

الفصل الثالث

اضطراب التوحد

obeikandi.com

مُتَلَمِّمًا

يعد اضطراب التوحد autism وهو اضطراب نمائي عام أو منتشر شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية حيث يتأثر الأداء الوظيفي العقلي للطفل سلباً من جرائه، ويكون مستوى ذكاء الطفل في حدود التخلف العقلي البسيط أو المتوسط. 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 التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية وذلك في يناير عام ٢٠٠٣ فإن نسبة انتشار التوحد قد ارتفعت بدرجة كبيرة للغاية حيث أصبح متوسطها ١: ٢٥٠ حالة ولادة بعد أن كانت قبل ذلك مباشرة وفقاً لتلك الإحصاءات التي نشرتها الجمعية الأمريكية للتوحد 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 التخلف العقلي فقط، أما متلازمة أعراض داون فتأتي بعده مباشرة .

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 التخلف

العقلي، أو متلازمة أعراض داون حيث لا يوجد في أى منهما ما يمكن أن يكون كذلك . ومن بين تلك الجوانب التي يمكن أن تتأثر بمثل هذا الاضطراب ما يلي :

- ١- الجانب العقلي المعرفي .
- ٢- الجانب الاجتماعي .
- ٣- الجانب اللغوي وما يرتبط به من تواصل .
- ٤- الجانب الانفعالي .
- ٥- اللعب .
- ٦- السلوكيات .

هذا وقد شهد اضطراب التوحد 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 أثناء دراسته لسلوكيات مجموعة من الأطفال المتخلفين عقلياً، ووجد أن ما يصدر من سلوكيات عن أولئك الأطفال يختلف بدرجة كبيرة في جوانب كثيرة منه عما يصدر عن أقرانهم المتخلفين عقلياً، وهنا أكد كانر أنهم يمثلون فئة أخرى غير التخلف العقلي بطبيعة الحال . وقد تم بعد ذلك النظر إلى هذا الاضطراب وتشخيصه على أنه نمط من فصام الطفولة مع أن الفرق بينهما يكاد يكون واضحاً كما سنوضح فيما بعد . وفي عام ١٩٤٤ اكتشف الطبيب النمساوي هانز أسبرجر Hans Asperger متلازمة أعراض مرضية تمثل أحد أنماط اضطراب طيف التوحد سميت باسمه فيما بعد Asperger's syndrome ولكنها لا تتفق مع اضطراب التوحد - مع أنها أحد أنماطه - 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 بالمرّة، 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 كما أوضحنا من قبل شبه إجماع على أنه إعاقة عقلية معقدة، بل إنه يعد أحد ثلاثة أنماط أساسية للإعاقة العقلية، وثانيها انتشاراً على مستوى العالم وذلك بحسب معدلات انتشاره .

وهناك آراء تعتقد أنه لو أننا أضفنا إلى معدلات انتشار مثل هذا الاضطراب تلك المعدلات أو النسب أو الحالات التي تم تصنيفها (بشكل خاطئ) في كل مرحلة من تلك المراحل التي مر بها هذا الاضطراب في تشخيصه على أنها تعاقب منه وذلك بحسب ما كان يطلق عليه آنذاك سواء فصام الطفولة، أو اضطراب سلوكي، أو ما إلى ذلك فإننا سوف نلاحظ دون شك أن هناك أعداداً إضافية سوف يتم إضافتها إلى النسب الحالية وهو ما يمكن أن يغير من الصورة الراهنة إلى درجة كبيرة أو صغيرة بحيث يحدث تغير من جراء ذلك .

الاضطراب النمائي العام أو المنتشر

يعد اضطراب التوحد بمثابة اضطراب نمائي عام أو منتشر pervasive developmental disorder ومن الجدير بالذكر أن مصطلح الاضطراب النمائي العام أو المنتشر يستخدم في الوقت الراهن للإشارة إلى تلك المشكلات النفسية الحادة التي

يبدأ ظهورها خلال مرحلة المهد. ويتضمن مثل هذا الاضطراب قصورا حادا 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 كما أوضحنا لا يقف مطلقاً عند حدود جانب معين أو اثنين فقط من جوانب النمو، بل يتجاوز ذلك بكثير ليؤثر على غالبية مثل هذه الجوانب تأثيراً من شأنه أن 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 آثارا سلبية متعددة على الكثير من جوانب النمو المختلفة .

ويرى لورد وروتر (١٩٩٤) Lord & Rutter أن اضطراب التوحد قد أصبح في الوقت الحالي يمثل أكثر هذه الاضطرابات شيوعا في المجالين البحثي والإكلينيكي، واتضح من خلالهما أن الأطفال التوحدين يظهرون أوجه قصور شديدة في عدد من الجوانب المختلفة وذلك على النحو التالي :

- ١- التفاعل الاجتماعي وإقامة العلاقات مع الآخرين .
- ٢- اللعب بين الشخصي .
- ٣- التواصل .

وتعمل أوجه القصور هذه على جعل هؤلاء الأطفال يمثلون فئة تتميز عن غيرها من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة وإن تشابهت مع غيرها من الفئات وخاصة المتخلفين

عقليا 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 سوف نتاولها على مدى حديثنا عن تلك الفئة وهو الأمر الذي جعل من اليسير كنتيجة لما توصلت إليه العديد من الدراسات أن نصل إلى بروفييل خاص بكل منهما يمكن معه تحديد أوجه الشبه والاختلاف بينهما حتى تتمكن من تقديم البرامج المناسبة لكل منهما .

هذا وقد توصلنا نحن من خلال سلسلة الدراسات التي قمنا بإجرائها على الأطفال التوحيدين والتي تندرج في الغالب تحت قسمين رئيسيين يمثل أولهما في تلك الدراسات التشخيصية الفارقة التي قمنا خلالها بالمقارنة بين هؤلاء الأطفال وبين أقرانهم المتخلفين عقلياً، أما القسم الثاني فإنه يمثل تلك الدراسات البرنامجية التي تم خلالها اللجوء إلى برامج مختلفة في سبيل إكسابهم مهارة معينة، أو سلوك معين، أو الحد من سلوك آخر غير مرغوب عادة ما يصدر عنهم توصلنا إلى ما يشبه البروفيل الخاص بكل منهما كفتتين مستقلتين؛ المتخلفون عقلياً، والتوحيديون وإن ظل مثل هذا البروفيل محدوداً بتلك المجالات التي تمت دراستها . ولذلك فإننا سوف نستعين بما توصلنا إليه (عادل عبدالله ٢٠٠٢ - أ) وما هو معروف عنهم من خلال ما كشفت عنه الدراسات المختلفة التي تم إجراؤها في هذا الإطار كي نصل إلى بروفييل عام يميزهم، أو بالأحرى يميز كل فئة منهم . وتمثل الخطوط العريضة أو المعالم الرئيسية لمثل هذا البروفيل فيما يلي :

١- يتفوق الأطفال المتخلفون عقلياً على أقرانهم التوحيدين في مستوى النمو اللغوي عامة وذلك من الناحيتين الكمية والكيفية حيث تتضح تلك الفروق في كم المفردات اللغوية، وكم وكيف التراكيب اللغوية، والاستخدام اللغوي، والمشكلات اللغوية أو حتى الاضطرابات اللغوية .

٢- يتفوق الأطفال المتخلفون عقلياً على أقرانهم التوحديين في مهارات الأداء أو التطبيع الاجتماعي بشكل عام وذلك كما يعكسه أداؤهم الوظيفي الاجتماعي، وما يضمنه ويتضمنه من مهارات اجتماعية واهنة أو واهية يغلفها القصور سواء كانت مهارات لفظية أو غير لفظية. وإضافة إلى ذلك هناك قصور من جانب الأطفال التوحديين في التواصل بشكل يفوق ما يوجد بالنسبة لأقرانهم المتخلفين عقلياً سواء تعلق ذلك بمهارات التواصل التعبيري أو حتى بمهارات التواصل الاستقبالي.

٣- يتفوق الأطفال المتخلفون عقلياً على أقرانهم التوحديين في الدرجة الكلية للسلوك التكيفي، ولا يخفى علينا أن القصور الدال في السلوك التكيفي وما يرتبط به من مهارات يعد من الشروط الأساسية لكلتا الإعاقيتين معاً، كما أن أى نمط آخر من أنماط الإعاقة العقلية يجب أن تنطبق مثل هذا الشرط عليه حتى يصبح كذلك. إلا أن هذا القصور يزداد بدرجة دالة في حالة الأطفال التوحديين قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً، أو حتى من أى فئة أخرى من تلك الفئات التي تتضمنها الإعاقة العقلية حيث ترتبط تلك الإعاقة في أساسها بقصور في السلوك التكيفي عامة وما يتعلق به من مهارات مختلفة.

٤- لا تختلف الفئتان في الجوانب الأخرى للسلوك التكيفي والتي تتمثل بحسب المقياس المستخدم فيما يلي :

أ- الأداء الوظيفي المستقل، وهو الأمر الذي يتعلق بالاستقلالية في الأداء حيث من المعروف أن هناك قصوراً في هذا الجانب تتسم به الفئتان معاً.

ب- أداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية، وهو ما يرتبط بالأداء الوظيفي المستقل، ونظراً لوجود قصور في استقلالية الأداء بالنسبة للفئتين معاً فإن هناك قصوراً مماثلاً في هذا الجانب أيضاً، إلا أنه من الممكن تحسين ذلك من خلال اتباع برامج سلوكية معينة في إطار التوجهات الحديثة في هذا الصدد.

ج- النشاط المهني - الاقتصادي ، وهو ما يرتبط أيضاً بالعنصرين السابقين، كما أن القصور في كل منهما يتعكس عليه هو الآخر، لكن الواقع يشهد أن مثل هذا القصور يوجد لدى أعضاء كلتا الفئتين معاً، وأن المستوى العام له قد يتحسن إلى حد ما إذا ما لجأنا إلى البرامج المناسبة .

٥- الأطفال التوحديون أقل تفاعلاً مع الآخرين قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً، وهو الأمر الذي يرتبط بالدرجة الأولى بمسئوى مهاراتهم الاجتماعية اللفظية منها وغير اللفظية، ويرتبط من ناحية أخرى بمسئوى نموهم الاجتماعي . هذا إلى جانب أنه يعتبر أيضاً بمثابة محصلة أو نتيجة للعديد من الجوانب الأخرى، وكلها أمور يتفوق فيها الأطفال المتخلفون عقلياً على أقرانهم التوحديين .

٦- الأطفال التوحديون يعدون أكثر انسحاباً من أقرانهم المتخلفين عقلياً وذلك من المواقف والتفاعلات الاجتماعية عامة، وهو أمر يرتبط في المقام الأول بعدد من المتغيرات ذات الصلة في هذا الصدد من أهمها ما يلي :

- أ - تدنى مسئوى نموهم الاجتماعي .
- ب- قصور في مهاراتهم الاجتماعية .
- ج- لامبالاهم الاجتماعية .
- د - فظاظتهم الاجتماعية .
- هـ - قصور اهتمامهم الاجتماعية .
- و - قصور في التواصل .

وعلى ذلك يصبح من المنطقي أن يتحرك الطفل بعيداً عن الآخرين، فيتجنبهم، ويعيش في عالمه الخاص، أو الخيالي وهو الأمر الذي دفع الكثيرين إلى إطلاق مصطلح الطفل الذاتوى عليه .

٧- يتفوق الأطفال المتخلفون عقلياً على أقرانهم التوحدين في المهارات الاجتماعية بما لديهم من عناصر ومتغيرات عديدة من بينها ما يلي :

أ - وعى اجتماعى نسبي،

ب- قدرة نسبية على التعلق بالآخرين .

ج- قدرة على استخدام ما لديهم من مفردات لغوية وتراكيب لغوية تفوق أقرانهم التوحدين في سياقات اجتماعية متعددة .

٨- الأطفال التوحديون أقل عدوانية من أقرانهم المتخلفين عقلياً سواء تضمن ذلك العدوان على الذات، أو الغير، أو الممتلكات، وسواء كان ذلك العدوان مادياً، أو لفظياً حيث يقل العدوان اللفظي بينهم بدرجة كبيرة، بل إنه يكاد ينعدم نظراً لافتقارهم الصارخ إلى المفردات والتراكيب اللغوية المختلفة . ومن المعروف أن هذه العدوانية قد ترتفع في مستواها لديهم بعض الشيء وذلك عندما تتم مضايقتهم، ومع ذلك يظل مستوى عدوانيتهم أقل من أقرانهم المتخلفين عقلياً .

٩- يتسم الأطفال التوحديون بدرجة من النشاط الزائد تفوق مستوى أقرانهم المتخلفين عقلياً حيث هناك العديد من السلوكيات المرتبطة باضطرابهم هذا كال دوران المستمر، والررفة بالذراعين، والحركة المستمرة في المكان، وغيرها تكشف عن قدر أكبر من النشاط الحركي الزائد، والاندفاعية .

١٠- تتسم كلتا الفئتان بنقص أو قصور واضح في انتباههم للمواقف والمثيرات المختلفة، وإن كان الأمر بالنسبة للأطفال التوحدين يزداد بعض الشيء عن أقرانهم المتخلفين عقلياً . ويمكن العمل على تحسين مستوى انتباههم نوعاً ما عن طريق استخدام المثيرات البصرية سواء المتحركة أو الثابتة .

١١- أن اضطراب طيف التوحد يضم عدة أنماط من الاضطرابات المرتبطة من بينها زملة أو متلازمة أسبرجر Asperger's syndrome وأن هذه المتلازمة كما يشير عادل عبدالله (٢٠٠٤) نادراً جداً ما تصيب طفلاً يقل مستوى ذكائه عن المتوسط، بل إنها عادة ما تصيب الأطفال من ذوى مستوى الذكاء المرتفع، وحتى المرتفع جداً، ومن ثم فإننا عادة ما نجد أطفالاً موهوبين من بين هؤلاء الأطفال فى حين لا يوجد أطفال موهوبون بين المتخلفين عقلياً، بل قد يوجد بينهم أطفال يرتفع مستوى بعض القدرات لديهم إلى حد ما وهو الأمر الذى يكون من شأنه أن يمكنهم من أداء ما يرتبط بهذه القدرة أو تلك بشكل متميز عن غيرهم مما يدفع البعض إلى أن يعتبر ذلك موهبة مع أن الأمر كله لا يمكن أن نعتبره على هذه الشاكلة وذلك للأسباب التالية:

أ- أن هناك شروطاً معينة لاعتبار الطفل المعوق موهوباً، وأن أول هذه الشروط يتمثل فى استثناء التخلف العقلى من ذلك أو بمعنى أدق استبعاده من ذلك.

ب- أن المجالات المختلفة للموهبة والتي تتراوح بين ستة وعشرة مجالات بحسب التصنيف المتبع تتطلب مستوى مرتفعاً جداً من الذكاء للموهبة العقلية أو الأكاديمية فقط، ثم مستوى من الذكاء لا يقل عن المتوسط على الأقل بالنسبة لجميع مجالات الموهبة الأخرى وهو الأمر الذى لا ينطبق على التخلف العقلى.

ج- أن الموهبة تتطلب الإبتكار - بغض النظر عن الموهبة الابتكارية كمجال من مجالات الموهبة - وهو الأمر الذى لا يمكن للطفل المتخلف عقلياً أن يقوم به تحت أى ظروف حيث أنه ليس فى مقدوره أن يتكرر شيئاً.

د- أن الموهبة قد تتطلب مستوى معيناً من التقبل الاجتماعي، والتكيف مع البيئة، والتوافق مع من فيها من الأشخاص وهو الأمر الذى يصعب على الطفل المتخلف أن يقوم به إذ أن أحد الشروط الثلاثة للتخلف العقلى

يتمثل في وجود قصور واضح في السلوك التكيفي للطفل وما يرتبط به من مهارات .

١٢- أن هناك العديد من الاضطرابات التي ترتبط بجانبى اللغة والتواصل يعانى منها الأطفال من كلتا الفئتين وإن ظل الأطفال التوحيديون هم الأكثر معاناة منها قياساً بأقربهم المتخلفين عقلياً . ومن أهم هذه الاضطرابات وأكثرها شيوعاً ما يلي :

أ - اضطرابات اللغة .

ب- اضطرابات النطق .

ج- اضطرابات التواصل .

١٣- لا توجد هناك اضطرابات نطق معينة ترتبط بفئة معينة من الفئات الخاصة عامة حيث تنتشر كل اضطرابات النطق بين كل الفئات تقريباً، ومن ثم فلا يوجد هناك اضطراب يميز فئة معينة دون غيرها . إلا أن بعض الأطفال التوحيديين قد لا تنمو اللغة لديهم على الإطلاق، وقد يشخصهم البعض خطأ على أنهم من فاقدى السمع .

١٤- أما بالنسبة لاضطرابات التواصل فإن هناك العديد من السمات التي تظل تميز أولئك الأطفال عن غيرهم من الأطفال الآخرين، والتي قد تسهم في جعلهم فئة تكاد تكون فريدة في هذا الصدد . ومن أهم هذه السمات ما يلي :

أ - عدم القدرة على التواصل أو التلاحم البصرى كسمة مميزة للأطفال التوحيديين دون سواهم من الفئات الخاصة الأخرى وهو أمر لا يقوم به أقربهم المتخلفون عقلياً .

ب- عدم قدرتهم على إدراك تعبيرات الوجه .

ج- عدم إجادتهم للتواصل عن طريق الإيماءات أو تعبيرات الوجه .

- د - فشلهم في استخدام اللغة كوسيلة للتواصل دون تدريب .
- هـ - عدم إظهارهم تعبيرات انفعالية مناسبة أو مصاحبة .
- و - أنهم قد لا يقوموا باستخدام الإشارات في مواقف أخرى .
- ز - ظهور سلوكيات دالة على التحدى والغضب عند استشارتهم .
- ١٥- وفيما يتعلق باضطرابات اللغة فإن الأطفال التوحدين يتسمون بعدد من السمات التي قد تميزهم دون سواهم من أهمها ما يلي :
- أ - ضعف المحصول اللغوى لديهم بدرجة كبيرة .
- ب- تدنى مستوى التراكيب اللغوية من جانبهم .
- ج- عدم قدرتهم على استخدام مفرداتهم اللغوية الاستخدام المناسب .
- د - عدم القدرة على استخدام تلك المفردات في إجراء محادثات مع الغير .
- هـ - أن الطفل لا يستخدم معاني الكلمات كى تساعده على استرجاع المعلومات .
- و - أن الطفل لا يستطيع أن يستخدم الكلمات التي لديه في سياقات مختلفة .
- ز - التردد المرضى للكلام المسموع echolalia سواء كان ذلك ترديداً مجرد كلمات فقط أو عبارات .
- ح - أن اللغة قد لا تنمو على الإطلاق لدى بعض هؤلاء الأطفال .
- ١٦- وجود قصور في قدرة الأطفال التوحدين على القيام باللعب التظاهرى أو الادعائى إلى جانب قصور واضح في قدرتهم على اللعب الرمزى وهو الأمر الذى يمثل جانباً من جوانب القصور لدى الطفل المتخلف عقلياً أيضاً .
- ١٧- وجود قصور في العمليات الحسية والإدراكية حيث يكون هناك إفراط في ذلك من جانب الطفل التوحدى إذ يمكن أن تكون استجابته الحسية مفرطة

سواء ارتفاعاً أو انخفاضاً وذلك من موقف إلى آخر دون قدرة من جانبنا على التوقع بالاستجابة، وقد يرجع ذلك إلى أخطاء في الإدراك من جانب الطفل . أما بالنسبة للطفل المتخلف عقلياً فإن الأمر يختلف عن ذلك بكثير، ومع أن هناك أخطاء متعددة في الإدراك من جانبه إلا أن مثل هذا الإفراط في الاستجابات الحسية لا ينطبق عليه بنفس هذه الدرجة التي يظهرها أو يبدونها قرينه التوحدي .

