

العلاج الوقائي للظواهر الذهانية المبكرة عند الأطفال

الدكتور محمد أحمد النابلسي

استاذ الطب النفسي - الأمين العام للاتحاد العربي لعلم النفس

ملخص

غالباً ما يتأخر اكتشاف الذهانات الطفولية في مجتمعنا إلى ما بعد السن المدرسي. بل إنه يمتد إلى ما بعد هذه السن أحياناً. وهذا التأخر في الكشف عن هذه الحالات يفوت فرصة العلاج المبكر التي من شأنها تحسين مستقبل المرض.

في هذه الورقة نحاول مناقشة أسباب هذا التأخر واقتراح بعض الخطوات التي قد تكون مساعدة على تخطي هذا التأخر. حيث نبدأ بعرض لتطور مفاهيم الذهان الطفولي ثم نناقش نرجسية العائلة العربية ودفاعاتها أمام وصمة المرض النفسي ومواقف أطباء الأطفال ومستويات الوقاية السيكاترية وحدود وإمكانيات العلاج السيكاتري وقصور إمكانيات التشخيص العضوي ثم قصور التصنيفات السيكاترية والسبل المقترحة للتشخيص المبكر لهذه الحالات. ونهي الورقة بعرض ثلاث حالات عيادية تم الكشف عليها وتشخيصها في الوقت المناسب. وهذه الحالات هي:

١- حالة ذهان تكافلي مع متلازمة ليتل.

٢- حالة قصور درقي.

٣- حالة انطوائية.

ومع أننا اكتفينا بالعرض الموضوعي لواقع الحال والتزمنا بالتمهيد العلمي لطرح المشكلة وتقديم الأمثلة عليها. فإن هذه المناقشة تتضمن جملة إقتراحات لتحسين إمكانيات الكشف المبكر عن هذه الحالات ولإرساء مشروع وقاية سيكاترية للطفل العربي.

مقدمة

لا تخلو الانتقادات الموجهة لتصنيفات الطب العقلي والطب الوراثي من الموضوعية. إذ تعتمد تصنيفات طب الأطفال العقلي على جداول عيادية يتأخر استكمال أعراضها ومعه تشخيص الحالة إلى حدود السن المدرسي. ويضاف إلى هذا التأخير صعوبة اخضاع أطفال السنوات الأولى للاختبارات النفسية بسبب نقص قدرتهم على التواصل وعدم اكتمال قدرتهم على التعبير. أما الطب الوراثي وفحوصاته البيولوجية فهي حديثة العهد نسبياً وهي قاصرة عن تشخيص العديد من الحالات.

يضاف إلى هذا القصور، متعدد الصعد، محاولة أطباء الأطفال استبعاد وجود الأسباب العضوية قبل طرح موضوع الإضطراب العقلي للمناقشة. ليضاف إلى هذا التحفظ عامل ثقافي - اجتماعي (النبلسي، ١٩٨٨) يتمثل بردة فعل الأسرة الدفاعية وصعوبة وكلفة الفحوصات المخبرية والشعاعية اللازمة للتشخيص. عداك عن ندرة الأطباء المتخصصين في المجال وعن عدم وجود برامج وقائية جديدة في مجال الطب العقلي والإرشاد الوراثي والتوجيهات الوقائية للحوامل وغير ذلك من العوامل التي تقتضي المناقشة قبل التصدي لطرح أي اقتراح بشأن محاولة اكتشاف الظواهر الذهانية المبكرة لدى الأطفال دون الرابعة من عمرهم. إذ يفقد هذا الاكتشاف أهميته وأولويته في غياب الخطوات الوقائية وانعدام رغبة الأهل في مواجهة الواقع ولجوء أطباء الأطفال للتهرب من التشخيص المبكر لهذه الحالات. سواء كان هذا التهرب واعياً أو كان بغير قصد.

وهكذا وباستثناء حالات التخلف العقلي، التي يمكن تشخيصها فور الولادة، فإن اكتشاف الحالات العقلية يتأخر عادة إلى ما بعد السن المدرسي (Giel, 1981). حين يكون العلاج قد تحول إلى الصعوبة بسبب هذا التأخير.

مما تقدم تتضح لنا أهمية مناقشة جملة مواضيع تتعلق بنوعية الذهانات الطفولية وخصوصيتها وكذلك بمسائل المحيط والوقاية والعلاج وامكانيات جعل مستقبل المريض أفضل ونبدأ:

١- الذهانات الطفولية

وتضم مجموعة واسعة من الحالات النفسية المتظاهرة عند الأطفال. وهي تشهد اتساعاً يزداد مع تقدم امكانيات الفحوصات الطبية الإندارية (التي تنذر بوقوع الاضطراب مستقبلاً). ولقد لعب التحليل النفسي دوره البارز في تعميق فهم هذه الذهانات مقدماً لأبحاثها تصورات نظرية تحولت إلى أنماط. بحيث بات من الممكن تحديد أنماط تحليلية مرضية (تنذر بالذهان قبل ظهور عوارضه). وهذا يردنا إلى فيلهالم راخ (تلميذ فرويد) الذي تولى مهمة الجمع بين اللاشعور والجسد. فاعتبر أن الانفعالات تولد طاقة تعصيب تؤدي إلى زيادة نشاط العضلات وتشنجها. وفي حال استمرت هذه الزيادة فإن العضلات تتحول إلى دروع عضلية (حزمة عضلية متشنجة). ثم جاء أحد تلامذة راخ ويدعى الكسندر لوفان (Lowen, 1979) ليقوم بتحديد خمسة أنماط للشخصية انطلاقاً من العلاقة التحليلية بين العضلات (التي تعطي للجسم شكله) وبين اللاشعور (النبلسي، ١٩٩٥) فاقترح الانماط التالية: ١- الفصامي و٢- الفمي و٣- مضطرب الشخصية و٤- المازوشي و٥- الصارم.

إلا أن الإضافة الحقيقية في مجال ذهانات الطفولة تحققت على أيدي المحللين الذين اهتموا

بدراسة هذه المرحلة وهم ميلاني كلاين ودايفيد فينيكوت وجاك لا كان ولييوفيتش ودياتكين ولا نغ ومانوني وغيرهم. ويعددهم جاءت بحوث المدرسة السلوكية ومن بعدها المدرسة العضوية حيث سنشير لاحقاً إلى مساهمة التصوير العصبي في تحديد معطيات موضوعية (قابلة للتوسع مستقبلاً) حول الذهانات الطفولية. لكن ذلك لا يعني إهمال الطابع السيكودينامي لهذه الذهانات وأن تصدر التصوير العصبي حالياً وأجهد الاهتمامات في المجال (الناقلي، ١٩٩٤). لذلك نجد من الضروري إجراء متابعة تاريخية متدرجة لهذه الذهانات.

أ- لحة تاريخية:

مرت مقارنة الذهانات الطفولية والتعرف إليها بعدة مراحل تطورية هي:

١- المرحلة الطبية- التربوية: وتبدأ بدراسات إيتار (Itard, 1801) على الطفل المتوحش (اكتشف في مدينة أفيرون وكان برعاية ذئبة) وأعمال سانكت دي سانتيس (Sancte de Santis, 1899) الذي وصف في العام ١٨٩٩ العته الباكر (Demence Precocissime) وهو نسخة طفولية عن العته المبكر الذي وصفه كرابلن (Kraepelin, E. 1919) - حيث بدأت المقارنة بين الانطوائية وبين الشيزوفرانيا على هذا الأساس - وأخيراً نذكر في هذه المرحلة أعمال وأبحاث هيكر (Hecher) حول عته الأطفال التي ذكرها وتابعها أجورياجورا (Ajuriaguerra, 1974).

٢- مرحلة ولادة الشيزوفرانيا: ولقد استخدم هذا المصطلح للمرة الأولى على أيدي بوتتر (Potter) وبعده قام لوتز وهويير ويندير (L. Bender, 1957), (Lutz), (Heuyer, 1969) بتعريف دقيق للمعايير التي تسمح باستخدام هذا المصطلح في الحالات الطفولية.

٣- مرحلة الانطوائية الطفولية المبكرة لكانيير (Kanner, 1964): وتبدأ في العام ١٩٤٣ بالابحاث العيادية الأساسية التي قام بها كانيير والتي أكملها ماهلير (Mahler) وكان ديسبير (Despert) قد لفت النظر في العام ١٩٤٠ إلى طريقة ونمط علاقة الطفل بالموضوع. وهو نمط يمتاز إما بطابع الرفض وإما بطابع الذوبان في الموضوع. وهذين الطابعين هما المحددان للذهان الطفولي والميزان له. حيث يمتاز هذا الذهان باضطراب هيكلية الشخصية. وهذا ما يميزه عن الشيزوفرانيا، حيث تكون هذه الهيكلية متفككة وليست مجرد مضطربة.

٤- مرحلة الرؤى التحليل- نفسية: وتتركز حول أعمال ميلاني كلاين (Klein, 1967) التي تنطلق من اعتبار كل طفل ذهاني. حيث يمر الأطفال، برأيها، في "مرحلة اكتاب مركزية". وفيها يرى الطفل العالم من حوله كناية عن مجموعة من المواضيع المجزأة. كما ينظر إلى نفسه وجسده نظرة تجزئية أيضاً (الجسم المركب قطعة - قطعة). وهذه المرحلة يمكنها أن تكون مرحلة تثبيت (Fixation) لذهان ممكن الظهور لاحقاً (في مراحل عمرية مختلفة ومن بينها الطفولة).

