

محرورمیت‌های دوران کودکی و بیماریهای روانی

دکتر سیروس ایزدی *

بررسی‌های متعددی نشان داده است که آشفتگی‌های «نوروتیک» (هیستری، وسواس و افسردگی و غیره) و اختلال‌های رفتاری کودکان، نوجوانان و حتی افراد بالغ با محرورمیت‌ها و تجربه‌های ناخوشایند دوران کودکی مربوط است.

امکان وجود يك رابطه سببی میان فقدان زودرس والدین و بیماریهای روانی، خودکشی و بزهکاری کودکان، با وجود آنکه پذیرش جهانی نیافته نظریه کاملاً شناخته شده ایست (۱۰ و ۹) ولی آنچه مسلم است بررسی‌های يك جانبیه که بعنوان مثال تنها بر پایه فقدان فیزیکی والدین پی‌ریزی شده باشد بسیار محدود بوده، آنطور که باید و شاید نمودار تجربه‌های هیجانی کودک نخواهد بود.

بنابراین در اینجاسعی شده است که مطالعات و بررسی‌هایی که در زمینه ارزیابی خصوصیات خانوادگی، عوامل اجتماعی و تربیتی و بطور کلی ارتباطات کودک در نخستین سالهای زندگی و اثرات آنها در تعیین اختلال روانی بعدی انجام شده است، تجزیه و تحلیل گردیده و نتایج آنها خلاصه شود.

عوامل اثیولوژیک «نورز» کودکان :

در کلینیک روانپزشکی کودک، روانپزشکان را رسم بر این است که اغلب آشفتگی‌های روانی دوران کودکی را به اشتباهات والدین در پرورش کودک نسبت میدهند و مساعی درمانی خود را در جهت رفع این خطاها و اصلاح محیط تربیتی کودک

* - استادیار گروه آموزشی روانی دانشکده پزشکی دانشگاه تهران .

متمرکز می‌سازند. (۱۴)

هدف بررسی‌هایی که در این زمینه انجام شده یا بعدها صورت خواهد گرفت ارزیابی عواملی است که مقدم یا همزمان با آشفتگی هیجانی کودک بوده و ممکن است در اختلال رشد و نمو روانی و پیدایش علائم «نوروتیک» سهمی داشته باشد. در مطالعه‌ای که بسال ۱۹۶۸ در «هنگ کنگ» انجام گردیده، گروهی از کودکان نوروتیک که از علائمی چون اضطراب، افسردگی، وسواس، هیستری و یا اشکال نامشخص «نوروز» رنج می‌بردند با گروه شاهد مقایسه شده‌اند. در این بررسی عواملی چون ضریب هوشی، سابقه بیماری‌های جسمی طولانی، جدائی کودک از والدین، رفتار مادر، آشفتگی روابط هیجانی میان پدر و مادر و وجود خصوصیات «نوروتیک» در مادر بعنوان عوامل مؤثری تشخیص داده شده است. برعکس جنس کودک، سطح فرهنگی مادر، ساختمان خانواده * و طبقه اجتماعی والدین بی اهمیت گزارش گردیده است. در اینجا سطح هوشی کودکان نوروتیک کمی بیش از گروه شاهد بوده است. ولی بنظر میرسد این کیفیت بیشتر ناشی از نقص گروه شاهد باشد، زیرا اکثر مطالعات قبلی مبین آنست که گرچه مبتلایان به نوروز و وسواسی معمولاً از هوش بیشتری برخوردارند، اما در سایر انواع «نوروز» مخصوصاً هیستری بیمار از هوش کمتری بهره‌مند می‌باشد.

وجود بیماری‌های جسمی طولانی در سنین اولیه زندگی عامل مؤثری شناخته شده است. در این باره اولین و ساده‌ترین توضیح آنست که در بسیاری از موارد علائم آشفتگی هیجانی زودرس بصورت شکایات بدنی شکوفان شده است. توجه دیگر آنکه اختلال‌های بدنی مداوم کودک ممکن است والدین را فوق‌العاده دقیق و اندک‌بین نموده، سبب پیدایش خصوصیات از قبیل محافظت و مراقبت افراطی در آنها گردد. بالاخره ممکن است اینطور تفسیر نمود که مادران کودکان «نوروتیک» در مقایسه با

* - در هنگ کنگ خانواده‌هایی که در آنها کودک با پدر بزرگ، مادر بزرگ و سایر

اقوام خود در یک منزل زندگی میکند فراوان است.

