل المشي أو التحكم في الأطراف بشكل كامل، هي فترة حساسة جدًا لتأثير الإعاقات التي تؤدي إلى الإصابة بالشلل الدماغي. هذا يسلط الضوء على فكرة الاضطرابات التي تحدث في مرحلة مبكرة جدًا من النمو البيولوجي للإنسان بأن لها آثار واضحة على تطور الوظائف الحركية مقارنة بتلك التي تحدث في مرحلة لاحقة من العمر حتى في مرحلة الطفولة. ويتوافق هذا أيضًا مع متطلبات النظر في تحديد حد أقصى للعمر لأغراض محددة.

(ظ) غير تنكسية

يتعلق هذا بآلية حدوث إصابة الدماغ التي لا تزال ثابتة بناءً على المعرفة الحالية. ولذلك، فهي تستبعد الأمراض التنكسية، التي تتميز بتطور العمليات المرضية التي تؤدي إلى استمرار وتفاقم تلف الدماغ الأساسي بمرور الوقت، مثل أورام الدماغ، أو الأمراض العصبية الأيضية، أو غيرها من الاضطرابات الحركية ذات المنشأ الوراثي التي تتطور مع تقدم العمر.

(ع) قد تتغير الأعراض مع التقدم في العمر

إن الطبيعة غير التنكسية للمرض – أي أن التشوه أو الإصابة الدماغية الأولية لا تتفاقم بمرور الوقت – لا تستبعد إمكانية تغير النتائج الوظيفية بمرور الوقت. قد تنجم هذه التغيرات على سبيل المثال عن النمو والتطور وزيادة المتطلبات الجسدية والعوامل البيئية وغيرها بما فيها التغيرات الثانوية مثل التغيرات في الجهاز العضلي الهيكلي. ولذلك، فإن التدهور السريري الظاهر غالبًا ما يعكس تحديات متطورة بدلًا من تفاقم الإصابة العصبية الكامنة. وهذا يُذكّرنا بأن الشلل الدماغي "ليس ثابتًا".[44,45]

(غ) النمط الظاهري

يشير هذا إلى توصيف السمات الملحوظة التي يمكن ربطها بالمعرفة السريرية وتخدم أغراضها. إن الملاحظة الظاهرية الدقيقة للنمط الظاهري هي السبيل الوحيد لتشخيص الشلل الدماغي سريريًا (إذ لا توجد سمات مميزة للمرض)، ويوفر ذلك أساسًا للاستدلال الفسيولوجي المرضي لتفسير السمات الملحوظة بشكل مؤقت من خلال علم وظائف الأعضاء المعروف، وفهم الجينات حيثما أمكن ذلك.[46]

(ف) عدم التجانس

يتعلق عدم التجانس والتباين بالمظاهر والوظائف وتفاعلاتها مع العوامل البيئية، بما في ذلك الاختلافات الملحوظة بين البلدان ذات الدخل المرتفع والبلدان ذات الدخل المنخفض، حيث تعيش الغالبية العظمى من الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي.[47]

(ق) معقدًا

يتميز الشلل الدماغي بتعقيده السريري، بما في ذلك أعراض مثل الألم أو المظاهر النفسية، مما قد يؤدي إلى صعوبات في التعرف على العلامات السريرية وتفسيرها، وتأثيرها على النمو.[48] يعاني العديد من الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي من ضعف صحي واحتياجات رعاية صعبة نتيجة للاضطرابات العصبية، ومضاعفات مثل مشاكل الجهاز التنفسي والهيكل العظمي والجهاز الهضمي، وحالات سريرية أخرى، أو الاعتماد على الدعم التكنولوجي. وتساهم عوامل إضافية في هذا التعقيد، بما في ذلك المحددات النمائية والنفسية والثقافية والاجتماعية، بالإضافة إلى بعض العوامل المتعلقة بمقدمي الرعاية والتغيرات على المستوى المجتمعي.[49]

(ك) حيث يعاني كل فرد من عرض سريري ووظيفي فريد

يؤكد هذا أن الشلل الدماغي يتجلى بشكل مختلف لدى كل فرد، مما يشكل أسلوب حياته ووجوده المتميز، ويرتبط في نهاية المطاف بتجارب فردية لا يمكن اختزالها.