١٨- وجود قصور من جانب كلتا الفئتين في فهم وإدراك الحالات العقلية لهم ولغيرهم من الأفراد الآخرين . وقد يتمثل مثل هذا القصور في عدم قدرتهم على فهم ما يلي :

أ - الاعتقادات .

ب- النوايا .

ج- الانفعالات .

د - البيئة الاجتماعية المحيطة .

١٩- حدوث أنماط سلوكية واهتمامات نمطية، ومقيدة، وتكرارية وذلك من جانب الأطفال التوحديين دون أقرانهم المتخلفين عقلياً على الرغم من أن اهتمامات الأطفال المتخلفين عقلياً تكون مقيدة أيضاً، وقاصرة في الغالب، كما قد تكون نمطية في بعض الأحيان . إلا أن التمسك الصارم بالروتين يميز بين الفئتين بشكل جلي حيث يعد أساسياً بالنسبة للأطفال التوحديين دون أقرانهم المتخلفين عقلياً .

٢٠- يؤدي القصور العقلي المعرفي لكلتا الفئتين وما يرتبط به من متغيرات إلى عدم تجاوز أى من هاتين الفئتين للمرحلة الثانية من تلك المراحل التي حددها بياجيه Piaget للنمو العقلي المعرفي وذلك كحد أقصى .

ويرى كندول (٢٠٠٠) kendall أننا من الناحية التاريخية نلاحظ وجود نمطين للاضطراب النمائي العام أو المنتشر هما :

١- اضطراب التوحد .

٢- فصام الطفولة .

ومن الجدير بالذكر أن فصام الطفولة يتسم بالانسحاب الاجتماعي الحاد ، وعدم القدرة على إقامة علاقات مع الآخرين ، ولكنه في الوقت ذاته يختلف عن فصام المراهقة في غياب الهلاوس والضلالات تقريباً . ولا يخفى علينا أن مرضى الفصام سواء من الأطفال أو المراهقين يعانون من اضطراب التفكير سواء في محتواه أو مجراه أو التعبير عنه حتى في إطار التفاعلات الأسرية. ويؤكد نيسوم وهوفانيتز (١٩٩٧) Newsom & Hovanitz أن سن الطفل عند بداية كلا الاضطرابين التوحد والفصام يعد نقطة أساسية للتمييز بينهما حيث نلاحظ أن الأطفال الفصامين يمرون بفترة من النمو العادي تعكس توافقاً عادياً نسبياً يتبعها بداية أعراض حادة للفصام في حين نجد أن اضطراب التوحد يحدث قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره ، ولا يمر الطفل في الغالب بفترة نمو عادية أو فترة من التوافق العادي نسبياً كما هو الحال بالنسبة لفصام الطفولة .

اضطراب التوحد:

يعد اضطراب التوحد autism كما ترى نادية أبو السعود (٢٠٠٠) من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل، ومع ذلك تعاني العيادات النفسية المصرية من قصور واضح في أساليب تشخيص هذا الاضطراب ينتج عنه أن يتم في الغالب تشخيص الأطفال التوحدين على أنهم متخلفون عقلياً حيث يعتمد تحديد مثل هذه المشكلات أو الاضطرابات على ملاحظة المظاهر السلوكية المختلفة وهو الأمر الذي قد يترتب عليه الخلط بين اضطراب وآخر يختلف عنه تماماً . وإضافة إلى ذلك فإن هذه الفئة لم تزل حظها من الاهتمام حتى على مستوى المجال البحثي وذلك على المستويين

الإقليمي والمحلى على الأقل . وإلى جانب تشخيصهم الخاطئ على أنهم متخلفون عقلياً لا يوجد هناك مركز متخصص للتعامل معهم إلا نادراً، كما أن المراكز المحدودة التي توجد في الوقت الراهن هي مراكز أهلية خاصة في حين يختلف الأمر عن ذلك كثيراً على المستوى الدولي وخاصة في دول أوروبا وأمريكا حيث المدارس والجمعيات والمراكز الخاصة بهؤلاء الأطفال ، والخدمات التي يتم تقديمها لهم ولأسرهم ، والكم الكبير من الدراسات الذي تم إجراؤه عليهم وذلك منذ أن أدخل كانر Kanner هذا المصطلح إلى المجال البحثي منذ ما يربو على نصف قرن وبالتحديد في عام ١٩٤٣ .

وقد يرجع ذلك إلى صعوبة تشخيص هذه الفئة نظراً لتشابهها مع فئات عديدة ، وعدم ظهور تشخيص مستقل لها إلا في الطبعة الثالثة المعدلة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-III-R الذي أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٨٧) ثم في الطبعة الرابعة من ذات الدليل DSM-IV التي صدرت عام ١٩٩٤ . هذا إلى جانب أن السبب الرئيسي لهذا الاضطراب لا يزال غير معروف على وجه التحديد للآن ، ففي الوقت الذي يردده جيسلون (٢٠٠٠) Gillson إلى أسباب بيوكيميائية تتمثل في اضطراب في بعض الإفرازات المخية يؤثر على الأداء الوظيفي للمخ، يذهب دونلاب وبيرس (١٩٩٩) Dunlap & Pierce إلى أنه من الأكثر احتمالاً أن تكون هناك أسباب متعددة تكمن خلف التوحد ، وبين هذا وذاك لا يزال السبب الرئيسي غير معروف ، وسوف نعود إلى ذلك بعد قليل . كذلك فلا يزال التشخيص من وجهة نظرهما يقوم به إما أطباء الأطفال ، أو الأخصائيين النفسيين المدربين ، أو أطباء نفس الأطفال ، أو أطباء الأعصاب وإن كان دورمان وليفيفر (١٩٩٩) Dorman & Lefever يريان أنه ليست هناك فحوص طبية معينة لتشخيص هذا الاضطراب لأنه ليس مرضاً معدياً بالمعنى المتعارف عليه، ولكن تشخيصه الدقيق يعتمد على ملاحظة تواصل هؤلاء الأفراد ، وسلوكهم ، ومستوياتهم النمائية . وهذا يعني أن اضطراب التوحد يعد بمثابة زملة أعراض مرضية يعتمد تعريفها على الأنماط السلوكية التي تصدر عن الطفل

والتي تتمحور في ثلاثة اضطرابات سلوكية يحددها دينيس وآخرون (١٩٩٩) Dennis et.al. فيما يلي :

- ١- اضطرابات عامة في التفاعل الاجتماعي .
- ٢- اضطرابات في النشاط التخيلي، والقدرة على التواصل .
- ٣- انغلاق على الذات، وضعف في الانتباه المتواصل للأحداث والموضوعات الخارجية .

ويرى أرونز وجيتز (١٩٩٢) Aarons & Gittens أن التوحد يمثل اضطراباً أو متلازمة من المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر على الطفل قبل أن يصل عمره إلى ثلاثين شهراً. ويتضمن ذلك عدداً من الاضطرابات كالتالي :

- أ - اضطراب في سرعة أو تتابع النمو .
 - ب - اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات .
 - ج - اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية .
 - د - اضطراب في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات .
- ويذكر عبد الرحيم بحيث (١٩٩٩) أن هناك سمات للأطفال التوحدين يمكن أن تميزهم عن غيرهم من الأطفال حتى من الفئات الخاصة الأخرى، وأنه عند تشخيص مثل هؤلاء الأطفال يجب أن ننتبه جيداً إلى تلك السمات التي تعد السمات التالية من أهمها :

- ١- عدم الارتباط بالأشياء .
- ٢- ضعف استخدام اللغة والاتصال أو التواصل .
- ٣- المحافظة على الرتابة والروتين .
- ٤- ضعف أو قصور في الوظائف العصبية .

ويرى حلواني (١٩٩٦) أنه كانت هناك افتراضات ووجهات نظر متعددة حاولت تفسير اضطراب التوحد؛ فنظر النموذج الاجتماعي له على أنه اضطراب في التواصل الاجتماعي نتيجة لظروف التنشئة الاجتماعية غير السوية التي نتج عنها شعور الطفل بالرفض من الوالدين، وفقدان الآثار العاطفية منهما مما أدى إلى انسحابه من التفاعل الاجتماعي مع الوسط المحيط به. في حين يفسرها النموذج النفسي على أنها شكل من أشكال الفصام المبكر الناتج عن وجود الطفل في بيئة تتسم بالتفاعل الأسرى غير السوي مما يشعره بعدم التكيف أو التوافق النفسي، بينما يشير نموذج آخر إلى أنه يرجع إلى الطفل نفسه حيث يعتبره عجزاً إدراكياً مصاحباً للاضطراب اللغوي. ويرى عبد الرحيم بخيت (١٩٩٩) أن هذه الافتراضات قد أضحت مشكوكاً فيها مما جعل الاهتمام ينصب بعد ذلك على الدراسات العصبية والبيولوجية والبيئية والتي كان من نتائجها أنه لم يتم التعرف على سبب واحد محدد يؤدي إلى اضطراب التوحد.

الأسباب المؤدية للاضطراب

مما لا شك فيه أن أى اضطراب لا بد أن تقف خلفه مجموعة من العوامل، وعادة ما يكون من الصعب، بل ومن المستحيل أحياناً أن يكون هناك سبب واحد يعد هو المسئول عن اضطراب معين أو يمكن أن نعزو مثل هذا الاضطراب إليه. ومن الجدير بالذكر أن العلماء قد تمكنوا من تحديد سبب معين لحالات اضطراب التوحد وذلك لدى نسبة لا تتجاوز ١٠ % تقريباً فقط من أولئك الذين يعانون من هذا الاضطراب، وعلى هذا الأساس تظل الحقيقة التي باتت مؤكدة أو حتى شبه مؤكدة تتمثل في أن حوالي ٩٠ % تقريباً أو يزيد من حالات هذا الاضطراب لم يتمكن أحد من تحديد سبب معين يعزو حدوث مثل هذا الاضطراب له. ومع ذلك هناك بعض الحقائق التي تتعلق بتلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى اضطراب التوحد يمكننا أن نعرض لها على النحو التالي :

١- أنه ليس هناك سبب واحد فقط يمكن أن يكون هو المسئول عن هذا الاضطراب.

٢- أن هناك مجموعة من الأسباب والعوامل تسهم في حدوث هذا الاضطراب على الرغم من عدم قدرتنا على تحديد دور كل منها أو إسهامه النسبي في ذلك.

٣- أن هناك عوامل جينية أو وراثية يمكن أن تسهم في حدوث هذا الاضطراب.

٤- أن هذه العوامل الجينية أو الوراثة هي نفسها التي تؤدي إلى حدوث بعض الإعاقات - عقلية أو حتى الحسية الأخرى.

٥- أن العلماء قد حاولوا أن يجدوا أساساً كروموزومياً لاضطراب التوحد، ومع أنهم قد حددوا كروموزومات معينة ترتبط به، فلا توجد هناك أدلة تؤكد صحة تلك الآراء حتى وقتنا الراهن.

٦- أن هناك عوامل بيئية يرجع تأثيرها إلى فترة معينة أثناء الحمل وقبل أن تتم الولادة تسهم بدرجة كبيرة في حدوث ذلك الاضطراب.

٧- أن الحالات التي تمكن العلماء من تحديد سبب معين للاضطراب فيها لم تتجاوز ١٠% في حين بلغت الحالات التي لم يتمكنوا من تحديد سبب معين لها ٩٠% تقريباً.

وعلى هذا الأساس يمكننا أن نحدد نفسنا عند تناول تلك الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى اضطراب التوحد في عدد قليل جداً من التساؤلات أرى أنه لا يتجاوز ثلاثة تساؤلات حسب ما تمت الإشارة إليه في النقاط السابقة، وتدور تلك التساؤلات حول النقاط التالية :

١- هل ترجع تلك الأسباب إلى عامل واحد فقط، أم أنه يمكننا أن نقوم بعزوها إلى مجموعة معينة من العوامل؟

٢- هل هناك تصنيف معين لتلك العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى هذا الاضطراب كأن تكون على سبيل المثال كما يلي :

أ - عوامل وراثية ؟

ب- عوامل بيئية ؟

ج- عوامل كروموزومية أو خلل كروموزومي ؟

٣- على أى أساس تم تحديد سبب معين لحالات معينة من هذا الاضطراب ولم يتم التوصل إلى ذلك السبب أو تلك الأسباب في حالات أخرى ؟
هذا ويمكننا أن نتناول مثل هذه التساؤلات على النحو التالي :

أولاً : سبب واحد أم مجموعة أسباب :

شهدت الساحة العلمية فيما يتعلق بتلك الأسباب التي يكون من شأنها أن تؤدي إلى ذلك الاضطراب جدلاً واسعاً حول تلك الأسباب، فرأى البعض أن هناك سبباً واحداً هو المستول عنه، ورأى آخرون أن هناك جملة من الأسباب يمكن أن نعزو إليها هذا الاضطراب، في حين رأى غيرهم أن السبب الذي يؤدي إلى مثل هذا الاضطراب لا يزال غير معروف على وجه التحديد حتى الآن .

ومن هذا المنطلق يؤكد بومر وآخرون (Boomer et.al. ١٩٩٥) أن هناك اعتقاداً بأن خللاً 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 . وكما أوضحنا من قبل فإن هناك من الباحثين والعلماء من يرد هذا الاضطراب إلى أسباب بيوكيميائية في المخ مثل جيلسون (Gillson ٢٠٠٠) 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 (1999) Dunlap & Pierce إلى أسباب متعددة وليس إلى سبب واحد فقط حيث يعتقدان أنه لا يمكن أن يكون هناك سبب وحيد يعد هو المسئول عن الاضطراب، بل لا بد أن يكون هناك أكثر من سبب واحد يؤدي إلى ذلك من خلال اشتراك كل هذه الأسباب مجتمعة في حدوث الاضطراب.

ويرى كندول (2000) Kendall أن الدراسات الحديثة قد كشفت عن وجود انخفاض نسبي واضح في نشاط النصف الكروي الأيسر من المخ لدى الأطفال التوحدين ، 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 أى سبب واضح على وجه التحديد يعد هو المسئول عن حدوث ذلك الاضطراب ، أو يمكننا من خلاله أن نفسر السبب الذي يجعل الأطفال التوحدين 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 (1994) Rutter et.al. أنه ليس هناك سبباً طبيياً 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 5 - 10 % تقريباً من تلك الحالات التي قاموا بفحصها ودراساتها .

ثانياً : وجود تصنيف معين للعوامل التي تسهم في حدوث الاضطراب :

من الجدير بالذكر أن الرأي الأرجح في النقطة السابقة يتمثل في وجود مجموعة من الأسباب والعوامل يمكن لها أن تؤدي إلى حدوث مثل هذا الاضطراب، ويرى البعض أن هذه الأسباب تجمع بين الوراثة والبيئة، بل ويضم آخرون إلى ذلك مجموعة أخرى من العوامل تتمثل في العوامل الكروموزومية أو الخلل الكروموزومي . وسوف نتناول هذه الآراء على النحو التالي :

(١) العوامل الجينية أو الوراثةية :

تشير نتائج العديد من الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الإطار إلى أن العوامل ذات الجذور الوراثةية أو الجينية تعد أحد أهم العوامل المسؤولة 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 هذه العوامل نلاحظ ما يثير الكثير من الدهشة حيث نجد عدة عوامل يمكن أن تؤدي في حد ذاتها إلى التخلف العقلي على سبيل المثال، أو إلى أى إعاقة حسية أخرى، وهو ما يمثل نقطة أخرى مثيرة للدهشة حيث نلاحظ أن نفس العامل في حد ذاته يمكن أن يؤدي إلى أكثر من نمط واحد من أنماط الإعاقة العقلية، كما يمكن أن يؤدي أيضاً في ذات الوقت إلى أكثر من نمط واحد من أنماط الإعاقة الحسية . كما أن هناك عوامل أخرى يمكن أن تؤدي أيضاً إلى التخلف العقلي كنمط أساسى من أنماط الإعاقة العقلية .

ومن أهم العوامل التي تؤدي إلى اضطراب التوحد مع أنها يمكن أن تؤدي في الوقت ذاته إلى إعاقة عقلية أخرى كالتخلف العقلي على وجه التحديد ما يلي :

١- حالات التصلب الدرني للأنسجة . tuberous sclerosis

٢- حالات الفينيلكيتونوريا . phenylketonuria

٣- حالات كروموزوم X الهش . fragile X chromosome

ومن المعروف أن مثل هذه العوامل تعد بمثابة حالات وراثية في أساسها، وهى مع اعتبارها كذلك فإنها كحالة هى التى تعد وراثية، أما ما ينتج عنها وهو التلف الذى يلحق ببعض خلايا المخ فهو دون شك لا يعد وراثياً، ولكنه ناتج عن حالة وراثية. ويمكن لمثل هذه النتيجة أن تؤدى إما إلى التخلف العقلي، أو إلى اضطراب التوحد. وقد تناولنا هذه الحالات عند الحديث عن التخلف العقلي من قبل . ومن ناحية أخرى فإن نتائج الدراسات التى أجريت فى هذا المجال تؤكد أن احتمالات ولادة طفل آخر للأسرة يعانى من نفس هذا الاضطراب أى طفل توحدى تعتبر احتمالات مرتفعة بدرجة لا بأس بها حيث تتراوح بين ٣- ٦ % تقريباً، وهو الأمر الذى يضيف إلى دور العوامل الوراثية تعقيدات أخرى.

وإلى جانب ذلك هناك بعض الحقائق التى تؤكد على الدور الحيوى للعوامل الوراثية فى حدوث هذا الاضطراب منها ما يلى :

١- تؤدى بعض حالات الشذوذ الكروموزومى إلى هذا الاضطراب، ويعد الشذوذ فى الكروموزوم رقم ١٣ من أكثر هذه الحالات شيوعاً، ومن المعروف أن شذوذ هذا الكروموزوم يرتبط كذلك بمتلازمة أوشر Usher's syndrome التى تعد اضطراباً جينياً.

