الجمهورية العربية السورية

وزارة التعليم العالي

جامعة دمشق

كلية الطب البشري

انتشار اضطرابات القلق و اضطراب الشدة ما بعد الرض عند عينة من الأطفال و علاقتها مع الرض النفسي

Prevalence of anxiety disorders and posttraumatic Stress disorder among children and its relationship with the psychological trauma

بحث علمي أعد لنيل شهادة الدراسات العليا التخصصية في الطب النفسي

إعداد الباحث : أيهم وليد غزال دراسات عليا - اختصاص الطب النفسي

بإشراف	برئاسة
الأستاذ الدكتور يوسف لطيفة	الأستاذ الدكتور رائد أبو حرب
رئيس شعبة الطب النفسي	رئيس قسم الأمراض الباطنة
في مستشفى المواساة الجامعي	في مستشفى المواساة الجامعي

قسم الأمراض الباطنة

٢٠١٧

تصريح

أنا أيهم وليد غزال أقدم هذا البحث لنيل شهادة الماجستير في الطب النفسي وأصرح على مسؤوليتي الكاملة أن العمل المقدم فيما يلي من إنتاجي بالكامل ، وكل المعلومات المستقاة من مصادر أخرى فيه مسندة إلى أصحابها بكل دقة ، وأن الاقتباسات الحرفية من أعمال أخرى _إن وجدت_ لا تتجاوز الحجم الأدنى الضروري للاقتباس ، ومبينة بوضوح بحصرها بين علامات تنصيص (..) ومسندة صراحة إلى مصادرها.

إهداء وشكر:

إلى معلم الناس الخير نبي الرحمة و نور العالمين ....رسول الله محمد صلى الله عليه وسلم

إلى من كلله الله بالهيبة والوقار .. إلى من أحمل اسمه بكل افتخار .. إلى من حصد الأشواك عن دربي ليمهد لي طريق العلم (والدي العزيز)

إلى ينبوع الصبر والأمل والعطاء إلى معنى الحب وبلسم الشفاء .. إلى من كان دعائها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي إلى أغلى الحبايب .... أمي الغالية

إلى شريكة حياتي و رفيقة دربي .....زوجتي الغالية

شكر من القلب إلى الذين حملوا رسالة هي من أقدس الرسالات في الحياة ...إلى الذين مهدوا لنا طريق العلم والمعرفة ... إلى جميع أساتذتي الأفاضل.....و أخص بالشكر

الأستاذ الدكتور يوسف لطيفة الذي لم يدخر جهداً في تسهيل كل العقبات أمامي والذي له فضل كبير لما وصلت له

الأستاذ القدير ثائر حيدر ومشرفي الأفاضل الدكتور غيث صالح و الدكتورة لانا سعيد الذين كانوا عونا لي خلال مسيرة الاختصاص ونوراً يضيء الظلمة التي كانت تقف أحيانا في طريقي .

و أيضاً طلاب الدراسات الذين أشرفوا عليّ.... كنان الضمان و رواد الحانوت على ما قدموه من علم و إرشادات كان لها أثر عظيم في ما وصلت إليه

إلى الزميل العزيز عصام الحجلي الذي شاركني سنوات اختصاصي و إلى الزملين مصطفى و مارينا و إلى بقية الزملاء الأعزاء ..... أتمنى لكم كل خير

الفهرس

أولاً ـ الخلفية وأهداف البحث
ثانياً ـ القسم النظري
الاضطرابات القلقية
اضطراب قلق الانفصال
اضطراب القلق المعمم
اضطراب الرهاب الاجتماعي
الوبائيات
الأسباب والآلية المرضية
الأعراض السريرية
التشخيص التفريقي
السير والانذار
العلاج
العلاج النفسي
العلاج الدوائي
اضطراب الشدة ما بعد الصدمة
الوبائيات
الأسباب والآلية المرضية
الأعراض السريرية
التشخيص التفريقي
السير والانذار
العلاج
العلاج النفسي
العلاج الدوائي
ثالثاً ـ القسم العملي
الفرضيات ومراحل العمل
الدراسة الاحصائية
النتائج
المناقشة
التوصيات والمقترحات
رابعا: المراجع
خامساً ـ الملحقات
المعايير التشخيصية حسب ال DSM_V
استبيان المعلومات الديموغرافية
الموافقة المستنيرة.

أولاً : خلفية البحث و أهدافه

خلفية البحث :

يتعرض الأطفال خلال الأزمات و الحروب للعديد من أشكال الرضوض النفسية و التي تخترق و بشدة حاجز الصحة النفسية لديهم محدثة العديد من الأمراض النفسية كالاضطرابات القلقية و اضطراب الشدة ما بعد الرض و هناك الكثير من الدراسات حول طبيعة الأعراض و المشكلات النفسية التي تصيب الأطفال في مناطق الأزمات .

إن معدل انتشار الاضطرابات القلقية عند الأطفال ٤ – ٢٠ % (١) و في دراسات أخرى ١٣ % (٢)

و معدل انتشار اضطراب الشدة ما بعد الرض عند الأطفال الذين تعرضوا لأحداث راضة بين ٥-٤٥% (٣ حتى ٣٢)

حسب ما تبين بإحدى الدراسات بعنوان (اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المعرضين للعنف الأسري والأحداث الراضة) أن الرضوض النفسية تؤدي إلى اضطراب ما بعد الصدمة في حوالي ربع الأطفال ٢٤,٦٪ كما تبين أن هؤلاء الأطفال لديهم العديد من الأمراض النفسية خصوصاً قلق الانفصال ، مما يدل على التأثير السلبي الكبير للصدمات النفسية على الأطفال .(٣)

ففي دراسة في البوسنة كانت نسبة انتشار اضطراب الشدة ما بعد الرض ٥١,٦ % (٣٣)

و دراسة في فلسطين بعنوان الشدات الاجتماعية و الاضطرابات القلقية في قطاع غزة ، عام ١٩٩٨م ، أظهرت نتائج الدراسة أن الاضطرابات القلقية تنتشر بنسبة ٢١,٥% (٣٤)

وفي دراسة أخرى نسبة انتشار اضطراب الشدة ما بعد الرض ٣٥,٩% (٣٥)

كان اضطراب الشدة ما بعد الرض أكثر لدى الأطفال القادمين من أسر ذات دخل مادي محدود

وكان ٣٠,٩٪ من الأطفال لديهم اضطراب قلق . لا توجد فروق في حدوث الاضطرابات القلقية بين الأولاد والبنات . وكان القلق أكثر في الأطفال الذين يعيشون في المخيمات والدخل الشهري المحدود . كانت الأحداث الصادمة مرتبطة بشكل إيجابي مع حدوث الاضطرابات القلقية و تطور اضطراب الشدة ما بعد الرض

وفي كامبوديا بعد المتابعة لمدة ثلاث سنوات كانت نسبة انتشار اضطراب الشدة ما بعد الرض ٤٨% (٣٦)

أهداف البحث Aims of search

١- دراسة نسبة انتشار اضطرابات القلق عند عينة من الأطفال المراجعين للعيادة النفسية في مستشفى الأطفال الجامعي بدمشق .

٢- دراسة نسبة انتشار اضطراب الشدة ما بعد الرض عند عينة من الأطفال المراجعين للعيادة النفسية في مستشفى الأطفال الجامعي بدمشق.

٣- دراسة نسبة التعرض للرضوض النفسية ضمن عينة البحث .

٤- دراسة العلاقة بين انتشار اضطرابات القلق و التعرض للرضوض النفسية ضمن عينة البحث.

٥- دراسة الفروق بين انتشار اضطرابات القلق و كل من العمر و الجنس و الحالة المادية .

٦- دراسة الفروق بين انتشار اضطراب الشدة ما بعد الرض و كل من العمر و الجنس و الحالة المادية .

ثانياً : القسم النظري :

الاضطرابات القلقية :
يعرف القلق (Anxiety) بأنه حالة انفعالية موجهة للمستقبل مترافقة مع التهيؤ لأحداث سلبية قادمة محتملة ، كما يعرف الخوف بأنه استجابة انذارية لخطر واقع أو وشيك الوقوع سواء أكان حقيقيا ملموسا أو متخيلاً . (٣٧)
إن كل طفل لابد و أن يتعرض لحالة من القلق لكنها تتسم بالعبور السريع و المؤقت دون أن تؤثر سلباً أو تسبب ضررا في أي جانب من جوانب الحياة و اذا اختلت هذه الشروط أصبحنا أمام اضطراب قلقي مرضي و لابد من التدخل نفسياً لعلاج هذا الاضطراب .
تضم اضطرابات القلق ، اضطراب قلق الانفصال (Separation Anxiety Disorder) ، اضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي) Social Anxiety Disorder (Social Phobia) ، اضطراب القلق المعمم (Generalized Anxiety Disorder) و اضطرابات أخرى كالرهابات المحددة و اضطراب الهلع و .... (٣٨)
تتنبأ اضطرابات القلق في مرحلة الطفولة بمجموعة واسعة من الاضطرابات النفسية في مرحلة المراهقة بما في ذلك اضطرابات القلق الإضافية ، ونوبات الهلع ، والاضطرابات الاكتئابية .

وتتميز اضطرابات القلق بالإستثارة العاطفية والفسيولوجية المتكررة رداً على التصورات المفرطة للخطر أو التهديد المتصور .

اضطرابات القلق التي توجد عادة في الأطفال تشمل اضطراب قلق الانفصال ، واضطراب القلق المعمم ، واضطراب الرهاب الاجتماعي .

لذا سنقصر الحديث على هذه الاضطرابات :

غالبا ما توضع بالحسبان هذه الاضطرابات الثلاثة معاً لدى الأطفال في عملية التقييم والتشخيص التفريقي ، وفي تطوير استراتيجيات العلاج ، لأنها تتشارك بدرجة عالية ولها أعراض متداخلة ، إذ يوجد احتمال ٦٠ في المئة لوجود اثنين من هذه الاضطرابات معاً و ٣٠ في المئة لديهم الاضطرابات الثلاثة مجتمعة . قد يكون لدى الأطفال أيضاً اضطرابات قلق مشاركة إضافية مثل الرهابات المحددة أو اضطراب الهلع . يتميز كل من اضطراب قلق الانفصال ، واضطراب القلق المعمم ، واضطراب القلق الاجتماعي عن بعضها البعض من خلال أنواع الحالات التي تثير القلق المفرط و السلوكيات التجنبية . (٣٨)

اضطراب قلق الانفصال :

قلق الانفصال هو ظاهرة تطورية بشرية عامة تتظاهرعند الرضع الذين تقل أعمارهم عن السنة ، مما يشير إلى وعي الطفل للانفصال عن والدته أو مقدم الرعاية الأولية . تزداد شدة القلق لتصل للذروة ما بين عمر ال ٩ أشهر و ١٨ شهر و يتلاشى في الثانية من العمر ، مما يمكن الأطفال الصغار من خلق شعور بالراحة بعيداً عن والديهم في مرحلة ما قبل المدرسة . تظاهر قلق الانفصال المؤقت هو أيضا طبيعي في الأطفال الصغار الذين يدخلون المدرسة للمرة الأولى . ويظهر ما يقرب من ١ في المائة من الأطفال الصغار الخوف الشديد والمتواصل والخجل والانسحاب الاجتماعي عندما يواجهون أوضاعا و أناساً غير مألوفين .

إن الأطفال الصغار الذين لديهم هذا النمط من التثبيط السلوكي الواضح هم في خطر أكبر لتطور اضطراب قلق الانفصال ، واضطراب القلق المعمم ، و اضطراب الرهاب الاجتماعي . يبدي هؤلاء الأطفال أعراضاً فيزيولوجية مميزة ، إذ يلاحظ لديهم متوسط أعلى لمعدل نظم القلب أثناء الراحة ، و مستويات الكورتيزول الصباحي أعلى من المعدل . يتم تشخيص اضطراب قلق الانفصال عندما يبرز القلق المفرط عند الانفصال عن الأشخاص المتعلق بهم بشكل رئيسي . وفقاً لدليل التشخيص والإحصاء التابع للرابطة الأمريكية للطب النفسي للاضطرابات النفسية ، الطبعة الخامسة (DSM-5) ، يتميز اضطراب قلق الانفصال بمستوى من الخوف أو القلق المتعلق بالانفصال عن والديهم أو مقدمي الرعاية الأولية ،. وعلاوة على ذلك ، قد يكون هناك قلق مفرط من أن الضرر سوف يلحق بأحد الوالدين عند الانفصال ، الأمر الذي يؤدي إلى الضائقة الشديدة ، وأحيانا الكوابيس . ويتطلب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) وجود ثلاثة أعراض على الأقل تتعلق بالقلق المفرط بشأن الانفصال عن شخصية التعلق الرئيسية لفترة لا تقل عن ٤ أسابيع . وغالبا ما تتخذ المخاوف شكل رفض الذهاب إلى المدرسة، والمخاوف والضيق عند الانفصال ، و الشكاوى المتكررة من الأعراض الجسدية مثل الصداع و ألم المعدة عند توقع الانفصال ، والكوابيس المتعلقة بموضوع الانفصال .(٣٨)

اضطراب القلق المعمم :

يعاني هؤلاء الأطفال من توتر كبير يتظاهر في أنشطة الحياة اليومية غالباً ما تركز على خوف الطفل من عدم الكفاءة في العديد من المجالات ، بما في ذلك الأداء المدرسي وفي البيئات الاجتماعية . وبالإضافة إلى ذلك ، الأطفال الذين يعانون من اضطراب القلق المعمم ، وفقا ل DSM-5 ، يعانون من واحد على الأقل من الأعراض التالية : عدم الارتياح ، التعب بسهولة ، " فراغ التفكير " الاستثارية ، توتر العضلات ، أو اضطراب النوم . يتسم الأطفال المصابين باضطراب القلق المعمم بأنهم يميلون أكثر بالمقارنة مع أقرانهم إلى الشعور بالخوف في أوضاع متعددة ويتوقعون نتائج سلبية أكثر عندما يواجهون تحديات

أكاديمية أو اجتماعية . كما قد يعانون من أعراض فرط نشاط الجهاز الذاتي مثل تسرع دقات القلب ، وضيق التنفس ، و التعرق ، والغثيان ، و الإسهال . يميل الأطفال الذين يعانون من اضطراب القلق المعمم إلى أن يكونوا قلقين بشكل مفرط من الكوارث الطبيعية المحتملة مثل الزلازل أو الفيضانات ، وهذه المخاوف يمكن أن تتداخل مع أنشطتهم اليومية . وأخيراً ، فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب القلق المعمم قلقون باستمرار من جودة أدائهم في الأوساط الأكاديمية والرياضية وغيرها من الأنشطة ، وغالباً ما يحتاجون إلى التطمين المفرط حول أدائهم .(٣٨)

اضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي) :

يعاني الأطفال الذين لديهم اضطراب القلق الاجتماعي من الانزعاج الشديد والضيق في المواقف الاجتماعية ويعانون من خوفهم من التدقيق أو الإحراج . قد يعبر عن ضيقهم بشكل بكاء ، أو نوبات غضب ، أو تجنب ، أو جمود ، كما أنهم قد يلجؤوا للصمت في هذه الحالات . ووفقا لل DSM-5 ، يتميز هذا الاضطراب بالقلق المستمر والضيق في جميع الحالات الاجتماعية تقريباً . إن أي حالة يشعر فيها الطفل بأنه عرضة للتدقيق المحتمل من قبل الآخرين يمكن أن تثير الخوف أو القلق ، وغالبا ما يحاول الطفل تجنب هذه المواقف الاجتماعية المخيفة . من أجل وضع التشخيص لدى الأطفال يجب أن يعاني الأطفال من القلق في وجود أقرانهم ، وليس فقط عند وجود البالغين . الطفل أو المراهق الذي لديه اضطراب قلق اجتماعي قد يكون من نمط الأداء فقط ، والذي يستهدف نوع معين من الأداء ، مثل الخوف من التحدث أمام الجمهور . وعادة ما يظهر نوع الأداء فقط في المدرسة أو في الأوساط الأكاديمية التي يجب فيها تقديم العروض العامة ، مثلاً أمام زملاء الدراسة في المدرسة.

اضطراب القلق الاجتماعي له آثار كبيرة على الإنجازات المستقبلية ، لأنه يرتبط مع انخفاض مستويات الرضا في الأنشطة الترفيهية ، وزيادة معدلات التسرب من المدارس ، وانخفاض الإنتاجية في مكان العمل كما يحدث لدى البالغين ، و أخيراً زيادة معدلات البقاء أعزباً في حال استمرت أعراضه للبلوغ . وعلى الرغم من التدهورالكبير الناتج عن اضطراب القلق الاجتماعي ، فإن ما يصل إلى نصف الأفراد المصابين بالاضطراب لا يتلقون العلاج . (٣٨)

الوبائيات:

الاضطرابات القلقية هي من بين الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً في الأطفال ، و التي تصيب من ١٠ - ٢٠ بالمئة من الأطفال والمراهقين . انتشار اضطرابات القلق متفاوت

حسب الفئة العمرية من الأطفال الذين شملهم المسح الإحصائي وحسب الأدوات التشخيصية المستخدمة .

وجد المسح الوبائي عند الأطفال بعمر ما قبل المدرسة أن ٩,٥ في المئة قد حققوا معايير أحد الاضطرابات القلقية ، يقدر انتشار اضطراب قلق الانفصال بعمر ما قبل المدرسة ٢,٤ في المئة ، ويقدر اضطراب قلق الانفصال بنحو ٤ في المائة لدى الأطفال والمراهقين الصغار . و هو أكثر شيوعا في الأطفال من ٧ إلى ٨ سنوات من العمر .

انتشار اضطراب القلق المعمم بعمر ما قبل المدرسة ٦,٥ في المئة ويقدر معدل انتشاره عند الأطفال في سن المدرسة بنحو ٣ في المئة ،

انتشار اضطراب الرهاب الاجتماعي بعمر ما قبل المدرسة ٢,٢ في المئة ، و في سن المدرسة ١ في المئة . (٣٨)

الأسباب :

العوامل الحيوية النفسية الاجتماعية :

حسب الدراسات فإن لوجود الاضطرابات النفسية الوالدية وللأساليب الوالدية تأثيراً على ظهور اضطرابات القلق في مرحلة الطفولة . وقد وجدت الدراسات الطولية أن زيادة الحماية الأبوية قد ارتبطت مع زيادة خطر تطور اضطرابات القلق لدى الأطفال ، يتعلق الارتباط الوالدي ـ الطفلي غير الآمن مع معدلات أعلى من المتوقع من اضطرابات القلق في مرحلة الطفولة . ومن المعروف أيضاً أن وجود الاكتئاب والقلق لدى الأمهات يؤدي إلى زيادة خطر القلق والاكتئاب لدى الأطفال . وقد تبين أن السمات الشخصية عند الطفل كالانطواء والانسحاب في الحالات غير المألوفة ترتبط مع خطر أعلى لتطور اضطراب قلق الانفصال ، واضطراب القلق المعمم ، واضطراب القلق الاجتماعي ، أو الاضطرابات الثلاثة خلال مرحلة الطفولة والمراهقة . وغالباً ما تتزامن ضغوط الحياة الخارجية مع تطور الاضطراب . وكثيرا ما يلاحظ وفاة أحد الأقارب أو مرض الطفل أو تغير في بيئة الطفل أو الانتقال إلى حي جديد أو مدرسة جديدة في تاريخ الأطفال الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال . وفي حالة الأطفال سريعي التأثر ، من المحتمل أن تؤدي هذه التغيرات إلى زيادة القلق .

