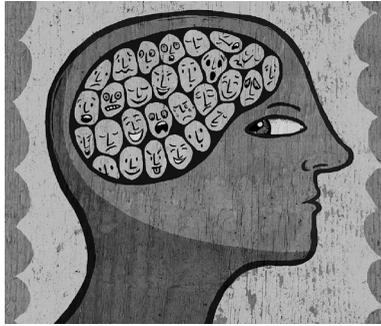


الفصل الرابع

الفصام



الفصام، أو "الشيزوفرينيا" (السكيزوفرينيا) Schizophrenia، مرض عقلي يتميّز باضطراب في التفكير، والوجدان، والسلوك وأحياناً الإدراك، ويؤدي إذا لم يُعالج في بادئ الأمر إلى التدهور في المستوي السلوكي والاجتماعي، كما يفقد الفرد شخصيته؛ وبالتالي يصبح في معزل عن العالم الحقيقي.

وهو مرض عالمي يُصيب الإنسان بصرف النظر عن مستوي نموه الاقتصادي، وعلي اختلاف عقائده الاجتماعية والسياسية.

وكثيراً ما أطلقوا عليه عبارة "ضياع العقل المبكر الدائم"؛ لأنه غالباً ما يبدأ في سنّ الشباب، وتطول ملازمته لصاحبه حتى تصبح واحدة من صفاته.

والفصام هو السبب في وجود المؤسسة الرهيبة: "مستشفى الأمراض العقلية"، التي صُممت في الأصل كملجأ دائم، وما زالت بؤرة الاهتمام الرئيسية في مشروعات الصحة النفسية في العالم.

والملاحظ أنّ هذا المرض الغريب يُحوّل حياة ١٪ من سكان العالم إلى "تراجيديا" هائلة، عناصرها: الألم النفسي، والضياع الفكري، والدمار الاقتصادي. وقد حفل الأدب العالمي بنماذج لأناس أُصيبوا باختلال في السلوك، لعلّ أبرزهم "أوفيليا هاملت" فهي نموذج للفصام، كما صورها الأديب والشاعر الإنجليزي الكبير "وليم شكسبير" William Shakespeare، حيث كانت تُعاني مرض الفصام؛ فتبدو هادئة، وعاقلة، وطبيعية أحياناً، ثمّ تبدو مضطربة الأعصاب إلى حدّ الجنون، وإنكار الواقع والحياة في إطار الخيال الكامل.

مدي انتشار الفصام:

يُصيب الفصام حوالي ٨٥ . - ٣٪ من المجموع العام للشعب، أي أنّه إذا كان تعداد سكان مصر ٦١ مليوناً فإنّ عدد الفصاميين يتراوح بين ٥٠٠ ألف إلى ٦٠٠ ألف مريض وهي نسبة خطيرة خاصة إذا أخذنا في الاعتبار أنّ هذا المرض يُصيب الفرد في سنّ

الشباب والنضوج، أي فترة العمل والدراسة والازدهار الفكري، ممّا يجعل الفصام ليس بظاهرة مَرَضِيَّة فقط، بل ظاهرة تُؤثّر علي الناحية الاقتصادية والاجتماعية، حيث أنّه يُؤثّر علي ساعات العمل، وارتباط العائلة، فضلاً عن تفكُّك الأسرة، ويؤدي إلي الانطواء، وأحياناً إلي سلوك إجرامي مُضاد للمجتمع.

أمّا عن معدلات حدوث الفصام في الطفولة، فإنَّ نسبته في الغالب منخفضة، وتُشير بعض الإحصائيات التي تعتمد علي الدراسة الاسترجاعية لتاريخ الفصامين الراشدين، إلي أن بدء المرض في الطفولة بين هؤلاء المرضى يحدث بنسبة تتراوح ما بين ٣٪ و ٤٪. إلاّ أنّ هذه التقديرات غير موثوق بها تماماً.

هذا في حين أنّه في دراسةٍ تتبعيه للأطفال الفصامين في مستشفى أمريكية تدعي "بلفيو"، تبيّن أن حوالي (٣٢) ثلثي هذه الحالات قد تم تشخيصها في مرحلة المراهقة المتأخرة، أو الرشد باعتبارها حالات فصام، إلاّ أنّ هناك تساؤلات كثيرة عمّا إذا كان التشخيص الذي تم في أوّل الأمر لهذه الحالات، كان له تأثيره علي الأكلينكيين عند وضعهم للتشخيص التالي.

ويمثل مرض الفصام حوالي ٦٠ - ٧٠٪ من المرضى نزليي مستشفيات الأمراض العقلية. وقد وجد الدكتور أحمد عكاشة^(٣٢) في أحد أبحاثه أنّ نسبة الفصام بين مرضي عيادات الطب النفسي بمستشفيات جامعة عين شمس حوالي ١٥، ٣٪ من كُُلّ الحالات، وبالطبع تختلف هذه النسبة عن إحصائيات المستشفيات العقلية نظراً لأنّ الأخيرة تستقبل حالات منتقاة من الذهان، أمّا العيادات الخارجية فتمثل تقريباً النسبة بين مرضي العصاب والذهان. وقد وجد الدكتور "بعشر" وزملاؤه في السودان أنّ النسبة لديهم حوالي ١٢، ٢٪ من مجموع المترددين علي العيادات الخارجية، وهي نسبة قريبة من أرقامنا في مصر.

وكان البعض يعتقد أنّ الفصام لا يظهر في المجتمعات النامية، وأنّه يتعرّع مع الحضارة، ولكن ثبت خطأ هذا الظن؛ لأنّ الدراسات أشارت إلي وجوده بنفس النسبة

الموجودة في الأماكن المتحضرة، ولكن تختلف مظاهر المرض حسب الحالة الثقافية، والحضارية، والاجتماعية، فمثلاً، تصل نسبة مرض الفصام في السويد إلى حوالي ٣٪ من مجموع الشعب، وهي من أعلى النسب العالمية.

وفي الولايات المتحدة الأمريكية يُشير الباحثون إلى أن ٣٪ من أفراد الشعب الأمريكي هم فعلاً مُصابون بمرض الفصام، ولكن الكثير من هؤلاء لا تكون أعراض إصابتهم من الشدة بحيث تضطرهم إلى اللجوء إلى العلاج، وقد يُشفي بعضهم من المرض دون علاج.

ومن الأعراض المعروفة للمرض اضطراب في التفكير، وفي قوة الملاحظة، يرافقهما سماع أصوات غريبة في بعض الأحيان، واشتغال الفكر بأمر خيالية وغير منطقية، وهذه الأعراض يشكو منها أكثر من مليوني أمريكي. ويُقدّر الخبراء الأمريكيون - كما ورد في إحصاء المعهد القومي الأمريكي للصحة العقلية - الخسائر التي يتكبدها الاقتصاد الأمريكي بمبلغ يفوق الـ ٢٠ بليون دولار سنوياً في كل عام نتيجة قلة إنتاج المُصابين في الدرجة الأولى، ثم نفقات علاجهم في الدرجة الثانية.

