

الاضطرابات التحويلية

Conversion Disorders

Conversion Disorder: Facts & Figures

- More common in:
 - rural populations
 - lower SES
 - less medically/psychologically sophisticated
 - women than men (2-10x)
- In women, sx are much more common on the left than right side of the body
- 11-500 out of 100,000 in general population meet criteria for conversion disorder
- 3% of outpatient referrals to mental health clinics
- 1-14% of medical/surgical inpatients
- Onset: late childhood through early adulthood; rarely before 10 or after 35

ويشير مصطلح التحويل Conversion إلى أن المشاعر والانفعالات تتحول إلى أعراض جسمية وفقاً لآليات الدفاع النفسية.

تُعدّ الاضطرابات التحويلية من الاضطرابات ذات الشكل الجسيمي المهمة والشائعة، وهي معروفة منذ القدم، وقد ارتبطت بالهستيريا عبر العصور. وكلمة هستيريا (الهراع) Hysteria مشتقة من اللغة اليونانية، وتعني الرحم

حيث كان يعتقد أن الرحم يتجول في جسم المرأة، ويغادر موقعه بسبب كبت الدوافع المرتبطة بالجنس ما يسبب حدوث أعراض جسمية مرضية غريبة. وقد توسع استعمال هذا المصطلح ليشمل عدداً من الاضطرابات النفسية المختلفة، مثل وصف الشخصية الهستيرية، وهي الشخصية الاستعراضية التي تحب الظهور ولفت الانتباه، وتتميز بانفعالاتها المبالغية والمتغيرة، وأيضاً يشمل هذا المصطلح حالات من أعراض جسمية متعددة ومزمنة دون سبب عضوي، وأيضاً حالات من الاضطراب الذهاني العابر قصير الأمد، وغير ذلك، وهذا المصطلح (الهستيريا) قل استعماله في اللغة الطبية المعاصرة، ويستعمل بدلاً عنه مصطلحات أخرى أكثر تحديداً ووضوحاً مثل التحويل، والتصنع.

الأعراض

أعراض الهستيريا: نستطيع أن نقسمها إلى ثلاثة: تحويلية، وتشنجية، وتخلخلية (تفككية).

تحويلية Conversion

ويقصد بها تحويل جسمي لبعض الأمور الانفعالية أو النفسية، ويلجأ مريض الهستيريا في هذا النوع إلى إحدى الحيل اللا شعورية، وهي حيلة (التحويل) ويتحول الصراع النفسي والقلق في هذا النوع بعد كبتها إلى عرض عضوي جسمي.

التشنجية seizures

وهي نوبات من التشنج والإغماء تستمر بضع دقائق يقوم الهستيرى من خلالها بعراك، وحركات تشبه ما كان يقوم به أو يلزمه في مرحلة الصراع والقلق التي لحقت بها حالة الهستيريا مع اختلاط النوبة بالثورات الكلامية والصراخ والضحك والبكاء والنحيب، إلا أن المصاب لا يفقد شعوره تماماً، بل يبقى واعياً لما يحيط به لدرجة انتقائه موضع الوقوع إذا أراد حتى لا يؤذي نفسه.

وتخلخلية (تفككية) Dissociation

ويقصد بها تفكك الشخصية واضطراب وظائفها، ويقوم المريض ببعض التصرفات الغريبة، وقد نجده يفقد الذاكرة للهروب من مواقف معينة أو من بيئة معينة، ويقوم بعملية التجوال الليلي أو المشي في أثناء النوم دون أن يدري؛ وذلك لتحقيق هدف معين أو غاية معينة، وعندما يستيقظ من النوم لا يتذكر شيئاً حدث.

تُحدّد الاضطرابات التحويلية وفقاً لمعايير التشخيص الحالية بأنها ظهور عرض أو أعراض مرضية جسمية، أو تغير أو فقدان في الوظائف الطبيعية للجهاز العصبي الحركي الإرادي أو في الحواس، ما يوحي بالإصابة بمرض عصبي أو عضلي دماغي، أو مرض طبي عام. وهذه الأعراض مرتبطة بعوامل نفسية وضغوط وصراعات في نشوئها أو اشتدادها.

وهذه الأعراض لا تظهر بإرادة المريض أو قصدٍ وعمدٍ، ولا يمكن تفسيرها بوجود مرض عضوي معروف من الناحية السريرية أو بعد إجراء الفحوص اللازمة.

هكذا، فالشخص الهستيرى يدافع عن نفسه بإظهار عطل أو عجز حركي أو حسي أو خلل بالذاكرة، وهنا عمل اللا شعور الذي يُظهر العجز لتفادي مواجهة القلق الناتج عن الصراع.

والحال هذه يكون المريض راضياً بحالته التي هو عليها، حيث إنها خلصته من أخطار الصراع الداخلي. ولذلك فلا يهمله كثيراً أن يخلص من مرضه، ولا يسعى وراء العلاج؛ لأن اتصاله بالواقع لم يتأدّ، ولم يصبه عطل مهم، أما العطل الحاصل لديه فيجنبه ما يريد لا شعوره تجنبه.

يمكن لهذه الأعراض أن تأخذ شكل الأعراض الحركية، مثل: الشلل النصفي أو شلل أحد الأطراف، والخدر، وفقد الحس، وفقد الصوت، وتشنج أحد الأطراف، أو الرجفة في اليدين أو الرأس أو الرأس كله، وفقدان التوازن الحركي في المشي، وصعوبة البلع، وغير ذلك.

ويمكن لهذه الأعراض أن تأخذ شكل الأعراض الحواسية، مثل: العمى وضيق المجال البصري Tunnel vision والرؤية المزدوجة والصمم، وغير ذلك. والشكل الثالث لهذه الأعراض هو النوبات الشبيهة بالصرع: وهي نوبة من فقد الوعي أو دونه مع تشنج في الأطراف وحركات تكرارية معينة.

وأما الشكل الأخير فهو شكل مختلط بين هذه الأشكال السابقة.

1. اللزمات العصبية Tics: هي حركات عضلية فجائية لا إرادية منتظمة، تتكرر بغض النظر عن وجود مثيرات طبيعية تسببها، وتزيد في المواقف الحرجة، ومن الأمثلة على ذلك ارتجاف عضلات الوجه، أو ارتعاش أجفان العيون، أو حركة الرقبة أو الرأس فجأة إلى الجانب، أو المبالغة في حركة اليدين، واللعب بالشارب، وهز الكتف، وقد تظهر هذه الحركات في البداية وكأنها تخدم أغراضاً اجتماعية كالسعال، والضحك المبالغ فيه في أثناء الحديث.