توجد ارتباطات فيزيولوجية عصبية مع سمات التثبيط السلوكي (الارتباك الشديد). إذ يظهر لدى الأطفال الذين يعانون من هذه السمات زيادة في معدل ضربات القلب أثناء الراحة وتسارع معدل ضربات القلب مع المهام التي تتطلب التركيز المعرفي . وتشمل الارتباطات

الفسيولوجية الإضافية المتعلقة بالتثبيط السلوكي ارتفاع مستويات الكورتيزول اللعابية ، وارتفاع مستويات الكاتيكولامين البولية ، وزيادة اتساع الحدقة خلال المهام المعرفية . (٣٨)

عوامل التعلم الاجتماعي :

الخوف ، كارتكاس لمجموعة متنوعة من الحالات غير المألوفة أو غير المتوقعة ، قد يتم نقله عن غير قصد من الآباء والأمهات للأطفال عن طريق النمذجة (الاقتداء) المباشرة . إذا كان أحد الوالدين يخاف ، فإن الطفل ربما يصبح لديه تكيف رهابي مع الحالات الجديدة ، وخاصة لبيئة المدرسة .

هناك الكثير من البيانات تشير إلى أن فرط الحماية الوالدية يزيد الحساسية بين الأطفال الأصحاء ، ويزيد من خطر اضطراب القلق الاجتماعي لدى الأطفال الذين يعانون من التثبيط السلوكي أو اضطرابات القلق الأخرى مثل اضطراب قلق الانفصال . ويبدو أن بعض الآباء يعلمون أطفالهم أن يصبحوا قلقين عند الإفراط في حمايتهم من المخاطر المتوقعة أو المبالغة في المخاطر . على سبيل المثال ، أحد الوالدين الذي يختبىء تحت طاولة في غرفة أثناء عاصفة برق يعلم الطفل أن يفعل الشيء نفسه . الوالد الذي يخاف من الفئران أو الحشرات ينقل تأثير الخوف إلى الطفل . على العكس من ذلك ، فإن الوالد الذي يغضب من الطفل عندما يعبر الطفل عن خوفه من حالة معينة ، على سبيل المثال ، عندما يتعرض للحيوانات ، قد يعزز المفهوم الرهابي في الطفل بتعريض الطفل لشدة الغضب التي أظهرها الوالد . يزداد تأثيرعوامل التعلم الاجتماعي في إحداث ردود الفعل القلقية لدى الأطفال عندما يكون لدى الآباء أنفسهم اضطرابات قلق .

وعلى النقيض مما سبق فقد وجدت دراسة حديثة أنه لا علاقة بين الشدات النفسية والاجتماعية ، مثل الصراع الأسري المستمر، و بين التثبيط السلوكي بين الأطفال الصغار . (٣٨)

العوامل الوراثية :

تشير الدراسات الوراثية إلى أن الجينات مسؤولة عما لا يقل عن ثلث التباين في تطور اضطرابات القلق . يتراوح التوريث لاضطرابات القلق لدى الأطفال والمراهقين من ٣٦ في المئة إلى ٦٥ في المئة ، والنسبة الأعلى في الأطفال الأصغر عمراً .

الإجماع الحالي بخصوص علم الوراثة للاضطرابات القلقية يشير إلى أن ما يورث هو الاستعداد العام للقلق ، الذي يؤدي إلى ارتفاع مستويات الإستثارة ، والتفاعل العاطفي ، وزيادة المشاعر السلبية ، وكلها تزيد من خطر تطور الاضطرابات القلقية في المستقبل .

تبين أن الاستعداد الوراثي له دور مهم في اضطرابات القلق ، و لا تتظاهر فقط بواسطة الشدات النفسية والاجتماعية

كي تتطور هذه الاضطرابات لابد من تكامل كل العوامل السابقة. (٣٨)

التشخيص و المظاهر السريرية :

إن اضطراب قلق الانفصال واضطراب القلق المعمم والرهاب الاجتماعي مرتبطون ارتباطاً وثيقاً في الأطفال إذ نجد في معظم الأطفال أعراضاً متداخلة وكذلك تتواجد الاضطرابات بشكل مشترك . اضطراب القلق المعمم هو اضطراب القلق الأكثر شيوعاً بين اليفعان ، وأكثر شيوعا في المراهقين من الأطفال الأصغر سناً . في ثلث هذه الحالات تقريباً ، الطفل لديه اضطراب القلق المعمم و اضطراب قلق الانفصال واضطراب القلق الاجتماعي أيضاً . وتشتمل المعايير التشخيصية لاضطراب قلق الانفصال ، وفقا ل DSM-5 ، على ثلاثة من الأعراض التالية لمدة ٤ أسابيع على الأقل :

القلق المستمر والمفرط بشأن فقدان ، أو احتمال وقوع ضرر محتمل للأشخاص المتعلق بهم بشكل رئيسي ، والقلق المستمر والمفرط من أن حدثاً سيئاً يمكن أن يؤدي إلى الانفصال عن الأشخاص المتعلق بهم . والتردد المستمر أو رفض الذهاب إلى المدرسة أو إلى أي مكان آخر بسبب الخوف من الانفصال ؛ والخوف المستمر والمفرط أو الإحجام عن أن يكونوا وحدهم أو دون وجود الأشخاص المتعلق بهم في المنزل ؛ والتردد المستمر أو رفض الذهاب إلى النوم دون أن يكون قريباً من الأشخاص المتعلق بهم أو النوم بعيدا عن المنزل ؛ الكوابيس المتكررة التي تنطوي على موضوع الانفصال ؛ شكاوى متكررة من الأعراض الجسدية ، بما في ذلك الصداع وألام المعدة ، عندما يتوقع الانفصال عن الأشخاص المتعلق بهم ؛ و الضائقة الشديدة المتكررة عند توقع الانفصال عن المنزل أو الأشخاص المتعلق بهم .

في اضطراب القلق المعمم ، يعاني الأطفال من عرض فيزيولوجي واحد على الأقل متكرر ، مثل الأرق ، وضعف التركيز ، والتهيج ، و توتر العضلات . في الرهاب الاجتماعي ، فإن مخاوف الطفل تتحرض خلال حالات الأداء بما فيها التعرض لناس أو لحالات غير مألوفة .

الأطفال والمراهقون الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي لديهم مخاوف شديدة بشأن الشعور بالحرج أو الإهانة أو الحكم عليهم بشكل سلبي . في كل من اضطرابات القلق السابقة . يكون الكرب و الشدة النفسية أكبر من المتوقع عادة بالنسبة للمرحلة التطورية للطفل ولا يمكن تفسيره بأي اضطراب آخر.

الأطفال الذين يعانون من اضطرابات القلق يبالغون في تقدير احتمال الخطر واحتمال النتائج السلبية

الأطفال الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال واضطراب القلق المعمم يصبحون خائفين بشكل مفرط من أن شخص قريب منهم سوف يتضرر أو أن شيئا فظيعا سيحدث لهم أو لأسرهم، وخصوصاً عندما يكونون بعيدين عن شخصيات الرعاية الرئيسية . العديد من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات القلق مشغولون بالجانب الصحي وقلقون من أن عائلاتهم أو أصدقائهم سوف يمرضون . الخوف من الضياع ، و الاختطاف ، وفقدان الاتصال مع أسرهم هو الغالب بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال..
وغالبا ما يتجلى اضطراب قلق الانفصال لدى الأطفال في سياق السفر بعيدا عن المنزل . قد يرفض الأطفال الذهاب إلى المخيم ، أو إلى مدرسة جديدة ، أو حتى إلى منزل أحد الأصدقاء .

وتشمل العلامات الإنذارية الاستثارية ، وصعوبة تناول الطعام ، كثرة التشكي والتأوه ، والتشبث بالوالدين، واتباع الوالدين أينما ذهبوا . في كثير من الأحيان ، عندما يتنقل أفراد الأسرة ، يبدي الطفل قلق الانفصال عن طريق التشبث الشديد بالشخصية التي تمثل الأم

الأطفال الذين يعانون من اضطرابات القلق قد يبدون تراجعاً في الأنشطة الاجتماعية أو الجماعية. صعوبات النوم شائعة في الأطفال في كل الاضطرابات القلقية أو في قلق الانفصال الشديد . قد يستلزم أن يبقى شخص ما مع الطفل حتى يستطيع النوم . قد يستيقظ الطفل ويذهب إلى سرير أحد الوالدين أو حتى أنه قد ينام في باب غرفة الوالدين في محاولة للحد من القلق . قد تكون الكوابيس إحدى تعبيرات القلق . (الشكل أ)

الشكل (أ) شكل رمزي يعبر عن القلق والرعب في الكوابيس في فترة الطفولة (٣٨)

تشمل الميزات المرافقة لمعظم اضطرابات القلق الخوف من الظلمة و المخاوف الخيالية . قد يكون لدى الأطفال شعور بأن عيوناً تحدق في وجههم ووحوشاً ستصل لهم في غرف النوم الخاصة بهم . الأطفال الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال واضطراب القلق المعمم ، واضطراب القلق الاجتماعي غالبا ما يشكون من الأعراض الجسدية وقد يكونون أكثر حساسية للتغيرات في أجسادهم مقارنة مع من لا يعانون من اضطرابات القلق . الأطفال الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال ، واضطراب القلق المعمم ، أو اضطراب القلق الاجتماعي غالبا ما يكونون أكثر حساسية عاطفياً من أقرانهم كما أنهم يبكون بسهولة .

وتشمل الشكاوى الجسدية المتكررة المصاحبة لاضطرابات القلق أعراض الجهاز الهضمي كالغثيان والإقياء و ألم المعدة . ألم غير مفسر في أجزاء مختلفة من الجسم ؛ التهاب الحلق ؛ والأعراض الشبيهة بالانفلونزا . عادة ما يشكو الأطفال الأكبر سناً من المعاناة الجسدية التي يعاني منها بشكل كلاسيكي البالغين المصابين بالقلق ، مثل أعراض القلب والأوعية الدموية والجهاز التنفسي ، والخفقان ، والدوخة ، والضعف ، و الشعور بالاختناق . العلامات الفسيولوجية للقلق هي جزء من المعايير التشخيصية لاضطراب القلق المعمم ، ولكنها أيضا في كثير من الأحيان تشاهد لدى الأطفال الذين يعانون من قلق الانفصال والرهاب الاجتماعي. (٣٨)

التشخيص التفريقي :

بالنسبة للأطفال الذين يرفضون المدرسة ، من المهم التمييز بين ما إذا كان الخوف من الانفصال هو سبب الرفض أو هو قلق بشأن الأداء أوالحرج أمام أقرانهم أو أستاذهم . في اضطراب القلق المعمم ، القلق لا يركز في المقام الأول على الانفصال .. عندما تحدث اضطرابات الاكتئاب لدى الأطفال ، يجب تقييم الأمراض المصاحبة المحتملة مثل اضطراب قلق الانفصال كذلك. وينبغي وضع تشخيص كل من اضطراب قلق الانفصال والاضطراب الاكتئابي عندما يتم استيفاء المعايير لكلا الاضطرابين .

رفض المدرسة هو عرض متكرر في اضطراب قلق الانفصال . يوجد العديد من الاضطرابات الأخرى كالرهابات المحددة ، أو اضطراب القلق الاجتماعي ، أو الخوف من الفشل في المدرسة بسبب اضطراب التعلم ، والتي قد تؤدي أيضا إلى رفض المدرسة .

لا توجد تحاليل مختبرية محددة تساعد في تشخيص الاضطرابات القلقية (٣٨)
السير و الإنذار :

إن سير و إنذار الاضطرابات القلقية متباين و يتعلق بعمر البدء ، ومدة الأعراض ، وتطور الاضطرابات المرافقة القلقية أو الاكتئابية . الأطفال الصغار الذين يحافظون على حضورهم الى المدرسة ، وعلى الأنشطة ما بعد المدرسة ، وعلى العلاقات بين الأقران لديهم عموما إنذاراً أفضل من الأطفال الذين يرفضون الالتحاق بالمدرسة وينسحبون من الأنشطة الاجتماعية .

حسب إحدى الدراسات الشاملة تبين أن مؤشرات الشفاء في المستقبل شملت العمر الأصغر عند بدء العلاج ، وانخفاض شدة القلق ، وغياب وجود اضطراب الاكتئاب أو اضطراب القلق المشترك ، و عدم كون اضطراب القلق الاجتماعي هو اضطراب القلق الأساسي المعالج .

أظهرت إحدى الدراسات عند الأطفال الذين يعانون من اضطرابات قلقية مختلطة و التي تابعت عينة الأطفال على مدى فترة ٣ سنوات أن ما يصل إلى ٨٢ في المئة لم يعد لديهم معايير أي من الاضطرابات القلقية ، و من هذه المجموعة ٩٦٪ ممن يعانون من اضطراب قلق الانفصال تم شفاؤهم في المتابعة . معظم الأطفال الذين تعافوا تم ذلك خلال السنة الأولى . في هذه الدراسة كان عمر البدء المبكر و العمر المتأخر عند التشخيص من العوامل التي توقعت تأخر الشفاء . إلا أن ما يقرب من ثلث المجموعة التي شملتها الدراسة ، قد طورت اضطرابات نفسية أخرى خلال فترة المتابعة ، وطور ٥٠٪ من هؤلاء الأطفال اضطراباً قلقياً آخر .

وتشير البيانات الطولية إلى أن بعض الأطفال الذين يعانون من رفض شديد للمدرسة لا يزالون يقاومون الالتحاق بالمدرسة في مرحلة المراهقة و يستمرون بالتدهور لسنوات عديدة. (٣٨)

التدبير :

و يشمل العلاج النفسي ، وخصوصاً العلاج السلوكي المعرفي ، والتدخل النفسي الاجتماعي للأسرة ، والتدخلات الدوائية.

أفضل العلاجات المسندة بالأدلة للاضطرابات القلقية في مرحلة الطفولة تشمل العلاج المعرفي السلوكي (CBT) و العلاج الدوائي بمثبطات عود التقاط السيروتونين الانتقائية (SSRis). تمت مقارنة فعالية العلاج المعرفي السلوكي ، و العلاج الدوائي SSRis ، و مشاركتها (CBT + SSRis) في علاج اضطرابات القلق في مرحلة الطفولة في المعهد الوطني للصحة النفسية (NIMH) ، حيث أجريت دراسة شملت ٤٨٨ من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال ، واضطراب القلق المعمم ، أو اضطراب القلق الاجتماعي ، الذين تم تعيينهم عشوائيا ليتم تدبيرهم إما بالعلاج المعرفي السلوكي وحده ، أو بالعلاج الدوائي SSRis (سيرترالين) وحده ، أو مشاركتها (CBT + سيرترالين) أو بالدواء الوهمي (البلاسيبو) . و بعد طور العلاج الحاد الذي استمر ل١٢ أسبوع ، كان لدى المجموعة التي تلقت المشاركة ما بين (CBT + SSRis) معدل استجابة ٨٠,٧ في المئة مع معدل تحسن كبير على التصنيف العالمي للتحسن السريري (CGI) . معدلات الاستجابة للعلاج المعرفي السلوكي وحده ، و للعلاج الدوائي SSRis (سيرترالين) وحده كانت (٥٩،٧٪) و (٥٤،٩٪) على التوالي ، وكان الاستجابة على الدواء الوهمي البلاسيبو (٢٣،٧٪) ، و من خلال المتابعة ، أدى الجمع بين (CBT) و (السيرترالين) لزيادة الفعالية . وكانت جميع العلاجات الثلاثة – CBT وحده ، سيرترالين وحده ، ومشاركتهما - متفوقة على العلاج الوهمي .

يمكن تطبيق العلاج السلوكي المعرفي أولاً ، عندما يكون الطفل قادرا على العمل بما فيه الكفاية للمشاركة في الأنشطة اليومية أثناء تلقي هذا العلاج . أما بالنسبة للطفل الذي يعاني من ضعف شديد ، فإنه يوصى بمشاركة مجموعة من العلاجات . يعتبر العلاج السلوكي المعرفي الخط الأول في العلاج القائم على الأدلة للاضطرابات القلقية في مرحلة الطفولة

دراسات كثيرة بينت أن العلاج السلوكي المعرفي للاضطرابات القلقية في الطفولة متفوقة باستمرار .

وقد أجريت الدرسات الأكثر على العلاج السلوكي المعرفي القائم على التعرض من بين التدخلات العلاجية النفسية لاضطرابات القلق و تبين فعاليتها في الحد من التدهور و من أعراض القلق .

وقد تم تصميم العديد من التدخلات النفسية والاجتماعية خصيصاً لاضطرابات القلق لدى الأطفال الصغار .

قدمت التجارب المعشاة ذات الشواهد أدلة على فعالية الأدوية المضادة للاكتئاب لعلاج الاضطرابات القلقية في فترة الطفولة وخصوصاً مثبطات عود التقاط السيروتونين الانتقائية ، بما في ذلك فلوفوكسامين (لوفوكس)، فلوكستين (بروزاك) ، سيرترالين (زولوفت) ، و باروكسيتين (باكسيل).

بناء على هذه الأدلة ، فإن مثبطات عود التقاط السيروتونين الانتقائية هي الخيار الأول من الأدوية في علاج اضطرابات القلق لدى الأطفال والمراهقين .

وأكدت دراسة كبيرة من قبل المعهد الوطني للصحة العقلية (وحدات البحوث في علم الأدوية النفسية عند الأطفال [RUPP] سلامة وفعالية فلوفوكسامين في علاج اضطراب قلق الانفصال في فترة الطفولة ، واضطراب القلق المعمم ، و الرهاب الاجتماعي . حيث كان بحسب هذه الدراسة ، أن ٧٦ في المئة من الأطفال أظهروا تحسناً كبيرا عند العلاج بالفلوفوكسامين مقارنة مع ٢٩ في المئة فقط من أولئك في المجموعة الثانية (العلاج بالدواء الوهمي البلاسيبو). وكانت الاستجابة على الدواء جلية بعد أسبوعين فقط من العلاج.
تراوحت جرعات فلوفوكسامين من ٥٠ ملغ إلى ٢٥٠ ملغ يوميا لدى الأطفال وما يصل إلى ٣٠٠ ملغ يوميا لدى المراهقين . واستمر الأطفال والمراهقون الذين استجابوا لهذا الدواء على فلوفوكسامين لمدة ٦ أشهر، استمرت استجابتهم الجيدة خلال الكامل هذه المدة . كما دعمت العديد من التجارب السريرية العشوائية الأخرى فعالية كل هذه الزمرة (SSRis) في علاج اضطرابات القلق لدى الأطفال والمراهقين .

