الفصل الأول
لمحة تاريخية عن الإصابة بالتوحد

❖ اللمحة التاريخية عن اكتشاف التوحد :

في أثناء الحرب العالمية الثانية كان الفكر السائد لدى البعض أن يتم عزل الأطفال المعاقين ذهنيا ، وفي هذه الأثناء ظهر الطبيب النفسي الأمريكي **ليو كانر Leo Kanner** عام 1943 وقام بالملاحظة الدقيقة لأحد عشر طفلا من هؤلاء الأطفال فوجد أن لديهم نمط سلوكي واحد وبعد **الملاحظة حدد الآتي :**

1- أنهم يتصفوا بالانسحابية .
2- ليس لديهم القدرة الطبيعية على التواصل مع الآخرين .
3- لديهم تأخر في النمو اللغوي .
4- تبدأ هذه الأعراض خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر .
5- غالبا ما يكون الطفل المصاب بالتوحد الطفل الأول للأسرة .

وأطلق على هذه الافتراضات اسم " النظرية النفسية لتفسير الإصابة بالتوحد " والتي أثبتت صحتها فيما بعد ولكنه يعاب عليه أنه أخطأ في تفسيرها حيث أنه أرجع ذلك إلى أن هؤلاء الأطفال تعرضوا إلى عنف- سوء معاملة – فقدان الأمان بعد الولادة من الوالدين وخاصة الأم ولذلك أطلق عليها لقب **الأم الثلاجة** ومن ثم فقد تقوقع هؤلاء الأطفال حول أنفسهم وأطلق عليهم الأوتيزم " التوحديين " وصنفه على أنه **مرض عقلي** .

❖ **والدليل على خطأ هذا التفسير** :

1- مدى اشتياق الوالدين لولادة أطفالهم وخاصة الطفل الأول فكيف يعاملونه بقسوة .

2- هناك بعض الأمهات يتوفين بعد الولادة ولا يصاب المولود بالتوحد .

3- بم أن الأم لها نفس المشاعر فلم يولد لها طفل توحدي وآخر طبيعي .

ومن هنا وللرد على افتراضات هذه النظرية من حيث تصنيف التوحد على أنه مرض عقلي جاءت المقارنة التالية بين التوحد كأحد الإعاقات والشيزوفرينيا كأحد الأمراض العقلية **وهي كالتالي :**

مقارنة بين "التوحد" كأحد الإعاقات

و "الشيزوفرينيا" كأحد الأمراض العقلية

التـــوحـــد	الشيزوفرينيا
يبدأ خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر	يبدأ عند مرحلة المراهقة
50% لديهم درجة أو أخرى من التأخر العقلي	ذكائهم عادي أو أعلى من المتوسط
لديهم تأخر في النمو اللغوي	ليس لديهم تأخر بجانب وجود هذيان
لا يحتاج التوحد إلى طبيب أو علاج	يحتاج إلى طبيب أو علاج
لا توجد معه هلاوس بصرية / سمعية / حسية	توجد معه هلاوس بصرية / سمعية / حسية

ويتضح من خلال الجدول السابق أنه لا يمكن تصنيف التوحد على أنه مرض عقلي وذلك ما أكد عليه الدليل الإحصائي التشخيصي"DSM III" عام 1980 وصنفه على أنه أحد الإعاقات النمائية الشاملة .

من المصادفات العجيبة أكتشف العالم النمساوي *Hans Asperger* في فيينا بالنمسا عام 1943 م حالات تختلف في سماتها وأعراضها عن حالات كانر المسماة بالتوحد، وقام بنشر بحثه باللغة الألمانية، ولم يتم التعرف عليه

في أمريكا بسبب الحرب العالمية الثانية، وفي عام 1981 ألتقي أسبرجر بأحدي أطباء الأطفال الإنجليزية *Lorna Wing* والتي تعاني أبنتها من أعراض التوحد في أحدى اللقاءات العلمية في فيينا، وقامت بتلخيص بحثه ضمن سلسلة من دراسة الحالات كانت تقوم بإصدار تقارير دورية عنها باللغة الإنجليزية، وفي عام 1991 أصدر العالم البريطاني *Frith* كتابة عن التوحد والاسبرجر الذي نشر فيه نتائج بحوث أسبرجر باللغة الإنجليزية، والتي كانت سابقاً تسمى التوحد ذو الأداء الوظيفي العالي *high functioning autism* أو أعاقة التوحد الخفيف *mild autism* ، ومن ثم عرفت تلك الحالة وسميت باسم مكتشفها " متلازمة أسبر جر *Asperger`s Syndrome*، بعد دراسة آلاف الحالات في أوروبا وأمريكا، مما برر اعتباره إعاقة مستقلة بالإضافة إلى التوحد تحت مظلة اضطرابات النمو الشائعة.

حالات أخرى سميت " متلازمة ريت "*Rett`s syndrome* باسم مكتشفها الطبيب النمساوي*Dr. Andreas Rett* ، الذي أكتشف وجود حالات تختلف في أعراضها وسماتها عن التوحد، وقام بمتابعة تلك الحالات لعدة سنوات، وكتب عن نتائج بحوثة مقالا في أحد الدوريات العلمية عام 1965 باللغة الألمانية، فلم تثير مقالته أي اهتمام في الدوائر الطبية، وفي عام 1985 قام الطبيب السويدي *Bengt Hagberg* بترجمة هذا المقال ونشره باللغة الإنجليزية، ثم قام هذان الطبيبان " بينجت وريت" بزيارة أمريكا ودراسة عدد من حالات الفتيات الأمريكيات، وأثناء زيارتهما لمعهد في مدينة بالتيمور بولاية ميريلاند أعلنا عن إصابة بعض الفتيات بنفس الأعراض والسمات، والتي عرفت بعد ذلك بمتلازمة ريت .

