خبرات الإساءة في الطفولة كمتغيرات منبئة باضطراب الهلع لدى المراهقين في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية

د. حسين طاش نيازي

أستاذ مساعد بقسم علم النفس بكلية العلوم الاجتماعية

جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

ملخص: هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقات المتبادلة بين خبرات الإساءة في الطفولة واضطراب الهلع، والفروق في كل من خبرات الإساءة في الطفولة واضطراب الهلع وفقا لبعض المتغيرات الديموغرافية، وفحص القدرة التنبؤية لخبرات الإساءة في الطفولة باضطراب الهلع. وشملت عينة الدراسة (٢٢٥) مراهق ومراهقة أعمارهم ما بين ١٢ إلى ٢٠ سنة، وتم تطبيق مقياس خبرات الإساءة في الطفولة ومقياس اضطراب الهلع. وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود ارتباطات موجبة ودالة إحصائياً بين خبرات الإساءة في الطفولة واضطراب الهلع، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في خبرات الإساءة في الطفولة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية (النوع والترتيب الميلادي ومستوى تعليم الوالدين)، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اضطراب الهلع وفقاً لهذه المتغيرات الديموغرافية ما عدا في متغير النوع حيث بينت النتائج وجود فروق بين الجنسين في اضطراب الهلع والفروق في اتجاه الاناث، كما كشفت الدراسة عن القدرة التنبؤية لخبرات الإساءة في الطفولة باضطراب الهلع.

كلمات مفتاحية: خبرات الإساءة في الطفولة – اضطراب الهلع

خبرات الإساءة في الطفولة كمتغيرات منبئة باضطراب الهلع لدى المراهقين في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية

د. حسين طاش نيازي
أستاذ مساعد بقسم علم النفس بكلية العلوم الاجتماعية
جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

مقدمة:

تُعد مرحلة الطفولة المبكرة من أهم مراحل الحياة وأكثرها تأثيراً في الشخصية الإنسانية وفي تكوين خصائصها النفسية والاجتماعية وذلك من خلال ما يكتسبه الطفل من خبرات وما يتعرض له من مؤثرات مختلفة، الأمر الذي يحتم على الوالدين مراعاة سلامة جميع التفاعلات النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها الطفل. ويمكن القول بأن شخصية الفرد هي في واقع الأمر انعكاس للظروف والخبرات التي تعرض لها في سنوات حياته المبكرة والتي قد تلقي بظلالها وتؤثر على توافقه النفسي والاجتماعي لاحقاً، ولذلك اهتم العلماء بدراسة خبرات الطفولة وبخاصة خبرات الإساءة والإهمال وآثارها السلبية على الفرد (أبو العلا وحمدي، ٢٠٢٠).

إن إدراك الأفعال التي تشكل إساءة أو إهمال يعتمد بشكل كبير على ثقافة وقيم المجتمع ومعتقداته والمعايير الاجتماعية التي يتبناها، كما أن المعرفة المتعلقة بنمو الطفل والعلاقات الأسرية تحدد السلوكيات التي قد يُنظَر إليها تجاه الطفل على أنها إساءة معاملة أو إهمال، ولهذا يبدو من المستحيل وضع تعريف محدد لإساءة معاملة الأطفال وإهمالهم Oral et al., (2016).

وتُعرف منظمة الصحة العالمية إساءة معاملة الطفل على أنها جميع أشكال وصور سوء المعاملة الموجهة نحو الأطفال دون ١٨ سنة، سواء كانت الإساءة جسدية أو عاطفية أو جنسية أو فيها إهمال أو استغلال للطفل، مما يؤدي إلى ضرر فعلي أو محتمل لصحة الطفل أو نموه أو كرامته، كما تُصنف منظمة الصحة العالمية إساءة المعاملة إلى أربعة فئات تشمل الإيذاء الجسمي، والإيذاء الجنسي، والإيذاء العاطفي، والإهمال (WHO, 2020).

وتتضمن الإساءة الجسدية إيذاء الطفل بدنياً مثل إحداث كدمات أو جروح أو حروق تترك أثاراً واضحة على جسم الطفل، أما الإساءة العاطفية فتظهر على شكل التقليل من احترام الطفل أو الاستهزاء به أو تجاهله، بينما تشير الإساءة الجنسية إلى أي اعتداء أو تحرش جنسي (لفظي أو بدني) أو عرض صور ومقاطع جنسية أمام الطفل، في حين تبدو مظاهر الإهمال في ترك الطفل وعدم تقديم الرعاية اللازمة له لفترة طويلة (حنور، ٢٠١٢).

وتشير الإحصاءات على الصعيد العالمي، أن ٢٣% من الأشخاص البالغين تعرضوا في طفولتهم للإساءة الجسدية، ونسبة ٣٦% تعرضوا للإساءة العاطفية، ونسبة ١٦% تعرضوا للإهمال، بينما أشار نسبة ١٨% من النساء ونسبة ٨% من الرجال إلى تعرضهم للإساءة الجنسية (WHO, 2020).

وتتمثل خبرات الإساءة في الطفولة بعلاقات أسرية ضارة تسبب الكثير من الأذى المادي والمعنوي وتزيد من المخاطر المحتملة المتعلقة بسوء تكيف الفرد في المراحل العمرية اللاحقة سواء على المستوى الشخصي أو النفسي أو الاجتماعي. ويلاحظ في السنوات الأخيرة الاهتمام المتزايد لدى المختصين والباحثين بدراسة خبرات الإساءة في الطفولة وما يترتب عليها من أثار سلبية، وهناك عدد لا بأس به من الدراسات التي تناولت هذا الموضوع بشمولية وعمق أكثر مما أدى إلى فهم أوضح للأضرار النفسية والاجتماعية المرتبطة بخبرات الإساءة، حيث ربطت نتائج هذه الدراسات خبرات الإساءة في الطفولة بالعديد من المشكلات لدى البالغين ومنها على سبيل المثال: انخفاض تقدير الذات، وسوء التوافق، والشعور بعدم الأمان النفسي، والسلوك العدواني، والميل لإيذاء النفس، والمشكلات العاطفية (في عبدالعليم، ٢٠١٨). ويمكن أن يؤدي السلوك المسيء من قبل الوالدين أو مقدمي الرعاية إلى معاناة الأطفال وتعرضهم لاحقاً للعديد من المشكلات قصيرة وطويلة المدى، وقد تظهر على الطفل أعراض مثل التبول اللاإرادي وقضم الأظافر والعض على المدى القصير، بينما قد تظهر على المدى الطويل سلوكيات مثل التصور السلبي للذات ونمو الشخصية الاعتمادية والتهيج والقلق ورفض الأسرة وإظهار ردود أفعال متضاربة وانخفاض الوعي بقيمة الذات (Taylor, 2006).

كما كشفت المراجعة العلمية عن أن خبرات الإساءة في الطفولة من شأنها أن تؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات عند البالغين، مثل اضطرابات الشخصية، واضطرابات الأكل، والاكتئاب، والقلق، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطرابات الهوية الجنسية (Chen et al,

2024, Alkema et al,. 2024, Kurata et al., 2024 ، رفاعي، ٢٠٢٢، إبراهيم واخرون، ٢٠٢٢، أبو العطا، ٢٠١٩).

ومن الاضطرابات الناجمة عن خبرات الإساءة في الطفولة يأتي اضطراب الهلع والذي يعد أحد أكثر اضطرابات القلق شيوعاً في السنوات الأخيرة، ويتصف بنوبات هلع مفاجئة ومتكررة تحدث نتيجة تعرض الفرد لمواقف الحياة الضاغطة، وترتبط بخوف أو قلق شديد من حدوث نوبات هلع أخرى. وفي الغالب تكون نوبات الهلع مصحوبة ببعض الأعراض الجسدية مثل التسارع في ضربات القلب، التعرق، الرعشة، صعوبة التنفس، الدوخة، القشعريرة، تنمل اليدين، وألم في الصدر والبطن. ولهذا يتجنب الشخص المصاب الذهاب إلى بعض الأماكن أو القيام ببعض الأنشطة خوفاً من حدوث النوبات والشعور بهذه الأعراض، وقد يشعر الفرد أثناء حدوث نوبة الهلع بأنه قريب من الموت أو أنه سيفقد عقله أو سيفقد السيطرة والتحكم في نفسه (Huppert, 2022).

كما تلحق بالفرد عواقب نتيجة هذا الاضطراب حيث أشارت الدراسات إلى أن تكرار نوبات الهلع يؤثر سلباً على الصحة العامة للفرد، هذا بالإضافة إلى أثرها على الأداء التحصيلي والمهني وتقليل فرص التفاعل الاجتماعي مع الآخرين (Davidoff et al., 2012).

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM إلى أن نسبة انتشار اضطراب الهلع تصل إلى ٣ % وأن الإناث أكثر عرضة للإصابة من الذكور بنسبة (١:٢) (APA, 2022)، بينما تؤكد بعض الدراسات أن هذه النسبة قد تكون أكبر وقد تصل إلى ٥% (Kessler et al., 2005). كما تجدر الإشارة إلى أن ١٣,٢% من الأشخاص الراشدين تحدث لهم نوبات هلع وهم يمارسون حياتهم اليومية، لكن حوالي ثلثي هذه النسبة لا يمكن تشخيصهم بأنهم يعانون من الاضطراب (De Jonge et al., 2016). وتشير بعض الدراسات إلى أن بداية ظهور أول نوبة هلع عادة ما تكون في الفئة العمرية ما بين ١٥ إلى ١٩ سنة، وأن نسبة كبيرة من المصابين باضطراب الهلع يظنون أنهم لا يعانون من أي مشكلة أو أنهم يعانون من مشكلات عضوية (مثل مشكلة في الأعصاب أو في القلب) وليس لديهم تصور واضح عن أسباب اضطراب الهلع ولذلك يلجؤون إلى استشارات طبية في مختلف التخصصات قبل اللجوء للمختص النفسي (Von Korff, Eaton, & Keyl, 1985).

وإلى جانب ما سبق أجريت دراسات على المستوى المحلي فقد تم دراسة اضطراب الهلع في المملكة العربية السعودية، حيث أشارت دراسة التويجري وآخرون (Altwaijri et al., 2020) إلى أن نسبة انتشار الاضطراب بلغت ١,٦% (١,٩ عند الإناث – ١,٣% عند الذكور)، وأن المرحلة العمرية من ٣٥ إلى ٤٩ هي ذروة ظهور النوبات حيث وصلت النسبة إلى ٢,٣%، ويمكن القول بأن هذه النسب مقاربة إلى حد كبير لنسب الانتشار الموجودة في معظم دول العالم. وفي إحصائية محيرة جاءت بها دراسة حديثة أجراها الجدعاني وآخرون (Aljadani et al., 2024) أشارت إلى أن نسبة انتشار الاضطراب هي ١٣,١% (١٤,٣ عند الإناث – ١٠,٤% عند الذكور) وهي نسبة مرتفعة جداً مقارنة بالنسب العالمية، ومن أهم ما توصلت إليه هذه الدراسة أيضاً أن ٥٥,٧% من المصابين بالاضطراب حدثت لهم أول نوبة هلع قبل عمر ١٨ سنة، مما يشير إلى أن أكثر من نصف المصابين بالاضطراب حدثت لهم أول نوبة هلع في مرحلة المراهقة.

مشكلة الدراسة:

نبعت مشكلة الدراسة الحالية من روافد عدة يأتي في مقدمتها الاطلاع على الدراسات المتعلقة بالمراهقين والمشكلات التي يعانون منها، وأن العامل الرئيس الذي يكمن خلف العديد من مشكلاتهم هو تعرضهم للعديد من خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة. إن تعرض الطفل للإساءة من أهم العوامل التي تعيق نموه النفسي والاجتماعي، وتقلل من شعوره بالثقة، وتضعف من قدرته على إظهار المشاعر العاطفية وتبادل الألفة والمحبة والتسامح مع الأخرين، وتفقده الشعور بالانتماء وقد تدفعه لاحقاً إلى الانحراف والعدوانية (عبدالغفار وآخرون، ١٩٩٧).

إضافة إلى ذلك فقد نوهت بعض الدراسات إلى أن غالبية الأطفال والمراهقين (تقدر النسبة ما بين ٥٦% إلى ٨٤%) تعرضوا بشكل أو بأخر لأنواع الإساءة والإهمال خلال حياتهم (Dahake et al., 2018).

كما كشفت نتائج دراسات سابقة عن العواقب النفسية لخبرات الإساءة في مرحلة الطفولة ومن بينها زيادة احتمالية تعرض الفرد إلى نوبات واضطراب الهلع في المراحل العمرية اللاحقة، وأن المرضى الذين يعانون من تاريخ سابق من الاعتداء الجسدي والجنسي في مرحلة الطفولة قد يكونون أكثر عرضة للإصابة بنوبات الهلع أثناء مرحلة البلوغ (Goodwin, Fergusson

& Horwood, 2005; Safren et al., 2002; De venter et al.,2017; Marshall .et al., 2000)

ومن جهة أخرى وعلى الرغم من العبء المرضي الكبير لاضطراب الهلع، فإن المختصين والأطباء النفسيين ليس لديهم فهم واضح للعوامل التي تتنبأ بمسار استمرار هذا الاضطراب وتطوره. وقد أظهرت نتائج المراجعة التحليلية لعدد ٤٨ دراسة تضمنت ٢٩٦٩٠ مريضاً تم تشخيصهم باضطراب الهلع، شملت عينات من الأطفال والمراهقين والبالغين وكبار السن، حيث تم التنبؤ بالمسار المستمر في المقام الأول من خلال الخصائص النفسية، بينما لم يظهر دور للخصائص الاجتماعية والديموغرافية للتنبؤ باضطراب الهلع واستمراره (Hovenkamp–Hermelink et al., 2021).

ومن اللافت للانتباه أن معظم الدراسات التي تناولت اضطراب الهلع قد اجريت على عينات من البالغين، بينما ثمة ندرة في الدراسات التي أجريت على عينات من الأطفال والمراهقين، وتعتبر مثل هذه الدراسات قليلة ونتائجها محدودة. إذ يرى زو وبوهلر (Zhou & Buehler, 2019) أن المراهقة مرحلة نمو مهمة في حياة الفرد وحجر أساس لما تكون عليه شخصيته في المستقبل؛ لذلك يتطلب من الوالدين التعامل الجيد مع أبنائهم في هذه المرحلة والتي تتميز بطفرات نمو سريعة من الناحية الجسدية والنفسية.

ويذكر المختصون في علم نفس النمو أن المراهقون يختلفون عن الكبار في أعراض اضطراب الهلع وذلك بسبب اختلاف المرحلة العمرية وما يمرون به من تغيرات نمائية في المراهقة، ومن المعروف أن المراهق غير منفتح على الأخرين ولا يحب أن يشارك الأخرين أسراره وبخاصة عندما تسبب له نوعاً من الحرج مثل تعرضه لنوبات من الخوف أو الهلع، أضف إلى ذلك أن المراهقون عادة ما يجدون صعوبة في التفاعل الاجتماعي وبخاصة مع الوالدين وهم معرضون أكثر للرفض من الأقران بالإضافة إلى عدم نضج مفهوم الذات لديهم بالقدر الكافي، كل هذا من شأنه أن يؤدي إلى زيادة التوتر والقلق وبالتالي احتمال تعرض المراهق لنوبات الهلع (Hewitt, Tomlin & Waite, 2021).

وعلي الرغم من ابراز نتائج الدراسات الاجنبية لدور خبرات الإساءة في الطفولة في التنبؤ باضطراب ونوبات الهلع فإن القدر اليسير من الدراسات العربية انصب اهتمامها على دراسة علاقة خبرات الإساءة في الطفولة بكل من الاكتئاب، والقلق، والرهاب الاجتماعي، واضطراب

ما بعد الصدمة، واضطراب الوسواس القهري، واضطراب التشوه الوهمي للجسد، واضطرابات الشخصية، واضطرابات الهوية الجنسية (البشر، ٢٠٠٥م؛ الوليدي وأرنوط، ٢٠١٧م؛ إبراهيم وآخرون، ٢٠٢٢م؛ مخيمر والظفيري، ٢٠٠٣م) بينما لا توجد أي دراسة في المجتمعات العربية تناولت خبرات الإساءة وعلاقتها باضطراب الهلع.

