

الفصل الخامس

الإعاقات العقلية

المزدوجة

obeikandi.com

مُقدِّمة

من الأمور المثيرة للانتباه والاهتمام أن هناك العديد من الحالات التي نلاحظ فيها حدوث الإعاقات العقلية المزدوجة، ونحن حينما نقول الإعاقات العقلية المزدوجة هنا إنما نقصد بما ذلك التلازم المرضى بين إعاقة عقلية معينة وإعاقة عقلية أخرى، أى حدوثهما معاً لدى نفس الشخص في نفس الوقت. وقد يرجع ذلك في المقام الأول إلى أن هذا هو محور اهتمامنا خلال الفصل الحالي، ولذلك فإننا نقصر حديثنا عليه، لكن الواقع يشهد أنه كما توجد إعاقات عقلية منفردة أو واحدة، أى أن الفرد الواحد يعاني من إعاقة عقلية واحدة فقط فإن هناك ما يعرف أولاً بالإعاقات العقلية المزدوجة، وأن الإعاقة العقلية المزدوجة قد تنشأ نتيجة للتلازم المرضى بين إحدى الإعاقات العقلية المعروفة وبين إعاقة واحدة تتبع أحد الأنماط المرضية التالية :

١- اضطراب أو إعاقة نمائية.

٢- إعاقة عقلية.

٣- إعاقة حسية.

ونتيجة لمثل هذا التلازم تنشأ فئة واحدة أساسية تعرف بالإعاقة العقلية والإعاقات الإضافية أو الأخرى *mental impairment and other or additional disabilities* تتفرع منها ثلاث فئات على الأقل تكاد تكون أساسية هي الأخرى إذ أنها تمثل الإعاقات العقلية المعروفة، وتمثل تلك الفئات الثلاث فيما يلي :

١- التخلف العقلي والإعاقات الإضافية أو الأخرى.

٢- متلازمة أعراض داون والإعاقات الإضافية أو الأخرى.

٣- اضطراب التوحد والإعاقات الإضافية أو الأخرى.

وعلى هذا الأساس فإننا نلاحظ وجود التخلف العقلي، أو متلازمة داون، أو اضطراب التوحد كإعاقات مستقلة في حالة من التلازم المرضى إما مع اضطرابات أو إعاقات نمائية، أو مع أحد الإعاقات الحسية. ونظراً لأننا نتناول كل نمط من تلك الأنماط المزدوجة من الإعاقات في إطار كتاب مستقل، فإن اهتمامنا في الكتاب الحالي سوف ينصب على الإعاقة العقلية المزدوجة التي يكون طرفاها كلاهما من الإعاقات العقلية، وبذلك تصبح الإعاقة عقلية- عقلية.

التلازم المرضي بين التوحد ومتلازمة أعراض داون

تمهيد

على الرغم من أن التوحد autism أو الاضطراب التوحدي autistic disorder يعتبر اضطراباً نمائياً عاماً أو منتشرأ pervasive developmental disorder فإنه يعد في ذات الوقت شكلاً من أشكال الإعاقة العقلية mental disability التي تلحق بالأطفال منذ الصغر وتظل ملازمة لهم فيما بعد. وقد أسفرت نتائج العديد من الدراسات التي أجريت في هذا المجال عن أن التوحد ومتلازمة داون down syndrome يعدان من أكثر أنماط الإعاقات العقلية شيوعاً بين الأطفال، كما أن حوالي ١٠% من الأطفال الذين يعانون من متلازمة أعراض داون يعانون في ذات الوقت من أعراض التوحد، وهذا بطبيعة الحال يعنى أنه يتم عمل تشخيص مزدوج dual diagnosis لمثل هؤلاء الأطفال حيث نجدهم يعانون من أعراض متلازمة داون من ناحية، ومن أعراض التوحد من ناحية أخرى.

ومما لا شك فيه أن تشخيص التوحد يعد أمراً معقداً مما يجعله أكثر صعوبة من تشخيص متلازمة أعراض داون كما ترى فاتير (١٩٩٨) Vatter وذلك للعديد من الأسباب كما يلي :

١- لا يوجد هناك حتى الآن فحص دم نتأكد من خلاله أن الطفل يعاني من التوحد كما يحدث بالنسبة لمتلازمة داون.

٢- ليس هناك مؤشر جيني محدد يدل على اضطراب التوحد على الرغم من توصل بعض الدراسات إلى وجود جين معين يعد هو المسئول عن هذا الاضطراب حيث توصلت بعض الدراسات إلى أن الكروموزوم رقم ٩ هو المسئول عن ذلك، إلا أن دراسات أخرى نفت هذا الأمر ووجدت أن رقم ٧ هو المسئول، وتوصلت دراسات أخرى إلى أن رقم ١٥ هو المسئول، وعلى ذلك فإن الأدلة على هذا الموضوع لا تزال غير قاطعة تماماً كما هو الحال بالنسبة لمتلازمة داون حيث يعد الأساس الجيني أكثر وضوحاً إذ يعتبر الشذوذ في الكروموزوم رقم ٢١ من الأسباب الأساسية التي تؤدي إليه .

٣- لا توجد هناك ملامح وجمعية مميزة لأولئك الأطفال التوحدين مثلما هو الحال بالنسبة لأقربائهم من ذوي متلازمة أعراض داون .

٤- ليست هناك خصائص معينة يمكن أن تنطبق على الأطفال التوحدين كما هو الحال بالنسبة لأقربائهم من ذوي زملة أو متلازمة داون .

وعلى هذا الأساس فإن تشخيص أولئك الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون يعتبر أكثر موضوعية من تشخيص أقربائهم التوحدين إذ يعد تشخيص الأطفال التوحدين أكثر ذاتية، كما أنه يعتمد على الملاحظة الدقيقة من قبل أشخاص مؤهلين لسلوكيات معينة يأتي بها الطفل وهو الأمر الذي يجعل من تشخيص التوحد مسألة صعبة وحرحة في الوقت ذاته . ولما كان التشخيص يعد هو نقطة الانطلاق الأساسية التي يتم في ضوئها تحديد أساليب الرعاية المناسبة بما تضمنه وتتضمنه من برامج وخدمات واستراتيجيات تدخل يمكن بمقتضاها أن نعمل على الحد من تلك الأعراض الدالة على التوحد، وتعديل بعض هذه السلوكيات التي نعتد على ملاحظتها عند التشخيص فإن تحديد برامج علاجية معينة بغرض التدخل في سبيل الحد من مثل هذه الأعراض تعد مسألة صعبة وحرحة من جراء ذلك وإن كان الأمر يختلف بالنسبة للأطفال من ذوي متلازمة داون حيث يعد تشخيصهم أكثر يسراً، وأكثر موضوعية

وعلى ذلك يتم تحديد برامج التدخل المناسبة بشكل ملائم وأكثر موضوعية. ومن هذا المنطلق فإن الاكتشاف المبكر للتوحد لدى أولئك الأطفال واللجوء إلى ما يعرف ببرامج التدخل المبكر يعد أمراً جوهرياً في هذا الصدد حتى يمكن أن نساعدهم على الاندماج مع الآخرين لأن تأخر اكتشاف التوحد لديهم وتأخر التدخل من جانبنا يؤدي دون شك إلى أن تصبح حياتهم محدودة بشكل كبير جداً قياساً بأقرانهم من ذوى متلازمة داون الذين لا يعانون من ذلك الاضطراب حيث يجد أولئك الأطفال الذين يعانون من مثل هذا التلازم المرضى صعوبة كبيرة على أثر ذلك في التواصل مع الآخرين وبالتالي في الاندماج معهم. وهذا لا يعنى أن نتم بالتوحد لدى هؤلاء الأطفال على حساب متلازمة داون أو أن نتغاضى عن التدخل المبكر للحد من أعراض ومشكلات متلازمة داون بالنسبة لهم.

أعراض التوحد بين ذوى متلازمة داون :

من الجدير بالذكر أن الجانب المعرفى يتأخر لدى الطفل التوحدى والطفل المتخلف عقلياً أو الطفل من ذوى متلازمة داون حيث نجد أن الطفل يظهر على أثر مثل هذا الاضطراب أو ذاك تأخراً دالاً في الفهم والتفكير والاستدلال من جانبه وهذا ما كشفت عنه نتائج العديد من الدراسات في هذا المجال حيث أكدت كما يرى عادل عبدالله (٢٠٠٢- أ) على أن حوالى ٧٥% على الأقل من الأطفال التوحدين يقع مستوى ذكائهم في حدود التخلف العقلى سواء البسيط أو المتوسط وإن كانت هناك نسبة منهم يقع مستوى ذكائهم في حدود التخلف العقلى الشديد. ومن ناحية أخرى فإن هناك إلى جانب ذلك تأخراً واضحاً في الجانب الاجتماعى والانفعالى على حد سواء يتسم به الطفل التوحدى دون الطفل المتخلف عقلياً من ذوى زملة أعراض داون حيث يشير عادل عبدالله (٢٠٠٢- ب) إلى أن الطفل المتخلف عقلياً يعد أكثر تعلقاً بالآخرين قياساً بالطفل التوحدى إذ أوضحت نتائج العديد من الدراسات في هذا المجال أن الطفل التوحدى يميل إلى الأصوات التى تصدر عن مختلف الأشياء قياساً بصوت الأم في حين يميل الطفل المتخلف عقلياً من ذوى زملة داون إلى صوت الأم.

وفي هذا الإطار تشير كولمان وروجرز (1992) Coleman&Rogers إلى أنه فيما يتعلق بالنمو الاجتماعي والانفعالي لذوى متلازمة داون فإن غالبية الأطفال يبدوون قدرأً ضئيلاً من التأخر في هذين الجانبين، كما أنهم غالباً ما يتسمون عندما نتحدث إليهم عندما يكونوا في الشهر الثاني من العمر، ويتسمون تلقائياً في الشهر الثالث، ويميزون والديهم عن الآخرين في الشهر الرابع، ومن ثم فإن معدل التأخر حتى ذلك السن يصل بذلك إلى شهر واحد فقط في المتوسط. وعلى الرغم من أن بعض الدراسات قد كشفت في نتائجها عن أن حدة استجاباتهم الانفعالية كالاتسام والضحك تقل قياساً بأقرانهم العاديين فإن الوالدين مع ذلك يستجيبون بشكل دافئ لبداية الضحك والتلاحم أو التواصل البصري. كذلك فإن الأطفال من ذوى متلازمة داون يبدأون في بعض الألعاب الجماعية التي يشاركون فيها عضو واحد أو أكثر من أعضاء الأسرة وذلك فيما بين الشهر العاشر والشهر السادس عشر من العمر وهو ما يعنى تأخرهم بمعدل ثلاثة شهور في المتوسط عن الأطفال العاديين. أما الدراسات التي تم إجراؤها على مثل هؤلاء الأطفال في العام الثاني من أعمارهم فتوضح أن لديهم بعض المهارات التي يستخدمونها في التواصل الاجتماعي، والتي يمكن أن يستخدمونها إلى جانب ذلك في صرف انتباه الشخص الراشد عن مهمة معينة لا يرغب الطفل في القيام بها. كما توضح تلك النتائج كذلك أن هؤلاء الأطفال يمتازون بالدفء، والميل إلى العناق، والاستجابة الطبيعية للتواصل الجسدى وذلك على خلاف أقرانهم الذين يعانون من أنماط أخرى من الإعاقات العقلية كالتوحد على سبيل المثال. ومما لاشك فيه أن مثل هذه الاستجابة الانفعالية الطبيعية تستمر من جانب هؤلاء الأطفال خلال مراهقتهم وتطور إلى التعاطف مما يجعل الشخص من ذوى متلازمة داون يتسم بالحساسية والاجتماعية.