❖ **وقبل عام1980 كانت الإعاقات المعروفة حينها هي** :

- الإعاقة الذهنية " داون "
- الإعاقة الحركية " الشلل الدماغي "
- الإعاقة الحسية " كف البصر – الصمم "
- الإعاقات المرضية المزمنة " السرطان – السل – أمراض القلب "

❖ **وفي عام 1980 تم استبدال الإعاقة الذهنية بالإعاقات النمائية لتشمل** :

- الأوتيزم " إعاقة نمائية شاملة "
- فرط الحركة وتشتت الانتباه .
- الإعاقات الدراسية " بطئ التعلم – صعوبات التعلم " .
- الإعاقة النمائية المتخصصة (عسر القراءة "ديسلكسيا" – عسر الكتابة "ديسجرافيا " .

❖ **تعريف التوحد " الأوتيزم "** :

هو أحد إعاقات النمو المؤثرة والمسببة في عجز الإنسان مدى الحيـــاة وينتج عن خلل وظيفي في مكان ما بالجهاز العصبي المركزي ويترتب عليه قصور في فهم وتعلم واستعمال اللغة وكذلك التفاعل الاجتماعي مع الآخرين والبيئة المحيطة به.

وكلمة أوتيزم Autism هي مشتقة من كلمة يونانيـــة وهـــي Autos وتعني " الذات – النفس " وهو ما يفسر التعريف السابق ويؤكد على الخلـــل الواضح لدى المصابين بالتوحد في التفاعل الاجتماعي فهم يتمركزون حول الذات ومن ثم يكون لديهم قصور في فهم وتعلم واستعمال اللغة .

❖ **النظريات المفسرة للتوحد**

❖ **النظرية النفسية** :

وقد سبق الحديث عنها في الجزء الخاص ببداية تفسير التوحد على يد الطبيب الأمريكي **ليو كانر** .

❖ **النظرية العضوية** :

❖ **وهي التي تعزى ظهور التوحد نتيجة للأسباب الآتية** :

- خلل عضوي في الجهاز العصبي المركزي .
- قلة كمية الدم التي تصل إلى المخ .
- تضخم المخيخ مما يؤدي إلى أنه لا يعمل بصورة جيدة .
- نقص أو ضمور في الفص الجبهي للمخ .

❖ **النظرية الكيميائية** :

والتي تقوم على أساس أن الاتصال بين الخلايا العصبية اتصال كيميائي ولذا فإن أي خلل في الموصلات العصبية الكيميائية ما بين الخلايا يؤدي إلى عدم أدائها لوظيفتها بصورة جيدة وبالتالي لا تعمل بكفاءة .

❖ **النظرية الجينية** :

وتفترض هذه النظرية أن هناك جين لا يسبب التوحد لدى الأب وآخر لدى الأم وعند تزاوجهما يندمج هذين الجينين فيولد طفل توحدي.

❖ **النظرية الحسية** :

وتقوم هذه النظرية على أنه لا يوجد تكامل بين الحواس بعضها البعض **وتتصف بما يلي :**

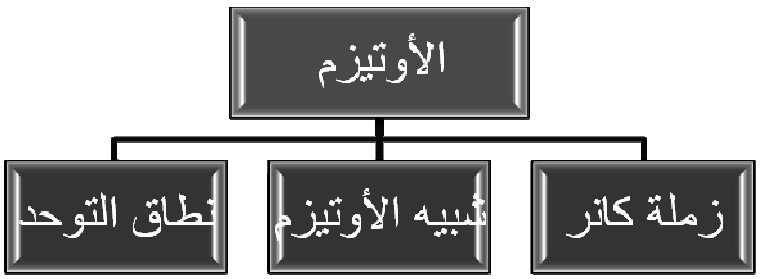
- زيادة في الاستقبال الحسي لحاسة واحدة أو أكثر .
- نقص في الاستقبال الحسي لحاسة واحدة أو أكثر .

- زيادة ونقص في الاستقبال الحسي لحاسة واحدة أو أكثر .
- Mono channel استقبال القناة الواحدة .

❖ **تشخيص التوحد**

❖ **تطور تشخيص التوحد وفقا للدليل الإحصائي التشخيصي "** DSM " :

❖ **تشخيص اضطراب التوحد والطبعة الثالثة** DSM III



- **الأوتيزم الكامل لابد وأن تتوافر فيه الشروط التالية " زملة كانر "**

1- لديه مشاكل في النمو الاجتماعي والقدرة على تكوين وفهم العلاقات الاجتماعية .

2- لديه مشاكل في التواصل اللفظي وغير اللفظي .

3- لديه مدى ضيق ومحدود للاهتمامات والأنشطة .

