متلازمة آسبرجر

تمهيد

شهدت الدول الأجنبية وعدد من الدول العربية - فى الفترة الأخيرة- طفرة نموذجية فى تطوير أساليب التشخيص، ووضع البرامج والاستراتيجيات المختلفة للأشخاص ذوى الاحتياجات الخاصة. ورغم هذا التقدم الذى تشهده الدول الأجنبية وريادتها فى هذا المجال، وسعيها الدائم إلى التعرف على ما لم يتم اكتشافه بعد فى كل فئة من فئات التربية الخاصة، ورغم بذل المحاولات الجادة من قبل الجهات المعنية بهذه الفئة فى الدول العربية، إلا أنه لا تزال هناك أسباب تعرقل سير عجلة التقدم فى هذا الدرب من دروب التربية، ومن هذه الأسباب: غموض العوامل المسببة فى حدوث بعض هذه الاضطرابات، ومن ثم تصعب عملية التشخيص، وتحديد الخصائص الفارقة لكل فئة، وينتهى الأمر بعدم الوصول إلى أساليب تدريبية أو إرشادية أو علاجية مناسبة ذات فعالية، تحد من مجموعة الأعراض التى يعانى منها بعض ذوى الفئات الخاصة، وخاصة تلك التى يشوبها الغموض، لا سيما مجموعة "اضطرابات طيف الذاتوية"، ومن ثم فقد آثارت هذه المجموعة من الاضطرابات، جدلًا كبيرًا بين العلماء والباحثين المهتمين بها(شريف عادل،٢٠١٠، ص٩).

ويعرف عثمان فراج(٢٠٠٢، ص٤٩) هذه المجموعة من الاضطرابات بأنها: حالات اضطراب ذاتى بيولوجى عصبى يتمثل فى توقف النمو على المحاور اللغوية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية أو فقدانها بعد تكوينها بما يؤثر سلبًا على بناء الشخصية. وتتضمن هذه المجموعة من الاضطرابات خمسة اضطرابات نمائية، وهى:

١- اضطراب الذاتوية Autistic disorder.

٢- متلازمة آسبرجر Asperger`s syndrome.

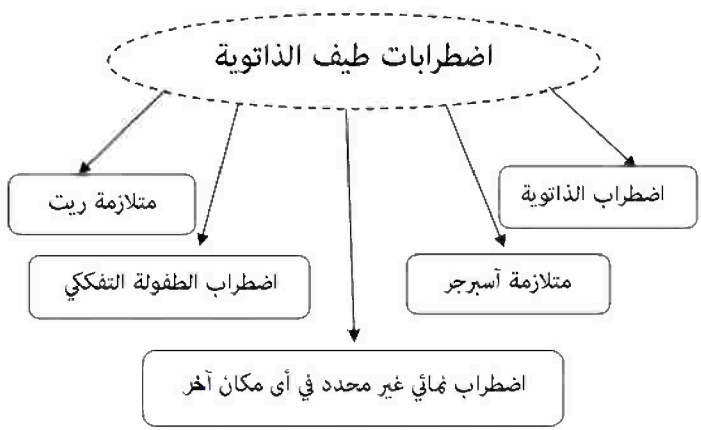
٣- متلازمة ريت Rett`s syndrome.

٤- اضطراب الطفولة التفككى Childhood disintegrative disorder.

٥- اضطراب نمائى عام غير محدد فى أى مكان آخر.

Pervasive developmental disorder not otherwise specified.

ويوضح الشكل(١)مجموعة "اضطرابات طيف الذاتوية":



شكل(١)اضطرابات طيف الذاتوية

أولاً- التطور التاريخى لمتلازمة آسبرجر:

قام طبيب الأطفال النمساوى "هانز آسبرجر" Hans Asperger عام (١٩٤٤)، بنشر ورقة بحثية تصف نمط من السلوكيات لدى مجموعة من الأطفال الذكور، يتمتعون بمستوى ذكاء وتطور لغوى طبيعى، لكن كانت هذه المجموعة تعانى من بعض السلوكيات التى تشبه السلوكيات التى يمارسها الأطفال ذوى اضطراب الذاتوية Autism، بالإضافة إلى أوجه قصور واضحة فى المهارات الاجتماعية والتواصلية (Arechiga. 2009. p. 3).

وقد أطلق "آسبرجر" مسمى "السيكوباتية الذاتوية" Autistic Psychopathy كوصف لمجموعة الأعراض التى يعانى منها هؤلاء الأطفال. وفى المملكة المتحدة عام ١٩٨١ أعادت "وينج" Wing صياغة هذا التعبير الذى اقترحه "آسبرجر" تحت مسمى "متلازمة آسبرجر" ومنذ هذا الوقت، بدأت البحوث والدراسات تتناول متلازمة آسبرجر باللغة الإنجليزية. فلم يكن معترفًا بها-على الصعيد العالمي- كاضطراب مستقل بذاته، إلا حينما أدرجت منظمة الصحة العالمية(١٩٩٤) World Health Organization فى طبعتها العاشرة بدليلها الدولى لتصنيف الأمراض International Classification of Diseases (ICD-10). وكذلك الأمر فى الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية فى طبعته الرابعة Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM-IV) الصادر عن الجمعية النفسية الأمريكية American Psychiatric Association:(Robinson. 2009. p.1).

ومن خلال عرض ما سبق، يرى المؤلف إمكانية تقسيم البحوث والدراسات، التى أجريت على متلازمة آسبرجر، إلى ثلاث مراحل، هى:

المرحلة الأولى (١٩٤٤ - ١٩٨٠):

وتسمى هذه المرحلة بـ "مرحلة الاكتشاف والبحث عن الهُوية" وتبدأ هذه المرحلة ببداية اكتشاف العالم النمساى "آسبرجر" لمتلازمة آسبرجر، وتنتهى قبل نشر "وينج" لبحثها عن هذه المتلازمة. حيث ظلت البحوث التى قام بها "آسبرجر" فى هذه الفترة حبيسة الانتشار، وذلك لسببين، هما:

١- لم تكن اللغة النمساوية(التى كتب بها "آسبرجر" بحوثه) منتشرة شأنها شأن اللغة الإنجليزية.

٢- كانت النمسا محتلة من الألمان بسبب الحرب العالمية الثانية التى كانت عائقًا فى نشر بحوث "آسبرجر"، فأصبحت كالدول الأوربية لا يوجد بينها وبين أمريكا أى اتصال.

المرحلة الثانية (١٩٨١ - ١٩٩٣):

وتسمى هذه المرحلة بـ" مرحلة الظهور وتحديد صفات متلازمة آسبرجر" وتبدأ هذه المرحلة بدايةً من نشر البحث الذى نشرته "وينج" عن متلازمة آسبرجر، وتنتهى قبل استقلال متلازمة آسبرجر بذاتها، عندما أدرجت فى الدليل الدولى لتصنيف الأمراض فى طبعته العاشرةICD-10، والدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية فى طبعته الرابعة DSM-4 عام (١٩٩٤). وقد ساهمت البحوث والدراسات التى أجريت فى هذه الفترة، فى استقلال متلازمة آسبرجر عن الاضطرابات الأخرى المشابهة لها. وقد وصفت البحوث والدراسات متلازمة آسبرجر كإحدى أنواع اضطراب الذاتوية، وهو ما أظهره علماء وباحثين بين مؤيد ومعارض، حيث يرى فريق أن متلازمة آسبرجر نوع من أنواع اضطراب الذاتوية، وفريق آخر يرى أن هذه المتلازمة يجب أن تستقل بذاتها عن اضطراب هذا الاضطراب، وهو ما أدى إلى إجراء العديد من البحوث والدراسات، التى آلت نتائجها إلى ظهور مرحلة جديدة(وتمثل المرحلة الثالثة). وقد ظهرت فى هذه المرحلة عدد من المعايير التشخصية لمتلازمة آسبرجر، من خلال بحوث: وينج Wing (١٩٨١)، وجيلبرج وجيلبرجGillber & Gillberg (١٩٨٩)، وزاتماريSzatmari (١٩٨٩)، وتانتام Tantam (١٩٩١).

المرحلة الثالثة(١٩٩٤ - ما قبل DSM-5):

وتسمى بـ" مرحلة الاستقلال والبحث الدقيق" وتبدأ هذه المرحلة بظهور المتلازمة بشكل مستقل عن اضطراب الذاتوية، والاضطرابات الأخرى المشابهة لها عام (١٩٤٤)، فى نوعين من التصنيفات العالمية الدولية للأمراض النفسية، الأول: التصنيف الأوربى ويمثله الدليل الدولى لتصنيف الأمراض فى طبعته العاشرة-ICD 10، والتصنيف الثانى: هو التصنيف الأمريكى والمتمثل فى الدليل التشخيصى للاضطرابات العقلية فى طبعته الرابعة DSM-4، وتتسم بحوث ودراسات هذه الفترة بالاستناد إلى هذين الدليلين التشخيصيين لمتلازمة آسبرجر، التى تحدد خصائص هذه المتلازمة، ومع إجراء البحوث والدراسات المستندة إلى هذين الدليلين، انبثقت العديد من المقاييس التى تحدد خصائص متلازمة آسبرجر.

ومع إصدار الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية DSM-5 فى مايو ٢٠١٣ سيتم دمج متلازمة آسبرجر مع بعض الاضطرابات الأخرى، ليكوّنوا مصطلحًا جديدًا، وهو "اضطراب طيف الذاتوية " Autistic Spectrum Disorder.

ثانيًا- تعريف متلازمة آسبرجر:

أطلقت على متلازمة آسبرجر عدة مسميات، ومنها:

١- السيكوباتية الذاتوية Autistic Psychopathy.

٢- اضطراب الذاتوية البسيطMild Autism.

٣- الشخصية الفصاميةSchizoid Personality.

٤- اضطراب ذاتوية البالغين Adult Autism.

٥- اضطراب الذاتوية ذو الأداء الوظيفى المرتفع High Functioning Autism.

٦- اضطراب آسبرجرAsperger Disorder.

٧- متلازمة آسبرجر Asperger Syndrome.

ويستخدم المصطلحين الأخيرين بكثرة فى البحوث والدراسات الأجنبية الحديثة، وقد اختار المؤلف المصطلح الأخير، وهو: متلازمة أسبرجر Asperger Syndrome فى الحديث عن هذا الاضطراب. وذلك لسببين:

١- أنه أكثر المصطلحات استخدامًا فى البحوث والدراسات الأجنبية الحديثة.

٢- أن نسبة انتشاره أقل بكثير من نسبة انتشار اضطراب الذاتوية، وهو ما يعد ذوى هذه المتلازمة مجرد مجموعة قليلة من الأفراد من مختلف المراحل العمرية يعانوا من أعراض هذا الاضطراب، والأفضل أن يطلق عليها متلازمة بدلًا من اضطراب، حيث لم تصل نسبة انتشارها للدرجة التى تجعلها مثل اضطراب الذاتوية. والشاهد على ذلك أنها سوف تدمج فى DSM-5 مع اضطرابات طيف الذاتوية، تحت المسمى الجديد" اضطراب طيف الذاتوية".

وقد ذكر محمد قاسم(٢٠٠١:٣٢)أن متلازمة آسبرجر عبارة عن خلل أو عجز فى التفاعل الاجتماعى، واللغة والتواصل غير اللفظى، وتعبيرات وجهية ضعيفة، وأنشطة متكررة رتيبة، ورفض للتغيير. إضافة إلى هذه الصورة الإكلينيكية هناك تاريخ سابق من فقدان الاهتمام بالجماعة الإنسانية والآخرين خلال الرضاعة، وضعف فى اللعب التخيلى والإيمائى خلال الطفولة.

ويرى عثمان فراج(٢٠٠٢:١٠٢) أنها: إحدى إعاقات مجموعة اضطرابات النمو ذات الأصول التكوينية البنوية والخلقية الولادية (أى تكون موجودة عند الميلاد) ولكنها لا تكتشف مبكرًا، بل بعد فترة نمو عادى على معظم محاور النمو، قد تمتد إلى عمر ما بين ٤-٦ سنوات، وتحدث للأطفال ذوى الذكاء العادى أو العالى، ونادرًا ما يصاحبها إعاقة ذهنية، وبدون تأخر فى النمو اللغوى أو المعرفى، وتتصف بقصور كيفى واضح فى القدرة على التفاعل الاجتماعى، مع سلوكيات شاذة واهتمامات محددة، غير عادية، وغياب القدرة على التواصل غير اللفظى، وعلى التعبير عن العواطف والانفعالات أو المشاركة الوجدانية.