ومن هذا المنطلق ترى فاتير (1998) Vatter أن جوانب النمو ذات الأهمية التي يجب أن نوليها جل اهتمامنا بالنسبة للطفل من ذوى متلازمة داون الذى يعانى إلى جانب ذلك من اضطراب معقد كالتوحد على سبيل المثال يجب أن تتمثل في الجانب

الاجتماعى والجانب الانفعالى وهما الجانبان اللذان يرى البعض أنه من المتوقع بالنسبة لهما أن يتأثرا بذلك التأخر أو القصور فى النمو المعرفى وهو الأمر الذى لا يرونه دليلاً كافياً على وجود اضطراب مستقل مع أن تشخيص التوحد يعتمد على ذلك الأمر فى جانب كبير منه، وبذلك يصبح الأمر كله مسألة درجة . وتضيف كنت وآخرون (Kent et.al. ١٩٩٩) أننا عندما نلاحظ أن بعض الأطفال من ذوى متلازمة داون يختلفون عن أقرانهم من نفس المتلازمة فى بعض سلوكياتهم أو فى الجانب الاجتماعى أو الانفعالى أو اللغوى فإننا يجب أن نولى هذا الأمر أهمية كبيرة ونبدأ على الفور فى تقييم ثلاثة جوانب لها أهميتها الكبيرة فى هذا الصدد هى :

- ١- اللغة الاجتماعىة أى التى يتم استخدامها فى الجانب الاجتماعى .
- ٢- مهارات التواصل المختلفة .
- ٣- السلوكيات .

وهذا يعنى من وجهة نظرنا أن التوحد يتسم كما نعلم بقصور واضح فى الجانب المعرفى وهو الأمر الذى تناوله نظرية العقل أو المعرفة theory of mind ولذلك يرى البعض أننا يجب أن نتم بتحسين العمليات المعرفية لدى الأطفال التوحدين حتى عند محاولة تنمية مستواهم اللغوى وخلافه، وأن هذا القصور يصاحبه عادة قصور واضح فى الجانبين الاجتماعى والانفعالى، كما أن القصور فى هذين الجانبين يتأثر دون شك بذلك القصور فى الجانب المعرفى وهو ما يعد بمثابة أمر منطقي، وهذا الأمر يميز التوحد عما سواه ويجعل تشخيصه يتطلب الملاحظة الدقيقة لما يصدر عن الطفل من سلوكيات. أما الطفل من ذوى متلازمة داون الذى يعانى من قصور فى الجانبين الاجتماعى والانفعالى على الرغم من كونهما غير ذلك لدى عامة الأطفال من ذوى تلك المتلازمة فيعتبر فى حالة من التلازم المرضى بين التخلف العقلى والتوحد، وبالتالي لا يجب مطلقاً أن ننظر إليه على أنه يعانى من اضطراب مستقل .

ويذهب هاولين وآخرون (Howlin et.al. ١٩٩٥) إلى أن هناك بعض السلوكيات الأساسية التي تشير في جوهرها إلى احتمال وجود التوحد لدى الطفل الذي يعاني من متلازمة أعراض داون يمكن أن نعرض لها على النحو التالي :

١- الوحدة أو العزلة التوحدية الشديدة : وتعكس عدم ميل الطفل إلى الارتباط بالآخرين، وتفضيله أن يظل بمفرده بعيداً عنهم، ونظرته إلى الآخرين على أنهم أشياء وليسوا أشخاصاً إلى جانب عدم مشاركته للآخرين في جماعة معينة للعب . وعلى العكس من الطفل من ذوى متلازمة داون الذي قد يجعل الآخرين يقبلون عليه ويعانقونه فإن الطفل التوحدي لا يرغب في أن يقوم أى شخص آخر بملامسته .

٢- تملكه رغبة قوية وجارفة وقهرية (إن جاز التعبير) في الحفاظ على ترتيب الأشياء بالبيئة المحيطة كما هي سواء كانت البيئة المزلية أو غيرها دون أن يعترها أى تغيير حتى وإن كان ذلك التغيير طفيفاً إذ أن أى تغيير في الترتيب أو في الروتين اليومي قد يؤدي به إلى ثورة كبيرة وغضب شديد .

٣- القصور في التلاحم أو التواصل البصري eye contact فالطفل التوحدي لا يقوم بمثل هذا التواصل ولكنه إذا تحدث إلى الآخرين لا ينظر إلى وجوههم أو أعينهم أو في اتجاههم بل ينظر بطبيعة الحال في اتجاه آخر .

٤- السلوكيات النمطية والمتكررة : وتعكس سلوكيات الطفل تكراراً في الأداء ونمطية فيه كأن يبقى لفترة طويلة من الوقت وفي يده شيء معين أياً كان هذا الشيء وغالباً ما يكون ذلك الشيء تافهاً، كما قد يحرك مثل هذا الشيء في اتجاهات مختلفة كأن يحرك يده به يميناً ويساراً وللخلف والأمام على سبيل المثال، ويظل ينظر إليه وكأنه يقوم بملاحظته .

وفيما يلي نعرض لقائمة بالسلوكيات التوحدية أى التي تميز اضطراب التوحد والتي يديها الطفل التوحدي علماً بأن الطفل من ذوى متلازمة داون قد يأتى ببعض هذه السلوكيات وهو الأمر الذي يجعل من تشخيص التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة

داون أمراً صعباً ومعقداً، ويحتاج بالتالى إلى قدر كبير من التأتى قبل أن نصل إلى قرار يتعلق بذلك. ولا يجب الاعتماد كلية على هذه القائمة عند التشخيص بل يجب أن نراعى تلك المحكمات التى يتضمنها دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) APA والتى تتعلق بتشخيص اضطراب التوحد بين الأطفال وهو ما سوف نعرض له لاحقاً. أما بخصوص قائمة السلوكيات التوحدية هذه فإن الطفل كى يتم تشخيصه كذلك يجب أن تتوفر فيه نصف السمات أو الأعراض المتضمنة على الأقل. ومن ناحية أخرى فإن مثل هذه الأعراض تتباين فى حدتها بين البسيطة إلى الحادة، كما أن درجة الحدة هذه تتباين من عرض إلى آخر، وأن مثل هذه السلوكيات عادة ما تحدث فى المواقف المختلفة، ولا تتناسب مع العمر الزمنى للطفل. وهذه السلوكيات هى :

- ١- يجد الطفل صعوبة فى الاختلاط بالأطفال الآخرين.
- ٢- يصر على أن تبقى الأشياء كما هى دون حدوث أدنى تغيير بها أو بوضعها، كما يقاوم أى تغيير يلحق بالروتين المعتاد.
- ٣- يضحك ويقهقه بشكل غير مناسب.
- ٤- لا يبدى أى خوف من الأخطار الحقيقية فقد يعبر الشارع أمام سيارة مسرعة، أو يتزل فى البحر ويظل يمشى نحو الداخل، وهكذا.
- ٥- يبدى قدراً ضئيلاً من التواصل البصرى، وقد لا يبدى أى تواصل بصرى على الإطلاق.
- ٦- يميل إلى اللعب الغريب، ويتخذ أوضاعاً غريبة لذلك، ويطلق البقاء على مثل هذا الوضع أو ذاك.
- ٧- لا يبدى أى حساسية للألم مهما كانت شدته.

٨- يقوم بترديد الكلام بشكل مرضي echololia وذلك بترديد نفس الكلمات أو العبارات التي ينطق بها شخص آخر بدلاً من الرد عليه بكلمات أو عبارات مناسبة .

٩- يفضل أن يبقى وحيداً أو منعزلاً عن الآخرين .

١٠- لا يفضل غالبية هؤلاء الأطفال أن يقوم أى شخص آخر بعناقهم أو ملامستهم جسدياً .

١١- يقوم الطفل بتدوير تلك الأشياء التي يمسك بها وكأنها نحلة (لعبة) .

١٢- لا يستجيب لأى إشارة لفظية ويتصرف بالتالى وكأنه أصم .

١٣- يبدى تعلقاً غير مناسب بالأشياء المختلفة، بل ويفضل التعلق بمثل هذه الأشياء عن التعلق بالآخرين .

١٤- يجد صعوبة فى التعبير عن حاجاته، ويستخدم الإشارات المختلفة أو يشير بيده بدلاً من التعبير عن ذلك بالكلمات فيشير إلى كوب مملوء بالماء مثلاً إذا كان يريد أن يشرب أو ما إلى ذلك، وهكذا .

١٥- قد يبدى نشاطاً جسمياً مفرطاً أو قدراً مغالى فيه من القصور فى مثل هذا النشاط يصل به إلى حد الخمول .

١٦- يبدى نوبات متعددة وقد تكون مفاجئة من الغضب أو الصراخ أو البكاء دون سبب واضح، فقد يتألم ويصرخ بشكل مفرط مثلاً دون أن يوجد أى سبب لذلك .

١٧- لا يبدى أى استجابة لأساليب التعلم العادية كتلك التي نستخدمها لتعليم الأطفال القراءة والكتابة مثلاً كأن نكتب لهم الحروف على السبورة أو فى كراسة وخلافه .

١٨- معدل نمو مهاراته الحركية العامة gross والدقيقة fine غير مستو حيث يوجد تفاوت كبير بين معدل النمو في تلك المهارات إذ نجد في الوقت الذي يرفض فيه أن يركل الكرة يقدمه يقوم بوضع مجموعة من المكعبات فوق بعضها البعض بطريقة لا بأس بها.

ويذهب بارى (١٩٩٧) Pary إلى أن القصور في العلاقات الاجتماعية من جانب مثل هؤلاء الأطفال قد يتمثل في عدد من المظاهر كما يلي :

- ١- قصور في الوعي بمشاعر الآخرين وإدراكها.
- ٢- قصور حاد في القدرة على التقليد أو المحاكاة.
- ٣- قصور في القدرة على اللعب الاجتماعي.
- ٤- قصور حاد في التواصل البصرى والتواصل غير اللفظى عامة.
- ٥- قصور في القدرة على التخيل أو الخيال بشكل عام.
- ٦- قصور في القدرة على إقامة علاقات اجتماعية جيدة مع الأقران.
- ٧- قصور في القدرة على البحث عن المتعة والسعادة.