وجدت دراسة أخرى ، أن الفلوكستين ، بجرعة ٢٠ ملغ يومياً ، دواء آمن وفعال للأطفال الذين يعانون من هذه الاضطرابات، مع آثار جانبية طفيفة بما في ذلك الانزعاج المعوي ، والصداع ، والنعاس . وبالإضافة إلى ذلك، تجربة سريرية عشوائية لعلاج اضطراب القلق المعمم في الأطفال دعمت فعالية السيرترالين (زولوفت). كما وجدت تجربة سريرية عشوائية أن الباروكسيتين (باكسيل) في علاج الأطفال الذين يعانون من الرهاب الاجتماعي أن الاستجابة على الباروكسيتين نسبتها ٧٨ في المئة من الأطفال الذين تم علاجهم . جرعة الباروكستين المستخدمة من ١٠ إلى ٥٠ ملغ يوميا . وضعت إدارة الغذاء والدواء ((FDA) تحذير "الصندوق الأسود" على مضادات الاكتئاب ، بما في ذلك زمرة مثبطات عود التقاط السيروتونين الانتقائية ، بسبب المخاوف بشأن زيادة الانتحار. ومع ذلك، لم تجد أي دراسة زيادة ذات دلالة إحصائية في الأفكار أو السلوكيات الانتحارية.

لا ينصح حاليا بالأدوية ثلاثيات الحلقة بسبب آثارها الجانبية القلبية الخطيرة المحتملة.

يمكن استخدام حاصرات مستقبلات بيتا الأدرينالية ، مثل بروبرانولول (إندرال) في الأطفال الذين يعانون من اضطرابات القلق ، ولكن حاليا لا توجد درسات تدعم فعاليتها.

ديفينهيدرامين يمكن استخدامها على المدى القصير للسيطرة على اضطرابات النوم لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات القلق .

اقترحت الدراسات أن البنزوديازيبينات كالألبرازولام (زاناكس) ، قد يساعد في السيطرة على أعراض القلق في اضطراب قلق الانفصال خصوصاً و الكلونازيبام (كلونوبين) في السيطرة على أعراض الهلع و أعراض القلق الأخرى .

تشير الأدلة إلى أن العلاج الأمثل هو المشاركة بين كل من العلاج المعرفي السلوكي و العلاج الدوائي وخاصة زمرة (مثبطات عود التقاط السيروتونين) . (٣٨)

اضطراب الشدة ما بعد الرض :
يعرَّف معيار الحدث الصادم بأنه التعرض لموت محقق أو مهدّد به ، أو التعرض لإصابة خطيرة ، أو عنف جنسي ، سواء بصورة مباشرة أو بالمشاهدة ، أو بمعرفة وقوع حادث صادم لأحد أفراد الأسرة . يستبعد التعرض للصدمة من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية ، (الأفلام والتلفزيون أو الصور)

بالرغم من أن أعراض اضطراب الشدة ما بعد الرض قد وصفت لدى البالغين منذ أكثر من قرن من الزمان ، إلا أنه لم يتم الاعترف باضطراب الصدمة ما بعد الرض رسمياً لأول مرة كاضطراب نفسي حتى عام ١٩٨٠ في ال DSM الطبعة الثالثة (DSM-III) (٣٨)

الانتشار :
في الولايات المتحدة ، تشير التقديرات إلى أن حوالي ٨٠ في المئة من الأفراد قد تعرضوا لصدمة واحدة على الأقل ؛ ومع ذلك ، فإن أقل من ١٠ في المئة منهم يتطور لديهم اضطراب الشدة ما بعد الرض .

في الولايات المتحدة فإن معدلات الأطفال والمراهقين الذين يتعرضون للعنف والأحداث الصادمة مرتفع للغاية . في عينة ممثلة وطنيا من الأطفال و المراهقين ، فإن نسبة التعرض لحدث صادم ٦٠,٤ في المئة ، مع معدل حدوث خلال الحياة يتراوح بين ٨٠ إلى ٩٠ في المئة . وهناك عدد كبير من الأطفال الذين يتعرضون لأحداث صادمة تتراوح بين التعرض المباشر للاعتداء الجسدي أو الجنسي ، أو العنف المنزلي ، أو حوادث السيارات أو الدراجات النارية ، أو الأمراض الطبية الشديدة ، أو الكوارث الطبيعية أو المهينة ، والتي تؤدي لتطور اضطراب الشدة ما بعدالرض .
إن حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض في الأطفال والمراهقين ازداد خلال العقد الماضي .

اضطراب الشدة ما بعد الرض أكثر شيوعاً في الإناث منه في الذكور طوال فترة الحياة و ذلك بسبب زيادة مخاطر تعرضهم للأحداث الصادمة. في حالات الكوارث الطبيعية ، فإن معدل اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى الذكور و الإناث متماثلة . خطر الحدوث مدى الحياة لاضطراب الشدة ما بعد الرض في الولايات المتحدة تتراوح بين ٦،٨٪ و ١٢،٢٪.

دراسات كثيرة في الولايات المتحدة وفي بلدان أخرى وجدت أن اضطراب الشدة ما بعد الرض أكثر انتشارا لدى النساء منه لدى الرجال .
وقد وجدت دراسات وبائية عند الأطفال من العمر ٩ إلى عمر ١٧ سنة معدلات انتشار اضطراب الشدة ما بعد الرض تتراوح بين (٠,٥ ـ ٤) في المئة . دراسات مسحية لمرحلة ما قبل المدرسة الذين تتراوح أعمارهم بين ٤ إلى ٥ سنوات وجدت المعدل ١,٣ في المئة . بين العينات المعرضة للصدمة من الأشخاص الذين لم يحالوا للعلاج فإن نسبة كبيرة تتراوح من ٢٥ في المئة إلى ٩٠ في المئة لديهم المعايير الكاملة لاضطراب الشدة ما بعد الرض (٣٨)
الأسباب :
العوامل البيولوجية:
عوامل الخطر لدى الأطفال لتطور اضطراب الشدة ما بعد الرض تشمل الوجود المسبق لأي

من اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب لديهم . وجدت دراسة أن بين الأطفال المعرضين للأحداث الصادمة ، أن الذين يعانون من اضطرابات القلق و أن من لديهم مشاكل سلوكية واضحة حسب تقديرات معلميهم قبل عمر ال ٦ سنوات في خطر متزايد لتطور اضطراب الشدة ما بعد الرض . إضافة لما سبق وجد أن الأطفال الذين لديهم مستوى ذكاء أكبر من ١١٥ في سن ال ٦ سنوات هم أقل عرضة لتطور اضطراب الشدة ما بعد الرض .

بالإضافة إلى أنه من بين الأطفال المعرضين للصدمة و الذين طوروا اضطراب الشدة ما بعد الرض أيضا هم في خطر أكبر لتطور اضطرابات مرافقة مثل الاكتئاب.

إن الاستعداد الجيني لاضطرابات القلق ، فضلا عن القصة العائلية التي تشير إلى زيادة خطر الاضطرابات الاكتئابية ، قد يهيئ الطفل المعرض للصدمة لتطوير اضطراب الشدة ما بعد الرض .

وجد لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الشدة ما بعد الرض زيادة إفراز المستقلبات الأدرينالينية و الدوبامينية وصغر الحجم داخل الجمجمة و الجسم الثفني ، ضعفاً في الذاكرة ، و انخفاض مستويات الذكاء (IQs) مقارنة مع عينة الشواهد المماثلة في العمر .

وجد لدى البالغين مع اضطراب الشدة ما بعد الرض نشاط مفرط للوزة وانخفاض حجم الحصين . الخلاف فيما إذا كانت النتائج المذكورة أعلاه هي عقابيل اضطراب الشدة ما بعد الرض أم هي مسببات للاضطراب لا يزال موضع نقاش .

العوامل النفسية :

على الرغم من أن التعرض للصدمة هو العامل المسبب الأولي في تطوير اضطراب ما بعد الصدمة ، إلى أن الأعراض الدائمة النموذجية من اضطراب ما بعد الصدمة ، مثل تجنب المكان الذي حدثت فيه الصدمة ، يمكن تفسيرها ، كنتيجة لكل من التكيف الكلاسيكي والفعال.

الاستجابات الفيزيولوجية الشديدة قد تصاحب الخوف من حادث صادم معين ، كالمراهق المذعور من هجوم عدد من الطلاب بالقرب من المدرسة، الذي يطور بعد ذلك رد فعل فيزيولوجي سلبي شديد في كل مرة يكون بالقرب من المدرسة.
هذا هو مثال على التكيف الكلاسيكية في أن الرمز المحايد (المدرسة) قد اقترن مع الحادثة المرعبة.

يحدث التكيف الفعال عندما يتعلم الطفل تجنب المذكرات الرضية لمنع المشاعر المزعجة. على سبيل المثال ، إذا تعرض الطفل لحادث سيارة ، فإنه قد يرفض بعد ذلك ركوب السيارات تماماً لمنع ردود الفعل الفيزيولوجية السلبية وخوفا من حدوثه مرة أخرى .

آلية أخرى في تطور و استمرار أعراض اضطراب الشدة ما بعد الرض هو من خلال النمذجة (التعلم بالقدوة) ،الذي هو من أشكال التعلم .على سبيل المثال ، عندما يتعرض الآباء والأمهات والأطفال للصدمات
والأحداث ، مثل الكوارث الطبيعية ، قد يحاكي الأطفال الاستجابات الأبوية ، مثل التجنب ، والانسحاب ، التعبير عن الخوف ، و "التعلم" للاستجابة لذكرياتهم عن الحدث الصادم بنفس الطريقة .
العوامل الاجتماعية :
الدعم الأسري وردود الفعل على الأحداث الصادمة في الأطفال قد تلعب دوراً هاماً في تطوير اضطراب الشدة ما بعد الرض ، حيث إن ردود الفعل الانفعالية الوالدية المناوئة للطفل كرد لإساءة معاملة هذا الطفل قد تزيد خطر الطفل لتطوير اضطراب الشدة ما بعد الرض .

ضعف الحماية الوالدية و الاضطرابات النفسية لدى الوالدين وخاصة اكتئاب الأمهات – هي عوامل خطر لتطور اضطراب الشدة ما بعد الرض بعد تعرض الطفل لحادث صادم .
(٣٨)

التشخيص و المظاهر السريرية :

يتميز اضطراب الشدة ما بعد الرض بمجموعة من الأعراض بما في ذلك ذكريات مقحمة غير إرادية عن الحادثة الصادمة ، تجنب مستمر لكل ما يذكر بالصدمة ، و التغيرات السلبية المستمرة في الإدراك والمزاج ، والتغيرات في الإثارة ، التي تتظاهر بشكل زيادة التهيج و الاستثارية في أعقاب الحادثة الصادمة .

لوقوع اضطراب الشدة ما بعد الرض ، لابد من التعرض لحدث صادم إما بالمواجهة الشخصية المباشرة أو بمشاهدة وقوع الحدث على الآخرين و هذا الحدث ينطوي إما على التهديد بالقتل أو إصابة خطيرة أو أذى جسيم . تشمل الحوادث الصادمة الأكثر شيوعا عند الأطفال والمراهقين الاعتداء الجسدي أو الجنسي ، أوالعنف المنزلي أو المدرسي أو المجتمعي ؛ الخطف ؛ الهجمات الإرهابية ؛ حوادث السيارات أو الحوادث المنزلية ؛ أو الكوارث مثل الفيضانات والأعاصير ، أو الحرائق ، أو الانفجارات ، أو حوادث الطيران .

يعاني الطفل المصاب باضطراب الشدة ما بعد الصدمة من ذكريات مقحمة لهذا الحدث، أحلام مخيفة متكررة، ردود الفعل الانشقاقية بما في ذلك
(ارتجاع) إذ يشعر الطفل كما لو أن الحدث الصادم قد عاد ، أو حدوث ضائقة نفسية شديدة عند التعرض للمذكرات بالحادثة الراضة كما تشمل الأعراض إعادة عيش الحدث الصادم بواحدة على الأقل من الطرق التالية ، الأفكار المقحمة ، والذكريات ، أو الصور التي تتكرر عفوياً
، أو أحاسيس الجسم التي تذكرهم بالحدث الصادم . في الأطفال الصغار جداً ، فمن الشائع أن يتضمن لعبهم أعراضاً من الحدث الصادم ، أو سلوكيات ، مثل السلوكيات الجنسية غير المتناسبة تطورياً .

قد تتظاهر الذكريات التلقائية و الإقحامية (اللارادية) أثناء اللعب ، أو تتظاهر بشكل أحلام مخيفة . و قد لا يمكن ادراك ارتباط هذه الأفكار الإقحامية بالصدمة .

الشكل (ب)وجه صبي في باكستان بعد وقت قصير من زلزال بلغت قوته ٧,٦ درجة ضرب جنوب آسيا و ترك الملايين بلا مأوى . (38)

في الأطفال بعمر ٦ سنوات أو أقل ، وفقا لل DSM-5 ، قد تأخذ التغييرات السلبية في الإدراك شكل السلوك المنسحب اجتماعيا، وتناقص التعبير عن المشاعر الإيجابية ، وتقلص الاهتمام باللعب ، و الشعور بالخجل ، والخوف ، والارتباك . أما في الأطفال الأكبر من ٦ سنوات ، فإنها قد تتخذ شكل عدم القدرة على تذكر أجزاء من الحدث الصادم ، وهذا هو ،

فقدان الذاكرة النفسي ، أو مشاعر سلبية مستمرة عن نفسه ، بما في ذلك الرعب والغضب ، الشعور بالذنب أو العار

بعد الحادث الصادم ، قد يعاني الأطفال شعور بالانفصال عن نشاطاتهم المعتادة (" الخدر النفسي ") أو تناقص القدرة على الشعور بالمشاعر . وتشمل الاستجابات النمطية الأخرى للأحداث الصادمة أعراض فرط الاستثارة التي لم تكن موجودة قبل التعرض للصدمة ، مثل صعوبة النوم ، الحذر المفرط فيما يتعلق بالسلامة وزيادة التحقق من أن الأبواب مقفلة ؛ أو حدوث ردود أفعال مبالغ فيها .

وفي بعض الأطفال ، فرط الاستثارة قد تمثل عجز شامل عن الاسترخاء مع زيادة التهيج ، نوبات غضب انفجارية ، وضعف القدرة على التركيز .

لتحقيق معايير التشخيص لاضطراب الشدة ما بعد الرض ، وفقا ل DSM-5 يجب أن تكون الأعراض موجودة لمدة أكثر من شهر ، و أن تسبب ضائقة مهمة وضعفاً في المجالات الوظيفية الهامة من الحياة . بينما أنه عند استيفاء جميع الأعراض التشخيصية لاضطراب الشدة ما بعد الرض بعد الحدث الصادم ، و استمرار هذه الأعراض لمدة ٣ أيام على الأقل ، و تلاشيها في غضون شهر فقط ، يتم تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة الحاد (٣٨) .

عندما تستمر متلازمة اضطراب الشدة ما بعد الرض لأكثر من ٣ أشهر ، يوصف باضطراب الشدة ما بعد الرض المزمن . في بعض الحالات ، فإن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة تزداد مع الوقت ، و لا تستمر أكثر من ٦ أشهر بعد التعرض للصدمة حيث تكتمل المتلازمة . في
هذه الحالة ، يوضع تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة مع بدء متأخر . من الشائع لدى الأطفال المصابين باضطراب الشدة ما بعد الرض أن يعانوا من مشاعر الذنب ، خاصة إذا بقوا على قيد الحياة بعد الحادثة الصادمة في حين لم ينجوا الآخرين في تلك الحادثة . إنهم قد يلقون اللوم على أنفسهم لموت الآخرين ويمكن أن تستمر لتطوير نوبة اكتئاب مرافق .
يترافق اضطراب الشدة ما بعد الرض في فترة الطفولة مع زيادة معدلات حدوث الاضطرابات القلقية و نوبات الاكتئاب ، واضطرابات استخدام المواد ، و صعوبات الانتباه .

يتضمن DSM-5 محدد مع أعراض انشقاقية ، والتي يمكن أن تتظاهر إما بتبدد الشخصية ، إذ يعاني بشكل متكرر من شعور بالانفصال ، كما لو كان خارج جسده ؛ أو بتبدد المحيط ، إذ يشعر بأن العالم غير واقعي ، كأنه حلم ، و بأنه متباعد.

المحدد الآخر ، هو مع تعبير متأخر ، عندما لا تتحقق معايير التشخيص الكامل حتى ٦ أشهر بعد وقوع الحدث الصادم ، على الرغم من أن بعض الأعراض قد تظهر في وقت مبكر .

لا يوجد أي تحاليل مخبرية حالية تساعد في وضع هذا التشخيص .

التشخيص التفريقي :

يوجد عدد من الأعراض المتداخلة بين اضطراب الشدة ما بعد الرض و بين اضطرابات القلق في مرحلة الطفولة ، مثل اضطراب قلق الانفصال ، واضطراب الوسواس القهري (OCD) و الرهاب الاجتماعي ، والتي يحدث خلالها الأفكار المقحمة المتكررة أو السلوكيات التجنبية . الأطفال الذين لديهم قصص من الاعتداء الجسدي والجنسي تظهر معدلات أعلى من الاكتئاب والانتحار لديهم و في ذريتهم أيضا ، الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الاكتئاب غالبا ما يكونون منسحبين و لديهم ميل للعزلة عن أقرانهم كما لديهم شعور بالذنب إزاء الأحداث الحياتية .

يمكن أن نجد التهيج ، وضعف التركيز، واضطراب النوم ، و انخفاض الاهتمام بالأنشطة المعتادة سواء في اضطراب الشدة ما بعد الرض واضطراب الاكتئاب الكبير . الأطفال الذين فقدوا أحد أفراد أسرتهم في حادث صادم قد يتطور لديهم كل من اضطراب الشدة ما بعد الرض و الاضطراب الاكتئابي الكبير عندما يستمر الأسى خارج السير المتوقع له . الأطفال المصابين باضطراب الشدة ما بعد الرض يمكن أيضا أن يختلطوا مع الأطفال الذين لديهم اضطرابات السلوك التخريبية ، لأنهم غالباً ما يبدون ضعفاً في التركيز ، عدم الانتباه ، والتهيج .

