

الأكاديمية العربية الدولية



الأكاديمية العربية الدولية
Arab International Academy

الأكاديمية العربية الدولية المقررات الجامعية



إعاقات النمو الشاملة

PERVASIVE DEVELOPMENTAL DISORDERS

الأستاذ الدكتور
بطرس حافظ بطرس

am dum I am dum I am dum



إعاقات النمو الشاملة

PERVASIVE DEVELOPMENTAL DISORDERS

الأستاذ الدكتور
بطرس حافظ بطرس



رقم التصنيف	155.7
المؤلف ومن هو في حكمه	بطرس حافظ بطرس
عنوان الكتاب	اعاقات النمو الشاملة
رقم الإيداع	2010/12/4487
الوصلات	النحو / فصور النحو / الصحة النفسية / سبكولوجية النحو
بيانات النشر	عمان - دار المسيرة للنشر والتوزيع

تم اعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الاولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

حقوق الطبع محفوظة للناشر

جميع حقوق الملكية الأدبية والفنية محفوظة لدار المسيرة للنشر والتوزيع عمان -الأردن
ويحظر طبع أو تصوير أو ترجمة أو إعادة تنضيد الكتاب كاملاً أو مجزأً أو تسجيله على أشارة
كاسيت أو إدخاله على الكمبيوتر أو برجهته على إسطوانات ضوئية إلا بموافقة الناشر خطياً

Copyright © All rights reserved

No part of this publication may be translated,
reproduced, distributed in any form or by any means, or stored in a data base
or retrieval system, without the prior written permission of the publisher

الطبعة الأولى 2011م - 1432هـ

الطبعة الثانية 2015م - 1436هـ



للنشر والتوزيع والطباعة

شركة جمال أحمد محمد حيف وإخوانه

عنوان الدار

الرئيسي : عمان - العبدلي - مقابل البنك العربي - هاتف : 962 6 5627049 - فاكس : 962 6 5627059
الفرع : عمان - ساحة المسجد الحسيني - سوق البزاء - هاتف : 962 6 4617640 - فاكس : 962 6 4640950
صندوق بريد 7219 عمان - 11118 الأردن

E-mail: Info@massira.jo . Website: www.massira.jo

الفهرس

المقدمة

الفصل الاول مدخل الى اعاقات النمو الشامل **Pervasive Developmental Disorders (Pdd's)**

15	مقدمة تاريخية
21	أولا : نسبة الانتشار
27	ثانيا : المقصود باعاقات النمو الشامل
30	ثالثا: أسباب اعاقات النمو الشامل
38	رابعا: العوامل المؤثرة في سلوك ذوي اعاقات النمو الشامل
39	خامسا: تشخيص وتقسيم ذوي اعاقات النمو الشامل
43	سادسا: فن التعامل مع ذوي اضطرابات النمو الشامل

الفصل الثاني اضطراب الذاتية **Autism Disorder**

47	تمهيد
47	أولا : ملحة تاريخية عن الطفل الذاتي
48	ثانيا : انتشار اضطراب الذاتية (التوحد)
51	ثالثا : المقصود بالتوحد
53	رابعا : أشكال وأنواع التوحد

خامسا : امباب الاضطراب الذاتي والعوامل المسية له	55
سادسا : اعراض وظاهر الاضطراب الذاتي	65
سابعا : تشخيص اضطراب الذاتية	72
ثامنا: إعاقات تصاحب التوحد والتوقعات المستقبلية للتوحد	88
تاسعا : الفروق بين الذاتيين وذوي الاعاقة العقلية	89
عاشرًا: التدخل العلاجي للأطفال الذاتيين	91
حالة طفل ذاتي	95

الفصل الثالث

الذاتوية وبعض مظاهر النمو

اولا : الحواس والاضطرابات الحسية لدى الأطفال الذاتيين	99
ثانيا : اللغة والتحدث لدى الذاتيين	113
ثالثا : الذكاء والموهبة لدى الأطفال الذاتيين	119
رابعا : الذاتيون والنمو الجسدي	122
خامسا : برنامج لتعديل السلوك اللغطي - غير اللغطي لدى الأطفال الذاتيين	140
سادسا : التوقعات المستقبلية للذاتيين	142

الفصل الرابع

متلازمة اسبرجر

Asperger Disorder

147	تمهيد
147	اولا : نبذة تاريخية عن متلازمة اسبرجر
150	ثانيا : اكتشاف متلازمة اسبرجر
152	ثالثا : نسبة الانتشار

رابعا : الجوانب الثقافية المتعلقة بالأسبرجر 154
خامسا: المقصود بمتلازمة الأسبرجر 155
سادسا: خصائص و مظاهر وأعراض الأسبرجر 156
سابعا : مسيّيات متلازمة الأسبرجر 164
ثامنا : الفرق بين متلازمة اسبرجر والتوحد 165
ناسعا : تشخيص متلازمة الأسبرجر 166
عاشرًا : التشخيص الفارقى بين الاسبرجر والتوحد 173
الحادي عشر : التدخل العلاجى لذوى متلازمة اسبرجر 175
الثانى عشر : متلازمة الأسبرجر وطرق التعامل معها في المدرسة العادية 179
الثالث عشر : التوقعات المستقبلية لذوى متلازمة الأسبرجر 187

