

الفصل الخامس

علم النفس المرضي وأمراض الدماغ

لقد لاحظنا في الفصل السابق أن الخلل أو العطب العصبي يسبب اضطرابات سلوكية عديدة كالانغلاق على الذات والفصام. وسيتبين معنا أن التخلف العقلي أيضاً ، بأشكاله المختلفة يعكس خللاً فالجهاز العصبي المركزي ، وبسبب الدلائل على العوامل العضوية في بعض أمراض الأطفال النفسية التي نبحثها ، سندرس الآن الآثار العامة لخلل الدماغ على سلوك الطفل ، وبعض الأعراض المتنوعة ، بادئين البحث في عوامل ما قبل الولادة وما بعدها وما تحدثه من آثار ونتائج عصبية ، ثم نبحث طرق التقويم والتشخيص العصبي الخاص ببعض التناذرات المرضية ، ونستعرض بعض هذه الاضطرابات مثل نقص الانتباه .

اللاتجانس عند المرضى العصبيين من الأطفال :

مع أنه من الشائع أن نعزى جميع الأطفال الذين يعانون من اضطرابات عصبية إلى خلل في الدماغ ، كما لو أنهم مجموعة متجانسة ، إلا أن الأطفال الذين يعانون من خلل عصبي قد يختلفون فيما بينهم . إن مصطلح الخلل أو العطب الدماغى Brain Damage يستعمل بشكل واسع وليس له معنى محدد ودقيق . إنه يعزى إلى خلل في الجملة العصبية واضطرابات في وظائفه . إننا نستعمل المصطلح هنا لملاءمته وتميزه بحيث يمكن أن نعزو إليه أي شكل من

أشكال الخلل والاضطراب الوظيفي العصبي . وسنبحث في بعض أسباب هذا الخلل الوظيفي العصبي والعوامل المتنوعة التي تبين كيف يؤثر خلل الدماغ في السلوك .

العوامل السببية :

إن العديد من المؤثرات التي تحدث قبل الولادة وبعدها ، قد تحدث اضطراباً وخللاً عضوياً . إن الخلل والعطب الدماغى يمكن أن ينتج عن حوادث تتعلق بعملية الولادة نفسها . إن عوامل ما قبل الولادة تتضمن أمراض الأم (كالحصبة مثلاً) وسوء تغذيتها ، وتعرضها للإشعاعات والتسمم ، واستعمالها للعقاقير خلال فترة الحمل ، وحتى الضغط النفسى الذى تمر به ، يقود إلى اضطرابات عصبية عند المولود . إن الولادة قبل الموعد ، وخاصة إذا كان وزن المولود أقل من المعدل ، فإن له آثاراً خطيرة . إن الأمهات المراهقات اللواتى يحملن في هذه السن ، تزداد عندهن نسبة ولادة أطفال غير ناضجين من هذا النوع .

عادة ما يجري طبيب الولادة فحصاً سريعاً للمولود الجديد مستعملاً ما يعرف باسم A Pgar Score هذه الطريقة بسيطة وسريعة . وهناك قيمة رقمية من صفر حتى اثنين بالنسبة لكل بعد من الأبعاد الخمسة التالية : معدل ضربات القلب ، التنفس ، نشاط العضلة ، الاستجابة للمثيرات ، لون الجلد . والدرجة عشرة هي التامة ، أما الدرجات المنخفضة منها تتطلب فحصاً ، والدرجات مثل ثلاثة وأربعة تعني أن المولود قد يحتاج إلى رعاية مكثفة . إن تعقيدات عملية الولادة ، والتي تؤدي إلى خلل وتخريب في الجهاز العصبى المركزى مثل : الولادة المتأخرة ، والولادة غير الطبيعية ، يمكن أن تؤثر في إيصال الأكسجين إلى الدماغ أو ما يعرف باسم الأنوكسيا (أي نقص الأكسجين في الأنسجة) . فعندما يعاق إيصال الأكسجين إلى الدماغ ، فإنه يتعرض للعطب والخلل ، هذا العطب والتخريب الناتج عن نقص الأكسجين أو عن صدمة معينة مثلاً ، سيؤثر في النمو اللاحق للطفل ، ومن أهم الآثار الناتجة عن ذلك الشلل الدماغى ، والاضطراب الحسى الحركى الذى يرتبط بالتخلف العقلى .

إن العلامات الأولى للشلل الدماغي ، هي تأخر في النمو الحركي وظهور منعكسات شاذة غير طبيعية. ومع نمو الطفل تبدأ التشنجات Spasticiy في الظهور ، هذه التشنجات تجعل الحركات الإرادية للأطراف صعبة جداً وغير خاضعة للضبط. كما أن بعض الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يواجهون صعوبات كبيرة في النطق. إن العلاقة بين الشلل الدماغي والتخلف العقلي معروفة وسننظر إليها لاحقاً. ولكن يجب أن نذكر بأنه على الرغم من كون الأطفال الذين يعانون من الشلل الدماغي يواجهون صعوبات كبيرة في التواصل ، وإعاقات أخرى ، إلا أنه لا توجد بالضرورة صلة بين حالتهم وتخلفهم العقلي. إن هؤلاء الأطفال الذين أتيت لهم فرصة جيدة من الاهتمام ، مروا بمرحلة نمو مناسبة وحياة منتجة وفعالة.

خلل الدماغ والسلوك:

إضافة إلى الأسباب الكامنة ، هناك عدد من العوامل التي توضح كيفية تأثر الدماغ بخلل ما عند طفل معين. أحدها العمر الذي يكون فيه الطفل حين تعرضه للأذى والخلل. إن هذا الخلل الذي يحدث قبل الولادة أو حينها ، تكون له آثار مختلفة عما إذا حدث في مراحل لاحقة من الطفولة حيث تكون قد نما العديد من العمليات العقلية. وقد أشار روبنسون إلى أن العلاقة الخاصة والدقيقة بين عمر الطفل حين وقوع الأذى ، والآثار التي سيحدثها هذا الخلل تبدو غير واضحة. وقد قام بول Boll بتقويم الفروق والاختلافات الموجودة بين الأطفال الذين تعرضوا لخلل في المخ حين الولادة ، وبين الذين تعرضوا لأذى وخلل دماغي بعد أن تجاوزوا الثانية والرابعة من عمرهم ، وبين الذين تجاوزوا أيضاً سن الخامسة من نموهم الطبيعي ، وبين الذين لم يتعرضوا إلى أي خلل. لقد كان متوسط العمر سبع سنوات تقريباً. وتم قياس مستوى ذكائهم ، وطبقت عليهم اختبارات سيكوعصبية وضعت خصيصاً لقياس وتقدير هذه الحالات من الإصابات.

إن الأطفال الذين لم يتعرضوا لإصابات الدماغ ، كان إنجازهم أفضل في الاختبارات التقويمية بالمقارنة بأولئك الذين لم يتعرضوا لمثل هذه الإصابات.

وهناك أيضاً فروق ذات دلالة إحصائية في سلوك وإنجاز الذين تعرضوا لإصابات وخلل الدماغ. وبشكل خاص فإن الأطفال الذين تعرضوا للإصابة والخلل بعد سن الخامسة من نموهم الطبيعي ، قد حصلوا على درجات ذكاء جيدة بالمقارنة مع الأطفال الذين تعرضوا للخلل بعد سن الثانية. إن هذه الفئة الأخيرة من الأطفال أفضل في درجاتهم من أولئك الذين تعرضوا للإصابة الدماغية حين الولادة. وفي الاختبارات النفسية العصبية ، فقد أظهر جميع الأطفال الذين يعانون من خلل في المخ ، قدرات حركية متشابهة ، ولكن الأطفال الذين كان لهم أطول مرحلة من النمو الطبيعي (أي الذين تعرضوا للإصابة متأخراً) كانوا أفضل من حيث التفكير المجرد وحل المشكلات والمهارات اللفظية.

لقد انتهى العالم بول إلى القول بأن هذه النتائج تشير إلى أن الأطفال الذين مروا بأطول فترة نمو طبيعي قبل إصابتهم بأذى في المخ ، قد أظهروا أقل درجة من الضعف في العمليات المعرفية العقلية بالمقارنة مع أولئك الذين تعرضوا للأذى في مرحلة مبكرة من حياتهم. وهناك فروق في هذه النتائج. فقد أوجد شنايدر Schnider أن العلاقة بين عمر الأذى أو الإصابة وبين السلوك المضطرب في دراسة الأطفال يمتد من سن ما قبل المدرسة حتى المراهقة. وهناك دليل على أن الإصابة التي تحدث في مرحلة مبكرة من النمو لأقل أذى من تلك التي تحدث في مراحل لاحقة للنمو بالنسبة لبعض الوظائف العقلية. فقد تبين أن إصابة منطقة اللغة في مرحلة مبكرة يمكن أن تعوضها عمليات أخرى ، في حين أن الأذى والإصابة التي تحدث في مرحلة لاحقة في نفس المنطقة ، تؤدي إلى اضطراب وإعاقة مستمرة. وينتهي بعض العلماء إلى القول: إن الإصابة المبكرة في الدماغ أسوأ مما لو حدثت في مرحلة لاحقة من النمو. في حين يقول البعض: إن الأمر غير ذلك بالنسبة إلى بعض العمليات المعرفية والعقلية. والسؤال الآن: ماذا نستنتج من هذه الدراسات؟ وما هي النتائج الصحيحة؟ الجواب ، ربما تكون جميع هذه النتائج صحيحة ، فقد بين توبر Tubre (١٩٧٥) أن جميع أجزاء الدماغ متورطة ومسؤولة عن الوظائف

المتخصصة في مراحل مختلفة من النمو. ولذلك فالمشكلات السلوكية الناتجة عن أذيات دماغية ، تعتمد ليس فقط على السن (أي عمر الشخص) ولكن على مكان الإصابة أيضاً.

ولسوء الحظ ، من الصعب أن نحدد موقع الإصابة التي تحدث في مرحلة مبكرة من النمو ، وفي هذه الحالة قد تكون الإصابة قابلة للتوسع والانتشار. أما في مراحل لاحقة من الحياة ، فالإصابات والأذيات تحدث خللاً محدداً ونوعياً في مكان محدد ودقيق. عموماً فإن انتشار آثار الإصابة والأذى في الدماغ يحدث أعراضاً منتشرة ومتوسعة واضطرابات سلوكية أعظم من الإصابة أو الأذى الموضوعي المحدد.

