الكتاب السنوي لمركز ابحاث الطفولة والامومة/ جامعة ديالى ، المجلد الحادي عشر ، عدد خاص ص ص97-152 ،3 نيسان 2017
ISSN 1998- 6424 http://www.childcenter.uodiyala.edu.i

دراسة في طيف التوحُّد

" الجانب التثقيفي والأرشادي "

د. شاكر حسين الخشالي
تخصص علم النفس الاجتماعي / تنشئة اجتماعية

منهجية الدراسة

الدراسة تتناول جوانب نظرية ذات طابع توعوي وتثقيفي وأرشادي في تطبيق مبادئ وأسس التربية والتنشئة الاجتماعية السليمة للطفل والتي قد تساهم في الوقاية دون أن يكون ضحية الآثار لأحد انواع عارض طيف التوحُّد , كما تدعِّم عملية التدريب والتأهيل لمعالجة اضطراب الجوانب السلوكية والتواصل الاجتماعي واللغة في الأطفال المتوحدين , والدراسة لا تخرج عن نطاق اختصاص علم النفس الاجتماعي , في القاء الضوء على عمليات النمو التطوري لمهارات الطفل , والعوائق التي قد تعترضها , فتضطرب بعض أو كل مهاراته الاجتماعية والسلوكية بسببها , وما السبيل للتصحيح ؟ .

مشكلة الدراسة :

أظهرت الأحصاءآت في العقدين الأخيرة أصابة طفل من كل مئة طفل في العالم بأعراض أحد أشكال عارض التوحُّد , ورغم عدم توفر احصاءآت دقيقة في مجتمعنا العراقي , إلّا أن الشواهد في انتشار مراكز علاج وتأهيل أطفال التوحُّد , يعطي دلالة أن هذا العارض توجد حالات ليست بالقليلة لأشكاله المتنوعة في أطفالنا , مما يوجب الدراسة والتحري في طبيعة التربية والتنشئة التي يخضع لها الطفل في الأسرة والحضانة والروضة , وماهي العوامل والمؤثرات التي تكون سبباً مباشراً أو غير مباشر لإيقاع الطفل تحت أثر هذا العارض المقلق .

أهداف الدراسة :

تتضمن أهداف الدراسة جانبين تربَويين تنشيئيين هما :

1 . جانب توعوي تثقيفي ارشادي موجه للأسرة وكل من يقوم بشأن الطفل بالدرجة الأولى , ثم بالدرجة الثانية هو موجه لكل المجتمع لتعزيز الثقافة الأسرية بوجه عام .

2 . جانب علاجي بالتأهيل بواسطة تحليل السلوك التطبيقي أو العلاج الوظيفي , أذ تضع الدراسة بين يدَيّ الأسرة والقائمين بشأن الطفل ما يؤهلها ويمكِّنها من مساعدة الجهات المختصة بالعلاج , أو حتى الأعتماد على نفسها في اعادة مهارات الطفل المضطربة لتؤدي دورها الوظيفي السليم .

أهمية الدراسة :

من المؤكد أن كل دراسة تعتبر قاعدة علمية كجزء من الخزين المعرفي العلمي الوطني , قد تفيد الأجيال القادمة , كما أنها تعتبر أساساً قد ترتكز عليه دراسات لاحقة في مجالها , وفي الجانب التطبيقي ستكون نتائجها وتوصياتها عوناً إيجابياً يساهم أو يكمل دور الجهات المختصة الطبية البيولوجية في عمليات العلاج التي يمكن أن تساهم بها مراكز أطفال التوحُّد أو الأسرة أو القائمين على الطفل .

الجانب النظري من الدراسة

ما هو طيف التوحُّد ؟ :

إنَّ التوحّد هو طيف لحالات واسعة من الاضطرابات تبدو على المهارات الشخصية والاجتماعية وعلى الممارسات السلوكية في الحياة اليومية عند الطفل , والتي يفترض أنه اكتسبها سليمةً بالتنشئة الاجتماعية بعد ولادته , ليشترك فيها متفاعلاً مع أفراد مجتمعه , وتُميَّز ظواهر اضطرابات التوحُّد ـ والتي يمكن أن نصفها بظواهر الأعراض ـ على مهارات الطفل خلال ألـ 36 شهراً الأولى من عمره بدءً من نهاية السنة الأولى , أي إن الطفل يصاب فيه خلال هذه الفترة الزمنية من عمره ويلازمه إلى نهاية

حياته , إذا لم يتلقَ العلاج الشافي , وقد عرَّفه البعض إجرائياً , " هو اضطراب عصبي تطوري واسع يصيب منظومات وظيفية مختلفة تؤثر على أداء الطفل في كل أو جزء من مهاراته ", ولهذا تعددت تسمياته , فالبعض يسميه التوحُّد , والبعض يسميه الأضطراب التطوري الواسع , والبعض يسميه اضطراب الطيف الذاتوي , وذلك لأن هذا الأضطراب يشمل مجموعة واسعة من الحالات التي تُعرَف على الطيف التوحدي لوجود اضطرابات في عدة نواحي هي , اللغوية , والاجتماعية , والاتصال , والسلوكية , والحسية أي أضطرابات الجهاز الحسي , وبشكل عام وضع لهذه الأضطرابات مصطلح مختصره (PDD) ويعني أضطرابات نمائية شاملة , ويقابلها أضطرابات نمائية نوعية كاضطرابات اللغة مثلاً , والأضطرابات النمائية الشاملة هي مجموعة مكونة من خمسة أضطرابات تتسم بتأخير نمو الوظائف الأساسية المتعددة لفكر الطفل أو لأعضاءه , بما في ذلك الإندماج في المجتمع والتواصل مع الآخرين , والأضطرابات الخمسة التي يمكن أن نعتبرها أنواع لطيف التوحُّد هي :

1 . أضطرابات نمائية شاملة غير محددة (PDD – NOS) وتتضمن التوحُّد اللا نمطي (Atypical Autism) وهو الأكثر انتشاراً , فعندما لا يفي الطفل بجميع المعايير التشخيصية لمتلازمة أسبيرجر ولمعايير التوحُّد الأعتيادي في مهارات التعلم والسلوكية , فإنه يصنف تحت (PDD – NOS) .

2 . التوحُّد الأعتيادي (Autism Classical) وهو مجموعة من اضطرابات طيف التوحُّد , أو هو مختلف اضطرابات النمو المتفشية , وهو الأكثر شهرة .

3 . متلازمة "أسبيرجر" , هي أحدى اضطرابات طيف التوحُّد التي يعاني فيها المصابون صعوبات كبيرة في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين , مع رغبات وأنماط سلوكية مقيدة ومكررة.

4 . متلازمة " رت " , هو اضطراب عصبي خاص بالإناث , يعتبر من أشد إعاقات هذه المجموعة من حيث تأثيرها على مخ المصابة , إذ يفقدها ماكتسبته من خبرات وما تعلمته من مهارات في التربية والتنشئة الاجتماعية , وتبدأ أعراضه بالظهور بين 6ـ 12 شهر من عمر الطفلة .

5 . أضطرابات الطفولة التحللية أو متلازمة "هيلر" أو الأنتكاس الذهني (CDD) , وهذا الأضطراب يكون بنمو مهارات الطفل بشكل طبيعي خلال مرحلة عمر الولادة والرضاعة ومرحلة الطفولة المبكرة ثم في المبكرة أو بعدها ينتكس بشكل مفاجئ , ويفقد أحدى مهاراته أو بعضها أو جميعها .

ألأضطرابات الثلاثة الأولى يطلق عليها أضطرابات الطيف التوحُّدي (ASD) , أما الأضطرابان الأخيران فنسبة الإصابة فيهما نادرة للغاية , وأحياناً يمكن أعتبارهما ضمن طيف التوحُّد وأحياناً لا (في الملحق ج المرفق ستجد تفصيلاً لذلك) .

ولهذه الأسباب لا تتوفر في التوحُّد شروط التعريف , فلم يوضع له تعريف جامع مانع محدد , إنما قد يوضع له تعريفاً إجرائياً من قبل الباحثين وبحسب اتجاهاتهم , كما أنه لم يتم القرار على مفهوم واضح متفق عليه كما لاحظنا أعلاه , فقد وُصِفَ هذا العارض بوصفٍ معينٍ من قبل كل جهة تدرس وتبحث فيه .

فوَصَف علماء النفس التربويون (2) طيف التوحُّد بأنه نقصاً مكتسباً في الاستجابة الاجتماعية , وقانون التربية الخاصة للأفراد المعوقين وصَفَه إنه إعاقة نمائية توثر تأثيراً بالغاً على التواصل اللفظي وغير اللفظي(راجع الملحق ج المرفق للتعرف على الإعاقات النمائية) .

أما علماء النفس الاجتماعي فوصفوه بأنه عدم تكيُّف أو بطء تكيُّف الطفل مع مجتمعه كما الأسوياء في واحدة أو أكثر من المهارات الاجتماعية , وعرَّفوا التكيُّف بحسب علم النفس الاجتماعي " التكيُّف هو مرونة الفرد في تغيير أنماط سلوكه حتى يوائم بين ما يحدث في نفسه من تغييرات مختلفة وبين ظروف البيئة المحيطة فيه ..... فؤاد البهي السيد " (3) , وعرفوا التكيُّف بحسب علم التربية والتنشئة " فالتكيُّف أو التوافق والتلاؤم , يعني التفاعل الذي يهدف إلى التوفيق بين الأفراد بحيث يتفهم كل طرف أفكار ومشاعر واتجاهات الطرف الآخر..... عبدالله الرشدان " (4) , وهذا يعني إن الطفل المتوحِّد لا تتغيَّر أو تتبدل سلوكياته الفطرية الغريزية لتتوافق مع خصائص ثقافة المجتمع الذي يعيش فيه تماشياً وتوافقاً مع نموه , أو بالعكس بعد تبدُّلها وتغيُّرها بفترة قصيرة يصيبها النكوص , فهي تأخذ منحاً

مرتبكاً , فلا تخضع فسلجياً لعملية التعلم الاجتماعي كما يحدث للأطفال الأسوياء , فسلوكه لا تبنيه عملية التنشئة الاجتماعية بمنطلقاتها التحويلية والربطية والضبطية كما يحدث للأطفال الأسوياء في مجتمعه .

أما علماء الطب البشري فقد قالوا فيه بأنه اضطراب تطوري واسع يصيب منظومات وظيفية مختلفة تؤثر على أداء الطفل , ولهذا تعددت تسمياته عندهم , فالبعض يسميه التوحُّد والبعض يسميه الاضطراب التطوري , ومؤخراً أسموه اضطرابات الطيف الذاتوي , وذلك لأن هذا الاضطراب يشمل مجموعة واسعة من الحالات التي تُعرَف على الطيف التوحدي , لوجود اضطرابات في عدة نواحي اجتماعية ولغوية وسلوكية وحسية .

إن تغيُّر التسميات تأتى من الاكتشافات التي تظهرها الدراسات والبحوث الحديثة بهذه الحالة المقلقة , إضافة إلى الأعراض الجديدة التي يعثر عليها الأطباء النفسيون في مراجعيهم ويتم تأكيدها على طيف التوحُّد , ولهذه الأسباب لم يُحَددْ تعريف لهذا العارض بعد , لطالما إن الدراسات بصدد اكتشاف وتشخيص الجديد فيه لا تزال مفتوحة .

وهذا جعل المؤسسات المعنية بمتابعة هذا العارض مشوشة في وضع حدود فاصلة واضحة بين إعاقات طيف التوحُّد وبين التخلف العقلي / الذهان أو الفصام , مما ينعكس على قلة الاهتمام الذي يحظى به وبطء العلاج وتأخر اندماج هؤلاء الأطفال بمجتمعاتهم , إن الوصول لاحتياجات أطفال التوحُّد يتطلب التعرف العلمي الدقيق والإلمام التام بكل ما يخص نتائج الدراسات والبحوث لهذا العارض من قبل المعنيين بالتشخيص والعلاج جهد الإمكان .

إنَّ مرحلة الطفولة المبكرة 3 و4 و5 سنة هي المرحلة العمرية التي يبدأ فيها اكتمال نضوج خلايا الدماغ , ويُحَدَدْ ويُرْسَم سلوك الطفل فيها بالعمليات العقلية , ولهذا السبب فيصادف أن لا تُميَّز أعراض التوحُّد في الغالب إلا في هذه المرحلة فيلاحظ على الطفل كظواهر عامة على سلوكه ومهاراته الاجتماعية تُفرِقُه وتُميِّزه عن أقرانه الأسوياء , بما لا يتوافق ومظاهر نظريات التطوُّر في نمو الطفل

الطبيعي لهذه المرحلة العمرية , وكان هذا سبباً لأن معظم الإصابات لا يتم الانتباه لها من قبل الأبوين إلا في مرحلة الطفولة المبكرة .

نبذة تاريخية عن طيف التوحُّد :

لقد وصِفَتْ الحالة للمرة الأولى من قبل الطبيب النفسي البريطاني " هنري مودزلي " عام 1867م , فتوجهت الأنظار للدراسة والبحث فيه ضمن اهتمامات الطب النفسي , فتوالى النشر عنه الكثيرون , ومنها دراسة الطبيب النفسي السويسري " إيجون بلولر " عام 1911م حيث استخدم التوحُّد ليصف فيه إحدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي , فوصفهم بالمنعزلين عن العالم الخارجي , والمنسحبين عن الحياة الاجتماعية , وفسَّرَ الانشغال بالذات من وجهة نظره هو الحركة العلمية المعرفية باتجاه إشباع الحاجات , وبهذا اعتُبرت إعاقة التوحُّد من الاضطرابات الذهانية التي تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة , وأطلق عليه تسميته " الذهان الذاتوي " أو " الذاتوية الطِفلية المبكرة ", ثم أُطلق عليه تسمية " اضطراب التوحُّد " لأن المصاب فيه يميل إلى العزلة والوحدة , أي يتوحَّد مع نفسه .

في عام 1943م اكتشف الطبيب النفسي الأمريكي المتخصص بالأطفال " ليو كانر ", إن هناك أحد عشر حالة من مراجعيه الذين يتابعهم دورياً , ميَّز فيهم إعاقة مختلفة عن التخلف العقلي أو الفصام , فهم يمارسون أنواع من السلوك لا تتشابه مع أيٍ من الاضطرابات التي عُرفت آنذاك , فوضع لها وصفاً تشخيصياً جديداً ومنفصلاً أسماه " التوحُّد الطفولي " وأورد مجموعة من الأعراض تنضوي تحت هذه الفئة التشخيصية , وبيَّن إنَّ من أهمها هي الوحدة المفرطة التي تَصْحب المُصاب , ورغبته الوسواسية في الحفاظ على تماثل الأشياء , و"كانر" أعزى سبب الحالة التي اكتشفها إلى التربية الباردة المفتقرة إلى الحب , لكن لم تعترف الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (APA) باكتشافه في حينها , إلّا أنه بعد ذلك وفي ستينات القرن نفسه وبضغط من المحللين النفسيين عادوا فاعترفوا بها كفئة تشخيصية مستقلة , حيث كانت قبل ذلك توصف على إنها نوع من الفصام الطفولي , إذن نستطيع القول إن

اكتشاف عارض التوحُّد بأعراضه التي شخصها "كانر" في 1943 م هي البداية لتاريخ ظهور طيف التوحُّد وتم تداول مصطلحه بالانكليزية (Autism) وهي كلمة إغريقية من مقطعين (Aut) وتعني الذات و (ism) وتعني انغلاق فيكون معناها " الانغلاق على الذات".

في عام 1944م أكتشف الطبيب النمساوي "هانس أسبيرجر" حالات تختلف عما اكتشفه "كانر" , أجرى عليها دراسات وبحوث عديد ومعمقة بالإشتراك مع طبيبة أطفال بريطانية تدعى " لورنا وينك " , أطلِق عليها لاحقاً " متلازمة أسبيرجر "وأدخلت تحت مظلة طيف التوحُّد .

في عام 1966م أكتشف الطبيب النمساوي "أندرياس رت " حالات تختلف عما تم اكتشافه من قَبلُ , فقد وجد فيها أدلة تؤكد أن التوحُّد حالة بيولوجية فسميت " متلازمة رت " , وكان في تأكيده هذا قد عزز ما اكتشفه الطبيب " برنارد ريملاند " في عام 1964م والذي أكد فيه بوجود دلائل لديه إن التوحُّد هو حالة بيولو جية وأدخلت متلازمة رت تحت مظلة طيف التوحُّد أيضاً .