حقائق مهمة عن مرض الفصام:

- تبين من الإحصائيات أن الفصام ينتشر بين الرجال والنساء بنسبة واحدة؛ فقد توقع بعض الباحثين أن يكون الفصام أكثر انتشاراً بين الرجال نظراً لزيادة تعرضهم لمشاكل الحياة، وأعباء العمل، ولكن هذا لا يمنع أن يزيد نسبة الفصام بين الرجال قبل سن الثلاثين، وبين النساء بعد هذه السن. وقد تبين أن الإصابة بالفصام والبدء في العلاج تبدأ مبكراً في الرجال عنها في النساء.
- الفصام - عادةً - يُصيب الصغار والشباب ما بين سن ١٦-٢٥ سنة.
- الفصام هو مرض من أكثر الأمراض إعاقة للشباب.
- من الممكن ظهور مرض الفصام في سن النضوج، ولكن البداية تكون أقل بعد سن الثلاثين، ونادراً بعد سن الأربعين.

- تبيّن من الدراسات المختلفة أنّ مرض الفصام ينتشر في الأماكن المكتظة بالسكان حيث الفقر، والجريمة، والتعطل (البطالة)، والانحرافات الاجتماعية الأخرى.
- ٤٠٪ من حالات الفصام تظهر في الطبقات الاجتماعية ذات المستوى الأدنى كالعمال غير المهرة، أو غير الفنيين.
- مرض الفصام ينتشر بنسبة أكبر في غير المتزوجين عنه في المتزوجين، والبعض يعزو ذلك إلى أنّ هؤلاء المهنيين وراثياً لهذا المرض كثيراً ما يميلون إلى الانسحاب من المجتمع، والعزلة، والانطواء ممّا يجعل النسبة تبدو أكثر ظهوراً بينهم.
- يزدهر الفصام في فصل الربيع وأوائل فصل الصيف؛ وذلك كمعظم الأمراض الذهانية الحادة التي تنتشر في هذه الفصول، ومن الصعب تحديد الأسباب الرئيسية؛ لذلك يُحتمل وجود تغييرات بيولوجية، وفسولوجية أثناء تغيير الجو؛ ممّا يجعل الفرد المهياً للمرض عرضة للانتكاسات.
- ينتشر مرض الفصام بين مواليد فصل الشتاء، ويظهر في أصغر أبناء العائلات متعدّدة الأفراد.

الفصام .. ومعاونة أسرة المريض؛

المعروف أنّ مرض الفصام يُمثّل تحدياً خطيراً للطب النفسي، حيث يُقابل الأطباء في كلّ يوم مرضي يُعانون من هذا الاضطراب المؤلم الذي يُسيطر على السلوك الإنساني، ويحيل الحياة إلى جحيم لا يُطاق. وعلي الرُغم من تحسُّن أوضاع مرض الفصام في القرنين الأخيرين بشكل ملحوظ، إلا أنّ هذا المرض يحتاج إلى ما هو أكثر وأفضل خاصّة بعد انتقال المرض من القيود الحديدية إلى القيود الكيميائية، في الوقت الذي نطمح فيه إلى تحرير المرضى من أي قيد يعوق ممارستهم للحياة بصورة طبيعية.

وعموماً، فقد انتقلت اتجاهات الطب بكُلِّ ما يملك من إمكانيات إلى الأخذ بيد المريض من مرحلة التشاؤم الشديد، إلى مرحلة التفاؤل المُفعم بالأمل. وما زلنا نطمح في أملٍ حقيقي يُعيد للمريض شخصيته السَّوية البعيدة عن القيود والمحاذير.

ونحن نعتبر أن مرض الفصام من أخطر الأمراض التي تُصيب الإنسان، وتُسبب له العديد من المشكلات التي تُبعده عن أهله وأصدقائه، وتدفعه إلى العزلة، والانطواء على ذاته ليسبح في أحلامٍ خياليةٍ لا تمت إلى الواقع بصلةٍ.

وليس فقط المريض الذين يُعانون، ولكن أُسرهم وأصدقائهم أيضاً، حيث يُعاني ١٠-١٣٪ من أُسر مرضي الفصام من مشكلات واضطرابات وجدانية، ومعاونة اقتصادية ومادية بسبب أن أبناءهم لا يستطيعون الاعتماد على الذات، وتحمل أعباء حياتهم، ويظلون معتمدين على أُسرهم لمدد طويلةٍ، أو مدي الحياة.

وكذلك يتأثر المجتمع اقتصادياً واجتماعياً على المدى الواسع. ويكوّن مرض الفصام ١٠٪ من نسبة المُعاقين في المجتمع، و(3%) ثلث عدد المشردين الذين هم بلا مأوى.

أعراض الفصام في الطفولة:

تتباين الآراء حول السن الذي يبدأ فيه ظهور فصام الطفولة، ففي حين يُقرّر بعض العلماء أن فصام الطفولة هو صيغة إكلينيكية تحدث خلال مرحلة الطفولة قبل سنّ الحادية عشر، نجد أن عالم مثل "ماير جروس" يُقرّر بأن كثيراً من أطباء النفس لم يُشاهدوا حالة فصام في طفلٍ يقلُّ عُمره عن أحد عشر عاماً.

ثمّ نجد باحثين آخرين يُقررون بأنّه من بين صور ذهان الطفولة نجد أن هناك عدد من الحالات تكون المظاهر الإكلينيكية لها متفقة مع المعايير المستخدمة في تشخيص الفصام الذي يحدث لدى الراشدين، وأنّ هذه الاستجابات الفصامية لا تحدث في الأغلب قبل سنّ ثماني سنوات، وبتزايد حدوثها كلّما اقترب الطفل من مرحلة المراهقة.

كيف يحدث فصام الطفولة ؟

يحدث فصام الطفولة بشكلٍ خفيٍ تدريجيٍّ Insidious، وأيضاً بشكلٍ حادٍ، كما يمكن أن يحدث بشكلٍ نوبيٍّ. وقد تظهر الأعراض التخشبية فجأةً بعد تغيُّر بطئٍ في الشخصية يكون قد استمر لعدة شهور.

ومن جهةٍ أُخري فإن الطبيعة المتطورة للمرض لا تكشف عن نفسها في الظواهر النكوصية فقط مثل: التبول اللاإرادي، واللعب بالبراز، والانفجارات الانفعالية.. وغير ذلك من صور اضطراب السلوك الطفلي، وإنما تكشف طبيعة المرض عن نفسها أيضاً في صورة عدم تكافل للفكر والكلام، وعدم تناسب الانفعالات، والتبُّد الانفعالي، وكذلك تبُّد سائر الاستجابات الأخرى.

طبيعة فصام الطفولة:

وصف "كانر" Kanner العام ١٩٤٣ حالات الانفصام الطفلي المبكر باعتبارها نوعاً من عدم سواء النمو في السنة الأولى من العُمُر. والعَرَض الأساس هنا هو فقدان الرغبة في الاتصال البشري، مع مظاهر أُخري من اضطراب النمو مثل: تأخُّر الكلام، والصمت، وترديد ما يُسمع من كلمات مصحوبة بنضج مبكر في مجالات أُخري مثل: الذاكرة.

ومن أبرز مظاهر الانفصام الطفولي المبكر، هو النقص في السلوك الخاص بالاتصال السوي بالآخرين؛ فبالرغم من مستوي ذكاء الطفل العادي، إلا أنه لا يتعلَّم أن يتكلم حتى سن الخامسة أو السادسة، ولا يُشارك غيره من الأطفال لعبهم بشكلٍ سويٍّ، وغالباً ما لا يستجيب لمداعبات الأم، أو غير ذلك من صور العطف والتدليل.