2. الشلل Paralysis: وهو من أكثر الأعراض الحركية الهستيرية انتشاراً، حيث تظهر عادة في الشلل أحد الأطراف، أو شلل نصفي في الذراع والساق، أو شلل في الساقين، وأحياناً شلل في حالة ارتخاء شديد، ويصبح المريض غير قادر على الحركة، ويحتاج إلى عناية طبية.

3. اللقمة الهستيرية (صعوبة البلع) Globous Hysterica: وتكون بعدم قدرة المريض على البلع إلا بصعوبة بالغة على الرغم من انتفاء أي أسباب عضوية في الحلق أو البلعوم تعيق ذلك.

4. فقدان الصوت Aponia: ويتجلى ذلك في عدم قدرة المريض على إصدار الصوت إلا همساً، وفقدان الصوت الهستيرى يختلف عن الحالات العضوية، فعند سؤال المريض أن يسعل، ويصدر من خلال ذلك صوتاً، فإننا نستنتج أن الحالة هستيرية، ويمكن أن يحدث مثل هذا العرض عندما يواجه الفرد بموقف يتطلب منه الاعتراف بأخطاء يصعب معها مواجهة الحقيقة.

5. الآلام الهستيرية Hysterical Pains: وهي كثيرة الانتشار، إذ كثيراً ما تشخص بطريقة خاطئة، ويستمر المريض في التردد على الأطباء،

ويعالج من صداع نصفي، أو التهاب في المعدة، أو مرض في البروستات، أو روماتيزم... إلخ، ولكن السبب الرئيس يكون هستيرياً، حيث يحقق المريض من وراء مثل هذه الأمراض جذب الاهتمام والحنان، ومثل هذه الآلام الهستيرية تنتشر كثيراً عند الزوجات التعيسات في حياتهن الزوجية، أو عند الرجال الذين يواجهون مشكلات مع رؤسائهم في العمل أو مع الزملاء، أو مع الطلبة الفاشلين دراسياً ليكون عندهم المبرر الكافي لمواجهة لوم الأسرة والأصدقاء عند الرسوب... إلخ.

1. العمى الهستيرى Hysterical Blindness: يحدث العمى الهستيرى فجأة بعد صدمة انفعالية شديدة، حيث يرغب الفرد لا شعورياً في عدم رؤية ما لا يستطيع تحمل رؤيته، كالفتاة التي فقدت إبصارها بعد رؤيتها لزوجها في ليلة زفافها في وضع مخزٍ مع شقيقتها، حيث فقدت الذاكرة لهذه الحادثة، وأصابها العمى، واستمرت في حياتها الزوجية، وعند علاجها وتذكرها الحادثة ووضوح الرؤية أمامها، واجهت الواقع، وطالبت بالطلاق، وذلك بعد أربعة عشر شهراً من الزواج.

2. الصمم الهستيرى Hysterical Deafness: وفيه نجد المريض يفقد فجأة القدرة على السمع دون أن يكون هناك سبب عضوي لهذا الصمم، حيث يرغب المريض لا شعورياً في عدم السماع لحادث أو خبرة مؤلمة مؤذية، ومثال ذلك الزوجة التي كانت تسمع زوجها يداوم على المكالمات الهاتفية مع السيدات، ويغازلهن علناً أمام زوجته، فقد وجدت الزوجة نفسها فجأة مصابة بالصمم، وقد عولجت عند كثير من الأطباء مدة طويلة قبل اكتشاف السبب الرئيس لمرضها ورغبتها اللا شعورية في عدم سماع زوجها، وهو يتحدث مع السيدات في الهاتف.

3. فقدان الإحساس Anaesthesia: وفيه لا يستطيع الفرد الشعور بأي ألم عند وخزه بألة مديبة، أو عند تعرضه للحرارة، إذ يفقد الإحساس في مناطق معينة من الجسم، أو في كل الجسم، وقد يصاحب فقد الإحساس في الجزء المصاب شلل هستيري.

الحمل الكاذب الهستيري

ويتمثل في انقطاع الطمث، وانتفاخ البطن مع عدم وجود حمل حقيقي، وقد تستمر المريضة في الحمل الكاذب أكثر من تسعة أشهر، ما يثير تساؤل الأهل حول هذا الحمل، ويتضح بعد ذلك أن الحمل دليل على رغبة المريضة اللا شعورية في الحمل؛ خوفاً من اتهامها بالعدم.

الغثيان والقيء الهستيري

يحدث الغثيان عند بعض الأشخاص، دليلاً على الرفض اللا شعوري أو الاشمئزاز من موقف معين، وهذا ما يحدث عند النساء أكثر من الرجال، فيكثر لدى طالبات الجامعة قبل الامتحان، أو عند تناول الطعام في المنزل، ما يثير التقزز والقيء الهستيري.

وعند فحص المريض المصاب بالشلل التحويلي مثلاً، يمكن أن يجد الفاحص أن انفعالات المريض العامة التي تبدو من خلال الحوار معه ومن طريقة حديثه ومظاهر التعبير الانفعالي لديه أنه غير مبالي، وربما يتسم ويضحك، وهذا ما يعرف باللامبالاة الجميلة La belle indifference، هذا العرض لا يرافق جميع الحالات.

وفي حالات الشلل أيضاً يجد الفاحص أن المريض يسحب الطرف المشلول، ويجره جراً دون حدوث التراجع Swing الذي يحدث في حالات الشلل الحقيقي، وعند محاولة تحريك العضو المشلول يجد الفاحص أن العضلات المعاكسة للحركة يزداد توترها وشدها كي تمنع الحركة، وهذا لا يحدث أبداً في حالات الشلل الحقيقي، وتكون المنعكسات الوترية العصبية طبيعية تماماً في حالات الاضطراب التحويلي، وكذلك تخطيط العضلات الكهربائي.

وهناك كثير من الملاحظات السريرية التي تساعد على تشخيص الحالات التحويلية يمكن للطبيب أن يكتسبها من خلال الخبرة والممارسة الطبية التي تعرفه بمظاهر وأعراض الأمراض الجسمية والعصبية التي تجعله قادراً على تفريق الحالات التحويلية عن الحالات العضوية في كثير من الأحيان.

