



بررسی مجدد پسرقت در اتیسم: دمانس نوزادی هلر



بررسی مجدد پسرقت در اتیسم: دمانس نوزادی هلر

به همراه ترجمه مقاله U"ber Dementia Infantilis

چکیده: تتودور هلر برای اولین بار پسرقت شدید عملکرد انطباقی را در کودکان با رشد طبیعی توصیف کرد، چیزی که او بیش از صد سال پیش **دمانس نوزادان** نامید. دمانس نوزادان بیشترین ارتباط را با تشخیص مدرن اختلال فروپاشنده دوران کودکی دارد. ما مقاله هلر را ترجمه کردیم و شباهت‌های بین موارد هلر و گروهی از کودکان مبتلا به اختلال فروپاشنده دوران کودکی را مورد بحث قرار دادیم. به طور خاص، ما یک دوره پیش‌درآمد اختلال در تنظیم عاطفی هلر و موجود در نمونه خود را توضیح خواهیم داد. موردی که قبلا از زمان انتشار U"ber Dementia Infantilis با جزئیات توضیح داده نشده است.

کلمات کلیدی: اختلال طیف اتیسم، اختلال فروپاشنده دوران کودکی، پسرقت



بیش از ۱۰۰ سال از زمانی که تئودور هلر اختلالی به نام دمانس نوزادان^۱ را توصیف کرد گذشته است (هلر، ۱۹۰۸). دمانس نوزادان به شدت با مفهوم تشخیصی «اختلال فروپاشنده دوران کودکی^۲»، یکی از اختلالاتی که در گذشته در طبقه‌بندی اختلال طیف اتیسم قرار می‌گرفت و با پسرفت در دستاوردهای رشدی همچون گفتار، جامعه‌پذیری و مهارت‌های خودیاری همخوانی دارد و به طور معمول در کودکان بدون اختلال بالاتر از دو سال همراه است. در نهایت کودکانی که تشخیص اختلال فروپاشنده دوران کودکی را گرفته‌اند، ناتوانایی‌های شدید اجتماعی، زبانی و همچنین الگوهای سفت‌وسخت و تکراری رفتاری از خود نشان می‌دهند که با دسته‌بندی اتیسم سازگار است.

تئودور هلر (۱۸۶۹-۱۹۳۸) در وین متولد شد (لاتز، ۲۰۰۰). پدرش مدیر مرکزی برای نابینایان بود و هلر بیشتر کودکی‌اش را آنجا گذراند. او در دوران تحصیل در دانشگاه لیپزیک (آلمان) همراه ویلهلم وونت، به روانشناسی نابینایان علاقمند بود؛ اما در نهایت علاقه وافری به آموزش کودکانی که تاخیر رشدی و شناختی داشتند، نشان داد. خیلی زود بعد از فارغ‌التحصیلی در مرکز کودکان دارای معلولیت با پدرش و روانکاو با نام ریچارد ون گرفت ایبک^۳ در دوبلینگ^۴ وین مشغول به کار شد. آن مرکز تقریباً به ۴۰ کودک خدمات می‌داد، که بسیاری خارج از اتریش به آنجا می‌آمدند. هلر پیشگام در آموزش ویژه بود و در این خصوص آثار متعددی منتشر کرد از جمله Grundriss der Heilpädagogik (بنیاد آموزش ویژه) در ۱۹۰۴،

Die Heilpädagogik in der Aktuell und Pedagogische Therapie (درمان آموزشی) در ۱۹۱۴ و

¹ dementia infantilis

² childhood disintegrative disorder

³ Richard von Krafft-Ebbing

⁴ Doöbling

Zukunft (آموزش ویژه در حال و آینده) در سال ۱۹۲۲. هلر همچنین درباره کودکانی که ناگهانی و به طور فاجعه‌باری عملکردهای اکتسابی خود را از دست می‌دادند، همچون جامعه‌پذیری و زبان نوشت که بعد از یک دوره رشد عادی، یکسری رفتارهای کلیشه‌ای را اخذ می‌کردند. او این فرآیند را دمانس نوزادان نامید.



اولین اثر او درباره دمانس نوزادان شامل شش مورد می‌شد که در کلینیک دیده بود. کودکان تا سه یا چهار سالگی خود رشدی عادی داشتند و بعد ناگهان به شدت مهارت‌های اکتسابی‌شان را از دست داده و بدون کلام یا با کلام محدود و دارای رفتارهای عجیب کلیشه‌ای می‌شدند. با وجود تغییرات چشمگیر در نظام‌های طبقه‌بندی و جهت‌گیری‌های نظری از زمان ۱۹۰۸؛ ویژگی‌های بالینی مورد توصیف هلر، شالوده اختلال فروپاشنده دوران کودکی امروز را می‌سازند و همین عامل دمانس نوزادی

را احتمالاً طولانی‌ترین و قدرتمندترین اختلال کودکان کرده است. انجمن روانشناسی آمریکا به تازگی بازبینی‌هایی به نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی که قرار است در ماه می ۲۰۱۳ منتشر شود، اضافه کرده است. این نسخه تغییرات چشمگیری در دسته‌بندی تشخیصی اختلال طیف اتیسم داده است. یکی از این بازبینی‌ها حذف تشخیص اختلال فروپاشنده دوران کودکی بخاطر ماهیت متمایز تاریخچه آن است:

این وضعیت به اندازه کافی با اتیسم تمایز ندارد که بخواهد تشخیص خودش را دریافت کند. ما بر این باوریم که کودکانی که با دسته‌بندی نسخه آخر کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی از اختلال فروپاشنده دوران کودکی همخوانی دارند، اکنون در دسته‌بندی تشخیصی جدید اختلال طیف اتیسم جای می‌گیرند. با توجه به ماهیت آن (وجود یا عدم وجود پسرفت) قطعاً کسانی که پسرفت شدید دارند را توصیف کرده و مدنظر قرار می‌دهد و لذا امکان تحقیقات مداوم درباره این پدیده مهم و جالب را فراهم می‌کند.^۵



⁵ <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=96#>. Downloaded June 14 2011.

