

كارثة الصحة الذهنية

حين يقول البشر ذوو العقول التقدمية إن الأطفال اليوم هم أفضل مما كانوا عليه من قبل، أو على الأقل ليسوا أسوأ، هناك موضوع واحد - حسب علمي - لا يتطرقون إليه أبداً. فعدد الأطفال والمراهقين الذين شُخص أن مصابون باضطرابات ذهنية لم يرتفع فحسب في العقد والنصف الأخيرين بل تفجر. فأحداث اليوم، الذين هم بين أكثر المزدهرين مادياً الذين يسيرون على الأرض، إما يعانون وإما اعتُقد أنهم يعانون من مستويات لا سابق لها من المرض الذهني.

ويعرف الأطباء، وعلماء النفس، والمحللون النفسيون الذين يتصدون لهؤلاء الأطفال والمراهقين جيداً كارثة الصحة الذهنية التي يمكن أن تكون غير قابلة للمسّ في الدوائر السياسية

الصديقة لمذهب الفصل. ففي كانون الثاني من سنة 2001، أصدر كبير الأطباء تقريراً يعلن أن الولايات المتحدة تواجه "أزمة عامة في الرعاية الذهنية للأطفال والمراهقين".⁽¹⁾ وتتبع التقرير أيضاً أن الاضطرابات العصبية النفسية في الطفولة ستصبح أحد الأسباب الخمسة الأكثر شيوعاً للمرض والوفيات والعجز في عام 2020. وبنحو مشابه، تقدر هيئة الصحة الذهنية القومية الآن أن واحداً من كل خمسة من الأطفال الأميركيين يعاني من اضطراب ذهني، عاطفي أو سلوكي قابل للتشخيص ويمكن أن يعاني واحد من كل عشرة من اضطراب عاطفي خطير.⁽²⁾ وتقول المصادر العيادية الأمر نفسه؛ وقد أفاد قسم الطب النفسي لمستشفى ماساتشوسيتس العام: "إن الخلل الوظيفي النفسي والاجتماعي للطفولة، الذي يُعد مرضاً جديداً منذ 25 سنة، أُقرب به بنحو واسع على أنه الحالة المزمنة الأكثر شيوعاً بين الأطفال والمراهقين".⁽³⁾

ماذا كان يجري في مكان آخر في الخمس وعشرين سنة نفسها؟ ففي 1980 كانت نسبة الأطفال الذين يعيشون في أسر فيها أحد الأبوين 19.7؛ وفي 2000 كانت 26.7.⁽⁴⁾ وفي 1980 كان 18.4 من الولادات يتم خارج نطاق الزواج؛ وفي سنة 2000 صارت النسبة 33، أو ثلث كل الأطفال.⁽⁵⁾ باختصار، صار المزيد من الأطفال (بشكل متناسب) يتزعمون الآن دون والدين. وهذا يحصل جزئياً نتيجة تزايد الطلاق ووجود أب واحد في المنزل، وصار يتكرر غياب الأمهات أثناء تلك الأعوام نفسها عن المنزل.

يمكن أن تتذكروا أن نسبة الأمهات الموظفات اللواتي لديهن أطفال تحت سن السادسة ارتفعت من 46.8 في 1980 إلى 64.6 في سنة 2000، وهذه زيادة 28% في عشرين عاماً فحسب.

يمكن تحدي أي إحصاء خاص، بالطبع، ويمكن أن تبرهن حقيقة معزولة على الكثير. يمكن أن يعارض القارئ الشكاك مسبقاً أن هذا لا يعني وجود صلة بين والدين غائبين ومشكلات الأطفال الذهنية (وهذه نقطة سنعود إليها). مع ذلك إن النقطة التي بينها تقرير مستشفى ماساتشوسيتس العام، بين نقاط أخرى، قوية: يعتقد كثير من الأطباء أن المزيد من الأطفال والمراهقين يحتاجون إلى مساعدة نفسية أكثر مما كان عليه الأمر منذ عقدين.

إن تفشي ظاهرة الأطفال الذين يعانون من مشكلات هو أيضاً أمر ربما يعرفه القراء مسبقاً من تجربتهم الشخصية. فاضطراب العجز عن الانتباه أو اضطراب العجز عن الانتباه الناجم عن فرط النشاط الذي يتضمن نشاطاً مفرطاً مرضياً، والاضطراب الوسواسي القهري، والاضطراب السلوكي، والاكتئاب الهوسي، والتوحد، والاكتئاب، كل هذه وتسميات أخرى طبية نفسية هي الآن حديث المطبخ وحقيقة يومية في أنحاء البلاد. وتم تنبيه معظم مدارس المقاطعات وجميع الكليات الجامعية في أميركا إلى المشكلة المتنامية، وزُوِّدَتْ بأجهزة خاصة وتسهيلات منفصلة، ودارت مجادلات مستمرة حول من يحصل على ماذا (ومن يدفع مقابله). وبنحو مشابه، أصبحت العقاقير المعدلة للذهن - والتي هي موضوع

مهم بحيث يقتضي فصلاً مستقلاً في هذا الكتاب - واقعاً يومياً للطفولة بالنسبة للملايين.

وكيفما قلب المرء المسألة، سيرى أن حقيقة أن كثيراً من الأطفال والمراهقين يُعدون عاجزين ذهنياً أو سلوكياً، تثير سؤالاً اجتماعياً من المرتبة الأولى.⁽⁶⁾ ربما كانت الطريقة الأهم لصياغة السؤال هي هذه: ما الذي يجري بالضبط بحيث ترتفع عملياً جميع مؤشرات المشكلات الذهنية والعاطفية للأحداث درامياً؟ يظهر أن هناك ثلاثة أجزاء متميزة للجواب؛ وكل واحد مجموعة فرعية لعالم فيه الأطفال والمراهقون هم أكثر انفصالاً عن أسرهم - وخاصة عن آبائهم وأمهاتهم - أكثر من قبل بكثير.

أكثر حزناً وقلقاً مما كانوا عليه من قبل

الجواب الأول على سؤال لماذا يبدو كثير من الأطفال والمراهقين في هذا الوضع الذهني البائس هو الأبسط: فهم يعانون من كثير من الأمور التي تجعلهم قلقين، ومكتئبين ومتضايقين. بتعبير آخر، إن سبب الارتفاع في مشكلات الأطفال هو على الأقل جزئياً حقيقي.

على سبيل المثال، يعتقد كثير من الأطباء أن الارتفاع كبير جداً بحيث لا يمكن أن يكون مجرد أثر تشخيصي. يعتقد البعض أن الاكتئاب بخاصة كان يرتفع بين الأطفال لعقود. والدراسة التي

تُذكر مراراً، والتي نُشرت في أرشيف الطب النفسي العام، ترى أن نسب الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين ازدادت عشرة أضعاف منذ نهاية الحرب العالمية الثانية.⁽⁷⁾ وقال مقال نُشر في بوستغراديويت مديسين، المجلة التي يراجعها أطباء الرعاية الرئيسية، بنحو مشابه: إن "الدليل يشير إلى أن الاكتئاب بين الأطفال والمراهقين يزداد حدوته وغالباً ما يُهمل كعلة للمشكلات السلوكية وغيرها".⁽⁸⁾ وفحصت دراسة أخرى في مجلة أخرى متخصصة 269 دراسة مختلفة من الخمسينيات إلى الستينيات واستنتجت أن القلق والاكتئاب المبلغ عنهما ذاتياً ازدادا بشكل درامي في تلك السنوات".⁽⁹⁾

ويعتقد بعض الأطباء أيضاً أن الازدياد المذهل بخاصة في عدد الأطفال المسجلين كمتوحدين يعكس أمراً حقيقياً، أنه ليس من عمل التشخيصات المدارة بشكل رائع فحسب. وكما عبر عن النقطة ميتزي والتز، الخبير في تاريخ التوحد ومؤلف اضطرابات التوحد: "الأطباء يقومون بعمل أفضل في التشخيص، ويستحقون الثناء من أجل ذلك... مع ذلك، يبدو التشخيص الأفضل و كأنه يقول القصة كلها. إذا تحدثت مع الأطباء الذين بدؤوا العمل في المجال منذ 20 أو 30 سنة، سيخبرونك أنه حدث هناك ازدياد ضخم وملحوظ. وهكذا سيخبرك المدرسون والعمال الاجتماعيون".⁽¹⁰⁾ وفي شباط 2004، واستجابة لدورة أخرى من مقالات الصفحات الأولى في نيويورك تايمز حول الازدياد في التوحد، كرر عدد من كتاب

المقالات فكرة والتز. وكما عبر أحدهم عنها: "سيخبرك كثير من المربين والمدرسين الذين عملوا وقتاً طويلاً أن هناك المزيد من الأطفال المتوحدين اليوم وليس الأعداد التي أعيد تصنيفها فحسب. إذا أمضيتهم وقتاً في مجموعات اللعب، والمدارس وما شابه ستلاحظون مباشرة كم يوجد كثير من أولئك الأطفال هناك". (11)

