

الفصل الثالث

العوامل المسببة للتوحد الطفولي والإعاقات ذات العلاقة به

أولاً - العوامل المسببة للتوحد الطفولي

ثانياً - التوحد وعلاقته ببعض اضطرابات الطفولة

obeykhan.com

الفصل الثالث

العوامل المسببة للتوحد الطفولي والإعاقات ذات العلاقة به

يتطرق الفصل إلى العوامل المسببة للتوحد الطفولي والإعاقات ذات العلاقة به وفيما يلي تفصيل ذلك:

أولاً: العوامل المسببة لإعاقة التوحد

تعتبر إعاقة التوحد من أكثر الإعاقات العقلية صعوبة وشدة من حيث تأثيرها على سلوك الفرد الذي يعاني منها، وقابليته للتعلم، أو التنشئة الاجتماعية، أو التدريب، أو الإعداد المهني، أو تحقيق أي قدر من القدرة على العمل، أو تحقيق درجة ولو بسيطة من الاستقلال الاجتماعي والاقتصادي، أو القدرة على حماية الذات، إلا بدرجة محدودة و لعدد محدود من الأطفال.

وهناك صعوبات أخرى تتعلق بالتشخيص أو التدخل لتعديل السلوك أو التأهيل الاجتماعي والمهني. ويرجع ذلك إلى أنه لم يحدث لحد الآن التعرف الكامل أو الاتفاق على العوامل المسببة لهذا النوع من الإعاقة هل هي وراثية جينية أو بيئية أو اجتماعية أو بيوكيميائية أو هي نتيجة عوامل عدة مجتمعة ؟ أو نتيجة لعوامل مسببة أخرى لا يزال العلم يجهلها تماماً. ويتفق معظم العلماء مع ما ذهبنا إليه، من أنه لم يتم بعد التوصل إلى تحديد العوامل المباشرة لحدوث الذاتوية إعاقة التوحد. ولذلك بقيت هذه العوامل غير معروفة إلا أن بعض الباحثين قد يرجع العوامل المؤدية إلى ظهور الاضطرابات العصبية كنتيجة للمشكلات المرتبطة بالتفاعلات الكيميائية الحيوية للمخ. كما قد يرجعها البعض الأخر إلى أسباب بيئية، بينما ترى فئة ثالثة إلى أن الأسباب تعود إلى العوامل المشتركة ما بين العصبية والبيئية.

ويرى أنصار العوامل البيئية إلى الخبرات الأولى من حياة الطفل تؤثر على نموه في المراحل التالية وان الفشل في إقامة علاقات مع الطفل قد يكون أحد الأسباب القوية للاضطراب وبخاصة المشكلات الانفعالية التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالعلاقة ما بين الطفل والديه في مرحلة الطفولة المبكرة مما يؤدي إلى انسحاب الأطفال من البيئة الاجتماعية وعزلتهم داخل أسوارهم الذاتية المغلقة في وجود الآخرين. (28، ص163)

وهكذا يمكن القول أن أطفال التوحد غالباً ما تكون بيئاتهم أقل تفاعلية وأكثر جموداً وانسحابية وغير اجتماعية، مما يجعل الأطفال شديدي الانطوائية ويؤدي إلى صعوبة أو عدم قدرة أو رغبة هؤلاء الأطفال في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين (11، ص66). أما أنصار العوامل المشتركة فيرجعون أسباب الاضطراب إلى النتاج المشترك للاستعدادات الطبيعية الجسمية منها والوراثية فضلاً عن ما يحدث داخل محيط الأسرة من الصدمات والضغط وعوامل الإحباط وغيرها.

وأكدت دراسات أخرى أن مضاعفات هامة قد حدثت قبل الولادة أثناء فترة الحمل خلال الشهور الثلاثة الأولى أكثر لدى أطفال التوحد من غيرهم من الأسوياء. وبينت الدراسات أن نسبة تتراوح ما بين 4-32٪ من أطفال التوحد سوف يحدث لهم نوبات من الصرع في وقت ما من حياتهم. (20، ص71).