الفصل الخامس

متلازمة ريت

Rett Disorder

تمهيد 191
اولا : نسبة الانتشار 193
ثانيا : المقصود بمتلازمة ريت 193
ثالثا: المظاهر والأعراض الملازمة للرت 194
رابعا: مراحل تطور حالات الرت المختلفة 197
خامسا : الأسباب الجينية لمتلازمة ريت 200
سادسا : الفرق بين متلازمة ريت والتوحد 202
سابعا : تشخيص متلازمة الريت 202
ثامنا : التدخل العلاجى لمتلازمة الرت 207

الفصل السادس

اضطراب الانتكاس الطفولي

Childhood Disintegrative Disorder.

211	تمهيد
211	اولا : مدى الانتشار
212	ثانيا : المقصود باضطراب الانتكاس الطفولي
212	ثالثا: اسباب اضطراب الانتكاس الطفولي
212	رابعا: اعراض اضطراب الانتكاس الطفولي
214	خامسا : تشخيص الاطفال ذوي اضطراب الانتكاس الطفولي
216	سادسا : الفروق بين اضطراب الانتكاس الطفولي واضطراب التوحد
217	سابعا : التدخل العلاجي لذوي اضطراب الانتكاس الطفولي

الفصل السابع

الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد

Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified (PDD –NOS)

221	اولا : المقصود بالاضطراب النمائي الشامل غير المحدد
222	ثانيا : التطور لدى الاطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد
227	ثالثا : الاعراض المرضية للاطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد
229	رابعا : الذكاء لدى الاطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد
229	خامسا: القدرات اللغوية لدى الاطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد
233	سادسا : الفروق بين التوحد والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد

سابعا : تشخيص الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد 234
ثامنا : التدخل العلاجي للأطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد 238
ناسعا : دور المجتمع والوالدين تجاه الأطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد 243
عاشرأ : برنامج لتخفييف حدة الحركات الغريبة لدى الأطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (PDD-NOS) 244

الفصل الثامن

التدخل التربوي والتعليمي لتأهيل الأطفال ذوي اعاقات النمو الشاملة

251 تمهيد
252 المخور الاول: التدخل التعليمي لذوي اعاقات النمو الشامل 252
252 اولا : الأهداف التعليمية العامة 252
256 ثانيا : أساليب التعلم لذوي اعاقات النمو الشاملة 256
258 ثالثا : طرق تعزيز التعلم عند الأطفال التوحديين 258
260 رابعا : مقومات نجاح البرامج التأهيلية للطفل التوحدي 260
263 المخور الثاني : تحسين بعض الجوانب اللغوية والمعرفية لدى ذوي اعاقات النمو الشاملة 263
263 اولا : برنامج لتنمية اللغة لدى الأطفال ذوي اعاقات النمو الشاملة 263
266 ثانيا : برنامج لتعليم القراءة للطفل التوحدي 266
268 ثالثا : تنمية التفكير لدى الأطفال ذوي اعاقات النمو الشاملة 268
271 رابعا : برنامج لتنمية بعض المهارات المعرفية لدى الأطفال ذوي اعاقات النمو الشامل 271

المحور الثالث : تحسين بعض الجوانب الاجتماعية لدى ذوي اعاقات النمو الشاملة ... 278	
اولا : تنمية التفاعل الاجتماعي 278	
ثانيا : برنامج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الاطفال ذوي اعاقات النمو الشامل 281	
ثالثا : برنامج لتنمية القدرة على التواصل الاجتماعي من خلال أنشطة اللعب ... 291	
رابعا : برنامج لتخفيف حدة الانفعالات لدى الاطفال ذوي اعاقات النمو الشاملة وعلاج المشاعر السلبية لوالديهم 293	
خامسا : برنامج تدريبي على استخدام الحمام لذوي اعاقات النمو الشامل 300	

الفصل التاسع

التدخل السلوكي لعلاج الاطفال

ذوي اعاقات النمو الشاملة

اولا : مبادئ في تعديل سلوك الاطفال ذوي الاعاقات النمو الشاملة 305	
ثانيا : برنامج تيتش لعلاج وتعليم الأطفال الذاتيين 309	
ثالثا : برنامج فاست فورورد 319	
رابعاً : برنامج لوفاس 320	
خامساً: علاج السلوك الاستحواذى والسلوك النمطي 373	
سادساً: العلاج بالتكامل الحسي 385	
القاموس الذاتوى 385	
المراجع 397	

المقدمة

تعرف المجتمع العربي على التوحد وطيف التوحد في ظل الثورة العلمية والمعلوماتية ، ومع قلة المختصين في مجال صحة الطفل النفسية والاعتماد على ما يكتب في الصحف والمجلات أصبح التوحد شماعة لكل سلوك طبيعي أو غير طبيعي للطفل، ومن مصائب عالمنا الثالث أن الشخص يصدر من فئات غير متخصصة، ليتهي الطاف بعائلة الطفل إلى الجري في حلقة مفرغة، تنتهي إلى اليأس مع الإجهاد الفكري والنفسي .