هناك أيضاً كثير مما يمكن أن يُدعى بالدليل غير المباشر، وبعضه مقدم في مكان آخر في هذا الكتاب، ليوحى أن تدهوراً كلياً لسعادة الأطفال النفسية قائماً الآن. والازدياد الإجمالي غير الملاحظ في انتحار المراهقين في جميع البلدان الغربية في العقود القليلة الماضية دليل معبر رغم أنه مرعب مثله مثل الحقيقة غير المشروحة أيضاً بأن نسبة قتل الجنين من قبل المراهقين هي أعلى الآن مما كانت عليه من قبل. (12) هناك أيضاً حقيقة أن الاعتداء الجنسي على الأطفال بدأ بالازدياد في العقود القليلة السابقة (بسبب نزوح الوالدين البيولوجيين من المنزل كما ناقشنا في الفصل السابع)، والمشكلات النفسية الكثيرة المرتبطة به. وإذا ما حكمنا من خلال المعايير السلوكية وحدها، بالتالي، يبدو أن هناك تفككاً واسع الانتشار. وبالإضافة إلى الأعداد والاتجاهات، هناك أيضاً ملاحظات المهنيين المتمرسين كمثال المعلمين وأساتذة الجامعات، والذين يميز بعضهم في طلاب اليوم استلاباً جديداً حقاً. (13)

السبب الأخير للاعتقاد بأن تقوض الصحة الذهنية حقيقي نوعاً ما هو أن ظواهر معينة مرتبطة تجريبياً بمشكلات الطفولة

الذهنية تزداد في المجتمع. فكروا، على سبيل المثال، بعوامل معينة مرتبطة بالاكنتاب. فالمقال المذكور سابقاً في مجلة بوستغراديويت مديسين لخص بعض تلك الأدلة كما يلي: "تشتمل العوامل البيئية التي تزيد من خطر الاكنتاب لدى الأطفال على موت أحد الوالدين في الطفولة وتاريخ من الاستغلال أو الإهمال. فأمراض العجز عن النماء وبينها اضطرابات العجز عن التعلم والضعف الجسدي أو الأمراض المزمنة، كالداء السكري تزيد، بنحو مشابه، من الخطر. ذلك أن بيئة منزلية فوضوية بوالدين غائبين جسدياً أو عاطفياً تسبب المرض الذهني، سوء الاستعمال^(*)، الصعوبات السلوكية أو الاقتصادية أو مشكلات أخرى هي عامل مجازفة كذلك". (التشديد من عندنا).

يمكن أن يعارض المرء تلك الجملة الأخيرة ويسأل بالضبط ما المقصود بـ "فوضوي" و"غائب جسدياً أو مادياً". يستطيع المرء أن يتخيل أن ما تعكسه هذه الصيغة هو، مثلاً، شقة مثقوبة بالرصاص في غيتو أو قاطرة تتراًسها أم وحيدة سكبيرة. وليس من الواضح مطلقاً، على أي حال، أن الواقع الاجتماعي الملخص من قبل كل الإحصاءات السابقة مقتصر على حالات فاضحة كتلك. ففكرة أن منازل اليوم، بعامه، هي أكثر فوضوية مما كانت عليه من قبل هي محور المحادثات العامة؛ فالقصص تتكاثر، كما توضح التجربة، عن أعضاء أسرة نادراً ما يرون بعضهم بعضاً، نادراً ما يتناولون الطعام

(*) الإفراط في تعاطي المواد المسببة للإدمان كالكحول والمخدرات إلخ.

سوية ويستخدمون المنزل كمحطة للراحة والتزود بالوقود بين المناسبات في الخارج. هنا مرة ثانية، ودون الدخول في مجادلات موسعة عن العلة، يستطيع المرء أن يلاحظ بالتأكيد هذا كثيراً: ما يظهر في بعض الحالات المصاحبة لاكتئاب الطفولة ومشكلات ذهنية ذات صلة لا يظهر علامة الاختفاء وهناك إشارات على ازدياده. بوسعنا الاستنتاج من هذا أن الاكتئاب والاضطرابات الأخرى ازدادوا بمعنى حقيقي، ومن المرجح أن نواصل فعل ذلك.

سبب أخير للاعتقاد بأن الازدياد في بؤس الطفولة هو حقيقي هو الأدبيات الكثيرة حول اتجاه شائع آخر مرتبط بالمشكلات العاطفية والذهنية والسلوكية: الطلاق واللاشرعية، مشكلة الوالد الغائب المضافة في هذا الكتاب. فكروا فقط ببضع إحصاءات مختارة من الصفحات الـ 182 المسببة للكآبة للطبعة الرابعة من كتاب حقائق الأب، وهي لائحة من المجردات والمخصصات الأخرى عن دراسات من مشهد الصحة الذهنية المهني. نقرأ في مجلة أميريكان جورنال أوف أورثوساكياتري (المجلة الأميركية للطب النفسي التقويمي).^(*) في مسح شمل 272 طالب ثانوية، كان تماسك الأسرة والوضع الزوجي عاملي الحماية الأقوى من السلوك الانتحاري... قيل إن سلوك 38% من المراهقين الذين من أسر فيها

(*) وهو الطب الذي يُعنى بدراسة اضطرابات السلوك عند الأطفال، بخاصة، ومعالجتها.

زوجة الأب أو الأم انتحاري بالمقارنة مع 20 % بين المراهقين من منزل فيه أحد الوالدين، أما النسبة فهي 9% بين المراهقين الذين من أسر سليمة".⁽¹⁵⁾ ونعرف من وزارة الصحة والخدمات الإنسانية: "إن الأطفال في الأسر التي فيها أحد الوالدين من المرجح من 1 إلى 3 مرات أن يصابوا بمشكلات عاطفية وسلوكية أكثر من التي فيها والدان".⁽¹⁶⁾ وتقول مجلة علم نفس الأطفال (جورنال أوف بدياتريك سايكولوجي): "بينت دراسة لـ 352 أسرة أن الأطفال الذين عاشوا مع أمهم وعشيقها كانوا متكيفين بشكل نفسي أسوأ وكان لديهم مشكلات سلوكية أكثر من أطفال عاشوا مع آبائهم وأمهاتهم البيولوجيين".⁽¹⁷⁾ مرة أخرى، النقطة هنا هي أنه بينما تتواصل ظواهر الطلاق والحرمان من الأب بسرعة ويتواصل ارتباطها بازدياد في مشكلات الأطفال الذهنية، فهناك دليل يقول إن الازدياد في تلك المشكلات حقيقي وأنه يمكننا توقع استمراره.⁽¹⁸⁾

التغيرات التشخيصية وما تقوله لنا

الجواب الثاني على سؤال لماذا الحالة الذهنية للأطفال والمراهقين تبدو محفوفة بالمخاطر هو ما يمكن أن يدعى بالشرح التشخيصي أو التعريفي. فمنذ حوالي عقد، تغيرت بشكل معتبر الشروط التي وضعها المهنيون لما يشكل مشكلة ذهنية طفولية

شرعية، وخاصة معايير الكتيب التشخيصي والإحصائي الرابع. ولم تُضف اضطرابات جديدة فحسب، وإنما حُدِّتْ الاضطرابات القائمة من جديد مع مجموعة أكثر اتساعاً بنحو ملحوظ من المعايير. وكانت نتيجة هذه التغييرات: توسيع تعريف مرض الأحداث الذهني كي يشمل عدداً إضافياً كبيراً من الأطفال والمراهقين.

فكروا بمثال اضطراب العجز عن الانتباه واضطراب العجز عن الانتباه الناجم عن فرط النشاط، المعروفين والمشخصين أكثر من غيرهما بين مشكلات الأحداث الذهنية. هكذا سمتهما الهيئة الأميركية للطب النفسي في 1980 بعد أن خضعا لخمس وعشرين تغييراً مختلفاً في الإسم في السنوات المائة السابقة.⁽¹⁹⁾ بالنسبة للمؤسسة الطبية كما تمثلها الأكاديمية الأميركية لطب الأطفال، والجمعية الأميركية للطب النفسي ومجموعات أخرى مميزة، إن اضطراب العجز عن الانتباه هو اضطراب عصبي بيولوجي، عصبي، أو كيماوي عصبي، خطأ "في الترابط"، في الصورة الميكانيكية المستخدمة بنحو شائع. ويؤمل أن هذه الحبال المتشابكة ستُحدد في النهاية من قبل صيغة ما من العلم الصارم. مع ذلك لأن علم النفس لم يقم بمهمات جينية، كيماوية أو بيولوجية بعد، فإن تشخيص اضطراب العجز عن الانتباه واضطراب العجز عن الانتباه الناجم عن فرط النشاط - مثله مثل تشخيص تلك الاضطرابات

الذهنية الرئيسة للأحداث - يعتمد بشكل حصري على معايير سلوكية.