قصة التعرض للحدث الراض و تحديد التسلسل الزمني و بدء ظهور الأعراض هو ما يجعل تشخيص اضطراب الشدة ما بعد الرض دقيقاً . (٣٨)

السير و الانذار:
بالنسبة لبعض الأطفال الذين يعانون من الأشكال الخفيفة من اضطراب الشدة ما بعد الرض ،
قد تستمر الأعراض لمدة سنة أو سنتين ، وبعدها تنتهي وتتعافى . بيد أنه في ظروف أشد ، تستمر متلازمات اضطراب الشدة ما بعد الرض لسنوات أو عقود عديدة في الأطفال مع شفاء عفوي في جزء منهم فقط .أصبح إنذار اضطراب الشدة ما بعد الرض غير المعالج مشكلة مقلقة بشكل متزايد للباحثين والأطباء الذين وثقوا مجموعة متنوعة من التشوهات البيونفسية و الاضطرابات المصاحبة الخطيرة المرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة . في إحدى الدراسات ، فإن الأطفال المصابين باضطراب الشدة ما بعد الرض الشديد في خطر

لانخفاض حجم داخل القحف و تقلص منطقة الجسم الثفني ، و انخفاض مستويات الذكاء بالمقارنة مع الأطفال غير المصابين باضطراب ما بعد الصدمة .

وهذا يسلط الضوء على أهمية التشخيص المبكر والعلاج لاضطراب ما بعد الصدمة الذي قد يحسن النتائج طويلة الأجل . (٣٨)

التدبير:
العلاج السلوكي المعرفي المركز على الصدمة :

تؤكد الدراسات فعالية العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على الصدمة (TF - CBT) في علاج اضطراب الشدة ما بعد الصدمة لدى الأطفال . يحتاج هذا العلاج عموماً لعدة جلسات تتراوح من ١٠ ل ١٦ جلسة ، بما في ذلك تسعة مكونات مفصلة .
العلاج السلوكي المعرفي الذي يركز على الصدمة يتضمن التعريض التدريجي للمحرضات المخيفة كعنصر رئيسي . تشمل هذه المحرضات الأماكن والأشخاص والأصوات والحالات .
المكون الأول في هذا العلاج هو التثقيف النفسي المتعلق باضطراب الشدة ما بعد الرض و بطبيعة ردود الفعل العاطفية والفسيولوجية النموذجية على الأحداث الصادمة .

المكون الثاني ، ويشمل المهارات الوالدية و التي تتضمن دورات تركزعلى توجيه الآباء والأمهات على تقديم المدح ، استكشاف الأخطاء وإصلاحها لأعراض محددة عند الطفل .

المكون الثالث هو الاسترخاء ، والتي يتم فيه تعليم الأطفال التحكم باسترخاء العضلات ، والتنفس الاسترخائي ، ايقاف التفكير، والتقنيات المعرفية الأخرى لتقليل مشاعر اليأس و الضيق .

المكون الرابع هو التحوير و التعبير العاطفي ، وهو موجه لمساعدة الأطفال و والديهم لتحديد مشاعرهم ، وقطع الأفكار المزعجة بالتخيل الإيجابي ، وتعليم حديث النفس الإيجابي و بناء المهارات الاجتماعية

المكون الخامس هو المعالجة المعرفي ، الذي يتناول تحديداً مراجعة المثلث المعرفي ، حيث يتم استكشاف العلاقة بين الأفكار والمشاعر ، و السلوكيات .

في المكون السادس ، القصة الرضية حيث يتم تطوير قصة الحدث الصادم وعقابيلها مع مرور الوقت من قبل الطفل ، مع دعم المعالج ، وذلك باستخدام تصوير الكلمات ، أو الفن ، أو أي شكل إبداعي آخر

و من ثم تتم المشاركة مع الأبوين .

المكون ٧، في التعرض الواقعي و القدرة على السيطرة و التعامل مع مذكرات الصدمة ، هو جلسة وكيفية السيطرة على المشاعر المؤلمة المرتبطة بها .
المكون ٨ هو دورات مشتركة بين الوالدين والطفل ؛ هذا المكون قد تنطوي على عدة جلسات بحضور الطفل والوالد وتبادل فهمهم لعملية العلاج والمكاسب التي حققوها.

وأخيرا، المكون التاسع ، تعزيز
السلامة المستقبلية ، ويتضمن جلسات تركز على التغييرات التي تم إجراؤها
في الأسرة لضمان سلامة الطفل . هذه الجلسات النهائية أيضا تعزز التواصل الصحي بين الطفل
والوالدين .
يوجد نمط آخر من العلاج النفسي هو العلاج بازالة الحساسية بحركات العين و إعادة المعالجة
(EMDR)، حيث يتم إقران التعرض والتدخلات المعرفية لإعادة المعالجة
مع حركات العين الموجهة. (٣٨)

العلاج الدوائي :

- يستطب العلاج الدوائي عند الأطفال الذين تستمر أعراضهم على الرغم من العلاج المعرفي السلوكي أو عندما يحتاجون مساعدة إضافية لضبط الأعراض
- قد تفيد زمرة مثبطات عود التقاط السيروتونين الانتقائية ة في علاج اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى الأطفال لكن السيرترالين فقط هو المعتمد من قبل ال FDA في علاج اضطراب الصدمة ما بعد الرض و فقط لدى الأطفال > ٦ سنوات
- بعض الدراسات تشير لفعالية الإيميبرامين (TCAS ثلاثيات الحلقة) في علاج الصدمات النفسية لدى الأطفال
- يمكن استخدام حاصرات بيتا لعلاج فرط الاستثارة كالبروبرانولول
- قد تستخدم مضادات الذهان غير النمطية كالريسبردون في بعض الحالات فقط عند وجود هياج شديد أو أعراض ذهانية أو عند عدم الاستجابة على الأدوية الأخرى
- معدلات المزاج أو مضادات الاختلاج يمكن استخدامها لعلاج الاندفاعية وفرط الاستثارة

الكاربامازبين له خصوصية في علاج نوبات الغضب الانفجارية

حمض الفالبرويك يمكنه أن يعالج التجنب لدى الأطفال المصابين بالصدمات النفسية (٣٨)

ثالثاً : القسم العملي :

أسئلة البحث :

أولاً : ما هي نسبة انتشار الاضطرابات القلقية ضمن عينة البحث

ثانياً : ما هي نسبة انتشار اضطراب الشدة ما بعد الرض ضمن عينة البحث

ثالثاً : ما هي نسبة التعرض للرضوض النفسية ضمن عينة البحث

فرضيات البحث :

أولاً: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الاضطرابات القلقية والتعرض للرضوض

ثانياً: توجد فروق في حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغيرات العمر والجنس والحالة المادية

ثالثاً : توجد فروق في علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب متغيرات العمر والجنس و الحالة المادية.

رابعاً : توجد فروق في حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغير عدد الرضوض.

أهداف البحث :Aims of search

١- دراسة نسبة انتشار اضطرابات القلق عند عينة من الأطفال المراجعين للعيادة النفسية في مستشفى الأطفال الجامعي بدمشق

٢- دراسة نسبة انتشار اضطراب الشدة ما بعد الرض عند عينة من الأطفال المراجعين للعيادة النفسية في مستشفى الأطفال الجامعي بدمشق

٣- دراسة نسبة التعرض للرضوض النفسية ضمن عينة البحث

٤- دراسة العلاقة بين انتشار اضطرابات القلق و التعرض للرضوض النفسية ضمن عينة البحث

٥- دراسة الفروق بين انتشار اضطرابات القلق و كل من العمر و الجنس و الحالة المادية .

٦- دراسة الفروق بين انتشار اضطراب الشدة ما بعد الرض و كل من العمر و الجنس و الحالة المادية.

نمط الدراسة: cross-sectional descriptive study

الدراسة وصفية مقطعية من نموذج المقطع المستعرض لعينة عشوائية .

مكان الدراسة :

العيادة النفسية الخارجية في مستشفى الأطفال الجامعي - جامعة دمشق .

زمن الدراسة :

من بداية الشهر الخامس و حتى نهاية الشهر العاشرمن العام ٢٠١٦ م

الجمهرة المستهدفة target population
الأطفال المراجعين للعيادة النفسية في مستشفى الأطفال الجامعي بدمشق

عدد العينة : ٢٧٦ مجال الثقة (٠,٩٥) confidence interval و
مستوى الدلالة هي $p<0.05$
الاعتيان Sampling
تم بشكل عشوائي عن طريق كسر اعتيان ٢/١ أي : اختيار الطفل الثاني بترتيب دخولهم إلى العيادات
معايير الاشتمال :
الأطفال الذين أعمارهم من 6 حتى ١٢ عام و الذين يملكون قدرات عقلية تكفي على الأقل لإجراء المقابلة السريرية معهم والمتعاونون بشكل جيد لإجراء المقابلة السريرية معهم .
معايير الاستبعاد :
الذين لم يحققوا واحدة من معايير الاشتمال على الأقل .
الأدوات Methods
١- أسماء المراجعين من أجل الاعتيان العشوائي
٢- استبيان خاص بالمعلومات الديموغرافية و الخصائص الداخلية لعينة البحث من اعداد الباحث
٣-المعايير التشخيصية للاضطرابات القلقية و اضطراب الشدة ما بعد الرض المأخوذة من معايير الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النفسية النسخة الخامسة DSM-5 : Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders(الذي أصدرته جمعية الطب النفسي الأمريكية عام ٢٠١٣) (٣٩)

حيث تمت ترجمتها من قبل الباحث من اللغة الانكليزية إلى اللغة العربية وتم اجراء الترجمة المعاكسة من اللغة العربية للانكليزية و تمت مناقشة الترجمة من قبل لجنة محكمة

.
ثم أجريت دراسة المصداقية و الثبات (validity –reliability) للاعتماد على المعايير كأساس في المقابلة السريرية المقننة من أجل سهولة المقابلة

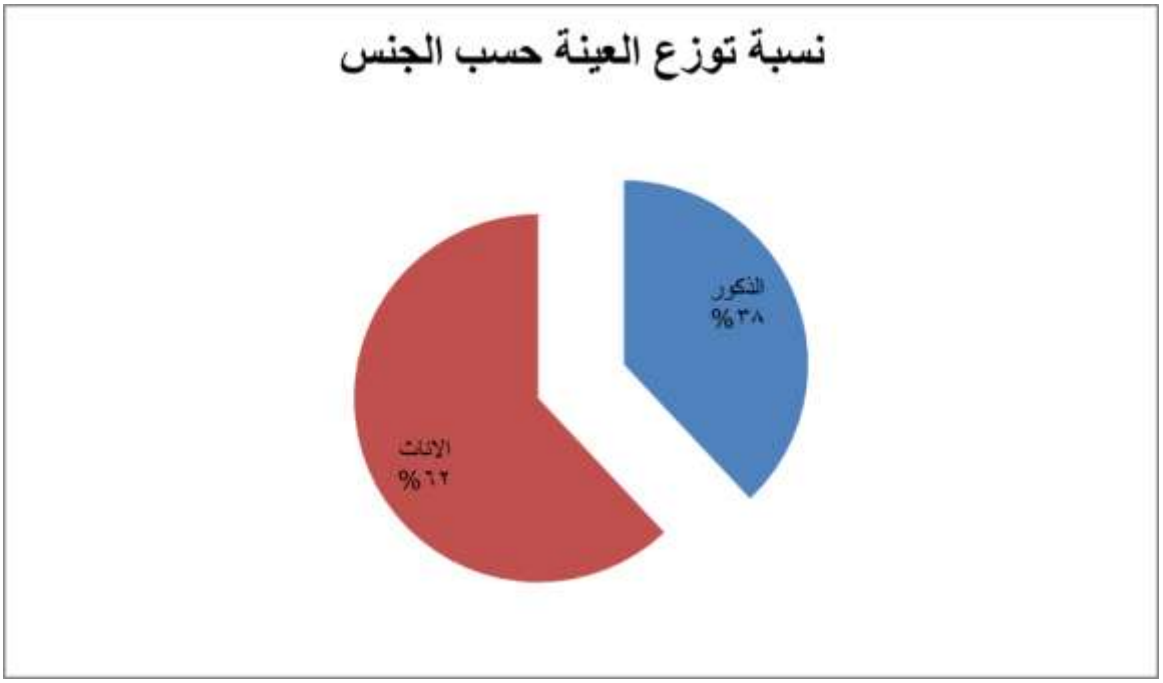
تم تحليل البيانات باستخدام برنامج ال SPSS النسخة السابعة عشر
طريقة العمل :
قام الباحث باجراء مقابلة ممنهجة مقننة systematic interview لكل طفل (تم اختياره بطريقة الاعتيان سابق الذكر) حسب معايير الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النفسية النسخة الخامسة (DSM-5) و هو معيار ذهبي تشخيصي عالمي.
تم التوجه الى مكان الدراسة ثم أجري الاعتيان و أخذت الموافقة المستنيرة من والد الطفل أو والدته أو الوصي عليه بعدها تمت مقابلة الأطفال واحداً واحداً ، تم البدء بأخذ المعلومات الديموغرافية ثم استجوابه بناء على المعايير التشخيصية حتى تم جمع عينة البحث كاملة .

الدراسة الإحصائية :

وصف العينة : عدد عينة البحث ٢٧٦ طفل ، تم استبعاد ٧ أطفال لعدم وجود مستوى فكري يسمح بالمقابلة

كان توزع العينة بالنسبة للجنس حسب الجدول التالي

جنس الطفل	العدد	النسبة المئوية
ذكر	١٠٥	**38%**
أنثى	١٧١	**62%**
المجموع	**٢٧٦**	**%١٠٠**



أما بالنسبة إلى توزع العينة حسب العمر فقد تم تقسيم الأطفال عمريا إلى فئتين مختلفتين

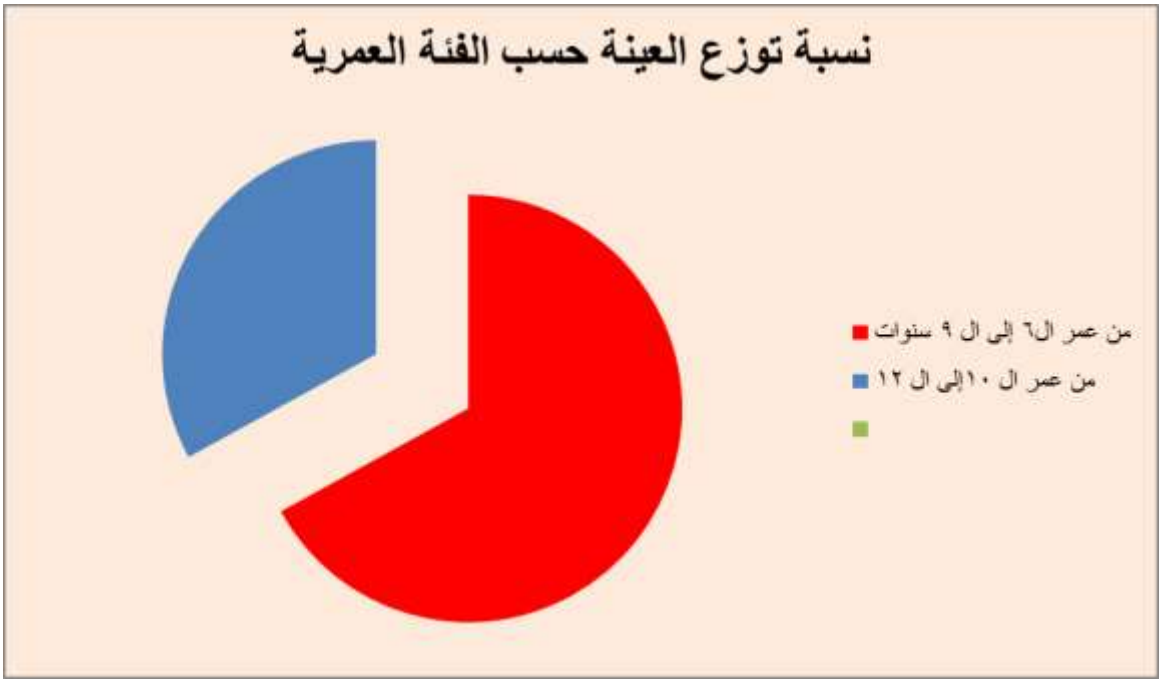
الفئة العمرية الأولى من عمر ٦ إلى ٩ سنوات

الفئة العمرية الثانية من عمر ١٠ إلى ١٢ سنة

وكان توزع العينة حسب الفئة العمرية كالتالي

توزع عينة البحث حسب الفئة العمرية

الفئة العمرية	العدد	النسبة المئوية
من ٦-٩	١٨٥	%٦٧
من ١٠-١٢	٩١	%٣٣
المجموع	٢٧٦	%١٠٠



توزع العينة حسب الحالة المادية

تم التمييز بين اربع مجموعات متباينة حسب الحالة المادية

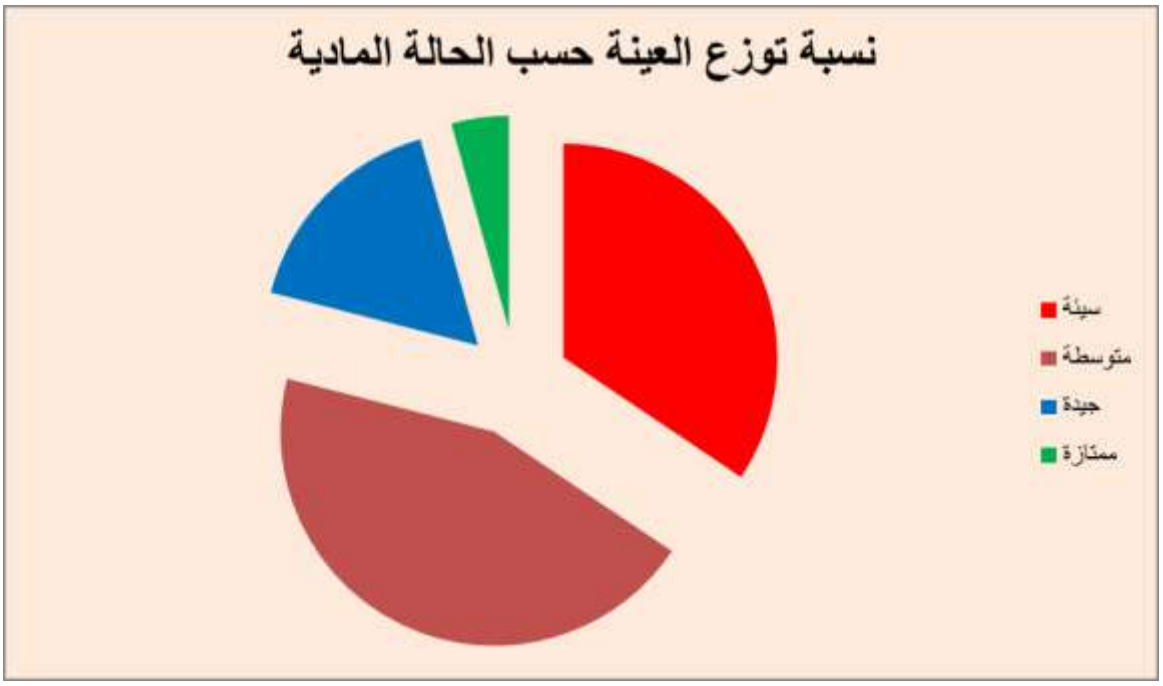
الحالة المادية السيئة : لا يوجد ما يسد الحاجات الأساسية

