

النظريات المفسرة لاضطراب التقمص لدى الحالات التي تعاني من التوحد
ط.د. حمودي أسماء ط.د. دقيش رحمة

النظريات المفسرة لاضطراب التقمص لدى الحالات التي تعاني من

التوحد.

ط.د. حمودي أسماء ط.د. دقيش رحمة

وحدة البحث تنمية الموارد البشرية جامعة سطيف 2

ORTHO.ASMA@GMAIL.COM / RAHMADEKK2@GMAIL.COM

تاريخ الاستلام: 2018/03/11 تاريخ القبول: 2018/07/08

الملخص:

يهدف هذا المقال إلى تسليط الضوء على التناولات النظرية التي حاولت تفسير اضطراب مهارة التقمص لدى حالات التوحد، فهو يتضمن تفسيرات لكل من نظرية العجز في العقل، ونظرية الخلايا العصبية المرآة، ونظرية الإدراك-الحركة، بالإضافة إلى نظرية الدماغ الذكري المتطرف ونظرية عدم التوازن في التقمص، وتكمن أهمية هذا المقال في احتوائه على عدد من المعلومات النظرية الموجهة كمادة علمية إلى كل باحث في مجال التوحد (سواء كان مختصاً في الطب العقلي للأطفال أو الطب العصبي أو في علم النفس أو حتى في علم الأطفونيا وفي علوم التربية)، فبمجرد فهم مختلف تفسيرات هذا الاضطراب يسهل على الباحث الوصول إلى طريقة العلاج المناسبة. الكلمات المفتاحية: التقمص؛ التوحد؛ نظرية العجز في العقل؛ نظرية الخلايا العصبية المرآة؛ نظرية الإدراك-الحركة؛ نظرية الدماغ الذكري المتطرف؛ نظرية عدم التوازن في التقمص.

Abstract:

The aim of this article is to highlight the theories that tend to explain the disorder of emotional empathy competence in the autism cases, it contains the explanation of mindblindness theory, mirrors neurons theory, perception-action theory, the extreme male brain theory and the imbalance theory. The importance of this article is that it contains a number of theoretical information as a scientific subject to every researcher in the autism field (whether it is specialized in children's mental medicine, neuroscience, psychology, or even speech therapist and education sciences) Once the various explanations of this disorder are understood, it is easy for the researcher to find the appropriate treatment method.

Key words : empathy ; autism, mindblindness theory ; mirrors neurones theory ; perception-action theory ; the extrem male brain theory ; the Imbalance theory.

مقدمة:

إن الدراسات الحديثة المرتبطة بموضوع التقمص لدى الحالات التي تعاني من التوحد اهتمت بمختلف الجوانب المعرفية والعصبية والبيولوجية وكذا الاجتماعية، وذلك لأهمية مهارة التقمص الوجداني في عمل القدرات المعرفية-الاجتماعية وكذا في سلوك الفرد كونها ترتبط بالذكاء الوجداني. وتتلخص هذه المهارة في قدرة الفرد على الشعور بما يشعر به الآخرون من حزن وأسى أو فرح وسعادة وغيرها من المشاعر الإيجابية والسلبية التي يخبرها الأشخاص المحيطون. "فالتقمص مأخوذ من اليونانية εἶν: داخل و παθος: ما يشعر به الفرد من معاناة، وهو فهم عواطف وأحاسيس الآخرين والشعور بها وكذا قدرة الفرد على أن يلعب دور فرد آخر." (Gepner B,2006.p1) وهو ما يدفعنا إلى القول أن للتقمص الوجداني أدوارا يلعبها في حياة الأشخاص والتي تتراوح حسب Cédrine Jarlier (2016) بين أدوار معرفية (التنبؤ بشكل سريع ودقيق لاحتياجات وسلوكات الآخرين وتقييم عناصر البيئة المحيطة)، وأخرى اجتماعية (السلوكات المؤيدة للمجتمع مثل الإيثار والتعاون)، بالإضافة إلى أنه يسهل التواصل والعلاقات الشخصية). وتشير Marie-Lise Brunel (2004) إلى أن مصطلح التقمص قد ظهر في القرن 19 تحت اسم "einfu h lung"، على يد الروائيين الألمان، والذي كانوا يشيرون من خلاله إلى سيرورة من التواصل الحدسي مع العالم. ثم قدم عالم النفس Edward Titchener لأول مرة كلمة "التقمص الوجداني" في اللغة الانجليزية كترجمة للكلمة الألمانية (Einfuhlang) (الشعور في= feeling-into). ولذلك يرى Carl Rogers (1959) أن وضعية التقمص أو صفة التقمص هذه تستلزم إدراك إطار المرجع الداخلي للشخص الآخر بدقة، وكذا التركيبات الانفعالية والمدلولات المرتبطة بها وكأننا نصبح ذلك الشخص نفسه دون أن نغفل عن فكرة أننا لسنا هو، لأن ذلك الشعور في الواقع ليس ملكنا. وتقر

Marie-Lise Brunel (2004) بأن Rogers أعطى الكثير من الاهتمام لدراسة التقمص خاصة منه التقمص اللفظي خلال السنوات 1942، 1951، 1957، 1958، 1962، 1967، 1968، 1975 ويعود إليه الفضل في جعل هذا المصطلح شائعا عندما طور طريقته العلاجية non directive .

