

اضطراب التوحد

مقدمة

يعد اضطراب التوحد *autism* وهو اضطراب نمائي عام أو منتشر في واقع الأمر شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية حيث يتأثر الأداء الوظيفي العقلي للطفل سلباً من جرائه، ويكون مستوى ذكاء الطفل في حدود الإعاقة العقلية أو الفكرية البسيطة أو المتوسطة . وهناك شبه إجماع بين الباحثين والعلماء المهتمين بهذا المجال على أن اضطراب التوحد يعتبر إعاقة عقلية معقدة، وأنه من هذا المنطلق يعد إعاقة عقلية واجتماعية في ذات الوقت . ووفقاً لتلك الإحصاءات التي نشرها الاتحاد القومي لدراسات وبحوث اضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية وذلك في يناير عام ٢٠٠٣ فإن نسبة انتشار اضطراب التوحد قد اختلفت تماماً عن ذي قبل حيث ارتفعت بدرجة كبيرة للغاية بحيث أصبح متوسطها ١ : ٢٥٠ حالة ولادة بعد أن كانت قبل ذلك مباشرة وفقاً لتلك الإحصاءات التي نشرتها الجمعية الأمريكية لاضطراب التوحد *Autism Society of America* في عام ١٩٩٩ قد بلغت ٤ - ٥ أفراد لكل عشرة آلاف حالة ولادة، وقد أدى ذلك بطبيعة الحال إلى أن تجاوز اضطراب التوحد متلازمة أعراض داون في الترتيب بعد أن كانت تلك المتلازمة تسبقه، وبذلك أصبح اضطراب التوحد هو ثاني أكثر الإعاقات العقلية انتشاراً، ولا يسبقه في ذلك سوى الإعاقة العقلية الفكرية فقط، أما متلازمة أعراض داون فتأتي بعده مباشرة .

ويرى هالاهاان وكوفمان (٢٠٠٧) Hallahan & Kauffman أن اضطراب التوحد وفقاً لقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات *IDEA* يعد بمثابة إعاقة نمائية أو تطورية تؤثر سلباً بطبيعة الحال على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي من جانب الطفل، وعادة ما يظهر هذا الاضطراب بشكل عام قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره مما يجعل من شأنه أن يؤثر سلباً على أداء الطفل بشكل

عام . وهناك في الواقع خصائص أخرى مصاحبة لاضطراب التوحد هي الانغماس في أنشطة تكرارية، وحركات نمطية أو مقولبة ، *stereotyped* ومقاومة للتغيير الذي قد يطرأ على البيئة أو التغيير في الروتين اليومي، والاستجابة غير العادية للخبرات الحسية المختلفة . ولا ينطبق هذا التشخيص على الطفل إذا كان أداءه التعليمي يتأثر في الأساس تأثيراً عكسياً أو سلبياً من جراء اضطراب انفعالي آخر خطير يعاني منه . ومن جهة أخرى فإن اضطراب التوحد يتسم بوجود أوجه قصور معرفية شديدة مع أن ذلك لم يتضح بشكل محدد في التعريف الذي يقدمه قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات . *IDEA*

ويعد اضطراب التوحد من وجهة نظرنا (عادل عبدالله، ٢٠٠٤، ٢٠٠٨) بمثابة اضطراب معقد يمكن النظر إليه على أنه اضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر سلباً على العديد من جوانب نمو الطفل، ويظهر على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في الغالب تدفع بالطفل إلى التوقع حول ذاته . كما يتم النظر إليه أيضاً على أنه إعاقة عقلية، وإعاقة اجتماعية، وعلى أنه إعاقة عقلية اجتماعية متزامنة أي تحدث في ذات الوقت، وكذلك على أنه نمط من أنماط اضطرابات طيف التوحد *autism spectrum disorders* يتسم بقصور في السلوكيات الاجتماعية، والتواصل، واللعب الرمزي فضلاً عن وجود سلوكيات واهتمامات نمطية وتكرارية ومقيدة .

ومن الجدير بالذكر أن هذا الاضطراب كاضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر سلباً على العديد من جوانب النمو الأخرى، وليس على الجانب العقلي أو الجانب الاجتماعي فقط ، بل إن الواقع يشهد أن أغلب جوانب النمو تتأثر به . وهو الأمر الذي ينفرد به هذا الاضطراب دون سواه من الإعاقات العقلية الأخرى سواء الإعاقة العقلية الفكرية، أو متلازمة أعراض داون حيث لا يوجد في أي منهما ما يمكن أن يكون كذلك . ومن بين تلك الجوانب التي يمكن أن تتأثر بمثل هذا الاضطراب الجانب العقلي المعرفي، والجانب الاجتماعي ، والجانب اللغوي وما يرتبط به من تواصل، والجانب الانفعالي، واللعب، والسلوكيات .

هذا وقد شهد اضطراب التوحد من وجهة نظرنا تغيرات متعددة في تصنيفه وتشخيصه، ولا يخفى علينا أن كل تغير من هذه التغيرات يمكن أن يمثل مرحلة

معينة من تلك المراحل التي مرت بها عملية التشخيص والتصنيف تلك . ففي البداية لم يكن هذا الاضطراب معروفاً قبل أن يكتشفه ليو كانر Leo Kanner عام ١٩٤٣ . وقد تم بعد ذلك النظر إلى هذا الاضطراب وتشخيصه على أنه نمط من فصام الطفولة مع أن الفرق بينهما يكاد يكون واضحاً . وفي عام ١٩٤٤ اكتشف الطبيب النمساوي هانز أسبرجر Hans Asperger متلازمة أعراض مرضية سميت باسمه فيما بعد هي متلازمة أسبرجر *Asperger's syndrome* ولكنها لا تتفق مع اضطراب التوحد- مع أنها أحد أنماط اضطرابات طيف التوحد- إلا في وجود اضطراب أو قصور في الجانب الاجتماعي للطفل، إلى جانب بعض مشكلات بسيطة في الجانب اللغوي بينما تكون نسبة الذكاء مرتفعة، ومن ثم فإن هناك موهوبين من بين أولئك الذين يعانون من هذه المتلازمة .

ومع ظهور أول إشارة لذلك الاضطراب في دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية وذلك في الطبعة الثالثة منه *DSM- III* في عام ١٩٨٠ ثم في الطبعة الثالثة المعدلة من ذات الدليل *DSM- III-R* في عام ١٩٨٧ تمت الإشارة إليه على أنه اضطراب سلوكي. ومع أن هناك سلوكيات معينة تدل على ذلك الاضطراب حيث تظهر أعراضه على شكل تلك السلوكيات، ويمكن الاستدلال عليه من خلال مثل هذه السلوكيات حتى وقتنا الراهن، فإن ذلك لم يعد كافياً بالمرة، وأصبح يتم النظر إلى ذلك الاضطراب منذ ظهور الطبعة الرابعة من ذات الدليل *DSM- IV* في عام ١٩٩٤ على أنه اضطراب نمائي عام أو منتشر *pervasive developmental disorder* له انعكاساته السلبية على العديد من جوانب النمو الأخرى وفي مقدمتها الجانب العقلي المعرفي لدرجة أن هناك شبه إجماع على أنه إعاقة عقلية معقدة، بل إنه يعد أحد ثلاثة أنماط أساسية للإعاقة العقلية، وثانيها انتشاراً على مستوى العالم بحسب معدلات انتشاره .

وعلى الرغم من أن اضطراب التوحد *autism* يتم النظر إليه في ظل قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات وذلك منذ عام ١٩٩٠ على أنه فئة مستقلة فإن هناك اضطرابات أخرى شبيهة به يتم تناولها تحت مصطلح أعم هو اضطرابات طيف التوحد . *autism spectrum disorders ASD* . وهناك مصطلح آخر شبيه به هو مصطلح الاضطراب النمائي العام أو المنتشر . *pervasive developmental*

disorder هذا ولا تتضمن اضطرابات طيف التوحد أعراضاً ترتبط بها فحسب، ولكنها تتضمن أيضاً الاضطراب النمائي العام أو المنتشر غير المحدد في مكان آخر.

PDD- NOS

ومن المعروف وفقاً لما يقره المركز القومي للبحوث (٢٠٠١) *National Research Council* أن كلا من اضطراب طيف التوحد والاضطراب النمائي العام أو المنتشر يتضمنان في الواقع العديد من الأمور المشتركة والتي تتضمن في المقام الأول تأخراً في عدد من الجوانب من أهمها ما يلي :

١- نمو العلاقات الاجتماعية .

٢- تواصل الأفكار والمشاعر .

٣- العناية بالذات .

٤- المشاركة في الأنشطة الأسرية أو المدرسية أو المجتمعية.

كذلك فإن أعراض اضطراب التوحد والاضطرابات المشابهة غالباً ما تتم ملاحظتها بعد ميلاد الطفل بفترة وجيزة، وغالباً ما تكون بداية ظهورها لدى معظم الحالات قبل أن يصل الطفل الثانية من عمره، بل إن هناك العديد من الدراسات الحديثة التي أسفرت نتائجها في الغالب عن وجود مؤشرات محددة تدل على اضطراب التوحد وذلك منذ الشهور الستة الأولى من عمر الطفل، كما أن هناك مؤشرات أخرى مشابهة تظهر خلال الشهور الستة الثانية من عمر الطفل وهو ما يدل على أنه لو سارت الأمور على ما هي عليه فسوف يكون من الأكثر احتمالاً بالنسبة له أن يعاني من اضطراب التوحد عندما يكبر . هذا ويتسم اضطراب التوحد والاضطرابات المرتبطة به ببدايتها في وقت مبكر من عمر الطفل. وفي واقع الأمر فإن المحك التشخيصي لاضطراب التوحد إنما يتمثل كما تحدده الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) *APA* في تشخيص مثل هذا الاضطراب لدى الطفل قبل أن يصل ثلاثين شهراً من العمر أي خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره . كما أن تلك الآثار التي يمكن أن تترتب على اضطراب التوحد وما يرتبط به من اضطرابات أخرى تستمر مدى الحياة، وعادة ما تتطلب حصول الفرد على المساندة المستمرة إلى جانب حصوله على تلك الخدمات التي يتم تقديمها خلال مرحلتَي المراهقة والرشد والتي تعرف بخدمات المرحلة الانتقالية أي التي يتم تقديمها آنذاك وهي ما تعرف أيضاً بالخدمات المرتبطة بالتربية الخاصة .

أسباب اضطراب التوحد

أرجعت أفكار التحليل النفسي على مدى عقود عديدة حدوث اضطرابات التوحد إلى الاتجاهات الوالدية أو سلوك الوالدين. ومع ذلك فلم يكن ذلك التفسير صواباً بل كان خطأً حيث يرجع اضطراب التوحد إلى اختلال في الأداء الوظيفي للمخ. كما أننا نعلم إلى جانب ذلك أن أسر هؤلاء الأطفال وخاصة والدوهم قد خبروا قدراً كبيراً من الضغوط نظراً لأنهم فوجئوا بإعاقة طفلهم بشكل أقل مما يقال عنه أنه كان مفاجئاً وغير متوقع. ويرى هالاهان وكوفمان (٢٠٠٧) Hallahan & Kauffman أن النظريات السببية الأولى كانت تركز على وجود أساس وراثي للاضطراب حيث يذهب هيويتسون (٢٠٠٢) Hewetson إلى أن أسبرجر Asperger يرى أن هناك في الواقع أساساً بيولوجياً لاضطراب التوحد، وأن الوراثة تلعب في واقع الأمر دوراً هاماً في حدوث الاضطراب. ومع ذلك فقد كانت آراء التحليل النفسي التي سادت خلال عقد الستينيات هي المسيطرة على فكر العلماء والباحثين على مدى سنوات عديدة وهي تلك الآراء التي تركز على فكرة أن الآباء وخاصة الأمهات هن السبب الرئيسي في تعرض الأطفال لاضطراب التوحد. ومع تأكيد كاتر على أن البرود العاطفي أو الانفعالي *emotional refrigeration* كان هو الصفة السائدة بين الأطفال التوحديين خرج برونو بيتلهام (١٩٦٧) Bruno Bettelheim بنظرية يرى فيها أن الأم التي تتسم بالبرود الانفعالي، والتي لا تستجيب لطفلها إنما تؤدي في الواقع إلى تعرضه لاضطراب التوحد. وقد استعار معظم الباحثين مصطلح الأم الثلجة من بيتلهام Bettelheim واستخدموه كي يثيروا إلى أمهات الأطفال التوحديين.

أما بالنسبة للنظريات السببية المعاصرة *today's causal theories* فإنها تؤكد وفقاً لرؤية المركز القومي للبحوث (٢٠٠١) National Research Council وما يذهب إليه كوفمان (٢٠٠١) Kauffman وستروك (٢٠٠٤) Strock أنه ليس بمقدور العلماء أن يحددوا بشكل دقيق ذلك الخطأ أو المشكلة التي يشهدها المخ أو التي تحدث فيه ويكون من شأنها أن تؤدي إلى حدوث اضطراب التوحد أو حتى اضطرابات طيف التوحد عامة، ولكنهم يرون بشكل جلي أن السبب في ذلك يعد

نيورولوجياً أي عصبياً وليس بين شخصي. كما أن تعدد الأعراض الدالة على الاضطراب واختلاف مستويات حدته إنما يدل على أنه ليس هناك سبب عصبي وحيد أو واحد فقط يعد هو المسئول عنه، بل هناك عدة أسباب نيورولوجية لذلك، كما أن الوراثة *heredity* تلعب دوراً هاماً في كثير من هذه الحالات .

العوامل المساعدة على حدوث الاضطراب

يؤكد بومر وآخرون (Boomer et al. ١٩٩٥) أن هناك اعتقاداً بأن خلافاً وظيفياً في الجهاز العصبي المركزي من عوامل غير معروفة يعد هو السبب الأساسي الذي يكمن خلف هذا الاضطراب ويؤدي إلى حدوثه، ومن ثم انصب الاهتمام على دراسة متلازمة الأعراض المرتبطة باضطراب التوحد . وعلى ذلك يرد بعض الباحثين والعلماء هذا الاضطراب إلى أسباب بيوكيميائية في المخ مثل جيلسون (٢٠٠٠) Gillson وهو الأمر الذي يكون من نتائجه أن يؤدي ذلك إلى اضطراب في بعض الإفرازات المخية مما يؤثر بالتالي على الأداء الوظيفي للمخ. في حين يرده آخرون مثل دونلاب وبيرس (Dunlap & Pierce ١٩٩٩) إلى أسباب متعددة وليس إلى سبب واحد فقط حيث يعتقدان أنه لا يمكن أن يكون هناك سبب وحيد يعد هو المسئول عن الاضطراب، بل لابد أن يكون هناك أكثر من سبب واحد يؤدي إلى ذلك من خلال اشتراك كل هذه الأسباب مجتمعة في حدوث الاضطراب . ويرى كندول (Kendall ٢٠٠٠) أن الدراسات الحديثة قد كشفت عن وجود انخفاض نسبي واضح في نشاط النصف الكروي الأيسر من المخ لدى الأطفال التوحديين، ومن المعروف أن ذلك النصف هو الذي يتضمن تلك المنطقة الهامة التي تعد هي المسئولة عن حدوث التواصل . ومع ذلك فلا تزال هناك حقيقة هامة حول أسباب هذا الاضطراب مؤداها أنه لا يوجد أي سبب واضح على وجه التحديد يعد هو المسئول عن حدوث ذلك الاضطراب، أو يمكننا من خلاله أن نفسر السبب الذي يجعل الأطفال التوحديين يسلكون بمثل تلك الأساليب غير العادية، أو الذي يؤدي إلى حدوث تلك الأعراض التي تميز هذا الاضطراب والتي تعتبر بمثابة ملامح أساسية مميزة له. ومع ذلك فهناك شبه إجماع بين الباحثين والعلماء المهتمين بذلك الاضطراب على أنه يعد اضطراباً معرفياً واجتماعياً في الوقت ذاته، وأن هناك أسباباً بيولوجية متعددة – وليس سبباً واحداً - حدثت في وقت ما بين الحمل والولادة

وأدت بدورها إلى تلك الآثار السلبية التي تتضمن تلك الملامح الأساسية المميزة للاضطراب . ويضيف روتر وآخرون (Rutter et al. ١٩٩٤) أنه ليس هناك سبباً طبيعياً محدداً نستطيع أن نعتبره في الواقع هو المسئول عن مثل هذا الاضطراب وذلك عند فحص غالبية حالات اضطراب التوحد عند عرضها عليهم حيث لم يتوصلوا إلى هذا السبب الطبي المحدد سوى لدى نسبة تتراوح بين ٥ - ١٠ % تقريباً من تلك الحالات التي قاموا بفحصها ودراستها .