وإنطلاقاً من هذه الرؤية تابع عدد من المحللين البحث في الذهانات الطفولية ومنهم: فينيكوت (Winnicott, 1983) ومانوني (Mannoni, 1976) ولانغ (J. Lang, 1962) وغيرهم ممن نقلوا المسألة من المرحلة الاكتابية إلى نمط علاقة الطفل بنوويه. باعتبار الأهل مواضيع (سيئة أو جيدة).

وانطلق المحلل بيار مارتني من هذه العلاقة ليؤكد وجود نمط خاص من أنماطها يؤدي إلى إصابة الطفل بالأمراض السيكوسوماتية (مارتني، ١٩٨٧). وهو يدخل في هذا المجال آراء المحلل جاك لاكان (J. Lacan 1966) عن مرحلة المرأة (Stade du Miroir). ولنا هنا وقفة لشرح هذه المرحلة كونها تمثل إحدى أكثر النظريات التحليلية للذهان الطفولي شيوعاً.

٥- مرحلة المرأة: ترتبط هذه المرحلة باسم لاكان وتعتبر أهم الاكتشافات التحليلية بعد وفاة فرويد. ومرحلة المرأة تقدم لنا تفسيراً تحليلياً أكثر راديكالية (بالمقارنة مع التحليل الفرويدي) للذهان الأطفال. فهي توضح لنا السيرورة الأساسية لانباء وتحقيق الشخص الفاعل.

خصص "لاكان" لهذا الموضوع دراسة منفردة بعنوان «دور المرأة في تكوين الذات». فمن الملاحظ أن سلوك الطفل يتغير بشكل ملحوظ إذا ما وضعنا مرآة أمامه. فهو لا يتقبل الآخر (الموجود في المرآة - أي صورته في المرآة) بل يحاول تشويبهه وأحياناً التقاطه. ويزداد هذا السلوك في حالة الطفل الذهاني. وخلف هذه الظاهرة رأى "لاكان" وحدة مرحلة من مراحل التطور هي مرحلة المرأة التي تتم على ثلاث مراحل: (١) يتخلص الطفل من قلق تشويبه جسمه عن طريق رؤيته موحداً (لأن الذهاني يحس أن جسمه مفكك). ولكنه يرى أيضاً هذه الصورة على أنها صورة لجسم منفصل عنه ففيها صورة الآخر أو الموضوع. (٢) يحاول التقاط هذه الصورة ولكنه يصطدم بالمرآة ويدرك أن لا وجود لهذه الصورة وبالتالي فإن جسده وصورة هذا الجسد في المرآة لا علاقة لهما سوى بذاته وليس بأي موضوع خارجي. و(٣) يدرك الطفل أن ما في المرآة هو مجرد صورة وأن هذه الصورة هي صورته هو. ومن هناك يبدأ الطفل بالتخلي عن محاولته القلقة للتماهي أو التوحد بجسد أمه. ويبدأ الطفل عندها باكتساب مفهوم الذات.

ولهذا التحليل وهذه المرحلة أهميتها القصوى لفهم القلق المصاحب للعلاقة مع الأم وهي صاحبة جسد لا يمكن للطفل تملكه (كما يملك صورته في المرآة). فإذا لم يتدخل الأب في الحياة النفسية للطفل فإن هذا الطفل سيبقى عاجزاً عن تخطي مرحلة الأوهام وهذا ما يفسر حالات الذهان الطفولية وغرق الطفل (خاصة الفصامي) في هواماته. وهكذا فإن تكوين الطفل لذاته يفترض ولوجه إلى عالم الأب واسمه هو رمز السلطة التي تمنع الطفل من مكاملة جسده في جسد أمه (وبالتالي تعجل في تكوينه لذاته) وفي هذه المرحلة تظهر اللغة. ومن خلال حديثه مع الأب يكتسب الطفل هويته الذاتية. فإذا ما أخفق الأب في ملء مكانه في لا وعي الطفل فإن هذا المكان سيظل ثغرة خاوية وخيالية وعندها يبدأ عالم الجنون عند الطفل. وهكذا فإن مرحلة المرأة تناقض تماماً فلسفة الثنائية الديكارتية - أنا أفكر إذاً أنا موجود (Cogito) فتكوين الذات هنا يتم إنطلاقاً من صورتها وليس من منطلق التفكير بها.

ب- معطيات عيادية:

لا بد من التأكيد على أهمية الاكتشاف والعلاج المبكر للذهانات الطفولية (أسوة بذهانات المراحل الأخرى). فهما يحددان مستقبل الذهان والعلاج وفعالتيته عن طريق اتاحتهما الفرصة للسيطرة المبكرة على الأعراض (هارينغتون، ٢٠٠٠). مع ضرورة التنبيه إلى عدم إساءة استغلال هذا المجال بتوظيف الإضطرابات التي تملك جداول عيادية (مجموعة أعراض) مختلفة عن أعراض الذهان. كمثل حالات التخلف العقلي والعتة والإضطرابات العصابية الطابع. لذلك كانت الحاجة إلى تقويم

موضوعي للتنظيم (Organisation) الراهن لشخصية الطفل فحوصه. ونحصر حديثنا في ما يلي بحالة الأطفال دون الخمسة أعوام من عمرهم.

في هذه المرحلة العمرية على الفاحص أن يبذل جهوداً إضافية لتحري واكتشاف أية علائم يمكن اعتبارها ممهدة لعوارض الذهان ويركز كل من مازيه وهوزل (Mazet - Houzel, 1978) على تحري هذه العلائم عبر الأنا (Je) الجسدي. والتي تتمثل باضطرابات مبكرة على صعيد الأكل وغياب مواقف التوقع المسبق (المعهودة في عمره) وعدم ظهور علائم سبيتز (Spitz, 1968) الناظمة لتطور الطفل (ضحكة الشهر الثامن). مع عدم الاهتمام بالألعاب وتركيزه على الأيدي المتحركة أمام ناظره. إضافة إلى علائم القلق الرهابي العارم (مع عدم تحديد لمثيرات الخوف. بحيث يمكنه أن يخاف من وضعية ما مرة ثم يتجاهلها مرات أخرى - رهاب غير منظم جيداً). وأخيراً على الفاحص (كما على الأهل) أن يركز على النمو النفسي - الحركي للطفل المفحوص ومقارنته بالجداول المحددة لهذا النمو.

وتعتبر مجمل هذه العلائم انعكاساً لاضطراب علاقة الطفل بالموضوع. المرتبطة بانعدام تلاؤم الطفل مع المحيط الأمومي. ودور الأم هنا هو تحسين اتصالاتها بالطفل. وهناك ميول اليوم للحديث عن مشاركة الطفل في تشجيع مشاعر رفض المحيط له. ففي حالات عديدة يأتي الطفل مخالفاً لتصورات الأم الهوامية أو ومنغصاً لتوازنها. وهي ترد على ذلك بموقف سلبي من الطفل. وتدل الأبحاث على قدرة الطفل على الاحساس بهذا الرفض واستشعاره مما يؤدي إلى اضطراب علاقته مع المحيط الأمومي وبالتالي إلى اضطراب هيكلي في شخصيته النامية. لذلك نجد تيارات معاصرة عديدة تركز على هذه العلاقة وتتحرى مواقف الأم اللاواعية من الطفل المفحوص (Stern, 1977).

وتنتقل اضطرابات العلاقة بالموضوع للتبدي في عمر ما بين أربعة وثمانية أشهر. حيث تبدأ العلائم، المشار لها أعلاه، بالظهور بدرجات مختلفة وبأشكال مختلفة أيضاً. ولعل أكثر هذه العلائم انتظاماً في ظهورها:

١- علائم الإنطوائية الطفولية المبكرة من نوع كانير (Kanner):

وفيها يلحظ العلائم التالية:

- أ- الإنطواء المباليغ فيه والذي يعني العجز عن توطيد علاقات بينية (بينه وبين الآخرين).
- ب- حاجة التموقع في في المكان للاعتماد على مرجعيات (وتبدأ بعدم قدرته على التقاط الثدي للرضاعة وتبر بحاجته للتوجيه المكاني وصولاً إلى عجزه عن معرفة انتماء أعضاء جسده إلى هذا الجسد. أو تأخر بالغا في هذا التعرف).
- ج- مرضية متطلبات الثبات. بحيث يستثار ويصاب بقلق عارم لدى ملاحظته لأية حركة مهما كانت بسيطة (مرتبطة بالعجز المكاني المشار له في الفقرة السابقة).
- د- اللامبالاة الظاهرية بالعالم المرئي والمسموع أمامه (بمعنى أنه يسمع ويرى وكأنه لا يسمع ولا يرى - غالباً ما نحتاج إلى تخطيط السمع للتأكد من سلامته).
- هـ- غياب اللغة أو تشوهها (يزداد مستقبل الحالة سواء كلما تأخر النطق ويصبح مظلماً إذا تأخر إلى ما بعد السبع سنوات).

٢- الذهانات التكافلية (Symbiotie):

وقد وصفها ماهلير (M. Mahler) وجهد لتابعة علائقها الخاصة (Kaplan, 1979) فسجل:

- أ- بدايتها خلال السنة الثانية من العمر. وهي بداية مسبقة بتطور طبيعي ما عدا الحساسية الزائدة أمام المثيرات السمعية والضوئية. مع اضطرابات النوم.
- ب- يمكن رصد هذه الذهانات في اللحظات - المفاتيح التي تقتضي من الطفل التخلي عن الذويان التكافلي مع أمه. وبدايات الاحساس بذاتيته خارج ما يسميه ماهلير بـ «المساحة أمومية» (مثل الاستغراق في اللعب أو التواصل مع أشخاص آخرين... الخ بما يلائم عمره). وتسهيل فهم هذه اللحظات - الابتعاد عن الأم - يعتمد ماهلير الموديلات الفرويدية لمراحل علاقة أم - طفل.