وفيما يتعلق بالنمطية التي يديها هذا الطفل وتميزه عن غيره من الأطفال فإنها تتمثل هي الأخرى في عدد من المظاهر على النحو التالى :

- ١- الحديث النمطى والمتكرر مع وجود بعض اضطرابات النطق لمن يستطيع التحدث إلى جانب التردد المرضى للكلام.
- ٢- التمسك بروتين نمطى صارم والإصرار عليه.
- ٣- تتسم حركاته وسلوكه عامة بالنمطية.
- ٤- الانزعاج من أى تغيير يلحق بما يألفه من أشياء حتى وإن كان هذا التغيير طفيف.

أما بالنسبة للسلوكيات المميزة لهذا الطفل والاهتمامات التي يبيدها فإنها تتمثل كذلك من جانب آخر في عدة مظاهر يمكن أن نعرض لها كما يلي :

- ١- لا يميل غالبية هؤلاء الأطفال إلى التلامس الجسدى بل إنهم يكرهون ذلك .
- ٢- يبدون سلوكيات عدوانية مختلفة تجاه الأقران .
- ٣- يظلون يرفرفون بأيديهم وكأنهم سيطيرون .
- ٤- الانشغال بأجزاء من الأشياء وغالباً ما تكون تافهة .
- ٥- الانشغال باهتمامات محدودة ومحددة .

ومن الملاحظ أن مثل هذه الخصائص جميعاً تعكسها نتائج دراسة هاولين وآخرين (Howlin et.al (١٩٩٥) والتي تم إجراؤها على أربعة أطفال من ذوى متلازمة داون تم تشخيصهم على أنهم يعانون من التوحد إلى جانب ذلك حيث كانت تنطبق عليهم تلك المحكات الخاصة باضطراب التوحد، وتم عزو المشكلات التي يواجهونها إلى ذلك التأخر المعرفى الذى كانوا يعانون منه على الرغم من أن سلوكهم وتطورهم العام كان يختلف بشكل دال عن أقرانهم من ذوى متلازمة داون ممن لا يعانون مثلهم من التوحد وذلك فى العديد من المجالات والجوانب ذات الأهمية . أما بالنسبة للعمر الزمنى لهؤلاء الأطفال فقد كان أحدهم فى الثامنة من عمره، وكان آخر فى التاسعة، بينما كان الاثنان الأخيران فى الحادية عشرة . وقد انطبقت عليهم جميعاً تلك المحكات الخاصة بالتوحد من حيث قصور تفاعلاتهم الاجتماعية، وقصور فى التواصل من جانبهم، وتمسكهم بالروتين النمطي . وقد اتضح قصورهم فى التفاعلات الاجتماعية من قصور وعيهم بمشاعر الآخرين، وعدم قدرتهم على البحث عن مصادر السعادة بالنسبة لهم، وقصور التخيل واللعب الاجتماعى، وضعف علاقاتهم بالأقران إلى جانب القصور فى التواصل البصرى وغير اللفظى عامة . وقد أوضح ثلاثة منهم كلاماً نمطياً، أما بالنسبة للاهتمامات النمطية والروتين النمطي فقد كانوا موجودين لدى الأطفال الأربعة جميعاً وهو ما عكسته حركاتهم النمطية، وانشغالهم بأجزاء من الأشياء،

وشعورهم بالضيق والتوتر من جراء حدوث أى تغييرات ولو طفيفة فى الأشياء المحيطة أو الروتين اليومي، وإصرارهم على التمسك بالروتين المعتاد، وانشغالهم باهتمامات محدودة. وكان هناك طفلان منهم يكرهون التلامس الجسدى فى حين أبدى الأطفال جميعاً سلوكيات عدوانية تجاه أقرانهم فكانوا يقومون بدفعهم بعيداً عنهم. كما كانوا أيضاً يرفرفون بأيديهم وكأنهم سيطيرون، بينما كان يقوم ثلاثة منهم بأرجحة أجسامهم أو هزها للأمام والخلف. وقد تراوحت اهتماماتهم الخاصة بين وضع الأشياء المختلفة فى صناديق، وشرائط فيديو معينة، والأشياء التى تدور أو يمكن تدويرها، وإشعال الشموع وإطفائها أو إضاءة المصابيح الكهربائية وإطفائها. كذلك فقد أبدوا جميعاً تعلقاً بأشياء لا قيمة لها كأوراق الأشجار أو العصى أو قطع الأثاث أو فرشاة الشعر أو قطعة صغيرة من خرطوم. كما كانوا جميعاً يقومون بأنماط سلوكية يومية معينة، وتحديد أماكن معينة كى يضعوا فيها الأشياء المختلفة التى كانت يجوزهم بحيث لا يتم وضعها مطلقاً إلا فى تلك الأماكن على وجه التحديد دون سواها.

معدل انتشار التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة داون :

تشير مارى كولمان (1986) Coleman, M. إلى أن معدلات حدوث متلازمة داون تتراوح بين 1 - 1,2 لكل ألف حالة ولادة فى حين تتراوح معدلات حدوث التوحد بين 0,4 - 0,5 لكل ألف حالة ولادة، ويشير عادل عبدالله (2002 - ب) إلى أن الإحصائيات الحديثة فى الولايات المتحدة الأمريكية والتى أصدرتها الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of America 1999) تؤكد على نفس معدل انتشار التوحد وتحده بأنه يتراوح بين 4 - 5 لكل عشرة آلاف حالة ولادة وهو الأمر الذى جعله بناء على أعداد من يعانون منه ثالث أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً متخطياً فى نسبة أعداد من يعانون منه زملة داون حيث هناك حوالى خمسمائة ألف شخص فى الولايات المتحدة وحدها يعانون منه، وعلى هذا الأساس تؤكد كولمان Coleman أن كلاً من متلازمة أعراض داون والتوحد يعدان من بين أكثر

both down's syndrome and autism . أنماط الإعاقات العقلية شيوياً بين الأطفال .
are among the more common forms of mental handicaps seen in children.

إلا أن التقرير الذي نشره الاتحاد القومي لأبحاث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) NAAR يؤكد أن عدد الذين يعانون من هذا الاضطراب بالولايات المتحدة قد تجاوز المليون شخص، وأن نسبة الإصابة به قد تجاوزت نسبتها السابقة بكثير حيث أصبحت ١ : ٢٥٠ حالة ولادة وهو الأمر الذي جعله ثاني أكثر الاضطرابات النمائية انتشاراً، وليس ثالثها كما كان من قبل، ولا يسبقه في ذلك سوى التخلف العقلي فقط . second only to mental retardation ومن ناحية أخرى فإن نتائج الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الإطار تؤكد أن نسبة انتشار التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة داون ليست نسبة كبيرة حيث أن وجود مثل هذا التلازم المرضى لا يزيد في أعلى حالاته عن ١٠% ، كما أن التراث السيكلوجي حول هذا الموضوع لا يزال في حاجة إلى إجراء المزيد من الدراسات كي يتم التأكد من هذه النسبة . وجددير بالذكر أن هناك دراسات مختلفة تجريبية ووصفية تناول هذا الأمر، فعلى صعيد الدراسات التجريبية تشير فاتير (١٩٩٨) Vatter إلى أن وينج وجولد Wing&Gould قد وجدا في دراستهما التي أجريها عام ١٩٧٩ أن أربعة أطفال من بين ثلاثين طفلاً من ذوى متلازمة داون هم الذين لديهم مثل هذا التلازم المرضى بين التوحد ومتلازمة داون، وبذلك تصل نسبته إلى ١٠% . أما جازيودين وآخرون (١٩٩٢) Ghaziuddin et.al. فقد وجدوا طفلين فقط تنطبق عليهما المحكات الخاصة بالاضطراب التوحدي وذلك بين العينة الكلية التي أجروا دراستهم تلك عليها والتي بلغت أربعين طفلاً من ذوى متلازمة داون، وبذلك تصل نسبة التلازم المرضى إلى ٥% . بينما وجد تورك (١٩٩٢) Turk أن نسبة انتشار التوحد بين أطفال داون تصل إلى ٩% ، ووفقاً لدراسة كنت وآخرين (١٩٩٩) Kent et.al. فإن هذه النسبة قد بلغت ٧% مجد أدنى حيث بلغت العينة الكلية للدراسة ٥٨ طفلاً ولم تنطبق محكات التوحد سوى على أربعة أطفال فقط، أما النسبة الحقيقية لمعدل

الانتشار في تلك الدراسة فقد بلغت ١٢% حيث كان عدد الأطفال الذين أكملوا الاختبارات المستخدمة بعد إجراء المقابلات وبعد ملاحظة سلوكياتهم ٣٣ طفلاً فقط. كما أن أحد عشر طفلاً من باقى أفراد العينة الذين بلغ عددهم ٢٩ طفلاً قد أبدوا انشغالاً مرضياً بأشياء معينة إلى جانب سلوكيات نمطية ومتكررة. وبذلك فإن نسبة انتشار هذا التلازم المرضى وفقاً لتلك الدراسة تتراوح في المتوسط بين ٧ - ١٢%. أما الدراسات الوصفية على الجانب الآخر فقد كشفت عن وجود معدل أقل لانتشار هذا التلازم المرضى بين الاضطرابين حيث وجد مايرز ويوشيل (١٩٩١) Myers&Pueschel ما لا يزيد عن ١% من أفراد العينة التي أجريا دراستهما تلك عليها والتي بلغ عددها الإجمالي ٤٩٧ طفلاً هم الذين تتوفر لديهم المحكات الخاصة بكل الاضطرابين معاً، ووجد كولاكوت وآخرون (١٩٩٢) Collacut et.al نسبة تزيد عن ذلك حيث بلغت ٢,٢% من مجموع ٣٧١ طفلاً تم إجراء تلك الدراسة عليهم. وقد دارت دراسات وصفية كثيرة حول تلك النسبة التي تعكس مثل هذا التلازم المرضى، إلا أن هذا المعدل المنخفض لا يعكس في الواقع حقيقة انتشار هذا الاضطراب بين الأطفال من ذوى متلازمة داون لأن مثل هذه الدراسات وغيرها قد تم إجراؤها في الأساس بغرض التعرف على بعض الاضطرابات التي يمكن أن تصاحب متلازمة داون، ولم تبحث في الأصل عن اضطراب التوحد فقط بل كان هدفها في الواقع هو محاولة التعرف على مدى وجود اضطرابات مختلفة كالاكتئاب، واضطرابات الشخصية، والاضطرابات السلوكية، والاضطرابات الانفعالية، والتوحد وغيرها بين الأطفال والمراهقين من ذوى متلازمة داون.