وقد حاول البعض تحديد تصنيف معين لتلك العوامل التي عادة ما يكون من شأنها أن تسهم في حدوث الاضطراب فوجدوا أن الرأي الأرجح فيما يتعلق بأسباب الاضطراب يتمثل في وجود مجموعة من الأسباب والعوامل التي يمكن أن تؤدي إلى حدوث هذا الاضطراب، ويرى البعض أن هذه الأسباب تجمع بين الوراثة والبيئة، ويرى غيرهم أن هناك عوامل عصبية تؤدي إلى ذلك الاضطراب، بل ويضم آخرون إلى ذلك مجموعة أخرى من العوامل تتمثل في العوامل الكروموزومية أو الخلل الكروموزومي . ومع ذلك فليس هناك أي سبب محدد يمكن أن نركن إليه ونقرر أنه هو الذي أدى إلى حدوث ذلك الاضطراب . ففيما يتعلق بالأساس العصبي للاضطراب يرى فولكمار وبولز (Volkmar & Pauls ٢٠٠٣) أن ذلك يرجع بطبيعة الحال إلى حقيقة أن الأفراد التوحديين يتعرضون في الواقع لمعدل مرتفع لحدوث الاضطرابات بالمخ فضلاً عن تعرضهم للعديد من أوجه القصور المعرفية . أما الألة الراهنة فتؤكد كما يرى كورشين وآخرين (Courchesne et al. ٢٠٠١) على وجود عدة حقائق أو خصائص دالة لدى الأفراد التوحديين يمكن تناولها كما يلي:

- ١- يكون حجم المخ عند الولادة متوسطاً، وربما يكون أقل من المتوسط في بعض الحالات .
- ٢- يكون نمو المخ فجائياً وبشكل زائد أو مفرط في أول عامين من الحياة .
- ٣- يبطن معدل نمو المخ بعد سن الثانية و يصل المخ إلى أقصى حجم له في حوالي الرابعة أو الخامسة من العمر .
- ٤- يتناقص حجم المخ بعد سن الخامسة، ويصبح في مرحلتي المراهقة والرشد المخ في نفس حجم مخ الأفراد غير المعوقين .

وفي واقع الأمر فإن حدوث المعدلات العالية للنمو غير العادي للمخ خلال العامين الأوليين من العمر يؤثر سلباً على اكتساب اللغة وسعة أو كم الاستدلال أو الاستنتاج ، والشعور بالذات، وتؤثر في النهاية على تجهيز المعلومات بشكل معقد.

أما بالنسبة للأساس الجيني فتشير نتائج العديد من الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الإطار إلى أن العوامل ذات الجذور الوراثية أو الجينية تعد أحد أهم العوامل المسنولة عن حدوث اضطراب التوحد، وأن مثل هذه العوامل إنما ترجع إلى وجود عامل جيني واحد أو أكثر له إسهامه الكبير في مثل هذا الصدد . ومن أهم العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى اضطراب التوحد مع أنها يمكن أن تؤدي في الوقت ذاته إلى إعاقة عقلية أخرى كإعاقة العقلية الفكرية على وجه التحديد مثلاً ما يلي :

١- حالات التصلب الدرني للأنسجة . *tuberous sclerosis*

٢- حالات الفينيلكيتونوريا . *phenylketonuria*

٣- حالات الكروموزوم X الهش . *fragile X chromosome*

ومن المعروف أن مثل هذه العوامل تعد بمثابة حالات وراثية في أساسها، وهي مع اعتبارها كذلك فإنها كحالة هي التي تعد وراثية، أما ما ينتج عنها وهو التلف الذي يلحق ببعض خلايا المخ فهو دون شك لا يعد وراثياً، ولكنه ناتج عن حالة وراثية . وإلى جانب ذلك هناك بعض الحقائق التي تؤكد على الدور الحيوي للعوامل الوراثية في حدوث هذا الاضطراب منها ما يلي :

١- تؤدي بعض حالات الشذوذ الكروموزومي إلى هذا الاضطراب، ويعد الشذوذ في الكروموزوم رقم ١٣ من أكثر هذه الحالات شيوعاً، ومن المعروف أن شذوذ هذا الكروموزوم يرتبط كذلك بمتلازمة أوشر .

Usher`s syndrome

٢- أن هناك عدداً من الجينات يتراوح بين ٣- ٥ جينات تشترك جميعها في حدوث اضطراب التوحد، ويجب أن تتوفر كلها لدى نفس الشخص مع العلم بأنها غير متضمنة في كروموزوم واحد فقط، بل إنها تتوزع على عدد من الكروموزومات المختلفة، وهي جميعاً تتضمن أنواعاً من الخلل الكروموزومي. وإذا قل هذا العدد عن ذلك فلن يؤدي إلى إصابة الطفل باضطراب التوحد.

٣- أن محيط الرأس لدى هؤلاء الأطفال يكون أكبر من مثيله لدى أقرانهم غير المعوقين. ومن المعروف أن كبر حجم محيط الرأس أو صغره يعد من العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى التخلف العقلي .

٤- أن نتائج الدراسات الميكروسكوبية على الأطفال التوحديين تؤكد عدم وجود خلايا بيركنجي *perkinje cells* بالمخيخ لديهم إلى جانب تزايد عدد الخلايا العصبية في مكونات الجهاز الطرفي *limbic* من جانبهم .

٥- نقص طول ومحيط جذع المخ *brain stem* علماً بأن جذع المخ يلعب دوراً حيوياً في عمليات التنفس، وتناول الطعام، والتوازن، والتناسق الحركي على سبيل المثال .

٦- عدم وجود جزأين أساسيين من أجزاء جذع المخ يتمثل أولهما في النواة الوجهية *facial nucleus* التي تتحكم في عضلات الوجه، والتي تكون مسنولة بالتالي عن التعبير غير اللفظي . بينما يتمثل ثانيهما في الزيتونة العليا *super olive* وهي التي تلعب دوراً هاماً في توجيه وتوزيع تلك المعلومات المرتبطة بالمشيرات السمعية . ومن المعروف أن هذين الجزأين يتكونان في الأساس من جزء الأنبوب العصبي الذي يتكون الجهاز العصبي المركزي للجنين منه وذلك في الأسابيع الأولى من الحمل .

٧- يوجد إلى جانب غياب النواة الوجهية نقص كبير في عدد الخلايا العصبية التي ترتبط بعضلات الوجه حيث يبلغ عددها أربعمئة خلية عصبية لدى الطفل التوحدي بينما يصل عددها لدى الطفل السليم إلى تسعة آلاف خلية .

٨- أن حوالي ٣٠% تقريباً من الأطفال التوحديين يوجد لديهم زيادة في تركيز مادة السيروتينين التي تعتبر من الناقلات العصبية وذلك في الصفائح الدموية.

وفيما يتعلق بالأساس البيئي للاضطراب أو العوامل البيئية التي تسهم في حدوثه فإن هناك العديد من هذه العوامل البيئية والتي قد يؤدي بعضها أيضاً إلى الإعاقة العقلية أو الفكرية منها ما يلي :

١- التلوث البيئي الكيميائي سواء من خلال الكيمولويات المختلفة أو التلوث بالمعادن كالزئبق والرصاص على سبيل المثال سواء تم ذلك من جانب الأم خلال فترة الحمل، أو من جانب الطفل بعد ولادته .

٢- تعرض البويضات أو الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيميائية أو للإشعاعات يمكن أن يؤدي إلى ذلك .

٣- التلوث الغذائي عن طريق استخدام الكيماويات قد يؤدي إلى حدوث تسمم عضوي عصبي يسبب الاضطراب خاصة إذا تعرضت له الأم الحامل، أو الطفل بعد ولادته، أو إذا ما تعرضت البويضات أو الحيوانات المنوية أو البويضة الملقحة لذلك .

٤- التلوث الإشعاعي أو التعرض للأشعة سواء الأشعة السينية (X)، أو التسرب الإشعاعي، أو استخدام النفايات النووية في الأسلحة التقليدية، أو دفن تلك النفايات بشكل يجعل من الممكن بالنسبة لها أن تؤثر على الأفراد .

٥- التعرض للأمراض المعدية، وخاصة تعرض الأم الحامل لها، وإصابتها بها، أو تعرض الطفل لها في بداية حياته، أو خلال عامه الأول.

٦- اضطرابات الأيض، أي حدوث خلل أو قصور في التمثيل الغذائي .

٧- تعاطي الأم الحامل للعقاقير بشكل منتظم وخاصة خلال أول ثلاثة شهور من الحمل مهما رأت أن العقار المستخدم يعد بسيطاً لدرجة أن عقار التاليدوميد *thalidomide* الذي كان يستخدم لتثبيت الحمل يعد من العوامل المؤدية إلى اضطراب التوحد، بل وإلى الإعاقة العقلية الفكرية، ومختلف الإعاقات الحسية أيضاً .

٨- تعاطي الأم الحامل للكحوليات وهو ما يؤدي عادة إلى ما يعرف بزملة تعرض الجنين للكحوليات *fetus alcohol syndrome* وهو الأمر الذي يؤدي به إما إلى الإعاقة العقلية الفكرية أو اضطراب التوحد .

٩- تعد البيئة الاجتماعية أو الاقتصادية أو الثقافية التي ينشأ الطفل فيها ذات دور كبير في حدوث أو منع أو تطور الاضطراب وذلك بما يلقاه فيها من اهتمام، وما يتعلمه من عادات صحية، وما يجده من عناية ورعاية صحية.

١٠- قد تؤثر العوامل البيئية على تطور الاضطراب ومآله .

ومن جهة أخرى يرى بعض العلماء أن هناك أساساً كروموزومياً للاضطراب حيث حاولوا تحديد نمط ما من أنماط الخلل أو الشذوذ الكروموزومي، واعتباره مسؤولاً عن حدوث اضطراب التوحد . ومن أكثر الأنماط التي تم التحدث عنها في

هذا الصدد ذلك الشذوذ في الكروموزوم رقم ١٣ والذي يؤدي إلى حدوث ما يعرف بمتلازمة أوشر. *Usher's syndrome* وإلى جانب ذلك فإن هناك نمطاً آخر من ذلك الشذوذ يتمثل في الكروموزوم X الهش. *fragile X chromosome* وإضافة إلى ذلك هناك شذوذ في عدد من الجينات تتراوح في عددها كما أشرنا من قبل بين ٣- ٥ جينات تتوزع على عدد من الكروموزومات، ويجب أن يتوفر هذا العدد لدى الطفل، وإلا فلن يحدث مثل هذا التأثير السلبي. ومن ناحية أخرى فقد حاول بعض العلماء البحث عن أساس جيني محدد للاضطراب التوحد، ورأى البعض أن الكروموزوم رقم ٧ يعد هو المسئول عنه، وبالتالي فإن الشذوذ في هذا الكروموزوم يؤدي إليه بالضرورة، في حين رأى غيرهم أن الشذوذ في الكروموزوم رقم ٩ يعد هو المسئول عن ذلك، إلا أن البعض قد استبعد هذا الكروموزوم رقم ٩، بينما حدد آخرون الكروموزوم رقم ١٥ ليكون الشذوذ فيه هو المسئول عن حدوث اضطراب التوحد. ورغم كل ذلك لا يوجد هناك رأي قاطع في هذا الخصوص.

وعلى الرغم من ذلك فقد أكدت النتائج التي كشفت عنها دراسات عديدة في هذا الصدد أن حوالي ١٠% تقريباً فقط من حالات اضطراب التوحد هي التي تم فيها تحديد سبب معين للاضطراب، أما الحالات الأخرى والتي تمثل الغالبية العظمى من الحالات فلا يكون السبب معروفاً فيها. وقد لا يكون هناك في واقع الأمر سبباً، أو عاملاً، أو جيناً واحداً أو وحيداً فقط بل قد تشترك عدة أسباب، أو عوامل، أو جينات في الحالة. كما أن السبب الرئيسي المسئول عن هذا الاضطراب لا يزال غير معروف على وجه التحديد حتى الآن.

تشخيص اضطراب التوحد

يعد اضطراب التوحد *autism* من الاضطرابات النمائية الحادة التي تصيب الطفل والتي عرض له دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة *DSM-IV* على أنه اضطراب نمائي عام أو شامل (منتشر) *pervasive* ويحدد التصنيف الدولي العاشر للأمراض *ICD-10* هذا الاضطراب على أنه منتشر حيث يؤثر سلباً على العديد من جوانب النمو الأخرى. ومع ذلك فقد أكدت العديد من الدراسات الحديثة كما يرى

عادل عبدالله (٢٠٠٤) على أن بإمكاننا أن نتعرف على اضطراب التوحد وأن نحدده لدى الطفل منذ العام الأول من ميلاده حيث حددت مجموعة من الأعراض تظهر عليه منذ الشهور الستة الأولى من عمره فضلاً عن مجموعة أخرى من الأعراض تبدو عليه منذ الشهور الستة التالية من عمره، وبالتالي يكون من الأكثر احتمالاً أن يصبح ذلك الطفل توحدياً فيما بعد . ويمكن أن نعرض لهذه الأعراض كما يلي :

(أ) الأعراض المميزة للطفل التوحدي خلال الشهور الستة الأولى من العمر:

- 1- يبدو وكأنه لا يريد أمه، ولا يحتاج إليها أو إلى وجودها معه.
- 2- لا يبالي بمسألة أن يقبل عليه أحد الراشدين، ويقوم بحمله حتى وإن كان هذا الشخص وثيق الصلة به .
- 3- تكون عضلاته رخوة أو مترهلة وهو ما يوضحه تخطيط العضلات .
- 4- لا يبكي إلا قليلاً، ولكنه مع ذلك يكون سريع الغضب أو الانفعال بشكل كبير.
- 5- لا يستطيع الطفل إلى جانب ذلك خلال الشهور الستة الأولى من حياته أن يلاحظ أمه، أو يتابعها ببصره .
- 6- يكون خلال تلك الفترة قليل المطالب بشكل ملحوظ .
- 7- لا يبتسم إلا نادراً .
- 8- تكون تلك الكلمات التي يمكنه أن ينطق بها غير مفهومة .
- 9- من الأمور الهامة التي تميز استجاباته أنها دائماً ما تكون متوقعة .
- 10- لا يبدي ذلك الطفل أي اهتمام بتلك اللعب التي يتم وضعها أمامه .