٣- أنماط توستان الانطوائية:

تقترح تاستن (Tustin) تصنيف حالات الانطوائية في ثلاث خانات. وذلك اعتماداً على أسلوب المعيشة لدى الطفل وعلى بنية الأنا عنده وعلى علاقته بمحيطه. وهي تميز الأنواع الثلاثة التالية من الانطوائية:

- أ- الإنطوائية الأولية غير الطبيعية التي تأتي لتستكمل انطوائية أولية طبيعية (عدم تمييز الطفل بين جسده وجسد أمه).
- ب- الانطوائية الثانوية ذات القوقعة. وفيها يوجد حاجز حقيقي انطوائي يمنع اختراق أي «غير أنا» المثير للرعب. فالقوقعة (الحاجز) تحمي الطفل من كل ما هو خارجه.
- ج- الانطوائية الثانوية التراجعية (Regressive). حيث يحصل تخريب الأنا بصورة تدريجية (يتراجع تنظيم الأنا ويميل نحو التفكك - Dissociation). وهذا النوع يغطي الحالات التي يمكن اعتبارها بـ «شيزوفرانيا طفولية».

٤- انطوائية دي اجورياغويرا (De Ajurriaguerra, 1974)

وهو ينصح باعتماد العناصر التالية لتشخيص الانطوائية:

- أ- اضطرابات العلاقة مع المحيط.
- ب- اضطرابات المزاج (ثنائية المزاج: فرح/ حزن).
- ج- اضطرابات مجرى التفكير.
- د- الهذيان.
- هـ- اضطرابات النشاط النفسي - الحركي.
- و- اضطرابات اللغة ويمكنها أن تكون باحد الأشكال التالية:
- ١- الخرس أو تعمية الكلام (Hermetism - Mutism).
- ٢- سيلان الكلام (Logorhea).

٢- اختراع الكلمات (Neologism).

٥- الحالات ما قبل الذهان (Prepsychosis)

وفي العادة تكون هذه الحالات ذات علائم توحى باضطراب الشخصية بدون علائم ذهانية أو مقدمات لهذه العلائم. إلا أن وجود علائم أمراضية - نفسية يدعو للظن بإمكانية كونها مهمة لحالة ذهانية لاحقاً. وي طرح بعض الباحثين السؤال عما إذا كانت هذه العلائم الأمراضية هي ذهان من نوع خاص فقيير بعلائم الذهان ويدعى بالذهان القليل الأعراض (Paucisymptomatic).

وي هذا نجد أن الفكر السيكودينامي (التحليل النفسي) قد ساهم في البحوث الهادفة لتحري ذهانات الطفولة. فقدم بذلك مساعدة أساسية لبحوث الطب النفسي وتصنيفاته المعتمدة. إلا أننا لا نستطيع تجاهل التيارات الأخرى ومنها المدرسة السلوكية المحددة لجداول النمو ومقاييسه وكذلك المدرسة العضوية حيث أبحاث التصوير العصبي تعد بأكمل هذا الدور واتمامه.

٢- نرجسية العائلة ومقاومتها

يرسم الأهل صورة هوامية لما سيكون عليه الجنين بعد تحوله إلى وليد وخروجه للحياة. ولهذه الصورة خصوصيتها وتمايزها لدى كل فرد من أفراد العائلة. لكن هذه الصور على اختلافها لا يمكنها أن تتقبل صدمة الصورة الواقعية لطفل معوق. فمرونة هذه الصور المتخيلة تقف عند حدود بعض الاختلافات الشكلية. وعندها يمكن الحديث عن قدرة العائلة على قبول الصورة الحقيقية المختلفة للطفل. أما عندما تكون الإعاقة هي وصمة الطفل فإن الأمر يحتاج إلى تبني هذا الطفل وكأنه طفل غريب عن العائلة.

وهنا تبرز صعوبة تقبل العائلة العربية لهذه الوضعية. حيث ترفض هذه العائلة مبدأ التبني من منطلقات اجتماعية ودينية معاً. وهذا ما يعمق الجرح النرجسي لدى عائلة المعاق. وهو جرح أعمق في حالة الإعاقة العقلية. لارتباط هذه الإعاقة بوصمة المرض العقلي التي تعتبر تهمة لكافة أفراد العائلة. وهذا ما يشجع ردود الفعل الهيستيرية التي تبدأ بمحاولة الهروب عن طريق عدم التصديق ومحاولة التجاهل. ثم تأتي مرحلة التصديق لتحمل معها محاولات التمرد النرجسي. الذي يتجلى بمحاولة كل من الأم والأب بالصاق تهمة ومسؤولية الإعاقة على الآخر. والبحث عن أسباب وراثية في عائلة كل منهما لتثبيت التهمة وتحميل المسؤولية للآخر. وهذا ما يمكنه أن يتحول إلى خلاف عائلي متعدد الأشكال.

ومن هذه الأشكال الطلاق وتكرار الزواج والنبد والهروب من التواصل واللقاء العائلي... إلخ. فإذا ما راجعنا هذه التبعات المترتبة على اعتراف العائلة بوجود المرض العقلي فإننا نضهم محاولات العائلة المستميتة لرفض الاعتراف بمرض الطفل والهروب من هذا الوضع. مما يؤدي إلى ظهور مقاومة عنيفة من قبل العائلة.

وتشير التجربة إلى تنوع مظاهرات هذه المقاومة وأشكالها بحيث يصبح حصرها عسيراً. إلا أننا نحاول أن نذكر أكثر هذه المظاهرات شيوعاً (لدرجة اعتبارها مألوفة) ومنها:

- ١- الموقف العدائي الراض للطلب والعلاج: وتراوح هذه العدائية ما بين الهروب إلى الأمام (التظاهر بتقبل العلاج ثم الانسحاب باعتبار فشل العلاج) وبين العدائية المباشرة (رفض التشخيص واخضاع الطفل للفحوصات والعلاج).

٢- اللجوء للعلاجات الشعبية والتقليدية.

٣- الاعتراف بوجود بعض المظاهر والإصرار على التريث بحجة امكانية تجاوز الإعاقة مع تطور الطفل ونموه. وغالباً ما يترافق هذا التريث مع إعطاء أمثلة شبيهة في العائلة. تتعلق بأشخاص عانوا من بعض المظاهر ثم تخطوها أثناء نموهم.

٤- محاولة التخلص من الطفل، عن طريق تحويل مسؤوليته إلى مؤسسة مختصة أو إلى أحد الأقرباء أو بطرق أخرى.

وبهذا يتأكد لنا أن مقاومة العائلة هي عامل لا يمكن اهماله أو التقليل من أثره في تأخير التشخيص والعلاج. وربما كانت هذه المقاومة هي المسؤولة عن دفع أطباء الأطفال لاعتماد مبدأ الاستبعاد.

٣- مواقف أطباء الأطفال

ترتبط اضطرابات المنطق الخطرة (العقلية) بكل من التخلف العقلي والذهان. وغالباً ما يركز أطباء الأطفال اهتمامهم على تحري حالات أو احتمالات التخلف العقلي مستبعدين احتمالات الإصابة الذهانية. ويزداد هذا التركيز في حال وجود مؤشرات على وجود التخلف. إلا أن هذا الاستبعاد يحتاج إلى مراجعة جذرية. إذ نلاحظ وجود حالات يتداخل فيها الاضطراب العضوي مع الذهان وأيضاً مع التخلف العقلي (مثال ذلك قصور إفراز الدرقية الولادي). ويترجم هذا التداخل بوجود المظاهر العقلية التي تفتقد للوضوح بسبب العجز التواصلي عند الأطفال في سنهم الأولى. وبمعنى آخر من غير الموضوعي تجاهل الاضطراب العقلي استناداً إلى غياب مظاهر التخلف العقلي. هذا التجاهل الذي يتم غالباً انطلاقاً من واقعه كون البنية النفسية الداخلية والجهاز العلائقي مؤقتين وقابلين للتطور وللتعويض. لكن هذا لا يمنع ولا يحول دون ضرورة التعمق في ملاحظة المظاهر الذهانية المبكرة مع الاعتراف بمحدودية قدرة التطور والتعويض خلال فترات النمو اللاحقة. مع التنبيه إلى ضرورة تجنب الانسياق وراء محاولات تهرب الأهل عبر روايات عن أشخاص في العائلة عانوا من مظاهر شبيهة وتخطوها أثناء نموهم. وقد يكون من المفيد مقابلة هؤلاء الأشخاص وإجراء مقابلة سيكاترية معهم إذا كان ذلك ممكناً. على أن تتضمن هذه المقابلة التعرف بدقة على المظاهر المبكرة التي عانوا منها، مع الاستعانة بوصف الأهل لهذه المظاهر، ومن ثم تبين آثار وعقابيل هذه المظاهر في حال وجودها الفعلي إبان الطفولة الأولى.