وعلى العموم تشير المؤشرات الآتية إلى حالة الهستيريا:

- حدوث المرض فجأة أو في صورة درامية.
- نقص قلق المريض بخصوص مرضه وعدم ميالاته وهدوئه النفسي، وهو يتحدث عن أعراض مرضه.
- الضغط الانفعالي قبل المرض.
- تغير الأعراض بالإيحاء.
- اختلاف شدة الأعراض في فترة وجيزة.

- عدم النضج الانفعالي في الشخصية قبل المرض.
- نقص الارتباط بين الأعراض والناحية التشريحية للأعصاب الحسية والحركية.

ظهور الاضطراب التحويلي وانتشاره وسيره

يظهر الاضطراب التحويلي في سن المراهقة والشباب عادة، ولا يظهر للمرة الأولى بعد سن 35 سنة، ولا يظهر قبل سن الرابعة. وفي حال ظهوره المتأخر لا بد من بحث الأسباب العضوية بالتفصيل؛ لأن الأسباب تكون طبية وعضوية في أغلب الحالات ذات الظهور المتأخر.

ويكثر الاضطراب التحويلي عند المرأة مقارنة بالرجل وبنسبة خمسة أضعاف على الأقل. وهو يحدث بنسبة ثلاثة في الألف من الناس وفقاً للإحصائيات الغربية، ومن المؤكد أن نسبة انتشاره في الدول النامية أعلى من ذلك بكثير، وهو يشكل نسبة 8% من مرضى المشايخ العامة و2% من مرضى العيادات الخارجية النفسية في الدول المتقدمة، وهو أكثر انتشاراً في البلدان النامية والبيئات الريفية والأوساط الثقافية المتدنية.

ووفقاً لبعض الإحصائيات في العالم الثالث تشكل الاضطرابات التحويلية 10% من حالات العيادات الخارجية وغرف الطوارئ.

تظهر الأعراض التحويلية بشكل سريع وفجائي عادة، وتزول الأعراض خلال أيام أو أسابيع، ويمكن لنفس الأعراض أن تظهر ثانية، أو أن تظهر أعراض تحويلية أخرى فيما بعد.

ويحدث الانتكاس بنسبة 25% في السنة الأولى، وبعض الحالات تصبح مزمنة، وتستمر سنوات عدة ما لم تعالج بشكل فعال، وبعض هذه الحالات المزمنة يمكن لها أن تشفى فجأة عند حدوث أحداث طارئة ذات أهمية خاصة مثل حدوث حريق في المنزل في حالة مريض مشلول، حيث يمكن له أن يجري فجأة هرباً من الحريق، وفي الحالات المزمنة يحدث الضمور العضلي للعضلات المشلولة، وهذا يسمى الضمور الناتج عن عدم الاستعمال Disuse atrophy.

وبعض الأعراض التحويلية أسوأ إنذاراً من غيرها من حيث عدم استجابتها للعلاج وإزمانها وتكرارها مثل الرجفة والاختلاجات الشبيهة بالصرع.

وقد وجدت بعض الدراسات التي أجريت في المراكز العصبية على المرضى المصابين بالأعراض التحويلية أنه إذا تمت متابعتهم سنوات طويلة، فإن نسبة كبيرة منهم يصابون بأمراض عصبية وعضوية، ونسبة أخرى تصاب بأمراض نفسية أخرى. أما الدراسات التي أجريت في المشافي النفسية على المرضى المصابين بأعراض تحويلية، فقد بينت متابعتهم سنوات عدة أنه لم يتغير التشخيص في غالبية الحالات، ولم تظهر أي أمراض عصبية أو جسمية أو نفسية أخرى.

وهذه الاختلافات في النتائج بين الدراسات يمكن فهمها بأنها ترتبط بنوعية المرضى المحولين للدراسة واختلاف عينات المرضى المدروسين وغير ذلك، ولكن تبقى النتيجة العامة أنه لا بد من الانتباه إلى إمكانية وجود

أمراض عصبية وجسمية في حالات الاضطرابات التحويلية وضرورة التأكد من نفيها، وأيضاً ضرورة متابعة هؤلاء المرضى عمومًا.

ومن ناحية أخرى بين عدد من الدراسات الحديثة أن نسبة كبيرة تصل إلى 25% من حالات شخصت وعولجت على أنها حالات من الصرع العصبي الحقيقي، أنها حالات من الاضطراب التحويلي الشبيه بالصرع، وليست صرعاً حقيقياً (ومن الممكن بالطبع ترافق حالات الصرع الحقيقي جنباً إلى جنب مع الاضطراب التحويلي الشبيه بالصرع في المريض نفسه).

ونستنتج مما سبق ضرورة الاهتمام بالتعرف إلى الاضطراب التحويلي وعدم إهماله، وضرورة اتخاذ موقف متوازن من حيث الوجود الفعلي لهذه الاضطرابات واستقلاليتها عن الأمراض العصبية دون إفراط ومبالغة في تشخيصها ودون تفريط بتشخيص أمراض عصبية أخرى بدلاً عنها.

الأسباب

بيّنت الدراسات أن الأعراض التحويلية تظهر بعد ضغوط نفسية معينة، وترتبط بها زمنياً، ويمكن إحداث هذه الأعراض وإزالتها بواسطة الإيحاء، ما يدل على أهمية العوامل النفسية والاجتماعية في أسباب هذا الاضطراب.

وتتناقض الآراء، وتتنوع حول أسباب هذا الاضطراب، وبعضهم يعتبر أن هناك اعتلالاً في الجهاز العصبي والدماغ، وبعضهم يفسر الشلل التحويلي على أنه نتيجة اضطراب عصبي فيزيولوجي يتعلق بتثبيط الإشارات العصبية الحركية في منطقة المجموعة الشبكية Reticular system ومن ثم

لا تصل أوامر الحركة للجهاز العضلي. ودراسة ذلك من خلال الاستجابة الكهربائية المحرزة Evoked response غير قاطعة.