این کمیته در ادامه اضافه کرد که دسته‌بندی فعلی اختلال فروپاشنده دوران کودکی بازنمایی تلاش برای «شکافتن گوشت از مفاصل» بوده و اینکه «یک اختلال بازتاب بهتری از وضعیت دانش در مورد آسیب‌شناسی و تظاهرات بالینی خواهد داشت».^۶

کمیته به عنوان بخشی از فرآیند، به دنبال توصیف موارد اختلال فروپاشنده دوران کودکی بود. برای این منظور ما ترجمه‌ای از متن اصلی هلر که شش مورد از دمانس نوزادان را توصیف می‌کند تهیه کرده‌ایم. ما بحث مقدماتی هلر را که شامل توصیف هر کدام از موارد می‌شود به همراه بریده‌ای از بحث پایانی او آورده‌ایم و بخشی از مباحث نظری او را حذف کردیم.^۷

ترجمه^۸

درباب دمانس نوزادان: پسرقت روانی در کودکی

در آخرین ویرایش نشریه روانپزشکی^۹، کریپلین اصطلاح زوال عقل زودرس^{۱۰} را دائماً به کار برد. او بر این باور است که دمانس زودرس فقط به سال‌های شکل‌گیری فرد بر نمی‌گردد^{۱۱}. در اصل شروع بیماری معمولاً به ابتدای زندگی فرد بر می‌گردد. این شکل اولیه ناتوانی ذهنی^{۱۲} که شامل علائم کاتاتونیک قوی (شکلک در آوردن، ترشح بزاق، منفی‌گرایی، کلیشه در وضعیت

^۶ <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=96#>. Downloaded June 14 2011.

^۷ در ترجمه زیر نویس‌های خودمان و هلر را آورده‌ایم و زیرنویس هلر را برجسته کرده‌ایم.

^۸ Ueber Dementia infantilis (Verblöndungsprozess im Kindesalter), Dr. Theodor Heller (1908), Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinn auf wissenschaftlicher Grundlage, Band 2.

^۹ Psychiatrie

^{۱۰} dementia praecox

^{۱۱} واژه به واژه، «... که ما نمی‌توانیم از ارتباط ثابت/رابطه دمانس زودرس با سال‌های شکل‌گیری صحبت کنیم.» سال‌های شکل‌گیری به دوران نوجوانی اشاره دارد.

^{۱۲} اصطلاح هلر به‌عنوان حماقت ترجمه می‌شود، که از واژه یونانی *idioteia* به معنای بی‌سواد گرفته شده است. ما در سراسر متن این اصطلاح را با «ناتوانی ذهنی» جایگزین کرده‌ایم.

و حرکت) می‌شود احتمالاً باید به عنوان یک نوع اولیه زوال عقل زودرس در نظر گرفته شود^{۱۳}. با این حال، ویگان‌ت که فرصت بررسی موردی در وین را داشت موافق این نام‌گذاری نیست^{۱۴}. استرانسکی هم حداقل اکنون موافق نیست^{۱۵}.

با این حال این سوال که موارد پیش رو از پسرفت ذهنی در ابتدای کودکی باید به عنوان زوال عقل زودرس در نظر گرفته شوند یا نیاز به یک دسته‌بندی مستقل دارند، همچنان بحث‌انگیز است. پیشنهاد من استفاده از اصطلاح دمانس نوزادی^{۱۶} هنگام صحبت از موارد پیش رو است، تا صرفاً پدیده پسرفت ذهنی در کودکی را مورد توجه قرار دهم. همچنین این موضوع نیاز به تحقیقات پزشکی بیشتری برای یافتن اصطلاح دقیق‌تری دارد تا بتواند این پدیده را توصیف کند^{۱۷}.



¹³ 2. Band, S. 266 f

¹⁴ U"ber Idiotie, S. 44 f.

¹⁵ "ber die Dementia praecox. Wiener mediz. Presse, 1905. Sep.- Ausdruck, S. 29.

¹⁶ این اصطلاح به طور موقت توسط ویگان‌ت نیز پذیرفته شده است. (Idiotie und)

Dementia praecox, Bd. 1, Dizer S. 331 f. (Zeitschrift S. 331 f.)

¹⁷ از آنجایی که کار فعلی به موضوعی روانپزشکی می‌پردازد و نه آموزشی، پس از کمی تردید تصمیم گرفتم آن را منتشر کنم. تا آنجایی که من ادبیات را می‌دانم، هیچ اثر قبلی در زمینه پسرفت ذهنی در اوایل کودکی منتشر نشده است. بنابراین، من معتقدم که دیگر نباید در انتشار گزارش موردی خود تردید کنم، زیرا ممکن است ناظران پزشکی درباره موضوعی مهم برای مطالعه زوال عقل در نوجوانان بحث کنند. هدف اصلی من الهام بخشیدن به بحث‌های بیشتر است.

دمانس نوزادی با دوره‌ای از رشد عادی یا نسبتاً عادی شناخته می‌شود. معمولاً در سال‌های سوم یا چهارم زندگی پسرفت شدید ذهنی رخ می‌دهد که منجر به ناتوانی ذهنی گسترده می‌شود. این فرآیند احتمالاً با تغییرات چشمگیری در ابتدا همراه خواهد بود و بعد به مرور کندتر پیش می‌رود. از آنجایی که این بیماری به عنوان روان‌پریشی تعریف می‌شود، همه مواردی که در آن پسرفت ذهنی پس از یک بیماری حاد، تشنج یا ضربه شروع می‌شود، باید کنار گذاشته شوند. بعید به نظر می‌رسد که دمانس نوزادی به دلیل ضربه روانی ایجاد شود.

بررسی سوابق موردی زیر نشان خواهد داد که هیچ‌یک از توضیحات ارائه شده برای تغییرات به اندازه کافی پسرفت ذهنی سریع را نشان نمی‌دهد. باید درخصوص مورد اول اشاره کنم که وضعیت روانی پس از بیهوشی با کلروفورم سبک برای حذف آذنی‌د به سرعت بدتر شد. بر اساس موارد زیر، سیفلیس نقش مهمی در علت‌شناسی دمانس نوزادان ندارد. همه پدران کودکان هرگونه عفونت سیفلیسی را انکار کردند. البته لازم به ذکر است که یک کودک (مورد دوم) توسط پرستاری تغذیه شده است که ۷ سال قبل به عفونت سیفلیسی مبتلا شده بود، اما تحت درمان صحیح قرار گرفته است تا در طول دوره شیردهی علائم سیفلیس وجود نداشته باشد.