وهنا يكمن على الأقل جزء من الجدل المستمر حول ما هما اضطراب العجز عن الانتباه واضطراب العجز عن الانتباه الناجم عن فرط النشاط وما ليس هما. وكما يعبر عن المشكلة المفهومية تقرير مجلس الرئيس حول علم الأخلاق الأحيائي^(*)، تقرير كاس، الذي سُمي باسم الرئيس ليون كاس: "في الحالات تامة التطور، من السهل القيام بالتشخيص المستند إلى الأعراض. ولكن الأعراض نفسها تعتم على مجموعة متصلة داخل مستويات عادية من إلهاء الطفل أو نزويته... بالنتيجة، إن التشخيص المحض القائم على الأعراض لاضطراب العجز عن الانتباه الناجم عن فرط النشاط، حتى حين يقوم به خبراء متمرسون، بعد الفحوص الشاملة المطلوبة في خلفيات المنزل والمدرسة، هو دائماً عرضة لخطر أن يشمل الأطفال الذين ليس لديهم الاضطراب، ولكن الذين، مع ذلك، هم معاقون بشكل مشابه. فحين تكون الأعراض أقل وضوحاً وأقل حدة، فإن التشخيص يكون في غاية الصعوبة"⁽²⁰⁾

ويتبين مدى صعوبة مهمة التشخيص لدى قراءة قائمة الأعراض المطلوبة لاضطراب العجز عن الانتباه. فالمعايير التشخيصية للأطفال، بحسب الكتيب التشخيصي والإحصائي

(*) دراسة المسائل الأخلاقية التي ينطوي عليها تطبيق المكتشفات الأحيائية والطبية وبخاصة في حقل البيولوجيا العصبية وما إليها.

الرابع، تشتمل على قيمة ستة أشهر أو أكثر من أربعة عشر فعلاً: القلق، الضيق، الإلهاء بعوامل خارجية، صعوبة انتظار الأدوار، التصريح دون ترو بالأجوبة، فقدان الأشياء، المقاطعة، تجاهل البالغين، وإلى ما هنالك.⁽²¹⁾ وكلها أنواع من السلوك سيُعترف أي شخص يمتلك تجربة مباشرة مع الأطفال، وخاصة الصغار، أنها كلية الحضور. وكما عبر الطبيب لورنس ديلر بنحو مشابه: "ما يفاجئ غالباً المرء الذي يواجه معايير الكتيّب التشخيصي الإحصائي للمرة الأولى هو كم هي شائعة هذه الأعراض بين الأطفال بعامة".⁽²²⁾

حتى بغض النظر عن مسألة مدى ترابط قائمة أعراض اضطراب العجز عن الانتباه بنحو وثيق مع السلوك الطفلي السوي، هناك مشكلة منفصلة تدفع أيضاً نحو الخارج عدد الأطفال الذي شُخصوا: المشكلة المزعجة لتحيز المراقب. ما هو "فرط النشاط" في المقام الأول؟ لا شك أن بعض الأطفال النشيطين بشكل مفرط ينجحون في اختبار "أعرفه - حين - أراه"؛ ولقد أمضيت أنا شخصياً أعواماً في دراسة مقرر واحد للأطفال، ويمكن على الأرجح أن يؤمن كثير من القراء بمثال مشابه من حياتهم الخاصة.⁽²³⁾ وحتى هكذا ليس هناك اقتراب من مشكلة أن أي حكم على "فرط النشاط" يكمن في عين الناظر. فجميع أنواع الأشياء عن ذلك المراقب - العمر، الصبر، وقبل كل شيء، التجربة مع الأطفال الحقيقيين - يمكن أن تؤثر في إدراكه حول إن كان الطفل "مفرط

النشاط".⁽²⁴⁾ وفي وقت يمضي فيه كثير من الآباء والأمهات والأطفال وقتاً طويلاً منفصلين، وفي عوالم غير متقاطعة، يبدو أمناً القول أن مشكلة تحييز المراقب البالغ يمكن بالتالي أن تُضخّم. فأى طفل في الثالثة في الملعب سيبدو "مفرط النشاط" إذا كان ما يريد أن يفعله المراقب البالغ هو، مثلاً، قراءة كتاب، أو يقوم بإغفاءة. وبنحو مشابه، فالبالغون المنخرطون مع الأطفال بنحو متجول فحسب يمكن أن يعتبروا أي طفل بعمر سنتين ذا طاقة وحشية وسيكونون على صواب. ولكن أين بالضبط يعبر السلوك الجسدي، الذي لا يشبه سلوك البالغين، الخط إلى المرض؟

أن نقول إن تشخيص اضطراب العجز عن الانتباه واضطراب العجز عن الانتباه الناجم عن فرط النشاط، يمكن أن يكون مشحوناً بالغموض، لا يعني أن ننكر الواقع الحزين لأطفال يعانون من مرض ذهني حقيقي. ولا يقلل من التوتر الذي جربه آخرون في عائلات أولئك الأطفال. وتشتمل أدبيات اضطراب العجز عن الانتباه على قصص كثيرة عن أطفال ينامون قليلاً بشكل ملحوظ، والذين في الحقيقة لا يستطيعون الجلوس هادئين، والذين يبقون في حركة دائمة؛ وبنحو مشابه تكثر فيها الشهادات من قبل والدين يتحدثان بفصاحة وحزن إلى درجة أن طفلاً يستطيع فرض أعباء فريدة على حياة الأسرة. وليس هناك إهمال للتعبيرات التي يُشعر بها بنحو عاطفي لتلك الحقيقة، بأي شكل، كما لا يستطيع المرء أن يهمل إيمان كثير من الأطباء بالوجود المستقل البديهي لاضطراب العجز

عن الانتباه واضطراب العجز عن الانتباه الناجم عن فرط النشاط واضطرابات أخرى ذات صلة.

وحتى هكذا، وكى نبقي أعيننا على مشكلة الدماغ والسلوك بعامة يجب أن نعترف على الفور أن حالات صعبة وواضحة كهذه وحدها لا تستطيع شرح حالة ملايين الأطفال الذين تبين بالتشخيص أنهم مصابون باضطراب العجز عن الانتباه واضطراب العجز عن الانتباه الناجم عن فرط النشاط. ما يمكن أن يشرح ذلك هو أن المعايير الحالية للاضطراب تُظهر كثيراً من الأطفال الآخرين الذين يمتلكون ما يُدعى بتنوع "الآن ترونه والآن لا ترونه"، على أنهم مرضى.

إن السمات الأساسية لتشخيص اضطراب العجز عن الانتباه - مرونة داخلية وذاتية عميقة - هي أيضاً ثوابت الاضطرابات الذهنية الأخرى لدى الأطفال والمراهقين. هنا، أيضاً، ما حُكم عليه مرة بأنه سوي (ولو كان سيئاً) يُعتقد الآن أنه غير سوي ومرضى. فكروا بمثال "الاضطراب السلوكي"، الذي أضيف حديثاً إلى معجم الطب النفسي وعُرف بأنه "سلوك يُظهر ازدراء متواصل لأعراف المجتمع وقواعده". وبحسب الجمعية الأميركية للطب النفسي، هذا "واحد من أكثر الاضطرابات التي تُرى بنحو متكرر لدى المراهقين"، يؤثر بما يصل إلى 16% من الفتيان و 9% من الفتيات تحت سن الثامنة عشرة. فبعض المعايير التشخيصية لـ "الاضطراب السلوكي" هي مباشرة بشكل متجدد. فمهما كان ما يمكن أن يقال عنها، ليس

هناك الكثير من الغموض حول إشعال الحرائق، واقتحام المنازل، والسرقة، وإجبار الآخرين على ممارسة الجنس. وحتى هكذا، وكما هو الأمر مع اضطراب العجز عن الانتباه واضطراب العجز عن الانتباه الناجم عن فرط النشاط، ما يجعل المرء مؤهلاً لتشخيص "الاضطراب السلوكي" هو سلوكه كما يتجلى. على سبيل المثال ستبدو "المشاجرات التي تبدأ في غالب الأحيان وكأنها تعتمد جزئياً على من يقوم بالإخبار: شرطي أم زوج أم مغتاض". "التغيب عن المدرسة" هو معيار آخر يُحكم عليه الآن بأنه مرضي من قبل الكتيّب التشخيصي والإحصائي الرابع ويمكن أن يؤدي إلى رفع حاجب، على الأقل من قبل الأقل تماشياً مع القانون بنحو كامل بيننا.

فكروا أيضاً بـ "باضطراب التحدي التضادي" أو كما يُختصر إلى أوائل الحروف ODD، الذي وثيق الصلة وحديث التسمية، حيث تسود المرونة ذاتها. متسماً بـ "نمط من السلوك غير المطيع، العدواني، والمتحدي إزاء الشخصيات السلطوية"، كما عبرت نشرة أصدرتها المؤسسات القومية للصحة، يُعتقد أنه يصيب 20% من الأطفال (25) وبالنسبة لاضطراب التحدي التضادي، أيضاً ما يُعتقد الآن أنه دليل على المرض يتوافق بشكل غير مريح مع ما يمكن أن يعده الأشخاص الذين يمتلكون تجربة فعلية مع الأطفال والمراهقين بأنه سلوك أحداث "سوي" (ولو كان مزعجاً ومثيراً للشك بشكل كثيف)، مثل "الجدل مع البالغين"، "سلوك حقود

وانتقامي"، "وكونه يحب اللمس ويتضايق بسهولة". وكما توضح معايير كل من اضطراب التحدي التضادي والاضطراب السلوكي لا يمكن أن يكون هناك شك أن كثيراً مما اعتيد أن يُدعى "جنوح الأحداث" أو ببساطة "السلوك السيئ" عدّ بحسب الكتيّب التشخيصي والإحصائي الرابع على أنه دليل على المرض النفسي.