على أننا، وفي جميع الأحوال، يجب ألا نتجاهل الضغوطات المعنوية التي تمارسها العائلة على طبيب الأطفال كي يمارس مبدأ الاستبعاد. وفي هذا المجال نخص بالذكر الطابع الاتهامي لهذه الضغوطات وما يستتبعه من تهديد بالتذنب (إلقاء الذنب واللوم). بدءاً بطبيب التوليد وعدم مراعاة الحامل لظروف حملها ويا احتمال تعرض الحامل للعنف الزوجي. غيرها من تهديدات اللوم التي تجعل طبيب الأطفال ميالاً لاعتماد مبدأ الاستبعاد تجنباً لتفجير مثل هذه المشاكل وغيرها من المشاكل المعروضة في فقرة مواقف العائلة ورجسيتها.

إلى هذه المعطيات تضاف نرجسية طبيب الأطفال. فالاستبعاد يجنيه عن وعي أو دون وعي، مواجهة العائلة، وإعلان العجز (اللجوء إلى اختصاصي آخر لا يستطيع بدوره تقديم تأكيدات الشفاء) والتورط في احتمالات اللوم... إلخ.

لهذه الأسباب ولقائمة من الأسباب الأخرى نجد أن أطباء الأطفال يعتمدون مبدأ الاستبعاد الذي يؤجل المشكلة لبضع سنوات ويجنبهم المواجهات المباشرة مع الأهل. بل إن بعضهم يصبر على هذا المبدأ بوعي كامل. وهذا البعض يدافع عن موقفه بالقول بعدم جدوى التدخل المبكر طالما بقي الطب العصبي عاجزاً عن الإجابة عن السؤال: لماذا تؤدي الإصابة الدماغية ذاتها إلى شلل البعض وإلى اضطراب عقلي لدى البعض وإلى مزيج من الاثنين لدى البقية الباقية؟ أما عن تدخلات الطب العقلي فيرى هذا البعض (من أطباء الأطفال) أنها تدخلات لا يمكن إخضاعها للتقويم الموضوعي. إذ لا يمكن تحديد سببية التحسن والتطور نحو الأفضل في حالة الطفل المعاني من مظاهر ذهانية فهل يعود هذا التحسن إلى العلاج؟ أم أنه يعود إلى سيروية نمو البنية النفسية - العصبية؟ وهذه الفئة من أطباء الأطفال لا تقتصد في إعلان هذا الرأي أمام الأطباء وحتى أمام الأهل.

وتجنباً للاستطراد والدخول في التفاصيل يمكننا القول بأن تطور تقنيات التصوير العصبي يقدم بعض الأجوبة ويحول موقف أطباء الأطفال نحو المرونة ونحو تعاون أفضل.

٤- الوقاية السيكاثرية

تصادف حالات الإصابة العصبية - النفسية أحادية السبب بصورة نادرة في الحالات الوراثية. إذاً أغلب هذه الحالات هي متعددة الأسباب (العوامل) بحسب الإحصاءات في مختلف البلدان والأعراق. إلا أن المعطيات العلمية لا تزال عاجزة عن تحديد كيفية التداخل بين هذه العوامل. لذلك طرحت عدة فرضيات لذلك (Ankar, 1984). ألم وهي:

أ- الانتقال الوراثي متعدد الجينات (Polygenic). المرتبط بالعديد من الجينات القاصرة (Minor) التي يؤدي اجتماعها إلى تخطيها لعتبة معينة وعندها يظهر المرض.

ب- التداخل بين آلية متعددة الجينات (Polygenic Mecanism) وبين عوامل غير جينية.

ج- التداخل بين مجموعة جينات مهيمنة أو وسطية مع عوامل خارجية المنشأ (Exogenous) أو مع عناصر جينية أخرى.

د- مفهوم المتغاير الجيني (Genetic Heterogenous).

وانطلاقاً من هذه الفرضيات تذهب المدارس والتيارات السيكاثرية في تحديدها للخطوات الوقائية وفي محاولاتها لتصنيف واستبصار هذه الحالات. إلا أن محدودية الأماكن المتوافرة تجعل الاتفاق سائداً حول الخطوات الوقائية التالية:

أ- فحوصات ما قبل الولادة على أنواعها. والتي تهدف لتدعيم امكانية الاكتشاف المبكر لبعض هذه الحالات.

ب- إخضاع حديثي الولادة (أو الفئة المائلة لعوامل خطر) لبرنامج فحوصات (Screening) كمثال فحص الفينيل الانانين أ والثرمون الدرقي... إلخ.

ج- المتابعة المتأنية للحالات التي تملك وراثة ذات خطر انتقال مرتفع.

د- الاحتياط للانتقالات الكروموزومية التي يمكنها أن تنجم عن:

١- اخطاء تغذية الحامل (زيادة أو نقصان).

٢- تعرض الحامل للاشعاعات والمسممات.

٣- الوقاية من الأمراض الإنتانية (Infection).

و- التثقيف الصحي للعائلة ودعم قدرتها على الاكتشاف المبكر للطفل المختلف.

ز- تدريب الأطباء على التعامل مع المشاكل العملية المرافقة لهذه الحالات.

ولا شك أن تطور إمكانيات التصوير العصبي (Neuro imagining) تضيف إلى هذه الخطوات معطيات في غاية الأهمية وهي في طريقها للرسوخ بحيث تطرح آمالاً جديدة في الكشف المبكر للحالات الطفلية - الذهانية. وبهيمن تحديداً أن أذكر منها تقنية الرنين المغناطيسي (M.R.I) في الكشف عن حالات التوحد. ونؤجل الحديث عنها إلى فقرة قصور امكانيات التشخيص العضوي.

٥- عوامل خطر الإصابة بالذهانات الطفولية

لا يزال مفهوم عامل الخطر، في اختصاص طب نفس الأطفال، معتمداً على الدراسات الاحصائية والوبائية التي تجرى على عينات واسعة من الأطفال الرضع وحديثي الولادة ممن تتوافر الاسباب للشك باحتمالات اصابتهم. وتتعاظم احتمالات اصابة الطفل مع زيادة عوامل الخطر. التي يمكن تعريفها على أنها كل وضعية أو خاصية قابلة للتحديد من شأنها أن تزيد من توقع تعرض الطفل لاضطراب صحته العقلية. وهو توقع غالباً ما يرتبط بالملاحظات الاحصائية لغياب امكانيات التحري الموضوعي لاحتمالات الاصابة. حتى أن الأمر يتحول أحياناً إلى حسابات رياضية لمؤشرات الخطر. مما يدعونا إلى التنبيه من خطر تحويل الطفل إلى رقم بالتذكير بأن محاولتنا القيام بالاكتشاف المبكر للحالات الذهانية يجب ألا تدفعنا لنسيان واقعة أن عوامل الخطر مستمدة من الاحصاءات وهي لا تعني تأكيد الإصابة أو الاضطراب. وبالتالي فإنها تبرر اتخاذ بعض الخطوات الوقائية وزيادة الملاحظة. دون أن تبرر التعامل مع الطفل وأمله وكأن الإصابة بحكم المؤكدة.

هذا وتشير الاحصاءات إلى توزع عوامل الخطر وفق مصادرها: لدى الطفل نفسه أو لدى الأم أو لدى العائلة أو المجتمع. ونبدأ ب:

الأخطار لدى الطفل:

تحدد عوامل الخطر الممكنة الملاحظة على الطفل كما يلي:

♦ الطفل الخديج (مولود قبل أوانه وكل المواليد ناقصي الوزن).

♦ التوائم.

♦ الإصابة بأمراض الطفل حديث الولادة.

♦ الإصابات الدماغية - العضوية على أنواعها (أبضية - أو انتانية أو جينية أو رضوية أو بسبب نقص الأكسجين).

♦ قصور الحواس.

♦ التشوهات الخلقية الخطيرة.

♦ الحاجة المبكرة لعلاج طبي اختصاصي (وكل حالات تكرار الاستشفاء في المستشفى).

❖ الأمراض الجسدية المعاودة.

❖ الأخطار لدى الأم:

❖ الحامل في سن غير مناسب.

❖ إهمال الحمل وعدم مراعاة ظروفه.

❖ وجود سوابق سيكاترية لدى الحامل.

❖ إصابة الحامل بنهان الحمل.

❖ الأخطار العائلية:

❖ السوابق السيكاترية العائلية.

❖ الطلاق (أو انفصال الأهل بسبب الهجرة أو غيرها).

❖ خلافات الأهل الحادة.

❖ إصابة أحد الوالدين بمرض مزمن.

❖ وفاة أحد الوالدين.

❖ نقص التواصل داخل العائلة.

❖ الأخطار الاجتماعية:

❖ الشدة الويائية (كوارث تصيب المجتمع).

❖ الأزمة الاقتصادية (نقص الرعاية الصحية وغيرها).

❖ التمييز داخل المجتمع.

إنطلاقاً من هذه العوامل الاحصائية يمكن الحديث عن خطوات وقاية أولية تهدف أساساً لتأمين اجواء صحية للطفل تقلل من احتمالات إصابته. وتهتم هذه الخطوات بالعائلة وبالمجتمع. حيث يتضمن برنامج الوقاية الأولية خطوات من وعي وتنقيف الأهل وتأمين الغذاء والرعاية الصحية الأولية للطفل (لقاحات، علاج... إلخ). أما الوقاية الثانوية فهي تقتضي التعاون الوثيق بين الأطباء والاختصاصيين المعنيين بصحة الطفل. وبين هؤلاء وكل من الأهل والسلطات الصحية. إلا أن الاكتشاف والعلاج الوقائي المبكر للحالة يبقى الخطوة الوقائية الصعبة - الأساسية.