(ب) الأعراض المميزة للطفل التوحدي في النصف الثاني من العام الأول من

عمره :

أظهرت نتائج الدراسات الحديثة العديد من الأعراض أو الخصائص التي يمكن من خلالها أن نتعرف على الطفل التوحدي في النصف الثاني من العام الأول من عمره، هي :

- ١- لا يبدي الطفل أي اهتمام بالألعاب الاجتماعية .
 - ٢- لا يبدي الطفل أي انفعال نتيجة حدوث أي شئ أمامه .
 - ٣- يفقر الطفل بشدة إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي .
 - ٤- تكون ردود فعله للمثيرات المختلفة إما مفرطة أو قليلة جدا .
- وجدير بالذكر أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة *DSM-IV* الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) *APA* وفي المراجعة النصية لهذه الطبعة الرابعة (٢٠٠٠) *DSM- IV- TR* والتصنيف الدولي العاشر للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) *WHO* يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص الأمراض والاضطرابات المختلفة في الوقت الراهن . ويرى فولكمار (١٩٩٦) *Volkmar* أنه لا يوجد تعارض بينهما في التشخيص بوجه عام إذ يدور محور التركيز الأساسي لكل منهما حول أربعة محكات رئيسية هي :

١- البداية :

عادة ما تكون بداية هذا الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره ، أما الحالات اللانموذجية أو اللانمطية *atypical* فتتأخر بداية الاضطراب كثيراً عن هذا السن. وعندما يتأخر اكتشافه عن هذا السن يقوم البعض على الفور باستبعاد هذا الاضطراب عند التشخيص. كما نلاحظ أن الأداء الوظيفي للطفل يكون مختلاً في واحد على الأقل من الجوانب الثلاثة التالية :

- التفاعل الاجتماعي .
- استخدام اللغة للتواصل الاجتماعي .
- اللعب الرمزي أو الخيالي .

٢- السلوك الاجتماعي :

يوجد قصور كفي في التفاعلات الاجتماعية في اثنين على الأقل من أربعة

محكات :

- التواصل غير اللفظي .
- إقامة علاقات مع الأقران .

- المشاركة مع الآخرين في الأنشطة والاهتمامات .
- تبادل العلاقات الاجتماعية معهم .

٣- اللغة والتواصل :

- يوجد قصور كفي في التواصل في واحد على الأقل من أربعة محكات هي :
- تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة .
 - عدم القدرة على المبادأة في إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين .
 - الاستخدام النمطي أو المتكرر للغة .
 - قصور في اللعب التظاهري أو الخيالي .

٤- الأنشطة والاهتمامات :

توجد أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة مقيدة وتكرارية وذلك في واحد على الأقل من أربعة محكات يبيدها الطفل هي :

- الانشغال باهتمام نمطي واحد غير عادي .
- الرتابة والروتين .
- إتباع أساليب نمطية للأداء .
- الانشغال بأجراء من الأشياء .

ويؤكد المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) أن الدلائل التشخيصية التي تستخدم في تشخيص هذا الاضطراب والتي يعرض لها التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-١٠ لا تختلف عن ذلك. كما أن هذا الاضطراب يحدث بين الذكور بمعدل ثلاثة أو أربعة أضعاف معدل حدوثه بين الإناث . ولا تكون هناك في العادة مرحلة سابقة أكيدة من التطور السوي، وإن وجدت فإنها لا تتجاوز السنة الثالثة من العمر.

ومن ناحية أخرى فعادة ما توجد اختلالات كفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل والتي غالباً ما تأخذ شكل التقدير غير المناسب للتلميحات الاجتماعية والانفعالية، كما تتجلى في فقدان الاستجابات لمشاعر الآخرين أو عدم تعديل السلوك وفقاً للإطار الاجتماعي أو كليهما . إضافة إلى ضعف استخدام الرموز الاجتماعية، وضعف التكامل بين السلوكيات الاجتماعية الانفعالية والتواصلية وخاصة فقدان التبادل الاجتماعي - العاطفي . كذلك تنتشر الاختلالات الكفية في التواصل، وقد تأخذ شكل

عدم الاستخدام لأي مهارات لغوية قد تكون موجودة إلى جانب اختلال في اللعب الإيهامي *make-believe play* والتقليد الاجتماعي ، وضعف المرونة في التعبير اللغوي ، وفقدان نسبي للقدرة على الإبداع والخيال في عمليات التفكير ، وفقدان الاستجابة العاطفية لمبادرات الآخرين سواء المبادرات اللفظية أو غير اللفظية، واستخدام خاطئ للأشكال المختلفة من النبرات وأساليب التوكيد للتعبير عن الرغبة في التواصل . وكذلك عدم استخدام الإيماءات المصاحبة التي عادة ما يكون من شأنها أن تساعد في التأكيد أو التواصل الكلامي .

وإضافة إلى ذلك تتميز الحالة أيضاً بأنماط من السلوك والاهتمامات والأنشطة تتسم بمحدوديتها وتكراريتها ونمطيتها ، وقد تأخذ شكل التصلب والروتين في الأداء اليومي والأنشطة وأنماط اللعب . وقد يكون هناك ارتباط معين بأشياء غير عادية، وكثيراً ما تكون هناك انشغالات نمطية ببعض الاهتمامات إلى جانب أنماط حركية أو اهتمام خاص بعناصر غير وظيفية في الأشياء كرائحتها، أو ملمسها على سبيل المثال، إضافة إلى مقاومة أي تغيير في الروتين أو في البيئة المحيطة .

تقييم اضطراب التوحد

مما لا شك فيه أن تقييم هذا الاضطراب وتحديد من يعانون منه إنما يعتمد على استخدام عدد من المقاييس التي تم إعدادها لمثل هذا الغرض في بيئات مختلفة سواء كانت أجنبية، أو محلية، أو حتى إقليمية . وفي واقع الأمر هناك عدد من المقاييس تم استخدامها في بيئات أجنبية يأتي في مقدمتها ومن أهمها المقاييس التالية :

١ - قائمة ملاحظة السلوك التوحدي التي أعدها كروج (١٩٩٠) Krug والتي

تحدد ثلاثة عوامل لهذا الاضطراب هي :

أ - القصور في القدرة على التعبير اللفظي .

ب - الانسحاب الاجتماعي .

ج - عدم القدرة على التواصل الاجتماعي .

٢ - استمارة الحالة المزاجية للطفل الخاصة بجامعة كاليفورنيا الأمريكية *California Temperament Form* والتي تحدد عدداً من الأبعاد لهذا الاضطراب من بينها الأبعاد الثلاثة السابقة.

٣ - مقياس التقييم المختصر للسلوك *Behavior Summarized Evaluation* والذي يكتب اختصاراً *BSE* ويحدد ثمانية أبعاد للاضطراب هي الانسحاب

- الاجتماعي، والقدرة علي المحاكاة، والتواصل، وضعف الانتباه، والتعبير اللفظي، والتعبير غير اللفظي، وعلامات الخوف والتوتر، والاستجابات الذهنية.
- ٤- مقياس التقدير السلوكي للأطفال التوحديين وحالات التوحد اللانموزجي *Behavioral Rating Instrument for Autistic and atypical Children BRIAC* وهو من إعداد روتن Rutten ويتضمن هذا المقياس ثمانية مقاييس فرعية هي العلاقة مع الآخرين، والتواصل، والنطق، والتخاطب، والصوت وفهم الحديث والكلام، والتجاوب الاجتماعي، والقدرة الحركية البدنية، والنمو النفسي العضوي .
- ٥- قائمة ملاحظة السلوك للأطفال التوحديين *Behavior Observation System BOS* التي أعدها فريمان وآخرون Freeman et al. وتتكون من تسع فترات ملاحظة مدة كل منها ثلاث دقائق، ويتم خلالها تسجيل سبع وستين سلوكاً مميزاً لذلك الاضطراب .
- ٦- المقياس التقديري لاضطراب التوحد في مرحلة الطفولة *Childhood Autism Rating Scale CARS* الذي أعده سكوبلر وآخرون Schopler et al. ويتناول خمسة عشر متغيراً ترتبط بالاضطراب وتميزه هي قصور العلاقات الاجتماعية، والتقليد، واضطراب الانفعالات، والقدرة الحركية البينية، والسلوكيات النمطية، ومقاومة التغيير، واستجابات غير عادية للمثيرات السمعية، وعدم التجاوب مع البيئة المحيطة أو الاندماج معها، واستجابات القلق، والتواصل اللفظي، والتواصل غير اللفظي، واللعب، والمستوى العام للنشاط، والذكاء الوظيفي، والانطباعات العامة .
- ٧- اختبارات الذكاء، وينبغي خلالها استخدام الذكاء العملي أو الأدائي والابتعاد عن الذكاء اللفظي مع درجة كبيرة من الصبر والتأني على الطفل. ومن أهم هذه الاختبارات مقياس وكسلر Wechsler لذكاء الأطفال، ومقياس ستانفورد- بينيه Stanford- Binet للذكاء، ومقياس جودارد Goddard .
- ٨- البروفيل النفسي التربوي المعدل *Psychoeducational Profile Revised PEP-R* الذي قام بإعداده سكوبلر وآخرون (١٩٩٠) Schopler et al. والذي يضم سبع مجالات وظيفية لتشخيص حالات اضطراب التوحد هي التقليد، والإدراك الحسي، والمهارات الحركية الكبيرة، والمهارات الحركية الدقيقة،

والمجال المعرفي اللفظي، والمجال المعرفي العملي، والمجال السلوكي (ويقاس خلاله أربع مجالات سلوكية هي العلاقات الاجتماعية، والمجال الحسي، واللعب، واللغة) .

٩- مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي *Vineland Adaptive Behavior Rating Scale*

وتوجد نسخة عربية من هذا المقياس من إعداد فاروق صادق، كما توجد نسخة أخرى بجامعة القاهرة تحت عنوان السلوك التوافقي. وإلى جانب ذلك قام عبدالعزيز الشخص بإعداد مقياس خاص به يسمى بمقياس السلوك التكيفي . ويمكن استخدام مقاييس السلوك التكيفي لتحقيق أكثر من هدف من بينها ما يلي:

- أ - قياس مهارات الحياة اليومية .
- ب- تناول الجانب الاجتماعي .
- ج- تناول بعض المشكلات السلوكية .
- د - قياس معدل الذكاء وخاصة من خلال التعرف على التأزر *integration* البصري الحركي للطفل .

١٠- قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد *Autism Treatment Evaluation Checklist ATEC* التي أعدها برنارد ريملاند وستيفين إديلسون B. Rimland & S.M. Edelson بمعهد بحوث اضطراب التوحد في سان دييجو San Diego في الولايات المتحدة الأمريكية ويتضمن أربعة مقاييس فرعية، كما يمكن استخدامها في سبيل تشخيص حالات اضطراب التوحد. وتوجد نسخة عربية لهذه القائمة من إعدادنا. أما المقاييس الأربعة الفرعية بتلك القائمة فهي :

- أ - التواصل اللفظي (اللغة والحديث) .
- ب- الاجتماعية .
- ج- الإدراك والوعي الحسي/ المعرفي .
- د - المشكلات الصحية والحالة الجسمية .

١١- مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد *Gilliam Autism Rating Scale GARS* وهو المقياس الذي أعده جيليام (١٩٩٥) Gilliam والذي يتضمن أربعة مقاييس فرعية هي السلوكيات النمطية، والتواصل، والتفاعل الاجتماعي، والاضطرابات النمائية . وتوجد في الواقع نسخة عربية لهذا المقياس من إعدادنا .

أما على المستوى العربي فلا يوجد هناك ما نأمل في وجوده من الأساليب التشخيصية الكافية ولا أساليب التقييم الكافية أيضاً . وفي حدود علمنا هناك محاولات قليلة تمت بهذا الخصوص في بيئتنا العربية محلياً وإقليمياً تتمثل فيما يلي:

١- هناك محاولة عرض لها عبد الرحيم بخيت (١٩٩٩) وتضمن المقياس ١٦ عبارة يجاب عنها من خلال تحديد أحد اختياريين هما (نعم) أو (لا) ، وتمثل تلك العبارات مظاهر أو أعراض لاضطراب التوحد يجب أن تنطبق ثماني عبارات منها على الطفل حتى يتم تشخيصه كذلك . ولم يعرض هذا المقياس مستقلاً ، ولكنه يعد محاولة في هذا الصدد .

٢- مقياس الطفل التوحدي ، إعداد : عادل عبد الله محمد (٢٠٠١) ، ويعد بمثابة مقياس تشخيصي يعمل على التعرف على الأطفال التوحديين، وتحديدهم وتمييزهم عن غيرهم من الأطفال ذوي الاضطرابات المختلفة، وعن الأطفال المتخلفين عقلياً وذلك حتى يتم تقديم الخدمات، والخطط، والبرامج التدريبية والتربوية والتعليمية لهم بما يساعدهم على الاندماج مع الآخرين في المجتمع . وقد تمت صياغة عبارات هذا المقياس في ضوء المحكات الواردة في وصف وتشخيص وتقييم مثل هذا الاضطراب وذلك في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية *DSM-IV* إلى جانب مراجعة التراث السيكلوجي والسيكاتري حول ما كتب عن ذلك الاضطراب .

ويتألف هذا المقياس من ٢٨ عبارة يجاب عنها من خلال الاختيار بين أحد اختياريين هما (نعم) أو (لا) من جانب الأخصائي أو ولي الأمر أو أحد الوالدين . وتمثل هذه العبارات مظاهر أو أعراض لاضطراب التوحد، ويعني وجود نصف هذا العدد من العبارات على الأقل وانطباقها على الطفل أنه يعاني فعلاً من هذا الاضطراب. وفي الغالب لا يتم إعطاء درجة للطفل في هذا المقياس حيث يتم استخدامه بغرض تشخيصي فقط وذلك للتأكد من أن الطفل يعاني فعلاً من ذلك الاضطراب .

٣- النسخة العربية من قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد التي أشرنا إليها سابقاً والتي قمنا نحن بإعدادها باللغة العربية، والتأكد من صدقها وثباتها بشكل عام إلى جانب التأكد من نفس هذه الأمور بالنسبة لكل بعد من الأبعاد

الأربعة التي تتضمنها تلك القائمة، والذي يمثل كل منها مقياساً فرعياً مستقلاً يمكن استخدامه في حد ذاته سواء في إطار القائمة، أو استخدامه من جانب آخر بشكل مستقل عنها. وهو الأمر الذي يسهم بدور فاعل في التعرف على أثر مثل هذه البرامج وفعاليتها في الحد من أعراض هذا الاضطراب وذلك من خلال تطبيقها مرة واحدة شهرياً أو خلال فترة زمنية تتراوح بين أسبوعين إلى شهر كامل وتحديد التغيرات التي يمكن أن تكون قد حدثت للطفل بين كل تطبيقين متتاليين خلال تلك الفترة التي يتلقى فيها البرنامج العلاجي أو برنامج التدخل ويخضع له. وتتسم هذه القائمة بإجراءاتها البسيطة التي يمكن من خلالها جمع الدرجات التي يحصل الطفل عليها في المقاييس الفرعية المتضمنة والتعامل معها كذلك أو من خلال الدرجة الكلية التي يتم الحصول عليها عن طريق جمع درجات الطفل في تلك المقاييس الفرعية. ومع ذلك فإننا نلاحظ بصورة جلية أن الهدف من هذه القائمة لا يقف مطلقاً عند ذلك حيث أنه رغم أن الهدف الأساسي من تصميمها إنما يتمثل في الأصل في تقييم فعالية أساليب التدخل أو العلاج المختلفة للأشخاص التوحديين فإنه قد ثبت في واقع الأمر جدواها أيضاً للعديد من الأغراض الأخرى التي يعتبر تشخيص هذا الاضطراب من أهمها، بل وفي مقدمتها.

٤ - النسخة العربية من مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد التي أشرنا إليها سابقاً والتي قمنا نحن بإعدادها باللغة العربية، والتأكد من صدقها وثباتها بشكل عام إلى جانب التأكد من نفس هذه الأمور بالنسبة لكل بعد من الأبعاد الأربعة التي تتضمنها تلك القائمة، والذي يمثل كل منها مقياساً فرعياً مستقلاً يمكن استخدامه في حد ذاته سواء في إطار المقياس، أو استخدامه من جانب آخر بشكل مستقل عنه، أي أن بإمكاننا أن نستخدم المقياس بأكمله، أو أي مقياس فرعي منه.

وبذلك يتضح أن العيادة النفسية المصرية والعربية تعاني من قصور واضح في أساليب تقييم هذا الاضطراب وهو الأمر الذي يحتاج إلى مزيد من الجهد والمتابعة حتى نصل إلى التشخيص والتقييم الصحيح للأفراد الممثلين لهذه الفئة.