وأجريت دراسات وراثية عائلية ودراسات للتوائم، وكانت معظمها سلبية. والنظريات النفسية متنوعة، ويشير مصطلح التحويل Conversion إلى أن المشاعر والانفعالات تتحول إلى أعراض جسمية وفقاً لآليات الدفاع النفسية، ولا ندري طبيعة هذا التحول وكيفية من الناحية الفيزيولوجية. وأكد بعض العلماء أن هذا التحويل إلى الأعراض الجسمية له بعد رمزي، مثل «أن الصراع النفسي المرتبط بالتعبير عن الغضب والكره تجاه الأب يتم التخفيف منه والتعبير عنه بفقدان الصوت وعدم القدرة على الكلام». وفي بعض الحالات تكون الرمزية واضحة، وفي بعضها الآخر تكون تأملية وبعيدة وصعبة التصديق.

وقد لاحظ فرويد أن المرضى يتحسنون عندما يتحدثون عن ذكريات معينة في أثناء التنويم الإيحائي، ما جعله يتابع البحث عن هذه الذكريات الخاصة الممنوعة والمكبوتة واستخلاصها من خلال التحليل النفسي، ما يسهم في تعريفها من الشحنات العاطفية والانفعالية المرتبطة بها، ويؤدي إلى التبصر والشفاء.

وترتبط هذه الذكريات الخاصة بالرغبات والأفكار والانفعالات الجنسية المكبوتة، وبما يعرف بالمرحلة الأوديبية والتثبت عندها.

وقد بيّنت دراسات حديثة عدة أن هناك ازدياداً في حدوث المشكلات والاضطرابات الجنسية في حالات الاضطرابات التحويلية، وأيضاً ازدياد في حدوث الإيذاء الجنسي في الطفولة Child abuse وبنسبة ثلث الحالات.

والنظريات الأخرى تؤكد أهمية المشاعر العدوانية والرغبات الاعتمادية الناتجة عن حرمانات طفولية أو إحباطات، وأن الصراعات والعقد النفسية المرتبطة بذلك تبقى وقتاً طويلاً في تركيبة الإنسان، وأن بعض الضغوط الخاصة التي يواجهها تثير مثل هذه الصراعات، فتظهر الأعراض التحويلية كحل وسط Compromise بين التعبير عنها والخوف من التعبير. ويمكن للأعراض التحويلية أن تمثل عقاباً ذاتياً على رغباته واندفاعاته وانفعالاته السلبية الممنوعة. وأيضاً يمكن لها أن ترضي حاجات الاعتماد على الآخرين من خلال اتخاذ وضعية المريض، وأيضاً الهروب والخروج من أزمة ضاغطة ومهددة مع وجود التبريرات النفسية والاجتماعية، وهي حدوث المرض الذي يخفف من المسؤولية، ويستخلص العون من الآخرين.

ويمكن القول: إن هناك هدفاً أولياً أو أساسياً يتلخص في إبعاد الصراع النفسي والحاجات النفسية الذاتية والانفعالات المؤلمة بعيداً عن ساحة التفكير والوعي. وأما الهدف الثانوي فهو الحصول على مكاسب متعددة مثل الانتباه والرعاية والتخفف من الأعباء والمسؤوليات والمحافظة على الزوج والأصدقاء وغير ذلك.

ومن الناحية السلوكية يمكن اعتبار الأعراض التحويلية نوعاً من التكيف المرضي الناتج عن تجربة حياتية مؤلمة ومحبطة ونتيجة للتفاعل بين شخصية معينة لها قدرات وإمكانيات محدودة، وبين ظروف اجتماعية

وثقافية خاصة، حيث يتعلم المريض أن يكسب انتباه الآخرين وعطفهم ودعمهم، ويتجنب عقابهم ونقدهم وعدوانيتهم من خلال الأعراض المرضية الجسدية؛ لأن تصرفات الأهل والمربين والقيم الاجتماعية العامة تثبت مثل هذه الأنماط السلوكية وتدعمها.

ومن ناحية أخرى يؤكد بعض العلماء أن الأعراض التحويلية هي أسلوب تعبيرى بدائي، وأسلوب رمزي يعتمد على الحركة والشكل بدلاً عن التخاطب والتعبير اللفظي الواضح. وإذا أعيقت القدرة على التخاطب والتعبير لأسباب لا شعورية أو شعورية أو ثقافية أو ظروف محيطية، فإن اللغة الجسمية هي التي تستعمل، ويدعم هذه النظرية أن الأعراض التحويلية أكثر انتشاراً في الأشخاص والمجتمعات الأقل ثقافة، وأيضاً عند الأقل ذكاء وعند الأشخاص المقيدون والمحصورين ضمن قواعد صلبة خاصة.

ومن الناحية العملية تبين الدراسات أن الأعراض التحويلية يمكن أن تتزامن مع الاضطراب التجسيمي المزمن، وأن تكون جزءاً منه، الذي لا تزال أسبابه غير واضحة، وتحدث لمن تعرض لمرض جسدي سابق أو مع من يعيش، ويقابل أشخاصاً لديهم مرض جسدي عضوي، وهذا يسمى تقليد النموذج. وتترافق الأعراض التحويلية مع مختلف اضطرابات الشخصية، ولا سيما أنماط الشخصية ذات الصفات الهستريائية والاعتمادية والمضادة للمجتمع.

وكما يبدو مما سبق، فإن الأعراض التحويلية ترتبط بمزيج من العوامل الشعورية والملا شعورية الفاعلة في كل حالة على حدة، وهذا يستدعي النظر

إليها من منظار شامل متعدد الجوانب ما يساعد على تفهمها والتعامل معها بشكل أفضل.

التشخيص التفريقي

لا بد من تفريق الاضطراب التحويلي عن عدد من الأمراض العصبية والاضطرابات العضوية الأخرى مثل متلازمة غيلان باريه Gillan Barre والوهن العضلي الوخيم Myasthenia gravis والتصلب اللويحي المتعدد Systematic Lupus Multiple sclerosis والذئبة الحمامية المتعممة Systematic Lupus Erythematosus (SLE).

ويمكن أن يحدث التباس في تشخيص هذه الأمراض، ولا سيما في مراحلها الأولى المبكرة نظراً لتغير الأعراض وتحسنها التلقائي، ولكن تتضح صورتها السريرية أكثر مع سير المرض وتقدمه، ويفيد في التشخيص الفحص الجسمي والعصبي الدقيق وإجراء عدد من الفحوص، إضافة إلى متابعة الحالة.