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

٣- أن محيط الرأس لدى هؤلاء الأطفال يكون أكبر من مثيله لدى أقرانهم العاديين. ومن المعروف أن كبر حجم محيط الرأس أو صغره يعد من العوامل التى يمكن أن تؤدى إلى التخلف العقلي.

٤- أن نتائج الدراسات الميكروسكوبية على الأطفال التوحدين 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 لديهم 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 لديهم يتمثل أولهما في النواة الوجهية facial nucleus التي تتحكم في عضلات الوجه، والتي تكون مسؤولة بالتالي عن التعبير غير اللفظي. بينما يتمثل ثانيهما في الزيتونة العليا super olive وهي التي تلعب دوراً هاماً في توجيه وتوزيع تلك المعلومات المرتبطة بالمثيرات السمعية. ومن المعروف أن هذين الجزئين 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 أربعمائة خلية عصبية لدى الطفل التوحدي بينما يصل عددها لدى الطفل السليم إلى تسعة آلاف خلية.

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

(٢) العوامل البيئية :

تتعدد العوامل البيئية التي يمكن أن تؤثر على اضطراب التوحد وتؤدي إليه، ومن بين هذه العوامل مسببات كثيرة تؤدي كذلك إلى التخلف العقلي منها ما يلي :

- ١- التلوث البيئي الكيميائي سواء من خلال الكيماويات المختلفة أو التلوث بالمعادن كالتريثيق 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 عضوى عصبى يسبب اضطراب التوحد خاصة إذا ما تعرضت له الأم الحامل، أو الطفل بعد ولادته، أو إذا ما تعرضت البويضات أو الحيوانات المنوية أو البويضة الملقحة لذلك.
- ٤- التلوث الإشعاعى أو التعرض للأشعة سواء الأشعة السينية (X)، أو التسرب الإشعاعى، أو استخدام النفايات النووية فى 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 فى بداية حياته، أو خلال عامه الأول. وتعد هذه الأمراض المعدية هى نفسها التى تؤدى إلى الإعاقات العقلية الأخرى، وربما إلى الإعاقات الحسية كذلك.
- ٦- اضطرابات الأيض، أى حدوث خلل أو قصور فى التمثيل الغذائى.
- ٧- تعاطى الأم الحامل للعقاقير بشكل منتظم وخاصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل مهما رأت أن العقار المستخدم يعد بسيطاً، فعلى سبيل المثال اتضح أن عقار التاليدوميد **thalidomide** الذى كان يستخدم لتثبيت الحمل يعد من العوامل المؤدية إلى اضطراب التوحد، بل وإلى التخلف العقبى كذلك، وإلى مختلف الإعاقات الحسية أيضاً.

٨- تعاطى الأم الحامل للكحوليات وهو ما يؤدي عادة إلى ما يعرف بزملة تعرض الجنين للكحوليات fetus alcohol syndrome وهو الأمر الذي يؤدي به إما إلى التخلف العقلي 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- ومن ناحية أخرى نلاحظ أن العوامل البيئية تؤثر على تطور الاضطراب ومآله إذ أننا يمكن أن نلاحظ ما يلي :

أ- أن الوالدين على سبيل المثال قد يكونا غير مؤهلين للتعامل السليم مع طفلهما التوحدي فلا يستطيعان مساعدته على ما يلي :

- اكتساب سلوك مرغوب، أو

- الحد من سلوك غير اجتماعي، أو

- إكسابه تلك المهارات المطلوبة لأداء نشاط ما .

ب- قد لا تعمل البيئة التي يوجد الطفل فيها على مساعدته كي يتمكن من القيام بأى من السلوكيات التالية :

- اكتساب مهارات معينة تساعده على الاندماج مع الآخرين .

- إقامة علاقات مختلفة معهم .

- التفاعل الناجح معهم .

ج- قد لا تشجع تلك البيئة الآخرين المحيطين بالطفل على القيام بما يلي :

- احتواء ذلك الطفل .

- مساعدته على الاندماج معهم بدلاً من انسحابه بعيداً عنهم .

- مساعده على التفاعل معهم بدلاً من قيامه بالسلوك العدواني سواء ضد نفسه حيث يقوم بإيذاء ذاته، أو ضدهم.

د - كذلك ينبغي على الوالدين أن يكونا قادرين على تحديد تلك الملامح الأساسية المميزة للاضطراب حتى يتمكنوا من الحد من آثارها السلبية قدر الإمكان.

(٣) العوامل الكروموزومية أو الخلل الكروموزومي :

من الجدير بالذكر أن هناك من العلماء من حاول تحديد نمط ما من أنماط الشذوذ الكروموزومي، واعتباره مسئولاً عن حدوث اضطراب التوحد. ومن أكثر الأنماط التي تم التحدث عنها في هذا الصدد ذلك الشذوذ في الكروموزوم رقم ١٣ وإلى جانب ذلك فإن هناك نمطاً آخر من ذلك الشذوذ يتمثل في كروموزوم X الهش أو ما يشار إليه على أنه الكروموزوم الجنسي 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 لاضطراب 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 رأى قاطع في هذا الخصوص.

ثالثاً : تحديد وعدم تحديد سبب معين للاضطراب في بعض الحالات :

أكدت النتائج التي كشفت عنها دراسات عديدة أن حوالي ١٠ % تقريباً فقط من حالات اضطراب التوحد هي التي تم فيها تحديد سبب معين للاضطراب، وأن مثل هذه الحالات تعتبر حالات نادرة يكون السبب فيها معروفاً، وربما تكون الحالة متوقعة كأن يتوقع الوالدان أو الطبيب ولادة الأم لطفل متخلف عقلياً، أو طفل توحدى وذلك نتيجة لحدوث سبب معين معروف ومحدد بشكل دقيق. أما الحالات الأخرى والتي تمثل الغالبية العظمى من الحالات فلا يكون السبب معروفاً فيها، كما أنه لا يكون سبباً، أو عاملاً، أو جيناً واحداً فقط بل يكون عادة مجموعة من الأسباب، أو العوامل، أو الجينات. كما أن السبب الرئيسي المسئول عن هذا الاضطراب لا يزال غير معروف على وجه التحديد حتى الآن.

الملامح الأساسية المميزة للاضطراب

يحدد فولكمار (١٩٩٦) Volkmar تلك الملامح التي تميز هذا الاضطراب في ثلاثة مظاهر أساسية هي :

- ١ - حدوث قصور كفي في التفاعل الاجتماعي .
- ٢ - حدوث خلل شديد في عملية التواصل .
- ٣ - حدوث أنماط سلوكية نمطية ومقيدة وتكرارية .

ومما لاشك فيه أن العمر الزمني الذي يحدث فيه هذا الاضطراب والذي يكون في الغالب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره يمثل هو الآخر أحد تلك الملامح المميزة لذلك الاضطراب ، ولكن الدراسات الحديثة قد أثبتت أن بإمكاننا أن نتعرف على مثل هؤلاء الأطفال حتى قبل بلوغهم الثالثة من أعمارهم . ومن هذا المنطلق يوضح بوردين وأولنديك (١٩٩٢) Bordin & Ollendick بعض الأعراض المبكرة التي تميز هذا الاضطراب فيريان أن الطفل حديث الولادة يبدو مختلفاً عن بقية الأطفال في

نفس العمر الزمني كما يتضح من تلك الأعراض التي نطلق عليها أعراضاً مبكرة، والتي يمكن لنا أن نميزها في أمرين أساسيين كالتالي :

أولاً : الأعراض المميزة خلال الشهور الستة الأولى التالية للولادة .

ثانياً : الأعراض المميزة للطفل في النصف الثاني من العام الأول من عمره .

ويمكن أن نتناول ذلك بشيء من التفصيل على النحو التالي :

أولاً : الأعراض المميزة للطفل التوحدي خلال الشهور الستة الأولى من العمر :

هناك العديد من الأعراض التي يمكن أن تميز الطفل التوحدي خلال الشهور الستة الأولى التالية لولادته مباشرة، أي خلال الشهور الستة الأولى من عمره . ويمكن أن نعرض لمثل هذه الأعراض كما يلي :

- ١- يبدو وكأنه لا يريد أمه، ولا يحتاج إليها أو إلى وجودها معه .
- ٢- لا يبالي بمسألة أن يقبل عليه أحد الراشدين، ويقوم بحمله حتى وإن كان هذا الشخص وثيق الصلة به .
- ٣- تكون عضلاته رخوة أو مترهلة وهو الأمر الذي يتضح من خلال التخطيط الخاص بتلك العضلات .
- ٤- كذلك فهو لا ييكي إلا قليلاً، ولكنه مع ذلك يكون سريع الغضب أو الانفعال بشكل كبير .
- ٥- لا يستطيع الطفل إلى جانب ذلك خلال الشهور الستة الأولى من حياته أن يلاحظ أمه، أو يتابعها ببصره .
- ٦- يكون خلال تلك الفترة قليل المطالب بشكل ملحوظ .
- ٧- لا يتسم إلا نادراً .
- ٨- تكون تلك الكلمات التي يمكنه أن ينطق بها غير مفهومة .

- ٩- من الأمور الهامة التي تميز استجاباته أنها دائماً ما تكون متوقعة .
- ١٠- عادة لا يأتي الطفل بأى استجابة يمكن أن نعتبرها غير متوقعة .
- ١١- لا يبدى ذلك الطفل أى اهتمام بتلك اللعب التي يتم وضعها أمامه .

ثانياً : الأعراض المميزة للطفل التوحدي فى النصف الثانى من العام الأول من عمره :

مما لا شك فيه أن هناك وفقاً لما أظهرته نتائج الدراسات الحديثة فى هذا الصدد العديد من الأعراض أو السمات التي يمكن من خلالها أن نتعرف على الطفل التوحدي فى النصف الثانى من العام الأول من عمره، وهو ما يساعدنا فى اكتشاف الحالة قبل أن يصل الطفل إلى الثالثة من عمره . وهذه الأعراض أو السمات هي :

- ١- لا يبدى الطفل أى اهتمام بالألعاب الاجتماعية .
- ٢- لا يبدى الطفل أى انفعال نتيجة حدوث أى شئ أمامه .
- ٣- يفتقر الطفل بشدة إلى التواصل اللفظى وغير اللفظى .
- ٤- تكون ردود فعله للمثيرات المختلفة إما مفرطة أو قليلة جداً .
- ويؤكد ستون وآخرون (Stone et.al. (١٩٩٩) أن الدراسات الحديثة وفقاً لذلك توضح أنه من خلال إتباع عدد من الإجراءات والخطوات يمكننا بطبيعة الحال التوصل إلى تشخيص لاضطراب التوحد لدى الطفل حتى قبل أن يبلغ ذلك الطفل الثالثة من عمره . وجدير بالذكر أن هذه الإجراءات والخطوات تتمثل فيما يلي :

- ١- إتباع تلك الخطوط العريضة التي تمثل أعراضاً أو سمات تميز الطفل خلال العام الأول من عمره سواء فى النصف الأول، أو النصف الثانى منه .
- ٢- التعرف على أوجه القصور فى الجانب الاجتماعى التي يتسم بها الطفل وتحديدتها سواء كان ذلك فى أى جانب من الجوانب التالية :

أ - التفاعل الاجتماعى .

ب- العلاقات الاجتماعية .

ج- السلوك الاجتماعي .

د - الألعاب المتنوعة .

هـ - القصور أو التأخر في اللغة المنطوقة .

و - السلوكيات النمطية المقيدة والتكرارية التي يأتي بها الطفل .

ز - اهتماماته الضيقة .

ح - اهتمامه بأجزاء من تلك الأشياء .

وغالبا ما يكون والدو الأطفال التوحدين هم أول من يلاحظ أن هؤلاء الأطفال لا يستجيبون للمثيرات الاجتماعية . ولا يخفى علينا أن عدم الاستجابة من جانب هؤلاء الأطفال أو قصور مثل هذه الاستجابة للمثيرات الاجتماعية والمادية في بيئتهم لا يمكن بأي حال من الأحوال أن نضعها على متصل واحد مع أقرانهم من الأطفال الأسوياء إذ أن الأطفال التوحدين يقتربون من العالم بطريقة فطرية غريزية . ومن ناحية أخرى فإن مثل هؤلاء الأطفال يفتقرون في الشهور الأولى من حياتهم إلى العناق نتيجة ما يدونه من عدم الاهتمام بوجود الأم، أو متابعتها بصرياً، كما تجتاحهم رغبة ملحة للحفاظ على الرتابة والروتين في البيئة المحيطة، والإبقاء عليها كما هي دون إحداث أى نوع من التغيير فيها، كما يتسمون بالسلوكيات المثارة ذاتياً كالهززة، والدوران السريع، والضرب بالذراع بعنف . كذلك فهم يأتون بكثير من السلوكيات المدمرة كضرب الرأس أو اليد في الحائط، أو في أى شئ ثابت أمامه إلى جانب أن الطفل يعرض نفسه، أو يؤذى ذاته ، كما يفتقر إلى التواصل البصرى مع الآخرين حيث لا يستطيع أن ينظر في عيني من يقوم بالتحدث إليه .

ويضيف نوسوم وهوفانيتز (1997) Newsom & Hovanitz أن هؤلاء الأطفال ينحذبون إلى الأشياء غير الحية، أو إلى أجزاء بسيطة من تلك الأشياء كقطعة من حبل صغير، أو قطعة من رباط حذاء، أو ما شابه ذلك . ويذكر هوك وآخرون (1995) Hauck et. al. أن الدراسات الحديثة في هذا المجال قد كشفت عن أن هؤلاء الأطفال

ينغمسون إلى حد كبير في طقوس سلوكية ثابتة، وتقل بدرجة كبيرة مبادرتهم لإقامة علاقات وتفاعلات اجتماعية مع الآخرين عند مقارنتهم بأقرانهم المتخلفين عقلياً حيث تنقصهم بدرجة كبيرة الاستجابة الاجتماعية للآخرين وهو الأمر الذي يجعلهم يؤثرون الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية .

ومن جانب آخر ففى إصدار حديث عن المركز الطبى بمدينة ديترويت الأمريكية (1998) Detroit Medical Center حول طبيعة ذلك الاضطراب يتضح أن هذا الاضطراب النمائى الحاد المعروف بالتوحد autism أو اضطراب التوحد لا يزال السبب الحقيقى المسئول عنه غير معروف للآن ، وأن الطفل التوحدى لا تتطور لديه شخصية سوية أو مهارات تفاعلية . وعادة ما يتم اكتشاف هذا الاضطراب قبل أن يصل عمر الطفل إلى ثلاثين شهراً، ويعد هذا الاضطراب أكثر شيوعاً من زملة أعراض داون Down`s syndrome ويستمر مدى الحياة، كما يصيب أربعة أو خمسة أطفال من بين كل عشرة آلاف طفل ، (تؤكد الإحصاءات الحديثة أن نسبة انتشاره قد بلغت ١ : ٢٥٠ حالة ولادة) ، وتضاعف إصابة البنين به أربعة أضعاف قياساً بالبنات حيث تبلغ نسبة انتشاره بين البنين قياساً بالبنات ٤ : ١ ، وإلى جانب ذلك هناك قصور يميز الأطفال التوحدين وذلك فى عدد من المجالات التى تمثل فيما يلى :

- ١- مجالات العلاقات الاجتماعية .
- ٢- السلوك .
- ٣- اللغة والتواصل .
- ٤- اللعب .
- ٥- العمليات الحسية والادراكية .

ويذهب دورمان وليفيفر (1999) Dorman & Lefever إلى أن اضطراب التوحد يعد بمثابة اضطراب طيفى spectrum بمعنى أن أعراض وسمات هذا الاضطراب يمكن أن تظهر فى مجموعة كبيرة من التصنيفات التى تتراوح بين البسيطة إلى الحادة . وعلى الرغم من أن اضطراب التوحد يمكن تعريفه من خلال مجموعة معينة

من السلوكيات فإنه من الممكن بالنسبة للأطفال والمراهقين أن يبدو أى مجموعة من تلك السلوكيات بأى درجة من الحدة. كما أننا قد نجد طفلين بنفس التشخيص يمكن أن يتصرفا بشكل يختلف كثيرا عن بعضهما ، وأن يكون لديهما مهارات متباينة. وتعتبر ملاحظات الوالدين، والتاريخ النمائي للطفل على درجة كبيرة من الأهمية فى هذا الإطار. وقد يبدو بعض الأطفال التوحدين منذ الوهلة الأولى وكأن لديهم تخلفاً عقلياً ، أو اضطراباً سلوكياً، أو مشكلات فى السمع ، أو حتى سلوك شاذ أو غريب الأطوار . إلا أن ما يزيد الأمر تعقيداً أن مثل هذه الاضطرابات قد توجد لديهم بالفعل، وهنا تتزامن مع اضطراب التوحد حيث قد يكون هذا الاضطراب مصحوباً بأى منها. ولكن يبدو من المهم أن نميز بين اضطراب التوحد وبين مثل هذه الحالات حتى يمكن تقديم البرنامج العلاجى أو التربوى المناسب لكل حالة .

وجدير بالذكر أن الأطفال التوحدين قد يدون نمواً شبه عادى حتى سن ٢٤-٣٠ شهراً ثم يلاحظ الوالدان تأخراً كما تؤكد الجمعية الأمريكية للتوحد Autism Society of America فى عدد من المجالات كالتالى :

- ١- مجالات اللغة والتواصل .
 - ٢- اللعب .
 - ٣- العلاقات الاجتماعية .
 - ٤- العمليات الحسية والإدراكية .
 - ٥- السلوكيات . ومن الملاحظ أن سلوكهم يغلب عليه عدد من السمات التى يمكن أن تميزه من بينها ما يلى :
- أ - التبلد الانفعالى .
 - ب- عدم الاكتراث بالمعايير الاجتماعية .
 - ج- سهولة الانقياد .

- د - سرعة الاستهواء .
- هـ - الشعور بالدونية .
- و - الشعور بالإحباط .
- ز - ضعف الثقة بالنفس .

ومن الأكثر احتمالاً أن تلك السمات المرتبطة بسلوكهم تعد بمثابة ذلك الأمر الذى يؤدي بهم إلى السلوك العدواني سواء تمثل ذلك فى إيذاء الذات، أو الآخرين، أو تحطيم الممتلكات . كما أنه قد يؤدي بهم أيضاً إلى بعض الاضطرابات السلوكية الأخرى، أو السلوكيات المضادة للمجتمع وإن كان أكثرها شيوعاً بالنسبة لهم هو السلوك العدواني بأبعاده المختلفة .