إن الأذى أو الخلل الذي يحدث في موقع محدد من الدماغ ، غالباً يمكن تحديده ومعرفة موضعه عن طريق ملاحظة وتتبع الوظائف النفسية والعقلية المضطربة. مثلاً ، الأذيات التي تحدث في الجزء الأيسر من المخ ، يحدث اضطراب في اللغة ، في حين أن الأذى الذي يحدث في النصف الأيمن للمخ ، يؤدي إلى خلل في السلوك التحليلي والتخيلي والمكاني. هذه العلاقات تصدق على المرضى من الراشدين الذين يعانون من إصابات حادة في الدماغ (أسفل الرأس مثلاً). ولكن موقع الأذى قد لا يكون محدداً هكذا وبدقة عند الأطفال ، أو حتى عند الراشدين الذين ينتشر ويتوسع عندهم الخلل ليمتد إلى مواقع أخرى. إضافة إلى ذلك ، فإن التوضع (تحديد موقع الإصابة ، الأذى) كثيراً ما يصعب تعيينه في بعض أجزاء الدماغ التي هي خامدة «ساكنة» ، فإصابة هذه المناطق لا يحدث أية أعراض يمكن تحديدها بدقة.

إن من الواضح أن إصابة وخلل الدماغ بعيد عن أن يكون بناء مركزياً وحدوياً Unitary construct. إن عمر الطفل حين وقوع الأذى الدماغي ، وموضع الخلل أو العطب حتى لو اختلف سبب الإصابة من طفل لآخر ، تعتبر جميعها عوامل متفاعلة التأثير في السلوك والوظيفة النفسية. ومن المهم أن نتذكر أن إصابة الدماغ والسلوك كلاهما يحدثان في سياق تبادلي التأثير والتفاعل. فالولد الذي تعرض إلى إصابة في المخ ، والذي يعاني درجة عالية

من القلق في علاقاته مع أقرانه ، ربما يظهر آثار هذا الخلل الدماغي أو يبدى ردود فعل متنوعة للمواقف الصعبة في العائلة . وكما أشرنا فإن كل أشكال السلوك ناتجة عن تفاعل العوامل النفسية والبيولوجية . وسلوك الأطفال ذوي الإصابة الدماغية ليس استثناء من ذلك ، إنه ناتج عن تفاعل هذه العوامل أيضاً .

التقدير والتقويم التشخيصي لأمراض الدماغ :

هناك العديد من الطرق التي وضعت لتقدير وتشخيص الإصابة وخلل الدماغ عند الأطفال ، منها تاريخ النمو ، والاختبارات النفسية ، والفحوص العصبية ، ودراسة نشاط المخ الكهربائي وغيرها .

١ - التاريخ النمائي والتطوري للطفل : في حالات الاشتباه بإصابة الدماغ ، يبحث المعالجون دائماً عن معلومات تتعلق بالتاريخ النمائي للطفل مع تركيز خاص على العوامل التي تقف خلف الإصابة . وغالباً ما تركز الأسئلة التي يتم طرحها على الصحة العامة للطفل ، ومرحلة الحمل ، وصعوبات الولادة ، والأمراض السابقة ، والسن الذي استطاع فيها الطفل المشي والإخراج والكلام . ومع أن التاريخ الإيجابي قد يزود بأسباب إضافية للظن بأن الطفل يعاني من أذى دماغي ، إلا أنه لا يكفي أبداً الاعتماد عليه فقط في تشخيص الأذى الدماغي ، وذلك بسبب عدم وجود علاقة وحيدة محددة بين تلك العوامل وبين الخلل الدماغي . إن التاريخ غير السوي والذي لا يوجد فيه ما يشير الانتباه لا يعتبر كافياً . فالتاريخ التفصيلي لنمو الطفل من النواحي الجسمية والنفسية والمعرفية والاجتماعية والتربوية كثيراً ما يستعمل كطريقة تقديرية وتشخيصية .

٢ - الاختبارات النفسية : تستند فكرة الاختبارات ووظائف الدماغ النفسية على فكرة أن العطب والأذى الدماغي غالباً ما ينتج سلوكاً مضطرباً . وبكلمات أخرى ، فإن أي أداء أو سلوك يعتمد على جزء أو أكثر من أجزاء الدماغ ، فالأداء المنخفض سيعكس ضعفاً في وظيفة الدماغ . إن الاختبارات النفسية التي تقيس وتشخص العطب والخلل المخي (ونسماها الاختبارات النفسعصبية) لها تاريخ طويل في علم النفس ، تعود إلى المحاولات الأولى التي بحثت العلاقة

بين تشريح الدماغ والسلوك. ويحاول العلماء ربط السلوك ببنية الدماغ منذ مئات السنين. أما البحوث التي تركز على مناطق المخ وأجزائه ووظائف هذه الأجزاء ، فإنها بدأت عندما طور العالم النمساوي (فرانز جوزيف جول) العلم الذي سمي فراسة الدماغ Phrenology. وقد افترض أن شكل الجمجمة يعكس حجم وشكل الدماغ ، وأن كل صدمة على الرأس تؤدي إلى خلل في جزء من أجزاء المخ ، وأن كل جزء فيه مسؤول عن خاصية شخصية مختلفة تسمى ملكات. وقد كانت محاولات العالم (جول) ناجحة في تحديد وظائف المخ ، هذه النجاحات لم تبين أن للمخ مناطق مخصصة لملكات متنوعة ، ولكنها مناطق مخصصة لعمليات معرفية وعقلية وحركية متنوعة. ويبحث علماء النفس العصبي حالياً في هذه الأجزاء المختلفة للمخ ودورها في اللغة والعمليات العقلية. وهناك العديد من الاختبارات النفس عصبية (النفسية العصبية) المتاحة والمستخدمة ، وعلى الرغم من استعمالها المتنوعة ، فإن بعض علماء النفس يعتقدون أن هذه الاختبارات المعيرة تؤدي إلى خطأ وأن الاتجاه المرن ضروري لفهم علاقة المخ بالسلوك. وهناك جدال في هذا المجال ، إلا أن نقطة هامة يجب ملاحظتها ، وهي أن بعض الاختبارات النفس العصبي معيرة ومقننة للاستعمال مع الأطفال. وفي الممارسة الإكلينيكية يستخدم علماء النفس اختبارات مصممة لأهداف أخرى مثل الاختبارات التي تقيس حالات الصدمة والخلل المخي. ويقترح بعض المعالجين النفسيين أن بعض الاستجابات المحددة في اختبار الرورشاخ ، واختبار ويكسلر لقياس الذكاء تقيس بعض الاضطرابات العقلية. ومن الاختبارات المستخدمة مع الأطفال ، اختبار بندر الكشتالتي Bender Gestalt test الذي يتألف من تسعة أشكال هندسية متتالية وعلى الطفل أن يرسمها تماماً كما هي ، حين تعرض عليه. إن الخصائص التي تميز رسم الطفل المضطرب هي (تشويه الرسم ، أو رسمه رأساً على عقب ، أو معكوساً) وهي التي ترتبط باضطرابات عصبية. إن إحدى المشكلات الرئيسية في هذا الاختبار ، هي أن الأطفال يواجهون صعوبات في رسم هذه الأشكال حتى ولو كانوا أسوياء. وبكلمة أخرى فإن الرسومات التي تكون طبيعية وسوية عند الأطفال في مرحلة نمو معينة قد تدل

هي نفسها على خلل بالمخ واضطراب عضوي دماغي في مرحلة نمو لاحقة . ومن أجل جعل هذه الاختبارات ممكنة الاستعمال والفائدة التطبيقية مع الأطفال ، قام كوبيتز Kopitz (١٩٧٥) ببناء نظام وطريقة لوضع الدرجات النمائية حسب مستوى النمو والعمر لهذا الاختبار ، بحيث أصبح يأخذ بالحسبان العمر ومرحلة النمو عند استعماله في الفحص والتشخيص . وبالرغم من أن العديد من علماء النفس والمعالجين يعتمدون على هذا الاختبار الكشثالتي فإن أكثرهم يعتبره أداة فرز وفحص . إن الأداء المنخفض في الاختبارات ، كهذا الاختبار ، ربما يقود المعالجين على أن يفترضوا أن عطب وخلل المخ قد يكون مجرد افتراض ، ولكن بدون بيانات مساعدة ، فإن نتيجة الاختبار وحده لا تكفي في التشخيص .

إن المشكلة المتعلقة بالاختبارات النفسية المستعملة لفحص خلل المخ ، توصف هنا بأنها أداة فحص لوظيفة عقلية (مخية) واحدة ، أو بضعة وظائف . باستثناء بطارية أنديانا السيكوعصبية للأطفال والتي وضعها رايتن Reiten-Indiana Nruropsychological Battery والتي تفحص وظائف عقلية متنوعة ، وتم تعييرها لقياس وفحص الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من التاسعة حتى الرابعة عشرة . وبالإضافة إلى أن هذا المقياس يفحص القدرة على الرسم والذاكرة ، فإنه يقيس القدرات العقلية المجردة ، والتعرف الحسي المشخص ، وقدرات أخرى . وبسبب أن عطب أو خلل المخ يؤثر في العديد من الوظائف النفسية ، فإن لهذا الاختبار ميزة إمكانية فحص وتشخيص بعض المشكلات دون غيرها .

٣ - الفحص العصبي: إن الفحص العصبي المعير يتضمن النظر إلى العلامات العصبية المحددة والدالة على الاضطراب العصبي . إن العلامات أو الإشارات الجوهرية «الأساسية» هي المرتبة بالمنعكسات الناقصة وغير السوية . فالفشل في إظهار المنعكسات الأولية مثل منعكس الرضفة أو منعكس بابنسكي ، تعتبر جميعها من العلامات الأساسية في الفحص . ويجادل علماء الأعصاب أيضاً في فحص استجابة بؤبؤ العين للضوء في المجال البصري

كبقعة مظلمة مثلاً). إن فقدان الإحساس في أي جزء من الجسم أو فقدان إحدى الوظائف فيه يعتبر من العلامات والدلائل الهامة أيضاً. وبالإضافة إلى وجود علامات أساسية ، توجد علامات خفيفة تدل على وجود الاضطراب العصبي ، كالأطفال الذين يعانون من صعوبة في لمس أنوفهم بسباباتهم ، كما ويظهرون علامة من علامات ضعف التناسق الحركي. وعلى العكس من العلامات الجوهرية الأساسية السابقة ، إن العلامات البسيطة هذه ليست ثابتة ومرتبطة بشكل متجانس دوماً مع أعطاب وخلل في المخ.

