

## الفصل الرابع

### الاضطرابات النمائية المنتشرة والفصام

إن النسبة الكبرى من اضطرابات السلوك تحدث في مرحلتي الطفولة والمراهقة. والاضطرابات النمائية المنتشرة والفصام ، والتي سنبحثها في هذا الفصل ، من أكثر الاضطرابات النفسية الخطيرة حدوثاً وانتشاراً في مرحلة الطفولة. إن ما يميزها هو خلل أساسي في الشخصية وفي العلاقات مع الآخرين ، واضطراب التفكير والإدراك والوجدان أو العاطفة. في مرحلة ماضية كانت تعزى هذه الاضطرابات إلى الفصام الطفولي. وفي الواقع هناك فروق عديدة بين هذه الاضطرابات النمائية الرئيسية ، باستثناء واحدة منها مشابهة لفصام الرشد يمكن تحديدها خلال الممارسة التشخيصية العيادية. وهناك ثلاثة أنواع من هذه الاضطرابات تتميز كل واحدة منها بصفات مختلفة عن الأخرى ، سنركز عليها في هذا الفصل وهي:

**النوع الأول:** الانغلاق على الذات (أو كما يسمى التوحد والانطوائية الزائدة) في مرحلة الطفولة *Early Infantile Autism* وتبدأ بالظهور خلال الأشهر الثلاثين الأولى للحياة.

**النوع الثاني:** اضطرابات نمائية منتشرة تبدأ بالظهور في مرحلة الطفولة (تشبه الانغلاق حول الذات ، ووضعها الدليل التشخيص الثالث المعدل كفتة مستقلة تحت اسم اضطرابات نمائية منتشرة ومنحرفة) وتحدث بعد فترة من النمو السوي ، عادة بين سني الثالثة والثانية عشرة.

النوع الثالث: وهو الفصام الذي ينمو عادة في مرحلة الطفولة المتأخرة وبداية المراهقة ، ولكنه يبدأ في سن السابعة .

سنبحث في هذه الفصل تشخيص هذه الاضطرابات وتقديرها السلوكي ، وأسبابها وعلاجها ، كما سنركز على نتائج البحوث التجريبية والعيادية في تفسيرها .

### الانغلاق على الذات في الطفولة المبكرة:

#### نظرة تاريخية:

إن أول إشارة لمصطلح الانغلاق على الذات أو التوحد ، كان عام ١٩٤٣ حين نشر ليوكانر Leokanner مقالاً بعنوان «اضطرابات التواصل الوجداني الانغلاقية» وقد وصف بتفصيل الصفات والخلفيات الأسرية لاثني عشرة طفلاً أظهروا زملة (تناذر) أعراض فريدة تميز الانغلاق الذاتي الطفولي . ومع أن الشروط والصفات مشابهة للانغلاق على الذات (ولم يستخدم مصطلح طفولي Infantile) فقد وصف في مرحلة مبكرة عام ١٩٠٨ . كما وصف كارنر الاهتمام المتزايد من قبل العلماء والمعالجين النفسيين في تفهم هذا الاضطراب وعلاجه . هذا الاهتمام يستمر حتى اليوم . وبين عامي ١٩٧٠ و١٩٨٠ ظهرت حوالي (١١٠٠) دراسة ومقال تبحث جميعها في الانغلاق على الذات ، ونشرت في المجلات العلمية (Jackson and King 1981) وفي كل سنة ينشر كتابان أو أكثر حول هذا الموضوع الهام . ومن الواضح أننا غير قادرين على النظر في كل هذه الأعمال ، ولكننا سنركز على بعض النتائج الهامة والحديثة .

بسبب أن العلاج يركز أساساً على المعرفة الدقيقة لطبيعية الاضطرابات التي يعانها الطفل ، فإن التصنيف الدقيق يلعب دوراً هاماً في علم أمراض الأطفال النفسية . إن دقة التشخيص ليست أقل أهمية للباحث والمعالج . إذا فشل الباحث في اتباع طرق الانتقاء الدقيقة ، فإن النتائج ربما تنعم عن طريق الاضطرابات المختلفة الموجودة في المجتمع الأصلي للأطفال .

لسوء الحظ فإن تشخيص اضطراب الانغلاق على الذات ، لم يتم تطبيقه دوماً بدقة وعناية. في الماضي كان ينظر إلى الاضطراب على أنه مشابه لكل اضطرابات الأطفال النمائية الأخرى ، وخاصة الفصام ، وعولج باعتباره وحدة تشخيصية منفصلة. وبسبب الأهمية التشخيصية للاضطراب سنبحث في تشخيصه أولاً. والمثال التالي يوضح حالة طفل منغلق على ذاته ، والمظاهر السلوكية التي تبدو فيه ، تمثل أشكال السلوك المميزة التي تصف هذا الاضطراب.

#### مثال لحالة طفل منغلق حول ذاته :

«كان روبرت وزوجته سوزان في سن السادسة والعشرين عندما أنجبا طفلهما الأول مارك ، وقد كان روبرت رجلاً مرموقاً رفيع المستوى في عمله كمحام ، ومقتنعاً بمهنته. لقد كان روبرت وزوجته سوزان طالبين محترمين في الجامعة. فقد كانت سوزان ذكية وأنيقة. ولم يعرف أيهما وجود اضطراب عقلي عند أي فرد من أفراد أسرتهما. ولكن أخو سوزان كان يعاني من اضطراب في اللغة عندما كان طفلاً. وكلاهما ينحدران من أسر سوية ويتمتعان بصحة وشخصية سوية.

لم يكن في فترة حمل سوزان شيء غير عادي أو يستدعي الملاحظة ، فلم تكن هناك أية شكوى أو صعوبات حين الولادة. وفي الأشهر الست الأولى بدأ الطفل سوياً تماماً. وفي نهاية الشهر السادس فقد استشارت سوزان طبيب الأطفال لأنها متوترة ومتضايقة من نوبات الصراخ والبكاء المستمرة والطويلة عند مارك. هذه النوبات من البكاء كانت تختفي بصورة تدريجية خلال السنة الأولى من حياته. وبالرغم من أن سوزان لم تشتكي من أي شيء عند الطفل حتى بلغ الثانية من عمره ، فقد كانت تتذكر بعض الأشياء من الماضي. حيث تذكرت أنه على الرغم من أن طفلها مارك كان يبتسم ويتمتع عندما تدغدغه ، إلا أنه لم يُبَد أي اهتمام أو سرور عندما كانت تأخذه إلى حضنها أو تقترب منه. وكان اهتمامه قليلاً جداً بالألعاب ، لقد كان عنده ضعف اهتمام بأي شيء. والكثير من الأشياء لم تكن تثير اهتمامه ، ونادراً ما كان يشير إلى الأشياء ،

فكان غافلاً أو غير واع للكثير من الأصوات. وقد اهتم والده ووالدته بقضية سمعه. وصرف مارك وقتاً طويلاً يقرع على الطاولة. من الممكن لأشكال السلوك هذه أن تكون قد جذبت اهتمام روبرت وسوزان. لقد كان مارك طفلهما الوحيد، فلم يكن لهما طفل آخر حتى يقارنوا معه، بل منذ كانت صحته سوية، كان مظهره جذاباً، أما مظاهر النمو المختلفة كالزحف والجلوس والوقوف، فكان متأخراً قليلاً فيها عن المعدل الطبيعي، بحيث لم يستطيعوا التوقع بأنه غير طبيعي. وبعد عيد ميلاده الثاني بدأ سلوك مارك في إزعاج والديه وإرباكهم بدرجة كافية بحيث دفعهم لطلب المساعدة. كان بإمكانه أن يقول بضعة كلمات ولكنه لم يستطع فهم الكلام، فلا يستجيب عندما ينادى باسمه، وعندما يمسك أشياء معينة يريد تفحصها فإنه يقربها كثيراً من عينيه ويقبلها كثيراً أيضاً ويصفق بيديه، ويضرب بها ويحرك أصابعه ويبدو على وجهه الصلابة أو الجمود Rigidty وعدم المرونة في تعبيرات الوجه. وكان يلح على أن تبقى الأشياء في موضعها، ويبدو عليه الضيق عندما تحرك والدته أثاث المنزل، فكان يرغب في الروتين ويكون رد فعله عنيفاً لأي نشاط أو حركة. وقد استمرت هذه المظاهر السلوكية في السنة الثالثة أيضاً. وفي بداية الخامسة، بدأ بالتحسن قليلاً. وبالرغم من أن كلامه كان ترديداً لكلمات سابقة قد سمعها، ولكنه بدأ في تعلم التواصل بهذه الطريقة، وعندما كان يعيد العبارات السابقة [هل تريد عشاء] فيبدو عليه أن الاسم أو الجملة غير مناسبة، والعبارة قد تكون سؤالاً كان قد سأل في مرات سابقة، ولكن معناه صحيح. كان بإمكانه تذكر أجزاء وجمل لفظية طويلة ويعيدها بشكل مفصل. وكان يرغب في الغناء وحده. إن ذاكرته غير العادية ساعدته في إعادة جمل كثيرة. وقد استمرت لغة مارك في النمو لسنتين تاليتين، والطلاقة اللفظية بدأت بالظهور، حيث أصبح في سن السابعة قادراً على التواصل اللفظي ولكن بجهد وصعوبة بالغة. أما نموه الاجتماعي فقد بدا عليه التحسن، وحتى تشديده على الرتبة والكمال في محيطه فقد تضاءل. وقد دخل مارك مدرسة تضم صفوفاً تقدم تربية خاصة، وقد مارس الكثير من الأنشطة وخاصة الموسيقى، ولكنه لم يلعب بشكل مباشر

مع أطفال من أمثاله ، وصحته كانت جيدة وبقي ذا مظهر جذاب ، وهناك دلائل مستمرة على تحسنه» .

### وصف الاضطراب وتشخيصه :

لقد اتبع مارك برنامجاً علاجياً وتربوياً مطولاً ، ولكن لسوء الحظ فإن مآل الاضطراب ليس جيداً. إن الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للأمراض النفسية DSM III R يضع معياراً تشخيصياً لاضطراب الانغلاق على الذات عند الأطفال ، كما يلي :

١ - البداية قبل الأشهر الثلاثين الأولى للحياة (خلال الأشهر الأولى بعد الولادة).

٢ - عدم استجابة مستمرة للآخرين (انغلاق حول الذات).

٣ - ضعف في اللغة والنمو اللغوي .

٤ - إذا وجدت اللغة والكلام فيكون من النوع الآلي والترديد المرضي أو المحاكاة .

٥ - استجابة شاذة وغريبة لمظاهر البيئة المختلفة ، كمقاومة التغيير والاهتمام الخاص بموضوعات وأشياء حيوية أو غير حيوية .

٦ - غياب الأوهام والهلوسات ، وفقدان الاندماج والتفاعل كما في الفصام .

وكما لاحظنا فإن هذه المعايير جميعها تنطبق على مارك ، إضافة إلى ذلك فقد أظهر أشكالاً أخرى من السلوك (كالذاكرة الجيدة مثلاً) ولكنها لم تدخل في المعيار التشخيصي . وسننظر الآن بتوسع أكثر في معيار الدليل التشخيصي وبعض الأشكال الأخرى من سلوكيات مارك .

A - البداية قبل الشهر الثلاثين من الحياة Onset before 30 months

:age

يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية DSM III R الانغلاق على الذات بأنه زملة أو تناذر أعراض تبدأ خلال الأشهر الثلاثين الأولى من الحياة . وهذا التعريف يستند إلى العديد من الملاحظات



أحياناً ، تحديد السن التي تبدأ فيها أعراض الاضطراب ومشكلاته عند الطفل ، وخاصة أن بعض الأهل يصعب عليهم أن يستعيدوا بدقة البداية التي حدثت فيها المشكلات السلوكية. إن فائدة المعيار التشخيصي لا يمكن تجاهلها ، والأطفال الذين تبدأ عندهم الأعراض والمشكلات السلوكية بالظهور بعد سن الثانية والنصف ، من الممكن أن لا تشخص على أنها انغلاق حول الذات .

B - ضعف في الاستجابة للآخرين والتواصل معهم :

لقد كان سلوك مارك تجاه الآخرين يمثل سلوك الطفل المنغلق ، والذي يختلف عن الأطفال الأسوياء . ففي منتصف السنة الأولى من الحياة ، فإن أكثر الأطفال يبدوون بإظهار التعاطف والمودة نحو الآخرين في محيطهم ، هذه المودة أو التعاطف يلاحظ في سلوكهم بحيث إن الطفل يظهر الضيق والانزعاج عندما يغيب الشخص الذي يتودد إليه (كالأم) ثم تعود الطمأنينة إليه حين يعود الغائب . وهناك دلائل أخرى على التعاطف : كالعناق ، والاحتضان ، والبقاء بجانب الشخص المتودد إليه . . وكلها علامات على التودد والتعاطف .