كما تعرف بأنها: اضطراب غير مؤكد فى قيمته التصنيفية، يتصف بوجود خلل كيفى فى التفاعل الاجتماعى المتبادل، الذى يميز اضطراب الذاتوية، بالإضافة إلى مخزون محدد ونمطى ومتكرر من الاهتمامات والأنشطة، وتختلف عن اضطراب الذاتوية فى أنه لا يوجد تأخر أو تخلف عام فى اللغة، أو فى الارتقاء المعرفى، وعادة ما تظهر فى الذكور (أحمد عكاشة،٢٠٠٣، ص٧٥٨).

ويعرفها عادل عبدالله(٢٠٠٣:٩): بوجود خلل فى التفاعلات الاجتماعية، ووجود اهتمامات وأنشطة مقيدة ومحددة جدًا، مع عدم وجود تأخر عام دال من الناحية الإكلينيكية فى اللغة، وتتراوح نسبة ذكاء الفرد بين المتوسط إلى فوق المتوسط.

ويشير إبراهيم الزريقات(٢٠٠٤:٥٧) إلى أنها: إعاقة فى العلاقات الاجتماعية، وسلوكيات محددة أو غير معتادة، بدون تأخر لغوى، الذى يتصف به الأطفال الذين يعانون من اضطراب الذاتوية.

كما تعرف بأنها: اضطراب يتصف بقصور حاد فى التفاعل الاجتماعى، وسلوكيات نمطية وتكرارية مقيدة، واهتمامات خاصة، وقصور فى استخدام سلوكيات غير لفظية بشكل متوافق، مثل: التواصل بالعين، والإشارة، والتعبيرات الوجهية، والتحديق بالعين ضمن سياق العلاقات الاجتماعية.

(Musarra. 2005. P. 8)

ويشير Dwork إلى أنها: إحدى اضطرابات طيف الذاتوية، أو مجموعة الاضطرابات النمائية المنتشرة، تتصف بعدم القدرة على فهم المواقف الاجتماعية، كما يتصف الطفل الذى يعانى من متلازمة آسبرجر باهتمام خاص حول موضوع واحد، كما يظهر وكأنه غير لبق فى نطق صوت الحرف(التعبير الصوتى)، بالإضافة إلى قصور شديد فى المهارات الحركية (Dwork. 2005. p. 13).

ويذكر جيرارد Gerrard إنها: إحدى الاضطرابات الخمسة المعروفة بمسمى الاضطرابات النمائية المنتشرة أو باضطرابات طيف الذاتوية، وتتصف هذه المتلازمة بالقصور الاجتماعى، والسلوكيات المقيدة والتكرارية، والاهتمامات الخاصة، وتختلف هذه المتلازمة عن اضطراب الذاتوية، حيث يتصف اضطراب الذاتوية بالتأخر اللغوى والمعرفى، بينما لا يوجد هذا التأخر فى متلازمة آسبرجر، كما تتضمن هذه المتلازمة قصور فى التفاعل الاجتماعى، وتواصل أحادى الجانب، وتتصف لغة ذويها بإطار لحنى ضعيف، كما أنهم يجدون صعوبة فى فهم المواقف غير اللفظية.

(Gerrard. 2007. pp. 13-14)

ويذهب لودونLoudon إلى أن متلازمة الآسبرجر هى: إحدى اضطرابات النمو الشاملة، تتصف بضعف فى التفاعل الاجتماعى، وقصور فى الجانب السلوكى، ولا يوجد لديهم أى تأخر فى الجانب اللغوى أو المعرفى، ويتميز ذوى هذه المتلازمة، بأن لديهم معاملات ذكاء تقع بين المتوسط وفوق المتوسط، كما يتسم ذويها بالمهارات الخاصة فى مجالات معينة، كما يواجهون صعوبة فى فهم لغة الجسد، ومهارات التواصل غير اللفظية، ويسود لديهم القلق(Loudon. 2008. p. 11) .

وتعرفها آمال باظه بأنها: مجموعة من الأعراض تحدث للطفل فى عمر زمنى ما

بين ٢-٦ سنوات، وتعتبر طيف من أطياف الذاتوية، لكنها أخف وطأة فى الأعراض، ومن هذه الأعراض:

١- ضعف التواصل غير اللغوى والتعبيرى.

٢- تأخر النمو اللغوى بسيط.

٣- مدى محدود من الأنشطة والاهتمامات.

٤- ضعف فى التناسق الحركى.

٥- الإصرار على السلوك النمطى.

٦- ضعف فى التفاعل الاجتماعى.

٧- الذكاء يكون متوسط أو مرتفع.

٨- مواجهة صعوبات أكاديمية بالمدرسة (آمال باظه، ٢٠٠٩، ص٧).

كما تذكر هلا السعيد(٢٠٠٩:٤٢) أن متلازمة آسبرجر من الإعاقات النمائية التى تأثر على المخ، وتشترك أعراضها فى العديد من الأعراض المعروفة لاضطراب الذاتوية لكنها تظهرأقل شدة، ومن هذه الأعراض:

١- عجز شديد فى التواصل الاجتماعى.

٢- فقدان القدرة على التخيل.

٣- تنتشر لدى الذكور أكثر من الإناث.

٤- يتمتعون بدرجة ذكاء طبيعية.

٥- ليس لديهم تأخر فى اكتساب المقدرة على الكلام.

٦- ليس لديهم مشكلة فى الاعتماد على أنفسهم.

٧- يستطيعون استكمال دراستهم الثانوية وحتى الجامعة ويستطيعون ممارسة وظائف عملية.

ومن التعريفات السابقة، يمكن للمؤلف تعريف متلازمة آسبرجر، بأنها: إحدى اضطرابات طيف الذاتوية، يعانى منها عادة الأطفال الذكور أكثر من

الإناث، بنسبة ١:٤، ويكون مستوى ذكائهم متوسط أو فوق المتوسط، وفى الغالب لا يعانون من الإعاقة الذهنية، وليس لديهم أى تأخر لغوى أو معرفى، ويكون هذا فى سن يتراوح ما بين ٤-٦ سنوات؛ مما يؤثر على بعض النواحى النمائية لديهم، مثل: ضعف فى المهارت اللغوية(اللفظية وغير اللفظية)، كذلك ضعف فى مستوى التفاعلات الاجتماعية، وضعف فى المهارات الحركية، والتمسك الاستبدادى بسلوكيات محدودة تتصف بالنمطية، كما يواجه أفرادها صعوبات أكاديمية.

ثالثًا- معدل انتشار متلازمة آسبرجر:

يشير جمال حامد إلى أنه لكى يتمكن الباحث من إعطاء كل مشكلة صحية حجمها الطبيعى، لابد من الرجوع إلى الدراسات والإحصاءات العلمية الموثقة، التى دَرَست هذه المشكلة الصحية بشكل من التفصيل، وبلورت للمهتمين هذه المشكلة فى صورة أرقام تشهد على ذلك(جمال حامد٢٠٠٢، ص٢٣). لذلك لجأ المؤلف إلى العديد من الدراسات التى رصدت معدل انتشار متلازمة آسبرجر فى الدول الأجنبية، ولم تتوافر له أى دراسة عربية، ترصد معدل انتشار هذه المتلازمة.

حيث يذكر إيهلرز وجيلبرجEhlers & Gillberg (١٩٩٣) أن نسبة انتشار متلازمة آسبرجر ما بين ٢٦-٣٦ لكل ١٠،٠٠٠ مولود (Carrola. 2006. p. 12) .

كما رأى كل من كادسجو، وجيلبرج، وهاجبرج Kadesjo, Gillberg & Hagberg (١٩٩٩) أن نسبة انتشار متلازمة آسبرجر ٤٨ لكل ١٠،٠٠٠ طفل(Kessler. 2005. p. 1). وقد ذكر كونر Connor(١٩٩٩) أن نسبة انتشار هذه المتلازمة ٢ لكل ١٠،٠٠٠ طفل(Gerbe. 2007. p.11). كما أشار المجلس الطبى البريطانى The British Medical Council (٢٠٠٠) إلى أن نسبة المشخصين بمتلازمة آسبرجر ٢،٥ من ١٠،٠٠٠ طفل(Szentmiklosi. 2009. p. 49). ورأى بلستيدت Bellstedt (٢٠٠٠) أن نسبة انتشار متلازمة آسبرجر تراوحت بين ٧-١٦ لكل ١٠،٠٠٠ مولود. ويقدر كل من هوليداى وموك وشيبلى Holaday, Moak. & Shipley (٢٠٠١) نسبة انتشارها بـ ١٠ لكل ١٠،٠٠٠ طفل (Keys. 2007. p. 3). وأشار جيلبرج Gillberg (٢٠٠٢) إلى أن نسبة انتشار هذه المتلازمة

تراوحت ما بين ٣-٤ لكل ١٠،٠٠٠ طفل تقع أعمارهم فى عمر ١٠ سنوات (Szentmiklosi. 2009. p. 49). وقد ذكر المعهد القومى للاضطرابات العصبية والجلطة الدماغية The National Institute of Neurological Disorders and Stroke(٢٠٠٥) أن نسبة انتشار الأطفال المشخصين بمتلازمة آسبرجر ٢ لكل ١٠،٠٠٠ طفل (Szentmiklosi. 2009. p.49). ويشير أتوود Attwood (٢٠٠٦) إلى أن نسبة انتشارها تقدر بين مدى يتراوح ٠،٠٣ -٤٨،٤ كل ١٠،٠٠٠ طفل(Robinson. 2009. p. 3).

وذكر ويليامز وآخرون Williams. et al. (٢٠٠٨) أنها تحدث بين الأطفال بنسبة ١٦،٦ لكل ١٠،٠٠٠ طفل (Szentmiklosi. 2009. p. 49). ومن أحدث الإحصاءات وفقًا لما أقره المعهد القومى للصحة National Institutes of Health أن ما بين كل ١٠٠٠ طفل أمريكى، يعانى منهم ٢-٦ طفل من متلازمة آسبرجر(Hughes. 2009).

معدل انتشار المتلازمة بالنسبة للفروق بين الجنسين(ذكور/إناث):

تقدر نسبة انتشار متلازمة آسبرجر أكثر لدى الذكور عنها لدى الإناث بنسبة١٠:١(عبدالمطلب القريطى، ٢٠١١، ص٤٧٨، وعثمان فراج، ٢٠٠٢، ص١٠٢). ويذكر برايرPrior (٢٠٠٣) أن نسبة انتشارها بين الذكور أكثر من الإناث بنسبة تتراوح بين ٤-١:٦ (Szentmiklosi. 2009. p. 49). وتشيع متلازمة آسبرجر بين الذكور أكثر من شيوعها بين الإناث بنسبة ١:٤، وهى نفس نسبة الشيوع لدى الذكور والإناث الذين يعانون من اضطراب الذاتوية(وفاء الشامى،٢٠٠٤أ، ص٦٣).

وتذكر عبير فاروق(٢٠٠٥:٥٧) وفقًا لما ورد فى الطبعة العاشرة للدليل الدولى لتصنيف الأمراض ICD-10(١٩٩٩) أن هذه المتلازمة تحدث فى الغالب لدى الذكور، وأنها تندر لدى الإناث، بنسبة ١:٨ . كما يشير كونورConnor(١٩٩٩) إلى أن نسبة انتشار متلازمة آسبرجر لدى الذكور أكثر من انتشارها لدى الإناث بنسبة ١:٤ (Gerbe. 2007. p. 11) .

وقد أوضح تقرير هارفارد للصحة النفسية Harvard Mental Health Letter(٢٠٠٥) أن ٩٠٪ من الأفراد الذين يعانون من متلازمة آسبرجر من الذكور(Link. 2007. p. 12).

معدل انتشار المتلازمة وفقًا لمستوى الذكاء:

يعتبر الأطفال الذين يعانون من متلازمة آسبرجر، من فئات الذكاء المتوسط وفوق المتوسط، مقارنة بحالات اضطراب الذاتوية(بشير شريف، ٢٠٠٤، ص٣٢؛ وعائشة السويدى،٢٠٠٥، ص٣٢١)، وهما يتفقان بذلك مع ما أشار له عبدالرحمن سليمان(٢٠٠١) فى أن هؤلاء الأطفال يقعون فى حدود الذكاء العادى.

تعقيب المؤلف:

يؤيد المؤلف ما اتفقت عليه بعض الدراسات لا سيما الدراسة التى قام بإجرائها هيوز Hughes (٢٠٠٩) ؛ لحداثتها ومنطقيتها مقارنة بمعظم النسب الأخرى القريبة التى ذكرتها بعض الدراسات، حيث تتفق دراسة هيوز مع الدراسة التى أجراها كونرConnor(١٩٩٩) والمجلس الطبى البريطانى BMC (٢٠٠٠)، ودراسة جيلبرج Gillberg (٢٠٠٢)، والمعهد القومى للاضطرابات العصبية والجلطة الدماغيةNINDS (٢٠٠٥)، ومع النسبة التى ذكرها عادل عبدالله(٢٠٠٨)، ومجمل هذه الإحصاءات تشير إلى مدى حدوث متلازمة ما بين ١-٦ كل ١٠.٠٠٠ طفل طبيعى، وهذا فى الفترة ما بين عامي(١٩٩٩-٢٠٠٩). وتشير هذه الإحصاءات إلى معدل زيادة متلازمة آسبرجر.