ويؤكد دونلاب وبيرس (1999) Dunlap & Pierce أن اضطراب التوحد يؤثر فى قدرة الطفل على التواصل وفهم اللغة ، واللعب ، والتفاعل مع الآخرين . وأنه يعد بمثابة زملة أعراض مرضية سلوكية ، وهذا يعنى أن تعريفه يقوم على أنماط السلوك التى تصدر عن الفرد أو الطفل الذى يعانى منه . ولا يعد اضطراب التوحد مرضاً بالمعنى الذى نعرفه ، كما أنه ليس معدياً أى لا ينتقل من فرد إلى فرد آخر بوسيلة معينة أو بأخرى ، كما أنه لا يكتسب من خلال الاتصال بالبيئة . وقد صدر عن الجمعية الأمريكية للتوحد (1999) Autism Society of America أن اضطراب التوحد وما يرتبط به من سلوكيات تحدث لفرد واحد من بين كل خمسمائة فرد أى بنسبة ١: ٥٠٠ (مع ملاحظة أن نسبة الانتشار قد بلغت ١: ٢٥٠ فى عام ٢٠٠٣) ، وأن نسبة انتشاره بين البنين تزيد عن انتشاره بين البنات بأربعة أضعاف ، وليست هناك حدود اجتماعية ، أو حدود تتعلق بالعنصر أو السلالة تؤثر على احتمال حدوثه ، كما أنه لا يتأثر أيضاً بدخول الأسرة، أو المستويات التعليمية لأفرادها . ويتضح من خلال إصدار لمركز مقاومة الأمراض والوقاية منها بالولايات المتحدة الأمريكية (1999) Center for disease control and prevention أن اضطراب

التوحد لا يرتبط بأى تاريخ أسرى مرضى، أو أى ممارسات أسرية، أو ثقافية وهو الأمر الذى أدى إلى رفض بعض النظريات التى سادت من قبل والتى ربطتها ببعض السلوكيات الوالدية . وقد أصدر المركز إحصائيات تدل على أن هناك حوالى خمسمائة ألف شخص بالولايات المتحدة يعانون من اضطراب التوحد. وقد جعل معدل الانتشار هذا من ذلك الاضطراب ثالث أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً متخطياً بذلك زملة أعراض داون . إلا أن تلك الإحصاءات التى نشرها الاتحاد القومى لدراسات وبحوث اضطراب التوحد National Alliance for Autism Research NAAR بالولايات المتحدة الأمريكية فى يناير ٢٠٠٣ تؤكد أن هذا الاضطراب قد أضحى يمثل ثلث الاضطرابات النمائية شيوعاً، وثانى أكثر الإعاقات العقلية شيوعاً وانتشاراً وذلك بعد التخلف العقلي .

وإذا كانت الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) Autism Society of America تؤكد على معدل الانتشار هذا والذى جعل من هذا الاضطراب آنذاك ثالث أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً فإن تقرير قسم الخدمات الخاصة بذوى الاضطرابات النمائية بولاية كاليفورنيا (١٩٩٩) California State Department of Developmental Services يؤيد هذا الرأى حيث يتضح أنه بتحليل البيانات المتعلقة بالجوانب النمائية والديموجرافية للأفراد التوحدين فى المراكز الإقليمية الأحد وعشرين الخاصة باضطراب التوحد التابعة لولاية كاليفورنيا والتى تقوم بتقلم الخدمات لهؤلاء الأفراد وأسرههم وذلك خلال أحد عشر عاماً تمتد من بداية عام ١٩٨٧ حتى نهاية عام ١٩٩٨ يتضح أن عدد الأفراد التوحدين ينمو بشكل سريع للغاية وذلك قياساً بأقراهم ذوى الاضطرابات النمائية المختلفة مما أدى بالتالى إلى زيادة أعداد الأفراد التوحدين الذين يقدم لهم المركز الإقليمي خدماته لدرجة أنه قد ألحق بهذا المركز فى عام ١٩٩٨ فقط ١٦٨٥ فرداً جديداً ، وبذلك فإن عدد الأفراد الذين يقدم لهم هذا المركز خدماته يتجاوز بكثير العدد المتوقع وفقاً للمعدلات الكلاسيكية للاضطراب . وتوضح

التقديرات أن صافي معدل الزيادة السنوية في عدد الأفراد التوحدين قياساً بأقرانهم ذوى الاضطرابات الأخرى يصل إلى ٣ % تقريباً .

ويحدد المركز الطبي بمدينة دترويت الأمريكية (١٩٩٨) Detroit Medical Center عدداً من السمات التي تميز الأطفال التوحدين في عدد من المجالات والتي تعتبر جميعاً من الملامح الأساسية المميزة لهذا الاضطراب ، وبالتالي يتم الاعتماد بدرجة كبيرة على وجودها لدى الطفل حتى يتم تشخيصه على أنه يعاني من الاضطراب وتدرج هذه السمات تحت خمسة مجالات أساسية هي :

- ١ - العلاقات الاجتماعية .
- ٢ - التواصل .
- ٣ - السلوكيات .
- ٤ - العمليات الحسية والإدراكية .
- ٥ - اللعب .

ويمكن تناول هذه السمات على النحو التالي :

أولاً : العلاقات الاجتماعية :

من الجدير بالذكر أن 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 يبدى سوى قدر ضئيل من الاهتمام بتكوين صداقات ، وتقل استجابته للإشارات الاجتماعية كالتواصل بالعين أو الابتسام مثلاً .

ويرى جيلسون (٢٠٠٠) Gillson أننا عندما نفكر في اضطراب التوحد وما يرتبط به من سمات فغالباً ما نجد أن اختلال الأداء الوظيفي في السلوك الاجتماعي

للطفل التوحدي يمثل الخاصية الأساسية المميزة للاضطراب. كذلك فإن النمو الاجتماعي للأفراد التوحدين لا يتطور بخطى توازي نموهم العقلي على الرغم من وجود قصور في النمو العقلي أيضاً، فبينما قد يبلغ النمو العقلي المدى الطبيعي لدى البعض منهم أو حتى المدى فوق الطبيعي لدى نسبة ضئيلة منهم وخاصة أولئك الذين يعانون من متلازمة أسبرجر نجد أن نموهم الاجتماعي يتخلف عن ذلك كثيراً، ومن ثم فإنه أحياناً تتم الإشارة إلى الفرد التوحدي على أنه غير ناضج اجتماعياً. ويرى أن هناك ثلاثة جوانب لاختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي للطفل التوحدي إلى جانب اختلال الوعي الاجتماعي لديه يمكن أن تمثل بشكل واضح بروفياً خاصاً به في الجانب الاجتماعي بشكل عام وهو ما يتطلب أن نوليها جل اهتمامنا . وتمثل هذه الجوانب فيما يلي :

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 - الفظاظة 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 اللغوى الذى يعانون منه وهو ما سوف نتناوله مع تفسير ذلك وفقاً لنظرية العقل أو المعرفة theory of mind والتي سنتناولها عند حديثنا عن القصور فى التواصل من جانب هؤلاء الأطفال.

ويذهب حلوانى (١٩٩٦) إلى أن الأطفال التوحدين يتسمون بعدم القدرة على المشاركة فى العلاقات الاجتماعية، واضطرابات فى القدرة على عمل صداقات تقليدية إذ ليس لديهم المهارات اللازمة لذلك. كما ينقصهم التعاطف مع وجهات نظر ومشاعر الآخرين، وهم غالباً لا ينشغلون فى 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 التوحدى يصبح فى حالة تمهيج وإثارة عندما يقترب الآخرون منه، أو يتفاعلون معه، كما أنه فى الغالب يرفض أى نوع من الاتصال، والتفاعل الطبيعى الاجتماعى حتى البسيط منه. ويمكن أن يشترك الطفل التوحدى فى الاتصال بشخص آخر من خلال التحدث بتودد وحب، أو من خلال التحدث بطريقة الطفل الذى يعانى من تخلف عقلى شديد.

ومن الأمور التى قد تعوقه عن التواصل الطبيعى مع الآخرين أن كلامه ينقصه الوضوح والمعنى، كما أن لديه نقصاً فى التواصل البصري، وفهم التعبيرات الوجهية، والإيماءات الاجتماعية. ويرى تريانيار (١٩٩٦) Trepagnier أن 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 برعايتهم ترجع إلى اختلال التفاعل الاجتماعي في الشهور الأولى من عمر الطفل كما يتضح من خلال اختلال أو نقص قدراتهم على الحملقة والتابع البصرى خلال تلك الفترة المبكرة من أعمارهم.

ثانياً: 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.

ويشير محمد كامل (١٩٩٨) إلى أن تواصل الأطفال التوحدين مع من يحيط بهم يعد مشكلة متعددة الجوانب تظهر في صورة انخفاض في مهارات التواصل، ومشكلات في التعبير عن المشاعر، والانفعالات، والحالات النفسية التي يمر بها، ومن ثم تظهر لديهم بعض السلوكيات الدالة على التحدى أثناء استشارتهم 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 يمر بها . وقد يصل الحال بهم نتيجة لذلك إلى جانب عدم قدرتهم المناسبة للتعبير عن أنفسهم إلى إيذاء الذات وهو ما يعد نمطاً من أنماط السلوك العدواني، إلا أنه يكون عبارة عن عدوان موجه نحو الذات .

ومن ناحية أخرى تعد اضطرابات اللغة والكلام والجوانب المعرفية من المظاهر الأساسية في اضطراب التوحد ، وجميعها بلا شك يترك آثاراً سلبية على التواصل من جانب الأطفال التوحدين . ومن المتوقع أن تؤدي تلك الاضطرابات إلى نوع من التشابه بين كل من اضطراب التوحد والاضطرابات اللغوية ، وبسبب ذلك يتم الخلط أحياناً بين اضطراب التوحد وتلك الاضطرابات . ويرى سميث وآخرون (١٩٩٥) Smith et.al. أنه من الممكن التمييز بينهما في عدد من النقاط البسيطة ذات الأهمية حيث نجد أن هناك العديد من الحقائق التي يمكن أن ترتبط بكل فئة من هاتين الفئتين، والتي تميزها بالتالي عن الفئة الأخرى . ويمكن أن نعرض لذلك كما يلي :

- ١- أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية يحاولون دائماً التواصل بالإيماءات وتعبيرات الوجه .
- ٢- أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية عادة ما يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة تساهم في فهم تعبيرات الوجه .
- ٣- أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات اللغوية يمكنهم أن يقوموا باستخدام اللغة جيداً بعد أن يتم علاج مثل هذه الاضطرابات التي يعانون منها .
- ٤- أن الأطفال التوحدين في المقابل لا يظهرون تعبيرات انفعالية مناسبة أو حتى تعبيرات انفعالية مصاحبة وهو ما يضيف تعقيداً جديداً لفهم تعبيرات الوجه .
- ٥- أن الأطفال التوحدين يفشلون في استخدام اللغة كوسيلة من وسائل الاتصال والتواصل بدون تدريب على ذلك حيث أنهم عادة ما يعانون من قصور لغوي في مفرداتهم، وتراكيبهم اللغوية، كما أن اللغة قد لا تنمو لدى بعضهم على الإطلاق .
- ٦- أن الأطفال التوحدين يتسمون عادة بما يعرف بالترديد المرضى للكلام وهو الأمر الذي قد يجعل الكثيرين يتجنبون التواصل معهم .

ويعد التردد المرضي للكلام echolalia بمثابة أحد الأمثلة الصارخة التي تعكس بعض مشكلات التواصل بالنسبة لهؤلاء الأطفال . ويعني ذلك قيام الطفل بترديد الكلام الذي يوجهه إليه أحد الأشخاص الآخرين دون أن يكون ذلك في محله المناسب، أو حتى دون أن يعي معناه . فلو افترضنا على سبيل المثال أن الأم تطلب من طفلها التوحدى أن يحضر لها شيئاً ما، أو أن يقوم بفتح باب الشقة مثلاً فتقول له " افتح الباب " ، وهنا يرد الطفل عليها مردداً نفس العبارة فيبدو الأمر وكأن الأم تسمع صدى صوتها حيث يرد الطفل قائلاً "افتح الباب " . كذلك فلو طلبت الأم منه أن يشير بإصبعه إلى الراديو مثلاً كأن تقول له : " عليك أن تشير بإصبعك إلى الراديو " ، فيرد الطفل قائلاً " عليك أن تشير بإصبعك إلى الراديو " . ومن ناحية أخرى إذا سأته الأم مثلاً قائلة " أين قميصك ؟ " فإنه يرد عليها مردداً نفس العبارة التي يكون قد سمعها منها للتو فيقول من جانبه " أين قميصك ؟ " ، وهكذا . وبالتالي فإننا نلاحظ من خلال المثال السابق أن الطفل يقوم بترديد نفس الكلمات التي يسمعها وذلك بطريقة بيغائية مما يجعل الأمر يبدو وكأن الشخص الذي يتحدث إليه لا يسمع سوى صدى صوته echo وهو الأمر الذي لا يساعد في إجراء أى حوار أو مناقشة تجمع بينه وبين أحد الأقران ، كما يعمل في الوقت ذاته على جعل الآخرين لا يودون إقامة أى 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 .

وعلى الرغم من أن البعض يرى أن النمو العقلي للطفل التوحدى ربما يتطور بشكل شبه عادي لدى بعض هؤلاء الأطفال مع تسليم الكثيرين بوجود قصور في هذا الجانب أيضاً، فإن مثل هذا القصور على أى حال يكون أخف وطأة من النمو الاجتماعي . وما يدعم ذلك أن هناك من الباحثين والعلماء المهتمين بدراسة هذا الاضطراب من يرون أن التردد المرضي للكلام ربما يرجع إلى قصور في الجانب العقلي للطفل يجعله لا يستطيع التركيز سوى على إشارة أو خاصية واحدة للشيء، ولا يستطيع أن يركز على أكثر من ذلك في ذات الوقت فإذا عرضنا عليه صورة لوردة مثلاً، وقلنا له إنها

وردة، وحاولنا أن نركز كثيراً على حركات الشفاه لتوضيح الصوت له ، فسوف نجد أنه قد ينظر إلى الصورة، ويمسكها بيده فقط دون أن ينطق بالصوت، أى دون أن يقول أنها وردة حيث لا يكون بإمكانه أن يولى انتباهه لأكثر من جانب واحد، أو خاصية واحدة للشيء الواحد في نفس الوقت . ويعد ذلك حالة متطرفة لخاصية التركيز centeration التي يتميز بها تفكير الطفل العادى حتى سن السابعة حيث يرى عادل عبد الله (١٩٩٢) أنه وفقاً لهذه الخاصية لا يستطيع الطفل أن يضع في اعتباره أكثر من جانب واحد، أو خاصية واحدة للشيء في الوقت ذاته كالطول، أو العرض مثلاً، ومن ثم لا يمكنه أن ينظر إليه إلا من زاوية واحدة فقط حيث لا يكون بمقدوره أن يدرك قانون التعويض Compensation بعد والذى يعنى أننا عندما نعرض عليه إناءين متشابهين شكلاً وارتفاعاً، ويوجد بكل منهما نفس الكمية من الماء، ثم نصب الماء من إحدهما في إناء آخر أقل في الارتفاع، ولكنه أكثر اتساعاً من الإناء الأول فإن طول الأداء الأول يعوضه اتساع الإناء الثاني، وأنتا لم نأخذ من كمية الماء الموجود شيئاً، ولم نضف لها أيضاً ، ومن ثم يدرك أن كمية الماء واحدة في الإناءين . وبالتالي نلاحظ أن ذلك ليس هو المقصود هنا، ولكن المقصود هو حالة تتسم بزيادة مستوى تطرفها فالطفل يركز على الوردة ويمسك الصورة بيده، ولكنه لا يستطيع أن يقول إنها وردة على الرغم من التركيز الواضح على حركة الشفاه من جانبنا أثناء النطق بالكلمة .

وتمثل هذه الخاصية إحدى الأهداف التي حاولنا من خلال جداول النشاط المصورة أن نعمل على تنميتها لدى الطفل ، فكنا نقوم بعرض الصورة عليه ونطلب منه أن يشير إليها ، وأن يضع إصبعه عليها ، وأن يذكر اسم ما تتضمنه تلك الصورة من أدوات، أو ما تدل عليه إذا كان يعرف ذلك ، أو ينتظر ليردد ذلك الاسم وراء الباحث . كما قمنا من جانب آخر بإدخال ذلك على مكونات الأنشطة المتضمنة أيضاً (عادل عبد الله ومنى خليفة ٢٠٠١ ، عادل عبد الله والسيد فرحات ٢٠٠١) . وهو أمر يحتاج بما لا يدع مجالاً للشك إلى مزيد من الصبر والمثابرة حتى يمكن أن نعالج

مثل هذا الخلل أو نحد منه إلى الدرجة التي تجعل تلك الحصيلة اللغوية التي يكتسبها الطفل تزداد وتنمو ، كما تجعل باستطاعته نتيجة لذلك أن يقيم حواراً، أو مناقشة بسيطة مع أحد الأقران .

ومن ناحية أخرى يضيف كندول (٢٠٠٠) Kendall أن الطفل التوحدي بجانب قيامه بتكرار غير ذي معنى للكلمات التي يسمعها لا يستخدم معاني الكلمات كى تساعده على استرجاع المعلومات ، ولا يمكنه أن يعيد ترتيب تلك المعلومات التي يستقبلها حتى يتمكن من الإقلال قدر الإمكان من ذلك التكرار وهذا التردد المرضى 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 التوحدين واستمراره وهي أن مثل هؤلاء الأطفال يعانون من قصور في فهم وإدراك الحالات العقلية *mental states* سواء الخاصة بهم، أو بغيرهم من الآخرين المحيطين بهم . وهناك ما يعرف بنظرية العقل أو المعرفة *theory of mind* تعرض لذلك حيث تتناول قدرة الفرد على إدراك الآخرين، وفهمهم من خلال حالاتهم العقلية الداخلية *internal mental states* كالاعتقدات ، والنوايا ، والانفعالات ، وفهم البيئة الاجتماعية ، والقدرة على الإتيان بسلوك اجتماعي مناسب، وهو الأمر الذي نرى أنه يرتبط بما نسميه في هذا المجال بالقدرة على أخذ الدور *role-taking ability* عقلياً، واجتماعياً، وانفعالياً. وبالنسبة للأطفال التوحدين نجد أنه ليس بمقدورهم تكوين اعتقادات معينة، أو أدراك ما يعتقدونه الآخرون ، كما تكون النية غير واضحة في سلوكياتهم، ولا يمكنهم من ناحية أخرى إدراك نوايا الآخرين، وتقييم ما يصدر عنهم من سلوكيات في ضوء ذلك. وإلى جانب ذلك فإنهم لا يستطيعون التعبير عن انفعالاتهم بشكل مقبول، ولا يكون

بإمكانهم التمييز بين الانفعالات المختلفة . أما بالنسبة للبيئة الاجتماعية فليس من السهل عليهم فهم تلك البيئة، وإدراك مكوناتها، وما يمكن أن يوجد بينها من علاقات. كما أن سلوكياتهم الاجتماعية في أغلبها تكون غير مقبولة اجتماعياً . ولذلك فإننا إذا ما أردنا أن نقوم بتنمية قدرتهم على التواصل يصبح لزاماً علينا أن نهتم بهذه الجوانب المختلفة والمتعددة التي عرضنا لها (عادل عبد الله ٢٠٠٠ - أ) حيث يكون علينا أن نمي المستوى اللغوي لهؤلاء الأطفال ، وأن ندرهم على التمييز بين الانفعالات المختلفة، وأن نساعدهم على إجراء الحوارات المختلفة مع الأقران ، وأن نساعدهم على الإتيان بسلوكيات اجتماعية مقبولة وذلك من خلال تنمية بعض مهاراتهم الاجتماعية وهو ما يؤدي بطبيعة الحال إلى تحسين مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية ، وهو ما كشفت عنه نتائج تلك الدراسة التي أشرنا إليها حيث تحسنت المظاهر السلوكية المتضمنة .