ولا يمكنه أن يُميِّز بوضوح بين الجماد وغير الجماد (أي بين الموضوعات الحيَّة وغير الحيَّة)؛ وبالتالي يفقد الاهتمام الذي يُبديه الطفل العادي نحو الحيوانات الأليفة، والطيور. وغالباً ما يكون سلوكه نمطياً تكرارياً.

وقد يحدث نوعاً من الخلط ما بين "التوحد" Autism المُصاحب لفصام الطفولة، وبين ما وصفه "كانر" بـ "الانفصام الطفلي المبكر"، ففي الحالة الأخيرة . أي الانفصام الطفلي المبكر. نجد أنّ الطفل لا ينسحب من مشاركات وعلاقات كانت قائمة سابقاً مع الآخرين كما هو الحال في اضطراب "الأوتيزم"، وإنما نجد أنّ الطفل في حالة الانفصام الطفلي المبكر يكشف منذ البداية عن حالة متطرفة من الانعزال الانفصامي.

وفي بادئ الأمر، يكون آباء هذا الطفل راضين وسعداء بهذا الهدوء، وبقدرته علي أن يشغل نفسه لفتراتٍ طويلةٍ دون حاجةٍ إلي انتباه أحد، إلاّ أنّه سرعان ما يُحبطهم استمرار هذا الانعزال، وعدم اكتراث الطفل لمحيّتهم، أو تركهم له.

ويري "ماير جروس" أنّ كثيراً من الباحثين يعتقدون بأن عدداً من هذه الحالات يعود إلي أصولٍ مرّضية عضوية ولا تمت بصلةٍ إلي فصام الرشد. كما أنّ هناك مجموعةٍ أُخري ممّن يُطلق عليهم فصاميون، إنما يمثلون استجابات هستيرية حادة لفقدان، أو صدمة ذات طبيعة انفعاليّة، أو لحرمان من السند الوجداني. وهي حالات يمكن أن تحدث بين أطفال يتصفون بالانطواء والانعزال، وتكون خصائص شخصيتهم من النمط الذي يُعطي الصورة الإكلينيكية صبغتها الفصامية، الأمر الذي يُعقد العملية التشخيصية.

ومن جهةٍ أُخري فإنّ العلاقة ما بين فصام الراشدين، وما يُطلق عليه فصام الطفولة، يُعقدها وجود مظاهر سلوكية من خصائص الأطفال الأسوياء، إلاّ أنّها تُعتبر مماثلة للأعراض الفصامية مثل: الانسحاب من الواقع، وأحلام اليقظة، والانشغال بالقصص الخرافية، والإتيان بحركاتٍ نمطيةٍ تكراريةٍ، والسلبية. وكلّ هذه الصور السلوكية هي في الواقع مظاهر عابرة للنمو، لكنها تبدو كأعراض لاضطراب عقلي، ومن ثمّ يقوم الاحتمال بأن تكون حالة فصام.

ويضع الدكتور "محمود جمال أبو العزائم" مجموعة من العلامات التحذيرية المبكرة الدالة علي وجود حالة من الفصام الطفولي، هي:

- اضطراب في فصل الأحلام عن الواقع.
- رؤية أشياء، أو سماع أصوات غير موجودة في الواقع.
- اضطراب الفكر.
- أفكار غريبة ومتقلبة.
- غرابة السلوك.
- أفكار بأنَّ النَّاسَ تجري وراءهم.
- القلق والخوف المفرط.
- خلط الأحداث التلفزيونية بالأحداث الواقعية.
- مشكلات حادة في عمل صداقات والاحتفاظ بها.

وسلوك الذين يعانون من الفصام قد يتغيَّر بشكلٍ بطيئٍ مع الوقت، فعلى سبيل المثال: الأطفال الذين اعتادوا على الاستمتاع بعلاقاتهم مع الآخرين قد يصبحون أكثر خجلاً، أو انسحاباً ويبدو أنَّهم يميلون إلى العيش في عالمهم الخاص بهم. وفي بعض الأحيان يبدأ الأطفال الكبار في التحدُّث عن أفكار أو مخاوف غريبة. وقد يبدأون في التشبُّث بوالديهم، أو يقولون أشياء لا معنى لها.

صور فصام الطفولة:

تختلف صور فصام الطفولة من حيث الأعراض إلى حدٍ ما عن الصور الأخرى من الفصام الذي يظهر في غير مرحلة الطفولة. ووفقاً لرأي "بندر" فإنَّ فصام الطفولة يكشف عن طبيعة مرَّضية عند كلِّ مستوي، وفي كلِّ مجال من مجالات التكامل في الجهاز العصبي المركزي، سواء أكان ذلك متعلِّقاً بالجوانب الحركية، أو الإدراكية، أو العقلية، أو الانفعالية، أو الاجتماعية، وتقترح "بندر" ثلاثة أنماط إكلينيكية، هي:

١ - النمط المتخلف الكاذب، أو النمط الانفصامي النكوصي.

٢ - النمط العصابي الكاذب، أو النمط الوسواسي القهري، المتصف بالمخاوف المرضية.

٣ - النمط السكوباتي الكاذب، أو الهذائي، أو العدواني المضاد للمجتمع.

ويمكن القول بوجود ثمانية خصائص سلوكية واضحة لدى الطفل الفصامي، أو ذو الشخصية الفصامية، والتي تؤدي إلى نوعٍ من التمايز عن حالات الاضطرابات السلوكية الشديدة، ومن هذه الأعراض:

● الانعزال.

● سهولة الاستثارة عند حدوث نوع من الاختراق لهذا الانعزال.

● أحلام اليقظة.

● تناقص الاهتمامات.

● نكوص في الاهتمامات.

● حساسية للتعليق والنقد.

● تناقص النشاط البدني.

وهذه الأعراض في الأغلب ذات طبيعة سلبية، وهي جوانب لحالة من تبلد الوجدان، وخمول الإرادة، التي تبدو في المراحل الأولى من الفصام. وإن كان من الممكن أيضاً أن نجد مظاهر تخشبيه ومظاهر من اضطراب الفكر. إلا أن "برادلي" لم يُشر إلى ما يمكن اعتباره من أهم خصائص فصام الطفولة، وهو عدم الاستجابة للبيئة وللمؤثرات التربوية والعلاجية.

وقد يحدث التدهور سريعاً في بعض الحالات، إذ سرعان ما تظهر صور من الاستجابات النمطية، مثلما يحدث لدى المرضى الراشدين المزمنين، وقد تكون هناك فترات من الأعراض الحادة المزدهرة الواضحة، متبوعة بمرحلة من التحسن النسبي، كما

هو الحال بالنسبة للمرضي الراشدين، ولكن في معظم الأحوال يتجه المريض نحو التدهور السريع، حيث يتدخل المرض بكل جانب من جوانب النمو.

