

الفصل السادس

الاضطرابات العصابية والسلوكية في مرحلة الطفولة

القلق :

سنركز في هذا الفصل على الاضطرابات العصابية في مرحلة الطفولة ، هذه الاضطرابات أقل حدة من اضطرابات النمو التي تحدثنا عنها في الفصل السابق ، ولكنها تسبب مشكلة لكل من الطفل والأهل . وسنبحث في هذا الفصل أهم أشكال هذه الاضطرابات مثل: القلق الزائد ، الانسحاب والتجنب ، قلق الانفصال، المخاوف المرضية ، الوسواس المتسلطة . وعلينا قبل ذلك أن نتحدث عن التفسير النفسي الدينامي والسلوكي للاضطرابات العصابية في مرحلة الطفولة .

التفسير السيكودينامي والسلوكي للاضطرابات العصابية :

إن السؤال المنطقي الأول الذي نسأله في بداية الحديث عن الأعصاب ، هو إلى ماذا يعزى مصطلح العصاب Neurosis ؟ لقد استخدم هذا المصطلح كثيراً حتى من غير المتخصصين ، لذلك علينا أن نوضحه بدقة .

لقد بينت الدراسات النفسية وآداب علم النفس المرضي وجود فروق واضحة في الرأي حول العصاب ، وخاصة بين الاتجاهين الدينامي والسلوكي . وتبدو هذه الفروق واضحة من عرض الوصف والتفسير المختلف للعصاب عند

أصحاب هذين الاتجاهين. إن إحدى الحقائق التقليدية للعصاب قد ذكرتها الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين في دليلها التشخيصي والإحصائي الثاني للأمراض النفسية (Dsm11) حين ذكر أن: «القلق هو الخاصية الرئيسية للاضطرابات العصابية جميعها. إنها تظهر بصورة مباشرة ، ويمكن ضبطه بشكل مستقل عن رد الفعل المعاكس ، والإبدال ، أو التحويل وغيرها من آليات الدفاع الأولية. عموماً ، فالعصاب - عكس - الذهان لا يتظاهر بأنه انسحاب من الواقع أو على شكل تفكك في الشخصية».

إن الوصف الثاني للعصاب قدمه فريق من مستشاري الطب النفسي في تعريفهم للعصاب على أنه: اضطرابات تستند إلى صراعات لا شعورية متعلقة بالدوافع العدوانية والجنسية ، تم تحويلها عن مجرى الشعور بواسطة آليات دفاعية كالنكوص ، ولكنها تبقى فعالة ولم تجد حلاً. ويعتبر القلق على أنه إشارة خطر موجهة إلى الأنا ، فتتحول هذه الصراعات المهددة للأنا بواسطة آليات الدفاع ، إلى أعراض نفسية تعمل بشكل رمزي على حل الصراعات ، ولكنها حلول وأساليب غير فعالة وغير صحية.

يُميز كيسلر Kessler بين العصاب والمشكلات الأخرى عند الأطفال بقوله: «العصاب النفسي يرادف أحياناً الاضطرابات الانفعالية وذلك تمييزاً لها عن الذهانات Psychosis التي تعتبر أشد خطورة ، كما تتميز عن الاضطرابات النفسية والسلوكية الناتجة عن خلل عضوي. إن العصاب شكل خاص من الاضطرابات الانفعالية. وإذا كانت الأعراض السلوكية مرتبطة مباشرة بالبيئة السيئة أو ناتجة عن فشل في التربية وضعف التدريب ، فإن الطفل يشخص على أنه يعاني من عصاب نفسي».

التعريفات والأوصاف الثلاث السابقة للعصاب تستند إلى النموذج أو الاتجاه الطبي في علم النفس المرضي ، والذي يرى أن الأعراض المرضية هي تظاهرات سطحية لصراعات نفسية تقف خلفها. إن هذا التفسير الدينامي للعصاب ينظر إلى أعراضه على أنها حلول لخفض الصراع بين مكونات الشخصية الثلاث (الهو ، والأنا ، والأنا الأعلى) لمواجهة التهديد والخطر

الناتج عن الدوافع المتصارعة وخاصة الجنسية والعدوانية منها ، فتعكس الأعراض بشكل رمزي طبيعة هذه الصراعات اللاشعورية وتعمل بذلك على حماية الفرد من القلق الناتج عن الصراع النفسي .

لا يفسر جميع علماء النفس العصاب بهذه الطريقة (السيكودينامية) فيستعمل بعضهم مصطلح العصاب للإشارة إلى أشكال محددة من السلوك اللاتكيفي (مثل استجابات التجنب والأفعال القهرية) بدون الإشارة إلى أسبابه الأساسية . في حين أن علماء النفس والمعالجون السلوكيون ينظرون له على أنه من أشكال السلوك الناتج عن التعلم ، وبالتالي يعتبر العصاب سلوكاً متعلماً وفق نفس المبادئ التي يخضع لها تعلم أي سلوك سوي آخر (مثل مبادئ الأشراف ، والأشراط الإجرائي ، والتعلم بالملاحظة ، والاقتداء بنموذج . . .) . ويتبين هنا أنه لا يوجد تفسير يوضح الأسباب الأساسية للعصاب يتجاوز العوامل البيئية . وبالإضافة إلى هذين التفسيرين (السيكودينامي والسلوكي) للعصاب ، هناك فروق جوهرية وذات مغزى في الرأي حول طبيعة السلوك العصابي ، هذه الفروق في الآراء تعكس العوامل السببية عند كل فريق من حيث إرجاعها أساساً إلى فئتين من العوامل : داخلية في الفرد نفسه ، وخارجية من البيئة والمحيط الخارجي . وقد وصف الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية العصاب بأنه : يعزى إلى الاضطراب النفسي الذي يسود فيه عرض أو عدة أعراض مسيطرة بحيث تقلق الشخص وتضايقه ، وتكون غير مقبولة منه ومرفوضة من الأنا . وهو سلوك لا يخالف قيم المجتمع ومعاييرها ولكن الأداء قد يصيبه الخلل ويستمر الاضطراب أو يعاود الحدوث إذا لم يتم علاجه ، ولا يقتصر على ردود الفعل نحو الضغوط النفسية ، كما لا توجد له عوامل عضوية مسببة .

يتبين لنا أن الاضطرابات النفسية العصابية ، تشير إلى مجموعة من المشكلات التي تشترك بعدد من الخصائص العامة سنوضحها هنا .

الخصائص العامة للعصاب :

تأخذ الاضطرابات العصابية في مرحلة الطفولة عدة أشكال . وبالرغم من أن

مظاهرها السلوكية مختلفة فيما بينها ، إلا أن لها مظهراً (عرضاً) واحداً مشتركاً ، هو وجود مستوى عال من القلق ، باعتباره العامل الجوهرى فيها جميعها كما قال دافيدس Davida . إلا أن كيسلر قد أضاف مظهراً آخر هو أن الفرد يعاني من مؤثرات بيئية مختلفة بحيث يبدو مهتماً وخائفاً . ويجب التمييز بين الأطفال الذين صنفوا على أنهم مصابون بالعصاب ، وأولئك الذين يعانون من اضطرابات نفسية أخرى . وقد استخدم أحد العلماء طريقة التحليل العاملى لواحد وعشرين بنداً يمثل كل واحد منها عرضاً مرضياً في قائمة الفحص التي استخدمها ، وطبق الدراسة على ٦٠٠ طفل وطفلة يعانون من مشكلات نفسية وطب نفسية متنوعة . إن العامل الأساسى الذي استخدم هنا الداخلى والخارج (أي المشكلات الداخلىة والمشكلات الخارجىة): ويعنى ذلك الأعراض التي تبدو في العمود الأول الإيجابى وترجع إلى الذات أو الأنا ، مقابل الأعراض التي تبدو في العمود الثانى السلبى وترجع إلى الصراع مع مطالب البيئىة الخارجىة . هذه الأعراض ذات المصدر الداخلى والخارجى موضحة في الجدول التالى (رقم ١) . ويظهر فيه أن الأعراض المرتبطة بالعصاب هى (المخاوف المرضية ، والوساوس ، والأفعال القهرية ، والانسحاب ، والشكاوى الجسمية) فهذه جميعها مشبعة بالعامل الداخلى (المشكلات التي تعزى إلى الأنا والذات) وهذا يقدم أساساً تجريبياً لجميع هذه الاضطرابات النفسىة مع بعضها لأنها بدت مترابطة وجميعها تتضمن مشكلات داخلىة المنشأ وليست خارجىة . هذه النتائج قادت العالم كيسلر إلى القول بأن الأعراض العصابية تضم كفاً Inhibit خاصاً ومطالب متميزة ومفروضة على الأنا والذات أكثر مما هى موجهة نحو الخارج وفي مواجهة الآخرين . هذه الخاصية الشائعة في كل الأعصبة تقدم أساساً مقنعاً للتفريق الرئيسى بين فئة الاضطرابات الانفعالية .

الجدول رقم ١ وفيه أمثلة عن الأعراض المشبعة بالداخلىة والخارجىة للأطفال المضطربىن من الذكور والإناث .

أعراض خارجية		أعراض داخلية	
إناث	ذكور	إناث	ذكور
عدم الطاعة	عدم الطاعة	غثيان	مخاوف
كذب	سرقة	ذنب	آلام معدة
سرقة	كذب	صداع	خوف
ضرب	ضرب وهجوم	ألم معدة	ألم
هروب	مشاعر ذنب	مخاوف	هم
شتم وسب	تخريب	إقياء	انسحاب
مشاكسة	-	رفض الطعام	وساوس
هروب	هروب	وساوس	خجل
إيذاء الآخرين	مشاكسة	انسحاب	أفعال قهرية
تخريب	هروب	اكتئاب	أرق
-	مزاج صعب	دوخة	بكاء
-	فرط النشاط	تخليبي بكاء	تفكير

عموماً إن اضطرابات الأطفال العصابية تضم أشكالاً من السلوك اللاتكيفي (سوء تكيف) تعتبر أقل حدة وخطراً من الذهان ، ولذلك لا تتضمن الانسحاب من الواقع والعيش في عالم الخيال ، كما أنها لا ترجع إلى عوامل عضوية إطلاقاً. وفوق ذلك فإنها تتصف بدرجة عالية من القلق ، لأن القلق حالة أساسية فيها جميعها وهو الذي يؤثر في الأداء الوظيفي السلوكي للشخص .

وأخيراً فالأطفال العصبيون يظهرون صعوبات تتجه نحو الذات (داخلية) وليس نحو الخارج (خارجية).

دور العوامل الجبلية والتكوينية والاستعدادية :

كثيراً ما أعتقد أن العوامل الجبلية والتكوينية (الاستعداد) تلعب دوراً هاماً في الاضطرابات العصابية ونموها. فقد افترض أيزنك أن بعد العصابية Neuroticism قد يرتبط بالعوامل الجينية الوراثية وأن أفراداً معينين بالذات هم الأكثر استعداداً للإصابة بها (بالرغم من الإثبات بتدخل العوامل الوراثية والبيئية والضغط النفسية فيها). والدراسات التي بحثت العلاقة بين مؤشرات العصابية عند التوائم المتباينة والمتماثلة من نفس الجنس ، مثيرة ومهمة في هذا المجال لأن البعض قد يفترض أنه إذا كانت العوامل الوراثية متدخلة في العصاب ، فإن التوائم المتماثلة يجب أن يظهر أفرادها درجة عالية من التجانس في بعد العصابية أكثر من التوائم المتباينة .

إن الدراسات الترابطية ومعامل الترابط لكل من التوائم المتماثلة والمتباينة موضحة في الجدول رقم (٢). حيث يتبين أن التوائم المتماثلة أظهرت درجة عالية من التشابه فيما يتعلق بالعصابية مقارنة مع التوائم المتباينة . وكما ظهر فإن العوامل الوراثية قد تلعب دوراً في الاضطرابات العصابية . وقد أكد عدد من العلماء أن من الضروري اعتبار العوامل الوراثية عوامل مشاركة في حدوث الاضطرابات المحددة .

الجدول رقم ٢ ويوضح الترابط بين العصاب والعصابية عند التوائم المتماثلة والمتباينة

التوائم المتباينة	التوائم المتماثلة	الباحث والتاريخ
٠.٣٢	٠.٦٣	كارتر ١٩٣٥
٠.٢٢	٠.٨٥	أيزنك ١٩٥١
٠.٢٥	٠.٥٣	شيلدز وسلاتر ١٩٦١
٠.١١	٠.٣٨	شيلدز ١٩٦٢

ومن العوامل التي تساعد في حدوث الاضطرابات العصابية وتطورها ، المزاج temperament ، ذلك لأن الأطفال ومنذ الولادة يظهرون فروقاً فردية في استجاباتهم للبيئة ، كما أنهم يختلفون في مستوى النشاط والفعالية وفي درجة التنظيم البيوكيماوي (اليقظة والنوم ، والطعام . .) وفي درجة استجابتهم (إقداماً ، إحجاماً) تجاه المثيرات الجديدة ، كما يختلفون من حيث تكيفهم مع الجديد ، ومن حيث عتبة الاستجابة ، ودرجة الانتباه ومداه ، وكذلك من حيث المزاج سلبي أم إيجابي ، ودرجة الاستجابة الانفعالية . وبسبب أن هذه الفروقات تبدو منذ السنوات المبكرة للحياة ، فإنها ذات أساس بيولوجي . وقد دعم هذا الرأي من دراسات التوائم التي بينت أن بعض أبعاد المزاج تعتمد على مقومات وراثية ذات مغزى .

إن عدداً من الصفات المزاجية (كالتهيج ، الانسحاب ، عدم القدرة على التكيف ، المزاج السلبي ، الاستجابة الانفعالية الشديدة) تجتمع معاً لتكون ما يسميه عالم النفس توماس «الطفل الصعب» Difficult Child . فقد أظهرت دراسات العالم توماس أن الأطفال من هذا النوع الصعب أكثر خطراً وتعرضاً للمشكلات والاضطرابات النفسية من غيرهم . ومن بين ١٤١ طفلاً في مدينة نيويورك ، أجريت عليهم دراسة مطولة ، تبين أن ٧٠٪ منهم وصفوا بأنهم من النوع الصعب قد تعرضوا في حياتهم اللاحقة لأمراض نفسية ، مقابل ١٨٪ من الأطفال الذين وصفوا بأنهم عاديين . وفي دراسة أحدث بين توماس ورفاقه أن هذه المشكلات والاضطرابات تستمر في مراحل الحياة اللاحقة وخلال مرحلة الرشد . وقد أكدت الدراسات التي قام بها بلومين Blomin العلاقة بين المزاج الصعب والمشكلات أو الاضطرابات النفسية . وقد طبق العديد من الاختبارات لقياس المزاج الصعب عند الأطفال في سنوات حياتهم المختلفة ، من هذه الاختبارات : مقياس شخصية الأطفال Personality Inventory for children الذي يقيس درجات مختلفة من الأعراض المرضية . لقد بينت هذه الدراسات أن الأطفال من النوع الصعب يظهرون درجة عالية من القلق ، والاكتئاب ، والشكاوى الجسمية ،

والانسحاب، وضعف المهارات الاجتماعية. مع العلم أن أطفال الدراسة قد تم اختيارهم من المجتمع الأصلي السوي، فقد وجد أن الصفات المزاجية عندهم مرتبطة بالمشكلات الداخلية (تعزى للذات) بحيث أن صفات المزاج الصعب تلعب دوراً هاماً في نمو الاضطرابات العصبية.

نخلص للقول بأنه إذا لعبت العوامل التكوينية والوراثية دوراً هاماً في العصاب، فإن ذلك لا يكون بشكل مستقل عن العوامل البيئية. وقد أكد العالم مارتن ورفاقه أنه إذا وجدت الاستعدادات الوراثية والمزاجية، فإنها تتعدل عن طريق خبرات الطفل وحياته، وخاصة تلك المرتبطة بالتفاعل والعلاقات الاجتماعية المبكرة في الحياة.

دور العوامل الأسرية في العصاب:

لسنوات عديدة وعلماء النفس يبحثون في دور العوامل الأسرية في نشوء الاضطرابات النفسية وتطورها. ومع أن أكثر بحوثهم قد صممت لدراسة بين عوامل (و متغيرات) الأسرة والفصام، فإن الدور الذي تلعبه هذه المتغيرات في أمراض العصاب كانت مثار اهتمام الباحثين والمعالجين النفسيين أيضاً. إن نظرة عامة لهذا الدراسات خلال ٤٠ سنة من البحث المتمركز حول دور العوامل والمتغيرات الأسرية في الأمراض النفسية عامة، والعصبية خاصة، قد دفعت العالم فرانك إلى الحكم التالي: «يبدو أن الأحكام النهائية التي نتوصل إليها من هذه المعطيات، هي أنه لا يوجد شيء يسمى أم أو عائلة فصامية أو عصبية. وهذه المعطيات لا تسمح لنا بالنظر إلى المجموعة المحددة من الأحداث النفسية في الأسرة وخاصة بين الأم والطفل منعزلة أو باعتبارها عاملاً فردياً متميزاً في نمو هذا النوع من الاضطرابات أو ذاك، وفوق ذلك، من الصعب التمييز بين الأسرة التي تخلق طفلاً مضطرباً والأسرة التي تخلق طفلاً متكيفاً بدرجة جيدة. وبالرغم من أن هذا الحكم لا يدعم الرأي حول العلاقة بين العوامل والمتغيرات الأسرية وبين المرض النفسي، فالملاحظ أن الدراسات التي استند إليها هذا الحكم كانت تعاني من بعض الصعوبات في منهج البحث، كما أن أكثرها قد ركز على المتغير المتعلق بالعلاقة بين الأم والطفل

بدون فحص لدور الأعضاء الآخرين في الأسرة.