مادران کودکان سالم ظرفیت کمتری دارند و همین عدم ظرفیت مادری است که در شیوع بیماری جسم و «نورز» بعد از طفولیت مؤثر است. توضیح اخیر باینکه بررسی قدیمی که بسال ۱۹۵۴ توسط «اسپنس» انجام شده تأیید گردیده است. نامبرده از یافته‌های خود نتیجه گرفته است که اطفال مادرانی که فاقد ظرفیت مادری هستند در سالهای اولیه زندگی بیش از سایر کودکان به بیماری‌های جسمی مبتلا میشوند (۱۹).

در بررسی‌هایی که تنها رابطه جدائی یک یا هر دو والد در سالهای نخستین زندگی با نوروز دوران کودکی مطالعه شده، این عامل بعنوان عامل قابل ملاحظه‌ای تشخیص داده شده است. (۲۱ و ۵).

اخیراً «برین» دو گروه کودک را که یک دسته باتفاق مادر و دسته دیگر بتنهائی برای عمل جراحی در بیمارستان بستری شده بودند مورد مطالعه قرار داده و نتیجه گرفته است که بهنگام مرخص شدن از بیمارستان در گروه اول که روزهای بیماری را در کنار مادر خویش گذرانیده بودند آشفتگی‌های هیجانی بطور قابل ملاحظه‌ای کمتر بوده است. (۶)

کمال طلبی و محافظت افراطی مادر بعنوان عامل مهمی شناخته شده است. ولی باتوجه به اینکه، در گروه شاهد نیز تنها ۶/۵۵٪ درصد مادران رفتار طبیعی داشته‌اند یکبار دیگر به این حقیقت میرسیم که میان رفتار عادی و غیر عادی حدومرز مشخصی وجود ندارد، مگر آنکه بالاترین و پائین‌ترین نقطه این سراسیمه‌گی که از عادی شروع شده و بغير عادی ختم میشود در نظر گرفته شود. بنابراین باید چنین استنباط نمود که هر چند رفتار و حالات والدین به اشکال گوناگون و متفاوتی تأثیر خود را اعمال می‌کند، ظرفیت و قابلیت تطابق فردی کودک نیز در پیدایش و نوع واکنش روانی غیر عادی او حائز اهمیت است. (۲۱)

عوامل فوق و بسیاری از فاکتورهای دیگر از جمله برخوردهای اهانته‌آمیز مداوم، در رشد شخصیت و درجه ثبات و پایداری کودک در زندگی بعدی مؤثر است. بدین معنی که اثرات زیانبخش تجربه‌های دردناک سالهای نخستین زندگی، کودک را

در قبال حوادث و اتفاقات از هر نوعی که باشد حساس نموده، او را مستعد انواع واقسام واکنش‌های «نوروتیک» خواهد کرد.

رابطه تجربه‌های دوران کودکی و افسردگی:

اخیراً بمنظور ارزیابی اهمیت فقدان والدین، محرومیت‌ها و تجربه‌های زیان‌بخش دوران کودکی در پیدایش اختلال‌های عاطفی دوران بلوغ، ۱۵۲ بیمار افسرده را با ۱۵۲ شاهد که از نظر سن، جنس و سطح اجتماعی با بیماران مطابقت داشتند مورد مطالعه قرار داده و چنین یافته‌اند که افراد گروه شاهد (افرادیکه از میان بیماران طبی جراحی یا بستگان سالم آنها انتخاب شده بودند) اندکی بیش از بیماران افسرده «تجربه» فقدان یکی یا هر دو والد را احساس کرده بودند، اما تجربیات ناخوشایند دوران کودکی در گروه بیماران نسبت به گروه شاهد فزونی قابل توجهی داشته است. (۱)

«بک» بسال ۱۹۶۳ و «مونرو» بسال ۱۹۶۵ بیماران مبتلا به افسردگی شدید، مبتلایان به افسردگی خفیف و گروه شاهد را با یکدیگر مقایسه کرده، نتیجه گرفته‌اند که فقدان والدین در سنین اولیه زندگی در مبتلایان به افسردگی شدید شایع‌تر است (۱۲ و ۱۳). اما این یافته‌ها توسط بررسی‌های بعدی از جمله کارهای «پیتس» تأیید نشده است. (۱۳)