وعليه فإن الدراسة الحالية تحاول أن تقدم تصوراً عن طبيعة العلاقة بين خبرات الإساءة في الطفولة واضطراب/نوبات الهلع في المجتمعات العربية، وبخاصة لدى فئة عمرية عادة ما تكون مستهدفة ومن شأنها تطوير فهم المختصين لطبيعة هذه العلاقة المحتملة؛ وهي فئة المراهقون.

وفي ضوء ما سبق، تتبلور مشكلة الدراسة الحالية في السؤال الرئيس التالي: هل تمثل خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة عوامل منبئة باضطراب الهلع لدى المراهقين والمراهقات في ضوء النوع والترتيب الميلادي في الأسرة؟ ويتفرع من هذا السؤال عدة أسئلة فرعية هي:

(١) ما العلاقة بين خبرات الإساءة في الطفولة واضطراب الهلع لدى المراهقين والمراهقات من أفراد عينة الدراسة؟

(٢) ما الفروق في خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة بين أفراد العينة وفقاً للنوع والترتيب الميلادي والتفاعل بينهما؟

(٣) ما الفروق في خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة بين أفراد العينة وفقاً لمستوى تعليم الأب ومستوى تعليم الأم والتفاعل بينهما؟

(٤) ما الفروق في اضطراب الهلع بين أفراد العينة وفقاً للنوع والترتيب الميلادي والتفاعل بينهما؟

(٥) ما الفروق في اضطراب الهلع بين أفراد العينة وفقاً لمستوى تعليم الأب ومستوى تعليم الأم والتفاعل بينهما؟

(٦) ما مدى إمكانية التنبؤ باضطراب الهلع من خلال خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة لدى المراهقين والمراهقات من أفراد عينة الدراسة؟

أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية:

تؤكد الدراسات التي أجريت حول العالم أن نسبة كبيرة من الأفراد يتعرضون لأول نوبة هلع في مرحلة المراهقة وأن خبرات الإساءة والإهمال التي يتعرض لها الأفراد في الطفولة غالباً ما تظهر أثارها في مرحلة المراهقة، وعليه تحاول الدراسة الحالية أن تسهم في تقديم تصور علمي لفهم طبيعة اضطراب الهلع لدى المراهقين والمراهقات في المملكة العربية السعودية باعتباره أحد اضطرابات القلق الشائعة في الآونة الأخيرة والتي من شأنها أن تؤثر سلباً على مستويات الصحة النفسية وجودة الحياة في هذه المرحلة العمرية.

تحاول الدراسة أيضاً التعرف على طبيعة نوبات الهلع التي تحدث في مرحلة المراهقة ومدى ارتباطها بخبرات الإساءة والإهمال في الطفولة والتي عادة ما تظهر أضرارها في المراهقة.

كما يمكن اعتبار هذه الدراسة ونتائجها بادرة لإثراء المكتبة العربية بمعلومات وأفكار مفيدة حول اضطراب ونوبات الهلع لدى المراهقين في المجتمعات العربية، وأنها نقطة انطلاق تحفز المختصين لإجراء المزيد من الأبحاث حول هذا الموضوع.

الأهمية العملية:

لا شك أن الخبرات التي يتعرض لها الفرد في الطفولة لها دور مؤثر في صياغة وتشكيل حياة الفرد النفسية لاحقاً، وفي بعض الأحيان قد تؤدي الخبرات المحبطة أو المسيئة أو غير المرغوب فيها إلى ظهور أزمات أو اضطرابات نفسية لدى الشخص البالغ، وتفترض الدراسة الحالية أن اضطراب ونوبات الهلع والتي عادة ما تظهر في المراهقة قد تكون أحد هذه الأزمات، حيث تشير الدراسات وبخاصة في المجتمعات العربية إلى أن اضطراب الهلع مشكلة لا تزال تحتاج للمزيد من الفهم والتفسير لمسبباتها وبداية حدوثها وآلية استمرارها وطرق علاجها.

كما يمكن القول بأن نتائج هذه الدراسة قد تكون مفيدة للمختصين المهتمين بالتعامل مع الصغار (أطفال ومراهقين) وبخاصة في مجالات علم نفس النمو والتربوي والإرشادي والعلاجي والصحة النفسية، كما يمكن الاستفادة منها في تصميم خطط وبرامج وقائية وعلاجية أكثر فعالية وتطبيقها في الميدان وذلك بهدف الحد من انتشار اضطراب الهلع وبخاصة لدى الأطفال والمراهقين وكذلك التقليل من الأضرار المترتبة على خبرات الإساءة في الطفولة، مع أهمية

الكشف عن خبرات الإساءة في الطفولة باعتبارها أحد العوامل التي قد تؤدي إلى حدوث نوبات الهلع.

حدود الدراسة:

الحدود البشرية: تم تطبيق الدراسة على عينة من المراهقين والمراهقات تتراوح أعمارهم بين ١٢ إلى ٢٠ سنة.

الحدود المكانية: تم تطبيق الدراسة في المملكة العربية السعودية.

الحدود الزمنية: تم تطبيق الدراسة في عام ١٤٤٦هـ/٢٠٢٤م.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

(١) الكشف عن العلاقة بين خبرات الإساءة في الطفولة واضطراب الهلع لدى المراهقين والمراهقات من أفراد عينة الدراسة.

(٢) الكشف عن الفروق في خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة بين أفراد العينة وفقاً للنوع والترتيب الميلادي والتفاعل بينهما.

(٣) الكشف عن الفروق في خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة بين أفراد العينة وفقاً لمستوى تعليم الأب ومستوى تعليم الأم والتفاعل بينهما.

(٤) الكشف عن الفروق في اضطراب الهلع بين أفراد العينة وفقاً للنوع والترتيب الميلادي والتفاعل بينهما.

(٥) الكشف عن الفروق في اضطراب الهلع بين أفراد العينة وفقاً لمستوى تعليم الأب ومستوى تعليم الأم والتفاعل بينهما.

(٦) الكشف عن إمكانية التنبؤ باضطراب الهلع من خلال خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة لدى المراهقين والمراهقات من أفراد عينة الدراسة.

مصطلحات الدراسة:

خبرات الإساءة في الطفولة Childhood Abuse Experiences

تعرف الجمعية الأمريكية لعلم النفس خبرات الإساءة في الطفولة بأنها "أفعال لفظية أو رمزية متعمدة من قبل أحد الوالدين أو مقدمي الرعاية تؤدي إلى إحداث ضرر نفسي بالغ على

الطفل كتوبيخه والحط من قيمته وإذلاله وإهانته وتهديده أو التخلي عنه وعن الاهتمام به أو إجباره على إلحاق الألم بنفسه؛ وكذلك الإفراط المتكرر في تأديبه من خلال استخدام وسائل مادية وغير مادية" (APA, 2022).

ويتبني الباحث تعريف حلمي وحميد الدين (٢٠٢٣) لخبرات الإساءة في الطفولة كتعريف إجرائي وهو كل أشكال التجارب السلبية التي قد يتعرض لها الطفل في حياته المبكرة سواء كانت جسدية أو نفسية أو جنسية أو إهمال، والتي تقاس بالمقياس الذي تم تصميمه بواسطة حلمي وحميد الدين (٢٠٢٣) والمستخدم في الدراسة الحالية.

اضطراب الهلع Panic Disorder

تعرف الجمعية الأمريكية لعلم النفس **اضطراب الهلع** بأنه "نوع من اضطرابات القلق يتصف بنوبات هلع شديدة ومتكررة وغير متوقعة"، كما تعرف الجمعية **نوبات الهلع** على أنها "فترات مفاجئة من الذعر أو الخوف الشديد يصاحبها أعراض مثل خفقان القلب، والتعرق، والارتعاش، وضيق التنفس، والتنميل، والاحساس بأن شيئاً فظيعاً سوف يحدث؛ نوبة الهلع تمتد كحد أقصى لدقائق معدودة؛ وقد يكون هناك قلق ومخاوف بشأن حدوث المزيد من النوبات؛ وقد يتجنب الشخص الذهاب للأماكن التي حدثت فيها النوبات" (APA, 2022).

ويتبنى الباحث تعريف التويجري وآخرون (Altwaijri et al., 2020) كتعريف إجرائي، حيث تم تعريف اضطراب الهلع على أنه أحد اضطرابات القلق التي تشمل نوبات فجائية من الخوف الشديد، تأتي على فترات وبشكل سريع، وتصل إلى أوجها في غضون دقائق وتتصف بالقلق والصعوبة في التأقلم، والتي تقاس بمقياس التويجري وآخرون (Altwaijri et al., 2020) والمستخدم في الدراسة الحالية.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

أولاً: خبرات الإساءة في الطفولة

يؤكد علماء نفس النمو على أهمية سنوات الطفولة وأن تلقي الطفل للرعاية والاهتمام اللازم وتوفير احتياجاته وإشباع مطالبه أمر ضروري لاستقرار الطفل ورفاهيته، في حين أن إساءة معاملته وإيذائه بأي شكل من الأشكال قد يؤثر سلباً على نموه السليم ويسبب له العديد من المشكلات. وقد لقي موضوع خبرات الإساءة في الطفولة اهتماماً واسعاً من قبل المختصين

وتم مؤخراً إجراء العديد من الدراسات بهدف التعرف على آثارها السلبية والأضرار الناتجة عنها.

ويمكن تعريف إساءة معاملة الأطفال على أنها تعرض الطفل المتكرر للإيذاء الجسدي أو العاطفي أو الجنسي أو الإهمال من قبل أحد الوالدين أو مقدمي الرعاية، كما يتضمن مفهوم الإساءة عدم الاهتمام بصحة وسلامة الطفل، وإهمال رعايته، والتعامل معه بشكل غير لائق أخلاقياً. وتشير نتائج الدراسات إلى أن حوالي ٥٨% من الأفراد قد تعرضوا إلى شكل من أشكال الإساءة في مرحلة الطفولة، وأن التعرض المتكرر لخبرات من الإساءة بمختلف أشكالها يزيد من خطر تعرض الطفل للمشكلات (Tuscic, 2013).

وهنالك العديد من العوامل التي تؤدي إلى انتشار إساءة معاملة الأطفال في المجتمعات، أكثرها شيوعاً إساءة استخدام العقاقير، وتعاطي المخدرات والكحول، والمشكلات الاقتصادية أو الفقر، والبطالة، والخلافات بين الزوجين، وكثرة الضغوط والمسؤوليات، وتعرض الوالدين أو مقدمي الرعاية للإساءة في طفولتهم، وفقدان الدعم في الأسرة، وعدم قدرة الوالدين أو مقدمي الرعاية على التكيف مع ظروف الحياة المعاصرة، والفشل في إبداء مشاعر الحب وتبادلها بين مقدم الرعاية والطفل (Schimitt, 1984).

وأحياناً يجد المختصون وبخاصة في المجال الصحي صعوبات في تحديد وتقييم حالات الإيذاء والإهمال، ويعود ذلك لأسباب منها عدم الإلمام الكافي بطريقة التعامل مع مثل هذه الحالات، وصعوبة تشخيصها، والرغبة في عدم الخوض في الأمور القانونية المرتبطة بها، وعدم الثقة في الخدمات النفسية والاجتماعية التي ستقدم لها، وعدم وعيهم بشؤون الأسرة، والخوف من التعرض للإيذاء (اللفظي أو البدني) عند إبلاغهم عن تلك الحالات (Ney, Fung & Wickett, 1994).

ويتحدد حجم الإساءة وأثرها على الطفل بعدة عوامل منها على سبيل المثال عمر الطفل ومستوى نموه عند تعرضه للإساءة، ونوع الإساءة التي تعرض لها، وتكرارها، ومدتها، وشدتها، وطبيعة العلاقة التي تربط بين مقدم الرعاية والطفل. كما أن تعامل الطفل مع الإساءة والمرونة النفسية التي يتمتع بها لمواجهة الإيذاء لها دور في تحديد حجم الأثر، فبعض الأطفال لديهم صفات إيجابية مثل التفاؤل، وتقدير الذات، واحترام الآخرين، والاعتماد على النفس، وتقبل الأقران، والانصات للإرشادات الإيجابية من الأخرين مثل المعلمين والموجهين، ومثل هذه

الصفات قد تقلل من الأثر السلبي المحتمل لتلك الخبرات. أضف إلى ذلك فإن البيئة المحيطة بالطفل من حيث وجود قوانين وأنظمة في المجتمع لحماية الأطفال ودعم الأسر وتقديم مجالات الرعاية المطلوبة ورفاهية المجتمع ككل، كل هذا من شأنه أن يقلل من تعرض الأطفال للإساءة (Fraser & Terzian, 2005).

كما يُعد إهمال الأطفال وعدم توفير الرعاية المناسبة لهم أحد القضايا المؤثرة على صحة الأفراد والمجتمعات، فالإهمال المستمر في رعاية الأطفال (وكذلك المراهقين) وعدم تلبية احتياجاتهم يجعلهم مع الوقت يشعرون بنقص الأهمية والقيمة وأنهم لا يستحقون الاهتمام والرعاية وأنه قد تم رفضهم من قبل والديهم. أما بالنسبة للإهمال والإيذاء العاطفي فهو يرتبط عادة باحتمال إصابة الفرد لاحقاً بالمشكلات والاضطرابات النفسية (Ney, Fung & Wickett, 1994).

وعلى المدى البعيد، تؤدي خبرات الإساءة في الطفولة إلى العديد من الأضرار الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية، وفيما يلي استعراض لهذه الأضرار:

(١) الأضرار الصحية:

تتراوح الآثار الصحية التي تترتب على مواقف الإساءة والإهمال التي يتعرض لها الطفل من أعراض بسيطة إلى أعراض خطيرة ممكن أن تؤدي إلى كسور في العظام أو نزيف أو حتى الموت. وفي بعض الحالات قد تكون الأثار الصحية مؤقتة، لكن ينبغي عدم إغفال أن الطفل تألم وعاني منها. وبالنسبة للآثار على المدى البعيد، وجدت الدراسات أن هناك ارتباط تدريجي بين مدة/تكرار الإساءة وبين احتمالية حدوث بعض الأعراض والمشكلات الصحية مثل بعض أمراض القلب والكبد والرئتين، وكسور العظام، والسرطان، مما يعني أنه كلما زادت مدة الوقت الذي تحدث فيه الإساءة وتكررت الإساءات كلما توقعنا زيادة في احتمال حدوث هذه المشكلات الصحية عند الأطفال (Tuscic, 2013).

بعض حالات الإساءة قد تؤدي إلى فشل نمو مناطق محددة في الدماغ بشكل سليم مما قد يسبب ضعف في أداء المهام العقلية والمعرفية على المدى الطويل (مثل اكتساب اللغة والتحصيل الدراسي). بعض الدراسات في مجال علم الأعصاب والتي تستخدم تقنيات متطورة مثل MRI وكذلك PET لقياس الوظائف العصبية في الدماغ أشارت إلى وجود بعض الاختلافات الكيميائية والهيكلية في الجهاز العصبي المركزي بدرجة قابلة للقياس والتي من

المحتمل أن تفسر الضعف العقلي والمعرفي المرتبط بتاريخ سابق من التعرض للإساءة والإهمال لدى الأطفال والمراهقين (Weniger et al., 2008).

بعض الآباء والأمهات جهلاً منهم يستخدمون أسلوب هز الطفل إلى الأمام والخلف لفترة من الوقت حتى ينام أو لإيقافه عن البكاء، وقد يحدث الهز بشكل سريع وعنيف أحياناً، وقد يتم تعويد الطفل على هذا السلوك منذ ولادته وحتى يصل إلى عمر ١٨ شهر، ويُعد ذلك شكل من أشكال الإساءة التي قد تصيب الطفل بأضرار صحية بالغة وتعرض الطفل للإصابة بمتلازمة هز الرضيع Shaken baby syndrome ومن أعراضها حدوث نزيف في العينين أو الدماغ، وتلف في الحبل الشوكي، وكسور في العظام والأضلاع (Guthkelch, 1971).