فالتوحد أو طيف التوحد من المشكلات النامية الأكثر تعقيدا والتي قد تواجه الأسرة والمعلم والشرع والقانوني السياسي والمشكلة ترتبط بتعلم الطفل التوحيدي وحقوقه الفردية والمدنية . وذلك لعدة أسباب منها على سبيل المثال لا الحصر : ان الامباب غير معروفة بوجه قطعي والخصائص متباعدة بشكل كبير وطرق العلاج مختلفة باختلاف الفكر النظري الذي يتباين المعالج .

وفي عام 1943 م كتب الطبيب النفسي ليوكانر Leo Kanner مقالة تصف أحدى عشر مريضاً تابع حالتهم على مدى سنوات في عيادته، هؤلاء الأطفال كانوا يتصفون بمجموعة من الأعراض المرضية تختلف عن الأعراض النفسية التي تعود على متابعتها أو قرأ عنها في المنشورات والكتب الطبية، وقد أستعمل مصطلح التوحد Autism لأول مرة للتغيير عنها، وتتابعت البحوث والدراسات في محاولة لإجلاء الغموض عنه.

واكتشف العالم النمساوي Hans Asperger فيينا بالمساواة عام 1943 م حالات تختلف في سماتها وإعراضها عن حالات كانر المسماة بالتوحد، وقام بنشر بحثه باللغة الألمانية، وتداولته بعض الدوائر العلمية الخبيطة في أوروبا، ولم يتم التعرف عليه في أمريكا بسبب الحرب العالمية الثانية، وفي عام 1981 التقى أسبيرجر بإحدى أطباء الأطفال الإنجليزية Lorna Wing والتي تعاني أبنته من أعراض التوحد في أحدى اللقاءات العلمية في فيينا، وقامت بتلخيص بحثه ضمن سلسلة من دراسة الحالات كانت تقوم بإصدار تقارير دورية عنها باللغة الإنجليزية، وفي عام 1991 أصدر العالم البريطاني Frith كتابة عن التوحد والاسبرجر الذي نشر فيه نتائج بحثه أسبيرجر باللغة الإنجليزية، والتي كانت سابقاً تسمى التوحد ذو الأداء الوظيفي العالمي High functioning autism أو أعاقة التوحد الح悱ف

Mild autism ، ومن ثم عرفت تلك الحالة وسميت باسم مكتشفهاً متلازمة اسبر جر Asperger's Syndrome ، بعد دراسة آلاف الحالات في أوروبا وأمريكا، مما برر اعتباره اعتاقة مستقلة بالإضافة إلى التوحد تحت مظلة اضطرابات النمو الشائعة.

وهنالك حالات أخرى سميت "متلازمة ريت Rett's syndrome" باسم مكتشفها الطيب النمساوي Andreas Rett ، الذي اكتشف وجود حالات مختلفة في أعراضها وسماتها عن التوحد، وقام بمنابعه تلك الحالات لعدة سنوات.

من هنا يجب التعرف على السلوكيات غير السوية للطفل الطبيعي قبل تشخيص الحالات كأمراض سلوكية ، كما أن اضطرابات النمو لدى الأطفال مجال واسع، التوحد أحدها، وللقيام بتشخيص حالات التوحد فإن ذلك يحتاج إلى متخصصين في هذا المجال، وتطبيق المعايير العلمية لها كما ذكر في الدليل الإحصائي للأضطرابات النفسية في إصدارة الرابع-4 DSM عام 1994 ، وفي الدليل الدولي لتصنيف الامراض الذي تصدره هيئة الصحة العالمية International Classification of Diseases في إصدارة العاشر ISD-10 ، كما يجب على العائلة التي لديها طفل مصاب بأحد الأمراض السلوكية بمعرفة حالتها، لأن ذلك سوف يساعد في تحديد إمكانيات وبرامج ووسائل التدخل العلاجي والتأهيلي في جميع المستويات الطبي والتربوي والاجتماعي النفسي.

حيث ظهرت العديد من طرق علاج التوحد منها ما هو مبني على العلاج الطبي باختلاف جوانبه (عقاقير وادوية أو تغذية أو العلاج النفسي مثل الحمض والموسيقى واللعب .. أو العلاج السلوكي مثل برنامج TEACCH و LOVAAS وغيرها).

ومن هنا يتناول هذا الكتاب مدخل إلى اضطرابات النمو الشامل موضحاً المقصود بها وأسبابها والعوامل المؤثرة فيها وكيفية تشخيصها ، ثم تناول اضطراب الذاتية وانتشاره والمقصود به وأسبابه والتدخل المبكر لعلاجه ، كما تناول بعض مظاهر النمو لدى الأطفال الذاتيين ، كما تناول متلازمة اسبر جر من حيث الانتشار والمقصود بها وأسبابها وتشخيصها والتدخل العلاجي لها ، والاضطراب الثنائي الشامل غير المحدد ، واضطراب الانتكاس الطفلوي موضحاً أعراضه وأسبابه والتدخل المبكر للتشخيص والعلاج كما يوضع التدخل التربوي والتعليمي لتأهيل الأطفال ذوي اعتاقات النمو الشامل .