وحسب Lokwood و Patricia L. (2016) فإن التقمص يعتبر عاملا هاما لتحفيز السلوك الاجتماعي، إلا أن هذه المهارة قد يشوبها خلل في العديد من الاضطرابات العقلية والعصبية بما في ذلك التوحد، ذلك أن غياب التقمص قد يظهر في وقت مبكر لدى الحالات التي تعاني من التوحد (منذ 20 شهرا من عمر الطفل) ليعد علامة مبكرة جدا لهذا المرض. ويؤكد Nouchine Hadjikhani (2007.p151) أن التوحد يعتبر واحدا من بين الاضطرابات النمائية التي تتسبب في اختلال الجانب الاجتماعي والمهارات التواصلية لدى الفرد المصاب به، وأنه اضطراب في النمو العصبي، يتميز بضعف نوعي يتراوح بين الخفيف إلى الشديد في القدرات التواصلية والتفاعلات المتبادلة، فضلا عن السلوكيات المتكررة (النمطية)، ولقد نشر Baron-Cohen في بريطانيا سنة 2011 كتابا له بعنوان zero degree of empathy والذي يصف من خلاله أنماط التقمص لدى حالات التوحد وتناذر أسبرجر وعددا متنوعا من الحالات العقلية. (Jonathan Dvash, 2014) كما ظهرت العديد من الدراسات في هذا الموضوع، إذ بينت الدراسات السلوكية السابقة أن الأفراد المصابين بالتوحد لا يستفيدون من المعلومات الذاتية السابقة، وحددت مكان الخلل في القشرة البطينية للفص الجبهي. حيث لوحظ تعاطف القراء مع شخصيات القصة المطابقة لشخصياتهم من خلال التجربة التي قام بها Komeda وآخرون سنة 2013، وإذا كان هذا هو الحال أيضا بالنسبة للأطفال الذين يعانون من طيف التوحد فإنهم قد لا يبدون عجزا في التقمص الوجداني للشخصيات المماثلة لهم. (Hidetsugu Komeda)

(et al, 2015.p146) أما دراسة Bird و Cook سنة 2013 والتي ركزت على مصطلح الألكسيتيميا Alexethemie في اضطراب التوحد، ويقصد بها القدرة المحدودة على التعرف ووصف الفرد لأحاسيسه فيعزوا من خلالها Bird و Cook اضطرابات التقمص التي تعاني منها حالات التوحد إلى الألكسيتيميا أكثر من اعتبارها عرضا من أعراض التوحد في حد ذاته. وفي دراسة حديثة لـ Chatier وآخرون (في مقال لم ينشر بعد لكنه تم قبول نشره) تم عرض فيلم تروي فيه الممثلة رواية وبعدها عُرض هذا الفيلم ببطء، لاحظ العلماء ميل الأطفال الذين يعانون من التوحد إلى مشاهدة وجه الراوية (بالتحديد شفاهها وعينيها) أثناء العرض البطيء. (Gepner B,2006)

ومن خلال ما سبق ذكره يبدو لنا واضحا تعدد الميادين التي من شأنها تفسير اضطراب التقمص لدى حالات التوحد، إلا أننا، وفي حدود بحثنا هذا، لاحظنا انعدام الدراسات الجزائرية التي تهتم بهذا الموضوع. كما أن معظم الدراسات الأجنبية المتطرفة لموضوع اضطراب التقمص لدى حالات التوحد تسلط الضوء في تفسيرها للاضطراب على نظرية معينة دون الأخرى وذلك تبعا للتيار النظري الذي ينتمي إليه أصحاب هذه الدراسة، على غرار دراسة Simon Baron-Cohen سنة 2009 والتي ركزت على النظرية النسقية في تفسير اضطراب التقمص لدى حالات التوحد ودراسة Vilayanur S. Ramachandran and Lindsay M. Oberman سنة 2006 والتي ركزت على دور الخلايا العصبية المرآة في تفسير هذا الاضطراب ودراسة Jonathan Dvash and Simone G. Shamay-Tsoory سنة 2014 والتي فسرت العجز في نظرية العقل لدى هذه الحالات، ومن هذا المنطلق بدا لنا، من خلال مقالنا هذا، طرح التساؤل التالي:

ما هي تفسيرات علم النفس لاضطراب التقمص لدى الحالات التي تعاني من

اضطراب التوحد؟

مصطلحات الدراسة:

التوحد: اضطراب في النمو العصبي، يتميز بضعف نوعي يتراوح بين الخفيف إلى الشديد في القدرات التواصلية والتفاعلات المتبادلة، فضلا عن السلوكيات المتكررة (النمطية).

التقمص: هو قدرة الفرد على الشعور بما يشعر به الآخرون من حزن وأسى أو فرح وسعادة وغيرها من المشاعر الإيجابية والسلبية.

للإجابة على تساؤلنا قمنا بمراجعة أدب الموضوع ولاحظنا تردد 5 نظريات لكل منها تفسيرها الخاص للعجز في التقمص الذي تعاني منه حالات التوحد:

1- نظرية العجز في العقل The mind blindness/ The theory of theory

تعتبر نظرية العقل أساسية في فهم وتفسير سلوك الآخرين وكذا التنبؤ والتعامل معه، فمعظم الأطفال الصغار يظهرون إشارات لتطور نظرية العقل مع عمر 18 شهرا من خلال الانشغال بلعب رمزي واستعمال الأشياء لتمثيل أشياء أخرى غير الشيء التي تمثله. ومع عمر ثلاث سنوات فإن الأطفال يصبحون قادرين على فهم الفرق بين الحالات العقلية الخاصة بهم وحالات الآخرين العقلية، فهم يفهمون ماذا يدرك الآخرون. ومع عمر أربع إلى خمس سنوات، يفهم الأطفال المعتقدات الخاطئة ويدركون الفرق بين الظاهر والحقيقة ويفهمون مفاهيم الرغبة والتوتر ويفهمون بأن أفعال الأفراد هي نتيجة لأفكارهم ومعتقداتهم ونصائحهم. (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2004). وحسب Jonathan Dvash (2014) فإن نظرية العقل المعرفية تتضمن التفكير في الأفكار والنوايا والمعتقدات، في حين تتضمن نظرية العقل الوجدانية التفكير في المشاعر والأحاسيس. وعندما يتعلق الأمر بالاستجابات للتقمص المعرفي تتدخل المناطق الدماغية التالية: القشرة الوسطى ما قبل الجبهية، التلفيف الصدغي العلوي، العمود الصدغي. أما في حالة الاستجابة للتقمص الوجداني