تشخيص حالات الفصام في الطفولة:

فيما يتعلّق بالعملية التشخيصية فإنّه يمكن القول بأن المعايير المستخدمة في تشخيص فصام الطفولة غير مُحدّدة تماماً بعد. فمما لاشك فيه أنّ هناك صور إكلينيكية متباينة، وعلي هذا نجد أنّ بعض الفصاميين من الأطفال يتصفون بالنكوص، والتخلّف، والكف، والصمت، والانفصام، وهم غير اجتماعيين، لا يرتبطون بأحد، وينتمون إلي النمط البدني الناحل، في حين أنّ الآخرين يتصفون بقدرات عقليةٍ مُبالغ فيها، وناضجون لُغويّاً قبل الأوان، وذو نشاط زائد، وينمون بمعدل أسرع من المعدلات العادية.

وتري "بندر" أنّ أي اضطراب عصابي شديد يحدث لطفل قبل البلوغ، سواء أكان ذلك في صورة وسواس قهري، أو قلق شديد، أو استجابات هستيرية، إنما يكون ذلك تعبير عن اضطراب شديد ذو طبيعة فصامية في الأغلب.

وكلّما كان الطفل كبيراً في السن، كلّما اقتربت الصورة الإكلينيكية من تلك التي تحدث لدي الراشد، وفي مثل هذه الحالة، فإنّه لن يكون هناك انسحاب فقط وفقدان للاتصال بالآخرين، وتبلّد وجداني، وإنما تكون هناك أيضاً هلاوس وهذات، علي أنّ هذه الهلاوس والهذات لا تحدث عادةً دون سنّ ثمانية سنوات.

وبالنسبة للطفل كبير السن، فإن بدء المرض قد يكون تدريجياً مُخادعاً، أو حاداً، إلّا أنّ النمط الأوّل من بدء المرض هو الأكثر شيوعاً. وأحياناً ما يكون من الصعب تحديد بدء المرض، وإن كان من الممكن أن يتذكّر الآباء ملاحظتهم لنواحي غرابة السلوك لدي الطفل، إذ يتصف بنقص عام في الاهتمامات باللّعب والنشاطات المختلفة، وكذلك تناقص تدريجي في الاتصال الفعّال بالآخرين، مصحوباً بمظاهر عدوانية. كما كشف بعض الأطفال عن ميلٍ لمداومة الاهتمام - بشكلٍ وسواسي - بموضوعاتٍ لا تكون عادةً من اهتمامات الطفل.

ومن جهةٍ أُخري، فإنَّ الأطفال الذين يبدأ المرض لديهم بشكلٍ حادٍ؛ فإنَّهم لا يبدوون في السَّابق - غالباً - غير أسوياء، إلاَّ أنَّه قبل ظهور الأعراض الحادة بوقت قصيرٍ، يحدث قصور في القدرة علي التركيز مع هبوط في نوعية العمل المدرسي، ثمَّ يبدأ الطفل بعد ذلك في أن يُتمتم لنفسه، ويضطرب نومه، ويتخذ أوضاعاً بدنية غريبة، ويكشف عن تناقص في الاستجابة الوجدانية، ويصبح غير مستقر، وربما يصرخ ويرفض.

وعادةً ما يطرأ تحسُّن في حالة الطفل بعد عدة أسابيع، ولكن ذلك يُصاحبه تناقص في التعبير الانفعالي والذهني، ومن المُعتاد حدوث نوبات حادة تالية، وكل نوبة منها يتبعها تزايد في عدم تكامل الشخصية.

ومن جهةٍ أُخري، يمكن القول بأنَّ المشكلات النفسية التي حاول الطفل مواجهتها من خلال الاستجابة الفصامية هي تلك المُصاحبة لمرحلة الطفولة، والتي تختلف عن مشكلات المراهق والراشد بالطبع، وهي أيضاً تتناسب مع مرحلة النمو التي يحدث خلالها الاضطراب الفصامي.

بعبارةٍ أُخري، فإنَّ صياغة الأعراض إنمَّا تتحدَّد من خلال الأسلوب الذي يتناول به الطفل القلق. وتري "بندر" أنَّ المشكلة الرئيسيَّة، وخاصَّة بالنسبة للطفل الصَّغير هي في هويته الذاتية. أمَّا بالنسبة للأطفال الأكبر سنًّا، فقد تكون هناك مشكلة العلاقة مع الآباء وبخاصَّة الأمَّ والإخوة والأخوات، أو مشكلات جنسيَّة طفلية.

أهم عوامل الإصابة بمرض الفصام:

أولاً: العوامل الوراثية:

لا يمكن إغفال أهمية العامل الوراثي في نشأة مرض الفصام، ولكنَّه لا يلعب الدور الرئيسي. ولمعرفة مدي أهمية هذا العامل علينا بدراسة نسبة المرض بين التوائم المتشابهة (المتطابقة)؛ نظراً لأنَّ هذه التوائم تتساوي في جميع صفاتها؛ لأنَّها أصلاً من بويضة واحدة، ومن حيوان منوي واحد. وتختلف التوائم غير المتشابهة (المتآخية) والتي تنتج من تلقيح بويضتين بحيوانين منويين، عن تلك التوائم المتشابهة. وقد اختلف

الباحثون في نسبة الفصام بين هذه التوائم، ولكننا نستطيع الخروج من هذا كله بالنتيجة التالية: نسبة الإصابة بمرض الفصام في التوائم المتشابهة تتراوح من ٣٠ - ٤٦٪، وللتوائم المتآخية ١٤٪، أي أن نسبة الإصابة بين التوائم المتشابهة تزيد (٤) أربع مرّات عنها في التوائم المتآخية.

وهناك مجموعة من الباحثين، ينتمون إلى خمسة عشر مركزاً للأبحاث، تنتشر في كلّ أنحاء العالم، أجرت أبحاثها علي (٣٠٠٠) طفل، ويشمل هذا العدد (١٢٠٠) طفل لوالدين مصابين بمرض الفصام، ظهرت علي ٣٥ - ٤٠٪ منهم العوارض الإكلينيكية لمرض الفصام، وهو عدد يفوق ما كان العلماء يتوقعونه؛ فالطفل الذي يولد لأبوين مصابين بالفصام، يكون احتمال إصابته بنفس المرض قوياً بنسبة ٣ - ٦ مرّات عن الطفل العادي الذي يولد لأبوين سليمين من الفصام.

ويرفع بعض الخبراء هذه النسبة إلى أربعة عشر ضعفاً، ويذهب بعضهم إلى القول أنّ الطفل الذي يكون والداه مصابين بالفصام يصل احتمال إصابته بالمرض إلى (٣٥) ضعفاً، بالمقارنة مع الطفل الذي يولد لأبوين سليمين.

ومع ذلك فقد أثبتت البحوث والتجارب أنّ معظم أطفال الوالدين المصابين بالفصام قد لا يُصابون بالمرض، وقد كانت هذه الحقيقة أكبر تحدٍ لنظرية وراثية المرض التي كان الباحثون يسيروا عليها.