والله ولي التوفيق

المؤلف

الفصل الأول

مدخل الى اعاقات النمو الشامل Pervasive Developmental Disorders (Pdd)

مقدمة تاريخية

اولا : نسبة الانتشار

ثانيا ، المقصود باعاقات النمو الشامل

ثالثا: أسباب اعاقات النمو الشامل

رابعا، العوامل المؤثرة في سلوك ذوي اعاقات النمو الشامل

خامسما، تشخيص وتقدير ذوي اعاقات النمو الشامل

سادسا، فن التعامل مع ذوي اضطرابات النمو الشامل

*

الفصل الأول

مدخل إلى اعاقات النمو الشامل

Pervasive Developmental Disorders (Pdd)

مقدمة تاريخية

شغلت حالة التوحد وتقديراتها الأطباء منذ ما يقارب المائة عام وشهدت التوحد "تغيرات جذرية خلال السنوات الأخيرة. ويدو ان أول من إستعمل تلك العبارة الطبيب النفسي السويسري يوجين بلومر Eugen Bleuler عام 1911 مستبطاً من التعبير اليوناني ذاتي self وأي موضع موقع condition lismos وقد اعتمد يوجين تعبير "الانطواء إلى الداخل running inward" والإنتوء الذاتي على المرضى الانفصاميين البالغين وسميت فيما بعد Dementia Praeox.

والتوحد عرف قبل 1943 بأنه مرحلة انتقالية لانفصام الشخصية اللاحق واعتبر توحد الأطفال حينها صنف من انفصام الشخصية الطفولي أو حالة إضطراب في التفكير. أما في العام 1943 عرف العالم الأميركي ليو كانر Leo Kanner التوحد الطفولي Infantile Autism وسرد مواصفاته العيادية التي من شأنها تميزه عن الانفصام.

وفي الوقت المعاصر يعبر الخبراء أن التوحد أشبه ما يكون إلى مجموعة متنوعة من الإضطرابات السلوكية، والتي يتم تشخيصها عادة عن طريق معايير فردية. مما يوجب على الأطباء التعرف على مواصفات عامة تكون مشتركة لتشخيص التوحد والمزايا التي يمكن إستعمالها للتferيق بين التوحد وما يشابهه من حالات.

ظهر مفهوم الإعاقات النمائية كتجة لمروره بمراحل كثيرة ومسميات عديدة كان لها تأثير كبير في رسم ملامح الصورة الحالية للمفهوم . وذلك عندما ظهر في الطبعة التاسعة من الدليل العالمي لتصنيف الأمراض (ICD-9) الذي تصدره منظمة الصحة العالمية (WHO) ، وفي عام 1980 ظهر مصطلح "التوحد" في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والقلبية (III DSM) ، كما استخدم مصطلح "الاضطرابات النمائية الشاملة" منذ ذلك الحين ليكون مظلة لوصف مجموعة من الحالات تجمعها عوامل مشتركة ،

وليس وصفاً تشخيصياً - وإن كان بينها اختلافات - وعادة ما تظهر في حوالي السنة الثالثة من العمر ، ويجمع بينها العوامل المشتركة التالية :

- نقص في التفاعل والتواصل الاجتماعي

- نقص القدرات الإبداعية

- نقص في التواصل اللغوي وغير اللغوي

• وجود نسبة ضئيلة من النشاطات والاهتمامات التي عادة ما تكون نشاطات ممتعة مكررة. (1997 , Autism Society of America) وبدأ في الظهور في الطبعة الرابعة

من الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية والعقلية (DSM IV)

وأصبحت هذه الفئة تضم كلاً من الأضطرابات النمائية التالية :

- اضطراب التوحد .. Autism

- اضطراب اسبرجر .. Asperger Disorder

- اضطراب ريت .. Rett Disorder

- اضطراب الطفولة التحليلي أو التفككي Childhood Disintegrative Disorder.

- اضطرابات الطفولة غير المحددة .

Pervasive Developmental Disorders – Not Other Wise Specific (Pdd – Nos)

(National Dissemination Center for Children with Disabilities, 2003) .

التوحد (الجزئية)

وهو من الأضطرابات الانفعالية الحادة Severe Emotional Disorders التي تحدث في الطفولة ، ويُصنف على أنه من الأضطرابات النمائية المحددة ، كما اختلفت مسمياته مثل :

. Chidhood Autism المبكرة أو Early Infantile Autism

. الفهقان الطفولي Infantile Schizophrenia

. الاجتزار العقلي والتفكير الاجزاري .

. ذهان الطفولة .

• النمو غير السوي في الطفولة Abnormal Childhood . واعتبر فقدان التفاعل الاجتماعي والعزلة التي يُعاني منها الأطفال ، دليل على العلاقة المرضية الشديدة بين الطفل وأمه ، وإلى الاتجاهات السلبية من الوالدين تجاهه . وفي الوقت الحاضر يُعتبر التوحد اضطراباً ، او ملازمًا ، ولذلك يُعرف سلوكياً أي من المظاهر السلوكية له . والظاهر المرضية الأساسية تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى 30 شهراً ، حيث تتضمن الأضطرابات التالية :

- اضطراب في سرعة أو تتابع النمو (مراحل النمو) .
- اضطراب في الاستجابات الحسية للمثيرات .
- اضطراب في الكلام واللغة والسرعة المعرفية .
- اضطراب في التعلق أو الاتباع للناس والأحداث والمواضيع .