الحالة المادية المتوسطة : يوجد فقط ما يكفي الحاجات الأساسية

الحالة المادية الجيدة : يوجد ما يكفي لسد الحاجات الأساسية و بعض الكماليات

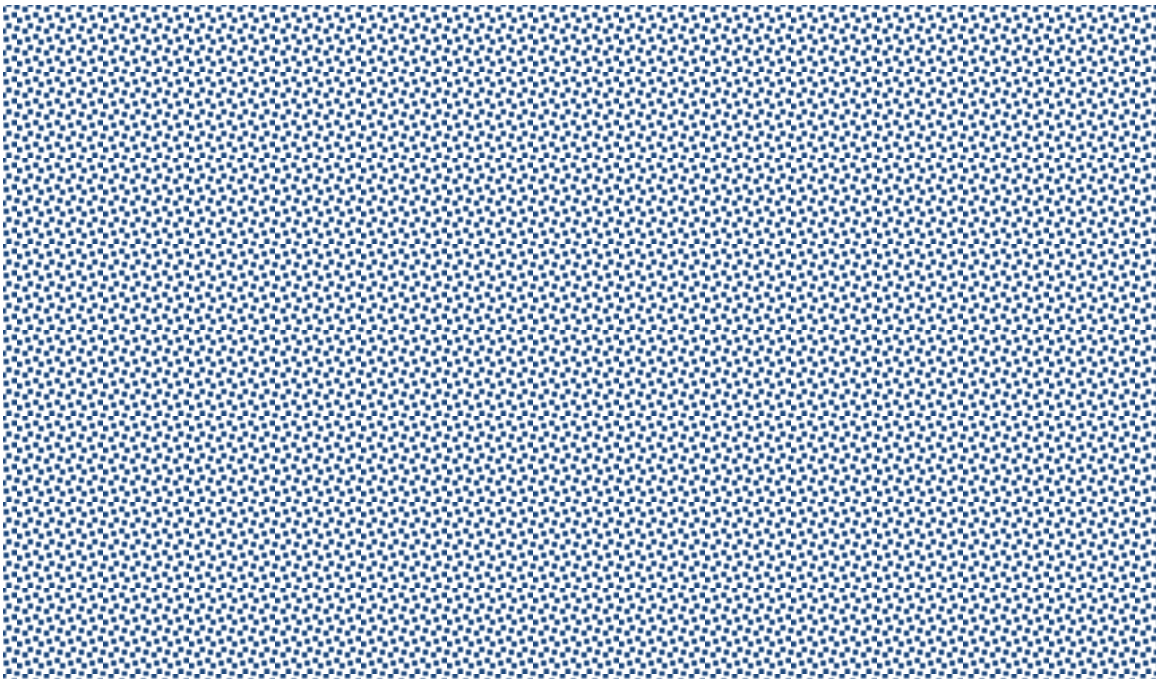
الحالة المادية الممتازة : يوجد ما يكفي لسد الحاجات الأساسية و أغلب الكماليات

الحالة المادية	العدد	النسبة المئوية
سيئة	٩٥	%٣٤,٤٣
متوسطة	١٢٣	%٤٤,٥٧
جيدة	٤٦	%١٦,٦٦
ممتازة	١٢	%٤,٣٤
المجموع	٢٧٦	%١٠٠



بينت الدراسة أن نسبة انتشار الاضطرابات القلقية هي ٢٤,٦% كما يبينه المخطط رقم ١ :

و تبين أن نسبة انتشار اضطراب قلق الانفصال ١٢,٦% و الرهاب الاجتماعي ١٠,٥% و اضطراب القلق المعمم ١٢,٣% و أن نسبة انتشار اضطراب الشدة ما بعد الرض ١٤,٥% كما يظهر في المخطط رقم ٢ :



كما كانت نسبة التعرض للرضوض النفسية ٥٧,٢ % يوضح المخطط رقم (٣) هذه النسبة :

نتائج فرضيات البحث:

أولاً: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الاضطرابات القلقية والتعرض للرضوض .

للتحقق من وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الاضطرابات القلقية والتعرض للرضوض قام الباحث باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Preson Correlation) لدراسة العلاقة بينهما. والنتائج موضحة في الجدول رقم (١) .

الجدول (١) قيمة معامل ارتباط بيرسون بين الاضطرابات القلقية والتعرض للرضوض

	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية Sig
الاضطرابات القلقية	١١,٨٨	١٤,٢٧	٠,٥٨٦**	٠,٠٠٠
التعرض للرضوض	٨٩,٧١	١٠٥,٦٩		

** دال عند مستوى الدلالة (٠,٠١)

يتبين من خلال النتائج في الجدول رقم (١) وجود ارتباط دال احصائياً بين الاضطرابات القلقية والتعرض للرضوض، حيث بلغت قيمة معامل ارتباط بيرسون (٠,٥٨٦) وهو ارتباط جيد ودال احصائياً عند مستوى الدلالة (٠,٠١)، أي أنه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين الاضطرابات القلقية والتعرض للرضوض.

ثانياً: توجد فروق في حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغيرات العمر والجنس والحالة المادية .

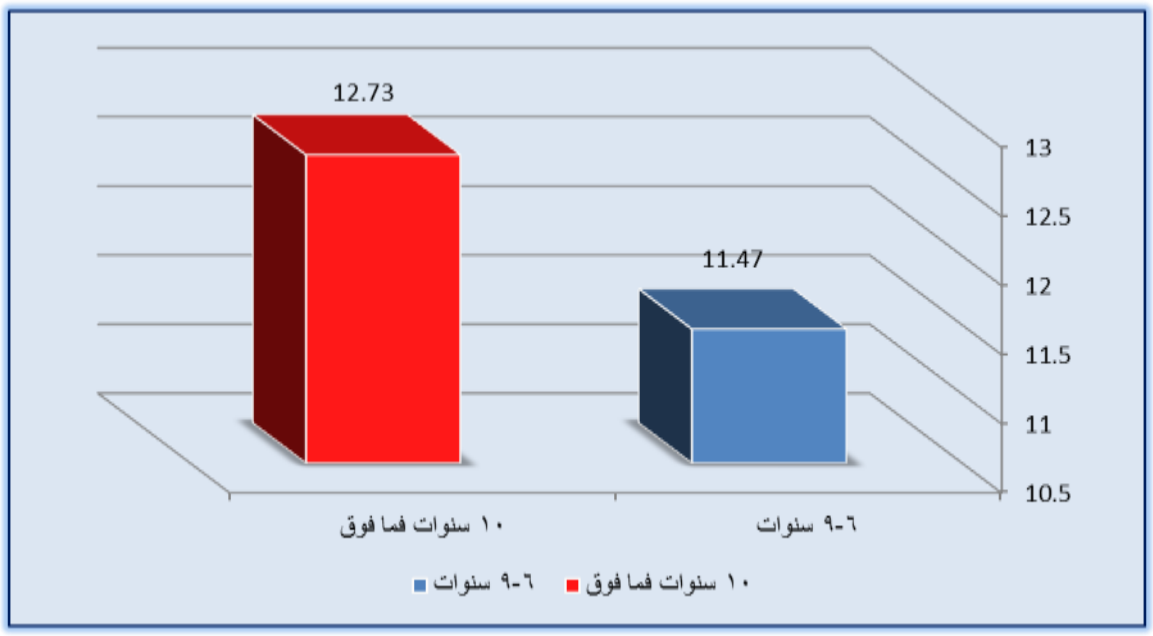
تتفرع هذه الفرضية إلى الفرضيات الفرعية التالية:

١. <u>توجد فروق في حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغير العمر.</u>

للتحقق من وجود فروق دالة احصائياً في حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغير العمر، تم استخدام اختبار (t-test) ت ستودنت للعينات المستقلة، حيث قام الباحث بتقسيم العينة الى فئتين عمريتين الأولى (من ٦ إلى ٩ سنوات) و الفئة الثانية (من ١٠ إلى ١٢) ثم قام الباحث بحساب الفروق بين متوسط حدوث الاضطرابات القلقية لدى أفراد عينة البحث من الفئة العمرية بين (٦ – ٩ سنوات) وبين متوسط حدوث الاضطرابات القلقية لدى أفراد عينة البحث من الفئة العمرية (١٠ سنوات إلى ١٢) ، والنتائج موضحة في الجدول رقم (٢) و الشكل البياني رقم (٤).

الجدول (٢) نتائج اختبار (t-test) لدراسة الفروق في حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغير العمر

الفئة العمرية	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار (t-test)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية Sig	القرار
٦-٩ سنوات	١٨٥	١١,٤٧	١٣,٩٣٣	٠,٦٨٦	٢٧٤	٠,٤٩٣	لا توجد فروق
١٠ سنوات فما فوق	٩١	١٢,٧٣	١٤,٩٧٥				



المخطط البياني (٤) يبين الفروق في متوسطات حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغير العمر

يتبين من النتائج المعروضة في الجدول رقم (٢) أنَّ القيمة الاحتمالية لاختبار (t–test) ت ستودنت للعينات المستقلة لحساب الفروق في متوسط حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغير العمر قد بلغت (٠,٦٨٦) وبلغت القيمة الاحتمالية لها (٠,٤٩٣) وهي أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي (٠,٠٥)، وهذا يشير إلى عدم وجود فروق دالة احصائياً في متوسط حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغير العمر بين أفراد عينة البحث من الفئة العمرية (٦ – ٩ سنوات) وبين أفراد عينة البحث من الفئة العمرية (١٠ سنوات فما فوق).

٢. **<u>توجد فروق في حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغير الجنس.</u>**

للتحقق من وجود فروق دالة احصائياً في حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغير الجنس، تم استخدام اختبار ت ستودنت للعينات المستقلة، حيث قام الباحث بحساب الفروق بين متوسط حدوث الاضطرابات

القلقية لدى أفراد عينة البحث الذكور وبين متوسط حدوث الاضطرابات القلقية لدى أفراد عينة البحث الاناث، والنتائج موضحة في الجدول رقم (٣) والشكل البياني رقم (٥).

الجدول (٣) نتائج اختبار (t-test) لدراسة الفروق في حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغير الجنس

الجنس	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار (t-test)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية Sig	القرار
ذكور	١٠٥	٩,٨٤	١١,٠٩٢	١,٨٧٥	٢٧٤	٠,٠٦٢	لا توجد فروق
اناث	١٧١	١٣,١٤	١٥,٨١٠				

المخطط البياني (٥) يبين الفروق في متوسطات حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغير الجنس

يتبين من خلال النتائج في الجدول رقم (٣) أنَّ القيمة الاحتمالية لاختبار ت ستودنت للعينات المستقلة لحساب الفروق في متوسط حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغير الجنس قد بلغت (١,٨٧٥) وبلغت القيمة الاحتمالية لها (٠,٠٦٢) وهي أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي (٠,٠٥)، وهذا يشير إلى عدم

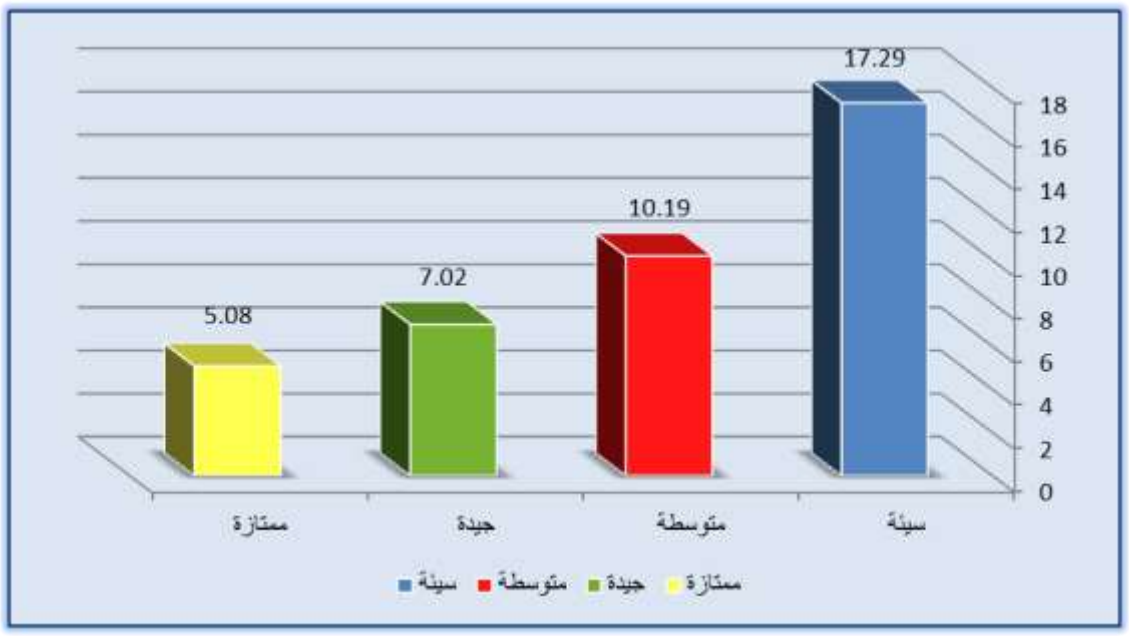
وجود فروق دالة احصائياً في متوسط حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغير الجنس بين أفراد عينة البحث الذكور وبين أفراد عينة البحث الاناث.

٣. توجد فروق في حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغير الحالة المادية.

لدراسة الفروق في حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغير الحالة المادية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لحدوث الاضطرابات القلقية باختلاف الحالة المادية لأفراد عينة البحث بين المجموعات الأربع للحالة المادية (سيئة / متوسطة / جيدة / ممتازة). ونتائج ذلك موضحة في الجدول رقم (٤) والشكل البياني رقم (٦).

الجدول (٤) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لحدوث الاضطرابات القلقية حسب الحالة المادية

	مجموعات الحالة المادية	عدد المرضى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الاضطرابات القلقية	سيئة	95	17.29	15.532
	متوسطة	123	10.19	13.763
	جيدة	٤٦	7.02	10.372
	ممتازة	12	5.08	7.329



المخطط البياني (٦) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لحدوث الاضطرابات القلقية حسب الحالة المادية

يتضح من النتائج الموضحة في الجدول رقم (٤) احتمال وجود فروق دالة احصائياً بين المتوسطات الحسابية لحدوث الاضطرابات القلقية باختلاف الحالة المادية لأفراد عينة البحث، وللكشف عن الدلالة الإحصائية لهذه الفروق، تمّ استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي Anova، كما هو موضّح في الجدول رقم (٥).

الجدول (٥) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدراسة الفروق في حدوث الاضطرابات القلقية باختلاف الحالة المادية لأفراد عينة البحث

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	القيمة الاحتمالية Sig	القرار
بين المجموعات	4777.948	3	1592.649	8.458	0.000	الفروق دالة احصائياً
داخل المجموعات	51218.341	272	188.303			
الكلي	55996.290	275				

يتضح من خلال النتائج في الجدول رقم (٥) بأنَّ قيمة اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة الفروق في حدوث الاضطرابات القلقية باختلاف الحالة المادية لأفراد عينة البحث قد بلغت (٨,٤٥٨) وبلغت القيمة الاحتمالية لها (٠,٠٠٠) وهي أصغر من مستوى الدلالة (٠,٠٥)، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات حدوث الاضطرابات القلقية باختلاف الحالة المادية لأفراد عينة البحث. وللكشف عن جهة هذه الفروق الدالة إحصائياً، قام الباحث باستخدام اختبار بونفروني (Bonferroni) للمقارنات البعدية المتعددة للتعرف على اتجاه الفروق الدالة احصائياً، و النتائج موضحة في الجدول رقم (٦).

الجدول (٦) نتائج اختبار Bonferroni للمقارنات البعدية المتعددة

مجموعات الحالة المادية		الفرق بين المتوسطات	القيمة الاحتمالية	القرار
سيئة	متوسطة	7.108*	0.001	الفروق دالة لصالح الأفراد ذوي الحالة المادية السيئة
	جيدة	10.273*	0.000	الفروق دالة لصالح الأفراد ذوي الحالة المادية السيئة
	ممتازة	12.211*	0.024	الفروق دالة لصالح الأفراد ذوي الحالة المادية السيئة
متوسطة	جيدة	3.165	1	الفروق غير دالة إحصائياً
	ممتازة	5.104	1	الفروق غير دالة إحصائياً
جيدة	ممتازة	1.938	1	الفروق غير دالة إحصائياً

*** دال عند مستوى الدلالة ٠,٠٥**

يتبين من خلال الجدول رقم (٦) النتائج الآتية :

١. وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات حدوث الاضطرابات القلقية لدى الأفراد ذوي الحالة المادية السيئة وبين متوسط درجات حدوث الاضطرابات القلقية لدى الأفراد ذوي الحالة المادية المتوسطة وهذا الفرق الدال احصائياً هو لصالح متوسط درجات الأفراد ذوي الحالة المادية السيئة.

٢. وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات حدوث الاضطرابات القلقية لدى الأفراد ذوي الحالة المادية السيئة وبين متوسط درجات حدوث الاضطرابات القلقية لدى الأفراد ذوي الحالة المادية الجيدة وهذا الفرق الدال احصائياً هو لصالح متوسط درجات الأفراد ذوي الحالة المادية السيئة.

٣. وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات حدوث الاضطرابات القلقية لدى الأفراد ذوي الحالة المادية السيئة وبين متوسط درجات حدوث الاضطرابات القلقية لدى الأفراد ذوي الحالة المادية الممتازة وهذا الفرق الدال احصائياً هو لصالح متوسط درجات الأفراد ذوي الحالة المادية السيئة.

٤. عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط حدوث الاضطرابات القلقية لدى الأفراد ذوي الحالة المادية المتوسطة وبين متوسط حدوث الاضطرابات القلقية لدى الأفراد ذوي الحالة المادية الجيدة والممتازة، ويتبين كذلك عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط حدوث الاضطرابات القلقية لدى الأفراد ذوي الحالة المادية الجيدة وبين متوسط حدوث الاضطرابات القلقية لدى الأفراد ذوي الحالة المادية الممتازة

ثالثاً: توجد فروق في علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب متغيرات العمر والجنس والحالة المادية .