(ل) أولية

يُعتقد أن الإعاقات الأولية غير الحركية تنجم مباشرةً عن نفس المسببات التي تؤدي إلى الأعراض الحركية. على سبيل المثال، يمكن اعتبار الصرع أو ضعف الإدراك من مظاهر تشوه أو إصابة في القشرة الدماغية. ومن الأمثلة الأخرى الإعاقة البصرية، التي يمكن أن تُعزى إلى إصابة المادة البيضاء على طول الإشعاعات المهادية القذالية (الألياف العصبية البصرية)، بينما ترتبط الأعراض الحركية المصاحبة بإصابة المادة البيضاء على طول المسارات الحركية، وكلاهما يُعزى إلى الالتهاب. قد تنشأ بعض الإعاقات الأولية من تشوه أو إصابة خارج الدماغ، على سبيل المثال ضعف البصر الناتج عن اعتلال الشبكية لدى الخدج.[50]

(م) ثانوية

يُستخدم مصطلح "الإعاقة" هنا تماشيًا مع إطار التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة (ICF). تُعتبر الإعاقات الثانوية نتاجًا للإعاقة الحركية و/أو غير الحركية الأولية، أو قيود النشاط التي تحد من التعلم والنمو الإدراكي، مثل الإعاقة البصرية الناتجة عن قصور في التحكم المبكر بالرأس، أو محدودية الحركة، أو

14698749, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dmcn.70257 by Sami Mushta - University Of Sydney , Wiley Online Library on [11/07/2026]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

الحركة والتفاعل مع المحيط. ويُسهم تعايش العمليات الأولية والثانوية في تعقيد الشلل الدماغي. ومن الأمثلة الأخرى القصور الإدراكي، والذي قد يحد من الاستكشاف والنشاط الحركي، مما قد يُعيق بدوره تطور الوظائف الإدراكية.[51] كما أن عدم استخدام الجهاز الحسي الحركي خلال النمو قد يُفاقم الإعاقة الحركية لدى المصابين بالشلل الدماغي.

(ن) في مجالات متعددة من النمو والأداء الوظيفي

قد تشمل هذه الاضطرابات، على سبيل المثال، الجهاز العضلي الهيكلي، والإحساس، والتغذية، والتواصل، والإدراك، والصحة العقلية، والنوم، بالإضافة إلى الألم والصرع. تُعتبر هذه الاضطرابات جزءًا من الصورة السريرية للشلل الدماغي وليست أمراضًا مصاحبة. في هذا السياق، قد تتوافق هذه الاضطرابات مع حالات موصوفة جيدًا (مثل هشاشة العظام، والإعاقة البصرية الدماغية، ومرض الارتجاع المعدي المريئي، واضطراب طيف التوحد، وخلل التنسج الوركي، وما إلى ذلك) وتتطلب تدخلًا محددًا مع مراعاة الصورة السريرية الكاملة للشلل الدماغي. بالإضافة إلى ذلك، قد تحدث مضاعفات، مثل التهابات الجهاز التنفسي، وضعف وظائف الرئة الثانوي الناتج عن الاستنشاق غير الآمن المرتبط بضعف القدرة على التغذية (الأكل والشرب) أو الجنف المكتسب، أو اضطرابات مثل أمراض القلب والأوعية الدموية أو السكري من النوع الثاني المرتبطة بزيادة خطر الإصابة بمتلازمة التمثيل الغذائي والمرتبطة بنمط الحياة الخامل (أي خلل التمثيل الغذائي الأساسي المكتسب بما في ذلك ارتفاع مستويات الدهون الثلاثية في الدم، وانخفاض مستوى الكوليسترول عالي الكثافة، وارتفاع نسبة الجلوكوز في الدم أثناء الصيام).