ويرى كثير من الأطباء الذين تابعوا دراسة حالات هذا الاضطراب أن السبب يعود إلى اضطراب عضوي يصيب بعض مراكز المخ مما يؤدي إلى الإخلال بوظائفه، تلك المراكز خاصة في مجالات الإدراك والتوافق الحركي. فقد أشار Rutter إلى أن أكثر المصابين بهذا الاضطراب يصبحون متوسطي الذكاء أو عاديين في نسب ذكائهم عندما يصلون إلى سن الشباب. حيث يتخلصون من اضطرابات التفكير والاضطرابات الذهانية وتحسن لغتهم كما تعود اليهم اهتماماتهم بالعلاقات الاجتماعية ما عدا مشكلاتهم الاجتماعية التي تظل موجودة.

ويرى الباحثان clark & matt أن اضطراب إعاقة التوحد يرجع إلى أسباب عصبية وان 75% من المصابين يبقون متخلفين عقليا ويعانون منه طوال حياتهم (20)، ص164)

وهناك من يرجع هذا الاضطراب إلى الضعف في الكروموسوم X الهش Fragile X Chromosome ويرون أنه المسؤول عن حدوث هذا لخلل من الناحية العقلية ويؤدي إلى التوحد. ويظهر ذلك في 16.5% من حالات إعاقة التوحد. وقد يفسر انتشار إعاقة التوحد لدى الذكور أكثر من الإناث ثم أن هناك سبب آخر وهو التحجر (التصلب) في بعض الخلايا الداخلية Sclerosis Tuberosa والتي تتحول إلى الجين المسيطر على الناحية العقلية وربما يؤدي ذلك إلى حدوث 5% من حالات التوحد (20، ص72-73).

ويرجع البعض الآخر إعاقة التوحد إلى عوامل جينية Genetic فقد لوحظ أن حوالي 2% من أشقاء الأطفال التوحديين يصابون بإعاقة التوحد بمعدل (50) مرة أكثر من عامة الناس. وان تطابق معدل حدوث التوحد في التوائم المتماثلة هو 35% بينما هو في التوائم غير المتماثلة يحدث بمعدل يساوي صفرا.

كما ينسب من ناحية ثانية الفضل إلى اسبرجر 1944 في وضع التفسير السيكولوجي لاضطراب إعاقة التوحد ولذلك سميت اعراضها بمتلازم اسبرجر Asberger Syndrome فقد اوضح أن إعاقة التوحد تتميز بمتلازمة أعراض سلوكية. وفي دراسة لكل من كانر وايزنبرج Eisenberg & Kanner عن الآباء الباردين اوضحا فيهما أن رفض الوالدين لسلوك الطفل في البداية يؤدي إلى انسحاب الطفل.

في حين أكد kolvin عام 1971 أن التوحد يعد من الاضطرابات النفسية في الطفولة ولا يرتبط بالنواحي البيولوجية ويحدث في الطفولة المبكرة من الميلاد وحتى سن عام أو عامين ونصف (3، ص736-737). وظهرت في السنوات الأخيرة ثلاث وجهات نظر تبين هذه الأسباب وذلك على النحو الآتي.

1- الأسباب الفسيولوجية / العضوية/

ان الأدلة في الوقت الحاضر ترجح الأسباب الفسيولوجية (العضوية) وما يتبعه من اضطرابات. فأمراض المخ المحتملة قد تقود إلى السلوك التوحدي مثل الالتهاب الدماغى في السنوات الأولى من العمر، وإصابة الأم بالحصبة الألمانية Rubella خلال فترة الحمل، وحالة الفينيل كيتونيوريا غير المعالجة، والتصلب الحدبي للأنسجة العضوية Tuberus sclerosis، والتشنج الطفولي اللاإرادي، والصعوبات الشديدة خلال الولادة بما في ذلك نقص الاوكسجين واختناق الطفل واضطراب Retts. وأثبتت نتائج الأبحاث والدراسات الطبية في عدد من المعاهد الطبية في أمريكا وانكلترا وكندا إلى أن مضاعفات ما قبل الولادة هي أكثر لدى أطفال التوحد منها في غيرهم من الأسوياء أو حتى المصابين باضطرابات أخرى. كما أن ملاحظة شذوذات خلقية عضوية طفيفة لدى التوحديين أكثر منها لدى اشقائهم واقراءهم الأسوياء. كما أن للوراثة دخل كبير في الإصابة بهذا الاضطراب وبنسبة 89% كما أن هشاشة البويضات ومتلازمة الكروموسوم الهش وفيروس CED كلها مسؤولة عن الإصابة بهذا المرض. (31، ص 24)