السمات التي يتصف بها الأطفال الذاتويين



- العجز الجسدي الظاهر : وقد يترتب عن ذلك شكوك الأم بأن طفلها أصم أو كثيف .
- البرود العاطفي الشديد : حيث يفتقد الطفل عدم الاستجابة لشاعر العطف والاهتمام من الآخرين ، ويعتقد الأهل أن الطفل يعزف عن صحبة الآخرين ولا يهتم بأن يكون وحيداً .
- تكرار السلوك النمطي: مثل سلوك اهتزاز الجسم إلى الأمام وإلى الخلف أثناء الجلوس والدوران حول النفس ، وتردد كلمات محددة أو جمل معينة لفترة طويلة من الوقت.
- سلوك إلقاء الذات وتوبيات القلق: وصعوبة تعامل الأهل مع الأنشطة السلوكية الشاذة كأن بعض الطفل جسده حتى يتزلف ، أو يضرب رأسه بالحائط ، أو يقطع أثاث حادة حتى يتورم الرأس ويُصبح لونه أسوداً أو أزرقاً .
- الكلام النمطي: الأطفال عند التوحد يتصرفون بالبكاء ، فهم لا يتكلمون ، ولكن يفهمون ويكون التكرار النمطي للكلام مباشراً وقد يحدث متأخراً .

- قصور السلوك: أي التأخر في ثبو السلوك ، فقد يكون العمر الزمني للطفل عند التوحد خمس سنوات ، بينما سلوكه ينماهيل مع سلوك الطفل العادي ذي السنة الواحدة من العمر . وهو يفقد الاستقلالية بل يعتمد على الآخرين في طعامه ، أو ارتداء ملابسه .

Tوحد كانر Kanner Autism

قدم كانر عام 1943 حالات 11 طفلا جرت متابعتها منذ 1938 عبر مقال الإضطراب التوحد في التواصل الانفعالي Autistic Disturbances of Affective Contact والذين كانت قد جرت المبادرة بمراقبتهم عام 1938 والذي أوحى بإدانتهم، ما يعتبره كانر متلازمة جديدة توحد طفولي Infantile Autism "المميز بعده من الخصائص :

• حالة توحد شديدة Extreme Autism

• الولع الشديد Obsessiveness

• النمطية العشوائية Stereotypy

• التقليد الكلامي المتكرر Echolalia

وبالنسبة لكانر فإن الفارق الجوهرى بين التوحد والإنتقام هو مرور المصايبين بالإنتقام يشهدون مرحلة تطور طبيعية قبل ظهور عوارض الإنتقام عليهم بينما لا يشهد المصايبون بالتوحد الطفولي سوى العزلة والتوحد الشديدين منذ أيامهم الأولى. وقد اعتقد أن التوحد ينبع عن خلل في عمليات النظير والنمو وليس علة نفسية مكتبة.

و اللوحة الكلاسيكية التي تعرف " توحد كانر " تميز قصور مستدام في التفاعل والتواصل الاجتماعي. كما يدرك عن المصايبين سلوكيات حصرية ومتكررة، وعشواوية، ونمطية، وللمصايبين اهتمامات ونشاطات خاصة وعبيبة. أما حدة هذه المظاهر تتفاوت بشكل كبير من مصاب إلى آخر وما إصطلاح على تسميه مدى الغبيان النمطي "Pervasive Continuum". وتدرج في الإضطرابات المصاحجة:

• التأخر العقلي (75-80 %)

• تكرار كلامي عشوائي وتقليدي- يغافلي

• نوبات صرعية

• اضطراب الانتباه النشط ووفرط الحركة ADHD

- إضطرابات في تناول الطعام (الشهية الزائدة والشره العبي او حصرية الشهية على الطعام Pica, restricted variety)
 - الرغبة باذية الذات SIB, Self Injurious Behavior والرغبة في استارة الأحاسيس SSB Self Stimulatory Behavior
 - إضطرابات مزاجية
 - عوارض إكتآب
- وقد ذكر كاتر الخصائص التالية:
- الوحدانية والعزلة الشديدة
 - قلق، ورغبة جامحة في الانغلاق على الذات والوحدة preservation of sameness
 - ذاكرة ممتازة
 - تكرار بیغاني متأخر للكلمات Delayed Echolalia
 - إستجابة بالغة الشدة للمثيرات Oversensitivity to Stimuli
 - عدوية نوع السلوكيات الإنسانية
 - قدرات فكرية كاملة
 - الانتهاء لأسر من طبقات إجتماعية متقدمة وذكية.