هناك أيضاً مجموعة الاضطرابات المعروفة بحالات القلق، حيث الخط الفاصل بين سلوك الطفل السوي وغير السوي يبدو بنحو مشابه من الصعب وضعه. الأكثر شيوعاً بين هذه، بحسب الأدبيات المهنية، هو ما يُدعى بـ "اضطراب قلق الانفصال"، الاختصار الآخر غير المحظوظ SAD. فهذه الأعراض المعرّفة بأنها "قلق مفرط غير ملائم نمائياً حيال الانفصال عن المنزل أو عن أولئك الذين يكون الفرد مرتبطاً بهم"، يُعتقد أنها تؤثر بحوالي 10٪ من أطفال الأمة.⁽²⁶⁾ وكمثل اضطراب السلوك، إن أحد أعراضه هو "رفض حضور الصفوف أو صعوبة البقاء في المدرسة لنهار كامل"، بتعبير آخر، ما درجت العادة على أن يُدعى بالتهرب من أداء الواجب.

بالنسبة للاضطراب الوسواسي القهري إن تشخيص المؤسسة القومية للصحة الذهنية واسع بشكل مدهش حين يطبق على البالغين: "هل قلقتم كثيراً من أمور مريعة تحدث" مثل النيران، السرقة، فقدان شيء قيّم، أذى يحل بمحبوب؟ "هل شعرتم بأنكم دُفعتم إلى تكرار أفعال معيّنة مرة ثانية": فحص المكواة، جمع أشياء

لا قيمة لها، القراءة وإعادة الكتابة بشكل غير ضروري، البحث باستمرار عن تلميحات مجددة أن ما فعلتموه هو صحيح؟ ولكن حين نطبق المعايير الأكثر خصوصية على الأطفال فإن هذا يهدف، في الحقيقة، إلى ضمان الانتشار الواسع للتشخيص. مرة ثانية هذا لا يعني القول أن "الحالات الصعبة" لما يصفه الاضطراب الوسواسي القهري لا توجد؛ إنها توجد، ولهذا السبب هذا الاضطراب الخاص، على عكس بعض الاضطرابات الأخرى له نظائره عبر الثقافات والأزمنة (الفرنسيون، مثلاً، يدعونه "مرض الشك") ولكن كي نقرأ معايير أميركية حالية هو أن نتساءل بنحو محتم: أي طفل لا يمتلك جرعات من اختيار ألوان محظوظة وغير محظوظة، رؤية كوابيس أو أفكار كابوسية، وهو ينخرط في أنشطة مع الألعاب والديناصورات أو مجموعات الطوابع وهي أمور تكرارية ولا معنى لها؟

وكما هو الأمر مع اضطراب العجز عن الانتباه واضطراب العجز عن الانتباه الناجم عن فرط النشاط و اضطراب التحدي التضادي و الاضطراب الوسواسي القهري، تمت، بنحو مشابه، إعادة تصميم معايير تشخيص ما درجت العادة على أن يُدعى المس الانقباضي(*) هنا، أيضاً، يجمع المعايير شبه وثيق مع قائمة من المظاهر الأكثر إزعاجاً في الأطفال أنفسهم. فالأطفال المصابون

(*) اضطراب متسم بتناوب المس والانقباض والشخص المصاب بهذا الاضطراب يُدعى أحياناً المسوس المنقبض.

بالمس الانقباضي، كما تفيد مؤسسة أبحاث الأحداث المصابين به، يمكن أن يكون من الصعب أن يهدأوا، وهم بشكل كلي مستجيبون للمحفز الحسي، ويعانون من "قلق الانفصال". وكأطفال يمكن أن يكونوا "مفرطي النشاط، غير منتهين، عصبيين، يصابون بخيبة بسهولة"، وميالين إلى نوبات الغضب أو النزق والكوابيس. بعضهم يمكن أن يكونوا نزاعين إلى السيطرة، وبعضهم الآخر سخييف؛ وقد يمتلك بعضهم "رهاباً اجتماعياً"، بينما هناك آخرون "كاريزميون ومجازفون". الاستيقاظ في الصباح صعب على أولئك الأطفال؛ ويبدو كأن طاقتهم تزداد مع مرور اليوم. وكما من قبل، ليست قليلة معاناة الأطفال والأسر الذين جربوا اضطراباً ذهنياً حقيقياً لا يُشرح. أيضاً، وكما من قبل، هناك الكثير الذي يمكن أن يضاف إلى قصة الهيمنة المتزايدة للاضطراب الوسواسي القهري الملحوظة. فمجرد قراءة قائمة الأعراض تعني التساؤل أي طفل يمكن ألا يكون مؤهلاً لتشخيص في وقت أو آخر.

ثم هناك المشكلة المحيرة المعروفة بالتوحد. فقبل وقت ليس ببعيد كان هذا يُدعى الاضطراب البارز، "أعرفه حين أراه"، بسبب أعراضه المساوية الكلاسيكية والمحددة منذ وقت طويل: العزلة، الافتقار للاتصال البصري، العجز عن اللعب مع الآخرين، وغير ذلك. كانت أعراضه مميزة بشكل مريع وواضحة. واليوم، على أي حال، تُرى هذه الأعراض كجانب واحد فحسب مما يُدعى بشكل واسع جداً (اضطرابات النماء سريعة الانتشار) وهو مصطلح يشمل

عدة اضطرابات وأعراض بينها اضطراب التوحد، اضطراب أسبرجر، وغيرهما. وفي الطرف الآخر من الطيف يكمن عدد من أنواع السلوك التي يمكن أن يجدها بعض الناس (وبينهم كثير من الكتاب والأكاديميين مثلاً) قريبة إلى المنزل بنحو غير مريح: "غياب الرغبة في التفاعل مع الأنداد، "السماجة"، "الرسمية"، عرض أسلوب "متحذلق"، وغيره.

ومما يثير العجب قليلاً، مفترضين مدى الأعراض المعجمة هكذا، أن التوحد، أيضاً، انتشر بسرعة مدهشة بين الأطفال. ففي التسعينيات، إذا أخذنا المثال الأكثر درامية لكثير من الإحصاءات التي يستطيع المرء أن يختار منها، سجل نظام خدمات النمو في كاليفورنيا أن التوحد ارتفع بنسبة 273٪. (27) ويفيد مسؤولو التربية الفدراليون أن من بين 5 ملايين طفل في "التعليم الخاص" في ما بين 1992 - 1993، فقط 20.000 اعتبروا متوحدين، وبعد عشر سنوات ارتفع ذلك العدد إلى 120.000. وليست الولايات المتحدة وحيدة في هذا الانتشار لوباء التوحد. إذ اكتشفت دراسة في 1998 -99 شملت 15.500 طفل في إنكلترا الوسطى بنحو مشابه تقريباً أن التوحد واضطرابات النمو سريعة الانتشار بلغت ثلاثة أضعاف بين الأطفال بخلاف ما قالتها الدراسات السابقة. (28) وكمثل الباحثين الأميركيين، المؤلفون غير متأكدين إن كان هذا الارتفاع حقيقياً أم تشخيصياً. وبكلمات التقرير: "لا يمكن التخمين من هذه المعطيات إن كان الانتشار الواسع الذي أُبلغ عنه مؤخراً ناجماً عن

ازدياد عالمي في حدوث الاضطراب أم أنه يعكس فحسب توسيعاً لمفهوم اضطرابات النمو سريعة الانتشار سوية مع فحص وتعريف محسّنين".

وفي مقال حول نظام التشخيص الجديد بعنوان "الاضطراب الوسواسي القهري" قدم مرجع من كلية الطب بهارفارد والكاتب في ذنيو يوركر، الدكتور جيروم جرويمان بعض الاكتشافات المهمة (29) "تخضع أعداد متزايدة من الأطفال للتشخيص والمعالجة الطبية كل عام، وفي سن أصغر فأصغر". ولدى مناقشة هذا الاتجاه مع بعض أصدقاء عالم على العشاء، وهو أحد الذين قال مدرسٌ إن ابنه على الأرجح مصاب باضطراب سلوكي، أدرك جرويمان شيئاً ما مهماً: "أثارت هذه القصة استجابة عاطفية مدهشة حول الطاولة: تماهى معظمنا، كما تبين، مع ابن عالم الكيمياء". فـ "الأعراض" التي دفعت إلى فحص حالة الفتى، كما اعترف جرويمان وزملائه، كانت بالضبط من أنواع السلوك التي تجعل العلماء بخاصة يتفوقون: الكمالية، إمضاء وقت أكثر من المفترض في مهمة، وفحص وإعادة فحص متكررة للعمل الذي أنجز.

لا يرفض جرويمان، على عكس بعض النقاد، فكرة أن الاضطراب الوسواسي القهري واضطرابات أخرى مصنّفة هي موجودة بشكل مستقل عن العوامل الاجتماعية. ولكن فكرته، كمثّل فكرة هذا الفصل، هي التركيز ليس على الحالات الصعبة والواضحة للمشكلات الذهنية للأحداث. الاضطرابات التي

أعرفها حين أراها . ولكن، بالأحرى، على الرقعة العريضة لاضطرابات أخرى أكثر غموضاً. وما يلاحظه واضح ومهم في آن: إن كمية كبيرة مما حُكم عليه البارحة بأنه سلوك سوي، قد تم وصفه بالمرض بدرجة غير مسبوقة. باختصار، يتساءل: "لو كنت أنا وزملائي في المدرسة الآن، هل سنُعَدُّ غير أسوياء؟"

هناك طريقة لقلب تلك النقطة الذاتية على رأسها بحيث تقريباً لا تظهر أبداً في الأدبيات المهنية، رغم أنها يجب أن تظهر. وهي ملاحظة أن أطفال الأمس - أي بالغي اليوم - تمتعوا بترف اعتبارهم "أسوياء" بطرق لا يُعد بها أطفال اليوم بنحو متزايد كذلك. وفي مقال شهير نُشر في 1993، نحت دانييل باتريك عبارة تحديد تراجع الانحراف كي يشرح كيف أن أنواع سلوك نُظر إليها مرة على أنها سيئة أو مرضية صارت تُعرّف من جديد كسوية بسبب الضغوط الاجتماعية التي لخصها بالتفصيل.⁽³⁰⁾ وفي حالة انفجار المشكلة الذهنية للأحداث، كما توضح مراجعة لمعايير التشخيص، ما يحدث هو العكس فحسب: نحن نعرف تصاعد الانحراف بحيث أن الأطفال الذي كانوا سيُعدون أسوياء منذ ربع قرن يُحكم عليهم الآن بأنهم مصابون بمشكلات "دماغية رئيسة" وعودوا وفقاً لذلك.