- **شبيه التوحد :** يتوافر فيه شرط أو اثنين من الشروط السابقة .
- **نطاق التوحد :** مجموعة من الزميلات أو المتلازمات

أمثلة :

1- زملة اسبرجر : لديهم لغة جيدة – قدرات عقلية مرتفعة – مشاكل في التوافق الحركي " الأحمق حركيا "

2- زملة ريت : والتي تصيب البنات فقط ومن سماتها

نمط حركي معين – عصر اليدين – تنمو لمدة سنة أو سنتين ثم تمر بمرحلة ثبات ثم تتدهور حركيا ثم ثبات ثم تتدهور وغالبا تتوفى .

❖ تشخيص اضطراب التوحد و الطبعة الرابعة المعدلة " DSM IV "

تضمنت الطبعة الرابعة المعدلة من هذا الدليل شمول اضطراب التوحد كفئة مستقلة ضمن مظلة ما يعرف باسم الاضطرابات النمائية الشاملة (*Pervasive Developmental Disorders-PDD*)

إلى جانب أربعة اضطرابات أخرى تتقاطع معه في بعض الأعراض السلوكية ولعل الآلية التي عرض فيها اضطراب التوحد في هذه الطبعة قد لاقت قبولا واسعا في الميدان لما لها من خصوصية توضيحية شاملة لجملة الأعراض السلوكية التي تميز اضطراب التوحد عن غيره من الفئات الأخرى ضمن نفس المظلة المقترحة .كما وأن هذه الطبعة قد وضحت جملة المعايير التشخيصية التي يجب الاستناد إليها عند تشخيص اضطراب التوحد (الجدول ١) .

وفي هذا السياق ، فإن الطبعة الرابعة المعدلة عرفت التوحد" بأنه قصور نوعي يظهر في ثلاثة مجالات نمائية هي :التفاعل الاجتماعي، والقدرة على التواصل (بنوعيه اللفظي وغير اللفظي)، وجملة من الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة و التكرارية و النمطية "و التي يجب أن يكتمل ظهورها قبل سن الثالثة من العمر .

(الجدول رقم 1)
المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب التوحد كما وردت في الطبعة الرابعة المعدلة للدليل الإحصائي والتشخيصي

(أ) ما مجموعه ٦ أو أكثر من الفقرات الواردة في البنود (١) و(٢) و(٣) بالإضافة إلى ٢ على الأقل من البند (1) و واحدة على الأقل لكل من البندين (٢) و(٣) التالية:

- **البند (١): قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي معبر عنه في اثنتين على الأقل مما يلي:**

1- قصور واضح في القدرة على استخدام المهارات غير اللفظية المتعددة والمتضمنة الأمثلة التالية التواصل العيني المباشر، وتعابير الوجه، والأوضاع الجسمية، والإيماءات لتنظيم آلية التفاعل الاجتماعي.

2- الفشل في تطوير العلاقات مع الرفاق بصورة تتناسب مع العمر الزمني.

3- ضعف القدرة التلقائية على مشاركة المتعة و الانجاز والاهتمامات مع الآخرين و ذلك من خلال ضعف القدرة على عرض أو إحضار (جلب) أو الإشارة إلى الأشياء قيد الاهتمام.

4- نقص التفاعل الاجتماعي و الانفعالي المتبادل و الذي قد يبدو في نقص القدرة على الارتباط بالآخرين أو إدراك حالاتهم الانفعالية.

- **البند(٢):قصور نوعي في التواصل معبر عنه في واحد على الأقل مما يلي :**

١- تأخر او نقص كلي في اللغة المنطوقة او القدرة على الحديث.

٢- عدم القدرة على إنشاء المحادثات مع الآخرين أو الإستمرار بها.

٣- الإستخدام النمطي و التكراري للغة أو استخدام لغة فردية خاصة بالطفل غير مفهومة.

٤- النقص في القدرة على اللعب الإيهامي التلقائي (العفـــوي) أو اللعـــب الاجتماعي المقلد و المناسب للعمر الزمني.

- **البند (٣) : أنماط سلوكية و إهتمامات و أنشطة محدودة تكرارية و نمطية معبر عنها في واحدة على الأقل مما يلي:**

١- الإنشغال الزائد في واحدة أو أكثر من الإهتمامات النمطية والمحدودة التي تبدو غير إعتيادية من حيث مستوى شدتها و نوعية تركيزها.

٢- الالتزام الجامد (غير المرن) غير الوظيفي بعدد من الحركات الروتينية أو الطقوسية.

٣- حركات جسمية نمطية و تكرارية مثل(رفرفة اليدين ، النقر بالأصابع).

٤- الانشغال الزائد عن الحد بأجزاء الأشياء.

(ب) تأخر أو أداء غير طبيعي في واحدة على الأقل من المجالات التالية مع ضرورة ظهور ذلك قبل سن ٣ سنوات:

١- التفاعل الاجتماعي.

٢- اللغة كما تستخدم في التواصل الإجتماعي.

٣- اللعب الرمزي أو التخيلي.

(جـ) لا ينسب هذا الإضطراب الى عرض ريت أو اضطراب التفكك (الارتداد) الطفولي .