إن الدراسات الأكثر حداثة حول العوامل والمتغيرات الأسرية ، قد ركزت على الملاحظة المباشرة للعلاقات وأشكال التفاعل الاجتماعي بين أفراد الأسرة وذلك في المنزل وفي المختبر . هذا النوع من الدراسات يتميز عن البحوث التي تركز على جانب أو متغير واحد . وبعد ٣٠ سنة من الحكم السابق الذي توصل إليه فرانك (والسابق ذكره) فإن علاقة سببية بين المتغيرات أو العوامل الأسرية وبين أشكال محددة من العصاب والسلوك العصابي لم يظهر بعد ، بالرغم من ملاحظة بعض العلاقات كما سنلاحظ في هذا الفصل .

في الواقع من الصعب إظهار مثل هذه العلاقة السببية (علاقة سبب ونتيجة بين العوامل الأسرية والعصاب) . وحتى لو وجدت مثل هذه العلاقة التي توضح دور الصراع أو السيطرة أو الرفض للطفل في ظهور العصاب عنده ، فإن من الصعب التأكد من هذه العوامل والمتغيرات التي لعبت الدور المسبب . إن الصراع داخل الأسرة مثل غيره من المتغيرات والعوامل (كالرفض أو السيطرة ..) قد يحدث هو أيضاً نتيجة لوجود الطفل المضطرب وسلوكه المنحرف ونستطيع القول في النهاية ، أن الدراسات قد وجدت علاقة مباشرة بين متغيرات وعوامل أسرية والاضطرابات عند الأطفال ، ولكنها محدودة وقليلة . إن الباحثين في دور العوامل المزاجية عند الطفل قد أكدت على وجود نوع من التجانس والترابط بين الصفات المزاجية للطفل وسلوك الوالدين . ويبدو أن من الأفضل التركيز على بيئة الطفل child s environment بدلاً من التركيز على مزاج الطفل أو على المتغيرات والعوامل الأسرية كل واحدة على حدة . مثل هذا التركيز على بيئة الطفل عموماً (بما فيها مزاج الوالدين ومزاج الطفل ، ومتغيرات وعوامل أسرية ، وسلوك الوالدين ، والتفاعل الاجتماعي داخل الأسرة) يقدم لنا دعماً لدراسة التأثيرات التفاعلية لكل من الطفل ومتغيرات الأسرة . وهذه تعتبر طريقة مفيدة لفحص دور العوامل التكوينية (الاستعدادات) والعائلية (البيئة) في تكوين الاضطرابات العصابية في مرحلة الطفولة وتطورها أيضاً .

أمراض القلق :

يضع الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للأمراض النفسية ، عدداً من الاضطرابات التي تصنف ضمن فئة أمراض القلق . وأكثر أمراض القلق عند الأطفال والمراهقين هي مرض القلق المفرط overanxious disorder واضطراب التجنب ، والوساوس والأفعال القهرية . وقبل الحديث عن هذه الاضطرابات يجب الإشارة إلى أن هناك فروقاً جوهرية بينها . وهذه الفروق تعود إلى ندرة بعضها في مرحلة الطفولة مثل الوساسوس والأفعال القهرية ، ثم إننا نواجه القليل من الأطفال الذين ينطبق عليهم هذا المعيار التشخيصي وخاصة أمراض قلق الانفصال وقلق التجنب .

أولاً ، اضطراب القلق المفرط :

إذا نظرنا إلى الجدول رقم ٣ نلاحظ أن اللوحة السريرية لمرض القلق ، فهو أحد أمراض القلق المعمم (الطافي) ، الذي جوهره الهم المفرط ، والخوف الذي لا يرتبط بأي موضوع أو شيء أو موقف محدد . وفي بعض الحالات يصل مستوى القلق إلى درجة العجز والفشل .

الجدول رقم ٣ المعيار التشخيصي لاضطراب القلق المفرط

أ - يمثل هذا الاضطراب معماً ومستمراً (ولا يتعلق بقلق الانفصال) . ويتظاهر على الأقل بأربعة من الأعراض التالية :

- ١ - قلق أو هم غير واقعي وغير منطقي حول المستقبل .
- ٢ - انشغال مسبق حول مدى مناسبة سلوك الفرد الماضي ودرجة سويته .
- ٣ - انشغال مفرط بالأداء والعمل في مجالات مختلفة (أكاديمية ، رياضية ، اجتماعية) .
- ٤ - حاجة ملحة للطمأنينة والدعم لما يعانيه من قلق وما يشغله .
- ٥ - شكاوى جسمية مثل الصداع وآلام المعدة ، ولا توجد عوامل عضوية لها .

٦ - وعي ذاتي مقنع ، أو إمكانية التعرض للإيذاء والإذلال .

٧ - مشاعر توتر مقنعة وعدم القدرة على الاسترخاء .

ب - تستمر الأعراض لمدة ستة أشهر على الأقل .

ج - إذا كان عمر الفرد ١٨ سنة أو أكثر ، فلا ينطبق عليه هذا المعيار

التشخيصي .

د - لا يعزى هذا الاضطراب إلى أي اضطراب عقلي آخر مثل قلق

الانفصال ، أو اضطراب التجنب في الطفولة والمراهقة ، أو الفوبيا ، أو الوسواس ، أو الاكتئاب أو الفصام أو اضطرابات النمو المنتشرة .

يقلق الأطفال كثيراً في هذا الاضطراب حول أشياء عديدة مثل الخشية من

تعرضهم للإيذاء إذا ما قاموا بعمل ما ، أو قلقهم حول درجة تقبل الآخرين

لهم ، وانشغال مسبق مبالغ فيه حول أمور كثيرة ، وخوف مفرط من أشياء بسيطة

مثل زيارة الطبيب . إنهم ينزعون نحو بلوغ الكمال ويقضون وقتاً طويلاً وهم

قلقون مهمومون حول أداء أو عمل غير مناسب أو دقيق قاموا به . إن مستوى

قلقهم المرتفع هذا يحدث أعراضاً جسمية مثل الصداع أو الدوخة ، ضيق

التنفس ، ألم بالصدر ، واضطراب في النوم . يمر الطفل بحالات كوابيس ليلية

وأحلام مزعجة ، وكثيراً ما يرافقه أشكال شاذة من السلوك مثل قضم الأظافر

ومص الإبهام وبتف الشعر (APA 1987) .

مثال لحالة قلق :

«جيمي ، طفل في المدرسة وصفته معلمته بأنه يسعى دوماً نحو الكمال ،

وكثير الانشغال من أجل القيام بأي شيء بالشكل الأمثل والصحيح . كان لا يعبأ

بالانتقادات ، ويبحث دوماً عن الدعم والطمأنينة ، والتأكد من أنه قام بكل

شيء بدقة . وبعد فترة تم إحالته إلى العيادة النفسية لأنه يعاني من شعور

بالدوخة والغثيان وضيق التنفس . ولم يجد المعالج سبباً عضوياً لهذه

الأعراض ، وقد أكدت المعلمة أنه حين يتم إعادته إليها فإنه ينشغل دوماً ويقلق

حول شيء ما . لقد عزت والدته الحالة إلى ما سمته (الدقة) بالسلوك باعتبارها

مشكلة في المنزل ، وتسعى دوماً نحو الدقة وبلوغ الكمال في قيامه بواجباته المنزلية والمدرسية . في حين ينظر إليه الأطفال الآخرون بسخرية بسبب اللباس الذي يرتديه في المدرسة ، أو في حفلة عيد ميلاد أصدقائه . لقد وصفت والدته سلوكه بأنه مختلف تماماً عن سلوك أخوته الأكبر منه الذين يتميزون بالهدوء وعدم الانشغال المفرط أو القلق» .

إننا نعرف القليل عن العوامل المسببة لهذا الاضطراب ، ومدى انتشاره وحدوثه ، ومع ذلك ، بينت بعض الدراسات أنه أكثر حدوثاً عند الذكور من عند الإناث ، وخاصة بين الأطفال الأوائل في الولادة ، كما أنه أكثر انتشاراً بين العائلات التي تسعى لبلوغ الدرجات العليا في الأداء والدقة في العمل . وقد يبدأ الاضطراب فجأة أو تدريجياً ، وقد يتطور ويتعقد كلما واجه الطفل ضغوطاً نفسية . وقد افترض أن الاضطراب قد يستمر في مرحلة الطفولة ، ويأخذ شكل القلق العائم الطليق أو المخاوف المرضية .

أما بالنسبة لعلاج الاضطراب ، فيستخدم المعالجون النفسيون تقنيات العلاج السلوكي لخفض القلق ، مثل تقنية خفض الحساسية التدريجي والمنظم ، وطريقة الإغراق ، وتعديل السلوك ، والتعلم بالاقتداء والملاحظة . وإذا كان هذا السلوك موجوداً عند أفراد الأسرة أو بعضهم فيجب إدخال الأهل في خطة العلاج ، ونستعمل حينها علاج العائلة أو العلاج الأسري .

ثانياً ، اضطراب التجنب (الانسحاب) :

مثال لحالة اضطراب التجنب ، «أشارت والدته تومي أنها وزوجها قد بدأ اهتمامهما وانشغالهما الزائد بابتهم وسلوكها . وأن المشكلة الرئيسية التي ظهرت عند الابنة تومي هي الخجل الزائد من الغرباء . وقد زاد الخجل عندها بالمقارنة مع أقرانها من فتيات العشر سنوات . إن تومي بدأت تتجنب أي موقف يتطلب منها التواصل مع الغرباء ، وحين تقدمت باتجاه شخص ما ، بدا عليها عدم المعرفة ، والخوف الزائد والبكاء ، وقد أصبح هذا السلوك الشاذ مقلقاً ومشكلة خلال سنوات مضت ، كما صرحت الأم أن هذا السلوك مربك ومثير للدهشة ، خاصة أن لكل فرد من أفراد العائلة عدد من الأصدقاء لا يبدو على

أي واحد منهم مثل هذا السلوك ولا يظهرون الخجل أمام أي شخص يواجهونه مهما كان غريباً».

إن هذا المثال يعكس المستوى العالي للقلق الذي يعيشه الطفل حين يواجه الغرباء. إن أكثر الأطفال الصغار يخافون الغرباء ، واضطراب التجنب عادة ينمو بعد السن الذي تعتبر فيه مخاوف الأطفال طبيعية من الناحية النمائية. والقلق الذي يعانيه الطفل قلقاً متطرفاً. ويبدو على أطفال هذا الاضطراب ، الجبن ، والخجل تجاه الناس الذين يجب الحديث معهم. وإذا تم دفعهم للتواصل معهم فإنهم يكون في محاولة منهم لخفض القلق والخوف. قد يتداخل خوف الطفل من الغرباء مع علاقته بأقرانه ومقدرته على السلوك والتكيف مع المواقف الاجتماعية التي تضم أطفالاً لا يعرفهم. ويبدو على الأطفال في هذا الاضطراب ضعف توكيد الذات ، كما ينقصهم الثقة بالنفس ، ويعيشون مشاعر العزلة والانفصال الناتجة عن ضيق علاقاتهم الاجتماعية.

بالرغم من عدم وجود معلومات متاحة عن مدى حدوث هذا الاضطراب وانتشاره ، فقد اعتقد أنه غير شائع. كما أنه لا توجد معلومات عن العوامل الممهدة لحدوثه ولا حتى عن مآله. ويتبع علماء النفس في معالجته التقنيات العلاجية نفسها التي يتبعونها في علاج القلق. إن الاتجاه الذي يجمع تقنيات خفض القلق مع المهارات الاجتماعية المناسبة ، تعتبر طريقة فعالة في معالجة الاضطراب .

ثالثاً، اضطراب قلق الانفصال:

يشبه هذا الاضطراب اضطراب التجنب ، حيث يضم القلق المرتبط بمجال واحد من السلوك أو بموقف معين ، في هذه الحالة يرتبط القلق بالانفصال. ويتصف هذا الاضطراب بالقلق المرتفع الذي يخبره الطفل حين ينفصل أو يبتعد عن والديه أو أي شخص تربطه به علاقة حميمة. ويكثر انتشار هذا القلق بين الأطفال الصغار، ويخلق ذلك درجة عالية من ردود الفعل التي تسمى الهلع إضافة إلى العجز. والجدول التالي يوضح المعيار التشخيصي واللوحه السريرية لاضطراب قلق الانفصال:

أ - قلق زائد حين الانفصال عن شخص تربطه به علاقة حميمة ، ويتظاهر بثلاثة أعراض على الأقل من الأعراض السبعة التالية :

١ - قلق غير واقعي وغير معقول حول الابتعاد عن شخص والبقاء وحيداً بمعزل عنه وخاصة إذا لم يعود .

٢ - قلق غير واقعي حول الانعزال والفصل عن علاقة حميمة (شعور بالافتقاد وأنه ضحية حادث) .

٣ - رفض الذهاب إلى المدرسة وذلك للبقاء عند من ترتبط به علاقة حميمة في المنزل .

٤ - تجنب مستمر للبقاء وحيداً في المنزل ، والشعور بالاضطراب الانفعالي الشديد إذا افتقد الشخص الذي يرتبط به ، أو حين يبقى وحيداً بعيداً عنه .

٥ - أحلام ليلية وكوابيس تتعلق بالانفصال .

٦ - شكاوى جسمية أيام المدرسة مثل آلام المعدة والصداع والغثيان والدوخة .

٧ - علامات ضعف شديد بسبب الانفصال عن الشخص الذي يرتبط به ، منها البكاء ، والمزاج الصعب وتبليل الفراش بالنسبة للأطفال دون سن السادسة ، ورافقه القلق ونوبات الهلع .

٨ - انسحاب اجتماعي ، تبلد ، حزن ، صعوبة التركيز في العمل أو اللعب بدون الشخص الذي يرتبط به .

ب - يستمر الاضطراب لمدة لا تقل عن أسبوعين .

ج - لا يعزى إلى اضطراب من اضطرابات النمو المنتشرة أو الفصام ، أو أي اضطراب ذهاني آخر .

د - إذا كان عمر الشخص ١٨ سنة أو أكثر ، لا ينطبق عليه معيار المخاوف المرضية .

الأطفال الذين يعانون قلق الانفصال غالباً ما يكونون حول والديهم ويلتصقون بهم ويرفضون الابتعاد عنهم. كما أنهم يرفضون البقاء مع أصدقائهم في الليل، أو الذهاب للمدرسة، أو الذهاب إلى أي مكان آخر بدون والديهم. في الواقع يكون رفضهم الذهاب إلى المدرسة نتيجة خوف مرضي من المدرسة. والأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، يشعرون بالخوف من الحوادث، ومن المرض، أو من الخطف أو من أي شيء آخر يبعدهم عن والديهم. إن الأعراض الجسمية كالدوخة والإقياء والصداع وآلام المعدة تنتج جميعها عن القلق المرتفع الذي يعانيه الطفل. وبغض النظر عن هذه المشكلات فقد يظهر أيضاً مشكلات أو صعوبات أخرى. وهذه حالة طفل يعاني من اضطراب قلق الانفصال:

«كاري طفل عمره تسع سنوات تم إحالته إلى مركز الصحة النفسية من قبل المعلم بسبب المشكلات المتعلقة بمواظبته على الدراسة. وقال المرشد المدرسي إن مشكلته تبدو في خوفه من المدرسة، وأنها قد تكون حالة خوف مرضي من المدرسة، وقد بدأ منذ شهرين مضت عندما بدا عليه قلق متطرف في المدرسة دون سبب واضح. وفجأة شعر بالمرض وآلام المعدة واضطراب التنفس، والعصبية حين يتواجد في المدرسة حيث يرغب في العودة للمنزل مباشرة. إن نفس الأعراض ظهرت في اليوم الثاني ورغب في العودة إلى المنزل. وقد تحدث المرشد مع والدته عبر الهاتف، وقالت بأن طبيب الأسرة لم يجد أي شيء غير عادي عنده، ولكنه يبدي إصراره في عدم رغبته الذهاب إلى المدرسة. وقد أشارت الأم إلى عصبية حين يقترب موعد الذهاب للمدرسة، وقالت: إنها شجعت أخته للذهاب معه ومع ذلك بدا عليه الخوف. وفي حال وجوده بالمنزل قالت والدته: إنه يشاهد برامج تلفزيونية، وإنه مع أخته يقومان بأنشطة متنوعة مشتركة، كزيارة الأقارب، والشراء، وحين سُئلت الأم عما إذا كان يقوم بأي نشاط بمفرده، قالت بأن كل أنشطته مع أخته ولا يقوم بأي نشاط بمفرده. وعند سؤالها عن أسباب الحالة، أشارت إلى أن عدم ذهابه للمدرسة يرتبط بموت والده منذ عشر سنوات، وكانت تربطه به

علاقة حميمة ، كما أن موته كان عاملاً مؤثراً. ومنذ ذلك الوقت بدا عليه الخوف من المشفى ، وأصبح كثير الاهتمام بصحة والدته. وقد أشارت الأم إلى أنه منذ ثلاثة أشهر مضت وهو يعاني من ألم في الصدر وضيق في التنفس».

بالرغم من قلة الدراسات المتعلقة باضطراب قلق الانفصال ، إلا أنه ينتشر كثيراً بين الأطفال ، وبنفس النسبة تقريباً بين الذكور والإناث ، وقد يحدث قبل سن المدرسة ، وغالباً بعد حادث أو موقف نفسي ضاغط. إنه أكثر حدوثاً عند الأطفال الذين تربطهم بأسرهم علاقات حميمة ورعاية زائدة. وقد لوحظ أن اضطراب قلق الانفصال قد يلعب دوراً هاماً ومعقداً في الخوف المرضي من المدرسة. وهناك الكثير من الدراسات التي تبين هذه العلاقة بين الاضطرابين.

يركز المعالجون النفسيون على تحديد العوامل المسببة لقلق الانفصال والعمل على حلها ، وتتبع تقنية خفض الحساسية التدريجي والمنظم ، وكذلك تقنية الغمر والإغراق ، والتي يتم فيها وضع الطفل مباشرة وبشكل واقعي في المواقف المخيفة حتى تزول درجة إثارتها للطفل.

