
الفصل الخامس :

الحصر والفوبيا والوسواس / القهري

- أعراض القلق .
- كيف تظهر اضطرابات القلق ؟
- منهج البحث في أيتولوجيا الأمراض أو أسباب القلق .
- الخبرات الصدمية والاشتراط الكلاسيكي .
- دور الكبت والصراع النفسي الداخلي في تكوين القلق .
- تأثير النظم الاجتماعية .

الفصل الخامس :

الحصر والفوبيا والوسواس / القهري

يصيب الإنسان كثير من الأمراض والعلل النفسية تلك التي نطلق عليها في علم النفس اصطلاح الأعصبة النفسية ، وهي أمراض نفسية وظيفية أي ناتجة عن أسباب وعوامل نفسية واجتماعية ولا ترجع إلى علة أو عطب أو خلل فيزيقي في جسم الإنسان . وهذه الأمراض كثيرة ومتنوعة ويزداد انتشارها في عصرنا الراهن بصورة كبيرة تستدعى الانتباه إليها والعمل على الوقاية منها وعلاجها .

والحقيقة أن هذه الأمراض ومن بينها القلق تنتشر في معظم مجتمعات العالم المعاصرة بصورة كبيرة إلى حد أنه لوحظ أن أكثر العقاقير توزيعاً في مجتمع كالمجتمع الأمريكي هي العقاقير المهدئة Tranquilizers والتي يصفها الأطباء لعلاج القلق أو الحصر والتوتر القلق . ولذلك يقول البعض في وصف عصرنا الراهن ، إنه عصر القلق . وفي ضوء انتشار القلق نتساءل كيف يفسر العلماء من أصحاب الاتجاهات أو الخلفيات المختلفة تفسير ظهور القلق والوسواس القهري وغيرهما من الأعصبة . ونحن نعرف أن هناك من يميل إلى جانب التحليل النفسي وهناك من يؤمن بنظرية التعلم الاجتماعي في تفسير هذه الاضطرابات ونشأتها كذلك كيف يصاب الإنسان بها يعرف باسم الخوف الشاذ أو الخوف أو الرهاب أو الخوف الفوبي وإلى أي مدى تؤثر الخبرات الصدمية في نشأة هذا الاضطراب . كذلك فإننا نتساءل كيف نشأت الفكرة التي تتملك الزوجة مثلاً بالهروب من المنزل وكيف نفسر حالة أولئك الذين يعمدون إلى غسل أيديهم طول الوقت وبصفة مستمرة خوفاً من تلوثها بالجراثيم . حتى الأطفال الصغار قد يعانون من حالات القهر أو القصر أو الفعل الاستحواذي الإجباري .

وإليك حالة توضح دور الضغوط في حدوث الاضطرابات العصائية وهي حالة لشاب في أوائل الثلاثينات من العمر يدعى بويد Boyd كان يعاني من حالة من الشلل من وسطه إلى أسفل جسمه نتيجة لتعرضه لحادثة في عمله . وأجريت له جراحة ناجحة أدت إلى تحسين سريع في حالته وفي خلال شهرين شفى تمامًا فيما عدا ضعف متوسط في رجله اليمنى ، وبعد هذه الحادثة بحوالي أربعة شهور دخل عبر الحالات العقلية ، حيث شعر بينما كان يقوم بالحلاقة أن رجله قد سقطنا فجأة وانهار وسقط على الأرض وأصبح ثانية مشلولاً شللاً كاملاً من الخصر حتى أسفل . وبعد إجراء فحص عصبي دقيق جدًا اتضح أن شلله هذه المرة ، شلل هستيري ومن ثم تم نقله إلى عبر الحالات السيكاتيرية . وأجريت معه المقابلة التي نقتبس منها ما يلي والتي أجريت في يوم عيد الميلاد :

بويد : هذا هو أحسن يوم حدث بعد ، لا تسألني لماذا ... لأنني لا أعرف .

انظر أنني لا أستطيع حتى أن احفظ توازن يدي .

الطبيب : دعنا نرى متى بدأت وما هي ؟

بويد : انظر . أنا لا أعرف . أنا اعتقد فقط أنها نتيجة لما حدث بالأمس . الليلة

الماضية وقعت في السرير وبقيت حتى الثالثة أو الرابعة هذا الصباح . لقد

أصابتنني هكذا . لم أكن أفكر في أي شيء بنوع خاص . لقد بدأت هكذا .

بالأمس كنت أفكر في أبنائي وزوجتي وفي كل شيء .

الطبيب : ماذا تشعر ؟

بويد : أنا أشعر بالاهتزاز في كل جسمي في داخلي لا أستطيع أن أهدئ نفسي .

الطبيب : هل أنت فعلاً قلق جداً ؟

بويد : أنا لا أعرف إذا كان ذلك قلقاً . لقد قمت من نومي مهتزاً هكذا في كل

جسمي . أنه شعور مروع ومضحك . لم أكن أفكر في أي شيء . لقد

نهضت من فراشي هكذا . لم أخبر من هذا الشيء من قبل بكل أمانة .

سوف أعمل شيئاً ما .

هناك حالات كثيرة توضح أن التعرض للضغط يؤدي إلى الاضطرابات السيكلوجية .

بعض هذه الاضطرابات تزول أو تختفي عندما يزول الضغط أو يخف ، وبعضها الآخر

لا يزول . كذلك مما لا شك فيه أن الأعصاب تحول دون تمتع الإنسان بحياته . ويبدو أن الأعراض العصبية تحدث للأشخاص الذين يوجد لديهم استعداد أو تهيؤ وعندما يقابلون تغييرات هامة أو مهمة في حياتهم أو في ظروف حياتهم مما يجعل من الصعب عليهم أو من المستحيل الإبقاء على تكيفهم الذي صنعوه لأنفسهم من قبل .