لقد كتب الكثير من علماء النفس والاجتماع والأطباء عن موضوع نشوء التعاطف الوجداني والتودد عند الأطفال وخاصة عن العلاقة مع الأم . من هذه الدراسات المتميزة بحوث سلوكن وهربرت (Slacken and Herbert 1983) . وبالرغم من وجود تناقض وجدال حول السن الذي يبدأ فيها التعاطف بالتشكل وكيف ، إلا أن الجدل أقل حول أن الأطفال المنغلقين حول ذواتهم ، لا ينمو عندهم هذا السلوك التعاطفي . لماذا لا يبدي مارك أي سلوك مبادأة عندما يقدم إليه والداه لحمله؟ إن الطفل المنغلق على ذاته لا يعدل من وضعيته وحركاته استجابة لأمه التي تحاول التقاطه وحمله . إن الأطفال المنغلقين على ذواتهم لا يظهرون ميلاً للعناق والاحتضان . وقد شدد كانر Kanner على أن هؤلاء الأطفال يبقون وحيدين مع أنفسهم ، ويحبون العزلة والانفراد . وفي الواقع فإن الأصل اللاتيني لمصطلح Autism يعني Self أي الذات . فهؤلاء الأطفال يتميزون بحب العزلة وضعف ميلهم للعلاقات مع الآخرين ، كما يبعدون أنظارهم عن الآخرين حين يكونون معهم ، كما يفشلون في الاستجابة

لأسمائهم حين يندھون بأسمائهم . كما تبين أنهم يتصفون بضعف الحساسية للألم ، وهذه كلها تعزز الانطباع بأن هؤلاء الأطفال منعزلون متحفظون ، ولا مباليين ، وغير مكترئين . وكما سنرى فإن فشل هؤلاء الأطفال في تطوير التعاطف والمودة والاهتمام بالآخرين ، يشير إلى أن الأهل قد فشلوا في تنمية سلوكهم التعاطفي والاجتماعي والتفاعلي . ولكن الدراسات المتاحة تناقض هذا القول . فقد حلل كويش Kubich شكلاً من أشكال التفاعل بين الأم وطفلها الذي عمره ١٦ أسبوعاً ، وقبل سنتين من تشخيصه على أنه يعاني من الانغلاق على الذات . ومن أجل المقارنة فقد حلل شكلاً مشابهاً للتفاعل بين نفس الأم مع أخواتها التوائم الصغار . إن هذا التحليل قد بين أن الولد الذي شخص لاحقاً على أنه يعاني من الانغلاق على الذات قد اختلف من وجهات عديدة عن التوائم الأخوة . فمثلاً لقد أظهر تعبيرات وجهيه أقل ، وتجنب سلوك الأخذ والعطاء ، كما فشل في تقديم أية تغذية راجعة إيجابية لوالديه ( فلم يستجب للوضعيات والحركات واللعب) .

C - ضعف في النمو اللغوي (أنواع محددة من الكلمات ، ترديد مرضي للعبارة والكلمات ، قلب الضمائر ، واللغة المجازية) :

ترابط دوماً اضطرابات اللغة مع الانغلاق الطفولي نحو الذات ، وحوالي ٥ من الأطفال المنغلقين على ذواتهم ، وخاصة الذين يعانون من إعاقة عقلية حادة لا يمكنهم إطلاقاً اكتساب اللغة أو الكلام المفيد . وحتى أولئك الذين يمكنهم أن يطوروا بعضاً من الطلاقة اللغوية الخاصة والمحددة ، فإنهم يختلفون عن الأطفال الآخرين الذين يعانون من أمراض في اللغة والنطق . وفي الواقع فإن لغة الأطفال المنغلقين على ذواتهم ، تنحرف لغتهم وتشد منذ البداية فتأخذ نموذجاً خاصاً منذ الطفولة الأولى .

غالباً ما يكون الكلام الأول الذي يطلقه الأطفال المنغلقون على ذواتهم ، ترديداً غير ذي معنى لكلمات قالها الآخرون في المحيط . إن الترديد المرضي للكلمات Encholalia ربما يكون أنياً أو متأخراً ، ويتضمن إبطالاً وقلباً للضمائر (مثل استخدام أنت محل أنا) . ويحدث الترديد المرضي للكلمات عند

الأطفال المتخلفين عقلياً غير المنغلقيين على ذواتهم ، وعندما يفعلون ذلك فإن كلامهم فيه الكثير من الأخطاء اللغوية والنحوية من حيث الزمن والظرف والاسم والصفات. إن استعمالهم للكلمات يكون غير عادي ، وغالباً ما يضم مجازات واستعارات ، كما أنهم لا يستعملون بعض الصفات الهامة في الحديث مثل النبوة ، وطبقة الصوت ، بصورة جيدة.

من جهة ثانية فقد تبين أن الأطفال المنغلقيين على ذواتهم ، يعانون من عجز خاص في الترميز اللغوي ، وأن ذاكرتهم الدقيقة خاصة في التردد المرضي للعبارات فقط ، ولكنهم غير قادرين على التعرف على معناها. وهذا ما يعتبر اضطراباً في النمو. فهؤلاء الأطفال ليسوا فقط عاجزين لغوياً وعندهم قصور لغوي ولكن لغتهم الخاصة تدل على انحراف واضح وحقيقي عن النمو الطبيعي السوي. فهم غير قادرين على تعلم الإيحاءات والحركات أو التواصل وفقاً للغة.

وبالرغم من أن الدليل التشخيصي الثالث المعدل ، يشدّد على الضعف اللغوي عند المنغلقيين ، فإن البحوث النفسية تشير إلى أن هؤلاء الأطفال يعانون من ضعف واضح في العمليات المعرفية والعقلية. لقد أظهرت هذه الدراسات أنهم عاجزون عن التمييز بين مثيرين بصريين (الاستجابة لواحد دون الآخر مثلاً) عندما تكون هذه المثيرات متفاوته من حيث الإضاءة (يمكنهم الاختيار بين الضوء الساطع والأقل سطوعاً) أو من حيث الحجم (بين المثير الكبير والمثير الصغير). كما أنهم يعانون من صعوبة خاصة في استعمال الإيحاءات المختلفة ، وغير قادرين على إعطاء المعنى للخبرة الحسية ، أو على استعمالها في معالجة المعلومات والعمليات المعرفية.

#### D- استجابات شاذة وغريبة لمظاهر البيئة المختلفة :

لقد بين كانر Kanner أن التأكيد المستمر على الاحتفاظ بالرتابة والتماثل من أهم دلائل الانغلاق على الذات. إن الأطفال المنغلقيين على ذواتهم يحاولون الاحتفاظ بالأشياء في أمكنة خاصة ، وكذلك الاحتفاظ بالروتين والرتابة ، كما أن أي مثير جديد أو تغيير في الروتين والنظام ، يؤدي إلى ردود

فعل كارثية catastrophic reaction . ففي حالته ، لقد أظهر ردود الفعل هذه عندما كانت والدته تعيد ترتيب أثاث المنزل . إن الانشغال المسبق بالموضوعات والأشياء الميكانيكية ، من الأعراض الشائعة عند مثل هؤلاء الأطفال ، فبعضهم يهتم كثيراً بجمع الأشياء ، وينزعج كثيراً حين يفتقدها . وهذه الأشياء ، يستعملها عادة ، بشكل نمطي صارم . إن حركات الجسم النمطية مثل الاهتزاز والتمايل ، والدوران والتلويع باليدين ، من المظاهر السلوكية للطفل المنغلق على ذاته .

E- غياب الهذيانات والهوسات والتناسق والترابط :

إن هذا المعيار يميز الانغلاق نحو الذات عن الاضطرابات العقلية الأخرى كالفسام مثلاً . فالأطفال المنغلقون على ذواتهم ، لا يظهرون هلوسات ولا هذيانات ، ولا حتى أحلام يقظة سوية . في الواقع ، إن أحلام يقظتهم فقيرة جداً وضحلة ، بالمقارنة مع غيرهم من الأطفال . وسنعود للتمييز بين هذا الاضطراب والفسام في بحث الفصام لاحقاً .

F- خصائص أخرى يميز بها الأطفال المنغلقون على ذواتهم :

هناك عدد من الصفات السلوكية التي تميز الأطفال المنغلقين على ذواتهم ، رغم أنها لم تذكر في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل . فقد بين وينغ Wing أن هؤلاء الأطفال يتميزون بالتعبيرات الوجهية الحزينة . وبالرغم من أن عندهم ضعفاً في العمليات المعرفية العقلية ، إلا أن بعضهم يظهر تفوقاً في قدرات خاصة كالموسيقا مثلاً ، أو الفن أو الرياضيات ، مما ينطوي تحت ما يسمى «العالم الأبله Idiot Savant» . وبالرغم من أن أكثر العلماء البلهاء إذا لم يكن جميعهم ، يعتبرون منغلقين على ذواتهم ، فإن هذه العلاقة ليست قابلة للعكس . إن أكثر هؤلاء الأطفال لا يظهرون أية قدرات عقلية خاصة (Laster 1978) .

نظرة إحصائية :

استناداً إلى الملاحظة المباشرة للإنجاز الدراسي والتحصيلي ، فقد بين كاتر أن والدي الأطفال المنغلقين ، يتميزون بذكاء ملحوظ . ولهذه الملاحظة

أهميتها ، لأن الاضطرابات النفسية الخطيرة (كالفصام مثلاً) تبدو شائعة ومنتشرة أكثر عند ذوي المستويات التعليمية المنخفضة والطبقات الاجتماعية الدنيا. وبالنظر للدراسات المتعددة ، فقد توصل (ريلاندر) إلى أن ملاحظة (كانر) دقيقة وصحيحة. ومن الممكن أن يكون الذكاء العالي والتحصيل العلمي والثقافي الجيد لآباء الأطفال المنغلقيين على ذواتهم ، من العوامل الهامة التي تدفع بهؤلاء إلى طلب المساعدة النفسية أكثر منه عند آباء المستويات الدنيا. وقد بينت دراسات أخرى (Gillberg and Schaumann 1982, Tsai, Stewart, Faust and Shook 1982) أن الملاحظات السابقة ربما تكون متحيزة بطرق ثابتة ، وأنه حين تكون العوامل والمتغيرات المنتقاة ثابتة ، فإننا لا نجد علاقة بين الانغلاق على الذات والطبقة الاجتماعية (وتبقى هذه النتيجة خاصة بالمنغلقيين وليس بالفصاميين ، لأن الآخرين أكثرهم من طبقات اجتماعية دنيا).

ومع أن الانغلاق على الذات لا يظهر مرتبطاً بالطبقة الاجتماعية والتعليم الأبوي ، إلا أنه يختلف من ثقافة إلى أخرى. مثلاً ، وجد لوتر Looter أن الأطفال المنغلقيين على ذواتهم في العديد من البلدان الإفريقية - بالرغم من تشابههم بالأمريكان والأوروبيين - فإنهم أقل انشغالاً بأشكال السلوك النمطي الثابت.

باختلاف الفصام ، فإن الانغلاق على الذات لا ينتشر في الأسر نفسها. وقد شدد كانر على أن هذا الاضطراب نادر. ففي عام ١٩٥٨ قابل (٢٠٠ ألف) طفل في عيادته الخاصة ، لم يجد بينهم سوى (١٥٠) حالة طفل يعانون الانغلاق على الذات ، مع أن كل الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب كانوا يحالون إليه. إلا أن الدراسات الوبائية حول حدوث الاضطراب وانتشاره ، قد بينت ، أنه أقل حدوثاً مما قرره كانر في عمله العيادي. لقد فحص (وينغ) الدراسات التي أجريت حول انتشار الاضطراب في بلاد متعددة ، وانتهى للحكم بأن هذا الاضطراب يحدث بنسبة ٤ أو ٥ لكل ١٠ آلاف طفل تتراوح أعمارهم تحت سن الخامسة العاشرة. وبالرغم من أن هذا الرقم ذو قيمة واضحة في تبيان أن

الاضطراب نادر ، ولكن يجب الانتباه إلى أن الأشكال الدقيقة النوعية لحدوثه ، صعبة المنال ، لأن قوائم المسح الوبائية غالباً ما تعاني من عدم الدقة التشخيصية في هذا المجال . ويكثر حدوث هذا الاضطراب بين الذكور منه بين الإناث . وتتراوح هذه النسبة من ٢,٥ ذكور مقابل حالة واحدة أنثى ، إلى ٤,٩٥ ذكور مقابل حالة واحدة أنثى . ومن بين ١٠٠ طفل يعانون الانغلاق على الذات ، يوجد ٨٠ منهم ذكور و٢٠ أنثى . كما تبين أن هذا الاضطراب أكثر انتشاراً بين الأطفال من الولادة الأولى ، بالرغم من أن بعض الدراسات الأخرى لم تؤيد ذلك .

### التشخيص التفريقي :

يظهر من العرض السابق أن تشخيص الانغلاق على الذات ليس مهمة سهلة ولكنه صعب للغاية . إن أصعب مهمة يواجهها عالم النفس والمعالج النفسي في التشخيص ، هي تفريقه عن غيره من الاضطرابات الأخرى الشائعة والمشابهة له وخاصة الاضطرابات التالية :

التخلف العقلي : فالعديد من الشروط والاضطرابات المتنوعة قد تنتج قصوراً عقلياً . ولذلك فإن الدليل التشخيصي والإحصائي بصيغته الثالثة المعدلة DSM III R يعتبر التخلف العقلي فئة تشخيصية مستقلة . وبالرغم من كون التخلف العقلي موجوداً عند الكثير من الأطفال المنغلقين على ذواتهم ، إلا أن بالإمكان تمييزهم عن الأطفال المتخلفين عقلياً غير المنغلقين على ذواتهم ، من خلال انعزالهم وعدم اكتراثهم ، وحاجتهم للرتابة والتماثل ، وفشلهم في اللعب مع الآخرين ، والضعف اللغوي ، والعجز عن النطق وأحياناً قدراتهم الخاصة المتميزة . فهذه كلها ليست موجودة عند الأطفال المتخلفين عقلياً .