رابعاً ، المخاوف المرضية عند الأطفال :

يعتبر الخوف من أكثر المشكلات والاضطرابات النفسية شيوعاً عند الأطفال: الخوف من الظلمة ، الخوف من الغرباء ، الخوف من الحيوانات. جميعها كثيرة الانتشار عند الأطفال الصغار. وبعضها لا يظهر إلا في مراحل لاحقة من الطفولة ، قد تتطور حالة الخوف هذه إلى حالة اضطراب يسمى الخوف المرضي ويصبح مشكلة نفسية بالنسبة للطفل ووالديه. وحين نتحدث عن مخاوف الأطفال يجب أن نفرق بين الخوف والخوف المرضي لكي نتوصل إلى تعريف وتحديد دقيق للخوف المرضي. إن مثل هذا التفريق ليس عملية سهلة ، وقد سبقه محاولات عديدة من قبل علماء درسوا هذا الاضطراب من وجهات نظر متنوعة.

وصف الخوف المرضي وتشخيصه (الفرق بين الخوف والخوف المرضي):

يعتبر الخوف Fear استجابة طبيعية لمثير أو موقف يسبب خطراً وتهديداً على الشخص. ويتظاهر الخوف أحياناً على شكل ردود فعل عضوية ، أو تعبيرات لفظية عن الخوف أو تجنب الموقف المهدد والمخيف ، وتكون استجابة الخوف في كل هذه الحالات متناسبة مع شدة الموقف والمثير المهدد والمخيف. أما الخوف المرضي (أو الرهاب) phobia فهو خوف مبالغ فيه ، فالمريض يبدي الخوف من موقف أو مثير لا يستدعي مثل هذه الدرجة من الخوف ، ولا يسبب تهديداً أو خطراً على الشخص. وقد ميز كيسلر Kessler بين الخوف والخوف المرضي ، مستعملاً الخوف من الكلب كمثال توضيحي:

«إن طفل المدرسة يظهر الكره للكلب ويبدي الخوف منه إذا كان قريباً منه ، هذه الحالة تسمى خوفاً. أما إذا انشغل الطفل مسبقاً باحتمالية مواجهته لكلب ، أو كان في حالة قلق مسبق وتوقع ، فإنه قد لا يذهب إلى المدرسة ، أو لا يغادر المنزل إطلاقاً وذلك كله من أجل تجنب رؤية الكلب أو سماعه ، هذه الحالة تسمى خوفاً مرضياً.

إن التعريف والتشخيص الذي وضعه ميللر يتفق مع المعيار التشخيصي للمخاوف كما وضعتها الجمعية الأمريكية لأطباء النفس في دليلها الثالث المعدل. ووفق هذا التشخيص ، يعتبر الخوف المرضي حالة خوف خاص تتصف بما يلي:

١ - إنها تفوق شدة الموقف أو الشيء المخيف .

٢ - لا يمكن تفسيره أو تبريره منطقياً .

٣ - خارج نطاق تحكم الشخص وسيطرته .

٤ - يقود إلى التجنب والانسحاب من الموقف المخيف .

٥ - يستمر لفترات زمنية طويلة .

٦ - غير تكيفي ، ولا يخص عمر أو مرحلة معينة .

يتضمن هذا التحديد أن الخوف مبالغاً به ومضخماً ، وأن الشخص غير قادر على ضبطه ، وأنه خوف غير طبيعي ، ويقود إلى التجنب والانسحاب من المواقف المخيفة . وهذا مثال توضيحي :

جونى طفلة عمرها ست سنوات أتت بها والدتها إلى المعالج النفسي بسبب المخاوف التي تعانيتها . إن المشكلة الرئيسية عندها هي خوفها المتزايد من البالونات مما قاد إلى صعوبات حادة في مواقف عديدة ، وبعد الحديث مع والدتها تبين أن للطفلة تاريخاً لا بأس به في اللعب بالبالونات غير منفوخة وذلك في سن الثانية من عمرها ، أما بداية خوفها فقد بدأ مع اللعبة بالبالون التي تكون Blow - up . ومن أجل تحديد ما إذا كانت جونى قد مرت بخبرة سلبية في حينها ، والأم غير قادرة على ربط المشكلة بمثل هذا الحادث . قالت إن خوف ابنتها (الذي عالجه الأب عن طريق منعها من اللعب بهذه الألعاب) قد خففت تدريجياً من خوفها من البالون ، ومع ذلك فإن شدة الخوف بدأت بالتزايد . وبالرغم من أن الأم قد اعتبرت أن خوف ابنتها من البالون ذو معنى ، فإنها لاحظت أن الكثير من الصعوبات قد ظهرت عند ابنتها ، منها ضعف تحصيلها الدراسي ، وخاصة تلك التي تحوي دروساً عملية كالعلوم مثلاً . لقد أصبحت جونى خائفة ، وتغادر الغرفة ، ولا تعود إلا حين يكون الآخرون فيها . وفي مناسبات أخرى فإن كل موقف أو شيء مصنوع من مواد البالون والمطاط والذي يشبه الشيء المنفوخ ، كانت تتجنبه . وحين الحديث مع جونى فإنها لم تستطع أن تقرر ما هو الشيء الذي تخاف منه في البالون ، سوى أن خوفها يحدث حين تكون البالونة منفوخة . ومن أجل تقدير رد فعلها واستجابتها للبالون الحقيقي في العيادة ، لوحظ عليها قلق زائد حين عرض عليها البالون ولكن خوفها لم يظهر حين كان البالون غير منفوخ . وانخفض القلق والخوف قليلاً حين كانت منفوخة نصف نفخة ، وحين زاد المعالج من شدة النفخ بدأ الخوف عندها بالتزايد حتى البكاء ، وحاولت الهروب من الغرفة .

حدوث الخوف المرضي وانتشاره :

لقد بينت بعض الدراسات أن الخوف المرضي يحدث بنسبة ١٪ تقريباً من المجموع الأصلي للأطفال . وقال مورينز : إن معدل انتشاره بين الأطفال الذين يحالون إلى العيادات النفسية تقل عن ٨٪ من الحالات .

العوامل السببية في حدوث الخوف المرضي :

المنظور التحليلي النفسي :

لقد عرض فرويد عام ١٩٠٩ حالة خوف مرضي كان يعاني منها الطفل الصغير هانز الذي يبلغ عمره خمس سنوات . وكان يعاني خوفاً مرضياً من الأحصنة . كان عمره خمس سنوات حين بدأت تظهر عليه رغبة جامحة للبقاء في المنزل وعدم الخروج للشارع . وقد فسر جماعة التحليل النفسي حالة هانز على الشكل التالي : كان هانز يعيش في فيينا في بيت يواجه مستودعاً كبيراً للبطيخة ، ورأى في إحدى المرات العربات الكبيرة المحملة بالأثقال تجرها الخيول وهي تعاني من الأثقال التي تحملها ، وفي إحدى المرات رأى هانز حصاناً يقع والعربة عالقة به ، وكان الحصان يحاول جاهداً الوقوف على رجليه واللجام بين أسنانه ويعض عليه يكاد يكسره . وقد أخاف هذا الحادث هانز الصغير ولم يخبر أهله وبقي مكبوتاً عنده . لم يختبر هانز عض الحصان شخصياً ولكنه مر بحالة رعب شديد حين كان الحصان يعض على اللجام وبرزت أسنانه . لقد كانت عقدة أوديب نشطة في هذه الفترة من حياة هانز حيث كان يشعر بمنافسة أبيه له ويتمنى لو يزول حتى يبقى قرب أمه . ومما زاد الوضع تعقيداً أن أمه رزقت بطفلة وراحت توجه إليها عنايتها ، فصار لهانز منافسين هما الأب والأخت . لقد كان هانز يعاني صراعات حيال والده : الأول ، أنه يحب والده ويكرهه في نفس الوقت ، والثاني ، أنه يرغب في إزاحة والده من الطريق ولكنه يواجه بالنواهي الأخلاقية في نفس الوقت . أما أمه فكان صراعه بين الحب لما توفره له من الرعاية ، والكره بسبب التفاتها لأخته . وبسبب هذه الصراعات التي لم تجد حلاً عانى هانز من حالة قلق وجد له مهرباً لاشعورياً في الخوف من

الحصان. من جهة ثانية فقد لعب هانز مع والده مرات عدة لعبة الحصان، وكان الارتباط قوياً بين صورة الأب وحركاته وصورة الحصان وحركاته. وزاد في مكانة الحصان الذي يجر العربة أنه كان يشبه أمه الحامل وهي تمشي متثاقلة ومعها حملها الذي نافسه فيما بعد. كما أن الحيوانات تمثل رموزاً في تفكير الطفل. وحين حدث الهلع عندما رأى هانز الحصان الذي وقع على الأرض عمل هذا الهلع مع الكبت والإسقاط، في إيجاد خوف عصابي يجنب هانز قلقه ويظمنن لاشعوره بشأن وصوله إلى حل لصراعاته. وهكذا يعتبر الخوف المرضي وسيلة تكيف أمام ظرف يجابه الفرد بصعوبات لم يستطع حلها، إلا أنه أسلوب سيء في التكيف. وقد تعمم هذا الأسلوب على مواقف ومثيرات عديدة. فهانز لم يتجنب الحصان فقط بل امتنع عن الخروج من المنزل (الرفاعي ١٩٨٢).

المنظور السلوكي:

١ - الإشرط الكلاسيكي: لقد عرض واطسون وراينر Watson and Rayner (١٩٢٠) أمثلة عن تشكيل الخوف المرضي عن طريق الإشرط الكلاسيكي (وقد ذكرنا بعضها في الفصل الأول).

لقد أجرى هذان الباحثان دراستهما على الطفل الصغير البرت الذي يبلغ من العمر ١١ شهراً وذلك في تشكيل سلوكه تجاه الفأر. إن الفأر في البداية لم يستجر أو يستدعي أية استجابة خوف عند الطفل (الفأر مثير حيادي هنا). وعندما تم اقتران وجود الفأر بصوت مرتفع (الصوت هنا مثير غير شرطي) بدأ الفأر في استدعاء استجابة الخوف (فالفأر هنا أصبح مثيراً شرطياً)، وفي المحاولات اللاحقة أصبح الفأر وحده يثير الخوف. لقد أجريت تساؤلات عديدة حول هذه البحوث التجريبية وما إذا كانت تستخدم الإشرط الكلاسيكي أم الإجرائي. ومن هذه الدراسة الكلاسيكية يتبين أن الخوف المرضي يمكن تشكيله عن طريق الإشرط الكلاسيكي. ولكن يجب الانتباه إلى أنه ليست جميع حالات الخوف المرضي يمكن تشكيلها بهذه الطريقة، فقد فشل بعضهم في تشكيل استجابة الخوف بنفس الطريقة التي اتبعها واطسون، في حين

استطاع بعضهم الآخر إيجاد على أن المثير المخيف تم اقترانه سابقاً بالمثيرات المنفرة (المكرهة) عند الكثير من الأفراد الذين يعانون من الخوف المرضي . وبالرغم من أن الإشرط الكلاسيكي يقدم لنا إطاراً لفهم بعض مخاوف الأطفال المرضية ، فإنه لا يوجد حتى الآن دليل كاف يفترض أن المخاوف المرضية متعلمة بهذه الطريقة . فهناك عوامل أخرى تتدخل في تشكيله (عبد الله ١٩٩٦).

٢ - التعلم بالملاحظة: لقد افترض باندورا أن أكثر أشكال السلوك متعلمة عن طريق الخبرة المباشرة وملاحظة آخرين يسلكون هذا السلوك . ومن هذا المنظور يبدو أن الخوف المرضي متعلم بنفس الطريقة التي يتشكل فيها بالإشرط الكلاسيكي . ومن المنطقي أن الطفل الذي يلاحظ والديه أو آخرين في الأسرة يظهر مخاوف معينة أو يتجنبون الاستجابة لمثيرات معينة ، فإنهم سيخافون هذه المثيرات . والمواقف عن طريق التعلم المتبادل . فالتعلم المتبادل vicarious learning لاستجابة الخوف هذه مستمرة من خلال الدراسات التي أجراها باندورا منذ عام ١٩٦٦ . وقد بينت بعض الدراسات الفيزيولوجية أن الأفراد الذين يلاحظون شخصاً يتعرض لصدمة كهربائية فإنهم يظهرون ردود أفعال زائدة وخوف حتى لو لم يتعرضوا هم للصدمة . وبالرغم من وجود دليل مباشر على اكتساب الخوف المرضي عن طريق التعلم بالملاحظة ، فإن عدة دراسات بينت أن الأطفال الخائفين غالباً كان لهم والدون خائفون ، وكانت مخاوف الأبناء ومخاوف الآباء متشابهة أي نحو نفس المثيرات والمواقف . ومع أن الدراسات الترابطية لم تقدم برهاناً على العلاقة السببية بين الخوف المرضي عند الأهل والخوف المرضي عند الأبناء ، فإن النتائج ثابتة ومتفقة مع الرأي القائل بأن المخاوف قد تكون متعلمة بنفس الطريقة والأسلوب .

٣ - الإشرط الإجرائي: لقد أثبتت دراسات عديدة أن الخوف المرضي واستجابات الخوف التجنبية يمكن اكتسابها واستمرارها عن طريق عملية الإشرط الإجرائي . فالطفل الذي يخشى من الذهاب إلى المدرسة قد يخاف ويمرض ويبكي ويبقى بالمنزل ولا يغادره . فإذا تكررت مثل هذه

الاستجابات بالتعزيز عن طريق انتباه الوالدين واهتمامهم بالطفل وسماعهم له بالبقاء في المنزل وعدم الذهاب إلى المدرسة ، أو بالسماح له بمتابعة الأنشطة التي يرغب بها في المنزل ، فإن استجابات الخوف والتجنب ستستمر ، وإذا بقي في المنزل فترات أطول فقد يتخلف في دراسته بالمقارنة مع أقرانه ويحصل عنده ضعف في التحصيل ومشكلات أخرى مثل التسرب من المدرسة أو الهروب منها. فالنتيجة المحتملة لذلك هي القلق المتزايد عندما يواجه بأي موقف يتعلق بالمدرسة أو الدراسة ، مما يزيد من احتمال استجابة التجنب والخوف .

قد تلعب العوامل الاجرائية دوراً في الكثير من الحالات مع عوامل التعلم والملاحظة والإشراف الكلاسيكي مما يبقي المخاوف ويتجه بها نحو مزيد من التعقيد. إن الخوف المرضي يكتسب بالإشراف الكلاسيكي (وكذلك التعلم بالملاحظة) ويتم الحفاظ عليه واستمراره بسبب المعززات السلبية. وهناك الكثير من المعززات في البيئة ، قد تبقي استجابات الخوف التي تم اكتسابها سابقاً بالإشراف الكلاسيكي أو بالملاحظة ، مما يدل على أن العلاج يجب أن لا يتركز فقط على القلق المرافق للخوف المرضي الذي هو جوهره ، بل على المعززات البيئية والظروف الاجتماعية التي تحافظ على استجابة الخوف مستمرة ، حتى بعد أن يزول القلق والخوف المرضي نفسه .