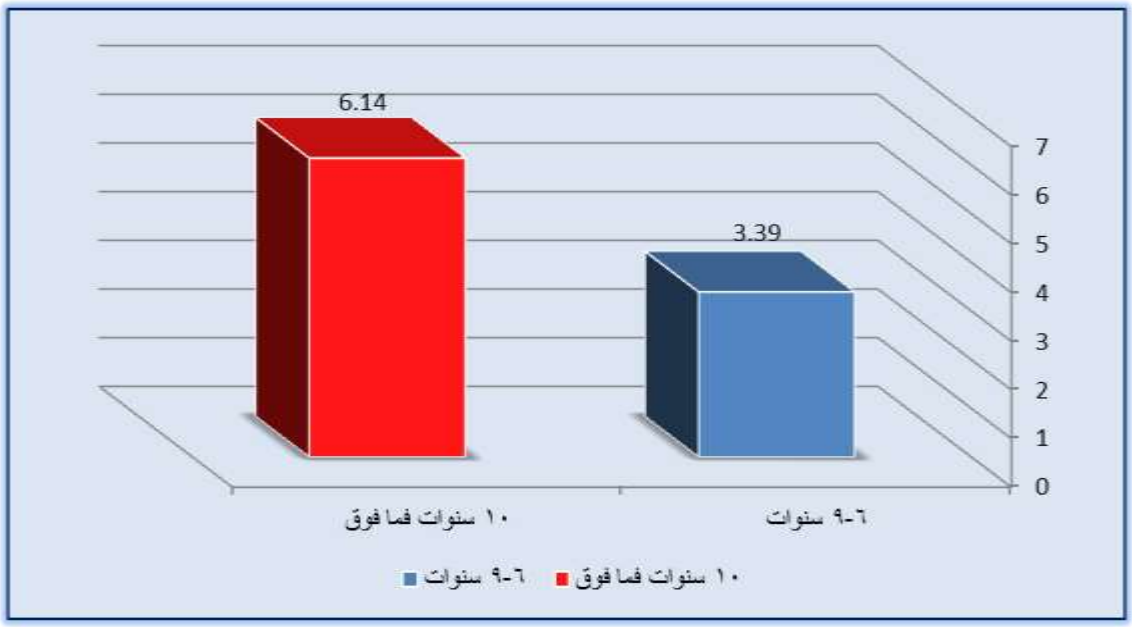
تتفرع هذه الفرضية إلى الفرضيات الفرعية التالية :

١. <u>توجد فروق في علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب متغير العمر.</u>

للتحقق من وجود فروق دالة احصائياً في علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب متغير العمر، تم استخدام اختبار (t–test) ت ستودنت للعينات المستقلة، حيث قام الباحث بحساب الفروق بين متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى أفراد عينة البحث من الفئة العمرية بين (٦ – ٩ سنوات) وبين متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى أفراد عينة البحث من الفئة العمرية (١٠ سنوات فما فوق)، والنتائج موضحة في الجدول رقم (٧) والشكل البياني رقم (٧).

الجدول (٧) نتائج اختبار (t–test) لدراسة الفروق في علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب متغير العمر

الفئة العمرية	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار (t–test)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية Sig	القرار
٦-٩ سنوات	١٨٥	٣,٣٩	٥,٤٨٥	٣,٦٢٣	٢٧٤	٠,٠٠٠	توجد فروق
١٠ سنوات فما فوق	٩١	٦,١٤	٦,٧٦٧				



المخطط البياني (٧) يبين الفروق في متوسطات علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب متغير العمر

يتبين من خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم (٧) أنَّ القيمة الاحتمالية لاختبار (t–test) ت ستودنت للعينات المستقلة لحساب الفروق في متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب متغير العمر قد بلغت (٣,٦٢٣) وبلغت القيمة الاحتمالية لها (٠,٠٠٠) وهي أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي (٠,٠٥)، وهذا يشير إلى وجود فروق دالة احصائياً في متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب متغير العمر بين أفراد عينة البحث من الفئة العمرية (٦ – ٩ سنوات) وبين أفراد عينة البحث من الفئة العمرية (١٠ سنوات فما فوق).

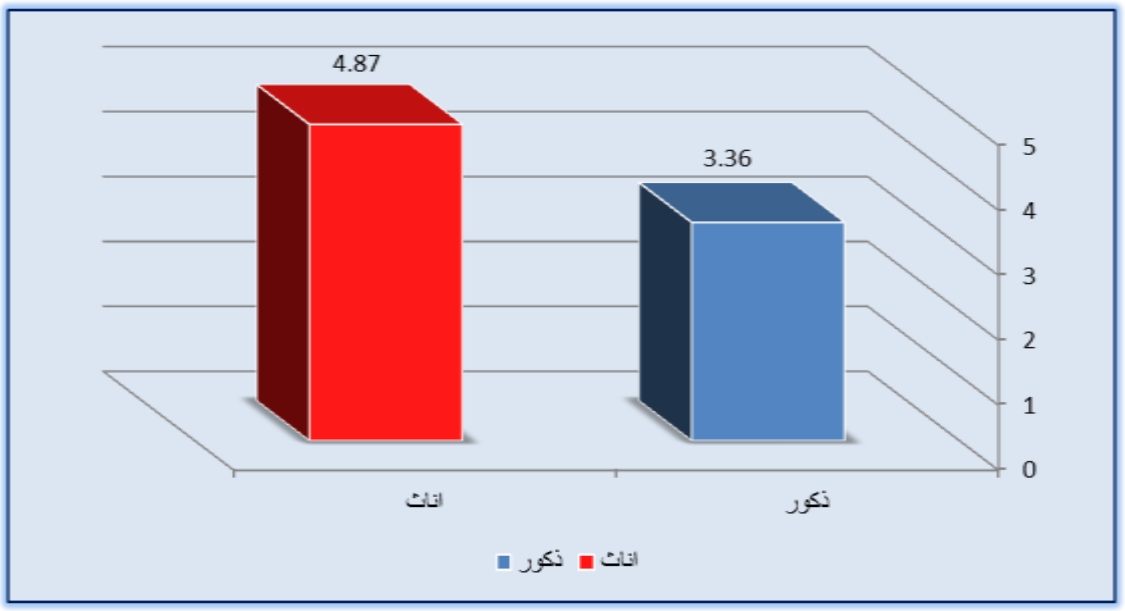
وهذه الفروق الدالة إحصائياً هي لصالح أفراد عينة البحث من الفئة العمرية (١٠ سنوات فما فوق) وذلك لأن متوسط درجاتهم في علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض وهو (٦,١٤) أكبر من متوسط درجات أفراد عينة البحث من الفئة العمرية (٦ – ٩ سنوات) في علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض البالغ (٣,٣٩).

٢. <u>توجد فروق في علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب متغير الجنس .</u>

للتحقق من وجود فروق دالة احصائياً في علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب متغير الجنس، تم استخدام اختبار (t–test) ت ستودنت للعينات المستقلة، حيث قام الباحث بحساب الفروق بين متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى أفراد عينة البحث الذكور وبين متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى أفراد عينة البحث الاناث، والنتائج موضحة في الجدول رقم (٨) والشكل البياني رقم (٨).

الجدول (٨) نتائج اختبار (t-test) لدراسة الفروق في علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب متغير الجنس

الجنس	عدد الأطفال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار (t-test)	درجة الحرية	القيمة الاحتمالية Sig	القرار
ذكور	١٠٥	٣,٣٦	٤,٩٧٥	٢,٠١٨	٢٧٤	٠,٠٤٥	توجد فروق دالة احصائياً
اناث	١٧١	٤,٨٧	٦,٥٩٦				



المخطط البياني (٨) يبين الفروق في متوسطات علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب متغير الجنس

يتضح من خلال النتائج في الجدول رقم (٨) أنَّ القيمة الاحتمالية لاختبار (t-test) ت ستودنت للعينات المستقلة لحساب الفروق في متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب متغير الجنس قد بلغت (٢,٠١٨) وبلغت القيمة الاحتمالية لها (٠,٠٤٥) وهي أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي (٠,٠٥)، وهذا يشير إلى وجود فروق دالة احصائياً في متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب متغير الجنس بين أفراد عينة البحث الذكور وبين أفراد عينة البحث الاناث.

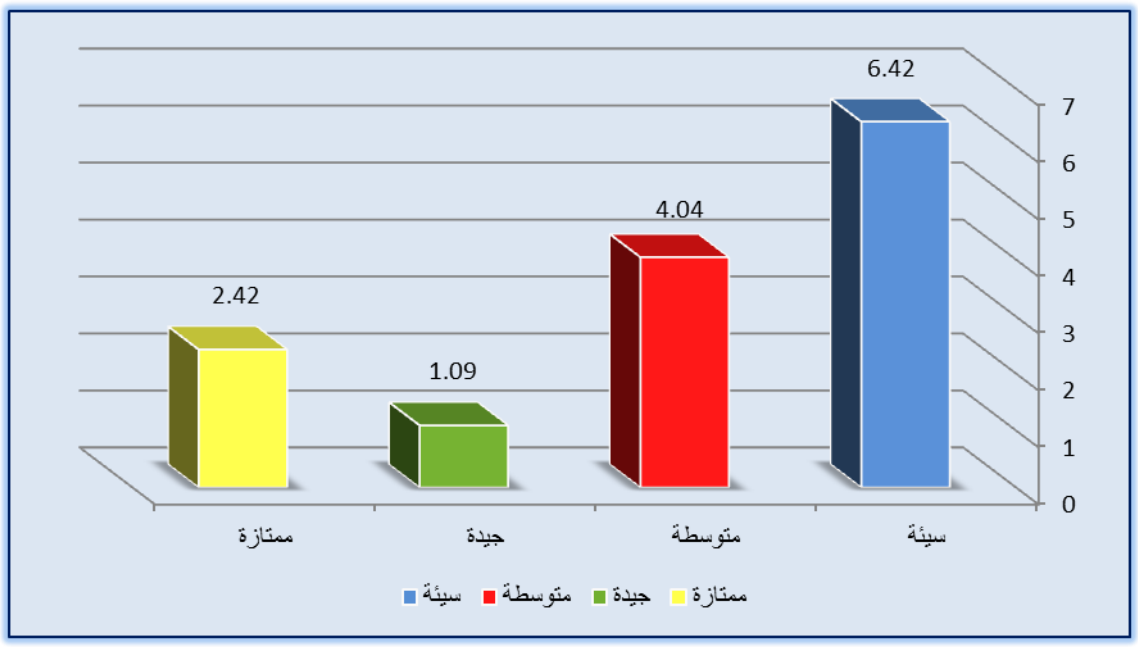
وهذه الفروق الدالة إحصائياً هي لصالح أفراد عينة البحث الاناث وذلك لأن متوسط درجاتهم في علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض وهو (٤,٨٧) أكبر من متوسط درجات أفراد عينة البحث الذكور في علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض البالغ (٣,٣٦).

٣. توجد فروق في علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب متغير الحالة المادية.

لدراسة الفروق في علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب متغير الحالة المادية تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعلامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض باختلاف الحالة المادية لأفراد عينة البحث بين المجموعات الأربع للحالة المادية (سيئة / متوسطة / جيدة / ممتازة). ونتائج ذلك موضحة في الجدول رقم (٩) والشكل البياني رقم (٩).

الجدول (٩) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعلامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب الحالة المادية

	مجموعات الحالة المادية	عدد المرضى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
علامات اضطراب الشدة ما بعد الرض	سيئة	95	6.42	6.838
	متوسطة	123	4.04	5.928
	جيدة	٤٦	1.09	2.563
	ممتازة	12	2.42	4.144



المخطط البياني (٩) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعلامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب الحالة المادية

يتبين من خلال النتائج في الجدول رقم (٩) احتمال وجود فروق دالة احصائياً بين المتوسطات الحسابية لعلامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض باختلاف الحالة المادية لأفراد عينة البحث، وللكشف عن الدلالة الإحصائية لهذه الفروق، تمَّ استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي Anova، والنتائج موضَّحة في الجدول رقم (١٠).

الجدول (١٠) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدراسة الفروق في علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض باختلاف الحالة المادية لأفراد عينة البحث

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	القيمة الاحتمالية Sig	القرار
بين المجموعات	953.114	3	317.705	9.427	0.000	الفروق دالة احصائياً
داخل المجموعات	9166.523	272	33.7			
الكلي	10119.638	275				

يتضح من خلال النتائج في الجدول رقم (١٠) بأنَّ قيمة اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة الفروق في علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض باختلاف الحالة المادية لأفراد عينة البحث قد بلغت (٩,٤٢٧) وبلغت القيمة الاحتمالية لها (٠,٠٠٠) وهي أصغر من مستوى الدلالة (٠,٠٥)، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض باختلاف الحالة المادية لأفراد عينة البحث .

وللكشف عن جهة هذه الفروق الدالة إحصائياً، قام الباحث باستخدام اختبار بونفروني (Bonferroni) للمقارنات البعدية المتعددة للتعرف على اتجاه الفروق الدالة احصائياً، والنتائج موضحة في الجدول رقم (١١).

الجدول (١١) نتائج اختبار Bonferroni للمقارنات البعدية المتعددة

مجموعات الحالة المادية		الفرق بين المتوسطات	القيمة الاحتمالية	القرار
سيئة	متوسطة	2.380*	0.018	الفروق دالة لصالح الأفراد ذوي الحالة المادية السيئة
	جيدة	5.334*	0.000	الفروق دالة لصالح الأفراد ذوي الحالة المادية السيئة
	ممتازة	4.004	0.151	الفروق غير دالة إحصائياً
متوسطة	جيدة	2.954*	0.021	الفروق دالة لصالح الأفراد ذوي الحالة المادية المتوسطة
	ممتازة	1.624	1	الفروق غير دالة إحصائياً
جيدة	ممتازة	-1.330	1	الفروق غير دالة إحصائياً

*** دال عند مستوى الدلالة ٠,٠٥**

يتضح لنا من خلال النتائج في الجدول رقم (١١) ما يلي:

١. وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى الأفراد ذوي الحالة المادية السيئة وبين متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى الأفراد ذوي الحالة المادية المتوسطة، وهذا الفرق الدال احصائياً هو لصالح الأفراد ذوي الحالة المادية السيئة.

٢. وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى الأفراد ذوي الحالة المادية السيئة وبين متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى الأفراد ذوي الحالة المادية الجيدة، وهذا الفرق الدال احصائياً هو لصالح الأفراد ذوي الحالة المادية السيئة.

٣. عدم ظهور فرق دال إحصائياً بين متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى الأفراد ذوي الحالة المادية السيئة وبين متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى الأفراد ذوي الحالة المادية الممتازة.

٤. وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى الأفراد ذوي الحالة المادية المتوسطة وبين متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى الأفراد ذوي الحالة المادية الجيدة ، وهذا الفرق الدال احصائياً هو لصالح الأفراد ذوي الحالة المادية المتوسطة .

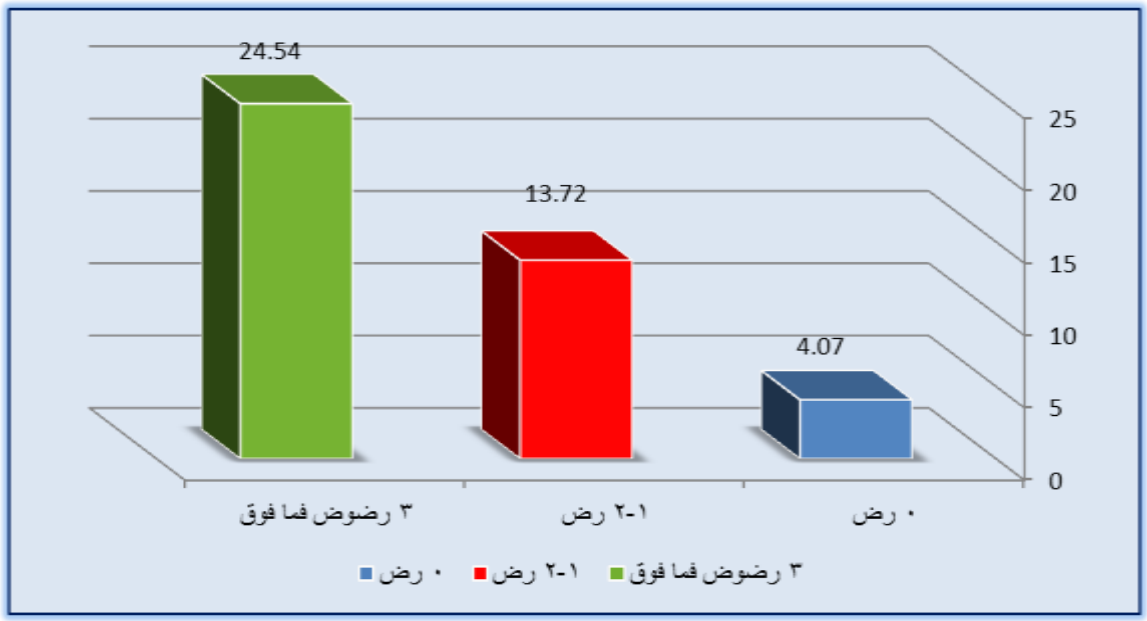
٥. عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى الأفراد ذوي الحالة المادية المتوسطة وبين متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى الأفراد ذوي الحالة المادية الممتازة . كذلك عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى الأفراد ذوي الحالة المادية الجيدة وبين متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى الأفراد ذوي الحالة المادية الممتازة.

توجد فروق في حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغير عدد الرضوض .

لدراسة الفروق في حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغير عدد الرضوض تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لحدوث الاضطرابات القلقية باختلاف عدد الرضوض التي تعرض لها أفراد عينة البحث (٠ رض / ١-٢ رض / ٣ فما فوق). ونتائج ذلك موضحة في الجدول رقم (١٢) و الشكل البياني رقم (١٠) :

الجدول رقم (١٢) **المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لحدوث الاضطرابات القلقية حسب عدد الرضوض**

	مجموعات عدد الرضوض	عدد المرضى	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الاضطرابات القلقية	٠ رض	121	4.07	6.612
	١-٢ رض	94	13.72	13.183
	٣ فما فوق	61	24.54	16.890



المخطط البياني رقم (١٠) للمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لحدوث الاضطرابات القلقية حسب عدد الرضوض

يتضح من النتائج في الجدول رقم (١٢) احتمال وجود فروق دالة احصائياً بين المتوسطات الحسابية لحدوث الاضطرابات القلقية باختلاف عدد الرضوض التي تعرض لها أفراد عينة البحث ، وللكشف عن الدلالة الإحصائية لهذه الفروق ، تمّ استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي Anova ، كما هو موضّح في الجدول التالي .