لنظرية العقل فإن المناطق الدماغية المتدخلة هي: القشرة البطينية الوسطى القبلية جبهية ventromedial prefrontal cortex كما نجد أن التقمص الوجداني الذي يحدث بفعل المحاكاة simulation تتدخل فيه المناطق المتخصصة في التجارب العاطفية: اللوزة، فص الجزيرة. أما Shamay-Tsory و Perry و Aharon-Perretz سنة 2009 فقد اشاروا إلى أن هذه النظرية تفترض أن المنطقة المسؤولة عن التقمص هي التلفيف الجبهي السفلي IFG، وحزام القشرة الأمامية، واللوزة، وفص الجزيرة من خلال القشرة البطينية للفص الجبهي vmPFC والتي تكون مصابة في التقمص المعرفي لنظرية العقل في حين أن الإصابات التي تحدث في التلفيف الجبهي السفلي IFG وفص الجزيرة واللوزة وحزام القشرة الأمامية تسبب اضطرابا في التقمص الوجداني والتعرف على العواطف (Jonathan Dvash, 2014) وتعمل هذه العمليات كل واحدة على حدى لكن باشتراك فيما بينها في التشابكات العصبية، فعندما تحدث استجابة تقمص معرفية فإن الشبكة العصبية لنظرية العقل تتضمن (STS) التلفيف الصدغي العلوي و mPFC القشرة الوسطى للفص ما قبل الجبهي) والاستجابة للتقمص الوجداني تتضمن أساسا القشرة البطينية الوسطى للفص الجبهي (vmPFC)، خلافا لاستجابات للتقمص الوجداني الذي يحدث خلال عملية المحاكاة والذي يتضمن المناطق المسؤولة عن التجارب العاطفية كاللوزة وفص الجزيرة. يتدخل في التقمص الوجداني خلال عملية المحاكاة عمليات حركية وإدراكية. لقد تبنت هذه النظرية مسألة كيف أن الأفراد يكتسبون نظرية عقلية realem. ويرى Churchlund سنة 1989 حسب هذه الرؤية، أن الأشخاص يلجأون إلى نظرية العقل لفهم نوايا ورغبات الأفراد الآخرين من خلال مواقف نظرية stance Theoretical.

يؤكد Simon Baron-Cohen (2009) أنه حسب كل من Baron-Cohen سنة 1995 و Leslie و Firth سنة 1985 فإن هذه النظرية تفترض أن الأطفال الذين يعانون من التوحد لديهم مشاكل في النمو تشكل هذه الأخيرة خلافاً في نظرية العقل TOM لديهم. وتبعاً لـ Jonathan Dvash (2014) فإن نظرية العجز في العقل تعتبر لب الصعوبات الاجتماعية التي يعاني منها أفراد التوحد ومتلازمة أسبرجر والتي تتشابه مع تلك التي تظهر لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل عصبية أو عصبية اضمحلالية أو الذين يعانون من أمراض عقلية. كما أن حتمية القواعد العصبية المتعددة الأبعاد لنظرية العقل نشأت من عدة مجالات كالدراسات التي تعتمد على التصوير العصبي المغناطيسي الوظيفي مع حالات سليمة عصبياً وأخرى تعاني من تلف في المخ أو أمراض عقلية وكذا الأطفال والراشدين الذين يعانون من اضطرابات النمو كالتوحد. وحسب كل من Keysers وآخرون سنة 2004 و Avenanti و Bueti و Galati Aglioti سنة 2005 و April, Avenanti و Di and Aglioti سنة 2007 فإن مشاهدة شخص لشخص ما يتألم يؤدي إلى تحفيز في المحاكاة الداخلية الحس-حركية للشخص المشاهد لمثل هذه التجربة الجسدية. (وهذا الميكانيزم الرنيني الحس-حركي والذي يحدث بفضل القشرة الحسية الحركية somatomotor وجده كل من Damasio و Adolphs و Tranel و Cooper و Damasio سنة 2000 و Borgomaneri و Gazzola و Avenanti سنة 2004 و Pitcher و Garrido و Walsh و Duchaine سنة 2008 جد حرجاً في تفسير عواطف الآخرين. كما وجد Avenanti و Minio-Paluello و Bufalari و Aglioti سنة 2009 و Sehaifer وآخرون سنة 2013 أن نشاط هذه الباحات الدماغية يرتبط بالعوامل النفسية حيث تفترض الدراسات السلوكية أن هذه العوامل النفسية تؤثر على درجة التقمص. وبهذا يمكننا القول أن التوازن بين نشاط هذه الشبكات ضروري من أجل سلوك اجتماعي سليم.

(Jonathan Dvash, 2014) فالعجز الاجتماعي الملاحظ عند الأطفال المصابين بالتوحد الناتج عن عدم مقدرتهم على فهم حالاتهم العقلية وكذا حالات الآخرين يرجع إلى العجز الإدراكي الذي يمنعهم من إدراك الحالات العقلية، وبالتالي فإن العجز الاجتماعي يعود إلى عيوب في نظرية العقل. (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2004. ص 118).