تصنيف المخاوف المرضية عند الأطفال وأشكالها :

لقد تم تصنيف المخاوف المرضية في السابق ، وفقاً للموضوع (أي المثير) المخيف ، وذلك بالاستناد إلى الأسماء اللاتينية للمثيرات أو الأشياء المخيفة. وفي اليونانية تعني كلمة الهلع والرعب ، وقد تم تعميم هذا على كل المخاوف ابتداء من الخوف المرضي من الأماكن المنغلقة Clacustrophobia إلى الخوف المرضي من الخوف نفسه phobobia. وفيما يلي أهم أشكال الخوف المرضي ذكرت استناداً إلى المثير أو الموضوع المخيف وفيه الاسم العلمي ونوع الخوف :

المرتفعات Height	الخوف المرضي من الأماكن المرتفعة Acrophobia
الأماكن المفتوحة والمكشوفة Open spaces	الخوف المرضي من الأماكن المكشوفة (رهاب الساح) Agoraphobia
أشياء حادة ومسننة Sharp and pointed objects	الخوف المرضي من الأشياء الحادة والمسننة Aichmophobia
القطط Cats	الخوف المرضي من القطط Ailurophobia
الورود Flowers	الخوف المرضي من الورود Anthrophobia
الناس People	الخوف المرضي من الناس والحشود Anthropophobia
الماء Water	الخوف المرضي من الماء Aquaphobia
الأماكن المغلقة Closed spaces	الخوف المرضي من الأماكن المغلقة Claustrophobia
الكلاب Dogs	الخوف المرضي من الكلاب Cynophobia
الأحصنة Horses	الخوف المرضي من الأحصنة Equinophobia
البقاء وحيداً Being alone	الخوف المرضي من الوحدة Menophobia
الظلمة Darkness	الخوف المرضي من الظلمة Nyctophobia
الأفاعي Snakes	الخوف المرضي من الأفاعي Ophidiophobia
النار Fire	الخوف المرضي من النار Pyrophobia
الموت Death	الخوف المرضي من الموت Thanatophobeia
الغرباء Strangers	الخوف المرضي من الغرباء Xenophobia
الحيوانات Animals	الخوف المرضي من الحيوانات Zoophobia

الاسم العلمي (الفني) الخوف وموضوعه

لقد أجرى ميللر ورفاقه تصنيفاً للمخاوف المرضية وذلك باستخدام مقياس تشخيصي يسمى قائمة يوسيفل لفحص الخوف Louisville Fear Schedule ويضم هذا المقياس ٨١ بنداً وهذه بعض منها كما وردت في المقياس:

متنوعة	أحداث طبيعية قلق اجتماعي	أذى جسمي
المدرسة :	كوارث وأزمات	موضوعات مجردة
أطفال من عمر ٣ حتى ١٠	زلازل	حرب
النمط ١	عواصف	اختطاف
النمط ٢	براكين	تسمم بالطعام
أطفال من عمر ١١ حتى ١٢	أعاصير	غذاء محدد
النمط ١	الظلمة	موت أحد أفراد الأسرة
النمط ٢	أمكنة مغلقة :	رؤية شخص ما مجروح
الانفصال :	حمامات	ميكروبات وجراثيم
الانفصال عن الوالدين	غرف غرباء	التعرض للمرض
العزل في أحد أجزاء المنزل	مراحيض وحجرات ضيقة	مرض أحد أفراد العائلة
الإنجاز والتحصيل :	حيوانات :	الاختناق
الامتحانات	أفاعي	إجراء عمل جراحي
التعرض للنقد	الكلاب والقطط	المشفي
التفاعل الاجتماعي :	أخرى :	موضوعات واقعية :
الدخول في أحداث اجتماعية	كالنار ، والكوايس	كالطيران والأمكنة المرتفعة
جعل الآخر يغضب	البقاء وحيداً	ماء عميق
مواقف طبية : كأطباء الأسنان	الأقنعة	الغرباء

مخاوف الأطفال المرضية وأشكال من السلوك المنحرف :

على الرغم من قلة الدراسات التي بحثت العلاقة بين مخاوف الأطفال المرضية مع غيرها من الصفات الشخصية ، إلا أن ميللر قد درس العلاقة بين الخوف المرضي عند الأطفال وبعض الصفات الشخصية ، وتوصل إلى أنه لا يوجد دليل على ارتباط صفات معينة للشخصية بالمخاوف المرضية عند الأطفال. وفي دراسة أحدث قام بها موريز ورفاقه ، بين أن النتائج الهامة ذات المغزى حول هذا الموضوع لم توجد الآن. إلا أنه ركز على العلاقة بين الخوف المرضي وبعض أشكال السلوك المنحرف. فقد قارن ٦٧ طفلاً يعانون من المخاوف المرضية ، وتمت إحالتهم إلى المعالجة النفسية ، نقول قارنهم مع عينة من الأطفال ، وطبق عليهم مقياس يوسفيل (السابق ذكره) وكذلك قائمة فحص السلوك المدرسي. وقد أظهرت النتائج فروقاً ذات مغزى في عدد من المتغيرات المتعلقة بقائمة فحص السلوك. فالأطفال الذين يعانون من الخوف المرضي كان بينهم فروق ذات مغزى في عدد من المتغيرات والصفات السلوكية غير المرغوبة بالمقارنة مع الأسوياء كما برزت في مقياس فرعية عدة (مثل العدوانية، فرط النشاط، السلوك اللااجتماعي، الانسحاب، التهيج). من جهة ثانية، فإن الأطفال المصابين بالخوف المرضي، قد أظهروا دافعاً منخفضاً نحو الإنجاز أو التحصيل، وقلقاً متزايداً، وأقل انبساطية. وما توقع فقد وجدت فروق جوهرية بين هذه المجموعات من الأطفال في مقياس مسح المخاوف للعالم يوسفيل. وبالرغم من أن هذه النتائج تبين أن الأطفال المصابين بالخوف المرضي لا يظهرون هذه المشكلة السلوكية بشكل منعزل عن غيرها، إلا أنها تثبت وجود صعوبات ومشكلات سلوكية متنوعة أيضاً.

الخوف المرضي من المدرسة :

غالباً ما يدرس الخوف المرضي من المدرسة بشكل مستقل عن أشكال المخاوف المرضية الأخرى في مرحلة الطفولة، كما يتم توجيه انتباه مركز على هذه المشكلة النفسية. لقد قرر ميللر أن نسبة المنشورات المتعلقة بالخوف المرضي من المدرسة والمرتبطة بأشكال المخاوف الأخرى؛ هي بنسبة

٢٥ إلى ١ . كما أنه وضعت نظريات عديدة تشرح عوامله السببية وبشكل مستقل أيضاً.

يتبين من المصطلح أن الخوف المرضي من المدرسة ، يتميز بوجود خوف مبالغ فيه من المدرسة ، بحيث يتجنب الطفل الذهاب إليها ، ويرافقه قلق شديد وأعراض جسمية وعضوية متنوعة مثل الدوخة والإقياء والصداع . ويختلف هذا الاضطراب عن التغيب عن المدرسة truancy ، الذي يتجنب فيه الطفل الذهاب إلى المدرسة من اجل ممارسة أنشطة معينة خارج المنزل والمدرسة . مثل هذا التمييز يوضحه كيسلر حين يقول في حالة الخوف المرضي من المدرسة يرفض الذهاب للمدرسة ، ويبقى في المنزل مع والديه ويعلمهما ، ولو لم يوافقوا على ذلك ، أما الأطفال المتغيبون (في حالة التغيب عن المدرسة) فلا يظهرون ميلاً أو رغبة في البقاء في المنزل ، وأماكن تواجدهم غير معروفة من قبل والديهم . فالخوف المرضي من المدرسة ، يوصف بأنه اضطراب عصابي ، في حين أن التغيب عن المدرسة يرتبط بدرجة وثيقة باضطرابات التصرف أو السلوك اللااجتماعي .

حدوث الخوف المرضي من المدرسة وانتشاره :

لقد أشارت بعض الدراسات إلى أنه ١ - ٢٪ من أطفال المدارس العامة ، وكذلك ٥ - ٨٪ من الأطفال الذين تتم إحالتهم إلى العيادة النفسية ، يعانون من الخوف المرضي من المدرسة . كما تبين أن هذا الاضطراب يحدث بشكل متساو تقريباً بين الذكور والإناث في أي سن ، بالرغم من أن معدل عمر الذين يحالون منهم إلى العلاج النفسي يكون بين سني الخامسة أو الثامنة (بداية دخول المدرسة تقريباً) وبين الحادية عشرة أو الرابعة عشرة (بداية الثانوية تقريباً) . وقد أشار كيسلر إلى أن الخوف المرضي من المدرسة أكثر حدوثاً بين الطبقات الاجتماعية والاقتصادية العالية . كما أيد ميللر أن هذا الاضطراب يمكن أن يحدث عند الأطفال ذوي مستويات الذكاء المختلفة (المنخفضة ، والمتوسطة ، والمرتفعة) ، وأنه لا يقتصر على الأطفال الذين يعانون من مشكلات دراسية فقط .

تفسير الخوف المرضي من المدرسة :

يركز التفسير النظري للخوف المرضي من المدرسة على اتجاهين هما التحليل النفسي والسلوكي . بالإضافة إلى الفروق في الرأي حول عوامله السببية ، فإن هناك جدلاً كبيراً حول ما إذا كان هذا الخوف يمثل خوفاً من المدرسة كما يبدو من التسمية أم أنه مرتبط بدرجة وثيقة بالخوف من الانفصال Separation anxiety (وخاصة الابتعاد عن الأم) .

ويوضح كيلى وجهة نظر التحليل النفسي في تفسير الخوف المرضي من المدرسة ، ويشدد على الاتكالية الزائدة التي تقدمها الأم لطفلها ، هذه الأم قد تكون عصابية ، وتحمل دوافع للاتكالية لم تجد إشباعاً . فالاتكالية تخلق عدوانية مكبوتة عند الطفل والأم ، إلا أنها تخلق عند الطفل الخوف من الانفصال بشكل خاص . إن الاتكالية والخوف والعدوانية ، تثبط الأنا وتكف نموها عند الطفل ، في حين أن الخوف يتم تحويله إلى المدرسة فيتشبث الطفل بوالديه على شكل اتكالية لم تجد حلاً .

هناك نظريات تحليلية أخرى فسرت الخوف المرضي من المدرسة في ضوء قلق الانفصال . يفترض عالم النفس جونسون أن الخوف المرضي من المدرسة لا يتضمن خوفاً من المدرسة بالدرجة التي يتضمن الخوف من الانفصال عن الوالدين ، وخاصة الأم التي تبدي قلقها حين يفصل عنها ، ثم تنقل هذا الخوف والقلق إلى ابنها . ومن وجهة النظر هذه فإن مصطلح الخوف المرضي من المدرسة (أو كما يسمى أحياناً رهاب المدرسة) هو اسم مغلوط . إن الاعتقاد بأن الخوف المرضي من المدرسة يعكس قلق الانفصال لا يقتصر على الباحثين الذين يعتمدون الاتجاه التحليلي ، ولكن يشاركهم فيه أيضاً عدد من الباحثين المنتمين إلى الاتجاه السلوكي . فوجهة النظر السلوكية في الخوف المرضي من المدرسة كما يقول كيلى ، تمثل الموقف الذي عبر عنه العالمان غارفي وهيجراف حين يقولان : «إن الطفل يخاف من أن يفقد والدته ، وذلك لأن حياته رهن بوجودها ، ويصبح هذا الخوف مشروطاً أي متعلماً لفكرة الذهاب إلى المدرسة ، حيث إنه سيفتقد والدته إذا ذهب إلى المدرسة ،

وحالما يصبح هذا الخوف شديداً ، فإنه يرفض الذهاب للمدرسة . وبقاؤه في المنزل يتعزز حيث تخفض حالة الخوف عنده ، وعادة ما يجلب له هذا مكافآت على شكل لعب وحب ومودة ورعاية» .

يجب أن نلاحظ أن علماء النفس السلوكيين يركزون على العوامل المختلفة التي تعمل على تطوير الخوف المرضي من المدرسة ، مثل القلق المشروط والاستجابة لمثيرات محددة مرتبطة بالمدرسة خاصة . وبالرغم من أن عدداً من علماء النفس يوافقون على أن قلق الانفصال يلعب دوراً هاماً في نمو الخوف المرضي من المدرسة ، فإن القلق المرتبط بالمواظبة على المدرسة أو تجنبها يحدث نتيجة لعدد من الأسباب . إن من الخطأ اعتبار الخوف المرضي من المدرسة على أنه خوف من الانفصال ، وكما يلاحظ كيسلر فإن المخاوف المرضية ناتجة عن القلق المرتبط بمظاهر متنوعة في مواقف المدرسة بما فيها الخوف من الفشل ، والخوف من المعلمين ، والخوف من الأقران في الصف ، وقلق الامتحان .

تصنيف المخاوف المرضية من المدرسة :

هناك عدد من المحاولات لتصنيف المخاوف المرضية من المدرسة ، منها التصنيف الذي وضعه كيندي عام ١٩٨٥ ، حين وضع معياراً للتفريق بين مجموعتين من المخاوف : الأولى ، تمثل الخوف المرضي من المدرسة (وهي المخاوف العصبية) ، والثانية ، حالة الخوف المرضي من المدرسة (باعتبارها سمة وصفة عند الطفل) ، وهذين النمطين يمثلان الأشكال الحادة acute والمزمنة chronic ، إن النمط الأول منه هو الخوف المرضي الحاد من المدرسة ، أما الثاني فهو الخوف المرضي المزمن من المدرسة . وقد وضع كيندي معياراً تشخيصياً للتمييز بين هذين النمطين ، كما يلي :

النمط ١ : الخوف المرضي العصبي (الحاد) من المدرسة .

النمط ٢ : الخوف المرضي السماتي (المزمن) من المدرسة .

- المرض الحالي يمثل الحادث الأول - الحادثة الثانية أو الثالثة أو الرابعة

- البداية يوم الإثنين يتبعه المرض يوم الخميس .

البداية يوم الإثنين بعد مرض بسيط غير منتشر .

- بداية حادة - بداية خفيفة غير حادة .

- الدرجات المنخفضة كثيرة الانتشار - الدرجات العالية كثيرة الانتشار .

- انشغال زائد بالموت - قضايا الموت غير موجودة .

- الصحة البدنية للأم موضع اهتمام وتساؤل - الصحة البدنية للأم ليست موضع

انشغال . (مريضة فعلاً أو أن

الطفل يعتقد ذلك) .

- تواصل جيد بين الوالدين - تواصل ضعيف بين الوالدين .

- الأب منافس للأم في تدبير شؤون المنزل - لا يهتم الأب كثيراً بشؤون

المنزل .

يقول كيندي : إن النمط الثاني (المزمن) من الخوف المرضي نادر الوجود ، فلم يواجه إلا ست حالات منه خلال مدة ثمانية سنوات من عمله العلاجي في العيادة النفسية التابعة إلى جامعة فلوريدا . في حين واجهه ٥٠ حالة من النمط الأول (الحاد) ، كما أن النمط الأول من الخوف المرضي من المدرسة يستجيب بسهولة للعلاج أكثر من النمط الثاني .

علاج الخوف المرضي عند الأطفال :

لقد استخدم المعالجون النفسيون تقنيات التحليل النفسي والسلوكي في معالجة الخوف المرضي عند الأطفال ، وبالرغم من قلة الدراسات التي تثبت فعالية هذا الاتجاه أو ذاك في علاج المخاوف ، إلا أن هناك دراسات كثيرة حول اعتماد هذه التقنيات ، وواحدة من الأمثلة التي اعتمدت الطريقة السلوكية قدمها جونز حين وصف خفض الخوف من الجرذان عند الأطفال مستخدماً طريقتين سلوكيتين هما التعلم بالملاحظة أو الاقتداء ، والإشراف المضاد (حيث يرى الطفل آخرين يتعاملون مع الفأر بدون خوف ، وبشكل تدريجي

يقترّب الفأر من الطفل بينما يتناول طعامه حتى يلتصق به). وهناك طريقة أخرى هي خفض الحساسية التدريجي والمنظم ، والتخيل الانفعالي ، والعلاج بالإشراف الإجرائي ، وقد ثبت نجاعتها في خفض المخاوف المرضية بأشكالها المختلفة .

نظرة عامة :

المخاوف البسيطة شائعة في مرحلة الطفولة ، كما أنها خاصة بعمر أو مرحلة نمو معينة . إن التعبير عن تلك المخاوف ، هو مظهر طبيعي من مظاهر النمو ، وفي حين تكون بعض المخاوف أكثر شدة وخطورة ، كما إنها غير طبيعية ولا يبررها الموقف ، وهي خارج تحكم الفرد ، وتستمر لفترات طويلة ، وتقود إلى التجنب والانسحاب . إنها مخاوف مبالغ فيها وتقود إلى العجز ، كما تخلق مشكلات سلوكية كثيرة للطفل ووالديه . وبالرغم من الدراسات الكثيرة التي أجريت عنه ، إلا أننا ما نزال لا نعرف إلا القليل عنها ، وأكثر ما نعرفه مستمد من حالات سريرية ، أكثرها متعلق بالخوف المرضي من المدرسة . إننا بحاجة إلى المزيد عن هذا النوع من الاضطرابات عند الأطفال ، من حيث علاقتها بالمتغيرات الاجتماعية وخصائص الأسرة ، والعلاقات بين أعضائها .

الوساوس المتسلطة والأفعال القسرية :

وصف الاضطراب وتشخيصه :

إن عصاب الوسواس المتسلطة والأفعال القسرية نادرة الحدوث عند الأطفال ، وقلة من الدراسات ، أجريت حوله في مرحلة الطفولة . . إن المظهر الأولي لعصاب الوسواس والأفعال القسرية واحد منهما (الوسواس المتسلطة أو الأفعال القسرية) وقد يكون الإثنين معاً . كلاهما يتضمنان أشكالاً من السلوك تتصف بأنها نمطية متكررة وملحة في سيطرتها على الشخص ، إلا أن الاختلاف بينهما هو أن الوسواس أفكار أو معتقدات متكررة وملحة على الشخص ، في حين أن الأفعال القسرية هي أفعال وسلوكيات نمطية تلح على الشخص . يعرف الشخص ويتحقق من أفكاره أو أفعاله غير منطقية ولا معقولة ، ولكنه مع ذلك

غير قادر على ضبطها أو التحكم بها ، إنها خارج نطاق سيطرته . والموجه الرئيسي في تشخيص هذا الاضطراب يوضحه الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية ، وهو كما يلي :

أ- الوسواس أو الأفعال القهرية أو القسرية فهي :

١ - الوسواس : أفكار وصور ذهنية أو دوافع متكررة الحدوث ومستمرة خارج نطاق ضبط الشخص وإرادته ، ولم تحدث بإرادة الشخص (يعيها الشخص ويشعر بها كما يعرف سخافتها وعدم معناها ، ويقوم الشخص بمحاولات للتخلص منها) .

٢ - الأفعال القهرية أو القسرية : سلوكيات وأفعال متكررة الحدوث ومستمرة وتحدث بشكل نمطي ثابت ، هذا السلوك ليس النهاية والخاتمة بحد ذاته ولكنه مصمم من أجل إنتاج أو منع حادث مستقبلي أو موقف مستقبلي . هذا النشاط المصمم من أجل إحداث موقف أو منعه لم يتم بطريقة واقعية ومقبولة : يقوم الفرد بهذا السلوك أو الفعل مع اعتقاده ومعرفته بالفعل القهري الذاتي المسيطر عليه يرافق معرفته هذه رغبة مستمرة لمقاومته (أو إيقافه) وبالتدريج يعرف الفرد سخافته وعدم معناه (ويصدق هذا على الأطفال أيضاً) كما أنه لا يحدث سعادة حين القيام به ولكن يخفض التوتر والقلق الموجود عند الشخص المريض .

ب - الوسواس والأفعال القهرية مصدر هام للضيق والتوتر عند الفرد ويتدخل مع دوره وسلوكه الاجتماعي .

ج - لا يعزى إلى أي اضطراب نفسي آخر مثل اضطراب توريت أو الفصام أو الاكتئاب أو أي اضطراب عقلي آخر .