والمعروف أن أعراض الأعصاب النفسية أي الأمراض النفسية أقل شدة وكثافة وتفاقمًا أو أقل خطورة على المجتمع وعلى صاحبها من تلك الأمراض المعروفة باسم الذهانات العقلية من ذلك أن الأشخاص الذين يعانون من الأعصاب لا يظهرون انفصلاً عن الحقيقة أو عن الواقع ولا يظهرون تفككاً في الشخصية كما يظهر الذهانيون وبالمثل لا يعانون من الهلاوس السمعية والبصرية والشمية أو الذوقية وهي مدركات حسية غير موجودة في الواقع ولكن يسمعونها أو يراها الذهاني ولا يفقدون القدرة على التفكير والاستدلال الصائب وإدراك العلة والمعلول ولا يفقدون السيطرة على التحكم في انفعالاتهم ودوافعهم كما يحدث لدى الذهانيين .

لقد انشق اصطلاح العصاب Nevrosis من الاعتقاد بأن هذا الاضطراب ينتج من عجز أو ضعف أو إعاقة في العصاب ، ولكن بتقدم الدراسات النفسية وبحوث العلة والمعلول أو السببية فقد المصطلح صلته بالأعصاب أو النيرونات أي الخلايا العصبية . في إطار الفكر التحليلي هذا المصطلح يشير إلى أعراض الشلل كتلك التي تحدث في الهستيريا أو في القلق والتي يفترض أنها تنتج عن صراعات داخلية فكلمة عصاب تطلق على الاضطرابات غير الذهانية وتتضمن العديد من الأعراض مثل القلق والاكتئاب والهستيريا والوسوسة والقهر والاستحواذ . ولكن الاكتئاب الذهاني أي العقلي . فالعصابي له شدة معتدلة ودون الأعراض الشديدة أو الضلالات المرتبطة بالاكتئاب الذهاني .

وهناك ما يعرف باسم السمة العصبية وهي عبارة عن أسلوب في السلوك في الغالب ما ينشأ في الطفولة الباكرة والذي يؤدي دورًا في حماية الشخصية وتجنب الألم مثلاً .

فالعصاب يشير إلى مجموعة من الاضطرابات التي تختلف إلى حد ما في أعراضها والتي يبدو أنها تظهر نتيجة لوجود صراعات انفعالية والضغط . وتتضمن هذه الاضطرابات بعضًا من الإعاقة ولكنها بصورة عامة أقل خطورة من الاضطرابات الذهانية . على كل حال لم يعد اصطلاح العصاب يستعمل في التصنيف الأخير لجمعية الطب العقلي الأمريكية .

في كل هذه الاضطرابات العصائية يوجد درجة ما من عدم السعادة ولكننا نتساءل لماذا يصر المريض على السلوك على هذا النحو والذي يدعو إلى الهزيمة الذاتية .

في تفسير هذه الظاهرة وهي ممارسة النشاط العصائي يقول مورر (1950) Mowrer) بما أسماه التناقض الظاهري العصائي Neurotic Paradox للإشارة إلى هذه السمة المحيرة . وتفسير ذلك أن الناس الذين يعانون من الأعراض العصائية يحاولون التوافق مع انفعالات ضاغطة ومحنة مثل القلق وكثير من أعراضهم يمكن اعتبارها استجابات تخاشي أو تجنب . تلك الاستجابات تقاوم بشدة التغيير أو التعديل . هؤلاء الناس يركزون على السيطرة المباشرة على قلقهم أو حصرهم لدرجة أن الإعاقة طويلة الأمد تنتج من خططهم في التوافق تفوقها الراحة المباشرة من الضواغط والأحزان .

في التصنيف الثالث لجمعية الطب العقلي الأمريكية المعروف باسم DSM III هناك عنوان رئيسي وعام يضمن عددًا من الاضطرابات يطلق عليه اضطرابات القلق Anxiety Disorders .

ويشمل هذا الاضطراب العام ما يلي :

- 1- الحصر أو القلق المعمم Generalized Anxiety Disorders .
- 2- اضطراب الألم Panic Disorders .
- 3- اضطراب الوسواس - القهري Obsessive Compulsive Disorders .
- 4- الاضطراب الفوبي Phobic Disorders .

ويذهب بعض علماء النفس إلى القول بأن هذه الاضطرابات ليست منفصلة أو مستقل بعضها عن البعض ، وإنما يعاني الناس من خليط منها . وإن كان المؤلف يرى أن هناك اضطرابات متميزة قد توجد دون غيرها في بعض الحالات المرضية فالشخص الفوبي ليس من الضروري أن يكون مكتئبًا أيضًا . هذا بالإشارة إلى أن كثيرًا من المؤلفات تتضمن التصنيف التي وردت في التصنيف السابقة للجمعية الأمريكية للطب العقلي .

إلى أي مدى ينتشر القلق في العصر الحاضر؟

من الصعب أن نحصل على إحصاء دقيق يعبر عن كل حالات القلق التي يعاني منها الناس ذلك لأن معظم الناس الذين يشعرون بالقلق لا يسعون للحصول على المعالجة الطبية

أو المساعدة الإكلينيكية . ولكن من الثابت أن أكثر الأدوية توزيعاً في الولايات المتحدة الأمريكية تلك التي تعرف باسم المهدئات البسيطة من ذلك ما يلي :

- Equanil

- Miltown

- Valium

وقد يلجأون للمعالجة عن طريق الأطباء العاديين دون أن يتم تسجيلهم ضمن مرضى القلق ولا تشملهم الإحصاءات .

أعراض القلق :

أعراض القلق تشبه أعراض الخوف من ذلك الرعدة أو الرجفة رد فعل الفرع الفجائي للضوضاء البسيطة والشعور بالآم في المعدة .

إذا رجعنا إلى الوراء قليلاً لوجدنا دراسة شيقة قاما بها لانجفورد Langford (1937) على 20 طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين 8-14 عامًا والذين كانوا يعانون من نوبات حادة من القلق المستمر يقول أحد هؤلاء الأطفال لدى ورم في زوري وأشعر بالآم حول قلبي . قلبي يدق يدقه بشدة وبسرعة حقيقية ولا أستطيع أن أخذ نفسي . يبدو أنني سوف أموت . قلبي يدق حقيقة بسرعة . أشعر بالحرارة خلف أذني . وبعد ذلك أشعر بالبرودة . شعور يشبه النعناع . كما أشعر أنني على وشك الإغماء ، كما أشعر بالبرودة والسخونة أو الدفء والعرق . وتستمر هذه النوبات مدداً تتراوح من خمس دقائق إلى ساعة وتحدث من 2 : 3 مرة في الأسبوع في المتوسط . وقد تحدث هذه النوبات بصورة أكثر تكراراً في الليل إما قبل النوم مباشرة أو بعده بقليل . ولم ترتبط هذه النوبات بأي ظروف خارجية واضحة .