في عام 1981م أصدرت "وينك" بالتنسيق مع أسبيرجر تقريراً مفصلاً عن دراساتهما لهذا العارض وكان تقريرها يدعِّم ما جاء به " أسبيرجر" , إنَّ وينك أتى اهتمامها بالموضوع مضاعفاً لأن لها ابنةً كانت مصابة بالتوحُّد .

في عام 1991م أصدر العالم البريطاني "فرث" كتاباً عن التوحُّد , ضمَّنه نتائج بحوث "وينك" وبحوث "أسبيرجر" , وصنَّف ماتناولاه إلى (التوحُّد ذو الأداء الوظيفي العالي و أعاقة التوحُّد الخفيف) ثم لاحقاً عُرِّفت تلك الحالة وسميت بأسم مكتشفها (متلازمة أسبيرجر) واعتبرت إعاقة مستقلة صُنفت ضمن أضطرابات النمو الشاملة (PDD) .

في عام 1991م نشر كل من الطبيب " ميكل روتر" , والطبيبة "كاترين لورد " والطبيب " آن كوتشري " أول نموذج أستبيان لتشخيص التوحُّد .

ولتوحيد نتائج الدراسات والبحوث ضمن أطار هذا العارض في عام 1952م أصدرت الرابطة الأمريكية للأطباء النفسانيين (APA) أول دليل تشخيص وإحصاء للأمراض العقلية بمصطلح مختصره

(DSM) , وهذا الدليل يتم تحديث محتوى نماذجه بضوء الأعراض التي يتم اكتشافها من قبل الباحثين والأطباء النفسيين بدراساتهم أو معاينتهم لمرضاهم تباعاً .

في عام 1993م أصدرت منظمة الصحة العالمية دليلاً مشابهاً لدليل رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية تحت مصطلح مختصر (ICD _ 10) , و صدر كذلك دليل تشخيص آخر تحت أسم " مثلث الإعاقة أو الإعاقات الثلاثة " وهو يعنى بالإعاقة الاجتماعية , وإعاقة الاتصال واللغة , وإعاقة التفكير والسلوك , واعتبرت هذه الدليلات معايير تصنيفية ومرجعية تشخيصية لمهنيي الصحة , أو كأداة للبحث والإحصاء تعتمد عليها مؤسسات الصحة العمومية .

في عام 1994م تأسس الاتحاد الدولي لأبحاث التوحُّد (NAAR) ليصبح أول منظمة في الولايات المتحدة الأمريكية تختص بتمويل الأبحاث الطبية الخاصة باضطراب الطيف التوحدي (ASD) .

في عام 2000م نُشِرَالإصدار الرابع للرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين أعلاه بمصطلح مختصره (DSM– 1V– TR) , ثم في مايس عام 2013م نُشِرَ الإصدار الخامس والأخير للرابطة المذكورة لهذا الدليل التشخيصي (DSM 5) وظهر في هذا الإصدار معايير التشخيص لاضطراب طيف التوحُّد (ASD) واضطرابات التواصل الاجتماعي ذات الصلة بالتوحُّد . التواصل اللفظي وغير اللفظي (SCD) .

أسباب طيف التوحُّد

لما كان التوحُّد هو طيف واسع من اضطرابات النمو في مهارات الطفل المختلفة , فقد تباينت رؤى العلماء في كشف المداخل المحتملة لهذه الحالة المقلقة من الأضطرابات بحسب اتجاهاتهم , لكن إطاره العام أنه نتاج لتغييرات في نمو الدماغ والجهاز العصبي للطفل , والتي ربما ناتجة عن عوامل إما بيئية جراء أخطاء في التربية والتنشئة , و/أو جينية في الوراثة , و/أو سمّيّة تسببها الترسبات المعدنية التي تصل للدماغ عن طريق الغذاء وخاصة ترسبات الزئبق والرصاص , لكن في حقيقة الأمر السبب الرئيسي له ما زال مجهولاً .

فعلماء الطب البشري يرون أسبابه : (1)

1 . إن للوراثة دوراً في حدوثه ويسندوا ميلهم بنتائج البحوث التي أجريت على التوائم المتماثلة , ودراسة الخريطة الوراثية للأسر التي فيها حالات توحُّد مؤكدة , وملاحظة ارتفاع نسب الإصابات بالتوحُّد عند المصابين بالأمراض العصبية الوراثية , ومع كل هذا فدور الوراثة غير محسوم لأن حالات التوحُّد يمكن تفسيرها بنموذج معقد من الخلل الوراثي الذي قد يؤدي أو لا يؤدي إلى تغيير في الحامض النووي الوراثي .

2 . كما يرون إن سبب عارض التوحُّد قد يكون بوجود خلايا دماغية مضطربة أو نائمة , ويَعزون الأضطراب إلى سبب تكويني خَلقي أو جراء حادث أو مؤثر , وهو عبارة عن اشتباكات عصبية كثيرة تتلاقى فيها الخلايا العصبية , أما سبب نومها فيعزونه إلى ترسبات معدنية , وبالأخص الزئبق والرصاص في جدار هذه الخلايا مصدره الغذاء , إذ تنتقل مع الدم إلى الكبد والدماغ , وتشكل طبقة عازلة للأوكسجين حول خلية الدماغ , فيبدأ الطفل بالتراجع في النمو اللغوي وفي التواصل الاجتماعي , أو إن هناك اضطراب بالموجات الدماغية سواء بارتفاعها أو نوعها أو قوتها مقارنة بالخريطة الدماغية النوعية , ويدعِّم رؤية علماء الطب هذه تحسُّن حالة بعض المصابين بالتوحُّد عند استخدام الأوكسجين المضغوط , أو المعالجة بجلسات التغذية الراجعة العصبية .

3 . عوامل بيئية مختلفة كوجود نوع من الفيروسات التي تحفّز الأصابة بالتوحُّد , أوالروائح الصادرة من الكلور والفينولات والمذيبات والمبيدات الحشرية , وكذلك التعرض للالتهابات واستعمال المضادات الحيوية بشكل مكثف , وكذلك نقص مضادات الأكسدة , ونقص الأحماض الدهنية , وضعف قدرة الجسم على التخلص من السموم والمعادن , وضعف الجهاز المناعي .

4. التغذية الغير جيدة للأم , أو أدمانها على التدخين , أو تناولها الكحول خلال فترة الحمل , أو تعرض الأم لأي عدوى مرضية إثناء الحمل , أو أي مشاكل أخرى في الحمل خاصة الثلاثة أشهر الأولى منه , أو حدوث الولادة المبكرة , أو حدوث مشاكل أثناء الولادة وهي كثيرة .

5 . وهناك أسباب عصبية وتشريحية , أي وجود خلل وظيفي في المخ , فقد لوحظ عند المقارنة بين أدمغة الأطفال المتوحدين والأطفال الأسوياء أن هناك بعض أجزاء المخ متزايدة الحجم لدى الأطفال المتوحدين , فمنطقة اللوزة (Amygdala) وقرن آمون (Hippocampus) مثلاً , حيث تتحكم منطقة اللوزة في الأنفعال والعدوانية , ومسؤولة عن الأستثارة للعديد من الحواس , مثل الأصوات والبصر والشم والأستثارة العصبية أو التنبيه بالخوف , فعند تلف منطقة اللوزة يحدث خلل في وظائف هذه المنطقة , كما إن منطقة قرن آمون مسؤولة عن التعلم والذاكرة , وتلفها يؤدي إلى عدم القدرة على تخزين المعلومات في الذاكرة , بالإضافة إلى ملاحظة سلوكيات متكررة , وسلوك الإثارة الذاتية , والنشاط المفرط عند الطفل , وكل هذه السلوكيات التي ذكرناها توجد في طفل التوحُّد , وغالباً يحدث هذا التلف في مرحلة نمو الجنين قبل الولادة , أو البعض يقول إن حدوث التوحُّد سببه تلف في الدماغ , أي يصاب الطفل بنقص أكتمال نمو الخلايا العصبية الدماغية للطفل .

أما علماء علم النفس وعلم النفس الاجتماعي فقد ربطوا الأسباب بالأعراض (2):

1 . فالتخلف في النمو اللغوي قد تجلى سببه وهو عجز أو حرمان الطفل من الدخول في تلك الأشكال من التفاعل السابقة للغة ـ تفاعل طفل المهد مع بيئته المحيطة (6) ـ التي ينمو من خلالها الانتقال المبكر من الاتصال السابق للغة إلى الاتصال اللغوي .

2. ويرجح بعضهم إن طيف التوحُّد جذوره تعود إلى التفاعل الخاطئ بين الأم وطفلها منذ الولادة , وما تزال هذه النظرة متبناة بقوة من قبل بعض المحللين النفسيين المتشددين , فقد لاحظ العلماء إن الأطفال المتوحّدون خلافاً للأطفال الأسوياء يتجنبون لقاء العين للعين مع الذين يرعَونهم , فلا يلاحقوا خط الإشارة أو النظر للآخرين , فربطوا جذور هذا العارض بنقص أو غياب "نظرية معرفة العقول الأخرى " , وهذه النظرية هي الأخرى أشارت دراسات حولها إنها ترتبط بتناغم الأم ـ الوليد , أو متابعة الأطفال الصغار لخط نظر الراشدين بحثاً عن شيء يثبتون خط نظرهم عليه , وبحثهم هذا بذاته متوقف على لقاء

العين للعين بين الراشد والوليد وهو ما أطلقوا عليه ظاهرة " الانتباه المشترك " التي تركز على المسألة المتمثلة في كيفية معرفة الطفل ما لذي يراقبه الشخص الآخر .

3 . كما أظهرت دراسات أخرى إن الأطفال المتوحّدون يشكون من غياب اللعب التمثيلي , وبعد التدقيق مع أسرهم ظهر إنهم لم يجتازوا أو حُرِموا من مرحلة اللعب الحر مع أقرانهم منذ ولادتهم وحتى ظهور الأعراض عليهم .

4. كما يبدون ضعافاً بشكل لافت للنظر في رواية السرد والقصص أو في فهمها , ففي سبيل فهم السرد على الطفل أن يلتقط مقاصد الأبطال وتوقعاتهم , فمن دون التقاط السرد يصبح الطفل المتوحِّد منقطعاً عن أحد المصادر الرئيسية للمعرفة عن عالم البشر الذي يحيط فيه , وبالأخص ما يتعلق منه بالرغبات والمقاصد والمعتقدات والصراعات البشرية .

5. ظهور اضطراب التكامل الحسي , أي لا تتم معالجة التكامل متعدد الحواس بشكل كافي من أجل توفير استجابة مناسبة تتوافق مع متطلبات البيئة , فالتكامل الحسي هو عملية عصبية تقوم بتنظيم الإحساس القادم من أجسامنا ومن البيئة , الأمر الذي من شأنه أن يجعل من الممكن استخدام أجسامنا بشكل فعال ضمن البيئة .

6 . إلّا أن النقطة الجوهرية هو أن العلماء لاحظوا حتى الأطفال المتوحّدين الموهوبين يبدون متيبسين وغير طبيعيين في حياتهم الاجتماعية والانفعالية , كما لو أنهم تعلموا الحياة كما يتعلم المرء الرياضيات .

7. وهناك أسباب نفسية اجتماعية , كحرمان الطفل من الحصول على الأهتمام والتعزيز من قبل الوالدين على سلوكه الاجتماعي السليم , أوالعلاقة غير الدافئة بين الزوجين والتي تنعكس على علاقة الأم بطفلها , أو بسبب مرض الأم بالفصام أو معاناتها من مرض عاطفي واضح , أو انسحاب الطفل عند ميلاد طفل جديد يستحوذ بشكل مبالغ به باهتمامات الوالدين خاصة الأم .

8. وأسباب أدراكية أي بسبب أصابة الطفل باضطراب أدراكي نمائي , تجعله يعاني من انخفاض قدراته على الأدراك , بالأضافة إلى اضطراب في اللغة , فتنخفض قدراته العقلية المختلفة , فينعكس

الخلل الحاصل في الأدراك وعدم تنظيم الأستقبال الحسي على قدرة الطفل على تكوين أفكار مترابطة وذات معنى عن بيئته , فيحدُّ ذلك من قدرته على التعلم وعلى التكيُّف مع البيئة , فينعزل وينغلق على ذاته.

تعليق : أنا من وجهة نظري أن الوراثة ليست سبباً من أسباب الأصابة بالتوحُّد لطالما إن التوحُّد هو اضطراب في السلوك , فلا يمكن للوراثة أن ترسم خريطةً للسلوك طالما أنَّ السلوك مرتبط بالمؤثر البيئي(8) , وكثيراً ما وقع العلماء بهذا الخطأ , لأن الطفل منذ لحظة ولادته يتشرب ويتطبع ويستدمج سلوك والدية على درجة عالية من التشابه بحيث إن الإبن يتطابق سلوكياً مع أبويه حتى بنبرة صوته , أما إذا كان مقصد علماء الطب البشري وجود تأثير للجينات الوراثية على آلية عمل وظيفة وسائط نقل تأثير المؤثر (الجهاز العصبي) مما يؤدي إلى اضطراب السلوك فالأمر يختلف وهو في غاية التعقيد وسبحان الله الخالق .

المهارات الاجتماعية للطفل السليم :(5)

إن المهارات الاجتماعية التي قد تتعرض للاضطراب عند الطفل ما هي إلا أسلوب وطريقة لفهم الحياة وكسب رهاناتها , فهي تساهم في تحسين جميع جوانب الحياة معتمدة على المخزون الفكري للفرد ومكتسباته الحضارية , وقد عرَّفها العلماء " هي سلوك مكتسب مقبول اجتماعياً يمكِّن الفرد من التفاعل مع الآخرين تفاعلاً ايجابياً ..... موركان " , فالمطلوب من الفرد أن يسعى جاهداً في تعديل وتحسين وتطوير هذا ألإرث الثقافي التقليدي المؤثر في سلوكه , من خلال اكتساب وممارسة وتطوير هذه المهارات الاجتماعية , وهي كثيرة ويمكن تصنيفها إلى :

1. مهارات شخصية : هي نشاطات ذاتية يرثُ الطفل بعضاً منها جينياً من صفات الشخصية البنائية للأبوين المنجبين , ونشاطات موضوعية يكتسبها الطفل بالتربية والتنشئة من صفات الشخصية النواة التي يشترك فيها معظم أفراد مجتمعه الذي يعيش فيه , من قيم ومعتقدات وأعراف وتقاليد ترسم ثقافتهم وتحدد سلوكهم , وهي مهارات يستخدمها ويوظفها الطفل للتواصل والتفاعل مع الآخرين لبناء شخصيته ورسم

صورتها بمرآتهم , أي المعرفة الاجتماعية وبالأخص الإدراك الشخصي(الوعي والتفكير) , وكذلك فهم الأشخاص الآخرين , ومن هذه المهارات , كمهارات اتزان الشخصية , ومهارات الثقة بالنفس , ومهارة كسب الأصدقاء , ومهارة القدرة على حل المشكلات , ومهارة التفكير الفعّال , ومهارة الذكاء العاطفي , ومهارات الاستماع , ومهارات التعاطف , ومهارات التعرف على مشاعر الفرد الذاتية , ومهارة الصبر , ومهارات المغفرة أو التسامح , ومهارات المودة والإحساس وغيرها , جميع هذه المهارات يجب أن نفهمها بادراك الطفل وليس بادراك الكبار .

2. مهارات حياتية , وهي قدرات الطفل على السلوك التكيُّفي الإيجابي للحياة , فهي أساسية وضرورية لتجعل الطفل يتعامل بفاعلية مهنية مع متطلبات الحياة اليومية وتحديداتها , حتى يتمكّن من فهم تجاربها والاندماج في المجتمع , فهي مهارات ترتبط في المشكلات الإنسانية التي تصادف الطفل في حياته اليومية , فاكتسابها يساعده على العيش حياة صحيحة ومثمرة , وابرزها المهارات الحركية الاعتيادية , كالعناية بالذات , والأكل , والإخراج , والنظافة , ولبس وخلع الملابس , وتصفيف الشعر وغيرها , والمهارات الحركية الدقيقة , كمسك القلم عند الكتابة , أو مسك الملعقة أثناء الطعام , أو تقليم الأظافر وغيرها , كذلك المهارات الأدراكية , كالأدراك أن السكينة أداة تجرح , والنار تحرق , والكهرباء تصعق وغيرها .