❖ تشخيص اضطراب التوحد و الطبعة الخامسة " DSM V "

لعل التطورات الحديثة التي طرأت على آلية فهمنا للفئات التي تندرج ضمن مسمى الاضطرابات النمائية الشاملة (*PDD*) والتي وردت في الطبعة الرابعة المعدلة للدليل بالغ الأثر في أحداث تغيير جوهري في هذه الفئة ولعل من الأمثلة على ذلك هو الاتفاق بأن متلازمة ريت لم تعد اضطرابا معرفا سلوكيا كغيرها من باقي الفئات وإنما قد أصبحت اضطرابا معرفا جينيا نظرا لتوصل العلماء للجين المسبب لحدوثها "*Mecp2*"

لذا فإن الطبعة الخامسة قد استثنت هذه المتلازمة كواحدة من فئات اضطراب طيف التوحد ولعل اهتمام العلماء الزائد في آليات تشخيص اضطراب التوحد وغيره من الاضطرابات تشخيصا دقيقا يهدف إلى إزالة الغموض و التقاطع بين هذه الاضطرابات، دفع اللجنة العلمية التي تولت إعداد الطبعة الخامسة إلى تغيير مسمى الفئة ومعايير تشخيصها .

وبناء على ذلك فإن الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي تستخدم الآن مسمى جديد هو **اضطراب طيف التوحد** (*ASD*) والذي يجمع ما كان يعرف سابقا باضطراب التوحد (*D*، ومتلازمة أسبرجر (*Asperger* Syndrome)، واضطراب التفكك الطفولي (*CDD*)، و الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (*PDD NOS*) ضمن مسمى واحد على شكل متصلة تختلف مكوناتها باختلاف عدد و شدة الأعراض كما أن الطبعة الخامسة من الدليل قد أوردت اضطراب طيف التوحد ضمن مظلة الاضطرابات النمائية العصبية (*Neurodevelopmental Disorders*) والتي تتضمن الفئات التالية إلى جانب فئة اضطرابات طيف التوحد: الاضطرابات العقلية (*Intellectual Disabilities*)، واضطرابات التواصل (Communication Disorders)،

وضعف الانتباه والنشاط الزائد (*ADHD*)، وصعوبات التعلم المحددة (*Specific LD*) ، والاضطرابات الحركية *(Motor Disorders)*

❖ أهم التغيرات التي طرأت على فئة اضطراب التوحد وفقا للمعايير الجديدة:

1) استخدام تسمية تشخيصية موحدة (*Single Diagnosis*)

تضمنت المعايير الجديدة توظيفا لمسمى موحد هو " اضطراب طيف التوحد - (*Autism Spectrum Disorder (ASD*) حيث يتضمن هذا المسمى كلا من " اضطراب التوحد، ومتلازمة أسبرجر والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة و اضطراب التفكك الطفو لي (والتي كانت فئات أو اضطرابات منفصلة عن بعضها البعض في الطبعة الرابعة المعدلة من *DSM*)

حيث تم تجميعها في فئة واحدة دون الفصل بينها . كما وتضمنت المعايير الجديدة إسقاط متلازمة ريت من فئة اضطراب طيف التوحد . ولعل التعليل الذي تم تقديمه من قبل لجنة إعداد هذه المعايير الجديدة يكمن في أن هذه الفئات أو الاضطرابات لا تختلف عن بعضها البعض من حيث معايير تشخيصها وإنما اختلافها يكمن في درجة شدة الأعراض السلوكية، ومستوى اللغة، و درجة الذكاء لدى أفرادها . لذا، فإن الدليل قد عمد إلى جمعها

في فئة واحدة لا تختلف في آلية تشخيصها .كما وأن اللجنة تبرر إسقاط متلازمة ريت لكونها متلازمة جينية قد تم اكتشاف الجين المسبب لها .

كما أن الدليل قد فرض على المشخصين تحديد ما يعرف بمستوى الشدة (*Level of Severity*) و التي يتم بناء عليها تحديد مستوى ونوع الدعم الخدمي و ألتأهيلي (*Level of Support*) الذي يجب العمل على تقديمه لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية.

2) **التشخيص استنادا على معيارين أثنين بدلا من ثلاثة معايير:**

تضمنت المعايير الجديدة الاستناد إلى معيارين أثنين في عملية التشخيص بدلا من المعايير الثلاثة التشخيصية التي كانت مستخدمة من قبل الطبعة الرابعة المعدلة .حيث تتضمن المعايير الجديدة التشخيص وفقا لمعياري القصور في التواصل الاجتماعي *Social Communication* ، التفاعل الاجتماعي *Social Interaction*

و الصعوبات في الأنماط السلوكية و الاهتمامات و الأنشطة المحدودة و التكرارية و النمطية . ويكمن الفرق هنا عن الطبعة الرابعة المعدلة، في أن الطبعة المعدلة كانت تستخدم معيارا ثالثا وهو القصور النوعي في التواصل.

3) **عدد الأعراض التي يتم التشخيص بناء عليها** *(Number of Diagnostic Symptoms)*

تضمنت المعايير الجديدة ما مجموعه ٧ أعراض سلوكية موزعة كما يلي :٣ أعراض في المعيار الأول و ٤ أعراض في المعيار الثاني .وعلى العكس من ذلك، فقد استخدمت المعايير القديمة ١٢عرضا سلوكيا موزعة على شكل ٤ أعراض سلوكية لكل معيار تشخيصي.