في القلق المعمم يكون القلق مزمنًا وطويل المدى ، وفي اضطراب الخوف أو الفرع يكون القلق في شكل نوبات حادة تشل حركة الفرد ولكنها تستمر لمدة أقل نسبيًا أي من بضعة دقائق إلى ساعة أو نحو ذلك .

وبالنسبة لهذين الاضطرابين لا توجد مشيرات يمكن التنبؤ بها تثير الحصر . بينما اضطراب الخوف الشاذ يرتبط بمواقف نوعية محددة أو بمواصفات محددة . كل هذه الاضطرابات تبدو لصاحبها ولغيره من الناس الملاحظين تبدو غير معقولة أو غير عقلانية أو غير منطقية . والسبب في ذلك لأنه لا يوجد حدث أو عامل فوري كذلك فإن الخوف في حالة الفوبيا يكون مكثفًا بما يفوق أي خطر قد يوجد بالفعل في الموقف .

- ومن الممكن أن يرتبط الخوف القوي بعدد كبير ومتنوع من الموضوعات والمواقف ، من هذه المثيرات القوية ما يلي :
- 1- الخوف من الأماكن المرتفعة ، مثل الأسقف ، والنوافذ العالية ، السلالم ، المنحدرات الصخرية الشاهقة عند الشواطئ Cliffs .
 - 2- الخوف من الأمان المغلقة ، من ذلك الغرف الصغيرة ، والمصاعد والطرق الفرعية ، والخزانة ، أو المراض ، أو الغرفة الخاصة الصغيرة .
 - 3- الخوف من الأماكن المفتوحة ، وتشمل الصالات ، والشوارع الواسعة ، والميادين الفسيحة ، والحدائق الواسعة ، والشواطئ الواسعة .
 - 4- الخوف من الحيوانات ، مثل الكلاب ، والققط ، والأفاعي ، والخيول ، والعناكب .
 - 5- الخوف من الأسلحة ، مثل البنادق ، والمسدسات ، والسكاكين ، والفؤس .
 - 6- الخوف من التجمعات العامة ، مثل الزحام ، والمقابلات ، والمساجد ، والكنائس ، والمسارح ، والاستادات ، والمدارس ، والمصانع ، والجامعات .
 - 7- الخوف الشاذ من المركبات ، ويشمل الطائرات ، والقطارات ، والسيارات ، والبواخر ، والحافلات .
 - 8- الخوف من المخاطر الطبيعية ، وتشمل الخوف من العواصف ، والبرق ، والرعد ، والرياح ، والظلام .

كيف تظهر اضطرابات القلق ؟

تُعد قضية السببية في الأمراض النفسية مسألة صعبة الحسم وذلك لتداخل العوامل المسئولة عن الإصابة بالاضطرابات النفسية والعقلية وتنحصر الأسباب في مجموعة العوامل الآتية :

- 1- مجموعة العوامل الوراثية .
- 2- مجموعة العوامل البيئية .
- 3- مجموعة العوامل الميلادية .

(1) مجموعة العوامل الوراثية :

يقصد بالوراثة تلك الصفات والخصائص التي تنتقل من الآباء والأجداد عبر الجينات أو ناقلات الوراثة إلى الذرية . ويؤيد القول بوجود هذه العوامل كمسببات للمرض النفسي

ما يلاحظ من تشابه في السمات والقدرات والأمراض بين الأفراد الذين يرتبطون برباط الدم وكلما زادت درجة التشابه في القرابة زاد التشابه في الصفات الوراثية . ويعلمنا التراث السيكولوجي أن العوامل الوراثية تؤثر أكثر ما تؤثر في الصفات الجسمية كطول القامة ، وشكل الشعر ، ولون العينين ، ولون البشرة ، وبنية الجسم .

وبذلك نتوقع أن تكون سمات التوائم العينية متشابهة إلى أبعد حد ممكن . فالوراثة Heredity تشير إلى كل ما ينقل من جيل إلى آخر .

(2) مجموعة العوامل البيئية :

وتتضمن كل ما يقع على الفرد من مؤثرات بعد ميلاده وكل ما يكتسبه من خبرات من جراء احتكاكه وتفاعله مع البيئة الاجتماعية والمادية التي يعيش في كنفها . وبذلك تشمل خبرات الحرمان والقسوة وما يناله الطفل من تعليم أو غذاء أو علاج وما يصيبه من أمراض وما يتعرض له من حوادث . ومن المؤسسات البيئية جماعة الأسرة ، والنادي ، والحي ، والمدرسة ، والجامعة وجماعة العمل ، وجماعة الأصدقاء .

ويتأثر الفرد بأزمات الثقافة التي يتربى في كنفها وتتضمن مجموعة القيم ، والأعراف ، والمثل العليا ، والعادات ، والتقاليد ، والعقائد ، والنظم والقوانين ، واللغة ، والدين ، وما إلى ذلك .

فالبيئة تشير إلى الجو المحيط بالفرد والذي يعيش الفرد في وسطه وتتضمن علاقات الفرد مع غيره من الناس . ويمكن تقسيمها إلى بيئة مادية فيزيقية ، وأخرى اجتماعية .

(3) مجموعة العوامل الميلادية :

وتشمل كل ما يؤثر في صحة الجنين منذ اللحظة الأولى للإحصاب حتى لحظة مولده . ومن ذلك صدمات الميلاد ، وما قد يتعرض له الطفل من الاختناق ، أو تدمير بعض خلايا الدماغ في أثناء الولادات المتعثرة وكذلك ما يتعرض له الأم الحامل في أثناء فترة الحمل من الأمراض وخاصة الحصبة الألمانية أو الانفجالات الشديدة أو الحوادث أو التسمم أو التعرض للإشعاعات ، أو تعاطي الأم بعض العقاقير والخمور والمخدرات ، والتدخين ، أو تعرضها لسوء التغذية وما ينتج عن ذلك من الأنيميا الحادة .