رابعًا - أنواع متلازمة آسبرجر:

رغم اهتمام الدول الأجنبية بمتلازمة آسبرجر من حيث البحث والدراسة إلا أنه لم يتجه العلماء والباحثون إلى تصنيف هذه المتلازمة، مثلما صنف بعض العلماء اضطراب الذاتوية، فهناك فريق من الباحثين المهتمين باضطراب الذاتوية صنفوا هذا الاضطراب، من حيث: العمر الزمنى، والمستوى الوظيفى، حيث يشير هذا التصنيف إلى معاناة الطفل من هذا الاضطراب وعدد أعراضه وشدتها. والبعض

الآخر صنف اضطراب الذاتوية وفقًا لأنماط مختلفة لنشاط الدماغ، ورغم أنه لا يمكن للطفل الذى يعانى من متلازمة آسبرجر أن يعانى من جميع الخصائص التى يعانى منها الأطفال الذين يعانون من متلازمة آسبرجر، ورغم أن هذه الخصائص تتراوح من طفل لآخر ما بين البسيط والشديد، إلا أنه لا يوجد تصنيف لهذه المتلازمة، ويعزي المؤلف ذلك إلى أنها لم تنل حظها من الاهتمام بالقدر الذى حظى به اضطراب الذاتوية، من توافر للبحوث والدراسات الأجنبية، التى جعلت منه اضطراب واضح المعالم، رغم عدم الكشف عن الأسباب المؤدية إلى حدوثه حتى الآن.

ومن ثم حاول المؤلف اقتراح التصنيف التالى لمتلازمة آسبرجر:

١- مجموعة آسبرجر ذات الأداء الوظيفى المرتفع:

تتسم هذه المجموعة بمستوى ذكاء أعلى من المتوسط، وتظهر عددًا أقل من أعراض متلازمة آسبرجر.

٢- مجموعة آسبرجر ذات الأداء الوظيفى المتوسط:

تتصف هذه المجموعة بمستوى ذكاء متوسط، وتظهر عددًا أكثر من أعراض مجموعة متلازمة آسبرجر ذات الأداء الوظيفى المرتفع.

٣- مجموعة الآسبرجر من ذوى الإعاقة الذهنية:

تتصف هذه المجموعة بوجود إعاقة ذهنية لدى ذويها، ويظهرون عددًا من خصائص متلازمة آسبرجر أكثر من الخصائص التى تظهرها مجموعة آسبرجر ذات الأداء الوظيفى المتوسط، وهى مجموعة أقل من المجموعتين السابقتين انتشارًا.

خامسًا - أسباب متلازمة آسبرجر:

إن اضطراب الذاتوية لا يزال أحجية لم تكتمل حلقاتها بعد، وكذلك الأمر بالنسبة لمتلازمة آسبرجر، فهناك كم هائل من الآراء المختلفة التى تفسر حدوثهما، ولعل ذلك يبرر عدم التوصل-حتى الآن-إلى التعرف على الأسباب الحقيقية التى تؤدى إلى حدوث متلازمة آسبرجر.

حيث تشير بعض التقارير إلى أن للوراثة دور هام فى حدوث متلازمة آسبرجر، حيث لاحظ "آسبرجر" وجود تشابه فى الصفات بين الذى يعانى من هذه المتلازمة ووالده، إلا أن العلماء لم يتمكنوا بعد من تحديد كيفية انتقال الاضطراب جينيًا، كما يشير باحثون آخرون إلى عوامل أخرى عضوية عصبية أثناء فترة الحمل، إضافة إلى التدخلات التى تحدث أثناء عملية الولادة وتؤثر على الدماغ، واحتمالات الإصابة الفيروسية أو البكتيرية للدماغ قبل الولادة أو بعدها بقليل(عبدالمطلب القريطى،٢٠١١، ص٤٧٨).

ويشير كل من منكهين وإيسيفMnukhin & Isaev (١٩٧٥) إلى أن السبب الأساسى فى حدوث متلازمة آسبرجر، هو اختلال عضوى بيولوجى فى الدماغ. وتشير وينجWing(١٩٨١) إلى أن هناك بعض الحالات التى شخصت على أنها تعانى من متلازمة آسبرجر، عانت بتلف فى الدماغ قبل أو أثناء أو بعد الولادة، كما ترجح أن هذه المتلازمة قد تكون نتيجة لعوامل وراثية، وهى ما أظهرته النتائج التى أجريت على بعض الحالات الأخرى. وتشير وينج Wing (١٩٨١)، وجيلبرج Gillberg (١٩٨٥) أن العوامل المسببة لحدوث متلازمة آسبرجر، تشبه العوامل المسببة لاضطراب الذاتوية الكلاسيكى، ويرجحان السبب فى حدوث هذه المتلازمة إلى عوامل جينية(Aldridge-Sumner. 2006. pp. 32-33).

كما يرى أوزبايراك Ozbayrak (٢٠٠٤) أن العوامل الوراثية البيولوجية لها تأثير شديد على حدوث متلازمة آسبرجر، وربما تكون ظهور حالات شذوذ الدماغ فى بعض الحالات التى تعانى من هذه المتلازمة، أحد العوامل المسببة لحدوثها.

ويشير المعهد القومى للاضطرابات العصبية والجلطة الدماغية NINDS (٢٠٠٥) إلى أن السبب الوراثى من الممكن أن يؤدى إلى حدوث متلازمة آسبرجر، وقد أشارت نتائج الدراسات التى أجريت على أسر الأفراد الذين يعانون من متلازمة آسبرجر، إلى وجود عامل وراثى يسبب حدوث هذه المتلازمة، وتشير هذه الدراسات إلى أن هذا الجين الذى يسبب حدوث هذه المتلازمة لم يتم التعرف عليه

حتى الآن. ويذكر المعهد نتائج بحثًا يشير إلى أن هذا التلف الدماغى يؤثر على الدوائر العصبية لدى ذوى متلازمة آسبرجر؛ مما يؤثر على التفكير والسلوك لديهم(Cash. 2006. PP. 22-23).

ويرى بينينجتون، وأوزنوفPennington & Ozonoff (١٩٩٦). ورينيهارت، وبرادشو، وبريرتُن، وتونغRinehart. Bradshaw. Brereton. & Tonge (٢٠٠٢) إنه من المحتمل أن يكون هناك مكوّن وراثى قوى، يسبب حدوث متلازمة آسبرجر، حيث وجدت نسب حدوث عالية للمتلازمة لأقارب أولئك الأفراد الذين شخّصوا على أنهم يعانون من هذه المتلازمة، ومن المحتمل أن تكون هذه الجينات التى يحملها ذوى متلازمة آسبرجر متعدّدة ومعقّدة. وهو ما أيده جيلبرج Gillberg (١٩٩٨) فى أن اضطرابات طيف الذاتوية بوجه عام، اربطت مع حالات الشذوذ فى الكروموسومات المتعدّدة(Novales. 2006. pp. 17-18).

وتشير نتائج بعض الدراسات إلى وجود زيادة فى مستوى السيرتونين بنسبة تتراوح ما بين٣٠-٥٠٪ لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات طيف الذاتوية، ومنها الأفراد ذوى متلازمة آسبرجر. وقد أخفق الباحثون فى إيجاد قاعدة فسيولوجية لهذه الظاهرة. واتجه بعض العلماء والباحثين إلى التطعيمات كعوامل مساهمة فى الأعداد التى تتزايد من الأطفال التى شخصت على أنها تعانى من اضطرابات طيف الذاتوية، ومنها متلازمة آسبرجر، فَيُذكر أن باركر وسوارتز وتود وبيكرينغ وسوارتزParker. Schwartz. Todd. Pickering & Schwartz (٢٠٠٤) قد أشاروا إلى التطعيمات الخاصة بالحصبة، وإلتهاب الغدة النكافية(النكاف)، والحصبة الألمانية (MMR) بأنها ضمن العوامل المسببة لحدوث متلازمة آسبرجر(Link. 2007. pp. 16-18). ويشير عادل عبدالله(٢٠٠٨:٣٢-٣٣) إلى الخلاف حول ما إذا كانت مثل هذه الأمصال تسبب حدوث اضطراب الذاتوية- أحد أهم اضطرابات طيف الذاتوية- أم لا؟، إذ أن هناك افتراضات مؤداها أن الثيمروزال Thimerosal الذى يحتوى على كميات قليلة جدًا من الزئبق يوضع موضع اتهام، أما الجرعات الكبيرة من الزئبق فتؤدى فى الواقع إلى أوجه قصور

نيورلوجية، وقد انتهى الباحثون إلى عدم وجود علاقة بين تلك التطعيمات أو الأمصال وبين هذا الاضطراب، وإلى جانب ذلك أظهر تقرير المعهد الطبي-بعد مراجعة الأدلة المتاحة-رفضًا لوجود علاقة سببية بين هذه الأمصال وبين اضطراب الذاتوية.

ويشير جيلبرج Gillberg(١٩٩٨) إلى أن آباء الأطفال الذين يعانون من متلازمة آسبرجر، قد يظهرون أوجه القصور الاجتماعية أو بعض خصائص متلازمة آسبرجر التى يعانى منها أطفالهم، بينما تشير دراسات أخرى إلى أن هؤلاء الآباء قد يفتقرون إلى التعاطف أو إلى المهارات الضرورية للتفاعل الاجتماعى المتبادل مع أبنائهم. بينما يشير أتوود attwood (١٩٩٨) إلى أن سوء المعاملة أو الإهمال من قبل الوالدين يمكن أن يسبّب متلازمة آسبرجر.

(Trimarchi. 2004. p. 44)

تعقيب المؤلف:

١- لا تزال العوامل المسببة التى تؤدى إلى حدوث متلازمة آسبرجر، غير معروفة حتى الآن، حيث لم يستدل على الجين أو الجينات المسؤولة عن حدوث هذه المتلازمة.

٢- يرجح المهتمون بدراسة أسباب متلازمة آسبرجر إلى أن هناك مكون وراثى قوى، هو الذى يحدث متلازمة آسبرجر.

٣- يرجح بعض المهتمين بدراسة العوامل المسببة لحدوث متلازمة آسبرجر، مثل: دراسة منكهين وإيسيف Mnukhin&Isaev (١٩٧٥)، ودراسة أوزبايراك Ozbayrak (٢٠٠٤) إلى تلف عضوى فى الدماغ؛ يؤثر على الدوائر العصبية لدى ذوى هذه المتلازمة؛ مما يؤثر على السلوك، كالسلوك الروتينى، وطريقة التفكير لديهم.

٤- يرجح بعض العلماء مثل: وينج Wing(١٩٨١)، وجيلبرج Gillberg (١٩٩٨)، وأتوود attwood (١٩٩٨) أن حدوث متلازمة آسبرجر لدى الأطفال، ترجع إلى أسباب عوامل بيئية.

٥- يشير بعض العلماء مثل: جيلبرج Gillberg (١٩٩٨) إلى أن الجينات التى يحملها الأفراد ذوى متلازمة آسبرجر متعددة ومعقدة.

٦- تشير بعض الدراسات إلى وجود احتمالية أن تكون العوامل البيوكميائية، إحدى العوامل التى تؤدى إلى ظهور متلازمة آسبرجر.

٧- لا توجد دراسات مستفيضة أجريت على ذوى متلازمة آسبرجر، كالتى أجريت على اضطراب الذاتوية، خاصة التى أجريت على الأسر والتوائم.

سادسًا - خصائص الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر:

تتعدد الخصائص والأعراض التى تصف حالات متلازمة آسبرجر وتتنوع من حالة إلى أخرى، وكما هو الحال فى حالات اضطراب الذاتوية، فإنه يندر أن نجد فى حالات متلازمة آسبرجر حالتين متماثلتين أو حتى متشابهتين بدرجة كبيرة من حيث الأعراض والخصائص. وتتصف متلازمة آسبرجر باختلالات كيفية أو نوعية فى التفاعل الاجتماعى، والتواصل غير اللفظى، وحصيلة محدودة من الأنشطة والاهتمامات، والمشاركة الوجدانية وفهم العواطف والانفعالات والتعبير عنها، مع عدم وجود تأخر ملحوظ فى النمو اللغوى أو الوظيفة المعرفية أو الاعتماد على الذات(عبدالمطلب القريطى،٢٠١١، ص٤٨٠).

