

هراس در کودکان

(قسمت دوم)

شکوه نامدار و زهره وطنی

حقوق - ورودی ۷۵

انواع اختلالات ترس

اختلال وحشت زدگی: ویژگی اصلی وحشت زدگی، یک دوره ترس یا ناراحتی شدید است که بطور ناگهانی شروع شده و سرعت - معمولاً در عرض ده دقیقه یا کمتر - به اوج خود می‌رسد. اغلب با احساس خطر یا احساس پیامدهای شوم قریب الوقوع و تمایل به فرار و حداقل با نمودار شدن چهار مورد از مواردی چون تپش قلب، عرق کردن، سوز، احساس تنگی نفس یا بسته شدن راه گلو، احساس خفگی، درد یا ناراحتی در قفسه سینه، تهوع یا ناراحتی شکم، احساس سرگیجه یا منگی، مسخ واقعیت یا شخصیت، ترس از دیوانه شدن یا از دست دادن کنترل، ترس از مرگ و برافروختگی نمودار می‌شود که بدون حالت‌های گذرهراسی در افراد مبتلا قابل تشخیص است.

سه نوع وحشت زدگی را می‌توان براساس چگونگی پدیدار شدن آنها مشخص کرد. این سه نوع عبارتند از:

۱) حمله‌های وحشت زدگی غیر منتظره (بدون نشانه)

۲) حمله‌های وحشت زدگی وابسته به موقعیت

۳) حمله‌های وحشت زدگی با زمینه موقعیتی

در نوع اول، هیچ وقت شروع حمله

وحشت زدگی به یک عامل فراخوان موقعیتی وابسته نیست و در واقع ناگهانی و بدون دلیل است. در نوع دوم، حمله‌های وحشت زدگی تقریباً همیشه بلافاصله و در معرض یک عامل فراخوان موقعیتی، نظیر دیدن مار و سگ پدیدار می‌شود. و در نوع سوم، حمله‌های وحشت زدگی ممکن است با قرار گرفتن در معرض عامل فراخوان ظاهر شوند، ولی این همانندی همزمان نبوده و ممکن است با تأخیر روی بدهد؛ در واقع این نوع حمله‌ها در قالب هیچ یک از روابط حاکم بر دو نوع اول نمی‌گنجد.

ویژگی اصلی اختلال وحشت زدگی وجود حمله‌های برگشت کننده و غیر منتظره است که در پی آن، فرد حداقل یک ماه بیمناک تکرار آن یا نگران پیامدهای رفتاری آن می‌باشد. در این وضعیت، افراد مبتلا پیوسته مضطرب و بیمناکند و از همین رو نیازمند اطمینان بخش دایمی هستند. از دست دادن یا گسستن روابط مهم بین فردی با شروع یا تشدید این اختلال همراه است.

افراد مبتلا به این اختلال معمولاً روحیه ضعیفی دارند و در بسیاری مواقع، در مورد مشکلات مربوط به

فعالیت‌های روزمره دل‌سرد و شرمند می‌شوند و معمولاً به علت تعمیم این روحیه و پیامدهای آن، از کار و مدرسه غیبت می‌کنند که خود موجب اخراج این افراد از مدرسه و بروز مشکلات دیگر می‌شود و افسردگی آنها را دامن می‌زند. در برخی از افراد احتمال دارد وقوع این اختلال بصورت دوره‌ای و توأم با سالها بهبودی در بین دوره‌ها رخ دهد یا نشانه‌های شدید و پیوسته داشته باشد.

به نظر می‌رسد که ترس‌های مربوط به دوران کودکی، زمان نسبتاً کوتاهی داشته باشند. همچنین می‌توان انتظار داشت واکنش‌های خفیف ترس و نیز آنهایی که به دوره بخصوصی از رشد مربوط می‌شوند سرعت از بین بروند.