ويرى بومنجر وكاسارى (١٩٩٩) Bauminger & Kasari أن الدراسات الحديثة التي تناولت هذا الموضوع قد أثبتت أن هؤلاء الأطفال لديهم قصور واضح في تلك الجوانب أو القدرات، وأن جميعها كما نعلم يرتبط بالقدرات المعرفية . ومن ثم فإن هذا الجانب من جوانب القصور يمثل مظهراً آخر من تلك المظاهر المميزة لاضطراب التوحد . ومع ذلك يرى جمع من الباحثين أن حوالي ٧٥ % تقريباً من الأطفال التوحدين لديهم نسب ذكاء في حدود التخلف العقلي البسيط أو المتوسط ، كما أن بعضهم يتمتع بمستوى ذكاء متوسط ، في حين نجد أن نسبة تتراوح بين ٥ - ١٠ % من هؤلاء الأطفال لديهم قدرات عقلية مرتفعة ونسب ذكاء مرتفعة أيضاً .

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 الدراسة 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 (٢٠٠٣) NAAR عدداً من الحقائق يمكن أن نعرض لبعضها كما يلي :

١- أن ما يربو على حوالى ٩٠ ٪ تقريباً على الأقل من الأطفال التوحدين يقع مستوى ذكائهم فى حدود التخلف العقلى البسيط أو المتوسط فقط .

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

٣- أن جانباً من هؤلاء الأطفال الذين يمثلون النسبة الباقية تقل مستويات ذكائهم عن تلك الحدود، وأهم عادة ما يعانون من التخلف العقلى إلى جانب اضطراب التوحد .

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 ذوى متلازمة أسبرجر .

وبذلك نلاحظ أن أوجه القصور التى تميز اضطراب التوحد هى أوجه قصور متعددة ، وإن كانت جميعها لا تعتبر هى المسئولة عن حدوث الاضطراب إلا أنها فى الغالب تعد نتيجة لحدوث هذا الاضطراب حيث أن أياً منها لا يحدث إلا بعد أن يبدأ الطفل بالفعل فى المعاناة من هذا الاضطراب . وهذا يؤكد فكرة أنها جميعاً تعد بمثابة نتيجة لذلك الاضطراب، وأنها لا ترتبط بتلك الأسباب التى يمكن أن تؤدى 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 المسئول عن حدوث هذا الاضطراب . ومن هذا المنطلق يصور البعض هذا الاضطراب على أنه ذو أوجه قصور أولية متعددة .

ثالثاً : السلوكيات :

تمثل السلوكيات النمطية المقيدة والتكرارية المظهر الثالث من تلك المظاهر المميزة لاضطراب التوحد والتى تعد بمثابة أحد أوجه القصور البارزة التى يمكن للوالدين أو لأى شخص يتعامل مع الطفل التوحدى أن يلاحظها بسهولة حيث يحدث سلوك متكرر من جانب الطفل بداية من العام الثانى من عمره كأن يستمر مثلاً فى إضاعة

الأنوار وإطفائها ، أو يستمر في نقل دمية من إحدى يديه إلى اليد الأخرى ، أو يمشى في أرجاء الحجرة 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 مثلاً ، أو ضرب الرأس في الحائط ، وقد يبدى سلوكيات عدوانية أو عنيفة أو يجرح أو يؤذى نفسه ، كما يفتقر بشكل واضح إلى الوعي بالآمان ، وتتابه نوبات بكاء أو غضب مستمرة دون أن يكون هناك سبب واضح لذلك . وإذا ما حاولنا أن نقوم بإيقاف تلك السلوكيات فإنه غالباً ما يستجيب لذلك بنوبة مزاجية تمثل في أغلب الأحيان في البكاء، والصراخ، والتخبيط باليد في أى شيء ثابت أمامه إلى جانب الغضب .

كذلك فإن الطفل التوحدي كثيراً ما يأتي بحركات جسمية غير عادية، وتكون مثل هذه الحركات الجسمية بمثابة حركات غريبة، وكثيرة، ومتكررة في بعض الأحيان حيث نجده 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 تبدو وكأنهما متصلبتان، ويدور كثيراً 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 المشى أو التسلق أو الاتزان ، وقد تتسم حركاته بالتصلب ، وقد يقف على درجات السلم بالقدمين معاً دون تبديل وذلك عند صعود السلم . وبوجه عام يفتقر غالبية هؤلاء الأطفال إلى الرشاقة الحركية، واستخدام كلتا اليدين بنفس الدرجة .

وتضيف سميرة السعد (١٩٩٧) أن السلوكيات والأنشطة والاهتمامات التي يبدىها هؤلاء الأطفال غالباً ما تتسم بأنها مقيدة وذو مدى ضيق ، وأنهم عادةً ما يعانون من حركات متكررة للجسم، أو حركات غير طبيعية سواء بالأصابع أو اليدين، أو غير ذلك مما قد يؤدي إلى استشارة من حولهم ، إلا أنهم أحياناً يصل بهم الأمر إلى الإيذاء

الجسدى لأنفسهم وهو الأمر الذى يعد بمثابة عدوان موجه نحو الذات . ويشير عادل عبد الله (٢٠٠١ - أ) إلى أن الطفل التوحدى قد يكون مفرط الفاعلية أو السلبية حيث قد يظل ساكناً فى مكانه وكأنه يخشى من حدوث شئ ما ، أو يهاب أن يتحرك من مكانه . كما قد يصل به الأمر من ناحية أخرى إلى حد النشاط الحركى الزائد أو المفرط حيث أن الأمر عندما يبدأ بنقص الحركة فإنه عادة ما ينتهى بعد ذلك بفرط الحركة . وجدير بالذكر أنه عند المقارنة بين الأطفال التوحدين وأقرانهم المتخلفين عقلياً فى النشاط الحركى المفرط اتضح أن الأطفال التوحدين يتفوقون على الأطفال المتخلفين عقلياً فى هذا الجانب حيث كانت الفروق دالة لصالحهم فى النشاط الحركى المفرط وأبعاده .

وهناك إلى جانب ذلك سمة أخرى لها أهميتها فى هذا الصدد تتمثل فى الثبات على روتين معين، ومقاومة أى تغيير يطرأ عليه حتى وإن كان ذلك التغيير طفيفاً . ومن المعروف أن هؤلاء الأطفال يبدون فى البداية عدم استقرار على أى نظام سواء فى الأكل أو النوم أو اللعب ، أو أى أداء سلوكى آخر، إلا أنهم عندما يتعلمون نظام معين لأداء أى شئ 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 . وتشير سميرة السعد (١٩٩٧) إلى أن هذه المشكلة قد تحدث بطرق عديدة فقد يرفض الطفل تغيير مكان أى قطعة أثاث فى المنزل ولو لوضع ستيمترات ، أو تغيير الطريق الذى يسلكه للوصول إلى مكان معين على سبيل المثال ، أو تغيير الأكل الذى يتناوله حيث قد يرفض أن يأكل أكثر من نوعين أو ثلاثة من الأطعمة ، أو يصبر على أن يوجد شئ معين كلعبة أو زجاجة مثلاً برفقته طوال اليوم ، وهكذا . وعندما يتعلم الطفل هذا الروتين، ويتمسك به، ويصبر عليه فإنه يصبح مسيطراً على حياة الأسرة بأكملها وليس على حياته هو فقط .

ولا يخفى علينا ما لجداول النشاط المصورة من أهمية ملحوظة فى هذا الجانب حيث يمكن من خلالها أن نحد من ذلك ، وسوف نرى أننا بعد أن نقوم بتعليم الطفل

استخدام جدول النشاط. المصور وإتباعه، وبعد أن يجيد الطفل القيام بذلك فإننا نقوم عادة بإعادة ترتيب الصور والأنشطة المتضمنة بالجدول فتتغير أماكنها بالتالي ، ثم نعمل بعد ذلك على إضافة صور وأنشطة جديدة أو نؤلف جدولاً جديداً من جدولين موجودين معنا، ثم نقوم على أثر ذلك بتغيير أماكن الأدوات على الرف أو المنضدة ، وهكذا .

رابعاً : 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. وسوف نرى من خلال دراستنا لجدول النشاط المصورة كيف يمكننا أن نتغلب على تلك الخاصية التي تتمثل في أنهم لا يحبون غالباً أن يلمسهم أحد. ويتضح من خلال هذه السطور القليلة السابقة أن حواسهم قد تتأثر بالثيرات المختلفة إلى درجة أقل أو أكبر بكثير من أقرانهم وهو ما يعد بمثابة ردود فعل غير عادية للإحساسات المادية .

وإلى جانب ذلك فإن الطفل التوحدي قد يبدو وكأنه أصم حتى وإن كانت قدرته على السمع عادية ، فنجد على سبيل المثال يعبر الشارع غير عابئ بتلك السيارة المسرعة التي تسير نحوه، أو بصوت آلة التنبيه التي يطلقها سائق تلك السيارة، وقد لا يكثر بالأصوات المختلفة من حوله، ولا يلتفت إليها مهما كانت درجة حدتها أو شدتها، ويبدو وكأنه لا يسمعها جميعاً، بينما نجد في مواقف أخرى يسمع صوتاً منخفضاً بدرجة غير قليلة. كذلك إذا ما تمت مضايقته فإنه قد يلجأ إلى الضوضاء الشديدة وهو الأمر الذي قد يضايق المحيطين به إلى درجة كبيرة ، وقد يجعل أقرانه يتعدون عنه ويفضلون عدم الاختلاط به. 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 يستمع لها. ومع ذلك فإنه غالباً ما ينجذب إلى الموسيقى خاصة الخفيفة منها إلى جانب التراكيب الغريبة ، إضافة إلى ما أوضحناه 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 أى شئ ثابت أمامه، أو يجرح أو يؤذى 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 العاديين أو حتى أقرانه من الفئات الإعاقة الأخرى .

ومن ناحية أخرى يرى عمر خليل (١٩٩٤) أن هذا الاضطراب في جوهره يعد اضطراباً في الإدراك ، وأن هؤلاء الأطفال كما ترى سميرة السعد (١٩٩٧) لا يستطيعون إدراك الموقف الذى يوضعون فيه، ولا حتى إدراك الخطر الحقيقي في أى موقف من تلك المواقف فقد يحاول الطفل أن يمشى على حافة السلم (الدرابزين)، أو النافذة، أو أى 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 التى 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 فيقل الخطر حيث يصبح الطفل أكثر انتباهاً للخطر، وأكثر استعداداً لطاعة الأوامر وذلك قياساً بما كان عليه من قبل، وبالتالي يمكن أن يقوم بتعليمه التصرف في تلك المواقف المختلفة.

خامساً: اللعب:

من الجدير بالذكر أن الطفل التوحدي يفتقر 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 والإبتكارية والتخيل. كما تقل المظاهر الرمزية في أعباه إلى حد كبير حيث يتسم الطفل التوحدي بنقص أو قصور في اللعب التلقائي أو التخيلي، ولا يبدى أى مبادرات للعب التظاهري أو الإيهامي make-believe كما أنه لا يستطيع من ناحية أخرى أن يقلد أفعال الآخرين، أو يقلدهم في أفعالهم حيث يتم لعب الطفل هنا 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 شئ بارد، وصلب، وتصدر صوتاً عندما تسير على الأرض.

وإذا كان الطفل العادي يكتشف العالم عن طريق اللعب حيث تنمو لغته وفهمه للعالم من حوله، ثم يبدأ في استخدام الألعاب لترمز إلى ما حوله من أشياء حقيقية، 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 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 والتي تعرف بالمرحلة الحس حركية sensorimotor stage حيث أن المرحلة الفرعية الأولى (ما قبل الفكر الإدراكي) pre conceptual من المرحلة الثانية (مرحلة ما قبل العمليات) pre operations تعنى 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 .

ومن ناحية أخرى وبسبب ضعف اللغة، والتخيل لدى الطفل التوحدي فإنه غالباً لا يستطيع الاندماج في اللعب مع الأطفال الآخرين . وعندما يؤدي الطفل لعبة معينة ويجيدها ويصبح بارعاً في أدائها فإنه يؤديها كل مرة دون أى محاولة لتطوير طريقة اللعب حيث يتسم الطفل بعدم القدرة على اللعب الإبتكارى من ناحية، وبتمسكه الصارم بالروتين من ناحية أخرى . هذا وقد حاول نييل الغرورى ورومانشيك (١٩٩٩) El-Ghoroury,N.&Romanczyk أن يستخدموا تفاعل أعضاء الأسرة أثناء اللعب مع الأطفال كجانب تعويضى للقصور الذى يديه الأطفال التوحديون في اللعب وحتى يتمكنوا من خلال ذلك من تنمية السلوك التكيفى والأداء الاجتماعى بشكل عام للأطفال التوحدين . وأسفرت نتائج الدراسة عن أن التفاعلات الأسرية مع الأطفال التوحدين أثناء اللعب تساعد هؤلاء الأطفال على أن يبادروا بالتفاعلات خلال مواقف اللعب وهو ما يعد تعويضاً عن القصور الذى يديه مثل هؤلاء الأطفال في هذا الجانب بطبيعة الحال . كذلك فقد كشفت النتائج أيضاً عن حدوث تحسن في السلوك التكيفى والأداء الاجتماعى لهؤلاء الأطفال بشكل عام .

نسبة الانتشار

تؤكد الجمعية الأمريكية للتوحد (١٩٩٩) Autism Society of America أن نسبة انتشار هذا الاضطراب في الولايات المتحدة تبلغ ٠,٠٦ % ، ويرى كندول (٢٠٠٠) Kendall أن نسبة انتشار اضطراب التوحد في اليابان على سبيل المثال

تعد أعلى من مثلتها في أى دولة أخرى من دول العالم حيث تتراوح بين ٠,١٣ - ٠,١٦ % في حين تبلغ النسبة في المملكة المتحدة ٠,٠١ % أما الصين فتعد أقل دول العالم من حيث انتشار هذا الاضطراب حيث تبلغ النسبة بها ٠,٠٠٤ % .

وكما أشرنا من قبل فإن الجمعية الأمريكية للتوحد Autism Society of America قد نشرت في عام ١٩٩٩ أن معدل انتشار هذا الاضطراب يتراوح بين ٠,٤ - ٠,٥ لكل ألف حالة ولادة، أى أن النسبة بمعنى آخر تتراوح بين ٤ - ٥ أفراد لكل عشرة آلاف حالة ولادة. كما أقرت أيضاً بعد ذلك أن نسبة انتشار هذا الاضطراب تبلغ ١ : ٥٠٠ حالة ولادة، ثم جاءت الإحصاءات التي نشرها الاتحاد القومي للدراسات والبحوث الخاصة باضطراب التوحد NAAR والتي نشرها منذ شهر يناير عام ٢٠٠٣ لتؤكد أن نسبة انتشار هذا الاضطراب قد أصبحت ١ : ٢٥٠ حالة ولادة أى طفل واحد لكل مائتين وخمسين حالة ولادة، وهى نسبة مرتفعة بطبيعة الحال جعلت من اضطراب التوحد ثاني أكثر الإعاقات العقلية شيوعاً وانتشاراً، ولا يسبقه في هذا الصدد سوى التخلف العقلي فقط.

ومع ذلك فإن نسبة انتشار هذا الاضطراب في البلاد العربية لا تزال غير معروفة حتى الآن حيث لا توجد مدارس خاصة بالأطفال التوحدين، ولا توجد مراكز أو جمعيات خاصة بهم إلا نادراً، وأن مثل هذه المراكز في غالبيتها تعد مراكز أهلية، كما أن تلك الفئة من فئات الإعاقة تكاد تكون مهملة. والأكثر من ذلك كله أن أعضاء تلك الفئة يتم تشخيصهم بشكل خاطئ على أنهم متخلفون عقلياً وبالتالي يتم إلحاقهم بمدارس التربية الفكرية وهو الأمر الذى يكون من شأنه أن يؤدي إلى عدم قدرتهم على الاستفادة من تلك البرامج التي يتم تقديمها لهم في مثل هذه المدارس حيث أن تلك البرامج يتم تقديمها للأطفال المتخلفين عقلياً وليس للأطفال التوحدين .

مآل الاضطراب

من الجدير بالذكر أن ما يهمنا بالدرجة الأولى عند التحدث عن أى اضطراب هو أن نتعرف على ما يمكن أن تأول إليه الحالة بعد أن نقوم بالتدخل اللازم في هذا الصدد. وبالنسبة لتطور هذا الاضطراب فإنه على الرغم من أن بعض الأطفال التوحديين يظهرون بعض التحسن مع مرور الوقت فإن الغالبية يستمرون على إعاقاتهم الشديدة خلال مرحلة المراهقة ويظلون غير قادرين على العناية الكاملة بأنفسهم. وفي ظل عدم وجود تدخلات مبكرة فإن نسبة التحسن الحقيقية بين هؤلاء الأطفال لا تتعدى ١-٢% تقريباً وهم أولئك الذين يتمتعون بوجود مهارات لغوية لديهم إلى جانب نسب ذكاء مرتفعة.

ويرى نيسوم (١٩٩٨) Newsom أن نسبة ١٠% تقريباً من الأطفال التوحديين هم الذين يحققون تقدماً في المجال اللغوي والاجتماعي، بينما يستطيع ٢٠% أن يحققوا بعض التقدم في المجال الأكاديمي إلى جانب المجال الاجتماعي على الرغم من وجود إعاقة واضحة في قدرتهم على التحدث، في حين لا يحرز حوالي ٧٠% منهم سوى تقدم محدود جداً، ويظلون بالتالي على معاناتهم الواضحة من الإعاقة الشديدة بما تتركه عليهم من آثار سلبية تتضح بشكل جلي في ذلك القصور الحاد في الجانب الاجتماعي سواء في السلوك الاجتماعي أو العلاقات الاجتماعية أو التفاعلات الاجتماعية إلى جانب القصور في التواصل، والنمو اللغوي، واللعب، والإدراكات الحسية إضافة إلى ما يأتون به من سلوكيات نمطية مقيدة وتكرارية.