ويمكن استعراض الخصائص العامة لمتلازمة آسبرجر، على النحو التالى:

حيث يصف وليامزWilliams (١٩٩٥) سبع خصائص للأطفال ذوى متلازمة آسبرجر، وهى:

١- **الإصرار على التماثل**: حيث يقاومون التغيير البسيط فى البيئة، غير أنهم حساسون لضغوط البيئة، وأحيانًا ينشغلون فى سلوكيات طقوسية. كما أنهم يوصفون بأنهم قلقون وقهريون.

٢- **قصور فى التفاعل الاجتماعى**: حيث يعانون من عدم القدرة على فهم القواعد الاجتماعية المعقدة، كما أنهم يوصفون بالتمركز حول الذات، ولا يرغبون فى التفاعل مع الآخرين، ولا يدركون أن الآخرين يكذبون عليهم،

كما أنهم لا يفهمون الفكاهة، ويستعملون نغمات صوتية غير طبيعية، وتواصل بصرى ولغة جسمية غير مناسبة، كما أنهم غير حساسين ويسيئون فهم الإشارات الاجتماعية.

٣- **المدى المحدد من الاهتمامات**: حيث إن لديهم مدى محدودًا من الأنشطة، وأحيانًا يرفضون تعلم أى شيء خارج نطاق اهتماماتهم المحددة.

٤- **ضعف التركيز**: فهم غير منظمين، وأنهم لا يستطيعون التركيز على الأنشطة الصفية، وأن تركيزهم غريب موجه إلى مثيرات غير مناسبة، وأنهم لا يستطيعون تحديد ما هو مناسب.

٥- **ضعف التناسق الحركى**: حيث إن لدى هؤلاء الأطفال تناسق حركى ضعيف، ولا ينجحون فى الألعاب التى تتطلب منهم مهارات حركية دقيقة.

٦- **الصعوبات الأكاديمية**: رغم أن لديهم متوسط ذكاء عالى، لا سيما فى المجال اللفظى، إلا أن لديهم قصور فى مهارات الفهم والتفكير، ويميلون أن يكونوا حرفيين، وقدرتهم على التجريد ضعيفة، كما أنهم يتمتعون بذاكرة حرفية ممتازة، إلا أنها ميكانكية بطبيعتها، بالإضافة إلى وجود قصور فى مهارات حل المشكلة.

٧- **الصعوبات الانفعالية**: رغم أن هؤلاء الأطفال لديهم معاملات ذكاء تمكنهم من المنافسة فى الصف، إلا أنهم لا يمتلكون مهارات انفعالية للتعامل مع متطلبات الصف. بالإضافة إلى ذلك فإن تقديرهم لذاتهم متدنى، وينتقدون ذواتهم، كما أنهم غير قادرين على تحمل الأخطاء، ويظهرون الانزعاج كاستجابة للضغط النفسى والإحباط(فى إبراهيم الزريقات،٢٠٠٤، ص ص٥٩-٦٢).

كما أشارت وينج Wing (١٩٩٨) إلى ثمانية خصائص من خصائص الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر، وهى:

١- يتصفون بالسذاجة، والشذوذ الاجتماعى، والعاطفى، والانعزال عن الآخرين.

٢- مغرورن لدرجة كبيرة وحساسون بدرجة أكبر من أى انتقاد محسوس موجه إليهم، كما يغفلون قراءة مشاعر الآخرين.

٣- رغم أنهم يمتلكون مفردات لغوية كثيرة وشاملة، ويتمكنون من استخدام القواعد اللغوية، وطلقاء فى أحاديثهم، إلا أنهم حَرفيّون فى فهم ما يقال لهم، كما أنهم يستخدمون الحديث المونولوجي(تكرار نفس الشيء مرارًا وتكرارًا) كما أنهم لا يعرفون ما يسمى بـ" تبادلية الحديث".

٤- لديهم قصور واضح فى اللغة غير اللفظية، وترنيم صوتى غريب.

٥- لديهم اهتمامات محددة، متعلقة بمواضيع خاصة بهم، وأخذ الأشياء، وربط الحقائق الخاصة بهذه الاهتمامات المحددة لديهم.

٦- لديهم صعوبة فى تعلم العمل المدرسى التقليدى، كما أن لديهم إنتاج أفكار أصيلة على نحو رائع، ولكن مرتبطة باهتماماتهم الخاصة.

٧- بشكل عام لديهم افتقار فى التناسق الحركى، وتنظيم الحركة، رغم أن البعض منهم يؤدون أداءً حسنًا مرتبطًا باهتماماتهم الخاصة، مثل: اللعب على الآلات الموسيقية.

٨- لديهم افتقار إلى الحس العام بشكل واضح(Cook. 2008. pp. 5-6).

كما تذكر الجمعية النفسية الأمريكية(٢٠٠٠) American Psychiatric Association الخصائص العامة لمتلازمة آسبرجر، هى:

١- ضعف فى التفاعل الاجتماعى.

٢- ضعف فى التواصل الاجتماعى.

٣- ضعف فى التخيل الاجتماعى.

٤- غياب المرونة فى التفكير.

٥- غياب القدرة على اللعب التخيلى.

٦- لا يوجد تأخر فى الجانب المعرفى.

٧- لا يوجد تأخر فى النمو اللغوي(McGuire. 2009. p.1).

ويشير عثمان فراج(٢٠٠٢:١٠٣-١٠٤) إلى عدد من خصائص الأطفال الذين يعانون من متلازمة آسبرجر، مشيرًا إلى أنها لا تظهر مجتمعة فى طفل واحد، وتختلف هذه الأعراض كثيرًا من طفل إلى آخر، وهى:

١- غرابة أو شذوذ فى العلاقات الاجتماعية.

٢- السذاجة وسلامة النية.

٣- شخصية مرحة، وحيوية، ولماحة، وطموحة.

٤- عادة يكون الطفل غير مدرك، أو متفهم لمشاعر الآخرين.

٥- ينزعج بشكل سريع؛ بسبب أى تغيير فى الحياة أو الأعمال الروتينية.

٦- فائق الحساسية للأصوات العالية، والضوء القوى، والروائح النفاذة.

٧- شذوذ فى حركاته وتحركاته، وفى مزاولة الأنشطة الرياضية.

٨- لديه ذاكرة قوية، يلاحظ بها أدق التفاصيل، ولكن مع غياب المرونة فى التفكير.

٩- يجد صعوبات فى النوم، وفى تناول الطعام.

١٠-قصور فى القدرة على فهم الآخرين، أو وضع نفسه مكانهم.

١١-يصعب عليه أو يستحيل تكوين صداقات، أو إذا تكونت فلفترة قصيرة.

١٢-يعانى من صعوبات فى الإدراك اللمسى، والتآزر النفسحركى، والإدراك المكانى، والتخيل الفراغى، أو التفكير المجرد.

ويذكر بشير شريف ثمانية خصائص من خصائص الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر، وهى:

١- الطفل ذو معدل طبيعى أو معدل عالى من الذكاء.

٢- لا يعانى من تأخر فى النطق.

٣- لديه ضعف فى فهم العلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعى.

٤- لا يحب التغيير فى أى شيء من حيث الطعام أو الملبس، حيث إن لديه طقوسًا خاصة به(مقابل الطفل الذى يعانى من اضطراب الذاتوية لديه عالم منعزل خاص به).

٥- يحب اللعب والانشغال بشيء واحد.

٦- لديه حساسية عالية للأصوات.

٧- لديه قدرة عالية فى بعض المجالات(الحفظ).

٨- لديه حساسية من السخرية أو التهكم(بشير شريف،٢٠٠٤، ص٣٢).

سابعًا - تشخيص الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر:

لا تزال عملية تشخيص متلازمة آسبرجر، كغيرها من اضطرابات طيف الذاتوية، صعبة ومعقدة؛ نتيجة لعدم التعرف-حتى الآن-على العوامل الحقيقية التى تؤدى إلى حدوثها، وهو ما يجعل وضع الخصائص العامة والفارقة لمتلازمة آسبرجر، أمرًا شاقًا وغير دقيق للدرجة التى يصبو لها العلماء والباحثون لوضع معايير تشخيصية دقيقة للتعرف على هذه المتلازمة.

وقد كانت هناك عدة محاولات من قبل العلماء، بعد أن وضع آسبرجر خصائص الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر، مثل: وينج Wing (١٩٨١)، وجيلبرج Gillber & Gillberg (١٩٨٩)، وزاتماري Szatmari (١٩٨٩)، وتانتام Tantam (١٩٩١)، وقد ساهمت هذه المعايير التشخيصية فى تحديد خصائص متلازمة آسبرجر، فى الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية فى نسخته الرابعة DSM-4 ورغم أن هذه المعايير التشخيصية السابقة اختلفت فيما بينها فى تحديد الصفات المرتبطة بمتلازمة آسبرجر لا سيما فى الجانب اللغوى، إلا أنها اتفقت مع هذا الدليل فى عدد من الجوانب الأخرى، وهذه المعايير على النحو التالى:

١- معيار آسبرجر(1944) Asperger:

أ- قصور شديد فى التفاعل الاجتماعى المتبادل.

ب- الاهتمام بموضوعات معينة.

ج- المحاولة بشكل نمطى وروتينى فرض الاهتمامات الخاصة فى كل أو معظم المواقف الحياتية.

د- مشكلات فى اللغة والكلام(قبل سن الثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل).

هـ- مشكلات فى التواصل غير اللفظى.

و- عدم الرشاقة الحركية.

٢- معيار وينج (1981) Wing:

أ- الافتقار إلى الاهتمامات العادية، وفى إظهار السعادة عند تواصل الطفل مع الآخرين فى السنة الأولى من حياته.

ب- افتقار أو قصور فى اللعب الظاهرى.

ج- محتوى اللغة والكلام ضعيف(قبل سن الثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل).

د- عمليات التفكير الحرفى محدودة.

٣- معيار جيلبرج (1989) Gillberg & Gillberg:

أ - قصور اجتماعى.

ب - اهتمامات محددة.

ج- روتينيات تكرارية.

د- غرابة فى اللغة والكلام

هـ- مشكلات فى التواصل غير اللفظى.

و- عدم الرشاقة الحركية.

٤- معيار زاتمارى (1989) Szatmari:

أ - الإنعزالية.

ب - قصور فى التفاعل الاجتماعى.

ج- قصور فى التواصل غير اللفظى.
د- الكلام الشاذ(الغريب).

٥- **معيار تانتام (Tantam (1991:**

أ- الافتقار إلى التعبير غير اللفظى.

ب- اهتمامات خاصة غير عادية.

ج- صعوبة فى التصرف، وفقًا لما هو مقبول اجتماعيًا.

د- حالات شذوذ فى اللغة النفعية أثناء الكلام.

هـ- عدم الرشاقة(Trimarchi. 2004. p. 22).

كما وضعت الجمعية النفسية الأمريكية APA (٢٠٠٠) المعايير التشخيصية لمتلازمة آسبرجر، فى الطبعة الرابعة المعدلة لدليلها التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية DSM-IV-TR، على النحو التالى:

١- قصور نوعى فى التفاعل الاجتماعى، يظهر فيما لا يقل عن اثنين مما يلى:

أ- قصور ملحوظ فى استخدام السلوكيات غير الشفهية، مثل: التحديق بالعين، والتعبيرات الوجهية، ووضع الجسم، واستخدام الإيماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعى.

ب- الفشل فى تطوير العلاقات المناسبة لمستويات النمو مع الآقران.

ج- قصور فى التطلع الذاتى التلقائى لمشاركة الأشخاص الآخرين المتعة والاهتمامات أو الإنجازات(عدم اطلاع الآخرين على الأشياء، وعدم إحضار الأشياء لهم، وعدم الإشارة إلى شيء موضع اهتمام الأشخاص الآخرين).

د- قصور فى التبادلية الاجتماعية والعاطفية.

٢- أنماط سلوكية محددة وتكرارية ونمطية، سيان من ناحية السلوك أو الاهتمامات أو الأنشطة، تظهر فيما لا يقل عن واحدة مما يلى:

أ- الانشغال بواحدة أو أكثر من الأنماط ذات الطابع النمطي والمحدد بالاهتمامات من ناحية، وشاذة من حيث الشدة والتركيز من ناحية أخرى.

ب- الالتزام والتمسك الشديد بالأنشطة والطقوس غير الوظيفية.

ج- تصرفات حركية نمطية وتكرارية، مثل: طقطقة الإصبع، أو اليد، أو لف الجسم بشكل كامل ومعقد.

د- انشغال دائم بأجزاء الأشياء.

٣- يسبب الاضطراب ضعف سريرى ملحوظ فى القدرات الوظيفية الاجتماعية والمهنية، وغيرها من المجلات الوظيفية.