اختلال گذرهراسی: در این اختلال، محور ترس بر رویداد نشانه‌های شبه وحشت زدگی یا حمله‌هایی با نشانه محدود ناتوان کننده یا بشدت ناراحت کننده است. این حمله‌های وحشت زدگی کامل نیستند. ویژگی اصلی این نوع اختلال، اضطراب از حضور در مکانها و یا موقعیتهایی است که فرار از آنها احتمالاً دشوار یا شرم‌آور است، یا احساس می‌شود که در صورت وقوع

حمله‌های وحشت‌زدگی امکان دریافت کمک وجود نداشته و ندارد. این حالت معمولاً منجر به اجتناب فراگیر از برخی موقعیتها می‌شود که ممکن است شامل تنها بودن در خانه یا خارج از خانه، در میان جمعیت بودن، مسافرت با اتومبیل، اتوبوس یا هواپیما، رفتن روی پل یا قرار گرفتن در آسانسور باشد.

اختلال وحشت‌زدگی همراه با گذرهراسی: این اختلال در واقع اختلالی بسا حمله‌های وحشت‌زدگی غیر منتظره و برگشت‌کننده با طول حداقل یک

ماه و نگرانی مستمر درباره وقوع حمله‌های اضافی یا تلویحات و پیامدهای حمله و تغییر عمده در رفتار به دلیل وقوع حمله (اختلال وحشت‌زدگی) و وجود گذرهراسی است. با این تعریف، معلوم می‌شود که این وضعیت یک اختلال ترکیبی میان اختلال وحشت‌زدگی و گذرهراسی است. در این اختلال نیز حمله‌های وحشت‌زدگی نباید ناشی از اثرات فیزیوتراپی مستقیم مواد همچون سوء مصرف دارو، دارو درمانی و یا یک بیماری جسمانی نظیر پرکاری تیروئید باشد و از طرف دیگر این حمله‌ها بر حسب یک اختلال روانی دیگر نظیر هراس اجتماعی، هراس شخص، اختلال وسواس فکری - عملی، اختلال فشار روانی، پس آسیبی و اختلال اضطراب جدایی پیامد دیگری

ندارد.

اختلال هراس مشخص: آنچه بعنوان ویژگی اصلی این نوع اختلال مطرح می‌شود ترس آشکار و مستمر

لزومی برای این تشخیص مطرح نمی‌شود؛ مثلاً برای کسی که بشدت از مار می‌ترسد اما در منطقه‌ای خالی از مار زندگی می‌کند و از داشتن ترس از مار

سن	ترسها
۶-۶ ماهگی	صداهاى بلند، عدم مراقبت
۹-۶ ماهگی	بیگانه‌ها
۱ سالگی	جدایی، آسیب، توالی
۲ سالگی	موجودات خیالی
۳ سالگی	سگ، تنهایی
۴ سالگی	تاریکی
۶ تا ۱۲ سالگی	مدرسه، آسیب، رویدادهای طبیعی، رویدادهای اجتماعی، آسیب اجتماعی
۱۹ سالگی به بالا	آسیب، رویدادهای طبیعی و جنسی

برگرفته از میلر و همکاران، ۱۹۴۷

ناراحت نیست، تشخیص هراس، لزومی ندارد.

کودکان از محرک هراس آور فرار می‌کنند اما گاهی هم آن را با وحشت و اضطراب تحمل می‌کنند. این تشخیص تنها زمانی رواست که اجتناب ترس یا انتظار توأم با اضطراب برای رویارویی با محرک هراس آور بطور قابل ملاحظه‌ای با فعالیتهای روزمره، کارکرد شغلی یا زندگی اجتماعی شخص تداخل کند و یا موجب پریشانی گردد. شرط تشخیص در افراد زیر هیجده سال، دوام نشانه‌ها حداقل به مدت شش ماه است.