3. مهارات التواصل الاجتماعي , وهي المهارات التي يمارس الطفل فيها دوره الاجتماعي كطفل , وتمكِّنه من التواصل والتفاعل مع الآخرين , أي التطبّع بثقافة مجتمعه , ومن خلالها يظهر تصوره للأعراف والتقاليد والأطر والعلاقات الاجتماعية , ويمكن وصفها بأنها مفاهيم الأطفال للعادات والتقاليد الاجتماعية , (5) , كمهارات اللغة , ومهارات الاتصال غير اللفظي" الإيماءات" , ومهارات التفاعل مع المجموعات , ومهارات التعاون , ومهارات اللعب , ومهارات المشاركة الاجتماعية , ومهارات التآلف وقبول الآخر وغيرها .

وكل واحدة من هذه المهارات تلاحظ مظهرها بعدة أنشطة يمارسها الطفل السليم , في حين يعجز الطفل المتوحِّد من ممارستها , أو يمارسها بشكل خاطئ لا يحقق غايته وهدفه , كما يجب أن يدرك الكبار إن هذه المهارات , يمارسها الطفل وفق نظامه المعرفي الخاص به كطفل , وليس كما يمارسها الكبار , كما إن مظهرها الذي يلحظه الكبار على الطفل ليس كمظهرها كما لو مارسها الكبار أنفسهم , فالعالم الاجتماعي للطفل عالم خاص , يمكن الرجوع إلى الكراسات والنشرات التي تصدرها منظمة الصحة العالمية للتعرف على تفاصيل المهارات وأنشطتها والتعليمات لتأهيل الفاقدين لها من مصابي التوحُّد , (راجع الملحق ب المرفق) يتضمن ظواهر وأنشطة المهارات التي تسبب التوحُّد الواردة ضمن دليل التشخيص (DSM5) .

النمو التطوري للمهارات الاجتماعية للطفل السليم : (6)

عند تقييم حالة التطور المعرفي لنمو مهارات الطفل الاجتماعية واللغوية والسلوكية بحسب نظريات علم نفس النمو , فذلك يتم من خلال المراقبة والملاحظة والتدقيق والمقارنة مع المسار التطوري لمهارات الطفل السليم , وندرج أدناه جدولاً يبين مسار النمو التطوري لأبرز المهارات الاجتماعية واللغوية والسلوكية عند الطفل السليم :

ظواهر مراحل نمو التطور الاجتماعي

عمر ثلاث شهور : يستلطف بالملاطفة والمداعبة والعناق , يقيم تواصل بصري قصير أثناء الرضاعة .# عمر ستة شهور : يميّز الغرباء والأماكن الجديدة , يعبر عن السعادة أو الضيق والأستياء عندما يتعرض لمؤثر , يحب اللعب البدني/ تحريك اليدين والرجلين .

عمرتسعة شهور : يستمتع باللعب مع الآخرين , يبتسم ويضحك لمن يتفاعل معه , ويفتهم نغمة الصوت العنيفة , يستأنس ويتجاوب مع أفراد أسرته في حين يكون حذراً تجاه الغرباء , يلعب لعبة الأختفاء (تَيّ) عندما تضع أمه برقعاً أمام وجهها ثم تزيله وتقول تَيّ هو يكرر اللعبة أمامها أو مع الآخرين .

عمر سنة : يستجيب من خلال النظر عندما ينادى على أسمه , يهتم بالألعاب ما قبل الاجتماعية أي مع قرائنه الأطفال لكن كلٌ بلعبته , يفهم العالم حوله , ويدرك أن الأشياء التي تختفي من أمام حواسه لها وجود في مكان آخر , أي يبدأ عمل الذاكرة .

عمر 18 شهر : يميل للعب التخيلي بالدمى , تقليد الكلمات التي يقولها الأكبر منه ويقلد طريقتهم باللعب .

عمر 24 شهر : يهتم باللعب مع الأطفال الآخرين الألعاب الاجتماعية بصيغة الفريق , يقوم بالعديد من الأفعال المتسلسلة اثناء اللعب كالتحمس للعب وإطعام الدمية وغير ذلك.

عمر 36 شهر : يستمتع باللعب التخيلي مع الآخرين , ويعتبر العصا حصان ويمتطيها ويجري بها .

عمرأكثر من 3 سنوات : يعرف دوره أثناء المحادثة مع الآخرين , يحدد منزلته بين رفاق اللعب ودوره داخل الجماعة .

ظواهر مراحل نمو التطور اللغوي

عمر ثلاث شهور : يهدهد أو يدندن أو يصدر أصوات , يبتسم عند سماع صوت الأم .

عمر ستة شهور : يلتفت نحو مصدر الأصوات , يبدأ في المناغاة والثرثرة , يقلد الأصوات , ينوِّع البكاء / بكاء الألم / بكاء الجوع / بكاء الإنزعاج / بكاء الخوف .

عمر تسع شهور : يصدر أصوات كثيرة , التعبير عن الأشياء التي يريدها , يربط الحدث بالصوت فتعوده سماع صوت الباب عند قوم والده يجعله ينادي بكلمة (بابا) كلما سمع صوت الباب , يستجيب لكلمة (لا) بغض النظر لنبرة الصوت .

عمر سنة : يستخدم الإيماءآت مثل الإشارة , يستخدم الأصوات المتناغمة وبعض الكلمات البسيطة مثل بابا ماما دادا , يستطيع ترديد أصوات الآخرين وتقليدهم , يتوقف عما يفعله عندما يقال له (لا) .

عمر 18 شهر : يبدأ بدمج ما يدركه من كلمات مع نظمته اللغوية الداخلية ويكوّن ربما عشر كلمات في قاموسه بمعانيها الخاصة به عند التحدث , يصدر العديد من الأصوات المتناغمة المختلفة , يتعرف

على الأشخاص المألوفين وأجزاء الجسم المألوفة , يتبع الأوامر البسيطة , يهز رأسه تعبيراً على الرفض دلالة على قول (لا).

عمر 24 شهر : يتعلم البناءآت اللغوية الجديدة ويقوم بإنشاء جمل بسيطة , مثل أريد اللعب , ماذا في الإناء , التعرف على الأشياء عند تسميتها , يشير على ذاته بالأسم .

عمر 36 شهر : يَرُد على الأسئلة التي توجه له , يشترك في الأناشيد والغناء الإيقاعي , يستخدم جمل متكونة من ثلاث كلمات , يتبع أو يطيع أمرين بنفس الوقت .

عمره أكثر من 3 سنوات : يستخدم جملاً طويلة تامة من الناحية الوظيفية , يتَّبع التعليمات المكونة من خطوتين أو ثلاثة , نطقه للكلمات مفهوم معظم الوقت ولو انه لايستطيع التفريق بين الأسماء والأفعال والحروف .

ظواهر مراحل نمو التطور السلوكي

عمر ثلاث شهور : يحرك يديه ورجليه , يمسك أو يقبض على الأشياء , يراقب حركة يديه , يفتح فمه لزجاجة الرضاعة أو لحلمة ثدي أمه ويرضع .

عمر ستة شهور : يرفع رأسه وصدره عندما يضطجع على وجهه , يطرق على الأشياء أثناء اللعب , يفتح فمه لتناول طعامه بالملعقة بمساعدة الغير , يمسك زجاجة الرضاعة ويرفعها إلى فمه .

عمر تسعة شهور : يزحف , ويقف مستنداً على الأثاث أو الحائط أو غيرها , يصفق باليدين , ينقل الأشياء من يد إلى أخرى , يشرب من الكوب لكن بمساعدة , يمضغ الطعام .

عمر سنة : يمشي مستنداً على الأثاث , يفكر بالأشياء التي تختفي من أمامه , يثار انتباهه أين ذهبت ؟ يعمل علامات أذا مسك القلم , يتناول طعامه بيده ويشرب من الكوب دون مساعدة .

عمر 18 شهر : يصعد السلم بمفرده , يعدّل الأشياء المقلوبة , والموضوعة بغير وضعها الصحيح , يجعل وضعه ملائماً لارتداء ملابسة عندما تلبسه إياها أمه , يخبر أمه عندما تبتل حفّاضته .

عمر 24 شهر : يقفز في المكان (يكمُز) , يدفع أو يجذب الأشياء , يقلب صفحات الكتاب صفحة صفحة , يستخدم أصابعه وأبهامه بالمسك , يفتح الباب بمفرده , يخلع ملابسه بدون مساعدة , يفتح أو يفض تغليف الأشياء المغلفة التي تشترى له .

عمر 36 شهر : يتظاهر ويمارس اللعب الأبداعي , يتجنب المواقف الخطرة , يبادر باللعب الاجتماعي ويحاول الإلتزام بدوره , يتناول طعامه بالملعقة , يستخدم المرحاض دون مساعدة.

ظواهر مراحل نمو وتطور الوعي والتفكير

عمر ثلاثة شهور : يستجيب للأصوات الجديدة , ويتابع حركة اليدين بعينيه , وينظر إلى الأشياء والناس .

عمرستة شهور : يدرك أمه , ويصل بيديه إلى الأشياء القريبة منه .

عمر تسعة شهور : يقلد الإيماءات البسيطة , ويستجيب عند سماع أسمه .

عمر 12 شهر : يلعب الألعاب أو المباريات البسيطة , ويتحرك ليصل إلى الأشياء المرغوبة , ويركز على الصوَّر وتشدّ انتباهه عند تصفح الكتاب .

عمر 18 شهر : يقلد الأصوات والإيماءات غير المألوفة , ويشر إلى الأشياء التي يرغبها أو يريدها .

عمر 24 شهر : يعرف أسماء أجزاء جسمه ويحددها , ينتبه إلى الترانيم الإيقاعية , يشير إلى الصوَّر في الكتب ويعرفها .

عمر 36 شهر : يطابق بين الأشكال والموضوعات , يستمتع بالصوَّر بالكتب , يتعرف على ذاته في المرآة , يعد لغاية عشرة .

هذا الجدول يساعد الأبوين على تتبع سلم تطور نمو المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي والمهارات السلوكية عند أطفالهم باعتباره دليل للمقارنة , مع التذكير بأن السلوك لا يمكن أن توضع له ثوابت ومحددات رقمية إنما هو يختلف من إنسان لآخر لعوامل كثيرة , والشيء الآخر

يبقى الحكم عند الشك لأنظمة القياس والأختبار والتشخيص العالمية والتي تعمل بضوابط وضعت على أساس بحوث عديدة وبخبرات عالية ومتعددة فلها القرار في التشخيص النهائي .

إهتمامات تنبه للكشف المبكر للاصابة بالتوحُّد :

إنَّ نظريات التطور الرئيسية المعنية بنمو الأطفال كنظرية بياجيه , وورنر , وكولبرج تبين إن أهم التغيرات المرتبطة بعمرالطفل خلال نموه تميل إلى عمل تحسينات في مهارات الطفل , وهذا يعني إن هناك أشكال بدائية وأشكال متقدمة للمهارات في سلوك الطفل على مسار نموه , وإن الأشكال البدائية من المهارات تميل إلى أن تُستَبدل بالأشكال المتقدمة منها تماشياً مع نموه وكبره , وهذه الأشكال المتقدمة تسعى إلى أن تمارِس سلوكاً بشكل أفضل مما كانت تفعله الأشكال البدائية , أي تمكين الطفل من التكيُّف مع بيئته الاجتماعية التي استجدت عليه بشكل سليم وأفضل (5) , وهذه المتغيرات يفترض أن تكون ظواهرها واضحة للأبوين , فكل الذي يظهر على الطفل من سلوك لا يتوافق مع المهارات السليمة التي يفترض أن يمتلكها طفلهم , يعتبرذلك موضع شك واشتباه يحتاج إلى عرضه على المختصين في تشخيص التوحُّد .

إنَّ تقييم حالة النمو التطوري لمهارات الطفل الاجتماعية بحسب علم نفس النمو لا يتوقف عند حد وصف الفروق الفردية كظاهرة نفسية ولكنه يذهب إلى أبعد من ذلك , إذ يتم عن طريق المراقبة والملاحظة والتحليل الدقيق للمظاهر النشاطية الحركية واللفظية , ثم المقارنة بين فئات الأعمار المختلفة ليصل في عمق معرفة الطفل الاجتماعية , أي تقييم مهاراته مقارنة بالنسبة إلى مؤشر المعرفة الاجتماعية للأطفال الآخرين الأسوياء الذين هم أكبر أو أصغر منه سناً كما يظهر للمراقب والملاحظ , وإذا ظهرت النتائج متباينة يمكننا التوصل إلى معرفة المشاكل التي تشكل الصعوبات الاجتماعية الخاصة لدى بعض الأطفال الذين يعيشون ظروفاً مضطربة , ومن خلال معرفتنا للمسار التطوري لتغيير مهارات الطفل السليم الاجتماعية بشكل طبيعي خلال تطور نموه , يمكننا كشف وتشخيص دور العوامل غير العادية التي تعرقل أو تغيِّر تطور مهاراته الاجتماعية (5) , ولكي يكون انتباه وملاحظة الأسرة وخاصة

الوالدين موجهاً لما تتوخاه من احتمالات لأعراض مبكرة لطيف التوحُّد ينبغي أن يتوجه الاهتمام إلى ما يأتي : (1)

1 . أن مناغاة الطفل وابتسامته كأستجابة لابتسامة أمه تبدأ بعمر من 4 ـ 6 أشهر , كما إن تواصله البصري من المفروض أن يكون واضحاً ويمارسه بعمر من 6 ـ 9 شهور , فينظر في عيني أمه ويتابع نظرها إلى المكان الذي تنظر إليه ويستجيب لابتسامتها وحركاتها وتعبيراتها ويردد الأصوات التي تصدرها , هذه الأنشطة التي يمارسها الطفل هي من مظاهر مهارات التفاعل الاجتماعي السليم فسلامتها تعني سلامة الطفل .

2 . عندما يبدأ الطفل بإظهار أصوات يجب أن تحاول الأم تقليده , وتنتبه وتلاحظ هل يتفاعل معها باستجابة متوافقة مع فعلها أم لا , فهذا النشاط هو الآخر من مظاهر التفاعل الاجتماعي , فسلامته تعني سلامة الطفل , فأطفال التوحُّد غالباً لا يشاركون في أي تواصل بالصوت .

3. عند الشهر العاشر من عمر الطفل ينبغي أن تلاحظ الأم فيما إذا كان طفلها يستجيب لها عندما تنادي عليه باسمه , وهذا من مظاهر مهارة التواصل الاجتماعي , التي من المفروض أن تحصل بشكل طبيعي , ولكن أطفال التوحُّد يتجاهلون الناس حولهم مهما حاولوا أن يُلفتوا انتباههم , لأنهم مُركزي الانتباه لحاجة تخصهم , ولكن عند هذه الحالة تحديداً يجب استشارة طبيب السمع فربما يعاني الطفل من مشكلة بالسمع وليس توحُّد .

4. ينبغي ملاحظة سلوك الطفل من قبل الأم عندما يكمل سنة من عمره , فالأطفال بهذا العمر يمسكوا الأشياء بشكل جيد , ويجب ملاحظة حساسية الطفل للصوت واللمس , فالأطفال المتوحدون لديهم حساسية مفرطة من الصوت العالي , ويتضايقون عندما يلامسهم شخص , في حين استجابتهم الحسية للألم تكون أقل من الطبيعي أحياناً , إن هذه الأنشطة هي من مظاهر المهارات الحسية والتي تظهر مضطربة عند طفل التوحُّد .

5. تلاحظ الأم فيما إذا كان طفلها يركز ويعطي اهتمام زائد لحاجة أو جزء من حاجة لشيء مفضل لديه سواء من لُعَبِهِ أو حاجاته أو لوازمه , وتنتبه وتلاحظ عن أي حركات يكررها باستمرار , مثلاً تحريك رأسه للخلف وللأمام , ثني اليدين ومدَّها , يدور حول نفسه , هذه الأنشطة هي من مهارات التكرار والنمطية والتي يتميَّز فيها طفل التوحُّد .

6. ملاحظة علاقته بالألعاب والأشياء والأماكن بشكل عام , والانتباه هل يبدي مقاومة شديدة لأي تغيير بالروتين في حياته , وهل يلعب بطريقة مختلفة عن الأسوياء , لأن هذه المظاهر من الأنشطة النمطية التي يمارسها طفل التوحُّد .