ثمّ اتخذ الباحثون طريقاً جديداً لهم، فقد بدؤوا يقارنون بين طفل وُلد لأبوين مصابين بالفصام، وطفل آخر وُلد لأبوين لديهم اضطرابات وأمراض نفسيةً أخرى غير الفصام، وهم يأملون أن يتمكنوا من عزل الصفات التي يمكن أن يورثها الوالدان المصابان بأمراضٍ عقليةٍ لأولادهما، ومقارنة صفات الطفل الأوّل بصفات الطفل الثاني، وتصنيف المشترك منها والمتباين، ثمّ مقارنة هذه وتلك بصفات الطفل الذي وُلد لأبوين سليمين، وليس في سجلهما الطبي أيّة إشارة لإصابتهما بأي مرض نفسي أو عقلي. وبالفعل ظهرت أعراض الفصام علي ما يقرب من (٤٠) طفلاً، وهو رقم يفوق ثلاثة أضعاف ما كان يتوقعه الباحثون.

ويقول الدكتور "نورمان وات" أستاذ علم النفس بجامعة "دينفر"، والذي له عدة أبحاث تولت طباعتها جامعة كمبردج: « إنَّ بعض النتائج التي توصل إليها الباحثون تُشكِّل أدلة قوية سيكون لها شأن مهم في تحديد الفروق الرئيسة بين الأطفال الذين أصيبوا بالمرض، والأطفال الذين لم يُصابوا به .»

وقد أورد الفروق الرئيسة التالية بين الفئتين:

■ الذين أصيبوا بالفصام كانت إصابات أمهاتهم بالمرض مزمنة وشديدة، وهؤلاء كانت بداية إصابتهم مبكرة، واستمرت مدة طويلة، وكانت بوادر الإصابة ظاهرة عليهم، كما أن أمهاتهم كن في غاية التخلُّف من الناحيتين: الاجتماعية والشخصية.

■ الأطفال الذين أصيبوا بالفصام ولِّدوا بعد مخاض متعسر، وغالباً ما كانت أوضاعهم في بطون أمهاتهم غير طبيعية قبل الوضع.

ويجب أن نضع في أذهاننا أن مرض الفصام وأعراضه لا يورث، ولكن الذي يورث هو تهيئة المريض واستعداده للإصابة بهذا المرض إذا تجمعت عنده أسباب أخرى بيئية وبيولوجية.

وينبغي أن نذكر أنَّ العلماء اختلفوا في نمط الاستعداد الوراثي للمرض، فالبعض يعتقد أن الاستعداد للفصام ينتقل من خلال مورثات سائدة أو مهيمنة، ويعني ذلك ضرورة إصابة أحد والدي المريض بنفس المرض، وظهوره في أبناء المرضى بنسبة ٥٠٪، وقد أثبتت الدراسات الحديثة خطأ هذه النظرية. بينما يميل البعض للاعتقاد بأنَّ الاستعداد للمرض ينتقل من خلال مورثات استرجاعية، أي أن غالباً ما يكون الوالدين والأقرباء في صحَّة عادية وان يُصاب أبناؤهما بنسبة ٢٥٪ ولكن هذه النسبة لا تستطيع تفسير مدي انتشار مرض الفصام. ويتفق الآن معظم العلماء والأطباء علي أن الاستعداد الوراثي للفصام ينتقل من خلال مورثات مُتعدِّدة العوامل والتأثير.

ثانياً: الغدد والهرمونات:

وجد الدكتور "جسج" أن مرضي الفصام الكاتونوي الدوري يحتفظون بكميات كبيرة من مادة النتروجين في الجسم، وأنهم يتحسنون عند طردهم لهذه المادة، وقد استخدم هرمون الغدة الدرقية للتخلص من هذه المادة وشفاء المرضى.

كذلك لاحظ الدكتور "رايز" أن ٣٠٪ من مرضي الفصام يعانون من اضطراب نوعي في نشاط الغدة الكظرية.

ومن الأبحاث ما قام به الدكتور "أحمد عكاشة" في قياس كميات الكورتيزون في مرضي الفصام وأثر ذلك علي شفائهم، فقد وجد أن هذا الهرمون يفرزه مرضي فصام البارانونيا أكثر من مرضي أنواع الفصام الأخرى، وأن نكسات المرض يُصاحبها زيادة إفراز هرمون الكورتيزون، وأن شفاء المرض يُصاحبه نقصان في إفراز هذا الهرمون.

ثالثاً: اضطرابات الجهاز العصبي:

نشرت المجلة الاسكندينية النفسية العام ١٩٨٣ بحثاً للدكتور "أحمد عكاشة" عن دراسة مخ مرضي الفصام بواسطة الأشعة المقطعية بالكمبيوتر، وقد لوحظ أن عدداً كبيراً من مرضي الفصام يتميزون بزيادة حجم بطينات المخ وبعض الضمور في الخلايا العصبية، وقد تأكد ذلك بعدد من الأبحاث من كل بلاد العالم، وكذلك ثبت بواسطة أشعة الرنين النووي المغناطيسي وجود بعض التغيرات في نسيج المخ في بعض مرضي الفصام، وقد لوحظ في أشعات تصوير المخ لمعرفة الدورة الدموية المخية، وكمية استعمال الجلوكوز في الفصوص المخية أن مرضي الفصام يعانون من اضطراب في الفص الجبهي الأيسر، وكذلك في السطح الأنسي من الفص الصدغي.

رابعاً: العوامل الكيميائية:

لوحظ أن بعض عقاقير الهلوسة مثل: ل. س. د (L.S.D)، والحشيش، والامفيتامين تؤدي إلي اضطرابات في التفكير، والانفعال، والهلاوس، والهداءات الشبيهة بمرض

الفصام؛ ممَّا جعل العلماء يفكرون في احتمال وجود تغيير كيميائي داخلي في جسم هؤلاء المرضى شبيهة بما تُحدثه هذه العقاقير.

وقد اتجهت الأبحاث نحو دراسة الاضطرابات الكيميائية في الهرمونات العصبية مثل: الأدرينالين، والدوبامين، والسيروتونين.

وقد أيدت التجارب الحديثة أنَّه يوجد اضطراب في مثيلية هرمون الأدرينالين في مرض الفصام، لدرجة أنَّه إذا أطمعنا بعض الفصامين بمركبات كيميائية بها مستحضرات مثيلية تزيد أعراضهم شدة، ولقد استطاع بعض العلماء استخلاص بروتين مُعيَّن من دم مرضي الفصام يُسمى "تاراكسين" Taraxein وإذا أعطينا هذا البروتين لمتطوعين أسوياء يُصابون بأعراض فصامية وقتية.

كذلك أدي حقن "التاراكسين" في بعض الحيوانات إلي اضطراب واضح في سلوكهم، ممَّا يجعلنا نستدل علي أن لهذا البروتين من الخواص ما يُسبب هذه الاضطرابات الخطيرة؛ وبالتالي فإنَّه يوجد تغيُّرات فسيولوجية وكيميائية في مرضي الفصام.