این اختلال بر اساس تقسیم‌بندی کانون ترس یا اجتناب، پنج طبقه فرعی دارد که عبارتند از:

۱- نوع حیوانی: شروع این هراس از کودکی است و طی آن کودک از

از اشیا یا موقعیتهای قابل مشاهده و محدود است که در معرض محرک هراس آور تقریباً بلافاصله منجر به بروز واکنش اضطرابی شده و به شکل وحشت زدگی وابسته به موقعیت یا با زمینه موقعیتی نمود می‌یابد. فرد مبتلا در موقع حضور یا انتظار رویارویی با یک شیء یا موقعیت خاص دچار ترس قابل ملاحظه مستمر، مفرط و نامعقول می‌گردد. کانون این ترس ممکن است انتظار آسیب یا صدمه دیدن جنبه‌ای از یک شیء یا موقعیت باشد، مثلاً از سگ بترسد چون نگران است که او را گاز نگیرد.

ترس از اشیا یا موقعیتهای معین، بویژه در کودکان بسیار متداول است اما باید توجه داشت که اگر این ترسها بطور قابل ملاحظه‌ای مزاحم کارکردهای فرد نباشد یا منجر به پریشانی آشکار نگردد،

حیوانات و حشرات می‌ترسد.

۲- نوع محیط طبیعی: معمولاً در دوران کودکی شروع می‌شود. کودک مبتلا، از اشیاء یا رخدادهاى موجود در محیط طبیعی مانند طوفان، گردباد، سیل، رعد و برق، تاریکی، آب و غیره در هراس است.

۳- نوع خون، تریق، آسیب: ریشه این هراس عمدتاً خانوادگی است و از دوران کودکی آغاز می‌شود. اغلب بر اساس واکنش شدید عصب و رگ مشخص می‌شود و در واقع ترسی است که کانون آن دیدن خون یا زخم یا سایر تدابیر دردناک پزشکی است.

۴- نوع موقعیتی: یک مرحله از این هراس که اوج آن است در دوران کودکی و دیگری در روابط دهه سوم زندگی است. فرد مبتلا از یک موقعیت خاص همچون مسافرت با وسایل عمومی، تونل، آسانسور، پل، پرواز، رانندگی، توالت، حمام و غیره هراس دارد.

۵- سایر انواع: معمولاً در کودکان مبتلا به این هراس، اضطراب توأم باگریه، داد و فریاد، سفت کردن اندامها و یا محکم چسبیدن دیده می‌شود. این هراسها بطور کلی موجب محدودیت سبک زندگی و تداخل در تحصیل و شغل و حتی سلامتی جسمی می‌شوند. شیوع این اختلال مشخص بنا به گزارش DSMI دورنمایی است که یک اوج آن در کودکی و اوج دیگر آن در اواسط دهه سی سالگی است. میزان شیوع این اختلال در دختران و زنان بیشتر از

پسران و مردان است. با این همه باید در زمینه تحلیل تفاوت‌های جنسی محتاط بود.

اختلال هراس اجتماعی: ویژگی
این اختلال، ترس آشکار و مستمر از موقعیتهای اجتماعی یا عملکردی است که ممکن است موجب شرمندگی گردد. در افراد مبتلا، قرار گرفتن در معرض موقعیتهای اجتماعی یا عملکردی، بلافاصله منجر به اضطراب می‌شود که ممکن است بصورت حمله وحشت‌زدگی وابسته به موقعیت یا با زمینه موقعیتی نمود یابد.

نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به این اختلال، متوجه غیر منطقی و مفرط بودن ترس خود هستند ولی این مسأله در مورد کودکان الزامی نیست. تنها در صورتی این تشخیص مناسب خواهد بود که اجتناب ترس یا اضطراب حاصل از رویارویی یا موقعیت اجتماعی یا عملکردی بطور قابل ملاحظه‌ای با فعالیتهای عادی کارکرد شغلی و زندگی اجتماعی تداخل کند یا شخص، پرنشانی آشکاری را در مورد ابتلا به هراس نمودار سازد. لزوم تشخیص این امر در افراد زیر هجده سال، دوام حداقل شش ماهه نشانه‌های اختلال است. افراد مبتلا در موقعیتهای اجتماعی یا عملکردی ترس آور، نگران و آشفته‌اند و از شرمندگی و احتمال تغییر واهمه دارند، به انتقاد حساسند، از خویشتن ارزیابی منفی دارند، عزت نفسشان ضعیف است، احساس حقارت

می‌کنند و در ابراز خود مشکل دارند. اغلب در مدرسه بعلت اضطراب، پیشرفت چندانی ندارند و به علت عملکردهای اجتنابی در مجموعه‌ای از فعالیتهای مدرسه، محیط اجتماعی و شغلی احتمالاً شکست می‌خورند. در کودکان مبتلا، گریه کردن، داد و فریاد، چسبیدن و یا ماندن در کنار یک شخص آشنا، محدود کردن روابط و تا حدودی موتیسم قابل انتظار است.