الصمم : قد يكون من الصعب أحياناً التمييز بين الانغلاق على الذات والصمم ، باتباع الملاحظة المباشرة وحدها ، وذلك بسبب أن الأطفال المنغلقين يظهرون عدم حساسية واستجابة للمثيرات السمعية . فالأطفال الذين يعانون من إعاقات سمعية نادراً ما يظهرون المجموعة الكاملة لأعراض الانغلاق على الذات . وتحدث بعض الصعوبات التشخيصية التفريقية عندما

يكون الطفل المنغلق على ذاته يعاني من الصمم . ففي مثل هذه الحالة ، ليس من السهل تحديد ما إذا كان الطفل منغلقاً ذاتياً أم أصم ، من مجرد عدم استجابته وحساسيته للمثيرات السمعية . فبعض التشابهات والفروق بين الأطفال المنغلقين والمتخلفين عقلياً والذين يعانون من إعاقة حسية تبدو ممثلة في الجدول التالي :

مجموعة	تخلف عقلي	عمى وصمم جزئي	صمت انغلاقي	تكلم انغلاقي	خلل وعجز في
·	%٢٠	%٩٣	%٨٦	%٨٥	الاستجابة للصوت
%٤	%٦٧	%٩٣	%١٠٠	%١٠٠	استعمال الكلام
·	%٤٠	-	-	%١٠٠	استعمال الأسماء
%٤٠	-	-	-	%٧٥	التوجه لليمين واليسار والقيام بالحركات
·	%٢٧	%١٠٠	%٨٥	%٩٥	الإدراك البصري
·	%٧	%٦٠	%٨٥	%٥٥	فهم الحركات والإيحاءات
<b>خلل وعجز في السلوك</b>					
%٢٨	%٤٧	%٨٧	%٨٥	%١٠٠	تفضيل الإحساسات القريبة
%٤	%٢٠	%٩٣	%١٠٠	%٩٥	حركات نمطية
·	%١٣	%٥٣	%٨٥	%٩٥	انسحاب اجتماعي
%٢٠	%٧	%٦٠	%١٠٠	%١٠٠	تعاطف مع أشياء وروتين
%٢٠	%٤٠	%٨٠	%١٠٠	%١٠٠	مخاوف غير منطقية
%٢٠	%٢٧	%٨٧	%١٠٠	%٩٥	الحاجة للعب
%٢٨	%٢٧	%٧٣	%٨٦	%٩٠	سلوكيات مربكة اجتماعياً
%١٢	%٧٣	%٩٣	%٤٣	·	فقدان المهارات غير اللفظية

الفصام: لقد ارتبك العلماء كثيراً في الماضي عند مواجهتهم لحالات الانغلاق على الذات ، وسبب ذلك هو الغموض المتعلق بالكثير من الممارسات النفسية والطب نفسية أكثر من أي اضطرابين آخرين متشابهين في أعراضهما. في الواقع إن الأطفال المنغلقين ليسوا متشابهين مع الفصامين كثيراً. فقد أشار ريلاند إلى أن سير الاضطرابين يختلف في العديد من المظاهر. فالانغلاق نحو الذات يحدث خلال الأشهر الثلاثين الأولى من العمر ، في حين يبدأ حدوث الفصام في مرحلة الطفولة المتأخرة أو بداية المراهقة حيث يسبقه فترة من النمو السوي. من جهة ثانية فإن الأطفال المنغلقين يوصفون دوماً بأنهم أصحاب بظهور جيد ، في حين يبدو الفصاميون مرضى ، ومن الصعب تمييزهم جسدياً. إن الأطفال الفصامين لا يظهرون اللامبالاة وعدم الاستجابة العاطفية حين يقوم أهلهم بالتقاطهم وحملهم كنوع من المودة ، كما أنهم لا يظهرون ميلاً للرتابة والتماثل ، وهذا كله عكس المنغلقين من الأطفال. إضافة إلى ذلك ، يرتبط الفصام بالمستويات والطبقات الاجتماعية الدنيا في حين يظهر الانغلاق على الذات مستقلاً عن الطبقة والمستوى الاجتماعي.

- تناذرات (وأعراض) مشابهة للانغلاق نحو الذات. لقد بينت الدراسة الوبائية التي قام بها وينغ ، أن الانغلاق نحو الذات هو واحد من العديد من أشكال العجز والإعاقة المتشابهة في مرحلة الطفولة. في الواقع يقدم لنا الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية في صيغته الثالثة المعدلة (DSM IIIR) الانغلاق نحو الذات في فئة واحدة مع العديد من الاضطرابات النمائية المنتشرة التي تشترك معه في العديد من الأعراض والصفات. لذلك يلعب التشخيص التفريقي دوراً هاماً ويجب أن يطبق بحذر استناداً إلى معطيات الدليل التشخيصي ، وإلى حقائق علم النفس المرضي والسريري. وقد وضع العلماء العديد من الاختبارات والأساليب النفسية التي تستخدم في التشخيص التفريقي هذا ، وسنعرض لها لاحقاً .

مشكلات أخرى تتعلق بالتشخيص التفريقي: قد تظهر بعض الدلائل على

وجود خلل في الجهاز العصبي المركزي عند أكثر من نصف الأطفال المنغلقين على ذواتهم. وعدد منهم تتطور حالتهم إلى أشكال من نوبات الصرع في المراهقة. ولكن هذا لا يعني أن النسبة المتبقية خالية من الخلل العضوي. إن التقنيات العصبية التشخيصية الشائعة ليست حساسة للدرجة التي تظهر لنا ذلك الخلل. وبعض الأطفال الذين يبدو كأسياء، قد يظهر عليهم الخلل العصبي في وقت لاحق. إن الكثير من البحوث التي أجريت في هذا المجال، تبين أن الانغلاق على الذات هو اضطراب عصبي في حدوده الدنيا على الأقل.

لقد نشأت في الماضي العديد من المشكلات التشخيصية بسبب هذا الغموض، ولعدم وضوح المصطلحات والمفاهيم التي تصف المظاهر السلوكية للاضطراب. ويبحث العلماء حالياً عما إذا كان الأطفال المنغلقون يعانون من اضطراب في صورة الجسم Disurbed Body أو نقصهم العلاقات مع الموضوع Lack of Object relations. وبسبب عدم وجود اتفاق تام على هذه التعريفات والأوصاف، فإن هذا الاختلاف إن ينتهي، إلا أنه ذو أهمية علمية ونظرية معاً اليوم. فعندما يقتصر التشخيص على المعيار الموضوعي مثل ذلك المستخدم في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل (أو الرابع) فإننا سنواجه بالكثير من عدم الاتفاق.

### الأساليب التشخيصية:

إن أولى المحاولات لتطوير أداة أو أسلوب لتشخيص الانغلاق نحو الذات، قد أجريت من قبل المعالج النفسي ريملان Remland عام ١٩٦٤. ففي كتابه المعنون الانغلاق على الذات في مرحلة الطفولة Childhood Autism ذكر استخباراً تجريبياً صمم بحيث يطبق على الوالدين ويساهم في تحديد تناذر أو زملة الأعراض الكلاسيكية للاضطراب. وقد أظهرت الخبرة السريرية أن هذا الاختبار الذي يسمى (E1) بحاجة لتعديل. وبعد تعديله أصبح يسمى (E2) وصار يستعمل بشكل موسع من قبل العلماء والمعالجين للتمييز بين الأطفال المنغلقين على ذواتهم عن غيرهم من الأطفال الذين يعانون من

أعراض مرضية مشابهة . وهذه بعض البنود التي يضمها الاختبار:

غير المنغلقيين		المنغلقيون		البند
الصمت	الكلام	ن = ٣٥	ن = ٦٥	
المفتاح	ن = ٢٣٠			
هل تعتقد أن الطفل كان قريباً من حالة الصمم؟				
+	٥٤	٩٤	٧٧	١ - نعم
-	٤٦	٦	٢٣	٢ - لا
	١٠٠	١٠٠	١٠٠	
طفل ذو العمر من ٢ - ٦ ، هل يستجيب للعناق والاحتضان؟				
-	٢٠	٢	٢	١ - يرغب بالتمسك والتعلق بالراشدين
-	١٨	٨	٨	٢ - فوق المعدل ، يرغب بأن يحمل
+	٥٦	٨٨	٩٠	٣ - لا يرغب في أن يحمل ، إنه عنيد
٦		٢	٠	٤ - لا نعرف
١٠٠		١٠٠	١٠٠	
الطفل بعمر ٣ - ٥ كيفية مهارته في القيام بأعمال دقيقة باستخدام أصابعه ن واللعب بأشياء صغيرة؟				
+	٣٣	٧٥	٧١	١ - ذو مهارة عالية وممتازة
-	٢٣	٩	٦	٢ - فوق المعدل بالنسبة لعمره
-	٣٣	٨	١٥	٣ - قليل البراعة ، وكثير الارتباك
-	١١	٨	٨	٤ - لا نعرف
	١٠٠	١٠٠	١٠٠	

بالرغم من أن قوائم فحص ريملانند تتفق مع التشخيصات التي أجراها كينر ، فإن التقدير والتقويم التشخيصي للانغلاق على الذات قد بحثه عدد من

العلماء أمثال شوفر وريتفو. وهناك أداة فرز لهذا الاضطراب متعدد العوامل تستخدم لأغراض تربوية. ومع ذلك فقد تم التوصل إلى أنه لا توجد قائمة فحص جيدة وواضحة ، وأنا مانزال بحاجة للمزيد من العمل في هذا المجال.

### مآل الاضطراب وإنذاره:

لقد أجرى ديمير Demyer ورفاقه دراسة ، تبعوا فيها ٨٥ طفلاً و٣٥ طفلة يعانون من الانغلاق على الذات كمجموعة تجريبية ، و٣٦ طفلاً كمجموعة ضابطة. وقد ضمت عملية التقويم التشخيصي منذ البداية ، الفحوص الطبفسية ، والتقويم اللغوي ، والاختبارات النفسية ، والفحوص العصبية والجسمية ، والدراسات المخبرية. كما تمت مقابلة والدي هؤلاء الأطفال. وبعد سبع سنوات تمت مقابلة هؤلاء الأطفال ووالديهم ثانية ، وطبقت عليهم الاختبارات مرة أخرى. وقد تبين نتيجة هذه الدراسة لمآل الاضطراب ، أن عدداً قليلاً من الأطفال فقط استعملوا كلاماً معقداً أكثر مما تتطلبه الحاجة الآنية لهم. إضافة إلى ذلك فإن كل طفل منهم كان يعاني من التردد المرضي لنفس الكلمات والعبارات ، إضافة إلى مشكلات اجتماعية. وقد أصبحوا أكثر ميلاً للعزلة وأقل تواصلًا مع محيطهم. كما أن أكثرهم يعاني من ضعف في الأداء العقلي يتدنى عن أداء المتخلفين عقلياً.

وقد اهتمت عدة دراسات بمآل هذا الاضطراب وقدمت معلومات تتعلق بحالة هؤلاء الأطفال في مرحلة الرشد. وقد تبين منها أن ٧٥٪ من الأطفال المنغلقيين يشبهون المتخلفين عقلياً خلال حياتهم ، وأن ٢٨٪ قد تطورت عندهم الحالة إلى نوبات مرضية Seizurer قبل سن الثامنة عشرة. وقرر بعض العلماء أمثال (دايمر) أنه حتى بالنسبة للأطفال الذين يتحسنون ، تستمر عندهم مشكلات اجتماعية شديدة تتعلق بالتفاعل التبادلي. وقد قام دايمر عام ١٩٨١ بدراسة البحوث الطولانية المتعلقة بالاضطراب خلال مراحل النمو المختلفة (الطفولة والمراهقة والرشد) وعمل على نشرها ، وتوصل إلى النتائج التالية:

النسبة المئوية للأطفال	المحصلة أو النتيجة
بلوغ المعيار	المعيار
	نتيجة عامة :
١٩ - ٥	جيد
٢٧ - ١٦	مناسب
٧٤ - ٥٥	ضعيف
	معيار خاص :
١٦ - ٦	يطور كلام طبيعي
٥١ - ٤٦	يطور بعض الكلام
٣٢	لا كلام
١٠ - ٠	المستوى المدرسي المناسب لسنه
١٨ - ٠	استخدام ما حصله
٤٥ - ٤٢	إدخال طويل المدى للمعاهد والمؤسسات

مآل الانغلاق حول الذات واضطرابات نمو منتشرة أخرى عند الأطفال.  
ملخص ثلاث دراسات.