(٢) الأضرار النفسية:

من الآثار العاطفية والانفعالية المباشرة لسوء معاملة الطفل الشعور بالوحدة والخوف وضعف الثقة بالنفس، وأضرارها تمتد على المدى البعيد لتشمل تدني في تقدير الذات والاكتئاب وصعوبة تكوين العلاقات. كما يعاني الأطفال الرضع ممن تعرضوا للإهمال من حالة يقل فيها وزن الطفل وطوله ويضعف نموه الحركي مقارنة بأقرانه في نفس عمره وذلك دون وجود سبب عضوي أو طبي، وقد يؤدي الإهمال المستمر في الحالات الشديدة إلى وفاة الطفل. كما أن تعرض الطفل لمستويات مرتفعة من الإساءة والإيذاء من المتوقع أن يؤدي إلى القلق والاكتئاب والغضب لدى الأطفال، ويزيد من احتمالية عدم قدرة الطفل على التكيف والتوافق لاحقاً (Felitti et al., 1998).

وفي إحدى الدراسات التتبعية التي تضمنت عينة من الشباب الصغار، استوفى ما يصل إلى ٨٠% من الشباب الذين تعرضوا للإساءة في الطفولة معايير التشخيص لواحد على الأقل من الاضطرابات النفسية وهم في عمر ٢١ سنة، وقد أظهر هؤلاء الشباب العديد من المشكلات شملت الاكتئاب، والقلق، واضطرابات الأكل، ومحاولات الانتحار (Teicher, 2000). بعض الدراسات أشارت إلى ضعف الأداء المعرفي الناتج عن التعرض لخبرات الإساءة في الطفولة، كما تشمل الحالات الأخرى المرتبطة بالإساءة والإهمال اضطراب الهلع، واضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه، واضطرابات الشخصية، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب التعلق التفاعلي، والسلوك العدواني، والغضب (Dahake et al., 2018).

وبالنسبة للتعرض للإساءة الجنسية فهو يزيد من خطر التفكير في الانتحار، حيث تلعب العوامل البيئية والخبرات الحياتية دوراً مهماً في مشاركة الصفات التي من شأنها أن تؤدي إلى محاولات الانتحار بين أفراد الأسرة، فتعرض أحد الوالدين في صغره للاعتداء الجنسي يزيد من احتمال حدوث الاعتداء الجنسي للطفل، كما أن الوالدين الذين يعتدون على أطفالهم هم أكثر عرضة للتفكير في الانتحار، وهذا يزيد من احتمال الوقوع في اضطرابات القلق والمزاج وبالتالي السلوك الانتحاري. وقد بينت الدراسات في هذا الشأن أن العيش في البيئات التي تزيد فيها نسبة الاعتداء والإساءة الجنسية يؤثر على النظام البيولوجي للفرد ويزيد من الصفات المتعلقة بالعدوان والاندفاعية والميول الانتحارية (Kaufman et al., 1998).

المشكلات والاضطرابات السلوكية تظهر بشكل أكبر لدى الأطفال الذين تعرضوا للإساءة والإهمال وتؤدي بهم عند بلوغهم إلى العديد من المخاطر، فهم أكثر عرضة بنسبة ٢٥% على الأقل لمشكلات الجنوح، وضعف التحصيل الدراسي، وتعاطي المخدرات والكحول، وتحديات الصحة النفسية. وتشير الدراسات إلى أن الصغار أو الأحداث الذين تعرضوا للإساءة هم أكثر عرضة بنسبة ١١% لأن يتم القبض عليهم بسبب سلوك إجرامي أو عدواني. كما أظهرت نتائج دراسة شملت عينة من المراهقين والمراهقات وجود ارتباط بين خبرات الإساءة والإهمال والمشكلات المتعلقة بالحمل عند المراهقات الصغار، وكذلك الانخراط في سلوك المخاطرة الجنسية في المراهقة مما يزيد من فرص إصابتهم بالأمراض المنقولة جنسياً (Johnson, Rew & Sternglanz, 2006).

(٢) الأضرار الاجتماعية والاقتصادية:

أما بخصوص الأضرار الاجتماعية والاقتصادية المترتبة على خبرات الإساءة في الطفولة، يمكن القول بأن أثر التعرض لهذه الخبرات لا يتوقف عند مستوى الفرد والأسرة، بل يتعدى ذلك ليشمل أضراراً مباشرة وغير مباشرة على المجتمع ككل، ومن ذلك التكلفة والجهد المبذول من المجتمع لتطوير نظام وإجراءات تتعلق برعاية وحماية الطفل (استقبال الشكاوى الخاصة بالإيذاء والتحقيق والفصل فيها)، بالإضافة إلى النفقات التي تصرف للرعاية الصحية والنفسية والقانونية المترتبة على حالات الإيذاء. ومن الأضرار أيضاً ما يتعلق بتفشي ظواهر اجتماعية سلبية مثل جنوح الأحداث، والأنشطة الإجرامية، وحالات الإدمان، والتفكك الأسري، والبطالة.

كما أن ازدياد حالات الإساءة والإيذاء في المجتمع يعني زيادة الحاجة والطلب للخدمات في مجالات الرعاية الصحية والتربية والتعليم (Dahake et al., 2018).

ثانياً: اضطراب الهلع

سيتم فيما يلي تناول اضطراب الهلع من حيث: الأعراض التشخيصية للاضطراب، وعوامل الخطورة، وطبيعة الاضطراب في مرحلة المراهقة، والنظريات المفسرة له.

الأعراض التشخيصية لاضطراب الهلع:

قد يعاني الشخص من نوبات هلع لكن لا تصل إلى المستوى المحدد لتشخيص حالته بأنه يعاني من اضطراب الهلع، وفي حال بدأت نوبات الهلع لدى الشخص واستمرت دون علاج، من الممكن أن تسوء وتتطور إلى اضطراب الهلع. ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الأعراض التشخيصية لاضطراب الهلع على النحو التالي (APA, 2022):

أ. نوبات هلع متكررة وغير متوقعة: نوبة الهلع هي موجة مفاجئة من الخوف أو الانزعاج الشديد الذي يصل ذروته في غضون دقائق، وهذه الموجة المفاجئة ممكن أن تحدث أثناء حالة من الهدوء أو القلق، وخلال نوبة الهلع تظهر أربعة (أو أكثر) من الأعراض التالية:

١. خفقان في القلب، أو تسارع معدل ضربات القلب.
٢. التعرق.
٣. الارتجاف أو الارتعاش.
٤. الإحساس بضيق التنفس أو الاختناق.
٥. مشاعر الصدمة.
٦. ألم أو الشعور بعدم الراحة في الصدر.
٧. الغثيان أو ألم في البطن.
٨. الدوخة، عدم الثبات، الدوار، أو الإغماء.
٩. قشعريرة أو الشعور بالحرارة.
١٠. التنميل (خدر أو إحساس بالوخز).
١١. التحرر من الواقع (مشاعر غير واقعية) أو تبدد الشخصية (الانفصال عن الذات).
١٢. الخوف من فقدان السيطرة أو "فقدان العقل".

١٣. الخوف من الموت.

ملاحظة: الأعراض التي يتم ملاحظتها في البيئة الثقافية المحيطة (مثل طنين الأذن، ألم الرقبة، الصداع، الصراخ أو البكاء غير المنضبط) ممكن أن تظهر، ومثل هذه الأعراض لا تدخل ضمن الأعراض الأربعة المطلوبة للتشخيص.

ب. على الأقل واحدة من النوبات يتبعها خلال شهر (أو أكثر) واحد أو اثنين من التالي:

١. اهتمام أو قلق مستمر بشأن حدوث نوبات هلع أخرى أو حدوث أثارها (مثل فقدان السيطرة، الخوف من الإصابة بنوبة قلبية، "فقدان العقل").

٢. تغير لا تكيفي ملحوظ في السلوك مرتبط بالنوبات (مثل السلوكيات الموجهة لتجنب حدوث نوبات هلع، كتجنب ممارسة الرياضة أو المواقف غير المألوفة).

ج. لا يعزى الاضطراب إلى المؤثرات الفسيولوجية لاستخدام مادة ما (مثل سوء استخدام الأدوية) أو إلى حالة صحية أخرى (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية، الاضطرابات القلبية الرئوية).

د. لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بواسطة اضطراب نفسي أخر (مثلاً لا تحدث نوبات الهلع لمجرد أنها استجابة للمواقف الاجتماعية المخيفة مثل ما هو موجود في اضطراب القلق الاجتماعي؛ أو استجابة لأشياء أو مواقف مخيفة مقيدة مثل ما هو موجود في اضطراب الرهاب المحدد؛ أو استجابة للوساوس مثل ما هو ملاحظ في اضطراب الوسواس القهري؛ أو استجابة لتذكر أحداث صادمة مثل ما هو ملاحظ في اضطراب ما بعد الصدمة؛ أو استجابة للانفصال عن شخصيات معروفة مرتبطة بالتعلق مثل ما هو موجود في اضطراب قلق الانفصال).

وعليه يمكن تلخيص أهم معايير تشخيص الإصابة باضطراب الهلع في النقاط التالية:

- نوبات هلع متكررة وغير متوقعة.
- أن تكون إحدى نوبات الهلع على الأقل متبوعة بشهر أو أكثر بالقلق من التعرض لنوبة أخرى، أو الخوف من توابع النوبة مثل فقدان السيطرة أو التعرض لنوبة قلبية، أو "التصرف بجنون"، أو أن يكون هناك تغييرات كبيرة في السلوك مثل تجنب المواقف التي يُعتقد أنها قد تحفز نوبات الهلع.
- لا تحدث نوبات الهلع بسبب العقاقير أو استخدام أي مواد أخرى، أو الحالات المرضية، أو حالات الصحة النفسية الأخرى مثل الرهاب الاجتماعي أو الوسواس القهري.

عوامل الخطورة:

هناك عوامل يمكن أن تزيد من خطر الإصابة بنوبات أو اضطراب الهلع لكنها ليست عوامل خطر ثابتة أو حاسمة للإصابة، وهي تشمل (APA, 2022):

- العوامل الوراثية والفسيولوجية: التاريخ العائلي والمورثات الجينية قد تكون عوامل خطورة لكن الجينات المسؤولة عن الإصابة باضطراب الهلع لا تزال غير معروفة، كما أن احتمالات الإصابة تتزايد في حال لدى الوالدين تاريخ للإصابة باضطرابات مثل القلق والاكتئاب وثنائي القطب. ويرتبط الاضطراب كذلك بالخلل في وظائف الجهاز العصبي وإصابة الشخص باضطرابات في الجهاز التنفسي مثل الربو.
- الأحداث التي تسبب صدمات انفعالية كبيرة مثل التعرض لخبرات الاعتداء الجسدي والجنسي في الطفولة، وهي أكثر شيوعاً لدى المصابين باضطراب الهلع من المصابين باضطرابات القلق الأخرى.
- العصابية (الميل إلى تجربة المشاعر السلبية) والحساسية للقلق (الميل للاعتقاد بأن أعراض القلق ضارة) هي عوامل قد تؤدي إلى ظهور اضطراب الهلع لأول مرة ومن ثم استمرار القلق بشأنها.
- حدوث نوبات سابقة من الخوف والتي لا تصل إلى حد وصفها بنوبات هلع ممكن أن يساعد على ظهور نوبات أو اضطراب الهلع لاحقاً.
- الضغوط التي لها أثر كبير في حياة الفرد مثل وفاة شخص عزيز أو إصابته بمرض خطير.
- قلق الانفصال في الطفولة وبخاصة إذا كان شديداً.
- الجنس حيث يزيد احتمال الإصابة لدى الإناث بمعدل الضعف مقارنة بالذكور.
- التدخين وإساءة استخدام العقاقير.

اضطراب الهلع في المراهقة:

كما هو الحال مع الأشخاص البالغين، يمكن وصف اضطراب الهلع لدى المراهقين بأنه حالة مرضية مزمنة، وغالباً ما تكون مصاحبة لاضطرابات أخرى مثل القلق والاكتئاب وثنائي القطب. وتشير الدراسات إلى أنه لا يوجد اختلاف كبير بين البالغين والمراهقين في الأعراض التي تظهر عليهم، إلا أن المراهقين أقل قلقاً من البالغين بشأن حدوث نوبات هلع أخرى. وبما

أن المراهقين لديهم استعداد أقل للتحدث عن نوبات الهلع التي تحدث لهم ومناقشتها مع الأخرين، لذلك يجب أن يدرك المختصين والمعالجين النفسيين أن نوبات الهلع يمكن أن تحدث للمراهقين بنفس الدرجة والشدة التي تحدث عند البالغين، وأن يكون لديهم كذلك تصور محتمل عن ذلك عند تعاملهم مع حالات اكلينيكية من المراهقين ممن لديهم نوبات من الخوف أو الضيق الشديد (APA, 2022).

وقد اختلفت توجهات الباحثين حول وصف نوبات الهلع التي يشعر بها المراهقون، فقد أكدت دراسات عديدة أنها لا تختلف كثيراً عن النوبات التي يشعر بها البالغون من حيث الأعراض المصاحبة لهذه النوبات سواء كانت أعراض جسدية (مثل الخفقان والغثيان وصعوبة التنفس) أو أعراض ذهنية معرفية (مثل الخوف من فقدان السيطرة والخوف من الموت)، وأنهم مثل البالغون في تفسيرهم الخاطئ للنوبات والأعراض الجسدية المصاحبة لها وكذلك خوفهم من حدوث النوبات واستمرارها لاحقاً (مثل التفسير الخاطئ بأن زيادة معدل ضربات القلب هو إشارة لحدوث نوبة قلبية وشيكة) (Hewitt, Tomlin & Waite, 2021).

ومن الأفكار الشائعة لدى البالغين المصابين باضطراب الهلع أن اضطراب الهلع سيترتب عليها مخاوف من تقييم اجتماعي غير جيد (قد أُحرج أمام الأخرين) أو كارثة جسدية وشيكة (قد أموت) أو فقدان التحكم (قد أصاب بالجنون) أو عدم القدرة على أداء المهام (لن أكون قادراً على أداء المهام المطلوبة مني) أو مشاعر بالضيق الذي لا يطاق (إنه شعور سيء جداً) (Raffa, White & Barlow, 2004).

كما ترتبط المدركات المعرفية عن اضطراب الهلع عادة بصور أو تخيلات ذهنية mental imageries يكونها الشخص البالغ ويفكر بها باستمرار مثل الصور الذهنية المرتبطة بتذكر أحداث مزعجة (التعرض لاعتداء في الطفولة)، ومن المثير للاهتمام أن المراهقة تعد فترة حاسمة في ترميز بعض الخبرات السلبية والاحتفاظ بها كصور ذهنية (Day, Holmes & Hackmann, 2004)، كما يمكن القول بأن المراهقين هم أكثر عرضة للتأثر بالصور والتخيلات الذهنية وذلك لأن مهاراتهم المعرفية لا زالت في طور النمو والتطور (Burnett et al., 2013).

كما يقترح بعض المختصين أن حدوث التوتر والقلق ونوبات الخوف والذعر في المراهقة يمكن تفسيره على اعتبار أن المراهقة فترة حاسمة في نمو الانسان وبخاصة نمو الهوية، ولذلك

يهتم المراهق كثيراً بتقييمات الأخرين، مع حاجته إلى التقليل من الاعتماد على الوالدين وزيادة التواصل مع الأقران، كما أن المراهق يمر بفترات صعبة في مواقف التحصيل المدرسي وبخاصة في الفترات التي تكثر فيها الضغوط مثل أيام الاختبارات (Hewitt, Tomlin & Waite, 2021).