هذه العوامل لا تعمل مستقل بعضها عن البعض ، وإنما تعمل بصورة متفاعلة متكاملة فكل منها يؤثر ويتأثر بالعوامل الأخرى .

هذا ويمكن النظر لقضية السببية في الأمراض العقلية والنفسية من زاوية أخرى وبذلك نقسم العوامل المؤثرة في نشأة المرض النفسي أو العقلي إلى ما يلي :

أ- عوامل مهينة أو استعدادية وهي التي تعد الفرد وتهيئه وتجعله مستعداً للإصابة بالمرض أو للانهيار . ومن ذلك الخبرات المتراكمة من عهد الطفولة والأمراض الطويلة والضغوط وخبرات الحرمان والقسوة والفشل والإحباط المتراكم .

ب- مجموعة العوامل المهيبة أو المفجّرة أو المعجلة بحدوث الإصابة وهي بمثابة القشة التي قصمت ظهر البعير أو القطرة التي ملأت المحيط أو البارود الذي أشعل النار أو الوقود المهيأ والمعد للاحتراق . ومن هذه العوامل صدمة مفاجئة أو إفلاس أو خيانة زوجة أو فقدان وظيفة أو كارثة اقتصادية أو فشل في الحب وما إلى ذلك من العوامل التي تعجل بظهور الاضطراب والتي يحدث على أثرها مباشرة المرض .

Precipitating Factors

والحقيقة أن المرض النفسي ، شأنه في ذلك شأن السلوك عامة ، لا يمكن أن ينتج من عامل واحد بعينه ، وإنما تتضافر في حدوثه مجموعة من العوامل المتعددة . ولذلك فإن الاتجاه الذي يقبله المؤلف في تفسير الأمراض النفسية العقلية هو الاتجاه المتعدد العوامل . ويمكن التعبير عن حصول المرض أو عن تكوين الكائن الحي وسماهته وفقاً للمعادلة الآتية :

$$\frac{ز \times و \times ب}{ق} = \text{الكائن الحي وسماهته}$$

حيث (ز) ترمز للزمن أو الوقت أي ضرورة مرور فترة زمنية طويلة للتفاعل بين عناصر البيئة (ب) وعناصر الوراثة (و) حتى يحدث الانهيار . ولكن الضغوط العارضة أو الطارئة أو السريعة أو المؤقتة لا تترك أثراً طويلاً في شخصية الفرد فلا بد من التفاعل عبر مرحلة زمنية طويلة إلى حد ما . ومحصلة التفاعل أي التبادل المتبادل بين عناصر البيئة (ب) وعناصر الوراثة (و) تسقط على مقدار مقاومة الفرد (ق) فإذا كانت المقاومة شديدة أي إذا كانت قدرة الفرد على الصمود والاحتمال قوية ظل متماسكاً أما إذا زاد الضغط عن المقاومة حدث الانهيار⁽¹⁾ .

منهج البحث في أيتولوجيا الأمراض Etiology :

كيف يمكن للباحث أن يتحقق من أن المرض العقلي يرجع إلى البيئة أو التعلم والاكْتساب أو يرجع إلى الوراثة أو الاستعدادات الوراثية ؟

يعتمد العلماء في هذا الصدد على دراسة التوائم Twins وخاصة التوائم العينية لأنها ذات وراثة واحدة فنقطة البداية عند كل زوج منها واحدة ، ولذلك تستخدم للتعرف على أثر البيئة الاجتماعية والفيزيقية التي يعيش فيها التوائم . حيث يتم عزل كل فرد من هذه الأزواج ليعيش في بيئة مغايرة تماماً للبيئة التي يعيش فيها أخوة . ويتم بعد ذلك قياس سماتها فإذا كان هناك فروق واضحة دل ذلك على أثر البيئة أي لا بد وأن هذه الفروق ترجع إلى عوامل البيئة . أما أثر الوراثة فيمكن التعرف عليه عن طريق توحيد الظروف البيئية للأطفال كما يحدث ذلك في بيوت التبني Adoption أو الملاجئ أو الإصلاحيات أو المدارس الداخلية تلك البيئات التي تتشابه فيها معامل الأطفال إلى حد كبير جدًا فإذا دل القياس على وجود فروق بين هؤلاء الأطفال كان مرد ذلك إلى العوامل الوراثية .

ومن العوامل البيئية ما يعرف باسم التعلم الاجتماعي Social Learning وخاصة ما يتم منه خلال أسرة الطفل . ولكن ينبغي التأكيد على أن عزل أو فصل أثر البيئة عن الوراثة أمر بالغ الصعوبة لوقوع الطفل تحت تأثير العاملين معاً في وقت واحد . فإذا كانت الأسر التي يعاني منها الأب والأم من القلق تنتج أطفالاً مصابين أيضاً بالقلق ، فإننا لا نستطيع أن نجرم بأن قلق هؤلاء الأطفال مرده العوامل الوراثية أم البيئية . ذلك لإمكان اكتساب هؤلاء الأطفال بالتقليد والتعلم من الآباء سماتهم الحصرية . هناك بعض الدراسات التي تدل على أن الأطفال المصابين بالقلق ينحدرون من أسر يعاني منها الآباء والأمهات من القلق أكثر مما يوجد في مجمع السكان . ولكن مجرد هذه الإحصاءات لا تدلنا على مدى ما حدث نتيجة التعلم الاجتماعي أو ما يرجع إلى الوراثة . فالأثر النسبي لكل من الوراثة Heredity والبيئة Environment أمر بالغ الصعوبة في تحديده .