وحدثاً كثرت المناقشات حول ظهور "النقطة القرمزية" في بول مرضي الفصام، فقد لوحظ أنَّه إذا عرضنا بول هؤلاء المرضى علي ورق حساس للضوء تظهر نقطة قرمزية في وضع مُعيَّن من هذا الورق الحساس، وهذا لا يحدث مع البول الطبيعي، أي أنَّه يوجد اضطراب كيميائي وتمثيلي في جسم مرضي الفصام يؤدي إلي وجود مركبات كيميائية شاذة في البول، وقد كثر الجدل حول هذا الموضوع، فالبعض يقول أن سببها هو العقاقير الكيميائية التي تُعطي لهؤلاء المرضى، والبعض الآخر يُؤكِّد أنَّها تفاعلٌ من الطعام الذي يأكله المرضي. وهذه الظاهرة تقل في مرضي فصام البارانويا عنها في الأنواع الأخرى، حيث تصل نسبتها حوالي ١٠٪، أمَّا في الفصام البسيط، و فصام المراهقة فتظهر في حوالي ٨٠٪ من الحالات، وإذا استطعنا تشخيص مرض الفصام بالكشف عن البول فسيؤدي ذلك إلي تطور خطير في العلاج والوقاية من هذا الاضطراب العقلي الخطير؛ إذ سيكون التشخيص مماثلاً لأي مرض عضوي عندما نسأل المريض عمل بعض الأبحاث في الدَّم والبول؛ وبالتالي يكون في الاستطاعة

الكشف عن المرض قبل ظهوره خاصةً في أقرباء الفصاميين، وما زال البحث جارياً بشأن هذه النقطة القرمزية، وقد أشارت بعض الأبحاث الحديثة علي اكتشاف مادة كيميائية في عرق مرضي الفصام تُساعد في التشخيص.

كذلك نشأت نظرية تؤيد أن سبب الفصام هو مناعة ذاتية داخل الجسم، وأنه يجري في دم الفصاميين أجسام مُضادة تتفاعل مع مولدات مُضادة في المخ تُسبب اضطراباً في الجهاز العصبي يؤدي إلي أعراض هذا المرض، وأن من العقاقير المُضادة للذهان تخفيض المناعة الذاتية مما يُخفف أعراض المرض.

وحاول البعض أخيراً إيجاد ترابط بين نوع الطعام والفصام فقد لاحظ "دوهان" العام ١٩٦٦ أن عدد مرضي الفصام في مستشفيات الأمراض العقلية في السويد، والنرويج، وفنلندا انخفض أثناء الحرب العالمية الأخيرة، بينما زاد بشكل واضح في كندا والولايات المتحدة الأمريكية، وبعد الحرب زاد عدد المرضي زيادة حادة في الدول الإسكندنافية، وتحليل هذه النتائج ونقص بعض المواد الغذائية أثناء الحرب وجد "دوهان" أن نسبة الفصام تزيد ثلاث مرّات في البلاد التي يُستعمل فيها القمح كغذاء أساس عنها في البلاد التي لا تستعمله.

كذلك وُجدت مادة خاصة تفرز مع عرق مرضي الفصام تُسمي "حامض الهكسونيك"، وأن استجابة مرضي الفصام لمادة "الهستامين" تحت الجلد محدودة وتعود إلي طبيعتها بعد العلاج.

وقد استقر الرأي الآن علي أن لأعراض الفصام علاقة وثيقة بزيادة نسبة الموصل العصبي "الدوبامين" بل وزيادة عدد المستقبلات الدوبامينية، وكلّ العقاقير المُضادة للفصام تثبط وتسد المستقبلات الدوبامينية في المخ. ويبدو أن موصلات أخري تلعب دوراً في نشأة الفصام مثل: "السيروتونين"، و"الاسيتيل كولين"، و"الببتيدات"، وأن عدم توازن هذه الموصلات هو الحافز لأعراض الفصام، وكان ذلك بداية ظهور العقاقير الحديثة والتي تعمل علي عدة موصلات عصبية ليس فقط علي "الدوبامين".

خامساً: العوامل المساعدة:

(أ) عوامل جسميّة:

دلت الشواهد الإكلينيكية علي أنّ كثيراً من الأمراض الجسميّة تكون أحياناً الزناد الذي يُفجّر مرض الفصام؛ فنلاحظ الفصام بعد الحميات، والولادة، وبعض أمراض الجهاز العصبي، وأورام المخ.

(ب) عوامل نفسيّة:

لا نستطيع أن نُجزم بأنّ الإجهاد، أو الشدة، أو الإرهاق، أو الصدمات النفسيّة والانفعاليّة أسباب مباشرة لمرض الفصام، لكن لا شك أنّ هذه العوامل تؤثّر علي الاستعداد الوراثي، فيظهر المرض في كافة أعراضه عندما تقشل قوي التكيّف الطبيعيّة في الفرد في مقاومة هذه الصدمات خاصّة أن الإجهاد يُزيد من نسبة الأدرينالين في الجسم، ونظراً لاضطراب تمثيله في مرضي الفصام فيحتمل ظهور المرض، ولكن يوجد علاقة وثيقة بين نكسات مرضي الفصام والتورط الانفعالي في الأسرة من الحماية الزائدة، إلي إحساس عدواني لاشعوري، إلي التعليقات التي تحمل في طياتها نقداً لاذعاً، ولكنها لا تلعب الدور القوي في البيئّة المصرية مثل الغرب.

أهم أساليب العلاج في مرض الفصام:

أولاً: العلاج الوقائي:

هل يمكن الوقاية من الفصام إذا عرفنا التاريخ العائلي؟ وإذا منعنا هؤلاء المهيبين -وراثياً- لهذا المرض من الزواج بعضهم من البعض الآخر..؟ هل تقل نسبة الفصام في المجتمع العام؟ كلّ هذه الأسئلة نالت مناقشات كثيرة، لدرجة أنّه في أثناء الحكم النازي أصدر الزعيم النازي الألماني "أدولف هتلر" Adolf Hitler (١٩٤٥-١٨٨٩) أوامره بالعقم الاصطناعي لكلّ مرضي الفصام، والذهان الوجداني، والصّرغ ظناً منه أنّه بهذا الإجراء سوف يقضي علي المرض وأسبابه الوراثية، وأنّه بذلك إنّما يُنشئ شعباً يتمتّع بصحّة نفسيّة وعقليّةٍ سويّةٍ، ولكنّه بالطبع فشل في ذلك؛ نظراً لأنّه أحياناً ما يبدأ الفصام دون تاريخ عائلي من تزاوج بعض المورثات.

وإذا أخذنا في الاعتبار ندرة زواج الفصامين نظراً لشخصيتهم الانطوائية، وعدم توافقهم الاجتماعي، وانخفاض نسبة الإخصاب إذا ما قورنوا بالمجموع العام، مع ملاحظة أن نسبة المرض بين أولاد الفصامين تتراوح بين ١٠-١٥٪ نستنتج من كل ذلك ضرورة النصيحة بعدم زواج الأقارب عند وجود تاريخ عائلي لهذا المرض؛ لأنه حتى وإن كان الزوج والزوجة في صحّة جيدة، إلا أن احتمال وجود مورثات استرجاعية يجعل زواجهما من بعضهما كفيلاً بظهور أطفال فصامين، وهذه أهم نصيحة يمكن أن تُعطي لأقارب مرضي الفصام كوقاية لعدم زيادة نسبة المرض في العائلة.

أمّا الناحية الوقائية الأخرى فتتناول الشخصية الانطوائية الشديدة مع وجود تاريخ عائلي للفصام، فلا يوجد اعتراض هنا علي أن التأهيل الشخصي المهني، والعناية الاجتماعية قد تؤدي إلي تأجيل ظهور المرض علي هذه الشخصية، وهنا يجب أن يختار صاحب هذه الشخصية الوظيفة المناسبة لشخصيته؛ حتى لا يتعرّض لاجهادات شديدة في عمله، مع محاولة التنفيس عن إحباطه، وكتبه بجميع الطرق، وتشجيعه الدائم علي الاختلاط، وعدم الاستبطان الذاتي، والتفكير المستمر في نفسه، وابتعاد هذه الوسائل يحتمل إعطاء هذا الشخص مناعة وقوة كافية للتكيّف الاجتماعي تمنعه من الانهيار والتعرّض للمرض.