ويبدو من هذه النتيجة أن من ٥ - ٢٠٪ من الأطفال المنغلقيين حول ذواتهم

يصلون إلى حد السواء والاعتدال. وأن ٢٧٪ حصلوا على نتيجة مقبولة. وأن ٦٠ - ٧٥٪ حصلوا على نتيجة ضعيفة. وفي جميع الأحوال يكون المآل الجيد للاضطراب مرتباً بالأداء والسلوك الوظيفي المعرفي (وخاصة القدرة اللغوية) في مراحل الحياة المبكرة. إن الأطفال الذين يملكون قدرات تواصل مفيدة وجيدة في سن الخامسة ، أكثر ميلاً للتحسن من أولئك الذين لا يملكون هذه القدرات. كما أن التحسن يرتبط أيضاً بالحالة العصبية للطفل. فالأطفال الذين يعانون من خلل وظيفي عضوي أقل ميلاً للتحسن من أولئك الذين يكون عندهم هذا الخلل في حده الأدنى.

إن قدر بعض الأطفال ونصيبتهم يكون مشؤوماً كما قال كينر Kanner في ورقة العمل المعنونة «ما هي الدرجة التي يمكن أن يصل إليها الطفل المنغلق على ذاته في مجال التكيف الاجتماعي؟».

لقد لاحظ كينر (٩٦) مريضاً شخصوا من قبله على أنهم يعانون من الانغلاق حول الذات ، (١١) منهم كانوا ناجحين في مرحلة الطفولة ، وقد أشار إلى أن ثلاثة منهم قد حصلوا على درجات جامعية ، وثلاثة آخرين قد حصلوا على تعليم متوسط. من جهة ثانية ، كان ثمانية منهم يعيشون منعزلين وحيدين (أما المتبقين منهم فكانوا يعيشون مع أسرهم) ، وجميعهم كانوا يعملون ، ويتراوح عملهم بين مساعدي صيادلة وموظفي استعلامات في البنوك. وبالرغم من أن هؤلاء المرضى جميعهم قد أظهروا قدرة على الإنجاز والعمل في المجتمع ، إلا أن أيّاً منهم لم يفكر ملياً في الزواج ، وظلوا يظهرن مشكلات في علاقاتهم الاجتماعية المقربة. وبالرغم من أن هذه النتائج تبين أن بعض الأطفال المنغلقين حول ذواتهم لهم مستقبل أفضل من غيرهم ، إلا أننا يجب أن نتذكر أن الأغلبية العظمى منهم مقدر لهم العيش بأمل ضعيف (Schawrtz and Johnson 1985).

#### العوامل السببية للانغلاق نحو الذات: البحث والنظرية:

هناك العديد من النظريات التي وضعت لتفسير الانغلاق على الذات ، يمكن جمعها في فئتين: الأولى ، ترى أن الانغلاق على الذات ناشئ عن

عوامل نفسية أولية ، والثانية ، تعتبره نتيجة لعوامل بيولوجية في الأساس .  
ويجب أن نلاحظ أن بعض الاتجاهات حاولت دمج الفتتين معاً في شرح أسباب  
الاضطراب .

### أولاً - العوامل السببية النفسية :

لقد ساد في ذهن علماء النفس والأطباء النفسيين لفترة طويلة من الزمن ،  
النظر إلى الانغلاق على الذات ، على أنه ناتج عن عوامل نفسية واجتماعية  
Psychosocial Factors . وبالرغم من وجود جدل ونقاش حول دقة هذه  
العوامل ، إلا أن النظريات ذات المنشأ النفسي قد ركزت على الاضطراب في  
العلاقة بين الأم والطفل .

١ - الشخصية الأبوية : على الرغم من أن (كينر) ليس من أصحاب الاتجاه  
النفسي في عوامل الانغلاق على الذات ، إلا أنه شدد على الشخصية الأبوية  
وصفاتها ، والدور الذي تلعبه في تكوين هذا الاضطراب . فقد بحث صفات  
شخصية الأب البارد refrigerator parent وأشكال سلوكه التي تتميز  
بالجمود وعدم الدفء العاطفي . من جهة ثانية ، فإن الخلل الوظيفي الانفعالي  
في العلاقة بين الأب والطفل ، تلعب دوراً هاماً أيضاً . وبالرغم من أن التعريف  
الذي وضعه العالم (بتلهيم) للانغلاق على الذات أوسع من التعريف الذي  
وضعه الدليل التشخيصي والإحصائي ، إلا أن نظريته تعكس وجهات نظر  
متعددة . فمن وجهة نظره : ينتج سلوك الطفل الانغلاق عن نكران الذات  
Denial of Self في الدفاع ضد البيئة المضطربة (وخاصة الأم) . في حين يقول  
(أيدلسون) : إن الطفل المنغلق على ذاته يبدو في سلوكه كرد فعل على فقدان  
الحب الأمومي ، ويعزوه آخرون إلى صراعات ناتجة عن الاعتماد على الأم ،  
وهذه الصراعات لم تجد حلاً .

٢ - الانحراف البيئي : على العكس من نظرة بيتلهيم ، وغيره من أصحاب  
النظريات الدينامية ، فقد طبق فيرستر Ferster (١٩٦١) طريقة الاشراف  
الإجرائي لتحسين السلوك الانغلاق . والفكرة الجوهرية له هي أن البيئة الأولى  
للأطفال المنغلقيين فشلت في تعزيز أشكال السلوك المناسب ، وأن الأطفال

الذين تعلموا قليلاً من أشكال السلوك الاجتماعي ، يقومون بسلوكيات تكرارية ومشاركة ذاتياً ، لأنها تعزز مباشرة من خلال الآثار البيئية الآنية .

### ٣ - العوامل ذات المنشأ النفسي والاستعدادات العضوية :

إن الفرضيات ذات المنشأ النفسي للمرض متعارضة مع فكرة أن بعض الأطفال يظهرون استعداداً عضوياً باتجاه تطوير الانغلاق على الذات . في الواقع ، يبدو أن النظريات السيكوجينية (النفسية الوراثية) منطقية في افتراضها أن بعض الأطفال عندهم استعداد لتطوير الانغلاق على الذات في استجاباتهم للخبرات التي لا يتأثر بها أطفال آخرون . إن مجرد القول بأن مثل هذه الاستعدادات السابقة موجودة ، لا يقدم لنا تفسيراً ، ولذلك من المفيد أن تكون هناك نظرية تصف طبيعة هذه الاستعدادات والآلية التي تقود إلى الانغلاق على الذات . وغالباً ما تكون الاستعدادات المفترضة محددة بغموض ، ومفاهيمها غير مصاغة بوضوح ودقة . في مثل هذه الحالات ، يواجه تفهم الانغلاق على الذات صعوبات تعيق عملية تقدمه .

### ٤ - العوامل النفسية المنشأ :

وضع الفرضية (نظرة نقدية) : إن الفرضيات المتعددة التي تعتمد العوامل النفسية في تفسير الانغلاق على الذات ، ينقصها التوجه العلمي ، وذلك بسبب أنها وضعت افتراضات ضمنية غير قابلة للتجريب والاختبار . مثلاً ، تفترض العديد من هذه النظريات السيكوجينية ، أن الحماية الزائدة للأم ، والعوز ، تقود إلى اضطرابات موجودة عند الأطفال المغلقين على ذاتهم . لترك جانباً السؤال المتعلق حول ما إذا كانت أمهات الأطفال المغلقين يسلكون بشكل مخالف لأمهات الأطفال الأسوياء أم لا . هناك دليل جيد يفترض أن ممارسات الأم من أي نوع لا يمكنها أن تؤدي إلى الانغلاق على الذات . وبغض النظر عن هاتين الوجهتين المتطرفتين لمستوى التفاعل بين الأم والابن ، فإن هؤلاء الأطفال لا يظهرون دليلاً قوياً للانغلاق نحو الذات أكثر مما يظهر جميع أفراد المجتمع الأصلي . فإذا كان نقص التعاطف الوجداني الأموي مسؤول بأية درجة

عن الانغلاق على الذات ، فيمكن أن نتوقع تشكل العرض على هذا النوع من السلوك .

ويجب التركيز على أنه إذا كان الانغلاق على الذات شائعاً بهذا الشكل الذي تتمثل فيه الأعراض ، فإن هناك سبباً يدفع للشك بدقة أو ثقة النظريات المتعلقة بالعوامل النفسية المنشأ . لا يوجد دليل مقبول حول كون أمهات الأطفال المغلقين يختلفون عن أمهات الأطفال الآخرين في شخصيتهم أو في الطريقة التي يتفاعلون بها مع أطفالهم . إن هذا الانتقاد الرئيسي ، يركز على كون العوامل النفسية المنشأ تشدد على دور شخصية الأم باعتباره العامل السببي الرئيسي . ونفس الانتقاد ينطبق أيضاً على المنظور البيئي للعالم فيرستر السابق ذكره . لا يوجد دليل على أن البيئة المبكرة للأطفال المغلقين تختلف بشكل ملحوظ عن تلك التي للأطفال الآخرين . في الواقع ، إن وجود أخوة وأخوات أسوياء للأطفال المغلقين ، يقف برهاناً ضد هذا الاتجاه في العوامل السببية . ويبدو أن هناك توجهاً قليلاً الآن للاستمرار في التركيز على العوامل النفسية المنشأ في حدوث الانغلاق على الذات ، ولهذه العوامل دورها على الشكل التالي : إن مشاعر الذنب والإثم يحدث عند آباء الأطفال المغلقين الذين تكون حياتهم محملة وثقيلة بأعباء وشروط تؤثر في الطفل وتكون لها آثارها الكبيرة .

### ثانياً - العوامل البيولوجية المنشأ :

تتراوح النظريات البيولوجية بين تلك التي تبحث في العناصر الجينية الوراثية للانغلاق على الذات ، وتلك التي تبحث الأساس العصبي والبيوكيماوي . وهناك سبب جيد للافتراض بأن بعض أشكال التفسيرات البيولوجية أكثر احتمالاً واعتماداً في تفسير الانغلاق على الذات من اعتماد النظريات النفسية المنشأ ، وذلك للأسباب التالية : إن الانغلاق على الذات يتواجد حالياً بعد الولادة ، مما يجعل التفسيرات المستندة إلى النظريات النفسية لاتفي بالعرض ، وفوق ذلك تختلف نسبة الاضطراب بين الجنسين ، (عند الذكور أعلى منها بين الإناث) مما يتفق مع النظرية البيولوجية في تفسيره . إن وجود السلوك الانغلاقي بين الأطفال الذين عندهم خلل بالدماغ ، وكذلك

ارتباط الاضطراب بالحصبة الألمانية الخلقية من جهة ، وبالمواد السمية الكيماوية من جهة أخرى ، وكذلك النسبة العليا لحدوثه عند اللواتي تعرضن لصعوبات في الولادة والحمل ، هذه جميعها تؤكد التفسير البيوجيني (البيولوجي والجيني) للاضطراب .

١ - الوراثة: على الرغم من أن الانغلاق على الذات لا يتبع نفس الطريقة التي يورث بها لون العينين مثلاً ، إلا أن هناك احتمالية كبيرة لإيجاد طفل انغلاقي ثانٍ في الأسرة التي شخص فيها أحد أفرادها بهذا الاضطراب مما هو الحال في الأسر الأخرى . وفوق ذلك فإن الاضطرابات العقلية المعرفية وخاصة اللغوية ، أكثر انتشاراً في أسر الأطفال المغلقين على ذواتهم . وبالرغم من أن هذه النتائج افتراضية يبقى من غير الواضح بدقة ما هو الدور الذي تلعبه الوراثة في هذا الاضطراب . فبعض الباحثين يشددون على أن بعض الأفراد يرثون الاضطراب (Ritvo, 1983) بينما بعضهم الآخر يعتقد بأن الاضطرابات المرافقة للانغلاق على الذات (مثل اضطرابات اللغة والنطق) هي الموروثة ، والاحتمال الثالث أن ما يتم وراثته ، ليس الاضطراب نفسه ، ولكن بعض السمات الأخرى التي تحدث الانغلاق على الذات بشكل غير مباشر . مثلاً ، المقاومة الضعيفة للفيروسات قد تفسر العلاقة بين الانغلاق والحصبة الألمانية . إن هذا الاحتمال الأخير يتفق مع نتائج (فولستير ورتر) ، بأن الانغلاق على الذات لا يحدث دوماً بين التوائم المتماثلة . فإذا كان الاضطراب يورث ، يجب أن يتأثر به ويرثه التوائم جميعاً . وإذا كان ما يورث هو الاستعداد أو التأهب للإصابة (أي قابلية التعرض لفيروسات معينة أو مخاطر بيئية) فإن هؤلاء الأطفال الذين تعرضوا لمثل هذه المخاطر والاستعدادات هم الذين سيحدث عندهم الاضطراب فقط .

## ٢ - العوامل العصبية (علم الأعصاب):

إن من أكثر الطرق وضوحاً في دراسة أدمغة الأطفال المغلقين على ذواتهم ، هي فحصها بشكل مباشر . وفي عام ١٩٧٦ فحص دار بلي من خلال تشريح جثث العديد من الأطفال الذين شخصوا على أنهم يُعانون من الانغلاق على الذات (وكانوا ذهانين) ، فوجد أن أكثر الحالات تتضمن خللاً عصبياً ،

بالرغم من عدم تجانس هذا النوع من الخلل . من جهة ثانية ، يمكن القول بأنه بسبب كون أكثر الأطفال المغلقين لا يموتون وهم صغار ، فمن الممكن أن تكون هؤلاء حالات استثنائية لا تمثل الأغلبية أي المجتمع الأصلي .