٤ - فحص وتقويم عطب وخلل المخ بواسطة راسمة المخ الكهربائية: كثيراً ما تستعمل راسمة المخ الكهربائية (Electroencephalograph(EEG لتقدير نشاط المخ عند الأطفال الذين يعانون من اضطرابات عصبية. وتتضمن الطريقة وضع قطبين أو أكثر على رأس الطفل ويسجل النشاط الكهربائي للعمليات الداخلية. إن النشاط غير السوي للمخ يدل على الخلل في الوظيفة المخية لمنطقة أو أكثر من أجزاء المخ. وبالرغم من كثرة استعمال راسمة المخ الكهربائية هذه ، في الطب العصبي وفي كشف الاضطراب ، فإن لهذا الطريقة العديد من المساوئ والقيود ، منها: ١ - أن القطب الكهربائي موضوع على قمة الرأس ، وأن الشذوذ أو الاضطراب في الأبنية العميقة للدماغ قد لا تظهر ٢ - تستعمل راسمة المخ الكهربائية هذه مع الأطفال ، وهناك نسبة تتراوح من ١٠ حتى ٢٠ من الأطفال الأسوياء يبدون غير طبيعيين وشاذين كما تظهرها راسمة المخ ، مما يستدعي التساؤل عن صدق هذه التقنية.

يستخدم هذا الجهاز لمراقبة استجابة الدماغ للمثيرات المحيطة المتنوعة (كالضوء والصوت) حيث يظهر الدماغ استجابات ذات خصائص مميزة ، هذه الاستجابة تسمى الجهد المتعلق بالحدث Event Related potential (ERP) ، هذا الجهد عادة ما يختفي بسبب النشاط الأولى والأساسي للدماغ بصورة طبيعية ، إلا أنه يزداد ويمكن قياسه ومراقبته حين تزداد الإثارة وتحدث التنبهات العديدة ، بحيث يمكن تمييزها وتحديد نمطها بدقة. وقد تم دراسة هذه الاستجابة الدماغية عند الأطفال بشكل مكثف في السنوات الأخيرة. وعن

طريق تقدير وفحص استجابة الدماغ للمثيرات الصوتية والضوئية يمكن استعمال الجهد المرتبط بالحدث كطريقة لكشف الاضطرابات البصرية وضعف السمع عند الأطفال المتخلفين عقلياً الذين لا يمكن فحصهم واختبارهم بالطرق الطبيعية. وتتركز جهود العلماء على دراسة العمليات المعرفية والعقلية باستعمال هذه الطريقة على الأطفال ، وهي توعداً بمزيد من الفهم لوظائف الدماغ والأداء المخي عند الأطفال المضطربين عصبياً.

٥ - الصور الدماغية (صور المخ): على اعتبار أن الاضطراب العصبي يرتبط عادة بعطب وخلل في المخ ، فإن طرق الفحص والتقويم التشخيصي التي تتيح للعلماء رؤية المخ ، تعتبر من الطرق التشخيصية المعقدة والهامة. إن الشكل الذي تقدمه راسمة المخ الكهربائية EEG تعتبر صورة هامة لنشاط المخ. إلا أن الصور التي نحصل عليها بتقنية أشعة أكس X Ray تسمح لنا برؤية بنية المخ وتركيبه. وقد كانت صور الجمجمة بأشعة أكس ، وأداة قياس الجهد الرئوي ، والصور التي تبين عمل القلب هي التقنيات الشائعة. وبالرغم من أنها جميعها تعطي صوراً واضحة عن هذه الأعضاء الهامة ، إلا أن لها مخاطرها التي تفوق راسمة المخ الكهربائية ، والفحوص العصبية. وقد حلت أخيراً تقنية الرسم الطبقي المحوري بالكمبيوتر محل الطرق التقليدية ، حيث تعرض هذه التقنية صوراً تفصيلية لسطح الدماغ ومستوياته المختلفة العميقة التي تقع خلف السطح. وتتيح هذه التقنية كشف مركز العطب والخلل وتحديد موقعه في أي مستوى من مستويات الدماغ.

٦ - الفحص والتقدير العصبي اليوم: حتى وقت قريب كانت طرق الفحص والتقدير العصبي للأطفال تصيب حيناً وتخطيء حيناً آخر ، كما يقول ويرى Werry ، وقد تحسن الوضع الآن ، حيث تستخدم تقنيات وطرق متعددة ومجموعة في نفس الوقت. مثلاً ، الطفل الذي أحيل إلى المعالج النفسي بسبب أنه يعاني من مشكلات في التعلم والسلوك ، يمكن أن يطبق عليه عدد من الاختبارات النفسية والنفس عصبية في نفس الوقت. فإذا تبين منها أنه يعاني من اضطراب أو خلل عصبي ، فإن الخطوة التالية ، هي إحالته إلى طبيب

للأطفال وطبيب عصبي يجري عليه فحوصات عصبية متنوعة (باستخدام التقنيات السابقة الذكر كراسمة المخ الكهربائية ، والتصوير الشعاعي الطبقي . .) ، فهذه الفحوص تتيح لنا إجراء التشخيص ووضع خطة العلاج . ويجب التأكيد على أنه من النادر أن نستخدم طريقة أو تقنية واحدة .

أمراض اللغة واضطرابات النمو اللغوي :

تمهيد :

يقدم لنا الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية ، فئة من المشكلات التي تسمى اضطرابات النمو الخاصة . وتتضمن هذه الفئة ، اضطرابات القراءة والحساب واللغة . إن وجود هذه الأنواع في الدليل التشخيصي يتعرض للجدل ، لأنه يمكن تضمين أطفال ليست لديهم أية دلائل وأعراض مرضية . ومع ذلك هناك عدد كاف من الأطفال في كل نوع من هذه المشكلات تبرر إدخالهم فيها . وسنركز في حديثنا على اضطرابات نمو اللغة ، أما أمراض اللغة فسنحدث عنها حين نبحث في الاضطرابات العقلية والعجز عن التعلم .

إن أذيات القشرة المخية عند الراشدين كالتعرض للصدمات مثلاً ، يمكن أن يؤدي إلى عجز حاد واضطراب في اللغة . إن مشكلات اللغة تكون متشابهة خاصة حين يحدث الأذى والعطب في النصف الأيسر للمخ (عند ٩٥٪ من الراشدين) . وتسمى أمراض اللغة من هذا النوع باسم الأفيزيا aphasia وتأخذ عدداً من الأشكال . فربما يعاني الشخص من اضطراب في فهم اللغة التي يسمعا (الأفيزيا الاستقبالية) ، أو اضطراب في تسمية الأشياء (أفيزيا الأسماء) ، أو اضطراب في التعبير (أفيزيا التعبير) ، وقد تكون اضطراب في إعادة الكلمات وترديدها (أفيزيا التواصل) . وفي الواقع فإن هذه الحالات نادرة الحدوث ، وأكثر الحالات ، يظهر الأفراد ضعفاً أو عجزاً في اثنين من هذه الوظائف اللغوية . والكثير من مرضى الأفيزيا يمكنهم استعادة لغتهم خلال فترة ستة أشهر تقريباً بعد الحادث ، ولكن بعضهم الآخر غير قابل للشفاء واستعادة اللغة .

إن الملاحظات التي كان موضوعها أطفالاً ، بينت أن بعضهم يبدو ضعفاً لغوياً يشبه بدرجة كبيرة تلك الموجودة عند الراشدين المصابين بالأفيزيا . ومع ذلك لا يوجد دليل يبين وجود أذى أو خلل في أدمغة هؤلاء الأطفال ، كما أن شفاءهم ليس مشابهاً لأفيزيا الراشدين . وفي الواقع ، وبسبب أن الأطفال في طور النمو بالدرجة الأولى ، فمن غير الواضح والمؤكد الحديث عن الشفاء والعودة إلى الوضع الطبيعي . وفوق ذلك ، فإن أكثر الأطفال الذين يعانون من عجز لغوي ، قادرين على تطوير لغة خاصة ومناسبة ، ولكنهم يطورونها ببطء وخلال فترات طويلة . وبسبب هذه الفروق بين الأطفال والراشدين ، فإن الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية ، يفضل استعمال مصطلح اضطرابات نمو اللغة لوصف الأطفال الذين يعانون من عجز واضطراب لغوي ، بدلاً من المصطلح القديم الذي يساء استعماله وفهمه أفيزيا مرحلة الطفولة .

وصف الاضطراب وتشخيصه :

يضع الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية ، ثلاثة أنواع لاضطرابات اللغة ، وأكثر هذه الأنواع شدة ، الفشل في تطوير أية لغة على الإطلاق ، وتكون ناتجة عن تخلف عقلي . والنوع الثاني ، هو العجز اللغوي المكتسب الناتج عن صدمات ورضيات أو اضطرابات عصبية بعد نمو طبيعي للغة . والنوع الثالث ، هو اكتساب اللغة المتأخر والمعروف باسم : اضطرابات نمو اللغة . وبالرغم من اختلاف هذا النوع الأخير عن سابقه ، فإن الأمر ليس كذلك دائماً . في الواقع إن أكثر حالات اضطرابات نمو اللغة ، إنما تنتج عن خلل وعطب عصبي أيضاً . من جهة ثانية يفرق الدليل بين اضطرابات اللغة الاستقبالية ، والتعبيرية بدرجة كبيرة أم صغيرة ونفس النمط المرافق لأفيزيا الراشدين . فاضطرابات اللغة التعبيرية تتميز بعدم قدرة الشخص على التعبير عن نفسه باستعمال اللغة المنطوقة والكلمات ، في حين اضطرابات اللغة الاستقبالية تتضمن عجزاً في فهم اللغة . وعلى الرغم من ذلك ، لم يتم تحديد فروقات واختلافات بين هذه الأنواع من الاضطرابات اللغوية ، والجدول

التالي ، يبين معايير هذه الاضطرابات كما وضعها الدليل التشخيصي :

الشكل المعبر الظاهري :

١ - الفشل في تطوير التعبيرات اللفظية (الترميز) للغة بغض النظر عن علاقتها النسبية بفهم اللغة .