7. ملاحظة حصيلة الكلمات التي ينطقها , فطفل السنة يفترض ينطق كلمة واضحة المعنى نطقاً سليماً , وطفل السنتين ينطق جملة مفيدة من كلمتين مترابطة المعنى وواضحة المضمون , وهذه من أنشطة مهارة التواصل اللفظي التي يفترض أن نجدها عند الطفل السليم .

8 . نسترعي انتباه الأبوين إلى أن هناك أطفال كثيرون يكون نموهم طبيعي لحد سنة أو سنة ونصف أو حتى سنتين , وبعدها يتوقف النمو الطبيعي , أو يحصل تدهور أو نكوص في بعض أو كل مهاراتهم الاجتماعية .

في هذه الحالات التي ذكرناها بالنقاط آنفاً نُطَمئِن الوالدين أن لا يقلقا لأن هناك أنظمة تشخيصية دقيقة وأساليب حديثة للتعرف على أعراض التوحُّد , ولكن نقول عليهم أن لا يتأخرا بعرض الطفل على الجهات الصحية المختصة عندما يكون نشاط طفلهم سلبياً يدعوا إلى الشك عند مقارنته مع المسار التطوري للمهارات الاجتماعية واللغوية عند الطفل السليم .

ولهذا وبصرف النظر عن وجود الإصابة من عدمها , يُنصَح الأبوان بمراقبة وملاحظة وتدقيق تطور نمو الطفل منذ الولادة , وتسجيل أي اختلاف لأي مهارة من مهارات طفلهم مهما كانت خفيفة بتاريخها ووصفها الدقيقين , لأن ذلك في غاية الأهمية للكشف والتشخيص المبكر , وبالتالي سهولة التعامل مع هذا العارض واحتمال تحقيق النجاح في علاجه وارداً , أضف إلى ذلك تبقى الحاجة إلى هذه

المعلومات عند التشخيص النهائي إذا حدث الشك متأخراً إذ سيحتاجونها في اختبار المقابلة التشخيصية والكشف السريري وعند استخدام دليل التشخيص (DSM 5) أو غيره من أنظمة الكشف .

الوقاية والعلاج من طيف التوحُّد

حال إقرار لجنة التشخيص النهائي المؤلفة من الفريق المشترك المختص , يخضع الطفل للبرنامج العلاجي الذي أقره الفريق والذي يناسب حالته , وكذلك تجرى تقييمات خبير علم النفس أوعلم النفس الاجتماعي في مركز تأهيل الأطفال المتوحدين , للقرار على طبيعة النشاط التأهيلي أو التدريبي الذي يلائم المهارات الاجتماعية واللغوية والسلوكية التي يعاني الطفل من فقدانها أو الاضطرابٍ فيها , وبالنسبة للعلاج التأهيلي راجع الملحق (و) المرفق بمحاضرة درس في طيف التوحُّد , مقياس "شوبلر" للإختبارات التعليمية التي تساعد على وضع الخطة الفردية .

إنَّ طيف التوحُّد هو عارض تظهر أعراضه على سلوك الطفل , وكل جوانب السلوك سواء برسم حدودها أو في سلامتها وانحرافها فإن دراستها وبحثها وتقويمها وتغييرها وتبديلها هو من اختصاص علم التربية والتنشئة الاجتماعية , ولكن إذا كان المسبب لإضطراب السلوك هو علَّة جذورها عضوية/ بيولوجية أو مرض نفسي من المؤكد سيكون الدور للطب البشري في علاج الجذر المسبب لذلك الاضطراب , وعليه يكون التعامل مع طيف التوحّد بجانبين , جانب يمكن أن نصفه إنه وقائي , وجانب آخر يمكن وصفه أنه علاجي أو تأهيلي أو تدريبي , وهذا الأخير مسؤليته من مصدرين , احدهما مصدر طبي بيولوجي عضوي والآخر تدريب وتأهيل سلوكي يفترض أن يكون علم النفس وعلم النفس الاجتماعي مسؤول عنه .

الجانب الوقائي :

هذا الجانب مطلوب من كل الأسر وتحديداً الأمهات تنفيذ تعليماته جهد الإمكان , وذلك لأن بعض الدراسات أشارت إلى احتمال وجود علاقة بين الحرمان منه وبين ظهور حالات لطيف التوحّد عند بعض الأطفال المتوحدين , والتعليمات بسيطة ولا تشكل عبئاً على الأم أو على الأسرة وهي الآتي :

1 . تفضل الولادة الطبيعية إلا إذا كان هناك مانع يحدده المختصون بالطب , وفي كلتا حالتي الولادة الطبيعية أو القيصرية يفضل أن يسحب الطفل من فتحة خروجه الطبيعية أو الاصطناعية ملامساً لجسم أمه ويوضع وجهه مقابل وجهها لعدة ثواني ليستنشق أنفاسها , إلا إذا كان هناك حائل مرضي يمنع ذلك , وهذا يحدده الطبيب المختص القائم بالتوليد .

2 . تفضل الرضاعة الطبيعية من حليب الأم , خاصة في الستة أشهر الأولى بعد الولادة , ريثما يبدأ الجهاز المناعي للطفل بالتكامل والنضوج , فالمشاكل التي تصيب الجهاز الهضمي للطفل في السنة الأولى من عمره معظمها بسبب الرضاعة الاصطناعية , إذ تجعل منه ضعيفاً في معالجة السموم والمعادن , فتنفذ منه إلى الدم وتصل إلى الكبد والدماغ , لأنها تميل للترسب في مناطق الدهون , والدماغ هو أكثر الأنسجة دهنيةً , وتشكل طبقة حول الخلية الدماغية , فتصبح الخلية نائمة لعدم وصول الأوكسجين إليها , أو يصبح عمرها قصيراً فتموت , وبذلك يظهر انعكاسها على مهارات الطفل التي تنتجها العمليات العقلية .

3. التفاعل الاجتماعي التام مع الطفل من قبل الأسرة بدءاً بالأم منذ ولادته , إذ ينبغي على الأبوين والآخرين تحقيق رغباته وإبعاد مزعجاته والتحادث معه بالنظر بوجه الطفل بابتسامة وترديد الكلمات العاطفية وبنغمة موسيقية هادئة , ومع تتابع نموه الزمني يتم أنماء هذه العملية التفاعلية , بالمناغاة والدندنة وترديد بعض المقاطع من أغنية خفيفة أو أنشودة , ويفضل أن يكون الطفل بالأحضان كما في وضع الرضاعة , بحيث عند اكتمال عمره التسعة أشهر يكون تفاعله الاجتماعي مع بيئته واضحاً بيِّناً وسليماً , فقد أثبت العلماء إن التفاعل السليم بين الطفل وبيئته الاجتماعية إذا لم يتحقق بالتسعة أشهر الأولى منْ عمره مِنَ الصعوبة تحقيقه فيما بعد(7) .

4. التفاعل اللغوي مع الطفل , في أغلب الأحيان يبدأ الطفل بالنطق مع نهاية السنة الأولى من عمره إذا كان تام الخِلقة وسالماً من عاهة أو مرض , ففي هذه المرحلة يتطلب أن يدرب الطفل من قبل والديه وإخوانه الكبار على نطق الكلمات البسيطة بابا وماما ودادا , والتدرج معه للكلمات الصعبة مع تدرج نموه

وعدم التعجل بذلك , وهذا يتطلب إطلاق الطفل في مراحل نطقه الأولى في بيئة لغوية خصبة وواضحة وغير متعددة اللغات جهد الإمكان , وإعطاءه الحرية التامة باللعب مع أقرانه الأطفال(6) .

5. مناغاة العيون , وهو أن تكون عيني الأم بعيني طفلها عند الرضاعة وعليها أن تغيِّر اتجاه نظرها قليلاً إلى أيٍّ من الجهات , وتراقب طفلها فيما إذا يتابع اتجاه نظرها بنظره هو أم لا , أي ينقل نظرَه إلى المكان الذي تنظر إليه , وتحثه وتشجعه بالتدريب والتمرين , وليس بأسلوب الإكراه أو العنف بل باللطف والمداعبة الهادئة , وعلى الأبوين والآخرين عند محادثة الطفل التواصل معه وجهاً لوجه مع التقاء العيون(2) .

6. حث الطفل على اللعب التمثيلي وتهيئة مستلزماته , واللعب التمثيلي هو مرحلة من مراحل اللعب الاجتماعي الذي يبدأ قبل مرحلة الطفولة المبكرة 3 و4 و5 من عمر الطفل وخلالها وما بعدها , ويقوم الطفل بتمثيل الأشياء الحقيقية بما متيسر لديه من أدوات لَعِب , مثلاً يمثل العصا حصاناً ويمتطيها ويجري أو لعبة الشرطي واللص أو يتخيل دعوة طعام ويقوم بإطعام دميته وغيرها(6) .

7 . قص السرديات على الطفل , ومتابعة تنبؤه لأحداثها القريبة قبل أن تحكيها له , مثل قصة ليلى والذئب , أو قصة طرزان والأسد , أو أي قصة بسيطة تتلاءم ومدارك الطفل , المهم أن تتابع وبدون إلحاح معرفة تنبؤه للأحداث القريبة (2) .

8 . يجب أن تتأكد باليقين القاطع إن الحالة التي يعاني منها طفلك هي ليست حالة مرضية , عضوية أو نفسية أو عاهة أو عيب خَلقي , لأن عارض التوحُّد هو طيف/هالة من الاضطراب المتعددة في كل أو جزء من سلوكيات الطفل ومهاراته الاجتماعية , وعلى الأرجح يمكن أن نميِّز بعض ظواهر هذا العارض بعد نهاية السنة الأولى , لكنه يظهر بكل وضوح في السنين الثلاثة الأولى من عمر الطفل والإصابة تحدث خلالها , لأن مرحلة الطفولة المبكرة 3 و4 و5 سنوات تعتبر من أكثر مراحل نمو الطفل حساسية وأهمية , ففيها يفترض أن يكتمل نموه الذهني واللغوي , وباكتمال هذين النموين يفترض

أن يمارس الطفل جميع مهاراته الاجتماعية وسلوكه بشكل سليم وطبيعي وواضح , إذ يبدأ سلوكه تقره العمليات العقلية وتحكم محدداته الذات الاجتماعية .

9 . الالتزام بإرشادات الطبيب البشري , إذا تم تشخيص الإصابة وكان سببها المباشر أو غير المباشر خللاً عضوياً أو فسلجياً أو نفسياً , أدى إلى أضطراباً سلوكياً , أو نقصاً بمهارة ما أو عدم ممارستها كما يمارسها الأطفال الأسوياء .

العلاج التأهيلي :

بسبب طبيعة التوحُّد التي تختلف أعراضه فتخُفُّ وتَحْتدُّ من طفلٍ لآخر , ونظراً للاختلاف الطبيعي بين طفلٍ وآخر , فإنه ليست هناك طريقة معينة بذاتها تصلُح للتخفيف عن أعراض التوحُّد لكل الحالات , وقد أظهرت الدراسات والبحوث إن معظم الأطفال المصابين بالتوحُّد يستجيبون بشكل جيد للبرامج القائمة على البُنى الثابتة والمتوقعة , كالأعمال اليومية المتكررة والتي تعوَّد عليها الطفل , والتعليم المصمم بناءً على الأحتياجات الفردية لكل طفل , وبرامج العلاج السلوكي والوظيفي , والبرامج التي تشمل علاج اللغة , وتنمية المهارات الاجتماعية , والتغلب على أية مشكلات حسية , على أنْ تُدار هذه البرامج من قبل أخصائيين مدربين بشكل جيد وبطريقة متناسقة وشاملة , كما يجب أن تكون الخدمة مرنة تتغير بتغيُّر حالة الطفل , وأن تَعتمد على تشجيع الطفل وتحفيزه , كما يجب تقييمها بشكل منتظم , من أجل محاولة الانتقال بها من البيت إلى المدرسة ثم إلى المجتمع , كما يجب عدم أغفال دور الوالدين , مما تدعو الضرورة إلى تدريبهما على كيفية المعاونة مع المدرب في تطبيق برامج التأهيل , وتوفير وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي لهما ولكل الأسرة .

طالما إن عارض التوحُّد هو اضطراب في السلوك , والسلوك هو مهارات يكتسبها الطفل بالتربية والتنشئة الاجتاعية , إذن معالجة هذا الاضطراب السلوكي لا بدَّ وأن تستند أسسها على عمليات تربوية وتنشيئية خاصة بالمهارات التي أصابها الأضطراب وبجهود مكثفة , وهذه العمليات يفضل أن تمر

بمرحلتين , المرحلة الأولى هي تعزيز الوضع السلوكي السليم عند الطفل , والمرحلة الثانية , إعادة بناء السلوك المضطرب بدءً من الصفر .

ماهو السلوك الاجتماعي ؟ السلوك الاجتماعي هو فعالية مقصودة يؤديها الفرد وتأخذ بعين الاعتبار الناس الآخرين , وهذه الفعالية قد يكون سببها أو دوافعها هو الأحداث التي وقعت فيها أو الأشخاص الذين يلازمون الفاعل الاجتماعي الذي نفذ السلوك , إذن دور البيئة هو الأول والأساس في رسم طبيعة السلوك الاجتماعي (7) .

كيف يكتسب الطفل سلوكه الاجتماعي ؟ يبدأ الطفل باكتساب سلوكه الاجتماعي عندما يخضع فعلة لاستحسان الكبار أو لاستهجانهم , وبنمو عاطفة الشعور بالذات لدى الطفل في ظل سلطة الكبار , تقلل تلك العاطفة استخفافه باستهجان رأي الكبار , ولكن عند خروجه من بيئة الأسرة إلى أفق المجتمع يجد أن بعض هذه القواعد لا تزال مرعية بقوة في المجتمع لكنها تتنوع بنفاذها وأقرارها من جماعة لأخرى , فإذا حرص على مراعاتها سيصطدم بمشكلة التنوع والتعدد وسيكون سلوكه الاجتماعي مضطرباً , وتعود هنا عاطفة الإحساس بالذات وصلتها بالجزاء والعقاب والمدح والذم , فيصيغُ سلوك الفرد حُكمُ ضميرهِ , ولكن حتى حكم الضمير سيصدر بصيغة فعل اجتماعي له حوافزه , الإدراكية والوجدانية والقيمية , ويوجهه موقف اجتماعي ومعايير وقيم ثقافية , من ذلك نَخْلُصْ إلى نتيجة جوهرية وهي إن البيئة تساهم بالنصيب الأكبر في صُنع السلوك الاجتماعي للطفل , وعلى هذا الأساس يخضع العلاج التأهيلي لطفل التوحُّد للخطوات الآتية :

1 . التدخل المبكر لتحسين مستوى التحصيل اللفظي والكلامي بواسطة برامج خاصة يضعها أخصائيوا النمو اللغوي في علم نفس النمو .

2 . علاج السلوك السلبي والنمطي بالتدريب والتأهيل بوسائل تحسين السلوك لمستوى مقبول .

3 . برامج تعليمية وتأهيلية خاصة للأطفال المتوحدين لتحسين التواصل والتفاعل مع الأسرة والمجتمع مثل برنامج تحليل السلوك التطبيقي (ABA) وبرنامج العلاج الوظيفي واللذان سنغطيهما بشيء من التفصيل في أدناه : (6)

أن عملية تحليل السلوك التطبيقي (ABA) هي الوسيلة الممهدة للوصول إلى علاج أضطراب السلوك , لأنها تستند على فكرة الاستجابة المرتبطة بالسلوك التي تساعد المدرب بالسيطرة على الطفل المتوحِّد , فالسلوك التطبيقي يتضمن التطبيق المنظم والسليم لآليات منبثقة من مبادئ تجريبية للسلوك , تعمل على فهم المتغيرات البيئية المصاحبة له , وإيجاد الطرق المناسبة لتعديل أو تغيير السلوك خاصة غير المرغوب فيه , فهي خليط من التقنيات النفسية والتعليمية التي تستخدم بناءً على احتياجات كل طفل بشكل فردي , والمتغيرات البيئية هي المؤثرات التي أحدثت آثارها الاضطرب على مهارة / أومهارات الطفل وسببت له التوحُّد , ويركز تحليل السلوك التطبيقي على فهم العلاقة الوظيفية بين البيئة والسلوك , وصولاً للمؤثرات المسؤولة عن التغيرات التي تحدث في السلوك , وما هي الأجراءآت التي اتخذت في تعديله , ويركز على السلوك الظاهر القابل للملاحظة والقياس باستخدام طريقة المراقبة والتسجيل والتحليل .