وفي الجانب المقابل، يشير باحثون أخرون إلى أن الدراسات التي ركزت على الأطفال والمراهقين قليلة جداً ونتائجها محدودة وأجريت منذ فترة طويلة، كما أن بعضها يحتاج إلى إعادة نظر بحكم صعوبة ملاحظة اضطراب الهلع لدى المراهقين مقارنة بالبالغين. كما يؤكد بعض المختصين على أهمية إجراء المزيد من الدراسات وبخاصة على المراهقين للتعرف أكثر على الخبرات التي يعيشها المراهق عند حدوث اضطراب الهلع والتي قد تختلف عن خبرات الكبار، مع ضرورة اجراء أبحاث كيفية تشمل عينات اكلينيكية من المراهقين ممن تم تشخيصهم بالاضطراب (Baker, Hollywood & Waite, 2022).

النظريات المفسرة لاضطراب الهلع:

١. النظريات البيولوجية والفسيولوجية:

وتشير هذه النظريات إلى أن سبب الاضطراب يعود إلى الخلل في الوظائف الحيوية بالجسم ويكون ذلك نتيجة لعدم التوازن العصبي الكيميائي للناقلات العصبية في الدماغ، أو الخلل في إفراز الهرمونات المسؤولة عن الغدد التناسلية، أو وجود مورثات جينية للاضطراب، أو لمشكلة في الجهاز التنفسي تؤدي إلى عدم التوازن بين استنشاق الأكسجين وثاني أكسيد الكربون، وعلى الرغم من شيوع مثل هذه التفسيرات إلا أنها لا تقدم حلولاً علاجية مناسبة للاضطراب (Kyriakoulis & Kyrios, 2023).

٢. النظريات النفسية:

بحسب النظريات النفسية فإن نوبات الهلع قد تحدث بسبب بعض الصفات الشخصية للفرد مثل صفة العاطفة السلبية (العصابية) وهي الميل نحو تجربة المشاعر السلبية وكذلك صفة الحساسية للقلق بمعنى أن يميل الفرد للاعتقاد بأن أعراض القلق ضارة، كما أن خبرات الإساءة في الطفولة (الإساءة الجسدية والجنسية) أكثر شيوعاً في اضطراب الهلع مقارنة باضطرابات القلق الأخرى، بالإضافة إلى أن الضغوط والمواقف الصادمة التي يتعرض لها الشخص (مثل وفاة شخص عزيز) قد يكون لها دور في ظهور النوبات لأول مرة (APA, 2022).

وتقترح النظرية المعرفية السلوكية أن حدوث وتطور الاضطراب يعتمد في الأساس على ظهور أول نوبة هلع، وهي تحدث غالباً بعد مرور الفرد بفترة من الضغوط في الحياة يصاحبها "تفسيرات كارثية خاطئة" بشأن ما يشعر به من أعراض جسدية أثناء نوبة الهلع، ويصاب الفرد بالذعر الشديد من هذه الأعراض، وهذا بدوره يولد لديه أفكار حول قرب هلاكه أو احتمال اصابته بنوبة قلبية. كما أن مثل هذه الأفكار ينتج عنها أفكار أخرى مثيرة للقلق، وأن استمرار الفرد في هذه الحلقة المفرغة من التفكير الخاطئ سيؤدي حتماً إلى ظهور نوبة الهلع، وفي المقابل فإن محاولة الفرد التقليل من التفكير الخاطئ يقلل من الهلع أو محفزاته (Windmann, 1998).

كما تم لاحقاً إضافة عنصرين للنموذج المعرفي السلوكي، العنصر الأول هو فعالية الذات حيث اقترح بعض العلماء أن تصورات أو مدركات الفرد السلبية حول مدى قدرته على مواجهة التهديد في الحياة يعد عاملاً مساعداً على استمرار هذه الحلقة المفرغة من التفكير السلبي الخاطئ، والعنصر الثاني هو تقدير الذات حيث أشار المختصون إلى أن التقدير المنخفض للذات يؤدي إلى استثارة وتحفيز قوي للبدء في هذا النمط من التفكير الخاطئ (Berkowitz et al., 2007).

ويمكن القول بأن العلاج المعرفي السلوكي يعزز من تطوير فعالية أو كفاءة الذات والتي تلعب دوراً محورياً في تحديد نتائج العلاج، ووفقاً لبارلو وزملائه (Barlow, Allen & Choate, 2016; Barlow, Gorman, Shear & Woods, 2000) أظهرت نتائج الدراسات والأبحاث أن العلاجات النفسية تعتبر أكثر فعالية وديمومة على المدى الطويل حتى بعد الانتهاء من العلاج، بمعنى أن فوائدها تستمر لفترة أطول من العلاجات الدوائية. وفي كل الأحوال يمكن القول بأن التكامل بين العلاج الدوائي والعلاج المعرفي السلوكي هو الأنجح والأكثر كفاءة في التغلب على اضطراب الهلع، مع أهمية أن يعمل المختص النفسي على تصحيح بعض المكونات المعرفية مثل صورة الذات، وفعالية الذات، ومعتقدات الفرد الخاطئة حول اضطراب الهلع أو المشكلات النفسية عموماً. كما ينبغي على المعالج النفسي الأخذ في الاعتبار بعض المكونات الأخرى مثل الانتباه الاختياري للمثيرات والتحيزات المعرفية والصفات الشخصية للفرد (Kyriakoulis & Kyrios, 2023).

الدراسات السابقة:

سيتم فيما يلي استعراض بعض الدراسات الأجنبية التي لها علاقة مباشرة بموضوع الدراسة الحالية، وستكون الأولوية للدراسات التي تناولت بشكل مباشر العلاقة بين خبرات الإساءة في الطفولة واضطراب الهلع في مرحلة المراهقة.

هدفت دراسة شيك وآخرون (Sheikh et al., 1994) إلى التعرف على تاريخ خبرات الإساءة في الطفولة لدى عينة من النساء المصابات باضطراب الهلع في الولايات المتحدة الأمريكية، وشملت العينة ١٧ امرأة ممن تم تشخيصهن باضطراب الهلع، وتم استخدام مقياس خبرات الإساءة الجسدية والجنسية في الطفولة. وقد أسفرت النتائج عن أن ١١ امرأة يمثلن (٦٥%) من العينة كانت لديهن خبرات سابقة من الإساءة سواء كانت إساءة جسدية أو جنسية أو الاثنين معاً. عدد النساء اللواتي أبلغن عن تعرضهن للإساءة الجسدية ١٠ بنسبة (٥٩%)، ومن بين هذه الحالات أشار (٦٠%) إلى أنهن تعرضن للإساءة من الأم، وأن (٩٠%) من الحالات استمرت مدة الإساءة سنة على الأقل، وأن (٧٧%) حدثت الإساءة لهن لأول مرة وهن في عمر ٦ سنوات فأقل. وبالنسبة للإساءة الجنسية فقد حدثت لدى ٧ من النساء يمثلن (٤١%) من العينة، ومن بين هذه الحالات أشار (٧٢%) إلى أن الإساءة حدثت لهن قبل عمر ٧ سنوات، وأن (٧١%) منها كانت إساءات متكررة، بينما أشار (٣%) إلى أن الإساءة الجنسية لم تكن من أحد الأقارب.

وفي دراسة قام بها ميشيلسون وآخرون (Michelson et al., 1998) هدفت إلى التعرف على خبرات الإساءة وعلاقتها التنبؤية بدرجة شعور المريض بأعراض المرض النفسي قبل البدء في العلاج، ومعدلات الشفاء، ومعدلات الانتكاسة وذلك لدى عينة من المرضى المصابين باضطراب الهلع الذين يخضعون للعلاج المعرفي السلوكي وعددهم ٨٩. وقد بينت نتائج الدراسة أن العوامل التي ترتبط بخبرات الإساءة وتحديداً وجود تاريخ سابق من الإساءة، نوع الإساءة، العمر الذي حدثت فيه أول إساءة، إدراك المسؤولية، الدعم الاجتماعي المتاح، الإدراك الذاتي لدرجة الإساءة، مستوى العنف في الإساءة، والعواقب المترتبة على الإساءة مثل إصابة الفرد أو ظهور الأفكار والسلوكيات الانتحارية، هي عوامل منبئة بما يلي: شعور أقوى لدى المريض بأعراض المرض النفسي قبل البدء في العلاج، واستجابة أقل للعلاج، ومعدلات انتكاسة أعلى بعد انقضاء عام على أخر علاج خضع إليه المريض.

وهدفت دراسة ليسكن وشيك (Leskin & Sheikh, 2001) إلى تحديد مدى انتشار خبرات الإساءة عند المرضى المصابين باضطراب الهلع، وكذلك مقارنة نسب انتشار خبرات الإساءة بين المصابين باضطراب الهلع وحده والمصابين باضطرابي الهلع وما بعد الصدمة معاً. وشملت عينة الدراسة ٢٧٤ مريض ومريضة باضطراب الهلع في الولايات المتحدة الأمريكية، ٧٤ منهم بنسبة (٢٧%) مشخصين باضطرابي الهلع وما بعد الصدمة معاً. وقد أسفرت النتائج عن وجود فروق جوهرية ودالة احصائياً في نسبة انتشار خبرات الإساءة وفقاً للنوع، فانتشارها لدى النساء أعلى بكثير من الرجال. وبالنظر إلى عينة الإناث، بلغت نسبة النساء اللواتي تعرضن للتحرش الجنسي (٢٤,٢%) ونسبة اللواتي تعرضن للإيذاء الجسدي (١٤,٤%). كما بينت النتائج أن نسبة انتشار خبرات الإساءة لدى النساء المصابات باضطرابي الهلع وما بعد الصدمة معاً أعلى من المصابات باضطراب الهلع وحده، حيث بلغت نسبة التعرض لخبرات محاولات الاغتصاب لدى النساء المصابات باضطرابي الهلع وما بعد الصدمة معاً (٤٣%) ونسبة (٣٦%) منهن تعرضن للتحرش الجنسي، وهي نسب مرتفعة جداً مقارنة بنتائج الأبحاث الأخرى. وعليه فقد أكد الباحثان على أهمية النظر في تاريخ خبرات الإساءة لدى المريضات المصابات باضطرابي الهلع وما بعد الصدمة معاً وبخاصة ممن تعرضن لمحاولات الاغتصاب وذلك لتقديم العلاج النفسي الأمثل لتلك الحالات.

وفي دراسة تتبعية أجراها قودوين وآخرون (Goodwin, Fergusson & Horwood, 2005) ركزت على التعرض لخبرات الإساءة في الطفولة وتجارب العنف بين الوالدين ومعرفة علاقتها بحدوث نوبات/اضطراب الهلع، حيث تم تتبع ١٢٦٥ طفل في هولندا منذ ولادتهم إلى عمر ٢١ سنة. وتم تطبيق مقياس نوبات الهلع، ومقياس اضطراب الهلع، ومقياس خبرات الإساءة في الطفولة (الإساءة الجسدية والجنسية)، ومقياس تجارب العنف بين الوالدين (مشاهدة الطفل لأحداث من العنف البدني أو التهديد بالعنف بين الوالدين). كما تم قياس بعض المتغيرات الأخرى وهي النوع، الحالة الاجتماعية والتعليمية للأم، الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة، الرعاية الوالدية (رعاية الطفل من أحد الوالدين أو كلاهما)، الأحداث السلبية في الأسرة، تاريخ الوالدين مع القلق والاكتئاب، تعاطي الوالدين للكحول وسوء استخدام العقاقير، التاريخ الإجرامي للوالدين، ومستوى التعلق بين الطفل وأمه. وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى وجود علاقة دالة احصائياً بين التعرض لخبرات الإساءة الجسدية والجنسية والعنف

بين الوالدين وبين ظهور واستمرار نوبات واضطراب الهلع. كما بينت النتائج أن الأفراد الذين كانت لديهم خبرات أكثر في التعرض للإساءة الجسدية والجنسية والعنف بين الوالدين هم أكثر في الأضرار الاجتماعية والأسرية والاقتصادية. وقد تم تفسير العلاقة بين التعرض لخبرات الإساءة والوقوع في خطر نوبات واضطراب الهلع بأن التعرض لخبرات الإساءة في الطفولة قد ينتج عنها خوف شديد وواقعي من الاستمرار على قيد الحياة، وأن الاستجابات للهلع وبخاصة في سياق المواقف الواقعية مهددة لحياة الطفل.

كما هدفت دراسة ماكوتشون وآخرون (McCutcheon et al., 2010) إلى التعرف على أحداث الإساءة في الطفولة لدى عينة كبيرة من التوائم في استراليا، والارتباط بين أحداث الإساءة والاكتئاب واضطراب الهلع على مدى ٢٠ عاماً بعد التعرض للإساءة الأولى، ومدى استمرار هذا الارتباط باستمرار حدوث مواقف الإساءة. وقد شملت العينة ٢٧٦٥ زوج من التوائم، وتم تطبيق مقياسي الاكتئاب واضطراب الهلع، بينما تم رصد حالات الإساءة من خلال مقابلات أجريت مع أفراد العينة. واستخدمت الدراسة مصطلح الأحداث العدائية Assaultive Events للإشارة إلى الإيذاء الجنسي والجسدي وإهمال الطفل، الاغتصاب والتحرش الجنسي، الإيذاء الجسدي الشديد، والتهديد بالسلاح أو الاختطاف. كما استخدمت الدراسة Latent Class Analysis لتصنيف أفراد العينة إلى مجموعات بحسب درجة وشدة أحداث الإساءة التي مرت عليهم، وقد تبين من نتائجها وجود ثلاث مجموعات: المجموعة الأولى لم تتعرض لأحداث إساءة أو تعرضت للقليل منها، المجموعة الثانية تعرضت لأحداث إساءة متكررة لكنها غير عدائية، والمجموعة الثالثة تعرضت لأحداث متكررة من الإساءة العدائية. وقد أسفرت النتائج عن أن الأفراد ضمن المجموعة الثالثة والتي تعرضت لأحداث متكررة من الإساءة العدائية مقارنة بالمجموعتين الأخرى تعرضوا لأول حدث مسيء في عمر أصغر، وتعرضوا لأحداث إساءة أكثر، ولديهم نسب أعلى في المشكلات الناجمة عن تعاطي الوالدين للكحول. كما كانت المجموعة الثالثة الأعلى في خطورة ظهور واستمرار الاكتئاب واضطراب الهلع، وهي الأكثر عرضة لظهور أول حدث إساءة.

وأجرى باكيم وآخرون (Bakim et al., 2011) دراسة عنوانها "تأثير الإساءة في الطفولة على الوظائف الجنسية لدى المصابين باضطراب الهلع" وكان الهدف منها هو التعرف على خبرات الإساءة في الطفولة ومحاولات الانتحار وسلوك إيذاء النفس وعلاقتها بكفاءة الوظائف

الجنسية لدى ٨١ مريض ومريضة ممن تم تشخيصهم باضطراب الهلع في تركيا. وتم قياس متغيرات الدراسة من خلال مقابلات أجريت مع أفراد العينة لقياس خبرات الإساءة الجسدية والجنسية في الطفولة، وكذلك القدرة على أداء الوظائف الجنسية (الدافع الجنسي، الإثارة، الوصول للنشوة، قدرة العضو، والرضا عن الأداء الجنسي). وقد أظهرت النتائج أن نسبة الإساءة الجسدية هي (٤٨,١%) والإساءة الجنسية (٩,٩%) لدى أفراد العينة. كما وجدت الدراسة أن هناك فروق دالة إحصائياً في كفاءة الوظائف الجنسية لدى عينة الإناث، حيث إن النساء اللواتي لديهن خبرات سابقة من الإساءات الجسدية والجنسية ومحاولات الانتحار وسلوك إيذاء النفس أقل في الكفاءة الجنسية من النساء اللواتي ليس لديهن تاريخ سابق من تلك الخبرات، بينما لم تكن هناك فروق في متغيرات الدراسة لدى عينة الذكور سواء كان لديهم أو ليس لديهم تاريخ سابق من تلك الخبرات. وعليه فقد أكدت الدراسة على أن القدرة على أداء الوظائف الجنسية وكفاءتها لدى النساء تتأثر بمدى وجود تاريخ سابق من خبرات الإساءة والإيذاء ومحاولات الانتحار وسلوك إيذاء النفس في طفولتهن.