الاضطرابات الأخرى المرتبطة بالتوحد :

تؤكد الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) APA أن هناك اضطرابات عديدة ترتبط بالتوحد وتدرج تحت العنوان الرئيسي (الاضطراب النمائي العام أو المنتشر) (Pervasive Developmental Disorder (PDD) والذي يمثل فئة عامة من الاضطرابات تتسم بوجود خلل شديد وشامل في العديد من مجالات النمو. ويحدد

دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV عدداً من المحكات التي يجب توفرها حتى يتم تشخيص الأطفال في إطار هذه الفئة . وعندما يتوفر عدد من السمات التي تم تحديدها في هذا الدليل فإن ذلك يعنى انطباق الاضطراب على الفرد . ومما لا شك فيه أن التقييم التشخيصي يعتمد بالدرجة الأولى على الملاحظة من قبل المختصين والآباء لوجود سلوكيات معينة . ويعانى الأفراد الذين يصابون بأى اضطراب من تلك التي تتبع فئة الاضطراب النمائي العام أو الشامل من قصور في التواصل ، وقصور في الجانب الاجتماعي ولكنهم يختلفون في مدى حدة ذلك الاضطراب . وهناك بعض النقاط الرئيسية التي تسهم في تمييز الفروق بين التشخيصات المختلفة لتلك الاضطرابات التي يضمها ويتضمنها اضطراب طيف التوحد نعرض لها على النحو التالي :

١ - الاضطراب التوحدي : autistic disorder

ويتسم بوجود خلل في التفاعلات الاجتماعية ، والتواصل اللفظي ، واللعب والتخيل وذلك قبل أن يصل الطفل سن الثالثة ، إلى جانب السلوكيات النمطية ، ووجود قصور أو خلل في الاهتمامات والأنشطة . ويعد هذا الاضطراب هو محور اهتمامنا الحالي أو محور حديثنا الذي نحن بصددده .

٢ - اضطراب أو زملة أسيرجر : Asperger`s disorder

ويتسم بوجود خلل في التفاعلات الاجتماعية ، ووجود اهتمامات وأنشطة مقيدة ومحددة جداً مع عدم وجود تأخر عام دال من الناحية الإكلينيكية في اللغة ، وتراوح نسبة ذكاء الفرد بين المتوسط إلى المرتفع، وربما المرتفع جداً حيث من الملاحظ أن هذه الفئة على وجه التحديد دون سواها تضم أطفالاً موهوبين بين أعضائها .

٣ - اضطراب نمائي عام غير محدد في مكان آخر :

Pervasive developmental disorder not otherwise specified.

ويشار إليه عادة على أنه اضطراب توحدي غير نمطي أو غير نموذجي atypical ويتم

تشخيص الحالة على هذا النحو عندما لا تنطبق على الطفل تلك المحكات الخاصة بتشخيص معين مع وجود خلل أو قصور شديد وشامل في عدد من السلوكيات المحددة .

٤ - اضطراب أو زملة ريت Rett`s disorder

وهو اضطراب نمائى يصيب البنات فقط . وفيه يحدث النمو الطبيعي أولاً ثم تفقد البنات المهارات التي اكتسبتها من قبل ، كما تفقد الاستخدام الغرضي لليدين ويحدث بدلاً منه حركات متكررة لليدين ، ويبدأ ذلك في السن من ١-٤ سنوات .

٥ - اضطراب الطفولة التفككي أو التفسخي : **Childhood disintegrative disorder** ويتسم بحدوث نمو طبيعي للطفل خلال العامين الأولين من حياته على الأقل ، ثم يفقد الطفل المهارات التي اكتسبها من قبل .

تشخيص وتقييم الاضطراب :

يعد اضطراب التوحد autism من الاضطرابات النمائية الحادة التي تصيب الطفل كما أوضحنا سلفاً قبل أن يصل عمره ثلاث سنوات ، وقد كان ينظر إليه من قبل على أنه يعد بمثابة زملة أعراض سلوكية حيث كان يصنف على أنه اضطراب سلوكي، إلا أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV قد عرض له على أنه اضطراب نمائى عام أو شامل (منتشر) pervasive ويحدد التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 هذا الاضطراب على أنه منتشر حيث يؤثر على العديد من جوانب النمو الأخرى ، وبطبيعة الحال يعد هذا التأثير موضع الاهتمام تأثيراً سلبياً

وجدير بالذكر أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) APA والتصنيف الدولي العاشر للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص الأمراض

والاضطرابات المختلفة في الوقت الراهن . ويرى فولكمار (1996) Volkmar أنه لا يوجد أى تعارض بينهما في تشخيص الاضطرابات المختلفة بوجه عام وفي تشخيص اضطراب التوحد على وجه الخصوص حيث يعد اضطراب التوحد هو محور اهتمامنا الحالي . وفي هذا الإطار نلاحظ أن محور التركيز الأساسي لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسية هي :

١- البداية :

عادة ما تكون بداية هذا الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره ، حيث يحدد ذلك السن على أنه ثلاثين شهراً على الأقل ، أما الحالات اللانموزجية 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 . ومن ناحية أخرى نلاحظ أن الأداء الوظيفي للطفل يكون مختلفاً في واحد على الأقل من عدد من الجوانب تتمثل فيما يلي :

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

٢- السلوك الاجتماعي :

يوجد لدى الطفل قصور كفي في التفاعلات الاجتماعية وذلك في اثنين على الأقل من أربعة محكات هي :

- التواصل غير اللفظي .
- إقامة علاقات مع الأقران .
- المشاركة مع الآخرين في الأنشطة والاهتمامات .
- تبادل العلاقات الاجتماعية معهم .

٣- اللغة والتواصل :

يوجد قصور كينفى فى التواصل من جانب الطفل يظهر فى واحد على الأقل من أربعة محكات تتمثل فى المحكات التالية :

- تأخر أو نقص كلى فى اللغة المنطوقة .
- عدم القدرة على المبادأة فى إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين .
- الاستخدام النمطى أو المتكرر للغة .
- قصور فى اللعب التظاهرى أو الخيالى .

٤- الأنشطة والاهتمامات :

توجد أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة مقيدة وتكرارية وذلك فى واحد على الأقل من أربعة محكات يديها الطفل هى :

- الانشغال باهتمام نمطى واحد غير عادى .
- الرتابة والروتين .
- اتباع أساليب نمطية للأداء .
- الانشغال بأجراء من الأشياء .

وإذا ما عرضنا لتلك المحكات التى تحددها الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) APA وذلك فى الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية DSM-IV والتى يتم فى ضوءها تشخيص الأطفال التوحدين فسوف نجد أن ذلك يتضمن بطبيعة الحال حدوث خلل فى المجالات أو الجوانب الخمسة التى عرضنا لها عند الحديث عن الملامح الأساسية المميزة للاضطراب بحيث يحدث ذلك الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره . وتمثل هذه الجوانب فيما يلى :

- التفاعل الاجتماعي .

- اللغة .

- التواصل .

- اللعب .

- السلوكيات .

وذلك على النحو التالي :

أولاً : يشترط انطباق عدد من البنود بإجمالى ستة بنود على الأقل مما تتضمنه المحكات الثلاثة الرئيسية (١ ، ٢ ، ٣) على أن تنطبق الشروط الثلاثة التالية على الطفل :

- بندان على الأقل من المحك الأول .

- بند واحد على الأقل من المحك الثانى .

- بند واحد آخر على الأقل من المحك الثالث .

وهذه المحكات هى :

١ - حدوث خلل أو قصور كفى فى التفاعل الاجتماعى كما يتضح من انطباق اثنين على الأقل من البنود التالية على الطفل :

أ- حدوث خلل أو قصور واضح فى استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة كالتواصل بالعين والتعبيرات الوجهية ، والإشارات أو الإيماءات الاجتماعية وذلك لتنظيم التفاعل الاجتماعى .

ب - الفشل فى إقامة علاقات مع الأقران تناسب مع المستوى النمائى .

ج - نقص فى البحث أو السعى التلقائى للمشاركة مع الآخرين فى الاستمتاع، والاهتمامات، أو الإنجاز كما يتضح مثلاً فى نقص القدرة على إيضاح الأشياء موضع الاهتمام، أو إحضارها معه أو الإشارة إليها .

- د - نقص في تبادل العلاقات الاجتماعية مع الآخرين أو مشاركتهم انفعالياً.
- ٢ - حدوث خلل أو قصور كفي في التواصل كما يتضح من انطباق بند واحد على الأقل من تلك البنود التالية على الطفل :
- أ - تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة بشرط ألا يصاحبه أى محاولة تعويضية من جانب الطفل لاستخدام الأنماط البديلة للتواصل كالإيماءات، أو التمثيل الصامت .
- ب - خلل أو قصور واضح في القدرة على المبادرة في إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين وذلك بالنسبة للأطفال التوحدين ذوى المستوى اللغوى المناسب.
- ج - الاستخدام النمطى أو المتكرر للغة أو للغة خاصة به .
- د - نقص أو قصور في اللعب التظاهرى أو الإدعائى التلقائى والمتنوع أو اللعب الاجتماعى القائم على التقليد والمناسب للمستوى النمائى للطفل .
- ٣ - حدوث أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة متكررة وغطية كما يتضح من انطباق واحد على الأقل من البنود التالية على الطفل :
- أ - انشغال كبير باهتمام نمطى واحد أو أكثر يعتبر غير عادى سواء في مدى حدته، أو بؤرة الاهتمام الخاصة به .
- ب - التمسك الصارم وغير المرن بطقوس معينة أو روتين غير عملى وغير فعال.
- ج - أساليب أداء غطية ومتكررة كالتصفيق بالأيدى أو الأصابع ، أو تشبيكها، أو ثنيها، أو الحركات العنيفة ، أو الحركات المعقدة بكامل الجسم .
- د - الانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء .

ثانياً : حدوث تأخر أو أداء غير عادى فى واحد على الأقل من المجالات التالية
على أن يبدأ ذلك قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره :

أ - التفاعل الاجتماعى .

ب - اللغة كما تستخدم فى التواصل الاجتماعى .

ج - اللعب الرمزى أو التخيلى .

ويضيف المكتب الإقليمى لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) أن هناك عدداً من الدلائل التشخيصية التى تستخدم فى تشخيص هذا الاضطراب يعرض لها التصنيف الدولى العاشر للأمراض ICD-10 تتمثل فى حدوث نمو غير طبيعى أو مختل أو كليهما وذلك قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره إلى جانب حدوث نوع مميز من الأداء غير السوى فى مجالات ثلاثة هى التفاعل الاجتماعى ، والتواصل ، والسلوك النمطى المقيد التكرارى . كما أن هذا الاضطراب يحدث بين الذكور بمعدل ثلاثة أو أربعة أضعاف معدل حدوثه بين الإناث . كذلك فإنه لا تكون هناك فى العادة مرحلة سابقة أكيدة من التطور السوى ، وإن وجدت فإنها لا تتجاوز السنة الثالثة من العمر .

كما توجد دائماً اختلالات كيفية فى التفاعل الاجتماعى المتبادل والتى غالباً ما تأخذ شكل التقدير غير المناسب للتلميحات الاجتماعية والانفعالية ، كما تتجلى فى فقدان الاستجابات لمشاعر الآخرين أو عدم تعديل السلوك وفقاً للإطار الاجتماعى أو كليهما . إضافة إلى ضعف استخدام الرموز الاجتماعية ، وضعف التكامل بين السلوكيات الاجتماعية الانفعالية والتواصلية وخاصة فقدان التبادل الاجتماعى - العاطفى . كذلك تنتشر الاختلالات الكيفية فى التواصل، وقد تأخذ شكل عدم الاستخدام لأى مهارات لغوية قد تكون موجودة ، واختلال فى اللعب الإيهامى make-believe play والتقليد الاجتماعى ، وضعف المرونة فى التعبير اللغوى ، وفقدان نسبي للقدرة على الإبداع والخيال فى عمليات التفكير ، وفقدان الاستجابة

العاطفية لمبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية ، واستخدام خاطئ للأشكال المختلفة من التبرعات وأساليب التوكيد للتعبير عن الرغبة في التواصل . وكذلك عدم استخدام الإيماءات المصاحبة التي تساعد في التأكيد أو التواصل الكلامي .

وإضافة إلى ذلك تتميز الحالة أيضاً بأنماط من السلوك والاهتمامات والأنشطة تنسم 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 أى تغير في الروتين أو في البيئة المحيطة .

وبذلك فإن هذه المحكات سواء في DSM-IV أو في ICD-10 تركز على بداية حدوث الاضطراب وذلك قبل وصول الطفل الثالثة من عمره ، ووجود ثلاثة جوانب قصور رئيسية تتمثل في الجوانب التالية :

- التفاعل الاجتماعي المتبادل .
- اللغة والتواصل .
- السلوك النمطي المقيد والتكرارى .

ومن ثم يتضح أن هناك تركيزاً على كيف الأداء الوظيفي في تلك المجالات . وبذلك فنحن نتفق مع ما يراه فولكمار (1996) Volkmar في أنه ليس هناك أى تعارض بين ما يعرضه كل من هذين التصنيفين التشخيصيين حول اضطراب التوحد، بل إنهما يتفقان تماماً في هذا الخصوص .

أما فيما يتعلق بتقييم هذا الاضطراب وتحديد من يعانون منه فهناك عدد من المقاييس تم استخدامها في بيئات أجنبية يأتي في مقدمتها المقاييس التالية :

- ١ - قائمة ملاحظة السلوك التوحدي التي أعدها كروج (1990) 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 تمثل في الأبعاد التالية :

أ - الانسحاب الاجتماعي .

ب - القدرة على المحاكاة .

ج - التواصل .

د - ضعف الانتباه .

هـ - التعبير اللفظي .

و - التعبير غير اللفظي .

ز - علامات الخوف والتوتر .

ح - الاستجابات الذهنية .

٤- مقياس التقدير السلوكي للأطفال التوحدين وحالات التوحد اللانموذجي

Behavioral Rating Instrument for Autistic and atypical Children

BRIAC وهو من إعداد روتن Rutten ويتضمن هذا المقياس ثمانية

مقاييس فرعية تسهم جميعاً في التعرف على مثل هذه الحالات، وتحديدتها بشكل دقيق ، وتشخيصها . وتمثل تلك المقاييس الفرعية فيما يلي :

أ - العلاقة مع الآخرين .

ب- التواصل .

ج- النطق .

د - التخاطب .

هـ - الصوت وفهم الحديث والكلام .

و - التجارب الاجتماعي .

ز - القدرة الحركية البدنية .

ح - النمو النفسى العضوي .

٥- قائمة ملاحظة السلوك للأطفال التوحدين Behavior Observation System BOS التي أعدها فريمان وآخرون Freeman et.al. . وتتكون من تسع فترات ملاحظة مدة كل منها ثلاث دقائق، ويتم خلالها جميعاً تسجيل سبع وستين سلوكاً مميزاً للاضطراب .

٦- المقياس التقديرى لاضطراب التوحد في مرحلة الطفولة Childhood Autism Rating Scale CARS الذي أعده سكوبلر وآخرون Schopler et.al. ويتناول خمسة عشر متغيراً ترتبط بالاضطراب هي :

أ - قصور العلاقات الاجتماعية .

ب- التقليد .

ج- اضطراب الانفعالات .

د - القدرة الحركية البيئية .

هـ - السلوكيات النمطية .

و - مقاومة التغيير .

ز - استجابات غير عادية للمثيرات السمعية .

ح - عدم التجاوب مع البيئة المحيطة أو الاندماج معها .

ط - استجابات القلق .

ى - التواصل اللفظي .

ك - التواصل غير اللفظي .

ل - اللعب .

م - المستوى العام للنشاط .

ن - الذكاء الوظيفي .

س - الانطباعات 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 الاختبارات التي يمكن استخدامها لهذا الغرض ما يلي :

أ - مقياس وكسلر Wechsler لذكاء الأطفال .

ب- مقياس ستانفورد- بينيه Stanford- Binet للذكاء .

ج- مقياس جودارد Goddard .

٨- البروفيل النفسي التربوي المعدل-PEP Psychoeducational Profile Revised

R الذى قام بإعداده سكوبلر وآخرون (١٩٩٠) Schopler et.al. والذى

يضم سبع مجالات وظيفية لتشخيص حالات اضطراب التوحد هي :

- أ - التقليد .
- ب- الإدراك الحسي .
- ج- المهارات الحركية الكبيرة .
- د - المهارات الحركية الدقيقة .
- هـ - المجال المعرفي اللفظي .
- و - المجال المعرفي العملي .
- ز - المجال السلوكي ، و يقيس خلاله أربع مجالات سلوكية كالتالى :
- العلاقات الاجتماعية .
- المجال الحسي .
- اللعب .
- اللغة .

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 مقياس 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 البصرى الحركى للطفل .

١٠- قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد Autism Treatment Evaluation Checklist ATEC وتستخدم في الأساس للتعرف على ما يحدث من تغير أو تحسن في مجالات أربعة أساسية هي جملة المقاييس الفرعية المتضمنة وذلك على أثر اللجوء إلى التدخلات المختلفة، كما يمكن كذلك 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 .

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 تتمثل فيما يلي :

١- هناك محاولة عرض لها عبد الرحيم بجيت (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 ثمان 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 - د) ، ويعد بمثابة مقياس تشخيصي يعمل على التعرف على الأطفال التوحدين، 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 والسيكاترى 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، ويعنى 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 .

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

رعاية الأطفال التوحديين :

هناك العديد من البرامج التدريبية التي يتم تقديمها سواء للأطفال التوحديين أو والديهم وذلك في سبيل تأهيل هؤلاء الأطفال ورعايتهم حيث من المعروف أن الأطفال التوحديين لا يمكنهم أن يقيموا علاقات اجتماعية قوية مع الآخرين ، ولا يمكنهم أن يقوموا بتطوير قدرتهم على التفاعل الاجتماعى الناجح معهم وذلك بالطرق والأساليب التي تعتبر عادية . ومع ذلك فهم مثل غيرهم من الأطفال توجد بينهم فروق فردية تؤدي إلى وجود مستويات مختلفة ومتباينة من الأداء السلوكى الوظيفى فيما بينهم ، وإن كان العديد منهم يعانون من خلل واضح في هذا الجانب .