ويجب تفريق الاضطراب التحويلي عن مرض الصرع بأشكاله المتعددة: الصرع الكبير والصرع الصغير والصرع الجزئي (انظر ملحق التفريق بين النوبات الشبيهة بالصرع ونوبات الصرع الحقيقي في نهاية البحث).

وأيضاً يجب تفريق الاضطراب التحويلي عن مرض باركنسون، ولا سيما الشكل الشبابي منه والشكل الدوائي (الناتج عن استعمال أدوية معينة).

وأيضاً عن الأعراض التشنجية الحادة وعسر المقوية العضلية الحادة أو المتأخرة الناتجة عن استعمال الأدوية المضادة للذهان أو المضادة للإقياء من نفس الزمرة Neuroleptics، أو الناتجة عن مرض عصبي دماغي.

وبالنسبة إلى العرض التحويلي (عسر البلع) أو ما يسمى اللقمة الهستيرائية Globus hystericus فمن الممكن اختلاطه مع عدد من اضطرابات الجهاز الهضمي ما يستدعي فحص البلعوم والتنظير لنفي وجود اضطرابات عضوية كالأورام وغيرها، وفي حالات آلام الوجه الحادة يجب الانتباه إلى تشخيص ألم العصب مثلث التوائم Trigeminal neuralgia.

ويجب تفريق الاضطراب التحويلي عن غيره من الاضطرابات الجسمية الشكل والاضطراب التصنعي وغير ذلك من الاضطرابات النفسية الأخرى إذا توافرت الأعراض اللازمة لتشخيصها.

العلاج

يحتاج العلاج إلى أخذ التفاصيل الدقيقة عن الحالة المرضية وكيفية ظهور الأعراض، وأيضاً إلى بناء علاقة إيجابية علاجية مع المريض، ولا بد من الفحص الجسمي الطبي والعصبي وإجراء الفحوص والاستقصاءات اللازمة. ومن المفيد إتاحة الفرصة للمريض للتعبير عن مشكلاته ومشاعره وصراعاته الحالية.

يبقى العلاج الأساسي هو التوجه نحو إزالة الأعراض، الذي يعتمد على الأساليب الإيحائية العامة، ويمكن استعمال عدد من الأدوات والتقنيات

لزيادة الإيحاء مثل التنبيه الكهربائي والحقن العضلية والأساليب الدينية مثل أن يطلب من المريض الذي فقد صوته قراءة سورة الفاتحة أو التسبيح والتحميد والتهليل والتكبير والاستغفار بشكل متكرر والإصرار على ذلك إلى أن ينطق بالكلام.

ويفيد إعطاء أحد المهدئات من زمرة بنزوديازيبين مثل Valium, Ativan على شكل حقنة وريدية بطيئة يجري خلالها التأكيد على زوال الأعراض وشفائها بشكل إيحائي Abreaction، إضافة إلى فائدتها في إطلاق التعبير الانفعالي عن الذكريات الخاصة والصراعات النفسية المكبوتة والانفعالات المؤلمة. ويستعمل أيضاً الأمفيتامين وأميثال الصوديوم بنسب وجرعات محددة لهذا الغرض، ونسبة الشفاء وزوال الأعراض تصل إلى أكثر من 85% من الحالات.

ويفيد التنويم الإيحائي غير الدوائي Hypnotherapy والعلاج النفسي الداعم قصير الأمد.

ولا بد من تقدير حالة المريض والضغط الحالية التي يواجهها، وأيضاً الرضوخ النفسية والآلام التي يعيشها قبل محاولة شفاء وعلاج الأعراض بالقوة الإيحائية؛ لأن هذه الأعراض يمكن لها أن تخدم المريض، وأن تكون ضرورية مؤقتاً. ومن الممكن تأجيل الأساليب الإيحائية التي تهدف إلى الشفاء الفوري أياماً عدة والاتفاق مع المريض على ضرورة بحث المشكلات الشخصية والنفسية التي يعانيها بأسلوب مفيد وتعاوني ومن ثم مواجهة الأعراض المرضية إيحائياً.

وأما مواجهة المريض بأن أعراضه ليست عضوية، وأنه سليم تماماً فلا يفيد، ويزيد من الدفاعية والكبت، والأفضل إعطاء تفسيرات مفهومة ومبسطة مثل حدوث تشنج مؤقت في البلعوم والحنجرة واللسان بسبب الإرهاق والتعب العصبي في حالات فقد الصوت، وأن ذلك سيزول حتماً وبسرعة.

ومن الملاحظ أن كثيراً من حالات الاضطراب التحويلي في بلادنا تجد تفسيراتها في المفاهيم الشعبية عن العين والجن والحسد والمس وغير ذلك، وأن كثيراً من هذه الحالات يتم علاجها من قبل المعالجين الشعبيين بأساليب عدة وغريبة، وبعض هذه الحالات تتحسن بتأثير الإيحاء، وبعضها الآخر لا يستجيب لمثل هذه العلاجات، بل تتفاقم وتزداد سوءاً.

ومن المفيد تطبيق مبادئ العلاج الطبيعي والتأهيلي بالسرعة الممكنة في حالات الشلل والضعف العضلي والتشنج وغيرها، وعدم استعمال العكاز والكرسي المتحرك في حالات الضعف العضلي والشلل؛ لتلا يتم تعزيز العجز، والبدء الفوري بتحريك الأطراف وتدريبها بالتدرج ما يساعد على تقصير مدة الأعراض، ويمنع إزمانها.

وتفيد بعض الأساليب السلوكية مثل الاسترخاء العضلي والتنفس العميق والعلاج التنفييري أو التكريهي (Aversion therapy) وأساليب الثواب والعقاب.

ويجب الانتباه إلى المكاسب الثانوية التي يجنيها المريض ومعرفة سلوك الأهل والمحيطين بالمريض وتعديل الأساليب المؤكدة للمرض والداعمة له

من قبل المحيط. وإذا كان ذلك صعباً فممن المفيد عزل المريض عن بيئته وإدخاله المشفى مؤقتاً، ومن ثم تكرار الجهود مع الأهل والمحيط لتعديل تلك الأساليب الخاطئة، وإتاحة الفرصة لحل المشكلات ومواجهتها في البيئة المحيطة بالحوارات والجهود الفعالة والأساليب الصحية ما يسهم في منع إزمان الأعراض وفي التخفيف من الانتكاسات، وفي بعض الحالات يحتاج المريض إلى علاج نفسي طويل، وإلى علاج الحالات الاكتئابية المتوسطة والشديدة التي يمكن لها أن ترافق مع حالات الاضطراب التحويلي بنسبة 10-30% من الحالات.