الصورة الكلية الشاملة لاضطراب التوحد

من الجدير بالذكر أن التوجهات البحثية المختلفة قد تناولت هذا الاضطراب المعقد من زوايا ورؤى عديدة، كما أن تحديد مثل هذا الاضطراب قد مر كما أسلفنا بمراحل متعددة فبرزت آراء ونظريات عديدة على أثر ذلك لم يلبث الكثير منها أن اندثر ، ولم يعد منه سوى الذكرى وما تركه لدى البعض من بصمات . إلا أن التطور العلمي المذهل الذي نشهده في وقتنا الراهن قد أدى في الواقع إلى تغيير كل هذه التخيلات أو الاعتقادات التي سادت زمننا ليس بالقصير لنبدأ بذلك عصراً جديداً لا يعترف إلا بالأدلة العلمية المحققة وهو الأمر الذي ساهم بدرجة كبيرة في تشكيل فهمنا وتصورنا الصحيح لهذا الاضطراب، وتحديدده على النحو الذي يتفق مع طبيعته، وأدى بجانب ذلك إلى ظهور أساليب رصينة وجديدة للتشخيص، وبروز أساليب جديدة للتقييم ساهمت في التعرف الدقيق عليه .

ونحن نرى من وجهة نظرنا أن النظرة الشاملة والدقيقة لمثل هذا الاضطراب إنما تتطلب منا أن نقوم في الواقع بالنظر إليه من زوايا متعددة تتفق مع طبيعته المعقدة حتى نتمكن على أثر ذلك من تحديد أساليب مناسبة ودقيقة للتدخل يمكن أن توتي بثمارها المرجوة في مثل هذا الصدد . ومن أهم هذه الزوايا ما يلي :

- ١- اضطراب التوحد كاضطراب نمائي عام أو منتشر .
- ٢- اضطراب التوحد كإعاقة عقلية .
- ٣- اضطراب التوحد كإعاقة اجتماعية .
- ٤- اضطراب التوحد كإعاقة عقلية اجتماعية متزامنة .
- ٥- اضطراب التوحد كأحد أنماط اضطرابات طيف التوحد .

ووفقاً لوجهة النظر هذه فإن بوسعنا أن نتناول تلك الرؤية التي نقترحها، وأن نقدمها في هذا الإطار بشيء مناسب من التفصيل بحيث نقوم بتحديد وتوضيح كل جوانبها التي تمت الإشارة إليها في هذا السياق، وأن نعمل على توضيح الكيفية التي يمكن أن ترتبط بموجبها بذلك الاضطراب وتفسره وذلك على النحو التالي :

أولاً : اضطراب التوحد كاضطراب نمائي عام أو منتشر

يعد اضطراب التوحد في الواقع بمثابة اضطراب نمائي عام أو منتشر *pervasive developmental disorder* ومن المعروف أن مصطلح

الاضطراب النمائي العام أو المنتشر يستخدم في الوقت الراهن للإشارة إلى تلك المشكلات النفسية الحادة التي يبدأ ظهورها خلال مرحلة المهد . وعادة ما يتضمن مثل هذا الاضطراب قصوراً حاداً في عدد من المتغيرات التي يكون من شأنها أن تميزه عن غيره من الاضطرابات الأخرى هي :

١- نمو الطفل المعرفي.

٢- نموه الاجتماعي .

٣- نموه الانفعالي .

٤- السلوك .

ويعد ذلك بطبيعة الحال هو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث تأخر عام في العملية النمائية بأسرها وهو أمر منطقي حيث أن تأثيره السلبي لا يقف مطلقاً عند حدود جانب معين أو اثنين فقط من جوانب النمو، بل يتجاوز ذلك بكثير ليؤثر على غالبية مثل هذه الجوانب تأثيراً يؤدي بها إلى التأخر عما يحدث في الظروف والأحوال العادية وهو الأمر الذي يفسر إطلاق مثل هذا الاسم عليه إذ يرجع تسمية هذا الاضطراب بالمنتشر إلى أنه يترك آثاراً سلبية متعددة على الكثير من جوانب النمو المختلفة مما يؤدي إلى وجود أوجه قصور عديدة لديهم . وتعمل أوجه القصور هذه على جعل هؤلاء الأطفال يمثلون فئة تتميز عن غيرها من فئات ذوي الاحتياجات الخاصة وإن تشابهت مع غيرها من الفئات وخاصة المعوقين فكرياً في كثير من هذه السمات أو أوجه القصور ولكن يظل الفرق بينهما في حالات عديدة هو فرق في الدرجة ليس في هذه السمات فحسب، بل في سمات أخرى عديدة مما جعل من اليسير كنتيجة لما توصلت إليه العديد من الدراسات أن نصل إلى بروفيل خاص بكل منهما يمكن معه تحديد أوجه الشبه والاختلاف بينهما حتى نتمكن من تقديم البرامج المناسبة لكل منهما.

وفضلاً عن ذلك فإن هذا الاضطراب يتضمن بعض المظاهر السلوكية التي تميزه في الواقع عن غيره من الاضطرابات الأخرى يمكن إيجازها فيما يلي :

أ- اضطراب في سرعة أو تتابع النمو .

ب- اضطراب في الاستجابة الحسية للمثيرات .

ج- اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية .

د- اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس أو الأحداث .

ففي هذا الإطار نجد أن النمو لا يسير بخطى معروفة وفقاً لمحددات معينة، ولا يتبع السرعة أو المعدل الذي يحدث به بالنسبة للطفل غير المعوق، ولا يحدث نفس التتابع المعتاد الذي يمكننا بمقتضاه أن نتنبأ بما يمكن أن يحدث، أو بما يمكن أن يقوم الطفل به . فالأمور في غالبيتها مختلفة من حجم الرأس، وحجم المخ، واستخدام اللغة، والقيام بالعمليات المعرفية، وإدراك الانفعالات، أو الإدراك الاجتماعي، والمهارات الاجتماعية، والتواصل، واللعب، وأخذ الدور، وغير ذلك . وفي الواقع فإن الأمر لا يقف عند سرعة النمو أو تتابعه حيث أننا إذا ما نظرنا إلى كل مبادئ أو قوانين النمو فسوف نواجه بنفس الأمر، وسوف نجد أنه لا توجد هناك قاعدة ثابتة معينة أو قانون معين من تلك القوانين يمكننا أن نحكم به ومن خلاله على مظاهر النمو التي يبديها مثل هؤلاء الأطفال التوحديون .

وفيما يتعلق باضطراب الاستجابة الحسية للمثيرات فسوف نوضح عند تناول اضطراب التوحد كإعاقة عقلية اجتماعية متزامنة وذلك في البند " رابعاً " تطرف الاستجابات الحسية لأولئك الأطفال ارتفاعاً وانخفاضاً وذلك بين عدم سماع الصوت العالي أو عدم الانتباه له والتذمر من الهمس ، وبين عدم المبالاة عند السير على زجاج مثلاً أو الخز بدبوس أو إبرة وبين رفض اللمس أو التلامس الجسدي ، إلى غير ذلك . أما الاضطراب الذي يعانیه أولئك الأطفال في الكلام واللغة والسعة المعرفية فيشير إلى وجه آخر من أوجه القصور التي يتسم بها أولئك الأفراد والتي سوف نعرض لها في ذات البند تحت القصور اللغوي وقصور التواصل بينما يشير الجانب الآخر من القضية إلى ذلك القصور الذي يعاني هؤلاء الأطفال منه وذلك فيما يتعلق بالعمليات العقلية المعرفية بداية من الإحساس فالانتباه، ثم الإدراك، والفهم، وحل المشكلات، والاستبقاء، والاسترجاع، والتذكر .

أما الاضطراب في التعلق أو الانتماء للناس أو الأحداث فيظهر جلياً في وحدتهم وعزلتهم، وتفضيلهم التعلق بالأشياء عن الأشخاص ففي دراسة طريفة في هذا الصدد تمت المقارنة بين الأطفال التوحديين وأقرانهم المعوقين فكراً في التعلق تم عرض موقفين مسجلين على شريط كاسيت على كل طفل تضمن الأول صوت الأم، وتضمن الثاني أصوات مركبة متداخلة أي ضوضاء، فكان يميل الأطفال المعوقون فكراً إلى صوت الأم بينما كان يميل الأطفال التوحديون إلى الضوضاء . كذلك فقد

اتضح من التراث السيكلوجي في هذا الإطار أن الأطفال التوحديين يميلون إلى التعلق بالأشياء، أو حتى بأجزاء من الأشياء ، وأن مثل هذه الأشياء غالباً ما تكون تافهة . فقد يتعلق الطفل بدمية، ويظل ممسكاً بها طوال الوقت، وقد يمسك بسيارة لعبة ويأخذ إطارها كي يحتفظ به، ويترك السيارة، وقد يمسك برباط حذاء، بل بجزء من هذا الرباط فقط . وقد يتعلق أيضاً بنوع من الملابس، أو بنوع من الطعام فلا يأكل إلا هو . ويمكن أن تلعب الاستراتيجيات المصورة دوراً هاماً في هذا الصدد، بل ويمكن أن تلعب الموسيقى بعناصرها ومكوناتها دوراً لا يقل عنه في الأهمية، وهو نفس ما ينطبق على الأنشطة التمثيلية أو الدراما أو حتى السيكودراما .

ثانياً : اضطراب التوحد كإعاقة عقلية

يشير عادل عبدالله (٢٠٠٤) إلى أن اضطراب التوحد كاضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر بشكل سلبي على العديد من جوانب النمو الأخرى لدى الطفل ومنها الجانب العقلي المعرفي بطبيعة الحال لدرجة أن القصور العقلي المعرفي يعد من السمات الأساسية التي تميز اضطراب التوحد حيث نلاحظ وجود قصور في الانتباه، والإدراك، والذاكرة، والتفكير، والتجهيز المعرفي للمعلومات وتناولها، وانخفاض نسبة الذكاء إلى حدود الإعاقة العقلية الفكرية . وبذلك فإن اضطراب التوحد كاضطراب مستقل يتضمن قدرًا من الإعاقة الفكرية . ونظراً لزيادة انتشار اضطراب التوحد بين الأطفال واعتباره ثاني أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً وفقاً لتقرير الاتحاد القومي لبحوث اضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) *National Alliance for Autism Research* فإنه قد أضحى يمثل ثاني أكثر أنماط الإعاقة العقلية شيوعاً ولا يسبقه سوى الإعاقة العقلية الفكرية . ويرى بومنجر وكاساري (١٩٩٩) *Bauminger & Kasari* أن الدراسات الحديثة قد أسفرت نتائجها عن أن هؤلاء الأطفال عادة ما يكون لديهم قصور واضح في القدرات المعرفية . ومن ثم فإن هذا الجانب من جوانب القصور يمثل مظهراً آخر من مظاهر اضطراب التوحد . ومع ذلك يرى جمع من الباحثين أن حوالي ٧٥ % تقريباً من الأطفال التوحديين لديهم نسب ذكاء في حدود الإعاقة العقلية الفكرية البسيطة أو المتوسطة .

والحقيقة أن هذه النتائج تعد على درجة عالية من الأهمية في هذا الإطار، ولكن الأمر يتطلب أن نوضح من جانبنا أن بعض هذه النتائج كان سائداً وقت نشر تلك الدراسات وما بعدها، ولكنها قد تغيرت في جانب منها حيث توضح تلك الإحصاءات الحديثة التي نشرها الاتحاد القومي للدراسات والبحوث الخاصة باضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (NAAR ٢٠٠٣) عدداً من الحقائق يمكن أن نعرض لبعضها كما يلي :

١- أن ما يربو على حوالي ٩٠ % تقريباً على الأقل من الأطفال التوحديين يقع مستوى ذكائهم في حدود الإعاقة العقلية الفكرية البسيطة أو المتوسطة فقط مع الأخذ في الاعتبار أن هناك دراسات عديدة تحدد هذه النسبة بين ٩٠ - ٩٥ % تقريباً .

٢- أننا نادراً ما نجد أطفالاً توحديين يقل معدل ذكائهم عن مثل هذا المستوى .

٣- أن جانباً آخر من هؤلاء الأطفال الذين يمثلون النسبة الباقية والتي تتراوح في الواقع بين ٥ - ١٠ % تقل مستويات ذكائهم عن تلك الحدود، وأنهم عادة ما يعانون من الإعاقة العقلية الفكرية إلى جانب اضطراب التوحد مع الأخذ في الاعتبار أن وجود الإعاقين معاً إنما يعمل على النزول بمستوى الذكاء ليصير في حدود الإعاقة الفكرية الشديدة أو الحادة .

٤- أن جانباً لا بأس به من تلك النسبة المتبقية منهم تكون مستويات ذكائهم مرتفعة، وربما مرتفعة جداً، وقد يكون بعضهم موهوباً حيث يكونوا من ذوي متلازمة أسبرجر .

وبذلك نلاحظ أن أوجه القصور التي تميز اضطراب التوحد هي أوجه قصور متعددة، وإن كانت جميعها لا تعتبر هي المسؤولة عن حدوث الاضطراب إلا أنها في الغالب تعد نتيجة لحدوث هذا الاضطراب حيث أن أيها لا يحدث إلا بعد أن يبدأ الطفل بالفعل في المعاناة من هذا الاضطراب . وهذا يؤكد فكرة أنها جميعاً تعد بمثابة نتيجة لذلك الاضطراب، وأنها لا ترتبط بتلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى حدوثه من قريب أو بعيد حيث أن مثل هذه الأسباب لا تزال كما أوضحنا سلفاً غير معروفة إذ لا يوجد هناك حتى الآن سبب واحد معروف على وجه التحديد يعد هو المسؤول عن حدوث هذا الاضطراب . ومن هذا المنطلق يصور البعض هذا الاضطراب على أنه ذو أوجه قصور أولية متعددة .

وإذا كان اضطراب التوحد في جانب منه يعد بمثابة إعاقة عقلية فإن الإعاقة العقلية تعرف بأنها حالة تشير إلى أوجه القصور الأساسية التي يشهدها الأداء الوظيفي الراهن للطفل. وتتسم مثل هذه الحالة في الأساس بانخفاض الأداء الوظيفي العقلي للطفل عن المتوسط بشكل دال إحصائياً، ويتزامن ذلك مع أوجه قصور أخرى ترتبط به وذلك في مجالين اثنين أو أكثر من المجالات التطبيقية التالية للمهارات التكيفية أو التي ترتبط بالسلوك التكيفي، والتي تتمثل في المجالات التالية شريطة أن تحدث الإعاقة العقلية الفكرية قبل وصول الفرد الثامنة عشرة من عمره. وهذه المجالات هي التواصل، والعناية بالذات، والحياة المنزلية، والمهارات الاجتماعية، واستغلال المصادر المجتمعية، وتوجيه الذات، والصحة والأمان، والأداء الوظيفي الأكاديمي، وقضاء وقت الفراغ، والعمل.

ومن جهة أخرى فإننا حتى وإن وضعنا السلوك التكيفي كمعيار آخر في اعتبارنا فإن مهارات السلوك التكيفي عند الأطفال التوحديين تقل عن مثيلتها لدى أقرانهم المعوقين فكرياً كما يرى عادل عبدالله (١٩٩٩). ولما كان غالبية الأطفال التوحديين يبدون قصوراً في مهارات السلوك التكيفي من جانبهم، وأن مثل هذه المهارات قد تقل في بعضها كما أوضحنا عن مثيلتها لدى أقرانهم المعوقين فكرياً، كما يبدون إلى جانب ذلك قصوراً في قدراتهم العقلية المعرفية يقل على أثره مستوى نكاتهم عن المستوى المتوسط، بل ويكون في الغالب في حدود الإعاقة العقلية الفكرية، وأن ذلك يظهر على الطفل قبل أن يصل سنه إلى الثالثة فإن ذلك يعني بما لا يدع مجالاً للشك أن تلك المحكات الخاصة بالإعاقة الفكرية تنطبق على هؤلاء الأطفال من ناحية، وأن اضطراب التوحد بذلك يتضمن قدراً كبيراً من الإعاقة الفكرية من ناحية أخرى دون أن يكون هناك تداخل بين الإعاقتين إذ أن التداخل لا يتطلب التلازم لأن الأمر قد يكون كما نرى أن طبيعة أحدهما (اضطراب التوحد) تتضمن جانباً كبيراً من طبيعة الآخر (الإعاقة الفكرية) دون تلازم أي دون شرط لوجوده، أما التلازم فيعني وجود كل منهما جنباً إلى جنب مع الآخر ككيان مستقل لدى نفس الفرد وفي نفس الوقت كما هو الحال بالنسبة للتلازم بين اضطراب التوحد وكل من متلازمة داون، أو الإعاقة السمعية، أو الإعاقة البصرية على سبيل المثال. وبالتالي فإن ذلك من شأنه أن ينفي ما كان يدعيه البعض من أن اضطراب التوحد إنما يمثل درجة على متصل الإعاقة

العقلية الفكرية أي أنه إعاقة عقلية فكرية بدرجة معينة . إلا أن الواقع يشهد أن هذا كيان، وأن ذلك كيان آخر .