إن الدراسات التي استخدمت الأجهزة الفيزيولوجية ، مثل راسمة المخ الكهربائي ، والتي تمثل النشاط الكهربائي في أجزاء مختلفة من الدماغ والجهد المرتبط بها حين الاستجابة لمواقف ومثيرات مختلفة . إن الشذوذ والاضطراب في هذا النشاط الكهربائي ، قد ظهر عند الأطفال المغلقين ، ولكن لم يبين أن هناك خللاً أو شذوذاً فريداً ومميزاً للانغلاق على الذات .

إن إحدى الفرضيات التي تستند إلى الدراسات التي تجري على راسمة الدماغ الكهربائية ، تبين أن الأطفال المغلقين يعانون حالة مزمنة من الإثارة والتيقظ *Chronic state of underarousal* . إن مفهوم الإثارة والتنبه أو التيقظ هو حالة من التنشيط *Activation* وهو من المفاهيم الشائعة في علم النفس . إنه يعزى إلى بُعد يختلف عن حالة النوم إلى حالة من التوتر العالي . فخلال ساعات الاستيقاظ ، يجد أكثر الناس لأنفسهم بين هذين الطرفين أو البعدين . ومن الممكن أيضاً أن يختلف بعض الأفراد بشكل واضح عن المعيار ويكونوا مفرطي الإثارة والتيقظ أو أدنى من ذلك بكثير وبشكل مزمن . وبالرغم من أن هناك دليل مباشر من راسمة الدماغ الكهربائية ، ودلائل أخرى غير مباشرة أيضاً ، تشير إلى أن الأطفال مغلقين ربما يكونوا مفرطي التيقظ والتنشيط بشكل مزمن ، فإن الفرضية تبقى تأملية ولم يتم قبولها .

بالرغم من أن التقارير الناتجة عن راسمة الدماغ الكهربائية ، تعتبر مقاييس تزودنا بدليل غير مباشر على بنية الدماغ ووظيفته ، فمن الممكن استعمال تقنيات متعددة لبيان الشذوذات والخلل الموجود في مناطق محددة بالدماغ ، ويشدد بعض العلماء على أن هذا العمل الجديد يشير إلى الخلل (سوء الوظيفة) في أجزاء أولية ورئيسية بالدماغ (وخاصة جذع المخ) عند الأطفال المغلقين على ذواتهم . تبقى هذه الفرضية بحاجة إلى إثبات . من جهة أخرى فقد وجد هوسر وزملاؤه (Hawser and Others 1975) أن أشكال الخلل والضعف

البنائي والتكويني لأدمغة الأطفال المغلقين نحو ذواتهم ، يمكن كشفها باستعمال الرسم السطحي بأشعة أكس. وقد استخدم الباحثون حديثاً ، الكمبيوتر مع هذه الطريقة ، حيث أمكن تبيان النسيج الدقيقة والمرنة في الدماغ ، كما تبين أشكال الخلل والضعف العصبي في الدماغ بالمقارنة مع مجموعات ضابطة ، إلا أن صدق وثبات هذه النتائج بحاجة إلى إثبات .

لقد افترض بعض العلماء أن الأطفال الذين يعانون من الانغلاق على الذات يعانون ضعفاً في النصف الأيسر للقشرة المخية. وقد أيدت دراسات أخرى هذه النتيجة ، حيث تبين أن هؤلاء الأطفال يعانون من الصرع وعندهم خلل في القشرة المخية مما يؤدي إلى اضطرابات معرفية متنوعة. إن الخلل في نصف الكرة المخية الأيسر عند الأطفال المغلقين هو سبب الضعف اللغوي الذي يعانيه هؤلاء. وقد أيدت بعض الدراسات هذا الافتراض ، مثل دراسة سكوارتز (Schwartz 1985) ولم تؤيدها دراسات أخرى ، مثل دراسة فين ورفاقه (Fein and Others).

### ٣- الكيمياء الحيوية :

منذ مدة تزيد عن الخمس عشرة سنة ، والدراسات تجري من أجل معرفة ضروب الخلل البيوكيماوي عند الأطفال المغلقين على ذواتهم. وبالرغم من وجود احتمالات متعددة حول ذلك ، إلا أن تركيز العلماء كان على مادة السيروتونين باعتباره أحد أهم المواد الكيماوية بين الخلايا العصبية. إنه ناقل عصبي يسمح بمرور السيالات العصبية عبر الخلايا. وقد وجدت دراسات متعددة مستوى عالياً من السيروتونين في الصفائح الدموية عند هؤلاء الأطفال. ولسوء الحظ ، فإن الأطفال الذين لا يعانون من هذا الاضطراب قد أظهروا أيضاً درجة عالية من هذه الناقل العصبي ، كما أن بعض الأطفال الذين يعانون من الانغلاق على الذات قد أظهروا مستوى طبيعياً من هذا الناقل ، لذلك لا يمكننا القول بأن مستوى السيروتونين يميز الذين يعانون من هذا الاضطراب.

## العوامل البيولوجية «الوضع الحالي»:

بالرغم من أن النظريات النفسية في تفسير نشوء الانغلاق على الذات ، كانت منتشرة في فترة زمنية معينة ، أكثر من النظريات البيولوجية ، فإن الاتجاه اليوم يختلف تماماً . وهناك الكثير من البحوث التي ركزت على افتراض الخلل الكيماوي والعصبي للأطفال المنغلقيين نحو ذواتهم . وعلى الرغم من أن هذه البحوث غير نهائية ، إلا أنها تبدو متقاربة ، فالأطفال المنغلجون على ذواتهم يملكون استعدادات خلقية وهم مؤهبون فطرياً بالوراثة أو باكتساب حوادث الولادة . إن نتيجة هذا الاستعداد هو عجز لغوي وعدم القدرة على إنجاز أشكال التواصل والموودة الإنسانية الطبيعية . وبالرغم من عدم وجود دلائل عصبية وكيماوية واضحة وقاطعة تميز هذا الاضطراب ، فإن تقنيات جديدة يعقد عليها الأمل في كشف مثل هذه الدلائل والملاحظات في فترة قريبة .

### علاج الانغلاق نحو الذات :

#### العلاج النفسي Psychotherapy :

إن الأطفال المنغلقيين على ذواتهم قد تمت معالجتهم بالطرق النفسية والكيماوية المعروفة . فمن الطرق النفسية التي عولجت بها ، طريقة التحليل النفسي . إن التقرير الذي قدمه المعهد القومي للصحة النفسية عام ١٩٧٥ ، يلخص نتائج بحوث كثيرة أجريت في السنوات الأخيرة ، وانتهت للقول بأن العلاج النفسي للأطفال الذين يعانون من الانغلاق على الذات والذين يملكون تبصراً ، لم تثبت فعاليتها . ومع ذلك هناك الكثير من مؤيدي هذا النوع من المعالجة وخاصة عالم النفس بتلهيم Bethlehem الذي يعتقد بأن هؤلاء الأطفال يجب نقلهم من منازلهم إلى مدرسة خاصة (لأن عالمهم وبيئتهم الواقعية تعتبر بمثابة تهديد لهم ) ويجب علاجهم من قبل معالجين يتيحون لهم التصرف بحرية . ويجب أن نتذكر أيضاً ، أن تعريف بيتلهيم للانغلاق على الذات أكثر عمومية من التعريف الذي قدمته الجمعية الأمريكية للطب النفسي في دليلها التشخيصي والإحصائي الأخير (DSM VI) . إن فعالية

العلاج الذي قدمه بتلهاميم في معالجة الأطفال الذين يعنون من تناذر كانر Kanner Syndrome يبقى غير واضح .

بالإضافة إلى العلاج النفسي ، فقد اقترح بعضهم ما يسمى الإثارة الجسمية أو إثارة الجسد Body Stimulus كطريقة لعلاج الأطفال المنغلقين على ذواتهم . وقد تم اقتراح استعمال طرق العلاج الجمعي ، والعزل الجسمي ، وغيرها في فترة زمنية معينة ، ولكن أياً منها لم يحدث تغيراً في حياة هؤلاء الأطفال المضطربين .

### العلاج السلوكي (وتعديل السلوك) Behavioral Therapy :

إن أكثر الطرق المستعملة في معالجة الأطفال الذين يعانون من الانغلاق نحو الذات ، هي العلاج السلوكي وتعديل السلوك (الذي يطبق غالباً كجزء من برامج التربية الخاصة) الذي يتيح لهؤلاء الأطفال تعلم مهارات متنوعة تقود إلى تحسين تواصلهم وسلوكهم الاجتماعي . ويقول عالم النفس بيلهام Belham «إن تعديل السلوك في هذا الوقت هو علاج الاختيار والبديل للانغلاق على الذات» وسنشرح هذه التقنية العلاجية بالتفصيل لاحقاً .

بالرغم من أن تعديل السلوك قد أدى إلى تحسين واضح ومفيد ، فلا يعني أنه الدواء الوحيد «أي العلاج الوحيد» Panacea . فقد بينت بعض الدراسات المبكرة ، أن بالإمكان تحسين لغة هؤلاء الأطفال عن طريق التعزيز وبعض التغيرات في البيئة . إلا أن بحوث أخرى أظهرت أن هؤلاء الأطفال المنغلقين ، يظهرون مبالغة في انتقاء المثيرات التي يواجهون صعوبة في تعلم المهارات الاجتماعية . إن المبالغة في انتقاء المثيرات ، يحدث عندما يتعلم الطفل بالإشراف أن يستجيب إلى مثيرات متعددة الأبعاد ، ولكن يتعلم الاستجابة إلى واحد منها فقط . وبسبب كون مواقف التعلم المتعددة متضمنة مثيرات مضاعفة ومتنوعة تتواجد بشكل متزامن من قبل المعلمين ، والأهل والمعالج ، فإن الطفل غير قادر على الاستجابة لأكثر من نوع واحد (أي مثير واحد) . وهذه الظاهرة تجعل الطفل المنغلق على ذاته غير قادر على اكتساب الاستجابات المناسبة . وهذا ما يفسر سبب حاجة مثل هؤلاء الأطفال إلى (وعجزهم عن)

القيام بأشكال السلوك الطبيعية. لقد استخدمت هذه الظاهرة (أي المبالغة في انتقاء المثيرات) والاستجابة لها ، من أجل تفسير العديد من المشكلات التي يعانيها هؤلاء الأطفال ، ولذلك فقد اهتم المعالجون النفسيون السلوكيون بوضع برامج علاجية يتدرّب فيها هؤلاء الأطفال على أن يكونوا أقل انتقاءً للمثيرات .

### العلاج الدوائي Pharmacology :

لقد استخدم العلاج الدوائي في فترة معينة لعلاج الانغلاق على الذات ، واعتبر العلاج الأكثر فعالية لخفض أعراض الاضطراب ، ولكنه بدأ أقل فعالية في فترة لاحقة . والسبب في ذلك هو أن أكثر هذه الأدوية قد استخدمت بشكل غير مضبوط ، ولكن بعد أن تمت مقارنتها مع الأدوية الوهمية (Placebo) لم يظهر الأطفال المنغلقون تحسناً ذا دلالة ، باستثناء الدواء المسمى هالبيريدول Haloperidol الذي يستخدم أيضاً مع الفصامين من الراشدين ، حيث إن له تأثير في تحسين قدرة الأطفال المنغلقين على التعلم ، كما أن الجرعات الكبيرة من الفيتامينات تؤدي إلى تحسين الأعراض عندهم . ومن أهم الأدوية المستخدمة حالياً هو فينفلورامين Fenflurmane .

إن أكثر طرق المعالجة الدوائية لهذا الاضطراب قد نشأت استناداً إلى الفرضية التي توصلت إليها البحوث السريرية والتجريبية ، والتي تقول بأن الأطفال الذين يعانون من الانغلاق على الذات عندهم درجات عالية من السيروتونين في الصفائح الدموية . وبالرغم من ذلك فقد ظهر التحسن واضحاً عند هؤلاء الأطفال والذين لم تكن عندهم نسبة السيروتونين عالية بالمقارنة مع غيرهم . والدراسات ما تزال جارية في هذا المجال .

### الانغلاق على الذات ، الحاضر والمستقبل :

لقد زادت البحوث الكثيرة التي أجريت في السنوات الأخيرة من فهمنا للانغلاق على الذات . فقد بدأ واضحاً أنه ، على الرغم من أن الاضطراب يمثل فئة تشخيصية محددة ونوعية من الأعراض ، فإن هناك عدداً من الأطفال يظهرون بعضاً منها فقط ، ويقومون ببعض أشكال السلوك الانغلاقي . ويجد



أن أكثرهم يصل مرحلة المراهقة أو الرشد وهم ما يزالون بحاجة للمساعدة. لسوء الحظ ، فقد أنجز القليل حول هذا. إن على المراهقين أن يتعلموا التعامل مع دوافعهم وحاجاتهم الجنسية الناشئة ، وأن يتعلموا عدداً كبيراً من المهارات الاجتماعية الجديدة. إن تقديم التدريب والتسهيلات أمر ضروري في علاج هؤلاء الأطفال. وختاماً نقول: إن العديد من الدراسات قد أظهرت أن المداخلة العلاجية للاضطراب والوقاية منه ليست أمراً قريب المنال.