ربما تنفيذ الدراسات التبعية التي تتولى الطفل منذ ميلاده في الأسرة حتى سن الثامنة مثلاً ومعرفة خصائص مثل هذه الأسر وسماتها . وقد نخترت الأسر التي يحتمل ، أكثر الاحتمال ، أن تنتج أطفالاً مصابين بالقلق كأن يكون الآباء من أرباب السمات العصبية أو

الأعراض العصائية ونقارن هذه الأسر بأسر لا يقل فيها احتمال إصابة أبنائها بالقلق متبعين الطفل منذ ميلاده حتى سن معقولة يمكن عندها قياس سماته . إذا حصلنا على معطيات يمكن إخضاعها للتحليل يمكن إذن أن نجيب على هذا السؤال .

أي نوع من التفاعل الأسري يرتبط بأي نوع من الأعراض .

من الفروض التي تبدو معقولة والمؤسسة على الملاحظات الإكلينيكية أكثر من تأسيسها على البحوث الواسعة أن الضغط المباشر أو الآتي من الممكن أن يتفاعل مع سمة عصائية ويتجان حالج القلق أو رد فعل القلق .

مقارنة التوائم العينية Identical Twins وهي التوائم التي تتكون من بويضة واحدة مخصبة تنشق أو تنشط في الرحم وتمتاز بأنها ذات وراثه واحدة ، مقارنة هذا النوع من التوائم العينية بالتوائم الأخوية العادية أي التي يتكون كل فرد منها من بويضة مخصبة مستقلة Fraternal Twins توفر بعض الأدلة على وجود تأثير وراثي Genetic في سلوك الأطفال . كذلك توجد أدلة على وجود تأثير وراثي في القلق في الرشد فقد قارن كل من سلاتر Slater وشيلدز Shields (1969) بين 17 توأمًا عينيًا و 28 توأمًا أخويًا من نفس الجنس ممن كان متوسط عمرهم 40 سنة ووجدوا بعض الأدلة على وجود تأثير وراثي في القلق . ومثل هذه النتائج وجدت بالنسبة لعصاب الفوبيا .

إلى جانب هذه العوامل أو المؤثرات الوراثية هناك أيضًا العوامل البيئية المتمثلة في الصدمات والتعلم الشرطي وغير ذلك من مؤثرات البيئة .

الخبرات الصدمية والاشترط الكلاسيكي أو التعلم الشرطي :

Traumatic Experiences and classical conditioning:

يتفق علماء النفس أصحاب النزعات التحليلية وأصحاب النزعات السلوكية على وجود دور للخبرات الصدمية أي الصدمات التي يتعرض لها الفرد في حياته في نشأت القلق . من ذلك وجود حالات وفاة في الأسرة أو مشاهدة حالات وفاة استخدم فيها العنف في المكان المجاور لمعيشة الطفل ، ولكن الصدمة وحدها لا تكفي لابد أن يكون لدى الطفل استعداد مزاجي للخوف وإذا اجتمع الاستعداد الوراثي مع الخبرة فإن القلق يحتمل أن يظهر .

ويحفل التراث الإكلينيكي بحالات كثيرة من الراشدين الذين يتذكرون في أثناء الجلسات خبرات ماضيه سيكولوجية أدت إلى إصابتهم بالفوبيا أو الرهاب أو الخوف أي الخوف اللامنطقي أو الشاذ Psychological Trauma في سن طفولتهم ففي دراسة لـ Rimn وزملائه (1977) وجد أن 71% من مجموع عينة من طلاب الجامعة الإناث ممن كن يعانين الفوبيا الدائمة تذكرن حادث نوعية محددة مثيرة للخوف مرتبطة بظهور الفوبيا عندهن Phobia . مثل هذه المعطيات لا تصلح إلا لتكوين فروض فقط حول أسباب الأمراض . ويذكر موس Moss (1960) أنه عالج امرأة أمريكية تبلغ من العمر 45 عامًا كانت تعاني من خوف أبدي من الكلاب . وتحت تأثير التنويم المغناطيسي Hypnosis تذكرت وأعدت إحياء انفعالها في موت شقيقتها الصغرى عندما حدثت هذه الوفاة وهي في سن الرابعة من عمرها . وتتذكر أنها كانت تلعب في حديقة المنزل الخلفية مع شقيقتها عندما عض الكلب شقيقتها وأوقعها أرضًا محدثًا جرحًا كبيرًا في خدها . ثم ماتت هذه الأخت بعد ذلك بعدة أيام فيما يبدو من العدوى Infection ، ولقد شعرت المرأة أن والدتها اهتمتها بأنها هي التي أوقعت أختها أرضًا بهذا الكلب والانفعالات المحزنة المرتبطة بوفاة شقيقتها كالشعور بالذنب والشعور بأنها كانت موضع اتهام ظلمًا . ولم تتذكر هذه المريضة شيئًا من هذا بعد أن فافت من جلسة التنويم المغناطيسي ، ولقد أكد شقيقتها وجود هذا الكلب وأنها كانت هي وشقيقتها بمفردهما وقت الحادث في المنزل .

أما علماء النفس أصحاب الاتجاه السلوكي فسوف يركزون على دور الاشتراط الكلاسيكي في مثل هذه الخبرات الصدمية كما يؤكدون على التزاوج أو الاقتران بين المثير الشرطي وهو الكلب مع الخوف غير الشرطي والألم المرتبط بموت شقيقتها . ويسرون أن مثل هذا كافٍ لتفسير تعلم الفوبيا . ولكن لماذا تصبح الكلاب المثير الوحيد القادر على الاستمرار والبقاء وإثارة الخوف ؟ لماذا لم تكن الأم مثلاً وهي التي أدركتها المريضة سواء صوابًا أو خطأ بأنها كانت تلومها دون ذنب لماذا تصبح الأم وليس الكلب مثيرًا للخوف الفوبي ؟

لقد انتقد راتشمان Rachman (1977) نظرية الاشتراط في تكوين الفوبيا بقوله أنها غير كاملة المعروف أننا في الاشتراط الكلاسيكي أي مثير يصبح قادرًا على القيادة بوظيفة المثير الأصلي من ذلك الأصوات أو الروائح أو الأضواء أو الأشياء مادامت هذه المثيرات قد ارتبطت أو قد اقترنت بالمثير غير الشرطي . ولكن هناك أدلة على أن هذا الأمر ليس صحيحًا ذلك لأنه

إذا كانت جميع الموضوعات ممكن أن تكون بالتساوي قادرة على إحداث الاستجابة الشريطية ، إذا كان الأمر كذلك لماذا كانت فوبيا الإنسان مرتبطة مع عدد محدود من المثيرات ؟ كالخوف من ترك المنزل ، أو من بعض الحيوانات المعينة ، والحشرات ، والأماكن المرتفعة ، والظلام ، أو رؤية الدم ، أو الأشياء الحادة كالسكاكين .