(ه) مشاركتهم في أنشطة الحياة اليومية

قد تؤدي القيود المفروضة على النشاط إلى تقييد المشاركة، كما هو موضح في إطار التصنيف الدولي للأداء والإعاقة والصحة (ICF). ويُقر هذا الإطار أيضًا بتأثير العوامل الشخصية والمحيطية على المشاركة.

نسخة بلغة بسيطة

لتعزيز سهولة الوصول والفهم، قمنا بصياغة نسخة مبسطة من وصف الشلل الدماغي. يهدف هذا الوصف المبسط إلى جعل المفهوم أكثر سهولة في الفهم لجمهور أوسع، وخاصةً من لا يملكون خبرة فنية، مع الحفاظ على جوهر التعريف الأصلي. ومع ذلك، ندرك ضرورة الحد من المخاطر المحتملة المرتبطة بهذه النسخة. ويتمثل أحد المخاوف في إمكانية استخدام الوصف المبسط كبديل للوصف السريري، مما قد يؤدي إلى سوء فهم أو إساءة استخدام. ويتمثل التحدي الآخر في خطر دمج القراء لعناصر غير موجودة في التعريف الأصلي، مما يُضعف دقته وهدفه. لمعالجة هذه المشكلات، نؤكد على الغرض المقصود من الوصف بلغة بسيطة: (1) يهدف إلى توضيح التعريف لمن لا يعرفون المصطلحات الفنية؛ (2) صُمم كأداة تعليمية لمساعدة غير المتخصصين على فهم المفاهيم الأساسية لوصف الشلل الدماغي دون الحاجة إلى خبرة فنية؛ (3) يهدف هذا إلى رفع مستوى الوعي وتيسير المشاركة بين جماهير أوسع، بما في ذلك صانعي السياسات والجهات ذات الصلة والأطراف المعنية في المجتمع وعامة الناس؛ (4) يمكن أن يكون مرجعًا تكميليًا للوصف السريري، مما يوفر أساسًا للنقاش ويعزز الفهم المشترك بين مختلف الفئات. نأمل أن تكون لهذه النسخة القدرة على تحسين التواصل والحوار حول وصف الشلل الدماغي دون تغيير معناه أو نطاقه، مع الأخذ في الاعتبار أنها ليست بديلًا عن الوصف السريري، ولا ينبغي استخدامها في سياقات تتطلب دقة فنية أو كأساس لاتخاذ القرارات. نأمل أن تخدم هذه العناصر الغرض من تحقيق التوازن بين الوضوح والالتزام بتحديث المفهوم.

وصف بلغة بسيطة

يعاني الأشخاص المصابون بالشلل الدماغي من حالة جسدية معقدة تؤثر على طريقة عمل عضلاتهم وحركتهم طوال حياتهم. وينتج الشلل الدماغي عن تلف مبكر في جزء من الدماغ. لا يتفاقم تلف الدماغ بحد ذاته، ولكن قد تزداد عواقبه حدة مع مرور الوقت. كل شخص مصاب بالشلل الدماغي حالة فريدة، وبينما يعاني جميعهم من درجة ما من الإعاقة الجسدية، يواجه الكثيرون تحديات إضافية في التعلم، والتواصل، والرؤية وغيرها. مع توفر الموارد والعلاجات والدعم المناسب، يمكن للأشخاص المصابين بالشلل الدماغي أن يعيشوا حياة مزدهرة.

ندرك أن بعض الخيارات التي اتخذناها قد تُقلل من دقة الوصف السريري الأكثر شمولًا، ولكننا نثق بأن اللغة البسيطة ستجعل المفهوم السريري أكثر سهولة في الفهم، لا سيما للأشخاص المصابين بالشلل الدماغي وعائلاتهم والأشخاص المحيطين بهم. على سبيل المثال، تم اختيار عبارة "كيف تعمل عضلاتهم وكيف يتحركون" لتشمل الصعوبات الحركية عمومًا، ولا تشير إلى التشنج أو خلل التوتر العضلي أو الترنح. وبالمثل، نؤكد أن جزءًا فقط من الدماغ يتأثر بشكل مباشر، مما يعني أن أجزاءً كثيرة منه لا تتأثر، وهي معلومة مهمة لغير المتخصصين، مع العلم أن هذا يتجاهل حالات التشوهات الدماغية الشديدة (مثل استسقاء الدماغ، أو اعتلال الدماغ الناتج عن نقص الأكسجين ونقص التروية الحاد، أو التهاب السحايا الوليدي). مثال آخر هو اختيارنا لعبارة "الضرر المبكر"، والتي تهدف إلى تغطية الأسباب قبل الولادة وأثناءها وبعدها ("مبكر" تشير إلى المراحل المبكرة من الحياة والنمو).