با توجه به اینکه پسرفت توانایی‌های ذهنی یکی از اولین و بارزترین علائم در اشکال اولیه فلج پیشرونده است^{۱۸}، برای هر یک از موارد زیر یک معاینه تشخیصی افتراقی دقیق انجام شد. در واقع، بعدها دکتر زاپرت در یکی از کودکانی که برای بستری به من معرفی شده بود، فلج پیشرونده را تشخیص داد. به گفته پدر، بی‌تفاوتی، از دست دادن پیشرونده گفتار و

Hirschl, Die juvenile Form der progressiven Paralyse. Wiener med. Wochenschrift, 1901, Nr.21, Sep.-Abdr., S. 3f. ^{۱۸}
Zappert, Handbuch der Kinderheilkunde (Pfaundler-Schlossmann), S. 661.

کج خلقی‌های غیرقابل توضیح فقط در چند ماه اخیر در این کودک مشاهده شده بود^{۱۹}. در همه موارد زیر، فلج پیشرونده بر اساس معاینه فیزیکی حذف شد.

امینگهاوس^{۲۰} و دیگران^{۲۱} نوجوانانی با زوال عقل حاد را بررسی کرده‌اند که با پسرفت در عملکرد ذهنی، تغییر حالات و گنگ شدن آگاهی شناخته می‌شود. با این حال موارد زوال عقل حاد تقریباً همیشه برطرف می‌شود. همچنین از نظر علت‌شناسی، تفاوت‌های مهمی بین موارد زیر و زوال عقل حاد وجود دارد، چراکه دومی تقریباً همیشه به دنبال حالت‌های فرسودگی رخ می‌دهد^{۲۲}.



^{۱۹} این مورد همچنین از این جهت قابل توجه است که جوان‌ترین مورد شروع فلج پیشرونده است که تاکنون (سال پنجم زندگی) شرح داده شده است *Mitteilungen der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde*, ۱۸۸۷، وین، IV. چهارگنگ، شماره ۸، S. 124 f.

^{۲۰} *Psychische Störungen des Kindesalters*. Tübingen 1887, S. 181 f.

^{۲۱} Dornblüth. Ein geheilter Fall von akuter Demenz. *Zeitschrift f. Psych.*, Bd. 12. Ziehen (Die Geisteskrankheiten des Kindesalters, 2. Heft, S. 44 f.)

او به جای زوال عقل حاد از اصطلاح حماقت استفاده می‌کند. طبق گفته او اصطلاح *Dementia acuta* (زوال عقل حاد) اشتباه است، زیرا فقط شاهد جلوگیری از بروز احساسات هستیم تا زوال عقل واقعی.

^{۲۲} Ziehen, a. a. O. Kraepelin, a. a. O., S. 34.

مسئله وراثت را نمی‌توان به اندازه کافی بر اساس اطلاعات موجود قضاوت کرد. در یکی از موارد مادر به شدت عصبی و کم‌خون بود. او در سن ۱۷ سالگی ازدواج کرده بود. برای همه موارد دیگر، هیچ اطلاعاتی که نشان‌دهنده خطر وراثت قابل توجه باشد در دسترس نیست. در همه خانواده‌ها، این اختلال همیشه فقط یک کودک را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

روشن شدن اینکه آیا ناتوانی ذهنی از ابتدا در موارد پیش رو وجود داشته است یا نه، بسیار مهم است. مشخص است که در کم‌توانی‌های ذهنی به طور کلی، مراحل زوال متناوب نیز می‌تواند رخ دهد. در این موارد، آنچه در قالب ناتوانی ذهنی ضعیف شروع می‌شود می‌تواند تشدید شود. مشخص است که ناتوانی ذهنی شدید شاید ناشی از خون‌ریزی مغزی باشد که در حین تولد رخ داده و بعداً آشکار شده است. ویگان‌ت با اشاره به چنین مواردی، خاطرنشان می‌کند که یک مغز آسیب‌پذیر، که بخش‌هایی از آن قبلاً از کار افتاده است آسیب‌پذیری بیشتری^{۲۳} در برابر فرآیندهای التهابی مخرب بعدی دارد^{۲۴}.

من خودم فکر نمی‌کنم که پسرفت ذهنی در کودکانی با عقب‌ماندگی ذهنی از قبل وجود داشته یا ناتوانی ذهنی مادرزادی [با زوال عقل نوزادی] مرتبط باشد. با این حال، این کودکان که تاخیر در رشد ذهنی یا درجات جزئی ناتوانی ذهنی را قبل از شروع بیماری نشان می‌دهند، ممکن است همچنان به عنوان موارد زوال عقل نوزادی در نظر گرفته شوند^{۲۵}.

دو مورد از مواردی که من برای مدت طولانی مشاهده کردم در بیمارستان درمان شدند، یکی از این کودکان برای چندین ماه برای یک دوره ۲ ساله در بیمارستان بستری بود. من با دو کودک دیگر با ملاقات مکرر آنها در خانه همراه بودم. یکی از موارد زیر شرح کودکی است که فقط به طور موقت با او تماس داشتیم، اما سابقه بیماری خاص و بسیار مفصلی داشت.

²³ Locus minoris resistentiae

²⁴ Lecture, given at the 77th Vers. Deutscher Naturf. und A" rzte, Merano, 1906: Bericht, 2. Bd., 2. Ha"lfte, S. 245.

²⁵ به نظر می‌رسد که هلر در حال تمایز در میزان اختلال است و موارد پسرفت ناتوانی‌های شدید ذاتی را از دمانس نوزادی جدا کرده است.