وفي تعليقها على هذا الأمر ترى فاتير (١٩٩٨) Vatter أنه إذا تم فحص الملف الصحى للطفل منذ طفولته المبكرة، وتم تشخيصه بناء على تلك الملاحظات التي تمت آنذاك مع وضع اختلاف مفهوم التوحد وأسبابه في الاعتبار وذلك من كونه يرجع إلى الوالدين وبرودتهما الانفعالية، إلى كونه يمثل شكلاً من أشكال فصام الطفولة، إلى كونه اضطراب سلوكي، إلى كون البعض ينظرون إلى سلوكيات الطفل على أنها

شبيهة بالتوحد autistic-like behaviors وذلك خلال الحقب المختلفة السابقة إلى أن تغيرت النظرة إليه وأصبح يعد بمثابة اضطراب نمائي عام أو منتشر فإن تلك الحالات التي تم تشخيصها بشكل خاطئ على أنها ليست توحديّة استناداً إلى المفهوم والأسس والأسباب التي كانت سائدة آنذاك سوف يعاد تصنيفها على أنها حالات توحد، ومن ثم فإن نسبة الاضطراب التوحدي بين الأطفال من ذوى متلازمة داون لن تقل في ضوء ذلك عن ١٦% بأى حال من الأحوال .

تشخيص التوحد بين ذوى متلازمة داون :

يتم تشخيص التوحد عن طريق تقييم سلوك الطفل وذلك في ضوء ستة عشر عرضاً يقدمها دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عام ١٩٩٤ عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA وإذا أبدى الطفل ثمانية أعراض أو أكثر يتم تشخيصه كذلك . وتتجمع هذه الأعراض في أربعة مجالات عامة على النحو التالي :

- ١- قصور حاد في التفاعلات الاجتماعية .
- ٢- قصور حاد في التواصل والخيال .
- ٣- اهتمامات وأنشطة محددة ومحدودة للغاية .
- ٤- ظهور الاضطراب وملاحظته في البداية خلال مرحلة المهد والطفولة المبكرة .

ومما لا شك فيه أن هناك بعض الحالات كما يحدث في حالة متلازمة داون يعمل التخلف العقلي خلالها على إخفاء التوحد ويعوق التوصل إليه وتشخيصه بشكل دقيق مما يؤدي إلى تأخر تشخيص التوحد بالنسبة للطفل إلى ما بعد السن المحددة في الدليل التشخيصي لظهور التوحد وذلك قياساً بما يمكن أن يتم بالنسبة لأقرانه ممن لا يعانون من تلك المتلازمة، كما قد يؤدي أيضاً إلى عدم تشخيص الطفل كذلك وهو الأمر الذي يحول بينه وبين تقديم التدخلات المناسبة التي يمكن أن تعود بالفائدة عليه .

ويعتبر تشخيص التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة داون أمراً صعباً ومعقداً للغاية قياساً بتشخيصه بين الأطفال الذين لا يعانون من هذه المتلازمة حيث أن بعض المحركات الخاصة بالتوحد والتي يعرض لها الدليل التشخيصى توجد بشكل طبيعى أو عادى بين الأطفال من ذوى متلازمة داون، وهى بذلك لا تعنى فى حد ذاتها أن مثل هذا الطفل يعانى من التوحد. وفيما يلى عرض لأهم هذه المحركات مع تعليق عقب كل منها يوضح ما إذا كان هذا المحك أو ذاك يوجد بشكل عادى بين الأطفال من ذوى متلازمة داون، أم أنه يشير إلى التوحد فقط. وعند تشخيص التوحد لدى الطفل من ذوى متلازمة داون يجب أن نراعى أمرين هامين هما :

- فحص كل محك على حدة وذلك فيما يتعلق بكونه يوجد بشكل عادى لديه هو وأقرانه من نفس المتلازمة أم لا .

- إذا كان المحك بطبيعته يوجد لدى الطفل وأقرانه فهل يزيد مدى حدته عن وضعه الطبيعى لدى الطفل من ذوى نفس المتلازمة الذى لا يعانى من التوحد أم لا .

أما عن هذه المحركات فيمكن أن نعرض لها كما يلى :

أولاً : يجب أن يتوفر لدى الطفل ستة محركات أو أكثر من البنود (١، ٢، ٣) بشرط أن يتوفر لديه

محركان على الأقل من البند (١)، ومحك واحد على الأقل من كل من البندين (٢، ٣) .

١- قصور كفى فى التفاعل الاجتماعى من جانب الطفل كما يتضح من توفر اثنين على الأقل من المحركات التالية :

أ- قصور واضح فى استخدام السلوكيات المتعددة غير اللفظية كالتواصل البصري، وتعبيرات الوجوه، والأوضاع الجسمية، والإشارات وذلك لتنظيم التفاعل الاجتماعى.

* لا توجد بشكل عادي لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون، وتعد مؤشراً للتوحد.

ب- عدم القدرة على إقامة علاقات مع الأقران تناسب مع المستوى النمائي للطفل.

* لا توجد بشكل عادي لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون، وتعد مؤشراً للتوحد.

ج- قصور في البحث التلقائي للطفل لمشاركة الآخرين في الاستمتاع، والاهتمامات، والإنجازات (كالقصور مثلاً في عرض الأشياء موضع الاهتمام، أو إحضارها، أو الإشارة إليها).

* توجد إلى حد كبير بين الأطفال من ذوى متلازمة داون، ولكنها تكون أكثر ظهوراً في حالة التوحد كما تكون أكثر ارتباطاً به.

د- قصور في التبادل الاجتماعي أو الانفعالي.

* توجد إلى حد كبير بين الأطفال من ذوى متلازمة داون، ولكنها تكون أكثر ظهوراً في حالة التوحد كما تكون أكثر ارتباطاً به.

٢- قصور كفي في التواصل كما يتضح من توفر واحد على الأقل من المحركات التالية :

أ- تأخر أو قصور كلي في اللغة المنطوقة (غير مصحوب بمحاولات من جانب الطفل للتعويض وذلك باللجوء إلى أساليب بديلة للتواصل كالإشارات أو التمثيل الصامت).

* لا توجد بشكل عادي لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون.

ب- يلاحظ بالنسبة للأطفال الذين يتمتعون بقدر معقول من المفردات اللغوية وجود قصور واضح في قدرتهم على المبادأة بالحديث أو إجراء محادثات مع الآخرين.

* توجد بشكل عادي لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون وذلك على الرغم من عدم ظهورها بقدر يماثل وجودها لدى الأطفال التوحدين.

ج- الاستخدام النمطى والمتكرر للغة المنطوقة أو للغة غريبة أو شاذة في مفرداتها اللغوية وطريقة النطق.

* توجد إلى حد ما بين الأطفال من ذوى متلازمة داون ولكنها لا تصل إلى ذلك الحد الذى تظهر به لدى الأطفال التوحدين.

د- قصور في اللعب المتنوع أو التلقائى أو التظاهرى make-believe أو الاجتماعى الذى يتناسب مع المستوى النمائى الذى يفترض أن يصل الطفل إليه آنذاك.

* لا توجد بشكل معتاد لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون.

٣- وجود أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة تتسم بالتقييد والنمطية والتكرار كما يتضح من توفر واحد على الأقل من المحكات التالية :

أ- الاهتمام أو الانشغال الكلى بواحد أو أكثر من أنماط الاهتمامات التى تتسم بالنمطية والتقييد والذى يعتبر شاذاً في مدى حدته أو محور اهتمامه وبؤرته.

* لا توجد بشكل معتاد لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون.

ب- التمسك الصارم بطقوس معينة وروتين غير عملى وغير مجد.

* لا توجد بشكل معتاد لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون.

ج- وجود أسلوب حركى معين يتسم بالنمطية والتكرار (كالتصفيق باليد أو ضرب الأصابع في بعضها أو التحرك

بشكل دائري twisty أو متلوى أو القيام بحركات معقدة
بكامل الجسم على سبيل المثال) .

* لا توجد بشكل معتاد لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون .

د- الانشغال المستمر بأجزاء من الأشياء .

* لا توجد بشكل معتاد لدى الأطفال من ذوى متلازمة داون .

ثانياً : قصور أو أداء شاذ في واحد على الأقل من ثلاثة مجالات على أن تكون
بدايته قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره . وهذه المجالات هي :

١- التفاعل الاجتماعي .

٢- اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي .

٣- اللعب الرمزي أو الخيالي .

* يبدى الأطفال من ذوى متلازمة داون بعضاً من أوجه القصور تلك
اعتماداً على مدى حدة تخلفهم العقلي . ونظراً لأن ذلك لا يعد أمراً غير
متوقع كلية فعادة ما يتم تجاهله في التقارير والسجلات الخاصة بمؤلاء
الأطفال، وبالتالي لا تتم ملاحظته . وعلى ذلك فعندما يتم تشخيص الطفل
على أنه يعاني من اضطراب التوحد في سن تالية تعتبر متأخرة على اكتشاف
التوحد خلالها ينبغي آنذاك أن يتم الرجوع إلى السجلات الخاصة بالطفل،
وهنا لن نجد أى إشارة إليه في تلك السجلات نظراً لأن أحداً لم يفكر في
ذلك، كما أنه لم يخطر ببال أحد من المحيطين بالطفل أن يفكر في احتمال
وجود مثل هذا الاضطراب . وهنا قد يتم استبعاد التشخيص المحتمل للتوحد
لأن ظهوره لم يكن خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل والذي يعد
بمثابة أحد الشروط الضرورية لذلك . ومن هذا المنطلق فإننا قد نجد بعض
الأطفال من ذوى متلازمة أعراض داون يعانون من اضطراب التوحد،

ولكنهم مع ذلك لم يتم تشخيصهم على هذا الأساس لأسباب مماثلة أو حتى للأسباب سالفه الذكر .

ثالثاً : لا يحدث مثل هذا الاضطراب أو الإزعاج في حالة متلازمة ريت Rett أو اضطراب الطفولة التفككي أو التفسخي . childhood disintegrative disorder

* بالنسبة لمتلازمة أسبرجر Asperger يشير عادل عبدالله(٢٠٠٤) إلى أنه من النادر جداً أن توجد لدى طفل تقل نسبة ذكائه عن المتوسط ، وبالتالي فإن وجود مثل هذه المتلازمة أو تلازمها المرضى بين الأطفال من ذوى متلازمة داون أو أولئك الأطفال المتخلفين عقلياً بشكل عام يعد أمراً نادراً جداً .

هذا ويضيف رازموسين وآخرون (٢٠٠١) Rasmussen et.al. بعض العوامل الصحية والمتغيرات الإكلينيكية التي يجب أن نضعها في اعتبارنا عند إجراء مثل هذا التشخيص حتى يكون دقيقاً حيث أسفرت نتائج الدراسة التي أجروها على عينة من الأفراد من ذوى متلازمة داون الذين يعانون من اضطراب التوحد قوامها ٢٥ مفحوصاً منهم ١٣ من الذكور، و ١٢ من الإناث تتراوح أعمارهم بين ٤-٣٣ سنة بمتوسط عمري ١٤,٤ سنة وانحراف معياري ٤,٧ سنة عن وجود عوامل صحية ومتغيرات إكلينيكية معينة تسهم في حدوث هذا التلازم المرضى منها :

١- عوامل صحية عامة ذات أهمية في استمرار التوحد، وظهرت لدى أحد عشر مفحوصاً.