٤- ليس هناك أى تأخر لغوى سريرى ملحوظ، مثل: استخدام الكلمات المفردة فى عمر سنتين، واستخدام العبارات التواصلية بعمر ثلاث سنوات.

٥- ليس هناك أى تأخر سريرى ملحوظ فى التطور الإدراكى، أو فى تطور مهارات المساعدة الذاتية الملائمة للعمر أو للسلوك التكيفى، باستثناء التفاعل الاجتماعى، أو الفضول فيما يتعلق بالبيئة الطفولية.

٦- لا تتطابق معالجة التشخيص مع الاضطرابات النمائية المنتشرة الأخرى أو الفصام(DSM-IV-TR. 2000. p. 84).

ثامنًا - التشخيص الفارق بين متلازمة آسبرجر والاضطرابات الأخرى المشابهة لها:

أ - متلازمة آسبرجر واضطراب الذاتوية:

يوجد عدد من الاختلافات بين متلازمة آسبرجر واضطراب الذاتوية، على النحو التالى:

١- **من حيث التشخيص**: يمكن التعرف على الأطفال ذوى اضطراب الذاتوية قبل سن الثالثة، وفى غالب الأمر يعرف الآباء أن بعض الجوانب النمائية لدى أطفالهم لا تنمو على نحو صحيح. أما بالنسبة لذوى متلازمة آسبرجر فلا ينتبه المتخصصون إليهم قبل سن عامين، ولا يتم تصنيفهم رسميًا حتى بعد سن السابعة أو الثامنة.

٢- **من حيث التواصل**: يوجد كثيرًا من الأطفال ذوى اضطراب الذاتوية لا يتكلمون على الإطلاق، كما أن لدى البعض منهم أشكالًا غريبة من اللغة، مثل: ترديد ما يقوله الآخرون، أما أطفال ذوى متلازمة آسبرجر جميعهم تقريبًا يتكلمون، ويمتلكون مهارات لغوية قريبة من العادية، ومناسبة لعمرهم الزمنى تقريبًا، ورغم ذلك لديهم استخدام اللغة الاجتماعية مختلف تمامًا، عما يستخدمه أقرانهم ممن لا يعانون من متلازمة آسبرجر[1]. كما يتمتع هؤلاء الأطفال بقدرات لفظية، مثل: المعلومات المرتبطة بالمفردات أو الحقائق) أفضل من قدراتهم غير اللفظية، مثل: إعادة إنتاج التصميمات البصرية)، فى حين العكس فى أغلب الأحوال بالنسبة للأطفال الذين يعانون من اضطراب الذاتوية.

٣- **من الناحية الاجتماعية**: فإن الأطفال ذوى اضطراب الذاتوية يعانون من فقر شديد فى المهارات الاجتماعية؛ ومن ثم ليست لديهم القدرة على التفاعل الاجتماعى مع الآخرين، أما الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر لديهم اهتمام أساسى بالآخرين، ولكن ليست لديهم القدرة على المبادرة، أو الاحتفاظ بالتفاعل على نحو صحيح، ويتضح من ذلك أن الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر يعانون من صعوبات فى لغة التواصل أقل من الصعوبات التى يعانى منها ذوى اضطراب الذاتوية، وعلى العكس أن أطفال اضطراب الذاتوية هم أكثر احتمالًا لأن يكونوا منعزلين وانسحابيين وسلبيين.

٤- **الارتباط بالإعاقة الذهنية**: تشيع الإعاقة الذهنية لدى الأطفال ذوى اضطراب الذاتوية، ولكن فى أغلب الأحوال لا يعانى أطفال متلازمة آسبرجر من الإعاقة الذهنية(محمد السيد، ومنى خليفة، وعلى مسافر،٢٠٠٥، ص ص٣١-٣٢).

---

(١) يقصد المؤلف فى هذا الكتاب بالأطفال الذين لا يعانون من متلازمة آسبرجر، الأطفال العاديين وذلك لعدم التحيز، وفقًا للتعديلات الواردة بدليل الكتابة العلمية والنشر العلمى الصادر عن الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA-5.

ويشير فهد المغلوث(٢٠٠٦:٧٩) إلى أن "آسبرجر" أوضح أنه يمكن التمييز بين الاضطرابين من خلال نقطتين رئيسيتين، الأولى تختص ببداية المرض، والثانية بالتأخر اللغوى، حيث إن متلازمة آسبرجر تبدأ فى الخمس سنوات الأولى من عمر الطفل، أما اضطراب الذاتوية، فيبدأ فى خلال الثلاث سنوات الأولى، أما من حيث التأخر اللغوى فيكون فيه الأطفال ذوى اضطراب الذاتوية مختلين لغويًا؛ أى لغتهم شاذة، بعكس الأطفال الذين يعانون من متلازمة آسبرجر. كما أوضح "آسبرجر" أن تعليم هؤلاء الأطفال لا يتم عن طريق التلقين والصم كما أوضح كانر لعينة من الأطفال ذوى اضطراب الذاتوية، وقال: إن هؤلاء الأطفال كانوا يقومون بأعمالهم بأقصى أداء تلقائى جدى، كأنهم مفكرون مجردون.

وتشترك متلازمة آسبرجر مع اضطراب الذاتوية فى القصور الاجتماعى والانفعالى والتعليمى، وهو يشير إلى خلل كيفى فى التفاعل الاجتماعى، مع وجود سلوكيات غريبة، دون تأخر واضح فى النمو اللغوى، والمعرفى، ورعاية الذات، ويمكن التمييز بين الاضطرابين، كما يلى:

١- عدم وجود خلل لغوى، والذى يعد صفة أساسية فى اضطراب الذاتوية.

٢- يعانى طفل الذى يعانى من اضطراب الذاتوية بدرجة كبيرة من قصور فى التفاعل الاجتماعى، والتواصل، عن طفل الذى يعانى من متلازمة آسبرجر.

٣- لا يمكن تشخيص متلازمة آسبرجر مبكرًا-كاضطراب الذاتوية - فى السنوات الأولى من عمر الطفل، وإنما فى الطفولة المتأخرة والمراهقة من خلال اللغة التفاعلية، والبروفيل المعرفى.

٤- يستطيع الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر الاستجابة بشكل مناسب على اختبارات القصور العقلى، بخلاف الأطفال ذوى اضطراب الذاتوية (رشاد عبدالعزيز،٢٠٠٨، ص٢٨٢).

ومن أهم الخصائص اللغوية التى تفرق بين متلازمة آسبرجر واضطراب الذاتوية، أن أفراد المجموعة الأولى لا يعانون من تأخر فى الكلام كالمجموعة الثانية،

ولكن بالرغم من ذلك يعانى الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر من قصور فى بعض مهارات اللغة، مثل: مشكلات اللغة النفعية لديهم، كوجود صعوبات بإيقاع الكلام، وقلة تبادلية الحديث، والميل للتفسير الحرفى، وهو ما يعنى أن أطفال هذه المتلازمة يفتقرون إلى بعض المهارات اللغوية، بالإضافة إلى عدم قدرتهم على التواصل بالعين، وعدم القدرة على إنهاء المحادثة، وقد يصل بهم الحال إلى مقاطعة من يتحدثون إليهم كثيرًا(Robinson. 2009. p. 4).

ب - متلازمة آسبرجر واضطراب الذاتوية ذو الأداء الوظيفى المرتفع:

يشير كل من جيلبرج وإيهلرز وكوجلر، وميلر Gillberg. Ehlers. Kugler Miller (١٩٩٨)، وأزونوفOzonoff (٢٠٠٠)، إلى أنه لا توجد معايير فارقة بين الاضطرابين، إلا أنهما قد يختلفا فى الشدة فيما يتعلق بما يلى:

١- يظهر متلازمة آسبرجر قصور واضح فى المهارات الحركية، لا تظهر فى اضطراب الذاتوية ذى الأداء الوظيفى المرتفع.

٢- لا يعانى أطفال متلازمة آسبرجر من أى تأخر فى النمو اللغوى، بينما يعانى الأطفال ذوى اضطراب الذاتوية ذى الأداء الوظيفى المرتفع من تأخر فى النمو اللغوى.

٣- تظهر متلازمة آسبرجر، واضطراب الذاتوية ذى الأداء الوظيفى المرتفع، مستويات مختلفة فى الجانب المعرفي(Sansosti. 2005. p. 12).

ج - متلازمة آسبرجر وصعوبات التعلم غير اللفظية:

يبدو أن التشابه بين الاضطرابين قريبًا جدًا من بعضهما، وهو ما ذكره غونتر Gunter (٢٠٠٢) فى دراسته، حيث يشير إلى أن الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر يشتركون مع الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم غير اللفظية، فى عدم وجود مشكلات الدلالة اللفظية(اللغة المنطوقة، والمكتوبة) لديهم، كما أنهم لا يعانون من تأخر مبكر فى اللغة اللفظية، ولا يوجد لديهم فرط اللغة الشاذ. كما أن المشكلات ذات الدلالة الملحوظة، مثل: مشكلات استخدام اللغة، ومشكلات

التواصل البصرى، والسلوكيات النمطية والاهتمامات المحددة، وعدم الاهتمام بتكوين صداقات، ومشكلات اللعب الرمزى، تكثر لدى الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر عنها لدى الأطفال ذوى صعوبات التعلم غير اللفظية. كما أن المشكلات ذات الدلالة الملحوظة تظهر أكثر لدى الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم غير اللفظية عن الأطفال الذين يعانون من متلازمة آسبرجر، وتتمثل فى: مشكلات الحيز المكانى، والمشكلات الحركية الكبرى والدقيقة(فى إبراهيم الزريقات،٢٠٠٤، ص١٠٥).

د - متلازمة آسبرجر والفصام الطفولى:

تبدأ أعراض الفصام فى أعمار مختلفة، حيث يظهر الفصام لدى الأطفال فى السنوات الخمس الأولى، كما أنه فى حالة الفصام فإن اللغة تتطور بشكل مقبول بوجه عام، كما يتصف الفصامى بتطاير الأفكار، والأوهام، والهلاوس خصوصًا فى سن الرشد(سحر زيدان،٢٠٠٣، ص٥١). بينما تظهر متلازمة آسبرجر فى سن ٤-٦ سنوات، ولا يمكن تشخيصها رسميًا إلا فى سن السابعة أو الثامنة، كما أنه يعانى ذوى هذه الفئة من بعض المشكلات اللغوية، وخاصة المشكلات المرتبطة بالجانب الاجتماعى للغة، كما أنه لا يعانى ذويها من أعراض الفصام كالهلاوس والأوهام وتطاير الأفكار، مثلما يحدث لدى مرضى الفصام.

هـ - متلازمة آسبرجر واضطراب التواصل:

يشير سميث Smith إلى أن الطفل مضطرب التواصل، يتعلم مفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين. كذلك فإنه يحاول أن يحقق التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه تعويضًا عن مشكلة الكلام. كما أنه يعيد الكلام(فى محمد خطاب،٢٠٠٥، ص ص٧٣-٧٤). بينما نجد أن الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر لديهم العديد من المفردات اللغوية، التى تساعدهم على تركيب جمل طويلة ومعقدة فى بنيتها، كذلك فإنهم يحاولون التواصل مع الآخرين وتكوين صداقات معهم، لكنهم لا يستمرون فى صداقاتهم مع الآخرين، حيث إنهم لا يستطيعون الحفاظ عليها. كما أنهم يعانون من مشكلات فى التواصل غير اللفظى، وهو ما يتسم

به ذوى اضطراب التواصل. كما أن الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر لا يعانون من أى مشكلة فى أعادة الكلام، مثلما يحدث لدى مضطربى التواصل.