لغرض الوصف المبسط، اخترنا عدم استخدام اختصار "CP" لأنه يُستخدم حاليًا من قِبل محركات البحث وفلاتر البريد العشوائي وغيرها من الأنظمة الآلية كاختصار ليس فقط لـ "الشلل الدماغي" بل أيضًا لـ"المواد الإباحية للأطفال". يؤدي هذا التزامن إلى انخفاض ترتيب نتائج البحث عن "CP" على المواقع الإلكترونية وصفحات وسائل التواصل الاجتماعي والإنترنت، ما يجعل العثور عليها أكثر صعوبة، وهو ما يُشكل عائقًا حقيقيًا أمام المهتمين بالشلل الدماغي للوصول إلى المعلومات. لهذا السبب، لا نقترح استبدال مصطلح "الشلل الدماغي" بـ "CP"، بل استخدام المصطلحين بشكل متبادل.

عند النظر في تكييف المفهوم في سياقات غير ناطقة باللغة الإنجليزية، يجب أن نولي اهتمامًا خاصًا لترجمة مصطلح "الشلل". تستخدم بعض اللغات عادةً ما يُعادل المصطلح الطبي الحالي "شلل". لذلك، قد يُفسر الأشخاص المصابون بالشلل الدماغي، وعائلاتهم، وغيرهم من غير المتخصصين، هذه المصطلحات على أنها تُشير إلى شلل فعلي، وهو ما قد يكون مُضللًا، بل وربما يُعزز الصور النمطية والوصمة الاجتماعية، في حين أن فقدان المعنى الأصلي لكلمة "شلل" في اللغة العامية قد يجعله أكثر قبولًا اجتماعيًا، لأنه لا يحمل أي معنى يتجاوز اسم الحالة نفسها.

ملخص من جملة واحدة لوصف الشلل الدماغي

الشلل الدماغي حالة نمو عصبي متباينة تبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة، وتنتج عن خلل دماغي غير تنكسي يؤثر على القدرات الحركية، وغالبًا على جوانب أخرى من الأداء الوظيفي طوال العمر.

نقدم أيضًا ملخصًا موجزًا، نأمل أن يكون مناسبًا لمختلف السياقات المهنية والعامة يشمل هذا الملخص العناصر الأساسية للشلل الدماغي: ظهوره المبكر، ومساره مدى الحياة، وأسبابه غير التنكسية، وتأثيره على الوظائف الحركية، وكثرة الأعراض غير الحركية المصاحبة له. كما يركز على التباين والتغيرات التي

14698749, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dmcn.70257 by Sami Mushta - University Of Sydney , Wiley Online Library on [11/07/2026]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

تطرأ عليه عبر مراحل العمر. ومن المهم الإشارة إلى أن هذه الجملة تعكس الطبيعة الوصفية للتشخيص، حيث يتميز الشلل الدماغي بخصائص سريرية أكثر من كونه مرتبطًا بسبب محدد، ولا تُعرف دائمًا طبيعة الاضطراب الدماغي الكامن أو توقيته بدقة وقت التشخيص. وهذا ما يجعل تشخيص الشلل الدماغي ممكنًا حتى في حال إجراء اختبارات لمعرفة الأسباب جارية أو غير حاسمة.