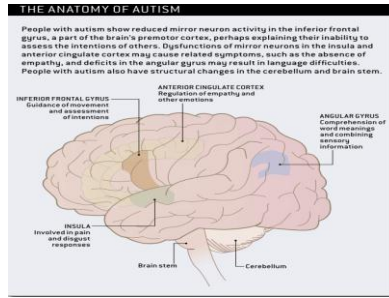
2- نظرية الخلايا العصبية المرآة The mirror neurones:

لقد اهتمت العلوم العصبية المعرفية حديثا بمصطلح التقمص بعدما اكتشفت الخلايا الدماغية المتخصصة في ذلك (miroirs raisonnant) وتعتبر هذه الخلايا مسؤولة عن العمليات النفسية كالتعرف على الآخر وتحديد هويته والشعور به (Nicolas Georgieff, 2008) وهي تنشط بمجرد قيام الفرد بعمل ما ولكن تنشط أيضا عندما يلاحظ الفرد أحد زملائه يقوم بعمل مطابق، هذه الخلايا العصبية تحاكي بطريقة أو بأخرى عمل الخلايا العصبية الخاصة بالموضوع الملاحظ، وتشير Cédrine Jarlier (2016) إلى أن العديد من الدراسات قد أوضحت العجز الكبير في الخلايا المرآة لدى الأطفال المصابين بطيف التوحد، إذ وُجد أن هناك ارتباطا بين التوحد والخلايا العصبية المرآة التي تتدخل في بعض المهارات كالتقمص وإدراك الفرد لنوايا الأفراد الآخرين. لهذا يرى كل من Vilayanur S وآخرون (2006) أنه يبدو منطقيا افتراض أن الخلل الذي يشوب هذه الخلايا من شأنه أن يكون سببا في حدوث بعض أعراض التوحد، ففي سنة 1940 تمكن كل من الأمريكي Leo Kanner طبيب الأمراض العقلية والنمساوي Hans Asperger طبيب الأطفال على حدى من اكتشاف اضطراب "المرآيا المكسورة broken mirrors" والذي يمس حوالي 0,5% من الأطفال الأمريكيين. بعدها وضحت الدراسات أن موقع الخلايا العصبية المرآة يكون في كل من فص الجزيرة والحزام (cingulate) وهو يختلف عنه لدى القرد، وأكدت

النظريات المفسرة لاضطراب التقمص لدى الحالات التي تعاني من التوحد

ط.د. حمودي أسماء ط.د. دقيش رحمة

على الدور الذي تلعبه أثناء التقمص. كما يبدو أيضا أن التلفيف الزاوي (gyrus angulaire) الذي يقع في تقاطع المناطق الدماغية البصرية والسمعية واللمسية يتدخل في عملية التقمص هو الآخر، ليس فقط بسبب موقعه الاستراتيجي بل بسبب احتوائه على الخلايا العصبية المرآة.



الشكل1:الخلايا العصبية المرآة لدى الحالات التي تعاني من التوحد.(Vilayanur S. et al.,2006,p.65)

وحسب Pio Alfredo Di Tore وآخرون (2017) فإن عمليات التقمص الوجداني تتطلب مساهمة -وإن لم تكن حصرية- لآليات الدماغ المختلفة التي تشارك في عملية الإدراك المكاني والتلاعب العقلي، ومع ذلك تشير العديد من الدراسات بأن ضعف الخلايا المرآة قد يتسبب في المشاكل الاجتماعية والحركية التي يعاني منها المصابون باضطراب طيف التوحد. وأن ضعف أداء هذه الخلايا يمكن أن يكون مسؤولاً بصفة جزئية عن العجز الإدراكي الاجتماعي ولاسيما فيما يتعلق بتمثيل الذات والمهارات الاجتماعية وتطوير التقمص الوجداني.

3-نظرية الإدراك-الحركة (perception-action theory): تتفق هذه النظرية مع نظرية الخلايا العصبية المرآة وتتكامل معها، فقد حاولت شرح مسألة كيفية حدوث إدراك المعلومة خلال الفعل الحركي إذ أن المعلومة المدركة تعمل على تهيئة الحركة أوتوماتيكياً دون الحاجة لتدخل العمليات المعرفية. (Joshua,2015) وتبعاً لـ Pio Alfredo Di Tore et al (2017،ص.1) فإن فكرة الإدراك-الحركة التي كانت مهيمنة