وإلى جانب ذلك فإنه يتبقى لدينا الجزء الأخير من تعريف الإعاقة العقلية والذي يشترط أن تحدث تلك الإعاقة خلال سنوات النمو أي قبل أن يصل الفرد الثامنة عشرة من عمره . وإذا ما قمنا بتطبيق هذا الشرط على اضطراب التوحد فإننا نرى أن هذا الاضطراب ينبغي أن يتم تشخيصه لدى الطفل قبل أن يصل عمره ثلاثين شهراً ، أي حتى قبل نهاية العام الثالث من عمره، وإذا ما زاد الأمر عن ذلك تكون هناك شكوك حول مدى تعرض الطفل لمثل هذا الاضطراب وهي المشكلات التي يصادفها الأخصائيون والآباء حال وجود تلازم مرضي بين اضطراب التوحد وغيره من الإعاقات الأخرى إذ يكتشفون الأمر عندما يكون الطفل قد تجاوز هذا السن بكثير مما يجعلهم يستبعدون هذا الاضطراب على أثر ذلك . وبالتالي فإن الشروط الثلاثة للإعاقة العقلية تنطبق تماماً بحذافيرها على اضطراب التوحد . ولم يكن مستغرباً أن يتم اعتباره في ضوء معدلات انتشاره ووفقاً لإحصاءات الاتحاد القومي للدراسات والبحوث الخاصة باضطراب التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية ثاني أكثر الإعاقات العقلية انتشاراً ولم يسبقه بذلك سوى الإعاقة العقلية الفكرية فقط.

ثالثاً : اضطراب التوحد كإعاقة اجتماعية

من الملامح الأساسية المميزة لاضطراب التوحد أنه يعد بمثابة إعاقة اجتماعية يعاني الطفل على أثرها من قصور واضح في مستوى نموه الاجتماعي فلا يصل غالبية هؤلاء الأطفال إلى المرحلة الثالثة من مراحل النمو الاجتماعي التي حددها إريكسون Erickson وهو الأمر الذي يستتبعه بالضرورة حدوث قصور واضح وصارخ في علاقاتهم الاجتماعية، ونقص أو قصور مماثل في مهاراتهم الاجتماعية اللفظية منها وغير اللفظية ينسحبون على أثره من المواقف والتفاعلات الاجتماعية المختلفة، ويتحركون بالتالي بعيداً عن الآخرين وفقاً لتعبير كارين هورني K. Horney ولا يتمكنون بالتالي من إقامة التواصل معهم، بل إنهم لا يتمكنون من إقامة حوار مع الآخرين، أو تكوين الصداقات معهم . والأكثر من ذلك أنهم لا يتمكنون من الحفاظ على تلك الصداقات التي تكون قد تكونت دون تدخل منهم حيث قد تتكون بعض الصداقات الآلية مع أخوتهم أو أقاربهم أو جيرانهم لكونهم أخوتهم أو

أقاربهم أو جيرانهم وذلك نظراً لتفضيلهم العزلة والوحدة، وقيامهم بالترديد المرضي للكلام . وبالتالي فإن هذا الاضطراب كإعاقة اجتماعية يتسم في الواقع بما يلي :

- قصور في النمو الاجتماعي .

- قصور في العلاقات الاجتماعية.

- قصور في التفاعل الاجتماعي .

- قصور في التواصل .

- قصور في السلوكيات الاجتماعية .

- الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية .

وفي هذا الإطار ذاته فإن الطفل التوحدي قد يفشل في التفاعل مع القائمين على رعايته إذا أنه يقضى جزءاً كبيراً من الوقت بمفرده وذلك بدلاً من تواجده مع الآخرين. كما أنه لا تبدو عليه السعادة أبداً إلى جانب أنه يعاني من قصور في الاهتمامات الاجتماعية قياساً بأقرانه في مثل سنه فلا يبدي سوى قدر ضئيل من الاهتمام بتكوين صداقات ، وتقل استجابته للإشارات الاجتماعية كالتواصل بالعين أو الابتسام مثلاً. كما أن اختلال الأداء الوظيفي في السلوك الاجتماعي للطفل التوحدي يمثل الخاصية الأساسية المميزة للاضطراب. كذلك فإن النمو الاجتماعي للأفراد التوحديين لا يتطور بخطى توازي نموهم العقلي على الرغم من وجود قصور في النمو العقلي أيضاً حيث نجد أن نموهم الاجتماعي يتخلف عن ذلك كثيراً، ومن ثم فإنه أحياناً تتم الإشارة إلى الفرد التوحدي على أنه غير ناضج اجتماعياً . ويرى جيلسون (٢٠٠٠) Gillson أن هناك ثلاثة جوانب لاختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي *social dysfunctioning* للطفل التوحدي إلى جانب اختلال الوعي الاجتماعي لديه يمكن أن تمثل بشكل واضح وبروفيلاً خاصاً به في الجانب الاجتماعي بشكل عام هي :

أ- عدم قدرته على فهم أن الآخرين يختلفون عنه في وجهات النظر والخطط والأفكار والمشاعر.

ب- عدم قدرته على التنبؤ بما يمكن أن يفعله في المواقف الاجتماعية المختلفة.

ج- العجز أو القصور الاجتماعي .

ويعد هذا هو الأمر الذي يؤدي إلى حدوث العديد من المشكلات في الجانب الاجتماعي ويجعله بالتالي يمثل أحد جوانب القصور الخطيرة لديهم . وفي هذا الإطار يمكن تصنيف تلك المشكلات التي ترتبط باختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي إلى ثلاث فئات كالتالي :

أ - التجنب الاجتماعي .

ب - اللامبالاة الاجتماعية .

ج - الفظاظ الاجتماعية .

ومن هذا المنطلق نجد أن الطفل يتجنب كل أشكال التفاعل مع الآخرين، ويغضب أو يجرى بعيداً عندما يحاول أحد الأشخاص أن يتفاعل معه . وقد يرجع ذلك إلى أنه يمتلكه الخوف من جراء ذلك، وأنه لا يحب الآخرين، وأن رد فعله هذا يرجع إلى فرط حساسيته لبعض أنواع المثيرات الحسية. وإلى جانب ذلك فهو يرى نفسه الأكثر شعبية بين أقرانه، ولا يبحث عن التفاعل معهم ما لم يلجأوا هم إلى ذلك، ولا يتضايق من وجوده بمفرده أو مع الآخرين. أما فظاظتهم الاجتماعية فتجعلهم على الرغم من رغبتهم في تكوين صداقات مع غيرهم من الأطفال لا يستطيعون الحفاظ عليها وعليهم، ويرتبط ذلك إلى درجة كبيرة بالخلل أو القصور اللغوي الذي يعانون منه والذي عادة ما يكون من شأنه أن يؤدي بدوره إلى قصور مماثل في التواصل من جانب هؤلاء الأطفال .

وفضلاً عن ذلك فإن الأطفال التوحديين يتسمون بعدم القدرة على المشاركة في العلاقات الاجتماعية ، واضطرابات في القدرة على عمل صداقات تقليدية إذ ليس لديهم المهارات اللازمة لذلك . كما ينقصهم التعاطف مع وجهات نظر ومشاعر الآخرين، وهم غالباً لا ينشغلون في التفاعلات والأعمال التعاونية أو المتبادلة مع المحيطين بهم . ومن ناحية أخرى فإنهم لا يبادرون بإجراء حوار مع الآخرين، وإن بدأت المحادثة فإنها تكون محورية ذاتية بعيدة عن مستوى اهتمام المستمع ، وربما يهربون من منتصف المحادثة . وجدير بالذكر أن الفرد التوحدي يصبح في حالة تهيج وإثارة عندما يقترب الآخرون منه، أو يتفاعلون معه، كما أنه في الغالب يرفض أي نوع من الاتصال، والتفاعل الطبيعي الاجتماعي حتى البسيط منه . ويمكن أن

يشارك الطفل التوحدي في الاتصال بشخص آخر من خلال التحدث بتودد وحب، أو من خلال التحدث بطريقة الطفل الذي يعاني من إعاقة عقلية فكرية شديدة.

ومن الأمور التي قد تعوقه عن التواصل الطبيعي مع الآخرين أن كلامه ينقصه الوضوح والمعنى ، كما أن لديه نقصاً في التواصل البصري، وفهم التعبيرات الوجيهة، والإيماءات الاجتماعية . وقد ترجع أوجه القصور التخيلية، والاجتماعية، والمعرفية، والقصور في التواصل لدى الأطفال التوحدين إلى جانب ما يعانونه من اختلال في التواصل بالعين، وتعبيرات الوجه من خلال العلاقة مع القائم برعايته من إلى اختلال التفاعل الاجتماعي في الشهور الأولى من عمر الطفل كما يتضح من خلال اختلال أو نقص قدراتهم على الحملقة والتتابع البصري خلال تلك الفترة المبكرة من أعمارهم .

ومن جهة أخرى فإن المتتبع للمؤشرات التي تبدو على الطفل خلال الشهور الستة الأولى من عمره يجد أن جانباً كبيراً منها يعد اجتماعياً في طبيعته، أما المؤشرات الدالة على ذلك خلال الشهور الستة الثانية من العمر فتعد اجتماعية في أصلها . فخلال الشهور الستة الأولى يبدو وكأنه لا يريد أمه ولا يحتاج إليها أو إلى وجودها معه، ولا يبالي بمسألة أن يقبل عليه أحد الراشدين ويقوم بحمله حتى وإن كان هذا الشخص وثيق الصلة به، ولا يبكي إلا قليلاً ولكنه مع ذلك يكون سريع الغضب أو الانفعال بشكل كبير، ولا يستطيع أن يلاحظ أمه أو يتابعها ببصره، ولا يبتسم إلا نادراً، وتكون تلك الكلمات التي يمكنه أن ينطق بها غير مفهومة، ودائماً ما تكون استجابته متوقعة . أما خلال الشهور الستة الثانية فلا يبدي الطفل أي اهتمام بالألعاب الاجتماعية، ولا يبدي أي انفعال نتيجة حدوث أي شيء أمامه، ويفتقر بشدة إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي ، وعادة ما تكون ردود فعله للمثيرات المختلفة إما مفرطة أو قليلة جداً .

وفضلاً عن ذلك هناك أوجه قصور هامة أخرى يتسم بها الطفل التوحدي من أهمها أن لغته تنمو ببطء، أو أنها قد لا تنمو على الإطلاق ، كما أنه يستخدم الكلمات دون أن يكون لها معنى محدد وواضح، وغالباً ما يقوم بتكرار غير ذي معنى لكلمات أو عبارات ينطق بها شخص آخر. وفي أغلب الأحيان نجده يستخدم الإشارات بدلاً من الكلمات، ولا يستخدم الحديث للتواصل ذي المعنى ، وإلى جانب ذلك فإن الانتباه لديه يتسم بقصر مداه . كما يعد التردد المرضي للكلام *echolalia* بمثابة أحد

الأمثلة الصارخة التي تعكس بعض مشكلات التواصل بالنسبة لهؤلاء الأطفال .
ويضيف كندول (٢٠٠٠) Kendall أن الطفل التوحدي بجانب قيامه بتكرار غير
ذي معنى للكلمات التي يسمعها لا يستخدم معاني الكلمات كي تساعده على استرجاع
المعلومات، ولا يمكنه أن يعيد ترتيب تلك المعلومات التي يستقبلها حتى يتمكن من
الإقلال قدر الإمكان من ذلك التكرار وهذا التردد المرضي للكلام . كذلك فهو لا
يستطيع أن يستخدم الكلمات التي لديه في سياقات أو مواقف اجتماعية مختلفة وهو
الأمر الذي يحتاج إلى تدريب مستمر حتى يتمكن من ذلك عن طريق استخدام جمل
أو عبارات قصيرة وبسيطة يمكنه من خلالها أن يدخل في حوارات أو مناقشات ذي
معنى مع الآخرين . وإلى جانب ذلك هناك حقيقة هامة تساعد على حدوث القصور
في التواصل من جانب الأطفال التوحديين واستمراره وهي أن مثل هؤلاء الأطفال
يعانون من قصور في فهم وإدراك الحالات العقلية سواء الخاصة بهم، أو بغيرهم من
الآخرين المحيطين بهم وهو الأمر الذي تؤكد عليه نظرية العقل أو المعرفة .

رابعاً : اضطراب التوحد كإعاقة عقلية اجتماعية متزامنة

لا يعد اضطراب التوحد إعاقة عقلية فقط ، أو إعاقة اجتماعية فقط وإلا كان
الأمر أسهل وأيسر من ذلك بكثير، ولكننا نرى في الواقع أن هذا الاضطراب إنما
يجمع بين الإعاقتين في ذات الوقت أي أنه بذلك يعتبر إعاقة عقلية واجتماعية
متزامنة وهو الأمر الذي يعني أن كلتا الإعاقتين تحدثان في الوقت ذاته وذلك جنباً
إلى جنب وإن اختلفت كل منهما عن الأخرى في مستواها أو درجة حدتها بحيث تزيد
حدة الإعاقة الاجتماعية عن مثيلتها العقلية، وإذا كان المستوى العقلي للطفل التوحدي
يعد متدنياً للغاية فكيف يكون الحال إذن بالنسبة للجانب الاجتماعي ؟ ويتسم مثل هذا
الاضطراب بمظاهر معينة هي :

أ- قصور كفي في التفاعل الاجتماعي .

ب- قصور شديد في عملية التواصل .

ج- حدوث أنماط سلوكية نمطية ومقيدة وتكرارية .

وفضلاً عن ذلك هناك عدد من السمات التي تميز الأطفال التوحديين في عدد من
المجالات والتي تعتبر جميعاً من الملامح الأساسية المميزة لهذا الاضطراب،
وتندرج هذه السمات تحت خمسة مجالات أساسية هي :

١ - العلاقات الاجتماعية.

٢ - التواصل.

٣ - السلوكيات.

٤ - العمليات الحسية والإدراكية.

٥ - اللعب.

ويمكن تناول هذه السمات أو الملامح على النحو التالي :

(١) العلاقات الاجتماعية :

من المعروف أن الأطفال التوحديين يتسمون بعدم القدرة على المشاركة في العلاقات الاجتماعية، واضطرابات في القدرة على عمل صداقات تقليدية إذ ليس لديهم المهارات اللازمة لذلك . كما ينقصهم التعاطف مع وجهات نظر ومشاعر الآخرين، وهم غالباً لا ينشغلون في التفاعلات والأعمال التعاونية أو المتبادلة مع المحيطين بهم . ومن ناحية أخرى فإنهم لا يبادرون بإجراء حوار مع الآخرين، وإن بدأت المحادثة فإنها تكون محورية ذاتية بعيدة عن مستوى اهتمام المستمع ، وربما يهربون من منتصف المحادثة . كذلك فإن الفرد التوحدي عادة ما يصبح في حالة تهيج وإثارة عندما يقترّب الآخرون منه، أو يتفاعلون معه، كما أنه في الغالب يرفض أي نوع من الاتصال، والتفاعل الطبيعي الاجتماعي حتى البسيط منه. ويمكن أن يشترك الطفل التوحدي في الاتصال بشخص آخر من خلال التحدث بتودد وحب، أو من خلال التحدث بطريقة الطفل الذي يعاني من إعاقة فكرية شديدة .