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدراسة الفروق في حدوث الاضطرابات القلقية باختلاف عدد الرضوض

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	القيمة الاحتمالية Sig	القرار
بين المجموعات	17470.003	2	8735.002	61.897	0.000	الفروق دالة احصائياً
داخل المجموعات	38526.287	273	141.122			
الكلي	55996.290	275				

يتضح من خلال قراءة النتائج في الجدول السابق بأنَّ قيمة اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) لدراسة الفروق في حدوث الاضطرابات القلقية باختلاف عدد الرضوض التي تعرض لها أفراد عينة البحث قد بلغت (٦١,٨٩٧) وبلغت القيمة الاحتمالية لها (٠,٠٠٠) وهي أصغر من مستوى الدلالة (٠,٠٥)، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات حدوث الاضطرابات القلقية باختلاف عدد الرضوض التي تعرض لها أفراد عينة البحث.

وللكشف عن جهة هذه الفروق الدالة إحصائياً ، قام الباحث باستخدام اختبار بونفروني (Bonferroni) للمقارنات البعدية المتعددة للتعرف على اتجاه الفروق الدالة احصائياً ، والنتائج موضحة في الجدول التالي

نتائج اختبار Bonferroni للمقارنات البعدية المتعددة

مجموعات عدد الرضوض		الفرق بين المتوسطات	القيمة الاحتمالية	القرار
٠ رض	١-٢ رض	-9.649*	0.000	الفروق دالة لصالح ١-٢ رض
	٣ فما فوق	-20.467*	0.000	الفروق دالة لصالح ٣ رض فما فوق
١-٢ رض	٣ فما فوق	-10.818*	0.000	الفروق دالة لصالح ٣ رض فما فوق

*** دال عند مستوى الدلالة ٠,٠٥**

يتضح لنا من خلال الجدول السابق النتائج الآتية :

١- وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات حدوث الاضطرابات القلقية لدى الأفراد الذين لم يتعرضوا لأي رض وبين متوسط درجات حدوث الاضطرابات القلقية لدى الأفراد الذين تعرضوا ل(١-٢) رض وهذا الفرق الدال احصائياً هو لصالح متوسط درجات الأفراد الذين تعرضوا ل (١-٢) رض .

٢- وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات حدوث الاضطرابات القلقية لدى الأفراد الذين لم يتعرضوا لأي رض وبين متوسط درجات حدوث الاضطرابات القلقية لدى الأفراد الذين تعرضوا لثلاثة رضوض أو أكثر وهذا الفرق الدال احصائياً هو لصالح متوسط درجات الأفراد الذين تعرضوا لثلاثة رضوض أو أكثر.

٣- وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات حدوث الاضطرابات القلقية لدى الأفراد الذين تعرضوا ل(١-٢) رض وبين متوسط درجات حدوث الاضطرابات القلقية لدى الأفراد الذين تعرضوا لثلاثة رضوض أو أكثر وهذا الفرق الدال احصائياً هو لصالح متوسط درجات الأفراد الذين تعرضوا لثلاثة رضوض أو أكثر.

النتائج :

بينت الدراسة أن نسبة انتشار الاضطرابات القلقية هي ٢٤,٦% و نسبة انتشار اضطراب قلق الانفصال ١٢,٦% و الرهاب الاجتماعي ١٠,٥% و اضطراب القلق المعمم ١٢,٣%

و تبين أن نسبة انتشار اضطراب الشدة ما بعد الرض ١٤,٥% كما كانت نسبة التعرض للرضوض النفسية ٥٧,٢ % .

وجدنا أنه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية موجبة بين الاضطرابات القلقية و التعرض للرضوض النفسية كما وجدنا أنه لا فروق دالة احصائياً في متوسط حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغير العمر. و وجدنا أنه لا وجود فروق دالة احصائياً في متوسط حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغير الجنس بينما توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات حدوث الاضطرابات القلقية باختلاف الحالة المادية لأفراد عينة البحث لصالح الأفراد ذوي الحالة المادية السيئة

كما أظهرت الدراسة وجود فروق دالة احصائياً في متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب متغير العمر وهذه الفروق هي لصالح أفراد عينة البحث من الفئة العمرية (١٠ سنوات فما فوق)

و أيضاً تبين وجود فروق دالة احصائياً في متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب متغير الجنس بين أفراد عينة البحث الذكور و بين أفراد عينة البحث الاناث . وهذه الفروق الدالة إحصائياً هي لصالح أفراد عينة البحث الاناث

وجد فرق دال إحصائياً بين متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى الأفراد ذوي الحالة المادية السيئة وبين متوسط حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى الأفراد ذوي الحالة المادية المتوسطة و الجيدة ، وهذا الفرق الدال احصائياً هو لصالح الأفراد ذوي الحالة المادية السيئة

كما وجد فرق دال إحصائياً بين متوسط علامات حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى الأفراد ذوي الحالة المادية المتوسطة وبين متوسط حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض لدى الأفراد ذوي الحالة المادية الجيدة ، وهذا الفرق الدال احصائياً هو لصالح الأفراد ذوي الحالة المادية المتوسطة

كما تبين وجود فروق دالة إحصائياً في متوسط حدوث الاضطرابات القلقية حسب متغير عدد الرضوض بين أفراد عينة البحث . وهذه الفروق الدالة إحصائياً هي لصالح أفراد عينة البحث الذين يبلغ عدد الرضوض لديهم (٣ رضوض فما فوق)

المناقشة :

كانت نسبة انتشار الاضطرابات القلقية في دراستنا ٢٤,٦ %

و هي موافقة لنسبة الانتشار في دراسة أجريت في فلسطين بعنوان الشدات الاجتماعية و الاضطرابات القلقية في قطاع غزة ، عام ١٩٩٨م ، أظهرت نتائج هذه الدراسة أن الاضطرابات القلقية تنتشر بنسبة ٢١,٥% (٧)

كانت نسبة انتشار اضطراب الشدة ما بعد الرض ١٤,٥% و هذه النسبة قليلة بالمقارنة مع دراسات كثيرة أخرى كالدراسة التي أجريت في البوسنة حيث كانت نسبة انتشار اضطراب الشدة ما بعد الرض ٥١,٦ % (٦) وفي كامبوديا بعد المتابعة لمدة ثلاث سنوات كانت نسبة انتشار اضطراب الشدة ما بعد الرض ٤٨%) (٩) وفق دراسة في فلسطين كانت نسبة انتشار اضطراب الشدة ما بعد الرض ٣٥,٩% (١٠) بينما نجد في دراسات أخرى النسبة على النقيض كالدراسات المنهجية الصارمة ، التي قام بها فازل وزملاؤه (٢٠٠٥) و التي شملت ٢٦٠ طفلا لاجئا كانوا أصلا من البوسنة وأمريكا الوسطى وإيران وكردستان ورواندا ولكنهم أعيد توطينهم في البلدان الغربية حيث تم تشخيص ١١٪ باضطراب الشدة ما بعد الرض و تعزى هذه النسبة القليلة نسبياً للمعايير الصارمة التي طبقت في هذه الدراسات و أيضا ذلك ينطبق على دراستنا حيث استخدمت المقابلة السريرية بالاعتماد على معايير ال DSM-5 **

** Dr. Jalal Damra, Anxiety and Maladaptive Disorders in Refuge

كما بينت هذه الدراسة أنه يوجد علاقة ارتباطية ايجابية بين الاضطرابات القلقية و التعرض للرضوض النفسية كما تبين ازدياد حدوث الاضطرابات القلقية بازدياد عدد الرضوض التي يتعرض لها الطفل كما تبين أنه يوجد فرق في حدوث الاضطرابات القلقية حسب الحالة المادية و كان هذا الفرق لصالح الحالة المادية السيئة بينما بينت أنه لا يوجد فرق في حدوث الاضطرابات القلقية حسب العمر و حسب الجنس في حين كان الأمر معاكساً بالنسبة لاضطراب الشدة ما بعد الرض حيث وجدنا فرقاً في حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب العمر لصالح الأطفال الأكبر من ١٠ سنوات و هذا يفسر بزيادة تعرض الطفل للرضوض النفسية التي تزيد احتمال تطور اضطراب الشدة ما بعد الرض كلما ازداد عمره كما وجدنا فرقاًفي حدوث اضطراب الشدة بعد الرض حسب الجنس لصالح الإناث و يفسر كون الاناث تتعرض للرضوض النفسية بشكل أكبر كما وجدت دراستنا فرقا في حدوث اضطراب الشدة ما بعد الرض حسب الحالة المادية و كان هذا الفرق لصالح الحالة المادية السيئة و هذا يماثل ما بينته دراسة أجريت في فلسطين حيث كان انتشار اضطراب الشدة ما بعد الرض أكثر لدى الأطفال القادمين من أسر ذات دخل مادي محدود

كما لم توجد (في دراسة فلسطين) فروقاً في حدوث الاضطرابات القلقية بين الذكور و الاناث . وكان القلق أكثر في الأطفال الذين يعيشون في المخيمات والدخل الشهري المحدود . كانت الأحداث الصادمة مرتبطة بشكل إيجابي مع حدوث الاضطرابات القلقية و تطور اضطراب الشدة ما بعد الرض (٨)

التوصيات والمقترحات :

حسب نتائج هذه الدراسة فقد توصلنا لمعرفة التأثير السلبي الكبير الذي يسببه تعرض الأطفال للرضوض النفسية المختلفة و هذا ما يجعلنا نركز و نظافر الجهود من أجل اقتراح الطرق التي تحد من هذا التعرض

كما نقترح اجراء دراسات أخرى بهذا الموضوع تتناول أنواع الرضوض النفسية التي يتعرض لها الأطفال و علاقتها مع بقية الاضطرابات النفسية كاضطراب السلوك و فرط النشاط و تعاطي المواد و غيرها من الاضطرابات .

الاعتبارات الأخلاقية Ethical considerations

تم أثناء اجراء هذا البحث الالتزام بالمحافظة على السرية التامة و الخصوصية و أخذ الموافقة المستنيرة من أهل الطفل أو الوصي عليه.

المراجع (References)

١- *Martin, A., Volkmar, F. R., & Lewis, M. (2007). Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.*

2- Wilmshurst, L. (2005). Essentials of child psychopathology. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

3- Mccloskey, L. A., & Walker, M. (2000). Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39(1), 108-115.

4-Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1990). Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Dept. of psychiatry.

5-Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. (1992). American Journal of Psychiatry,149(5), 671-675. doi:10.1176/ajp.149.5.671

6-Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community. Archives of General Psychiatry,55(7), 626. doi:10.1001/archpsyc.55.7.626

7-Graham-Bermann, S. A., & Levendosky, A. A. (1998). Traumatic Stress Symptoms in Children of Battered Women. Journal of Interpersonal Violence,13(1), 111-128. doi:10.1177/088626098013001007

8-Post-Traumatic Stress Disorder in the General Population — NEJM. (n.d.). Retrieved November 12, 2017, from http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198712243172604

9-Hennessy, K. D., Rabideau, G. J., Cicchetti, D., & Cummings, E. M. (1994). Responses of Physically Abused and Nonabused Children to Different Forms of Interadult Anger. Child Development,65(3), 815. doi:10.2307/1131420

10-Hodges, K., & Saunders, W. (1989). Internal consistency of a diagnostic interview for children: The Child Assessment Schedule. Journal of Abnormal Child Psychology,17(6), 691-701. doi:10.1007/bf00917731

11-Kessler, R. C. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry,52(12), 1048. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950240066012.

12-Greca, A. M., Silverman, W. K., Vernberg, E. M., & Prinstein, M. J. (1996). Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: A prospective study. Journal of Consulting and Clinical Psychology,64(4), 712-723. doi:10.1037/0022-006x.64.4.712.

13-Martinez, P., & Richters, J. E. (1993). The Nimh Community Violence Project: II. Children's Distress Symptoms Associated with Violence Exposure. Psychiatry,56(1), 22-35. doi:10.1080/00332747.1993.11024618.

14-Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. Journal of Personality and Social Psychology,61(1), 115-121. doi:10.1037/0022-3514.61.1.115

15-Rossman, B. R., Bingham, R. D., & Emde, R. N. (1997). Symptomatology and Adaptive Functioning for Children Exposed to Normative Stressors, Dog Attack, and Parental Violence. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,36(8), 1089-1097. doi:10.1097/00004583-199708000-00016 .

16-Straus, M. A. (1979). Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. Journal of Marriage and the Family,41(1), 75. doi:10.2307/351733.

17-Terr, L. C. (2003). Childhood Traumas: An Outline and Overview. Focus,1(3), 322-334. doi:10.1176/foc.1.3.322

١٨- Stallard, P., Velleman, R., & Baldwin, S. (1999). Psychological screening of children for post-traumatic stress disorder. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40(07), 1075-1082.

١٩- Daviss, W. B., Racusin, R., Fleischer, A. M. Y., Mooney, D., Ford, J. D., & McHUGO, G. J. (2000). Acute stress disorder symptomatology during hospitalization for pediatric injury. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39(5), 569-575.

20-Boney-Mccoy, S., & Finkelhor, D. (1995). Psychosocial sequelae of violent victimization in a national youth sample. Journal of Consulting and Clinical Psychology,63(5), 726-736. doi:10.1037/0022-006x.63.5.726 .

21-Boney-Mccoy, S., & Finkelhor, D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. Journal of Consulting and Clinical Psychology,64(6), 1406-1416. doi:10.1037/0022-006x.64.6.1406.

22-Bryant, R. (1997). Acute stress disorder: A critical review of diagnostic issues. Clinical Psychology Review,17(7), 757-773. doi:10.1016/s0272-7358(97)00052-4.

23-Cantwell, D. P., Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1997). Correspondence Between Adolescent Report and Parent Report of Psychiatric Diagnostic Data. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,36(5), 610-619. doi:10.1097/00004583-199705000-00011.

24-Gallo, A. D., Barton, J., & Parry-Jones, W. L. (1997). Road traffic accidents: early psychological consequences in children and adolescents. The British Journal of Psychiatry,170(4), 358-362. doi:10.1192/bjp.170.4.358

25-Engel, N. A., Rodrigue, J. R., & Geffken, G. R. (1994). Parent-Child Agreement on Ratings of Anxiety in Children. Psychological Reports,75(3), 1251-1260. doi:10.2466/pr0.1994.75.3.1251 .

26-Ford JD, Rogers K (1997), Empirically-based assessment of trauma and PTSD with children and adolescents. In: Proceedings From the International Society for Traumatic Stress Studies Annual Meeting,Montreal, November.

27-Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. (1994). American Journal of Psychiatry,151(6), 888-894. doi:10.1176/ajp.151.6.888.

28-Martini, D. R., Ryan, C., Nakayama, D., & Ramenofsky, M. (1990). Psychiatric Sequelae after Traumatic Injury: The Pittsburgh Regatta Accident. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,29(1), 70-75. doi:10.1097/00004583-199001000-00012.

29-McKelvey RS, McDermott B, Davies L, Roberts L, Cutler N (1999), Parental psychopathology and parental reports of children's behavioral problems. In: Scientific Proceedings: 46th Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Chicago.

30-Sanchez R, Daviss WB (1998), Correlation of initial presentation of suicidal ideations with previous trauma. In: Scientific Proceedings: 45th Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Irvine, CA..

31-Saxe G, Stoddard F, Ford J et al. (1997), The Child Stress Reaction Checklist: a measure of ASD and PTSD in children. In: Proceedings From the International Society for Traumatic Stress Studies Annual Meeting, Montreal, November.

32-Suhr, M. A. (n.d.). Trauma in Pediatric Populations. Psychiatric Aspects of Trauma Advances in Psychosomatic Medicine,31-47. doi:10.1159/000412376

٣٣- Hasanović, M., Sinanović, O., Selimbašić, Z., Pajević, I., & Avdibegović, E. (2006). Psychological disturbances of war-traumatized children from different foster and family settings in Bosnia and Herzegovina. Croatian medical journal,47(1), 85-94.

٣٤- Thabet, A. A. M., & Vostanis, P. (1998). Social adversities and anxiety disorders in the Gaza Strip. Archives of Disease in Childhood, 78(5), 439-442.

٣٥-Thabet, A., & Thabet, S. (2015). Trauma, PTSD, Anxiety, and Resilience in Palestinian Children in the Gaza Strip. BJESBS British Journal of Education, Society & Behavioural Science, 11(1), 1-13.

٣٦- Kinzie, J. D., Sack, W., Angell, R., Clarke, G., & Ben, R. (1989). A Three-Year Follow-up of Cambodian Young People Traumatized as Children. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 28(4), 501-504.

٣٧- Barlow, D. H. (2004). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.). New York: Guilford.

38-Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2014). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (11th ed.). C & E Publishing, Inc

39-Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. (2013). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

الملاحق:

المعايير التشخيصية لاضطراب الشدة ما بعد الرض حسب ال DSM-5 : (١٢)

أ-التعرض لموت حقيقي (فعلي) أو مهدد أو إصابة بليغة أو اغتصاب جنسي، بطريقة أو أكثر من الطرق التالية:

1- مواجهة الحدث (الأحداث) الرضية بشكل مباشر.

2- شهادة بوساطة شخص للأحداث الرضية كما حدثت .

3- معرفة حصول الأحداث الرضية لأحد أفراد العائلة المقربين أو لصديق مقرب .

في حالات الموت المحقق أو المهدد لشخص من العائلة لابد أن تكون الأحداث عنيفة و مفاجئة.

4-تعرض شديد أو متكرر لمهام مقززة من الحوادث الرضية (مثال : العمال الأوائل جامعي جثث البشر ، رجال الشرطة معرضين لمهام عن سوء معاملة الأطفال)

ملاحظة:

لا يطبق المعيار أ4 على التعرض عبر وسائل الإعلام الإلكترونية التلفاز أو السينما أو الصور ما لم يكن هذا التعرض متعلق بالعمل.

ب - وجود واحد أو أكثر من الأعراض البارزة المترافقة مع الحدث(الأحداث)الرضية التي بدأت بعد حصول الحادث الرضي:

1-ذواكر مزعجة متكررة غير إرادية مقحمة حول الحادث الرضي

2-أحلام مزعجة متكررة المحتوى و المشاعر فيها متعلقة بالحادث الرضي

ملاحظة :

عند الأطفال يمكن أن توجد أحلام مفزعة دون مضمون مميز

3- ارتكاسات تفارقية (مثال : ارتجاع) إذ يشعر الشخص و كأن الحادث الرضي قد عاد (قد تحصل هذه الارتكاسات بشكل مستمر مؤدية – عند التعبير الشديد تؤدي لفقد كامل لانتباه الشخص للمحيطين

ملاحظة:

4-شدة نفسية مديدة أو شديدة عند التعرض للملامح (الإشارات) التي ترمز أو تشابه مظهر الحادث الرضي

5-ارتكاسات فيزيولوجية واضحة للملامح التي ترمز أو تشابه مظهر الحادث الرضي

ج-تجنب مستمر للمثير المرافق للحادث الرضي الذي بدأ بعد حصول الحادث الرضي و الذي يظهر من خلال أحد أو كلا الأمرين التاليين:

1-تجنب أو محاولات لتجنب الذواكر أو الأفكار أو المشاعر المترافقة تقريبا مع الحادث الرضي

2- تجنب أو محاولات لتجنب المذكرات الخارجية(الناس، الأماكن ،المحادثات،النشاطات، الأشياء ،المواقف) التي تثير الذواكر المزعجة أو الأفكار ،أو المشاعر المترافقة إلى حد بعيد (تقريبا) مع الحادث الرضي

د-تغيرات سلبية في الوعي (المعرفة)و المزاج مترافقة مع الحادث الرضي و التي بدأت أو ساءت بعد حصول الحادث الرضي دل عليها اثنين أو أكثر من التالي:

1-عدم القدرة على تذكر جزء هام من الحادث الرضي(نموذجيا يعود لفقدان الذاكرة التفارقي و ليس لعوامل أخرى مثل إصابة الرأس أو الكحول أو الأدوية).