٦- حدود وإمكانيات العلاج السيكاتري

يصعب التمييز بين الوقاية وبين العلاج في حالات الاضطراب العقلي. إذ يقسم هذا التمييز بضيابيته وعدم وضوحه. خصوصاً عندما يكون التدخل العلاجي في مرحلة مبكرة يصعب فيها الفصل بين وجود الاضطراب وبين عدم تأكيد وجوده لعدم اكتمال الأعراض المؤكدة للتشخيص. وهنا يمكن الحديث عن علاج وقائي. وهذا المصطلح يزيد من عموض الفارق بين كل من الوقاية والعلاج. وهذا الغموض يطرح مشاكل عديدة تصل إلى حد الأزمات. فبالإضافة إلى مواقف الأهل وأطباء الأطفال، المشار لها أعلاه، هنالك جملة قضايا تقيد إمكانيات التدخل السيكاتري وتحده وفي مقدمتها:

أ- الناحية الأخلاقية: إذ تعجز خدمات العلاج الوقائي عن التغطية الشاملة للحالات. وعليه فما هي معايير انتقاء الحالات المرشحة للعلاج؟ وهذه المعايير لا بد لها من أن تتقاطع مع بقية العوامل المحددة للتدخل العلاجي.

ب- فعالية التدخل: حتى في حال الاتفاق على قاعدة تصنيفية تحدد الأعراض، التي تقتضي العلاج الوقائي، فإن فعالية هذا العلاج ستكون مثار جدل. كون هذا التدخل وقائي بحيث لا يمكن تقويم نتائجه بالدقة المطلوبة (بنهامون، ١٩٩٣).

ج- آثار التدخل على الطفل: هذا التدخل هو مدخل إلى وصمة المرض العقلي. وهذه الوصمة التي أشرنا إلى استفزازها للأهل من شأنها أن تجعل الطفل يحس بالاختلاف وهو احساس يستوجب الحذر والمراعاة.

د- محدودية العلاج الدوائي: إن التدخل الدوائي في الأعمار المبكرة هو تدخل محدود الامكانيات. إذ أن غالبية الأدوية النفسية غير مستحبة الاستخدام قبل سن الخمس سنوات. وهو أمر يحد من إمكانيات العلاج ويوجهه باتجاه جلسات الدعم والتوعية والتدريب على متابعة تحري ظهور بقية الأعراض.

٧- قصور امكانيات التشخيص العضوي

وهذا القصور لا يقتصر على تشخيص الظواهر المبكرة فهو يمتد أيضاً للبالغين المشخصين بدقة حسب تصنيفات الطب العقلي المعتمدة. وهذا القصور يعكس انخفاض القدرة على تحديد الأسباب العضوية المؤدية للإضطراب العقلي. لذلك لا يزال هذا التحديد ينطلق من فرضيات لم تتم برهنتها لغاية الآن (Sartorius, 1983).

إلا أن ذلك لا يعني عدم حدوث نقلات نوعية هامة على هذا الصعيد. فقد اتاحت تقنيات التصوير العصبي فرص الإطلاع على تشريحية وفيزيولوجية المخ لدى المرضى. حيث تتم مقارنة هذه المعطيات بالطبيعية. وحيث يمكن تقصي مدى صحة بعض الفرضيات المطروحة.

ولعله من الضروري أن نعرض لاتجاهات البحث في ميدان التصوير العصبي. لأن هذه البحوث هي المفتاح السحري لاكتشافات باتت وشيكة. وهي تعد بتحقيق قفزات حاسمة بالنسبة لمستقبل الاختصاص والمرضى على حد سواء. ومن الآمال المعلقة على هذه البحوث أن يتمكن الطب النفسي من تخطي مسألة الاعتماد على الظواهر المرضية (الأعراض) لوضع تشخيصاته إلى مرحلة التشخيص الموضوعي المستند إلى معطيات وفحوصات موضوعية. دون أن يعني ذلك تجاوز أو تجاهل ديناميات الحياة النفسية.

في ما يلي نعرض لخمسة اتجاهات بحثية في ميدان التصوير العصبي تاركين عرض الآمال المعلقة عليها إلى ما بعد العرض. ونبدأ بـ:

١- تراجع حجم البنية الصدىغية - الهامشية وملاحظتها عن طريق التصوير بالرنين المغناطيسي في المرحلة الأولى لمرض القصام.

Reduced Temporal Limbic Structure Volume on Magnetic Resonance Images in First Episode Schizophrenia.

وصفت الدراسات التشريحية، لأدمغة المتوفين من الفصاميين، وجود تغيرات مرضية في شكل الجهاز الهامشي في هذه الأدمغة. والبحث في هذه التشوهات يمكنه المساعدة على اكتشاف وجود الفصام لدى الأحياء (حتى تبديه بشكل عيادي) ولقد ثبت أن هذه التشوهات لم تكن على علاقة بالأدوية المعقولة ولا بازمان المرض. في هذه الدراسات استخدمنا تقنية التصوير بالرنين المغناطيسي لقياس أحجام مجمع الهيبو كامب - النواة اللوزية والقرنبيات الصدغية لدى ٣٤ فصامياً في المراحل البدائية للمرض. كما اجرينا القياس نفسه لدى ٢٥ متطوعاً من الأصحاء. وظهرت النتيجة وجود تشوهات غير طبيعية في شكل الفص الصدغي (الأوسط) لدى الفصاميين. ولقد لاحظنا وجود تغيرات أحادية الجانب بوضوح وهي على علاقة بالجنس. فقد ظهرت النتائج أن النسيج العصبي للهيبو كامب كان أصغر (صغر ذو دلالة مرضية) ولكن فقط في النصف الأيسر من دماغ الفصاميين الذكور. في حين لو حظت زيادات في حجم كل من القرنبيات الصدغية والأقسام الأمامية (أيضاً في النصف الأيسر) لدى المرضى من كلا الجنسين. إن الاختلال الوظيفي للبنية الصدغية - الهامشية يمكنه أن يوضح بعض المميزات السريرية الفصام.

٢- الأداء الكمي (لدى الأحياء) للجهاز الهامشي - تقويم من خلال التصوير بالرنين المغناطيسي:

In Vivo Quantification of the Limbic System Using MRI: Effects of Normal Aging:

إن دراسة بنى الجهاز الهامشي هي محور الاهتمام فيما يتعلق بالعديد من الأمراض النفسية - العصبية. ويمكن لهذه الدراسة أن تقدم فوائد عيادية جمة. والتصوير بالرنين المغناطيسي يبقى الوسيلة الوحيدة لمثل هذه الدراسات لدى الأحياء. إلا أن بعض الصعوبات المنهجية تحد من امكانيات الاستفادة من هذه التقنية كما تحد من إمكانيات تأويلنا للمعطيات الموجودة في الصور. لذا نقدم بعض المقاربات التي تتيح تخطي هذه الصعوبات وصولاً إلى تأويل أفضل لصور الجهاز الهامشي.

في هذا السبيل اعتمدنا وقتاً أطول للصدى (T.R) بهدف تسجيل المخارج البطيئة والتدفق التعويضي وتسلسل الصدى على عمق ٣,٢٢ مليمتر في إجراء مجاورة للجهاز الهامشي ومتداخلة معه. وهذا التسلسل استطاع تقديم المعطيات المتعلقة بالمادة السنجابية (Gray Mat) (ter) والمادة البيضاء والسائل الشوكي (مثل مادة ظليلية) الذي ساعدنا على تحديد كمي لحجم داخل الجمجمة ولكمية السائل نفسه. بهذا نكون قد نجحنا في تقييم احجام القرنبيات الصدغية والهيبو كامب.

ولقد طبقنا هذه الطريقة في دراستنا المقارنة بين ثمانية شباب (متوسط ٢٤ عاماً) وسبعة شيوخ (متوسط ٧٣ عاماً) وكلهم يتمتعون بصحة جيدة. وكانت هذه الدراسات بهدف تحديد تأثير الشيخوخة على البنى العصبية الهامشية، وتوصلت إلى إثبات وجود العلاقة بين التقدم في السن وبين زيادة حجم القرنبيات الصدغية وبين انخفاض الهيبو كامب.

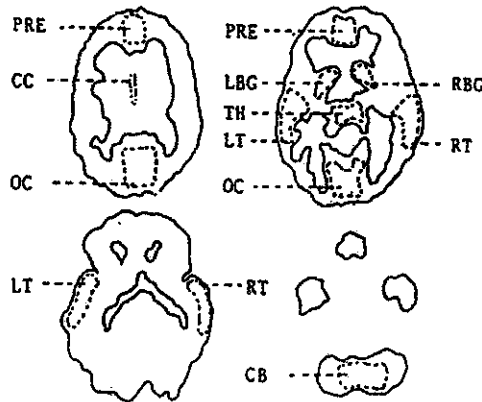
٣- تدفق الدم الموضعي في دماغ الفصاميين: دراسة متكررة أثناء المرحلة الذهانية:

Regional Cerebral Blood Flow in Schizophrenia: Repeated Studies during Apsychotic Episode:

جرس قياس مستوى التدفق الموضعي للدم في الدماغ وملاحظة العلائم الفصامية - العيادية المتبدية لدى ١٧ فصامياً ولدى مجموعة شاهدة مؤلفة من ١٠ أشخاص لم يتلقوا علاجاً دوائياً لا قبل الاختبار ولا بعده.

ولوحظ نتيجة هذه المقارنة تدفق طبيعي للدم لدى المرضى المعانين من اشتداد العلائم العيادية للفصام. في حين ظهرت اختلافات في هذا التدفق وانخفاضه في منطقة الفص الجبهوي. كما أن معدل التدفق (أمامي - خلفي) كان على علاقة مباشرة بحجم الاضطرابات السلوكية المتبدية. ونستخلص أن مستوى نشاط الفص الجبهوي، لدى الفصاميين، على علاقة بحالة المريض العيادية أثناء قياسنا لهذا المستوى.