٢- عوامل أخرى لها أهميتها، ومنها ما يلي :

أ- تاريخ مرضى للتوحد وما يرتبط به من اضطرابات، وذلك لدى خمسة مفحوصين .

ب - تشنجات طفلية، وذلك لدى خمسة مفحوصين .

ج- قصور درقى (قصور فى الغدة الدرقية) فى وقت مبكر من العمر،
وذلك لدى ثلاثة مفحوصين .

د- إصابات الدماغ بعد إجراء عمليات معقدة فى القلب، وذلك لدى اثنين
من المفحوصين .

هـ- الائتلاف بين هذه العوامل جميعاً، أو بين أكثر من عامل واحد منه .
ومن هذا المنطلق فإن التشخيص الدقيق لمثل هذه الحالات، والتعرف عليها، وتقييم
حالاتهم يعد أمراً جوهرياً فى سبيل تقديم أساليب الرعاية الملائمة بما تضمه وتتضمنه
من برامج وخدمات واستراتيجيات تدخل متنوعة .

وتشير مارى كولمان (1986) Coleman,M. إلى أن هناك بعض الاعتبارات التى
يجب مراعاتها عند التشخيص الإكلينيكي للطفل الذى يعانى من كلتا الحالتين فى ذات
الوقت حيث ترى أنه ينبغى أن ينطبق عليه اثنين أو أكثر من المحكات التالية :

١- قصور دال فى العلاقات الاجتماعية مع الوالدين والأقران مع قصور فى
التواصل البصري، وميل واضح إلى العزلة أو الوحدة .

٢- التمسك بروتين نمطى صارم ومتكرر مثل وضع الأشياء المختلفة
وتنظيمها فى صف مثلاً، أو الإصرار على ارتداء نفس الملابس، أو تناول
نفس الطعام، أو الإبقاء على مسافات معينة بين الأشياء أو الأطباق حين
تناول الطعام مثلاً، وما إلى ذلك . وعادة ما ينجذب مثل هؤلاء الأطفال
إلى الأشياء الدائرية أو التى تدور كإطارات سيارات اللعب، أو
التسجيلات إلى جانب التعلق الغريب أو الشاذ بأشياء معينة كشرائط
القماش، أو الدبابيس التى تثبت على الملابس، أو الأشياء التافهة، أو قطع
من الألعاب البلاستيكية .

٣- استجابة حسية غير ثابتة وغير عادية وهو ما يمكن أن يظهر بين أولئك الأطفال الذين يبدون وكأنهم صم في وقت ما وشديدي الحساسية للصوت في وقت آخر. ومن الأمثلة الأخرى التي تدل على هذا الأمر أننا أحياناً نجد أن الطفل يقشعر بمجرد لمسه في حين نجده في وقت آخر يستمتع بزغزغته (مداعبته) بشدة .

٤- تمتع الطفل رغم المستوى العام لتخلفه العقلي بقدرة خاصة ذات مستوى مغاير تماماً للمستويات الأخرى لأدائه العقلي . وقد تكون تلك المهارة في الموسيقى، أو الفن والرسم، أو فك وتركيب الألغاز، أو المهارات البصرية المكانية الأخرى .

ومن الأمور الهامة التي يجب أن تتبادر إلى الذهن عند تقييم حالة الطفل تحديد ما إذا كانت كلتا الحالتين موجودتين لدى الطفل (متلازمة داون والتوحد) في الوقت ذاته، أو ما إذا كانت أعراض التوحد عند الطفل تظهر في الأساس كأثر غير عادي لشذوذ في الكروموزوم رقم ٢١ عنده أى نتيجة لمتلازمة داون . ومن الأمثلة على ذلك أن نجد أن الطفل من ذوى متلازمة داون يعاني من متلازمة التشنجات الطفلية *infantile spasms syndrome* وهو ما يمكن أن يؤدي فيما بعد إلى ظهور أعراض الاضطراب التوحدي لديه . وهناك أمور أخرى تضاف إلى صعوبة تقييم أعراض الاضطراب التوحدي لدى الطفل من ذوى متلازمة داون كأن يبدو الطفل وكأنه لا يسمع مثلاً شريطة ألا يرجع ذلك إلى أى إصابة في أذنيه تعوقه عن السمع وهي إصابات تشيع بين أطفال تلك المتلازمة . كذلك فإن الطفل سريع الغضب والاستتارة الذي ينسحب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية والذي ينخفض لديه مستوى التواصل البصرى بدرجة كبيرة قد يعاني من عدوى غير معروفة كتلك التي تصيب المثانة *bladder* أو الأذن الوسطى أو غيرها مما يشيع أيضاً بين أطفال تلك المتلازمة . وبالتالي فإن مثل هذا الطفل لا يتم تشخيصه على أنه يعاني من التوحد إلا في ظل وجود ثلاثة شروط جوهرية تتمثل فيما يلي :

- ١- أن يمثل السلوك المشكل من جانبه والذي نقوم بملاحظته نمطاً ثابتاً يميزه .
- ٢- أن يظل مثل هذا السلوك ثابتاً خلال فترة زمنية ليست قصيرة .
- ٣- ألا يكون الطفل مصاباً بأى أمراض يمكن أن يكون مثل هذا السلوك نتيجة لها .

ومن النقاط المهمة في هذا الصدد أننا عندما نصل إلى ذلك التشخيص المزدوج للطفل يجب أن نأخذ الحيلة والحذر في تناول مشكلاته السلوكية المختلفة فلا نلجأ إلى وصف جرعات من الدواء لعلاج مثل هذه الاضطرابات السلوكية كأن نعالج بها قصور الانتباه مثلاً حيث أن مثل هذا العلاج الدوائي قد يؤثر سلباً على بعض أعراض التوحد في بعض الحالات .

بعض المشكلات التي تعوق تشخيص التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة داون :

من الجدير بالذكر أن نسبة انتشار التوحد بين الأطفال ذوى متلازمة داون لا يتعدى ١٠% كما أوضحنا سلفاً، وهناك أسباب عديدة تفسر انخفاض معدل الانتشار هذا عن حجمه الطبيعي حيث أنه كما ذكرنا من قبل إذا ما وضعنا في اعتبارنا اختلاف مفهوم وأسباب التوحد والعوامل المساعدة على حدوثه وذلك خلال الحقب الزمنية السالفة فإن كثيراً من الحالات التي تم تشخيصها على أنها ليست توحديّة سوف يتضح أنها تعتبر حالات توحد، وهو ما سوف يؤدي إلى ارتفاع معدل انتشار التوحد بين ذوى متلازمة داون إلى ١٦% على الأقل . كذلك فإن الأسباب المتعددة والمتباينة التي تفسر انخفاض معدل الانتشار هذا لا تعكس في الواقع عدم وجود أولئك الأطفال ذوى التشخيص المزدوج، ولكن الحقيقة أن الأخصائيين أو من يقومون بعملية التشخيص قد لا ينظرون إلى التوحد أو يفكرون فيه أثناء تشخيصهم لمثل هؤلاء الأطفال، كما أن هناك بعض المحكات الخاصة بالتوحد كما يعرض لها الدليل التشخيصي تنطبق على الأطفال من ذوى متلازمة داون أيضاً بغض النظر عن مدى

حدثها من جانبهم وهو ما لا ينظر الأخصائيون إليه أو يعيروه اهتماماً. ومن هذه الأسباب ما يلي :

١- أن الدليل التشخيصي يضع محكاً أساسياً للتوحد يحدد فيه أن هذا الاضطراب يجب أن يظهر قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره. ونحن نلاحظ أن الوالدين والأخصائيين في حالة متلازمة داون يركزون أساساً على هذه المتلازمة في حد ذاتها خاصة وأن هناك العديد من الخصائص التي تدل عليها والتي يرون أنها تتوفر لدى الطفل سواء كانت خصائص جسمية أو اجتماعية أو انفعالية، كما أنها قد يلجأون إلى تحليل الدم كى يتأكدوا من الحالة على ضوء ذلك. وبالتالي فإن محور اهتمامهم ينصب على ما يمكن أن يترتب على مثل هذه الحالة من مضاعفات أو مشكلات متباينة حتى يتمكنوا من الحد مما قد يترتب عليها من آثار سلبية. وبذلك إذا لاحظوا وجود بعض محكات التوحد لدى الطفل فإن عمره الزمني آنذاك يكون قد تجاوز الثالثة بكثير، ومن ثم فإنهم في الغالب لا يعتبرون ذلك توحداً حيث يتمسكون بهذا المحك. وإلى جانب ذلك فإن الملف الصحي للطفل لا يتضمن أى إشارة عن التوحد حتى بلوغه الثالثة من عمره. وبذلك يصبح هذا المحك عائقاً أمام التشخيص الدقيق للطفل حال وجود مثل هذا التلازم المرضي.

٢- أن هذه الحالة تتضمن حدوث تأخر في معدل النمو في العديد من جوانبه المختلفة، ورغم حدوث مثل هذا التأخر في حالة اضطراب التوحد فإن الوالدين والأخصائيين لا يفكرون في التوحد آنذاك بل في متلازمة داون. وقد يرجع ذلك إلى عدم توفر معلومات كافية لديهم عن هذا الاضطراب وأسبابه وتطوره وكيفية التدخل للحد منه.

٣- يؤدي عدم إلمام الوالدين بأعراض التوحد، وعدم وجود فكرة واضحة عنه لديهما رغم أنهما هم الأكثر تعاملًا مع الطفل وملاحظة لسلوكياته إلى

عدم تفكيرهما في هذا الأمر وبالتالي عدم قيامهما بلفت نظر الأخصائي إليه حيث يعتبران أن ما يصدر عن الطفل من سلوكيات إنما يرجع في الأساس إلى متلازمة داون. كذلك فإن بعض الأخصائيين الذين يتعاملون مع الطفل ليست لديهم أيضاً معلومات كافية عن اضطراب التوحد مما يؤدي بطبيعة الحال إلى نفس النتيجة .

٤- أن بعض المحكات التي يعرضها الدليل التشخيصي كمحكات للتوحد إنما تنطبق على زملة أو متلازمة أعراض داون أيضاً، وبالتالي فإن البعض قد يقوم باستبعاد مثل هذه المحكات لأنها تنطبق بالفعل على الطفل ولا يستطيع أن يقوم بتقييم مدى حدتها بشكل صحيح، ومن ثم فإن المحكات الباقية لن يصل عددها لدى الطفل إلى حد المحكات الثمانية المطلوب توفرها للتوحد حتى يتم تشخيص الطفل كذلك. وعلى هذا الأساس يتم استبعاد تشخيص التوحد لدى الطفل .