وتعتبر البرامج التدريبية ذات أهمية كبيرة بالنسبة لهؤلاء الأطفال حيث يمكن من خلال مثل هذه البرامج تنمية مهاراتهم واستعداداتهم للتعلم، فيمكن على سبيل المثال أن يتعلم الطفل من خلال أحد هذه البرامج أن يجلس على الكرسي ، أو يحضر تلك الأدوات اللازمة لأداء مهمة معينة ، أو يستخدم التواليت، أو ما إلى ذلك . ويعد تنمية مثل هذه المهارات أمراً ضرورياً لإعداد الطفل لتلقى برامج أخرى إذ تؤدي كما ترى سكريمان وكوجل (١٩٩٦) Schreibman & Koegel إلى مساعدة الطفل بدرجة كبيرة في تلقي البرامج التالية التي تعد بمثابة برامج متقدمة تتطلب إجادة الطفل لتلك البرامج الأولية أو الأساسية التي يتلقاها أولاً مما يسهم كثيراً في أن تؤتي مثل هذه البرامج المتقدمة بشمارها المرجوة . ويضيف كوجل وكوجل (١٩٩٦) Koegel & Koegel أن هناك نوعاً آخر من البرامج التي يتم تقديمها لهؤلاء الأطفال تعمل على تحسين التواصل مع الآخرين من جانبهم سواء كان ذلك التواصل لفظياً أو غير لفظي . وتعمل تلك البرامج على الحد من السلوكيات غير الملائمة ، وتؤدي بالتالى إلى تحسين مستوى التفاعلات الاجتماعية لهؤلاء الأطفال . ويمكن أن يشترك الأقران في تلك البرامج ، كما يمكن أن يشترك فيها أيضا أعضاء من أسر هؤلاء الأطفال .

ومن الجدير بالذكر أن هناك برامج علاجية تقوم على استخدام بعض العقاقير في هذا الصدد، وقد قامت دراسات عديدة بفحص أثرها، ولكننا يجب أن نوضح هنا أن مثل هذه العقاقير لا تؤثر على اضطراب التوحد أو أعراضه أو تحد منها، ولكنها تستخدم لعلاج بعض المظاهر التي قد ترتبط بهذا الاضطراب كالنشاط الزائد مثلاً حيث أوضحت دراسة كويتانا وآخرين (١٩٩٥) Quintana et. al أن العلاج الطبي الذي تم إعطاؤه للأطفال التوحدين عينة الدراسة قد أدى إلى الحد من نشاطهم الزائد الذي كانوا يعانون منه . كما أنه قد أدى أيضاً كما أوضحت دراسة جوردون وآخرين (١٩٩٣) Gordon et. al إلى الحد من الطقوس القهرية التي تعكسها سلوكياتهم التي كانوا يأتون بها .

أما في الوقت الراهن فإن غالبية البرامج التي يتم تقديمها للأطفال التوحدين تعتمد كما يرى نيسوم (١٩٩٨) Newsom على إجراءات تعديل السلوك إلى جانب تقديم الإرشاد والتدريب اللازم للوالدين في هذا الإطار . ومن هذا المنطلق يثار سؤال أساسي بناء على ذلك مؤداه أنه إذا كان اضطراب التوحد يعد اضطراباً عقلياً معرفياً واجتماعياً في جوهره وتكمن خلفه أسباب بيولوجية في الأغلب والأعم فلماذا إذن نعتد في علاجنا له أو الحد من آثاره السلبية على البرامج السلوكية وبرامج تدريب الوالدين؟

وللإجابة عن هذا السؤال يسوق كندول (٢٠٠٠) Kendall حالة هيلين كيلر Helen Keller كمثال حيث كانت كفيفة وصماء منذ ميلادها ، ومع ذلك تعلمت أن تتحدث وتكتب من خلال أساليب بعيدة تماماً عن تلك التي تستخدم مع كف البصر أو الصمم إذ تعلمت ذلك من خلال التدريب مثلما يحدث في البرامج السلوكية مع أن مشكلتها لم تكن سلوكية، ولم يكن سببها سلوكياً حتى نستخدم علاجاً سلوكياً لها . ومن هذا المنطلق يكون من المناسب، بل ومن الأفضل أن نستخدم إجراءات تعديل السلوك مع الأطفال التوحدين حتى تتمكن من الحد من أى سلوك غير مرغوب اجتماعياً يمكن أن يأتوا به ، أو حتى تتمكن من تعليمهم القيام بأى سلوك

يعد مرغوباً من الناحية الاجتماعية . هذا إلى جانب أن الوالدين هما الأكثر قرباً من الطفل والأكثر احتكاكاً به والأكثر تلبية لاحتياجاته ، وهما اللذان يضطلعان بمسئولية تربيته ، ومن ثم فإن تدريبيهما على كيفية التعامل معه ، وكيفية تعديل سلوكه ، وإكسابه سلوكيات مرغوبة يعد أمراً ضرورياً في هذا الصدد .

وهناك مسألة أخرى في سبيل رعاية هؤلاء الأطفال بدأت بعض الدول في أوروبا وأمريكا تأخذ بها ، ويتمثل ذلك في إمكانية دمج mainstreaming هؤلاء الأطفال مع أقرانهم العاديين بالمدارس كما هو الحال بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً . وهذا الدمج بطبيعة الحال لا يمكن أن يكون دمجاً كلياً ولكنه يكون دمجاً جزئياً وخاصة في حصص النشاط . ويرى زيجموند وبيكر (١٩٩٥) Zigmond & Baker أن دمج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم العاديين ووضعهم في نفس المواقف معهم يعد أفضل من وضعهم في فصول أو مدارس خاصة به . ويضيف ميسيبوف وشيا (١٩٩٦) Mesibov & Shea أن دمجهم مع أقرانهم العاديين بالفصل يحقق العديد من الانعكاسات الإيجابية التي يمكن أن تعود بالفائدة المرجوة عليهم، والتي يمكن أن تسهم في تحقيق العديد من الأهداف التي نسعى إلى تحقيقها في هذا الصدد . ومن أهم ما يمكن أن يمثل الدمج من مردود إيجابي على هؤلاء الأطفال التوحدين وفقاً لما كشفت عنه تلك الدراسات التي تناولت هذا الموضوع ما يلي :

- ١- أنه يمكن أن يزيد مما يتوقع المعلمون منهم أن يقوموا به .
- ٢- أنه يزيد من فرص نمذجة التطور أو النمو السوي لمختلف المهارات أو القدرات من جانب أقرانهم .
- ٣- أنه يزيد من فرص التعلم أمامهم .
- ٤- أنه يمكن أن يزيد في الوقت ذاته من تقديرهم لذواتهم .
- ٥- أنه كلما كانت المجموعة أقل عدداً زادت استفادة الأطفال التوحدين من فرص التعلم التي تتاح أمامهم .

وإذا كان الاتجاه السائد في رعاية هؤلاء الأطفال يتمثل في ذلك الاتجاه الذي يعتمد على البرامج السلوكية فإن مثل هذه البرامج تركز في الأساس على أوجه القصور السلوكية أو الإفراط الذي قد يبدو من جانبهم في تلك الجوانب وذلك من خلال استخدام المعززات التي تعمل كمدعمات للسلوك أى من خلال استخدام التعزيز على أساس ثابت. وغالباً ما تهدف تلك البرامج إلى تعليمهم المهارات اللازمة للتعلم والاستعداد له، والسلوك الاجتماعي، ومهارات التواصل حيث يتمكن هؤلاء الأطفال في الغالب من خلال تدريبهم على مثل هذه البرامج أن يتعلموا بعض المهارات الاجتماعية البسيطة التي يصبح بمقدورهم من خلالها الاندماج مع الآخرين، والتفاعل معهم، والإقبال عليهم، والاهتمام بهم، والتواصل معهم، كما يقل بالتالي انسحابهم من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، ويقل سلوكهم العدواني تجاه الآخرين، أو سلوك إيذاء الذات من جانبهم وهو الأمر الذي يؤكد فعالية مثل هذه البرامج في هذا الصدد.

ويمثل تحسين المستوى اللغوي لهؤلاء الأطفال، أو تطوير مفهوم اللغوي هدفاً جوهرياً في تلك البرامج السلوكية. وعند استخدام تلك البرامج لذلك الغرض فإن التدريب هنا يجب أن يتبع تسلسلاً معيناً وذلك على النحو التالي :

١- يقوم الطفل بالنطق بالكلمة المحددة إذا كان يعرفها، أو يردد تلك الكلمة وراء الباحث أو الوالد أو المعلم إذا كان لا يعرفها، أو يمكن له أن يسمعها من خلال جهاز تسجيل ثم يرددها بعد ذلك.

٢- تتم مكافأة الطفل عندما ينطق بأى كلمة مع العلم بأن تعلم الطفل لكلمة واحدة قد يستغرق بعض الوقت، لكن المهم هنا أنه مع تعلم الطفل نطق أى كلمة علينا أن نقوم بمكافأته على ذلك.

٣- يجب أن تتنوع المكافآت التي يحصل عليها الطفل، وأن تختلف من طفل إلى آخر وذلك وفقاً لما يفضله كل منهم. ويمكن أن يتحدد ذلك من خلال معرفتنا بهؤلاء الأطفال وما يفضلونه أو يميلون إليه.

٤- يجب أن تعطى المكافأة للطفل إذا نطق بالكلمة عقب محاولة الباحث أو الوالد أو المعلم أن يجعله يقوم بذلك من خلال إشارة تهدف إلى تذكّره بما ينبغي عليه أن يفعل . كما يجب ألا تعطى له مكافأة في أى موقف دون ذلك حتى يتحقق هدف البرنامج .

٥- تعطى المكافأة للطفل إذا اقترب من النطق الصحيح للكلمة التي نطلب منه أن ينطق بها . وتعد هذه النقطة أساسية لأنه من المنطقي أن يقترب الطفل من النطق الصحيح لكلمات معينة، وأن ينطقها بلغته الطفلية وليس مثل الكبار .

٦- يمكن للباحث أو الوالد أو المعلم أن يستخدم النمذجة، والمكافأة في سبيل تعليم الطفل النطق الصحيح للكلمات إلى جانب تعليمه بعض المهارات اللغوية ذات الأهمية في هذا الصدد وهو ما يمكن أن يساعده على تحقيق قدر من التواصل .

ولا يخفى علينا أن مثل هذا الأمر يتطلب المزيد من الوقت والجهد والمثابرة حتى يتسنى للطفل الاستجابة لفظياً، وتكوين بعض الجمل البسيطة التي يمكنه بمقتضاها أن يدخل في حوارات ومناقشات بسيطة ، ويتمكن بالتالي من التواصل مع المحيطين به .

ومن أشهر الطرق التي تستخدم مع هؤلاء الأطفال في هذا الصدد تلك الطريقة التي قدمها لوفاز (١٩٨٧) Lovaas بجامعة كاليفورنيا California والمسماة بالطريقة المكثفة intensive والتي تعتمد على تدريب الطفل لمدة أربعين ساعة في الأسبوع على أن يتولى كل مدرب مسؤولية طفل واحد فقط . أما الطريقة الثانية فهي الطريقة الممتدة أو العادية extensive والتي تشبه الطريقة الأولى باستثناء عدد الساعات الأسبوعية حيث يصل عدد الساعات التي تعتمد عليها إلى عشر ساعات فقط أسبوعياً . وبالنسبة للفترة الزمنية المخصصة للبرنامج والذي يبدأ قبل أن يبلغ الطفل الثالثة وعشرة أشهر فتستمر حتى إلحاقه بالمدرسة لأنه يتم إعداده للتعليم من خلال تنمية مهاراته قبل الأكاديمية وإعداده للمدرسة . هذا وقد كشفت الدراسات التي

استخدمت هاتين الطريقتين مع هؤلاء الأطفال أن الطريقة الأولى أفضل في نتائجها وأكثر فاعلية قياساً بالطريقة الثانية. ويرجع السبب في طول الفترة المخصصة للبرنامج في أنه يهدف إلى تنمية المهارات قبل الأكاديمية لدى الطفل وإعداده للمدرسة. ويمكن أن تستخدم كلتا الطريقتين لتحقيق أهداف أخرى لكن الوقت المخصص لكل برنامج يقل عن ذلك بكثير جداً. وجددير بالذكر أن برنامج لوفاز يركز على تنمية مهارات التقليد حتى يتمكن الطفل من التعلم، ويبدأ بتدريب الطفل على تقليد الحركات، ثم الأصوات، ثم إكسابه الخبرات والمهارات المختلفة. ويتطرق البرنامج بعد ذلك إلى غرس مهارات أكثر تعقيداً مثل المطابقة مع نموذج معين *matching* وتقليد نطق أو كتابة الكلمات، والجمل، والأرقام مما يساهم في إكساب الطفل المهارات الاجتماعية، والتواصل. كما يهتم البرنامج أيضاً بالتطبيق العملي للأنشطة المختلفة في المواقف الطبيعية المختلفة.

ومن جانب آخر فإن هناك برنامج آخر يستخدم كذلك على نطاق واسع يتمثل في البرنامج العلاجي والتربوي للأطفال التوحدين ومن يعانون من إعاقات التواصل المرتبطة *Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children TEACH* وهو البرنامج الذي أعده سكوبلر *Schopler* منذ أوائل سبعينيات القرن الماضي لمساعدة الطفل على تحقيق قدر مناسب من التوافق عن طريق تحسين مهارات الطفل، ومعالجة نواحي القصور التي يعاني منها، والعمل على تقديم تأهيل متكامل للطفل يتناول نواحي القصور التي يسببها اضطراب التوحد، وإعطاء أولوية للعلاج المعرفي السلوكي، والاهتمام بالوسائل البصرية والمثيرات البصرية عامة، والعمل على تنمية مهارات الحياة اليومية، والمهارات الاجتماعية من خلال المثيرات البصرية. وإلى جانب ذلك هناك برنامج آخر هو برنامج خبرات التعلم *(LEAP) Learning Experiences* يتم تقديمه للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، وهو كبرنامج يشبه برنامج لوفاز باستثناء استخدامه مع مجموعة صغيرة من الأطفال وليس على أساس فردي مثل برنامج لوفاز. ويقوم هذا البرنامج على خمسة أسس هي :

١- التدخل المبكر .

٢- التعاون بين المدرسة والأسرة والمجتمع لتنفيذ برنامج تدريبي مكثف .

٣- تعلم المهارات المختلفة من الأطفال العاديين حيث يقوم البرنامج على مبدأ الدمج وذلك لثلاثة أطفال توحدين مع عشرة أطفال عاديين ليضم الفصل بذلك ١٣ طفلاً .

٤- تنمية مهارات الطفل من خلال التخطيط الجيد لبرنامج تعليمي فردي أى في ضوء حاجات الطفل وقدراته .

٥- الاعتماد على أنشطة منهجية في تنمية مهارات الطفل وقدراته .

ومن ناحية أخرى هناك ثمة برنامج آخر يعد من أوسع البرامج الحديثة انتشاراً هو برنامج تحقيق التواصل بنظام تبادل الصور Picture Exchange Communication System PECS الذى أعده بوندى فروست Bondy Frost عام ١٩٩٤ للأطفال التوحدين الذين يعانون من قصور لغوي حيث يبدأ التواصل عن طريق تبادل صور تمثل ما يرغب فيه مع المدرس أو الوالد الذى يتواصل معه، ويعمل على تحقيق رغباته بعد أن يحضر الصورة التى تتضمن ما يريد أن يفعل، والبطاقة التى كُتبت عليها " أنا أريد " ، مثل " أنا أريد " ثم صورة لطفل يأكل وذلك إذا كان الطفل يريد أن يأكل، علماً بأنه لن يحصل على ما يريد إلا بعد أن ينطق بالعبرة التالية " أنا أريد أن أأكل " ولو تم ذلك بعد العديد من المحاولات . ويقوم هذا البرنامج على أنشطة تواصلية مناسبة مع استخدام التدعيم أو التعزيز، والتصحيح الفوري للأخطاء، والتعميم إلى جانب التشكيل، والتلقين، والتسلسل العكسي، والتلاشي . ويمكن استخدام مثل هذه الصور في الفصل أيضاً بغرض تنمية مفهوم الإدراك الحسى البصرى والسمعي، وتنمية الوعي بعناصر البيئة، والتفاعل بين الطفل وبين تلك البيئة .

وتمثل أحدث الإستراتيجيات المستخدمة في هذا الصدد كما يرى عادل عبد الله (٢٠٠٢ - أ ، ب ، ٢٠٠١ - أ) في جداول النشاط المصورة وهى تلك الجداول

التي يأخذ كل منها شكل كتيب صغير يتضمن خمس أو ست صفحات تحتوى كل منها على صورة تعكس نشاطاً معيناً يتم تدريب الطفل على أدائه. ولكل نشاط مكونات خمسة تتمثل في إمساك الطفل بالجدول وفتحه ، ثم قلب الصفحة والوصول إلى الصورة المستهدفة والإشارة إليها ويجب أيضاً على الطفل أن يضع إصبعه على تلك الصورة ويسمى ما بها من أدوات إذا كان يعرفها أو ينتظر الوالد أو الباحث أو المعلم ليسمى له كلاً منها ثم يقوم هو بترديد تلك الكلمات وراءه. ويتمثل المكون الثالث في إحضار الأدوات اللازمة لأداء النشاط الذى تعكسه الصورة ، ثم أداء هذا النشاط والانتهاء منه والذى يمثل المكون الرابع ، أما خامس تلك المكونات وآخرها فيتمثل في إعادة تلك الأدوات إلى مكانها الأصلي الذى أخذت منه من قبل. وعند تعليم الطفل استخدام مثل هذه الجداول وإتباعها يجب أن يتم تدريبه على تلك المهارات اللازمة لذلك حتى يتمكن من استخدامها بسهولة، وهناك في الواقع ثلاث مهارات تعد ضرورية حتى يتمكن الطفل من استخدام مثل هذه الجداول، وأداء تلك الأنشطة المتضمنة. وتمثل هذه المهارات فيما يلي :

- ١- التعرف على الصورة وتمييزها عن الخلفية.
- ٢- التعرف على الأشياء المتشابهة؛ وإدراكها، وتمييزها.
- ٣- إدراك التطابق بين الصورة والموضوع أو الشيء الذى تشير إليه.

وتتمثل الأهداف الرئيسية التى نسعى إلى تحقيقها من خلال استخدام هذه الجداول في ثلاثة أهداف أساسية تسهم بدرجة كبيرة في التغلب على بعض نقاط الضعف التى يتسم بها الطفل التوحدي، كما يمكن أن تساعده على تحقيق قدر معقول من التطور المنشود. وتمثل هذه الأهداف فيما يلي :

- ١- تعليم الطفل السلوك الاستقلالي.
- ٢- إتاحة مدى أوسع من الاختيار أمامه .

٣-تدريبه على التفاعلات الاجتماعية .

وبالإضافة إلى ذلك يمكننا أن نقوم باستخدام مثل هذه الجداول في سبيل تحقيق بعض الأهداف الأخرى التي يمكن أن نحددها فيما يلي :

١-تعليم الطفل مهارات معينة تعد ضرورية للقيام بأنشطة محددة .

٢-إكسابه بعض السلوكيات المرغوبة .

٣-الحد من بعض السلوكيات غير المرغوبة اجتماعياً .