ومع أن هذا المعيار التشخيصي غير مخصص للأطفال ، فإنه مناسب لهم ، لأنه يفترض أن الاضطراب يأخذ شكلاً مشابهاً عند الأطفال والراشدين على السواء . وهذا مثال لحالة وسواس متسلطة :

«ميتا ، فتاة عمرها ١٢ سنة ، يوافق عيد ميلادها الثاني عشر مع مقابلتها

الثانية للمعالج النفسي . عمر والدها ٤٩ سنة ويعمل بيولوجي في مجال البحث والتعليم . أما والدتها ٤٣ سنة ، فقد عانت الاكتئاب ، وعولجت من مشكلاتها خلال فترة من قدومها للمعالج النفسي .

أما ميتا ، فكانت تعاني من الوسواس المتسلطة حيث تفحص كل شيء تواجهه سواء كان كبيراً أو صغيراً ، لترى ما إذا كان مجوفاً أو مثقوباً ، إنها تسعى دوماً نحو الشيء الكامل لترى وتفحص إذا كان غير مجوف أو مثقوب ، إنها تفحص الجدران والطاوله لتتأكد من أنها غير مثقوبة . إنها ترتبك حين لا تقوم بإنهاء العمل حتى نهايته . وحين كانت تلعب بألعابها في السنوات الماضية ، كانت دوماً تقلب ألعابها ، لأنها تعتقد ، أنها إذا لم تقلبها ، فإن اللعبة سوف لا تحبها ولا تبادلها المحبة .

النمو والسلوك الوسواسي القسري :

يعتقد عدد كبير من العلماء ، أن الأطفال الأسوياء كثيراً ما يظهرون أفكاراً متسلطة وأفعالاً قسرية تسيطر عليهم في بعض مراحل نموهم . وقد أكد كيسلر أن السلوك القسري يبلغ ذروته في السنوات الثانية ، والثامنة ، وبداية المراهقة . لذلك فإن أشكال السلوك الوسواسي والفعل القسري ، ينظر إليها على أنها طبيعية ، خاصة في مراحل معينة من النمو ، كما أنها لا تعتبر اضطراباً عصابياً . مثل هذه الأشكال من السلوك في مرحلة الطفولة تعتبر سوء تكييف حين تصبح حادة ومؤذية ومزعجة وتتدخل في سلوك الفرد وأدائه في البيئة ، وتخلق نوعاً من الضيق والقلق عند الشخص كما قال كيندي .

العوامل المسببة للوسواس والأفعال القسرية :

هناك تفسيران شائعان لشرح العوامل المسببة للوسواس والأفعال القسرية ، هما التفسير التحليلي والتفسير السلوكي . فالأول التحليلي (السيكودينامي) يفترض أن أصل الاضطراب ، هو المرحلة الشرجية من مراحل النمو النفسي - الجنسي ، هذه المرحلة التي يبدأ فيها الطفل بالتدرب على الإخراج ، وقد يحدث صراع نفسي بين أحد الوالدين والطفل وفقاً لمطالب الانصياع والمسايرة والاستقلالية ، هذا الصراع قد يخلق شعوراً بالعداوة ، لم يتم حله ؛ مما يسبب

التثبيت في هذه المرحلة من النمو. وقد افترض أن فترات النمو اللاحقة ،
وحيث يكون الشخص تحت ضغوط نفسية ، فإنه ينكص regress عائداً إلى
مرحلة سابقة من النمو مما يقود إلى إحياء هذا الصراع الذي لم يجد حلاً ،
إضافة إلى السلوكيات وصفات الشخصية المميزة الخاصة بتلك المرحلة.
وبذلك فإن الوسوس والأفعال القسرية ، تمثل محاولات خارجية (الأعراض)
للتعامل مع الدوافع المهددة والناجمة عن تلك الصراعات .

أما الاتجاه السلوكي ، فيركز على أن الأعراض في الوسوس إنما تخدم في
خفض القلق عند الشخص. وقد أجرى بعض العلماء عدة دراسات على
الراشدين مستعملاً المقاييس السيكوفيزيولوجية لقياس درجة الإثارة والتنبه ،
وتبين أن الأفعال القسرية والوسوس تحدث على مستوى عال من النشاط
الذاتي المستقل (فعالية الجهاز العصبي المستقل) ويخدم في خفض هذه
المستويات من الإثارة ، وبالرغم من عدم معرفة كيفية نمو الاضطراب ، إلا أن
بقاؤه واستمراره ينتج عن أن هذا السلوك يعمل كمعزز لخفض القلق عند
الشخص ، وينطبق هذا على الوسوس وعلى الأفعال القسرية أيضاً. فالأفكار
(في الوسوس) والأفعال (في الأفعال القسرية) جميعها تخدم في خفض القلق
الذي يعانيه الشخص ، هذا القلق ناتج عن التنشيط العالي للجهاز العصبي
المستقل والإثارة أو التنبه المرتفع .

يجب الإشارة إلى أنه بالإضافة إلى هذين الاتجاهين في تفسير عوامل
الاضطراب ، هناك عوامل أخرى منها: العوامل الوراثية ، وضروب الخلل
العصبي والبيوكيماوي ، وخلل في عملية تمثيل السيروتونين ، إضافة إلى
العوامل الأسرية ، ولكن حتى الآن لا توجد دراسات تجريبية على هذه
العوامل .

حدوث الاضطراب وانتشاره:

من المعروف أن الوسوس والأفعال القسرية نادرة الحدوث عند الأطفال
والراشدين عموماً. وقد أشار(سترجس) إلى أن نسبة حدوثه بمعدل ٥,٠٪ من
مجموع السكان. أما بالنسبة للأطفال فهي بمعدل ٢,١ من المجتمع الأصلي

للأطفال ، وأنها أقل من ٢٪ من المصابين باضطرابات انفعالية ، وفي دراسة أخرى وجد هولينجورث أن معدل حدوث الاضطراب هو ٢٪ من المترددين على العيادات النفسية . وهذه الإحصائيات تشير إلى ندرة حدوثه بالمقارنة مع الاضطرابات الأخرى التي يعانها المرضى النفسيون .

البحوث : بعض المتغيرات المرتبطة بالوساوس والأفعال القسرية :

لقد بين العالم جود Judd في دراسة مبكرة (١٩٦٥) أن هذا الاضطراب يكثر حدوثه بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ - ١٢ سنة ، وقد اعتمد في دراسته على معيار لانتقاء المضطربين ، يتضمن مايلي :

١ - وجود أعراض الوسواس والأفعال القسرية .

٢ - استمرارية هذه الأعراض المرضية .

٣ - تدخل هذه الأعراض مع أشكال السلوك الوظيفي والتكيفي للفرد .

ومن بين ٤٠٥ طفلاً تم مقابلتهم لمدة تزيد عن خمس سنوات ، تبين أن ٣٤ منهم قد شخصوا على أنهم يعانون من الاضطراب ، و (٥) فقط ، انطبق عليهم المعيار الذي يستخدم لتشخيص الاضطراب . لقد ركزت الدراسة على تحديد العوامل المتعلقة بالتشخيص ، وقد وجد هذا العالم أن ثمانية صفات (تميز الوسواس) قد ظهرت عند خمس أطفال . وفي كل حالة منها كانت بداية حدوث الاضطراب مفاجئة ، كما أن جميع الأطفال كانوا من ذوي الذكاء المتوسط . وفي كل حالة من هذه الحالات الخمسة ، كانت تحدث فيها أعراض الوسواس والأفعال القسرية مجتمعة . كما أن هذه الحالات الخمسة ، تميز سلوك أصحابها بالتخريب والتهيج ، والإرباك للأهل والآخرين ، والإيذاء ، ولكن جميع الأطفال قد أبدوا مؤشراً على مشاعر الذنب التي يعانونها ، إضافة إلى أحلام اليقظة والتخيلات المرافقة .

في دراسة أخرى أجراها آدم (١٩٧٣) على (٤٩) طفلاً يعانون من الوسواس المتسلطة والأفعال القسرية ، وجميعهم دون سن الخامسة عشرة . وقد توصل

إلى نتائج مشابهة ومتفقة مع نتائج العالم (جود) السابقة . وتعتبر النتائج التالية ، أهم النتائج التي أثبتتها هذه الدراسات :

١ - الوسواس المتسلطة والأفعال القسرية تحدث عند الأطفال .

٢ - يحدث الاضطراب عند الأطفال الذين يكون ذكائهم بحدود المتوسط أو أكثر قليلاً .

٣ - الوسواس والأفعال القسرية يحدثان معاً .

٤ - الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يحملون مشاعر ذنب إضافة إلى التخيل وأحلام اليقظة ، ولهم حياة خيالية .

٥ - عدوان موجه نحو الوالدين .

إلا أن دراسة آدم بينت أن ٥٧١ من الحالات كان والدوهم أو أحد أفراد الأسرة يعانون من الوسواس والأفعال القسرية . وأن خمس حالات كان أقاربهم يظهرون أعراضاً مرضية غالباً ما تكون وسواسية وقهرية . يجب الانتباه إلى أن كلا الدراستين اعتمدت عينات صغيرة في البحث ، وربما يرجع السبب إلى محاولتهما انتقاء الأطفال الذين يعانون من الاضطراب فعلاً . وكانت متعارضة في بعض نتائجها ، ومع ذلك فإنها تؤكد عدد من المتغيرات الهامة في الاضطراب الوسواسي ، مما يدفع علماء النفس لمزيد من البحوث في هذا المجال .

مآل الوسواس والأفعال القسرية :

لقد تتبع هولنجورث ١٧ طفلاً يعانون من الوسواس والأفعال القسرية بعد تشخيصهم ، لمدة تزيد عن ست سنوات ونصف ، وبالرغم من أن شدة الاضطراب خفيفة ، فإن واحداً منهم أظهر ردود فعل فصامية تم علاجها حين المتابعة ، وواحداً منهم أيضاً كان يعاني من الاكتئاب وتراوده أفكار انتحارية . وبالرغم من أن ٣٠ منهم قد أظهروا ضعفاً في التحصيل الدراسي عند بداية مقابلتهم من أجل العلاج ، تفترض هذه النتائج أنه رغم الآثار الإيجابية للعلاج ، فإن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب ، يظهرون بشكل مستمر

المشكلات المرتبطة بظروفهم خلال مرحلة الطفولة. إن الأعراض والاضطرابات المرافقة للوساوس والأفعال القسرية (مثل الاكتئاب ، الأعراض الذهانية ، ضعف التحصيل) هذه كلها قد تستمر طالما أنها مرتبطة بظروف اجتماعية تربوية في بيئة الطفل وهي مستمرة باستمرارها.

علاج الوساوس والأفعال القسرية :

هناك عدد كبير من التقنيات النفسية في معالجة الوساوس والأفعال القهرية ، منها استعمال الأدوية النفسية وخاصة مضادات الاكتئاب مثل (اميرامين ، وكلواميرامين) ، وهناك طرق العلاج السلوكي مثل (خفض الحساسية التدريجي ، والإغراق ، وإيقاف الأفكار ، ومنع الاستجابة) وبالرغم من وجود معطيات تدعم فعالية هذه الطرق العلاجية ، إلا أنه لم يثبت أن واحدة منها كافية بشكل فعال. ومن الطرق التي لاقت تأييداً كبيراً من حيث فعاليتها في السنوات الأخيرة ، تقنية الغمر أو الإغراق Exposure ، وفيها يتم وضع المتعالج في الموقف الذي يثير السلوك القسري. إلا أن أكثر الدراسات التي طبقت هذه الطريقة ، أجريت على الراشدين من المرضى المتعالجين. إن تقنية منع أو إيقاف الاستجابة Response prevention قد طبقت على الأطفال ، فقد عالج ستانلي طفلة عمرها ثماني سنوات ، واستطاع خفض سلوكها الطقوسي النمطي القسري يوماً بعد يوم. مثلاً كانت تزغب (تجعل الوسادة كالزغب) ثلاث مرات قبل أن تعري الوسادة من أجل النوم في الليل ، وتم إدخال الأهل في خطة العلاج وذلك لمنعها من الانشغال بأي سلوك نمطي في غير الوقت الذي خصصه المعالج النفسي. وتم إيجاد مواقف يستدعي عندها هذا السلوك مما يكون له قيمة ، هذه المواقف وضعت بانتظام بدءاً من الموقف البسيط ثم التحرك باتجاه مواقف تستدعي الفعل القسري عندها. وفي كل موقف كان والدها يمنعها من ممارسة الفعل القسري ، وهذا هو جوهر طريقة منع الاستجابة وإيقافها. وقد أثبتت هذه الطريقة نجاعتها حيث اختفت الأعراض بعد أسبوعين من العلاج ولم تعاود الظهور ثانية إطلاقاً. إن العوامل الخاصة المتعلقة بفعالية هذه الطريقة لم تتوضح بعد ، مع العلم أن التمييز

extinction قد يكون هو المسؤول عن خفض الفعل القسري وخفض القلق المرتبط به .

إن طريقة منع أو إيقاف الاستجابة فعالة في خفض الفعل القسري ، ولكنها أقل فعالية في خفض الوسواس ، وهذه الأخيرة ينجح معها الجمع بين طريقتين هما الغمر (أو الإغراق) وإيقاف الأفكار . وقد استخدم كيلرمان Kekllrman 1981 عدة طرق في معالجة طفل عمره ١٢ سنة يعاني من وسواس متسلط هو سيطرة أفكار القتل في ذهنه . وقد استخدم طريقة إيقاف الأفكار ، والتعزيز والتنويم المغناطيسي . وقد انخفضت الأفكار الوسواسية عند الطفل بعد العلاج . وبالرغم من عدم معرفة العوامل التي جعلت هذه التقنيات العلاجية مفيدة ، فإننا بحاجة إلى مزيد من البحوث التي تثبت فعاليتها .

الاضطرابات ذات المظهر الجسمي :

لقد وضع الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية ، عدداً من الحالات والاضطرابات التي تندرج تحت هذا النوع من الأمراض ، هي :
الاضطرابات الجسمية المظهر (أو اضطرابات التجسيد somatoform disorders) ، والهستريا التحويلية ، وتوهم المرض ، والألم النفسي المنشأ . إن الشكل المشترك بينها جميعاً ، هو أنها تشمل أعراضاً تبدو وكأنها جسمية في طبيعتها ، في حين ليس لها أساس عضوي إطلاقاً ، لذلك فإن منشأها نفسي . ومن أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً عند الأطفال الاضطرابات الجسمية المظهر ، والاضطرابات التحويلية . وبالرغم من أن معرفتنا لهذه الاضطرابات حديثة ، فإننا سننظر في الطريقة التي تظهر فيها هذه الاضطرابات عند الأطفال ، وفي مظاهرها والعوامل التي تقف خلفها وتساعد في تطورها . وستحدث في البداية عن الاتجاهات التقليدية لهذه الاضطرابات (وهي الهستريا) ثم ننظر في الاتجاهات الحديثة لها كما وصفها الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل والرابع للأمراض النفسية (عام ١٩٩٤) تحت فئة الاضطرابات التحويلية .

الاتجاه التقليدي لعصاب الهستريا :

في دراستنا للهستريا في مرحلة الطفولة ، يكون من الضروري أن نصف

الطرق التي استعمل بها مصطلح الهستريا Hysteria وعصاب الهستريا Hysterical neurosis في البحوث الإكلينيكية. تاريخياً ، لقد استعمل مصطلح عصاب الهستريا ليعزى إلى نوعين مختلفين بعض الشيء هما ردود الفعل التحويلية Conversion reaction وردود الفعل التفككية أو الانشطارية Dissociative reaction. فردود الفعل التحويلية تضم الاضطرابات التي تبدو على شكل أمراض جسمية مثل: العمى والصمم ، والشلل النصفي أو جزء من أجزاء الجسم بدون وجود عامل عضوي لها. والافتراض الرئيسي لهذه الاضطرابات ، هو أنها ناتجة عن قلق مكبوت وصراعات لا شعورية تحولت إلى أعراض جسمية عضوية المظهر (من هنا تسميتها بالتحويلية).

في حين أن الاضطرابات التفككية ، تبدو عن طريق تحول حالة الوعي عند الفرد مثل فقدان الذاكرة ، المشي أثناء النوم ، ازدواج الشخصية ، وقد افترض أن هذه الأعراض وظيفية (تؤدي وظيفة نفسية) في طبيعتها.

وبغض النظر عن حقيقة أن عصاب الهستريا قد تم وصفه كثيراً بهذه الطريقة ، فإن المصطلح قد اقتصر على النموذج الذي وضعه الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية. فقد تضمن التصنيف الأخير للدليل (١٩٩٤) في فئة الأمراض الجسمية المظهر ، كل الاضطرابات التي تتصف أساساً بما يلي: شكاوى بدنية متنوعة ومتكررة الحدوث ولفترات زمنية طويلة ، وليس لها أساس عضوي. فالشكاوى غالباً ما تظهر بطريقة درامية مبالغ فيها ، أو كجزء من تاريخ طبي تم تشخيصه عند المريض .

إن ردود الفعل التحويلية ، تضم الآن فئة مستقلة عن الهستريا ، تحت الصنف العام للاضطرابات الجسمية المظهر. أما ردود الفعل التفككية ، فقد صنفت بشكل مستقل عن الاضطرابات الجسمية المظهر. وكان الافتراض السابق هو أن الهستريا قد تظهر في نمط محدد من أنماط الشخصية التي تتصف بالسلمات التالية: التركيز على الذات ، القابلية للإيحاء ، حب الاستعراض ، ضعف الضبط الانفعالي ، الميل للإغواء ، عدم النضج ، الاعتمادية أو الاتكالية. وقد افترض أن الأشخاص المتممون لهذا النمط من الشخصية ، هم

نمط الشخصية الهستيرية وهم الذين تتطور الحالة إلى مرض الهستيريا . وبالرغم من أن العلاقة الدقيقة بين ما يسمى الشخصية الهستيرية والاضطراب الهستيري ، غير واضحة أو مؤكدة، فإن الأمر على الشكل التالي: رغم وجود علاقة متداخلة بينهما، فإنهما لا يحدثان معاً بالضرورة، وقد أكد هذه النتيجة الدليل التشخيصي نفسه ، من خلال وضعه فئة مستقلة في اضطرابات الشخصية هي اضطراب الشخصية الهستيرية Hysterical persnality Disorder التي تميز أولئك الأشخاص الذين يتصفون بصفات خاصة دائمة مع غياب الأعراض الجسمية المظهر .