احتمال دارد کودکان خردسال در موقعیتهای اجتماعی، کمروبی افراطی، کناره‌گیری و عملکرد اجتنابی نشان دهند و به آشناها بچسبند؛ بر خلاف بزرگسالان، کودکان مبتلا به هراس اجتماعی، امکان اجتناب از همه موقعیتهای ترس آور را ندارند و ممکن است قادر به شناسایی و اهمیت اضطرابشان نباشند. به دلیل شروع زودرس و مزمن این اختلال، آشفتگی در کودکان، بیشتر به شکل ناتوانی در دستیابی به سطح کارکرد مورد انتظار نمودار می‌شود تا افول سطح کارکرد بهینه. البته در دوره نوجوانی امکان دارد در عملکرد اجتماعی و تحصیلی افت پدیدار شود. بطور کلی به نظر می‌رسد نسبت دخترها در ابتلا به این اختلال بیشتر از پسرها باشد. البته این امر بشدت تحت تأثیر تربیت، فرهنگ جامعه و انتظارات جنسیتی است.

درمان هراسهای کودکی

در زمینه درمان هراسهای دوران کودکی، با کمک نظریه پویایی روانی،

مطالعات موردی بسیاری وجود دارد. (مثال برونشتاین ۱۹۴۹، اسپرلینگ ۱۹۵۲) اما تحقیق نظامدار در این زمینه اندک است. در این نظریه هراسها بخشی از تصویر یک عارضه بزرگتر هستند که به فعالیتهای دفاع از استقلال و رویگردانی مربوط می‌شود. درمان هراس اغلب شامل تحلیل، تبیین و پیشنهاد است. بسیاری از گزارشهای اولیه درمان رفتاری نیز از نوع مطالعات موردی است؛ اما اخیراً برای اجرای تحقیقاتی که جریان قابل کنترلی دارد تلاشهایی صورت گرفته که این تلاشها دارای محدودیتهایی است. اکثر این بررسیها به ترسهایی با شدت کم و متوسط پرداخته‌اند. در حالی که کارآیی درمان در مورد ترسهای شدید همچنان به میزان زیادی نامشخص مانده است. افزون بر آن اکثر مطالعات، شماری از تکنیکهای مختلف را ترکیب می‌کنند و به این ترتیب ارزشیابی کارآیی شیوه‌های انفرادی را مشکل می‌سازند. یکی از پرکاربردترین شیوه‌های درمان رفتاری هراس حساسیت زدایی نظامدار است. در این شیوه، چندین موقعیت ترس آور که شدت ترس از آنها بتدریج افزایش می‌یابد فراهم می‌شود. سپس از شخص می‌خواهند که این صحنه‌های ترس آور را یکی پس از دیگری نظاره کند. در این حین، مشاهدات وی با رهایی از فشار (relaxation)، با واکنشهای دیگری که با ترس توافقی نداشته

باشد قرین می‌شود تا بتوان ترس آورترین صحنه را براحتی مشاهده کرد. در ارزشیابی کارآیی درمان، از آزمونهای رفتاری نزدیک شدن به چیزهای ترسناکه مثل مار استفاده می‌شود. "حساسیت زدایی نظامدار" نشان داده است که این روش، در کاستن از ترسهای بزرگسالان مؤثر بوده است. اما به رغم آنکه توصیه می‌شود این شیوه برای کودکان نیز به کار آید، استفاده از آن با حمایت کامل روبرو نبوده است. بکارگیری روش "حساسیت زدایی نظام دار" در مورد کودکان مبتلا به هراس (۱۱ الی ۱۶ سال) بیشتر از سایر گروههای سنی پذیرفته شده است. اما حتی در اینجا هم بررسیهای درستی که روی روش عمل، تحقیق کرده باشند، اندک است.