إننا لا نجد خوفاً شاداً مثلاً من (البيجامة) أو من (الحشائش) أو (المطارق) . ومع ذلك يمكن أن تكون هذه الأشياء مرتبطة في خبرات الطفل الصدمية . الطفل يرتدي بيجامته عندما يخاف من الظلام ، أو عندما يعتره في نومه الكابوس ، ولكن يندر أن يكون الأطفال (فوبيا البيجامات) .

ويلاحظ كذلك راتشمان أن الناس قد تخبر مواقف مثير للخوف ولكنهم لا يكونون فوبيا عندهم . وعلى سبيل المثال على الرغم من الغارات الجوية أو التعرض للغارات الجوية المخيفة في أثناء الحرب العالمية الثانية لم يكون أعراضاً فوبية إلا نسبة قليلة جداً من الراشدين والأطفال . ولذلك يبني راتشمان نظرية قال بها كل من سيلجمان وهاجر Seligman and Hager (1972) ومؤداها أن الإنسان وكذلك الحيوان من الممكن أن يتعلم الخوف من بعض المثيرات أكثر من بعض المثيرات الأخرى . أي أن يكون مستعداً للخوف من بعض المثيرات عن غيرها . هناك استعداد أو تهيؤ أن نكون خائفين من بعض المثيرات لأننا في ماضينا التطوري Evolutionary Past كانت ترتبط هذه المثيرات لدينا بمخاطر أو أخطار حقيقية من ذلك الحيوانات ، والظلام ، والمرتفعات ، أو البتر أي بتر الأجسام Mutilated Bodies .

ومؤدي هذه النظرية أننا نتعلم أن نخاف من بعض المثيرات دون غيرها ، ولعل ذلك يفسر لنا فشل بعض العلماء الذين حاولوا أن يعيدون تجربة واطسن Watson في تكوين الخوف في الطفل الصغير الذي كان يدعى ألبرت Albert . من هؤلاء من استخدم في تعليم الأطفال الرضع الخوف من مثيرات مثل مكعبات خشبية وقطع من الستائر . أما واطسن فقد استخدم فأراً مصنوع من الفراء A furry Rat ويؤيد ذلك خوف المرأة الأمريكية أنفة الذكر خوفاً فوبياً مصنوع من الكلاب ولم تكون تجاه الحشيش الأخضر أو المنازل أو أمها أو أي مثير آخر كان حاضرًا في وقت وقوع حادثة أختها . ولكنه من الصعوبة بمكان البرهنة على وجود هذا التهيؤ أو الاستعداد Preparedness .

لقد قرر بندورا Bandura (1977) وافق على تكوين الفوبيات تجاه بعض الموضوعات أكثر من البعض الآخر ولكنه عزا ذلك إلى وجود اختلافات في طبيعية المثير الحالية أكثر من رجوع ذلك إلى نزعات فطرية Innate Tendencies .

ولذلك فمن المحتمل أن تصبح الأفاعي وغير ذلك من الحيوانات مثيرات فوبية لأنها تستطيع أن تظهر لنا في أوقات لا نتوقعها أو لا نتنبأ بها ، وكذلك في أماكن لا نتوقعها ، كما أنها تتحرك بسرعة وتسقط علينا كثير من الجروح أو من الأذى على الرغم مما نتخذه حيالها من أساليب الحماية . وأياً كان التفسير فإننا نخاف من أشياء أكثر من غيرها .

ولقد أجرى المؤلف دراسة ميدانية على طلاب جامعة الإسكندرية وخلص منها إلى أن هناك كثيراً من الأشياء العادية والطبيعية قد تصبح مثيرات فوبية لدى بعض أفراد العينة ، وذلك خلافاً للمثيرات الفوبية الكلاسيكية التي يمتلئ بها التراث السيكولوجي كأن يخاف الشاب من منظر رؤية رجل كبير يضرب طفلاً صغيراً ضرباً مبرحاً⁽¹⁾ .

دور الاشتراط الأذوي أو التعلم الأذوي :

يقصد بالاشترط الأذوي أو التعلم الأذوي عملية التعلم التي يتعلم فيها الكائن الحي أن يستجيب في بعض المواقف لأن هذه الاستجابات تعود عليه بالمكافأة أو التعزيز Reinforcement (Operant Conditioning) .

هذا النمط من التشريط يرتبط بعالم النفس الأمريكي سكينر B.F. Skinner في المقارنة بالاشترط الكلاسيكي ذلك الذي يتضمن تكوين الانعكاسات Reflexes أو الاستجابات الإرادية Involuntary ويحدث الاشتراط الأذوي عندما يحصل الكائن الحي على التعزيز أو المكافأة لقيامه بعملية في البيئة التي يوجد بها بمعنى أنه ينخرط في نوع من النشاط الإرادي من أمثلة ذلك أن الفأر عندما يضغط على رافعة معينة في قفصه يحصل على مكافأة عبارة عن نوع من الطعام في كل مرة يضغط على الرافعة الصحيحة . ومن الممكن أن يكون التعزيز إيجابياً ويؤدي ذلك إلى زيادة تكرار الاستجابة وقد يكون هذا التعزيز سلبياً وفي هذه الحالة تقل أو تنخفض الاستجابة في تكرارها⁽²⁾ . هل من الممكن أن يعيد الطفل تكرار استجابة

(1) د. عبد الرحمن محمد العيسوي ، علم النفس ومشكلات الفرد ، دار النهضة العربية بيروت ، لبنان 1990م .