و - متلازمة آسبرجر واضطرابات طيف الذاتوية:

قام تريماركى Trimarchi(٢٠٠٤) وفقًا لما ورد فى الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية فى طبعته الرابعة DSM-IV بعقد مقارنة بين متلازمة آسبرجر Asperger Syndrome(AS)، واضطرابات طيف الذاتوية Autistic Spectrum Disorders(ASD)، والتى تضم اضطراب الذاتوية Autistic Disorder(AD)، ومتلازمة ريت Rett syndrome(RD)، واضطراب الطفولة التفككي Childhood Disintegrative Disorders (CDD)، واضطراب نمائى عام غير محدد فى مكان آخر Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified (PDD-NOS)، كما هو موضح بالجدول التالى:

الاضطراب	القصور الاجتماعي	القصور اللغوي	السلوك المقيد	البداية الحمرية	انحدار في الوظائف	الإعاقة الذهنية	النتائج المستقبلية
AD	نعم	نعم	نعم	قبل ٣ سنوات	لا	معظم الحالات تتراوح بين البسيط والشديد	ضعيف
RS	نعم	نعم	نعم	٥-٤٨ أشهر	نعم	ما بين الشديد والعميق	ضعيف جدًا
CDD	نعم	نعم	نعم	٢-١٠ سنوات	نعم	عادة شديد	ضعيف جدًا
AS	نعم	لا	نعم	؟	لا	لا توجد تأخر ملحوظ إكلينيكيًا في التطوير الإدراكي أو السلوك التكيفي	أفضل بشكل ملحوظ من اضطراب التوحد
PDD-NOS	نعم	؟	؟	؟	؟	؟	؟

جدول (١) مقارنة بين متلازمة آسبرجر وبين اضطرابات طيف الذاتوية

(Trimarchi. 2004. p. 25)

من الجدول السابق يلاحظ أن المقارنة كانت بين متلازمة آسبرجر وبين ٤ اضطرابات أخرى من اضطرابات طيف الذاتوية، من خلال ٧ محاور، هى على الترتيب: القصور الاجتماعى، والقصور اللغوى، والسلوك المقيد، والبداية العمرية للاضطراب، والانحدار فى الوظائف، والإعاقة الذهنية، والنتائج المستقبلية. حيث يشترك ذوى متلازمة آسبرجر مع ذوى الاضطرابات الأخرى فى القصور الاجتماعى، والسلوك المقيد، بينما يختلف عنهم فى القصور اللغوى، حيث يتسم أفرادها ببعض المهارات اللغوية، التى تساعدهم على التواصل-إلى حد أفضل- من ذوى الاضطرابات الأخرى مع الآخرين. كما تختلف متلازمة آسبرجر عن الاضطرابات الأخرى، فى أن ذويها لا يعانون من الإعاقة الذهنية إلا فى حالات نادرة، التى تتراوح فى الاضطرابات الأخرى بين البسيط إلى العميق، وهو ما يجعل النتائج المستقبلية المتعلقة بهذه المتلازمة أفضل من الاضطرابات الأخرى، وعدم تعرضهم للانحدار فى الوظائف، مثلما يحدث فى باقى الاضطرابات الأخرى المشابهة لها.

وثمة أمر أخير –اتضح من خلال الجدول السابق- أن متلازمة آسبرجر غير محددة الخصائص فى البداية العمرية للطفل كغيرها من الاضطرابات الأخرى عدا اضطراب نمائى عام غير محدد فى مكان آخر، رغم أن البعض ذهب، مثل: عثمان فراج(٢٠٠٢) إلى أنه يمكن الكشف عن هذا الاضطراب ما بين ٤-٦ سنوات، أو ما أشار له محمد السيد، ومنى خليفة، وعلى مسافر(٢٠٠٥) إلى أنه لا يتم تصنيف الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر رسميًا إلا بعد سن السابعة أو الثامنة.

ورغم أن الجدول السابق يوضح أن الاضطرابات الخمسة متشابهة فيما بينها فى معظم الخصائص؛ وهو ما يجعل التشخيص الفارق بين هذه الاضطرابات عملية صعبة ومعقدة للغاية، إلا أن المؤلف يفضل أن يطلق على هذه المجموعة من الاضطرابات، مسمى "اضطرابات طيف الذاتوية " بدلًا من مصطلح الاضطرابات النمائية المنتشرة. حيث يتفق المؤلف لما ذهبت إليه رضا عبدالستار(٢٠٠٧، ١٢-١٣) فى أنه يوجد جدل كبير حول مصطلح الاضطرابات

النمائية الشاملة أو المنتشرة، من حيث إنه مصطلح غامض وغير ملائم، حيث لا يصف جوهر طبيعة الاختلال فى الفئات التشخيصية التى يضمها. كما أن اضطراب الذاتوية الذى هو أخطر هذه الاضطرابات ليس من الضرورى أن يكون الاضطراب شاملًا كل مجالات النمو لدى ذوى هذه الفئة. كذلك عدم ملائمة المصطلح يرجع إلى إنه قد يسبب خطأ فى الفهم بين غير المتخصصين، خاصة وأن مصطلح اضطراب الذاتوية أصبح مصطلحًا معروفًا لدى الرأى العام. وبذلك فإن مصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة، قد يعيق حصول الأفراد ذوى اضطراب الذاتوية على بعض الحقوق فى الدول التى يوجد لديها قانون للأشخاص ذوى الاحتياجات الخاصة. ومن ثم فإن هذا المصطلح- أيضًا- يعيق حصول الأفراد ذوى متلازمة آسبرجر على حقوقهم فى الدول التى يوجد لديها قانون للأشخاص ذوى الاحتياجات الخاصة، غير أن متلازمة آسبرجر لا يعانى ذويها من جميع الجوانب النمائية، بل يتمثل ما يعانيه ذوى متلازمة آسبرجر فى الجانب الاجتماعى وبعض المشكلات اللغوية، والمجال السلوكى.

تاسعًا - قياس متلازمة آسبرجر:

لقد صمم عددًا من المقاييس؛ للتعرف على الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر، لكن ليس على النحو الذى حظى به اضطراب الذاتوية، حيث صممت العديد من المقاييس لقياس الاضطراب الأخير؛ ويرجع ذلك-فى وجهة نظر المؤلف - إلى اتجاه معظم العلماء والباحثين والمهتمين فى مجال التربية الخاصة بدراسة اضطراب الذاتوية، أكثر مما اهتم البعض الآخر منهم بمتلازمة آسبرجر، وهو ما يرجع- بطبيعة الحال- إلى قدم دراسة اضطراب الذاتوية منذ عام (١٩٤٣)، عن متلازمة آسبرجر التى بدأ الاهتمام الحقيقى بها عام (١٩٨١)، ورغم ذلك لا تزال عملية القياس عملية صعبة ومعقدة لكلا الاضطرابين، لكن تزداد عملية القياس صعوبة بالنسبة لمتلازمة آسبرجر؛ لتداخل خصائص هذه المتلازمة مع خصائص الاضطرابات الأخرى المشابهة لها.

ومن المقاييس الدولية التى تشخص الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر: استبيان مسح أعراض متلازمة آسبرجر The Asperger Syndrome Screening Questionnaire ASSQ الذى قام بإعداده بارد وآخرون.Bard. et al (٢٠٠٠). واختبار متلازمة آسبرجر للأطفال The Childhood Asperger Syndrome Test CAST. واختبار استراليا لمتلازمة الآسبرجر The Australians Scale for Asperger Syndrome ASAS الذى قام بإعداه أتوودAtwood (٢٠٠١). ومقياس جيليام لتشيخص متلازمة آسبرجر Gilliam Asperger's Disorder Scale (GADS) الذى أعده جيليامGilliam (٢٠٠١).ومقياس تشخيص متلازمة آسبرجر(ASDS)Asperger Syndrome Diagnistic Scale الذى أعده مايلز وآخرون.Myles. et al(٢٠٠١) وهناك مقياس عربى واحد وهو، المقياس الذى أعدته آمال باظه(٢٠٠٩) ويسمى: اختبار زملة آسبرجر للأطفال.

وسوف يكتفى المؤلف بعرض ثلاثة مقاييس الأكثر استخدامًا فى البيئة الأجنبية والعربية؛ لتشخيص متلازمة آسبرجر، وهى على النحو التالى:

١- مقياس تشخيص متلازمة آسبرجر

Asperger Syndrome Diagnistic Scale (ASDS)

إعداد مايلز وآخرون.Myles. et al (٢٠٠١)

يعتبر هذا المقياس من المقاييس السريعة وسهلة الاستخدام فى تحديد ما إذا كان الطفل أو المراهق يعانى من متلازمة آسبرجرأم لا؟ حيث يستخدم هذا المقياس فى تشخيص الأطفال أو المراهقين ذوى متلازمة آسبرجر، مما تتراوح أعمارهم ما بين ٥-١٨ سنة، ويمكن لأى شخص على معرفة جيدة بالطفل أو المراهق أن يطبق عليه المقياس فى وقت يتراوح ما بين١٠-١٥ دقيقة.

ويحتوى المقياس على٥٠ سؤال تكون الاستجابة عليها بنعم أو لا، وتقيس هذه الأسئلة السلوكيات التى تصدر عن ذوى متلازمة آسبرجر، وهى تتمثل فى الجوانب التالية:

أ- الإدراك.

ب-السلوك التكيفى.

ج- اللغة.

د- التفاعل الاجتماعى.

هـ- القدرة الحركية/ الحسية.

وتحول النتائج إلى"حاصل متلازمة آسبرجر" حيث يشير الحاصل المرتفع إلى أن الفرد يعانى من متلازمة آسبرجر. ويستخدم المقياس فى الحالات التالية:

أ- تحديد الأشخاص الذين يعانون من متلازمة آسبرجر.

ب- توثيق تحسن السلوك عقب التدخل ببرامج خاصة.

ج- تحديد أهداف للتدخل أو لتغيير الخطة التربوية الفردية.

د- قياس متلازمة آسبرجر لأغراض البحث(وفاء الشامى،٢٠٠٤أ، ص٣٢١-٣٢٢).

مقياس جيليام لتشيخص متلازمة آسبرجر

Gilliam Asperger's Disorder Scale (GADS)

إعداد جيليامGilliam (٢٠٠١).

تم تصميم هذا المقياس فى ضوء ما أصدرته الجمعية النفسية الأمريكية APA (٢٠٠٠) فى دليلها التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية فى طبعته الرابعة المعدلة DSM-IV-TR، والدليل الدولى لتصنيف الأمراض فى نسخته العاشرة ICD-10 الصادرعن منظمة الصحة العالميةWHO(١٩٩٢) ويتكون مقياس جيليام من أربعة أبعاد رئيسة، هى: التفاعل الاجتماعى، والسلوكيات، والمعرفة، والمهارات الواقعية؛ ليصل عدد بنود المقياس إلى٣٢ بندًا (Freeman. 2008. p. 46). وتقع الاستجابة فى أربعة مستويات، وهى: غير ملاحظ، ملاحظ نادرًا، ملاحظ أحيانًا، ملاحظ كثيرًا (Musarra. 2005. p. 86) .

٣ - اختبار زملة آسبرجر للأطفال

إعداد/ آمال باظه (٢٠٠٩).

يهدف هذا المقياس إلى التعرف على الأطفال الذين يعانون من متلازمة آسبرجر الذين تقع أعمارهم الزمنية ما بين٦-١٢ سنة، أى الطفولة المتوسطة والمتأخرة. ويمكن للوالدين أو أحدهما الإجابة على بنود الاختبار أو من يقوم بالإشراف على الطفل، وتقع الاستجابة على بنود الاختبار فى أربعة مستويات:(نعم، أحيانًا، نادرًا، إطلاقًا).

ويتكون المقياس من ٤٠ سؤالًا، موزعين على أربعة أبعاد أساسية كل بعد يتكون من ١٠ أسئلة، هذه الأبعاد هى:

أ - المعرفى.

ب-النمطية الحركية.

ج- التواصل.

د- التفاعل الاجتماعى.

وتعتبر الدرجة المرتفعة معبرة عن متلازمة آسبرجر، وعليه يمكن ترتيب مستوى المتلازمة والأعراض، كالتالى من الأقل إلى الأعلى اضطرابًا، ومتوسط الدرجات على الاختبار، هى:

أ - النمطية الحركية (١١،٥٣).

ب-التفاعل الاجتماعي (١٢،٤٧).

ج-التواصل (٢١،٧٠).

د-البعد المعرفي (٢٢،٧٠).

هـ-الدرجة الكلية (٦٨،٧٦) (آمال باظه،٢٠٠٩، ص ص٨-٩).

عاشرًا - أساليب التدخل:

لا تزال أساليب التدخل-لا سيما التدريبية منها- للأفراد ذوى متلازمة آسبرجر، تأخذ طابع التوجه نحو الحد من الأعراض التى يعانيها أفراد هذه الفئة،

كغيرها من أساليب التدخل المقدمة إلى الأفراد ذوى اضطراب الذاتوية، لذا رأى المؤلف أنه من الأفضل أن يطلق على هذه التدخلات مسمى "أساليب التدخل" بدلًا من تسميتها بـ"الأساليب العلاجية"؛ لأنه حتى الآن لم يصل العلماء والباحثون إلى أسلوب فعال موحد لعلاج أعراض متلازمة آسبرجر، فكل ما يقدم لهذه الفئة الآن، هو مجرد أنواع مختلفة من التدخلات تعمل على الحد من أعراض هذه المتلازمة، وقد أثبت البعض منها فعاليتها، ولم يثبت البعض الآخر منها أى فعالية تذكر، وهذا النجاح الذى حققته هذه التدخلات مع فئة اضطراب الذاتوية، جعل المهتمين بمتلازمة آسبرجر أن يطبقوها على ذوى هذه المتلازمة، لعلها قد تؤدى إلى نفس النتائج المرجوة التى ظهرت على حالات كثيرة ممن يعانون من اضطراب الذاتوية، خاصة فى المجال الاجتماعى، واللغوى، والسلوكى، وبوجه عام هناك ندرة فى البيانات المنشورة عن البرامج والاستراتيجيات المقدمة لذوى متلازمة آسبرجر.