بهره‌گیری از مدل‌های درمانی

پرکاربردترین شیوه درمانی، مدل سازی است. شیوه مدل سازی نشان داده است که می‌تواند برای کنترل موقعیت، بسیار خوب عمل کند و در مورد گروههای سنی نسبتاً بیشتری به کار آید. هرچند به نظر می‌رسد مشاهده یک مدل واحد در کاستن از ترس مؤثر باشد اما مشاهده مدل‌های چندگانه و استفاده از محرکهای ترس آور گوناگون در کارورزی احتمالاً به کارآیی روش می‌افزاید. مدل سازی همراه شیوه‌ای است که در آن، کودک ترسان ضمن مشاهده صحنه ترسناکه با پیشروی تدریجی سرانجام به مدل می‌پیوندد. این شیوه یکی از شیوه‌های

درمانی بسیار مؤثر است. چند تن از دست اندرکاران (مایکن بوم ۱۹۷۱) نیز اظهار داشته‌اند که می‌توان کارآیی روش مدل سازی را از طریق استفاده از مدل‌هایی که بر موقعیت غلبه می‌کنند، افزایش داد. در این شیوه به جای آنکه فرد از ابتدا مسلط بر وضعیت باشد و ترسد، رفتاری حاکی از ترس نشان می‌دهد و در انتها بر ترس خود غلبه می‌کند.

درمانهای شناختی

برخی از پژوهشگران برای درمان ترس کودکان، به مطالعه تأثیر باورها و شناختها پرداخته‌اند. شیوه شناختی کنترل نفس کانفر (کانفر، کارومی، نیومن ۱۹۷۵) نمونه‌ای از این تلاش است. در این تجربه کودکان کودکانی که از تاریکی می‌ترسیدند، کودکانی که از تنها بودن در یک اتاق تاریک بمدت سه دقیقه هراس داشتند، در یکی از سه وضعیت تعیین شده جای گرفتند. یک پژوهشگر کودک تنها را داخل یک اتاق تاریک مجهز به دستگاه تنظیم جریان برق برد که کودک را قادر می‌ساخت روشنایی اتاق را تنظیم کند. کودک همچنین می‌توانست با استفاده از دستگاه ارتباط داخلی هر زمان که بخواهد پژوهشگر را به داخل اتاق بخواند. پژوهشگر اتاق را ترک و برای آنکه بداند کودک چه مدت می‌تواند تاریکی را تحمل کند، زمان خروجش از اتاق را ثبت کرد. به دنبال این پیش آزمون، به کودکانی که در وضعیت

میزان تأثیر بخصوص شیوه‌های شناختی مقدور نیست.

منابع و مآخذ:

- ۱- لطفی کاشانی - فرح و شهرام وزیری: روانشناسی مرضی کودک، نشر ارسباران، چاپ اول، زمستان، ۱۳۷۶
- ۲- نوایی نژاد- شکوه: رفتارهای بهنجار و نابهنجار، نشر گیتی، زمستان، ۱۳۷۳
- ۳- سیف نراقی - مریم و عزت‌الله نادری: اختلالات رفتاری کودکان و روشهای اصلاح و ترمیم آن دفتر تحقیقات و انتشارات بدر.
- ۴- ویکس - نلسون و ایزرائیل الن سیرینا: اختلالهای رفتاری کودکان، معاونت فرهنگی آستان قدس

کودکانی که تکرار جمله‌های "شایستگی" را آموخته بودند، بیشترین امتیاز را کسب کردند. در عین حال همه گروههایی که جمله‌هایی را آموخته بودند، بهبود نشان دادند. این بهبود نشان می‌دهد که در برخورد با محرک ترس آفرین، برخی تعدیلهای صورت گرفته است.