ومن الأمور التي قد تعوقه عن التواصل الطبيعي مع الآخرين أن كلامه ينقصه الوضوح والمعنى، كما أن لديه نقصاً في التواصل البصري، وفهم التعبيرات الوجهية، والإيماءات الاجتماعية. ويرى البعض أن أوجه القصور التخيلية، والاجتماعية، والمعرفية، والقصور في التواصل لدى الأطفال التوحديين إلى جانب ما يعانونه من اختلال في التواصل بالعين، وتعبيرات الوجه من خلال العلاقة مع القائم برعايتهم ترجع إلى اختلال التفاعل الاجتماعي في الشهور الأولى من عمر الطفل كما يتضح من خلال اختلال أو نقص قدراتهم على الحملقة والتتابع البصري خلال تلك الفترة المبكرة من أعمارهم .

ومن أهم الدلائل على قصور العلاقات الاجتماعية لهؤلاء الأطفال ما يلي :

- يفشل الطفل التوحدي في التفاعل مع الآخرين .
- لا تبدو عليه السعادة مطلقاً .
- يتسم بقصور في الاهتمامات الاجتماعية (صداقة- إشارات- إيماءات).
- يتأخر نموه الاجتماعي عن نموه العقلي .
- يتسم باختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي، وذلك كما يلي :
- أ - عدم إدراك أن الآخرين يختلفون عنه في وجهات النظر، والأفكار، والخطط، والمشاعر .
- ب- عدم القدرة على التنبؤ بما يمكن أن يفعله الآخرون في المواقف المختلفة .
- ج- العجز أو القصور الاجتماعي (العجز الاجتماعي- اللامبالاة الاجتماعية- الفظاظة الاجتماعية).

(٢) التواصل :

من الأشياء الهامة التي يمكن أن نلاحظها بوضوح على الطفل التوحدي والتي تشكل أحد أوجه القصور الأساسية التي يعاني منها أن لغته تنمو ببطء، أو أنها قد لا تنمو على الإطلاق، كما أنه يستخدم الكلمات دون أن يكون لها معنى محدد وواضح، وغالباً ما يقوم بتكرار غير ذي معنى لكلمات أو عبارات ينطق بها شخص آخر. وفي أغلب الأحيان نجده يستخدم الإشارات بدلاً من الكلمات، ولا يستخدم الحديث للتواصل ذي المعنى، وإلى جانب ذلك فإن الانتباه لديه يتسم بقصر مداه .

ويعد تواصل الأطفال التوحديين مع من يحيط بهم مشكلة متعددة الجوانب تظهر في صورة انخفاض في مهارات التواصل، ومشكلات في التعبير عن المشاعر، والانفعالات، والحالات النفسية التي يمرون بها، ومن ثم تظهر لديهم بعض السلوكيات الدالة على التحدي أثناء استثارتهم انفعالياً، أو الغضب مثل الإلقاء ببعض الأشياء بعيداً، أو قذف ما يكون بأيديهم، وما إلى ذلك من السلوكيات العدوانية وهو ما يعد تعبيراً عن رغبتهم في جذب انتباه المحيطين بهم إلى أحداث أو أفكار معينة لا يستطيعون التعبير الصحيح عنها، وقد تعتبر تعبيراً عن إحباطات معينة يمرون بها . وقد يصل الحال بهم نتيجة لذلك إلى جانب عدم قدرتهم المناسبة للتعبير عن أنفسهم إلى إيذاء الذات كعدوان موجه نحو الذات .

ويعد التردد المرضي للكلام *echolalia* بمثابة أحد الأمثلة الصارخة التي تعكس بعض مشكلات التواصل بالنسبة لهؤلاء الأطفال. ويعنى ذلك قيام الطفل بترديد الكلام الذي يوجهه إليه أحد الأشخاص الآخرين دون أن يكون ذلك في محله المناسب، أو حتى دون أن يعي معناه. وقد يكون التردد لآخر ما سمعه، أو لكلمة أو عبارة معينة يكون قد سمعها من قبل ولكنها علقت في ذهنه. وبالتالي فإننا نلاحظ أن الطفل يقوم بترديد نفس الكلمات التي يسمعها وذلك بطريقة ببغائية مما يجعل الأمر يبدو وكأن الشخص الذي يتحدث إليه لا يسمع سوى صدى صوته *echo* وهو الأمر الذي لا يساعد في إجراء أي حوار أو مناقشة تجمع بينه وبين أحد الأقران، كما يعمل في الوقت ذاته على جعل الآخرين لا يودون إقامة أي علاقة معه، بل إن الأمر قد يصل في بعض الأحيان إلى أنهم ربما ينفرون منه، أو من التعامل معه، وبالتالي قد يعملون على تجنب الاحتكاك به.

ومن ناحية أخرى نلاحظ أن الطفل التوحدي بجانب قيامه بتكرار غير ذي معنى للكلمات التي يسمعها لا يستخدم معاني الكلمات كي تساعده على استرجاع المعلومات، ولا يمكنه أن يعيد ترتيب تلك المعلومات التي يستقبلها حتى يتمكن من الإقلال قدر الإمكان من ذلك التكرار وهذا التردد المرضي للكلام. كذلك فهو لا يستطيع أن يستخدم الكلمات التي لديه في سياقات أو مواقف اجتماعية مختلفة وهو الأمر الذي يحتاج إلى تدريب مستمر حتى يتمكن من ذلك عن طريق استخدام جمل أو عبارات قصيرة وبسيطة يمكنه من خلالها أن يدخل في حوارات أو مناقشات ذي معنى مع الآخرين.

ويمكن أن نخلص فيما يتعلق بالتواصل من جانب الطفل التوحدي إلى ما يلي :

- اللغة تنمو لدى غالبيتهم ببطء شديد أو لا تنمو على الإطلاق .
- يستخدم الطفل الكلمات دون أن يكون لها معنى محدد .
- يكرر الكلمات أو العبارات التي ينطق بها شخص آخر أو التي قد يسمعها وذلك بشكل لا معنى له. *echolalia*
- لا يستطيع استخدام الكلمات التي لديه في سياقات مختلفة .
- لا يمكنه أن يعيد ترتيب المعلومات التي يستقبلها .
- لا يستخدم معاني الكلمات كي تساعده على استرجاع المعلومات المختلفة .

- لا يستطيع أن يدخل في حوارات مع الآخرين .
 - لا يستخدم الحديث للتواصل ذي المعنى .
 - كثيراً ما يستخدم الإشارات بدلاً من الكلمات .
 - مدى انتباهه ومعدل احتفاظه بالانتباه قصير .
 - يتجنب التقاء العيون أو التواصل البصري .
 - قصور في فهم الحالات العقلية سواء له أو لغيره (اعتقادات- نوايا- انفعالات- بيئة اجتماعية) .
 - يعاني من مشكلات عديدة تتعلق بالتواصل :
 - أ - انخفاض مهارات التواصل (لفظي- غير لفظي - ... تعبيري- استقبالي) .
 - ب- مشكلات في التعبير عن المشاعر والانفعالات .
 - ج- ظهور سلوكيات دالة على التحدي والغضب عندما تتم استثارته .
- أما فيما يتعلق بالفرق بين الأطفال التوحديين ومن يعانون من اضطرابات لغوية فيمكن إيجازه فيما يلي :
- يحاول ذوو الاضطرابات اللغوية التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه .
 - يستخدم ذوو الاضطرابات اللغوية اللغة جيداً بعد علاجهم
 - لا يظهر الأطفال التوحديون تعبيرات انفعالية مناسبة أو مصاحبة .
 - يفشل الأطفال التوحديون في استخدام اللغة كوسيلة للتواصل دون تدريب .
 - يتسم الأطفال التوحديون بالترديد المرضي للكلام .

(٣) السلوكيات :

تمثل السلوكيات النمطية المقيدة والتكرارية المظهر الثالث من تلك المظاهر المميزة لاضطراب التوحد والتي تعد بمثابة أحد أوجه القصور البارزة التي يمكن للوالدين أو أي شخص يتعامل مع الطفل التوحدي أن يلاحظها بسهولة حيث يحدث سلوك متكرر من جانب الطفل بداية من العام الثاني من عمره كأن يستمر مثلاً في إضاءة الأنوار وإطفائها، أو يستمر في نقل دمية من إحدى يديه إلى اليد الأخرى ، أو يمشى في أرجاء الحجرة وهو يتحسس الحوائط . كما قد يقوم بتكرار اللعب بشيء

واحد أو مع شخص واحد . وقد تتضمن الحركات الجسمية العامة التي يأتي بها مثل هذا الطفل تشبيك الأيدي أو ثنيها مثلا، أو ضرب الرأس في الحائط ، وقد يبدي سلوكيات عدوانية أو عنيفة أو يجرح أو يؤذي نفسه، كما يفتقر بشكل واضح إلى الوعي بالأمان، وتتتابه نوبات بكاء أو غضب مستمرة دون أن يكون هناك سبب واضح لذلك . وإذا ما حاولنا أن نقوم بإيقاف تلك السلوكيات فإنه غالبا ما يستجيب لذلك بنوبة مزاجية تتمثل في أغلب الأحيان في البكاء، والصراخ، والتخبيط باليد في أي شيء ثابت أمامه إلى جانب الغضب .

كذلك فإن الطفل التوحدي كثيرا ما يأتي بحركات جسمية غير عادية، وتكون مثل هذه الحركات الجسمية بمثابة حركات غريبة، وكثيرة، ومتكررة في بعض الأحيان حيث نجد على سبيل المثال يرفرف بيديه وذراعيه وكأنه حمامة تحلق في الفضاء، كما يكثر من القفز في المكان، ويميل إلى أن يمشى على أطراف أصابعه، أو يشد ساقيه في أحيان أخرى بصورة تجعلهما تبتدان وكأنهما متصلبتان، ويدور كثيرا في المكان ويستمر على ذلك لفترة غير قصيرة، وتكثر حركات يديه ورجليه عند استثارته، أو عندما يمعن النظر في شيء معين . إلا أن حركاته بشكل عام لا تتسم بالرشاقة سواء حركاته في المشي أو التسلق أو الاتزان، وقد تتسم حركاته بالتصلب، وقد يقف على درجات السلم (الدرج) بالقدمين معا دون تبديل وذلك عند صعود السلم . وبوجه عام يفتقر غالبية هؤلاء الأطفال إلى الرشاقة الحركية، واستخدام كلتا اليدين بنفس الدرجة .

وفضلا عن ذلك فإن السلوكيات والأنشطة والاهتمامات التي يبدونها هؤلاء الأطفال غالبا ما تتسم بأنها مقيدة وذو مدى ضيق، وأنهم عادة ما يعانون من حركات متكررة للجسم، أو حركات غير طبيعية سواء بالأصابع أو اليدين، أو غير ذلك مما قد يؤدي إلى استثارة من حولهم، إلا أنهم أحيانا ما يصل بهم الأمر إلى الإيذاء الجسدي لأنفسهم وهو الأمر الذي يعد بمثابة عدوان موجه نحو الذات . ومن جهة أخرى قد يكون الطفل التوحدي مفرط الفاعلية أو السلبية حيث قد يظل ساكنا في مكانه وكأنه يخشى من حدوث شيء ما، أو يهاب أن يتحرك من مكانه . كما قد يصل به الأمر من ناحية أخرى إلى حد النشاط الحركي الزائد أو المفرط حيث أن الأمر عندما يبدأ بنقص الحركة فإنه عادة ما ينتهي بعد ذلك بفراط الحركة.

وهناك إلى جانب ذلك سمة أخرى لها أهميتها في هذا الصدد تتمثل في الثبات على روتين معين، ومقاومة أي تغيير قد يطرأ عليه حتى وإن كان ذلك التغيير طفيفاً. ومن المعروف أن هؤلاء الأطفال يبدون في البداية عدم استقرار على أي نظام سواء في الأكل أو النوم أو اللعب، أو أي أداء سلوكي آخر، إلا أنهم عندما يتعلمون نظام معين لأداء أي شيء فإنهم يتمسكون بهذا النظام بشكل صارم، ويعملون على تطبيقه بحذافيره دون أن يطرأ عليه أدنى تغيير حتى يصل بهم الأمر إلى أن يصبحوا عبدة لهذا الروتين العقيم . وقد تحدث هذه المشكلة بطرق عديدة فقد يرفض الطفل تغيير مكان أي قطعة أثاث في المنزل ولو لبضع سنتيمترات، أو تغيير الطريق الذي يسلكه للوصول إلى مكان معين على سبيل المثال، أو تغيير الأكل الذي يتناوله حيث قد يرفض أن يأكل أكثر من نوعين أو ثلاثة من الأطعمة، أو يصر على أن يوجد شيء معين كلعبة أو زجاجة مثلاً برفقته طوال اليوم، وهكذا. وعندما يتعلم الطفل هذا الروتين، ويتمسك به، ويصر عليه فإنه يصبح مسيطراً على حياة الأسرة بأكملها وليس على حياته هو فقط .

(٤) العمليات الحسية والإدراكية :

يعتمد الأطفال التوحديون كثيراً في استكشافهم للعالم على حواسهم المختلفة وخاصة اللمس، والتذوق، والشم وإن كانوا مع ذلك يميلون إلى كل من الطعوم الكريهة من جانب، وإلى الروائح الكريهة من جانب آخر . ومن الغريب أنهم قد يستمتعون بتلك الألعاب التي تنطوي على التلامس الجسدي على الرغم من أنهم لا يحبون في الغالب أن يلمسهم أحد . ويتضح من ذلك أن حواسهم قد تتأثر بالمشيرات المختلفة إلى درجة أقل أو أكبر بكثير من أقرانهم وهو ما يعد بمثابة ردود فعل غير عادية للإحساسات المادية . وقد يبدو الطفل التوحدي وكأنه أصم حتى وإن كانت قدرته على السمع عادية، بينما نجده في مواقف أخرى يسمع صوتاً منخفضاً بدرجة غير قليلة . كذلك إذا ما تمت مضايقته فإنه قد يلجأ إلى الضوضاء الشديدة، كما أنه من جانب آخر قد يضع أصابعه في أذنيه، أو يغطيها بيديه وذلك عند سماع أصوات معينة حيث أن مثل هذه الأصوات ربما لا تروق له، أو أنه لا يميل إليها، ولا يفضل

أن يستمتع لها . ومع ذلك فإنه غالباً ما ينجذب إلى الموسيقى خاصة الخفيفة منها إلى جانب التراكيب الغريبة، إضافة إلى ما أوضحنه سلفاً من انجذابه إلى الطعوم والروائح الكريهة . وقد يكون الطفل إلى جانب ذلك إما مفرط الحساسية للألم أو لديه نقص في حساسيته للألم فلا يشعر به بسهولة، ويخبره وكأنه لم يمر به، ولم يجربه ولذلك نجده يضرب رأسه في الحائط ، أو يضرب يده في أي شيء ثابت أمامه، أو يجرح أو يؤذي نفسه، أو يطأ بقدميه الأرض بما عليها من مصادر ألم كالشوك، أو الزجاج، أو المسامير، أو ما إلى ذلك، وهكذا. ويعتبر ذلك أيضاً تعبيراً عن ردود فعل غير عادية للإحساسات المادية وذلك عند مقارنته بأقرانه غير المعوقين أو حتى أقرانه من فئات الإعاقة الأخرى .