وهنا تتضمن تعديلات الكتيب التشخيصي الإحصائي الرابع إلى قائمة طويلة من ابتكارات أخرى أثر بها تجربتنا الاجتماعي المستمر في انفصال الطفل عن البالغ وانفصاله عن الأسرة.

فالمعايير التشخيصية الجديدة تعكس بالفعل شيئاً ما حقيقياً، ولو بشكل خاطئ، حيال الفروق بين الأجيال السابقة من الخبراء، والآباء والأمهات، والأطفال والفرق الذي نرى فيها أنفسنا الآن. ما تصل إليه ابتكارات الكتيّب التشخيصي الإحصائي الرابع هو إعادة صياغة لما هو سلوك الأحداث المقبول، ولكن جميع الابتكارات تعتمد على غياب التسامح لدى الراشدين. بهذا المعنى تعكس هذه الابتكارات بإخلاص حقيقة سيكولوجية واحدة عن عالم الوحيدين في المنزل: لا يتواجد الراشدون في غالب الأحيان حول الأطفال والمراهقين ولكنهم يجدون سلوكهم أكثر إشكالية ويحتاج إلى تغيير.

عاجزون عن التعلم أم والدان عاجزان؟

هناك حقيقة أخرى تغذي أرقام الاضطراب الذهني وهي تماماً مختلفة عن حقيقة النطاق التشخيصي الجديد، رغم أنها تعكس أيضاً حقيقة الوالدين الغائبين في حياة كثير من الأطفال. هذا ما يُمكن أن يُدعى بمشكلة "الحافز غير المقصود". فبعض الناس يستفيدون بنحو ملحوظ من تشخيص اضطراب ذهني أو تعليمي، وهذا الحافز زاد من أعداد أولئك الذين تُنسب إليهم تسمية مشكلة ذهنية.

لم يأت هذا التغيير بشكل شائن، بالطبع. مع مرور الأعوام ألح القانون بنحو متزايد أن العاجزين من جميع الأنواع يجب أن يكونوا

قادرين على التمتع بالمزايا نفسها التي يتمتع بها أولئك الذين يمتلكون مقدرات سوية، وبالتالي أصبح الملايين من الذين تبين بالتشخيص أنهم مرضى ذهنياً مؤهلين لفوائد لم تكن متاحة سابقاً.

إن القائمة المتنامية للتسهيلات الخاصة درامية في مجال التربية. الأكثر أهمية هو قانون تعليم الأفراد المصابين بعجز لعام 1990 والذي أحدث نقلة، وينص على أن الأطفال المؤهلين يجب أن يمتلكوا مدخلاً إلى التعليم الخاص و/أو خدمات وثيقة الصلة بذلك وأن يُصمم هذا التعليم كي يلبي الحاجات الخاصة الفريدة التعليمية لجميع الأطفال، من خلال برامج تعليمي خاص (أو برنامج تربوي عالمي). بالنتيجة، الأطفال الذين يُعدون مرضى ذهنياً أو معاقين مخوّلون من قبل القانون لقائمة طويلة من الخدمات، بينها صفوف تعليم خاص منفصلة، متخصصو تعليم، أجهزة خاصة، وظائف منزلية مدروسة، وأكثر من ذلك. وبرهن قانون تعليم الأفراد العاجزين على أنه مفيد بطريقة أخرى: يمكن أن تُجبر مناطق المدارس العامة، غير القادرة على تقديم تسهيلات لأطفال كهؤلاء، على أن تدفع للمدارس الخاصة.

من بين جميع الفوائد التي يستطيع أن يؤمنها تشخيص القصور الذهني، على الأرجح لا شيء يُنشد أو يمتلك أهمية مثل طلب الوقت الزائد في الروايز المقيّسة. والسبب واضح: الوقت الزائد يمكن أن يُترجم إلى نقاط علامات إضافية. ففي مجرى

التسعينيات، ونحن غير مفاجئ، انتشر التعلم ومتطلبات العاجزين ذهنياً لوقت إضافي في اختبارات مثل اختبار قابلية التعلم، اختبار القبول في الكلية، واختبار القبول في كلية الطب واختبارات قبول أخرى، وتم تعديل قواعد الامتحان لتحقيق هذه المتطلبات.⁽³¹⁾

هكذا أصبحت هذه الفوائد جذابة بحيث أن بعض آباء وأمهات الطلاب ينشدون بنشاط تشخيصاً معاكساً من أجل أن يؤمنوها. لا يعني هذا القول أن تسهيلات كهذه هي دوماً يساء استعمالها. فشهادة الآباء والأمهات الممتنون للحصول على طبيب يطلق اسماً على مشكلات أولادهم ولقيام المدارس بترتيبات خاصة لأطفالهم الذين يعانون من مشكلات أكاديمية أمر ملموس في أدبيات المشكلة الذهنية.⁽³²⁾ حتى هكذا، وربما بسبب الطبيعة الإنسانية وتنافس الآباء والأمهات، ووجود فوائد جذابة مالياً وأكاديمياً تم إغراء كثيرين للقيام بتشخيص يبدو غامضاً في شكله الأفضل. وهكذا، ورغم أنه مبتكر ونحن مثير للجدل من أجل الأطفال المعاقين، فإن فائدة الوقت الإضافي بدأت تصبح عرضة للاستغلال.

إن أحد المقاييس التي تدل على كم صارت الأمور مسعورة هو هذا: فمدارس البلاد الأكثر تنافساً واقتصاداً على طلاب معينين هي التي تسجل النسب الأعلى من المعاقين. وكما عبر مايكل سكوت مور عن الأمر في مقال نُشر في عام 2000 في سألون: "يكمن المفتاح في النسب المئوية. وبينما الجزء الصغير على مستوى الأمة من الروائز غير المقيسة (أي تلك التي تُتجز وفق ترتيب "تسهيل

خاص") هو فقط 1.9%، يقفز العدد إلى حوالي 10% في بعض مدارس نيوجانلاند الإعدادية والمناطق الغنية في كاليفورنيا".⁽³³⁾ وبنحو مشابه، أفاد آرثر ليفاين، رئيس معهد المعلمين في جامعة كولومبيا في عام 2000 أن 36% من طلاب رياض الأطفال في مدرسة دالتون في نيويورك يعانون من مشكلات تعلّم، وهذا زعم كان سيبدو مضاداً للحدس في شكله الأفضل، وبنحو مرجح، منافياً للطبيعة بالنسبة لفيالق الآباء والأمهات الذين يحاولون دوماً أن يشقوا طريقهم للدخول.⁽³⁴⁾

في الحقيقة، أصبح سوء استغلال الوقت الإضافي واضحاً جداً في بعض المراكز بحيث أنه في عام 2000 دعت مجموعة من أوصياء جامعة كاليفورنيا إلى مراجعة شاملة لتسهيلات كهذه. كانوا يستجيبون إلى مقال نُشر في ثوس أنجليس تايمز أورد عدداً من الإحصاءات المؤثرة على نحو نزق: قفزت مزاعم العجز عن التعلّم 50% منذ سنة 1994، وقد أظهر تحليل كمبيوترى قامت به التايمز أن "الطلاب الذين يتلقون علاجات خاصة يتركزون في الجماعات الأكثر غنى وأن الطلاب المسجلين في مدارس إعدادية خاصة من المرجح من مرتين إلى خمس مرات أن يحصلوا على وقت إضافي".⁽³⁵⁾

يمكن أن يعترض المرء على هذه الطريقة في وصف الأمور، وعلى أن مشكلات كهذه بالطبع محددة في المدارس الأغنى؛ في النهاية، إنهم الطلاب في المؤسسات النخبوية الذين يمتلكون مديلاً

مالياً إلى الرعاية الصحية الأفضل والأكثر تقدماً. مع ذلك، لا يضاهاى هذا الاعتراض، رغم أنه مقصود بجدية، الحقائق الربية. ففي المدارس الثانوية والكليات النخبوية في أنحاء البلاد، يُفهم "العجز عن التعلّم" بنحو واسع على أنه مترادف مع "الغش في التعلّم".