(2) Gallatin, G., Abnormal Psychology. 1982

خوف قوية لأن هذه الاستجابة سبق في الماضي أن نالها التعزيز؟

إن استجابة الخوف قد يتبعها عودة الطفل إلى الالتحام بأمه وهجرة المدرسة . هل هذا

التعزيز يزيد من احتمال رد فعل الطفل بالخوف في المرة الثانية التي يذهب فيها للمدرسة ؟

كثير من علماء النفس يفترضون ذلك . ولكن الحقيقة أن الأدلة ضعيفة على صحة التعلم

الأدوي ، في تعلم الخوف . ويمكن أن يلقي على هذه الأدلة كثير من ظلال الشك ، أن

الخوف الشديد خبرة غير سارة . وهل من المحتمل أن يستخدم الفرد هذه الاستجابة

للحصول على غاية معينة . كذلك فإن الأدلة العملية أو المختبرية على صحة تعلم الخوف

تعلّمًا شرطياً أدويًا ضعيفة . وفي الحقيقة لا يوجد دراسات تؤكد التعلم الأدوي لاستجابة

الخوف الكاملة . تدل الدراسات فقط على تغير بعض الاستجابات عن طريق الإجراءات

الأدوية الاشرطية من ذلك استجابات الجهاز العصبي الذاتي مثل ضربات القلب ، وضغط

الدم ، والعرق . وحتى في هذا المجال فإن الأدلة تؤكد أن هذا نوع صعب جدًا من التعلم

والذي لا يتقنه إلا عدد قليل من الأفراد الذين يخضعون لتجاربه وتحت ظروف خاصة وذلك

ما يؤكد كل من بلانشارد Blanchard ويونج Young (1973) .

وإذا تأملنا في حالة ذلك الطفل الصغير الذي كان يعاني من فوبيا المدرسة School Phobia

والذي عاد إلى الالتصاق بأمه لوجدنا أن الالتصاق بأمه يمثل تعزيزًا أو مكافأة . ولكنه قد لا

يعزز استجابة الخوف كما يعزز غيرها من الأنشطة المرتبطة بحضور الأم مثل الخضوع أو

البكاء أو الصراخ أو التشنج العصبي . كل هذه التصرفات تعلمها الطفل عن طريق الأدوات

الاشرطية ولكنها ليست استجابة الخوف . وعلى ذلك نستطيع أن نقول أن التعلم الشرطي

قد يؤدي إلى تكوين بعض الاستجابات الفوبية ولكنه ليس وحده العامل السببي الوحيد

ولذلك نتقل إلى نظرية أخرى تقول بأهمية التعلم القائم على الملاحظة والوسيط المعرفي أو

العقلي Observational Learning and Cognitive Mediators .

التعلم القائم على الملاحظة :

هناك كثير من الأدلة المستمدة من معامل علم النفس ومختبراته والتي تؤكد إمكان

حدوث تعلم ردود الفعل الانفعالية والتي تتضمن الخوف وذلك لدى كل من الإنسان

والحيوان . وذلك عن طريق ملاحظة بعض الأشخاص الآخرين أو النماذج الأخرى التي

تمارس ردود الفعل هذه . ومن ذلك حالة طفل صغير لم يكن يخاف من (الأرانب) حتى لاحظ طفلاً آخر يبكي ويصيح ويخاف من وجود الأرانب . وعلى ذلك نستطيع أن نستنتج أن القلق الشديد وكذلك ردود الفعل الفوبية يمكن أن تتأثر عن طريق التعلم بالملاحظة . كذلك يمكن افتراض وجود بعض العمليات العقلية المعرفية التي تلعب دوراً في تعلم الخوف والاحتفاظ به . من ذلك تفسير الطفل للأحداث وتوقعاته لما سوف يحدث تغيرات مشيرات داخلية Internal Stimuli . فالطفل الذي يسمع والديه أو أشقائه أو غيرهم من الناس يحدرون من بعض المخاطر أو الأخطار يبدأ أن يؤكد نفسه هذه المواقف المثيرة للقلق . يضاف إلى ذلك جهود الطفل وخيالاته التي تجسد من هذه المشيرات . وفي هذا الصدد لا يمكن إنكار دور التقليد والمحاكاة . فالطفل الذي يشاهد أمه وهي تصرخ وترتعد وتفزع وتقفز في الهواء عندما ترى (صرصاراً) لاشك في انه يقلدها عندما يوضع في موضعها .

دور الكبت والصراع النفسي الداخلي في تكوين القلق والفوبيا

Repression and Intrapsychic Conflicts

نعود إلى الوراثة ونساءل مع القارئ الكريم ونسترجع حالة المرأة التي كانت تعاني من فوبيا الكلاب ونقول لماذا لا تستطيع أن تكون ذاكرة واعية أو ذكرى واعية عن الأحداث المرتبطة بظهور حالة الفوبيا عندها ؟ هل كان ذلك أمراً عادياً أي عبارة عن النسيان الطبيعي الذي يحدث لمعظم الناس عن حياتهم في طفولته الباكرة وخبراتها ؟ هناك من يقول أن الكبت نفسه عملية متعلمة عن طريق التعلم الاجتماعي وقد يسهم في نسيان هذه الأحداث المؤلمة . كذلك فإن أرباب علم النفس التحليلي قد يذهبون إلى ما هو أبعد من ذلك ويقولون أن الخوف قد تمت إزاحته أو نقله Displaces من مصادر أخرى غير الكلب . وقد يفترضون وجود عمليات نفسية داخلية كالرغبة في الموت نحو أختها أو بفترضون وجود عداوة أوديبية Oedipal Hostility نحو الأم مما أدى إلى زيادة كثافة خوف هذه المرأة . كما تذهب النظرية التحليلية في تفسير الفوبيا وتكوينها إلى تأكيد الكبت للصراعات التي تثير القلق . كما أنهم يؤكدون على عملية الإسقاط Projection وهي من العمليات العقلية اللاشعورية من حيل الدفاع اللاشعورية التي تقوم بها الذات الوسطى Ego . ويقصد بها أن يسقط الإنسان

مشاعره وآماله وآلامه واتجاهاته وميوله الداخلية على غيره من الناس والأشياء . فالرجل البخيل يرى أن جميع الناس بخلاء ، والرجل المرتشى يعتقد أن جميع الموظفين مرتشون ، ففي عملية الإسقاط ، وهي من الحيل الدفاعية Defense Mechanisms يسقط الإنسان ودوافعه على غيره من الأشخاص .