إنَّ تحليل السلوك التطبيقي هو نظام أو برنامج تم وضعه عام 1960م الهدف منه هو العثور على طريقة تحفز طفل التوحُّد لتحقق زيادة مهارات اللغة ومهارات اللعب ومهارات التنشئة الاجتماعية لديه , ويعتبر من أنجح الطرق وأكثرها انتشاراً واعترافاً من قبل المختصين , كما يعتبر من أهم البرامج العالمية لتعديل سلوك الأطفال المتوحدين بصفة خاصة , فقد أثبت في اكتساب أطفال مراكز التأهيل والتدريب لمهارات عديدة في مجال تعلم اللغة والمهارات الاجتماعية , بالأضافة إلى تحسين مهارات التعلم بشكل عام لديهم , كما أثبت نجاحه في التعامل مع الأطفال الذين يعانون من تحديات السلوك المصاحبة لكثير من الاضطرابات النمائية , مثل التوحّد وتشتت الأنتباه وفرط الحركة , وبرنامج تحليل السلوك التطبيقي هو برنامج بسيط وغير معقد يمكن للوالدين تعلمه والعمل عليه بأنفسهم مع طفلهم المصاب

بالتوحُّد , فهو يستفيد من فكرة أن الأطفال المتوحدين عندما يتأثرون بمكافئتهم سيكونون سعداء ومن المحتمل أن يكرروا السلوك الذي كوفئوا عليه .

في برنامج تحليل السلوك التطبيقي , يتم تقسيم المهارات الصعبة والمعقدة إلى مهارات بسيطة يسهل على الأطفال تعلمها (راجع الملحق " و" تجد مثال على كيفية تقسيم المهارات المعقدة) , حيث يتم أجراء تحليل بسيط لمهارات الطفل , لأجل الوصول إلى تحديد المهارات اللازمة لتحسين أداءه وسلوكه , ويلي تحليل المهارات هذا التدخل المنظم لتدريب الطفل على الأداء باستقلالية , يعتمد نجاح برنامج تحليل السلوك التطبيقي على التقييم الدقيق والمستمر لأداء الطفل من خلال استخدام الرسم البياني , إنَّ فائدة تحليل السلوك التطبيقي بُنيت على أساس التحليل والتعامل مع ما يسبق السلوك ومع نتيجته , ووفقاً للنموذج السابق تلعب نتيجة السلوك دوراً كبيراً في نزعة الطفل نحو تكرار هذا السلوك مرة أخرى من عدمه , فعندما يتم تعزيز الطفل على سلوك مرغوب قام به فإنه سوف ينزع إلى تكراره , وينطفئ السلوك في حال عدم تعزيزه وينزع الطفل نحو عدم تكراره , وذلك وفقاً للقاعدة السلوكية التي تنص على إن السلوك تدعمه نتائجه الفورية , ويتم استخدام العديد من الستراتيجيات التعليمية في هذا البرنامج ومنها الآتي :

1 . التعزيز : ويمكن تعريف التعزيز على أنه الوسيلة التي تؤدي إلى تعلم وتكرار سلوك يؤدي إلى إثابة وتجنب سلوك يؤدي إلى عقاب , ويستخدم في تعلم وتكرار السلوكيات المرغوبة التي تؤدي إلى الإثابة , وتجنب السلوكيات غير المرغوبة التي تؤدي إلى العقاب , ويحدث السلوك غير المقبول نتيجة خلل أو قصور جراء تعزيز سلوك غير مرغوب بما يزيد عن احتمالية حدوث هذا السلوك مرة أخرى لأنه يجد ما يعزِزُه , فمن الخطأ تعزيز السلوك غير المقبول لأن ذلك لا يؤدي إلى الإنطفاء , والتعزيز تؤثر على فاعليته عدة عوامل هي الآتي :

أ . توقيت التعزيز , يجب أن يكون فورياً وليس مؤجلاً , أي يجب تعزيز الطفل مباشرة بعد أداء السلوك .

ب . مقدار التعزيز , المبدأ العام هو تقليل مقدار التعزيز وعدم أعطاءه بكثرة في كل مرة حتى يظل هذا المعزِز مرغوباً للطفل , كما يجب أن تتناسب كمية المعزِز وطبيعة السلوك والجهد الذي قام به الطفل .

ج . أنتظار التعزيز , ويعني تعزيز الطفل بعد كل أستجابة أو عدد من الأستجابات أو بعد فترة زمنية محددة .

د . أختيار التعزيز المناسب , يجب معرفة المعزِزات التي يحبها الطفل وترتيبها وفقاً لدرجة تفضيلية لها .هـ . تنويع التعزيز , بحيث يكون لكل طفل أكثر من معزِز , وتشمل هذه المعزِزات , الألعاب , والمواد , والمأكولات , والأنشطة .

و . يجب تقديم المعزِزات الاجتماعية مع المعزِزات المادية .

ز . عدم أعطاء المعزِز للطفل كرشوة كي يتوقف عن البكاء أو الصراخ .

ح . عدم أعطاء الطفل المعزِز إلا بعد أنجاز ما يطلب منه , فيما عدا إذا كان من الناحية التشجيعية لصعوبة المهمة .

ط . إتاحة الفرصة للطفل لأختيار المعزِز الذي يرغب فيه .

ي . تقديم المعزِزات بصورة مفاجئة وغير متوقعة مما يجعل الطفل يُظهر دافعية أكثر .

ك . يجب تسمية السلوك الذي يتم تعزيزه خاصة في التعليم المبكر حيث يساعد ذلك على فهم الطفل للسلوك الجيد الذي أدى إلى تعزيزه .

2 . التشكيل : يعتبر تشكيل السلوك من أكثر الاستراتيجيات المستخدمة بصورة عامة , ويتضمن التشكيل تقديم التعزيز بصورة متدرجة عقب السلوكيات التي تقترب أكثر فأكثر من السلوكيات المرغوبة , وعند استخدام آلية التشكيل يجب تحليل السلوك إلى وحدات صغيرة , ويتم تعلم كل وحدة من هذه الوحدات بشكل منفصل , وبعد انجاز تعلم هذه الوحدات الصغيرة تتم مساعدة الطفل لجمع هذه الوحدات معاً لتكوين السلوك المستهدف .

3 . التسلسل : تسلسل السلوك عبارة عن أسلوب يتضمن ربط سلسلة من أنماط السلوك البسيط ببعضها البعض لتكوين سلوك معقد , وتزداد فاعلية هذا الأسلوب عندما يكون الطفل قد اكتسب عدداً من أنماط السلوك , بيد أنه يفتقر إلى ممارسة السلوك المعقد الأكثر أهمية , ولابد أن يُشار إلى أنماط السلوك البسيط في السلسلة بتحليل المهمة , إذ يتم ترتيب السلوكيات المطلوبة لأداء المهمة , وعادة ما يُستخدم التسلسل في تعلم مهارات رعاية الذات , إضافة إلى أمكانية استخدامها في أي مهارة لها خطوات يتم أداؤها وفقاً لترتيب محدد .

4 . النمذجة : التعلم بالنمذجة هو أحد الفنيات السلوكية التي قد يقترن استخدامها بفنيات أخرى مثل التشكيل والتسلسل والحث , حيث يتم تقديم نموذج للطفل عن كيفية أداء المهمة , وقد يكون هذا النموذج هو المعلم أو أحد الزملاء أو شريط فديو , أي إن التعلم بالنموذج يضمن الأجراء العملي للسلوك أمام الطفل بهدف مساعدته على محاكاة هذا السلوك .

5 . الحث أو التلقين , يحتاج بعض الأطفال إلى الحث لأداء بعض المهارات أو السلوكيات المطلوبة , ويعد الحث من الفنيات التعليمية التي تساعد الطفل على أداء الاستجابة الصحيحة , بما يقلل من خطأ الطفل ويدعِّم أحساسه بالنجاح , كما يلعب الحث دوراً مهماً في توضيح الاستجابة المتوقعة من الطفل , والمخاطرة الوحيدة في استخدام الحث هي إن الطفل قد يصبح معتمداً عليه لأعطاء الاستجابة الصحيحة , إلا أنه يمكن بعد ذلك تشجيع الطفل على العمل باستقلالية عن طريق استخدام الاستبعاد التدريجي .

لقد أثبتت التجارب العملية أضافة للدراسات والبحوث أن خير من يقومون في تحليل السلوك التطبيقي هم الأبوان والمعلمون , من خلال تطبيقه بشكل واسع على الأطفال الذين يعانون من مرض عقلي أو إعاقات نمائية , فكان الدور لمؤسسات التنشئة الاجتماعية كافة وفي مقدمتها الأسرة والمدرسة ومراكز الإعاقات والمستشفيات مميزاً في معالجة السلوكيات غير المرغوب فيها والسلوكيات النمطية .

أما برنامج العلاج الوظيفي : ترتكز الخدمات العلاجية في العلاج الوظيفي على تعزيز المشاركة في أداء أنشطة الحياة اليومية , من مأكل وملبس وأخراج وعناية بالذات , وأنشطة التفاعل

الاجتماعي مع الغير في الأماكن العامة , وأجراءآت السلامة وضبط السلوك اثناء التفاعل والترفيه والترويح واللعب مع الآخرين , ويتم التدريب وفقاً لأولويات , أذ يبدأ التدريب ببرنامج العناية بالذات , ثم الأنتقال إلى الأنشطة الاجتماعية , ويتم خلال التدريب التركيز على تنمية المهارات الحركية اللازمة للتعامل مع عناصر العملية التعليمية , كتنمية مهارات اليد بتحريكها من مفاصلها تحريكاً كلياً أو مفصلياً , أو تحسين وظائف كف اليد بتمكينها من مسك الأشياء وتحسين تحريكها ضمن كف اليد من باطنها إلى أصابعها , وتنمية مهارات حاجات الحياة اليومية كتناول الطعام والأخراج والتنظيف , والنظافة الشخصية , ومهارات أرتداء وخلع الملابس , وبعد كل فصل تدريبي يتم إعادة تقييم الطفل وأجراء مقارنة بين مستوى أداءه الحالي و أداءه السابق لمعرفة مدى التطور في المهارات والقدرات , ويعتبر التعاون بين مقدمي الرعاية التأهيلية والأسرة عاملاً مهماً في نجاح البرنامج الوظيفي , لأن المهارات التي يتدرب عليها الطفل تحتاج إلى متابعة من كل الأطراف , فالعلاج الوظيفي يسعى لتمكين الأطفال من الانخراط في الحياة اليومية الطبيعية من خلال سلامة مهارتهم الشخصية كأفراد وسلامة أعضاء أجسامهم بأداء وظائفها , وتَمكينهم بالكِبَر بأن يكونوا مشاركين بإمكاناتهم ومنتجين في مجتمعهم , والعلاج الوظيفي يقوم على استخدام اسلوب منهجي يُمَكِّن الأطفال معاقي المهارة الوظيفية لعضو ما من تطوير الوسائل لتحسين وظيفة ذلك العضو , بالمتابعة والتدخل والتقييم للأداء الوظيفي العام للطفل أو لعضو محدد لديه , إنَّ العلاج الوظيفي من مسؤليات مؤسسات الرعاية الصحية , ومراكز تأهيل ومعالجة الإعاقة الحركية , ومراكز تأهيل أطفال طيف التوحُّد , وكل وكالات المجتمع , بالتعاون مع المختصين والأسرة والمدرسة لتعليم الطفل معاق المهارات كيف يستعيد مهارته الحركية الاعتيادية والدقيقة والمهارات الأدراكية والتكامل الحسي وصولاً به إلى درجة الأستقلال في الحياة اليومية الأعتيادية .

ويتم استخدام أسلوب تحليل السلوك التطبيقي والعلاج الوظيفي لدعم الأطفال المصابين بالتوحُّد من خلال تحقيق الجوانب الآتية :

1 . السعي بكل جهد للمحافظة على السلوكيات الإيجابية المتعَلَمة من قبل الطفل .

2 . تعميم السلوك الإيجابي أو نقله من حالة أو أستجابة واحدة إلى أخرى .

3 . زيادة السلوكيات المرغوب فيها , والحد من السلوكيات غير المرغوب فيها .

4 . تعلم سلوكيات جديدة .

5 . تقييد أو تحديد الظروف التي تحدث فيها السلوكيات غير المرغوب فيها .

إنَّ العلاج التأهيلي يطبق على الأطفال بالتوازي مع العلاج الطبي للأطفال المشخصين تحت طيف التوحّد , ويجب أن تكون مرتكزاته تعتمد على مشورة الوالدين , وأن يجري التعلم في نظم بيئية غنية وأن يكون منظماً وفق السياق الآتي :

1. يصنف الأطفال الذين تحت طيف التوحّد مضطربي المهارات الاجتماعية والتواصل الاجتماعي والسلوك إلى حالات شديدة ومتوسطة وبسيطة .

2. تقسيم الأطفال بحسب نوع المهارات المضطربة أوالتي يفتقدونها .

3. يقسم المدربون على الأطفال بتخصيص مدرب لكل طفل , ويسمى مدرب الظل , ويفضل عدم تبديل المدرب على الطفل جهد الإمكان , لأن تفاعل الطفل مع المدرب هو جزء من هدف التدريب والتأهيل .

4. يجب أن يكون المدرب متخصص في تدريب المهارة الاجتماعية التي يفتقدها الطفل , وأن يكون صبوراً يتحمل ولا تثيره ردود الفعل التي قد تبدو من الطفل .

5. أما إذا كان عدد الأطفال أكثر من عدد المدربين فسوف لن تتحقق الغاية كما مطلوب , ولكن إذا دعا الاضطرار يمكن أن يكون مدرب للمهارة التي من نوع واحد لأكثر من طفل , على أن لا يزيد عدد الأطفال المتوحدين عن ثلاثة , وبخلافة نعتقد سوف لن تتحقق الفائدة .

6. يحدد صف الطفل بمرحلة واحدة أدنى من صف أقرانه الأسوياء , ومن وجهة نظري كمتخصص أجد من غير الصواب عزل الأطفال المتوحّدين في مدارس خاصة , إنما الأصح هو دمجهم مع الطلاب الأسوياء شريطة أن يرافق الطفل مدربه , فلما كانت حالتهم هي عدم الاندماج مع الآخرين فكيف بنا أن نزيد فوق ذلك بعزلهم عن الأطفال الأسوياء ؟

7. تأهيل الأطفال الذين يختلط معهم الطفل ويشكلون بيئته , ليدركوا حالته ويتصرفون معه بما يجعلهم وكأنهم يُكْمِلون دور المدرب .

8. يتصرف المدرب أو المؤهِل على ضوء الكراسات أو النشرات التي تصدرها منظمة الصحة العالمية أو غيرها من جمعيات علمية , في التدريب على النشاط الصحيح للمهارة الاجتماعية التي يفتقدها الطفل المتوحِّد أو يعاني من ضعفاً فيها .

وهناك عوامل عديدة تتدخل في تحديد درجة التحسن ومدته أيضاً , منها طبيعة المهارة الاجتماعية التي يفتقدها الطفل , وشدة الحالة , والعمر الزمني للطفل المتوحِّد , وصحته العامة , ومقدار الجهد الذي يبذله مدرب الظل ومطابقته للمطلوب , والبيئة التي تتم فيها عملية التدريب والتأهيل , والمستلزمات المتخذة المساعدة , وفوق كل هذه العوامل دور الأسرة والأبوين ودور المدرسة والمعلم .... وغير ذلك , المهم أياً كان الحال يجب أن يكون الهدف هو إدماج الطفل مع أقرانه بالمجتمع , من خلال إعادة المهارة المفقودة إليه , وذلك بأن ينجح بالتكيُّف مع ثقافة مجتمعه , ويتقبل حالة التغيير والتعديل والتبديل من سلوك حالته إلى السلوك الاجتماعي السليم السوي , الذي يعيشه أقرانه في مجتمعه .