٥- أن البعض قد يبحث عند تشخيص التوحد عن حالات توحد بحتة مع استبعاد حدوث التخلف العقلي كما هو الحال في متلازمة داون مع أن مثل هذا الوضع قد يكون صعباً في العديد من الحالات حيث أن اضطراب التوحد كاضطراب ثنائي عام أو منتشر يؤثر على العديد من جوانب النمو المختلفة ومنها الجانب العقلي المعرفي لدرجة أن حوالي ٧٥% تقريباً من الأطفال التوحدين يقع ذكاؤهم كما أسلفنا في حدود التخلف العقلي وهو ما يعني أن العديد من هؤلاء الأطفال يعدون من المتخلفين عقلياً. ونظراً لأننا في مصر نعتمد فقط على نسبة الذكاء عند تشخيص التخلف العقلي دون اللجوء في الغالب إلى مقاييس للسلوك التكيفي فإننا نعتبر مثل هؤلاء الأطفال من المتخلفين عقلياً ويتم بالتالي إلحاقهم بمدارس أو معاهد التربية الفكرية، ويضاف إلى ذلك أن معلوماتنا عن التوحد تعد محدودة للغاية. وإذا كنا نلاحظ وجود دلائل عديدة على متلازمة داون عند

الطفل ولا نستطيع أن نحدد بعض هذه الدلائل بالنسبة لاضطراب التوحد فإن ذلك من شأنه أن يجعلنا نستبعد تشخيص التوحد بالنسبة للطفل من ذوى متلازمة أعراض داون .

٦- أن بعض الأخصائيين يفضل عند يقينه بوجود التوحد لدى الطفل من ذوى متلازمة داون ألا يزعم الأسرة بوجود اضطراب آخر لدى الطفل، ويكتفى فقط بمعرفتهم لحقيقة أن الطفل متخلف عقلياً. وقد يرى في مثل هذا الأمر تخفيفاً من وقع الصدمة على الأسرة، لكنه بهذه الطريقة يحرم الطفل من الخضوع لبرامج التدخل الخاصة بالأطفال التوحدين والتي قد تساعده حتى على الاندماج مع أقرانه المتخلفين عقلياً الموجودين معه بمدرسة التربية الفكرية التي يكون قد تم إلحاقه بها آنذاك. ومع تسليمنا بوجود قدر من التداخل بين برامج التدخل المقدمة لكلتا الفئتين فإننا لا ننكر أن برامج التدخل الخاصة بالتوحد تكون أكثر عمقاً، كما تتضمن عناصر لا تتضمنها تلك البرامج التي يتم تقديمها للأطفال المتخلفين عقلياً إلى جانب أن عناصر البرنامج قد تختلف من طفل إلى آخر وفقاً لخطة التربية الفردية . individual educational plan IEP

٧- أن هناك جوانب نمائية مشتركة تعكس قصوراً من جانب كلتا الفئتين معاً مثل الجانب العقلي حيث كما قلنا أن العديد من الأطفال التوحدين يعتبرون من المتخلفين عقلياً في ذات الوقت. كما أن هناك قصوراً مماثلاً في الجانبين الاجتماعى والانفعالى وإن بدا الأمر في هذه الحالة بالنسبة لأطفال متلازمة داون أخف في وطأته من أقرانهم التوحدين، لكننا مع ذلك لا ننكر وجود مثل هذه القصور لديهم. ومن هذا المنطلق فإن القصور الواضح في هذين الجانبين على وجه التحديد بالنسبة لذلك الطفل الذى يتم تشخيصه على أنه من ذوى متلازمة داون يجب أن يلفت الانتباه

في الحال، ويدفعنا إلى التفكير في احتمال وجود التوحد لديه في تلك الحالة.

ومن هذا المنطلق يتضح لنا إمكانية حدوث إعاقة عقلية مزدوجة تجمع في طرفيها بين كل من اضطراب التوحد من ناحية ومتلازمة أعراض داون من ناحية أخرى نتيجة للتلازم المرضي بينهما أي حدوثهما معاً لدى نفس الفرد في ذات الوقت. ومن ثم فإن هذا الوضع من شأنه أن يؤثر كثيراً على الفرد فيما يتعلق بسمات شخصيته، ومعدل نموه في كافة جوانبه، ومعدل ذكائه، واهتماماته، وميوله، وقدراته، إلى غير ذلك وهو الأمر الذي يؤثر بالقطع بشكل سلبي على جانبيين أساسيين يعدان هما جوهر ولب التدخلات المختلفة من جانبنا لفئات الإعاقة جميعها، وليس لفئات الإعاقة العقلية فقط، وهو ما يؤكد على أن الإعاقة بشكل عام أياً كان نمطها تؤثر سلباً على هذين الجانبين الذين يتمثلان فيما يلي :

١- التعلم.

٢- التواصل.

فإذا كانت متلازمة داون كإعاقة مستقلة تؤثر بصورة سلبية على هذين الجانبين وذلك إلى الدرجة التي تجعل من يعانون من تلك المتلازمة يواجهون قصوراً كبيراً فيما يتعلق بقدرتهم على التعلم، وقدرتهم على التواصل، وإذا ما كان اضطراب التوحد كإعاقة مستقلة يؤثر هو الآخر سلباً على هذين الجانبين في المقام الأول، بل إنهما يمثلان جوانب قصور من تلك التي يتسم بها من يعانون من هذا الاضطراب إلى جانب العديد من جوانب النمو الأخرى التي تتأثر به، ويحدث قصور لها من جرائه إذ أنه يعد بمثابة اضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر بالسلب على العديد من جوانب النمو، فما بالنا إذن لو تلازمت كلتا هاتين الإعاقتين، واجتمعتا معاً لدى نفس الفرد في نفس الوقت؟

مما لا شك فيه أنه يمكننا أن نؤكد أن النتيجة في مثل هذه الحالة ستكون سيئة للغاية، وسوف نجد أن الطفل من ذوى متلازمة داون الذى يميل إلى الاجتماعية على الرغم من أوجه القصور التى يتسم بها الجانب الاجتماعى عامة من جانبه سوف يعانى من قصور فى تلك السمة أيضاً، وسيبتعد عن الآخرين من جراء هذا الأمر، ويتجه نحو ذاته بدلاً من ذلك، ومن ثم سوف ينسحب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، وسوف يعانى من العزلة على أثره. هذا من ناحية، أما جوانب نموه الأخرى فسوف يزداد تأخرها من ناحية أخرى مما يؤدي به وبمن هم على شاكلته إلى أن يشكلوا فئة فريدة تختلف حتى عن أولئك الأفراد من ذوى متلازمة داون من جانب، وتختلف كذلك عن الأطفال التوحدين من جانب آخر.

• • •

التوحد والتخلف العقلي بين الأطفال

تداخل أمر تلازم مرضي؟

تمهيد

يعد التوحد autism والتخلف العقلي mental retardation من أكثر أنماط الإعاقة العقلية شيوعاً بين الأطفال حيث يحتل التخلف العقلي المرتبة الأولى ويحتل التوحد المرتبة الثانية بعده مباشرة. وهناك محكات معينة خاصة بكل منهما ينبغي أن تنطبق على الطفل حتى يتم تشخيصه كذلك. إلا أننا نحاول هنا أن نلقى الضوء على إمكانية وجود تشخيص مزدوج للطفل يجمع بينهما معاً في نفس الوقت، وهو الأمر الذي يعرف بالتلازم المرضي. ومن هذا المنطلق فسوف نتعرض لبعض النقاط ذات الأهمية في هذا الصدد من أهمها تلك النقاط الثلاث التالية :

- ١- هل يمكن أن يتعرض الطفل المتخلف عقلياً للتوحد كإعاقة إضافية؟
- ٢- هل يمكن أن يتعرض الطفل التوحدي للتخلف العقلي كإعاقة إضافية؟
- ٣- هل يوجد هناك تلازم بينهما أم أن الأمر كله لا يزيد عن كونه مجرد تداخل فقط؟

وعلى ذلك فسوف نقوم بتوضيح مثل هذه النقاط على النحو الذي نعرض له في الصفحات التالية كي تتضح تلك الصورة بالشكل الذي يمكننا من تكوين رأى قاطع من خلال الإجابة على ما طرحناه من أسئلة.

التوحد والتخلف العقلي؛ قضايا وآراء

ينتشر التوحد بين أتماط الإعاقات العقلية والحسية المختلفة مما يصبح معه لأولئك الأطفال الذين يجمعون بينه وبين أى إعاقة من تلك الإعاقات تشخيص مزدوج على أثر ذلك وهو الأمر الذى يسهم فى توضيح حالتهم وإجلائها حتى يصبح بإمكاننا أن نقوم بتقديم أساليب الرعاية المناسبة لهم .

وإذا كنا نقول أن اضطراب التوحد ينتشر بين الأطفال من ذوى متلازمة أعراض داون، والأطفال الصم، وأقراهم المكفوفين فإن هذا صحيح إذ يعد الأصل فى ذلك الأمر هو الإعاقة العقلية أو الحسية ثم يحدث التوحد كإعاقة إضافية . ففى حالة متلازمة داون على سبيل المثال يوجد شذوذ فى الكروموزوم رقم ٢١ على وجه التحديد يعد سبباً أساسياً لها، كما توجد إلى جانب ذلك سمات معينة تميز الطفل يمكننا من خلالها أن نتعرف عليه بمجرد أن ننظر إليه . كذلك فمن الأمور الأساسية التى تميز هذا الطفل أنه يعتبر اجتماعياً، ولذلك فإن أول المؤشرات التى تدفعنا إلى أن نضع التوحد فى اعتبارنا يتمثل فى أن نلاحظ وجود قصور اجتماعى لديه . إذن فالأصل فى مثالنا هذا هو متلازمة داون ، إلا أن التوحد يحدث بعد ذلك وهو نفس ما ينطبق على كل من الإعاقة السمعية والإعاقة البصرية وإن تشابهت بعض الأسباب التى تؤدى إلى أى منهما من ناحية وإلى التوحد من ناحية أخرى إذ أن هناك أسباب مشتركة بينهما .