٤- آثار الايتانول الحادة في أيض السكر ونقله الموضعي - الدماغي:

Acutte Effects of Ethanol on Regional Brain Glucose Metabolism and Transport:**Fig. 1. Regions of interest.**

Pre- Prefrontal. CC - corpus callosum. LT - left temporal. Rt-right temporal. Oc- occipital. LBC - left basal ganglia. RBG - Right basal ganglia. Th- thalamus. CB- cerebellum. The slices correspond to the brain labels obtained 6.8, 5.4, 2.6, and 1.2 cm above the canthomeatal line (CM).

من أجل تقييم آثار مادة الايتانول على الدماغ البشري عمدنا لاختبار ٦ أشخاص عاديين و٦ آخرين مدمنين علي تعاطي الحكول وذلك باستعمال طريقة التصوير المقطعي (Tomagra- phy) مع بث بوزيترونات (الالكترونات موجية) 2- deoxy - 2- {IX} Fluoro - Glucose PF D (C). وبعد ٢٤ ساعة على حقن مادة الايتانول (١غ/كغ) كان الايتانول يعيق أيض السكر (غليكوز) على الصعيدين اللحائي والمخيخي مع انخفاض نسبي في النواة الأساسية والجسم المخطط.

واعاققة الأيض السكري هذه كانت أكثر بروزاً لدى المدمنين. وأشار قياس نقل الغليكويز واستعماله إلى انخفاض القدرة على أيض الغليكويز بسبب محدودية القدرة على فسفرة الغليكويز وليس بسبب تغييرات في نقل السكر عبر الأنسجة وكانت اعاققة أيض السكري في موضع دماغي ما (بسبب الكحول) موازية لتوزيع مستقبلات البتزوذيدين في الدماغ البشري.

٥- القلق وأيض اللحاء الدماغي لدى الأشخاص الطبيعيين:

Anxiety and Cerebral Cortical Metabolism in Normal Persons.

تم تطبيق استبيان حالة القلق (STAL) على ٤٣ شخصاً (متطوعاً ممن لم يعانون أمراضاً) مباشرة قبل وبعد اخضاعهم لهذه الدراسة. ثم تم اخضاعهم للتصوير المقطعي مع بث البنيترونات و (F-FDG). وقد وجدنا أن الأشخاص المعانين من علائم قلقية عالية (من نوع قلق الوضعية) كانوا يتميزون بنشاط وظيفي أعلى (ينعكس في التصوير المقطعي) بالمقارنة مع بقية الأشخاص. ولكن علائم القلق لم تلبث أن تراجعت بنسبة عالية عقب الانتهاء من عملية التصوير. ولم نجد نتيجة لهذه الدراسات، أية علاقة ذات دلالة بين الأيض اللاحائي (سواء الاجمالي أو الموضوعي) وبين حالات القلق الملاحظة.

ويبدو ان آثار تنامي القلق على الأيض اللاحائي، في حال وجوده، تكون مغمورة وغائمة بسبب التغيرات الطبيعية المرافقة لاستعمال طريقة (F-FDG).

إن هذه التقارير الخمسة هي مجرد نماذج عن الاتجاهات البحثية في ميدان التصوير العصبي. وهي تهدف لاستكشاف الاضطرابات الدماغية (وظيفية وعضوية) والربط بينها وبين مظاهر الاضطراب النفسي. ومثل هذه البحوث هي مفتاح سحري لاكتشافات باتت وشيكة. فهي تتيح للباحثين مراقبة الفوارق الدماغية بين الاصحاء وبين المرضى. وذلك وصولاً إلى إمكانية تحديد الأسباب العصبية - الدماغية للمرض النفسي. أو على الأقل لتحديد العلائم المرافقة لهذا المرض على الصعيد الدماغي. وبذلك فإن هذه البحوث تعدنا بتحقيق قفزات حاسمة في الميدان ومنها:

١- إنها تعد بالتحقق من العدد من الفرضيات المطروحة لسببية الامراض النفسية والعقلية. فهل يرتبط الفصام مثلاً بتراجع بنية الجهاز الهامشي في النصف الدماغي الأيسر؟ أم أن هذا التراجع خاص بنوع معين من أنواع الفصام؟ وفي هذه الحالة هل يتطابق هذا التراجع مع فرضيات القرابة بين الفصام وبين الانطوائية؟

وفي حال ثبوت مثل هذا التراجع لدى عينة واسعة من المرضى فإن ذلك من شأنه أن يساعدنا على التنبؤ بالمرض قبل ظهور عوارضه. مما يقدم فرصة ذهبية لعلاج المبرك وتشخيصه الدقيق. كما أنه سوف يحسم الموقف من الفرضيات السببية للمرض.

٢- إن انخفاض حجم الهيبيو كامب لدى الشيوخ. المرتبط بالتقدم في السن. يمكنه أن يقدم لنا فرص تحري أمراض من نوع الهرم المبكر (Precoce Seenescence) وغيره من أمراض

الأجهزة التي يتبدى بعضها في مراحل الطفولة.

٣- يشير التقرير الثالث إلى أن خمود المرض يترافق مع إعادة توزيع عمليات تدفق الدم في الدماغ، وهو أمر يوحى بمحاولة تعويض وظيفية للتغيرات الدماغية المصاحبة للمرض. مما يجعل من اكتشاف هذه المحاولة، عن طريق التصوير العصبي، عنصراً تشخيصياً حتى في غياب العوارض.

٤- يشير التقرير الرابع إلى أن اختلال أيض السكر لدى مدمني الكحول يعود لأسباب غدديّة وليس إلى تشوهات دماغية تعيق نقل السكر. وهذا يدفعنا لتوجيه البحث باتجاه الجهاز الغددي لدى أطفال المدمنين في حالة معاناتهم من اضطرابات نفسية.

٥- يسجل التقرير الخامس عجز التصوير المقطعي عن تسجيل حالة القلق التي يمكن تسجيلها عن طريق تخطيط القلب والجلد... إلخ. وهو عجز يعكس المنطقة المظلمة بالنسبة للتصوير العصبي وهي الناحية البيوكيميائية.

وهذه الملاحظات بالرغم من الوعود التي تقدمها فهي تركز قصور إمكانيات التشخيص العضوي المتاحة رهنأ. وهذا القصور يعيق عمليات التشخيص المبكر للحالات الذهانية الطفولية.

٨- قصور التصنيفات السيكاثرية

في غياب أدوات وإمكانيات التشخيص العضوي للاضطرابات العقلية نجد سيطرة المبدأ الظاهري (Phenomenal) على التصنيفات السيكاثرية. حيث يرتبط التشخيص باكتمال جدول الأعراض. بحيث ينتظر التشخيص ظهور الأعراض (وبالتالي اكتمال هيكلية المرض) قبل تأكيده. وهذا يعني انعدام فرص التشخيص المبكر للمرض إذا ما نحن التزمنا بهذه التصنيفات. وبغض النظر عن الخلافات التصنيفية بين مختلف التيارات والمدارس فإنها تشترك في قصورها عن إعطاء فرص التشخيص المبكر لهذه الاضطرابات.

في المقابل نجد أن أدبيات الطب النفسي غنية بالملاحظات وبمعايشات هذه الاضطرابات. وهذه الأدبيات مدعومة بترات من الكتابات (Weiz, 1982) والتحليل النفسية (سمير نوف، بت) والفرضيات الدينامية. (Rutter, 1981, 1985) وفي رأينا أن هذا الدعم يجب أن يدفع لالتقاء الأطباء مع الاخصائيين النفسيين عوضاً عن التسبب في اختلافهم. فلو أخذنا محاولات التشخيص المبكر للاضطرابات العقلية لوجدنا أن اللقاء بين هذين الاختصاصين له ضرورة حيوية. خصوصاً وأن العلاج المبكر، المستند إلى التشخيص المبكر، يعتمد على العلاج النفسي أكثر من اعتماده على العلاج الدوائي. وفي هذه الحالات يمكن للمعالج النفسي أن يقدم معلومات قيمة عن دينامية تطور الأعراض المرضية. وهي فرصة تادرة.

٩- السبل المقترحة للتشخيص المبكر

إن غياب الجداول العيادية التي يمكن الاستناد إليها في عمليات التشخيص المبكر تجعل منه

عملية شاقة، وتزداد صعوبة هذه العملية بسبب المعوقات المشار لها أعلاه. وهذا ما يضيق السبل والخيارات المتاحة للتشخيص المبكر. وتزداد هذه الصعوبة في الدول النامية (Verghese, 1974) بسبب تراكم عوامل نقص الامكانيات المادية والبشرية ونقص الآلات والمعدات. بما يستتبع صعوبة إقرار مشاريع وطنية للوقاية السيكاترية. لذلك يمكن حصر الاقتراحات بالسبل التالية:

- أ- إرساء مبدأ عيادة الإرشاد الوراثي (محاولة تحديد عوامل الخطر).
- ب- المتابعة الدقيقة للجنين (بالوسائل المتوافرة).
- ج- الفحص عقب الولادة مع تصنيف الأطفال وفق حالاتهم فور الولادة.
- د- تدريب الأهل على طرائق مراقبة العوارض المحتمل ظهورها عند الطفل.
- هـ- تثقيف الأهل وتعريفهم بجدول النمو العقلي - العضوي. مع تنبيههم إلى ضرورة مراجعة الطبيب في حال تخلف نمو طفلهم عن متوسط هذه الجداول.
- و- إجراء فحوصات متابعة انتقائية للأطفال المعرضين (كل حسب حالته).
- ز- تدريب أطباء الأطفال على سبل التشخيص المبكر لكل من هذه الظواهر على حدة. مع تعريفهم بالبيدات اللانمطية لبعض الأمراض العقلية. وإطلاعهم على الحالات المكتشفة وعلى الملاحظات المسجلة حول بداية هذه الظواهر.