وهناك دراسات على التوائم دلت على أن بعض حالات التوحد تعود إلى العامل الوراثي (الجيني) وتزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة (من بيضة واحدة) أكثر من التوائم الأخرى. وقد وجد الباحثان Folstin&Rutter 1978 بعد دراستهما ل(11) زوجا من أطفال التوائم المتطابقة أن التوحد يزداد لدى التوائم من بيضة واحدة ووجد أن هناك تأخرا في الجانب اللغوي والمعرفي وبلغت نسبة التوحد في التوائم المتطابقة 82% و10% في التوائم غير المتطابقة. ومن المعروف أن التوائم المتطابقة تشترك في نفس التركيبة الجينية. وأكد هذه النتيجة Steffenburg 1989 عندما وجد أن 91% من التوائم المتطابقة كانوا من بيضة واحدة ولهم نفس الاعراض. كما اظهرت بعض صور الاشعة الحديثة مثل تصوير التردد المغناطيسي PET, MRI وجود بعض العلامات غير الطبيعية في تركيبة المخ وفي عدد نوع معين من الخلايا المسمى خلايا Purkinje cells. أما Rosenbloom 1984 فقد استخدم CAT scan ووجد أن 25-20% من أطفال التوحد يظهرون اتساع البطينات الدماغية،

ووجد عام 1988 أن أجزاء من المخيخ في 82% من حالات التوحد غير كاملة. وان هناك شذوذات متفاوتة لتخطيط الدماغ الكهربائي في نسبة 10-83% من أطفال التوحد. وكشفت دراسة المخ بعد الوفاة بوجود شذوذات قشرية خاصة Polimicrogyria في بعض التوحديين. ونظراً لأن العامل الجيني هو المرشح الرئيس لان يكون السبب المباشر للتوحد، فإنه تجرى في الولايات المتحدة الامريكية بحوثا عدة للتوصل إلى الجين المسبب لهذا الاضطراب. (47، ص634) (4، ص4) ووجد الدكتور بول شاتوك من خلال فحصه لعينات من بول عدد من الأطفال المصابين بالتوحد والتي أجرى عليها العديد من التجارب إلى أن مادة البتبايدس Peptidies موجودة بنسبة أكبر عند الأطفال المصابين بالتوحد مقارنة مع الأطفال العاديين وهذه المادة تؤثر على عمل المخيخ فتزيد من حالة التوتر وفرط الحركة وهي موجودة في بروتين الحليب البقري.

كما وجد أن أطفال التوحد لا يهضمون بشكل تام الجيلاتين الموجودة في الحبوب وخاصة القمح مما يرفع من مستوى العصبية المركزية في الدماغ ويمنع الهضم التام ويقلل من استفادة الجسم من الطعام. ومن أجل منع الجيلاتين والكازين طبق الباحث نظام حمية على (28) طفلاً مصابا بالتوحد الطفولي من خلال اعطائهم فيتامين B6 مع المغنيسيوم وبعد ستة اسابيع كانت النتائج إيجابية ومشجعة (31، ص24).

أما في حالات أخرى فان الطفل قد يرث صعوبات كلامية لكنه لا ينشأ لديه اضطراب التوحد إلا إذا كان مصابا بتلف دماغي مصاحب يعود إلى الولادة العسرة. وهناك حالات أخرى فان السلوك التوحدي يعود إلى عوامل عضوية غير وراثية تؤثر قبل أو خلال أو بعد الولادة على الطفل. كما تم الاهتمام بدراسة كيف وأين تؤثر تلك المسببات الرئيسية على المخ ؟ وهل يؤثر العامل الوراثي أو الاصابة قبل أو أثناء أو بعد الولادة أو المرض على المخ مباشرة أو غير مباشرة؟ لقد وضعت كل أنواع الآراء والنظريات مسبقا وتم اعتبار أجزاء عديدة من المخ على أنها هي الموضع الاساسي لسبب الاصابة بما في ذلك النظام الشبكي العصبي، النصف الدماغي المسيطر،

والعقد العصبية القاعدية. وللحصول على إجابات وإيضاحات يجب إجراء البحوث على تركيبية ووظيفة المخ لدى الانسان الطبيعي فهي تماثل أهمية تقصي أمراض الأشخاص التوحديين ومما يساهم في النجاح في كلا المجالين هو تطور وتقدم الأساليب العملية في فحص الجهاز العصبي المركزي (55، ص 66).