وإذا ما حاولنا أن نسير على نفس المنوال وأن نطبق الأمر على التوحد والتخلف العقلي فسوف نواجه بسؤال يطرح نفسه ويدور بطبيعة الحال حول أى منهما هو الأصل، وأيها هو الإعاقة الإضافية؛ فهل يكون التخلف العقلي هو الأصل ويكون التوحد هو الإعاقة الإضافية التى تحدث فيما بعد بمعنى أن التوحد هو الذى ينتشر بين الأطفال المتخلفين عقلياً؟ أم أن العكس هو الصحيح فيكون التوحد هو الأصل والتخلف العقلي هو الإعاقة الإضافية التى تحدث بعد ذلك وهو ما يعنى أن التخلف العقلي هو الذى ينتشر بين الأطفال التوحدين؟

والواقع أننا نميل من وجهة نظرنا إلى أن التوحد وليس التخلف العقلي هو الأصل في الإعاقة بالنسبة لغالبية الأطفال التوحدين حيث أنهم وإن انخفضت نسبة ذكائهم إلى حد يعادل ما يحدث في حالة التخلف العقلي فإننا لا نستطيع أن نجزم حتى وقتنا الراهن بأن هناك تخلف عقلي، إلا أن التخلف العقلي قد يكون إعاقة إضافية لدى بعضهم الآخر ولذلك فإن غالبية الأطفال التوحدين يكونوا في المستويات العليا من التخلف العقلي (البسيط والمتوسط) بينما تكون نسبة ضئيلة منهم في مستوى التخلف العقلي الشديد، أما المستويات الدنيا من التخلف العقلي (الشديد والشديد جداً) فينتشر بينهم نمط من التوحد يعرف بالتوحد اللانموذجي atypical autism ومن ثم يكون التخلف العقلي بالنسبة لهم هو الأصل ويكون التوحد هو الإعاقة الإضافية للعديد من الحالات . وهناك العديد من الحقائق تؤكد وجهة نظرنا هذه من بينها ما يلي :

١- أن النتائج التي أسفرت عنها العديد من الدراسات التي تم إجراؤها في هذا الإطار تؤكد أن حوالي ٧٥% على الأقل من الأطفال التوحدين تقع نسبة ذكائهم في حدود التخلف العقلي سواء البسيط أو المتوسط أو حتى الشديد، وهي نفس النتيجة التي أشارت إليها إنجشولت (٢٠٠٢) Ingsholt حيث ترى أنه من بين كل أربعة أطفال توحدين يتسم ثلاثة منهم بمستوى ذكاء في حدود التخلف العقلي . وفي نفس الوقت فقد أسفرت نتائج دراسات أخرى عن أن حوالي ٨٠% أو أكثر من الأطفال التوحدين لا يزيد ذكاؤهم بأى حال من الأحوال عن التخلف العقلي . ويؤكد كسرايجر (١٩٩٧) Kraijer أنه من بين كل مائة طفل أو مراهق توحدي يوجد ثمانون منهم تنطبق عليهم تلك المحكات الخاصة بالتخلف العقلي .

٢- أن التوحد كاضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر بشكل سلبي على العديد من جوانب النمو الأخرى لدى الطفل ومنها الجانب العقلي المعرفي بطبيعة الحال لدرجة أن القصور العقلي المعرفي يعد من السمات الأساسية التي تميز التوحد

حيث نلاحظ وجود قصور في الانتباه، والإدراك، والذاكرة، والتفكير، والتجهيز المعرفي للمعلومات وتناولها، وانخفاض نسبة الذكاء إلى حدود التخلف العقلي. وبذلك فالتوحد كاضطراب مستقل يتضمن قدراً من التخلف العقلي. ونظراً لزيادة انتشار التوحد بين الأطفال واعتباره ثاني أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً وفقاً لتقرير الاتحاد القومي لأبحاث التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية (٢٠٠٣) National Alliance for Autism Research فإنه قد أضحى يمثل ثاني أكثر أتماط الإعاقة العقلية شيوعاً ولا يسبقه سوى التخلف العقلي.

٣- كذلك فنحن في مصر عند تشخيصنا للتخلف العقلي نقتصر على نسبة الذكاء فقط، ومن ثم فهناك شكوى مستمرة في بعض مدارس التربية الفكرية من أن بعض الأطفال لا يستفيدون مما يتم تقديمه لهم هناك، ولا يتجاوبون مع أقرانهم المتخلفين عقلياً وهو الأمر الذي يدفع بالقائمين على تلك المدارس إلى إعادة التأكد من نسبة ذكاء أولئك الأطفال خشية النكوص أو أن يكونوا من غير القابلين للتعليم وذلك دون التطرق إلى التوحد وهو ما يكون عليه مثل هؤلاء الأطفال في الغالب.

٤- أننا حتى وإن وضعنا السلوك التكيفي كمعيار آخر في اعتبارنا فإن مهارات السلوك التكيفي عند الأطفال التوحدين تقل عن مثيلتها لدى أقرانهم المتخلفين عقلياً حيث توجد فروق دالة بينهما كما يرى عادل عبدالله (١٩٩٩) في مستوى النمو اللغوي، والأداء أو التطبيق الاجتماعي، والدرجة الكلية للسلوك التكيفي وذلك عند مستوى ٠,٠١. بينما لا توجد فروق دالة بينهما في الأداء الوظيفي المستقل، وأداء الأدوار الأسرية والأعمال المنزلية، والنشاط المهني- الاقتصادي.

٥- أن هناك غمطاً من التوحد يعرف بالتوحد اللائيمودجي يختلف عن التوحد وفقاً لما يعرضه التشخيص الدولي العاشر للأمراض (١٩٩٢) ICD-10 في عدد من النقاط يمكن أن نعرض لها كما يلي :

أ- البداية : تتأخر بدايته إلى ما بعد سن الثالثة وذلك على العكس من التوحد .

ب- عدم الانطباق الكامل لجميع المعايير الرئيسية الثلاثة للتوحد على الطفل وهي :

- قصور التفاعلات الاجتماعية المتبادلة .

- قصور التواصل .

- السلوك المقيد النمطي والمتكرر .

ج- وجود جوانب قصور أخرى متعددة تتمثل أساساً في جوانب النمو المختلفة .

د- يحدث هذا النمط غالباً بين الأفراد المتخلفين عقلياً الذين يعانون من تخلف عقلي شديد جداً profound حيث لا يسمح مستوى أدائهم شديد الانخفاض سوى بظهور بعض محكات التوحد دون غيرها وذلك على نطاق ضيق مما يجعل هذا النمط حالة مستقلة عن التوحد إذ يكون التخلف العقلي في هذه الحالة مصحوباً بملامح توحدية .

٦- أنه إذا كان غالبية الأطفال التوحديين تقع نسبة ذكائهم في حدود التخلف العقلي فإن هذا لا يمنع كما يرى كار وآخرون (١٩٩٧) Kar et.al. من أن هناك بعض الأطفال المتخلفين عقلياً وخاصة في المستويات الدنيا (الشديد والشديد جداً) يعانون من التوحد أيضاً، وأن نسبة التوحد بينهم تصل إلى ٩,٦ % تقريباً . ويتضح ذلك من خلال ظهور بعض الأعراض التوحدية بين أعضاء المستويين الشديد والشديد جداً من التخلف العقلي، ومن أكثر هذه الأعراض انتشاراً قصور العلاقات الاجتماعية التبادلية والقصور اللغوي، وربما يندرج ذلك تحت ما أشرنا إليه في النقطة

السابقة بالتوحد اللا نموذجي . وقد يعود انخفاض مستوى ذكائهم بهذا الشكل إلى أثر كل من التوحد والتخلف العقلي .

٧- أن زملة أسرجر Asperger كنمط من أنماط التوحد كما يرى عادل عبدالله (٢٠٠٣) تنتشر بين الأطفال من ذوى مستوى الذكاء من المتوسط وحتى المرتفع وربما أعلى من ذلك، وأنها نادراً ما تلحق بطفل يقل مستوى ذكائه عن المتوسط . وبالتالي لا يكون هناك احتمال كبير كى يحدث تلازم مرضى بينها وبين التخلف العقلي بالنسبة للأطفال، بل إن الواقع يؤكد أن بعض الأطفال الذين يعانون من هذه الزملة أو المتلازمة يعدون في واقع الأمر من الموهوبين .

تداخل أمر تلازم مرضى؟

سوف نتناول في هذه النقطة قضيتين هامتين كى نصل إلى تصور مقنع للفكرة الأساسية التى نتناولها هنا، تتعلق النقطة الأولى بمدى وجود تداخل أو تلازم بين التوحد والتخلف العقلي بالنسبة للأطفال التوحدين، وتتناول الثانية مدى وجوده بين التخلف العقلي والتوحد بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً، وهو ما سنوضحه كما يلي :

(١) بالنسبة للأطفال التوحدين :

من الجدير بالذكر أن حوالى ما بين ٧٥ % إلى أكثر من ٨٠ % من الأطفال التوحدين يقع ذكاؤهم كما أوضحنا فى حدود التخلف العقلي سواء البسيط أو المتوسط مع وجود نسبة ضئيلة يقع ذكاؤها فى حدود التخلف العقلي الشديد . ومن المعروف أنه لكى يتم تشخيص أى طفل على أنه متخلف عقلياً ينبغى أن يكون هناك قصور فى مستوى ذكائه بحيث يكون ٧٠ أو أقل على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال، وأن يكون هناك قصور دال فى مهارات السلوك التكيفى من جانبه، وأن يحدث ذلك خلال سنوات نموه . وإذا لم يتمكن الطفل من إنهاء الاستجابة على اختبار الذكاء المستخدم يكون من الطبيعى أن نلجأ إلى اختبارات أخرى، وأن نعلم بجانب ذلك على الملاحظة الدقيقة من جانبنا لسلوكيات هذا الطفل .

ولما كان غالبية الأطفال التوحدين يبدون قصوراً في مهارات السلوك التكيفي من جانبهم، وأن مثل هذه المهارات قد تقل في بعضها كما أوضحنا عن مثلتها لدى أقرانهم المتخلفين عقلياً، كما يبدون إلى جانب ذلك قصوراً في قدراتهم العقلية المعرفية يقل على أثره مستوى ذكائهم عن المستوى المتوسط، بل ويكون في الغالب في حدود التخلف العقلي، وأن ذلك يظهر على الطفل قبل أن يصل سنه إلى الثالثة فإن ذلك يعنى بما لا يدع مجالاً للشك أن تلك المحركات الخاصة بالتخلف العقلي تنطبق على هؤلاء الأطفال من ناحية، وأن التوحد بذلك يتضمن قدراً كبيراً من التخلف العقلي من ناحية أخرى. إلا أن التوحد إلى جانب ذلك يتضمن قصوراً في العلاقات الاجتماعية التبادلية، وقصوراً آخر في التواصل يتضمن قصوراً لغوياً دالاً مع عدم نمو اللغة إطلاقاً في بعض الأحيان، وإضافة إلى ذلك فإن التوحد يتضمن العديد من السلوكيات المقيدة النمطية والمتكررة.

وبذلك يتضح أنه يوجد تداخل على الأقل بين التوحد والتخلف العقلي بالنسبة للأطفال التوحدين أى عندما تكون الإعاقة الأصلية للأطفال هى التوحد، ولا يمكننا القول أن هناك تلازماً مرضياً بينهما في هذه الحالة وذلك للأسباب التالية :

- ١- أن التوحد بذلك يتضمن قدراً كبيراً من التخلف العقلي .
- ٢- أننا لا يمكننا على الأقل حتى الوقت الراهن أن نؤكد على أن مثل هؤلاء الأطفال التوحدين متخلفين عقلياً نظراً لأن محركات التخلف العقلي توجد ضمناً بين المحركات الخاصة بالتوحد والسمات المميزة للأطفال التوحدين .
- ٣- أن الأمر من هذا المنطلق يتطلب إجراء المزيد من الدراسات كى يتم توضيح هذه النقطة وإجلائها حتى تتوفر لنا الأدلة التى نستطيع بموجها أن نبرهن على صحة هذا الرأى أو ذاك؛ إما التداخل وإما التلازم .
- ٤- أن التداخل لا يتطلب التلازم لأن الأمر قد يكون كما نرى أن طبيعة أحدهما (التوحد) تتضمن جانباً كبيراً من طبيعة الآخر (التخلف العقلي)

دون تلازم أى دون شرط لوجوده، أما التلازم فيعنى وجود كل منهما جنباً إلى جنب مع الآخر ككيان مستقل لدى نفس الفرد وفي نفس الوقت كما هو الحال بالنسبة للتلازم بين التوحد وكل من متلازمة داون، أو الإعاقة السمعية، أو الإعاقة البصرية على سبيل المثال، وهو الأمر الذى تعرضنا له فى مواضع أخرى حيث تناولنا التلازم المرضى بين اضطراب التوحد ومتلازمة داون فى بداية هذا الفصل، أما تلازمه مع الإعاقات الحسية فسوف نتناولها فى موضع آخر .