٢ - وجود لغة داخلية (توجد مفاهيم لغوية تناسب العمر ، مثل فهم هدف واستعمال موضوع ما) .

٣ - لا يعزى إلى تخلف عقلي أو اضطرابات النمو المنتشرة ، أو اضطراب السمع أو صدمة أو رضة ما .

النمط الاستقبالي :

١ - فشل في فهم اللغة وفي التعبيرات اللفظية .

٢ - لا يعزى إلى اضطراب في السمع أو صدمة أو رضة أو تخلف عقلي أو اضطرابات النمو المنتشرة في مرحلة الطفولة .

انتشار الاضطراب :

إن انتشار اضطراب اللغة وضعف التعبير اللغوي في مرحلة الطفولة ، يقدر بواحد من كل مئة طفل (١ من ١٠٠) ، أما اضطرابات الاستقبال فهي أقل من ذلك . وغالباً ما تظهر اضطرابات اللغة في نفس الأسر والعائلات .

التشخيص التفريقي :

يفرق الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية بين أمراض اللغة والتخلف العقلي . ففي التخلف العقلي ، يوجد انخفاض عام وملحوظ في الذكاء ، أما في أمراض اللغة فالذكاء غير اللفظي (العملي) لم يتأثر . فهؤلاء الأطفال يجب تمييزهم عن الأطفال المعاقين سمعياً ، فالأطفال المعاقون سمعياً يعانون من أداء شاذ في اختبارات السمع . ومع أن أمراض اللغة تحدث عند الأطفال الذين يعانون من الانغلاق على الذات والفصامين وفي غيرها ، إلا أنها أعراضاً ثانوية فيها . إن اضطرابات نمو اللغة تختلف عن الأفيزيا المكتسبة التي تحدث بعد نمو سوي وطبيعي للغة ، في حين أن

أمراض النمو تسبق نمو اللغة. إن أمراض النمو تشخص عندما لا تعزى مشكلة اللغة عند الطفل إلى حالة تخلف عقلي ، أو صمم أو اضطرابات انفعالية حادة .

هناك عدد كبير من الاختبارات المتاحة من أجل التقدير والفحص والتقويم التشخيصي للأداء اللغوي عند الأطفال ، أهمها: اختبار التقويم الإكلينيكي للأداء الوظيفي للغة من وضع العالمين سيمل وويل (Clinical Evaluation of Language Function Language Function ورمزه اختصاراً (CLEF) ، (Semel and Wiing) ، (1980). ويضم الاختبار ١٣ مظهراً لاستقبال أو تلقي اللغة والتعبير اللغوي والتفكير التصوري والمجرد. ويجب أن نلاحظ أن أمراض اللغة لا تعزى إطلاقاً إلى أمراض في جهاز النطق (الشفة واللسان والأسنان). إن مشكلات التواصل الناتجة عن خلل في جهاز النطق يتم تصنيفها ضمن أمراض النطق والكلام ، تشبه كل صعوبات النطق والتلفظ الأخرى ، وحتى تلك التي تنتج عن خلل عضوي .

إن نوع اضطراب النطق والتلفظ المصنف بشكل مستقل في الدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض النفسية هو اللجلجة. ويعرف الدليل ، اللجلجة Stuttering بأنها تكرار أو تطويل دائم للأصوات أو الكلمات ، أو التأتأة غير العادية ، أو التوقف الذي يتخلل السياق الطبيعي والنظامي للكلام والنطق. وتبدأ اللجلجة عادة مع بداية نمو اللغة عند الطفل (بين الثانية والثالثة من العمر ، ولكن أكثر المصابين بالاضطراب قادرون على الكلام والنطق السوي حتى سن الخامسة أو السادسة (أي مع دخول الطفل المدرسة). إن العلاقة بين بداية حدوث اللجلجة والعمر يفترض أن الضغط النفسي والتوتر مع دخول الطفل المدرسة ، ربما يساهم في تطوير هذا الاضطراب. إن هذا الاضطراب يكثر في الأسر الواحدة ، وهو عند الذكور أكثر منه عند الإناث بأربع أضعاف. ومع مرور السنوات قدمت نظريات عصبية ونفسية عديدة لتفسيره. وبالرغم من عدم وجود تفسير نهائي وحاسم لأسباب اللجلجة ، فإن عدداً من المعالجين السلوكيين قادرون على تحسين الأداء اللغوي لهؤلاء المضطربين .

مآل الاضطراب :

كما يتبين في الجدول ، فإن شدة اضطرابات اللغة ومسارها يعتمد على تحديد الفترة الزمنية أو العمر الذي بدأت فيها . على العموم فإن تأثير الأذيات الدماغية في نمو اللغة أكثر حدة عند الراشدين منها عند الأطفال ، وسبب هذه العلاقة هو القدرة النامية لنصف الكرة المخية غير اللغوي (الأيمن) ليضطلع بالوظائف والمهمات اللغوية عند الأطفال الأكبر سناً . إن مآل الاضطراب Prognosis يبدو حسناً بالنسبة للأطفال الذين يعانون من أذى بسيط في المخ أو لا يوجد عندهم مثل هذا الأذى ، مقارنة بأولئك الذين يتصفون بخلل عصبي واضح وشديد .

علاج الاضطراب :

إن العلاج السلوكي لاضطرابات اللغة والنطق هو العلاج المتبع مع الأطفال . وقد بحث عدد من العلماء نتائج التقنيات العلاجية في تحسين الأداء اللغوي عند الأطفال ، إلا أن بعضهم يشعر بأن اضطرابات اللغة تميل إلى التحسن مع المعالجة النفسية أو بدونها . إلا أنه لا شك في فائدة علاج أمراض النطق والكلام واللغة .

اضطراب الخرس الاختياري :

يذهب الأطفال أحياناً إلى علماء النفس بسبب أنهم يرفضون الحديث تحت بعض الظروف ، وخاصة أمام الغرباء أو المعلمين بالمدرسة . وأكثرهم يتحدث فقط مع عدد محدد من الأفراد فقط كالوالدين والأخوة والأقارب . ولهذا السبب فإن هذه الحالة تعرف باسم الصمت أو الخرس الاختياري Elective Mutism التي تعني أن الطفل يختار الصمت في مواقف معينة . والحالة هذه ، تختلف عن الحبسة الكلامية ، وضعف السمع والعوامل الأخرى لعدم الكلام . إن الخرس الاختياري ليس اضطراباً في اللغة ، وبالرغم من عدم وجود اتفاق تام حول عوامله السببية ، إلا أن أكثرهم يعتقد بأن العامل الأساسي فيه هو القلق . وقد وجد أن بعض الحالات تستجيب بصورة جيدة للمداخلة العلاجية .

اضطراب توريت :

يسمى هذا الاضطراب ، متلازمة أو تناذر توريت Tourette's Syndrome نسبة إلى الطبيب النفسي جورج جيلس توريت الذي اعتبره متلازمة أعراض تتميز بالحركات الإرادية المفاجئة. فالمريض سيكون طبيعياً وسوياً من الناحية العقلية ، وذكاؤه وذاكرته لم يتأثرا ، ولكن ما يميزه وجود لازمات حركية أو عرات Tics (وهي استجابات لا إرادية قهرية في الأطراف أو الوجه) ، ويبدأ عادة في مرحلة الطفولة. وفي السنوات الثلاثين الأخيرة ، بينت الدراسات زيادة معدل انتشاره. في الواقع إن عدد الحالات المعروفة ، وعدد التقارير العلمية عن هذا الاضطراب وعوامله قد زادت عشرة أضعاف ما كانت عليه سابقاً.

وصف الاضطراب وتشخيصه :

يوضح الجدول التالي ، المعيار التشخيصي لاضطراب توريت كما بينه الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية الذي وضعته الجمعية الأمريكية للطب النفسي :

أ- بداية حدوث الاضطراب من سن الثانية حتى الخامسة عشرة.

ب - وجود حركات غير إرادية ، ومتكررة وسريعة وغير هادفة تؤثر في العضلات جميعها.

ج - وجود لازمات لفظية متنوعة.

د - القدرة على ضبط الحركات إرادياً لدقائق أو ساعات فقط.

هـ - يختلف في شدة الأعراض لأكثر من أسابيع أو أشهر.

و - يدوم لأكثر من سنة.

إن المثال التالي يوضح اضطراب توريت : «السيدة (د) عمرها الآن ست وعشرون سنة ، وعندما كان عمرها سبع سنوات عانت من حركات قهرية في اليدين والذراعين ، وقد ظهر ذلك حين كانت تحاول كتابة رسالة. وبعد كل تشنج Spasm ، كانت حركة يدها أكثر انتظامية واستواء وأفضل حتى تبدأ

الحركة القهرية المتسلطة التالية التي تحدث لتمنعها عن العمل . وقد اعتقدت أنها تعاني من استثارة عالية ، وبسبب تكرار هذه الحركات عندها فقد كانت تعاقب كثيراً . ومع تقدم الاضطراب ، ازدادت التشنجات لتشمل الصوت والنطق أيضاً حيث كانت تنطق بكلمات ليس لها معنى . ومع ذلك فإنها لم تظهر أية أعراض هذيانية أو ذهولية أو أية اضطرابات عقلية . وقد مضت أشهر وسنوات بدون حدوث أي تغيير في الأعراض . وكانوا يأملون أن تخف هذه الأعراض مع بداية البلوغ ، وقد أرسلت إلى سويسرا من أجل المعالجة من قبل اختصاصي في الأمراض العصبية ، وبعد مغادرتها سويسرا وعودتها للمنزل ، بدت هادئة وشعرت بالحيوية ، ولم تبدي إلا القليل من الحركات القهرية . وبعدها تزوجت ، وعادت تلك الأعراض للظهور فجأة ، وبدأت الحركات اللاإرادية أكثر من قبل . لقد أظهرت الفحوصات وجود تقلصات وتشنجات متواصلة أو متقطعة تظهر لبعض الأوقات ، وتضمن هذه الحركات عضلات أعلى الذراعين ، وعضلات الوجه والأصابع ، وجهاز النطق والكلام . وفي منتصف فترة الحديث وبدون قدرته منها على التحكم ، كانت تقاطع وتتوقف أثناء حديثها . كل ذلك يرافقه بأسها مما تعانیه من سلوكيات شاذة ، هذه السلوكيات تعتبر بمثابة إجراء دفاعي ، وكلما زاد شعورها بالاشمئزاز واليأس من هذا الوضع تصبح أكثر قلقاً وعذاباً .