وأجرت الباحثة مركريت بومان عمليات في الكشف عن منطقة المخيخ لعدد من الأطفال المصابين بالتوحد فوجدت أن هناك خلافاً فيها يتمثل بزيادة عدد الخلايا وهذه الزيادة هي التي تسبب الاعتلال باعتبارها تحتوي على المراكز المسؤولة عن السلوك وتكوين المهارات الاجتماعية ولدى أطفال التوحد فإن المركز الخاص بالسلوك والموجود في المخيخ غير طبيعي مما يتسبب بحدوث تفاعل كيميائي كهربائي يؤدي إلى اضطراب في الخلايا العصبية وبالتالي إعاقة الذاكرة وفرض الحركة بدون هدف.

وهذه المنطقة المعقدة تؤدي إلى إعاقة حركة الاتصال بين أجزاء المخ وكذلك إعاقة الربط بين الاحاسيس وتعميم المعلومات والذاكرة التخيلية وما تزال الدراسات والأبحاث تُجري على بعض القردة للوصول إلى نتيجة نهائية. أما بالنسبة للمنطقة الخاصة بالتوازن والحركات والموجودة في المخيخ فكانت عملية الكشف عنها مهمة لمعرفة مركز هذا الاضطراب وتحليل ودراسة الخلايا وما أكده علماء الوراثة من دور كبير في هذا الاضطراب ولاسيما الكروموسوم (7 و 15) الذي له علاقة كبيرة بأعراض التوحد. وأكدت الدراسة إلى أن أعراض التوحد تبدأ قبل الشهر الثالث من الميلاد والبعض الآخر يؤكد أنه يتكون بعد أربعة أسابيع من الحمل ولكن لحد الآن لا يوجد ما يؤكد ذلك (31، ص 24-25)

2- العوامل البيوكيميائية

لوحظ في بعض الدراسات ارتفاع معدل السيروتونين في الدم لدى ثلث أطفال التوحد. إلا أن هذا المعدل المرتفع لوحظ أيضاً في ثلث الأطفال المتخلفين عقلياً إلى درجة شديدة. وأجريت دراسة معمقة لمجموعة صغيرة من أطفال التوحد وأكدت وجود علاقة ذات دلالة بين معدل السيروتونين المرتفع في الدم ونقص في السائل

النخاعي الشوكي.(4، ص10). وجد أن هناك عدم توافق مناعي بين خلايا الأم والجنين مما يدمر بعض الخلايا العصبية.

3- أسباب اجتماعية

ويرى فيها اصحاب وجهة النظر هذه أن إعاقة التوحد ناتجة عن إحساس الطفل بالرفض من والديه وعدم إحساسه بعاطفتهم فضلاً عن وجود بعض المشكلات الاسرية وهذا يؤدي إلى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسري وانطوائه على نفسه وبالتالي تظهر عليه أعراض التوحد.

ومن الذين يتبنون هذه النظرة Bootman & Zurek 1960 . واعتقد كانر بان العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل التوحدي هما اساس المشكلة التي قادت إلى كل التصرفات الأخرى غير الطبيعية.

فقد كتب كانر بأن جميع آباء الأطفال الذين تم تشخيصهم من قبله كانوا من ذوي التحصيل العلمي العالي لكنهم كانوا غربيي التصرف مفرطي الذكاء والإدراك الذهني، صارمين، منعزلين، جديين، يكرسون اوقاتهم لمهنتهم ولأعمالهم أكثر منها لعائلاتهم. وهو يرى بان توحيد الطفولة المبكر قد يكون عائداً إلى وراثة الطفل لعامل بعد أو انغزال الأب عن المجتمع بصورة ملحوظة أو كنتيجة للأساليب الغربية التي يعتمد عليها الابوان الغربيان أثناء تربية طفلهما أو بسبب تداخل تلك المشكلة معاً. وفي السنوات الأخيرة وصفت العديد من الدراسات التي استخدمت أساليب أكثر موضوعية للمقارنة بين مجموعات من آباء لديهم أطفال توحديون وبين آباء أطفالهم معاقون أو متخلفون عقليا فقط أو طبيعيين.