إن إدراج الانتهاء إلى الأسر العالية الثقافية ضمن الموصفات مردّه إلى أن رواد عبادة كاتر ينتمون في غالبيتهم إلى طبقات ذو دخل جيد. أما ميزة قدرات فكرية كاملة فمردّه إلى أن المصاين يمتلكون بذاكرة ممتازة ومهارات حركة رشيدة (واعتقد الكثير من الأهل والخبراء بجهودة المستوى الفكري - الكامن فيما لو أتيحت فرصة إطلاقها- لدى المصاين بالتوحد). وهناك حقائق دائمة وملفترة بمتباين وبنوع غير متوقع ومركز في مهارات معينة كالعمليات الحسابية مثلا التي تم بحثها أرقى من سائر المهارات بتصوره قياسية.

توحد اسبرجر Asperger's Autism

وفي العام 1944 نشر طبيب الأمراض العصبية النمساوي - دون معرفة مسبقة بأبحاث كاتر - ورقة علمية "Des Autistischen Psychopathen Des Kindesalters" اي "العلة النفسية للتوحد في سن الطفولة" The Autistic Psychopathy of Childhood

وأدرج أسبيرجر صفات الرابع مرضى لن يعرفون حالياً توحديون متوفقاً على الإداء الوظيفي وبقيت ورقة أسبيرجر في طلي الن bian في الولايات المتحدة وفي غيرها من البلدان الإنجليزية اللغة حتى ظهرت ورقة دررنا وينج في عام 1981 والتي ترجمت إلى الإنجليزية متداولة بمرجعاتها إلى ما ورد في ورقة أسبيرجر، وبين أن بعض ملاحظات أسبيرجر شابهت دراسات كاتر، ومثل كاتر ورد إستعمال كلمة توحد للتعبير عن القصور في التعامل الاجتماعي وأضاف على ما أورد كاتر:

- تكرار أكبر لإصابة الذكور في العلة النفسية التوحدية
- غياب التوحد في الطفولة المبكرة حتى ما بعد العام الثالث من العمر
- مسار ثانوي طبيعي للاكتساب اللغة مع ملاحظة بعض العيوب في مجال إستعمال الفمائر وعيوب لغوية أخرى.
- إنتمال تأخر في مراحل نمو المهارات الحركية مع ملاحظة ارتباك في إداء الحركات الرئيسية وحدودية القدرة على التنسيق.
- صعوبات في التواصل الغير لغوي.
- ميزة ملفتة في عسر شديد في التواصل الثاني التبادلي الاجتماعي
- منعة القيام بعمليات برم وقتل المواضيع التي تبرم مسكات الراديو...
- صعوبة في التغيير أو في نقل الأشلاء من مكان معتبر لآخر.
- مهارات تذكر عتارة.
- اهتمام مركز خاصية أو خاصيتين، وإستثناء سائر المزايا من نشاط معين.
- مشاكل صفة في المدرسة تمحور حول سلوكيات التركيز والرغبة في التصرفات التي ترافق لزاجهم بغض النظر عن تعليمات المدرس.

وهكذا تبين أن هناك تشابهاً كبيراً ما بين التوحد الكلاسيكي كما جاء على لسان كاتر ومتلازمة أسبيرجر التي تميز بعدم وجود تأخير عقلي، وتطور أسرع لمهارات اللغة المخكية، وإضطرابات في إداء الحركات الرئيسية والتنسيق ما بينها.

معايير التشخيص للذوي اعاقات النمو الشامل
هناك ظواهر مهددة يمكن أن تكون بوادر للتوحد:
• كلمات غير معتادة وكلام غير مألوف

- غياب الإناء الاجتماعي
- القيام بتكرار عشوائي لسلوكيات غير هادفة (Pervasive Behaviors) كالتصفيق أو المفرز.
- عدم دودية التلاقي البصري (Poor Eye-contact)
- لا يميل إلى التواصل الإشاري (بالدلالة أو الإشارة البدوية) لطلب شيء ما لا يميل إلى الظهور بالألعاب الرضع أو صغار الأطفال (Peek-A-Boo)
- شكوى الأهل من عدم تجاوب الطفل معهم
- تمييز السير الحياتية لهذا أطفال بداعها على هدوء الطفل وعدم جرمه للبكاء أو لم يبك أبداً"

تحديد المواقف المتوفرة في الإضطراب النمطي النعماني

هناك عدة أدلة لتحديد المواقف المتوفرة في الإضطراب النمطي النعماني، منها :

- الدليل التشخيصي الإحصائي للإضطرابات العقلية الطبعة الرابعة (DSM-IV-TR) American Psychiatric Association

تصنيف التشخيصات العقلية للأطفال والشباب في العناية الصحية الأولية The Classification of Child and Adolescent Mental Health Diagnosis in Primary Care, Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC), Child and Adolescent Version, American Academy of Pediatrics, 1996.

تصنيف التشخيصات للصحة العقلية واضطراب النمو النمطي في مرحلتي الرضاعة والطفولة المبكرة Diagnostic Classification: Zero to Three National Center for Clinical Infant Programs, 1994

وستعتمد خلال بحثنا هنا الدليل التشخيصي الإحصائي والتي تحتوي في طبقتها مؤشرات تحديد بدلات أتعاب الاختصاصيين في العلاجات.