في النصف الثاني من القرن العشرين تتوقف بقوة على الأسس الإدراكية، وعلى وجه الخصوص على الاستعارة الحسابية. قدم هذه النظرية كلا من Wall و Preston سنة 2002 ، وتم الاعتراف بها من طرف العديد من العلماء باعتبارها مكونا أساسيا لـ "قراءة العقل/mind reading" والتعلم عن طريق التقليد كما اعتبرت الركيزة العصبية للإدراك الاجتماعي البشري، وقد تم تأكيد هذه النظرية من خلال أعمال Leslie وآخرون حين تعرفوا على الركيزة المشتركة المحتفظة بتعبير الوجه وحركات اليد الملاحظة والتقليد، مع هيمنة نصف الكرة المخية اليمنى لتعبير الوجه السلبية الملاحظة (Nouchine Hadjikhani,2007.p155). وحسب Vonhofsten سنة 1993 ثم سنة 2004 وسنة 2007 فإن هذه النظرية تربط كلا من الإدراك والحركة بالمعرفة، حيث يشكلان مع بعضهما البعض نظاما وظيفيا تتحكم فيه الدوافع، هذه الأخيرة تتطور من خلالها السلوكيات المألوفة، فالحركة تعكس كل مظاهر النمو المعرفي (دوافع الطفل والمشاكل التي ينبغي حلها والعقبات التي يتلقاها بالإضافة إلى قدرات جهازه الحسي الحركي)، وكل هذه الحركات يتحكم فيها الطفل من خلال تنظيم المعرفة لما سيحدث لها لاحقا. إن الخلل الذي يصيب المخ سيؤثر على الطريقة التي سيدرك من خلالها الطفل ما يجري حوله وكيف سينظم حركاته، ويعتبر كل من Bodofish وآخرون سنة 2000 Goldman وآخرون سنة 2008 هذا الخلل سببا في كون حالات التي تعاني من التوحد عاجزة عن الوصول إلى أهم المعلومات الاجتماعية المتنوعة وهي تركز قليلا عن المظاهر الجسمية للمعلومات المحيطة، بالإضافة إلى أن حركاتها تعتبر نمطية وقهرية، وهذا الضعف في التحكم في الحركات لدى هذه الحالات يؤثر على عملية التواصل. لأن الخلايا المرآة تربط بين المشاكل الحركية والاجتماعية حيث أنه إذا نجح تخطيط الحركة فإن فهم حركات الآخرين سينجح أيضا. (Claes von Hofsten, 2012)

4-نظرية الدماغ الذكري المتطرف / La théorie du cerveau hypermasculin The extrem male brain /

لقد امتدت النظرية النسقية للتقمص لتشمل التخصص في دماغ الذكر حسب Baron-Cohen (2002) بسبب الفروق المحصل عليها بين الجنسين، فهي ترى أن الإناث تتفوق في مهارة التقمص في الكثير من الاختبارات مقارنة بالذكور، في حين كان الذكور أكثر تفوقا في الذكاء. ويطلق على النظرية النسقية المفسرة للتقمص بنظرية العاملين The empathy systemizing / the two factors theory يعتبر معظم علماء هذه النظرية أن كلا من التوحد وتناذر أسبرجر يمكن تفسيرهما من خلال اضطراب التقمص الظاهر عليهما، بل ومن خلال التطرق أيضا إلى العامل النفسي الثاني systemizing ويقصد به الطريقة التي تقود إلى تحليل أو تركيب النسق الذي يمتاز بقواعد وأنظمة محددة. (Simon Baron-Cohen,2009) حيث يظهر الأشخاص المصابون بالتوحد عجزا في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وانخفاضا في الاتصال اللفظي، مثل الصعوبات في فهم الفكاهة والسخرية وعملية المشاركة في الاستدلالات بالإضافة إلى الخلل في المناطق الدماغية وبالتحديد القشرة الوسطى للفص الجبهي والقشرة الحزامية الخلفية والتقاطع الصدغي الجداري والتلفيف الصدغي العلوي (Hidetsugu Komeda et al,2015). حيث تفترض النظرية النسقية أن الاضطرابات الناجمة عن مرض التوحد يعود سببها إلى تطرف الذكاء لدى الذكور وتنوعه، فهي تسعى إلى تطوير أنساق لتفسير التقمص. وحسب Baron-Cohen (2002) فإن هذه النظرية تفسر المشاكل الاجتماعية والتواصلية لدى حالات التوحد وأسبرجر من خلال المشاكل التي تظهر على التقمص، في حين ما تفسر مواطن القوة لديهم بسلامة المهارات في عملية الأنساق. (Gepner B,2006) وقد شرح Simon Baron-

Cohen (2009) أن هذه النظرية تقوم على العلاقة بين العاملين "E" و "S" معطية بذلك 5 أنواع من الدماغ:

النوع E(>S) يكون تنسيق الفرد أكبر من التقمص لديه.

النوع S(E<S) يكون تقمص الفرد أكبر من التنسيق لديه.

النوع B(E=S) يكون التنسيق مساو للتقمص سواء كان جيدا أو سيئا.

النوع المتطرف E(E<<S) يكون التقمص فوق المتوسط.

النوع المتطرف S(E>>S) يكون التنسيق فوق المتوسط.

وترى أنه كلما كانت الإناث تنتمي إلى النوع "E" كلما انتهى الذكور إلى النوع "S"، ولو كانت حالات التوحد متطرفة في نوع الدماغ الذكري فإنها مرشحة أكثر لأن يكون دماغها من النوع "extrem type S". لقد اعتمدت مؤخرا نظرية الدماغ الذكري المتطرف على علم الأعصاب في تفسيراتها فبينت أن هناك مناطق صغيرة لدى الإناث مقارنة بالذكور (الحزام الأمامي والصدغي العلوي والقشرة قبل الجهمية والمهاد) هذه المناطق أيضا تكون صغيرة لدى الذكور الذين يعانون من التوحد مقارنة بالذكور الذين لا يعانون منه. في المقابل، هناك مناطق دماغية تكون أكبر لدى الإناث مقارنة بالذكور (بما فيها اللوزة والمخيخ وبصورة شاملة شكل وحجم الدماغ ومحيط الرأس)، وجد أيضا أن هذه المناطق تكون أكبر لدى الذكور الذين يعانون من التوحد مقارنة بالذكور الذين لا يعانون منه، بالإضافة إلى أن دماغ الذكريكون في المتوسط أكبر من دماغ الأنثى، وقد وجد أن دماغ الذكور الذين يعانون من التوحد أكبر من الذكور الذين لا يعانون منه.