قد يُفيد الملخص الموجز في جملة واحدة في المحادثات الأولية مع العائلات، أو في البيئات التعليمية، أو في مواد الصحة العامة، أو في المناقشات متعددة التخصصات، حيث تُعطى الأولوية للإيجاز وسهولة الفهم على الشمولية أو الدقة. ومع ذلك، فهو لا يُغني عن الوصف السريري الكامل الضروري للتشخيص الدقيق، وتخطيط الرعاية الفردية، والتواصل العلمي. تم حذف بعض التفاصيل الدقيقة، مثل أنماط الحركة المحددة (كالتشنج، وخلل التوتر العضلي)، ودور الإعاقات الأولية والثانوية، والتفاعل المتغير مع العوامل المحيطة، وذلك للاختصار. لذلك، ينبغي اعتبار هذه الجملة مدخلًا لشرح أكثر تفصيلًا، لا بديلًا عن التوصيف السريري الشامل، الذي قد يؤدي، كما ذُكر أيضًا في النسخة المبسطة، إلى سوء الفهم أو سوء الاستخدام.

لا يهدف الوصف الموجز إلى استبدال الوصف المبسط لمفهوم الشلل الدماغي، الذي يُوسّع الأفكار الأساسية بأسلوب أكثر سهولة ويُقدّم تفسيرات أكثر واقعية وفهمًا لكيفية ظهور الشلل الدماغي وتطوره. وتعمل النسختان معًا على تحقيق أغراض متكاملة: تقدم النسخة المكونة من جملة واحدة ملخصًا عالي المستوى مناسبًا للاستخدام المتعدد التخصصات، بينما تعزز النسخة المبسطة فهمًا أوسع وشموليةً أكبر.

الخطوات التالية، والتطبيقات، والفهم المتطور

نأمل أن يُسهم الوصف السريري المُحدَّث، والنسخة المكتوبة بلغة بسيطة، والملخص الموجز لمرض الشلل الدماغي في تحسين الفهم والتواصل والشمول في السياقات السريرية والبحثية والسياسية والمجتمعية. وتعكس هذه الصياغات التقدم العلمي، والاعتراف المتزايد بأهمية التجربة المعيشية، والالتزام الأخلاقي باستخدام لغة محترمة وواضحة.

تتمثل الخطوة التالية في ترجمة هذه النسخ إلى لغات وسياقات ثقافية متعددة لضمان ملاءمتها لمختلف البيئات العالمية، بما في ذلك البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط. وسيساعد الإنتاج المشترك مع الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي وعائلاتهم على الحفاظ على الوضوح والتمكين والتوافق الثقافي.

قد يشمل النشر دمج المعلومات في الأدلة السريرية، والمناهج التدريبية، ووثائق الصحة العامة، والموارد العائلية. وستساعد صيغ مثل مقاطع الفيديو، والرسوم البيانية، والأدوات التفاعلية في الوصول إلى جماهير متنوعة، بما في ذلك الأطباء، والمعلمين، وصناع السياسات، وأولئك الذين يعيشون هذه التجربة. ويمكن لهذه المواد أن تدعم حملات التوعية وتعزز اتساق التواصل.

يُوفّر الوصف السريري أساسًا مفاهيميًا مشتركًا، ويُمكنه أن يدعم وضع تعريفات عملية قابلة للتخصيص وفقًا لأهداف مُحددة. تشمل هذه الأهداف المراقبة الوبائية وإدراج الحالات في السجلات (والتي تتطلب توحيدًا)، ومعايير الأهلية للتدخلات أو الخدمات المُبكرة، وبروتوكولات البحوث السريرية التي قد تتطلب تصنيفًا حسب النوع الفرعي أو الوظيفة. في سياقات مثل التأمين أو تحديد الإعاقة، يُمكن دمج التصنيفات الوظيفية القائمة على التصنيف الدولي للأداء والوظائف والإعاقة (ICF) مع المعايير التشخيصية. يُؤكد الوصف المُحدّث على أهمية إدراك الجوانب الحركية وغير الحركية، والتوجه نحو نماذج أكثر شمولية للوظائف. كما يُشجع على إعادة التركيز على أنظمة التصنيف مثل نظام تصنيف الوظائف الحركية الإجمالية، ونظام تصنيف القدرة اليدوية، ونظام تصنيف وظائف التواصل، ونظام تصنيف القدرة على الأكل والشرب، ونظام تصنيف الوظائف البصرية، والتي تُغطي التباين الوظيفي وتُساعد في التخطيط الفردي.