ردود الفعل التحويلية في مرحلة الطفولة :

وصف الاضطراب وتشخيصه :

منذ سنوات عديدة وضع عدد من الباحثين معايير ومؤشرات لتشخيص الهستيريا وردود الفعل التحويلية في مرحلة الطفولة ، ومن هؤلاء الباحثين روبن ونيل Robin and Nell الذين افترضوا أنه من أجل تشخيص الهستيريا عند الأطفال يجب أن يتواجد وأن يظهر عدد من الأعراض عندهم لفترة زمنية طويلة. ومن الأعراض التي نعتمدها في التشخيص ، الشكاوى الجسمية Somatic complaints وهي شكاوى عصابية مزيفة وكاذبة pseudoneurologic (مثل فقدان الحس ، الشلل ، الغثيان والدوخة) وكذلك العصبية Nervousness ، أو المظاهر والأعراض العضوية للقلق مثل ضربات القلب ، وصعوبة التنفس والتعب . وقد افترض روك Rock أن التشخيص يتطلب وجود عرض جسيمي واحد على الأقل ، وقد يكون هذا العرض حركياً Motor (مثل الشلل) أو حسيّاً Sensory (مثل فقدان البصر أو السمع). وقد شدد على أنه يجب علينا التأكد من عدم وجود سبب عضوي ، أو خلل فيزيولوجي ، وأن مصدره ومنشؤه الأصلي هو نفسي .

هناك أشكال ومظاهر أخرى تميز الاضطرابات التحويلية ، وهي أن الأشخاص المصابين به غالباً ما يرتاحون ويحصلون على الطمأنينة لهذا الوضع ، ولا يبدون أي قلق أو توتر . وقد أثبت بعض العلماء أن الأطفال الذين

شخصت حالتهم الهسترية ، قد أظهروا أعراضاً عصابية زائفة (أعراض تحويلية) وقلق أيضاً. في حين بين العالم مالوني Malony (١٩٨٠) في دراسته التي أجراها على ١٠٥ طفلاً مصابين بالاضطرابات التحويلية ، أن الأطفال قبل مرحلة المراهقة ، أبدوا انشغالاً واهتماماً متزايداً بأعراضهم ، وقد فسر البعض ذلك بأنه يعود إلى الطبيعة المتقلبة عند المريض . وهناك نتيجة أخرى توصل إليها تورنر ، وهي أن الراشدين المصابين بهذه الاضطرابات التحويلية ، يظهر عندهم درجة عالية من القلق ، بالرغم من أن القلق لا يظهر عليهم بشكل مستمر ومتواصل . عموماً ، ربما لا يختلف الأفراد المصابون بهذا الاضطراب ، من حيث الأعراض التي يظهرونها ، ويشاركون في صفات عامة . من جهة أخرى ، يبدو أن الحالة شبه الدائمة لغياب القلق عند هؤلاء المصابين ، قد تعكس وجهة النظر التحليلية ، القائلة بأن ردود الفعل التحويلية ، يكون القلق فيها متخفياً أو ضمناً ، ولكنه يتظاهر على شكل أعراض جسمية وعضوية واضحة ، كما في الحالة التالية :

«ولد عمره ٩ سنوات ، ومنذ شهرين وهو يعاني من اضطراب التصرف والسلوك ، وتمت إحالته إلى العيادة النفسية من أجل فحص فقدان بصره (في عينيه الاثنتين). إن العرض وهو فقدان البصر قد حدث فجأة عندما اشتكى الولد لوالدته بأن الأشياء تبدو ضبابية وغير واضحة ، لمدة تستمر من خمس دقائق إلى ساعتين في المرة الواحدة ، ويحدث في فترات متقطعة خلال الأسبوع . وبعد أسبوعين من طمأنة والديه ، فإن الأعراض بقيت مستمرة ، وتم التأكد من عدم وجود سبب عضوي ، وأن العوامل نفسية . لقد أظهر الفحص الطبي أنه لا توجد شذوذات أو أي خلل في الحالة العصبية والفيزيولوجية البصرية للطفل ، في حين بين التشخيص النفسي أن الولد يعاني من ضعف في تقدير الذات والانسحاب ، كما أنه يرغب في جذب انتباه الآخرين له .

إن والدته قد عانت من الاكتئاب سابقاً ، ووالده مدمن على الخمر . وتبين أن الأعراض حدثت للولد في ساعات كان الوالد فيها يغادر المنزل بسبب الخلاف مع الأم . وقد وضعت خطة العلاج النفسي متضمنة زيادة تقدير الطفل

لذاته ، وتكوين علاقات اجتماعية مع أقرانه ، وتركيز الانتباه على أعراضه المرضية. إن العلاقة بين الأعراض المرضية فقدان البصر وبين خلاف الوالدين قد ظهر حين كان الولد في المشفى. إن الشكوى الحالية قد اختفت لمدة شهر ، واستمرت بعد خروجه حيث بدأ سلوكه يتحسن في المدرسة وفي المجتمع .

إن المعيار التشخيصي للاضطراب كما وضعه الدليل الرابع التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية ، هو التالي :

آ - اضطراب مستمر يبدو على شكل فقدان الأداء الوظيفي والجسمي لعضو ما بما يشبه الاضطراب الجسمي العضوي .

ب - العوامل النفسية هي السبب في نشوء الأعراض ، ويمكن التأكد منها ، من خلال واحدة من الدلائل والمؤشرات التالية :

١ - هناك علاقة زمنية بين المثيرات البيئية التي ترتبط بالصراع النفسي أو الحاجة وبداية ظهور العرض الرئيسي .

٢ - يمكن هذا العرض الجسمي الفرد من الهروب من القلق والتهديد الموجه له .

٣ - يمكن هذا العرض الجسمي الفرد من تلقي الدعم من البيئة .

ج - إن العرض في الاضطراب ليس تحت سيطرة الفرد أو إرادته .

د - بعد الفحص يتبين أن العرض لا يفسر ولا يعزى إلى اضطراب عضوي معروف .

هـ - لا يقتصر العرض على الألم أو اضطراب السلوك الجنسي .

و - لا يعزى إلى اضطراب جسمي المظهر أو الفصام .

وكما يتبين من هذا المعيار التشخيصي أو اللوحة السريرية ، فإن الشخص يظهر خللاً عضوياً لا يكون سببه عصبياً أو عضوياً إطلاقاً ، أي لا تفسره العوامل والآليات العضوية التي تبقى في حالة سلبية ، في حين أن العوامل والآليات النفسية هي التي تفسره وتقف خلفه . كما أن هذا الوضع مرغوب عند الشخص (على مستوى لاشعوري) لأنه يمنعه من مواجهة القلق والصراعات

النفسية ، فتكون ردود الفعل التحويلية وكأنها أسلوب تكيفي (ولكنه أسلوب سييء في التكيف).

العوامل السببية الدينامية والسيكاجتماعية :

من وجهة النظر السيكودينامية ، يعتبر الاضطراب التحويلي (أو ردود الفعل التحويلية) مثل أي عصاب آخر ، ناتجاً عن صراعات داخلية غير مقبولة ولم تجد حلاً ، وعن نزعات ورغبات متعارضة عند الشخص وضمن مكونات شخصيته (الهو ، والأنا ، والأنا الأعلى) هذه النزعات والدوافع قد واجهها الشخص بوسائل دفاع عديدة وخاصة النكوص . والأعراض العضوية والجسمية هي تعبير جزئي ورمزي يمثل الصراعات النفسية اللاشعورية وما يرتبط بها من قلق . من جهة ثانية ، فقد افترض أولمان وكراسنر عوامل وأساساً نفسياً اجتماعياً للاضطراب التحويلي ، يختلف في عدد من مظاهره عن التفسير السيكودينامي . وبالرغم من أن التفسيرين يفترضان أن الأعراض ، طريقة لتجنب القلق وخفض التوتر المرافق . ويقول أولمان في تفسيره النفسي الاجتماعي للاضطراب بأنه مع أن الأعراض للخلل العضوي في ردود الفعل التحويلية هي بمثابة تحويل للصراعات اللاشعورية إلى خلل عضوي جسدي ظاهر ، فإن هناك تماثلاً بين الأعراض الهستيرية والسلوك في التنويم المغناطيسي ولعب الدور ، والعلاج عن طريق البلاسيبو (الدواء الوهمي) . إن الأعراض يمكن فهمها عن طريق الإشارات والمعززات التي تقدم حوافز قوية لإظهار مثل هذه الأعراض بدل تجنبها . ويتضمن هذا : أن الأعراض الهستيرية أو التحويلية ، يمكن علاجها عن طريق التعامل مع الإشارات والمعززات المناسبة .

هناك قليل من المعطيات متعلقة بهذا التفسير الذي جمع فيه أولمان وكراسنر مبادئ التعلم ونتائج البحوث المتعلقة بتقنيات التأثير الاجتماعي ، وهذا التفسير يمكن تجريبه واختباره وله فوائده وتطبيقاته العملية .

حدوث الاضطراب وانتشاره :

إن من الصعب تحديد انتشار الاضطراب التحويلي ، كما أن تقديره يختلف

بدرجة كبيرة استناداً إلى عوامل عديدة مثل العمر ، والعينات ، والمعيار التشخيصي المعتمد . وهناك تقديرات عديدة أجراها عدد من المتخصصين . مثلاً ، وجد روبن Robin سبعة وعشرين حالة من حالات الهستيريا التحويلية من بين ٥١,٣١١ طفلاً يعانون من اضطرابات نفسية . وكان معدل أعمار هؤلاء المصابين فوق سن الخامسة عشرة . أما العالم ري Ree فقد وجد أن معدل انتشار ردود الفعل التحويلية تتراوح بين ٣ - ١٣٪ من الجلسات العلاجية التي تضم أطفالاً مضطربين قدموا إلى المعالجة . ففي حين وجد جودير Goodyear أن نسبة انتشار الاضطراب الهستيريا التحويلي يقدر بـ ٥٪ من المرضى الذين قدموا إلى العلاج . ومع أن هذه النتائج متباينة ، يجب القول إن معدل ونسبة انتشار الاضطراب نادر نسبياً بين الأطفال schawrtz and gohnson 1985 .

بعض المتغيرات المتعلقة بردود الفعل التحويلية الهستيرية :

بالرغم من الانتباه المتزايد الذي يتم توجيهه نحو الاضطرابات الهستيرية في مرحلة الطفولة ، فإن هناك القليل من البحوث المنشورة حول هذا الاضطراب عند الأطفال . إن البحوث المتوفرة ، تضم دراسات نظرية أو وصفية تزودنا ببعض المتغيرات والمتعلقات الخاصة بالاضطراب .

١ - دور العوامل الوراثية . في إحدى الدراسات المبكرة التي أجراها بروكتور Proctor (١٩٥٨) فحص تقارير ١٩١ طفلاً تم إحالتهم إلى العلاج النفسي . وكان (٢٥) منهم أي بنسبة ١٣ يعانون من الهستيريا . وكان ٨٠ من هذه النسبة من السود . وقد أشار بروكتور إلى أن ١٠ من هؤلاء المرضى جميعهم كانوا من السود ، مما يدل على أن هذا الاضطراب أكثر انتشاراً بين السود منه بين البيض . ويجب الانتباه إلى أن النسبة التي توصل إليها بروكتور سابقاً (أي ١٣٪) هي نسبة مرتفعة مقارنة بالدراسات التي أجريت في تلك الفترة . وقد افترض أن العوامل الثقافية هي المسؤولة عن ذلك . كما لاحظ أن بعض المناطق الجغرافية خاصة ، والتي سحبت منها العينة ، كانت بيئة فقيرة ، ومن مستويات اجتماعية واقتصادية منخفضة ، وتتم بسيطرة الخرافة والاتجاهات البدائية في التفكير . وقد تبين أن هذا النوع من الثقافة ، من العوامل المكونة لاضطراب

الهستريا ، كما أنها تلعب دوراً هاماً في الحفاظ عليه واستمراريته .

٢ - متعلقات ردود الفعل التحويلية . لقد قدم روك Rock بعض المعلومات حول صفات الأطفال الذين يظهرون ردود فعل تحويلية واضحة . حيث لاحظ أنه بين عشرة أطفال درسه ، كانوا جميعاً (باستثناء واحد فقط) فوق المتوسط من حيث الذكاء . وجميعهم (باستثناء واحد أيضاً) يعانون ضعفاً في التحصيل والأداء الأكاديمي . إن أكثرهم يعانون ضعفاً في العلاقات الاجتماعية ، ودرجة معينة من الاكتئاب . كما وجد أن جميعهم اتكاليون في علاقاتهم ، وأن أعراضهم استمرت بسبب بعض الأحداث المرافقة ، والتي حافظت عليها .

ومن الصفات التي تميز بها أهل هؤلاء الأطفال المصابين بردود الفعل التحويلية الهسترية : الاتكالية المفرطة على الأم ، والذكاء المرتفع عند الأب ، ومعاونة الوالدين من مشكلات بين شخصية تبادلية . وللوالدين دور هام في تطوير الاضطراب لكونهم قدوة ونموذج للطفل . وقد وجد أيضاً أن ٩٧٪ من حالات الأطفال الذين يعانون من ردود الفعل التحويلية الهسترية ، كانت بداية اضطرابهم عقب ضغوط أسرية حادة ، و ٥٨٪ منهم قد أظهروا ردود فعل أسى وحزن شديدين ، و ٨٨٪ منهم يعانون من مشكلات في التواصل مع أفراد الأسرة .

مآل الاضطراب التحويلي الهستيري :

هناك القليل من المعطيات حول مآل الاضطراب التحويلي الهستيري ، وما ينذر إليه . وتبين المعلومات المتاحة أن أكثر الأطفال في هذا الاضطراب يظهرون تحسناً ومآلاً جيداً . وما يدعم هذه النتيجة ، الدراسة التي تبعت فيها ١٣ حالة لمدة سنة ، وقام بها جودير . وقد تبين أن ١٠ أطفال من العينة (بنسبة ٦٦٪) قد تخلصوا من الأعراض ، وأظهروا تكيفاً حسناً وأداءً وتحصيلاً جيداً بعد سنة من العلاج ، إلا أن واحداً منهم فقط بقي تحت العلاج الطبني (بالرغم من اختفاء الأعراض التحويلية) وطفلاً واحداً تلقى إرشاداً تربوياً لمساعدته في تحسين أدائه الدراسي ورفع مستوى تحصيله ، أما الطفل الأخير فقد بقيت عنده الأعراض مستمرة .

علاج الاضطراب التحويلي الهستيرى :

وفقاً للتفسير الذي وضعه أولمان وكراسر حول دور العوامل النفسية الاجتماعية في نمو ردود الفعل التحويلية والهستيرية ، فإنهما قاما بمعالجة حالات عديدة من الاضطراب التحويلي الهستيرى عند الأطفال مستعملين الطرق السلوكية .

مثال ذلك أيضاً علاج ألفورد ورفاقه Alford لفتاة عمرها ١٧ سنة ، وتعاني من الإقياء بعد كل وجبة طعام ، منذ مدة تزيد على عشر سنوات ، بالرغم من عدم وجود أمراض عضوية للحالة . وقد تبين بعد الفحص والتشخيص السلوكي ، أنها تعاني من حساسية خاصة للانتباه ، وتم التعامل مع بيئتها الاجتماعية على شكل يتيح لها ضبط مشكلتها السلوكية . وعند تطبيق طريقة التمييز Extinction في خطة العلاج ، وضع مع الفتاة عدد من المرضى الآخرين ، الذين يتجاهلونهم في المناسبات التي تتقيأ فيها أو تشعر بالدوخة والغثيان . وقد أدت هذه الطريقة السلوكية في العلاج إلى خفض الإقياء عندها ، وبعد سبعة أشهر من العلاج صرحت بأنها لم تتقيأ إلا مرة واحدة فقط .

للتعامل مع هذا النوع من المشكلات والاضطرابات النفسية ، فقد وصف ديلامتر علاجه لطفل عمره ١٠ سنوات ، يعاني من شلل هستيرى في رجليه الاثنتين ، وقد تضمن العلاج سحب التعزيز ، والامتناع عن تقديمه حين ظهور الأعراض السلوكية ، كما تم استعمال التعزيز الإيجابي لكل تقدم ناجح تجاه سلوك المشي . وقد استطاع الطفل استعمال رجليه خلال أسبوعين . إن هذه النتيجة الإيجابية استمرت ، بعد تتبع الحالة ومعرفة مآلها .

إن مثل هذه الحالات تقدم دليلاً على فائدة طرق العلاج السلوكي ، في معالجة ردود الفعل التحويلية الهستيرية في الطفولة . وربما لوحظ أن هذه الطرق العلاجية التي تركز على دور التعزيز ليست متناقضة ، ولا تقلل من دور المتغيرات والعوامل العائلية . في الواقع يكتسب الطفل السلوك المرضي (الأعراض) عن طرق الاقتداء وملاحظة أفراد آخرين في الأسرة ، كما أنه يتعزز عن طريق جذب الانتباه والمدعمات الاجتماعية الأخرى .