ثانياً: العلاج النفسي:

يتفق معظم الأطباء علي أنه من المستحيل علاج حالات الفصام بالعلاج النفسي خاصةً العلاج التحليلي منه؛ نظراً لعدم استبصار المريض، وضعف الأنا بحيث يصبح من العسير عمل أي تجاوب انفعالي. ويذهب البعض بالادعاء بأنه لا يصح علاج مرضي الفصام بالتحليل النفسي، أو العلاج النفسي طويل المدى نظراً لضرره الشديد علي المريض، وجعله في حالة إعياء مستمر.

وتُشير "فريدا فروم ريخمان" Frieda Fromm Reichmann إلي أنه بالرغم من أن الفصامي لا يتوق إلي الاتصال بالآخرين إلا أنه يخشي الوحدة أيضاً، وعلي هذا فينبغي

الاهتمام بدرجة استعداد الفصامي للاشتراك في علاقات اجتماعية مع الآخرين. وفي بعض الأحيان قد يلزم مساعدة الفصامي المنسحب من خلال الهيئات الاجتماعية والأخصائيين الاجتماعيين.

وعلى الأطباء، وهيئات التمريض أن يحاولوا إيجاد علاقة انفعالية إيجابية مع المريض، مع احترامه، وتشجيعه، ومحاولة فهم مشكلاته، وصراعاته، وكذلك فالعلاج النفسي الجماعي بكافة أنواعه في المستشفيات يُفيد في مثل هذه الحالات لإبعاد المريض عن حالة العزلة. كما أن المريض يحتاج للعلاج النفسي بعد شفائه حيث أنه يفقد الثقة في نفسه، فيبدأ في الانعزال مما يعرضه لنكسة أخرى والدخول في دائرة مفرغة لا تنتهي. وهنا ينبغي تدخل الطبيب لإعادة الثقة المفقودة، إذ أن العلاج النفسي مطلوب للغاية في دور النقاهة، وإلا فلن يستطيع المريض مواجهة الواقع، ومجابهة الحياة بأمل متفتح.

ولقد قيل بأن حوالي (3%) ثلثي المرضى المزمنين الميئوس من حالتهم إنما يعود ذلك إلى طبيعة المرض ذاته، في حين أن (1%) ثلث هؤلاء المرضى إنما تكون حالتهم نتاج الظروف البيئية السيئة التي يعيشونها داخل تلك المستشفيات أو المؤسسات.

ثالثاً: العلاج السلوكي؛

نجد الآن في كثير من أقسام العلاج بمستشفيات أو مصحات الطب النفسي قد أصبح يتبنى الأساليب العلاجية السلوكية القائمة على أساس المبدأ المعروف بما يُسمى "الرمز الاقتصادي" Token Economy. ومن بين ما طرأ من تعديل على أسلوب "الرمز الاقتصادي"، أو ما يمكن أن يُطلق عليه أيضاً، الهبة أو الهدايا الاقتصادية، أنه بدلاً من أن يُمنح كل مريض بمفرده هبة اقتصادية مقابل أداءه لعمل بمفرده يقوم به، فإن كل المجموعة المقيمة في الجناح أو القسم المُعين بالمستشفى، يتم تدعيمها عندما تقوم تلك المجموعة بتلبية احتياجات أو أهداف معينة يومية أو أسبوعية. وقيمة ذلك تكمن في الضغوط الاجتماعية التي يخلقها هذا الأسلوب بين أفراد الجماعة لكي يقوموا بإنجاز المهمة المُعينة. وتؤدي هذه الضغوط بدورها إلى تزايد عملية التوافق

الاجتماعي، وتهيئة الفرصة للفصامي المنسحب لكي يُنمي مهارات اجتماعية كانت مهملة منذ مدة طويلة.

ولمَّا كان أسلوب الهبة الاقتصادية يقوم - من الوجهة التقليدية - علي التديم الإيجابي فقط، فقد أُستحدث أسلوب آخر يقوم علي سحب الهبة أو المنحة الاقتصادية لقمع أو خفض السلوك المزعج أو غير المرغوب فيه.

وإحدى الطرائق المتبعة هي أن يُعطي المريض المنح في بداية الأسبوع، ثم يتم سحب بعضاً منها خلال الأسبوع، عندما يكشف عن سلوك غير مرغوب فيه، ومع ذلك، فإنَّه طالما كان أسلوب المنح الاقتصادية يقوم أساساً علي تديم السلوك المرغوب فيه أكثر ممَّا يقوم علي عقاب السلوك غير المرغوب فيه، فإنَّ هذا التعديل الجديد سوف يظل أسلوباً متخصصاً أكثر منه أي شيء آخر.

ويحتاج مريض الفصام بعد شفائه إلي تدريبات علي بعض المهارات الاجتماعيَّة التي فقدوها أثناء مرضه، فمهاراة المقابلة مع الأفراد، ومهاراة المبادرة في طلب حقه، ومهاراة قيادة السيارة، والتمتع بمباهج الحياة من الرياضة إلي الترفيه، ويوجد برامج لهذا التدريب يمكن أن يقوم به الأخصائيين النفسيين أو الاجتماعيين.

رابعاً: العلاج الأسري والاجتماعي:

علي أسرة مريض الفصام أن تستوعب طبيعة المرض، وتتحمَّل بعض تصرفات مريضها، وتشجعه علي الاختلاط، ثم عدم دفعه إلي أكثر من إمكاناته وقدراته؛ فكثيراً ما نشاهد الوالد الذي يدفع ابنه الفصامي للاستذكار المتواصل وعقابه إذا فشل في دراسته، علي الرُّغم من وجود اضطراب في تفكير هذا الابن؛ ممَّا يجعل مواصلة الدراسة عملية مستحيلة.

ونحن نري - بكلِّ أسف - كثيراً من العائلات تلفظ ابنها أو تطرده من المنزل لتصرفاته الغريبة التي يقوم بها دون استبصار أن هذا السلوك، وتلك التصرفات إنما هي جزء من مرضه.

● العلاج النفسي التعليمي لأسرة مريض الفصام:

إنَّ التدخُّلَ الأسري من أهم العوامل الحديثة في العلاج وخفض نسبة النكسات، فمعرفة الأسرة بالمرض وأسبابه واحتمالات الشفاء، وعدم النقد المستمر، وإحساس المريض بذاته وهويته، وطريقة تشجيعه علي العمل، والاختلاط دون تحدي لقدراته، وأهمية الامتثال والانتظام في تناول العلاج الكيميائي، كل ذلك له أثر كبير في جودة حياة المريض الفصامي. وقد دلت الأبحاث الحديثة أنَّه بتعليم وتدخُّل الأسرة تتخفض النكسات بنسبة ٤٠٪.