ومن ناحية أخرى يرى البعض أن هذا الاضطراب في جوهره يعد اضطراباً في الإدراك، وأن هؤلاء الأطفال لا يستطيعون إدراك الموقف الذي يوضعون فيه، ولا حتى إدراك الخطر الحقيقي في أي موقف من تلك المواقف فقد يحاول الطفل على سبيل المثال أن يمشى على حافة السلم أي الدرج (الدرايزين)، أو النافذة، أو أي مكان مرتفع بكل ثقة وبلا أدنى خوف من ذلك الموقف، وقد يحاول إذا ذهب إلى الشاطئ أن يدخل عرض البحر حتى وهو يرتدى ملابسه وذلك لرغبته في السباحة دون أدنى شعور بالخوف من ذلك . وقد يرجع كل هذا إلى عدم إدراك الطفل للخطر الحقيقي في تلك المواقف المختلفة التي يمكن أن يتعرض لها على مدار اليوم بأكمله . ويمكن للوالدين أن يقوموا بعلاج كل موقف على حدة نظراً لأن الطفل التوحدي يجد صعوبة في التعميم من موقف لآخر، وبالتالي عليهما أن يعلمانه مثلاً كيفية عبور الشارع، والبعد عن النار، وأن يضعوا شبكة من القضبان الحديدية على كل نافذة، وأن يضعوا أقفالاً على الخزائن والمطبخ، وهكذا حتى يتمكنوا من إبعاده عن الخطر. ويعد العمر من الثانية إلى الخامسة هو أسوأ وقت لذلك حيث يحاول الطفل أن يقوم بكل هذه الأشياء مما يسبب إزعاجاً شديداً لوالديه، وقد يعد ذلك استكشافاً للبيئة المحيطة من جانبه . أما بعد هذا السن فإننا نلاحظ أن الخطر يقل كثيراً حيث يصبح الطفل أكثر انتبهاً للخطر، وأكثر استعداداً لطاعة الأوامر وذلك قياساً بما كان عليه من قبل، وبالتالي يمكن أن يقوم الوالدان بتعليمه التصرف في تلك المواقف المختلفة .

- ويمكن أن نخلص إلى أن الطفل التوحدي عادة ما تكون ردود فعله غير عادية للإحساسات المادية حيث أنه دائماً ما يتسم بما يلي :
- يكون مفرط الحساسية للألم أو يكون لديه قصور في ذلك .
 - ردود فعله للمثيرات المختلفة تكون أقل أو أكثر من غيره (إفراط - قصور) .
 - يبدو وكأنه أصم .
 - يلجأ إلى الضوضاء الشديدة عندما يضايقه أحد .
 - قد يضع أصابعه في أذنيه أو يغطيها عند سماع أصوات معينة .
 - قد يستمتع ببعض الألعاب التي تتضمن التلامس الجسدي .
 - يجذب إلى الموسيقى خاصة الخفيفة منها .
 - لا يحب في الغالب أن يلمسه أحد .
 - لا يقدر الخطر أو يهابه .

(٥) اللعب :

يفتقر الطفل التوحدي في السنوات الأولى من عمره إلى الكثير من أشكال اللعب الاستكشافي . وعندما يتناول اللعب والأشياء المختلفة فإنه يلعب بها بطريقة غير مقصودة، وبقليل من التنوع والابتكارية والتخيل . كما تقل المظاهر الرمزية في ألعابه كثيراً حيث يتسم بنقص أو قصور في اللعب التلقائي أو التخيلي، ولا يبدي أي مبادرات للعب التظاهري أو الإيهامي *make-believe* كما أنه لا يستطيع أن يقلد أفعال الآخرين، أو ألعابهم حيث يلعب بشكل نمطي، وتكراري، ويسير على وتيرة واحدة . كذلك فهو يحاول أن يستكشف الأشياء المختلفة بغرض الشعور بالمشاعر البسيطة التي تبعث فيه سعادة كبيرة؛ فالسيارة (اللعبة) ليست سوى شيء بارد، وصلب، وتصدر صوتاً عندما تسير على الأرض .

وإذا كان الطفل غير المعوق يكتشف العالم عن طريق اللعب حيث تنمو لغته وفهمه للعالم من حوله، ثم يبدأ في استخدام الألعاب لترمز إلى ما حوله من أشياء حقيقية (اللعب الرمزي)، فإن الأمر لا يكون كذلك بالنسبة للطفل التوحدي فهو عندما يمسك باللعبة لا يتخيلها على أنها ترمز إلى الشيء الحقيقي من حوله، ولكنه يرميها لسمع صوت ارتطامها بالأرض، أو ليضعها في صف مع غيرها من اللعب، أو يمسكها دون أن يعرف كيف يلعب بها . وعندما يكبر الطفل قليلاً فإنه يجد بعض

المتعة في ألعاب التركيب أو ما تعرف بالألعاب التركيبية حيث يستمتع بتركيب القطع معاً دون النظر إلى ماذا يبني . ولذلك فإن مثل هذا الأمر قد دفع بالكثيرين إلى القول بأن الطفل التوحدي لا يتجاوز في نموه العقلي المعرفي المرحلة الفرعية السادسة (بداية التفكير) من المرحلة الأولى التي حددها بياجيه Piaget في نظريته عن النمو العقلي والتي تعرف بالمرحلة الحس حركية *sensorimotor stage* حيث أن المرحلة الفرعية الأولى (ما قبل الفكر الإدراكي) *pre conceptual thought* من المرحلة الثانية (مرحلة ما قبل العمليات) *pre operations* تعني بالتفكير الرمزي، وتسود خلالها الألعاب الرمزية . فإذا كان الطفل يواجه قصوراً في مثل هذه الألعاب، وهذا التفكير فإنه في الغالب لا يمكن أن يكون قد وصل إلى مثل هذه المرحلة وإلا كان من الممكن له أن يتغلب على تلك الأمور. وإذا كانت اللغة هي ذلك النسق الرمزي أو ذلك النسق العفوي من الرموز فإن القصور اللغوي الذي يعانيه الطفل منه إنما يعكس في الواقع ذلك القصور الرمزي لدى الطفل التوحدي . ومن جهة أخرى فنحن نرى أنه إذا كان الطفل التوحدي يمسك باللعبة ويلقي بها على الأرض لا لشيء إلا لسمع صوت ارتطامها بالأرض فإن ذلك إنما يتشابه مع ما يحدث خلال المرحلة الفرعية الثالثة من المرحلة الأولى وهي ما تعرف برودود الفعل الدائرية الثانوية والتي عادة ما تحدث بين سن أربعة شهور إلى سن ثمانية شهور من العمر والتي يقوم الطفل خلالها بتكرار نفس الفعل مرة أخرى حتى يحصل على نفس الآثار الشيقة التي قد تترتب عليه كما هو الحال عندما يمسك بالشريحة ويهزها فإن تكرار الفعل آنذاك إنما يتمثل في الحصول على ذلك الصوت الشيق الذي يترتب على هزها . ومن جهة أخرى فإن نظرية العقل أو المعرفة تثبت أن هذا الطفل لا يمكنه أن يضع نفسه موضع شخص آخر، أو ينظر إلى الأمور من هذه الزاوية، أو يدرك وجهات نظر الآخرين، أو نواياهم، أو انفعالاتهم، أو الحالات الانفعالية الخاصة بهم وهو ما يؤكد على قصور واضح في قدرتهم على أخذ الدور وفقاً لما يراه روبرت سيلمان Robert Selman في نظريته عن أخذ الدور والتي يرى فيها أن الطفل غير المعوق عادة ما يصل إلى مرحلتها الرابعة والأخيرة في سن الثانية عشرة فيضع نفسه بذلك موضع شخص آخر، وينظر إلى الأمور بعيني هذا الشخص الآخر، ويحكم على الأمور المختلفة من هذا المنطلق. ومن ثم فنحن نرى أن مستوى النمو العقلي للطفل التوحدي قد يتراوح بين المرحلة الفرعية الثالثة من المرحلة الأولى إلى

المرحلة الفرعية الأولى من المرحلة الثانية وهو الأمر الذي يتطلب إجراء المزيد من الدراسات . كذلك فإن الطفل التوحدي غالباً لا يستطيع الاندماج في اللعب مع الأطفال الآخرين من جراء ضعف اللغة والتخيل لديه . وعندما يؤدي الطفل لعبة معينة ويجيدها ويصبح بارعاً في أدائها فإنه يؤديها كل مرة دون أي محاولة لتطوير طريقة اللعب حيث يتسم الطفل بعدم القدرة على اللعب الإبتكاري، والتمسك الصارم بالروتين .

ويمكن أن نخلص في هذا الإطار إلى أن الطفل التوحدي عادة ما يتسم بما يلي:

- يفتقر إلى الكثير من أنواع اللعب الاستكشافي .
- تقل المظاهر الرمزية في أعباه إلى حد كبير .
- لا يبدي أي مبادرات للعب التظاهري أو الإيهامي .
- لا يستطيع أن يقلد أفعال الآخرين أو أعباهم .
- يلعب بشكل نمطي وتكراري.
- يتناول اللعب بطريقة غير مقصودة وبقليل من التنوع والابتكارية والتخيل.
- لا يتناول اللعبة كرمز إلى شيء آخر بل ليرميها مثلاً ويسمع صوت ارتطامها، أو ليضعها مع اللعب الأخرى في صف .
- عندما يكبر يجد متعة في اللعب التركيبي دون إدراك لما يقوم به .
- يرفرف بالذراعين أو حتى بالأصابع .
- يميل إلى الحركات الدائرية .
- يجد متعة في تدوير الأشياء .

خامساً : اضطراب التوحد كأحد أنماط اضطرابات طيف التوحد

يعد اضطراب التوحد بمثابة اضطراب نمائي عام أو منتشر، وعادة ما تكون بدايته قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره، أما الاضطرابات المرتبطة به فيتم تشخيصها بعد ذلك، كما أنه غالباً ما يحدث عدم تأكد في البداية حول طبيعة هذا الاضطراب الذي يعاني الطفل منه. هذا ويدل اضطراب طيف التوحد على وجود إعاقة نوعية للتفاعل الاجتماعي والتواصل. وغالباً ما يتسم بوجود أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة نمطية مقيدة وتكرارية. وإلى جانب ذلك فإن اضطراب التوحد واضطرابات طيف التوحد تتضمن ما يلي :

١- الاضطراب التوحدي *Autistic disorder* هو أول أنماط اضطرابات طيف التوحد، ويعد هو أكثرها انتشاراً، ويمثل محور الحديث حول ذلك الاضطراب. وقد اكتشفه كانر Kanner عام ١٩٤٣ ولكن كان يتم النظر إليه على أنه شيء آخر .

٢- متلازمة أسبرجر *Asperger syndrome* أو ما تعرف كذلك باسم اضطراب أسبرجر *Asperger's disorder* وعادة ما تشبه هذه المتلازمة اضطراب التوحد ذي المستوى البسيط ، ولكنها لا تتضمن أي تأخر ذي دلالة في الجانب المعرفي واللغوي . وقد اكتشفه هانز أسبرجر, Asperger, H. عام ١٩٤٤ .

٣- اضطراب ريت *Rett's disorder* ويصيب البنات فقط ، وفيه تمر البنت بفترة نمو طبيعية تستمر ما بين خمسة شهور إلى أربع سنوات يتبعها حدوث تكوص تفقد البنت على أثره كل ما اكتسبته سابقاً من مهارات حتى الاستخدام الغرضي لليدين، كما أنه يكون مصحوباً بالإعاقة العقلية الفكرية .

٤- اضطراب الطفولة التفككي أو التفسخي *childhood disintegrative disorder* ويمر الطفل فيه بفترة نمو عادية منذ ولادته، وعادة ما تستمر لفترة تتراوح بين عامين إلى عشرة أعوام يتبعها فقد دال لتلك المهارات التي يكون قد اكتسبها من قبل.

٥- اضطراب نمائي عام أو منتشر غير محدد في مكان آخر *Pervasive developmental disorder not otherwise specified PDD-NOS* والذي عادة ما يشهد تأخر عام أو منتشر في النمو لا يمكن تشخيصه تحت أي فئة تشخيصية أخرى.

ونظراً لأن كل هذه الاضطرابات تعتبر نادرة الحدوث حتى عندما نضمها معاً في فئة واحدة، ونظراً لتداخل تلك الخصائص المميزة لها مع بعضها البعض بشكل كبير فإننا عادة ما نتناولها تحت عناوين مستقلة . ورغم ذلك فإن المركز القومي للبحوث (٢٠٠٠) *NRC* يحذر من أن اضطراب التوحد يمكن النظر إليه ووصفه بشكل أفضل على أنه يعد بمثابة طيف من الاضطرابات التي تختلف في مدى حدة أعراضها، وعمر الطفل عند بداية الاضطراب، والارتباط مع الاضطرابات الأخرى

كالإعاقة الفكرية، أو التأخر اللغوي ، أو الصرع على سبيل المثال. كذلك فإن أعراض اضطراب التوحد قد تختلف من طفل إلى آخر حتى أنها قد تختلف، عند نفس الطفل من وقت إلى آخر حيث لا يوجد سلوك واحد معين عادة ما يعتبر هو الذي يدل على ذلك الاضطراب، كما أنه لا يوجد من جانب آخر أي سلوك معين، يمكن من خلاله استبعاد تشخيص التوحد عند الطفل على الرغم من وجود شروط دامة ثابتة تستخدم في سبيل تشخيص هذا الاضطراب لدى الأطفال وخاصة فيما يتعلق بأوجه القصور الاجتماعية . وقد تتراوح بذلك الأعراض الدالة على اضطراب التوحد من المستوى البسيط وحتى المستوى الشديد حيث تتفاوت درجات هذا الاضطراب من فرد إلى آخر مثلما يحدث مع تفاوت درجات الاضطرابات السلوكية بين مختلف الأفراد، أو بالنسبة للشلل الدماغي *cerebral palsy CP* ، أو الإعاقة العقلية الفكرية، أو أي قدرة أخرى خاصة لدى مختلف الأفراد، أو غيرها من حالات الإعاقة الأخرى .

نحو نظرية موحدة لاضطراب التوحد

وفقاً لما يراه هالاهان وكوفمان (٢٠٠٧) Hallahan & Kauffman يشير كل من فريث (٢٠٠٣) Frith والمركز القومي للبحوث (٢٠٠١) National Research Council وفولكمار وبولز (٢٠٠٣) Volkmar & Pauls إلى أنه على الرغم من وجود العديد من الخصائص السلوكية والبيولوجية والسلوكية التي يتم عزوها إلى أولئك الأفراد ذوي اضطرابات طيف التوحد فإن بعض الباحثين قد حاولوا تقديم نظريات يمكن أن تفسر كثيراً من السلوكيات التي تصدر عنهم . وهناك ثلاث نظريات رئيسية تتناول أوجه القصور التي ترتبط بهذا الاضطراب، ومع ذلك لا يمكن أن يتم من خلال أي واحدة فقط من هذه النظريات في حد ذاتها تفسير جميع المشكلات التي يبيدها هؤلاء الأفراد، ولكن هذه النظريات معاً سوف تساعدنا في البدء بتكوين صورة مركبة لاضطراب التوحد . وهذه النظريات هي :

- ١- الوظائف التنفيذية .
- ٢- الترابط أو التماسك المركزي الضعيف .
- ٣- نظرية العقل أو المعرفة .