وإذا كانت كل هذه الأمور تعمل بما لا يدع مجالاً للشك على مساعدة الطفل كي يتمكن من الاندماج مع الآخرين فإن جداول النشاط المصورة يمكن أن تستخدم بذلك في سبيل التعديل السلوكي لهؤلاء الأطفال ، ومن ثم فهناك العديد من إجراءات تعديل السلوك تستخدم بغرض تعليم تلك الجداول للطفل وتدريبه عليها، إضافة إلى أن الإجراءات الخاصة بها كاستراتيجية تعمل جميعها في سبيل تعديل سلوك الأطفال ومساعدتهم على الاندماج في المجتمع حيث يمكن للطفل عندما يجيد استخدام هذه الجداول أن يؤدي النشاط المطلوب دون أن يحصل على أى مساعدة من أحد الراشدين، ويصبح بإمكانه أن يساعد في الأعمال المنزلية، أو في تلك الأعمال التي يتضمنها اليوم المدرسي العادي إلى جانب إمكانية أن يقيم علاقات مع الآخرين، وأن تنشأ بينه وبينهم تفاعلات اجتماعية ناجحة . وإلى جانب ذلك يمكن استخدام تلك الجداول أيضاً في سبيل تعليم الطفل أو حتى المراهق بعض الأعمال المهنية البسيطة وهو الأمر الذي يجعل لمثل هذه الإستراتيجية أهميتها في تحقيق التأهيل اللازم لهؤلاء الأطفال بما في ذلك تحقيق قدر ما من التأهيل المهني . كما يمكن من جانب آخر عرض مثل هذه الجداول والتدريب عليها من خلال الكمبيوتر، أو استخدام برنامج كمبيوتر ناطق لهذا الغرض .

ويشير عادل عبدالله (٢٠٠٤) إلى أنه يمكن استخدام تلك الاستراتيجية التي قدمتها كارول جراي Gray والتي تعرف بالقصص الاجتماعية social story والتي قمنا

بالحفاظ على كل أركانها مع تحويلها إلى قصص اجتماعية مصورة تعمل في المقام الأول على تنمية المهارات الاجتماعية، والمعرفية للطفل، وقدرته على التفاعل الاجتماعي. وهذه القصص بشكلها الجديد تعمل في كل منها على نقل حكاية كاملة للطفل حيث يقوم الباحث أو الوالد أو المعلم بقص القصة على الطفل من خلال مجموعة الصور المتضمنة التي تؤلف في مجملها تلك القصة المتكاملة، ثم يطلب من الطفل أن يقوم بعد ذلك بقص تلك القصة من خلال استعراض الصور التي تؤلفها مع وجود الأنواع الأربعة من الجمل أو العبارات ذات الأهمية في هذا الصدد، وهي :

١- الجمل الوصفية أو التصويرية descriptive التي تصف السلوكيات المختلفة، وما يقوم به مختلف الأفراد في شتى المواقف .

٢- الجمل التوجيهية directive التي توجه نظره إلى ما يجب عليه القيام به، أو توجهه إلى السلوك الاجتماعي المناسب أو المرغوب .

٣- الجمل المنظورية perspective التي تتناول استجابات الآخرين لمواقف معينة حتى يتعلم الطفل السلوك الاجتماعي المرغوب .

٤- الجمل التنظيمية control التي تحدد استراتيجيات معينة يمكن أن يستخدمها الفرد لتنشيط الذاكرة، وفهم القصة، ومغزاها. وعادة ما تضاف تلك الجمل إلى القصة الاجتماعية بعد قراءتها، ومن أمثلتها: أن صفارة غلاية الماء التي تعلن عن غليان الماء وإمكانية عمل الشاي عادة ما تذكرنا بجرس المدرسة الذي يعلن انتهاء الفسحة، وهكذا .

أما تدريب الوالدين أو إرشادهما إلى كيفية التصرف مع أطفالهما التوحدين أو حتى المتخلفين عقلياً فيركز في الغالب على الحد من تلك السلوكيات الفوضوية أو حتى الخطيرة التي تصدر عن هؤلاء الأطفال سواء في المنزل أو المدرسة . كما أن هناك هدفاً آخر لهذا التدريب يتمثل في إمكانية أن يقوم هؤلاء الأطفال بتعميم ما تدرّبوا عليه وذلك على مواقف أخرى مشابهة غير تلك التي تدرّبوا خلالها بطبيعة الحال على

الحد من هذا السلوك أو ذاك مع تسليمنا بأن هذا الهدف ليس هيناً، وقد لا يتحقق حيث ينبغي أن نتعامل مع كل موقف بشكل مستقل . كذلك فمن الأهداف الأخرى التي نشد تحقيقها في هذا الصدد الحد من سلوك أو آخر يمكن اعتباره فوضوى أو خطير مع الاعتراف والتسليم من جانبنا بأن هذا ليس بالأمر اليسير أو الهين . وإلى جانب ذلك يمكن أن يقوم الوالدان أيضاً بالتدريب اللغوى لهؤلاء الأطفال وهو الأمر الذى يمكن أن يؤدي إلى تحسين مستوى نموهم اللغوي، وما يتضمنه ذلك من زيادة حصيلتهم اللغوية، وزيادة احتمال قيامهم باستخدام هذه المفردات اللغوية في سياقات اجتماعية مختلفة . ومن ثم يمكن أن يصبح بإمكان هؤلاء الأطفال إجراء حوارات ومحادثات مختلفة مع أقرانهم وهو ما يساعد إلى حد كبير في زيادة كم علاقاتهم الاجتماعية مع الآخرين ، وتفاعلاتهم معهم ، وتحسين كيف تلك التفاعلات إلى جانب ذلك .

ومن ناحية أخرى فإن تدريب الوالدين يمكن أن يتضمن قيامهما بمواجه تلك المشكلات الانفعالية التي تواجه أطفالهما، والعمل على تلبية احتياجاتهم حيث يعدان هما كما أوضحنا من قبل الأكثر احتكاكاً بهم، والأكثر تلبية لاحتياجاتهم . ومما لا شك فيه أن مِراجحة مثل هذه المشكلات من شأنه أن يسهم بشكل مباشر وفعال في تخطي العديد من العقبات التي قد تحول دون اندماج هؤلاء الأطفال مع أقرانهم، وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة معهم .

ومن الجدير بالذكر أن هناك العديد من الإجراءات والفنيات التي يمكن أن تتضمنها برامج تدريب الوالدين من بينها المحاضرة، والمناقشة، وما يتطلبه ذلك من قراءات متعددة في الموضوع وهو ما تتضمنه كما يرى عادل عبد الله (٢٠٠٠ - ب) إستراتيجية التعليم النفسى psychoeducation . كما قد تتضمن أيضاً فنية لعب الدور، وعكس الدور بحيث يقوم كل عضو في الأسرة بدور معين ثم يتم بعد ذلك تبديل تلك الأدوار وهى كما نعلم تعد من الفنيات التي تتضمنها السيكودراما . وإلى جانب ذلك هناك الزيارات المتزلية من جانب الأخصائيين والمدربين، واستكمال

الإرشاد في المواقف الأسرية الفعلية . ولا يخفى علينا أن مثل هذه البرامج يجب أن تتضمن فنية هامة هي فنية النمذجة حيث يقوم أحد الوالدين بنمذجة السلوك المرغوب للأطفال ثم يقوم الأطفال بتقليد ذلك السلوك والقيام به من تلقاء أنفسهم مع قيام الوالدين بتصويب الأخطاء أولاً بأول إلى جانب تعزيز السلوك الإيجابي، وإعطاء مكافآت للأطفال .

هذا وقد قمنا باستخدام وتطبيق برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات الأطفال التوحدين في سبيل الحد من السلوك الانسحابي لهؤلاء الأطفال (عادل عبدالله ٢٠٠١ - ج) واستخدمنا فيه إلى جانب بعض هذه الفنيات إستراتيجية التحصين التدريجي ضد الضغوط ، والتدريب على حل المشكلات إلى جانب الواجبات المترتبة وذلك في كل جلسة كتدريب على ما تم التدريب عليه أثناء الجلسات وتطبيقه على مواقف فعلية للأطفال . كما قمنا أيضاً باستخدام هذا الأسلوب في إرشاد والدى الأطفال المتخلفين عقلياً لمتابعة تدريب أطفالهم هؤلاء على استخدام جداول النشاط المصورة في سياقات أسرية في سبيل تحسين مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية (عادل عبد الله والسيد فرحات ٢٠٠١) . وتم استخدام المحاضرة، والمناقشة، والنمذجة إلى جانب الإجراءات المتبعة مع جداول النشاط المصورة .

وعند تدريب الوالدين على استخدام تلك البرامج التي تعمل على تنمية مهارات التواصل لدى هؤلاء الأطفال يجب أن يكون هناك تركيز على استخدام التواصل البصري أو ما يعرف بالتلاحم بالعين eye contact وعلى ذلك يجب أن يتضمن البرنامج ضرورة مكافأة الطفل حال قيامه بالتواصل البصري حيث أن مثل هذا الأمر من شأنه أن يؤدي إلى تحسين السلوك الاجتماعي واللعب والحديث .

ومع ذلك فإن البرامج التي يتم تقديمها للوالدين قد لا تأتي في بعض الأحيان كما يرى كندول (٢٠٠٠) Kendall بنتائج مباشرة ، ولا تصل بنتائجها إلى ما نتوقه وذلك بالنسبة لسلوك الطفل التوحدي إذ أنها قد لا تؤدي إلى اكتساب السلوك

المطلوب بالشكل المرغوب ، أو أنها قد لا تؤدي إلى الحد من السلوك غير المرغوب اجتماعياً بالدرجة التي نصبو إليها. ولكننا في مثل هذه الحالات لا يمكن أن نقول أن مثل هذه البرامج لم يكن لها فائدة، أو أنها قد أضحت غير ذات جدوى حيث أنها تعد في واقع الأمر ذات أهمية إذ نلاحظ أنه على الرغم من عدم حدوث التغيير المطلوب في سلوك الطفل فإن تلك البرامج تعمل على تلطيف جو المنزل، وتحسين البيئة الأسرية إلى الدرجة التي قد تمنع شعور الوالدين باليأس من جراء سلوك طفلهما، أو حتى شعورهما بالاحتراق النفسي وهو أمر في غاية الأهمية حتى يتمكن الوالدين من استكمال المسيرة، والمحاولة من جديد لعل الأمر في هذه المرة يكون أفضل من المرة السابقة ويظهر أثر تلك البرامج واضحاً على سلوك الطفل.



المراجع

- ١- حسنى إحسان حلوانى (١٩٩٦)؛ المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوى الأوتيزم (التوحد) من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية . رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة أم القرى بمكة المكرمة .
- ٢- سميرة عبداللطيف السعد (١٩٩٧)؛ معاناتى والتوحد . ط٢- الكويت، ذات السلاسل .
- ٣- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٤)؛ الأطفال الموهوبون ذوو الإعاقات . القاهرة، دار الرشاد .
- ٤- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٣)؛ تعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقلياً باستخدام جداول النشاط المصورة: دراسات تطبيقية . القاهرة، دار الرشاد .
- ٥- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢ - أ)؛ الأطفال التوحيديون: دراسات تشخيصية وبراجمية . القاهرة، دار الرشاد .
- ٦- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢ - ب)؛ جداول النشاط المصورة للأطفال التوحيدين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً . القاهرة، دار الرشاد .
- ٧- عادل عبدالله محمد (٢٠٠١ - أ)؛ جداول النشاط المصورة كإحدى إستراتيجيات تربية الطفل ذى الحاجات الخاصة . مؤتمر الطفولة العربية، الواقع والمستقبل — مركز دراسات الجنوب بجامعة جنوب الوادى بالاشتراك مع المركز العربى للتعليم والتنمية،الغردقة ٢٩-٣١/١٠ .

٨- عادل عبدالله محمد (٢٠٠١- ب)؛ بعض الخصائص النفسية الاجتماعية للأطفال التوحدين وأقرانهم المعاقين عقلياً، دراسة تشخيصية مقارنة. المجلة المصرية للدراسات النفسية، م١١، ع ٣٢ .

٩- عادل عبدالله محمد (٢٠٠١- ج)؛ فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لأمهات الأطفال التوحدين في الحد من السلوك الانسحابي هؤلاء الأطفال. مجلة الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس، ع ١٤ .

١٠- عادل عبدالله محمد (٢٠٠١- د)؛ مقياس الطفل التوحدي. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية .

١١- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٠- أ)؛ فعالية برنامج تدريبي لتنمية مهارات التواصل على بعض المظاهر السلوكية للأطفال التوحدين. مجلة بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية، سلسلة الإصدارات الخاصة، العدد السادس .

١٢- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٠- ب)؛ العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات. القاهرة، دار الرشد .

١٣- عادل عبدالله محمد (١٩٩٢)؛ النمو العقلي للطفل. ط٢- القاهرة، الدار الشرقية .

١٤- عادل عبدالله محمد والسيد محمد فرحات (٢٠٠١)؛ إرشاد الوالدين لتدريب أطفالهما المعاقين عقلياً على استخدام جداول النشاط المصورة وفعاليتها في تحسين مستوى تفاعلاتهم الاجتماعية. المؤتمر السنوي الثامن لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس ٤-٦ / ١١ .

١٥- عادل عبدالله محمد ومنى خليفة حسن (٢٠٠١)؛ فعالية التدريب على استخدام جداول النشاط في تنمية السلوك التكيفي للأطفال التوحدين. مجلة بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية، سلسلة الإصدارات الخاصة، العدد الثامن .

١٦- عبد الرحيم بجيت عبد الرحيم (١٩٩٩)؛ الطفل التوحدي (الذاتي، الاجتراري)، القياس والتشخيص الفارق. المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي بجامعة عين شمس ١٠-١٢ / ١١ .

١٧- عمر بن الخطاب خليل (١٩٩٤)؛ خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية (الأوتيسية) على اختبار آيزنك لشخصية الأطفال. مجلة معوقات الطفولة بجامعة الأزهر، م ١٣ ، ع ١٠ .

١٨- محمد على كامل (١٩٩٨)؛ من هم ذوى الأوتيزم وكيف نعدهم للنضج. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

١٩- 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.

٢٠- نادية إبراهيم أبو السعود (٢٠٠٠)؛ الطفل التوحدي في الأسرة. الإسكندرية، المكتب العلمي للنشر والتوزيع.

21. Aarons, M. & Gittens, T. (1992); The handbook of autism: A guide for parents and professionals. New York: Routledge.

22. American Psychiatric Association (1994) ; Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., DSM- IV, Washington, DC: author.

23. Autism Society of America (1999) ; What is autism? USA, Bethesda, MD.

24. Bauminger, N. & Kasari, C. (1999); Theory of mind in high-functioning children with autism. Journal of Autism and Developmental Disabilities, v29, n1.

- 25.Boomer, L.et.al.(1995); Legal issues concerning children with autism and pervasive developmental disabilities. Behavioral Disorders,v21,n1.
- 26.Borden, M.C.&Ollendick, T.H.(1992); The development and differentiation of social subtypes in autism. In B. Lahey & A.E. Kazdin (eds.) ;Advances in clinical child psychology. New York: Plenum Press.
- 27.California State Department of Developmental Services (1999);Changes in the population of persons with autism and pervasive developmental disorders in California`s developmental services system : 1987 through 1998. A report to the legislature. Sacramento, California, CA.
- 28.Center for Disease Control and Prevention (1999) ; Autism: causes, prevalence, and prevention . Washington, DC. , Medical Knowledge Systems, Inc.
- 29.Dennis, Maureen et.al. (1999) ; Intelligence patterns among children with high- functioning autism , phenylketonuria, and childhood head injury. Journal of Autism and Developmental Disorders, v29, n1.
- 30.Detroit Medical Center (1998);Autism: causes and symptoms. Detroit, Medical Knowledge Systems, Inc.
- 31.Dorman,Ben&Lefever, Jennifer(1999);What is autism? Bethesda,MD, Autism Society of America.
- 32.Dunlap, Glen& Pierce, Mary (1999);Autism and autism spectrum disorder (ASD). New York: The Council for Exceptional Children.
- 33.El-Ghoroury, Nabil H.& Romanczyk, Raymond G.(1999) ; Play interactions of family members towards children with autism . Journal of Autism and Developmental Disorders, v29, n3.
- 34.Gillson, Sharon (2000); Autism and social behavior. Bethesda , MD., Autism Society of America.

35. Gordon, C.T. et al. (1993); A double-blind comparison of clomipramine, desipramine, and placebo in the treatment of autistic disorder. *Archives of General Psychiatry*, v50.
36. Hauck, M. et al. (1995); Social imitations by autistic children to adults and other children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v 25, n 3.
37. Herbert, Martin (1998) ; *Clinical child psychology : Social learning development and behavior*. 3rd ed., UK, Chichester.
38. Kendall, Philip C. (2000) ; *Childhood disorders* . UK , East Sussex ; Psychology Press Ltd, Publishers.
39. Koegel, R.L. & Koegel, L. (1996); *Teaching children with autism: strategies for initiating positive interactions and improving learning opportunities*. Baltimore: Paul H. Brooks.
40. 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.
41. Lovaas, O.I. (1987); Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v 55, n 1.
42. Mesibov, G.B. & Shea, V. (1996) ; Full inclusion and students with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v26, n 2.
43. Newsom, C. (1998); *Autistic Disorder*. In E. Mash & R. Barkley (eds.); *Treatment of childhood disorders*. 2nd ed., New York: Guilford Press.
44. Newsom, C. & Hovanitz, C. (1997) ; *Autistic disorder*. In E. Mash & L. Terdal (eds.) ; *Assessment of childhood disorders*. 3rd ed. , New York: Guilford Press.
45. Quintana, H. et al. (1995) ; Use of methylphenidate in the treatment of children with autistic disorder . *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v 25, n 2.

46. Rutter, M. et al. (1994); Autism and Known medical conditions. Myth and substance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v 35, n 2.
47. 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.
48. Smith, M. et al. (1995); A guide to successful employment for individuals with autism. Baltimore: Paul H. Brookers Publishing Co.
49. Stone, W. et al. (1999) ; Can autism be diagnosed in children under 3 years of age? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v 40, n 2.
50. Trepagnier, Cheryl (1996); A possible origin for the social and communicative deficits of autism . *Focus on Autism and Developmental Disorders*, v 11, n 3.
51. Volkmar, F.R. (1996); Brief report: Diagnostic issues in autism, results of DSM-IV field trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, v 26, n 1.
52. World Health Organization (1992); *The ICD- 10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guide lines*. Geneva, author.
53. Zigmond, N. & Baker, J.M. (1995); Concluding comments: Current and future practices in inclusive schooling . *Journal of Special Education*, v 29, n 2.
54. Zoccolillo, M. (1993); Gender and the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, v 5, n 1.