واستخدام الفئة الثانية من الاسر للمقارنة هو بحد ذاته عامل مهم جدا إذ أن وجود طفل متخلف في الأسرة يرجح وجود الاضطرابات الانفعالية وردود الافعال العاطفية لدى من يعني بالطفل. ولم تثبت هذه الدراسات الموضوعية أي دليل على أن آباء الأطفال التوحديين ذوو شخصيات غريبة أو أنهم أثروا على شخصية طفلهم بصورة خاطئة أثناء تربيتهم له. (55، ص63-64) (47، ص632-633)

4 - أسباب نفسية

يرى فيها اصحاب وجهة النظر هذه أن إعاقة التوحد سببها الاصابة بمرض الفصام الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة وأنه مع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة ومن الذين يتبنون هذه النظرية Singer & Wynne 1963 .

5 - أسباب إدراكية وعقلية

ويرى اصحاب وجهة النظر هذه أن إعاقة التوحد سببها اضطراب إدراكي نمائي حيث أشارت بعض الدراسات أن أطفال التوحد لديهم انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة والتي ترجع بدورها إلى انخفاض قدرتهم على الإدراك فضلاً عن اضطراب النطق واللغة ووجدت الباحثة Leslie 1987 أن المشكلة الرئيسية لأطفال التوحد هو افتقارهم للقدررة على فهم الناس الآخرين وفهم أنفسهم ومعظم الأفراد الطبيعيين لديهم معلومات عن انفسهم. كما أن الطفل التوحدي لا يفهم كيف يؤثر سلوكه بأفكار ومعتقدات الناس الآخرين ؟ وبموجب هذه النظرية فإن أطفال التوحد ليس لديهم عالم حسي فضلاً عن افتقارهم للجانب الاجتماعي والتواصل مع الآخرين ولديهم مشاكل في الجانب المعرفي والاجتماعي. (47، ص634.635) (20، ص74).

ثانياً: التوحد وعلاقته ببعض اضطرابات الطفولة

ان معظم الباحثين المهتمين بتشخيص إعاقة التوحد يشيرون إلى تشابه السلوك المرتبط بها مع الإعاقات الأخرى ويهمننا هنا الإشارة إلى العلاقة بين إعاقة التوحد وكل من الإعاقة العقلية وفصام الطفولة واضطرابات التواصل والاضطرابات السمعية - البصرية وذلك على النحو الاتي:

1- إعاقة التوحد وعلاقتها بالإعاقة العقلية

يعاني 75% - 80% من أطفال التوحد من التخلف العقلي وان 15% - 20% يعانون من التخلف العقلي الشديد وبنسبة ذكاء أقل من 35 درجة وأن أكثر من 10% من التوحديين لديهم ذكاء أعلى من المتوسط أو شذوذ في القدرات العقلية. كما أن معظم أطفال التوحد لا يستطيعون الاجابة على اختبارات الذكاء بشكل مضبوط

ف نجد أن أداءه جيدا في اختبار لقياس المهارات البصرية ولكن أداءه ضعيفا في الاختبارات اللغوية وتفسير ذلك يعود إلى أن اختبارات الذكاء صممت على الأطفال الطبيعيين وليس أطفال التوحد (37، ص2)

إن مظاهر التوحد تشبه في بعض سلوكياتها إلى حد كبير سلوكيات الإعاقة العقلية وهنا لا بد أن نشير إلى عدد من النقاط التي ينفرد بها التوحد ويتميز عن الإعاقة العقلية وذلك على النحو الآتي.

-الأطفال المعاقون عقليا يكونون متعلقين بالآخرين ولديهم إلى حد ما بعض الوعي الاجتماعي في حين يختفي هذا السلوك لدى أطفال التوحد بالرغم من تمتعهم بمستوى ذكاء متوسط .

-أطفال التوحد لديهم القدرة على أداء المهام غير اللفظية وخاصة ما يتعلق بالإدراك الحركي والبصري كما أنهم يتمتعون بمهارات التعامل مع الآخرين في حين لا يتمتع المعاقون عقليا بمثل هذه القدرات أو المهارات.