١- الوظائف التنفيذية *Executive Functions*

عادة ما يشار إلى السلوكيات الموجهة ذاتياً على أنها وظائف تنفيذية تتضمن أشياء عديدة مثل الذاكرة العاملة، والتنظيم الذاتي للانفعالات، والقدرة على التخطيط للأمام . وباستخدام فنيات التصوير النيورولوجي (الأشعة) تم التوصل إلى وجود شذوذ في الفصوص الأمامية في مقدمة المخ لدى من يعانون من هذا الاضطراب، وتعد هذه الفصوص وخاصة الجزء الأمامي منها والذي يعرف بالفصوص الواقعة في مقدم التكوين الجبهي *prefrontal lobes* مسؤولة عن تلك الوظائف التنفيذية . وتتضمن الوظائف التنفيذية العديد من الأشياء من أهمها قدرة الفرد على تنظيم سلوكه . ومن هذا المنطلق يعتبر الكف السلوكي هو المفتاح الرئيسي في هذا الأمر إذ أن تلك المشكلات التي تتعلق بالكف السلوكي ترسي الأساس للمشكلات التي تحدث في الوظائف التنفيذية . ويشير الكف السلوكي إلى قدرة الفرد على كبح استجابة ما، ثم التخطيط لها أو الإمساك عنها، أو الكف عن استجابة تكون قد بدأت بالفعل، أو إبعاد الأنشطة الأخرى عن ذلك السلوك الذي يحدث حتى لا تقاطعه، أو القدرة على تأخير أو تأجيل حدوث استجابة معينة . وتتفق الأدلة المتاحة على أنه يمكن ضبط تلك الوظائف التنفيذية عن طريق الفصوص الأمامية بالمخ والفصوص المخية الواقعة في مقدم التكوين الجبهي .

وجدير بالذكر أن مثل أولئك الأفراد يظهرون مشكلات تتعلق بالوظيفة التنفيذية وذلك بأربع طرق أو أساليب عامة هي :

- ١- أنهم عادة ما يعانون من عدة مشكلات في الذاكرة العاملة والتي تشير إلى قدرة الفرد على الاحتفاظ بالمعلومات في ذهنه بحيث يمكن أن توجه سلوكه إما في الوقت الراهن أو في المستقبل القريب . ويمكن أن يؤدي القصور في الذاكرة العاملة لديهم إلى النسيان، والإدراك المؤخر أي إدراك الشيء بعد وقوعه، والتروى ، ومشكلات في إدارة الوقت .
- ٢- أن الحديث الداخلي *inner speech* والذي يعد بمثابة ذلك الصوت الداخلي الذي يسمح لهم بالتحدث إلى أنفسهم عن تلك الحلول المتعددة لمشكلة معينة أثناء قيامهم بحل إحدى المشكلات عادة ما يتعطل لديهم فتواجههم بالتالي مشكلات في

توجيه سلوكهم في تلك المواقف التي تتطلب منهم القدرة على إتباع القواعد أو التعليمات .

٣- أن هؤلاء الأفراد يواجهون مشكلات في ضبط انفعالاتهم ومستويات الإثارة بالنسبة لهم حيث غالباً ما يتسمون بفرط النشاط فيما يتعلق بخبراتهم السلبية أو الإيجابية .

٤- أنهم عادة ما يجدون صعوبة في تحليل المشكلات التي تواجههم، وفي توصيل الحلول المختلفة للآخرين .

وفيما يتعلق بتلك السلوكيات التي يتم توجيهها باستمرار نحو تحقيق هدف معين فإن المشكلات المتعددة التي تتعلق بالوظائف التنفيذية والتي يخبرها الأطفال والمراهقون الذين يعانون من هذا الاضطراب تؤدي إلى حدوث قصور في اشتراكهم في تلك الأنشطة التي يتم توجيهها نحو تحقيق هدف معين وهو ما يعني قصور في الانتباه ينتج عن انخفاض مستوى الكف السلوكي مما يؤثر بالتالي على التنظيم الذاتي لدى الفرد . كذلك فإن التثنت الذي يظهر لديهم ينتج في الغالب عن حدوث قصور في ضبط المقاطعة التي تحدث للسلوكيات الراهنة مما يؤثر على مجراها ويسمح لتلك الأحداث سواء الخارجية أو الداخلية أن تقطع استمرار حدوث الوظائف التنفيذية وهو ما يرجع أيضاً إلى قصور في الضبط الذاتي والإصرار على أداء المهمة حيث لا يستطيع الفرد من جراء ذلك أن يصر على أن يقوم ببذل أي مجهود في سبيل أداء مهمة معينة لا تعود عليه بالإثابة الفورية، فينتقل بالتالي من نشاط إلى آخر دون أن يكمل أيًا منهما وذلك مع حدوث ما يمكن أن يقاطع استمرارية مثل هذه الأحداث . ومع انخفاض معدل التنظيم الذاتي أو القدرة على ضبط السلوكيات التنفيذية يجد أولئك الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب أنه من الصعب عليهم أن يحافظوا على تركيزهم في تلك المهام التي تتطلب بذل المجهود أو التركيز فيها، ولكنها لا تكون مثيرة بطبيعتها كمعظم الأنشطة المدرسية على سبيل المثال . ويرى أوزونوف (١٩٩٧) Ozonoff أن نتائج البحوث التي تم إجراؤها في هذا الصدد تدل على أن العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد يواجهون مشكلات عديدة في كل الوظائف التنفيذية، وأن مثل هذه المشكلات غالباً ما تنسم بالحدة .

٢- الترابط أو التماسك المركزي *central coherence*

يشير فريث (٢٠٠٣) Frith إلى أن بعض الباحثين يرون أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد عادة ما يكون لديهم ترابط أو تماسك مركزي ضعيف . وطبقاً لهذه النظرية فإن الترابط المركزي يعد هو الميل الطبيعي لمعظم الأفراد لإضفاء النظام أو الترتيب والمعنى على تلك المعلومات التي توجد في بينتهم وذلك عن طريق إدراكها ككل ذي معنى (الإدراك الجشطلتي) بدلاً من إدراكها كأجزاء متباينة . إلا أن الأفراد التوحديين يعدون من ناحية أخرى على العكس من ذلك فهم يدخلون في تفاصيل بطريقة كلاسيكية ولا يستطيعون رؤية الغابة كأشجار ، أو رؤية أجزاء الجسم في كل مترابط بل ينظرون إلى اليد، أو غيرها مثلاً وكأنها غير مرتبطة بالجسم وهو ما يعني من وجهة نظرنا أنهم يعانون من قصور في الإدراك الجشطلتي للأشياء . وبالتالي فإن طريقتهم في معالجة المعلومات أو تجهيزها عادة ما تكون غير مترابطة، ولا يمكنهم أن يقوموا من تلقاء أنفسهم بتحقيق الترابط بين إدراكاتهم غير المترابطة .

٣- نظرية العقل أو المعرفة *Theory of Mind*

تشير نظرية العقل أو المعرفة إلى قدرة الشخص على أخذ منظور أو دور أناس آخرين، وهي بذلك إنما تشير إلى القدرة على إدراك أشياء معينة كالنوايا والمشاعر والمعتقدات والرغبات . وعادة ما يواجه الكثير من الأفراد الذين يعانون من اضطراب التوحد أو حتى من متلازمة أسبرجر صعوبات جمة عند قراءة الإشارات الاجتماعية . وتعد قراءة الإشارات الاجتماعية في الواقع بمثابة طريقة أخرى للقول بأن الشخص يمكن أن يتوقع ويفهم ما يفكر فيه شخص آخر . كما أنهم يواجهون صعوبة مماثلة في استنتاج الحالة الانفعالية أو الاستدلال عليها لمن يتعامل معهم من الأفراد من خلال تفسير الإشارات المختلفة مثل نبرة الصوت وتعبيرات الوجه . كما أن بعضهم لا يفهمون أن أفكارهم تختلف عن أفكار الآخرين وهو ما يجعلهم غير قادرين على أن يقوموا بأخذ دور الآخرين .

وجهة نظر حول النظرية المقترحة

نحن نرى بعد استعراض وجهات النظر السابقة أنه من غير اليسير أن نركز في تفسيرنا لشيء ما على وجهة نظر محددة أو واحدة دون سواها لأننا إذا ما قمنا

بتفسيره وفقاً لوجهة النظر هذه فقط سوف يكون تفسيرنا قاصراً إلى حد بعيد في حين أن التفسير وفق هذا النموذج المقترح أو النظرية المقترحة إنما يوفر أماناً مساحة كبيرة تمكننا من الرجوع إلى البدائل المختلفة التي تسهم كثيراً في التوصل إلى تفسير مقنع للحالة التي نكون بصدها حيث تجمع هذه النظرية بين أربع وجهات نظر على الأقل إذ يضاف إلى وجهات النظر الثلاث المقدمة نموذج باركلي Barkley في الكف السلوكي الذي يستخدمه مع الأطفال ممن يعانون من اضطراب قصور الانتباه والنشاط الحركي المفرط مما يسهم في توجيه وتنظيم السلوك من جانب أولئك الأطفال أي أن الأمر بذلك إنما يعني أن نقوم بدمج وجهات النظر الثلاث معاً وصهرها في بوتقة واحدة على أن تختص كل وجهة نظر منها رغم ذلك بتفسير جانب معين أو قصور ما في سلوك الطفل التوحدي مع عدم إغفال ما يمكن أن يحدث بينها من تداخل نظراً لأن الشخصية الإنسانية تمثل وحدة كلية واحدة تتكامل في جوانبها المختلفة لتعكس بذلك هذا الكيان المعقد . وعلى هذا الأساس فنحن نتصور أن يتم ذلك على النحو التالي :

أولاً : الوظائف التنفيذية؛ وتختص بتفسير ما يلي :

- ١- القصور في العمليات العقلية المعرفية .
- ٢- القصور في القدرة على توجيه وتنظيم السلوك .
- ٣- القصور في القدرة على إدراك الانفعالات وضبطها (وهو ما قد يفسر الاستجابات الحسية المفرطة من جانبهم) .
- ٤- القصور في القدرة على التنظيم الذاتي للانفعالات .
- ٥- القصور في الكف السلوكي .

ثانياً : الترابط أو التماسك المركزي؛ ويسهم المستوى الضعيف الذي يبديه هؤلاء الأطفال في مثل هذا الجانب في تفسير ما يلي :

- ١- القصور في العمليات العقلية المعرفية .
- ٢- القصور في تنظيم المواقف وترتيبها .
- ٣- القصور في استخدام المفردات اللغوية في حديث ذي معنى .
- ٤- قصور النظام والترتيب وإضفاء المعنى على الأشياء .
- ٥- القصور في إدراك الأشياء ككل موحد، أو القصور في الإدراك الجشطلتي للأشياء، أي عدم القدرة على إدراك الشيء على أنه جشطلت معين .

ثالثاً : نظرية العقل أو المعرفة؛ وتختص في الأساس بتفسير ما يلي :

- ١- قصور أو تأخر مستوى النمو العقلي المعرفي .
- ٢- القصور في العمليات العقلية المعرفية .
- ٣- القصور في الجانب الاجتماعي اعتماداً على ما يحدث من قصور معرفي .
- ٤- القصور في أخذ دور أو منظور شخص آخر، وبالتالي القصور في إدراك النوايا والمشاعر والمعتقدات والرغبات سواء للشخص ذاته أو للغير .
- ٥- القصور في قراءة الإشارات الاجتماعية المختلفة .

* * *

مراجع الفصل الثالث

عادل عبدالله محمد (١٩٩٩). السلوك التكيفي كأحد المؤشرات التشخيصية للأطفال التوحديين وأقرانهم المعاقين عقلياً . مجلة بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية، ٣٩ .

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢- أ) . الأطفال التوحديون: دراسات تشخيصية وبرامجية . القاهرة : دار الرشاد .

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢- ب) . جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً . القاهرة : دار الرشاد .

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٤) . الإعاقات العقلية . القاهرة : دار الرشاد .

عادل عبدالله محمد (٢٠٠٨) . العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين . القاهرة : دار الرشاد .

منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) . المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD- 10 تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية : الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية (ترجمة وحدة الطب النفسي بكلية الطب جامعة عين شمس بإشراف أحمد عكاشة) . الإسكندرية : المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية .

Adreon, D.& Stella, J. (2001). Transition to middle and high school : Increasing the success of students with Asperger syndrome . *Intervention In School and Clinic*, 36, 266- 271 .

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). DSM-IV, Washington, DC : author.

Bauminger, N. & Kasari, C. (1999). Theory of mind in high-functioning children with autism . *Journal of Autism and Developmental Disabilities*, 29 (1), 69- 80.

- Boomer, L. et al. (1995). Legal issues concerning children with autism and pervasive developmental disabilities. *Behavioral Disorders*, 21 (1), 38- 49.
- Borden, M.& Ollendick, T. (1992). The development and differentiation of social subtypes in autism. In B. Lahey & A. Kazdin (Eds.). *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.
- Center for Disease Control and Prevention . (1999) . *Autism: causes, prevalence, and prevention*. Washington, DC., Medical Knowledge Systems, Inc.
- Dunlap, G.& Pierce, M. (1999). *Autism and autism spectrum disorder (ASD)*. New York: The Council for Exceptional Children.
- El-Ghoroury, N.& Romanczyk, R. (1999). Play interactions of family members towards children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (3). 333- 351.
- Gillson, S. (2000). *Autism and social behavior*. Bethesda, MD: Autism Society of America.
- Gordon, C. et al. (1993). A double-blind comparison of clomipramine, desipramine, and placebo in the treatment of autistic disorder . *Archives of General Psychiatry*, 50, 235- 248.
- Groden, J., Cautela, J., Prince, S.,& Berryman, J. (1994). The impact of stress and anxiety on individuals with autism and developmental disabilities. In E. Schopler& G. Mesibov (Eds.). *Behavioral issues in autism* (pp.177-194). New York: Plenum .

- Hallahan, D.& Kauffman, J. (2006). *Exceptional Learners: An introduction to special education* (10th ed.). New York : Allyn& Bacon .
- Hauck, M. et al. (1995). Social imitations by autistic children to adults and other children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25 (3), 354- 368.
- Herbert, M. (1998). *Clinical child psychology : Social learning development and behavior* (3rd ed.). UK, Chichester.
- Kauffman, J. (2001). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ : Prentice- Hall .
- Kendall, P. (2000). *Childhood disorders* . UK , East Sussex : Psychology Press Ltd, Publishers.
- Lord, C.& Rutter, M. (1994). Autism and pervasive developmental disorders. In M. Rutter& L. Hersov (Eds.). *Child and adolescent psychiatry*. Oxford, UK : Blackwell Scientific Publications.
- Lovaas, O. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (1), 89- 101.
- Mazzocco, M. et al. (1997). Autistic behaviors among girls with fragile X chromosome. *Journal of Autism and Developmental Disabilities*, 27 (3), 411- 423.
- Mesibov, G.& Shea, V. (1996). Full inclusion and students with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26 (2), 321- 338 .

- Myles, B.& Simpson, R. (2001). Understanding the hidden curriculum : An essential social skill for children and youth with Asperger syndrome. *Intervention In School and Clinic*, 36, 279- 286 .
- National Alliance for Autism Research (NAAR) . (2003). *NAAR autism poll show Americans want more action on autism*. Washington, DC : NAAR, January 21.
- National Research Council. (2001). *Educating children with autism* . Washington, DC : National Academy Press .
- Newsom, C. (1998). Autistic Disorder. In E. Mash & R. Barkley (Eds.). *Treatment of childhood disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Newsom,C.& Hovanitz, C. (1997). Autistic disorder. In E. Mash & L. Terdal (Eds.). *Assessment of childhood disorders* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Quintana, H. et al. (1995). Use of methylphenidate in the treatment of children with autistic disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25 (2), 256- 273.
- Rutter, M. et al. (1994). Autism and Known medical conditions: Myth and substance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35 (2), 249- 263.
- Schreibman, L.& Koegel, R. (1996). Fostering self-management: Parent delivered pivotal response training for children with autistic disorders. In E. Hibbs & P. Jensen (Eds.). *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. Washington, DC : American Psychological Association .

- Stone, W. et al. (1999). Can autism be diagnosed in children under 3 years of age? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (2), 302- 313.
- Trepagnier, C. (1996). A possible origin for the social and communicative deficits of autism. *Focus on Autism and Developmental Disorders*, 11 (3), 386- 397.
- Volkmar, F (1996). Brief report: Diagnostic issues in autism, results of DSM-IV field trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26 (1), 79- 94.
- Williams, K. (2001). Understanding the student with Asperger syndrome: Guidelines for teachers . *Intervention In School and Clinic*, 36, 287- 292 .
- World Health Organization. (1992). *The ICD- 10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, author.

* * *