وصف الاضطراب :

إن تناذر توريت عادة يبدأ بين الثانية والخامس عشرة من العمر . وهو بين الذكور أكثر بثلاث مرات منه بين الإناث . . . ومع وجود فروق فردية ، فإن الأعراض الأولى عادة ما تكون لازمة وجمعية (أي حركات وجمعية لاإرادية) ، وإغماض للعين أو حركات استنشاق . ومع تعقد المرض يبدأ المريض بإظهار حركات في الرأس والرقبة والكتفين والقدمين . وعادة ، يظهر عند المصابين بهذا الاضطراب ألفاظ زائدة وشاذة ، وكثيراً ما يرافقها سعال Coughing ، وصيحات أو أصوات ، واستنشاق أو نشقات Sniffing ، وعند أكثر من نصف المرضى كلمات نابية وقذرة (Coprolalia) Obscene Speech . وكثيراً

ما تظهر الالزمات الحركية بالتناوب بحيث تظهر واحدة ثم تختفي لتحل محلها واحدة غيرها .

العوامل السببية :

إن الالزمات الحركية اللفظية المترافقة مع تناذر توريت ، ليست تحت سيطرة الشخص وإرادته ، لأنها تبدو أسوأ وأشد حين يكون الشخص متوتراً ، وتقل حين يكون في حالة استرخاء . ولذلك فالأعراض تعكس غالباً اضطرابات انفعالية . وقد دعمت هذه النتيجة من خلال غياب هذه الالزمات والحركات أثناء النوم . ويبدو أن التوتر والضغط النفسي يلعب دوراً هاماً في تضخيم الأعراض وازديادها . وقد ركزت أكثر البحوث على الكيمياء العصبية للاضطراب ، وتبين أن هلوبرايول Haloperidol (الدواء الذي يعالج به الفصام) يقمع أعراض توريت ويخفضها في أكثر الحالات ، مما قاد إلى وضع فرضية تقول إن مرضى توريت ، ربما عندهم زيادة في مادة الدوبامين Dopamine وأن دواء هلوبرايول يخفض هذه المادة الكيماوية . وقد دعمت هذه الفرضية حين تبين أن مستوى الدوبامين يميل إلى إحداث زيادة في شدة الالزمات والحركات القهرية المرافقة للاضطراب . ولأن وظيفة الدوبامين في الجهاز العصبي كونه ناقلاً عصبياً (مواد كيماوية تسهل عملية الاتصال بين الخلايا العصبية) ، فإن عدداً من علماء الأعصاب يعتقدون بأن الاضطراب هو واحد من اتصال الخلايا العصبية .

حدوث الاضطراب وانتشاره :

بالرغم من عدم معرفة مدى حدوث اضطراب توريت ، إلا أن محاولات عديدة قد أجريت لتقدير حدوثه ، ولكنها قد تأثرت بقيود العينة وعدم وضوح المعيار التشخيصي ، وندرة الاضطراب . وقد بدا للمعالجين والباحثين ، أن الاضطراب دون مستوى التشخيص الفعلي . وقد أظهرت بعض برامج التلفزيون الأجنبية في السنوات الأخيرة عدة حالات عن هذا الاضطراب ، مشيرة إلى وجود عدد من الحالات غير المشخصة ، والكثير من المرضى بالاضطراب لا يعلمون أنهم يعانون من هذا الاضطراب ، وذلك بسبب صعوبة تشخيصه وتفريقه عن غيره من الاضطرابات المشابهة .

البحث والعلاج :

إن اضطراب توريت نادر الحدوث ، كما يندر أن يواجه المعالجون النفسيون هذا الاضطراب ، ومع ذلك فقد تم التركيز على هذا الاضطراب في السنوات الأخيرة ، وأجريت بحوث عديدة ركزت على العوامل والضغط النفسية ، والعوامل الكيماوية المحدثة للاضطراب . وقد بينت إحدى النتائج ، أن اضطراب توريت يحدث في نفس العائلات ، وربما بين جماعات عرقية وثقافية معينة ، كما في أوروبا الشرقية واليهود مثلاً (Shapiro 1978). وكما هو الحال في كل الاضطرابات النفسية ، فإن هذا الاضطراب أكثر حدوثاً بين الذكور من الأطفال . كما لوحظ الفصام عند أسر المرضى باضطراب توريت . ويستجيب كلا الاضطرابين للعلاج بدواء هالوبريدل . كما أن الكلام البذيء بالـ Corpolalia (الأكثر ظهوراً في اضطراب توريت) قد لوحظ عند المرضى بالفصام والحبسة الكلامية . إن اللجلجة كثيرة الحدوث عند المصابين باضطراب توريت أيضاً . وهناك تشابه واضح بين مرضى توريت ومرضى اللجلجة الحادة . فمثلاً كلا الاضطرابين (توريت واللجلجة) يظهران لازمات حركية وتشنجات خاصة في بعض المواقف الانفعالية المهيجة والمثيرة ، وكلاهما يعالجان بدواء هالوبريدل . وإذا كانت اللجلجة أكثر حدوثاً في أسر المرضى المصابين بتناذر توريت ، فإن هذا يقدم دعماً للعلاقة بين كلا الاضطرابين ودور الناقلات العصبية في اضطرابات اللغة .

مع أن بعض الأدوية الحديثة قد تم استخدامها في معالجة اضطراب توريت ، فأظهرت فائدتها ، فإن الكثيرين يفضلون استخدام مركب الهالوبريدل . ولسوء الحظ فإن الآثار الجانبية لهذا العقار تبدو سيئة وشديدة ، وأنتج أدوية جديدة يكلف مبالغ طائلة أيضاً . أما بالنسبة للعلاج النفسي التقليدي ، فلم يُؤدَّ إلى تحسن واضح ، ولكن العلاج النفسي السلوكي قد تم تطبيقه كثيراً ، وأدى إلى نتائج أفضل . وقد أجرى شابيرو Shapiro دراسة حول البحوث السريرية التي استخدمت تقنيات العلاج السلوكي للاضطراب ، تبين له أنه بالرغم من اختلاف هذه الدراسات العيادية فيما بينها من حيث حجم

العينة في كل منها وطول مدة العلاج السلوكي المتبع ، وطول مدة المتابعة ،
فقد قال بأنه من الصعب الوصول إلى حكم نهائي حولها. ومع ذلك فقد تبين أن
٢٥ من الحالات قد تحسنت بعد المعالجة السلوكية. وحتى يتم بلوغ العلاج
الأفضل للاضطراب ، فإن اجتماع المعالجة الدوائية والسلوكية يعد أمراً
ضرورياً.

اضطرابات التشنج:

الأساس والخلفية:

إن عدداً من الصدمات والإصابات الحادة على المخ ، قادرة على إحداث
تخريب واضطراب فيه، مسببة بذلك التشنجات Convulsions أو نوبات
مرضية. وهذه التشنجات والنوبات تأخذ أشكالاً عديدة ، تضم جميعها خللاً
في الشعور والوعي ، ولكن بعضها فقط يرافقه اضطراب في السلوك الحركي.
فبعض التشنجات والنوبات المرضية تكون ردود أفعال زائلة ومؤقتة للمرض
(فالحمي الشديدة مثلاً تحدث واحدة من هذه النوبات والتشنجات) ، والتسمم
ببعض المواد أيضاً (كبعض الأدوية والعقاقير) قد تحدث لمرة ولا تعود ثانية.
وعندما يحدث هذه النوبات والتشنجات بانتظام ، فإننا نستعمل مصطلح الصرع
لوصف هذه الحالة. فالصرع وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض
النفسية ، ليس صنفاً تشخيصياً واحداً لأنه لا يعكس بالضرورة أي اضطراب
نفسي. ولكن التشنجات والنوبات فيه تحدث عند الأطفال كثيراً لدرجة تستدعي
البحث.

التشخيص والوصف:

هناك العديد من نوبات وتشنجات الصرع ، ولكن الأكثر شيوعاً النوبات
التشنجية الكبرى التي تحدث في حوالي ٦٠ من حالات الصرع. وتضم نوبات
الصرع الكبرى أربع مراحل:

الأولى: وتسمى النسمة aura يعاني الشخص خلالها من خبرة حسية غريبة
تشبه الأحلام والرؤيا ، وأنه من عالم آخر ومن بعض الإحساسات العضلية غير

الطبيعية ، كالشعور بالوخز ، والارتعاش أو الانتفاض المفاجيء ، وفي هذه المرحلة إشعار للمريض بأن النوبة التشنجية ستحدث . ولسوء الحظ فإن أكثر الأطفال لا يظهرون هذه المرحلة ، في حين أن نصف الراشدين يمرون بها .

الثانية: وتسمى المرحلة النشطة التوترية Tonic حيث يفقد المريض فيها وعيه وتنقبض عضلاته بشدة ، وقد يسقط المريض على الأرض ويصرخ ، ويفقد قدرته على ضبط الإخراج ، وفي بعض الحالات يصبح لونه أزرق بسبب نقص الأكسجين .

الثالثة: وهي المرحلة الارتجاجية أو الرعشة Clonic التي تضم الاهتزازات والرعشات والانتفاض المفاجيء . كما تنقبض العضلات بشكل متكرر ويخرج الزبد من الفم . وإذا لم تتم مساعدة الشخص فيمكنه أن يعض على لسانه ويؤذيه .