● إدارة الحالة:

أصبحت هذه الوسيلة في أوروبا مع اكتشاف العقاقير الحديثة غير النموذجية مثلاً لتقدُّم واستيعاب مريض الفصام في المجتمع: فقد أصبحت العناية المجتمعية بديلاً للمكوث بالمستشفى أو المصحَّة، ولكن يحتاج ذلك إلي رقابة مستمرة، فيخرج المريض من المستشفى إلي أحد الدور السكنية، وللذهاب للعمل، ويكلف أحد متخصصي الرعاية النفسية أن يعتني ويدير حياة بعض المرضى (يتراوح عددهم من ٤ - ١٠ مرضي)، وهنا يُراقب انتظامهم في العمل، ويساعدهم في استخدام وسائل المواصلات، وفي شراء لوازمهم واحتياجاتهم، وفي صرف مستحقاتهم من البنوك، وفي تناول العلاج بانتظام، وفي ملاحظة ظهور أي أعراض من إهمال للذات أو العمل أو الانطواء وإبلاغه للطبيب المباشر للحالات علي الفور.

وقد ثبت بما لا يدع مجالاً للشك أنَّ إدارة الحالة للمريض الفصامي تأتي بنتائج مُشجعة في جودة حياتهم، واستيعاب الأسرة والمجتمع لهم.

خامساً: العلاج بالعمل:

بدأ الاهتمام بهذا النوع من العلاج العالِم "دينتون" W.D.Dunton أحد مؤسسي الجمعية الأمريكية للعلاج بالعمل (AOTA). وفي العام ١٩٠٢ تمَّ تأسيس أوَّل قسم للعلاج بالعمل في معهد الطب النفسي بمدينة نيويورك. وقد استطاع "بلويلر" أن يُعيد

الانتباه إلى قيمة العمل المنظم إلى الفصامين المقيمين بالمستشفيات؛ لذا فقد شكّلت جماعات من المرضى يعملون في مزارع أو حدائق أو ورش، وقام بتدريب الهيئة القائمة على الإشراف على نشاطات المرضى.

وهذا العلاج يهدف إلى شغل المريض مهنيًا أثناء وجوده بالمستشفى حسب طبيعة عمله السابق من تجارة إلى أشغال يدوية إلى عرض أفلام وشرائح علمية وإعلامية.. الخ، وذلك حتى يُهيأ لعمل يتناسب مع قدراته ومع أعراضه المتبقية من المرض، فلا يصح أن يُطالبه بأعمالٍ تتناقض مع هذه الأعراض المختلفة، كأن يكون مُتبلد الانفعالات ثم يُطالبه بالعمل في العلاقات العامة أو العمل بالتمثيل.. الخ.

ولا مانع من بدئه العمل أثناء وجوده بالمستشفى والعودة إليها بعد انتهاء العمل حتى يصل لدرجةٍ من الثقة الذاتية ومن ثمّ ينتهي من الاعتماد على الغير، وكذلك العلاج التأهيلي للمريض بعد خروجه من المستشفى ومتابعته في تناول العلاج حتى يقل تعرُّضه للانتكاسة.

وينبغي الإشارة إلى أنّه عندما يلحق المريض لأوّل مرّةً بقسم العلاج بالعمل، فإنّه ينبغي مراعاة أن يكون العمل الذي يُعهد إليه يُعطي نتائج سريعة، كما ينبغي الاهتمام باستخدام الألوان الزاهية. وهناك بعض المرضى يتكيفون بسرعةٍ مع أشغال الخيزران وصناعة اللُّعب والنسيج، والبعض الآخر ممّن لديهم قدرات فنية وجمالية قد يُفضّل الرسم والنقش على الخزف وأشغال الإبرة.

وتبقى مسألة أخرى على درجةٍ كبيرةٍ من الأهمية وهي: هل نجعل المريض الفنان يتمادي في أعماله الفنيّة المرضية سواء الرسم التشكيلي أو القصص التجريدية ؟ والتي تختلف عن طبيعة أعماله السّابقة قبل المرض، ولكن لها جمالها الخاص، بل ويتذوقها الكثير من النّاس، فهل نحرم النّاس من هذا الفن ؟ بل نحرم الفنان من هذا الإنتاج ونعالجه ويعود لسابق عهده ؟

إنَّ الكثير من هؤلاء الفنانين يفوق إنتاجهم المرضي إنتاجهم العادي، إن هذه المشكلة يجب أن يواجهها الطبيب بحزم، فإن كان المريض يعاني من آلامٍ نفسيةٍ شديدةٍ أثناء مرضه، ويخشى علي حياته وذلك علي الرغم من إنتاجه الفني الغزير، عندئذٍ يجب التدخل وعلاجه فوراً بغض النظر عن أي شيء؛ لأنَّ واجب الطبيب هو تخفيف الآلام، أمَّا إذا كان المريض متوافقاً اجتماعياً مع أعراضه وإنتاجه الفني، فلا مانع من استمراره في العمل مع نصيحته المستمرة بعدم امتصاص هذا العمل لكلِّ شخصيته، بل يجب أن يجد لنفسه مجالات أُخري مع المداومة علي الإشراف الطبي المستمر حتى لا يتعرض لنكساتٍ شديدةٍ.

نخلص من ذلك أنَّ الرسم أو النحت أو كتابة القصص الذي ينجزه الفصامي له قيمة سيكولوجية كبيرة، حيث يكشف عن الحياة الداخلية للمريض، وما إذا كانت هذه الحياة لا تزال نشطة، غير خاوية، ومع هذا، ومن الوجهة العلاجية، لا ينبغي تشجيع الفصامي علي الرسم والتشكيل الذي يعتمد علي ترك المريض حراً في اختيار موضوعه وأسلوبه، ففي حين يعمل الابتكار الفني علي مُساعدة العصابي في التخفُّف من الضغوط الانفعالية، ومن آثار ما مرَّ به من خبرات؛ فإنَّه يؤدي بالفصامي إلي انزلاق أكثر في تخيُّلاته المريضة؛ فمن خلال الرسوم الرمزية يتزايد افتقاد الفصامي لاتصاله بالواقع، كما يتزايد ميله لجُنب العالم المُحيط به.

عموماً، وفي هذا الإطار لا ينبغي أن يستمر النشاط الذاتي إلاَّ لفترةٍ مُعيَّنةٍ من اليوم، حيث يجب قضاء باقي ساعات النهار في أنشطةٍ جماعيةٍ.

سادسا: العلاج بالعقاقير:

يجب الاستمرار علي العلاج الدوائي لمدة تتراوح بين ٦ - ١٢ شهر إذا كانت النوبة الأولى، أمَّا إذا تكرَّرت النوبات فينبغي الاستمرار لمدة عدة سنوات وأحياناً طوال الحياة.

وننوه بأن احتمال النكسات بالرغم من استمرار العلاج حوالي ٢٠٪، وإذا قورنت بعدم إعطاء العلاج فتصل نسبة النكسات إلى ٨٠٪، أما إذا كان المريض في حالة شفاء مع استمرار الدواء ثم توقف عن تناوله فتصل نسبة النكسات في خلال سنتين حوالي ٦٠٪ بواقع ٣٠٪ في السنة الأولى، وهذا يعني أن ٤٠٪ من مرضي الفصام يستطيعون التكيّف مع المجتمع بعد شفائهم دون المداومة علي العقاقير العلاجية.