أولاً: نسبة الانتشار

كان من المعتقد أن نسبة إنتشار التوحد هي إثنين إلى خمسة في العشرة آلاف من هم دون الخامسة عشرة من العمر. ووفق آخر التقديرات تبين أن نسبة انتشار تزايد وهي واحد إلى إثنين بالألف وفق إحصاءات مركبة على تعداد السكان. تعود تلك الزيادة إلى العديد من الأمور كإرتفاع الوعي لدى الناس وتكتشف تفاصيل أكثر للمعايير التشخيصية، وعند

الشخص من قبل المختصين النفسيين والأطباء إلى ما هنالك من أسباب بيئية أو تزايد التلوث والإصابات وإنتشار الأوبئة.

ويتشرد التوحد من ثلاثة إلى خمس مرات أكثر لدى الذكور منه لدى الإناث، وليس للتوحد أية عوارض بدنية مميزة أو آية تغيرات نسيجية غบรية من شأنها أن تشير حصرياً إلى الإصابة بالتوحد، مع العلم أنه قد طرحت العديد من الآراء حول السبب المرضي كإصابة الجينين بالحميراء خلال أشهر التكوهن الأولى أو إصابة دماغية جارحة أو إصابة الجينين بـTuberous Sclerosis أو استسقاء الدماغ، أو فينيلكتونوريا Phenylketonuria أو إصابة بالتشنجات الصرعية الوليدية، أو الإصابة بالحبيبات المخية الفيروسية البسيطة Herpes Simplex Encephalitis وعلى العموم لا تبدو على المصابين بالتوحد أية عوارض مرضية أو ينزلوجية ملفتة.

تنامي في الأوساط العلمية فكرة وجود أنس وراثية للأصابة بالتوحد ومن أجل ذلك تدور في الأوساط العلمية الوراثية اهتماماً للتفصي عن وجود جين معين أو خصلة وراثية معينة ترتبط بوجود التوحد. وقد كان الدافع وراء ذلك إكتشاف إمكانية تكرار ولادة مصابين بالتوحد في عائلة واحدة بنسبة 5 إلى 8 %. وهناك تشابه في الإصابة حين يكون المصاب جزء من توأم مما يجعل إمكانية الإصابة أكبر لدى الجزء الآخر من التوأم أعلى إذا ما كان التوأم من بيضة واحدة ومتابه.

اضطرابات مشابهة

المقارنة التشخيصية للتوحد تضم عدداً من الأطيفات التوحيدية : مثل إضطراب رات Rett Disorder وChildhood Disintegrative Disorder واضطراب أسرجر Asperger syndrome والإضطراب النمائي النمطي PDD-NOS.

Rett Disorder

يتميز إضطراب رات بأنه يحدث إثر فترة تطور طبيعية، وتدن في قياس عيوب الرأس بعد أن كان طبيعياً إبان الولادة وذلك بعد مرور خمسة أشهر من النمو الطبيعي، وتبدأ التغيرات في التدريجي في قياس عيوب الرأس وتخول حركات اليدين من القيام بمهام إرادية وذات جدوى وظيفية إلى حركات بدورية غريبة عشوائية متكررة، إضافة إلى بروز أشكال من طرق الوقوف والمشي غير متناسبة، إضافة إلى تهذيب المخالطة الاجتماعية والميل إلى الانعزال. ومن المعروف أن إضطراب رات يتشر أكثر ما بين الإناث - واحدة من كل 10000، من ما

بين الذكور. وقد أوردت التقارير مؤخرًا أن الجين MECP2 المرتبط بالクロموسوم X هو العيب النمائي المسبب لاضطراب رات.

معايير تشخيص متلازمة رات Retts Disorder

- تطور طبيعي لمرحلة ما قبل الولادة وحول الولادة على ما يبدو
- تطور نفس حركي طبيعي خلال الأشهر الخمسة الأولى على ما يبدو
- قياس عيّط الرأس لدى الوليد في حدود الطبيعي
- تغير في وترة التطور بعد مرحلة تطور طبيعية.
- تراجع في قياس عيّط رأس الوليد ما بين الشهر الخامس والشهر 48
- تراجع وفقدان مهارات وظيفية كانت قد إكتسبت ما بين الشهر 5-30 وتنامي تطور حركات غطية عشوائي كالتلويح أو التصفيق باليدين.
- فقدان التألف الاجتماعي باكرا—علمًا بأن تلك المهارات تنامي تدريجيًا
- ظهور حركات غير مناسبة على طول الجذع مما يسبب وقفة غير طبيعية أو طريق سير ملفت دون وجود عيوب عضوية حركية.
- قصور إتصالي ملفت بشًا واستقبالا بالالتزام مع تخلف نمائي حسّ حركي وهذا ما يتتشابه مع اضطراب نمو الطفل الغير متاتسق Child Disintegrative Disorder ويسمى كذلك الحرف الطفولي أو متلازمة هيلر أو الذهان الغير مناسب Hiller Syndrome, Dementia Infantilis, Disintegrative Psychosis بعد فترة تطور طبيعية والتي تدوم حتى العاشرين من العمر، ثم يبدا الإلحاد والتدهّن الملاحظ في مجالين على الأقل من المجالات الآتية: مجال اللغة والتواصل، ومجال مهارات العلاقات التكيفية الإجتماعية، أو مجال السيطرة على التبول والتبرز، مجال المو واللعب، مجال المهارات الحركية. أما التأخير الذهني فهو صفة ملائمة إضافة إلى مؤشرات اضطرابات دماغية أخرى مثل التربات العصرية وتغيرات ملفتة في التخطيط الدماغي. إن إنتشار اضطراب نمو الطفل الغير متاتسق هو أقل من إنتشار حالات التوحد.