وعبر طالب ثانوية عن الأمر جيداً في مقال مقابل لمقال الافتتاحية انتقد سياسات الوقت الإضافي في مدرسته الخاصة قائلاً: "بينما بعض الطلاب، وخاصة أولئك المصابين بعسر القراءة^(*)، يحتاجون بنحو حقيقي إلى وقت إضافي بسبب إعاقات طبية، فإن غالبية الطلاب الذين يحصلون على الوقت الإضافي يحصلون عليه كي يزيّدوا علاماتهم فحسب... وقد سمعتُ أن الطلاب الذين هم، كما يبدو، غير مصابين بقصور تعلّم، قرروا الحصول على علامات إضافية بعد الحصول على علامة سيئة في الرّائز". واختتم قائلاً: "يقدم الوقت الإضافي فائدة غير عادلة لمجموعة مختارة من الطلاب وخاصة أولئك الذين يتمتعون بمكانة اقتصادية أعلى، والذين يستطيعون الدفع كي يذهبوا إلى أطباء ما يكفي المرات كي تتم تزكيتهم من أجل وقت إضافي".⁽³⁶⁾ وبنحو مشابه، وفي مقال قصير نُشر في 2001 دُعي "أفكار تسبب الشلل: التحكم السيكولوجي الجبار لاضطراب العجز عن الانتباه"، لخص بيتر وود، الرئيس المشارك لجامعة بوسطن مشكلات عدة في

(*) خلل في القدرة على القراءة.

ما دعاه "الحماقاة الضخمة" لإقناع "الأصحاء" أنهم عاجزون بشكل ماكر ومخوّلون لاعتبارات خاصة متنوعة؛ ويتسلسلون من الطلاب القادرين بشكل كامل وذوي الامتياز الذين تعلموا أن يفكروا بأنفسهم كعاجزين في الرياضيات إلى "طالب سليم" الآن "يتجاوز مقررات الكلية ب: أحتاج إلى جواز سفر الوقت الإضافي في اليد". (37)

من الصعب الحكم كم يمكن أن يُعزى تفشّي المشكلة الذهنية للأحداث إلى مشكلة الحافز غير المقصود. فتأثيره مقتصر بوضوح على أولئك الطلاب وأولياء الأمور الذين يحرصون بعمق كاف على تأمين تشخيص، بتعبير آخر، مجموعة منتقاة نسبياً. وحتى هكذا، هناك شيء رمزي بشكل فريد وحزين حيال تدافع الطلاب الميسورين للانضمام إلى صفوف المعاقين بشكل حقيقي. وفي الحقيقة هذا يحرف الانتباه عن العاجزين الحقيقيين، ولهذا السبب وحده يمكن أن يبدو خاطئاً لبعض الناس. مع ذلك، لا تزال مشكلة التدافع مستمرة. وما يدفع هذه الملاحظة النزقة في المقام الأول هو رغبة شرقها الزمن من قبل الوالدين كي يروا أبناءهم يتفوقون، وهذه رغبة مورست سابقاً من خلال وسائل أكثر تقليدية كمثال الاستغراق في الوظيفة، القراءة بصوت مرتفع، التطوع في الصف، وبطريقة أخرى مد يد تعليمية مساعدة. لهذا السبب من الصعب ألا نرى جلبة الوقت الإضافي، أي التشخيصات المدبرة من أجل الحصول على تنازلات فردية من نظام المدرسة على حساب طلاب

آخرين، كنوع من الغش التربوي. ذلك أن جميع الاستثناءات الحقيقية التي أُقربها بروح المسؤولية وباحترام، واستغلال نظام فائدة المعاقين، هي جزئياً جواب الوالدين المنشغلين على ما دُعي سابقاً بالمساعدة في الوظيفة المنزلية.

لوم الدماغ

هل أطفال ومراهقو اليوم هم حقاً أسوأ ذهنياً مما كانوا عليه من قبل، أم هل العوامل الخارجية تجعلهم يبدون بتلك الطريقة فحسب؟ وبسبب قوة الأدلة المتنوعة التي روجعت، سيكون الجواب كليهما. فأرقام المشكلة الذهنية مضخمة لأن التغيرات الخارجية الطارئة على شقاء الأطفال، والطفولة والمراهقة - أو ما يصر المهنيون على دعوته بالمرض والاضطراب - هي في حال صعود أيضاً.

أن نسأل فحسب كم من مشاكل الدماغ والسلوك حقيقية هو أن نركض مباشرة إلى طريقة أخرى نهائية تعكس فيها الأزمة الذهنية حقيقة غياب الراشدين. هذا هو التحيز في الطب النفسي الحالي ضد ما يمكن أن يدعى البيئة. فإطلاع المرء على الأدبيات المهنية حول المشكلات الذهنية للأطفال هو كالدخول في شارع مفهومي في اتجاه واحد. وكما عبر جون ريشترز ودانتي سيكييتي - وهما من المعارضين المهنيين القلة للتفكير الحالي - في

مقال واضح بنحو استثنائي (بعنوان استفزازي "مارك توين يعبر عن الكتيب التشخيصي الإحصائي DSM-III-R: اضطراب السلوك، اضطراب النمو، ومفهوم الاختلال الوظيفي المؤذي")، إن الكتيب التشخيصي الإحصائي الرابع "يقاوم الآن كل المعلومات السياقية حول التاريخ النمائي للطفل، ومقدراته، وقواه وظروفه، ويفترض أن السلوك المضاد للمجتمع ينبثق بالضرورة من اضطراب كامن". (38)

تلح تقريباً جميع الأدبيات القائمة على خبرة أن المشكلة الحقيقية تكمن في مكان ما داخل الطفل نفسه. من المحتمل أن المشكلة الحقيقية هي كيميائوه العصبية، تركيبته البيولوجية، جيناته، أو ناجمة عن السيروتونين(*) والدوبامين(**) و "شبكة دماغه" كلها، أي شيء سوى العالم الذي يسكنه أو الناس الآخرين الذين يمكن أن يكونوا في رفقته أو لا.

هكذا، ترى معظم الأبحاث أن اضطراب العجز عن الانتباه "يوشي بأساس عصبي بيولوجي"، بحسب صياغة آلية بنحو مميز قامت بها مجموعة الدعم التي تُدعى جمعية الأطفال والبالغين المصابين باضطراب العجز عن الانتباه / اضطراب العجز عن الانتباه الناجم عن فرط النشاط (تشاد) وكما ترى الأدبيات المهنية

(*) مركّب عضوي، مساعد على ارتفاع ضغط الدم، يتواجد في الدماغ ومصل الدم وغيرها.

(**) ضرب من الأحماض الأمينية يتواجد في الكظر أو الغدة الدرقية.

كلها، "تبدو الوراثة على أنها عامل مهم". (فالحراس الأكثر شراسة لأرثوذكسية اضطراب العجز عن الانتباه يذهبون إلى أبعد من ذلك، مع بعض الإلحاح على أن بعض الأشخاص المصابين بـ "الاضطراب الدماغي" الذي يُدعى اضطراب العجز عن الانتباه يحتاجون إلى المداواة بالطريقة نفسها التي يحتاج بها المصابون بقصر البصر إلى نظارات). إن نشرة الحقائق التي أصدرتها مستشفى بريسيبيتران في نيويورك حول اضطراب التحدي التضادي هي بنحو مشابه ميكانيكية. فرغم أنها تذكر أن اضطراب التحدي التضادي يمكن أن تكون له صلة بمزاج الطفل واستجابة الأسرة إلى ذلك المزاج، فهي على الفور ترفق هذه الموافقة على البيئة بثلاث مقولات تشير بدلاً من ذلك إلى نوع من أنواع الإزعاج الميكانيكي للآلة البشرية: أن "الميل إلى اضطراب التحدي التضادي هو موروث في بعض العائلات"، أو "يمكن أن يسببه اضطراب في التوازن الكيماوي في الدماغ".

وتصف مؤسسة الأطفال والمراهقين المصابين بالمس الانقباضي هذا الاضطراب بأنه "اضطراب دماغي عصبي" في المقام الأول، ورغم أن "بداية المرض يمكن أن تسببها صدمة"، فهي أيضاً تلتطف تلك الملاحظة البيئية بزعم أن الميل إلى الاضطراب هو في غالب الأحيان موروث وأنه "غالباً ما يظهر بدون سبب قابل للتحديد". وهكذا تردد صدى الأدبيات حول الاضطراب الوسواسي القهري منوهة أن "البحث يوحي أن الجينات تلعب دوراً في تطور

الاضطراب في بعض الحالات" وأن الاضطراب الوسواسي القهري "يميل إلى أن يكون متوارثاً في العائلات".⁽³⁹⁾ وتوافق المصادر المرجعية: فالطفل المصاب بمشكلات، وبنحو أكثر تحديداً، إن الآليات الميكانيكية الداخلية للطفل الذي يعاني من مشكلات، هي المشكلة نفسها.