وبشكل عام يمكن القول: إن الاضطرابات التحويلية ذات إنذار جيد وشفاء تام إذا كانت حديثة الظهور، وإذا ترافقت مع ضغوط نفسية وبيئية طارئة، وإذا كان أداء المريض وتكيفه جيداً قبل ظهور الأعراض، وفي حال غياب الاضطرابات النفسية واضطرابات الشخصية الشديدة.

الشخصية الهستيرية

اضطراب الشخصية الهستيرية

تسمى شخصية مريض الهستيريا قبل المرض باسم (الشخصية الهستيرية) وهي شخصية الأطفال، ولو تأملت سلوك الشخص الهستيري لوجدته سلوك (طفل كبير).

ومن سمات الشخصية الهستيرية:

- العاطفية الزائدة، والقابلية الشديدة للإيحاء، والمسايرة، وحب المجاملة والمواساة والانفعالي، وتقلب المزاج، وعدم النضج، وعدم

التحكم في الانفعالات، والسذاجة، وسطحية المشاعر، وعدم النضج النفسي الجنسي.

- وأيضاً التمرکز حول الذات، والأنانية، ولفت الأنظار، واستدراار العطف، والاعتزال بالنفس وحب الظهور، والاستعراض، وفي بعض الأحيان الانبساط، والاجتماعية، وحب الاختلاط، وعدم الاستقرار، وأيضاً الاعتماد على الآخرين، والتوكل، والانقياد، والشعور بالنقص.
- المبالغة والتهويل والاستغراق في الخيال، والسلوك يكون أقرب إلى التمثيل والاستعراض والتكلف والاندفاع وعدم النضج.
- الاعتماد على الكبت بوصفه دفاعاً أساسياً، والاستعداد لتكثيف الانفعالات وتحويلها إلى أعراض جسمية.

اضطرابات عاطفية وسلوكية في مرحلتي الطفولة والمراهقة



اضطراب قلق الانفصال Separation Anxiety Disorder هو حالة نفسية يعاني المصاب فيها من جراء القلق المفرط من الانفصال عن المنزل أو عن الأشخاص الذين تربطهم به علاقة عاطفية قوية كوالديهم أو الأجداد أو الأشقاء.

قلق الانفصال هو رد فعل خلقه الله تعالى في الأطفال في مرحلة معينة كباقي المخلوقات بوصفه وسيلة للحفاظ على الجنس البشري، ومن غير الطبيعي ألا يشعر الطفل الذي لم يتجاوز عمره السنة من الخوف من الغرباء، أو أن يبدي لا مبالاة تجاه غيابه عن والدته حتى إن ذلك قد يعتبر مع غيره من الأعراض علامة مرضية.

وعلى الرغم من أن قلق الانفصال عادة ما يختفي في العام الثالث من عمر الطفل إلا أنه قد يعاود الظهور لاحقاً عند دخول المدرسة، ولكن غالباً ما يكون بشكل مؤقت حتى يألف الطفل تلك البيئة الجديدة.

ووفقاً لجمعية علم النفس الأمريكية، فإن اضطراب قلق الانفصال هو المبالغة المفرطة في إظهار الخوف والضييق عند مواجهة حالات الانفصال عن العائلة أو شخص مقرب، ويصنف القلق المقصود هنا بأنه قلق غير اعتيادي في هذه المرحلة العمرية من النمو، وأن شدة الأعراض تتراوح بين عدم الارتياح الذي يسبق الانفصال والقلق التام من الانفصال، وقد يسبب هذا الاضطراب كذلك آثاراً سلبية في حياة الطفل اليومية. ويمكن ملاحظة هذه الآثار في مجالات العمل الاجتماعي والعاطفي والحياة الأسرية والصحة البدنية وضمن الإطار الأكاديمي. وحتى يتم تشخيص الاضطراب على أنه مرض اضطراب قلق الانفصال كما حدده الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع DSM-IV فإنه يجب أن تستمر المشكلة مدة أربعة أسابيع على الأقل، ويجب أن تظهر أعراضها قبل أن يبلغ الطفل 18 سنة.

معدل انتشاره

اضطرابات القلق هي نوع من الأمراض النفسية الأكثر شيوعاً بين شباب اليوم، حيث يؤثر في 5 - 25% من الأطفال في جميع أنحاء العالم. ومن هذه الاضطرابات اضطراب قلق الانفصال، وهو يمثل نسبة كبيرة من الحالات المشخصة، فيمكن أن تصل نسبة الإصابة بهذا المرض إلى 50% كما هو مدون في سجلات المصاح العقلية. وتُعد اضطرابات القلق من أكثر الاضطرابات حدوثاً، فتبلغ نسبة الإصابة به بين البالغين نحو 7%.

وتشير البحوث إلى أن 1, 4% من الأطفال قد تتطور إصابتهم إلى مرحلة المرض السريري، وأن معاناة ما يقارب ثلث هذه الحالات سوف تستمر إلى مرحلة البلوغ إن لم يتم معالجتها، وتستمر البحوث في اكتشاف ما إذا كان الميل المبكر للإصابة باضطراب قلق الانفصال عاملاً خطيراً لتطور الاضطرابات العقلية خلال فترة المراهقة والبلوغ، ويحتمل أن نسبة أعلى من ذلك بكثير من الأطفال يعانون حالات بسيطة من قلق الانفصال، ولم يتم تشخيصهم فعلياً، وقد وجدت دراسات متعددة أن معدلات الإصابة باضطراب قلق الانفصال أكبر عند الفتيات منها عند الفتيان، وأن غياب الوالدين قد يزيد من احتمال الإصابة بهذا النوع من الاضطراب عند الفتيات.