يتماشى هذا التغيير في الصياغة مع الفهم المتطور لأسباب الشلل الدماغي وآلياته وتداعياته الاجتماعية. وهو يعكس تحولًا من النماذج الطبية الحيوية في المقام الأول نحو منظورات تشاركية قائمة على الحقوق فيما يتعلق بالإعاقة. ومع تطور المعرفة والتقنيات والقيم، يجب أن يظل التعريف ديناميكيًا. وستضمن التحديثات المستمرة، بتوجيه من الأشخاص المصابين بالشلل الدماغي والأطباء والعلماء وخبراء الأخلاقيات، استمراره في عكس احتياجات وواقع وتطلعات من يمثلهم.

بيان توفر البيانات

غير مطلوب.

معلومات التمويل

تم إنجاز هذا العمل بدعم من دار نشر ماك كيث.

بيان تضارب المصالح

يُعلن المؤلفون عدم وجود أي تضارب في المصالح.

ORCID

برنارد دان https://orcid.org/0000-0002-2051-9876
بيتر روزنباوم https://orcid.org/0000-0001-6751-5613
لوسيندا كار https://orcid.org/0000-0001-9238-108X
مارتن غوف https://orcid.org/0000-0002-0167-3886
جون كوغلان https://orcid.org/0009-0004-2084-6457

REFERENCES

1. Rosenbaum PL, Dan B. The continuing evolution of "Cerebral Palsy". Ann Phys Rehabil Med. 2020; 63: 387–8.
2. Bax MC. Terminology and classification of cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 1964; 6: 295–7.
3. Mutch L, Alberman E, Hagberg B, Kodama K, Perat MV. Cerebral palsy epidemiology: where are we now and where are we going? Dev Med Child Neurol. 1992; 34: 547–51.
4. Surveillance of Cerebral Palsy in Europe. Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE). Dev Med Child Neurol. 2000; 42: 816–24.
5. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. Dev Med Child Neurol Suppl. 2007; 109: 8–14.
6. Werkhoven S, Anderson JH, Robeyns IAM. Who benefits from diagnostic labels for developmental disorders? Dev Med Child Neurol. 2022; 64(8): 944–9.
7. Derrida J. Violence et métaphysique: Essai sur la pensée d'Emmanuel Levinas. Rev Metaphys Morale. 1964; 69(4): 425–73.
8. Foucault M. L'ordre du discours. Paris: Gallimard, 1971.
9. Schiller C, Winters M, Hanson HM, Ashe MC. A framework for stakeholder identification in concept mapping and health research: a novel process and its application to older adult mobility and the built environment. BMC Public Health. 2013; 13: 428.
10. Concannon TW, Grant S, Welch V, Petkovic J, Selby J, Crowe S, et al. Practical guidance for involving stakeholders in health research. J Gen Intern Med. 2019; 34(3): 458–63.
11. Dan B, Rosenbaum P, Carr L, Gough M, Coughlan J, Nweke N. Proposed updated description of cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2025; 67(6): 700–9.
12. Dan B. A new description of cerebral palsy: Framing, wording, and perspective. Dev Med Child Neurol. 2024; 66(7): 822–3.
13. Shevell M. Cerebral palsy to cerebral palsy spectrum disorder: Time for a name change? Neurology. 2019; 92(5): 233–5.