هذا التحيز البيئي هو أكثر شدة في الأدبيات المكتوبة حول التوحد، حيث البحث المسعور عن العلية هو معمى بخاصة.⁽⁴⁰⁾ وبالنسبة للمفكرين المهمين، كمثل أولئك الذين في جمعية التوحد في أميركا هو "نتيجة اضطراب عصبي يؤثر في وظيفة الدماغ". ويرفض مركز دراسة التوحد ببساطة التأثيرات البيئية: "فالأطفال المصابون بالتوحد يولدون بحاجاتهم الخاصة. وتعمل أجزاء في أدمغتهم بشكل مختلف قليلاً عن أدمغة بشر آخرين وبسبب هذا، نرى أنواع السلوك تلك". وتتصح الأكاديمية الأميركية لطب الأطفال بالطريقة نفسها: "رغم أن سبب التوحد غير معروف في معظم الأحيان، فإن النظرية التي يفضلها كثير من الخبراء هي أنه اضطراب جيني يحصل قبل الولادة".⁽⁴¹⁾ حتى نقاد التفكير المثبت علمياً حول التوحد يبحثون بنحو مشابه عن "حلول" ميكانيكية لمشكلة العلة. هم أيضاً يعتقدون أن الجواب المطلق يوجد في الأشياء وليس في الناس: في اللقاحات، والزئبق، وسموم بيئية أخرى، وغيرها. وهكذا يفعل التحيز المضاد للبيئة للطب النفسي الحديث ويعرض جذوراً عميقاً ومتشابكة على نحو معقد.

من الواضح أن هذا التحيز المضاد للبيئة موجود لأسباب عميقة ويخدم أهدافاً عميقة. أحدها أن التشويه واسع الانتشار لسيغموند فرويد ترك سحابة معلقة فوق أية غصون متبقية من علم النفس الحديث التي تجرّ وتساءل عن بيئة أي طفل مفترض. والسبب الآخر هو أن هدفاً مختلفاً جداً تخدمه اليوم النزعة المضادة للبيئة هو بالتأكيد الحاجة البشرية إلى الأطباء أنفسهم. من يريد أن يخبر أمّاً وحيدة لولد بائس وغير منظم أنه يمكن، فقط يمكن أن تكون مشكلته هي الأب الذي لا يراه أبداً؟ أليس الأمر كما لو أن الخبراء يمكن أن ينتجوا أمّاً بدلاً من جهاز للألعاب أو أسرة محبّة موسّعة بدلاً من قرص دواء. فضلاً عن ذلك، يهتم معالجو الأطفال بخاصة اهتماماً عميقاً في عدم فصل الوالدين عن مرضاهم، كما سيفعل الكثيرون بالتأكيد لو جذبوا الانتباه إلى بعض الحقائق اللاعصبية عن حيوات زبائنهم الصغار. من وجهة نظر ما يود أن ينجزه المهنيون المخلصون، بالتالي، ما يثير الاستغراب ليس أن التسميات والعقاقير ألغت بالكامل الانتباه إلى الظواهر البيئية، وإنما أن الدور الآلي لم يتم تنبيهه مبكراً.

هذه اللاأدرية المهنية الحالية عن البيئة لها كلفها، على أي حال. لا يعني هذا فحسب أن البحث اليوم في الحوادث الدماغية يشكل انعطافاً كبيراً؛ كما تؤكد آخر الدراسات العصبية البيولوجية، حوادث الدماغ والتأثيرات الخارجية وثيقة الصلة. ويمكن أيضاً أن تظهر تغيرات الدماغ ليس بسبب عاهات وراثية، وإنما لأن

المتعضي كَوْنٌ أو شَوْهٌ من قبل حوادث بيئية معاكسة. وكما عبر ليون كاس عن ذلك في ملخص لبحث حالي: "إن مرونة الجهاز العصبي، وحساسيته لجميع أنواع المؤثرات الجسدية والنفسية، يعني أنه، يمكن، على سبيل المثال، أن يتجلى التوتر والقلق والإحباط الناجمين عن البيئة في تغيرات مادية حقيقية في الدماغ".⁽⁴²⁾ فالدينامي جداً يشير فحسب إلى التقييدات الحادة للتركيز على الدماغ اليوم. وكما يتواصل البحث - كمثال البحث عن الجزة الذهبية - عن شيء ما، أي شيء يمكن أن يتحدد كمؤشر بيولوجي، كيمايوي، عصبي بيولوجي، أو آخر للاضطرابات المتنوعة، فإن مسألة البيئة، التي يمكن أن تكون منفية من الباب الأمامي للطب النفسي الحديث، تزحف من الباب الخلفي بشكل روتيني في دراسات الحالة، فهي دوماً حاضرة ودوماً إشكالية.

ومن المدهش، على سبيل المثال، كيف غالباً ما تُذكر كلمات الرعاية النهارية بعدم اكتراث في الصلة مع التوحد. بالطبع سيكون من الوقاحة، هذا إذا لم نقل من السذاجة، التأكيد أن الرعاية النهارية تسبب التوحد. من المهم مع ذلك أن نرى كيف أن هذا التغيّر الجذري في بيئة الرضيع/ الطفل التقليدية - الرعاية المؤسساتية خارج المنزل - يُسلم بها جدلاً في الأدبيات. وهناك اقتباس حديث نموذجي في نيويورك تايمز حول طبيب يعالج الأطفال المصابين باضطراب التوحد يرى الآن أطفالاً بعمر 12 شهراً، يحصلون على إحالات من مراكز الرعاية النهارية ولديه

قائمة انتظار لمدة عامين". ويبدو الافتراض غير المعلن وكأن جميع الأطفال يجب أن يكونوا قادرين على تحمل الساعات الطويلة والتوترات النفسية للرعاية المؤسساتية خارج المنزل، أما أولئك الذين لا يستطيعون أن يتحملوها فهم بذلك "ببرهنون" أنهم مصابون باضطراب دماغي.

وهنا تجازف اللأدرية المهنية الرسمية حول البيئة بأذى حقيقي غير مقصود. فأى عدد من الحقائق حول الرضع والأطفال الصغار واضطراب التوحد يشير إلى تأثيرات بيئية. أولاً، بين السمات الغريبة لاضطراب التوحد تاريخ غير مشروح من الاضطرابات الهضمية واضطرابات الحساسية. ثانياً، أظهرت دزينات من الدراسات أن اضطرابات هضمية واضطرابات حساسية كهذه، مهما كان سببها الجوهري غامضاً، هي أقل تفضيلاً في الأطفال الذين يرضعون حليب أمهاتهم منه في الأطفال الذي يتغذون من الزجاجة. ثالثاً، أظهرت دراسة يابانية مهمة قارنت بين الأطفال الذين رضعوا حليب الأم لفترات قصيرة مع أطفال رضعوا فترة أطول أنه كلما كانت الرضاعة من الأم أطول، قلت إصابة الأطفال باضطراب التوحد.⁽⁴³⁾ يوحي هذا بأرضيات أقوى لصلة عليّة بين التوحد والرضاعة من صدر الأم، تشير إلى أن حليب الأم يحمي من الاضطراب. رابعاً، بحسب على الأقل نظرية معاصرة مهيمنة في العليّة، يمكن أن ينتج التوحد في الطفولة أو بداية

الطفولة عن التعرض للفيروسات وهذا خطر يخفف منه حليب الأم ولكن تزيده ساعات في الرعاية المؤسسية.

هناك بالتالي أدلة وافرة من مصادر منفصلة للإيحاء أن على الأقل ممارسة بيئية واحدة - الرضاعة من الثدي - هي حامية إلى درجة ما ضد بعض الأعراض أو الأسباب المشتبه بها للتوحد على الأقل.⁽⁴⁴⁾ مع ذلك، يستطيع المرء أن يقرأ الأدبيات الحالية لاضطراب التوحد لساعات كثيرة دون العثور على ذكر لهذا التأثير الوقائي القوي. السبب واضح جداً وإيديولوجي بنحو لا يُنكر: فالرضاعة الكاملة من صدر الأم، النوع المرتبط بالفوائد المذكورة سابقاً، تتطلب أن تكون الأم والطفل قريبين من بعضهما البعض على مدار الساعة. بتعبير آخر، ما هو مطلوب للحصول على الفوائد الطبية للرضاعة من ثدي الأم ضار للممارسة العامة للرعاية النهارية بشكل محدد وكذلك للممارسة الأكثر انتشاراً، وأعني الفصل بين الأم والطفل بشكل أكثر عموماً. ستبدو حالة تتفوق فيها المحابة المهنية، والمعادية للبيئة، والمؤيدة للبالغين، والمؤيدة للرعاية النهارية على المعرفة الطبية الممتازة والمختلفة للطب النفسي الحالي، المعرفة التي يمكن أن تساعد فعلياً الأطفال الذين يبين التشخيص الآن أنهم مصابون باضطراب التوحد.

وماذا لو كانت الصلة بين التوحد والرعاية المؤسسية أقوى من هذا؟ ماذا لو أن بعض الرضع والأطفال الصغار غير مهيين كي يمضوا معظم حيواتهم القصيرة في غرفة مليئة بأطفال وبالغين

لا تجمعهم معهم صلة قريبي بالمقارنة مع أطفال يستطيعون الحصول على أعلى الدرجات في أصعب المدارس وآخرين يتأهلون للفريق الأولمبي؟ ماذا لو كان ما ينبغي أن نفعله هو تطوير اختبارات لتحديد أطفال كهؤلاء معرضين للخطر باكراً كي نحميهم من مزيد من المعاناة بدلاً من ملاحقة جميع الطرق الجينية المرئية؟ مرة ثانية، هذه أنواع الأسئلة التي تتجنبها بالضرورة مؤسسة طب نفسي أو مؤسسة طبية متحيزة ضد الأسباب البيئية.