4) **تحديد مستوى شدة الأعراض** *(Identification of Severity Levels)*

تشترط المعايير الجديدة على المشخصين تحديد مستوى شدة الأعراض لأغراض تحديد مستوى ونوع الدعم الخدمي و ألتأهيلي (*Level of Support*) الذي يجب العمل على تقديمه لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية .وتوظف المعايير الجديدة ثلاثة مستويات لهذه الشدة لكل معيار تشخيصي (الجدول رقم ٢) وعلى العكس من ذلك، فلم توظف المعايير القديمة مثل هذا الإجراء في تحديد مستوى الشدة .و لعل السبب من

وراء إضافة هذا الشرط يكمن في الدمج الذي تضمنته المعايير الجديدة لفئتي متلازمة اسبرجر و الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة و التي كانت فئتين منفصلتين عن بعضهما وعن التوحد في الطبعة الرابعة.

5) **المدى العمري (*Age of Onset*)**

تضمنت المعايير الجديدة توسيعا للمدى العمري الذي تظهر فيه الأعراض لتشمل عمر الطفولة المبكرة والممتد حتى عمر ٨ سنوات بدلا عن المدى العمري المستخدم من قبل المعايير القديمة و هو عمر3 سنوات.

6) **الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية -*(Hyper/Hypo-reactivity to Sensory Inputs)***

تضمنت المعايير الجديدة في بعدها الثاني (المعيار الثاني) الإشارة إلى الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية كواحدة من الأعراض السلوكية التي إن وجدت لدى الطفل فهي تعتبر أساسية في تشخيصه، وعلى العكس من ذلك فلم تستخدم المعايير القديمة مثل هذا العرض كواحد من الأعراض الأساسية وإنما جرت العادة في الميدان أن يكون من الأعراض المساندة.

7) **الاضطرابات المصاحبة (*Accompanying Disorders*)**

اشترطت المعايير الجديدة على المشخصين تحديد مدى وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب طيف التوحد لدى الطفل عند التشخيص (الجدول رقم ٢) وهو شرط لم تذكره المعايير القديمة كشرط تشخيصي وإنما أوصى به الميدان عند الحاجة إليه.

8) اقتراح فئة تشخيصية جديدة هي فئة اضـــطراب التواصـــل الاجتمـــاعي (*Social Communication Disorder*)

أضافت الطبعة الخامسة من الدليل فئة تشخيصية أخرى تعـــرف باســـم اضطراب التواصل الاجتماعي والتي تعتبر التشخيص المناسب للطفل الـــذي تنطبق عليه الأعراض السلوكية ضمن البعد (المعيار) الأول لفئة اضـــطراب طيف التوحد ولا تتواجد لديه الأعراض السلوكية في البعد (المعيار) الثاني.

وبذلك، فإن انطباق الأعراض في كـــلا البعـــدين يســـبب التشـــخيص باضطراب طيف التوحد، في حين أن انطباق الأعراض في المعيار الأول فقط يسبب التشخيص باضطراب التواصل الاجتماعي حيث من المتوقع أن الأطفال المشخصين بالاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة *PDD NOS* يمكن أن يشخصوا ضمن هذه الفئة .

9) عدم الحاجة إلى التشخيص الفار قي ضمن طيف التوحد

حيث أن التغييرات التي طرأت على المفهوم البنائي للفئة قد قدمت مفهوم متصلة التوحد بعد استثنائها لفئتي متلازمة ريت واضطراب التفكك الطفـــولي ودمجها لفئات اضطراب التوحد و متلازمة اسبرجر و الاضطرابات النمائيـــة الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة هي اضطرابات طيف التوحد .لذا، فـــإن المشخصين العاملين في الميدان ليسوا معنيين بقضية تفريق اضطراب التوحـــد عن غيره من الاضطرابات التي كانت قديما تشاركه بنفس المعايير التشخيصية، وإنما يتوجب عليهم تقدير مستوى الشدة لتحديد الدعم المراد تقديمه وفقا لمستوى شدة الأعراض.

كما أن المعايير الجديدة قد تناولت في شقها الثاني ضرورة العمل علـــى تأكيد وجود الاضطرابات المصاحبة لاضطرابات طيف التوحد وليس تفريقها عنه .فالمعايير الجديدة تؤكد إمكانية المصاحبة لإعاقات أخرى ويتوجب علـــى

المشخصين توضيح تلك الاضطرابات عند انطبـــاق معاييرهـــا التشخيصـــية ومصاحبتها للتوحد.

10) التوجه نحو التشخيص الذي يقود إلى تحديد الخدمات المراد تقديمها

يمثل تركيز المعايير الجديدة في شقها الثالث على ضرورة تحديد مستوى الخدمات (الدعم) نهجا جديدا نحو ربط التشخيص بتحديد مســـتويات الـــدعم المطلوبة .ولعل هذا التوجه لم يتواجد في الطبعة الرابعة المعدلة حيث كان توجه تلك الطبعة تشخيصيا فقط .