ويرى المؤلف أنه يجب أن تتوافر عدة خصائص فى أساليب التدخل المقدمة للأطفال ذوى متلازمة آسبرجر، وهى:

١- أن تقدم هذه البرامج فى سن مبكرة، وهو السن الذى يبدأ فيه ظهور أعراض متلازمة آسبرجر، وهو ما بين سن الرابعة والسادسة.

٢- أن يشترك فى هذه البرامج جميع أفراد الأسرة، بعد توعيتهم بطبيعة هذه الاضطراب، وكيفية التعامل معه.

٣- أن يوفر لأسلوب التدخل التنظيم والترتيب سواء فى غرفة الدراسة أو المنزل.

٤- أن تكون الجلسات التى ستعقد مع الطفل مكثفة.

٥- أن تأخذ الجلسات الطابع الفردى والجماعى فى التدريب.

٦- أن تعمم الأهداف فى المواقف المختلفة.

٧- أن يكون الهدف العام للاستراتيجية أو للبرنامج المقدم للطفل، هو تنمية المهارات التواصلية وتوظيفها فى الإطار الاجتماعى.

٨- أن يكون القائم بتدريب الطفل على درجة عالية من الكفاءة العملية والعلمية.

ويرى عادل عبدالله(٢٠٠٨:١٠٨-١٠٩) أن المشكلة المحورية لدى الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر تكمن فى القصور الكيفى فى التفاعلات الاجتماعية لديهم. ومن ثم فإن المشكلة الرئيسة بالنسبة لمتلازمة آسبرجر، تبدو فى أن الطفل لا يفهم ما يسميه مايلز وسمبسون(٢٠٠١) Myles & Simpson بالمنهج الخفى Hidden Curriculum أى تلك المهارات الاجتماعية التى لا يتم تعليمها للأطفال بشكل مباشر، ولكنه يكون من المفترض أن يعرف كل منهم تلك القواعد الاجتماعية أو التقاليد التى يتعلمها أغلب الأطفال بشكل عرضى، وهو الأمر الذى يجعلهم أكثر عرضة للغضب من الراشدين، والرفض من الأقران وخاصة أولئك الأقران الذين لا يكون بمقدورهم أن يفهموا مثل هذا السلوك غريب الأطوار من جانبهم أو ذلك السلوك الذى يعكس قصورًا اجتماعيًا يميز أولئك الأطفال أو المراهقين الذين يعانون من هذه المتلازمة. ومن الأمثلة المتعددة لما أطلق عليه المنهج الخفى، والتى قد يحتاج الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر أن يتعلموها ما يتعلق بكيفية التعامل مع الأطفال الآخرين، وتكوين الصداقات، والحفاظ على الأصدقاء، وعدم التدخل فى شؤونهم الخاصة، وإجراء الحوارات والمحادثات مع الآخرين والنظر فى أعينهم.

وقد قدم للمدرسين والآباء فى تعاملهم مع الطفل الذى يعانى من متلازمة آسبرجر، مجموعة من الإرشادات، هى:

١- مراعاته كطفل قبل أن يكون معاقًا، له حقوق الطفل العادى واحتياجاته.

٢- تقبله وإشعاره بالحنان والاهتمام، دون تدليل، باستخدام الحسم فى تنفيذ التعليمات.

٣- استخدام لغة سهلة مدعومة بالإشارات والتواصل غير اللفظى.

٤- توجيه التعليمات إليه بشكل مبسط، وعدم تكليفه بعدة أعمال متتالية مرة واحدة، وأن تكون فى حدود إمكاناته، مع الاستعانة بالصور والمجسمات أو الوسائل التعليمية، كما يجب إعطاء الطفل الوقت اللازم للإنجاز بنجاح.

٥- الحسم معه فى أن يبادل النظر طوال الحديث مع من يتحدث معه، ومدحه إذا فعل، ومعاقبته إن لم يفعل ذلك.

٦- استخدام الغناء البسيط مع الصور والبيان التوضيحى العملى فى التواصل مع الطفل، لا سيما الأطفال الصغار الذين لم يتعلموا الإنصات للتعليمات.

٧- إعطاء الطفل الفرصة دائمًا للاختيار بين بديلين أو أكثر بدلًا من أن يفرض عليه بديلًا واحدًا.

٨- منح الطفل من آنٍ لآخر فرصة للعب الحر والترفيه المناسب، بأنشطة بناءة يحبها ويفضلها.

٩- إخبار الطفل قبل أى تغيير فى الروتين اليومى، والامتناع عن أى تغير فجائى.

١٠-يجب على القائم برعايته أن يكون مرنًا معه، وأن يتوقع منه أن يتصرف بسلوكيات تخص من هم أصغر سنًا منه.

١١-تدريب الطفل على أن يلعب دوره بالتناوب مع الأطفال الآخرين، وأن ينتظره بهدوء أثناء مشاركته فى نشاط أو لعب جماعى.

١٢-تشجيع الطفل خلال الأنشطة الجماعية على استعمال اللغة الاجتماعية السليمة فى المناسبات المختلفة، مثل: صباح الخير، تفضل هذا دورك فى الغناء..إلخ.

١٣-تشجيع الطفل على تطوير مواهبه العالية فى الرسم أو تعامله مع الكمبيوتر.

١٤-استغلال الاهتمام المتزايد للطفل ببعض الموضوعات، مثل: الطيارة، واستغلالها فى تعليمه القراءة والحساب أو الهندسة باستخدام صور عن الطيران فى استمارة اهتمامه.

١٥-محاولة التعرف على أسباب السلوكيات الشاذة التى يمارسها الطفل، ومعالجتها بما يناسبها من أنشطة، أو بالإثابة والتعزيز للتوقف عن ممارسة هذه السلوكيات غير المقبولة اجتماعيًا(عثمان فراج،٢٠٠٢، ص ص١١٣-١١٤).

ومن الأساليب التدخلية الفعالة التى تم استخدامها مع الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر وأثبتت نجاحًا كبيرًا، هى:

البرنامج التربوى الفردى Individual Educational Program (IEP):

يعتبر البرنامج التدريبى الفردى عبارة عن برنامج تعليمى خاص مبنى إعداده على افتراض أن لكل طفل احتياجاته التعليمية الخاصة به، ومستويات نمو متباينة لقدراته المختلفة، أو له صورة أو صفحة بيانية(بروفيل)خاصة تحدد استعداداته واحتياجاته، والعمر العقلى لمستويات نمو كل قدرة من قدراته بالنسبة لعمره الزمنى. هذا البروفيل يعد بناءً على قياس وتقييم دقيق لهذه القدرات، يقوم بإجرائه فريق من الأخصائيين النفسيين والتربويين؛ ليكون أساسًا لتخطيط برنامج تدريبى فردى للطفل(سوسن الجلبى، ٢٠٠٤، ص١١٠).

ويرى جوزيف ريزو، وروبرت زابل(١٩٩٣/ ١٩٩٩، ص ص ١٧٣-١٧٧) أن البرنامج التربوى الفردى هو الوثيقة التى تحدد واقع الحاجات الخاصة بالطالب، وكيفية تحدد هذه الاحتياجات؟ وما الذى يميز برنامج الطالب، وكيف سينفذ البرنامج الخاص. وتشتمل وثيقة البرنامج التربوى الفردى على عدة أجزاء مطلوبة، تتمثل فى العبارات التالية: مستوى الأداء، وأهداف طويلة المدى، وأهداف قصيرة المدى لكل من هذه الأهداف، وخدمات تربوية خاصة، وخدمات مساندة، ومواد، وأساليب تعليمية. ويجب على الأخصائيين المعنيين بوضع البرنامج، التأكد أنه قد أعد على أساس من التقييم الصحيح، وأنهم جميعًا يشاركون فى تخطيط برنامج تربوى مناسب لحاجات الطفل.

ويرى المؤلف بما أن متلازمة آسبرجر إحدى اضطرابات طيف الذاتوية، أى لها ما يميزها عن غيرها من الاضطرابات من خصائص(أى احتياجات)، فلابد

من برنامج تربوى فردى يحدد-من خلال عملية التقييم- الخطوط العامة التى يحتاج إليها الطفل الذى يعانى من هذه المتلازمة، وتقسيم تلك الخطوط العامة إلى أهداف خاصة توضع فى برنامج خاص؛ تهدف إلى تحسين الناحية النمائية لدى الطفل.

القصص الاجتماعية Social Stories:

تعد القصص الاجتماعية من أهم الاستراتيجيات الفعالة فى تحسين المهارات الاجتماعية للأطفال ذوى اضطرابات طيف الذاتوية بشكل عام، والأطفال ذوى متلازمة آسبرجر على وجه الخصوص. وقد قام بتصميم القصص الاجتماعية كارول جراى Gray عام (١٩٩١) (Nach. 2009. p. 87).

وتتكون هذه القصص من ثلاث جمل أساسية ومكتوبة، وتحدد موضوعات القصص الاجتماعية بناءً على احتياجات الطفل وفى الأوضاع التى يبدى فيها صعوبات اجتماعية.

وتشتمل القصص الاجتماعية على ثلاث مراحل أساسية، هى:

الأولى - التحضير للقصص الاجتماعية:

وتتضمن تحديد الوضع الاجتماعى الذى يبدى فيه الطفل صعوبات محددة، أو أن يكون مربكًا له، أو وضعًا جديدًا عليه أو تغيير فى الروتين، وهو ما سيشكل موضوع القصة، ثم مراقبة الوضع عدة مرات، وجمع المعلومات حول هذا الوضع.

الثانية - كتابة القصص الاجتماعية:

تتكون القصص الاجتماعية من ثلاثة أنواع من الجمل، إما أن تكون وصفية، وهى: التى تصف الوضع من حيث الأحداث وأسباب حدوثها. أو إرشادية، وهى: التى ترشد الطفل إلى السلوكيات المناسبة، أو منظورية، وهى: التى تصف شعور الآخرين ورد فعلهم.

الثالثة - تطبيق القصص الاجتماعية :

بعد الانتهاء من كتابة القصة يقوم المعلم بقراءة القصة على الطفل مرة يوميًا، خاصة قبل حدوث الوضع المستهدف فى القصة، ويتكرر ذلك إلى أن يتعلمها الطفل، وقد يستغرق هذا عدة أيام أو أسابيع(وفاء الشامى، ٢٠٠٤ب، ص ص ١٨١-١٨٤).

وقد قام سانسوستى وباول وسميث Sansosti. Powel & Smith (٢٠٠٦) بدراسة فعالية استخدام القصص الاجتماعية فى تحسين السلوك الاجتماعى لدى ٣ طلاب مشخصين على أنهم من ذوى متلازمة آسبرجر، وكانت فترة التدريب ٣٥ يومًا داخل المدرسة. وقد أوضحت النتائج فعالية القصص الاجتماعية فى تنمية الروح الرياضية، لدى عينة الدراسة، واستمرارهم فى الحديث والمشاركة بفاعلية.(Nach. 2009. p. 88)

التدريب على المهارات الاجتماعية Social skills training (SST) :

يشير وايتهاوس وآخرون Whitehouse. et al. (٢٠٠٩) فى دراستهم إلى أن المراهقين من ذوى متلازمة آسبرجر، يعانون من قصور فى المهارات الاجتماعية، من حيث اختيار أفضل الصداقات، والحفاظ عليها، حيث ظهر لديهم قلة فى الحافز لتطوير هذه النوعية من الصداقات. وهو ما يعرضهم إلى مستويات أعلى من الوحدة والأعراض الاكتئابية، حيث اتصفت صداقاتهم بالنزاع والخيانة.

ويرى المؤلف أن ما أشار له وايت هاوس وآخرون(٢٠٠٩) Whitehouse. et al. يتفق مع ما ذهب إليه عادل عبدالله(٢٠٠٨) فى أن المشكلة الأساسية لذوى هذه المتلازمة يتمثل فى القصور الكيفى فى التفاعلات الاجتماعية. لذا فإن تدريب هؤلاء الأطفال على مهارات التفاعل الاجتماعى يعد أمرًا هامًا للحد من الكثير من الأعراض التى يعانى منها أفراد هذه المتلازمة، لا سيما الأطفال منهم.