(٢) بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً :

يرى كرايجر (Kraijer ١٩٩٧) أن الأمر قد يختلف إذا كان أصل الإعاقة هو التخلف العقلى وليس التوحد حيث قد يبدى الطفل فى هذه الحالة بعض السلوكيات التوحدية التى تترك آثاراً سلبية عليه وذلك فى الجوانب الثلاثة الرئيسية التى تمثل محكات التوحد وما قد يرتبط بها أو يترتب عليها من متغيرات حيث يزداد قصور الطفل فى الجانب الاجتماعى، والتواصل بما فيه الجانب اللغوي، كما يتأثر الجانب العقلى المعرف أيضاً بذلك، وقد ينخفض الذكاء على أثره ليصبح فى حدود التخلف العقلى الشديد وربما الشديد جداً ولذلك فإننا نادراً ما نجد مثل هذا التلازم قائماً بين الأطفال المتخلفين عقلياً فى المستويين البسيط والمتوسط . وإلى جانب ذلك يكثر بين هؤلاء الأطفال عدداً من السلوكيات النمطية والتكرارية غير الهادفة التى تتزايد مع الزيادة فى أعمارهم، كما يزداد تمسكهم بالروتين ويقاومون بشدة أى محاولة لحدوث أى نوع من التغيير فى ذلك الروتين . ولذلك فإن الإطار المرجعى الذى يجب أن ننتبه إليه ونركز عليه فى هذا الصدد ينبغى أن يتمثل فى وجود التوحد أو الأعراض شبه التوحدية مع التخلف العقلي .

ومن ناحية أخرى فإننا نلاحظ أن الأطفال المتخلفين عقلياً فى المستويين الشديد والشديد جداً وعلى وجه الخصوص فى المستوى الشديد جداً يبدون سلوكيات

توحيدية بقدر أكبر، ولا يكونوا قادرين على إهماء الاختبارات أو الاستجابة عليها أو حتى التجاوب مع الآخرين المحيطين بهم في المواقف الحياتية المختلفة. إلا أن المحكات الخاصة بالتوحد لا تنطبق عليهم في معظمها تمام الانطباق، بل إن هناك بعض المحكات التي لا تنطبق عليهم بقدر كاف، أو قد لا نستطيع نحن على أثر ملاحظتنا الدقيقة لهم أن نحكم أنها تنطبق عليهم، أو نحدد درجة انطباقها عليهم بشكل دقيق. إلا أن بداية الاضطراب لديهم تتأخر عن سن الثالثة وهى السن التي يحددها الدليل التشخيصي DSM-IV (١٩٩٤) لظهور التوحد. وبذلك فإن نمط التوحد هذا الذى يسود بينهم يعد نمطاً مغايراً للتوحد بمعناه المعروف ومستقلاً عنه يعرف بالتوحد اللانمذجي.

ومن هذا المنطلق فعندما تمثل الإعاقة الأصلية للطفل في التخلف العقلي يمكن أن يظهر التوحد بعد ذلك كإعاقة إضافية تزيد من الآثار السلبية التي يعاني الطفل منها، وبذلك يكون التلازم المرضي بينهما واضحاً، بل وتصل نسبة انتشار التوحد بين الأطفال المتخلفين عقلياً إلى حوالى ١٠% تقريباً كما يرى كرايجر (١٩٩٧) Kraijer وهى بذلك تكاد تتساوى مع تلك النسبة التي أشار إليها كار وآخرون (١٩٩٧) Kar et.al. ، كما أنها تقع في إطار نسبة انتشار التوحد بين الأطفال من ذوى متلازمة داون وإن كان الأمر يحتاج إلى مزيد من الدراسات لذلك. ولا يقف الأمر عند حدود الحاجة إلى مزيد من الدراسات لبيان نسبة الانتشار فقط، بل للتأكد من العديد من الأمور التي تتعلق بهذا الموضوع عامة.

وبذلك يتضح لنا أن الأمر بالنسبة للإعاقة العقلية المزدوجة التي تجمع في طرفيها بين اضطراب التوحد من ناحية وبين التخلف العقلي من ناحية أخرى يختلف كثيراً عما يحدث حال حدوث الإعاقة العقلية المزدوجة التي تجمع في طرفيها بين اضطراب التوحد من جانب وبين متلازمة داون من جانب آخر وهو الأمر الذي يجعلنا نواجه حالتين مختلفتين في هذا الإطار تتعلق كل منهما بإحدى هاتين الإعاقتين مع اضطراب التوحد.

ومن هذا المنطلق نجد أنه حال حدوث الإعاقة المزروجة التي تجمع اضطراب التوحد مع متلازمة داون فإنها تنتج عن تلازم مرضى بينهما أى حدوث كلتا الإعاقتين واجتماعهما معاً ككيانين مستقلين لدى نفس الفرد في نفس الوقت، وهو الأمر الذي يستلزم وجود تشخيص مزدوج للفرد؛ يتضمن في أحد جانبيه أنه يعاني من اضطراب التوحد، بينما يتضمن في جانبه الآخر أنه يعاني من متلازمة داون، أما عند حدوث التخلف العقلي فإن الأمر يختلف تماماً طبقاً لأصل إعاقة الفرد وهل هي اضطراب التوحد أم أنها هي التخلف العقلي، ومن ثم فإننا نجد أن هاتين الإعاقتين تتداخلان مرة، وتتلازمان مرة أخرى. فإذا كان الأصل في الإعاقة هو اضطراب التوحد يحدث تداخل بين الإعاقتين لأن طبيعة التوحد تتضمن طبيعة التخلف العقلي دون حاجة لوجوده، ويكون الطفل التوحدي في مستوى التخلف العقلي البسيط أو المتوسط فقط، وإن كانت هناك نسبة ضئيلة من الأطفال التوحديين يقل مستوى ذكائهم عن ذلك، أما إذا كان الأصل في الإعاقة هو التخلف العقلي فيمكن أن يحدث تلازم في هذه الحالة مع اضطراب التوحد وهو الأمر الذي يؤدي إلى التأثير السلبي على مستوى الذكاء فيصبح في مستوى التخلف العقلي الشديد أو الشديد جداً، ومن ناحية أخرى فإن هناك نمطاً معيناً من اضطراب التوحد يعرف كما أسلفنا بالتوحد اللانمذجي يعد من السمات المميزة لأولئك الأفراد الذين يعانون من التخلف العقلي الشديد مع الأخذ في الاعتبار أن قياس الذكاء آنذاك تكتنفه العديد من الصعوبات .

• • •

المراجع

- ١- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٤)؛ الأطفال الموهوبون ذوو الإعاقات . القاهرة، دار الرشاد .
- ٢- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٣) ؛ الأطفال الموهوبون من ذوى متلازمة أسرجر ؛ أساليب التشخيص والرعاية والتعلم الذاتى . المؤتمر العلمى الثامن لكلية التربية جامعة طنطا، ١١ - ١٢ / ٥ .
- ٣- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢- أ)؛ جداول النشاط المصورة للأطفال التوحدين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً . القاهرة، دار الرشاد .
- ٤- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٢- ب)؛الأطفال التوحديون؛ دراسات تشخيصية وبرامجية . القاهرة، دار الرشاد .
- ٥- عادل عبدالله محمد (١٩٩٩)؛ السلوك التكيفى كأحد المؤشرات التشخيصية للأطفال التوحدين وأقرانهم المعاقين عقلياً . مجلة بحوث كلية الآداب جامعة المنوفية، ع ٣٩، ص ٣٣ - ٥٨ .
- ٦- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) ؛ المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض : 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.

7. American Psychiatric Association (1994); Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., DSM-IV. Washington, DC: author.
8. Coleman, Mary (1986); Down`s syndrome children with autistic features. Papers and Abstracts for Professionals, v9, n3, pp1-2.
9. Coleman, M. & Rogers, P. T. (1992); Medical care in down syndrome : A preventive medicine approach. New York: Marcel Dekker, Inc.
10. Collacott, P.; Cooper, S.; & McGrother, C. (1992); Differential rates of psychiatric disorders in adults with down syndrome compared with other mentally handicapped adults. British Journal of Psychiatry, v 161, pp 671-674.
11. Ghaziuddin, M.; Tsai, L., & Ghaziuddin, N. (1992); Autism in down`s syndrome: Presentation and diagnosis . Journal of Intellectual Disability Research, v36, pp449-456.
12. Howlin, P.; Wing, L.; & Gould, J. (1995); The recognition of autism in children with down syndrome ; Implications for intervention and some speculations about pathology. Developmental and Medical Child Neurology, v37, n5, pp 406-414.
13. Ingsholt, Anette (2002); Blindness, mental retardation and -or autism. Denmark, Kalundborg: National Institute for Blind and Partially Sighted Children and Youth.
14. Kar, N.; Khanna, R.; & Ranchi, I. (1997); Autistic features in children with mental retardation. Indian Journal of Psychiatry, v39, n4, pp304-308.

15. Kent, L.; Evans, J.; Paul, M.; & Sharp, M. (1999); Comorbidity of autistic spectrum disorders in children with down syndrome .
Developmental and Medical Child Neurology, v41, n3, pp153-158.
16. Kraijer, D. W. (1997); Autism and autistic-like conditions in mental retardation. Boston: Swets & Zeitlinger Publishers.
17. Myers, B. A. & Pueschel, S. M. (1991) ; Psychiatric disorders in persons with down syndrome. The Journal of Nervous and Mental Disease, v179, pp 609-613.
18. National Alliance for Autism Research (NAAR) (2003); NAAR autism poll show Americans want more action on autism. Washington, DC: NAAR, January 21.
19. Pary, Robert J. (1997); Comorbidity of down syndrome and autism. The Habilitative Mental Health Care Newsletter, v16, n1.
20. Rasmussen, P.; Burjesson, O.; Wentz, E.; & Gillberg, C. (2001) ; Autistic disorders in down syndrome; Background factors and clinical correlates. Developmental and Medical Child Neurology, v43, n11, pp750-754.
21. Turk, J. (1992); Children with down's syndrome and fragile X syndrome A comparison study . Society for Study of Behavioral Phenotypes : 2nd Symposium Abstracts, Oxford; SSSP.
22. Vatter, Glenn (1998); Diagnosis of autism in children with down syndrome. New York: Jamesville.

• • •