الاضطرابات الانفعالية (الوجدانية):

تمثل الاضطرابات الانفعالية خللاً ينال الانفعال والمزاج. وتضم هذه الفئة من الاضطرابات حالات متطرفة من الاكتئاب Depression أو الابتهاج Elation أو اجتماع الحالين معاً. ويمكنها أن تتراوح من البسيط إلى الشديد ، وبينما نلاحظ مثل هذه الدرجات المختلفة منها عند الراشدين كما درسها علماء النفس والأطباء النفسيين ، فإن البحوث المتوافرة حولها عند الأطفال ما تزال محدودة. وفوق ذلك - وباستثناء بعض الحالات - فإننا لا نجد دراسات حول اضطرابات الهلع عند الأطفال ، ومع أن هذا الوضع إيجابي بالنسبة للاكتئاب في مرحلة الطفولة ، فإن معرفتنا المستندة لهذه الحالات من الاكتئاب أيضاً قليلة. ومنذ عام ١٩٧٠ بدأ الاهتمام في دراسة الاكتئاب عند الأطفال ، والسبب الذي كان يقف خلف عدم اهتمام العلماء في دراسته عند الأطفال ، هو اعتقادهم بأنه نادر الحدوث في هذه المرحلة العمرية. وقد لاحظ بيرس Pearce ١٩٧٧ أن مصطلح الاكتئاب يعزى إلى العبوس في المزاج (الحزن و عدم السعادة) ، ويتراوح بين العبوس والحزن الطبيعي إلى الحزن العبوس الشاذ المتطرف الذي يشكل زملة أعراض الاكتئاب. هذه الحالة من الاكتئاب لها صفاتها وأعراضها المميزة ولها عواملها الخاصة أيضاً. وبغض النظر عن الجدل الدائر بين العلماء حول وجود الاضطراب عند الأطفال ، فإن دراسات عديدة بينت أن بعض الأطفال يظهرون عدداً من الأعراض الاكتئابية مجتمعة مثل: البكاء المستمر ، تقدير الذات السلبي ، مستوى نشاط منخفض Dow Level of activity الانسحاب Withdrawal ، تعبيرات لفظية سلبية ، تتواجد جميعها لتمييز حالة الاكتئاب المرضية.

واستناداً إلى هذه الدراسات العيادية ، يبدو أن هذه الأعراض السلوكية ، يجب أن تستمر مع الزمن وتتدخل في قدرة الطفل على الأداء وتضعفه.

الاكتئاب في المهد (مرحلة الرضاعة):

بالرغم من أننا سنبحث الاكتئاب عند الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة ، إلا أننا سنركز انتباهنا أيضاً على الاكتئاب في مرحلة الطفولة الأولى أو المهد ،

مركزين على الانفصال المبكر وتأثيره في سلوك الطفل. وقد تبين مثلاً ، أن انفصال الطفل المستمر عن والدته يحدث أشكالاً من السلوك التي تميز حالة الاكتئاب ، كما أننا حين نفحص هذه السلوكيات والأعراض المرافقة للانفصال عن الأم ، فإننا نلاحظ ردود فعل متميزة عند الطفل يصفها هترينجتون ومارتين Hetheerington and Martin (١٩٧٢) كما يلي :

«في بداية الانفصال عن الأم ، يحدث عند الطفل نوع من الاحتجاج Protest حيث يبكي وييدي عدم الاستقرار ، والنشاط الزائد ، إضافة إلى التهيج وسهولة الاستشارة .

وبعد أسبوع من الانفصال يقل احتجاج الطفل ويظهر عند اليأس والقنوط Despair والاكتئاب والانسحاب ، وضعف الاستجابة وعدم الاكتراث بمحيطه . أما ملامحه الوجهية فتبدو على شكل حزن وغم . إن كثيراً من الأطفال بعد عدة أسابيع من حالة الاكتئاب هذه يعودون إلى حالتهم الطبيعية من حيث الاهتمام بالبيئة والنشاط الطبيعي» .

إن الدراسات التي أجريت على الانفصال كثيراً ما ربطت بين الانفصال مع متغيرات أخرى ، كما درسوا إمكانية إدخاله المشفى للعلاج . وبعض الباحثين درس الآثار التي يحدثها الانفصال ونتائجه في السلوك . وقد تبين أن الشمبانزي حين تنفصل عن أمهاتها بعد مودة ، فإنها تظهر ردود فعل تشبه تلك التي يظهرها الطفل حين يفصل عن أمه . وتشير هذه النتائج إلى أن الانفصال بذاته يلعب دوراً هاماً في حدوث الاكتئاب عند الأطفال في مرحلة المهد .

وصف الاكتئاب وتشخيصه :

هناك عدد من المظاهر التي يمكن الاعتماد عليها في تشخيص الاكتئاب . وقد اعتمد سترين ورفاقه Cytryn (١٩٨٠) على عدد من المظاهر التي تميز تغير المزاج ، مثل الحزن المتطرف ، واليأس ، وفقدان الثقة ، وضعف التركيز ، وضعف تقدير الذات ، والأفكار الانتحارية . أكد سترين أيضاً وجود شكاي جسمية ، والشعور بالوحدة أو العزلة ، وقلق الانفصال ، وفقدان النشاط ، وعدم الاكتراث ، واضطراب العلاقات الأسرية والاجتماعية مع

الأقران في المدرسة. والمثال التالي يوضح ذلك :

«حين قدم للعلاج بدا بوبي ، الذي يبلغ من العمر عشر سنوات ، مغتماً وكثيباً. وقد أشار بوبي إلى أن والديه قد أتوا به إلى العيادة النفسية لأنهم يعتقدون أنه يعاني من مشكلات انفعالية. وحين طلب منه التوضيح قال بأنه غير متأكد من نوع المشكلات الانفعالية ، وأنهم يعتقدون ذلك لأنه يبكي أكثر الوقت ، وعند مراقبة بوبي في ساحة اللعب بدا عليه قلة النشاط وعدم الاكتراث بالنسبة لطفل في العاشرة ، وخلال المتابعة ، كان من الصعب أن يستمر في نشاط ما لأكثر من بضع دقائق. وقد أشار إلى عدم رغبته بالمدرسة لأنه لا يملك أصدقاء ولا يلعب جيداً في الكرة ، وقال (إني غير جيد في أي شيء) ، ثم صرح بأن كل شيء طبيعي ، باستثناء كون والديه يعملون كثيراً ولا يقومون معاً بأي نشاط مشترك. وحين سؤاله ما هو النشاط الذي يرغب القيام به مع والديه ، أجاب (أرغب في أن يكون لي أصدقاء ، وأن لا أشعر بالحزن). وعند الحديث مع والديه ، أجابت الأم بأن الأب قد اهتم به كثيراً في الآونة الأخيرة ، وأن الحزن والبكاء يسيطر عليه أكثر الوقت ، ويبكي دون سبب ، كما أنه فقد الاهتمام بالكثير من الأشياء التي كان يتمتع بالقيام بها. إن عمله المدرسي قد تأثر بسبب ذلك وغير قادر على التركيز والتحصيل وإنجاز المهمات الدراسية».

إن الاكتئاب في مرحلة الطفولة قد يأخذ أشكالاً متنوعة: فقد يكون حاداً ، أو مزمناً ، أو يكون اكتئاباً مقنعاً. وسوف نشرح هذه الأنواع بشيء من التفصيل .

- ردود الفعل الاكتئابية الحادة Acute Depressive Reactions. في هذا النوع من الاكتئاب ، يبدي الأطفال عدداً من مظاهر الاكتئاب وأعراضه كما تستمر مع وجود أحداث معينة ترافقها في حياة الطفل. هذه الأحداث قد تختلف من حالة إلى أخرى أو من طفل إلى آخر إلا أنها جميعها تضم فقدان شيء أساسي وعظيم ، وقد قال سترن أن هذا الشيء المفقود هو الانفصال (أي

افتقاد الأم) ، والانسحاب من الأنشطة ، وفقدان المودة أو العطف ، أي افتقاد أشياء مهمة في بيئته .

- ردود الفعل الاكتئابية المزمنة Chronic Depressive Reactions . في هذا النوع من الاكتئاب يبدي الأطفال اكتئاباً واضحاً ، مع ما يرافقه من صفات تميزه ، تظهر بصورة تدريجية وليس فجأة (كما في السابق) . ويتضمن هذا الاكتئاب ، تاريخاً طويلاً من الانفصال المتكرر الذي يعيشه الطفل إضافة إلى الافتقاد وما يرافقه من أحداث ممهدة ، تحدث الاضطراب الاكتئابي .

- ردود فعل الاكتئاب المقنع Masked Depressive Reactions . وفيه يبدو الاكتئاب عند الطفل مقنعاً أو مستتراً بمظاهر سريرية أي أعراض أخرى . فقد يظهر الطفل النشاط الزائد ، أو مشكلات سيكوسوماتية ، أو انحرافاً اجتماعية يبدو وكأنها هي المشكلات التي يعانيها الطفل وتتطلب المعالجة . لقد افترض بعض العلماء أن مثل هذه الحالات يكون الاكتئاب الأساسي الذي يقف خلفها والذي لا يكون واضحاً ، قد يصبح ظاهرياً خلال سياق العلاقة العلاجية مع المعالج ، كأن يظهر الاكتئاب حين الاستجابة إلى الاختبارات الإسقاطية مثلاً .

تشخيص الاكتئاب عند الأطفال وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية :

لقد بين علماء النفس الصفات اللازمة لتشخيص الاكتئاب في مرحلة الطفولة وتصنيفها (كالتصنيف السابق ذكره) . ومع أن العاملين في هذا المجال لم يتفقوا على المعيار المعتمد في عملية التشخيص ، إلا أن هناك اتفاقاً على الخطوط العامة التي توجه عملهم في تشخيص الاكتئاب عند الأطفال .

إن المعيار التشخيصي واللوحه السريرية للاضطرابات الانفعالية كما وردت في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل عام ١٩٨٧ ، لم يصمم أساساً للاستعمال مع الأطفال ، ولكن هنا مبرز يدعم الاعتماد عليه في هذه المرحلة العمرية أيضاً . إن أول معيار وضع لتشخيص الاكتئاب عند الأطفال كان من قبل ستيرين ، حيث وضع الصفات التي تميز الاكتئاب وفقاً للدليل

التشخيصي وما يتفق عليه المعالجون النفسيون . وقد أشار إلى فئتي الاكتئاب الحاد والمزمن باعتبارهما جزءاً أساسياً في التصنيف ، وكما اعتمدها الدليل التشخيصي ضمن فئة حالات الاكتئاب الرئيسية : الاكتئاب الحاد الذي توجد فيه العلامة الرئيسية للاكتئاب مع ضغوط نفسية اجتماعية شديدة ، والاكتئاب المزمن حيث توجد مؤشرات الاكتئاب مع تاريخ عائلي إيجابي . وقال سترن (١٩٨٤) : بالرغم من أن الدليل التشخيصي يضع في تصنيفه فئة الاكتئاب المقنع ، فإن هذه الفئة ، يبدو أنها غير مفيدة أو هامة كالفئتين الأولى والثانية للاكتئاب (أي الحاد والمزمن) ، كما أنها غير جوهرية . هذا الوضع الخاص بالنسبة للاكتئاب المقنع ، قد أكده عدد من علماء النفس . إن المعيار التشخيصي للاكتئاب عند الأطفال أو لوحته السريرية كما وردت في الدليل ذات قيمة هامة في العديد من الدراسات التجريبية والعيادية ، ولتحديد مدى انتشاره وطريقة تشخيصه وقياسه عند الأطفال . وفيما يلي المعيار أو اللوحة السريرية للاكتئاب عند الأطفال كما وردت في الدليل التشخيصي :

أ - هبوط في المزاج ، أو فقدان الاهتمام أو عدم السعادة في مختلف الأنشطة . وما يميز الهمود في المزاج ، الأعراض التالية : الاكتئاب ، الحزن ، العجز ، اليأس ، حساسية ، تهيج . هذا الاضطراب في المزاج يستمر ويبقى ثابتاً نسبياً ، ولكن ليس بالضرورة العرض السائد المهيمن ، أو لا يتضمن الانتقال الآني من حالة همود مزاجي إلى حالة أخرى ، كالانتقال من القلق إلى الاكتئاب إلى الغضب ، كما هو الحال في الذهان الحاد (كالذهان الدوري) . وبالنسبة للأطفال دون سن السادسة يمكن استنتاج هذه الحالة المزاجية عند الطفل من وجود الحزن الثابت في تعبيرات الوجه .

ب - وجود أربعة على الأقل من الأعراض التالية ، وذلك كل يوم تقريباً ، ولمدة تمتد حتى أسبوعين :

١ - ضعف الشهية أو فقدان وزن (حتى بدون حمية) ، أو زيادة واضحة في الشهية بحيث يزداد الوزن بوضوح (في حالة الأطفال دون سن السادسة نلاحظ فقدان الوزن) .

٢- أرق أو فرط في النوم .

٣- تهيج بطني نفسي حركي وليس مجرد الشعور بعدم الراحة (عند الأطفال دون السادسة نلاحظ النشاط الزائد).

٤ - فقدان الاهتمام وعدم الشعور بالسعادة عند القيام بالأنشطة المعتادة ، ونقص الدافع الجنسي (دون السادسة نلاحظ اللامبالاة والتبلد).

٥ - فقدان الطاقة والشعور بالتعب والإعياء .

٦- شعور بالفهافة ، وتدني تقدير الذات ومشاعر الذنب .

٧ - شكاوى معددة وضعف القدرة على التركيز أو التفكير مثل بطء التفكير مع فقدان في الأفكار .

٨ - تفكير متكرر في الموت ، أفكار انتحارية ، رغبة بالموت ، محاولات انتحار .

ج - في حال غياب الأعراض كما في المعيارين (البندين) السابقين أ وب ، نجد ما يلي :

١ - انشغال مسبق ومستمر يرافقه توهمات أو هلوسات .

٢ - سلوك شاذ وغريب .

د- لا يدخل الاضطراب في أي من الاضطرابات الذهانية كالفسام أو الزور .

هـ- لا يعزى إلى أي اضطراب عضوي المنشأ كالذهانات العضوية مثلاً .

يلاحظ أن المعيار التشخيصي قد تضمن توهمات Delusions وهلوسات Hallucinations وسلوك غريب شاذ مما يظهر في بعض حالات الاكتئاب الحاد عند الراشدين . في الواقع بالنسبة لحالة الاكتئاب عند الأطفال ، يجب أن ننتبه إلى أن هذه الأعراض لا تتواجد عندهم . أما الاكتئاب الذهاني عند الأطفال فإنه نادر الحدوث .

العوامل السببية للاكتئاب «نظريات تفسيرية»:

هناك عدد من النظريات التي فسرت الاكتئاب عند الأطفال، وبالرغم من أن هذه النظريات وضعت لتفسير الاكتئاب عند الراشدين، إلا أننا يمكن اعتمادها في فهم الاكتئاب عند الأطفال، وقد أكدت العديد من الدراسات فائدتها العلاجية.

١ - العوامل البيولوجية: لقد ركزت البحوث في هذا الميدان على دور العوامل الوراثية، والدور الذي يمكن أن تلعبه ضروب الشذوذ البيوكيماوي وخاصة الناقلات العصبية التي تسمح بمرور الدفقات العصبية عبر الخلايا. وقد بين كيشاي أن ٧٦٪ من التوائم المتشابهة التي تعاني اضطرابات انفعالية بالمقارنة مع التوائم المختلفة التي كانت النسبة فيها ١٩٪، كما لاحظ أن ٦٧٪ من التوائم المتماثلة عانت حدة الاضطرابات حيث تم تربيتها في بيئات مختلفة كل منها على حدة. ومع أنه لا توجد دراسات توضح الطريقة الخاصة التي تنقل فيها هذه الخواص الجينية، إلا أن هذه البحوث قدمت دليلاً عاماً على دور العوامل الوراثية وخاصة بالنسبة للراشدين. وهناك دلائل تؤكد انتشار الاكتئاب عند الأطفال الذين يعانون والدوهم من هذا الاضطراب، ولكن الدور الذي تلعبه هذه العوامل غير واضح. وبالرغم من وجود بعض الأدلة من دراسات أجريت على الراشدين، حول دور العوامل البيوكيماوية في بعض مرضى الاكتئاب، فإن أكثر الدراسات في هذا المجال أجريت على الأطفال، والنتائج الواضحة غير متاحة.

٢ - نموذج ضغوط الحياة (الشدات النفسية): لقد بينت عدة دراسات أن الاكتئاب قد ينتج عن معاناة الشخص ومروره بخبرات وتجارب حياتية ضاغطة وسلبية مثل الانفصال، الطلاق، موت عزيز، فقدان عمل، هجرة، خسارة مادة. وقد بين العالم بايكل أن مرضى الاكتئاب من الراشدين يظهرون درجات عالية من أحداث الحياة وتغيراتها بالمقارنة مع المجموعات الضابطة (السوية). وقد أكد هذا العالم أن مثل هذه الدرجات العالية من ضغوطات وأحداث الحياة تزيد من الأفكار الانتحارية عند المكتئب. وقد أكد ساراسون أيضاً، أن هناك

علاقة وثيقة بين أحداث وضغوطات الحياة وبين درجات الاكتئاب. أما الدراسات التي أجريت على الأطفال والمراهقين فقد بينت الدور الذي تلعبه ضغوط الحياة في الاكتئاب. ففي دراسة قام بها جونسون (Johnson 1980)، ثبت وجود علاقة بين تغيرات وأحداث الحياة وبين علامات الاكتئاب عند الأطفال، وكذلك الأفكار الانتحارية. ولذلك نقول إن الشدات النفسية أو ضغوطات وأحداث الحياة السلبية، تعتبر عاملاً من عوامل الاكتئاب عند الأطفال والراشدين. وكثيراً ما ننظر إلى هذه الأحداث على أنها العامل المفجر والحاسم الذي تظهر بعده الأعراض مباشرة.