در باره شیوع حوادث «استرس»‌های ناخوشایند دوران طفولیت باید توجه داشت که بیماران افسرده نمیتوانند درباره گذشته خود بی‌غرضانه قضاوت نمایند و بی شک یأس و بدبینی ناشی از افسردگی در اظهار نظر آنها تأثیر خواهد گذاشت. (۱) بنابراین بررسی‌هایی با ارزش است که بر مبنای آزمایش از یکایک بیماران افسرده پس از بهبودی گذاشته شده باشد. بررسی‌هایی که با رعایت کلیه نکات احتیاطی بعمل آمده نشان داده است که در بیماران مبتلا به افسردگی «مخلوط» و افسردگی «نوروتیک» آشفته‌گی ارتباطات خانوادگی در مقایسه با گروه شاهد شیوع بیشتری دارد. بدیهی است بدون توجه به تحلیل چند جانبه عوامل «اتیولوژیک» افسردگی‌ها نمیتوان بین این

عامل و پیدایش افسردگی ارتباط سببی قائل گردید .

باتوجه به نتایج مطالعات فوق مشکل است بین فقدان «فیزیکی» یکی از پدر و مادر و اختلال عاطفی سنین بعدی نوعی رابطه سببی ذکر نمود ، اما آنچه مسلم است ارتباطهای ناخوشایند و ناجور «والد و فرزند» رامیتوان عامل مؤثری دانست . این کیفیت مبین آنست که خرابی ارتباطات کودک در نخستین سالهای زندگی در تعیین شخصیت ، تشکیلات علائم نوروتیک و بالاخره در شکل نهائی بیماری عاطفی موثر است . (۱)

اگر این استدلال درست باشد راه تازه‌ای برای توجیه پاسخهای متفاوتی که افسردگی های «درونزا» و «نوروتیک» به الکتروشک و داروهای ضد افسردگی «تری سیکلیک» میدهند گشوده میشود . (۱۱)

بدین معنی که بجای تقسیم بیماری به دو نوع «درونزا» و «نوروتیک» میتوان علت مقاومت مبتلایان به افسردگی نوروتیک در مقابل درمانهای مذکور را باتوجه به ساختمان شخصیت این بیماران چنین تفسیر نمود که گرچه الکتروشک و داروهای ضد افسردگی سبب کاهش افسردگی میشود ولی تقریباً در بیشتر موارد اضطراب بیمار را افزایش میدهد و این امر سبب تشدید خصوصیات نوروتیک و اشکال درمانی خواهد شد . (۱)

بنابراین در مورد تقسیم بندی افسردگی ها چنین استنباط میشود که هر چند در سطح بالینی، آنها در پاره‌ای موارد میتوان بیماری را به انواع مختلفی تقسیم نمود ولی آنچه مسلم است در اغلب موارد بیماری افسردگی، مخلوطی است غیر قابل تفکیک که در پیدایش آن عوامل درونی و محیطی هر دو سهیم میباشد .

از لحاظ نشانه شناسی نیز تمیز اینکه افسردگی «درونزا» یا واکنشی است اقلاً در بسیاری موارد غیر ممکن است، زیرا چه بسیارند بیماران که افسردگی آنها با آنکه بیشتر جنبه «آندوژن» دارد با پوششی از نشانه‌های نوروتیک پوشیده شده است. چنانکه ملاحظه می شود بجز در مواردیکه افسردگی ناشی از بیماری «مانیک-دپر سیو» می باشد

تقسیم بندی افسردگی‌ها به انواع گوناگون با واقعیت بالینی قابل تطبیق نیست .

رابطه ناراحتی‌های دوران کودکی و اعتیادات :

ارتباط‌هایی بین فقدان والدین در «سنین سازندگی» * و اعتیاد بعدی به الکل و مواد مخدر گزارش گردیده است. (۷)

یافته‌های «هلیگارد» و «نیومن» مبین آنست که الکلیها خیلی بیش از گروه شاهد یکی یا هر دو والد خود را قبل از نوزده سالگی از دست داده‌اند. این تفاوت زمانیکه تنها الکلی‌های جوان را مورد مطالعه قرار دهیم واضح تر است. (۱۰)

راینز (۱۹۶۶) یافته است که افراد «پسیکوپات» که از نظر الکل یا مواد مخدر نیز مشکلاتی دارند اغلب از خانواده‌هایی هستند که والدین نسبت با آنها بی‌علاقه بوده و انضباط مختصری درباره آنها اعمال شده است. (۱۸)