كما ركزت دراسة تيبي وآخرون (Tibi et al., 2013) على العمر الذي يبدأ فيه اضطراب الهلع (الإصابة في سن مبكرة أم متأخرة) والفروق بين الذين يصابون بالاضطراب مبكراً أو متأخراً وفقاً لعدد من المتغيرات، وشملت الدراسة عينة مكونة من ٥١١ مريض ومريضة باضطراب الهلع في هولندا. وقد تم تطبيق المقاييس التالية: الإساءة في الطفولة (الإساءة الجسدية والجنسية والعاطفية والإهمال قبل عمر ١٦ سنة)، السلوك الانتحاري، القلق، والاكتئاب. كما تم تحديد وقت بداية الإصابة بالاضطراب من خلال أسئلة تدور حول أول مرة حدثت نوبة الهلع، الضعف والسلوكيات التجنبية التي رافقت ظهور النوبة، والوقت المستغرق لطلب العلاج. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن الإصابة المبكرة باضطراب الهلع (مقارنة بالإصابة المتأخرة) وبخاصة لدى الإناث ترتبط بدرجة دالة احصائياً مع مستويات أعلى من خبرات الإساءة في الطفولة، ورهاب الخلاء، ومحاولات الانتحار.

وهدفت دراسة زانج وآخرون (Zhang et al., 2023) إلى مراجعة الدراسات السابقة التي بحثت العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية واضطراب الهلع لدى البالغين، حيث تم مراجعة ٣٤ دراسة أجريت ما بين عام ١٩٨٥م إلى عام ٢٠١٨م شملت عينات ضمت أكثر من ١٩ ألف من المفحوصين. واعتمدت أغلب تلك الدراسات في قياس اضطراب الهلع على المعايير

التشخيصية الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM والتصنيف الدولي للاضطرابات ICD، وركزت أغلبها أيضاً على خبرات الطفولة السلبية المتمثلة في الإيذاء أو الإهمال الجسدي والجنسي والعاطفي. وقد أسفرت نتائج هذه المراجعة عن أن العلاقة بين خبرات الطفولة السلبية واضطراب الهلع تراوحت بين البسيطة والمتوسطة، وأن الإساءة الجسدية والجنسية وتعاطي الوالدين للكحول وانفصال الوالدين أو فقدان أحدهما تعد عوامل خطورة لاضطراب الهلع، في حين أن الإساءة العاطفية والإهمال لم تكن كذلك. كما أشارت النتائج إلى أن من بين الدراسات التي تم مراجعتها، واحدة فقط ركزت على مقارنة تأثير خبرات الطفولة السلبية وفقاً للعمر أو فترة النمو التي تعرض فيها الطفل للخبرة السلبية، ولا توجد من بين تلك الدراسات أي دراسة ركزت على أثر بعض المتغيرات مثل البيئة والسياق الاجتماعي والتعلق.

وفي دراسة هيويت وآخرون (Hewitt, Tomlin & Waite, 2021) التي ركزت على دراسة اضطراب الهلع لدى المراهقين والتعرف على طبيعته باستخدام المنهج الكيفي والكشف عن الصور الذهنية والمعرفية التي يستخدمها المراهق للتعامل مع نوبات الهلع، وشملت الدراسة ٩ مراهقين من المملكة المتحدة أعمارهم ما بين ١٤ إلى ١٨ سنة ممن تعرضوا لنوبات هلع خلال السنة الماضية. وتم إجراء مقابلات لهم لمعرفة العمر، النوع، عدد نوبات الهلع التي حدثت لهم خلال الشهر إلى الستة أشهر السابقة، ومدة حدوث النوبات، وتفاصيل عن العلاج الذي تلقوه إن وجد، كما تم تطبيق مقياس اضطراب الهلع للأطفال والمراهقين، بالإضافة إلى مقياسي القلق والاكتئاب. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود ست أساليب معرفية ممكن أن تزيد من احتمال حدوث واستمرار نوبات الهلع وهي: (١) الشعور بعدم القدرة على التفكير والخوف من فقدان التحكم في العقل، (٢) الشعور بأن نوبة الهلع لن تنتهي أبداً، (٣) الشعور التام بفقدان السيطرة خلال النوبة، (٤) الشعور بالإحراج والعار، (٥) الشعور بالانعزال عن الأخرين، (٦) ومحاولة إيجاد طرق للتعامل مع النوبات من خلال الإلهاء والانشغال والتجنب وتعلم فهم الأفكار. كما اكدت الدراسة على أن مثل هذه الصور الذهنية والمعرفية يمكن أن تعزز من حدوث واستمرار النوبات، وأن نتائج الدراسة فيها الكثير من التشابه مع النماذج المعرفية المفسرة لاضطراب الهلع لدى البالغين.

كما هدفت دراسة كيم وآخرون (Kim et al., 2021) إلى معرفة مدى الارتباط بين خبرات الإساءة المبكرة والتفكير الانتحاري لدى عينة من المرضى المصابين باضطراب الهلع، وشملت العينة ٢٦٧ من المشخصين باضطراب الهلع في أحد المستشفيات في كوريا، وتم تطبيق المقاييس التالية: خبرات الإساءة المبكرة، ومقياس الاكتئاب، ومقياس اضطراب الهلع، ومقياس الحساسية للقلق، ومقياس التكيف، ومقياس التفكير الانتحاري. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى خطورة خبرات الإساءة المبكرة وأهمية أخذها في الاعتبار عند تقييم مستوى التفكير الانتحاري لدى المرضي المصابين باضطراب الهلع، وأن المختصين الإكلينيكيين عليهم النظر في خيارات علاجية مثل العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على خبرات الإساءة المبكرة عند التعامل مع حالات اضطراب الهلع ممن لديهم مستوى مرتفع من التفكير الانتحاري. كما أكدت نتائج هذه الدراسة أن النساء المصابات باضطراب الهلع، ولديهن مستوى تعليمي منخفض، وغير المتزوجات، ولديهن مستوى مرتفع من الاكتئاب، ويستخدمن استراتيجيات تكيف مبنية أكثر على العاطفة وليس على حل المشكلة هن أكثر عرضة للتفكير الانتحاري.

وافترضت دراسة بيجين وآخرون (Baygin et al., 2022) أنه في حال وجود ارتباط بين الإساءة في الطفولة وسمات الشخصية الفصامية، فإن سمات الشخصية الفصامية تتوسط العلاقة بين خبرات الإساءة في الطفولة والعمر الذي يظهر في اضطراب الهلع. وشملت عينة الدراسة ٨٧ مصاب باضطراب الهلع في تركيا، وتم تطبيق مقياس اضطراب الهلع، ومقياس الإساءة في الطفولة، ومقياس الشخصية الفصامية، ومقياس القلق، مع تحديد في أي عمر حدثت أول نوبة هلع. وأظهرت النتائج وجود علاقة دالة احصائياً بين سمات الشخصية الفصامية والإساءة في الطفولة، وأنه كلما كان الارتباط بين سمات الشخصية الفصامية والإساءة في الطفولة قوياً كلما أثر ذلك على ظهور اضطراب الهلع في سن مبكرة. كما أشار بعض أفراد العينة إلى أن أول نوبة هلع حدثت لهم في سن ١٠ سنوات، وهذا مؤشر على أن اضطراب الهلع قد يبدأ في سن مبكرة مثل أواخر الطفولة أو بداية المراهقة.

وفي دراسة حديثة أجراها الجدعاني وآخرون (Aljadani et al., 2024) هدفت إلى معرفة مدى انتشار اضطراب الهلع والعوامل المرتبطة به لدى عينة من البالغين في المملكة العربية السعودية، وشملت أدوات الدراسة ما يلي: المتغيرات الديموغرافية، والتاريخ الطبي للفرد، ومقياس اضطراب الهلع. وتم تطبيق تلك الأدوات على عينة مكونة من ١٢٧٦ بالغ من

السعوديين الذكور والإناث. وأشارت النتائج إلى أن ١٦٧ من أفراد العينة بنسبة ١٣,١% (١٤,٣ للإناث – ١٠,٤% للذكور) يمكن تشخيصهم باضطراب الهلع، ومن أهم ما توصلت إليه هذه الدراسة أن ٥٥,٧% من المصابين بالاضطراب حدثت لهم أول نوبة هلع قبل عمر ١٨ سنة، مما يشير إلى أن أكثر من نصف المصابين بالاضطراب حدثت لهم أول نوبة هلع في مرحلة المراهقة. كما أشار أفراد عينة الدراسة إلى أن نوبات الهلع أثرت عليهم وسببت لهم العديد من المشكلات مثل الصعوبات في مجال الدراسة أو العمل والتحديات المتعلقة بتحمل المسؤوليات والالتزامات الأسرية، بالإضافة إلى أن بعض المصابين بالاضطراب (٢٠,٤%) أظهروا بعض الميول الانتحارية. وبناء على ذلك أكدت الدراسة أن اضطراب الهلع هو أحد الاضطرابات النفسية المنتشرة بين البالغين في السعودية، وأن عوامل الخطورة لهذا الاضطراب تشمل النوع (النساء أكثر عرضة من الرجال للإصابة بالاضطراب)، والإصابة بالأمراض المزمنة، ومعاناة الفرد من أكثر من مرض نفسي، وارتفاع مؤشر كتلة الجسم، والخبرات السابقة لمحاولات الانتحار.

فرضيات الدراسة:

(١) توجد ارتباطات موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد العينة على مقياس خبرات الإساءة في الطفولة ودرجاتهم على مقياس اضطراب الهلع.

(٢) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة بين أفراد العينة وفقاً للنوع والترتيب الميلادي والتفاعل بينهما.

(٣) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة بين أفراد العينة وفقاً لتعليم الأب وتعليم الأم والتفاعل بينهما.

(٤) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اضطراب الهلع بين أفراد العينة وفقاً للنوع والترتيب الميلادي والتفاعل بينهما.

(٥) توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اضطراب الهلع بين أفراد العينة وفقاً لمستوى تعليم الأب ومستوى تعليم الأم والتفاعل بينهما.

(٦) يمكن التنبؤ بنوبات الهلع من خلال خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة لدى المراهقين والمراهقات من أفراد عينة الدراسة.

منهجية الدراسة وإجراءاتها:

منهج الدراسة:

نظراً لطبيعة وأهداف الدراسة الحالية والتي تشمل الكشف عن العلاقة بين خبرات الإساءة في الطفولة واضطراب الهلع لدى عينة من المراهقين والمراهقات، فقد تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي والمقارن.

مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع المراهقين (الذكور والإناث) في مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية والذين تتراوح أعمارهم من ١٢ إلى ٢٠ سنة.

عينة الدراسة وخصائصها:

شملت عينة الدراسة ٢٢٥ من المراهقين والمراهقات تراوحت أعمارهم ما بين ١٢ إلى ٢٠ سنة، ويوضح جدول رقم (١) معلومات تفصيلية عن خصائص أفراد العينة وإجاباتهم بشأن المتغيرات الديموغرافية الأخرى وهي: النوع، والترتيب الميلادي، ومستوى تعليم الأب، ومستوى تعليم الأم.

جدول رقم (١) خصائص أفراد العينة (ن=٢٢٥)

النوع	العدد	النسبة	الترتيب الميلادي	العدد	النسبة	مستوى تعليم الاب	العدد	النسبة	مستوى تعليم الأم	العدد	النسبة
ذكر	٧٥	%٣٣,٣	الأول	٥٧	٢٥,٣ %	جامعي	١٦٩	%٧٥,١	جامعية	١٤٩	%٦٦,٣
أنثى	١٥٠	%٦٦,٧	الأوسط	٩١	٤٠,٤ %	أقل من جامعي	٥٦	%٢٤,٩	أقل من جامعية	٧٦	%٣٣,٧
			الأخير	٧٧	٣٤,٣ %						
الاجمالي	٢٢٥	%١٠٠		٢٢٥	%١٠٠		٢٢٥	%١٠٠		٢٢٥	%١٠٠

أدوات الدراسة:

تتضمن الأدوات التي تم تطبيقها في الدراسة الحالية ما يلي:

١) **استمارة البيانات الأولية:** وتشمل النوع، والعمر، والترتيب الميلادي (الأول–الأوسط–الأخير)، ومستوى تعليم الأب (جامعي–أقل من جامعي)، ومستوى تعليم الأم (جامعية–أقل من جامعية).

٢) **مقياس خبرات الإساءة في الطفولة:** استخدمت الدراسة الحالية مقياس خبرات الإساءة في الطفولة والذي تم تصميمه وتطبيقه على البيئة السعودية بواسطة حلمي وحميد الدين (٢٠٢٣)، حيث تم بناء المقياس وحساب خصائصه السيكومترية بعد تطبيقه على عينة من الشباب السعوديين (ذكور وإناث) وعددهم ٥٠ من مدينتي الرياض وجدة. ويتكون المقياس من أربعة أبعاد تقيس أنماط الإساءة: الجسدية، والجنسية، والنفسية، والإهمال.

صدق المقياس: تكونت الأداة في صورتها الأولية من ٢٠ عبارة تم عرضها على ٥ محكمين من المختصين في مختلف المجالات النفسية، وتم الأخذ بملاحظات المحكمين وتعديل العبارات وفقاً لذلك. ولحساب الاتساق الداخلي للأداة تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل عبارة بالبعد الذي تنتمي إليه وارتباط كل عبارة بالدرجة الكلية للمقياس. وتراوحت معاملات الارتباط بين (٠,٢٠ – ٠,٩٠) وكانت جميعها دالة إحصائياً ما عدا عبارتين ولذلك تم حذفها. كما تراوحت معاملات الارتباط بين كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس (٠,٣٣ – ٠,٧٧) وكانت جميعها دالة إحصائياً. كما تم حساب الصدق البنائي للمقياس بعد حذف العبارتين غير الدالة، وتراوحت معاملات الارتباط بين (٠,٤٦ – ٠,٩) وجميعها كانت دالة إحصائياً.

ثبات المقياس: تم حساب ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية، وبينت النتائج أن جميع معاملات الثبات كانت مرتفعة حيث تراوحت معاملات ألفا للأبعاد بين (٠,٥٨ – ٠,٨٧) وللمقياس الكلي (٠,٨٤)، وتراوحت معاملات التجزئة النصفية للأبعاد بين (٠,٣٥ – ٠,٦٨) وللمقياس الكلي (٠,٤٣)، وتراوحت معاملات ثبات التجزئة النصفية بعد تصحيحه بمعادلة جوتمان للأبعاد بين (٠,٤١ – ٠,٨١) وللمقياس الكلي (٠,٥٠) وهي معاملات ثبات مرتفعة. وعليه فقد تكونت الصورة النهائية للمقياس من ١٨ عبارة موزعة على ٤ أبعاد: بعد الإساءة الجسدية ويشمل ٤ عبارات، وبعد الإساءة النفسية ويشمل ٥ عبارات، وبعد الإساءة الجنسية ويشمل ٥ عبارات، وبعد الإهمال ويشمل ٤ عبارات. ويتم الإجابة على العبارات باستخدام بدائل الإجابة (كثيراً =٤، أحياناً =٣، نادراً =٢، اطلاقاً =١) ولا يوجد في المقياس أي عبارات عكسية حيث يتم التصحيح في اتجاه واحد وأقل درجة في المقياس هي ١٨ بينما أعلى درجة هي ٧٢.