٣ - النموذج والتفسير السيكودينامي: يوضح هذا الاتجاه، الدور الذي يلعبه الافتقاد أو فقدان شيء في نمو الاكتئاب، والافتقاد المقصود، قد يكون واقعياً (مثل فقدان أحد الوالدين بالوفاة أو الطلاق) وقد يكون رمزياً (مثل فقدان مكانه أو مركز). ووفقاً لهذا، فإن الاكتئاب يحدث نتيجة لافتقاد موضوع الحب، ولأن الشخص يحمل مشاعر متناقضة تجاه موضوع الحب (الافتقاد) فإنه قد يوجه مشاعره العدائية نحو ذاته فيعاني الاكتئاب ولوم الذات. هذا النوع من ردود الفعل نحو افتقاد موضوع الحب يحدث أساساً عند الأفراد الذين يتصفون بالثبوت Fixation في المرحلة الفموية من مراحل النمو النفسي الجنسي، ويكونوا اتكاليين كما يخبرون تجارب الافتقاد لموضوعات هامة في حياتهم.

٤ - التفسير السلوكي والمعرفي: لقد ركز بيك وكوفاتش على دور العوامل المعرفية في الاكتئاب. وقد افترض بيك أن الاكتئاب مرتبط بطريقة إدراك الفرد للأحداث في بيئته، وأن المكتتب يظهر طريقة لتفسير الأحداث بشكل يسهم في خلق مشاعر لوم الذات والتنديد بها ومشاعر الفشل، واليأس، مؤثرة في مزاجه العام وطريقة تفاعله مع العالم الخارجي. وهناك اتجاهات متعددة لهذا المنحى السلوكي في تفسير الاكتئاب. فقد افترض فيرستر أن المظاهر المتنوعة للاكتئاب قد تنتج عن الحاجة إلى معززات إيجابية فعالة في البيئة، والتي قد تحدث بسبب أحداث وعوامل متعددة تمتد من تغير مكان السكن إلى الفشل في

المهارات الاجتماعية أو التواصل إلى السلوك المهني .

هذا التفسير يشبه بعض الشيء التفسير السيكودينامي من حيث ربطه الاكتئاب بفقدان موضوع هام في حياة الشخص . ومن النظريات السلوكية في تفسير الاكتئاب ، ما يركز على دور التعلم ، وخاصة نظرية سليجمان Sligman (١٩٧٨) الذي يفسر الاكتئاب في ضوء مفهوم العجز المكتسب أو المتعلم .

وبالرغم من سليجمان قد أعاد صياغة مفهومه عن العجز المكتسب في الفترة الأخيرة ، فإن هذه الصياغة الجديدة أكثر تعقيداً وتركيباً من الصياغة الأصلية . ويفترض أن الاكتئاب يحدث عند الأفراد نتيجة لتاريخهم التعليمي حيث يدركون ذواتهم على أنهم عاجزون وغير قادرين على التحكم بأحداث حياتهم وبيئتهم . وقد شدد كاشاي على العلاقة بين العجز المكتسب واضطرابات الاكتئاب عند الأطفال ، كما أن أكثر هذه النتائج قد تم التوصل إليها من خلال التجارب على الأطفال .

انتشار الاكتئاب وحدوثه عند الأطفال :

لقد ركزت عدة دراسات على مدى حدوث الاكتئاب ونسبة انتشاره بين المرضى النفسيين . وقد وجد وينبرغ ورفاقه أن ٥٧٪ من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ - ١٢ سنة يعانون من الاكتئاب وفقاً للمعيار التشخيصي الذي وضعه الدليل ، وكما سبق ذكره . من جهة أخرى فقد وجد برومباك ورفاقه (Brumback and Others) أن (٦٢) من أصل (١٠٠) من المرضى النفسيين الذين أحيلوا إلى المراكز النفسية والتربوية ، يعانون من الاكتئاب في مرحلة الطفولة . أما عالم النفس بيرس فقد وجد أنه من بين ١٥ - ٢٠٪ من الأطفال الذين أحيلوا للمعالجة النفسية ، يعانون من الاكتئاب ، كما تبين في دراسة أخرى أن ٥٧٪ من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٧ - ١٢ سنة من الذين تم إحالتهم إلى العيادات النفسية ، يعانون من الاكتئاب .

يتبين من هذه النتائج ، أن الدرجة العالية من حدوث الاكتئاب في الطفولة هو بين الأطفال الذين أحيلوا إلى مراكز العلاج النفسي ويعانون من مشكلات

متنوعة. وهناك دراسة حديثة أجراها كارلسون Carlson على عينة من الأطفال عددهم (٢١٠) تم اختيارهم من مراكز العلاج في معهد الطب النفسي ، كما تم تشخيصهم باستخدام مقياس بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory كما أجريت مقابلات لـ (١٠٢) طفل ينطبق عليهم المعيار التشخيصي للاكتئاب كما وضعه الدليل التشخيصي الثالث المعدل (السابق ذكره) ، ووجد أن ٦٠٪ من الأطفال يعانون من أعراض اكتئابية ، وأن ٤٠٪ يعانون من الاكتئاب وفقاً لمقياس بيك .

بسبب صعوبة التوصل إلى نتائج نهائية من هذه الدراسات ، فإن انتشار الاكتئاب يبدو ضعيفاً نسبياً في المجتمع الأصلي للأطفال ، ولكنه أكثر حدوثاً بين الأطفال الذين تمت إحالتهم إلى المراكز العلاجية .

البحوث : بعض المتغيرات والنتائج الحديثة حول الاكتئاب عند الأطفال :

لقد أجريت دراسات عديدة حول العلاقة بين الاكتئاب ومتغيرات أو خصائص الأسرة. فقد تبين لعالم النفس سترن ، أن أشكال الاكتئاب المتنوعة ، مرتبطة بالخلفيات الأسرية المختلفة. كما لاحظ أن عائلات الأطفال الذين يعانون من الاكتئاب الحاد؛ يعانون من اضطرابات نفسية أيضاً ، أما عائلات الأطفال الذين يعانون من الاكتئاب المزمن ، فيعانون من اضطرابات الاكتئاب المتنوعة. وقد بينت دراسات أخرى وجود تاريخ مرضي في الاكتئاب عند أسر الأطفال الاكتئابيين ففي عينة تتألف من ٢٠ طفلاً مكتئباً ، وجد عالم النفس كونييل ، أن ١٢ منهم يعانون من الاكتئاب ، وأن ٤ حالات أخرى ، لهم أقارب يعانون من اضطرابات نفسية متنوعة. وفي دراسة أخرى تبين أن ٥٠٪ من عينة الأطفال المكتئبين الذين درسوا ، هناك على الأقل أحد الوالدين يعانون من الاكتئاب. وفي الدراسات الوصفية ، وجد تشابه بين الأطفال المكتئبين ووالديهم ، فالأطفال الذين يعانون من الاكتئاب أظهروا أشكالاً من السلوك العدوانية ، وضعف الضبط الانفعالي ، في حين كان والدوهم يعانون من مشكلات حادة في التعامل مع العدوان. وفوق ذلك فقد تبين أن والدو الأطفال المكتئبين غالباً ما يكونوا مرفوضين أو منبوذين من قبل

أبنائهم ، ويستجيبون لهم بطريقة غير جيدة. لقد وجد بعض العلماء ، أن بيئة الأطفال الاكثابين ينقصها المعززات الإيجابية الكافية والفعالة ، وقد تحدث هذه البيئة شعوراً بالعجز وضعفاً في القدرة على التحكم بالبيئة ، هذه المشاعر ترتبط أساساً بالاكتئاب وتميزه كما وضع سليجمان . وقد أجريت دراسة لتبيان نمط العلاقة بين أفراد الأسرة عند عينة من الأطفال المكتئبين ، باستخدام طريقة المقابلة الأسرية . والمثير في هذه الدراسة ، أن العلاقات السيئة بين الأم والطفل كانت واضحة ، ولكن فقط خلال الوقت الذي يكون فيها الطفل مكتئباً ، إضافة إلى ضعف العلاقات الاجتماعية مع الأقران . إن هذه النتائج تفترض أنه ليس فقط ضعف المهارات الاجتماعية المتعلقة بالعلاقات مع الأقران هي المشكلة الهامة عند الأطفال المكتئبين ، ولكن نوعية العلاقات بين الوالدين والطفل ، قد تكون نتيجة أيضاً وليست سبباً في الاكتئاب عند الأطفال .

لقد حاول لون ورفاقه (leon 1980) تقديم معلومات تتعلق بأشكال السلوك المرتبطة بالاكتئاب عند الأطفال ، وأخذ معطيات من ١٣٨ طفلاً في المدارس الابتدائية ومن والديهم وذلك بهدف إجراء تقويم لانتشار الاكتئاب عند الأطفال والخصائص أو الصفات المرتبطة به . وقد اختير ٢١ طفلاً من المجموعة المدروسة كانوا يعانون من الاكتئاب بعد أن طبق عليهم مقياس الاكتئاب مثل استخبار شخصية الطفل (PIC) واختبار الاكتئاب لبيك (BDI) ، وكذلك ٢١ طفلاً لا يعانون من الاكتئاب . ومن المقاييس الأخرى المستخدمة على العينة استخبارات الوالد والمعلم من وضع كونر Conner Parent Teacher Questionnaire (الذي يقيس مشكلات مثل اضطرابات التصرف والسلوك ، القلق ، مشكلات التعلم ، مشكلات سيكوسوماتية) ، وكذلك مقياس الاكتئاب عند الأطفال من وضع كوفاتش وبيك Kovacs and Beck Children Depression Inventory ، وكذلك مقياس العمليات المعرفية عند الأطفال Cognition Process Inventory (الذي يقيس عمليات العزو ، وتفسير الأحداث والتوقعات ، والمطامح وطريقة التفكير). وقد وجد علاقة

وثيقة بين هذه المقاييس مع الاكتئاب عند الأطفال . وتبين أن الأطفال المكتئبين يعانون من اضطرابات في التصرف والسلوك ، والقلق والاندفاعية ، والنشاط الزائد ، ومشكلات التعلم ، وأعراض سيكوسوماتية ، بالمقارنة مع الأطفال الأسوياء ، كما تبين أنهم على درجة عالية من ضعف الانتباه ، ومن السلبية بالنسبة لأقرانهم الأسوياء . إن الأطفال المكتئبين كانوا يعززون Attribute وينسبون الأحداث الإيجابية لأسباب خارجية ، أما الأحداث السلبية فيعزونها لعوامل داخلية بالمقارنة مع الأسوياء . من جهة أخرى ، فقد بين سترن ورفاقه ، أن الأطفال المكتئبين قد أظهروا مستويات منخفضة من الناقلات العصبية وخاصة النورابنفرين Norepinphrine وكذلك حامض الفينيل منديلينك Vanillmandlic acid مما يدل على خلل بيوكيماوي ، وذلك في دراساته التي أجراها على مجموعات من الأطفال المكتئبين الذين تتراوح أعمارهم بين ٦ - ١٠ سنوات .

مآل الاكتئاب (بماذا ينذر وما سيؤول إليه):

هناك دراسات قليلة حول مآل الاكتئاب عند الأطفال . ولكن دراسة العالم بوسنانسكي (Poznanski 1976) التي تابع فيها عشرة أطفال مكتئبين لمدة تزيد عن ست سنوات ، تعتبر ذات أهمية خاصة . وفي وقت إعادة التقييم ، فإن الأطفال ظلوا يعانون من الاكتئاب . وتوصل الباحث إلى نتيجة ، هي أن سلوك هؤلاء الأطفال يشبه سلوك الراشدين المكتئبين . كما تبين أيضاً أن هؤلاء الأطفال الذين كانوا يظهرون العدوانية ، قد انخفضت نسبتها عندهم ، لكنهم أصبحوا أكثر اتكالية في سلوكهم . أما دراسة كوفاتش Kovacs فقد أظهرت أن الأطفال الذين شخصت حالتهم الاكتئابية وفق المعيار التشخيصي ، إذا لم يشفوا بعد سنة من العلاج ، فليس من المحتمل شفاؤه في السنة التالية أيضاً ، كما يستمرون في إظهار أشكال من سوء التكيف ترافق الاكتئاب . ووجد أنه بعد تسعة أشهر من تشخيص الاكتئاب عند عينة من الأطفال ، تبين أن ٩٠٪ منهم قد اختفت عندهم اضطرابات التكيف بعد فترة علاج استغرقت ٦ حتى ٩ أشهر .

علاقة الاكتئاب بالانتحار :

إحدى المظاهر المقلقة بالنسبة للاكتئاب عند الأطفال والمراهقين ، هي علاقته بالسلوك الانتحاري ، ومع أن الانتحار نادر الحدوث في مرحلة الطفولة وما قبل البلوغ ، فإنه يحدث ضمن هذه الفئة . ووفقاً للمركز الدولي لإحصاء الصحة (١٩٧٧) فإن حالات الانتحار الناجحة تتراوح بين ١ / ١٠٠ ألف بالنسبة للأعمار من ١٠ حتى ١٤ سنة ، إلى ٧ / ١٠٠ ألف للأعمار من ١٥ حتى ١٩ سنة . في الواقع ، يعتبر الانتحار المسبب الثالث الذي يقود إلى الموت بين المراهقين (بعد الحوادث والقتل) كما أنها في تزايد مستمر كما بين العالم روسن Rosen (١٩٨٢) . إن معرفتنا بهذه المتغيرات والعوامل التي تقود إلى الانتحار عند الأطفال والمراهقين غير كافية ، كما أن هناك سوء فهم حول الانتحار في مرحلة الطفولة كما يوضحه الجدول التالي :

- ١ - لا يحدث الانتحار دون سن السادسة .
- ٢ - السلوك الانتحاري في مرحلة الكمون نادر الحدوث .
- ٣ - من الناحية السيكودينامية والنمائية ، لا يحدث الاكتئاب الحاد في مرحلة الطفولة .
- ٤ - محاولات الانتحار عند الأطفال ، تمثل اندفاعات انفعالية وليست نتيجة محاولات مسبقة طويلة الأمد .
- ٥ - الأطفال غير قادرين معرفياً وجسماً على تنفيذ الانتحار بنجاح .
- ٦ - أكثر أفعال الانتحار في الطفولة هي محاولات وليست خطيرة .
- ٧ - لا يملك الأطفال معاني ومبررات ممكنة لقتل أنفسهم .

يبين هذا الجدول حالات سوء الفهم حول السلوك الانتحاري في مرحلة الطفولة .

يرتبط السلوك الانتحاري بالاكتئاب ، بعلاقة ذات دلالة إحصائية . فقد وجد كارلسون وكانتويل Carlson and Cantwell (١٩٨٢) أن الأطفال الذين دخلوا المشفى لمحاولاتهم الانتحار ، قد حصلوا على درجات عالية من

الاكتئاب ، كما قيس في اختبار الاكتئاب للأطفال . وقد بحثا العلاقة بين خطورة أفكار الانتحار وشدة الاكتئاب . إضافة إلى ذلك فقد وجد كروملي أن ٤٠ حالة من حالات الانتحار كما شخصت وفقاً للمعيار التشخيصي (DSA III R) قد عانوا من اضطرابات انفعالية (مع غياب حالات الهلع) ، وتتفق هذه النتائج مع دراسات قام بها فيفر حين أشار إلى الحالات المتكررة من الاكتئاب خلال الشهر الذي تسبق محاولات الانتحار عند الأطفال . وقد كانت ضغوطات الحياة والشدات النفسية من العوامل الحاسمة والمفجرة لحدوث الاكتئاب . كما تبين أن الأطفال الذين حاولوا الانتحار ، قد أظهروا مستويات عالية من الضغوطات والشدات النفسية بما فيها خلافات أسرية وفقدان وطلاق .

بالرغم من وجود دلائل على العلاقة بين الاكتئاب والانتحار عند الأطفال ، إلا أن هناك عوامل فعالة ومساعدة في هذه العلاقة ، منها المشكلات الأسرية ، والطلاق ، والانفصال ، والرغبة في التخلص من ضغوطات حياتية ، ووجود أعراض مرضية . إن كل هذه العوامل يجب بحثها بدقة . وحتى لو أظهر الأطفال أحياناً محاولات لجذب انتباه الوالدين واهتمامهم ، فإن القدرة على التنبؤ غير دقيقة في التمييز بين الطفل الذي يحاول الانتحار والذي عنده رغبة في الموت . هناك حالات تكون فيها محاولات الأطفال ناجحة ، في معرفتهم للأساليب الانتحارية ، ومع ذلك يجب النظر إليها بدقة واهتمام . إن الأطفال الذين تراودهم أفكار الانتحار ، بحاجة إلى علاج نفسي مكثف ، من أجل مواجهة الأزمات والشدات النفسية التي يواجهونها والتي تسهم في خلق حالتهم هذه . وطرق العلاج المتبعة هي : العلاج النفسي خارج المشفى ، والعلاج الدوائي ، والعلاج التكاملية داخل المشفى ، مع متابعة الحالة باستمرار .

علاج الاكتئاب عند الأطفال :

لقد شدد عدد من المعالجين النفسيين على دور العلاج الفردي ، والعلاج الأسري أو علاج العائلة ، والعلاج الجماعي ، وفعاليته في معالجة الاكتئاب . وهناك مؤشرات تبين أن العلاج الدوائي ذو قيمة عالية ، وأن مضادات

الاكتئاب مثل الإميرامين Imipramine (توفرانيل) وكذلك أميتربتلين Amitriptyline (إلافيل) لها نتائج إيجابية وجيدة. وقد تبين أن ٧٥٪ من الأطفال قد استجابوا بشكل جيد لهذه الأدوية. وبغض النظر عن فوائدها واستعمالها ، فإن العالم كاشاني Kashani لاحظ أن هناك اتفاقاً واضحاً وإجماعاً عاماً ، على أنه حين استعمال هذه الأدوية يجب الانتباه إلى البيئة المحيطة بالطفل ، مثل الأسرة والعلاقات بين الفرد وبيئته وفي المدرسة أيضاً ، وأنه يفضل استعمال عدة طرق علاجية .

* * *