١٠- استراتيجية الوقاية والعلاج المقترحة

تشير التجارب الأجنبية إلى فشل الاستراتيجيات الوقائية العامة في بلوغ أهدافها. حتى بدأ الميل يبدو واضحاً لاعتماد برامج الوقاية الانتقائية. التي تحول دون ازعاج أكثرية ليست لديها مخاطر خاصة والتي لا تصل سوى إلى نسبة ضئيلة ممن يملكون مثل هذه المخاطر. عداك عن الهدر الذي يمكن الاستفادة منه لدعم وتطوير التدخلات الانتقائية المركزة. سواء لجهة اكتشاف الحالات أو لجهة علاجها الوقائي. المبكر. وتعتمد هذه التدخلات على تصنيف ذوي المخاطر الخاصة في فئات منفصلة مع تحديد استراتيجيات وقاية وعلاج خاصة بكل فئة من هذه الفئات. ومن الطبيعي ألا تلتزم هذه التدخلات بفئة عمرية معينة. وهي تسعى بالتالي لتغطية كاملة لأصحاب المخاطر الخاصة بغض النظر عن فئاتهم العمرية. وعلى هذا الأساس تتوزع هذه التدخلات وفق الفئات العمرية مع تحديد المخاطر الخاصة والمميزة لكل فئة منها. وذلك بدءاً بالوقاية الوراثية (مرحلة الجنين) ووصولاً إلى حالات اضطراب المزاج وأمراض الشيخوخة العقلية. على أن ما يهمنا من بين هذه الفئات هي فئة الأطفال دون السن المدرسي وتحديد ما قبل بلوغ عمر الأربعة سنوات. ولدى هذه الفئة يمكننا اختصار استراتيجية العلاج الوقائي بالخطوات التالية:

- أ- تجاوز التصنيفات السيكاترية التقليدية التي تشترط ظهور الاعراض واكتمالها من أجل التشخيص.
- ب- تجاوز مصادر المعلومات التقليدية إلى إجراء مقابلة مفصلة مع الأهل حول ظروف الحمل

والولادة والمخاطر الوراثية وآراء أطباء الأطفال ومقارنة نمو الطفل النفسي والعضوي بالمتوسطات الطبيعية وياخوته. مع التعمق في مخاوف الأهل وهو اجسهم المرتبطة بملاحظتهم للطفل.

ج- المراقبة الدقيقة لاختلالات التفاعل المبكرة ومتابعة تطورها.

د- مرونة الجهاز العائلي والقدرات الدينامية للاقتصاد العائلي هي مؤشرات يمكنها أن تحدد مدى استجابة العائلة ورغبتها بالتعاون أو بالتهرب.

هـ- التعاون العلاجي مع طبيب الطفل ومع اختصاصي الصحة النفسية بهدف اكمال المقومات العلاجية- النفسية وتسهيل المهمة العلاجية.

و- التركيز على اصلاح اختلالات واضطرابات التفاعل لدى الطفل بوصفها أولى الظواهر الذهانية المبكرة وأكثرها تبيكراً بالظهور. ويتم هذا العلاج عبر جلسات علاج نفسي. يمكنها أن تتحول لاحقاً إلى جماعية. ويمكن لهذه الجلسات أن تعتمد الطريقة العلاجية التي يجدها المعالج مناسبة للحالة.

ز- يستبعد العلاج الدوائي في هذه الحالات باستثناء حالات إيذاء الذات وحالات الهياج المبالغة. مع مراقبة مستوى التجاوب مع الدواء حيث يمكن لهذا التجاوب المساعدة على تشخيص أدق للحالة ولتقبلها. مثال ذلك إن الحركة الزائدة تستجيب للمنشطات وتساء مع المهدئات.

مع التنبيه إلى أن العلاج الدوائي يتصدر الخطوات العلاجية الأخرى في حال تشخيص اضطراب عضوي قابل للعلاج الدوائي. وقبل الانتقال إلى عرض الحالات العيادية نود التأكيد على اتفاق الباحثين على أهمية العلاج المبكر وعلى قدرته على تحسين مستقبل المرض في حال عجزه عن تحقيق الشفاء أو على الأقل تأخير ظهور الأعراض المكملة للتشخيص التقليدي. وفي ما يلي نبدأ عرض الحالات.

١١- حالات عيادية

أ- الحالة الأولى: حنة:

ولادة متأخرة بوزن زائد عن المعدل. مع التعرض لحالة اختناق ولادي (Anoxia) ولم توضع في خيمة الأكسجين. ولم يلاحظ الأهل لديها أية علامة مرضية (في رأيهم) إلا بعد بلوغها سن العامين. حيث بينت الفحوصات الطبية معاناتها من اضطرابات التوازن الأيوني في الدم. وتم علاج الحالة في حينه على هذا الأساس. عرضت حنة للمرة الأولى على العيادة النفسية في سن الثلاثة أعوام. حيث اجريت لها اختبارات ذكاء بينت انخفاض مستوى ذكائها. اضافة إلى نضجارات انفعالية فسرت بأنها حركة زائدة. وعلى هذا الأساس تم تشخيص الحالة على أنها تخلف عقلي بسبب الاختناق الولادي.

عرضت الحالة علينا عندما كانت حنة في عمر الأربع سنوات فوجدنا لديها بعض المظاهر الذهانية - التكافلية (Symbiotic). وتتجلى هذه الذهانات الطفولية، بعدم قدرة الطفل على تخطي مرحلة

الذويانية بامه والبدء بادراك فردية جسده الخاص. وتظهر هذه الذهانات بعد سن السنتين. وينمو الطفل قبلها بصورة عادية (إذا لم يكن معانياً من اضطرابات أخرى) وتظهر لديه حساسية زائدة أمام المثيرات الحسية (سمعية وبصرية... إلخ) إضافة إلى اضطرابات النوم. ولقد أوضحت مقابلة الأهل وجود هذه العلائم مجتمعة قبل بداية العلاج النفسي للحالة. لكن هذه المظاهر تغيرت بعض الشيء بعد هذا العلاج إذ بدأت الفتاة تتقبل الانتقال إلى مركز العلاج وأن بقي تفاعلها مع الآخرين في حدوده الدنيا. كما سجل العلاج نقلة هامة إذا نقلت ذويانيتها (المعدلة بعد العلاج) من أمها إلى أبيها. ويمكن القول بأن حنة قد توصلت إلى حد أدنى من تنسيق علاقاتها داخل العائلة.

لكن ملاحظة الارتخاء العضلي لدى حنة إضافة إلى الشكل غير العادي لحوضها وعدم قدرتها على الجلوس بشكل طبيعي. كانت كلها علائم تشير إلى مرض ليتل (Little) غير متطور.

وهي حالة يتفق على تسميتها بمتلازمة ليتل حيث تكون عقابيل الاصابة الدماغية محدودة. وبالتالي فإن الشلل التشنجي الناجم عنها يكون بدوره محدوداً. إلا أن ذلك لا يمنع كونه معيقاً للمريض سواء من الناحية الحركية أو لجهة مساهمته باضطرابات النوم أو لامكانية تشجيعه لظهور النوبات الصرعية. ولقد بدأنا علاج هذه المتلازمة بالعلاج الحركي (Kinesotherapy) مضافاً إلى العلاج الدوائي والعلاج النفسي الذي كانت قد بدأتها قبلاً.

ولقد طرح تأخر العلاج الحركي مشكلة عرقلت تقدمه. فقد كانت حنة تتعب وترفض ممارسة التمارين (من أجل الجلوس والقيام بصورة طبيعية) لأكثر من دقيقتين في البداية. لكنها استجابت بصورة أفضل لاحقاً مع تدخل والدها بمتابعة هذه التمارين في المنزل. وحالة حنة لا تزال تحت العلاج وهي في تحسن مستمر.

الحالة الثانية: رونا

عائنا هذه الحالة وهي في سن الثلاث سنوات وبضعة أشهر. والواقع أن هذه الفتاة لم تكن تظهر علائم عيادية مميزة. لكن الأم كانت تصر إصراراً على اختلاف ابنتها. وهي قد رفضت تشخيص طبيب الأطفال باعتبار هذه العلائم بسيطة وممكنة التعويض مع الوقت. إلا أن اصرار الأم دفعها لمرجعنا بالتنسيق مع طبيب الأطفال. وخلال المقابلة الأولى عرضت الأم ملاحظتها للعلائم التالية: البلادة الحركية وقصور قدرتها على المشاركة في اللعب بالإضافة إلى هدوء غير عادي!