-يتباين أطفال التوحد والأطفال المعاقون عقليا من حيث النمو اللغوي والقدرة على التواصل وذلك من حيث مقدار ومدى استخدام اللغة في التواصل. فالمعاقون عقليا لديهم قدرة لغوية واستخداماتهم للغة تتناسب مع مستوى ذكائهم في حين أن الأطفال المعاقين عقليا قد ينعدم وجود اللغة لديهم وحتى وان وجدت فان استخدامها يكون شاذاً.

-أطفال التوحد يعانون من عيوب جسمية بنسب أقل بكثير من تلك التي يعاني منها الأطفال المعاقين عقليا

-أطفال التوحد تبدو عليهم بعض المهارات الخاصة مثل التذكر وعزف الموسيقى وممارسة بعض ألوان الفنون... الخ في حين لا يتمتع المعاقون عقليا بأية مهارة من التي ذكرت.

-يتضمن سلوك أطفال التوحد بعض السلوكيات النمطية الشائعة مثل حركات الذراع واليد أمام العينين والحركات الكبيرة مثل التأرجح في حين

يختلف السلوك النمطي الذي يظهره الأطفال المعاقون عقليا عن نظرائهم لدى أطفال التوحد. (20، ص75-76)

2- إعاقة التوحد وعلاقته بفصام الطفولة

كانت البداية في التعرف على اضطراب التوحد هي استخدام أعراضه كأحد الأعراض الرئيسية في اضطراب الفصام، الانسحاب، أو الشعور بالوحدة النفسية. ولذلك كان افتراض حدوث خلط بين أعراض الاضطرابين وارد. ولا بد من التفريق ما بين الإعاقين وعلى النحو الآتي:

- الفصاميون قادرين على استخدام الرموز، في حين أن أطفال التوحد ليس بإمكانهم ذلك.

- أطفال التوحد لا يستطيعون إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ويرفضون الاستجابة للأشخاص والبيئة، بينما الأطفال الفصاميون بإمكانهم إقامة علاقة اجتماعية مع الآخرين وعلاقتهم بصفة عامة مع البيئة قلقة ومشوشة.

- الأطفال الفصاميون يعانون من الهلاوس والأوهام وفقدان الترابط للكلام وهذه الأعراض لا يعاني منها أطفال التوحد.

- تبدأ أعراض التوحد في الظهور قبل الشهر الثلاثين، بينما أعراض الفصام تظهر في بداية المراهقة أو في عمر متأخر في الطفولة.

- وفيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في الإصابة باضطرابات التوحد تشير النتائج إلى أن نسبة الإصابة بين الذكور إلى الإناث هي تقريبا 4:1، في حين يتساوى الذكور والإناث في نسب الإصابة بالفصام.

ولوحظ حدوث حالات الاكتئاب في بداية المراهقة أو الحياة الراشدة. وفي حالة التعرض لضغوط نفسي أو اجتماعي يظهر المريض أعراضاً كتأونية (تصلبية) وخاصة التهيج أو أخذ وضع ثابت أو يظهر حالة ذهانية غير نوعية مع ضلالات وهلاوس ولكنها جميعا تزول بزوال الضغوط. (4، ص4)

3- إعاقة التوحد وعلاقته باضطرابات التواصل

يرى العديد من الباحثين إلى أننا نتوقع وجود تشابه بين إعاقة التوحد والاضطرابات اللغوية ذلك أن اضطرابات اللغة والكلام والجوانب المعرفية هي مظاهر أساسية في تشخيص إعاقة التوحد وبسبب هذا التشابه فإنه يتم الخلط أحياناً بين التوحد وهذه الاضطرابات. وقد أشارت الدراسات إلى أن هناك أوجه تشابه بين اضطرابات اللغة الاستقبالية واضطرابات اللغة التي يظهرها أطفال التوحد، ولكن يمكن التمييز بين أعراض الاضطرابين. وهذا التمييز يمكن التعرف عليه من خلال أن الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية الاستقبالية يحاولون التواصل مع الآخرين بالإيماءات وبتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلة الكلام بينما لا يظهر أطفال التوحد أية تعبيرات انفعالية مناسبة أو رسائل غير لفظية مصاحبة. وقد تظهر المجموعتان في إعادة الكلام وترديده غير أن أطفال التوحد مميزين بترديدهم للكلام وخاصة ترديد أواخر الكلمات أكثر. وفي حين يخفق أطفال التوحد في استخدام اللغة كوسيلة اتصال يكون بإمكان الأطفال المضطربين لغوياً أن يكتسبوا مفاهيم اللغة الأساسية والرموز غير المحكية ويحاولون التواصل مع الآخرين. وهكذا يمكن النظر إلى القدرة على التعلم أو القابلية للتعلم والقدرة على التعامل مع الرموز على أنها قدرات فارقة ومميزة بين أطفال التوحد والأطفال المضطربين لغوياً (20، ص76-78).