ومعروف أن الإسقاط ليس وحده هو الحيلة الدفاعية التي تقوم بها الذات الوسطى بل هناك أيضًا . الكبت ، وفيه ينسى الإنسان الذكريات التي تثير القلق أو الألم وكذلك الدوافع ويمنعها من أن تظهر على حيز الوعي . من هذه الحيل كذلك التبرير ، ، والإنكار ، والإبدال ، والتقمص أو التوحد ، والنكوص ، والإزاحة ، والعكسية ، والعدوان .

أي إسقاط الصراع الداخلي على موضوعات العالم الخارجي . فلقد دلت حالة مريض أمريكي أنه أسقط رغبته في الهجوم على الأب بأن اعتقد بأن والده هو الذي يرغب في الهجوم عليه ثم أزاح أو نقل هذا القلق إلى هدف آخر . كان هذا الهدف هو الخيول في حالة مريض أمريكي يدعى (هانز Hans) .

وهناك حالة لسيدة أمريكية تدعى (أجنس Agnes) كانت تخاف من الأماكن المرتفعة حيث كانت تشعر بالرعب والفرع والهلع عندما تملكها فكرة أنها سوف تقفز من نافذة مكتبها الكائن في الطابق الثامن من البناية . هذه الحالة اختلفت في تفسيرها طبيب نفسي تحليلي وآخر يؤمن بنظرية التعلم الاجتماعي .

والآن لننتقل إلى النظر في أمور أو أسباب أكثر عمومية ونعني بذلك النظم الاجتماعية Social Systems وعلاقتها أو دورها في القلق .

تأثير النظم الاجتماعية :

هناك أدلة تجريبية على وجود تأثير لعلاقة التفاعل بين الطفل والديه وخاصة تلك العلاقة التي تتسم بالحماية الزائدة Over Protection من جانب الوالدين وكذلك نزعة الطفل نحو الاعتماد على غيره . تؤكد الأدلة على ارتباط هذا النمط بنزعة الخوف في الطفل وخاصة فيما يتعلق بالمواقف الجديدة وتلك التي تتضمن انفصال الطفل عن الوالدين . وقد يرجع هذا الخوف من منع الطفل من تعلم التكيف أو التوافق مع خبرات الخوف بمفرده .

ولقد دلت هذه الدراسات منها دراسة هافنر Hafner (1997) أكدت أن أزواج النساء اللاتي يخفن من فوبيا ترك المنزل Agoraphobia والبقاء بمفردهن أي الخوف من الوحدة في مكان عام أو وسط الزحام ذلك الخوف الذي قد يستمد ويصبح خوفاً من ترك المنزل . هؤلاء الأزواج لم يساعدوا في تحسين حالة زوجاتهم بل عززوا هذه المخاوف الفوبية وقاوموا حدوث أي تحسين في هذه الأعراض . وعندما تم معالجة فوبيا هؤلاء النسوة عن طريق جلسات في العلاج السلوكي Behaviour Therapy كان هناك مجموعة فرعية من هؤلاء النسوة ظهر على أزواجهن أعراض سيكولوجية بعد ثلاث شهور من تمام المعالجة . وعندما حدثت نكسة مرضية لبعض هؤلاء النسوة بعد ستة شهور من المعالجة خفت حالة الأزواج .

ولقد حاول أحد هؤلاء الأزواج الانتحار بعد أربعة شهور من المعالجة . وقال أنه بعد شفاء زوجته شعر بأنه عديم الفائدة وغير متكيف . فلم تعد تعتمد عليه إطلاقاً مثلما كانت وهي في حالة المرض . ولقد أصيب زوجان من هؤلاء بالاكئاب عندما تحول عدم الرضا في داخل الحياة الزوجية تحول بعيداً عن زوجاتهم . تحول من فوبيا الزوجة إلى صعوبات الأزواج الجنسية . تلك الصعوبات التي لم يكن الزوج مستعداً لمناقشتها . وفي حالة أربعة أزواج من هؤلاء من بينهم ذلك الزوج الذي حاول الانتحار أدى شفاء الزوجات إلى إحياء شعورهم الشاذ بالغيرة . ذلك الشعور الذي كان مختلفاً مادامت الزوجة غير قادرة على الخروج للخارج بمفردها . لقد أدى هذا الموقف إلى حدوث مجادلات غير سارة وساهم في عدم الانسجام الزوجي . تلك الحالة التي حاولت الزوجات خفضها بالعودة إلى فوبيا الوحدة أو ترك المنزل .

وهكذا نرى أهمية النظام الاجتماعي الذي ينمو فيه الأعراض والذي تبقى فيه . وعلى كل حال ظهر دور الأزواج هذا كمعزز للفوبيا ، في مجموعة فرعية فقط من أفراد هذه العينة . وقصارى القول أن هناك كثيراً من العوامل التي تسهم في نمود الفعل القلقية والفوبية ، من ذلك الاستعدادات الوراثية Genetic Predisposition والاشتراط أو التثريب أو التعلم الشرطي الكلاسيكي عن طريق خبرة الصدمة أو الخبرات الصدمية ، وعن طريق التعلم الشرطي الأدي للـخوف والتعلم عن طريق الملاحظة والتعلم عن طريق الوسائط

المعرفية للخوف ، وكذلك الصراعات النفسية الداخلية التي تفترضها نظرية التحليل النفسي ، وكذلك النظم الاجتماعية أو أنماط معاملة الطفل كالإفراط في الحماية ، وتعلم الطفل الاعتماد الكلي على الوالدين . وبطبيعة الحال يختلف التأثير النسبي لهذه العوامل السببية من حالة إلى أخرى .