مورد اول

تی. ال (دختر) متولد ۱۸۹۱ در (آلمان)، دختر یک پزشک است. پدرش سالم است و از خانواده‌ای سالم می‌آید. او به دلیل بیماری دوران کودکی (مخملک) ناشنوایی خفیف گرفت. مادرش از ازدواج اولش یک پسر دارد که از نظر روانی و جسمانی بسیار عالی رشد کرده است. بارداری و زایمان عادی بود. او توسط یک پرستار سالم تغذیه شد. سابقه تشنج ندارد. دندان‌هایش عادی است. رشد اولیه زبان و راه رفتن او با تاخیر بوده است. [اما] در سال دوم زندگی، کلام او به اندازه همسالانش بود. او عبارات کوتاه و بسیاری از آهنگ‌ها را آموخت و با موسیقی رابطه‌ی خوبی داشت. نکته قابل توجه این است که تی. ال مانند سایر بچه‌ها بازی نمی‌کند. او اجسام کوچک را بیهوده حرکت می‌داد. می‌توانست اشیایی را که به او در کتاب تصویری نشان داده می‌شد نام ببرد، نام اطرافیان و اقوام را که اغلب برای ملاقات می‌آمدند، می‌شناخت و اگر از او خواسته می‌شد جملاتی را بگوید یا آهنگ بخواند، می‌توانست اینکار را انجام دهد. رشد جسمانی او طبیعی بود. تی. ال نسبت به سنش ظریف و قد بلند بود.

در طی سال سوم زندگی، او شروع به نشان دادن رفتارهای تکانشی بدون محرک مشخص کرد. گاهی اوقات بدون دلیل گریه می‌کرد. بعدها بیقراری حرکتی آشکاری از خودش نشان داد. خواب او اغلب نامنظم بود. در این مدت او شروع به نشان دادن تیک‌هایی از جمله تکان‌های شدید سر و حرکات موزون در بدنش کرد. شروع کرد مدام زمزمه با خود زمزمه می‌کرد. با وجود اینکه حواسش را پرت می‌کردند، اما دائما پایین پیراهنش را می‌مکید. شب‌ها خود را کثیف می‌کرد و بعدا در روز نیز این اتفاق می‌افتاد. از دست دادن زبان در او پیشرفت کرد. در آغاز چهارمین سال زندگی‌اش، فقط می‌توانست کلمات شعرهایی را که بلد بود با دریافت سرنخ ادا کند. اگر اول آهنگ برایش خوانده می‌شد، می‌توانست آن را بخواند. بیان اشعار در او وضوح خود را به

مرور از دست می‌داد. برای مدتی قادر به تکرار کلمات داده شده بود، اما بعداً این توانایی را هم از دست داد. در پایان سال سوم زندگی، تقریباً در همان نقطه‌ای که پسرفت ذهنی او مشاهده شد، آدنوئیدهای او با بیهوشی خفیف خارج شدند. به گفته پدرش، از این زمان بدتر شدن اوضاع در او تشدید شد. اما بلافاصله پس از جراحی هیچ تغییر قابل توجهی مشاهده نشد. متعاقباً علائم کاتاتونیک را از خود نشان داد (شکلک درآوردن، ترشح بزاق، اصرار در حرکات ثابت که اغلب با چرخاندن چشمانش به یک طرف و کشیدن یک گوشه دهان به سمت داخل همراه بود). او از بالا رفتن از پله‌ها می‌ترسید و حتی در عبور از یک پله هم وحشت داشت. پدر نه در حین و نه قبل از بیماری هیچگونه افزایش غیرطبیعی‌ای در دمای بدن یا استفراغ را مشاهده نکرد. واکنش مردمک چشم در او طبیعی و بدون اسپاسم بود.



من این کودک را برای اولین بار در ماه مه ۱۸۹۵ دیدم. در این زمان او قبلاً ناتوانی ذهنی شدیدی^{۲۶} از خود نشان داده بود. صحبت نمی‌کرد، نمی‌فهمید چه چیزی به او گفته می‌شد و پدر و مادرش را نمی‌شناخت. از نظر حرکتی به دیگران وابسته بود. وقتی نامش را صدا می‌زدند، فقط با نگاه کردن به بالا پاسخ می‌داد. وقتی چند نفر در اتاق بودند، نمی‌دانست از کدام طرف او را صدا می‌کنند. علائم کاتاتونیک بدون هیچ کاهش‌ی ادامه یافت. در صورت نظارت حداکثری در طول روز در دستشویی رفتن عملکرد نسبتاً خوبی داشت، اما اغلب شب‌ها خود را کتیف می‌کرد. از موسیقی بسیار لذت می‌برد. او با لذت فراوان به پیانو و ارگ گوش می‌داد. اغلب قطعاتی از اشعار مهدکودک را برای خود می‌خواند. گاهی اوقات قطعاتی از آهنگ‌های جدید را نیز برای خودش می‌خواند. به نظر می‌رسید توانسته بود آنها را هم یاد بگیرد.

در آن دوره به او یاد داده شد که اشیاء روی میز یا زمین را در صورت درخواست بردارد. با این حال، قادر به تشخیص این اشیاء نبود. اگر این کار را می‌کرد، به نظر تصادفی می‌آمد. گاهی اوقات موفق می‌شد با خواندن یک تصنیف کوتاه، در فواصل کوتاه راه برود. دوباره یاد گرفت از پله‌ها بالا برود. وقتی او را به نام صدا می‌زدند، به سراغ شخص درست می‌رفت. سال بعد به عنوان بیمار بستری شد. تنها بهبود خفیفی در علائم کاتاتونیک او صورت گرفته بود. چهره‌اش سرزنده‌تر و چشمانش شفاف‌تر به نظر می‌رسید. با این حال، بخاطر عدم دستیابی به موفقیت چشمگیر، تلاش‌ها برای آموزش به او متوقف شد.

^{۲۶} به جای شدید می‌توان گفت کامل

از آن زمان من او را دوبار دیگر دیدم. رشدش از نظر فیزیکی طبیعی بود. قاعدگی او بدون تأثیری بر وضعیت عمومی‌اش او شروع شد. برعکس هیجان بیش از حدی که پیش از این نشان داده بود، این بار بی تفاوت بود^{۲۷}. از زمان آخرین دیدار ما (۱۸۹۶) وضعیت روانی او اساساً ثابت مانده است. این دختر در خانه است و یک پرستار دائماً از او مراقبت می‌کند.

شمای بالینی کودک دوم بسیار پیچیده‌تر است، زیرا پسرفت ذهنی کامل با حالات هذیانی طولانی شروع شد.