### اضطرابات النمو المنتشرة التي تبدأ في مرحلة الطفولة:

بالرغم من أن ملاحظات كانر المبكرة قد افترضت أن الانغلاق على الذات يمثل تنازراً فريداً ومميزاً من الأعراض النفسية ، فقد بدا واضحاً أكثر من السابق ، أن هناك عدداً من الأطفال يظهرون بعضاً من هذه الأعراض الشخصية الخاصة بالاضطراب وليس كلها. وكما ذكرنا سابقاً ، فإن الأدوات التشخيصية قد صممت لمحاولة عزل هؤلاء الأطفال الذين يشبهون المنغلقين على ذواتهم كثفة تشخيصية. هذه الجهود قد واجهت نجاحاً لا بأس به ، وكان من السهل عزل اضطرابات النمو الأخرى عن تناذر الانغلاق على الذات.

إن هؤلاء الأطفال الذين يظهرون أعراضاً شبيهة بالانغلاق على الذات ولكنها لا تتطابق معها كثفة تشخيصية ، قد سميت سابقاً باسم «الخبل المبكر» التي تنطوي على ذهانات شبيهة بالفصام وتحدث في الطفولة. وقد كتب هيلر Heeler عام ١٩٣٠ عن العرض الذي سماه الخبل في الطفولة الأولى والمهد ، واعتبرها أحد أنواع الفصام. في حين شدد ماهلر Mahler عام ١٩٦٨ من جهة ثانية على التفاعل التكاملي بين الأم والطفل حين وصف هذا النوع من الذهانات. وقد اعتبر أن هؤلاء الأطفال قد فشلوا في النمو إلى ما بعد العلاقة التكاملية بين الأم والطفل في مرحلة الطفولة الأولى ، ولذلك فإنهم يظهرون حالة من الهلع والخوف حين يفصلون عن أمهاتهم. وأخيراً ، فإن بعض الباحثين قد رجع إلى ما يسمى الذهانات غير التكاملية التي تنمو في الطفولة الأولى وبعد فترة من النمو الطبيعي (Rutter 1972) ، وقد أظهر هؤلاء الأطفال ضعفاً وخللاً في المهارات الاجتماعية وفي القدرات العقلية المرافقة

بأساليب تكلفية ومصطنعة من الكلام والتعبير .

ومع أن كل باحث قد ركز على تفصيلات معينة ، فإن هذه التناذرات (زملة الأعراض) تتداخل مع غيرها ، والعديد منها يتداخل مع الانغلاق على الذات أيضاً . وفي محاولة توضيح بعض هذه العلاقات بين الاضطرابات ، أجرى وينغ Wing عام ١٩٨١ دراسة بيولوجية وبائية في لندن ، حيث يوجد ٣٥ ألف طفل تحت سن الخامسة عشرة . وقد أراد أن يحدد كل قرارات إحدى الجهات المسؤولة (الطبية أو الاجتماعية أو التربوية) أنه يعاني من مشكلة نفسية . ويعني هذا أن يصنف الأطفال في فئات من أجل اتباع طريقة علاجية لكل منهم وقد تبين له أن هناك ٩١٤ طفلاً كانوا يعانون تخلفاً عقلياً من مستويات متنوعة ، إضافة إلى اضطرابات النمو المنتشرة بما فيها الانغلاق على الذات . ومن بين الـ ٩١٤ طفلاً ، يوجد ١٦٣ منهم يعانون اضطرابات نمائية متنوعة ، و ١٧ طفلاً يعانون من الانغلاق على الذات . وقد تبين أن ٥٧ طفلاً يسلكون أشكالاً خاصة ومميزة من السلوك وعندهم أعراض متنوعة . وبسبب عدم إمكانية تشخيصهم في فئة محددة ، فقد صنفتهم الجمعية الأمريكية للطب النفسي في دليلها التشخيصي والإحصائي تحت اسم «اضطرابات النمو المنتشرة» التي تبدأ وتستهل في مرحلة الطفولة ، وهذه الاضطرابات متجانسة نوعاً ما . فبعض هؤلاء الأطفال يكونون ضحية لأمراض تعرضوا لها في طفولتهم الأولى . مثلاً ، الطفل السوي قد يصاب بالتهاب الدماغ مما يؤدي إلى هذه الاضطرابات النمائية . قد تبدأ المشكلة بعد صدمة أو أذى في الرأس . كما أن بعض الأطفال لا يمكن كشف سبب عضوي محدد لحالتهم . إن تضمين هذا التشخيص في الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية ، لا يشمل كون هؤلاء الأطفال يعانون من اضطراب فردي واحد ، وهناك عدد من اضطرابات النمو المنتشرة والحادة في مرحلة الطفولة غير الانغلاق على الذات .

تعريف اضطرابات النمو المنتشرة وتشخيصها :

إن المعيار الذي يعتمد عليه الدليل التشخيصي ، من أجل بداية حدوث اضطرابات النمو المنتشرة ، موضحة فيما يلي وكما وردت في الدليل :

١ - خلل مستمر في العلاقات الاجتماعية ، مثل حاجتهم إلى الاستجابة الوجدانية المناسبة ، كما ينقصهم التعاطف الوجداني .

٢ - وجود ثلاثة من المظاهر السلوكية التالية على الأقل :

أ - قلق شديد ومفاجيء يبدو من نوع القلق العائم أو الطافي المنتشر ، مع هجمات من الهلع والخوف غير المتوقع .

ب - انفعال ووجدان غير مناسب أو مقيد ، كما تنقصهم ردود فعل الخوف ، مع حالة مزاجية متطرفة .

ج - يقاوم التغيير الذي يحدث في البيئة ، والاستمرار في اتباع طرق جامدة لا تتغير طوال الوقت .

د - اضطراب في اللغة والنطق .

هـ - حساسية مفرطة للمثيرات المختلفة .

و - إيذاء الذات ، كالعض والضرب .

٣ - بداية كامل الأعراض بعد ثلاثين شهراً من الولادة ، وقبل الثانية عشرة من العمر .

٤ - غياب الهذيان (التوهيمات) والهوسات ، ووجود تفكك ملحوظ في الشخصية .

وكما يبدو لنا فإن المعيار الأول (رقم ١) هو الفشل في تكوين علاقات اجتماعية . وبالرغم من أن الطفل قد يظهر نفس الميول الاجتماعية التي يظهرها الأطفال المنغلقون ، فإن التمسك والتشبث غير الطبيعي (كما وصفه ماهر) يمكن اعتباره إشارة لاضطراب العلاقات الاجتماعية .

لقد اقترح وينغ أن الفشل في تطوير العلاقات الاجتماعية الطبيعية يعتبر الأساس؛ الذي يقف خلف كل اضطرابات النمو المنتشرة ، والتي تشترك فيه جميعها .

وكما يلاحظ في المعيار الثاني (رقم ٢) فإن أشكال السلوك الشاذة المرتبطة

باضطرابات النمو تبدأ في مرحلة مبكرة من الحياة ، وأنه يجب أن توجد ثلاثة مظاهر سلوكية على الأقل حين تشخيص الحالة .

أما المعيار الثالث (رقم ٣) فيميز هذه الاضطرابات عن الانغلاق على الذات والفصام اللذين يحدثان في الطفولة المتأخرة أو حتى في مرحلة المراهقة .

أما المعيار الرابع (رقم ٤) ، فيشبه أحد معايير الانغلاق على الذات ، وهو غياب الأعراض الفصامية مثل الهلوسات والهلذيات أو التوهامات . بالإضافة لهذه الفئة التشخيصية من الاضطرابات ، تضمن الدليل التشخيصي والإحصائي ، فئة تشخيصية أخرى تسمى اضطرابات النمو المنتشرة غير النمطية *Atypical Pervasive Developmental Disorders* ، التي تضم كل تلك الأعراض التي لا تدخل في الفئة السابقة أو في فئة الانغلاق على الذات . إنها تضم الأطفال الذين يظهر عندهم أشكال من السلوك التي يشملها المعيار الثاني (رقم ٢) مثل : القلق الشديد ، والانفعال غير المناسب ، واضطراب اللغة ، ومقاومة التغيير ، وإيذاء الذات والحساسية المفرطة .

### العوامل السببية لاضطرابات النمو المنتشرة وعلاجها :

إن الطبيعة المتجانسة لهذه الاضطرابات ، تؤكد على أنه لا يوجد عامل مسبب واحد لاضطرابات النمو المنتشرة ، بالرغم من أن أكثر الحالات لها أساس عضوي . وبسبب ندرتها فإننا لا نعرف إلا القليل عن الأنماط العائلية والعوامل المهيمنة الأخرى المسببة لها . وكما هو الحال في الانغلاق على الذات ، يبدو أن هذه الاضطرابات تحدث أكثر عند الأولاد (الذكور) منها عند الفتيات (الإناث) . وكما هو الحال في الانغلاق إلى الذات أيضاً ، فالعلاج الانتقائي المتبع لمواجهة المظاهر والاضطرابات السلوكية المرافقة لهذا النوع من الاضطرابات هو البديل المقترح ، وذلك باتباع طرق تعديل السلوك والعلاج السلوكي . بالطبع يكون للعلاج الدوائي فائدته في التخلص من بعض الأعراض المرافقة له . إلا أنه لا يوجد علاج واحد كاف وشاف لهذه الاضطرابات طالما أن هناك عوامل متعددة ومتداخلة تسببها .

## الفصام:

بالرغم من أن مصطلح فصام مرحلة الطفولة Childhood Schizophrenia قد استخدم باعتباره مرادفاً لكل الاضطرابات النفسية الحادة في مرحلة الطفولة ، إلا أن استعماله اليوم أكثر دقة وتحديداً. وبالرغم من أن الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية لم يتضمن فقرة من أجل تشخيص الفصام الطفولي ، إلا أنه لا يختلف عن أشكال الفصام الأخرى. وهذه الملاحظة تعتبر خطوة هامة في علم أمراض الأطفال النفسية. ولكن يبقى هناك العديد من الأسئلة المتعلقة بالعوامل السببية لهذا الاضطراب كما هو الحال في اضطرابات النمو المنتشرة.

إن الأعراض المشابهة لتلك المتعلقة بالفصام قد لاقى اهتماماً كبيراً في تاريخ علم النفس والطب النفسي. والبداية الحديثة له تعود إلى القرن التاسع عشر حيث إن هناك أفراداً معينين يميلون لتطوير اضطرابات عقلية مترقية تبدأ في المراهقة وتتميز بفقدان الترابط ، واضطراب التفكير ، واضطرابات انفعالية. هذا التناذر كان يعزى إلى الخرف المبكر ، ولكن حل محله استعمال مصطلح الفصام ، ويترجم حرفياً باسم «العقل المنشطر» بأصله اللاتيني ، وقد استخدمه الطبيب النفسي السويسري بلويلر عام ١٩١٠ ، إلا أن المصطلح لا يعزى الآن إلى مجرد انقسام العقل أو الشخصية وتعددها كما تظهره الأفلام ووسائل الإعلام. إن مصطلح انقسام أو انشطار Split في الفصام إنما يكون بين أجزاء الشخصية نفسها. إن الفصامين يعانون من فقدان الترابط «التفكك والانقسام» كالانتقال المفاجيء من فكرة إلى أخرى مخالفة لها تماماً ، أو من سلوكيات مفككة غير منظمة. إن بلويلر يعتبر الفصامين غير متجانسين ، أي أن الفصام ليس اضطراباً واحداً متجانساً ، ولكنه مجموعة من الاضطرابات التي تشترك بمظاهر سلوكية معينة.

## وصف الاضطراب وتشخيصه:

إن الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية (DSM LLL R) يضع

المعيار التشخيصي ، واللوحة السريرية التالية لتشخيص الفصام :

١ - يجب أن توجد ثلاثة من المظاهر التالية على الأقل خلال فترة الاضطراب :

أ - هذيانات (توهمات) غريبة (محتوياتها سخيفة وليس لها أساس واقعي) مثل هذيانات يطلقها المريض على أنه محكوم ، أو أفكار تطيرية سحرية ، أو حشد الأفكار وتزاحمها ، أو انسحاب الأفكار .

ب - هذيانات وتوهمات ذات طابع جسمي ، ديني ، عظامي ، أو هذيانات أخرى لا يكون محتواها اضطهاداً أو غيره أبداً .

ج - هلوسات سمعية تسيطر على مسامع المريض وأذنيه دوماً وتتحكم في سلوكه وتفكيره ، وأحياناً أصوات متناقضة مع بعضها .

د - هذيانات محتوياتها الاضطهاد أو الغيرة مترافقة مع هلوسات من أي نوع (سمعية ، بصرية ، شمعية . . .) .

هـ - هلوسات سمعية في أوقات مختلفة تكون محتوياتها أكثر من كلمتين ، ولا ترتبط بالاكثاب أو بالنشوة والحبور .

و - عدم التناسق وفقدان الترابط وخاصة في التفكير المنطقي ، حيث يكون التفكير غير منطقي ولا عقلاني ، والكلام ذو صلة بواحدة من الأمور التالية : هذيانات وتوهمات ، وهلوسات ، سلوك تخشبي نمطي ، سلوك غير منظم ، تبلد انفعالي .