تعتبر هذه النظرية حديثة في نظر Simon Baron-Cohen (2009)، فقد تكون مهمة في فهم سبب تعرض الذكور أكثر من الإناث للتوحد وتناذر أسبرجر كما تعتبر امتدادا للنظرية النسقية في التقمص والتي تعتبر قوية في تفسير ضعف المستوى

الاجتماعي والتواصلية لدى حالات الصمم بل وأيضا تستطيع تفسير التفاوت في القدرات المعرفية والسلوك المتكرر(النمطية) والاهتمامات الضيقة والغير عادية والتي تعتبر علامات عصبية غير سوية تعاني منها هذه الشريحة.

5-نظرية عدم توازن التقمص theory / La théorie du déséquilibre de l'empathie :empathy inbalance

وضعت هذه النظرية من طرف الأخصائي النفسي الإيرلندي Adam Smith سنة 2009 وتعتقد أنه إن كان لدى الأفراد الذين يعانون من التوحد خلا في التقمص المعرفي فإنهم في المقابل يملكون تقمصا وجدانيا سليما إلى حد أنه يفوق المعتاد، وتشير إليه بأنه نوع من فرط في الصحة التقمصية (Empathic overarousal/Hyper éveil empathique)، تقدم هذه النظرية إيضاحات جديدة وتحديات للخلل الموجود في العاطفة لدى حالات التوحد وهي تشمل الأعراض التي تظهر على التوحد (ذكور/إناث)(Gepner B,2006) لقد قدمت العديد من الدراسات نقدا لنظرية عدم التوازن العاطفي حيث ركز Fan وآخرون سنة 2013 من خلال تقنية التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي والتخطيط الدماغية على ما يطلق عليه بالحنة الشخصية المرتفعة détresse personnelle لدى معظم الراشدين الذين يعانون من التوحد مقارنة بالذين لا يعانون منه (في المجموعة الضابطة)، عندما يتعرضون لمثيرات عاطفية ولمهام تتطلب الفهم الاجتماعي العاطفي والتي يطلق عليها فرط في الصحة التقمصية. فهذه المبالغة والإفراط في التقمص يسببان ضغطا اجتماعيا وضعفا في إعادة التحكم لدى حالات التوحد، مع العلم أن عملية إعادة التحكم تسمح بتعديل العواطف من خلال إعادة ترجمة معنى المثير ووضعه داخل السياق وهو الأمر الضروري لكي يفصل الفرد بينه وبين الفرد الآخر المراد تقمصه، الشيء الذي يعتبر أساسيا في حدوث التقمص المعرفي.(Gepner B,2006) فالحالات

التي تعاني من ضعف في التقمص المعرفي كالتوحد، تعد مهددة بالانهيار والاستثارة، أي أنها لا تتمكن من السيطرة على جهازها النفسي. والحل الذي تجده مناسباً لتجنب هذا الخلل هو غلق منافذ الإدراك البصري والسمعي والفرار من أية حالة يمكن أن تسبب لها انفعالا عاطفياً. وهذا الإغلاق لدى الحالات التي تعاني من التوحد يوضح خللاً في التقمص الوجداني لديهم ويطلق عليه عدم التوازن في التقمص الوجداني المميز لمرض التوحد. ويؤكد سميث أنه لدى الحالات المصابة بالتوحد يكون التقمص الوجداني موجوداً بصفة كبيرة ومفرطة، لكنه لا يوظف في التواصل مع الآخر لأنه يسبب ميكانيزمات أو آليات إغلاق جذرية. (Marie Christine Laznik,2013.p3)

6-مناقشة نظريات اضطراب التقمص لدى حالات التوحد:

تطرقنا في هذا المقال إلى أهم النظريات التي حاولت تفسير قصور التقمص لدى حالات التوحد، حيث تناولنا بدايةً نظرية العجز في العقل والتي ترى أن أطفال التوحد قد عانوا من مشاكل في نموهم وهو الأمر الذي شكل خللاً في نظرية العقل لديهم، وهي ترجع ضعف التقمص لدى هذه الحالات إلى ضعف في الـ mentalizing أو ضعف في المحاكاة، كما توصلت الدراسات العصبية التي أجريت في إطار هذه النظرية إلى أن الخلل في حالة اضطراب التقمص المعرفي والذي ينطوي على الأفكار والمعتقدات يكون في الدماغ على مستوى التلفيف الجبهي السفلي وحزام القشرة الأمامية واللوزة وفص الجزيرة والقشرة الوسطية البطينية للفص الجبهي، أما في حالة التقمص الوجداني والذي يتضمن المشاعر والأحاسيس، فإن المناطق الدماغية التي يشوبها الخلل هي التلفيف الجبهي السفلي وفص الجزيرة واللوزة وحزام القشرة الأمامية. إن هذه النظرية في نظرنا قد ركزت على العمليات العقلية التي يقوم بها

الفرد وتطورها واجتهدت في إيجاد تفسيرات عصبية، لكنها تهمل دور الجانب الاجتماعي في تفسير اضطراب التقمص لدى حالات التوحد.