برخی مطالعات، برای ترسهای در حد بالینی در پی یافتن درمان برآمده‌اند و به عنوان بخشی از برنامه درمان از شیوه‌های شناختی بهره گرفته‌اند. این شیوه‌ها با موفقیت همراه بود؛ اما در حال حاضر، ارزیابی

"شایستگی" جای گرفتند آموخته شد تا جمله‌هایی را مانند: "من پسریا دختر شجاعی هستم"، من می‌توانم مراقب خودم باشم" با خود تکرار کنند. به کودکان گروه "محرک" جمله‌هایی مانند "بودن در تاریکی تفریح خوبی است"، آموزش داده شد. منظور از آموزش چنین جمله‌هایی این بود که نیروی بالقوه ترس از تاریکی در آنها کم شود. به آنهایی که در گروه "کنترل" بودند، جمله‌های نامربوطی مانند "مری یک بره داشت" آموخته شد. در آزمون نهایی که بلافاصله پس از کارورزی انجام شد،

ادامه از صفحه ۳۱

لاعزاء لها و رزیه لا خلف لها .

- (۱) نفس المصدر، ج ۱۰، ص ۴۳۵
- (۲) المجلسی - محمدباقر: بحار الأنوار، ج ۲۲، ص ۵۲۳
- (۳) قمی - عباس: بیت الأحران فی ذکر أحوالات سیده نساء العالمین فاطمة الزهراء (ع)، ص ۱۴۰
- (۴) المجلسی - محمدباقر: بحار الأنوار، ج ۴۳۷ ص ۱۵۶ و جاء فی هذا الكتاب نقلاً عن كتاب "الذرية الطاهرة" للدولابی فی وفاتها (ع)، ما نقله عن رجاله قال: لبثت فاطمة بعد النبي (ص) ثلاثة اشهر و قال ابن شهاب، ستة اشهر. و قال الزهري، ستة اشهر و مثله عن عائشه و مثله عن عروة بن الزبير و عن ابی جعفر محمد بن علی (ع) خمساً و تسعين ليلة، فی سنة احدى عشرة، و قال ابن قتیبه فی معارف ائمة يوم. (ج ۴۳، ص ۱۸۸-۱۸۹) و هذا الخلاف یؤدی الى الخلاف فی يوم وفاتها (ع).
- (۵) بحار الانوار، ج ۴۳، ص ۲۱۵، و فی ذلك خلاف

(۶) همان منبع، ص ۱۸۹

فيا ساكن الصحرا علمتني البكاء

و ذكرك أنسانی جميع المصائب

فان كنت عني في التراب مغيباً

فما كنت عن قلبي الحزين بغائباً

و بعد خمسة و سبعين يوماً من وفاة

أبيها أي في الثالث من جمادى الآخرة

رجعت الزهراء (ع) إلى ربها راضية

مرضية و هي بنت ثمانی عشرة سنة،

رجعت و قد كانت تأن من عناء أمة

النبي (ص) و انحرافه عن صراطه

المستقیم، رجعت و أساریر و وجهها تحكى

قصة العذاب، هذه المعاناة التي صيرت

ایامها لیالیاً، رجعت و قد حزنت علی ابیها

و مارویت مبتسمة بعد وفاته الا عند ما

جعلت علی السریر نعشاً، رجعت و

فارقت امیرالمؤمنین علیاً (ع) مصيبة

و قالت بعد أن أخذت قبضة من تراب

القبر جعلتها علی عینیها و وجهها:

ما ذا علی من شمّ تربة احمد

أن لا یشمّ مدى الزمان غوالیا

صبت علی مصائب لو أنّها

صبت علی الأيام صون لیالیاً

و أنشدت:

إذا مات يوماً میت قلّ ذكره

و ذكر أبی مذمات و الله أزید

تذكرت لما فرّق الموت بیننا

فعرّیت نفسی بالنبی محمد

فقلت لها، إنّ المات سیلنا

و من لم یمت فی یومه مات فی غد

و قالت:

إذا اشتدّ شوقی زرت قبرك باکیا

أنوح و أشکو لا أراک مجاوی