برعکس در بیماران مبتلا به «نورز» رفتارهای ضد اجتماعی و تجربه‌های زیانبخش دوران کودکی کمتر مشاهده گردیده است . سایر مؤلفین از جمله «گری» (۱۹۶۴) و «برت فور» (۱۹۶۷) با توجه به بررسی‌های خود عقیده دارند که مبتلایان به «پسیکونورز» بهنگام نوجوانی کمتر از «کژخویان» از والدین خود جدا شده‌اند. (۹) شواهدی وجود دارد که اختلالات روانی زودرس دارای شدت بیشتری بوده و پیش‌آگهی آنها بدتر است . يك بررسی اخیر حاکی است که نوجوانان الکلی بیش از الکلی‌های مسن در زندگی ابتدائی خود تجربه جدائی از والدین را احساس کرده‌اند . این گروه دارای شخصیت منحرفتری بوده ، در سن کمتری می‌گساری را آغاز کرده‌اند (۱۶)

در میان معتادین به داروها کمترین سن نخستین تماس با دارو باشدت انحراف زندگی اجتماعی و شخصیت بیمار بستگی نزدیکی داشته است. (۱۷و۴)

* - منظور از سنین سازندگی، دورانی از زندگی کودک است که در آن پایه‌های شخصیت بنیان گذاری میشود .

همچنین نتایج درمانی بهنگام ترك اعتیاد باسن شروع اعتیاد رابطه معکوسی دارد. (۲۰)

در يك بررسی جدید که توسط «روز نبرگ» بعمل آمده نوجوانان الکلی، معتاد به دارو و نوروتیک، بمنظور تعیین آنکه آیا بیماران از لحاظ خانواده، زمینه فردی، شخصیت قبل از بیماری، مدرسه، تطابق شغلی و پاسخ به قسمتهای روانی باهم اختلافی دارند یا خیر باهم مقایسه شدند. این مطالعه مقایسه‌ای مبین آنست که در پیدایش الکلیسم یا اعتیاد به مواد مخدر در نوجوانان نوعی ارتباط میان عواملی از قبیل ازهم پاشیدگی خانواده (مرگ، جدائی، طلاق و غیره...) بی‌علاقگی والدین، سابقه رفتارهای ضد اجتماعی در دوران کودکی و اختلال شخصیت در کار است. (۱۴)

انتخاب الكل با عواملی مانند وجود بالغین الکلی در خانواده، تفوق جنبه‌های رجولیت و بالا بودن سطح اضطراب و خصوصیات نوروتیک شخصیت بستگی دارد. انتخاب داروهای مخدر با خصوصیات چوناحراف جنسی، تحت فشار گذاشتن خود از نظر فکری، علاقه و پی‌گیری در کارهای هنری، تمایل به شاخص بودن در گروه همراه با درجه کمتری از اضطراب و خصوصیات نوروتیک ارتباط دارد. (۱۴ و ۱۶ و ۱۷)

در این بررسی وجود اختلال روانی والدین، ناهماهنگی پدر و مادر (بدون جدائی آشکار) خشونت و خصوصیات از قبیل سردی عاطفی و درون‌گرایی والدین در پیدایش اختلالهای «پسیکونوروتیک» دوران کودکی مؤثر شناخته شده است.

خلاصه

بررسی‌های متعددی نشان داده است که پیدایش آشفتگی‌های روانی با عوامل اجتماعی و تربیتی از قبیل روابط والدین و فرزند، محیط خانواده و شخصیت قبلی بیمار بستگی دارد.

در پیدایش «نوروز» دوران کودکی هوش کودک، سابقه بیماری جسمی طولانی، جدائی والدین از کودک، رفتار مادر، آشفتگی روابط هیجانی میان پدر و مادر و بالاخره وجود خصوصیات نوروتیک در مادر قابل توجه بوده است.

درباره رابطه بین تجربیات و ناراحتی‌های دوران کودکی و بیماری افسردگی، ضمن آنکه فقدان فیزیکی پدر و مادر عامل مؤثری شناخته نشده، روابط ناخوشایند موجود بین والدین و کودک در تعیین شخصیت، تشکیل علائم و در نتیجه در شکل نهایی اختلال عاطفی مؤثر تشخیص داده شده است.