الجدول رقم (٢) ملخص لأهم الفروق بين المعايير التشخيصية القديمة و المعايير التشخيصية الجديدة

معيار المقارنة	DSM IV	DSM V
مسمى الفئة	الاضطراب النمائية الشاملة (PDD)	اضطراب طيف التوحد (ASD)
بنية الفئة	مظلة لخمسة اضطرابات نمائية متقاطعة في الأعراض	متصلة لثلاثة فئات ممتدة وفقا لمستوى شدة الأعراض
مكونات الفئة	خمسة اضطرابات هي : التوحد، اسبرجر، ريت، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، اضطراب التفكك الطفو لي	فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يعرف بـــ التوحد ، واسبرجر، و الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة فقط
محكات التشخيص	ثلاثة محكات :التفاعل الاجتماعي، التواصل، السلوكيات النمطية	محكين : التفاعل و التواصل الاجتماعي، السلوكيات النمطية
مستوى الشدة	خمسة اضطرابات منفصلة تمثل اختلافا في شدة الأعراض	تحديد مستوى الشدة وفقا لثلاثة مستويات ضمن فئة واحدة

معيار المقارنة	DSM IV	DSM V
المصاحبة لإعاقات أخرى	غير محددة	محددة : الإعاقة العقلية اضطرابات اللغة، الحالات الطبية و الجينية، اضطرابات السلوك
المدى العمري لظهور الأعراض	٣ سنوات	الطفولة المبكر (8سنوات)

❖ السمات المميزة للطفل ألتوحدي وتفسيرها

1) **عدم وجود اتصال بصري:**

التفسير :

- أن الطفل ألتوحدي لا يستطيع تحمل كمية الضوء المباشر لوجهه لذا فإنه. يحاول أن يتجه الاتجاه المريح له من حيث الرؤية وهي النظرة الجانبية .
- عدم ارتياحه للألوان وخاصة الألوان الزاهية .
- يهتم بالجزء وليس بالكل .
- لديه مشكلة في الحلاقة وذلك بسبب لمعة المرايا في صالون الحلاقة نتيجة الضوء الساقط عليها .
- يروا في الظلام أحسن من الأطفال الطبيعيين .
- يركز في الصور الصغيرة أفضل من الصور الكبيرة .

2) **الحركات التكرارية** :

أمثلة: هز الرأس –غمز العين– حركة الأصابع أمـــام العـــين –الرفرفـــة– الأرجحة.

التفسير : في هذه الحالة يسترجع الطفل حركاته أثناء فترة تواجده في رحم الأم وتنتج هذه الحركات عن : الشعور بالفراغ – الخـــوف والقلـــق وهناك مادة الأندر وفين *Endorphins* تساعد على تقليل الخوف ، كما أنه يجب أن نشغل وقت فراغه بأنشطة يحبها .

3) المقاومة للتغيير :

التفسير : وذلك نتيجة عدم القدرة على التكيف / قصور في الإدراك.

ويجب في هذه الحالة أن يمر الطفل بالكثير من التجارب حتى يتعود عليها وبعد ذلك يتم تعميمها .

طرق التدخل العلاجي مع الطفل ألتوحدي

لكي يكون التدخل العلاجي فعالا ويؤتي ثماره على نحو ما يفيد ينبغي أن يبدأ مبكرا لأن الكشف والتشخيص المبكر والمبادرة بتنفيذ برنامج العلاج والتأهيل المناسب يوفر فرصا أكثر فاعلية للشفاء المستهدف أو تخفيف شـــدة الأعراض وقد أشارت العديد من الأبحاث إلى أن التدخلات العلاجيـــة التـــي تحدث قبل سن الخامسة تكون أكثر فاعلية وأكثر تأثيرا فـــي نمـــو الطفـــل ألتوحدي .

وهناك مجموعة من المبادئ التي ينبغي مراعاتها في استخدام أي برنامج علاجي وهي :

1) التركيز على تطوير المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير الكيفية .

2) تلبية الاحتياجات الفردية للطفل وتنفيذ ذلك بطريقة شـــمولية ومنتظمـــة وبعيدة عن العشوائية .
3) مراعاة أن يكون التدريب بشكل فردي وضمن مجموعة صغيرة .
4) مراعاة أن يتم العمل على مدار العام .
5) مراعاة تنويع الأساليب المستخدمة في التدريب .
6) مراعاة أن يكون الوالدين جزء من القائمين بالتدخل .

وكما أن أشرنا إلى تعدد النظريات المفسرة للإصابة بالتوحد تعـــددت أيضا الأساليب العلاجية المستخدمة في التخفيف من آثار وأعراض التوحد ونذكرها فيما يلي :

أولا : أساليب التدخل النفسي

والتي تستند إلى ما قدمه ليو كانر 1943 " مكتشف التوحد " أن سبب الإصابة بالتوحد يرجع إلى وجود قصور في العلاقة الانفعالية والتواصـــلية بين الوالدين " وخاصة الأم " والطفل وبذلك نظر للآباء خلال عقـــدين مـــن الزمن على أنهم السبب في حدوث اضطراب التوحد لدى أطفالهم ، إلـــى أن جاءت الطبيبة النفسية *Martha Welch* وابتكرت أسلوب العلاج بالعنـــاق "*Holding Therapy*" والذي يعمل على تكسير الحاجز بين الأم وطفلها عن طريق عمل جلسات جماعية يحتضن فيها الأمهات أطفالهن لمدة 45 دقيقة .

مزاياه:

- يقلل من حساسية اللمس لدى الأطفال .
- يعمل على المساندة الوجدانية والنفسية لتواجد العديد من السر في مكان واحد .
- إفراز هرمون الإندروفين نتيجة الإجهاد الشديد فيتم تقليل الإحساس بالخوف والقلق .