وقد بدأ الاهتمام بالتدريب على المهارات الاجتماعية فى السبعينات عام (١٩٧٠)، لمعالجة المضطربين نفسيًا، وذلك لرعايتهم والاهتمام بهم فى المجتمع،

بدلًا من تواجدهم فى مؤسسات لمعالجتهم. حيث افترض أنهم يعانون من افتقار للمهارات الضرورية، التى تساعدهم على أداء حياة يومية بشكل فاعل. وقد طبقت فنيات التدريب على المهارات الاجتماعية على مجموعات مختلفة من الأفراد، وقد أدى هذا النوع من التدريب إلى تطوير نظريتين، الأولى: النظرية الجزيئية، وتهدف إلى تعليم سلوك معين لدى الفرد، يعتقد بأنه هامًا لعمليات التفاعل الإجتماعى لديه، مثل: استمرار التواصل بالعين، والإبتسامة المناسبة. والثانية: النظرية المترابطة، وتشير إلى مجالات أكثر شمولية فى التدريب على المهارات الاجتماعية، مثل: الإشتراك والتعاون. وهاتان النظريتان تستندان إلى نظرية التعلم الاجتماعى لبندورا Bandura، حيث تستخدم كلتا النظريتين، فنيات، مثل: النمذجة، والتدريب السلوكى، ولعب الدور، والتعزيز الاجتماعى؛ لتغيير السلوك.

(Anderson. 2009. p.15-16)

النمذجة من خلال الفيديو Video Modeling(VM):

أجريت العديد من البحوث والدراسات التى هدفت إلى التعرف على فعالية استراتيجية النمذجة من خلال الفيديو فى تحسين عدد من الجوانب النمائية، وقد حظى الجانب الاجتماعى لدى الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر بالعديد من الدراسات. ومن هذه الدراسات دراسة برناد-ريبول Bernad-Ripoll (٢٠٠٧) الذى استهدف استخدام النمذجة من خلال الصور والقصص الاجتماعية، لمساعدة طفل عمره ٩ سنوات يعانى من متلازمة آسبرجر على فهم العواطف، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة قدرة الطفل على فهم عواطف الآخرين.

وهناك ثلاث مراحل أساسية لإعداد خطوات تصميم أشرطة الفيديو التعليمية، وهى:

أ - تحضير الفيديو:

ويتم فى هذه المرحلة تحديد المهارة المراد تعليمها والخطوات اللازمة لإنجازها، حيث يتم تحديد الكلمات التى سوف تستخدم فى كل خطوة، ويسهل على الطفل

فهمها، حيث تكون عامية بعيدة عن الفصحى. كما يتم اختيار الممثل، حيث يفضل أن يعرفه الطفل سواء كان امرأةً أو رجلًا أو طفلًا.

ب - تصوير الفيديو:

حيث يقوم الممثل بعرض جميع خطوات المهارة فى مدة لا تقل عن ٣ دقائق، بسرعة أبطأ بقليل من السرعة الطبيعية. ويركز المصور على الممثل والأدوات المستخدمة، وتجنب أى شيء ليس له علاقة بتعليم المهارة. ثم يقوم الممثل أو المصور أو أى شخص آخر بقراءة الكلمات-سبق تحديدها من قبل- التى ستستخدم مع الخطوة التى يقوم الممثل بتمثيلها، ويفضل هنا استخدام الأصوات العميقة أو الاصطناعية أو الغناء.

ج - تطبيق النمذجة من خلال الفيديو:

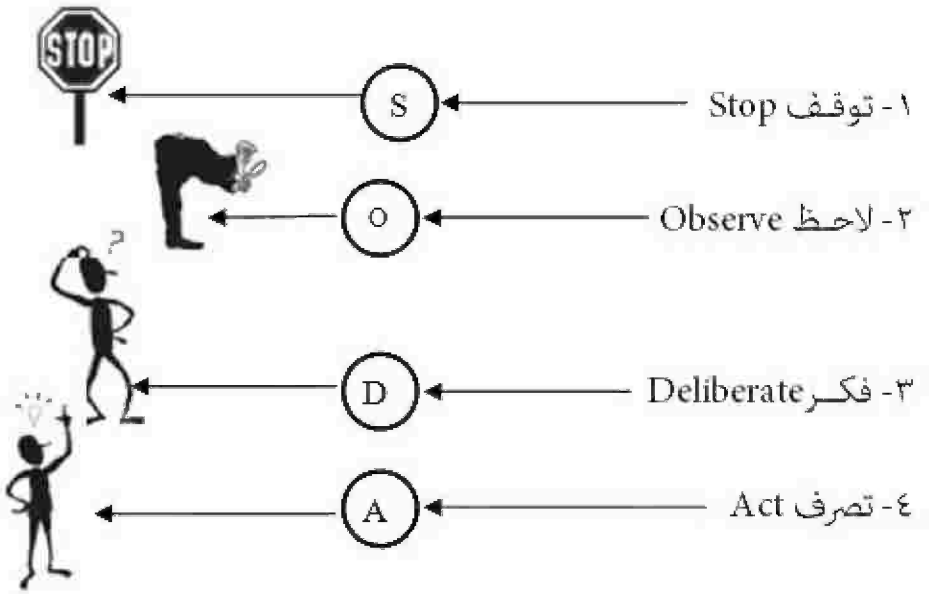
حيث يعرض الفيديو على الطفل فى بيئة منظمة، وبعد العرض مباشرة يقوم الطفل بتطبيق نفس الخطوات، وتكرر هذه العملية عدة مرات إلى أن يتعلم المطلوب(وفاء الشامى،٢٠٠٤ب، ص ص ٢٤٦-٢٤٨).

استراتيجية التعليم السلوكى الاجتماعى:

Social–Behavioral Learning Strategy (SODA)

تعد استراتيجية التعليم السلوكى الاجتماعى من الاستراتيجيات الهامة التى قام بإعدادها بوك Bock(٢٠٠٠)، حيث أجرى دراسة على ثمانية من الطلاب ذوى متلازمة آسبرجر، للتعرف على فعالية هذه الاستراتيجية فى تحسين مهارات التفاعل الاجتماعى لدى هؤلاء الطلاب. وتتألف هذه الاستراتيجية من مجموعة من القواعد لتحسين الجانب الاجتماعى لدى الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر، وذلك من خلال تحديد النماذج الاجتماعية التى سوف يستخدمها هؤلاء الأطفال لأداء الأنشطة الاجتماعية.

وتقوم استراتيجية التعليم السلوكى الاجتماعى، عند تعليمها للأطفال ذوى متلازمة آسبرجر على أربع مراحل، هى:



(Bock. 2007. p. 88)

التدخل السلوكي(تعديل السلوك، تحليل السلوك التطبيقى):

ينقسم التدريب السلوكى إلى نوعين من التدريب، الأول: "تعديل السلوك"، وهو الذى يمثل الاتجاه القديم للتدريب السلوكى، أما الثانى فهو ما يعرف باسم "تحليل السلوك التطبيقي"، وهو ممثل الاتجاه الحديث للتدريب السلوكى، وكل من هذين النوعين أثبتا فعاليتهما فى الحد من السلوكيات غير المقبولة اجتماعيًا، حيث تم تطبيقهما على الأطفال ذوى اضطراب الذاتوية، وأثبتا فعالية كبيرة فى الحد من هذه السلوكيات الشاذة التى يمارسها هؤلاء الأطفال، ويرى المؤلف أنه يمكن تطبيقهما على الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر، لا سيما وأن ما يمتلكونه من خصائص سلوكية تشبه إلى حد كبير الخصائص السلوكية التى يتصف بها الأطفال ذوى اضطراب الذاتوية، ويرى-أيضًا- أن النتائج الإيجابية مقارنة بالأطفال ذوى اضطراب الذاتوية سيحظى بها الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر، وهذا يرجع بطبيعة الحال إلى أن متلازمة آسبرجر أخف أعراضًا من حيث الشدة من اضطراب

الذاتوية، فى النواحى النمائية المشتركة بينهما المتأثرة بظهور الاضطرابين. ويمكن تطبيق التدخل السلوكى من خلال:

أ - تعديل السلوك Behavior Modification:

تقوم فكرة تعديل السلوك على مكافأة السلوك الجيد أو المطلوب بشكل منتظم، مع تجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة تمامًا، وذلك فى محاولة للسيطرة على السلوك الفوضوى لدى الطفل، ويتميز هذا النوع من التدخل بأنه مبنى على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير المتخصصين، وأن يطبقوها بشكل سليم بعد تدريب وإعداد لا يستغرقان وقتًا طويلًا، غير أنه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل عملى واضح دون عناء كبير، أو تأثر بالعوامل الشخصية، التى غالبًا ما تتدخل فى نتائج القياس، ونظرًا لعدم وجود إتفاق على أسباب هذا الاضطراب، فإن هذا لا يعير اهتمامًا للأسباب، وإنما يهتم بالظاهرة ذاتها دون تعرض لاختلافات حول أصلها ونشأتها، كما أنه أسلوب يضمن نظامًا ثابتًا لمكافأة السلوك، الذى يهدف إلى تكوين وحدات استجابية صغيرة متتالية ومتتابعة تدريجيًا عن طريق استخدام معززات قوية، وأخيرًا فإن تعديل السلوك قد أثبت نجاحًا كبيرًا من خلال الخبرات العملية السابقة، بشرط توافر جميع متطلباته والدقة فى التطبيق(محمد خطاب،٢٠٠٥، ص ص٨٨-٨٩).

ب - تحليل السلوك التطبيقى: Applied Behavior Analysis (ABA)

ظهرت عدة دراسات قامت على توظيف المفاهيم والمبادئ السلوكية بطريقة عملية، وقد عرفت هذه الطريقة باسم تحليل السلوك التطبيقى، ويتصف هذا النوع من التدخل بتسجيل دقيق للدوافع والاستجابات المرتبطة بسلوك ما، ثم عمل تغذية راجعة مباشرة، وجدول مكثف للتعزيز، وتجميع البيانات، ثم إجراء عمليات منظمة؛ لبناء السلوك المرغوب، وصولًا إلى صيغة عالية البناء التنظيمى تتلاءم مع الاحتياجات الفردية(إبراهيم بدر،٢٠٠٤، ص٨٤).

العلاج الدوائى:

يعتبر التدخل الدوائى من التدخلات المساعدة فى الحد من أعراض متلازمة

آسبرجر، وهو لا يستهدف الحد من أوجه القصور الاجتماعية التى يعانى منها أفراد هذه المتلازمة، بل يستهدف بعض الأعراض المصاحبة لمتلازمة آسبرجر، مثل القلق، والاكتئاب، والعدوانية، والاستحواذية، والإندفاعية، واضطرابات النوم، وقد تم فحص ١٠٩ من الأطفال والمراهقين والراشدين، وقد وجد نسبة كبيرة منهم كانت تتناول نوعًا من الدواء مؤثرعلى العقل، فقد وجد أن٦٠٪ من العينة كانت تأخذ دواء واحد، و٣٢٪ كانت تأخذ أكثر من دواء واحد. وكانت أكثر الأدوية المستخدمة بشكل عام، الأدوية المضادة للقلق والاكتئاب لدى الأفراد الأكبر سنّا بنسبة (٣٢،١ ٪)، والأدوية المنبهة للحد من الاندفاعية لدى الأطفال الصغار بنسبة(٢٠،٢ ٪)، وثالث أكثر الأدوية تناولًا هى المضادات العصبية للحد من السلوك المعطل والعدوانى بنسبة(١٦،٥ ٪) (Kroodsma. 2008. p. 55).

تعقيب المؤلف:

يرى المؤلف من خلال العرض السابق لأساليب التدخل المستخدمة مع الأفراد ذوى متلازمة آسبرجر، أن هذه التدخلات أثبتت فعاليتها فى الحد من أعراض متلازمة آسبرجر، وأن هذه التدخلات استخدمت فى الأساس مع الأطفال ذوى اضطراب الذاتوية، وقد أثبتت فعاليتها مع هؤلاء الأطفال. كما يمكن تقسيم هذه التدخلات إلى نوعين رئيسيين، هما: التدخلات الاجتماعية، والتدخلات السلوكية. وقد استفاد المؤلف من هذه التدخلات فى إعداد البرنامج التدريبى المتضمن داخل الكتاب، حيث اعتمد هذا البرنامج على تعديل السلوكيات غير المقبولة اجتماعيًا لدى الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر كذلك اعتمد البرنامج فى بعض جلساته على النمذجة من خلال الفيديو، والتدريب على المهارات الاجتماعية.

كما يلاحظ من خلال استعراض هذه التدخلات، افتقارها إلى تحسين مستوى المهارات اللغوية لدى الأطفال الذين يعانون من متلازمة آسبرجر، وهو ما يعطى للكتاب الحالى أهميته فى تحسين بعض المهارات اللغوية التى يحتاج إليها الأطفال ذوى متلازمة آسبرجر؛ والتى تساهم-بطبيعة الحال- فى تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لديهم.