مورد دوم

کی. وی فرزند یک پزشک است. پدرش سلامت و مادرش عصبی و بسیار کم‌خون است. پدر بزرگ و مادر بزرگ مادری و پدری هر دو سلامت هستند. کی. وی بچه اول است. بارداری و تولد کی. وی عادی بود. او توسط یک پرستار ظاهراً سالم تغذیه می‌شد. در تحقیقات بعدی پدر مشخص شد که این پرستار مدت‌ها پیش به سیفلیس مبتلا بوده و در بیمارستان تحت درمان قرار گرفته است. بچه با پرستارش خیلی خوب رشد کرد. بعد از اینکه از شیر (پرستار) گرفته شد، علائم خفیف راشیتیس را نشان داد، اما تشنج نداشت. به گفته والدین کودک تا سال سوم زندگی کاملاً عادی بوده است. همچنین عکس‌های کودک از سال‌های اول زندگی که توسط والدین ارائه شده است، نشان‌دهنده وجود هیچگونه ناهنجاری‌ای نیست. در سال سوم زندگی کودک دچار روان‌پریشی^{۲۸} شد. حملات شبانه شدید^{۲۹} چندین بار اتفاق افتاد. بعداً به نظر می‌رسید که در طول روز نیز عصبی

^{۲۷} هلر از اصطلاح «apathischer Bloßsinn» به معنای بی‌تفاوتی احمقانه استفاده می‌کند. در بخشی از مقاله هلر، که حذف شد، او تفاوت بین «Etethische» (برانگیختگی) و «Apathische» (بی‌تفاوتی) را مورد بحث قرار می‌دهد که بر اساس درگیری و سطح فعالیت متمایز می‌شود.

^{۲۸} پدر درباره بیماری این اطلاعات را بیان کرد: پسر چوبی را در بینی خود کرد و پس از بیرون کشیدن مجدد آن بسیار اذیت شد. این اطلاعات تا آنجا مرتبط است که کردن چوب در بینی از قبل به وضعیت روانی غیرعادی پسر اشاره دارد.

است، حرف‌های بی‌ربط می‌زد، انگار ترسیده بود و اغلب والدینش را نمی‌شناخت. به مرور توانایی‌های زبانی او بیشتر و بیشتر کاهش یافت و بعدها سخنان او انسجام خود را از دست داد. کلماتی که می‌ساخت اغلب به طرز عجیبی گسترش می‌یافت و مخدوش می‌شد. به همین دلیل به دنبال توصیه‌های پزشکی و ناممکن بودن نگهداری او در خانه، او را به وین و به بیمارستان من (۱۹۰۱) آوردند.

اوایل ساکت و آرام بود. فهم زبان آلمانی را نسبتاً سریع یاد گرفت و همچنین کلماتی را که به او گفته می‌شد تکرار می‌کرد. او به سوالات ساده پاسخ می‌داد (اسمت چیست؟ اهل کجایی؟). در سال ۱۹۰۲ یک حالت هذیانی بدون هیچ‌گونه بیماری جسمانی قبلی در او ایجاد شد. بی‌قراری حرکتی بالایی داشت. شب از تختش بیرون می‌پرید و بارها در اتاقش قدم می‌زد. اغلب ناگهان می‌ترسید و با حالتی ترسیده به سمت خاصی خیره می‌شد. حالت‌های عجیب‌وغریبی داشت. او دست به سایه‌ها می‌زد و اغلب با وحشت به عقب می‌رفت. علیرغم توصیه ما برای انتقال کودک به یک موسسه روانپزشکی، پدرش درخواست کرد که پسرش را به دلیل باردار بودن همسرش در موسسه خود نگه داریم. مجبور شدیم کی. وی را جدا کنیم و به صورت انفرادی درمانش کنیم. بعدتر کودک استقلال خود در غذا خوردن را از دست داد و به او غذا داده می‌شد. علیرغم اینکه به اندازه کافی غذا می‌خورد، اما به سرعت وزن کم کرد. او تمایل به خودارضایی نشان داد. به دلیل درمان با بروماید^{۳۰} و آب‌درمانی^{۳۱}، وضعیتش به تدریج آرام شد و به دنبال آن خودبه‌خود زوال عقل شدید، کاهش شدید درک گفتار و از دست دادن تمام کلام رخ داد. شکلک‌درآوردن‌ها و حرکات تیک‌مانند ادامه داشت. خیلی سریع وزن اضافه کرد و در مارس ۱۹۰۳ از بیمارستان به خانه مرخص شد.

^{۳۰} پتاسیم و سدیم‌برم که برای ضدتشنج استفاده شد.

، نوعی آب‌درمانی است که در قرن هجدهم و نوزدهم استفاده می‌شد. ³¹ Wasserbehandlung

پسر در طول اقامت خود در بیمارستان، مکرراً مورد معاینات روانپزشکی و اطفال قرار گرفت. اینفلد در مقاله خود این مورد را مورد بحث قرار داده است.^{۳۳} وی این یافته‌های جسمی را گزارش کرده است: هیدروسفالی، دور سر ۵۳۵ میلی‌متر (۲۱ اینچ)، شیب در سقف دهان، دندان‌های ثنایای راشیتیک (راشیتیک به نرمی استخوان اشاره دارد)، گواتر نرم به اندازه یک گردو در سمت راست به اندازه یک گردو است و بزرگ‌تر از سمت چپ است. اندام تناسلی طبیعی رشد یافته، آلت تناسلی به راحتی قابل نعوظ است. ماهیچه آویزنده و کشکک‌ها خوب هستند. به غیر از این، باقی یافته‌های فیزیکی منفی بود.^{۳۳}



³²Beiträge zur Kenntnis der Kinderpsychosen

³³ Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie, 1902, Sep.-Abdr., S.6.