عيوبه:

- زيادة حساسية السمع نتيجة صراخ الأطفال
- استخدام كلمات وألفاظ غير مفهومة للطفل فيزيد الإحباط لديه .
- تعميم العناق على جميع المشكلات التي تواجه الطفل .

ثانيا : أساليب التدخل السلوكي

تعد برامج التدخل السلوكي هي الأكثر شيوعا واستخداما وفاعلية في العالم حيث تركز على جوانب القصور الواضحة التي تحدث نتيجة اضطراب التوحد وتكمن **أهميتها فيما يلي :**

1- أنها مبنية على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس غير المهنيين ويطبقونها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان وقت طويل وهو ما يسهم بشكل كبير في تدريب الوالدين خاصة على تطبيقه مع الطفل .

2- يمكن قياس تأثيرها بشكل علمي واضح ودون عناء كبير أو تأثير بالعوامل الشخصية التي غالبا ما تتدخل في نتائج القياس .

3- نظرا لعدم وجود اتفاق على أسباب حدوث التوحد فإن هذه الأساليب لا تعير اهتماما للأسباب وإنما تهتم بالظاهرة ذاتها .

وهناك العديد من البرامج التي تندرج تحت هذا النوع من الأســاليب نلخصها فيما يلي :

1) برنامج لوفاس:

ويسمى أحيانا تحليل السلوك التطبيقي"*Applied Behavior Analysis*" ومبتكر هذا الأسلوب العلاجي هو *Ivor Lovaas* عام1978 وهو أستاذ الطب النفسي بجامعة لوس أنجلوس وهذا النوع من التدخل قــائم علــى النظريــة السلوكية والاستجابة الشرطية بشكل مكثف فيجب ألا تقل مدة العــلاج عــن **40 ساعة** في الأسبوع ولمدة عامين على الأقل، وينقسم إلى ثلاثــة منــاهج تتفق وشدة أعراض التوحد لدى الطفل على **النحو التالي :-**

المنهج المبدئي
ويضم المجالات الآتية

* الحضور والانتباه "4 أهداف"
* التقليد " 4 أهداف "
* فهم اللغة " 12 هدف"
* اللغة التعبيرية"14 هدف "
* ما قبل الأكاديمي"12هدف"
* رعاية الذات"8 أهداف "

المنهج المتوسط
ويضم المجالات الآتية

* الحضور والانتباه "4 أهداف "
* التقليد " 6 أهداف "
* فهم اللغة " 19 هدف
* اللغة التعبيرية"31هدف"
*ما قبل الأكاديمي"15 هدف"
* رعاية الذات"8 أهداف"

المنهج المتقدم
ويضم المجالات الآتية

* الحضور والانتباه"2هدف "
* التقليد "3 أهداف"
* فهم اللغة "13هدف"
*اللغة التعبيرية"19هدف "
* اللغة المجردة"11هدف"
* الأكاديمي"15 هدف"
*الاجتماعي"10 أهداف"
*الإعداد للمدرسة"9 أهداف"
* رعاية الذات " 3 أهداف "

2) برنامج معالجة وتعليم التوحديين وذوي إعاقات التواصل" *TEACCH*
" Treatment and Education of Autistic and Related Communication Children Handicapped

وهذا البرنامج من إعداد إيريك شويلر وزملائه في ولاية نورث كارولينا في أوائل السبعينات ويشتمل على مجموعة من الجوانب العلاجية اللغوية والسلوكية ويتم التعامل مع كل منها بشكل فردي .

كما يقدم أيضا خدمات التشخيص والتقييم لحالات التوحد ويعطي اهتماما كبيرا للبناء التنظيمي للعملية التعليمية الذي يؤدي إلى تنمية مهارات الحياة اليومية والاجتماعية عن طريق الإكثار من استخدام المثيرات البصرية التي يتميز بها الطفل التوحدي .

3) العلاج بالحياة اليومية " *DLT* " *Daily Life Therapy*

ابتكر هذا الأسلوب من العلاج الطبيبة *Kiyo Kitahara* من اليابان ولها مدرسة في ولاية بوسطن تحمل هذا الاسم ويطلق على هذا الأسلوب مدرسة هيجاش وهي كلمة باليابانية تعني الحياة اليومية وينتشر هذا النوع من العلاج في اليابان ويتم بشكل جماعي ويقوم على افتراض مؤداه أن الطفل المصاب بالتوحد لديه معدل عالي من القلق ، فهو يركز على التدريبات البدنية والذي يطلق فيها هرمون الأندر وفين *Endorphins* التي تحكم القلق والإحباط بالإضافة إلى كثير من الموسيقى مع السيطرة على سلوكيات الطفل غير المناسبة ولكن هذا النوع من العلاج مازال موضع بحث ولم يتم التأكد بعد من مدى فاعليته .