٢ - تهور في الأداء الوظيفي السابق في مجالات مثل العمل ، والعلاقات الاجتماعية ، والعناية بالذات .

٣ - الدوام والاستمرارية : دلائل استمرار الاضطراب على الأقل لمدة ستة أشهر متواصلة من حياة الشخص ، مع بعض علامات المرض في الوقت الحاضر . إن فترة الستة أشهر يجب أن تتضمن مرحلة فعالة ونشيطة تظهر خلالها أيضاً أعراض من المعيار الأول (رقم ١) .

هذه المعايير الثلاثة هي نفسها سواء بدأ الاضطراب في مرحلة الطفولة أم في

مرحلة لاحقة من الحياة. إن المعيار الأول يتضمن قائمة بأشكال السلوك الفصامي النموذجي.

فالهذيانات في هذا المعيار تعزى إلى التفكير الغريب والسخيف ، والهلوسات السمعية والبصرية. وتاريخياً ركز العديد من العلماء على أن الهذيانات والهلوسات أهم المظاهر النفسية التي تميز الفصام. إن العلاقة بين أشكال التفكير المضطرب في الفصام ناتجة عن اللغة المضطربة والتفكير غير المنطقي. إضافة للتفكير هناك الانفعال أو الوجدان الذي يعاني الاضطراب أيضاً. فالذي يبدو عليه الانغلاق على الذات ، يصبح مستغرقاً في ذاته ، كما يسيطر عليه التناقض الوجداني. وعندما تحدث هذه الأعراض مجتمعة ، تكون النتيجة فرداً غير قادر على تنظيم سلوكه والتصرف بشكل منطقي ومتجانس ، وغير قادر على التفاعل المثمر مع الآخرين أو مع محيطه عموماً.

ويبدو من الجدول السابق للمعايير الثلاثة للفصام وخاصة المظهر السلوكي السادس للمعيار الأول (أي ١ ، و) أنه مستمد من المعيار الرابعي الذي وضعه بلويلر والذي يضم: التداعيات ، الوجدان ، الانغلاق على الذات ، والمشاعر المتناقضة. إلا أنه يجب التأكيد على أن الفصام فئة تشخيصية واسعة. فالمعيار الأول مثلاً ، يتطلب أن يشخص الفرد على أنه يبدي واحداً من أشكال السلوك الستة خلال فترة المرض. وبسبب ضرورة تواجد مظهر سلوكي واحد على الأقل من المظاهر الستة المتنوعة ، فإن بالإمكان تصنيف تشخيص فردين على أنهما يعانيان الفصام ، رغم أنهما لا يسلكان نفس السلوك أو لا يظهران نفس المظهر السلوكي المضطرب ولا نفس العرض. مثلاً الكلام غير المتناسق (المعيار ١ ، و) قد يكون الأساس في التشخيص الأولي للفرد ، في حين هذيانات العظمة (المعيار ١ ، ب) قد تكون السبب الذي يدعوننا لأن نشخص فرداً آخر على أنه فصامي. إننا اعتمدنا كلا المعيارين في التشخيص مع أن المفحوصين لا يظهران الأعراض نفسها.

بالإضافة إلى أشكال السلوك التي يتضمنها المعيار الأول السابق ، فإن الدليل التشخيصي والإحصائي يتطلب معيارين آخرين حين التشخيص. فعلى

المفحوص أن يظهر تدهوراً في أدائه الوظيفي إضافة إلى أشكال من السلوك التي يضمها المعيار الأول ، وذلك لمدة لا تقل عن ستة أشهر. وغالباً ما يمر الشخص الذي تظهر عنده هذه الأعراض التشخيصية بفترة تسمى فترة الإنذار Prodomal Phase تتميز بالانعزال الاجتماعي والسلوك الغريب (كالتحدث مع الذات مثلاً) والأفكار السخيفة. وتعتبر هذه المرحلة بمثابة مرحلة تنبؤ بالاضطراب الفصامي الذي سيكتمل.

يتضمن الدليل التشخيصي والإحصائي معايير من أجل تشخيص الأنماط الرئيسية والفرعية للفصام ، مثل الفصام غير المنظم (الذي يتميز بعدم التناسق بالكلام وعدم الترابط فيه) ، والفصام التخشيبي الذي يتميز بالاضطراب الحركي وليس المعرفي العقلي (كاتخاذ وضعيات معينة جامدة) ، والفصام البارانوني الذي تميزه الهذيان والتوهيمات (وخاصة الاضطهاد). إضافة إلى الأنواع الفرعية مثل الفصام غير المتميز الحاد والمزمن.

بالرغم من وجود العديد من أنواع الفصام المستعملة في التشخيص والممارسة العيادية ، إلا أن هناك درجة قليلة من الثقة المتعلقة بها. فبعض العلماء اتخذ موقفاً متطرفاً لدرجة أنه قال بعدم وجود الاضطراب ، مشيراً إلى أنه مجرد حكم أطلقه المجتمع على سلوك شاذ وغريب ، أو على شخص غريب الأطوار (Sarbin and Mancuso 1980). على كل حال فإن الفصام اضطراب نفسي موجود في كل المجتمعات ، وقد أكدت الدراسات النفسية على ثباته وخاصة شكله الرئيسي النموذجي ، إذا لم يكن بأشكاله الفرعية أيضاً. والمثال التالي لحالة فصام نموذجية عند طفل تنطبق عليه أكثر المعايير التشخيصية التي ذكرناها:

«إن أول زيارة قام بها جون للعيادة كان عمره تسع سنوات وذلك طلباً للعلاج من قبل طبيب الأطفال. وقد طلبت والدته ساندرال العلاج لأن ابنها يسلك أشكالاً غريبة من السلوك ، وشعرت بأن هناك شيئاً ما خطأ عنده لأنه لا يتحدث ولا يتصرف كالأطفال الآخرين في مثل عمره. وعندما يتواجد مع غيره من الأطفال تبدو ألعابهم معه وكأنها تهديد له لأنه حساس. كما إنه

يتفحص صندوق البريد الذي يسميه حمالاً ، وحين يجد فرصة فإنه لا يرغب في اللعب بشيء سوى أن يلعب جانب صندوق البريد ، يلمسه ويعاينه . لقد بدأت مشكلاته بالظهور منذ السابعة من عمره ، بالرغم من أن والدته قد لاحظت أشكالاً غريبة من السلوك في مرحلة سابقة حين أتت والدته بمولود جديد . وكانت فترة الطفولة الأولى عادية تماماً ، فقد كان يستجيب لوالدته عندما تلتقطه وتحتضنه ، وكان صدوقاً عطوفاً ينظر للآخرين ويبتسم قبل أن يصبح عمره ثلاثة أشهر . وبدأت مرحلة عدم مساعدته عندما أصبح عمره سنة وأصبح قادراً على الكلام . إن والده يعمل في مخبر بمؤسسة مياه المدينة ، ويتميز بالانطواء ، ولكنه لم يتعرض خلال حياته لأي اضطراب نفسي . ولكن أخته (أي عممة الطفل جون) دخلت المشفى عدة مرات بسبب معاناتها الفصام .

لقد بينت مقابلة الطفل جون أنه ليست له علاقات بينشخصية ، وأنه يتجاهل الشخص الذي يقابله ، وأنه يمضي أكثر الوقت يلعب وحده ويتحدث لنفسه أيضاً . إنه لا يستجيب للاتجاهات المكانية ، ولا يلعب ألعاباً تتطلب مهارات إدراكية عقلية . وبالرغم من أنه أحياناً يستجيب لبعض الأسئلة بصورة مباشرة ، فإن اهتمامه وانتباهه لا يستمر طويلاً أبداً . كما أن مظهره الجسمي كان ضعيفاً ، وتبدو عليه آثار المرض ، إلا أن الفحوص الطبية لم تظهر شيئاً غير عادي سوى نشاط المخ الكهربائي (حيث هناك اضطراب فيه وخاصة الفص الأيسر منه) . ومع بداية السنة العاشرة من عمره بدأت أسرة جون تبحث عن علاج نفسي دينامي . وخلال هذه الفترة من العلاج الدينامي تحسن جون حيث أصبح باستطاعته الذهاب إلى المدرسة الخاصة والتعلم فيها . وخلال فترة المراهقة عادت بعض أشكال السلوك الغريب عنده ، ثم ظهرت أعراض أخرى وخاصة الهلوسات السمعية ، فكان يسمع أصواتاً تهدده . ودخل المشفى عدة مرات حين بلوغه سن العشرين ، وفي كل مرة يتحسن سلوكه إلى درجة تتيح له الخروج من المنزل . والآن هو في بداية العشرينات من عمره يعيش مع عدد من المرضى في مركز داخلي للرعاية يشرف عليه عدد من

الأخصائيين. وقد تلقى العلاج الطبي الذي خفض بعض أعراضه ، إلا أن احتمال عودة الأعراض ثانية أمر وارد للدرجة التي تدفعه إلى دخوله المشفى لتلقي العلاج ثانية».

وكما يبدو في هذه الحالة ، حيث ينطبق على حالة جون المعايير التشخيصية التي ذكرها الدليل التشخيصي (السابقة الذكر). إن تاريخ جون وسلوكه يتضمن عدداً من الصفات المتعلقة بالفصام عند الأطفال. مثلاً ، نموه المبكر يبدو طبيعياً ، ولكن حالما بدأ الاضطراب بالتطور ، بدأت أشكال السلوك الغريبة والشاذة بالظهور: الانشغال بالأشياء ، مثل صندوق البريد ، والتي تأخذ شكلاً قهرياً ، إضافة إلى المخاوف المبكرة التي تتطور إلى هذيانات الاضطهاد في مراحل لاحقة. وقد أظهر الطفل عدداً من الانفعالات الجامدة (تبلد وجداني) وهلوسات. وهناك فترات يحدث فيها اختفاء لبعض الأعراض تعاود الظهور ثانية مع دخوله مرحلة الرشد. وكما يبدو ، فإن هذه الأعراض المميزة تشبه تلك التي تميز فصام الرشد (هذيانات ، وهلوسات ، ومزاج متقلب) ويختلف تماماً عن الأعراض التي تميز الانغلاق على الذات .

#### مدى حدوث الاضطراب (نظرة إحصائية):

لقد وصف كولفين Kolvin في إحدى دراساته ، ٣٣ حالة من حالات الفصام بدأت قبل سن الخامسة عشرة من العمر في عينة بمدينة لندن. وقد وجد (كيد وويري) ١٥ طفلاً فصامياً دون سن السادسة عشرة ، عولجوا في مشفى نيوزيلاند لمدة تزيد عن عشر سنوات. ونسبة ١٠ من هؤلاء الأطفال كان أحد والديهم يعانون من الفصام. وهذه النسبة هي نفسها تقريباً عند فصاميي مرحلة الرشد. وقد وجد هؤلاء العلماء أن الأطفال الفصامين غالباً ما ينحدرون من طبقات اجتماعية دنيا. وربما يتناقض هذا مع النتائج التي أظهرتها الدراسات حول الانغلاق على الذات في مرحلة الطفولة ، حيث ينذر الاضطراب النفسي في أسر هؤلاء الأطفال. ولكن على العكس من الانغلاق على الذات ، فقد تبين أن حدوث الفصام عند الإناث يتزايد في حدوثه مع تقدمهن في العمر ، وهكذا حتى تتقارب النسبة عند الذكور والإناث في مرحلة الرشد .

## النمو المبكر:

لا توجد علاقة واضحة بين الحمل أو بين صعوبات الولادة ومرض الفصام تم إثباتها. ولكن يميل الأطفال الفصاميين إلى أن يكونوا أقل من المعدل في الوزن ، مما يدفع إلى القول بأن عوامل ما قبل الولادة والتكوين الجنيني ربما يلعب دوراً في نمو مرض الفصام لاحقاً.

وكما هو الأمر في حالة الطفل جون ، فقد كانت مرحلة النمو المبكرة طبيعية ، ولكن الصفات التي تميز الانغلاق على الذات من فشل في إظهار الاستجابة العاطفية ، والتبلد الانفعالي ، والحركات النمطية الجامدة ، لم تكن ملحوظة عموماً. من جهة ثانية ، فإن الأطفال الفصاميين قد يظهرون أشكالاً أخرى من السلوك الشاذ. فربما يكونون أكثر قلقاً ، وأكثر ميلاً لتطوير مخاوف متنوعة ، وإظهار النشاط المفرط والزائد. وقد بينت بعض الدلائل الحديثة ، أن الأطفال الذين تطورت عندهم أعراض الفصام في مرحلة لاحقة يتميزون بالتشويش ، هم أقل قدرة على تركيز الانتباه.

## انتشار الفصام:

إن حالات الفصام في مرحلة الطفولة نادرة الانتشار ، وقد احتاج كولفين عدة سنوات لكي يجمع عينة من ٣٣ طفلاً فصامياً. كما أن (كيد وويري) لم يجدا أكثر من ١٥ حالة خلال مدة تزيد عن عشر سنوات. وبسبب بعض المشكلات التي يواجهها تعريف الفصام وتحديده ، فإن من الصعب الحصول على تقديرات دقيقة عن انتشاره في مرحلتي الطفولة والمراهقة. هناك من ٣ حتى ٤ أطفال فقط من ١٠ آلاف طفل تقريباً يعانون من الفصام.