الأستنتاجات

1 . لقد دلت الدراسات والبحوث أن التوحُّد هو طيف واسع من الأضطرابات التي تصيب المهارات الشخصية والاجتماعية والسلوكية واللغة عند الطفل , وهو بأشكال متعددة , وقد تبدأ أعراضه مع نهاية السنة الأولى من عمر الطفل , وعلية مطلوب من الأسرة والقائمين بشأن الطفل , مراقبة مراحل نموه التطوري بدقة , وتسجيل أي أمر لا يتوافق تطوره وطبيعته مع تلك المراحل وعرض الطفل على الطبيب

2 . إن المتابعة الدقيقة للنمو التطوري للطفل تفيد في كشف حالات الإصابة مبكراً , والكشف المبكر يسهل عملية العلاج ويسرّع من أثرها الإيجابي على تحسين حالة الطفل , وعلية يلعب الوعي التربوي التنشيئي للأسرة وللقائمين بشأن الطفل دوراً كبيراً لتجنب الإصابة ولسهولة علاجها إذا وقعت .

3 . لقد توصل العلماء من دراسة سيرة وسلوك الأطفال المتوحّدين منذ ولادتهم إلى ظهور الإصابة بوضوح وتأكيد تشخيصها بالأختبارات المخصصة لذلك , بأن هناك متطلبات تنشيئية كان الطفل قد حُرم منها خلال مراحل تنشئته ربما كانت هي السبب بأصابته , وعليه لا بد للأسرة والقائمين بشأن الطفل أن يلموا بالثقافة التنشيئية لكي يسير النمو التطوري لطفلهم بسلامة وسلاسة .

4 . يؤكد العلماء في هذا العارض بالذات , أن دور الأسرة في العلاج خاصة التأهيلي قد لا يقل أهمية عن دور الجهات المهنية المختصة , وسبب ذلك لأن الطفل يحتاج التصحيح لمهاراته المضطربة طيلة نشاطاته اليومية وتعزيز نجاحاته فيها , وعليه يتطلب الأمر من الأسرة أن تلمَّ بجدية عن كل خصائص هذا العارض وطرق التعامل معها لكي تمارس عملية التأهيل بنجاح في البيت لتكمل عمل مؤسسات التأهيل المتخصصة .

5 . توضح البحوث إنَّ الرعاية الصحية النفسية والجسمية والترويحية للمرأة الحامل وللأم وللطفل لها أهمية واضحة في الوقاية وفي العلاج التأهيلي , فقد أثبتت الدراسات أن التفاعل الاجتماعي للطفل إذا لم يتحقق خلال التسعة أشهر الأولى من عمره مع أفراد أسرته سوف لن يتحقق بالشكل السليم مع المجتمع طيلة عمره , وعليه يجب شمول الطفل بالرعاية النفسية من أسرته منذ ولادته ليتحقق التفاعل الاجتماعي معه .

التوصيات

1 . نشر الثقافة التربوية والتنشيئية بجانبها التطبيقي , الذي تستوعبه الأسرة العراقية , باستخدام جميع الوسائل المتاحة لذلك , كوسائل الأعلام بكل أشكالها , أو الدورات التثقيفية والإرشادية للأبوين ومعلمي رياض الأطفال , أو توزيع كتيبات أرشادية تثقيفة توعوية معدة من قبل مختصين في مستشفيات الولادة ورعاية الطفولة , وإجراء حملات كل سنة تحت أسم يوم التوحُّد لتوزيع البوسترات واقامة الندوات الأرشادية في المؤسسات المعنية برعاية الأمومة والطفولة .

2 . فتح مراكز رسمية حكومية لتأهيل أطفال التوحُّد على أن تُعد كوادرها وتُهيأ مستلزماتها الفنية العلاجية إعداداً سليماً في معاهد علمية متخصصة ورصينة في الدول التي لها خبرة وتجربة علمية أكاديمية وعملية في إعداد هكذا كوادر .

3 . دعم الأسرة في توفير معلم / مدرب / مؤهل الظل , الذي يرافق الطفل في حياته اليومية خارج مراكز التأهيل , لكي تكتمل عملية تأهيل المهارات المعاقة , لأن تذبذب مواجهة السلوك الخاطئ بين التصحيح أحياناً وبين السكوت عليه رغم خطأه أحياناً أخرى يبطئ أو يعيق عملية التأهيل .

4 . لطالما أن عارض طيف التوحُّد هو عارض سلوكي , وأن السلوك البشري يتباين بحسب ثقافة المجتمع , يصبح من الضروري إخضاع الحالات التي تبدو عليها الغرابة إلى الدراسة والبحث والتمحيص , لضمان وضع الدراسات للعلاجات التأهيلية الملائمة , وأرى من المناسب استحداث قسم في مركز أبحاث الطفولة يختص بدراسات هذا الموضوع في جانبه السلوكي , وقسم في شعبة الأمراض النفسية في مديرية صحة المحافظة يختص بدراساته العضوية البيولوجيه .

5 . ضرورة تبادل المعلومات بكافة جوانبها عن هذا العارض مع منظمة الصحه العالمية وبقية دول العالم المهتمة بالموضوع .

6 . لطالما موضوع الأهتمام بهذا العارض من مسؤولية الجهات الطبية , ولإفتقار الجهات الصحية لتخصصات علم النفس وعلم النفس الاجتماعي , ولكون العارض هو سلوكي/ تفاعلي / لغوي تدعو الضرورة استحداث ملاك عالم نفس وعالم نفس اجتماعي وعالم نفس نمو لغوي في مديرية صحة المحافظة , المهم في الموضوع هو أئتلاف الفريق المهني المختص في التشخيص والكشف وفي التخطيط العلاجي وفي المتابعة , إضافة إلى البحوث والدراسات ذات الصلة بالعارض .

المرجع التي تم استخلاص المادة العلمية منها بتصرف

1 . مواقع متعددة من الإنترنيت

2. ثقافة التربية , جيروم برونر ص331 ـ 335

3. علم النفس الاجتماعي , فؤاد البهي السيد ص56

4. التربية والتنشئة الاجتماعية , عبدالله الرشدان , ص15 و23 .

5. العالم الاجتماعي للطفل , وليم دامون , مترجم , ص22 و41

6. ثقافة تربية الأطفال , د. شاكر الخشالي , ص62و127

7 .التنشئة الاجتماعية , د. معن خليل عمر ص63

8. علوم اجتماعية , د. شاكر الخشالي , الأصدر الاول ص11و65

9 . علم نفس النمو , رمضان محمد القذافي , ص13 و14 و23

10 . إتصالات مباشرة وغير مباشرة مع بعض المعاهد والأكاديميات الخاصة بالتوحُّد في دول عربية وغربية .

الملحق (أ) بمحاضرة درس في طيف التوحُّد

دليل التشخيص الإصدار الرابع المعدل عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV-TR)

إنَّ تشخيص اضطراب التوحُّد يتطلب (ستة) من المحكّات الأساسية من الفئة (1 و2 و3) حسب ما سيرد لاحقاً , ولكن من الضروري توفر ما لا يقل عن (أثنين) من الفئة (1) و (واحد) من كل من الفئة (2 و3) وذلك كما يأتي :

1 . إعاقات واضحة في التفاعلات الاجتماعية , وذلك كما يُعبَّر عنها على الأقل في (أثنين) مما يأتي

أ . إعاقة واضحة في استخدام اللغة والسلوك الغير لفظي .

ب . ندرة في العلاقات البين شخصية والتي تُنمى بطريقة ملائمة لعمر الفرد .

ج . ندرة في الاشتراك في الاهتمامات مع الآخرين .

د . ندرة في التبادل والمشاركة الاجتماعية والعاطفية .

2 . إعاقة واضحة في التواصل كما يُعبر عنها على الأقل في (واحدة) مما يأتي :

أ . تأخر أو ندرة في اللغة المنطوقة .

ب . إعاقات واضحة في القدرة على تقليد أو متابعة التواصل مع الآخرين .

ج . تقليد أو إعادة نمطية في استخدام اللغة .

د . ندرة أو قلة في صنع اللعب التخيلي الملائم للمرحلة العمرية .

3 . تكرار بصورة تقليدية لنماذج مشابهة ومكررة من السلوك بطريقة نمطية وذلك كما يُعبر عنها على الأقل في (واحدة) مما يأتي :

أ . الانشغال بواحدة على الأقل من السلوكيات النمطية من الاهتمامات .

ب . التمسك الصلب بالأشياء الروتينية الغير وظيفية أو بطقوس معينة .

ج . سلوكيات نمطية وتكرارية بحركات معينة .

د . الانشغال بطريقة صعبة بأجزاء من الأجسام .

الملحق (ب) بمحاضرة درس في طيف التوحد

دليل التشخيص طبقاً للجمعية الأمريكية للطب النفسي الإصدار الخامس (DSM5)

في مايس عام 2013 م أصدرت الرابطة الأمريكية للأطباء النفسانيين (APA) الإصدار الخامس الجديد للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية بمختصر لمصطلحه (DSM5) , ظهر فيه معايير التشخيص لاضطراب طيف التوحُّد (ASD) واضطرابات التواصل الاجتماعي ذات الصلة بالتوحُّد (SCD) مما أدى إلى حدوث تغييرات جديدة في تشخيص بعض الأمراض النفسية , هذه التغييرات الموجودة في الدليل (DSM5) تختلف عنها في الإصدار الرابع المعدل السابق من الدليل (DSM–IV –TR) .

فقد نصَّ دليل (DSM5) على إن الطفل ذو اضطراب التوحُّد يتصف بما يأتي :

1 . صعوبة مستمرة في استخدام التواصل والتفاعل الاجتماعي سواء التواصل اللفظي أو غير اللفظي مع المواقف المختلفة في المراحل الحالية أو ما قبلها ويتضح لنا في الظواهر التالية :

أ . صعوبة في التبادل الاجتماعي – العاطفي : ويتراوح ما بين التعامل الاجتماعي غير الطبيعي والفشل في تبادل حوار اعتيادي , مثلاً : إلى الفشل في المشاركة في الاهتمامات والعواطف والمزاج , إلى الفشل في بدء تفاعل اجتماعي أو استجابة له .

ب . صعوبة في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي : ويتراوح ما بين ضعف في تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي , مثلاً : إلى خلل في التواصل البصري ولغة الجسد , أو صعوبة في فهم واستخدام التعابير الجسدية (الإيماءات) , إلى الغياب الكامل لتعابير الوجه والتواصل غير اللفظي .

ج . صعوبة في أنشاء العلاقات أو الحفاظ عليها أو فهمها : ويتراوح من صعوبات في ضبط السلوك ليتلائم مع مختلف المواقف الاجتماعية , مثلاً : إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي , أو إنشاء الصداقات , إلى فقدان الاهتمام بالأقران .

2 . سلوك أو اهتمامات أو أنشطة تتصف بالتحديد أو التكرار كما هو ظاهر في (أثنين) على الأقل مما يلي سواء في المراحل الحالية أو ما قبلها ومنها ما يأتي :

أ . نمطية وتكرار في حركات الجسم أو في استخدام الأشياء أو في الكلام , مثلاً : نمطيات حركية بسيطة , أو ترتيب الألعاب في طابور , أو قلب الأشياء , أو إعادة ترديد الكلام المسموع (كصدى) , أو ترديد عبارات خاصة غير ذي معنى .

ب . الإصرار على المثلية (تماثل الأفعال) , وارتباط دائم بالأفعال الروتينية أو الطقوسية أو طبيعة التفكير أو السلوك اللفظي وغير اللفظي , مثلاً :اضطراب كبير عند حصول تغيير بسيط , أو صعوبات في التغيير , أو طبيعة تفكير جامدة , أو طقوس ترحيب خاصة , أو الحاجة إلى أخذ نفس الطريق , أو تناول نفس الطعام يومياً .

ج . اهتمامات محددة وثابتة بشكل كبير وبصورة غير طبيعية من ناحية الشدة والتركيز , مثلاً : ألتعلق أو الانشغال الشديدين بأشياء غير اعتيادية , أو التقيُّد بصورة مبالغ فيها , أو المواظبة على الاهتمام بشيء محدد .

د . فرط أو انخفاض حركي نتيجة للمدخلات الحسية أو اهتمامات غير طبيعية بالجوانب الحسية للمحيط (عدم إحساس للألم والحرارة) , مثلاً : استجابة سلبية للأصوات , أو أحاسيس لمس معينة , فرط في شم أو لمس الأغراض , انبهار بصري بالأضواء والحركات .

3 . يجب أن تظهر الأعراض في الفترة المبكرة من نمو الطفل , لكن قد لا تظهر الأعراض بشكل واضح حتى تظهر الحاجات الاجتماعية لدى القدرات المحدودة للطفل التوحدي , أو قد لا تظهر أبداً لحلول استراتيجيات مكتسبة لتحل محلها خلال الفترات الأخيرة من النمو .

4 . يجب أن تسبب الأعراض ضرراً واضحاً في الفعاليات الاجتماعية والوظيفية والفعاليات الحياتية الأخرى المهمة .

5 . هذه الاضطرابات يجب أن لا تكون بسبب نقص في الذكاء (اضطرابات الذكاء التطورية) أو بسبب تأخر النمو العام , إن نقص الذكاء واضطراب طيف التوحد يظهران متزامنان معاً عادةً , ولعمل تشخيص ثنائي للاضطرابين في اضطراب واحد , يجب أن تكون القابلية للتواصل الاجتماعي أدنى مما هو متوقع للنمو الطبيعي .

ملاحظات على تصنيف الإصدار الخامس

1 . حسبما هو معمول في تشخيص التوحد فإن الطفل عليه تحقيق (12) محك ليتم تصنيفه ضمن العديد من الحالات ومنها : اضطراب التوحُّد الأعتيادي , اضطراب الطفولة التفككية التحللية , اضطرابات النمو الشاملة غير المحددة , اضطرابات أسبيرجر , إلا أن التوجهات الجديدة تقوم على تجميع الحالات سابقة الذكر تحت مسمى واحد وهو متلازمة اضطراب التوحُّد (ASD) مما يستوجب على الأطفال ممن يتم تشخيصهم توفر إجراءات أكثر صرامة .

2 . تخفيض مجالات التشخيص 2 و3 مع التركيز على التواصل الاجتماعي , والعجز عن التفاعل , وأنماط من السلوكيات المتكررة والاهتمامات .

3 . تم تغيير حتمية اكتشافه قبل 3 سنوات من العمر إلى الاكتشاف في فترة نمو الطفل في وقت مبكر , بالإضافة لحدوث تشوهات حسية محتملة , وبالتالي تم أدراج مقياس للتعرف على مدى شدة أو حدة الاضطراب في كل من المجالات الأساسية .

4 . تشتمل التقارير التشخيصية الآن على المحددات التي قد تعزز التصنيف الفرعي لعينة ممثلة , بما في ذلك المحددات لوجود أو عدم وجود القصور الفكري وضعف اللغة وعوامل طبية أو وراثية أو بيئية معروفة .

5 . المعايير الجديدة تتطلب التعرف على تاريخ حدوث الأعراض التي قد لا تكون موجودة في الوقت الراهن (وقت الكشف السريري) , مع الاعتراف بأنه من خلال التدخل أو التطور الطبيعي فإن بعض الأطفال الذين يعانون من طيف التوحُّد لم تَعُدْ تظهر لديهم بعض الأعراض في وقت لاحق من حياتهم .

6 . كما أضاف التصنيف الخامس (DSM5) فئة جديدة تسمى اضطراب التواصل الاجتماعي (SCD) لتشخيص الأفراد الذين يعانون من مشاكل الاتصال اللفظي وغير اللفظي ولكنها تفتقر لغيرها من الصفات المرتبطة بالتوحُّد , كما إن بعض الحالات من ذوي اضطراب (PDD –– NOS) طبقاً للتصنيف القديم سيتم وضعهم ضمن التصنيف الخامس على إنهم كأفراد من ذوي اضطراب التوحُّد (SCD) تحت (DSM5) .

7 . بعد تطبيق المحكات التشخيصية للإصدار الخامس (DSM5) تم ملاحظة الانخفاض الملحوظ إحصائياً في التشخيص لما يقترب من 22% مقارنة بتطبيق المحكات الخاصة بتشخيص الدليل الرابع (DSM–IV) .

8 . كما يلاحظ إن هناك انخفاض ملحوظ إحصائياً يقرب من 70% عن تشخيص (PDD –– NOS) عند إعادة التشخيص بدليل (DSM5) , في حين إن تشخيص أسبيرجر رفض أن يتم وضعه تحت (DSM5) وكان لحد ذاته دلالة إحصائية (راجع الملحق ج لاستيضاح تفسير هذه المادة 8) .