بررسی‌هایی که در زمینه الکلیسم و اعتیادهای دارویی انجام شده است مبین آنست که نوعی تداخل و هماهنگی بین عواملی مانند ازهم‌پاشیدگی خانواده (مرگ، جدائی، طلاق و غیره...)، والدین بی‌علاقه و تنبیه‌کننده، سابقه رفتار ضد اجتماعی بهنگام طفولیت و اختلال شخصیت در کار است.

Summary

By a number of studies, it has been suggested that socialcultural factors such as child-parental relationships, family campus and personal backgrounds are important in the development of psychiatric syndroms.

Aetiological factors in childhood neurorisis:

Intelligence of children, prolonged bodily illness in infancy, separation of parents from the child in early life, maternal attitude, poor emotional relationship between parents and high neuroticism in the mothers were all found to be significant.

Childhood experience and depression:

It has been concluded that physical loss of a parent does not necessarily contribute to the later development of affective disorder but that unsatisfactory child-parent relationships may be important determinants of personality and neurotic symptom formation; and that this factor is of significance in determining the ultimate form of affective illness.

Determinants of alcoholism and drug addiction in young people.

Résumé

Les différentes études prouvent que les troubles mentaux peuvent être produits par l'intervention de nuisibles facteurs familiaux, sociaux ou éducatifs.

L'intelligence de l'enfant, les maladies physiques à longue durée, l'éloignement de l'enfant de ses parents, l'attitude de la mère, les troubles des relations entre les parents et enfin l'existence de traces de nevrose chez la mère sont les causes effectives de l'apparition de nevrose infantile.

Au point de vue des relations existant entre les expériences infantiles et la dépression; on peut dire que l'absence de l'un ou de l'autre parents n'est pas aussi importante que les mauvais rapports entre les parents et l'enfant qui sont un facteur effectif sur la formation de sa personnalité, l'apparition de signes nevrotiques et la forme finale des troubles affectifs.

Les études accomplies sur l'alcoolisme et l'addiction montrent qu'il y a une association entre la disruption familiale, (mort, separation, divorce et etc..), les parents désintéressés et punitifs, et les comportements déséquilibrés en période d'enfance et les troubles de personnalité.

Bibliography

- 1 - Abrahams, M.J. and F.A. Whitoch Brit. J. Psychiat., **525**, 883-94, 1969.
- 2 - Amark, C., Acta Psychiat, Scand. Suppl., **70**., 1957.
- 3 - Beck, A.T., Sethi, B.B., and tuthill, R W. Arch. gen. Psychiat., **9**, 295-302, 1963.
- 4 - Bender, L. Comp. Psychiatry, **4**: 181-94, 1963
- 5- Bawlby. J. monograph series 2, Geneva, 1952

- 6 - Brain, D.J. and Inga Maglay, Brit. Med. J., **10**: 278 - 780, 1968.
- 7 - Bratfos, O., Acta Psychiat. Scand; **43**, 453-61, 1967.
- 8 - Brown F. and Epps P. Brit. J. Psychiat **112**: 1043-1048, 1966.
- 9 - Greer, S. (1964) Brit. J. Psychiat **110**: 698-705, 1964.
- 10 - Hilgard, J.R., and Newman, N.F., **137**: 14-28, 1963.
- 11- Mendels J., Brit. J. of Psychiat. **III**: 675-81, 1956.
- 12- Munro, A. Brit. J. Psychiat, **112**: 443-48, 1965.
- 13- Pitts, F.N., Meyer, J. Brooks, N., and Wiokur, G., Amer. Psychiat, **121**, 12, Supp. I-X., 1965.
- 14- Rosenberg, C.M. Brit. J. Psychiat, **525**: 907-914, 1969.
- 15 - Rosenberg, C.M. Med. J. Aust. June, **15**: 1031-1033, 1968
- 16- Rosenberg, C.M. Brit. J. Psychiat., **115**: 181-188, 1969.
- 17- Rosenberg, C.M. J. Nev. ment. Dis. **148**: 65-73, 1969.
- 18- Robins, L. N., Deviant children Grown up., 1966, the Williams & Wilkins company, Baltimore, 312.
- 19 - Spence, J. C., Walton, W.S., Miller, F. W., and Court, A thousand families in New Castle upon tyme, 1954, S.B. Saunders, Londen, 560.
- 20 - Vaillant, C. E. Am. J. Psychiat, **123**: 573-84, 1968.
- 21 - W.H. LO. Brit. J. Psychiat, **525**: 889-894, 1969.