التصنيف

يجب عدم الخلط بين اضطراب قلق الانفصال وقلق الانفصال الذي يحدث بوصفه مرحلة طبيعية للنمو الصحي والآمن لدى الأطفال، ويحدث قلق الانفصال عندما يبدأ الأطفال بفهم ذاتهم البشرية أو عندما يدركون

أنهم أشخاص منفصلون عن مقدم الرعاية الأولي. في الوقت نفسه يظهر مفهوم ديمومة الشيء لدى الطفل، وذلك عندما يدرك أن شيئاً ما لا يزال موجوداً حتى عندما لا يكون حوله. وعندما يبدأ الأطفال في فهم إمكانية فصلهم عن مقدم الرعاية الأولي، فإنهم لا يدركون أن مقدم الرعاية الأولي هذا سوف يعود، وأنهم لا يكونون تصورًا لمفهوم الوقت.

الأعراض

قد تختلف الأعراض حسبما يراها الأطفال وبحسب سياقها وشدتها. بعض الأعراض الشائعة التي تظهر على الأطفال المصابين باضطراب قلق الانفصال قد تتضمن ما يأتي:

- الضيق الشديد، والقلق، والخوف من فكرة أو حدث الانفصال.
- التشبث بالوالدين والبكاء والإصابة بنوبات غضب والامتناع عن المشاركة في الأنشطة التي تتطلب الانفصال عن الشخص المقرب.
- الخوف من الأذى الذي قد يلحق بالشخص المقرب أو الشخص نفسه عند الانفصال إن حدث هذا الانفصال.
- صعوبة النوم دون وجود الشخص المقرب وكذلك رؤية كوابيس متكررة.
- أعراض عضوية تتضمن شكوى من آلام في البطن وغثيان أو صداع، التي قد تحدث أو لا تحدث في الواقع.
- التجنب والرفض والتردد والسلوك المعاكس في محاولة لتجنب وقوع الانفصال.

الارتباط العصبي

تشير الأدلة الأولية إلى أن ازدياد نشاط لوزة المخيخ قد يترافق مع أعراض اضطراب قلق الانفصال. إضافة إلى أن هناك ارتباطاً بين العيوب الخلقية في مناطق الفص البطني والظهري من الفص الجبهي باضطرابات القلق لدى الأطفال.

المسببات

العوامل التي تسهم في الاضطراب تشمل تفاعل كثير من العوامل البيولوجية والمعرفية والوراثية والبيئية والسلوكية، إضافة إلى حالة الطفل المزاجية.

العوامل البيئية الملاحظة عادة تشتمل على سلوك الوالدين في التربية. ومن الأمثلة الدالة على أن السلوك التربوي عامل مسهم في الإصابة باضطراب قلق الانفصال:

1. برودة عاطفة الوالدين وتثبيط الاستقلال الذاتي لدى الطفل.
2. حالات تعلق بالوالدين أو مقدمي الرعاية، وقد ثبت أن أساليب التعلق المضطربة والمتزعزعة تولّد مشاعر الضعف والخوف من الوحدة والقلق المزمن.
3. موضع السيطرة - إن هذه الظاهرة تتمحور حول أفكار الطفل وقدرته على التحكم في بيئته الخاصة.
4. السلوكيات الوالدية المفرطة أو التطفلية - إن هذا الأسلوب التربوي قد يثبط من استقلال الطفل، ويفرض المزيد من التبعية الأبوية.

ويمكن أن يؤثر مزاج الطفل أيضاً في الإصابة باضطراب قلق الانفصال، وقد تتم الإشارة إلى السلوكيات الخجولة والجمانة باسم (الحالات المزاجية المكبوتة سلوكياً) التي قد تواجه الطفل القلق عندما يكون في مكان غريب، أو يقابل شخصاً غير مألوف.

اضطرابات القلق من الانفصال في المحيط التعليمي

وكما هو الحال مع الاضطرابات الأخرى، فإن الأطفال المصابين بهذا النوع من الاضطرابات يواجهون عقبات أكثر في المدرسة من أولئك غير المصابين بأي اضطرابات. ووجد أنهم يواجهون صعوبات أكبر فيما يخص التكيف مع الأجواء المدرسية والتحصيل الدراسي أكثر من أقرانهم. وفي بعض الحالات الحادة للمصابين بالمرض، قد يظهر الأطفال نوازع تخريبية داخل غرفة الصف، وقد يرفضون الذهاب إلى المدرسة نهائياً، وتشير التقديرات إلى أن ما يقرب من 75% من الأطفال المصابين بهذا النوع من الاضطراب يواجهون بنوع من الرفض من المدرسة. وذلك يسלט الضوء على مشكلة خطيرة، ألا وهي تخلف المزيد من الأطفال عن الالتحاق بالدورات الدراسية الذي بدوره يؤدي إلى وضع عقبة في وجه قدرتهم على العودة إلى المدرسة. ومن ضمن المشكلات التي تظهر على المدى القصير، والناجمة عن رفض البيئة الأكاديمية لهم، ضعف أدائهم الأكاديمي أو تراجعهم، والانعزال عن أقرانهم، والصراع داخل أسرهم.

معايير التشخيص

يصاب كثير من الرضع والأطفال في المراحل العمرية الأولى بقلق الانفصال؛ كونهم بدؤوا بالتأقلم مع محيطهم، وينظر إلى هذا النوع من القلق كمرحلة نمو طبيعية ابتداء من أشهر الطفولة المبكرة وحتى سن الثانية، وأشارت بعض المصادر إلى أنه لا يمكن إعطاء تشخيص دقيق إلا بعد سن الثالثة. ومن الممكن تشخيص القلق من الانفصال على أنه اضطراب إذا ما عبر عن حالة القلق التي تصيب الطفل في حال انفصاله عن المنزل أو شخص متعلق به بشكل مفرط، وإذا كان مستوى القلق يفوق الحد المقبول لمستوى نمو الطفل وعمره إضافة إلى تأثيره في حياته اليومية سلبياً.

وهناك جزء مهم جداً في عملية تشخيص اضطراب القلق من الانفصال، وذلك يتضمن فهمًا كاملاً للأعراض، كما تظهر على الطفل. وعلى الطبيب بدوره أن يلاحظ أموراً عدة عند التشخيص ألا وهي سلوكيات الطفل ومدة القيام بها وسياق وقوعها وشدتها، مع الأخذ في الحسبان أي عوامل مسهمة أخرى. من التشخيصات المشابهة لقلق الانفصال اضطرابات عدة تعرف باسم الاضطرابات النمائية الشاملة Pervasive Developmental Disorders كما يتشابه الفصام في الأطفال معه، فنجد في تلك الحالات أن الطفل يخاف من البعد عن يراعه، لكن عادة ما يكون هذا الخوف بسبب تلك الاضطرابات، وليس لإصابته بقلق الانفصال كاضطراب مستقل.