14698749, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dmcn.70257 by Sami Mushta - University Of Sydney , Wiley Online Library on [11/07/2026]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License

14. Aravamuthan BR, Fehlings DL, Novak I, Gross P, Alyasiry N, Tilton AH, et al. Uncertainties regarding cerebral palsy diagnosis: Opportunities to clarify the consensus definition. Neurol Clin Pract. 2024; 14(2): e200353.
15. Leviton A. Identifying cerebral palsy phenotypes objectively. Dev Med Child Neurol. 2020; 62(9): 1006.
16. Chabrier S, Pouyfaucon M, Chatelin A, Bleyenheuft Y, Fluss J, Gautheron V, et al. From congenial paralysis to post-early brain injury developmental condition: Where does cerebral palsy actually stand? Ann Phys Rehabil Med. 2020; 63(5): 431–8.
17. Pham R, Mol BW, Gecz J, MacLennan AH, MacLennan SC, Corbett MA, et al. Definition and diagnosis of cerebral palsy in genetic studies: a systematic review. Dev Med Child Neurol. 2020; 62(9): 1024–30.
18. Peterson MD. Reframing Cerebral palsy as a lifelong physical disability. N Engl J Med. 2024; 391(18): 1668–70.
19. Goldsmith S, Smithers-Sheedy H, Almasri N, Andersen GL, Diviney L, Gincota EB, et al. Cerebral palsy registers around the world: A survey. Dev Med Child Neurol. 2024; 66: 765–77.
20. Nelson KB, Ellenberg JH. Children who 'outgrew' cerebral palsy. Pediatrics 1982; 69: 529–36.
21. Chen A, Dyck Holzinger S, Oskoui M, Shevell M, Canadian cerebral palsy registry. Losing a diagnosis of cerebral palsy: a comparison of variables at 2 and 5 years. Dev Med Child Neurol 2020; 62: 83–8.
22. Nelson KB. 'Outgrowing' a cerebral palsy diagnosis. Dev Med Child Neurol. 2020; 62: 12.
23. Grandits J, Davis A, Rikard B, Vatrano A, Martin H, Taylor MA. Disability terminology: the use of "disability", "disorder", and "illness" in academic writing. Disabil Rehabil. 2024; 46: 4664–74.
24. Coughlan J, Chatelin M, Kojc A. A manifesto for cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2024; 66: 1400.
25. Maitre NL, Byrne R, Duncan A, Dusing S, Gaebler-Spira D, Rosenbaum P, et al. "High-risk for cerebral palsy" designation: A clinical consensus statement. J Pediatr Rehabil Med. 2022; 15: 165–74.
26. Cahill-Rowley K, Rose J. Etiology of impaired selective motor control: emerging evidence and its implications for research and treatment in cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2014; 56(6): 522–8.
27. van den Noort JC, Bar-On L, Aertbeliën E, Bonikowski M, Braendvik SM, Broström EW, et al. European consensus on the concepts and measurement of the pathophysiological neuromuscular responses to passive muscle stretch. Eur J Neurol. 2017; 24(7): 981–e38.
28. Gough M, Shortland A. The Musculoskeletal System in Children with Cerebral Palsy: A Philosophical Approach to Management. Clinics in Developmental Medicine. London: Mac Keith Press, 2022.
29. Goo M, Tucker K, Johnston LM. Muscle tone assessments for children aged 0 to 12 years: a systematic review. Dev Med Child Neurol. 2018; 60(7): 660–71.
30. Shortland AP. Muscle tone is not a well-defined term. Dev Med Child Neurol. 2018; 60(7): 637.
31. Dar H, Stewart K, McIntyre S, Paget S. Multiple motor disorders in cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2024; 66: 317–25.
32. Lance JW. The control of muscle tone, reflexes, and movement: Robert Wartenberg Lecture. Neurology. 1980; 30: 1303–13.
33. Cenci MA, Riggare S, Pahwa R, Eidelberg D, Hauser RA. Dyskinesia matters. Mov Disord. 2020; 35: 392–6.