## مآل الفصام:

إننا نعرف عن مآل الانغلاق على الذات أكثر مما نعرفه عن مآل الفصام ، وقد يكون سبب ذلك أن الدراسات السابقة حول هذا الموضوع قد أجريت على الفصام والاضطرابات النفسية الأخرى. وعند محاولة عزل الأطفال الفصاميين ، فإن مآل الإضراب ليس جيداً ، ولأنه أفضل من الانغلاق على

الذات. وقد تبين أن ٢ من كل ٥ أطفال فصامين قد تحسنت حالتهم بعد العلاج.

### التشخيص التفريقي:

سواء حدث الفصام في الطفولة أم في المراهقة أم في الرشد ، يجب تفريقه عن غيره من الاضطرابات الأخرى المشابهة:

### ١ - التخلف العقلي:

إن أكثر الأطفال الذين يحدث عندهم الفصام يقعون دون المتوسط في اختبارات الذكاء ، ومن الصعب روز وفحص حاصل ذكاء الأطفال الفصامين (أو المنغلقيين على ذواتهم) بسبب صعوبة تعاونهم مع الفاحص. وكما هو الحال عند الأطفال المنغلقيين على ذواتهم ، فإن الأطفال الفصامين يمكن تمييزهم وتفريقهم عن الأطفال المتخلفين عقلياً غير الفصامين ، بسبب سلوكهم المتمركز حول الذات. كما أن الهذيان والهوسات والتبلد الانفعالي لا تتواجد عادة عند الأطفال المتخلفين عقلياً.

### ٢ - الانغلاق على الذات:

هناك طرق عديدة يتميز فيها الفصام عن الانغلاق إلى الذات ، والنقاط التالية هي أكثر المظاهر المميزة التي لاحظها عالم النفس ريملاندر Rimland:

- العمر الذي يبدأ فيه المرض. فالانغلاق على الذات يبدأ قبل الشهر الثلاثين من العمر ، أما الفصام فيبدأ بعد فترة من النمو الطبيعي السوي.
- الصحة والمظهر. غالباً ما يتميز الأطفال المنغلقيين على ذواتهم بالمظهر الجيد والصحة الجسمية السوية ، عكس الأطفال الفصامين.

- الاستجابة الطفولية (في مرحلة المهد). فالأطفال الفصامين يستجيبون حين نحملهم ونحتضنهم ويظهرون تعاطفاً وجدانياً كما أنهم يحدقون في الآخرين ، على العكس من الأطفال المنغلقيين الذين يتميزون بالتبلد العاطفي وعدم الاكتراث.

- الحاجة للاحتفاظ بالرتابة والإبقاء عليها. إنها مظهر سلوكي واضح عند

المنغلقين ولكنها غير موجودة عند الفصامين .

- اضطرابات اللغة . إن اللغة الخاصة المميزة للأطفال المنغلقين (مثل التردد المرضي لما يقوله الغير ، وقلب الضمائر) لا توجد عند الفصامين الذين يتميزون باضطراب التفكير .

- الخلفية الأسرية . فالفصام أكثر شيوعاً بين الأسر العاملة وتمتد في نفس العائلات ، في حين لا يرتبط الانغلاق على الذات بأسر معينة .

ومع أن بعض هذه الفروقات لا تتوضح في الممارسة العلاجية ، فإن مزايا تفريق الفصام عن الانغلاق على الذات وعن غيره من الاضطرابات النمائية المنتشرة الأخرى ، موضحة في الجدول التالي ، الذي يبين أن الحدوث المتأخر للاضطرابات يشبه أشكال الفصام في الرشد ، في حين أن البدء المبكر للاضطرابات تشبه اضطرابات النمو المنتشرة (بما فيها الانغلاق على الذات) :

#### اضطرابات مرحلة الطفولة :

يبين هذا الجدول مقارنة بين الاضطرابات التي تبدأ في مرحلة مبكرة ومرحلة متأخرة للذهانات العضوية وفصام الرشد .

#### العوامل السببية في الفصام :

إن التفسير المقنع للفصام لم نجده حتى الآن . وبالرغم من أن التفسيرات التي تقول أنه بيولوجي المنشأ ، تتزايد باستمرار ، إلا أنها غير متطابقة أو متفقة على عامل سببي واحد محدد . وبما أن الفصام يحدث كرد فعل لضغوطات نفسية غير عادية (كالمعارك مثلاً) ، فإن انتهت عدة نظريات للقول بأن اجتماع ضغوط الحياة مع التأهب والاستعداد البيولوجي ، إنما هو العامل الأهم في تطور الاضطراب .

### اضطرابات مرحلة الطفولة

فصام الرشد	بداية حدوث متأخرة	بداية حدوث مبكرة	ذهانات عضوية	الأعراض
-	-	+	+	الوحدة والعزلة
-	-	+	+	التخلف
-	+	+	+	عند الذكور أكثر منه عند الإناث
-/+	-/+	+	+	سلوك نمطي
-	-	+	-	قلب الضمائر
-	-	+	-/+	ترديد مرضي للكلمات
-	-	+	-/+	كلام متأخر
-	-	+	+	اضطرابات حركية
-	-	+	+	اضطراب في الإدراك
-	-	+	+	شدوذ في النشاط الكهربائي للمخ
+	+	-	-	اضطراب في التفكير
+	+	-	-	هلوسات
+	+	-	-	انفعالات شاذة وغير مناسبة
+	+	-	-	تحسن في الأداء

### العوامل النفسية المنشأ:

كما لاحظنا في بحث الانغلاق على الذات ، فإن الاتجاه المسيطر لسنوات عديدة ، ينظر للفصام على أنه ناتج عن عوامل انفعالية وسيكولوجية أيضاً . وربما

لم يتم الاتفاق بعد على العوامل النفسية الدقيقة ، إلا أن الباحثين أصحاب هذا الاتجاه يركزون على العلاقة المضطربة بين الأم والطفل . فمثلاً ، بينت عدة دراسات وجود أمهات فصاميات عند الأطفال الفصامين ، ولكن أكثرها قد استند إلى تاريخ المرضى الفصامين أنفسهم ، وإلى متغيرات أخرى مرتبطة بمشكلاتهم الانفعالية مثل المستوى الاجتماعي الاقتصادي ، والخلافات الزوجية وغيرها مما لم يتم ضبطه وبحثه عند دراسة هذه الشخصيات . ونتيجة لذلك فقد تم توجيه الانتباه نحو العلاقات الأسرية وأشكال التواصل عند الفصامين والدور الذي تلعبه في تطوير أعراض الفصام . ولكن من الصعوبة تحديد أي منهما كان العامل الأول (أيهما السبب وأيها النتيجة) ، هل الفصام أم أشكال العلاقة والتفاعل الأسري . ومن غير الواضح ما إذا كانت أشكال التفاعل السوي تدفع أفراد الأسرة وتطورها من حدوث الفصام ، أم أن الفصام نفسه يخلق أشكالاً شاذة من التفاعل . لقد أجريت عدة دراسات للإجابة عن هذه الأسئلة منها بحوث جاكوب Jacop (١٩٧٥) ودراسات فيلد وزملاؤه Field (١٩٨٠) التي أوجدت فروقاً في أنماط شخصيات آباء الفصامين وغير الفصامين من الأفراد ، ولكن هذه النتائج تبقى متناقضة .

عموماً توجد دلائل قوية تثبت دور العوامل النفسية في نشوء الفصام . فقد بينت الدراسات التي أجراها براون ورفاقه ، أن الأعراض والتفكك الفصامي يسبقه عادة ضغوط نفسية شديدة . وبعض الأفراد يظهرون استجابات فصامية لهذه الضغوط ، وبالرغم من أهمية الضغط النفسي كعامل مسبب إلا أنه ليس الوحيد ، بل لا بد من توافر الاستعداد أيضاً (عبد الله ١٩٩٧) .

### العوامل البيولوجية :

وستحدث عن أهم عاملين بيولوجيين هما الوراثة ، والبيوكيماوية والعصبية .

#### ١ - الوراثة :

على الرغم من عدم الاتفاق التام حول دور الوراثة ، إلا أن الكثير من

الدراسات البيولوجية تشدد على وجود عنصر جيني (مورث) مسؤول عن حدوث الفصام. ويزيد معدل حدوث الاضطراب بين التوائم المتماثلة عنها بين التوائم المختلفة. ومن الدراسات الهامة حول دور العوامل الوراثية في الفصام الطفولي والانغلاق على الذات أيضاً ، تلك التي بينت أن بداية حدوث الاضطراب Onset (قبل سن الخامسة) لم يتم نقلها وراثياً ، ولكن بداية حدوثها في مرحلة الطفولة المتأخرة تكون مورثة بنفس الطريقة التي يتوارث فيها فصام الرشد (Hanson and Cottesman 1976) ويجب أن نلاحظ أنه على الرغم من وجود الأساس الوراثي للفصام ، فإن حدوثه بين التوائم المتماثلة ، حتى لو نشأت معاً ، ليست تامة ولا تحدث معاً في نفس الوقت ، مما يفترض دور العوامل غير الوراثية (النفسية والاجتماعية) في حدوثه .

## ٢ - العوامل البيوكيماوية والعصبية :

إن الفرضية التي تقول بأن الأداء الوظيفي المتعلق بالنصف الأيسر للمخ يكون مضطرباً عند الفصامين ، قد جذب انتباه كثير من الباحثين ، إلا أن صدق وثبات هذه القياسات ما تزال موضع تساؤل .

إن البحث في العوامل البيوكيماوية للفصام كثيرة وصعبة المنال . والفروق في نشاط النقل العصبي ومستويات الأنزيمات ، وعملية الأيض ، كلها ترتبط بالفصام ، ولكن لم يتم تحديد علاقة مميزة فيها . ومع أن الاتجاه يتركز حول العلامات الكيماوية والعصبية المميزة للفصام ، فإن بعض التفاعل بين العوامل العصبية والبيولوجية والنفسية هو المسؤول عن الاضطراب . وبسبب كون الاستعداد البيولوجي والعوامل النفسية ، تختلف في شدتها (على طول خط متصل) فإن من الواضح أن بعض الأطفال قد يصبحون فصامين عند مواجهة أدنى حد من الضغط النفسي (هؤلاء الذين يتميزون بالاستعداد الشديد للاضطراب) في حين أن الآخرين قد يحتاجون إلى درجة كبيرة من الضغوط النفسية قبل أن يصبحوا فصامين . إن فكرة كون الضغوط أو العوامل النفسية ، والعوامل البيولوجية متفاعلة في إحداث الفصام ، تعرف الآن باسم نظرية

«التأهب أو الاستعداد - والضغط النفسي».

### علاج الفصام:

إن كل أشكال العلاج من الفردي إلى الجمعي إلى العلاج باللعب ، جميعها ذات فائدة عملية ، وقد استخدمت جميعها في معالجة الاضطراب. كما أن دلائل فائدتها قوية. وكما هو الحال في الانغلاق على الذات ، يلعب العلاج السلوكي (وتعديل السلوك) دوراً هاماً.

إن العلاج الدوائي له آثاره الناجحة في معالجة الاضطراب أكثر من اضطرابات النمو المنتشرة الأخرى عند الأطفال. فالمهدئات تلعب دوراً هاماً في تخفيف أعراض الفصام ، وتتيح للمريض أن يعيش خارج المشفى ، وأن يتفاعل مع العلاج السلوكي أيضاً. ولأن بعض هذه الأدوية تعمل على إيقاف بعض الناقلات العصبية كالدوبامين مثلاً ، فإن الكثير من العلماء يعتقدون أن الدوبامين مسؤول جزئياً على الأقل عن الفصام. وهناك عدة دراسات ركزت على العلاقة بين الناقلات العصبية والفصام (Buchsbaum and Haier) وبعض هذه الدراسات ما تزال جارية حتى الآن. فإذا بينت هذه البحوث وجود علامات خاصة مميزة للفصام ، فإننا بذلك نستطيع ، ليس تحسين العلاج فقط ، بل سنكون قادرين على منع تطور الفصام ، والوقاية منه وخصوصاً في مراحله الأولى ، وذلك عن طريق تحديد الأفراد المؤهين (الذين عندهم استعداداً بيولوجياً) له. هذا النوع من الوقاية سنبحثه في الفصل الأخير من هذا الكتاب.

### الفصام ، الوضع الحالي:

إن من المتفق عليه عموماً عند كل العاملين في هذا المجال اليوم ، أن الفصام في مرحلة الطفولة يختلف عن الفصام في مرحلة الرشد. إنه يبدأ متأخراً عند الأطفال بالمقارنة مع الانغلاق على الذات ، ولكنه يتفق مع الانغلاق ، ومع فصام الراشدين ، في بعض الصفات والمظاهر. وبالرغم من أن هناك عناصر وراثية قوية في حدوثه ، فإن العوامل النفسية (وخاصة الضغوط النفسية) تلعب الدور الهام فيه أيضاً. إن الفصام لا يتطور حتى يتواجد عاملان أساسيان

هما: الاستعداد البيولوجي ، والضغط النفسية . من جهة أخرى ، فإن العلاج الدوائي يساعد في خفض الكثير من أعراضه ، ولكن العلاج السلوكي والاجتماعي ضروري جداً من أجل تعديل أشكال السلوك الشاذ .

\* \* \*