٣) **مقياس اضطراب الهلع:** لقياس اضطراب الهلع تم استخدام مقياس صحة المريض والذي يقيس عدة اضطرابات نفسية من ضمنها اضطراب الهلع The Patient Health

Questionnaire–Panic Disorder والذي تم تطبيقه لأول مره في المسح السعودي الوطني للصحة النفسية عن طريق التويجري وآخرون (Altwaijri et al., 2020)، وقد تم بناء هذه الأداة وصياغة عباراتها بالاعتماد على الإصدار الثالث للمقابلة التشخيصية الدولية لمنظمة الصحة العالمية والتي تحدد درجة الاضطراب بالرجوع للمعايير التشخيصية الموجودة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية وكذلك التصنيف الدولي للاضطرابات. ويتضمن القسم الخاص باضطراب الهلع في هذا المقياس جزئين: حيث يشمل الجزء الأول استمارة أولية للفحص المبدئي ويتضمن ٤ أسئلة تبدأ بالسؤال (هل سبق أن مررت بنوبة قلق "أي أنك شعرت بالخوف أو الذعر فجأة" خلال الأسابيع الأربعة الأخيرة؟)، ويشمل الجزء الثاني استمارة تحتوي على ١١ عنصر تتعلق بتفاصيل عن الأعراض الجسدية التي تصاحب نوبات الهلع. ولتشخيص الفرد باضطراب الهلع، لابد أن يجيب "نعم" على الأسئلة الأربعة في الجزء الأول وعلى الأقل "نعم" على ٤ من العناصر في الجزء الثاني. وبحسب التويجري وزملائه يتمتع المقياس بمستوى مقبول من التناسق الداخلي ($\alpha = 0.696$).

التحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات في الدراسة الحالية

تم تقييم الصلاحية السيكومترية للأدوات باستخدام عينة استطلاعية مكونة من ٦٥ طالب وطالبة من المدارس الثانوية بمدينة الرياض (٤٠ ذكور – ٢٥ أناث)، تراوحت أعمارهم ما بين ١٥ إلى ١٨ سنة بمتوسط عمري قدره ١٦,٣ سنة.

صدق الأدوات

استخدمت الدراسة الحالية عدة طرق للاستدلال على مدى صدق أدواتها وهي:

صدق المحكمين: قام الباحث بعرض مقاييس الدراسة على عدد (٥) من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس بكلية العلوم الاجتماعية بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية حيثُ طلب منهم الاطلاع والحكم على المقاييس من حيث مدى مناسبة كل بند لما وضع لقياسه، ومدى ملائمة الصياغة اللغوية، وأي تعديل أو تغيير يرونه مناسباً، وبناءً عليه أجريت تعديلات على صياغة بعض البنود؛ لتصبح أكثر ملائمة لعينة الدراسة الحالية، وتصحيح أخطاء الصياغة اللغوية، وقد عد الباحث الأخذ بملاحظات المحكمين بمثابة الصدق الظاهري للمقاييس.

الصدق التلازمي: تم حساب الصدق التلازمي بإيجاد معاملات الارتباط المتبادلة بين الدرجة الكلية لمقياس خبرات الإساءة في الطفولة المستخدم في الدراسة الحالية والدرجة الكلية لمقياس خبرات الإساءة في الطفولة من إعداد الوليدى وأرنوط (٢٠١٧) والذي تم تقنينه في البيئة السعودية وكانت معاملات الارتباط (٠,٧٨)، وكذلك إيجاد معاملات الارتباط المتبادلة بين الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الهلع المستخدم في الدراسة الحالية والدرجة الكلية لمقياس اضطراب الهلع لشقير وعبد العال (٢٠١٥) وكانت معاملات الارتباط (٠,٧٠) لدى أفراد العينة الاستطلاعية.

ثبات الأدوات: استخدمت الدراسة الحالية طريقتين للاستدلال على مدى ثبات أدواتها وهما حساب معامل ألفا كرونباخ وحساب التجزئة النصفية مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان– براون، ويوضح جدول رقم (٢) معاملات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية لمقاييس الدراسة.

جدول رقم (٢): معاملات ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية للدلالة على ثبات مقاييس الدراسة

المقاييس	عينة استطلاعية (ن=٦٥)	
مقياس خبرات الإساءة في الطفولة	**معاملات ألفا**	**معاملات التجزئة**
الإساءة الجسدية	٠,٨٨	٠,٩١
الإساءة الجنسية	٠,٨٥	٠,٩٥
الإساءة النفسية	٠,٨٨	٠,٩٣
الاهمال	٠,٨٦	٠,٩٠
الدرجة الكلية	٠,٨٠	٠,٨٧
مقياس اضطراب الهلع	**معاملات ألفا**	**معاملات التجزئة**
نوبة قلق	٠,٧٠	٠,٧٦
نوبات الهلع	٠,٧٦	٠,٨٤
الصعوبة	٠,٨١	٠,٩١
الدرجة الكلية	٠,٧٣	٠,٨٩

ويشير جدول رقم (٢) إلى أن جميع معاملات الثبات تتسم بالقبول، حيث تتراوح معاملات ثبات ألفا بين (٠,٧٠ – ٠,٨٨) لدى العينة الاستطلاعية، بينما تراوحت معاملات ثبات التجزئة النصفية بين (٠,٧٦ – ٠,٩٥) بمعادلة سبيرمان–براون لتصحيح الطول.

الأساليب الإحصائية المستخدمة

تم استخدام برنامج (SPSS الإصدار رقم ٢٤) لحساب المعاملات الإحصائية في هذه الدراسة وهي:

١- معامل ارتباط بيرسون.

٢- اختبار (ت).

٣- اختبار تحليل التباين الثنائي.

٤- تحليل الانحدار المتدرج.

إجراءات تطبيق الأدوات:

تم تطبيق أدوات الدراسة عبر الإنترنت من خلال نموذج قوقل الإلكتروني كأداة لجمع بيانات الدراسة، وقام الباحث بنشر أدوات الدراسة الكترونياً وتم دعوة أفراد عينة الدراسة للمشاركة بواسطة إرسال رابط الأدوات خلال شهري مارس وأبريل ٢٠٢٤م، وتم أخذ موافقة أفراد العينة على التطبيق.

نتائج الدراسة:

سيتم عرض نتائج الدراسة الحالية على النحو التالي:

نتائج الفرض الأول: للتحقق من صحة الفرض الأول والذي ينص على (توجد ارتباطات موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد العينة على مقياس خبرات الإساءة في الطفولة ودرجاتهم على مقياس اضطراب الهلع)، استخدمت معاملات الارتباط الخطي البسيط لبيرسون لحساب الارتباط بين درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس خبرات الإساءة في الطفولة ودرجاتهم على مقياس اضطراب الهلع، ويوضح جدول رقم (٣) ما أسفرت عنه هذه النتائج.

جدول رقم (٣) معاملات الارتباط الخطى البسيط بين أبعاد خبرات الإساءة في الطفولة واضطراب الهلع لدى عينة الدراسة (ن=٢٢٥)

خبرات الإساءة	اضطراب الهلع			
	نوبة قلق	نوبات الهلع	الصعوبة	الدرجة الكلية
الإساءة الجسدية	.281**	.281**	.322**	.325**
الإساءة الجنسية	.237**	.264**	.271**	.298**
الإساءة النفسية	.324**	.334**	.348**	.345**
الإهمال	.314**	.290**	.367**	.319**
الدرجة الكلية	.328**	.326**	.376**	.385**

وتشير البيانات الموضحة بالجدول رقم (٣) إلى النتائج التالية:

١- توجد ارتباطات موجبة دالة إحصائياً بين الإساءة الجسدية وكل من أبعاد اضطراب الهلع والدرجة الكلية لمقياس اضطراب الهلع.

٢- توجد ارتباطات موجبة دالة إحصائياً بين الإساءة الجنسية وكل من أبعاد اضطراب الهلع والدرجة الكلية لمقياس اضطراب الهلع.

٣-توجد ارتباطات موجبة دالة إحصائياً بين الإساءة النفسية وكل من أبعاد اضطراب الهلع والدرجة الكلية لمقياس اضطراب الهلع.

٤- توجد ارتباطات موجبة دالة إحصائياً بين الإهمال وكل من أبعاد اضطراب الهلع والدرجة الكلية لمقياس اضطراب الهلع.

٥- توجد ارتباطات موجبة دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية لمقياس خبرات الإساءة في الطفولة وكل من أبعاد اضطراب الهلع والدرجة الكلية لمقياس اضطراب الهلع.

نتائج الفرض الثاني: للتحقق من صحة الفرض الثاني والذي ينص على (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة بين أفراد العينة وفقاً للنوع والترتيب الميلادي والتفاعل بينهما)، تم استخدام تحليل التباين الثنائي المشترك (٢×٢) Two-Way ANCOVA لمعرفة أثر النوع (ذكر- أنثي) والترتيب الميلادي (الأول- الأوسط- الأخير) والتفاعل بينهما في خبرات الإساءة في الطفولة، وكانت النتائج كما يوضحها جدول رقم (٤) أدناه.

جدول رقم (٤) الفروق في خبرات الاساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة كنتيجة للتفاعل بين النوع والترتيب الميلادي (ن=٢٢٥)

خبرات الإساءة في الطفولة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
الإساءة الجسدية	النوع	.378	1	.378	.039	.844
	الترتيب الميلادي	6.213	2	3.107	.320	.727
	النوع X الترتيب الميلادي	5.656	2	2.828	.291	.748
	الخطأ	2129.275	219	9.723		
	الكلي	11388.000	225			
الإساءة الجنسية	النوع	21.522	1	21.522	2.432	.120
	الترتيب الميلادي	5.773	2	2.887	.326	.722
	النوع X الترتيب الميلادي	4.416	2	2.208	.250	.779
	الخطأ	1938.182	219	8.850		
	الكلي	12465.000	225			
الإساءة النفسية	النوع	.493	1	.493	.038	.845
	الترتيب الميلادي	12.444	2	6.222	.485	.617
	النوع X الترتيب الميلادي	9.277	2	4.638	.361	.697
	الخطأ	2811.358	219	12.837		
	الكلي	15990.000	225			
الإهمال	النوع	2.290	1	2.290	.300	.584
	الترتيب الميلادي	4.100	2	2.050	.269	.764
	النوع X الترتيب الميلادي	2.499	2	1.250	.164	.849
	الخطأ	1669.162	219	7.622		
	الكلي	10009.000	225			
الدرجة الكلية	النوع	48.730	1	48.730	.405	.525
	الترتيب الميلادي	25.886	2	12.943	.107	.898
	النوع X الترتيب الميلادي	15.848	2	7.924	.066	.936
	الخطأ	26372.049	219	120.420		
	الكلى	191465.000	225			

ويشير جدول رقم (٤) إلى النتائج التالية:

١- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة وفقاً للنوع.

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة وفقاً للترتيب الميلادي.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة وفقاً للتفاعل بين النوع والترتيب الميلادي.

نتائج الفرض الثالث: للتحقق من صحة هذا الفرض والذي ينص على (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة بين أفراد العينة وفقاً لتعليم الأب وتعليم الأم والتفاعل بينهما)، تم استخدام تحليل التباين الثنائي المشترك (٢×٢) Two-Way ANCOVA لمعرفة أثر مستوى تعليم الأب (جامعي- أقل من جامعي) وتعليم الأم (جامعية - أقل من جامعية) والتفاعل بينهما في خبرات الإساءة في الطفولة، وكانت النتائج كما يوضحها جدول رقم (٥) أدناه.

جدول رقم (٥) الفروق في خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة كنتيجة للتفاعل بين تعليم الأب وتعليم الأم والتفاعل بينهما (ن=٢٢٥)

خبرات الإساءة في الطفولة	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
الإساءة الجسدية	تعليم الأب	11.071	1	.378	1.166	.281
	تعليم الأم	5.002	2	3.107	.527	.469
	تعليم الأب X تعليم الأم	40.146	2	2.828	1.228	.641
	الخطأ	2098.275	219	9.723		
	الكلي	11388.000	225			
الإساءة الجنسية	تعليم الأب	8.089	1	21.522	.920	.338
	تعليم الأم	2.161	2	2.887	.246	.621
	تعليم الأب X تعليم الأم	16.375	2	2.208	1.863	.174
	الخطأ	1942.721	219	8.850		
	الكلي	12465.000	225			
الإساءة النفسية	تعليم الأب	31.402	1	.493	2.494	.116
	تعليم الأم	.094	2	6.222	.007	.931
	تعليم الأب X تعليم الأم	31.315	2	4.638	2.487	.116
	الخطأ	2782.700	219	12.837		
	الكلي	15990.000	225			
الإهمال	تعليم الأب	18.031	1	2.290	2.446	.119
	تعليم الأم	.015	2	2.050	.002	.964
	تعليم الاب X تعليم الأم	33.207	2	1.250	1.504	.535
	الخطأ	1629.319	219	7.622		
	الكلي	10009.000	225			
الدرجة الكلية	تعليم الأب	226.164	1	48.730	1.938	.165
	تعليم الأم	11.745	2	12.943	.101	.751
	تعليم الاب X تعليم الأم	485.458	2	7.924	1.166	.281
	الخطأ	25795.934	219	120.420		
	الكلي	191465.000	225			

ويشير جدول رقم (٥) إلى النتائج التالية:

١- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة وفقاً لمستوى تعليم الأب.

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة وفقاً لمستوى تعليم الأم.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة وفقاً للتفاعل بين مستوى تعليم الأب ومستوى تعليم الأم.

نتائج الفرض الرابع: للتحقق من صحة الفرض الرابع والذي ينص على (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اضطراب الهلع بين أفراد العينة وفقاً للنوع والترتيب الميلادي والتفاعل بينهما)، تم استخدام تحليل التباين الثنائي المشترك (٢×٢) Two-Way ANCOVA لمعرفة أثر النوع (ذكر- أنثي) والترتيب الميلادي (الأول- الأوسط- الأخير) والتفاعل بينهما في اضطراب الهلع، وكانت النتائج كما يوضحها جدول رقم (٦).

جدول رقم (٦) الفروق في اضطراب الهلع بين أفراد العينة كنتيجة للتفاعل بين النوع والترتيب الميلادي (ن=٢٢٥)

اضطراب الهلع	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
نوبة قلق	النوع	17.993	1	17.993	7.774	.006
	الترتيب الميلادي	.531	2	.266	.115	.892
	النوع X الترتيب الميلادي	8.193	2	4.097	1.770	.173
	الخطأ	506.874	219	2.314		
	الكلي	1166.000	225			
نوبات الهلع	النوع	51.094	1	51.094	4.500	.035
	الترتيب الميلادي	28.898	2	14.449	1.272	.282
	النوع X الترتيب الميلادي	29.423	2	14.712	1.296	.276
	الخطأ	2486.736	219	11.355		
	الكلي	3245.765	225			
الصعوبة	النوع	.054	1	.853	.054	.031
	الترتيب الميلادي	.200	2	.586	.100	.148
	النوع X الترتيب الميلادي	.605	2	.110	.303	.448
	الخطأ	147.787	219	.667		
	الكلي	245.000	225			
الدرجة الكلية	النوع	135.100	1	135.100	5.530	.020
	الترتيب الميلادي	33.289	2	16.645	.681	.507
	النوع X الترتيب الميلادي	69.898	2	34.949	1.431	.241
	الخطأ	5350.088	219	24.430		
	الكلي	14751.000	225			

ويشير جدول رقم (٦) إلى النتائج التالية:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث من أفراد العينة في اضطراب الهلع بأبعاده المختلفة.

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في اضطراب الهلع بأبعاده المختلفة وفقاً للترتيب الميلادي.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في اضطراب الهلع بأبعاده المختلفة وفقاً للتفاعل بين النوع والترتيب الميلادي.

وللتعرف على اتجاه الفروق بين الجنسين في اضطراب الهلع بأبعاده المختلفة تم حساب اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات، وكانت النتائج كما يوضحها جدول رقم (٧) أدناه.