تطرقنا أيضا إلى نظرية الخلايا العصبية المرأة حيث تقع هذه الخلايا في فص الجزيرة والحزام والتلفيف الزاوي، فهذه الأخيرة تتدخل في بعض العمليات النفسية كالتعرف على الآخر وتحديد هويته والشعور به وبعض المهارات كالتقمص والإدراك وغيرها، وقد أكدت الدراسات من خلالها على وجود خلل في الخلايا العصبية المرأة لدى حالات التوحد. إلا أننا نرى أن اضطراب التقمص لدى حالات التوحد لا يمكن عزوه كلياً لدور هذه الخلايا في حد ذاتها لأن السبب قد يرجع إلى العامل الاجتماعي فمثل هذه الحالات لا تبدي اهتماماً بالتواصل الاجتماعي ولا ترغب في التفاعل وبالتالي لا تنشط الخلايا العصبية المرأة لديها بشكل كاف، كما أننا يمكن أن نرجع السبب إلى ضعف المثيرات الاجتماعية التي تتلقاها هذه الحالات فهي بحاجة لمثيرات أقوى لتتمكن من تحفيز الخلايا العصبية المرأة مثلما هو الحال في تجربة الفيلم بالعرض البطيء والتي قم بها Chatier وآخرون، وقد تطرقنا إليها سابقاً. بالإضافة إلى هذا، فإن العديد من الدراسات العصبية اتفقت على أن اضطراب التقمص ينتج عن خلل في عدد من المناطق الدماغية على غرار دراسة Shammay-Tssory و-Aharon وPerretz سنة 2009، في حين نجد أن الخلايا العصبية المرأة تتمركز في ثلاث مناطق فقط (فص الجزيرة، الحزام، والتلفيف الزاوي) فكيف تفسر هذه النظرية دور اللوزة مثلاً في التقمص بالرغم من خلوها من الخلايا المرأة؟

كما تطرقنا إلى نظرية الإدراك-العمل والتي ركزت على قوة الأسس الإدراكية للفرد والتي تعتبر ضرورية لقراءة العقل والتعلم عن طريق التقليد والإدراك الاجتماعي البشري بحيث تكون مصابة لدى حالات التوحد. ونلاحظ أن في تفسير هذه النظرية للتقمص لدى حالات التوحد ربط بين الجانبين المعرفي والعصبي

بالإضافة إلى الجانب الاجتماعي، لأنها ترى أن الخلل الذي يصيب الخلايا المرآة هو الذي يتسبب في المشاكل الاجتماعية والحركية لدى حالات التوحد وأن اضطراب التخطيط للحركة لدى هذه الحالات يؤدي إلى اضطراب فهم حركات الآخرين، وبذلك تكون هذه النظرية في نظرنا قد أملت بتفسير جميع جوانب القصور في التقمص لدى هذه الحالات. بعدها تطرقنا إلى نظرية الدماغ الذكري المتطرف والتي تعد امتداداً للنظرية النسقية للتقمص، وهي تركز على الفروق بين الجنسين (ذكور وإناث)، وتعزو هذه النظرية الاضطرابات الناجمة عن مرض التوحد، بما فيها اضطراب التقمص، إلى تطرف الذكاء لدى الذكور وتنوعه، حيث أثبتت الدراسات العصبية التي أجريت في إطار هذه النظرية وجود اختلافات على مستوى دماغ الجنسين، إذ نجد مناطق دماغية صغيرة لدى الإناث مقارنة بالذكور، تكون هذه المناطق أصغر لدى الذكور الذين يعانون من التوحد مقارنة بالذكور السليمين. والعكس كذلك، إذ نجد أن هناك مناطق دماغية كبيرة لدى الإناث مقارنة بالذكور، نفس هذه المناطق تكون أكبر لدى الذكور الذين يعانون من التوحد مقارنة بالذكور السليمين بالإضافة إلى حجم الدماغ الذي يكون أكبر لدى الذكر مقارنة بالأنثى ويكون أكبر لدى الذكور الذين يعانون من التوحد مقارنة بالذكور السليمين. تصنف هذه النظرية الأفراد على محورين: محور التقمص (E) ومحور النسقية (S) وهي ترى أن حالات التوحد يكون مستواها على محور (S) فوق المتوسط في حين يكون منخفضاً على محور (E) وتفسر ارتفاع النسقية مقارنة بالتقمص بكون أن هذه الحالات تلتقت مستوى عال من هرمون التستوستيرون داخل الرحم (خلال المرحلة الجنينية) وهو ما يفسر ارتفاع نسبة الذكور المصابين بمرض التوحد. إن هذه النظرية في نظرنا، تهمل الإناث في تفسير الاضطرابات الناتجة عن التوحد بما فيها اضطراب التقمص. بالإضافة إلى أن مسألة التستوستيرون لا تعد حاسمة في تفسير اضطرابات التوحد إذ أثبتت بعض

الدراسات أن هناك حالات لم تتلقى نسبة عالية من هذا الهرمون خلال المرحلة الجنينية أو بالرغم من ذلك تعاني من اضطرابات حادة ناجمة عن التوحد بما فيها التقمص، كذلك لا يمكن تعميم هذه النظرية على الرجال الذين يعانون من التوحد والذين يفترض أن تكون لديهم نسبة مرتفعة من التستوستيرون ويتصفون بسلوك hypermasculin (العدوانية، اللجوء إلى القوة...) فهناك حالات من الرجال الذين يعانون من التوحد لكنهم لا يعانون من هذه المظاهر. حتى أن كلا من Fenton و Krahn (2012) قد أشارا إلى أنه بالرغم من حصول هذه النظرية على تأييد معظم علماء العلوم التجريبية العصبية إلا أنها تبدو وكأنها تهمل أهمية قدرات التقمص لدى الرجال وقدرات التنسيق لدى الإناث بالرغم من وجودها لدى كلا الجنسين. بالإضافة إلى أنها تهتم بتشخيص التوحد لدى جنس الذكور دون جنس الإناث. (Gepner B,2006).