الملحق (ج) بمحاضرة درس في طيف التوحُّد

(PDD).....اضطرابات نمائية شاملة :

هو مختصر لمصطلح Pervasive Development Disorder ترجمته "اضطرابات نمائية شاملة " مقابل الاضطرابات النمائية النوعية , وهذه مجموعة مكونة من خمسة اضطرابات تتسم بتأخير نمو الوظائف الأساسية المتعددة , بما في ذلك الاندماج في المجتمع والتواصل الاجتماعي , والاضطرابات الخمسة هي :

1. اضطرابات نمائية شاملة غير محددة (PDD – NOS) وتتضمن التوحُّد اللانمطي(Atypical Autism) وهو الأكثر انتشاراً .
2. التوحُّد الأعتيادي وهو الأكثر شهرة
3. متلازمة أسبيرجر .
4. متلازمة ريت .
5. اضطرابات الطفولة التحللية (CDD) .

إن الاضطرابات الثلاثة الأولى يطلق عليها اضطرابات طيف التوحُّد , أما الأخيران فنسبة الإصابة بها نادرة للغاية , ويمكن اعتبارها أحياناً ضمن طيف التوحد وأحياناً لا , وهناك عدم وضوح في استخدام المصطلحين (PDD) و (PDD – NOS) فأحياناً يستخدم مصطلح اضطرابات نمائية شاملة (PDD) ليقصد به الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (PDD – NOS) , كما إن المصطلح الأخير هذا "اضطرابات نمائية شاملة غير محددة " ما هو إلا تعبير مستلطف لاضطرابات طيف التوحُّد المشهور يستخدمه الأطباء كتشخيص مؤقت للأطفال دون سن الخامسة عندما يترددون لأي سبب في تشخيص إصابتهم بالتُوحُّد (راجع الملحق ب في الصفحة السابقة وهذا هو تفسير المادة 8 المذكورة هناك) , لأن الأطفال الصغار تفاعلاتهم الاجتماعية ومهارات التواصل الاجتماعي عندهم محدودة في بداية حياتهم , لذلك يكون من الصعب تشخيص الحالات البسيطة من التوحُّد لدى الأطفال

حديثي المشي , ويتمثل الافتراض غير المعلن في انه ببلوغ الخامسة فإن السلوكيات الغريبة أما تختفي أو ستتطوَّر إلى حالة التوحُّد الذي يمكن تشخيصه بسهولة .

أعراض الاضطرابات النمائية الشاملة :

1 . صعوبة استخدام وفهم اللغة .

2 . اللعب الغريب بالألعاب والأشياء الأخرى .

3 . عدم القدرة على العناق أو عدم الشعور بالراحة لذلك .

4 . الصعوبات ذات الصلة بتغيير الروتين اليومي أو الأشياء المحيطة المألوفة .

5 . الصعوبات المرتبطة بالأشخاص والأشياء والأحداث , كانعدام التواصل بالعين وسلوك الإشارة وانعدام الاستجابة بالوجه .

6 . حركات الجسد المتكررة أو الألفاظ السلوكية , كخفق اليدين أو لفّ الشعر أو ضرب القدم بلطف أو حركات أكثر تعقيداً .

لا يوجد علاج معروف محدد للاضطرابات النمائية الشاملة إنما تستخدم علاجات لسلوكيات معينة يمارسها الطفل , وهذه تكون علاجات متخصصة وفقاً لاحتياجات الطفل الخاصة , وفي مجال التأهيل للمهارات المضطربة يستفيد بعض الأطفال من الفصول الدراسية المتخصصة ويستند التأهيل على مبدأ التعليم الفردي , وأطفال آخرون يمكن أن يستفيدوا من فصول التربية الخاصة النموذجية أو حتى الفصول العادية إذا ما حصلوا على الدعم من قبل مدرسيهم , إنَّ التدخل المبكر المشتَمِل على برامج تعليمية متخصصة وملائمة , مع خدمات دعم جدية ومستمرة , يؤدي دورا أساسياً في تحسين نتائج الأفراد المصابين بالاضطرابات النمائية الشاملة , وكما لاحظنا ذلك في المادة (8) من الملحق ب كيف إنَّ 70% من الـ(PDD – NOS) تجتاز دليل التشخيص (DSM5) إيجاباً .

الملحق (د) بمحاضرة درس في طيف التوحُّد

الفصام وانواعه ..... واضطراب الذهان:

وجدت من المفيد أن أحيط القارئ الكريم ببضعة أسطر من المعلومات العامة عن هذين الحالين لحدوث التداخل والتشابه في بعض الأعراض بينهما وبين التوحُّد (Autism) ولورود ذكرهما في متن البحث .

الفصام العقلي : وهو أحد أنواع الفصام المتعددة , ويشخص كاضطراب مرضي يصيب التفكير , أي إن عملية دخول المعلومة للدماغ عن طريق الحواس / أو بالإيحاء وأجراء العملية العقلية عليها وإخراج القرار , تتم المراحل الثلاثة لهذه العملية العقلية عند المصاب بالفصام العقلي بصيغة منفصلة عن بعضها , وليست مترابطة كما في الإنسان السليم , وبسبب ذلك فإن تفكير الشخص المصاب خلال لحظة الفواصل بين هذه المراحل يصيبه الشرود لموضوع آخر , فيضطرب المخرَج العقلي عند المصاب ويكون مظهره جلياً بالنسبة للمقابل .

فصام الشخصية (الشيزوفرنيا) : هو مرض يصيب العملية العقلية بسبب اختلال كيماوي في وظائف خلايا المخ , يصيب الرجال بين عمر 15 ـ 25 سنة والنساء بين عمر 25 ـ 35 سنة , ومن أهم أعراضه , صعوبة الحكم على الأمور بشكل منطقي , فقد يضنُّ إن هناك من يكرهه أو من يسرق أفكاره أو شخصيته , ويتخيَّل أشياء وتسيطر عليه الكثير من الأفكار الوهمية , ويضنُّ بظهور أشباح فيكلمها , والمقابل يعتقد إنه يكلم نفسه , يقل إدراكه بالواقع ويبدأ برؤية أشياء أو سماع أصوات غير موجودة , ويصبح متبلد المشاعر وعنده برودة , وردة فعله للأحداث غير طبيعية , كأن يبدو عليه مظهر الحزن في مناسبة فرح أو بالعكس مظهر الفرح في مناسبة حزن , وتظهر عليه أعراض سلبية , كالانعزال عن المجتمع والإهمال الشخصي لنظافته وفقدان الحيوية والنشاط وتدني المستوى الدراسي , المرض قابل للشفاء إذا شُخص مبكراً .

الاضطراب الذهني أو الذُهان : هذا الاضطراب مظهره إن الشخص يعتقد اعتقادات غير موجودة وخاطئة , ولذلك تسيطر عليه الهلاوس كأن تكون سمعية أو بصرية أو شمّية أو لمسية , فمثلاً يضن إنه يسمع أصوات فيرد عليها والمشاهد يضنه يكلم نفسه , أو يُشاهد مَشاهد مضحكة فينبري بالضحك والمشاهد سيعتقده مجنون , أو يعتقد أنه يشم روائح كريهة بملابسه فيستبدلها كل لحظة , أو يشم رائحة كريهة بهذا المكان فيبتعد عنه بدون سبب , وغير ذلك من الهلاوس .

الملحق (هـ) بمحاضرة درس في طيف التوحُّد

دليل المصطلحات الأنكليزية المذكورة بالمحاضرة وترجمتها إلى اللغة العربية

American Psychiatric Association (APA) الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين

Diagnostic Statisti Manual (DSM) الدليل الأحصائي والتشخيصي للأمراض العقلية , وضعته الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين

Intmational Cassification of Diseases (ICD – 10) الدليل الأحصائي والتشخيصي لمنظمة الصحة العالمية

National Alliance for Autism (NAAR) الأتحاد الدولي لأبحاث التوحُّد

Autism Spectrum Disorder (ASD) أضطرابات الطيف التوحدي

Social Communication Disorder (SCD) أضطرابات التواصل الاجتماعي ذات الصلة بالتوحد . التواصل اللفظي وغير اللفضي .

Childhood Autism Rating Scale (CARS) مقياس تقدير التوحُّد بالطفولة (مقياس كارز) , هذا المقياس لا ينصح أستخدامه من قبل الأبوين , بل يفضل الحصول على مساعدة المختصين لتفسير النتائج المستحصل عليها.

Applied Behavior Analysis (ABA) تحليل السلوك التطبيقي .

Pervasive Development Disorder(PDD) أضطرابات نمائية شاملة / فئة تشخيصية

(PDD – NOS) Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified أضطرابات نمائية شاملة غير محددة .

(CDD) Childhood Disintegrative Disorder أضطرابات الطفولة التحللية " متلازمة هيلر " أو الأنتكاس الذهني .

(ADI) Autism Diagnostic Interveiw المقابلة التشخيصية للتوحُّد .

(ADOS) Autism Diagnostic Observation Schedule الأختبار النفسي التعليمي الذي يساعد على وضع الخطة التعليمية (أختبارشوبلر) .

(ADOS – G) Autism Diagnostic Observation Schedule (أختبار أودس).

الملحق (و) بمحاضرة درس في طيف التوحُّد

الأختبارات التعليمية التي تساعد على وضع الخطة الفردية

بعد أن يحصل الطفل على تقييم لحالته المرضية , يحتاج إلى تصميم برنامج تعليمي خاص به حسب قدراته , وهو ما يسمى" بالتدخل المبكر " , فيجرى للطفل أختبار متخصص في معرفة المستوى التعليمي له وهو" الأختبار التعليمي النفسي/أختبار شوبلر " نسبة للعالم الذي وضعه , يصمم ويطبق الأختبارعلى الطفل ليحدد نواحي متعددة من قدراته وهي , أولاً : النواحي التطورية للطفل , وتشمل القدرات العقلية واللغوية , وقدرات العضلات الصغيرة والكبيرة , والأدراك الحسي , والتآذر (التوازن اليدوي والبصري) , والمهارة التقليدية , وثانياً : النواحي السلوكية للطفل , وتشمل النواحي السلوكية الغير طبيعية لدى الطفل في أربع جوانب رئيسية هي , المشاعر والعواطف , اللعب وطريقة أستكشافه للأشياء , والتفاعل الحسي , واللغة , وعلى أساس نتائج هذا الأختبار يتم تصميم البرنامج التعليمي الخاص بالطفل المتوحِّد .

هذا الأختبار مقسم إلى 147 فقرة أو نشاط , تغطي جميع الجوانب التي ذكرت أعلاه , ينفذها الطفل على شكل ألعاب محددة في غرفة خاصة لهذا الغرض , وتقيَّم كل فقرة حسب أداء الطفل (نجاح

/ محاولة / فشل) , بعد ذلك تظهر النتيجة على شكل رسم بياني , يوضح لنا مستوى الطفل في السبع نقاط الرئيسية الخاصة بالتطور(التقليد , الأدراك , العضلات الصغيرة , العضلات الكبيرة , تآذر العين مع اليد , الأدراك الأدائي , الأدراك العملي) , وعن طريق الرسم البياني التحليلي هذا , نستطيع مقارنة العمر الفعلي للطفل وهل هو متناسب مع قدراته ومهاراته الحالية أم لا , وعلى اساس ذلك يبدأ تصميم البرنامج التعليمي الفردي الخاص بالطفل حسب قدراته , عن طريق معرفة النشاطات التي لم يستطع أنجازها وحصل فيها على درجة (محاولة / فشل) وبالتالي تصمم نشاطات متعددة يتدرب عليها الطفل حتى يجيد المهارات التي هو ضعيف فيها .

إن تطبيق هذه الأختبارات التي تَدرُس قدرات الطفل وتبدأ بوضع خطة تعليمية له , ألمفروض أنها تطبق في المراكز المتخصصة للتوحُّد أو في العيادات التخصصية , إذ يتم تطبيق هذه الأختبارات على الطفل في غرفة خاصة لها نافذة عاكسة من جهة واحدة , بحيث يراقب الوالدان طفلهم أثناء الأختبار دون أن يراهم هو , وبعدها يتم تصميم البرنامج التعليمي المنزلي الخاص بالطفل , ويقوم المسؤول عن البرنامج التعليمي بمركز التأهيل بتدريب الوالدين بشكل مكثف على كيفية تطبيق هذه التمارين في البيت , ومن الممكن أن يتم ذلك من خلال مراقبة الوالدان للمدرب من النافذة اثناء تدريب طفلهم , أو من خلال أشرافه المباشر عليهم وتدريبهم , ومن هنا نرى أن دور الأهل في تطبيق البرنامج المنزلي الخاص بحالة طفلهم بالتعاون مع المركز من الأمور الهامة في الشفاء .

الملحق (ز) بمحاضرة درس في طيف التوحُّد

تقسيم المهارة المعقدة إلى مهارات بسيطة لتسهيل تدريب الطفل المتوحّد

المثال الأول: التدريب على الإفراغ , عندما يتجاوز الطفل عمر 3 سنوات ولا يمارس الإفراغ بالشكل الصحيح , فذلك دليل على وجود اضطراب في هذا السلوك والأمر يتطلب التدريب عليه , فيتم تقسيم مهارة الأفراغ المعقدة إلى مهارات بسيطة وكما يلي :

1 . يجب تعويد الطفل كيفية الشعور بالحاجة للإفراغ , فتحدد توقيتات لكي تأتلف معها ساعته البيولوجية , فيتدرب على الإفراغ قبل النوم مساءً ومع النهوض صباحاً , وهذه قد تستغرق وقت من التدريب ليس بالقليل لكي تتعود عليه ساعته البيولوجية .

2 . التدريب على كيفية خلع الملابس التي قد تعيق عملية الإفراغ بحيث نضمن أنها لا تتسخ من فضلات الإفراغ .

4 . التدريب على عملية الجلوس بالمرحاض بالوضع الصحيح والأتجاه الصحيح .

5 . التدريب على كيفية تنظيف فتحات الإفراغ (المقعد أوالأحليل) بالماء تنظيفاً جيداً سواء بالخرطوم أو باليد اليسرى .

6 . التدريب على كيفية إعادة لبس الملابس كما كانت قبل عملية الإفراغ .7

7. التدريب على فتح صنبور سيفون تنظيف مقعد المرحاض من الفضلات (الغائط أو البول) , وإذا لم يوجد سيفون يدرب الطفل على سكب ماء بواسطة الأبريق لدفع الغائط إلى مجاري المرحاض .

8. يدرب الطفل على غسل يديه بالماء والصابون عدة مرات (2 ـ 3) مرة ويتأكد من نظافتها بعد الأنتهاء من جميع مراحل عملية الإفراغ .

يجب أن يتدرب الطفل على كل مهارة من هذه المهارات البسيطة منفصلة عن الأخرى , ويجب أن يتقنها ويتم التقييم من قبل المدرب , ولا يجوز أن ينتقل إلى المهارة التي تليها وبحسب التسلسل المذكور أعلاه إلا بعد أن ينجح بالأتقان وهذا أمر مهم .

المثال الثاني : التدريب على الكتابة , الكتابة هي مهارة معقدة لأنها تشترك بها اليد والعين والعقل بعملية متداخلة تداخلاً في حدوده في غاية التعقيد , فلابد من تقسيمها إلى مهارات بسيطة لنسهلها على الطفل وكما ياتي :

1 . تدريب الطفل على كيفية مسك القلم بالأصابع الثلاثة (الأبهام والسبابة والوسط) وكيفية وضع الدفتر على الطاولة وكيفية وضع اليد على الدفتر بحيث يكون القلم فوق بداية السطر الذي ستتم عليه الكتابة .

2 . إراءة الطفل صورة الحرف / الكلمة المطلوب كتابتها , وتدريبه الى استخدام ذهنه في تحريك القلم ليرسم صورة الحرف / واذا كانت كلمة كيف يربط حروف الكلمة ببعضها , وهنا يجب أن يتقن الطفل رسم الحروف أولاً .

3 . تدريب الطفل كيف يصحح الأخطاء عندما يخطأ في كتابة الحرف أو في ربط الحرف بالآخر .

4 . تدريب الطفل كيف ينتقل للسطر الذي يلي ومتى ينتقل .