34. Monbaliu E, Himmelmann K, Lin JP, Ortibus E, Bonouvrié L, Feys H, et al. Clinical presentation and management of dyskinetic cerebral palsy. Lancet Neurol. 2017; 16: 741–9.
35. Sanger TD, Delgado MR, Gaebler-Spira D, Hallett M, Mink JW; Task Force on Childhood Motor Disorders. Classification and definition of disorders causing hypertonia in childhood. Pediatrics. 2003; 111: e89–97.
36. Lumsden DE. Spastic dystonia: Still a valid term. Dev Med Child Neurol. 2023; 65: 1308–15.
37. Horber V, Andersen GL, Arnaud C, De La Cruz J, Dakovic I, Greitane A, et al. Prevalence, clinical features, neuroimaging, and genetic findings in children with ataxic cerebral palsy in Europe. Neurology. 2023; 101: e2509–e2521.
38. Dan B. How useful is the diagnosis of ataxic cerebral palsy? Dev Med Child Neurol. 2020; 62: 264.
39. Bekteshi S, Monbaliu E, McIntyre S, Saloojee G, Hilberink SR, Tatishvili N, et al. Towards functional improvement of motor disorders associated with cerebral palsy. Lancet Neurol. 2023; 22: 229–43.
40. Lumsden DE. Has a central motor disorder. Dev Med Child Neurol. 2026. https://doi.org/10.1111/dmcn.70150. Epub ahead of print.
41. Sarnat HB. Neuropathology of cerebral palsy. In: Eisenstat DD, Goldowitz D, Oberlander TF, Yager JY (eds) Neurodevelopmental Pediatrics. Cham: Springer, 2023.
42. Horber V, Grasshoff U, Sellier E, Arnaud C, Krägeloh-Mann I, Himmelmann K. The role of neuroimaging and genetic analysis in the diagnosis of children with cerebral palsy. Front Neurol. 2021; 11: 628075.
43. Reid SM, Hinwood GL, Guzys AT, Hunt RW, Reddihough DS. Neonatal well-being and timing of brain injury in persons with cerebral palsy born at term or late preterm. Dev Med Child Neurol. 2024; 66: 892–901.
44. Mutch L, Alberman E, Hagberg B, Kodama K, Perat MV. Cerebral palsy epidemiology: where are we now and where are we going? Dev Med Child Neurol. 1992; 34: 547–51.
45. Rosenbaum P. Is cerebral palsy progressive? Why do we ask? Dev Med Child Neurol. 2022; 64: 672.
46. Dan B, Pelc K, de Meirleir L, Cheron G. Phenotypic plasticity and the perception-action-cognition-environment paradigm in neurodevelopmental genetic disorders. Dev Med Child Neurol. 2015; Suppl 2: 52–4.
47. Jahan I, Muhit M, Hardianto D, Laryea F, Chhetri AB, Smithers-Sheedy H, et al. Epidemiology of cerebral palsy in low- and middle-income countries: preliminary findings from an international multi-centre cerebral palsy register. Dev Med Child Neurol. 2021; 63: 1327–36.
48. Eggink H, Kremer D, Brouwer OF, Contarino MF, van Egmond ME, Elema A, et al. Spasticity, dyskinesia and ataxia in cerebral palsy: Are we sure we can differentiate them? Eur J Paediatr Neurol. 2017; 21: 703–6.
49. Dan B. Complex developmental disability: a case of 'simplexity'? Dev Med Child Neurol. 2021; 63: 1240.
50. Dammann O, Hartnett ME, Stahl A. Retinopathy of prematurity. Dev Med Child Neurol. 2023; 65: 625–31.
51. Baduni K, McIntyre A, Kjeldsen CP, Marra LR, Kjeldsen WC, Murphy MM, et al. Motor and cognitive trajectories in infants and toddlers with and at risk of cerebral palsy following a community-based intervention. Children (Basel). 2024; 11(11): 1283.

How to cite this article: الوصف المحدث للاعتلال الحركي الدماغي (الشلل الدماغي). Dev Med Child Neurol. 2026;00:1–10. https://doi.org/10.1111/dmcn.70257

14698749, 0, Downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dmcn.70257 by Sami Mushta - University Of Sydney , Wiley Online Library on [11/07/2026]. See the Terms and Conditions (https://onlinelibrary.wiley.com/terms-and-conditions) on Wiley Online Library for rules of use; OA articles are governed by the applicable Creative Commons License