2-اعتقادات أو توقعات سلبية مضخمة و مستمرة حول أنفسهم أو الاخرين أو حول العالم (مثال : أنا سيء، لا أحد يمكن أن تثق به ،العالم كله محفوف بالمخاطر ، جهازي العصبي مدمر بالكامل و إلى الأبد).

3- فهم مشوه و مستمر حول سبب أو نتائج الحادث الرضي و الذي يقود الشخص لأن يلوم نفسه أو الاخرين.

4-حالة عاطفية سلبية مستمرة (مثال: خوف أو رعب أو غضب أو شعور بالإثم (الذنب) أو الخجل

(الخزي)).

5- رفض واضح للاهتمام أو المشاركة في النشاطات المهمة.

6- الشعور بالانعزال و النفور من الاخرين.

7- عدم القدرة باستمرار على تجربة المشاعر الايجابية (مثال :عدم القدرة على تجربة السعادة،الرضى،أو مشاعر المحبة.

هـ- تغيرات ملحوظة في الاثارة و التفاعلية المترافقة مع الحادث الرضي و التي بدأت أو ساءت بعد حصول الحادث الرضي،دل عليها اثنين أو أكثر مما يلي:

1- سلوك سريع الإثارة مع فورات من الغضب (مع قليل أو بدون شيء مثير للغضب) نموذجيا تظهر على شكل عنف جسدي أو لفظي تجاه الاخرين أو الأشياء

2-تهور أو تصرف مدمر للذات

3- فرط التيقظ و الحذر

4-استجابة مباغتة مبالغ فيها

5-مشاكل في التركيز.

6-اضطراب النوم (مثال: صعوبة النوم أو البقاء يقظا أو نوم غير مريح).

و- مدة هذا الاضطراب (المعايير ب-ج-د-هـ) أكثر من شهر.

ز-يسبب هذا الاضطراب ضائقة واضحة سريريا أو ضعف في الناحية الاجتماعية أو المهنية أو النواحي الوظيفية الهامة الأخرى .

ح - لا يعود هذا الاضطراب لتأثيرات فيزيولوجية لمادة ما (مثال:أدوية أو كحول) أو أي حالة طبية أخرى

حدد إذا:

مع أعراض تفارقية : أعراض الشخص تناسب معايير اضطراب الشدة ما بعد الرض و بالإضافة كاستجابة للعامل المسبب للشدة يعاني الشخص من أعراض متكررة أو مستمرة من أحد التالي:

1-تبدد الشخصية :

معاناة متكررة أو مستمرة من الشعور بالانفصال عن و كأن الشخص مراقب خارجي

(مثال:شعور الشخص و كأنه في حلم ، شعور بزيف النفس أو الجسم ،أو أن الوقت يمر ببطء.

2-تبدد المحيط:

معاناة متكررة أو مستمرة من وهمية المحيط(مثال: ظهور العالم المحيط بالشخص و كأنه وهمي ،كالحلم ،متباعد ،أو مشوه.

ملاحظة:

لاستخدام هذا النمط الفرعي يجب ألا تعود الأعراض التفارقية لتأثيرات فيزيولوجية لمادة ما (مثال: فقدان الوعي (الغشي)،التصرف خلال سكر الكحول)أو حالة طبية أخرى (مثال:نوبات جزئية معقدة).

حدد إذا:

مع تعبير متأخر:اذا لم تكتمل معايير التشخيص حتى 6أشهر بعد الحادث(على الرغم من أن بدء و تعبير بعض الأعراض قد يكون مباشرة).

DSM-5:المعايير التشخيصية لاضطراب القلق المعمم حسب ال

أ- خوف و قلق شديد (ترقب مقلق) تحدث أكثر الأيام على الأقل ٦ أشهر فيما يتعلق بعدد من الأحداث و النشاطات (مثل العمل و المدرسة و الأداء) .

ب- يجد الشخص صعوبة بالسيطرة على القلق .

ج- يترافق القلق و التوتر مع ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الستة التالية (مع وجود بعض الأعراض على الأقل لأكثر الأيام خلال ال٦أش

ملاحظة : مطلوب عرض واحد فقط عند الأطفال .

١- عدم الراحة أو

٢- يصبح متعبا بسهولة.

٣- صعوبة التركيز أو تشتت الفكر .

٤- استثارية .

٥- توتر عضلي .

٦- اضطراب بالنوم(صعوبة الدخول بالنوم أو البقاء مستيقضا أو عدم الراحة أو نوم غير كافي).

د- يسبب القلق و التوتر أو الأعراض الجسدية ضائقة مهمة سريرية أو تجهورا في النواحي الاجتماعية و أو في النواحي الوظيفية الأخرى.

هـ- لا يعزى الاضطراب بتأثيرات فيزيولوجية لمادة (كسوء استخدام دواء)أو حالة طبية أخرى (مثل فرط نشاط الدرق).

و- لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل باضطراب نفسي آخر.

DSM-5: المعايير التشخيصية لاضطراب قلق الانفصال حسب ال

أ- قلق أو خوف مفرط و غير ملائم تطوريا متعلق بالانفصال عن الأشخاص المتعلق بهم ، مثبت بثلاثة على الأقل مما يلي :

١- ضائقة شديدة متكررة عند التعرض للانفصال (أو توقعه) عن البيت أو عن الأشخاص الأكثر تعلقا .

٢- قلق شديد و مستمر حول فقد الأشخاص الأكثر تعلقا أو حول امكانية الضرر بهم مثل المرض و الأذية أو المحن أو الموت .

٣- قلق شديد و مستمر حول التعرض لحوادث صعبة (مثل الضياع أو الخطف أو الإصابة بحادث أو المرض) و التي يسببها الانفصال عن الأشخاص المتعلق بهم .

٤- ممانعة أو رفض مستمر للخروج بعيدا عن البيت أو للمدرسة أو لأي مكان آخر بسبب الخوف من الانفصال.

٥- خوف شديد و مستمر أو ممانعة للبقاء وحيدا أو بدون الأشخاص المتعلق بهم في البيت أو في الأماكن الأخرى.

٦- ممانعة أو رفض مستمر للنوم بعيدا عن البيت أو للذهاب إلى النوم بدون أن يكون قريبا من الاشخاص المتعلق بهم .

٧- كوابيس متكررة متضمنة موضوع الانفصال .

٨-شكايات متكررة من أعراض جسدية (مثل الصداع أو آلام المعدة أو الغثيان أو الاقياء) عند الانفصال عن الأشخاص المتعلق بهم أو توقع الانفصال .

ب- الخوف أو القلق أو التجنب يستمر على الأقل أربع أسابيع عند الأطفال و المراهقين .

ج- يسبب الاضطراب شدة واضحة سريريا أو تعطل في النواحي الاجتماعية أو الأكاديمية أو في النواحي الوظيفية الهامة الأخرى .

د- لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل باضطراب نفسي آخر مثل رفض مغادرة المنزل بسبب المقاومة الشديدة للتغيير في اضطراب الطيف التوحدي، أو أهلاسات أو توهمات متعلقة بالانفصال في الاضطرابات الذهانية ، أو رفض الذهاب خارجا بدون مرافق يعتمد عليه في رهاب الساح أو هموم و انشغال حول الاصابة بمرض في اضطراب قلق المرض .

DSM-5: المعايير التشخيصية لاضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي) حسب ال

أ- خوف أو قلق ملحوظ في واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية و التي يكون فيها الشخص معرضا لامعان النظر و التدقيق من قبل الاخرين

أمثلة عن المواقف الاجتماعية (اجراء محادثة أو مقابلة ناس غرباء) أو أن يكون مراقبا(كالاكل أو الشرب) أو الأداء أمام الآخرين (القاء كلمة).

ملاحظة :عند الاطفال يجب ان يحدث القلق في المواقف مع القرناء و ليس فقط خلال التفاعلات مع البالغين .

ب- يخاف الشخص من أنه /أنها سوف يتصرف بطريقة (أو ظهور الأعراض القلقية) ستؤدي لتقييمه بشكل سلبي (مثلا سيصبح محتقرا أو محرجا مما سيؤدي لاستياء الآخرين و رفضهم له).

ج- تحرض المواقف الاجتماعية دائما (تقريبا) الخوف والتوتر .

عند الأطفال قد يعبر عن التوتر و الخوف بالبكاء و الغضب و الجمود و التمسك بالآخرين و الاحجام أو الاخفاق في الحديث في المواقف الاجتماعية .

د- تُتجنب المواقف الاجتماعية أو تُتحمل مع التوتر و الخوف الشديد .

هـ- لا يتناسب الخوف و التوتر مع الخطر الحقيقي المتوضع في المواقف الاجتماعية و لا مع البيئة الثقافية الاجتماعية .

و- إن الخوف و التوتر و التجنب يستمر نموذجيا ٦ أشهر أو أكثر .

ز- يسبب الخوف و التوتر و التجنب ضائقة واضحة سريريا أو تدهورا في النواحي الاجتماعية أو في النواحي الوظيفية الأخرى .

ح- لا يعزى التوتر و الخوف و التجنب لتأثيرات فيزيولوجية لمادة ما (مثل سوء استخدام دواء) أو حالة طبية أخرى .

ط- لا يفسر التوتر و الخوف و التجنب بشكل أفضل بأعراض اضطراب نفسي آخر مثل اضطراب الهلع أو اضطراب تشوه شكل الجسم أو اضطراب الطيف التوحدي

ي- في حال وجود حالة طبية أخرى (مثل السمنة أو تشوه الجسم بسبب الحروق أو الإصابة) فإن القلق أو التوتر أو التجنب يصبح أشد .

استبيان المعلومات الديموغرافية:

العمر :

الجنس :

- *أنثى*
- ذكر

الوضع الاقتصادي:

- *سيئ (لا يكفي الحاجات الأساسية)*
- *متوسط (يكفي الحاجات الأساسية)*
- *جيد (يكفي الحاجات الأساسية و بعض الكماليات)*
- *ممتاز(يكفي الحاجات الاساسية و أغلب الكماليات)*

مسجل في المدرسة

- نعم
- لا

الصف الدراسي :

التعرض للرضوض :

نعم

لا

نوع الرض النفسي

عائلي (موت أحد الوالدين أو ....)

بيئي (الزلازل الأعاصير ....)

جسدي شخصي (اغتصاب أو اعتداء جسدي أو....)

غير محدد

استبيان تشخيص اضطراب الشدة ما بعد الرض والاضطرابات القلقية حسب ال DSM-5

	نعم	لا
هل تعرض الطفل لحادث راض بشكل مباشر هل شهد الطفل حدوث أي من الأحداث الرضية على أحد ما		
هل علم الطفل بوقوع أحد الحوادث الراضة الشديدة على أحد أفراد العائلة المقربين أو لصديق مقرب		
هل بدأ الطفل يعاني من ذكريات مزعجة متكررة غير إرادية مقحمة حول الحادث الرضي		
هل بدأ الطفل يعاني من أحلام مزعجة متكررة متعلقة بالحادث الرضي هل بدأ الطفل يعاني من شعور و كأن الحادث الرضي قد عاد هل تحدث لدى الطفل شدة نفسية عند التعرض للملامح (الإشارات) التي تشابه مظهر الحادث الرضي هل يحدث لدى الطفل ارتكاسات فيزيولوجية) كالخفقان والرجفان والتعرق (عند التعرض للملامح (الإشارات) التي تشابه مظهر الحادث الرضي هل بدأ الطفل يتجنب الذكريات أو الأفكار أو المشاعر المترافقة مع الحادث الرضي		
هل بدأ الطفل يتجنب الناس والأشياء التي تثير الذكريات المزعجة أو الأفكار أو المشاعر المترافقة مع الحادث الرضي		
هل لا يستطيع الطفل تذكر جزء هام من الحادث الرضي		
هل أصبح لدى الطفل اعتقادات أو توقعات سلبية مضخمة و مستمرة حول نفسه أو الآخرين		
-هل لدى الطفل فهم مشوه لسبب أو نتائج الحادث الرضي لذا يلوم نفسه أو الآخرين. هل أصبح الطفل يعاني من حالة عاطفية سلبية مستمرة (مثال:خوف أو رعب أو غضب أو شعور بالإثم (الذنب) أو الخجل). هل أصبح الطفل يرفض المشاركة في النشاطات المهمة. هل بدأ الطفل يشعر بالعزلة و النفور من الآخرين.		
هل أصبح الطفل غير قادر على إبداء المشاعر الايجابية) كالسعادة ، أو الرضى أو المحبة).		
هل أصبح الطفل يغضب بسهولة و أحياناً بدون سبب		
هل أصبح لدى الطفل تهور أو تصرف مدمر للذات هل أصبح الطفل حذراً بشكل مبالغ فيه هل أصبح لدى الطفل ردات فعل مفاجئة مبالغ بها		
هل أصبح لدى الطفل مشاكل في التركيز.		
هل أصبح لدى الطفل اضطراب بالنوم		
هل يعاني الطفل من أعراض الاضطراب (التالية لحصول الحادث الراض (لمدة لا تقل عن شهر هل سبّب هذا الاضطراب ضائقة واضحة سريرياً أو تدهوراً في الناحية الاجتماعية أو الأكاديمية أو في النواحي الوظيفية الهامة الأخرى .		
	نعم	**لا**
هل يعاني الطفل من ضائقة شديدة متكررة عند التعرض للانفصال (أو توقعه) عن البيت أو عن الأشخاص الأكثر تعلقاً بهم		
هل يعاني الطفل من قلق شديد و مستمر حول فقد الأشخاص الأكثر تعلقاً بهم أو حول إمكانية الضرر بهم كالمرض أو الموت .		
هل يعاني الطفل من قلق شديد و مستمر حول التعرض لحوادث صعبة (مثل الضياع أو الخطف أو الإصابة بحادث أو المرض) و التي يسببها الانفصال عن الأشخاص المتعلق بهم .		
هل لدى الطفل رفض مستمر للخروج بعيداً عن البيت أو للمدرسة أو لأي مكان آخر بسبب الخوف من الانفصال.		
هل لدى الطفل خوف شديد و مستمر أو ممانعة للبقاء وحيدا أو بدون الأشخاص المتعلق بهم في البيت أو في الأماكن الأخرى. هل لدى الطفل رفض مستمر للنوم بعيداً عن البيت أو للنوم بدون أن يكون قريبا من الاشخاص المتعلق بهم .		
هل لدى الطفل كوابيس متكررة متضمنة موضوع الانفصال		
هل لدى الطفل شكايات متكررة من أعراض جسدية (مثل الصداع أو آلام المعدة) عند الانفصال عن الأشخاص المتعلق بهم أو توقع الانفصال هل مضى على هذه المعاناة المتعلقة بالانفصال على الأقل أربع أسابيع هل سبب هذا الخوف و القلق المتعلق بالانفصال تعطل في النواحي الاجتماعية أو الأكاديمية أو في النواحي الوظيفية الهامة الأخرى		
هل يعاني الطفل من خوف أو قلق ملحوظ في أحد المواقف الاجتماعية التي يكون فيها محط أنظار الآخرين (القرناء و ليس فقط البالغين). هل يخاف الطفل من أنه سيتصرف بطريقة (أو أن ظهور الأعراض القلقية (ستؤدي لتقييمه بشكل سلبي		
هل يبدأ الطفل بالبكاء عند مواجهة أحد هذه المواقف الاجتماعية أوبالغضب أو الجمود و التمسك بالآخرين و أو الإخفاق في الحديث		
هل يتجنب الطفل هذه المواقف الاجتماعية هل يواجه الطفل هذه المواقف ويتحملها لكن مع التوتر و الخوف الشديد		

هل يتناسب الخوف و التوترلدى الطفل مع الخطر الحقيقي المتوضع في المواقف الاجتماعية هل مضى على هذا الخوف و التوتر و التجنب مدة 6 أشهر على الأقل هل سبّب الخوف و التوتر و التجنب تدهوراً في النواحي الاجتماعية أو في النواحي الوظيفية الأخرى .		
هل يعاني الطفل من خوف و قلق شديد (ترقب مقلق (دون سبب محدد) هل يجد الطفل صعوبة بالسيطرة على القلق هل يعاني الطفل من عدم الراحة		
هل يتعب الطفل بسهولة		
هل يعاني الطفل من صعوبة التركيز أو تشتت الفكر هل يعاني الطفل من استثارية (نزق)		
هل يعاني الطفل من توتر عضلي .		
هل يعاني الطفل من اضطراب بالنوم		
هل سبب القلق و التوتر أو الأعراض الجسدية ضائقة مهمة سريرية أو تدهوراً في النواحي الاجتماعية أو في النواحي الوظيفية الأخرى		

ما هي الحالات الطبية التي يعاني منها الطفل (إن وجدت)	
ما هي الأدوية التي يتناولها الطفل بشكل منتظم (إن وجدت)	

الموافقة المستنيرة Informed consent

نحن بصدد إجراء بحث علمي عن نسبة انتشار اضطرابات القلق و اضطراب الشدة ما بعد الرض عند عينة من الأطفال وعلاقته مع الرض النفسي ونريد مقابلة طفلك و لك مطلق الحرية في قبول أو رفض ذلك ، لكن قبل أن تتخذ قرارك نرجو منك أن تقرأ بعناية المعلومات التالية:

- مقابلة الطفل هي فقط لتقييم وجود الاضطرابات القلقية و اضطراب الشدة ما بعد الرض عند طفلك .
- المعلومات التي سيتم جمعها من خلال المقابلة معلومات إحصائية ولأهداف علمية بحثية ولا تأخذ الطابع الشخصي أبداً.
- المعلومات التي سيتم جمعها من خلال المقابلة تتسم بالسرية المطلقة.

في حال موافقتك على مقابلة طفلك يرجى التوقيع أدنى الورقة

لقد قرأت المعلومات الواردة أعلاه ، وكانت لدي الفرصة لأطرح الأسئلة وحصلت على إجابات مقنعة ولذلك أعلن موافقتي على مقابلة طفلي .

اسم الوصي على الطفل .....

توقيع الوصي على الطفل : .....