الرابعة: وهي مرحلة الغيبوبة أو السبات التي قد تستمر لساعة أو أكثر ويعقبها التعب والإعياء والصداع ونسيان ما حدث .

وهناك نوع آخر من النوبات التشنجية عند الأطفال تسمى النوبات الصغرى Petitmal التي تتميز عادة باضطراب مؤقت في الوعي (فقدان مؤقت للشعور) بدون تقلصات عضلية ، وتستغرق عادة عدة ثوانٍ ، ويمكن للمريض أن يعيها ، وأن يلاحظ التشنج الحاصل . ويحدث هذا النوع من النوبات التشنجية بنسبة واحد كل مئة نوبة في اليوم الواحد . وتبدأ النوبات عادة بين الأعمار ٤ - ٨ وتختفي في سن الثامنة عشرة ، حيث تبدأ حينها وعند الغالبية العظمى منهم (٢ من كل ٣ حالات) النوبات التشنجية الكبرى .

النوع الثالث من النوبات التشنجية يسمى الصرع النفسحركي Psychomotor epilepsy وهو أندر من النوعين السابقين ، ويحدث بنسبة ١٠/١ من الأطفال المصابين بالصرع . ومع أن مظاهره تختلف ، إلا أنها تبدو على شكل غشية trance تستمر من بضعة دقائق حتى ساعات ويعاني فيها المريض من التشویش والضبابية والتشتت . وخلال النوبة النفسحركية قد يعض المريض على شفتيه ويقوم بحركات مضغ وكأنه يعلك ، والبعض يقوم

بحركات متنوعة مثل أخذ الملابس ولمها ، أو ضرب الآخرين وصفعهم ،
ويبدو فيها غير قادر على استدعاء أي شيء حالما تنتهي النوبة .

بالرغم من أن هذه الأنواع هي الرئيسة للنوبات التشنجية ، فإن هناك فروقاً
فردية في مظاهرها ، وذلك استناداً إلى الجزء الذي تعرض للعطب في المخ ،
واستناداً إلى مدى انتشار هذا العطب والخلل .

حدوث الاضطراب وانتشاره:

لقد بين لوبار وشوس Lubar and Shouse (١٩٧٧) أن واحداً من أصل
٢٥٠ فرداً يعاني حالة صرع ، وقد بين التشخيص أنه أكثر انتشاراً بين الذكور منه
بين الإناث ، كما أن ٧٥٪ من الحالات تبدأ فيها النوبات الصرعية قبل سن
العشرين ، مع أن الاضطراب ينشأ في مرحلة الطفولة ، إلا أنه غالباً ما يستمر
طوال مرحلة الرشد .

الأسباب والعلاج:

بعض حالات الصرع لها أسباب محددة ومعروفة مثل صدمة على الرأس أو
مرض في مرحلة الطفولة (كالتهاب السحايا) . وعندما يتم تحديد الأسباب كما
في هذه الحالة فإننا نسميها حالة أعراض صرع Symptomatic epilepsy ويعني
هذا أن النوبات هي أعراض نتجت عن عوامل أساسها صدمة على الدماغ . إلا أن
هناك الكثير من الحالات الصرعية عند الأطفال ، لا تعزى إلى سبب محدد ،
ونسمي هذه الحالة الصرع الذاتي ذا العلة المجهولة Idiopathic epilepsy ،
ويحدث في مرحلة مبكرة من الحياة بالمقارنة مع أنواع الصرع الأخرى .
وحوالي نصف المرضى يعانون من هذا النوع .

أما عن علاج الصرع ، فيتبع معه العلاج الطبي والنفسي . ويتم العلاج الطبي
باستعمال الأدوية لتخفيف نوبات الصرع ، وأكثرها استعمالاً المسكنات مثل
الفينونباربيتال Phenobarbital وكذلك مضادات التشنج مثل ديلانتين
dilation والأكثر حداثة تيغريتول tegritol وكلونوبين clonopin . إن أكثر
من ٧٥٪ من المرضى تحسنت حالتهم وخفضت نوبات الصرع بسبب هذه

الأدوية . وقد استخدمت التغذية الراجعة الحيوية لضبط نوبات الصرع وحقت نتائج ملحوظة . وفي حالات قليلة ، استخدمت الجراحة العصبية . وبالرغم من أهمية العلاج النفسي وقيمته الكبيرة في علاج النوبات التشنجية والصرعية ، إلا أن تأثيره أقل في خفض نوبات الصرع . إن أكثر الحالات تعاني من أعراض صرعية وليس من نوبات تشنجية . فالقلق المرافق للنوبة والمخاوف المرتبطة بذلك وتناول المريض للدواء تجعله يعتقد أنه مختلف عن الآخرين ، وهذه جميعها عوامل هامة تساعد في إزمان المرض ومعاونة المريض . من هنا تلعب المعالجة النفسية ودراسة شخصية المصاب ، دوراً هاماً ، وقد تبين أن العلاج الأسري ، والإرشاد العلاجي والفردى ، ضرورة لخفض حالة القلق والكآبة المرافقة للاضطراب المزمن ومعاونة المريض .

اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد :

تعرض اضطراب نقص الانتباه (ADD) Attention Deficit Disorder لدراسات عديدة ، وتم التركيز على علاقته بغيره من الاضطرابات ، كما سمي تسميات عديدة ، أقدمها تسميته زملة أو تناذر سترأوس Strauss syndrome وزملة الطفل المفرط الحركة Hyperactive Child syndrome أو زملة النشاط الزائد ، ويسمى الآن اضطراب نقص الانتباه (ADD) .

وقد كان هذا الاضطراب موضوع اهتمام علماء النفس والأطباء النفسيين وأطباء الأطفال ، ويعود تاريخ دراسته إلى الفريد سترأوس ورفاقه عام ١٩٠٥ حين عزلوا الخصائص التي تميز الأطفال المتخلفين عقلياً عن الأطفال الذين يعانون من إصابات في المخ ، وتبين وجود عدة مؤشرات وأعراض سلوكية ونفسية مرتبطة بإصابات المخ ، وهذه الأعراض هي النشاط الحركي الزائد ، والعدوانية ، والاندفاعية والتخريب . وقد أشار سترأوس إلى أن هذه الأعراض يمكن استعمالها لتشخيص إصابات المخ في الحالات الغامضة حتى عندما لا يوجد دليل واضح على الإصابة العصبية . ومن بين هذه الأعراض كان النشاط الزائد أو فرط النشاط هو المظهر المميز والمؤشر لتلك الإصابات . وقد أشار

ستراوس إلى أن الأطفال مفرطي الحركة مصابين بصدمة دماغية ، إلا أن العلماء الأولون لم يوافقوه الرأي .

إن من غير الصحيح اعتبار كل الأطفال ذوي النشاط الزائد مصابين في المخ . ولكن الأثر الهام لدراسة ستراوس ، هي أن المفهوم الذي استخدمه وهو الإصابة المخية الدنيا (الحد الأدنى لأذى المخ) . وبسبب كون العديد من الأطفال ذوي النشاط الزائد لا يظهرون دلائل إصابات في المخ تفوق غيرهم ، فقد أصبح من المهم النظر إلى هؤلاء الأطفال على أنهم يعانون من أذى في المخ . ولعدة سنوات أخرى فقد وجد العلماء أن هناك أعراضاً سلوكية أخرى للذين يعانون من إصابة مخية غير النشاط الزائد والاندفاعية والتخريب التي ذكرها ستراوس ، وإنما يعانون من أعراض أخرى أيضاً هي فترات الانتباه القصيرة ، وعدم الثبات الانفعالي ، والعجز الإدراكي الحركي ، وترتبط هذه الأعراض بالعجز عن التعلم والأعراض العصبية المشابهة . وقد سمى بعض العلماء إصابة المخ الدنيا زملة فرط النشاط ، معتبراً الحركة الزائدة أهم الأعراض فيها .

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للأمراض النفسية ، فقد اعتبر اضطراب نقص الانتباه من أهم اضطرابات النمو في مرحلة الطفولة ، وأنه يرافق دوماً بالنشاط الزائد (اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد Attention Deficit Disorder and Heperactivity) ورمزه اختصاراً (ADDH) . وبالرغم من أنها قد تنتج عن إصابة في المخ ، إلا أن الأطفال المصابين به ، يعانون من اضطرابات دراسية ، ومستوى النشاط ليس هو العقبة الرئيسية فيها ولكنه يرافق به دوماً لذلك جاءت تسميته حديثاً اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد .

الوصف والتشخيص :

مثال لحالة نقص الانتباه :

«أحيل ستانلي إلى المعالج النفسي من قبل معلمه . عمره تسع سنوات ، ويحتاج إلى متابعة مستمرة وإشراف لكي يشد المعلم انتباهه ويمنعه من الشروء

ومن توزيع انتباهه إلى رفاقه في الصف . قال المدرس إنه غير قادر على التركيز على دروسه لأكثر من بضع دقائق ، وهو دائم الحركة ، حتى لو كان جالساً ، فإنه كثير الحركة والدوران نحو رفاقه . وقال أيضاً: إنه كثير الحركة في المنزل ، كما أنه لا يستمر على القيام بأداء عمل ما لمدة تزيد عن دقائق ، وأحكامه ضعيفة ، ومشدوه ، كما أنه لا يعود إلى المنزل في الوقت المحدد .

لقد تم تشخيص حالة ستانلي على أنها اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ، وقد تضمن الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للأمراض النفسية معيار هذا الاضطراب على الشكل التالي :

١ - ضعف الانتباه : يجب أن تتواجد ثلاثة من الأعراض التالية على الأقل :

- غالباً ما يفشل في إنهاء أو إكمال الأشياء التي بدأ بها .

- غالباً لا يصغي للآخرين .

- سهولة التشويش .

- عنده صعوبة في التركيز على الأعمال المدرسية التي تتطلب تركيز الانتباه .

- عنده صعوبة في التوقف عن اللعب الحركي والنشاط .

٢ - الاندفاعية : يجب أن تتواجد ثلاثة من الأعراض التالية على الأقل :

- التصرف قبل التفكير .

- الانتقال السريع من نشاط إلى آخر .

- صعوبة تنظيم العمل (ويعود هذا إلى الخلل المعرفي) .