مورد سوم

مورد سوم پسری است که توسط پروفسور ویگانت در وین مورد معاینه قرار گرفت و ویگانت در سخنرانی خود در هفتاد و هفتمین نشست دانشمندان و پزشکان طبیعی آلمان در مرانو در سال ۱۹۰۵ درباره او صحبت کرد. مورد سوم کوچکترین فرزند یک خانواده مجارستانی است. پسر تا سال چهارم زندگی رشد خوبی داشت. سپس، بدون هیچ دلیل بیرونی آشکاری به شدت سردرگم شده و بی‌قراری حرکتی مشخصی از خود نشان داد. به تدریج کلام خود را از دست داده و کلیشه‌های گفتاری و حرکتی عجیبی پیدا کرد. پروفسور ویگانت طبق بررسی پسر در سال ۱۹۰۵ گزارش کرد: «در حال حاضر بی‌قراری حرکتی بر او غالب است. پسر بسیار حواس‌پرتی است و به محرک‌های بیرونی خیلی کوتاه و محدود واکنش نشان می‌دهد. حرکات بیانی او به طرز چشمگیری تحت تأثیر قرار دارد. او حالت‌های عجیب‌وغریبی داشت و مرتب اخم می‌کرد. مهارت‌های زبانی‌اش مختل شده است. با توجه به حفظ توجه (هرچند گذرا) در او و این واقعیت که بروز هیجانی (شاد بودن، ترسیدن و غیره) از خود نشان می‌دهد، من دمانس نوزادی را در این مورد حذف می‌کنم.^{۳۴}» شباهت زیادی بین او و مورد چهارم که توسط دکتر فولتانک به من ارائه شد وجود دارد.

مورد چهارم

مورد چهارم پسری ۴ ساله است. او دومین فرزند والدینی سالم است. بنا به گزارش‌ها، شروع روان‌پریشی وی همزمان با تغییر خانه خانواده‌اش بوده است. این روان‌پریشی با بی‌قراری حرکتی و اضطراب شدید مشخص می‌شد که به طور مکرر به هنگام

^{۳۴} گزارش کنگره در a.a.O. Merano. گزارش مفصل‌تر در مورد این پسر را می‌توان در مقاله ویگانت "U" ber Idiotie und Dementia Praecox" یافت.

شب دیده می‌شد. او به شدت در برابر همه چیز مقاومت می‌کرد^{۳۵}. به جز چند کلمه (پدر، مادر، آب) کلامش را از دست داد. در نهایت وضعیتش آرام شد. با این حال، همچنان به نمایش کلیشه‌های عجیب‌وغریب مانند بازی مداوم با انگشتان دست، اخم کردن و ایستادن سفت‌وسخت با تمایل جانبی بدن و بازوهای بالا رفته (گویی برای دفاع از خود آماده می‌شود) ادامه داد. زوال عقل شدید نبود. او درخواست انجام کارهای ساده را درک می‌کرد. توجه او را می‌شد در بازی با اجسام متحرک جلب کرد. او به قدری از بازی‌های چرخشی^{۳۶} لذت می‌برد که گاهی مادر و پرستارش را تشویق می‌کرد که وسط اتاق به او بپیوندند. گزارش‌های بعدی حاکی از رکود وضعیت کودک است.



^{۳۵} واژه به واژه به عنوان «مقاومت شدید در برابر همه اقدامات/محیط/اطراف» ترجمه شده است.

^{۳۶} Kreisspiele'

مورد پنجم

مورد پنجم پسری از سیب‌بورگن است. من اولین بار او را در سال ۱۹۰۵ ملاقات کردم. در آن زمان گزارش پیش رو را تهیه کردم: او یک پسر ۶ ساله قد بلند و قوی است. ویژگی‌های صورت او به خوبی شکل گرفته است. دور سر او ۵۲ سانتی‌متر (۲۰.۵ اینچ) است. بی‌قراری حرکتی دارد. هر شی‌ای را که روی میز باشد، در لحظه برمی‌دارد، اما متعاقباً بی‌توجه، دوباره آن را روی میز می‌گذارد یا به زمین می‌اندازد. وقتی مورد خطاب قرار می‌گیرد، پاسخ داده و دست می‌دهد. به درخواست مادرش تعظیم ناشیانه‌ای هم می‌کند. او به طور متناوب و بدون دلیل می‌خندد. یکجا به شدت قانون‌شکنی و از در فرار کرد. با این حال، پس از قدم زدن با پرستارش در باغ، به سرعت آرام شد. سنگ‌های باغ را برداشت و بی‌هدف پرتاب کرد. پس از اینکه او را به اتاق بازگرداندند، با آزمایش تثبیت لاتکس بسیار هیجان زده شد^{۳۷}. تنها پس از اینکه به او شکلات دادند آرام شد.



^{۳۷} هلر می‌نویسد Fixierpru"fung که عملاً همان آزمایش تثبیت لاتکس است، اما دقیق مشخص نکرده کدام نوع.

خیلی عجولانه غذا می خورد. هنگام غذا خوردن آب دهانش می ریزد و لباس هایش را لکه دار می کند. گاهی اوقات اشیای پخش و پلائی روی زمین را برمی دارد و دوباره آنها را می اندازد. تولید یا تقلید زبانی در او وجود ندارد، اما یکسری صداهای نامفهوم تولید می کند. به گفته مادرش که او را همراهی می کرد، حالت پرهیجان او ناشی از سفر طولانی به اینجا و محیط ناآشنا است. مادر گزارش می دهد که اگرچه اغلب در خانه برانگیخته است، اما دوره های آرام هم دارد. فقط موسیقی می تواند توجه او را جلب کند. اغلب ملودی هایی را که قبلا شنیده، بدون رهنمود می خواند. هیچ چیز توجه او را جلب نمی کند. او فقط به طور مختصر به اسباب بازی ها علاقه دارد، ترجیح می دهد چیزها را متلاشی کرده و از بین ببرد. او عادت های بسیار عجیبی دارد که اغلب متغیر هستند. به عنوان مثال برای مدتی هر شی کوچکی را که پیدا می کرد به دهانش می برد و به دندان های بسته اش می کوبید. همچنین یک دوره، به طور وسواس گونه ای دست داخل بینی می کرد، اما این کار بدون مداخله اساسی متوقف شد. الان خوب می خوابد. مستقل غذا می خورد، اما کثیف کاری دارد. انواع اشیاء را از روی زمین برمی دارد و سعی می کند آنها را بخورد. سابقه پزشکی زیر هم گزارش شد:

پسر سالم به دنیا آمد. او توسط یک پرستار خوب تغذیه شد و به خوبی رشد کرد. در سال سوم زندگی، سگی بزرگ در خیابان به او حمله کرد و او را ترساند. وقتی به خانه برگشت با تلاش زیاد آرام شد. در ۶ ماه پس از این رویداد هیچ علامت غیرعادی ای مشاهده نشد. در پایان سال سوم زندگی، او دچار حالت های اضطراب شد. دوست نداشت شبها در اتاقش بماند. وقتی تنها می ماند، می ترسید. اغلب بی دلیل گریه می کرد. بعدتر هوش او به سرعت کاهش یافت. دیگر به بازی هایی که قبلا از آنها لذت می برد علاقه نشان نمی داد و متوجهشان نمی شد. میل شدیدی به از بین بردن اشیاء^{۳۸} داشت. حرکات عجیبی می کرد و

حالت‌های عجیبی داشت. با آب دهانش بازی می‌کرد. گفتارش به شدت ضعیف شد. با این حال، توانایی درک گفتارش تا حدی حفظ شد. مدتی خودش را کثیف می‌کرد (در خودش دستشویی می‌کرد). با این حال، این وضعیت در ماه‌های بعد به طور قابل توجهی بهبود یافت. این کودک سه خواهر و برادر دارد که یکی از او بزرگتر و دوتا کوچکتر از او هستند. خواهر و برادرهای او بسیار سالم هستند و رشد طبیعی دارند. همچنین پدر و مادرش هر دو سلامت هستند.

مورد ششم

مورد ششم پسری است که هم اکنون در بیمارستان بستری است. اس. تی اهل ترکیه و پسر یک پزشک است. او در سال ۱۸۹۶ به دنیا آمد. پدر و مادرش هر دو سالم هستند. رشد او تا سال چهارم زندگی طبیعی بود و در سال ۱۹۰۰ تصادف کرد. او از کالسکه به پایین افتاد. آسیبی ندید و علائم قابل توجهی پس از آن از خود نشان نداد. نه استفراغ کرد و نه بیهوش شد. پس از سقوط از کالسکه، رشد ذهنی او تا ماه‌ها عادی بود. حداقل، هیچ نشانه آشکاری از بیماری روانی در آن زمان قابل توجه نبود. پسرفت با تحریک‌پذیری و بی‌زاری از هر فعالیتی شروع شد: به آرامی در یک مکان می‌نشست. بعدتر حالت‌های شدید و ناگهانی بی‌قراری رخ داد. پس از مدتی علاوه بر نقص در کلام، به طور کلی کلامش را به صورت خودبه‌خود از دست داد. تمایل به خودارضایی داشت. دیگر نمی‌توانست تحصیل کند. بسیار عصبانی بود و اغلب سه خواهر و برادر کوچکترش از تکانشی بودن او می‌ترسیدند. در طول بستری بسیار ناراحت بود، به شدت فریاد می‌زد و بازوی پرستارش را تا حد درد نیشگون می‌گرفت. متمرکز بودن در او غیرممکن است. او را نمی‌توان به هیچ وجه هدایت کرد. مدام حرکت می‌کند و نمی‌خواهد بنشیند. در طول پیاده‌روی آرام است، اما به هیچ‌چیز علاقه‌ای ندارد. باید هدایت شود، در غیر این صورت به مردم برخورد می‌کند. بعدتر حالش آرام شد. درک کافی از زبان آلمانی دارد. یاد گرفت که کارهای ساده‌ای را در باغ انجام دهد. با این حال،

در بیشتر مواقع بی‌حال است. می‌توان از او خواست تا حرفش را تکرار کند. در صورت درخواست، نام و محل تولد خود را بیان می‌کند. او به طور مستقل غذا می‌خورد. خودش لباس می‌پوشد و درمی‌آورد. با این حال، زوال عقل هنوز شدید است. عاملیت -خودانگیختگی- ندارد^{۳۹}. نیاز به نظارت مداوم دارد. اگر تنها باشد با قسمت بالای بدنش حرکاتی شبیه آسیاب بادی انجام می‌دهد^{۴۰}. می‌چرخد، بازوها و دستانش را می‌چرخاند. خوابش اکنون کافی و بدون وقفه است.



^{۳۹} جمله «Keine Spontaneita''t.» به معنای «عدم خودانگیختگی در اعمال» ترجمه شده.

^{۴۰} Pagodenhafte یعنی نوسان‌دار، «مانند آونگ»، که در اینجا به صورت استعاری به «آسیاب‌بادی» ترجمه شده است.

البته تعداد کم بررسی‌ها در اینجا اجازه نتیجه‌گیری کلی را نمی‌دهد. همانطور که قبلاً ذکر شد، مطالعه حاضر فقط به منظور تشویق تحقیقات بیشتر روی کودکان و روانپزشکی بیماری‌ای است که در اینجا به عنوان دمانس نوزادی توصیف شده است. اول از همه، در موارد توصیف شده این بیماری در اوایل کودکی، در سال سوم یا چهارم زندگی رخ می‌دهد. دوره همیشه یکسان نیست. در یک مورد (مورد دوم) پسرفت ذهنی با هذیان همراه بود. در تمام موارد حالت‌های هیجانی، کلیشه‌ها، حرکات تیک مانند، نارسایی فراگیر هوشی و از دست دادن گفتار مشاهده شد. در کلیه کودکان با وجود سطح عمیق زوال عقل، حالت چهره هوشمند گول‌زننده قابل توجه است.

بحث و گفتگو

یکسری موضوع جالب در توصیف هلر وجود دارد. ابتدا، هلر سه‌گانه‌ای از آسیب‌ها را توصیف می‌کند که در حال حاضر اتیسم را تعریف می‌کنند. سال‌ها قبل از اینکه کانر یا اسپرگر درباره این موضوع بنویسند. هلر از کناره‌گیری اجتماعی، رفتارهای کلیشه‌ای و از دست دادن زبان می‌گوید. اما از اصطلاح اتیسم استفاده نمی‌کند و بر این واقعیت تأکید نمی‌کند که به نظر این ویژگی‌ها باهم حرکت می‌کنند. دوم، هلر امکان برخی از ناهنجاری‌های خفیف رشدی را قبل از پسرفت در کودکان، متفاوت از مفهوم کنونی راهنمای تشخیصی و آماری از اختلال فروپاشنده دوران کودکی ارائه می‌کند و افراد دارای هرگونه ناهنجاری رشدی قبلی را حذف می‌کند. سومین و شاید قابل توجه‌ترین مورد توصیف هلر از بی‌نظمی رفتاری کودکان زمانی است که بلافاصله پسرفت آنها را احاطه کرده است. او درباره مورد اول نوشت:

در طول سال سوم زندگی، وی شروع به نشان دادن رفتارهای تکانشی بدون محرک مشخص کرد. بعضی اوقات بدون دلیل گریه می‌کرد. بعدتر بی‌قراری حرکتی مشخص از خود نشان داد. خوابش اغلب آشفته بود.