4) برنامج استخدام الصور في التواصل " *PECS* " *Picture Exchange Communication System*

نشأت فكرة هذا البرنامج عن طريق *Bondy Forst* عـــام 1994 ويتم في هذا البرنامج استخدام صور كبديل عن الكلام ولذلك فهو مناسب فقط للتوحديين الذين يعانون من عجز لغوي حيث يتم البدء في التواصـــل عـــن طريق تبادل صور تمثل ما يرغب فيع الطفل مع الشخص الأخـــر " الأب ، الأم، المدرس " حيث ينبغي على هذا الآخر أن يتجاوب مع الطفل ويســـاعده على تنفيذ رغباته ويستخدم الطفل في هذا البرنامج رموزا أو صورا وظيفية رمزية في التواصل " طفل يأكل ، يشرب ، يقضي حاجته ، يقرأ ..... الخ "

5) العلاج بالتكامل السمعي " *AIT* " *Auditory Integration Therapy*

وقد ابتكر هذه الطريقة *Berard* عام 1993 وافترض في هذا النـــوع من العلاج أن الأشخاص التوحديين مصابين بحساسية في السمع " فهم إمـــا مفرطين في الحساسية أو لديهم نقص في الحساسية السمعية " ولـــذلك فـــإن طريقة العلاج هذه تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عـــن طريـــق عمل فحص سمع أولا ثم يتم وضع سماعات علـــى آذان الأطفـــال بحيـــث يستمعون لموسيقى تم ترتيبها بشكل متسلسل حيث تؤدي إلى تقليل الحساسية المفرطة أو زيادة الحساسية في حالة نقصـــها . ويشـــمل الاســـتماع لهـــذه

الموسيقى مدة **10 ساعات** في الأسبوع بواقع **جلستين** يوميا كل جلسة لمدة **30 دقيقة** .

6) **العلاج بالتكامل الحسي " *SIT* " *Sensory Integration Therapy***

أول من بحث في هذا النوع من العلاج هي Jane Ayers ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الحواس الصادرة من الجسم وبالتالي فإن أي خلل في ربط أو تجانس هذه الحواس مثل " الشم ، السمع ، البصر ، التذوق ، اللمس ، التوازن " قد يؤدي إلى أعراض التوحد وهذا النوع من العلاج قائم على تحليل هذه الحواس ومن ثم العمل على توازنها .

ثالثا : أساليب التدخل الطبي.

مع ازدياد القناعة بأن العوامل البيولوجية قد تلعب دورا في حدوث الإصابة بالتوحد فإن المحاولات جادة لاكتشاف الأدوية الملائمة لعلاجه وحتى الآن لا يوجد علاج طبي يؤدي بشكل واضح إلى تحسن الأعراض الأساسية المصاحبة للإصابة بالتوحد، والعلاج الطبي يمكن أن يقدم المساعدة في تقليل المستويات المرتفعة من الإثارة والقلق ويقلل من السلوك التخريبي أو ألتدميري ولكنه لا يؤثر في جوانب القصور الأساسية ويمكن أن يؤدي إلى مشكلات أسوأ ولذلك يجب تجنبه إن أمكن أو استخدامه بحذر.

وهناك العديد من العقاقير التي تستخدم مع الأطفال التوحديين مثل العقاقير المنبهة ومنشطات الأعصاب ومضادات الاكتئاب والعقاقير المضادة للقلق والعقاقير المضادة للتشنجات .

رابعا : أساليب العلاج بالفيتامينات:

أشارت بعض الدراسات إلى أن استخدام العلاج ببعض الفيتامينات ينتج عنه تحسنا في السلوكيات فقد أجريت في فرنسا دراسة عام 1982 وأشارت نتائجها إلى أن العلاج بفيتامين ب6 ينتج عنه تحسنات سلوكية في 15 طفل من مجموعة قوامها 44 طفل توحدي وفي دراسات أخرى في عام 1988 قررت أن خلط فيتامين ب6 مع الماغنسيوم ينتج عنها تحسنا أفضل من استخدام فيتامين ب بمفرده .

خامسا : العلاج بالحمية الغذائية

أشار بعض الباحثين إلى أن الدور الذي يلعبه الغذاء والحساسية المخية له في حياة الطفل الذي يعاني من التوحد دور بالغ الأهمية، والمقصود بالحساسية المخية هو التأثير السلبي على المخ والذي يحدث بفعل الحساسية للغذاء والتي تؤدي إلى انتفاخ أنسجة المخ والتهابات مما يؤدي إلى اضطرابات في التعلم والسلوك ولعل من أهم هذه المواد الغذائية التي تسبب هذا النوع من الاضطرابات هي : اللوز – التفاح – البرقوق – الفراولة – التوت – الكريز – العنب – البرتقال – الطماطم – اليوسفي – مكسبات الطعم – مرقه الدجاج – النكهات – الشيبسي – الشيكولاتة – الحلويات – البيبسي ومادة الكولا .

وبالإضافة إلى ذلك فهناك بعض المواد الأخرى التي ينتج عنها نفس الأثر في ظهور هذه الاضطرابات وهي

مادة الفينول الموجودة في الشامبو ومعجون الأسنان – مادة الرصاص الموجودة في عوادم السيارات / الدهانات القديمة / شم رائحة ورق الجرائد / القلم الرصاص .

كما أن هناك إحدى الدراسات التي ربطت ظهور مثل هذه الاضطرابات بعدم قدرة الجسد على تكسير بعض البروتينات مثل **الجلوتين** والذي يوجد في القمح والشعير **والكازين** الذي يوجد في لبن الأبقار ولبن الأم.

ولذلك فإن مفتاح المعالجة الناجحة في هذا النوع من العلاج هو معرفة المواد المسببة لهذه الاضطرابات والامتناع عن التعرض لها أو تناولها .