ويتحري المستوى الثقافي للأم وجدنا أنها لا تملك معلومات طبية أو نفسية يمكنه أن يوجه تفكيرها نحو حالة وساوس (Obsession) لدى الأم. كما أن سلوكها العام لم يكن يشير إلى ذلك. وبطبيعة الحال فقد كان من المحرج أن نطلب من الأم نفسها الخضوع لفحص نفسي. الأمر الذي اضطرننا لاجراء نوع من المقابلة السيكاترية مع الأم. وأظهرت هذه المقابلة معاناة الأم من علائم قلق وإحباط ونزق ولكن في الحدود الطبيعية. وعندما بدأت الأم تتحدث عن عائلتها تبين أن لديها ابنتان، بالإضافة للمريضة، وإن الابنة الثانية تعاني من انخفاض ملحوظ في ذكائها (غير محدد بسبب عدم عرضها على الفحص). كما تبين أن هذه الابنة كانت تعاني من ذات المظاهر التي تركز

عليها الأم لدى الإبنة الثالثة (المريضة). ولم تكن الأم واعية لهذه الرابطة قبل المقابلة. مما جعلها تعلن عن راحتها بعد المقابلة بسبب تعرفها إلى مصدر قلقها على الابنة الثالثة. وهو خوفها من أن تتحول مع الوقت إلى حالة اختها الثانية.

بناء على هذه المعطيات اجلنا فحص المريضة وطلبنا مقابلة الأخت الثانية. التي بين فحصها معاناتها من تخلف بسيط (عامل ذكاء ٨٠). كما تبين أن سبب هذا التخلف هو قصور درقي معتدل. وبناءً عليه طلبنا إجراء الفحوصات الهرمونية لرونا. حيث أظهرت هذه الفحوصات وجود قصور في إفراز الغدة الدرقية. وتم علاج الحالة بالهرمون الدرقي. مع نصيحة ارفقها بجلسات علاج نفسي.

لكن الأم لم تهتم بمتابعة هذه الجلسات لابنتها. إلا أنها تقيدت في المقابل تقيداً تاماً بالعلاج الهورموني.

رونا تبلغ الآن الثامنة عشر من عمرها وهي لا تعاني من أية مظاهر مرضية. كما أنها تتابع دراستها بنجاح ملحوظ.

الحالة الثالثة: عصام

قابلنا هذا الطفل في العيادة بعد اتمامه عمر السنتين. ولدى فحصه تبين أنه يعاني من حالة انطوائية. لفت نظر الأهل من علائمها. علائم إيذاء الذات وانعدام اللغة. مع تأكيد الأم على ملاحظتها تخلف نموها النفسي - الحركي. وعدم قدرته على مجاراة أقرانه (أطفال العائلة الذين هم من عمره).

وتم اخضاع عصام لعلاج عائلي استمر لبضعة اشهر. اعتماداً على طريقة تحليلية - نفسية مستقاة من طريقة فينيكوت (D. Winnicot, 1983). بالإضافة إلى جلسات علاج جماعي بمعدل جلستين في الأسبوع. وبعد عامين من هذا العلاج كان عصام قد سجل بعض التطور الذي يسمح له بالانفتاح الاجتماعي. وبدأ يقبل «الخريشة» (خطوط عشوائية يرسمها على ورقة بقلم رصاص) كطريقة للتعبير عن انفعالاته. وبذلك تمكن من مجاراة رفاقه في صف الحضانه بعد أن تعود على فكرة المجموعة عبر العلاج الجماعي وعلى الخريشة التي دعمت قدرته على الاستعمال البنوي للغة وتوظيفها من أجل الاتصال.

لكنه فشل في المقابل في توظيف اللغة بصورة رمزية مما اعاقه عن متابعة الدراسة كما استمرت لديه بعض العلائم الذهانية التي كانت تظهر بحددة عند تعرضه لما يثير غضبه أو لدى تعرضه لوضعيات عاطفية - انفعالية. حيث كان يصاب بعسر الكلام ويبدأ بلفظ جمل غير مفهومة (Neolo-gism) مع انفجارات بكائية وسلوك عنيف تجاه الذات مع الآخرين.

عصام يبلغ اليوم الثامنة من عمره وهو تخطى القوقعة الانطوائية وبيقيم علاقات انتقائية مع الغير. وتتسم هذه العلاقات بعدم الاستقرار المزاجي وهو يتلقى علاجاً دوائياً يخفف من هذه العلائم.

المراجع العربية:

- ١- بنهامون هـ (١٩٩٣). من هيسستيريا الأطفال/ مترجمة إلى العربية في مجلة الثقافة النفسية المتخصصة العدد ١٥ - مركز الدراسات النفسية - لبنان.
- ٢- بيار مارتني (١٩٨٧). الحلم والمرض النفسي والنفسي - فصل إنباء اللغة عند الطفل - مركز الدراسات النفسية.
- ٣- شوفانس م. (١٩٩٣). متابعة طويلة الامد لبالغين يعانون من الانطوائية. / مترجمة في مجلة الثقافة النفسية المتخصصة العدد ١٤ - مركز الدراسات النفسية - لبنان.
- ٤- فيكتور سميرنوف (ب.ت.). التحليل النفسي للولد، المؤسسة الجامعية للدراسات (مجد) - بيروت.
- ٥- محمد احمد النابلسي (١٩٨٨). سلسلة علم نفس الطفل (٧ اجزاء): الذكاء الجينين - الذكاء الرضيع - ذكاء الطفل قبل المدرسي - ذكاء الطفل المدرسي - العلاج النفسي العائلي - الطب النفسي ودوره في التربية - الربو عند الأطفال، دار النهضة العربية - بيروت.
- ٦- محمد احمد النابلسي (١٩٩٥). أصول الفحص النفسي ومبادئه، المكتب العلمي للنشر الاسكندرية - مصر.
- ٧- محمد احمد النابلسي (١٩٩٥). آفاق التصوير بالرئين المغناطيسي، ورقة مقدمة إلى مؤتمر «مدخل إلى علم نفس عربي» الذي عقده مركز الدراسات النفسية في لبنان (١٩٩٤) ونشرته مجلة «الثقافة النفسية المتخصصة في عددها الحادي والعشرون (١٩٩٥).
- ٨- هارينغتون ريتشارد (٢٠٠٠). دور خدمات الصحة النفسية للطفل والمراهق في الوقاية من الاضطراب الاكتئاب المتأخر. / مترجمة إلى العربية من مجلة الثقافة النفسية المتخصصة العدد ٤٢ - مركز الدراسات النفسية - لبنان.

المراجع الاجنبية:

1. Ajuriaguerra, J. (1974). Manuel de Psychiatrie de l'enfant, ed Masson dt Cie. Paris.
- 2- Ancar, V. (1984). Actualité en obdtétrique et Gynécologie, ed. Medic. BUC..
3. Bender, L. (1957). Un Test visuo-moteur et son usage clinique., P.U.F., Paris.
4. Flaske, R. (1976). Scientists Wonder What's on a baby's mind, New York,.
5. Giel R. et al (1981). Childhood mental disorders in primary health Care: Results of observation in 4-developing countries, pediatrics 68: 677-684,.
6. Heuyer.G. (1969). Pour la Psychiatrie Infantile, Ed Semhop.
7. Itard. J (1801). L'enfant d'Aveyron., Paris.

8. Kaplan. O.J. (1979). Psychopathology of aging, Academic Press, New York
9. Kanner. L.(1964). A history of the care and study of the mentally retarded. Springfield Ch. Tomas.
10. Klein. M. (1967). Essais de psychanalyse (trad. franc), Paris, payot,.
11. Krapelin. E (1919). Dementia Praecox and Paraphrenia. E und S. Livingstone. Edinburgh.
12. Kreisler. L. (1978). Le bébé en ben born ordre psychosomatique, In les bons enfants.
13. Lazorthers. G. (1986). L'ouvrages des sens, ed. Flammarion.
14. Lacan. J (1966). Ecrits. Ed. Seuil. Paris.
15. Lang. J. L. (1962). L'enfant inadapete. P.U.F., Paris.
16. Lowen. A (1979). La Bioenergie, Ed tchou,. Paris.
17. Mahler. M (1978). Psychoses Infantiles-Symbiose Humaine et individualisation,. Ed. Payot, Paris.
18. Mannoni (1976). Un lieu pour vivre paris, ed du seuil.
19. Muller. H. (1991). UNICEF In-Yemen, problems of children.
20. Mazet. P., Houzel. D. (1978). Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Volume 2, Ed. Maloine. Paris.
21. Naboulsi, M et Parhon M (1983). Studii asupra inteligenta infantila. Univ. Craiova.
22. Porot. A. (1994). Manuel Alphabetique de psychiatrie, PUF. Paris.
23. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity, Protective factors and resistances to Psychiatric disorders. Brit J Psychiatry, 146, 598-611.
24. Rutter M. (1981). The city and the childt. Am J Orthopsychiatry, 51, 610-625.
25. Sartorius, N. et al (1983). The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care II: The development of new research methods. Am J Psychaitry 140: 11, 1474.
26. Stern, D. (1977). Mère-Enfant-Les premières relations, ed Madraga.
27. Spitz, R.(1968). De la naissance á la parole, Paris, P.U.F. m.
28. Tustin, F. (1977). Autisme et Psychose de l'enfant,. Ed. Seuil, Paris.

29. UNICEF (1992). The state of the world's children.
30. Verghese, A. et al (1974). Psychiatric disturbance in children An epidemiological study. India. J. Med. Res. 62, 1538-1542.
31. Weiz, J. et al (1982). Epidemiology of behavioral and emotional problems among Thai and American children: Parent of ages 6-11. J Amer Acad Child Adol Psychiatry, 26, 6:890.
32. Winnicot, D. (1983). De la pédiatrie á la psychanalyse, Payot - Paris.
33. Wig, N. (1986). Anthropology and mental health - a view from the 3rd world. A paper presented at the WPA, Regional Symposium, on 21st at Copenhagen