این بی‌نظمی رفتاری قبل از دست دادن عملکرد انطباقی او بود. در مورد دوم نوشت:

در سال سوم زندگی کودک دچار روان‌پریشی شد. حملات شبانه شدید چندین بار اتفاق افتاد. بعدتر به نظر می‌رسید

که در طول روز نیز عصبی است، حرف‌های بی‌ربط می‌زد، وحشت‌زده بود و اغلب پدر و مادرش را نمی‌شناخت.

به طور مشابه این تغییرات قبل از دست دادن چشمگیر مهارت‌ها رخ داد. این موارد در کیس‌های دیگر هم رخ داد. بار دیگر

وحشت‌های شبانه، بی‌قراری حرکتی، تحریک‌پذیری، در یک مورد «حالت‌های بی‌قراری شدید و ناگهانی» را می‌بینیم.

اگرچه اضطراب به عنوان یکی از مشخصه‌های اختلال فروپاشنده دوران کودکی در پیشینه مورد بحث قرار گرفته است، اما

چیزی شبیه به حالت پیش‌رونده هلر توصیف نشده است. کوریتا و همکاران (۲۰۰۴) اشاره کردند که ۸۰ درصد از یک گروه

۱۰ نفری از کودکان مبتلا به اختلال فروپاشنده دوران کودکی در طول دوره از دست دادن کلام، ترس از خود نشان دادند.



در مقابل، مالهوترا و گوپتا (۲۰۰۲) میزان ترس کمتری را در طول پسرقت در گروه ۱۲ بیمار خود (۲۵٪) گزارش کردند و در مقایسه با کودکان اتیسم معمولی، تفاوت معنی‌داری در میزان آن وجود نداشت. با این حال، در گروه بیش از بیست کودکی که در ۱۰ سال گذشته در مرکز مطالعات کودک ییل با تشخیص اختلال فروپاشنده دوران کودکی مشاهده شده‌اند، ۷۰ درصد دارای علائم اولیه‌ای مشابه مشاهدات هلر بوده‌اند که با دوره‌های بی‌قراری و وحشت مشخص می‌شود. این رفتار با از دست دادن عملکرد تطبیقی کاهش یافت. تنها مشخصه دیگر پسرقت که با همین فراوانی رخ داد، «کناره‌گیری اجتماعی» بود که یکی از ویژگی‌های تعیین‌کننده اختلال فروپاشنده دوران کودکی است.

به عنوان مثال چندین کودک تجربه گریه‌های طولانی مدت داشتند: «گریه بدون دلیل مشخص برای یک دوره ۵ ساعته»؛ «ساعت‌ها گریه می‌کند و هیچ‌کس نمی‌تواند او را آرام کند.»؛ «عملاً بدون اینکه تسکین پیدا کند، گریه می‌کند.» در کل این گریه هیچ محرک آشکاری نداشت و عموماً با دوره‌های اضطراب همزمان بود که به‌عنوان «دوره‌های ترسناک و سردرگم به نظر می‌رسند.» یا به‌نظر «ترسیده» یا «آشفته از نظر احساسی» توصیف می‌شد. گزارش شده است که یکی از کودکان «با خودش حرف می‌زند و فریاد می‌کشد و از ترس، بدون هیچ دلیل مشخصی گریه می‌کند.» دیگری «زمان زیادی را صرف گریه کردن و گفتن کلمات مجزایی مانند «خون»، «مرگ» یا «اسکلت» می‌کرد.»

واضح است که تاریخچه طبیعی اختلال فروپاشنده دوران کودکی یا دمانس نوزادی به‌طور چشمگیری با الگوی شروع سایر انواع اختلال طیف اتیسم متفاوت است. علاوه بر این، علائم اولیه رفتاری که توسط هلر بسیار دقیق توصیف شده است و در موارد بالینی که در مرکز مطالعات کودک ییل دیده‌ایم، تمرکز تلاش‌های تحقیقاتی را نشان می‌دهد. اگر بتوانیم بفهمیم که چه چیزی باعث حملات وحشت، پیش از، از دست دادن مهارت‌ها می‌شود، شاید سرنخی در مورد مکانیسم ایجاد اتیسم بدست

آوریم. با توجه به تغییرات فعلی پیشنهاد شده توسط کتاب راهنمای تشخیصی، اولویت‌بندی این کار ضروری است. بدون توصیف تشخیصی برای شناسایی کودکان و استفاده از آنها برای توضیح و تمرکز روی آنها و با توصیفی که ۱۰۰ سال از ابهامات تشخیصی عملاً بدون تغییر جان سالم به در برده است، پزشکان کمتر احتمال دارد که کودکان غیرعادی و با پسروری تاخیری خود را مورد توجه محققان قرار دهند.



Heller, T. (1908). U"ber Dementia infantilis: Verblo"nungsproze" im Kindesalter. Zeitschrift fu"r die Erforschung und Behandlung des Jugendlichen Schwachsinn, 2, 17–28

Kurita, H., Koyama, T., Setoya, Y., Shimizu, K., & Osada, H. (2004). Validity of childhood disintegrative disorder apart from autistic disorder with speech loss. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(4), 221–226.

Lotz, D. (2000). Theodor Heller (1869–1938). In M. Buchka, R. Grimm und F. Klein (Hrsg.): *Lebensbilder bedeutender Heilpa"dagoginnen und Heilpa"dagogen im 20. Jahrhundert* (pp 111–128). Mu"nchen und Basel.

Malhotra, S., & Gupta, N. (2002). Childhood disintegrative disorder: Re-examination of the current concept. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11(3), 108–114.