وفي الأخير، تطرقنا إلى نظرية عدم التوازن في التقمص لدى الحالات التي تعاني من التوحد والتي تشير إلى أن هذه الحالات تعاني ضعفا في التقمص المعرفي وإفراطا في التقمص الوجداني تطلق عليه بالصحة التقمصية، وترجع الضعف في التقمص المعرفي إلى المشاكل النفسية التي تعاني منها هذه الحالات، وقصد الفرار من هذه المشاكل تسارع هذه الحالات إلى إغلاق منافذ الإدراك البصري والسمعي والفرار من الوضعيات التي تسبب الانفعال العاطفي فيحدث خلافا في التقمص الوجداني لديها بحيث يكون هذا الأخير موجودا بشكل مفرط فلا يوظف في التواصل لأنه يؤدي إلى آليات إغلاق جذرية. تشمل هذه النظرية كلا الجنسين خلافا لنظرية الدماغ الذكري المتطرف وهي في نظرنا تلقي الضوء على الجانب المعرفي فقط في تفسير التقمص لدى حالات التوحد.

خاتمة:

من خلال هذا المقال نرى تعدد النظريات التي تحاول تفسير التقمص لدى حالات التوحد، إذ منها ما يتضارب مع بعضه البعض ومنها ما يكمل بعضه البعض، إلا أننا نرى أنه بالرغم من وجود هذا العدد من النظريات المهمة بأدب هذا الموضوع وما تقدمه من تفسيرات، ينبغي النظر في مسألة نموذج متعدد الجوانب لتفسير اضطراب التقمص لدى هذه الحالات كون تفسير مختلف أعراض هذا المرض يستدعي جوانب متعددة: نفسية، عصبية، اجتماعية، معرفية... فكلما تم تفسير هذا الاضطراب بطريقة مفصلة كلما سهل التكفل به.

قائمة المراجع:

1. أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشريبي. (2011). سمات التوحد. دار السيرة. ط1. عمان، الأردن.
2. إبراهيم عبد الله فرج الزريقات. (2004). التوحد الخصائص والعلاج. دار وائل. عمان الأردن.
3. حسام أمحمد محمد ابو يوسف. 2006. الطفل التوحدي خصائصه السلوكية والتربوية- اختبارات تقيس قدراته دمجها في المجتمع- إيتراك للنشر والتوزيع. ط1.
4. محمد صالح الإمام، فؤاد عيد الجوالده. (2011) التوحد رؤية الأهل والأخصائيين. دار الثقافة. ط1.
5. نايف بن عابد الزارع. (2010). المدخل إلى اضطراب التوحد: المفاهيم الأساسية وطرق التدخل. دار الفكر. ط1.
6. Carl R. Rogers Empathique Qualification d'une manière d'être non appréciée à sa juste valeur, Centre pour l'étude de la personne La Jolla, Californie, U.S.A. PI-16
7. Cédrine Jarlier. (2016). Empathie, systématisation et neurones miroirs chez les personnes avec TSA sur : <https://psychologue63.files.wordpress.com/2016/08/autisme-empathie-systematisation-neurones-miroirs-psychologue-le-cendre-63.pdf> vu le :20/11/2017 à 17h
8. Claes von Hofsten and Kerstin Rosander (2012) Perception-action in children with ASD. Front Integr. Neurosci. Department of Psychology, Uppsala University, Uppsala, Sweden

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnint.2012.00115/full>

<https://doi.org/10.3389/fnint.2012.00115>

9. Geoffrey Bird et al. (2010). Emphatic brain responses in insula are modulated by levels of alexithymia but not autism. *Brain journal*. P1515-1525.
10. Gepner B, Tardif C. (2016) Empathie et autisme : une question subtile, un enjeu important. In M Dugnat (Ed), *Empathie autour de la naissance*. Toulouse, Erès, P. 207-220.
11. Hidetsugu Komeda et al. (2015). Autistic empathy toward autistic others. P145-152.
12. Jean decetylpsn.(2005) Une anatomie de l'empathie. *Psychologie et neuropsychiatrie cognitives*, Vol . 3(11), janvier-février . P16-24
13. Joshua D. Wondra and Phoebe C. Ellswort. (2015) .An Appraisal Theory of Empathy and Other Vicarious Emotional Experiences.. <https://www.apa.org/pubs/journals/features/rev-a0039252.pdf> *Psychological Review* © 2015 American Psychological Association 2015, Vol. 122(3), 411– 428
14. Jonathan Dvash and Simone G. Shamay-Tsoory. (2014). Theory of Mind and Empathy as Multidimensional Constructs Neurological Foundations.*Top Lang Disorders* Vol. 34(4), P 282– 295
15. Marie Christine Laznik. (2013). Empathie émotionnelle et autisme. P372
16. Marie-Lise Brunel, Cynthia Martiny. (2004) .Les conceptions de l'empathie avant, pendant et après rogers . *CARRIEROLOGIE* P473-500
17. Nicolas Georgieff. (2008). L'empathie aujourd'hui : au croisement des neurosciences, de la psychopathologie et de la psychanalyse. *La psychiatrie de l'enfant*.Vol. 51 (2) P357-393.
18. Nouchine Hadjikhani. (2007). Mirror neuron system and autism. *Empathy* P151-166.
19. Patricia L, Lokwood. (2016). The anatomy of empathy : vicarious experience and disorders of social cognition. P 255-266.
20. Pio Alfredo Di Tore et al. (2017). Autism spectrum as an empathy disorder. *Autism open access*, vol. 7.(1).P1-3
21. Simon Baron-Cohen. (2009) Autism: The Empathizing—Systemizing (E-S) Theory.The year in cognitive neuroscience. P68-80
22. Vilayanur S. Ramachandran and Lindsay M. Oberman. (2006) Mirrors broken a theory of autism. *Scientific american* .P63-69.