- بحاجة إلى إشراف مستمر .

- غالباً ما يصرخ في الصف .

- صعوبة العودة إلى اللعب ومواقف الجماعة .

٣ - النشاط الزائد : ويجب تواجد ثلاثة من الأعراض التالية على الأقل :

- يتنقل كثيراً بين الأشياء .

- عنده صعوبة في الثبات والاستقرار .

- يتحرك كثيراً أثناء النوم .

- متسرع دائماً ويتصرف كأنه مدفوع بدافع .

- صعوبة الجلوس بثبات على الكرسي .

٤ - البداية قبل سن السابعة .

٥ - يدوم لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر .

٦ - لا يعزى إلى الفصام أو الاضطرابات الانفعالية أو إلى التخلف العقلي .

إن تطبيق هذا المعيار التشخيصي يجب أن يتم بالاستناد إلى مرحلة نمو الطفل . ومن المهم أن نلاحظ أن هذه الأعراض قد لاتدوم طويلاً . وكثيراً ما تلاحظ في المدرسة أكثر من البيت . ويطبق هذه المعيار على الأطفال بين سني الثامنة والعاشرة .

أدوات تشخيص اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد :

هناك محاولات عديدة لوضع وتطوير قوائم فحص ومقاييس لتشخيص اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد بعضها مخصص للوالدين وبعضها للمعلمين . والجدول التالي (رقم ٥) يضم مقاييس تقدير وضعت لتشخيص هذا الاضطراب . والبند رقم ٥ فيه : يتطلب من المفحوص أن يصدر حكماً عما إذا كان الطفل مفرط النشاط . وبسبب أن الناس يملكون تعريفات مختلفة لمعنى فرط النشاط أو الحركة الزائدة ، فإن من غير الواضح أن يتفق حكمان على وصف طفل واحد بأنه حركي وذو نشاط مفرط ، ولهذا السبب لا يوجد اتفاق بين مقياسين من مقاييس التقدير أو قوائم الفحص التشخيصية . من هنا لا يوجد بديل عن اتباع الملاحظة السلوكية .

البند ؟ أبداً قليلاً كثيراً جداً

١ - يجلس وهو يمسك بشيء ما يحركه .

٢ - يههم ويصدر أصواتاً .

- ٣ - ينهار تحت ضغط الامتحان .
- ٤ - تنسيق ضعيف .
- ٥ - دائم الحركة والنشاط .
- ٦ - متهيج ومستثار .
- ٧ - ضعيف الانتباه .
- ٨ - صعوبة في التركيز .
- ٩ - حساسية زائدة .
- ١٠ - كثير الحزن .
- ١١ - الأنانية .
- ١٢ - إيذاء أطفال آخرين .
- ١٣ - مشاكس .
- ١٤ - ثرثار .
- ١٥ - يتصرف بعنف وقسوة .
- ١٦ - سلوك تخريبي .
- ١٧ - يكذب .
- ١٨ - يسرق .
- ١٩ - انعزالي عن الآخرين .
- ٢٠ - غير مقبول من الآخرين .
- ٢١ - سهل الانقياد .
- ٢٢ - تنقصه القيادة .
- ٢٣ - لا يتفاعل مع أفراد الجنس الآخر .
- ٢٤ - خاضع .

- ٢٥ - متحد .
 ٢٦ - خجول .
 ٢٧ - وقح أو صفيق .
 ٢٨ - متخوف .
 ٢٩ - عنيد .
 ٣٠ - غير متعاون .
 ٣١ - قليل المبادأة .

إضافة إلى قوائم الفحص ، هناك الملاحظة السلوكية ، والأدوات الميكانيكية التي تقيس حركات الطفل ، وكذلك الاختبارات النفسية المعيرة مثل اختبارات الذكاء ، فهذه جميعها تستخدم لتشخيص وتقدير اضطراب نقص الانتباه . وقد بين بعض العلماء أن القليل من هذه الأدوات موثوق ، ويمكن الاعتماد عليه ، وأن هناك القليل من الاتفاق بين هذه الاختبارات ، ويعني هذا أن الاختبارات لا يوجد بينها درجة عالية من الاتفاق في تحديد من هو الطفل الذي يعاني من نقص الانتباه والنشاط الزائد ، ولذلك يفضل اعتماد أدوات ومقاييس متنوعة .

إن حقيقة كون اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد متعدد الأبعاد والمظاهر قد لاقى تأييداً من عدد من الباحثين ومن المعيار التشخيصي والإحصائي السابق ذكره أيضاً . وقد افترضت عدة دراسات وجود نوعين : الأول ، نمط اضطراب الانتباه المرافق بالعدوان (ضعيف الانتباه العدوانية) ، الذي يعاني فيه الطفل من الصعوبات الشخصية والاجتماعية التفاعلية ، والثاني ، نمط اضطراب الانتباه بدون عدوان (ضعيف الانتباه غير العدوانية) ويعاني فيه الطفل من صعوبات دراسية وتحصيلية .

انتشار وحدوث اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد :

لقد بينت العديد من الدراسات أن اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد كثير الحدوث ، وأن ٣٪ من أطفال المدارس الابتدائية يعانون من هذا

الاضطراب (Cole 1975) ، كما أن ٥ - ١٠ من أطفال سن المدرسة يعانون من الاضطراب ، وبعضها الآخر وجدت أن النسبة أعلى من ذلك وأنها تصل إلى ٢٠ تقريباً (Whalen and Hanker 1980). إن الاضطراب أكثر حدوثاً بين الذكور منه بين الإناث ، وبمعدل يتراوح بين ١/٣ حتى ١/٩ .

المآل والمتابعة (إنذار الاضطراب):

السؤال الرئيسي المتعلق بالأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد ، هو ما يحدث لهم مع تقدمهم بالعمر (أي ما سيؤول إليه الاضطراب). لقد أكد بعض العلماء أن الاضطراب (وخاصة النشاط الزائد) يقل مع العمر ، في حين قال البعض الآخر العكس .

لقد توصلت بعض النتائج إلى أن عدم مواجهة أو علاج الاضطراب يزيد من خطر التعرض للسلوك اللااجتماعي (كالسرقة والتخريب والكذب) ، ويزداد استعمال المواد المؤثرة عند الفتيان الصغار الذين تطور عندهم السلوك اللااجتماعي. إن المراهقين في سن الثالثة عشرة أو يزيد يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة قد بدا عليهم الاندفاعية الزائدة والتشويش في البيت والمدرسة ، وكانوا أكثر قلقاً وأقل صبراً. أما بالنسبة للتحصيل الدراسي ، فبدا أنهم أكثر تسرباً من المدرسة ، وأكثر رسوباً ، وتزداد منازعاتهم مع رفاقهم ومع مدرسيهم. وبالرغم من أن هذه الاضطرابات السلوكية أكثر حدوثاً في مرحلة الدراسة المتوسطة ، فإنها ظهرت أيضاً في مرحلة الدراسة الثانوية والعليا(عبد الله ١٩٩٤).

عوامل اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد:

لقد لاحظنا سابقاً كيف نظر بعض العلماء إلى اضطراب نقص الانتباه على أنه ناتج عن خلل في المخ (الحد الأدنى لخلل المخ) ، ولكن لا يوجد الكثير من البحوث التي تدعم هذه العلاقة (السببية) بين خلل المخ واضطراب نقص الانتباه. عموماً فشلت هذه البحوث في إظهار علاقة محددة بين اضطراب نقص الانتباه والخلل المخي العصبي المحدد. فبعض الأطفال الذين يعانون من خلل واضح في المخ لم يظهروا نقصاً في الانتباه ولا نشاطاً مفرطاً. وقد فشلت بعض

الدراسات في إظهار فروق جوهرية بين الأطفال ضعيفي الانتباه وأولئك الذين يعانون من اضطرابات نفسية أخرى استناداً إلى العوامل البيوكيماوية. عموماً أجريت الكثير من البحوث وتوصلت إلى العوامل التالية:

١ - التسمم بالرصاص: لقد أجرى دافيد من خلال البحوث العديدة حول التسمم بالرصاص دراسة لإظهار العلاقة بين مستويات الرصاص وفرط النشاط، وتبين أنه حتى في حال غياب التسمم بالرصاص، فإن عدداً من الأطفال وخاصة ذوي المستوى الاقتصادي المتدني قد أظهروا مستوى عالياً من الرصاص بالدم. وقد قسم دافيد الأطفال إلى أربعة مجموعات: الأولى، تضم الذين يحتمل أن يكون سلوكهم مستنداً إلى تاريخ مرضي عضوي، والثانية، الذين افترض وجود سبب عضوي لحالتهم، والثالثة، تضم الذين لهم تاريخ في التسمم بالرصاص، والرابعة أولئك الذين لم تتحدد عوامل إصابتهم. لقد تم مقارنة مستوى الرصاص في المجموعات الأربعة مع أولئك الأطفال الذين لا يعانون من فرط النشاط. وقد تبين أن الأطفال الذين يتميزون بالنشاط المفرط ولا يوجد عندهم عوامل عضوية محددة، كان عندهم مستوى عال من الرصاص مقارنة مع أطفال المجموعة الضابطة. أما الأطفال الذين تبين وجود خلل عضوي محدد يقف وراء أعراضهم المرضية، فكان مستوى الرصاص عندهم مشابهاً لأفراد المجموعة الضابطة. وقد أثبتت هذه الدراسات وجود علاقة بين مستوى الرصاص بالدم وبين عرض أو أكثر من أعراض نقص الانتباه والنشاط الزائد. وهناك دراسة قام بها دافيد وهو فمان وسفيرد (David, Hoffman and Sverd 1977) قدمت أدلة جديدة تدعم العلاقة بين مستويات الرصاص بالدم واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط. وبما أن مستويات الرصاص تزداد عن طريق تنفس دخان السيارات والآلات ومعامل صهر المعادن وخاصة الرصاص؛ فإن الأطفال سيعانون من آثار ذلك أكثر من الأطفال الذين يعيشون بعيدين عن مثل هذه الأمكنة.

٢ - الخلل والشذوذ الجسمي: لقد أثبتت دراسات عديدة قام بها والدروب وزملاؤه، الدور الذي تلعبه العوامل البيوكيماوية في اضطراب نقص الانتباه.