الاكتئاب في الأطفال غالباً ما يصاحبه قلق الانفصال

من الاضطرابات التي قد تتشابه (اضطراب المسلك conduct disorder) ويمكن الرجوع إليه بالتفصيل في الموقع، نتيجة اتفاقهما في أمر، وهو عدم استجابة الطفل لمطلب الوالدين في أمور عدة منها الذهاب إلى المدرسة لكن التمييز بينهما بسيط، فالطفل الذي يعاني اضطراب المسلك يرفض الذهاب إلى المدرسة ليس خوفاً من ترك المنزل لكن ليمضي الساعات في الشوارع أو اللعب أو غيرها، ولا يزعجه أبداً أمر البعد عن المنزل.

لذا نقول: إن رفض المدرسة من الأمور المعتاد رؤيتها في الأطفال الذين يعانون قلق الانفصال، لكنها ليست قاصرة عليه، فقد نجدها في غيرها من اضطرابات الأطفال السلوكية وال نفسية.

ويتشابه مع قلق الانفصال باقي اضطرابات القلق الأخرى مثل اضطراب القلق العام أو الهلع أو رهاب الأماكن المفتوحة.

العلاج

يحتاج المريض إلى أشكال عدة من صور العلاج مثل العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي، إضافة إلى التدخل النفسي الاجتماعي الموجه للأسرة وتقديم التثقيف الصحي لهم للتعرف إلى طبيعة المرض، ولماذا ينشأ وكيف يعالج؟

يعتمد العلاج الدوائي على مجموعة مثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية SSRIs وقد ثبت أمان وفعالية عقار فلوفوكسامين في علاج قلق الانفصال، وفي دراسة على عدد كبير من الأطفال الذين يعانون قلق الانفصال خضعوا للعلاج بعقار فلوفوكسامين كانت نسبة التحسن 76% وبالطبع لم يظهر تأثير الدواء المبدئي قبل أسبوعين من انتظامهم على الدواء بجرعة 50 - 250 جم يومياً، ويلزم انتظام الطفل على الدواء مدة لا تقل عن 6 أشهر.

وفي دراسة حديثة تم استخدام عقار فلوكستين بجرعة 20 مجم، فوجد أنه آمن وفعال على الأطفال الذين يعانون هذا الاضطراب، لكن مع بعض الآثار الجانبية مثل الصداع واضطراب المعدة.

وعامة، فإن أدوية مثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية مثل (فلوكستين، فلوفوكسامين، سيرترالين، باروكستين، سيتالوبرام، أسيتالوبرام) أثبتت فعالية وأماناً في علاج اضطرابات القلق في الأطفال، وإن هناك أدوية أخرى مثل عقار دايفن هيردامين (بينادريل) من الممكن استخدامه لعلاج اضطرابات النوم المصاحبة للقلق، ويمكن استخدام أدوية البنزوديازيبين مدة قصيرة لا تتعدى أسبوعين إلى أربعة أسابيع لعلاج القلق في الأطفال. لكن العلاج الدوائي هو الخيار الثاني في العلاج ليأتي العلاج المعرفي السلوكي في المقام الأول.

العلاج المعرفي السلوكي CBT

هو الخيار الأمثل لعلاج اضطرابات القلق بصفة عامة وقلق الانفصال بصفة خاصة، فقد ثبتت فاعليته في علاج كثير من اضطرابات القلق. يحتاج الطفل إلى أن يتم تدريبه على تمارين الاسترخاء، وعندما يتقنها ستكون سلاحًا يستخدمه وقت الحاجة.

طريقة التعلم (بالنموذج) من الوسائل الفعالة، فيقوم المعالج أو الوالدان بفعل الأمر الذي يراد أن يفعله الطفل كأن يتعرض المعالج لأمور يخافه الطفل، ومع تكرار ذلك أمامه ستقل رهبته.

تحتاج الأسرة إلى تعلم (كيف تتعامل مع الأزمات والطوارئ) دون الإصراف في التوتر والقلق، والأهم من ذلك هو التعرض التدريجي للمواقف المخيفة للطفل وتدرجياً يزول معها الخوف والقلق، هذا هو مبدأ العلاج.

الهدف من التعرض للمواقف أو الأشياء المخيفة (سواء كان ذلك تعرضاً حقيقياً أو تخيلياً) هو منح الطفل الفرصة لتعلم الجديد من المهارات التي تعينه على التأقلم مع تلك المواقف والحد من القلق الزائد وتعلم ذلك في جو آمن وتحت رقابة الوالدين؛ حتى يتمكن المريض من المضي قدماً.

يتعرض الطفل إلى الموقف المخيف بطريقة تدرجية بدءاً بالأسهل وصعوداً إلى الأصعب، ومع التغلب على الأسهل يكتسب الطفل بعض المهارات والثقة ما يشجعه لتكرار ذلك والقدوم على ما هو أصعب، ويعتمد قرار الانتقال إلى المستوى الأصعب على مقدار النجاح في المستوى السابق.

دور الأسرة في العلاج

إن للأسرة دوراً في ظهور الأعراض؛ لذا لن يغيب دورهم عند العلاج، فدور الأسرة في العلاج محور أساسي، لا بد أن يتعلم الآباء والأمهات كيفية ضبط النفس وقياس الأمور بمقاييسها الصحيحة وعدم تهويل الأمور وعدم الإسراف في تقدير الأخطار. دور الوالدين مهم جداً عند البدء في تنفيذ الخطة العلاجية، فيحتاج الأمر إلى قليل من الحزم والمثابرة عند التعامل مع سلوكيات الطفل المرفوضة.

من دعائم العلاج السلوكي مشاركة الأسرة في العلاج، فلا بد أن يتعلم الوالدان كيف يصبحان نموذجاً وقدوة فعالة لأطفالهم للتغلب على المواقف المخيفة التي عادةً ما يتجنبها الطفل خوفاً منها، وإذا اقترن العلاج الفردي للطفل مع مشاركة الأسرة في العلاج، فإن نتائج العلاج ستكون مرضية.

تم بحمد الله