المثال الثالث : مهارات استخدام الجسد في البيئة , هذه المهارة أعراضها هي اضطراب التكامل الحسي , والتكامل الحسي يعني قيام الحواس باستقبال المثيرات والمعلومات الحسية , ثم يقوم الجهاز العصبي المركزي بتجميعها وترجمتها وفق السياق الخاص بها , ثم اصدار او انتاج الاستجابة الحسية الحركية المناسبة لها , فعند حدوث أي خلل في هذه العملية في أي مرحلة منها يحدث ما يسمى باضطراب التكامل الحسي , ولذلك يحتاج الطفل إلى تدريب متخصص للتكيُّف مع المثيرات البيئية بشكل تدرجي أي بمراحل , إذن يتطلب الأمر تقسيم هذه المهارة المعقدة إلى مهارات بسيطة , وهذا التدريب يؤديه مجموعة من المتخصصين في كيفية التعامل مع كل مهارة حسية بسيطة بطريقة علمية منهجية باستخدام وسائل وأجهزة تعمل على تقديم المثيرات الحسية البيئية بشكل متلائم مع قدرات الطفل .

ان حركة الطفل في بيئته تعتمد على استخدامه لمهارات حواسة استخداماً صحيحاً توافقياً , لإنتاج الحركة التي تحقق هدفاً ما , وبالتالي يجب أن تكون المهارة الحركية للجسم متوافقة مع المهارات الحسية , وهذا يتطلب تدريب الطفل على حركة الجسم ايجاباً أو سلباً على ضوء المهارات التي تؤديها الحواس , ثم تجمع المهارات لتصنع موائمة نشاط الجسم مع البيئة .

ملحق (ح) بمحاضرة درس في طيف التوحُّد

الفرق بين اضطراب اللغة في التوحُّد ,,,,,,, واضطراب اللغة كاضطراب نوعي

اضطراب اللغة في التوحد (اضطرابات نمائية شاملة)

1 . تعتبر اضطرابات اللغة في التوحُّد أحد المعايير التشخيصية التي تستخدم في تشخيص التوحُّد ولكنها ليست الوحيدة .

2 . مشكلات اللغة لدى مصابي التوحُّد تكمن في طريقة استخدامهم لها كوسيلة للتواصل وتبادل الأفكار

3 . تكمن المشكلات اللغوية لدى مصابي التوحُّد في جانبي اللغة اللفظي وغير اللفظي .

4 . تبدو مشكلات مصابي التوحُّد اللغوية مختلفة من حيث اشتمالها على المضاداة عكس الضمائر , والمفردات الخاصة ذات المدلولات الخاصة .

اضطراب اللغة (اضطرابات نمائية نوعية)

1 . تبدو اضطرابات اللغة المعيار التشخيصي الوحيد لفئة الأضطرابات اللغوية دون الحاجة لوجود أضطرابات أخرى في التفاعل الاجتماعي والسلوك .

2 . مشكلات مصابي اضطراب اللغة تكمن في القواعد والتراكيب اللغوية وليس في فهمهم أن اللغة وسيلة للتواصل وتبادل الأفكار.

3 . المشكلات اللغوية عند مصابي اضطراب اللغة تكمن فقط في الجانب اللغوي اللفظي .

الملحق (ط) بمحاضرة درس في طيف التوحُّد

مقيـــــــاس تقدير التوحُّد في الطفولة(مقياس كارز)

هناك قدر كبير من أدوات التقييم المتاحة للمساعدة في تشخيص مرض التوحُّد , وأحدها هو مقياس(كارز) (Childhood Autism Rating Scale – CARS) لتقييم التوحُّد في مرحلة الطفولة , وعادة ما يستخدم مقياس كارز مع الأطفال في عمر 2 سنة فما فوق , **لكنه ليس من المنصوح استخدامه لتقييم الطفل من قبل ذويه بأنفسهم بل من الأفضل الحصول على مساعدة من مختصين لتفسير النتائج المتحصل عليها** , ويختلف هذا المقياس عن غيره من أدوات تقييم السلوك في أنه يمكن ان يحدد فيما إذا كان الطفل يعاني التوحُّد أو غيره من اضطرابات تأخر النمو مثل التخلف العقلي , فهو يجعل من السهل لمقدمي الرعاية الصحية والمعلمين وأولياء الأمور لتحديد وتصنيف الأطفال المصابين بالتوحُّد.

كيفية العمل

يعمل المقياس على تصنيف سلوك الطفل وخصائصه وقدراته مقارنةً مع "طفل نموذجي". من خلال تقييم الخصائص الآتية : 1 . العلاقة مع الناس , 2 . التقليد , 3 . الأستجابة الأنفعالية , 4 . استخدام الجسد , 5 . أستعمال الأشياء , 6 . التكيُّف مع التغيرات , 7 . الأستجابة البصرية , 8 . الأستجابة السمعية , 9 . الأستجابة إلى الطعم / الرائحة / اللمس وكيفية استخدامهم , 10 . الخوف والعصبية , 11. الأستجابة اللفظية , 12 . الأستجابة غير اللفظية , 13 . مستوى النشاط , 14 . مستوى وتناسق الأستجابة الفكرية , 15 . أنطباعات عامة , ويتم العمل من قبل مقدمي الرعاية الصحية الأولية أو المعلم أو أحد الوالدين , وذلك بتقييم سلوكيات الطفل بـ (1 ـ 4) علامات لكل خاصية من الخصائص الـ 15 المذكورة آنفاً وكلآتي :

السلوك العادي أو الطبيعي ومناسب مع سن الطفل = 1 علامة

السلوك غير طبيعي وغير سوي بدرجة طفيفة = 2 علامة

السلوك غير طبيعي وغير سوي بدرجة متوسطة = 3 علامة

السلوك غير طبيعي وغير مناسب ومعوق بدرجة شديدة = 4 علامة

تفاصيل التقييم لكل مهارة من المهارات أدناه بموجب **مقياس تقدير التوحد في الطفولة كارز :**

1. اقامة العلاقة مع الناس

طبيعي // لا يوجد أي اختلاف بإقامة العلاقة بالناس وتصرفاته بمثل عمره .

غير طبيعي بدرجة طفيفة // يمتنع من التواصل بالبصر ،/ يتجنب عندما يجبر على التواصل بصورة مبالغ بها / لا يتجاوب ،/ ملتصق بالوالدين أكثر من الطفل الذي بنفس عمره .

غير طبيعي بدرجة متوسطة // انطوائي ،/ يحب العزلة ،/ لا يوجد اهتمام بالتفاعل مع المحيطين ،/ مقفول على نفسه ،/ تستطيع الحصول منه على القليل من التواصل .

غير طبيعي بدرجة شديدة// عزلة تامة ,/ افتقاد القدرة على الأستجابة.

2 . القدرة على التقليد والمحاكاة

طبيعي// يقلد الطفل الأصوات ، الكلمات ، الحركات بحيث تكون بحدود قدراته .

غير طبيعي بدرجة طفيف// يقوم الطفل بتقليد بعض السلوكيات البسيطة . مثال يصفق ،/ بعض الكلمات المفردة ,/ ويحتاج وقت لترديد الكلمة عند سماعها .

غير طبيعي بدرجة متوسطة // قد يقوم الطفل أحياناً بتقليد سلوكيات بسيطة جداً , ولا يجيد ذلك على الوجه المتطابق مع أصل الحركة التي يقلدها .

غير طبيعي بدرجة شديدة // نادرا ما يقوم الطفل بالتقليد او لا يقلد نهائيا الأصوات أو الكلمات ، أو الحركات حتى بوجود مساعدَة .

3. الاستجابة العاطفية

طبيعي// يتفاعل الطفل للمواقف السارة والغير سارة.

غير طبيعي بدرجة طفيفة// تظهر عليه احيانا تصرفات غير مرغوب فيها كاستجابة منفصلة عن الواقع .

غير طبيعي بدرجة متوسطة// مثال الضحك الشديد بدون معنى أو بدون سبب وليس له علاقة مع الواقع .

غير طبيعي بدرجة شديدة// إستجابة منفصلة نهائيا عن الواقع ,/ وعندما يكون مزاجه في شيء معين من الصعب جدا أن يتغير .

4. **استخدام الجسم**

طبيعي// تشمل تناسق وتآزر وتوازن لطفل بمثل عمره .

- # غير طبيعي بدرجة طفيفة // له بعض السلوك النمطي المكرر مثال التكرار في اللعب اوالانشطة .
- # غير طبيعي بدرجة متوسطة // له سلوكيات غير مرغوب فيها واضحة لطفل في عمره/ مثال حركات لف الاصابع ،/ الاهتزاز ،/ الدوران ،/ الحملقة ،/ إيذاء النفس ،/ المشي على الاطراف ،/ خبط الدماغ ،/ الاستمناء ،/ تحريك اليدين ورفرفتها .
- # غير طبيعي بدرجة شديدة // فهو يستمر في الحركات المكرره المذكورة في الاعلى حتى لو شارك في نشاط اخر .

5. **إستخدام الاشياء**

. طبيعي // يهتم بالالعاب والاشياء من حوله والتعامل معها واستخدامها بالطريقة الصحيحة .

- #غير طبيعي بدرجة طفيفة // يهتم بلعبة واحدة فقط ويتعامل معها بطريقة غريبة كأن يطرقها بالارض .
- # غير طبيعي بدرجة متوسطة // يظهرعدم اهتمامه بالاشياء / وان اظهرالاهتمام يكون بطريقة غريبة ,مثال يلف اللعبة طول الوقت وينظر لها من زاوية واحدة فقط

غير طبيعي بدرجة شديدة // تكرار ماسبق ولكن بطريقة مكثفة ومن المستحيل أن ينفصل عنها إذا كان مشغولا بها.

6. **التكّيف والتأقلم**

طبيعي // يتكّيف مع الموقف والتغيّر للروتين .

غير طبيعي بدرجة طفيفة // لا يقاوم التغير والتكيُّف للموقف بعد تغير النشاط الذي تعود عليه.

غير طبيعي بدرجة متوسطة // يقاوم التغير والتكيف للموقف بعد تغير النشاط الذي تعود عليه

غير طبيعي بدرجة شديدة // الاصرار على ثبات الظروف والروتين وعدم التغيير

7. **الاستجابة البصرية**

طبيعي // يستخدم التواصل البصري مع الحواس لاكتشاف الشيء الجديد أمامه .

غير طبيعي بدرجة طفيفة // يحتاج للتذكير لكي يتواصل وينظر الى الشيء ،/ يهتم في النظر بالمرآة والضوء ،/ النظر الى اعلى أو الفضاء ,/ ويتحاشى النظر في الاشخاص .

غير طبيعي بدرجة متوسطة // يحتاج للتذكير المستمر للتواصل البصري للشيء الذي يفعله ,/ وتظهر نفس السلوكيات السابقة .

غير طبيعي بدرجة شديدة // الامتناع عن التواصل البصري مع الاشخاص وبعض الاشياء ,/ وتظهر نفس السلوكيات السابقة .

8. **استجابة الانصات(الاستماع)**

طبيعي // ويستمع باهتمام مع عدم وجود أي مؤثرات صوتيه مستخدماً حواسه

غير طبيعي بدرجة طفيفة // رد فعل متاخر للاصوات ,/ يحتاج تكرار الاصوات لشد انتباهه ,/ يبالغ قليلا في رد فعله لبعض الاصوات .

غير طبيعي بدرجة متوسطة // متنوع في رد الفعل ,/ مثال يتجاهل الصوت مرارا ،/ يقفل أذنيه لبعض الاصوات ومنها الاصوات الانسانية المكررة يومياً .

غير طبيعي بدرجة شديدة // مبالغ في رد الفعل لاصوات خافتة ,/ والتجاهل نهائيا لاصوات بصورة واضحة .

9. **استجابات استخدام التذوق والشم واللمس**

طبيعي // يستجيب الطفل لمثيرات الحواس كالألم وغيرها .

غير طبيعي بدرجة طفيفة // يضع اشياء قي فمه ,/ يشم ويتذوق أشياء لا تؤكل ,/ يتجاهل الألم أو يبالغ به.

غير طبيعي بدرجة متوسطة // يبالغ باستخدام الشم والتذوق واللمس ,/ ويتجاهل الألم.

غير طبيعي بدرجة شديدة// فهو يبالغ كثيراً ,/ أو يتجاهل نهائياً ,/ ولا يظهر عليه أي نوع من الشعور بالألم ,/ أو المبالغة الشديدة لحدث بسيط جداً .

- 10. **الخوف والعصبية**

طبيعي // يتصرف الطفل مع الموقف مناسب لعمره .

غير طبيعي بدرجة طفيفة // يتصرف الطفل بصورة مبالغة ,/ أو يتجاهل الحدث قليلا مقارنةً لطفل في مثل عمره .

غير طبيعي بدرجة متوسطة // يتصرف بصورة مبالغة واضحة ,/ أو بتجاهل واضح مقارنةً لطفل في مثل عمره .

غير طبيعي بدرجة شديدة // خوف مستمر حتى عند إعادة المواقف غير الخطرة ,/ ومن الصعب جدا تهدئته ,/ وليس له ادراك للمواقف الخطرة والمواقف الغير خطرة .

11. **التواصل اللفظي**

طبيعي // يظهر الطفل كل مظاهر النطق والكلام واللغة المناسبة لعمره .

غير طبيعي بدرجة طفيفة // تأخر في الكلام ,/ ظهور بعض الكلام المبهم ،/ ترديد كلام ،/ لا يستخدم الضمائر مثل أنا أنت هم وغيرها ، / يتلعثم بالهمهمة ،/ الخروج عن الحديث المألوف ، / عكس المقاطع أو الكلمات .

غير طبيعي بدرجة متوسطة // صمت ،/ وعند وجود نطق هناك ترديد واضح ،/ غير وبتلعثم وهمهمة.

غير طبيعي بدرجة شديدة // لا يستخدم اللغة في التواصل ,/ فقط همهمة واصوات غريبة أشبه بصوت الحيوان ,/ واظهار اصوات مزعجة .

12. التواصل الغير للفظي

#طبيعي// يستخدم تعابير الوجه ,/ أو تغير الملامح والاوضاع وحركات الجسم.

غير طبيعي بدرجة طفيفة // تواصل غير لفظي ناقص مثال يمسك اليد من الخلف لطلب المساعدة والوصول للشيء بطريقة تختلف عن الطرق التى يستعملها الطفل السليم في مثل عمره .

غير طبيعي بدرجة متوسطة // لا يستطيع ان يعبر عن احتياجه بالتواصل غير اللفظي ,/ ولا يستطيع فهم لغة التواصل غير اللفظي .

غير طبيعي بدرجة شديدة // يستخدم سلوكيات غريبة غير مفهومة للتعبير عن احتياجاته ,/ مع عدم الاهتمام باللايماءات وتعابير وجوه الاخرين .

13. مستوى النشاط

طبيعي // نشاطه عادي مناسب لعمره .

غير طبيعي بدرجة طفيفة // يظهر نشاط زائد ,/ أو كسل زائد ويكون نشاطه خاص .

غير طبيعي بدرجة متوسطة // نشاط زائد لا يهدأ يصعب التحكم به ,/ هائم لا ينام الا قليلا ,/ فوضوي غير منتظم ،/ أو خامل لا يتحرك من مكانه ,/ ويحتاج الى جهد كبير ليتفاعل مع نشاط معين .

غير طبيعي بدرجة شديدة // هائم ،/ نوبات غضب ,/ حركة مستمرة ,/ لا يجلس ساكنا ,/ فوضوي يرمي كل شيء على الارض ،/ يفتح ويقلب الاشياء .

14. مستوى وثبات الاستجابات الذهنية

طبيعي // في اداء المهارات في المواقف المختلفة المناسبة لعمره .

غير طبيعي بدرجة طفيفة // يظهر تأخر في أداء المهارات .

غير طبيعي بدرجة متوسطة // تأخر في أداء المهارات ,/ ولكن من الممكن ان يتفاعل لنفس عمره في احدى المهارات وتاخر في باقي المهارات .

غير طبيعي بدرجة شديدة // يكون أفضل من الطفل الطبيعي في مهارتين وتكون مبالغ فيها ,/ ولكن يتأخر بباقي المهارات .

النتائج النهائية

30 علامة تعني بداية تشخيص حالة توحُّد خفيفة

30 ـ 37 المعدلات بين هذه العلامات تشير إلى حالة توحُّد من الخفيفة إلى المعتدلة.

38 ـ 60 المعدلات المتراوحة بين هذه العلامات تشير إلى حالة توحُّد شديدة.