وقد فحص هذا العالم العلاقة بين عدد حالات الشذوذ الجسمي في نمو الجنين وبين النشاط الزائد في فترة لاحقة ، وتتضمن هذه الشذوذات والاضطرابات الجسمية الضعف البدني ، والتشوهات مثل محيط الرأس ، والأذن ، واللسان وأصابع اليد والقدم . وقد تبين وجود علاقة وثيقة وذات مغزى بين درجة هذه الشذوذات وبين فرط النشاط ، وكلما زادت هذه التشوهات زادت حالات فرط النشاط . وقد توصل جيلبرج إلى نتائج مشابهة أيضاً ، فالأطفال الذين يعانون من هذه التشوهات يصبحون أكثر عرضة لفرط النشاط لاحقاً ، كما أن أمهاتهم قد عبرن عن شكاوي كثيرة أثناء الحمل . وقد ثبت أن هذه التشوهات والشذوذات الجسمية مرتبطة بخلل في نشاط المخ الكهربائي كما تقيسه راسمة المخ (EEG) مما يدل على وجود علامات خلل عصبي . وقد شدد روس وبلهام (Ross and pelham 1981) أن مثل هذه التشوهات لا ترتبط بالضرورة بخلل عصبي ، وأنه إذا لم يثبت وجود خلل عصبي مع مثل هذه التشوهات ، فإن من غير الواضح التنبؤ باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط . وفوق ذلك فإن العلاقة الموجودة بين مثل هذه الشذوذات وفرط النشاط ، حتى لو كانت ذات مغزى إحصائي ، فإنها تقدم تنبؤاً ضعيفاً بفرط النشاط لاحقاً .

٣ - الإثارة العضوية والاستجابية : بالرغم من أن أكثر الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه لا يوجد عندهم خلل عصبي ، فإن عدداً كبيراً من الدراسات قد أجريت في العقود الأخيرة لفحص إمكانية وجود فروق سيكوفيزيولوجية بين هؤلاء الأطفال ومقارنتهم مع الأسوياء ، وقد استخدمت مقاييس عديدة مثل استجابات القلب ، وضغط الدم ، واستجابة الجلد الغلغانية ، وموجات المخ ، وقورنت عند المرضى والأسوياء تحت ظروف متنوعة . وقد بينت النتائج وجود فروق بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وبين الأسوياء في هذه الاستجابات للمثيرات المتنوعة ، كما وجدت هذه الفروق في فترات الراحة أيضاً ، ولكن الأطفال المصابين بالاضطراب كانوا أقل في الاستجابة للمثيرات ، كما كانت استجاباتهم العضوية لها أبسط أيضاً ، في أن استجاباتهم كانت أسرع من المعتاد . واستناداً إلى هذه

النتائج فقد افترض الباحثون ، أنه على الرغم من أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه لم يكونوا أدنى أو أعلى إثارة في فترات الراحة ، فإنهم قد يكونوا أقل استجابة للمثيرات من الأطفال الآخرين. وقد أثبتت دراسة للعالم زينتال ، أن الأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ، يملكون حالة متدنية من الإثارة والتنبه ، وأدنى من المعتاد ، كما أنهم كثير الانشغال بأنشطة إضافية تزيد من مستوى إثارتهم. يتصف هؤلاء الأطفال بأنهم يبحثون عن الاستثارة seeking stimulatoin وهذه الفرضية تفسر قيمة المنبهات من الأدوية في معالجة فرط النشاط ولكن ليس بالنسبة لنقص الانتباه.

٤ - ضعف الانتباه: لقد ركز عدد من الباحثين على دراسة طبيعة نقص الانتباه وفرط النشاط ، ووجدوا أن الأطفال ذوي النشاط الزائد يعانون من صعوبات في حفظ الانتباه مع مرور الوقت. وبسبب كون أكثر الأطفال الذين تمت دراستهم من قبل دوغلاس ورفاقه ، كانوا يعانون من صعوبات في التعلم ، فإن من الصعب عزو هذه النتيجة إلى فرط النشاط أو إلى صعوبات التعلم. وفي كل الحالات ، لاحظ روس وبلهام أن عدداً من الأطفال المفرط النشاط يبدون قادرين على مشاهدة التلفزيون لفترات طويلة ، وفوق ذلك فإنهم قادرين على حفظ انتباههم في ظروف معينة. وبالطبع فإن فشلهم في حفظ الانتباه وتركيزه في المواقف التجريبية ، يعكس ضعف الدافعية أو الأداء أكثر من كونه ضعفاً في القدرة.

٥ - العوامل الجينية (الوراثية): لقد درس عدد من العلماء ومنهم كانتويل Cantwel وماكمان Macman دور العوامل الوراثية في اضطراب نقص الانتباه ، وتجمعت أدلة علمية عن حدوث فرط النشاط وانتشاره بين الأقارب كما هو الحال بالنسبة لانتشار الكحولية والسيكوباتية وغيرها. إن الدرجات العالية من انتشار فرط النشاط بين التوائم يفترض وجود عوامل وراثية وراءها.

٦ - ملاحظة ختامية حول الأسباب: يبدو من خلال فحص عوامل اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد أن من الصعب القول بوجود عوامل عضوية أو خلل

في المخ وراء الاضطراب ، وفوق ذلك فإن البحوث التي أجريت على العلاقة بين مستوى التسمم بالرصاص وفرط النشاط ، ودور العوامل الوراثية ، تشير إلى احتمال كون العوامل البيولوجية تلعب دوراً هاماً في تطور الاضطراب .

علاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط :

إن علاج اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد يشبه علاج الاضطرابات النفسية الأخرى ، والتركيز يكون على الأعراض المرافقة له ، ومن هذه الطرق العلاج الدوائي ، والعلاج النفسي والمداخلة التربوية .

١ - العلاج الدوائي : لقد بينت عدة دراسات ، أن من ٦٠ حتى ٩٠٪ من الأطفال ذوي النشاط الزائد يستجيبون جيداً للأدوية المنبهة (المنشطات) ، وأن أكثر أشكال السلوك التي تحسنت بهذه الأدوية هي قدرة الطفل على تحسين انتباهه وتركيزه . إن الأدوية المنبهة Stimulants تساعد الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه ، ولكن لم يعد لماذا ، وبسبب الآثار الجانبية التي تحدثها هذه الأدوية (مثل انخفاض الشهية ، واضطراب النوم ، والصداع وآلام المعدة ، والدوخة . .) فإن عدد من المعالجين يركزون على ما أسموه عطلة أو راحة الدواء خلال فترة العطلة الدراسية . وقد استخدمت أدوية عديدة في معالجة الاضطراب والأعراض المرافقة له ، منها مضادات الاكتئاب ، والمنشطات ، ولكنها جميعاً لم تحدث تقدماً ملحوظاً . وأفضل الأدوية المستخدمة حالياً والتي ثبتت فعاليتها هو Methylphenidate الذي يعطى بجرعات من ٤٠ - ٦٠ ملغ ، مرتين أو ثلاث مرات في اليوم ، هذا بشكل عام ولكن يبقى هناك بعض الاعتبارات الفردية في كل حالة . عموماً لا تشكل التأثيرات الجانبية مشكلة ، فربما يحدث اضطراب في النوم أو في الشهية ، ولكنها لا تستحق الاهتمام ، خاصة وأن هذه الدواء هو الأكثر استعمالاً من بين المنشطات الأخرى بسبب تأثيراته الجانبية الضعيفة بالمقارنة مع الأدوية الأخرى مثل Dextroamphetamine (عبد الله ١٩٩٤) .

٢ - العلاج النفسي : لقد استخدمت تقنيات العلاج المعرفي في هذا الاضطراب ، وأساس هذه الطريقة هو تعليم الأطفال أسلوب الحديث الذاتي

الذي يتيح لهم الاحتفاظ بانتباههم إلى المهمات المتنوعة لما يريدون التحدث عنه أو ما يقومون به من أفعال . وبالرغم من الدراسات العديدة التي دعمت هذه التقنية ، إلا أنها تواجه صعوبات في تعميمها على كل الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه . وتعتمد هذه الطريقة عموماً مع المراهقين من المصابين بالاضطراب ، حيث يتم إعادة البناء المعرفي وطريقة التفكير ، هذا من جهة ، ومن جهة أخرى ، فإن المصابين بالاضطراب يعانون من علاقة مضطربة في العائلة وخارجها كثيراً ما يسبب الارتباك والفوضى ، فيرافق هذا العلاج مع المعالجة النفسية الاجتماعية التي تسمى العلاج الأسري أو علاج العائلة وذلك لتحسين العلاقات الاجتماعية وتطوير السلوك الاجتماعي .

لقد استخدمت طرق الاشراف الإجرائي أيضاً ، وذلك من أجل تعزيز انتباه الأطفال على المهمات ، وإيقاف أشكال السلوك التخريبي في الصف . كما تم إدخال الأهل والمعلمون في هذه التقنية لمساعدة الأطفال في تعميم أشكال السلوك السوي خارج نطاق الصف .

٣ - التربية الخاصة: تم تصميم عدد من الطرق التربوية لمعالجة الأطفال المصابين بهذا الاضطراب ، وذلك بهدف دعم قدرة الطفل على الإفادة من التعلم الصفي ، وخفض نشاطه الزائد ، وتركيز انتباهه . وقد لاحظ عالم النفس زيتال أن الطرق التقليدية تستند إلى افتراض أساسي قدمه ستراوس حول طبيعة فرط النشاط ، هذا الافتراض الذي يقول أن الأطفال مفرطو النشاط عندهم خلل في المخ وغير قادرين على تمييز المثيرات التي تعزى إلى المشكلات الإدراكية ، وكثافة هذه المثيرات على الشخص تحدث عنده نشاطاً مفرطاً . ولذلك يجب خفض هذه المثيرات عن طريق تعليم الطفل مفرط الحركة أن يميز بين هذه المثيرات ويجردها أو يعزوها قدر الإمكان ، ومن الضروري تحديد المستوى المثالي والمناسب من الإثارة والتنبيه حتى تتكامل مع تعديل السلوك .

* * *