جدول رقم (٧) نتائج اختبار (ت) للكشف عن الفروق بين متوسطات درجات أفراد العينة في اضطراب الهلع حسب النوع

	الذكور (ن=٧٥)		الإناث (ن= ١٥٠)			
اضطراب الهلع	م	ع	م	ع	ت	مستوى الدلالة
نوبة قلق	1.3067	1.39471	1.8667	1.57866	2.715	.007
نوبات الهلع	3.4133	3.30476	3.666	3.39914	2.043	.042
الصعوبة	.6400	5.11339	.6600	5.84210	-.173	.223
الدرجة الكلية	5.3600	4.54895	5.6378	5.11339	-2.226	.027

ويشير جدول رقم (٧) إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين في اضطراب الهلع على النحو التالي:

١- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين في بعدي (نوبة القلق ونوبات الهلع) والدرجة الكلية لمقياس اضطراب الهلع والفروق باتجاه الإناث.

٢- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين في بعد الصعوبة بوصفه أحد أبعاد اضطراب الهلع.

نتائج الفرض الخامس: للتحقق من صحة الفرض الخامس والذي ينص على (توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اضطراب الهلع بين أفراد العينة وفقاً لمستوى تعليم الأب ومستوى تعليم الأم والتفاعل بينهما)، تم استخدام تحليل التباين الثنائي المشترك (٢×٢) Two-Way ANCOVA لمعرفة أثر مستوى تعليم الأب (جامعي- أقل من جامعي) وتعليم الأم (جامعية

– أقل من جامعية) والتفاعل بينهما في اضطراب الهلع، وكانت النتائج كما يوضحها جدول رقم (٨).

جدول رقم (٨) الفروق في اضطراب الهلع بين أفراد العينة كنتيجة للتفاعل بين مستوى تعليم الأب ومستوى تعليم الأم (ن=٢٢٥)

ويشير جدول رقم (٨) إلى النتائج التالية:

اضطراب الهلع	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
نوبة قلق	تعليم الأب	.029	1	.029	.012	.911
	تعليم الأم	2.947	1	2.947	1.242	.266
	تعليم الأب X تعليم الأم	.862	1	.862	.363	.547
	الخطأ	524.561	221	2.374		
	الكلي	1166.000	225			
نوبات الهلع	تعليم الأب	1.382	1	1.382	.119	.730
	تعليم الأم	1.077	1	1.077	.093	.761
	تعليم الأب X تعليم الأم	7.522	1	7.522	.648	.422
	الخطأ	2563.789	221	11.601		
	الكلي	6290.000	225			
الصعوبة	تعليم الأب	.853	1	.853	1.278	.259
	تعليم الأم	.586	1	.586	.878	.350
	تعليم الأب X تعليم الأم	.110	1	.110	.164	.686
	الخطأ	147.407	221	.667		
	الكلي	245.000	225			
الدرجة الكلية	تعليم الأب	5.154	1	5.154	.207	.649
	تعليم الأم	12.389	1	12.389	.498	.481
	تعليم الأب X تعليم الأم	16.018	1	16.018	.644	.423
	الخطأ	5499.216	221	24.883		
	الكلي	14751.000	225			

١– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في اضطراب الهلع بأبعاده المختلفة وفقاً لمستوى تعليم الأب.

٢– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في اضطراب الهلع بأبعاده المختلفة وفقاً لمستوى تعليم الأم.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في اضطراب الهلع بأبعاده المختلفة وفقاً للتفاعل بين مستوى تعليم الأب ومستوى تعليم الأم.

نتائج الفرض السادس: للتحقق من صحة الفرض السادس والذي ينص على (يمكن التنبؤ باضطراب الهلع من خلال خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة لدى المراهقين والمراهقات من أفراد عينة الدراسة)، تم استخدام تحليل الانحدار البسيط باعتبار (الدرجة الكلية لاختبار خبرات الإساءة في الطفولة) متغير مستقل و (الدرجة الكلية لاختبار اضطراب الهلع) متغير تابع، وكانت النتائج كما يوضحها جدول رقم (٩).

جدول (٩): نتائج إمكانية التنبؤ باضطراب الهلع من خلال خبرات الإساءة في الطفولة لدى عينة الدراسة (ن=٢٢٥)

المتغير التابع	معامل الارتباط R	معامل التحديد R2	F المحسوبة	مستوى الدلالة	المتغير المستقل	معامل الانحدار B	T المحسوبة	مستوى الدلالة
اضطراب الهلع	.382[a]	.146	38.012	.000[a]	الثابت	21.754	6.165	.000
					خبرات الإساءة في الطفولة	.836		

يتضح من جدول رقم (٩) وجود دلالة إحصائية لإسهام خبرات الإساءة في الطفولة في التنبؤ باضطراب الهلع ويؤكد ذلك قيمة معامل الارتباط التي بلغت ٠,٣٨ وهي دالة احصائياً ومن ثم وحدة معيارية لخبرات الاساءة تسهم في التنبؤ بنسبة ٣٨% باضطراب الهلع حيث إن قيمة الثابت ٢١,٧ وهذا يشير إلى قدرة خبرات الإساءة في الطفولة بالتنبؤ باضطراب الهلع لدى أفراد عينة الدراسة.

مناقشة النتائج وتفسيرها:

سيتم مناقشة وتفسير نتائج الدراسة الحالية في ضوء مدى تحقق فروض الدراسة وبيان مدى اتفاق أو اختلاف نتائجها مع الدراسات السابقة والتصورات النظرية لموضوع البحث، كما سيتم تقديم أهم التوصيات والمقترحات بخصوص الدراسات المستقبلية.

مناقشة نتائج الفرض الأول وتفسيرها

يمكن تفسير وجود ارتباطات موجبة دالة إحصائياً بين خبرات الإساءة في الطفولة وكل من أبعاد اضطراب الهلع والدرجة الكلية لمقياس اضطراب الهلع، بالقول إن هذه النتيجة جاءت منطقية ومتسقة مع التراث النظري والامبريقي، وهي تعني أنه كلما تعرض الفرد لخبرات الإساءة في الطفولة تزداد لديه احتمالية الوقوع في اضطراب ونوبات الهلع. كما تشير هذه النتيجة إلى أن الذين لديهم تاريخ سابق من الاعتداء الجسدي والجنسي والنفسي والإهمال في مرحلة الطفولة قد يكونون أكثر عرضة لخطر نوبات الذعر أثناء مرحلة المراهقة وما بعدها.

وتتسق هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات التي أشارت إلى أن التعرض لخبرات الإساءة بكافة صورها في مرحلة الطفولة لها أثار سلبية تمتد للمراحل العمرية التالية، وتظهر أثارها في الصحة العامة للمراهقين والراشدين، وتمثلت تلك الأثار في التصور السلبي للذات ونمو الشخصية الاعتمادية والتهيج والقلق ورفض الأسرة وإظهار ردود أفعال متضاربة وانخفاض الوعي بقيمة الذات (Taylor, 2006). كما يترتب أيضا على التعرض للإساءة في الطفولة احتمال الإصابة بعدد من المشكلات والاضطرابات النفسية ومنها اضطرابات الشخصية، واضطرابات الأكل، والاكتئاب، والقلق، والرهاب الاجتماعي، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطرابات الهوية الجنسية، واضطراب ونوبات الهلع (Goodwin, Fergusson & Horwood, 2005; Safren et al., 2002; De venter et al.,2017; Marshall et al., 2000; Leskin & Sheikh, 2001; Tibi et al., 2013; Chen et al, 2024, Alkema et al,. 2024, Kurata et al., 2024 ؛ رفاعي، ٢٠٢٢؛ إبراهيم واخرون، ٢٠٢٢؛ أبو العطا، ٢٠١٩).

مناقشة نتائج الفرض الثاني وتفسيرها:

يمكن تفسير عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة وفقاً للنوع والترتيب الميلادي أو التفاعل بين النوع والترتيب الميلادي وذلك على النحو التالي: بالنسبة لتفسير ومناقشة النتيجة التي أشارت إلى عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين في ادراك خبرات الإساءة في الطفولة، يعزو الباحث هذه النتيجة إلى أن الذكور والإناث قد يتعرضون في مرحلة الطفولة إلى نفس أشكال الإساءة وبنفس الدرجة تقريباً ويعود ذلك كون الشخص المسيء هو أحد الوالدين أو مقدمي الرعاية. كما يمكن تفسير هذه النتيجة بالنظر

إلى طبيعة وحجم عينة الدراسة الحالية والقول بأن متغير الجنس ليس له تأثير على إدراك خبرات الإساءة في الطفولة، بل ثمة عوامل أخري لها تأثير في إحداث الفروق في الإساءة، كما أن أفراد العينة من نفس السياق الاجتماعي وثمة تقارب في طرق التنشئة. وقد جاءت هذه النتيجة متفقة مع نتائج بعض الدراسات التي أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في خبرات الإساءة في الطفولة (Wellman, 1993; Larsen et al., 2011).

وفيما يتعلق بتفسير ومناقشة النتيجة التي أشارت إلى عدم وجود فروق جوهرية في إدراك خبرات الإساءة في الطفولة وفقاً للترتيب الميلادي، فإن هذه النتيجة تعنى عدم وجود تأثير للترتيب الميلادي للطفل الأول أو الأوسط أو الأخير على إدراك الإساءة في الطفولة، وقد ترجع هذه النتيجة إلى أن الأبناء على اختلاف ترتيبهم الميلادي يتعرضون للإساءة على حد سواء وبنفس الدرجة تقريباً، فالإساءة توجه نحو الأبناء بغض النظر عن ترتيبهم الميلادي. وتختلف هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات التي أظهرت وجود فروق جوهرية بين مستوى إدراك الإساءة في الطفولة وفقاً للترتيب الميلادي بين الأبناء (Bosede, 2011; Karadeniz-Özbek & Kalkan, 2016).

مناقشة نتائج الفرض الثالث وتفسيرها

توصلت نتائج هذا الفرض إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في خبرات الإساءة في الطفولة تبعاً لاختلاف المستوى التعليمي للوالدين سواء الأب أو الأم. ويعزو الباحث نتائج الفرض الثالث إلى أن إساءة المعاملة تنتشر في معظم المجتمعات، وتشمل الأطفال في كل مراحل أعمارهم، وليست مرتبطة بالدين أو العرق أو المستوى الثقافي وأن إساءة معاملة الطفل تمارس في جميع المجتمعات سواء المتحضرة كانت أو النامية، كما تمارس أيضا على جميع المستويات التعليمية.

وتتفق نتائج الفرض الثالث مع نتائج بعض الدراسات التي أشارت إلى أن الأطفال يتعرضون لإساءة المعاملة من الوالدين باختلاف المستويات التعليمية للوالدين، ومنها دراسة الصبان (٢٠١١) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق في التعرض للعنف من الوالدين تعود لمستوى تعليم الأب والأم.

مناقشة نتائج الفرض الرابع وتفسيرها:

كشفت نتائج هذا الفرض عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في اضطراب الهلع بأبعاده المختلفة وفقاً للترتيب الميلادي، بمعنى أن الترتيب الميلادي للفرد لا يؤثر على اضطراب ونوبات الهلع لديه، وقد تعزى هذه النتيجة إلى أن معظم الأسر في المجتمع السعودي ملتزمين بتعاليم الإسلام وعادات وتقاليد المجتمع ولا تفرق في التعامل مع أبنائها وفقاً للترتيب الميلادي، وتوجد دراسة تتفق مع هذه النتيجة وهى دراسة (Jabeen & Rauf, 2021) التي كشفت عن عدم وجود فروق في اضطرابات القلق بشكل عام ونوبات الهلع بشكل خاص بين المراهقين وفقاً للترتيب الميلادي.

أما عن الشق الثاني من نتائج هذا الفرض والمتعلقة بوجود فروق دالة بين الذكور والإناث في اضطراب الهلع والفروق في اتجاه الاناث، فإن التراث النظري والامبريقي يدعم هذه النتيجة، حيث يشير إلى وجود فروق دالة بين الجنسين (الذكور والإناث) في القلق واضطراب الهلع (Leskin & Sheikh, 2001; Tibi et al., 2013; Bakim et al., 2011; Kim et al., 2021; Aljadani et al., 2024). ويعزو الباحث ظهور هذه الفروق بين الذكور والإناث في اضطراب الهلع إلى أساليب التنشئة الاجتماعية في البيئة السعودية التي تؤكد على القوة والشجاعة وتعزيزها لدى الذكور مقارنة بالإناث، كما يفسر النموذج الفسيولوجي وجود فروق بين الجنسين في اضطراب الهلع في اتجاه الاناث إلى التقلبات الهرمونية قبل الحيض مما يؤدي إلى زيادة حدوث نوبات الهلع لدى المراهقات.

مناقشة نتائج الفرض الخامس وتفسيرها:

كشفت نتيجة هذا الفرض عن عدم وجود فروق جوهرية في اضطراب الهلع بأبعاده المختلفة وفقاً لمستوى تعليم الوالدين، وهذا يعنى عدم تأثير المستوى التعليمي للوالدين في تعرض أبنائهم لاضطراب الهلع، وهذه النتيجة ربما ترجع الي طبيعة تقارب مستويات تعليم أباء وأمهات أفراد العينة مما أدى إلى هذه النتيجة، وهي تتفق مع بعض نتائج الدراسات والتي أشارت إلى عدم تأثير المستوى التعليمي للوالدين على التوافق والقلق لدى عينة من الأطفال (Akhtar, 2012).

ولكن هذه النتيجة اختلفت مع نتائج بعض الدراسات التي وجدت ارتباط بين مستوى تعليم الوالدين واضطراب القلق لدى البالغين، حيث أشارت دراسة أوتشي وآخرون إلى أن المستوى التعليمي المرتفع للوالدين يرتبط بظهور اضطراب القلق العام وذلك لدى الذكور، بينما لم يكن

هذا الارتباط موجوداً لدى الإناث (Ochi et al., 2014). وفي المقابل أظهرت نتائج إحدى الدراسات أن مستوى تعليم الوالدين يرتبط بظهور علامات القلق لدى الأطفال، وتحديداً مستوى التعليم المنخفض (Zhu, Chen & Zhao, 2019).

مناقشة نتائج الفرض السادس وتفسيرها

كشفت نتائج الفرض السادس عن امكانية التنبؤ باضطراب الهلع من خلال خبرات الإساءة في الطفولة بأبعادها المختلفة لدى المراهقين والمراهقات. وهناك العديد من الدراسات التي تم استعراضها في هذه الدراسة والتي أشارت إلى أن خبرات الإساءة في الطفولة لها دور مؤثر في ظهور واستمرار نوبات الهلع لدى المراهقين والبالغين ومن هذه الدراسات (Sheikh et al., 1994; Michelson et al., 1998; Goodwin, Fergusson & Horwood, 2005; Hewitt, Tomlin & Waite, 2021). وتشير هذه النتيجة إلى أن التعرض للإساءة بكافة أشكالها في مرحلة الطفولة (الجسدية، والجنسية، والنفسية، والإهمال) قد يكون عاملاً منبئاً بحدوث اضطراب ونوبات الهلع في مرحلة المراهقة.

وفي الختام يمكن القول بتحقق صحة الفرض الرئيس للدراسة والذي تمثل في قدرة خبرات الإساءة في الطفولة على التنبؤ باضطراب ونوبات الهلع لدى المراهقين والمراهقات، مما يتسق مع نتائج الدراسات الأجنبية الحديثة التي أشارت إلى وجود ارتباط وثيق وعلاقة تنبؤية بين هذين المتغيرين. وبناء على نتائج الدراسة الحالية يمكن طرح التوصيات التالية:

توصيات الدراسة:

١- تصميم برامج ارشادية لتنمية الوعي بأساليب التنشئة الإيجابية في مقابل خفض السلوكيات المرتبطة بأساليب التنشئة السلبية التي قد ينتج عنها خبرات للإساءة في الطفولة تستمر آثارها لدى الفرد طوال حياته.

٢- تصميم برامج ارشادية وعلاجية لخفض اضطراب ونوبات الهلع لدى المراهقين والمراهقات وذلك بالتركيز على دور خبرات الإساءة في الطفولة وآليات التعامل معها.