4 - إعاقة التوحد وعلاقته بالاضطرابات السمعية والبصرية

من بين الأعراض والسلوكيات الثانوية التي قد يظهرها الأطفال المعاقون سمعياً السلوك الانسحابي والانزعاج من تغيير الروتين أو بعض السلوكيات الأخرى المشابهة وهم في هذا قد يشتركون مع بعض سلوكيات أطفال التوحد. مع فارق جوهري هو أن السلوك الانسحابي والانزعاج من تغيير الروتين وما إلى ذلك من أعراض أولية وأساسية لدى أطفال التوحد.

وعلاوة على ذلك فإن أطفال التوحد لا يعانون من الصمم في الأعم الأغلب. ومن ناحية أخرى قد يظهر الأطفال المعاقون بصرياً بعض السلوكيات الدالة على الاستتارة الذاتية والحركات النمطية وهم في ذلك يشبهون مايقوم به أطفال

التوحد، فضلاً عن أن استجابة أطفال التوحد للمثيرات البصرية قد تشير إلى إصابتهم بإعاقة التوحد (20، ص78-79)

5. التوحد وعلاقته بالصرع

إن حوالي 31 ٪ من أطفال التوحد يعانون من الصرع ويبدأ من مرحلة الطفولة أو المراهقة ودرس باحثون الوقت الذي تظهر فيه بدايات التوحد ووجد أنه يبدأ عندما يقوم الجهاز العصبي بعمله⁰ ووجد أن الذين تحدث لهم النوبات الصرعية غالباً ما يقل معامل ذكائهم عن (50). ولوحظ أن أكثر من حالات التوحد يوجد لديهم تاريخ لنوبة صرعية أو أكثر. ومعظم أعراض الصرع تتجلى في فقدان الوعي والتشنج والاهتزاز والتخطيط الكهربائي بإمكانها أن يثبت ذلك وبالإمكان السيطرة عليه عن طريق الادوية (37، ص2) (4، ص3)

6- الكروموسوم X الهش

إن حوالي 10 ٪ من أطفال التوحد لديهم أعراض ذلك ومعظمهم من الذكور ويكون ذلك بسبب الاختلال في الكروموسومات والذي يظهر فيه النقص والهشاشة ويعاني معظم الأطفال من التخلف العقلي ومظاهر التوحد وبعض من الإعاقة الفيزيائية.

7. تصلب الأنسجة

وسبب ذلك يعود إلى الاختلالات الجينية التي تسبب النمو غير الطبيعي لأنسجة الدماغ ويحدث ذلك لحالة واحدة لكل عشرة آلاف ولادة وحوالي ربع هؤلاء الأطفال من التوحديين (37، ص1).

الفصل الرابع

الوسائل والأدوات المستخدمة في تشخيص أطفال التوحد

أولاً: مرحلة التعرف السريع على الطفل التوحدي

ثانياً: مرحلة التأكد من وجود مظاهر التوحد الطفولي

المجموعة الأولى: اختبارات التقييم التشخيصي

المجموعة الثانية: تقويم النمو

المجموعة الثالثة: تقويم التكيف

المجموعة الرابعة: تقويم التواصل

المجموعة الخامسة: تقويم مراحل الطفولة المبكرة

المجموعة السادسة: اختبارات لقياس الذكاء

المجموعة السابعة: التقييم الأكاديمي

المجموعة الثامنة: التقييم السلوكي

المجموعة التاسعة: التقييم العائلي

ثالثاً: مرحلة دراسة الحالة

رابعاً: مرحلة الملاحظة الاكلينيكية