تدممُ البيئة تحت سطح اضطراب المس الانقباضي المشخص الآن بنحو واسع. فالبحث الأخير حول مسألة الطبيعة، الغذاء والدماغ "المسي الانقباضي" يوحى بما دعاه بعض الباحثين بـ "الاكتشاف المتنافر بنحو مفاجئ". وهذا الاقتباس هو من كتاب صدر في 2002 بعنوان **الطفل المصاب باضطراب المس الانقباضي** وهو من تأليف ف. ديمتري وم. د. بابولوس، ويشير إلى بحث جيني مهم بين الأميش^(*) حول أصول اضطراب المس الانقباضي لدى البالغين⁽⁴⁵⁾. ما اكتشفه الباحثان اللذان كانا يحاولان الوصول إلى شروح بيولوجية هو شيء مختلف جداً بنحو مفاجئ. يفيد المؤلفان أن قلة من الأطفال الأميشيين "الذين يواصلون الإصابة باضطراب المس الانقباضي أفيد أنهم مروا في الأوضاع المرضية المشتركة نفسها (كالأطفال الآخرين الذين شُخصوا). على سبيل المثال إن قلق الانفصال، و أعراض اضطراب العجز عن الانتباه واضطراب

(*) المجموعات البروتستانتية المشددة في أميركا وكندا.

العجز عن الانتباه الناجم عن فرط النشاط، وأنماط سلوك معارضة متحدية هي غير شائعة".

بتعبير آخر، بينما يظهر بعض بالغى الأميث شكلاً قابلاً للتعرف من اضطراب المس الانقباضي يوحى بقوة أن مجموعة الأعراض المكتشفة في البالغين لها مركب أو أصل بيولوجي، فإن أطفال الأميث لا يظهرون أعراض المس الانقباضي. وهذا يعني أن اضطراب المس الانقباضي في الأطفال، الاضطراب المتسم بالكوابيس، وقلق الانفصال، وغير ذلك، نادراً ما يوجد في بيئات معينة. وهذا يوحى بقوة أنه ليس هناك شيء محدد بيولوجياً حiale.

يوضح المؤلفان بعبارات لا لبس فيها أيضاً ما يريانه كبيئة تستثني بوضوح أطفال الأميث من هذا المصير، وهذا أمرٌ يستحق التتويه بسبب إشارته إلى اتجاهات عائلية أوسع غير مشدد عليها في أدبيات العلاج اللاأدرية. ويقول المؤلفان: "إن نمط حياة الأميثيين المنتظم والبسيط، والمتسم بقيم اجتماعية متماسكة، وفلسفة تتأى عن العنف، ووشائج قريى أسرية وجماعية... يمكن أن يعدل كثيراً من أنماط السلوك التي يمكن أن تصل إلى درجتها القصوى في أسر لا تملك قيماً اجتماعية ودينية محددة ولا تستطيع تقديم حدود متماسكة كهذه (التشديد من عندنا).

إن درجة مرضهم محزنة؟

هذه الاعترافات الحساسة بيئياً هي نسبياً نادرة لأن السماح بأية صلة بين السلوك والبيئة هو الاعتراف بشيء معارض لنموذج المرض الدماغي. فجميع أولئك الأطفال والمراهقين الذين تظهر عليهم الأعراض يمكن ألا يكونوا كرات ودبابيس عصبية في عالم منتقى بشكل عشوائي من المعاناة النفسية؛ يمكن أن يكون لديهم بالفعل أسباب لفعل ما يفعلونه. بتعبير آخر، من المحتمل أنهم يستجيبون عقلياً لترتيبات تبدو غير عقلانية، خاطئة، أو مجهدا من وجهة نظرهم.

هذا خط تفكير مشوقّ ولو أنه انتهاكي. ماذا لو كان على الأقل، بعض ما تم تشخيصه في الأطفال والمراهقين ليس مرضاً ذهنياً، ودارات عصبية كيميائية مقصرة، وغير ذلك، وإنما، بالأحرى، ردود فعل عادية للصغار على الإيقاعات اللاإنسانية لأيامهم؟ ماذا لو كان بعض أطفال المصابين باضطراب التحدي التضادي يمتلكون سبباً جيداً كي يكونوا حساسين وغاضبين أو مولعين بالخصام، لأن آباءهم وأمهاتهم انفصلوا، أو لم يتزوجوا أبداً، أو لأنهم لا يرون أبداً آباءهم، وأمهاتهم بعيدات يعملن طول النهار؟ ماذا لو كان يوم الطفل الأميركي النموذجي، والذي هو فيه بعيد عن التمارين، محفز جداً بالإلكترونيات، ومتخم مؤسساتياً بالأنداد، يسهم جزئياً في أعراض ما يُدعى اضطراب العجز عن الانتباه؟ من أجل قلب طاوولات التشخيص، ماذا لو كان طفل الروضة يظهر اضطراب قلق

الانفصال - الذي يمكن أن يذكر القارئ أن الأطباء يقولون الآن أنه القلق الأكثر شيوعاً بين الأطفال - هو في الحقيقة يتصرف بشكل سوي أكثر من أمه التي لا مشكلة لديها، والتي ينفصل عنها طول النهار؟ ماذا، باختصار، لو كانت درجة مهمة من الفضاظة والاستياء التي تُعالج الآن هي رد عاطفي شرعي على اختفاء الراشدين الأقرباء الحامين من حياة الأطفال؟

هذه ليست أسئلة متكلفة فحسب. ذلك أن كيفية الجواب عليها ترسم الخط الفاصل بين الحزين والمريض، السوي والمريض. ولكن عالمًا يغيب فيه الراشدون يجب أن يُنظر إليه كحقيقة حياتية - العالم الذي يشكل فيه علم النفس والطب النفسي مجموعتين فرعيتين - ومن غير المحتمل أن يطرح تلك الأسئلة بروح من البحث الحر الأصيل.

كبرهان أخير على التحيز الحالي للراشدين الغائبين لدى الأطباء المساعدين، فكروا أيضاً أن المعايير التشخيصية للسلوك، التي يُحكم على أساسها الآن بأن الأطفال "مرضى"، تشير إلى طريق نفسي باتجاه واحد فحسب. ليس هناك اضطراب ذهني مسجل في الكتيّب التشخيصي الإحصائي يُدعى، مثلاً، اضطراب الوالدين المنشغلين، كي نسم بالمرض أباً أو أمّاً منشغلين كثيراً بحيث لا يستطيعان قراءة ويني الدب للمرة الرابعة كي يبقوا مستيقظين مساء السبت منتظرين عودة المراهق إلى المنزل من السينما. ولن يجد المرء اضطراب رب أسرة ثانية مطلقاً، رغم أن الأخير يمكن أن

يشرح ما يمكن أن ندعوها أنماط السلوك "غير الملائمة نمائياً" لآباء معينين، مثل الفشل في دعم الطفل أو الظهور في مناسبات معينة مهمة. ليس هناك أيضاً شيء في الكتيب التشخيصي الإحصائي الرابع مثل اضطراب اللاقلق من الفصل لدى والدين يستطيعان الانفصال عن أولادهم فترات طويلة دون ألم.

ما تؤكد الأدلة المتاحة هو أن كلا الاحتمالين اللذين نبدأ بهما صحيح. هناك بنحو متزامن إعادة تعريف حقيقية لما يكون طفلاً سويًا وانتشار ملازم للمعاناة الذهنية بين الأطفال والمراهقين. فالطبيب لورنس ديلر، مؤلف كتاب الثقافة المضادة، الاستمرار على الريتالين يعبر عن ثاني هذه النقاط ببساطة في كتابه قائلاً: "هناك خلل ما في حياة كثير من العائلات، والتأثير على نوع معين من الأطفال عميق".

يجب أن نسلم أن بعض الأطفال مصابون بمشكلات ذهنية مريعة، والبعض الآخر، بحسب إجماع طبي، هم مولودون مأساوياً بتلك الطريقة. ويعيش آخرون في ظروف مريعة، كما أكد مؤخراً روماني وأيتام آخرون تم تبنيهم من مركز مريع للأيتام، والذين بدأت مشكلاتهم السلوكية طويلة الأمد بالظهور الآن فحسب. إذا كان وضع أولئك الأيتام يبرهن على أي شيء فهو أن الحرمان المطلق ينتج أذى سيكولوجياً وسلوكياً كبيراً. وإذا كانت تلك الفكرة المقبولة على نحو واسع صحيحة، فلماذا لا تكون عندئذ الفرضية الأكثر خطأً على المستوى السياسي صحيحة أيضاً: أن الحرمان

والأذى يوجدان متصلين بنا وليس في زاوية بعيدة، وأنه على الأقل بعض ما يظهر في أرقام الصحة الذهنية بالضبط هو النتيجة غير المقصودة للحرمان النسبي من الوالدين والأسرة الذي يعاني منه كثير من أطفال اليوم؟

من أجل مراجعة الدليل يجب أن نرى أن ما يدفع أرقام الصحة الذهنية إلى الارتفاع ليس الحالات الصعبة، الحالات التي معنا دوماً، وإنما دينامية يجد فيها البالغون، الذين ليسوا غالباً حول الأطفال سلوكهم إشكالياً وبنحو متزامن، يشعر الأطفال الذين ليسوا غالباً حول الوالدين وأعضاء أسرة آخرين ويتصرفون بنحو أسوأ بالتدريج. باختصار، لولا مشكلة غياب البالغين التي بهذه الضخامة اليوم، لما كانت هناك مشكلة صحة ذهنية بين أحداث أميركا.