٣- تقديم دورات تدريبية للمرشدين والمرشدات والمختصين النفسيين العاملين في المدارس المتوسطة والثانوية للتعامل مع خبرات الإساءة ونوبات الهلع التي يمكن أن تظهر لدى بعض الطلبة.

أبحاث مقترحة:

١- دراسة الفروق بين المراحل العمرية في كل من خبرات الاساءة في الطفولة ونوبات الهلع.

٢- فاعلية برنامج علاجي قائم على المخططات المعرفية في خفض خبرات الإساءة في الطفولة لدى المراهقين والمراهقات.

٣- فاعلية برنامج علاجي قائم على المخططات المعرفية في خفض نوبات الهلع لدى المراهقين والمراهقات.

المراجع

المراجع العربية:

إبراهيم، أحمد، وعبد الرحمن، محمد، وصوان، نجوى، وإبراهيم، أسامة (٢٠٢٢). خبرات الإساءة في الطفولة وعلاقتها باضطراب ما بعد الصدمة لدى طلاب المرحلة الثانوية. المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية، ٦ (٢٥)، ١-٤٨.

أبو العطا، محمد (٢٠١٩). أنماط الإساءة الوالدية في الطفولة كعوامل خطورة منبئة باضطرابات الشخصية في مرحلة المراهقة وفقاً للنموذج البديل. مجلة كلية الدراسات النفسية والأدبية، ١٩ (١)، ١١٨-١٤٧.

أبو العلا، شيماء، وحمدي، ياسين (٢٠٢٠). خبرات الإساءة في الطفولة كمتغيرات منبئة بالاكتئاب لدى المراهقين. مجلة البحث العلمي في الآداب (العلوم الاجتماعية والإنسانية)، ٢١ (٦)، ٤١٨-٤٤٥.

البشر، سعاد (٢٠٠٥). التعرض للإساءة في الطفولة وعلاقته بالقلق والاكتئاب واضطراب الشخصية الحدية في الرشد. مجلة دراسات نفسية، ١٥ (٣)، ٣٩٩-٤١٩.

الصبان، عبير (٢٠١١). خبرات العنف الأسري والمدرسي لدى عينة من طالبات المرحلة المتوسطة والثانوية في مدارس التعليم العام بالعاصمة المقدسة. مجلة بحوث التربية النوعية، ٢١، ١-٥٦.

الوليدي، على، وأرنوط، بشرى (٢٠١٧). خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة وعلاقتها باضطراب التشوه الوهمي للجسد لدى طلبة جامعة الملك خالد بالمملكة العربية السعودية. مجلة دراسات عربية في علم النفس، ١٦ (١)، ٤٩-١٠٥.

حلمي، بسمة، وحميد الدين، رضية (٢٠٢٣). الخصائص السيكومترية لمقياس "خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة". مجلة العلوم التربوية، ٣١، ١، ٥٦٨-٥٧٤.

حنور، قطب (٢٠١٢). خبرات إساءة المعاملة الوالدية في الطفولة وعلاقتها باضطرابات الشخصية لدى المراهقين. مجلة كلية التربية، جامعة دمنهور، ٤(٤)، ص ٤.

رفاعي، عزة (٢٠٢٢). دور خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة في التنبؤ باضطرابات الشخصية الحدية لدى مستخدمات المواد ذات التأثير النفسي. مجلة الإرشاد النفسي، ٧٢ (١)، ٧١-١١٢.

شقير، زينب، وعبدالعال، تحية (٢٠١٥). اضطراب الهلع وعلاقته بأساليب المعاملة الوالدية لدى المعاقات حركياً بالمرحلة الثانوية. مجلة السلوك البيئي، ٣ (٤)، ١-٣١.

عبدالعليم، أحمد (٢٠١٨). خبرات الإساءة في الطفولة وعلاقتها بتشكيل هوية الأنا لدى المراهقين. مجلة كلية التربية، جامعة بني سويف، ١٥ (٨١)، ١-٥٥.

عبدالغفار، عبدالسلام، والأشول، عادل، والقريطي، عبدالمطلب، وحافظ نبيل (١٩٩٧). مظاهر إساءة معاملة الطفل في المجتمع المصري. القاهرة: أكاديمية البحث العلمي والتكنولوجيا.

مخيمر، عماد، والظفيري، عزيز (٢٠٠٣). خبرات الإساءة التي يتعرض لها الفرد في مرحلة الطفولة وعلاقتها باضطراب الهوية الجنسية. مجلة دراسات نفسية، ١٣ (٣)، ٤٤٧-٤٨٦.

المراجع الأجنبية:

Akhtar, Z. (2012). The effect of parenting style of parents on the attachment styles of undergraduate students. Language in India, 12 (1): 555-566.

Aljadani, A., Alshammari, K., Alshammari, M. et al. (2024). Prevalence and predictive factors of panic disorder among adults in Saudi Arabia: a cross-sectional study. Journal of Epidemiology and Global Health.

Alkema, A., Marchi, M., Van der Zaag, J, et al. (2024). Childhood abuse v. neglect and risk for major psychiatric disorders. Psychological Medicine, 54 (8):1598-1609.

Altwaijri, Y., Al-Subaie, A., Al-Habeeb, A. et al. (2020). Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of mental disorders in the Saudi National Mental Health Survey. Int J Methods Psychiatry Res, 29 (3): e1836.

American Psychiatric Association (APA). (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.

Baker, H., Hollywood, A. & Waite, P. (2022). Adolescents' lived experience of panic disorder: an interpretative phenomenological analysis. BMC Psychology, 10:143.

Bakım, B., Karamustafalıoğlu, O., Akpınar, A. et al. (2011). The effects of childhood trauma on sexual function in panic disorder patients. The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences; 24:182-188

Barlow, D., Allen, L., & Choate, M. (2016). Toward a unified treatment for emotional disorders–republished article. Behav Ther, 47:838 53.

Barlow, D., Gorman, J., Shear, M. & Woods S. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: a randomized controlled trial. JAMA, 283 (19):2529–2536.

Baygin, C., Sevincok, L., Dogan, B., Sevincok, D. & Sair, Y. (2022). The mediation role of schizotypal traits in the relationship between childhood trauma and earlier onset of panic disorder. Psychosis, 14, (4)., 333–343.

Berkowitz, R., Coplan, J., Reddy, D., & Gorman, J. (2007). The human dimension: how the prefrontal cortex modulates the subcortical fear response. Rev Neurosci, 18:191–208.

Bosede, A. (2011). Birth order as a possible correlate of child abuse. International Journal for Cross-Disciplinary Subjects in Education, 2 (3), 450-455.

Burnett, R., Pope, A., Ezzati, M. et al. (2013). An integrated risk function for estimating the global burden of disease attributable to ambient fine particulate matter exposure. Environmental Health Perspectives, 122 (4):397 – 403.

Chen, S., Yin, Y., Zhang, Y. et al. (2024). Childhood abuse influences clinical features of major depressive disorder by modulating the functional network of the right amygdala subregions. Asian journal of psychiatry, 93, 103946.

Dahake, P., Kale, Y., Dadpe, M. et al. (2018). Impact of child abuse & neglect on children: a review article. Journal of Dental Research, 1 (1), 36-49.

Davidoff, J, Christensen, S, Khalili, D. et al. (2012). Quality of life in panic disorder: looking beyond symptom remission. Qual Life Res, 21:945-59.

Day, S., Holmes, E. & Hackmann. A. (2004). Occurrence of imagery and its link with early memories in agoraphobia. Memory 12 (4): 416–427.

De Jonge, P., Roest, A., Lim, C. et al. (2016). Cross-national epidemiology of panic disorders and panic attacks in the world mental health surveys. Depress Anxiety, 33:1155–1177.

De Venter, M., Van Den Eede, F., Pattyn, T. et al. (2017). Impact of childhood trauma on course of panic disorder: Contribution of clinical and personality characteristics. Acta Psychiatric Scandinavica, 135 (6), 554–563.

Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. American Journal of Preventive Medicine, 14 (4), 245–258.

Fraser, M., & Terzian, M. (2005). Risk and resilience in child development: Principles and Strategies of Practice. In Mallon GP & Hess PM; editors. Child Welfare for the 21st Century: A Handbook of Practices, Policies, and Programs. New York, NY: Columbia University Press: p. 55-71.

Goodwin, R., Fergusson, D. & Horwood, L. (2005). Childhood abuse and familial violence and the risk of panic attacks and panic disorder in young adulthood. Psychological Medicine, 35, 881–890.

Guthkelch, A. (1971). Infantile subdural hematoma, and its relationship to whiplash injuries. British Medical Journal, 2, 430-431.

Hewitt, O., Tomlin A, & Waite P. (2021). The experience of panic attacks in adolescence: an interpretive phenomenological analysis study. Emot Behav Diffic, 26:240–253.

Hovenkamp-Hermelink, J., Jeronimus, B., Myroniuk, S., Riese, H., & Schoevers, R. (2021). Predictors of persistence of anxiety disorders across the lifespan: a systematic review. The Lancet Psychiatry, 8 (5), 428-443

Huppert, J. (2022). Panic disorder. In G. J. G. Asmundson (Ed.), Comprehensive clinical psychology, 2nd ed, Vol. 6: 320–335.

Jabeen, T. & Rauf, K. (2021). Examining birth order and gender differences in the prevalence of anxiety disorders in adolescents. International Journal of Health and Psychology Research, 9, (3), 27-44.

Johnson, R., Rew, L. & Sternglanz, R. (2006). The relationship between childhood sexual abuse and sexual health practices of homeless adolescents. Adolescence, 41 (162):221-234.

Karadeniz-Özbek, S. & Kalkan, M. (2016). Childhood abuse and psychological birth order: an Adlerian overview. Journal of Educational Sciences & Psychology, 2016, 6 (1), p56.

Kaufman, J., Birmaher, B., Perel, J. et al. (1998). Serotonergic functioning in depressed abused children: clinical and familial correlates. Biol Psychiatry, 44:973-981.

Kessler, R., Chiu, W., Demler, O. & Walters, E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidities of the 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry, 62:617–627.

Kim, H., Kim, J. & Lee, S. (2021). Early trauma is associated with suicidal ideation in patients with panic disorder. The Journal of Nervous and Mental Disease, 209 (10), October.

Kurata, S., Nishitani, S., Kawata, N. et al. (2024). Diffusion tensor imaging of white-matter structural features of maltreating mothers and their associations with intergenerational chain of childhood abuse. Scientific Reports, 14 (1), 5671.

Kyriakoulis, P. & Kyrios, M. (2023). Biological and cognitive theories explaining panic disorder: A narrative review. Front Psychiatry: 957515.

Larsen, C., Sandberg, J., Harper, J. & Bean, R. (2011). The effects of childhood abuse on relationship quality: gender differences and clinical implications. Family relations, 60 (40), 435-445.

Leskin, G. & Sheikh, J. (2001). Lifetime trauma history and panic disorder: finding from the national comorbidity survey. Anxiety Disorders, 16: 599-603.

Marshall, R. D., Schneier, F. R., Lin, S. H., Simpson, H. B., Vermes, D., & Liebowitz, M. (2000). Childhood trauma and dissociative symptoms in panic disorder. American Journal of Psychiatry, 157(3), 451-453.

McCutcheon, V., Heath, A., Nelson, C., Bucholz, K., Madden, P. & Martin. N. (2010). Clustering of trauma and associations with single and co-occurring depression and panic attack over twenty years. Twin Research and Human Genetics, 13 (1): 57–65.

Michelson, L., June, K., Vives, A., Testa, S. & Marchione, N. (1998). The role of trauma and dissociation in cognitive-behavioral psychotherapy outcome and maintenance for panic disorder

with agoraphobia. Behavior Research and Therapy, 36: 1011-1050.

Ney, P., Fung, T., & Wickett, A. (1994). The worst combination of child abuse and neglect. Child Abuse and Neglect, 18 (9):705-714.

Ochi, M., Fujiwara, T., Mizuki, R. et al. (2014). Association of socioeconomic status in childhood with major depression and generalized anxiety disorder: results from the World Mental Health Japan survey 2002–2006. BMC Public Health 14, 359.

Oral, R., Ramirez, M., Coohey, C. et al. (2016). Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care. Pediatric Research, 79, 227–233

Raffa, S., White, K., & Barlow, D. (2004). Feared consequences of panic attacks in panic disorder: a qualitative and quantitative analysis. Cogn Behav Ther, 33 (4):199–207.

Safren, S., Gershuny, B., Marzol, P., Otto, M., & Pollack, M. (2002). History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. The Journal of nervous and mental disease, 190 (7), 453-456

Schmitt, B. (1984). Child Abuse and Neglect: Types, Epidemiology, and characteristics. In: Sanger RG, Bross DC; editors. Clinical Management of child abuse and neglect, A Guide for dental professional. Quintessence publishing Co; inc. Chicago. p. 19-24.

Sheikh, J., Swales, P., Kravitz, J., Bail, G. & Taylor, C. (1994). Childhood abuse history in older women with panic disorder. The American journal of geriatric psychiatry, 2 (1), 75-77.

Taylor, S. (2006). Tend and befriend: biobehavioral bases of affiliation under stress. Current Directions in Psychological Science, 15(6), 273-277.

Teicher, M. (2000). Wounds that time won't heal: the neurobiology of child abuse. Cerebrum: The Dana Forum on brain science, 2 (4):50-67.

Tibi, L., van Oppen, P., Aderka, I. (2013). Examining determinants of early and late age at onset in panic disorder: an admixture analysis. J Psychiatr Res, 47:1870–1875.

Tuscic, J. (2013). The consequences of childhood abuse. The Central European Journal of Pediatrics, 9 (1):24-35.

Von Korff, M., Eaton, W., & Keyl, P. (1985). The epidemiology of panic attacks and panic disorder results of three community surveys. Am J Epidemiol, 122 (6):970–981.

Wellman, M. (1993). Child sexual abuse and gender differences: Attitudes and prevalence. Child abuse and neglect, 17 (4), 539-547.

Weniger, G., Lange, C., Sachsse, U., & Irle, E. (2008). Amygdala, and hippocampal volumes and cognition in adult survivors of childhood abuse with dissociative disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica, 118:281–290.

Windmann, S. (1998). Panic disorder from a monistic perspective: integrating neurobiological and psychological approaches. J Anxiety Disord, 12:485 507.

World Health Organization (WHO). (2020). Guidelines on physical activity and sedentary behavior. Geneva: World Health Organization.

Zhang, J., Wiecaszek, P., Sami, S. & Meiser-Stedman, R. (2023). Association between panic disorder and childhood adversities: a systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine 53, 2585–2595.

Zhou, N. & Buehler, C. (2019). Marital hostility and early adolescents' adjustment: the role of cooperative marital conflict. The Journal of Early Adolescence, 39 (1), 5-27.

Zhu, Y., Chen, X., Zhao, H. et al., (2019). Socioeconomic status disparities affect children's anxiety and stress-sensitive cortisol awakening response through parental anxiety. Psychoneuroendocrinology, 103:96-103.

Childhood Abuse Experiences as Predictive Variables for Panic Disorder in Adolescents in Light of Some Demographic Variables

Dr. Hussien Tash Niyazi
Assistant Professor
Department of Psychology - College of Social Sciences
Al Imam Muhammad bin Saud Islamic University

Abstract: The current study aimed to investigate the relationships between childhood abuse experiences and panic disorder, and the differences in both childhood abuse experiences and panic disorder according to some demographic variables, and to examine the predictive ability of childhood abuse experiences with panic disorder. The sample included (225) male and female adolescents between 12 and 20 years of age, the Childhood Abuse Experiences Scale and the Panic Disorder Scale were applied. The results showed that there are positive and significant correlations between experiences of childhood abuse and panic disorder, no significant differences in childhood abuse according to demographic variables (gender, birth order, and level of parents' education), and no significant differences in panic disorder according to demographic variables except for the gender variable which showed that females are more in panic disorder than males. The study also revealed the predictive ability of childhood abuse experiences with panic disorder.
Keywords: child abuse – panic disorder