المعايير التشخيصية لمتلازمة هيلر

تطور طبيعي في المجالات النمائية للعامين الأولين على الأقل بما في ذلك المهارات التواصلية النطقية واللغوية الأخرى، وال العلاقات الاجتماعية، واللهم والسلوكيات التكيفية. فقدان ملحوظ في عارضة المهارات المكتسبة (المهارات التي كانت قد إكتسبت خلال التطور الطبيعي) وذلك قبل بلوغ السنة العاشرة من العمر في عمالين على الأقل من المجالات التالية:

- اللغة -بها وإستقبالا
- المهارات الاجتماعية والتكيفية
- ضبط التبول والتبرز
- اللهم ولعب
- المهارات الحركية

عيوب في الأداء الوظيفي في مجالين من المجالات الآتية:

- قصور كمي في السلوكيات الاجتماعية (عيوب في السلوكيات الغير كلامية، فشل في إقامة علاقات إجتماعية، فقدان القدرة على تبادلية العلاقات الاجتماعية والعاطفية).
- قصور كمي في التواصل (تأخر أو بطء التواصل الكلامي، العجز عن المبادرة بالتحدث أو مواصلة التحدث، إستعمال لامعنى متكرر للتعابير الكلامية، العجز عن المداعبات الكلامية (Make believe plays) .
- حدودية عارضة السلوكيات النمطية المتكررة، أو الإهتمامات، أو النشاطات بما في ذلك تلك المتكررة بشكل اعتباطي.
- إنعدام الوسائل المتوفرة في الإضطرابات النمائي أو تلك المتعلقة بأنفصال الشخصية.

PDD-NOS تشخيص

يوضع في حال تبين وجود اضطراب ثانوي ثمطي شديد في المهارات الاجتماعية أو التواصلية الشفهية أو الغير شفهية، أو عندما تكون هناك سلوكيات عشوائية لمطية، أو إهتمامات غريبة أو نشاطات عشوائية لا تعتبر تميزة للإصابة بالتوحد فيعد المصاب بهذه الظاهرة شيء بالتوحد وليس توحدا. وهناك إختلاف دائم لدى المختصين والعلماء في مدى

تمايز التوحد عن هذا الإضطراب. من المهم ملاحظة أن معظم المصابين بدرجات شديدة وعميقة من التأخر الذهني يقومون بتأدية سلوكيات (قفز عشوائي، تصفيف متكرر، حركات عشوائية متكررة) وذلك لا يعني أنهم بالضرورة مصابون بالتوحد.

اضطراب أسبرجر

فيما يلي في معاييره التشخيصية التوحد النموذجي، باستثناء إضطراب أسبرجر لا يلاحظ سريريا وجود تأخر خفيف ملحوظ في مجالات اللغة والمرارة، والسلوك التكيفي. وقد اصطلح من قبل الإخصائين والأسر والمصابين أنفسهم على إطلاق تسمية إضطراب أسبرجر أو صفة "التوحديون ذوي السلوك المتقدم خفافيا". ومن خبرتنا الذاتية نجد أن المصابين بإضطراب أسبرجر يتميزون بتفوق واضح عن المصابين بالتوحد ولا توفر لديهم صفة التأخر الشديد التي تميز المصابين بالتوحد وغير التوحد من الإضطرابات المشابهة.

المعايير التشخيصية لإضطراب أسبرجر

تحليق قصور كمي في التفاعل الاجتماعي في عدالين من الحالات الآتية:

- قصور ملحوظ في إستعمال السلوكيات الغير التخاططية - تواصل غير كلامي - كالتواصل عبر النظر من خلال العينين (التعبير الوجهى)، أو التعبير من خلال حركة الجسم، او من خلال الإيماء لتأمين التفاعل الاجتماعي.
- فشل في إقامة تواصل مناسب مع الأتراب من المستوى النمائي المشابه.
- فقدان السعي التلقائي لمشاركة الغير متعة الاهتمامات والنشاطات (عدم المبادرة بأية سلوكيات تظهر المشاركة في النشاطات المطروحة)
- فقدان الشعور بالمشاركة في مبادلة المواقف العاطفية والإجتماعية (أخذها وعطاءها)
- محدودية تكرار السلوكيات النمطية، في الاهتمامات والنشاطات في إحدى المجالات التالية على الأقل
- الإنهاك في تكرار سلوك عشوائي أو أكثر، وحصرية التمسك بإهتمامات غير طبيعية من ناحية التعلق الشديد بسلوك معين والتركيز عليه.
- القيام بسلوكيات أقرب ما تكون من الروتين السلوكي او الطقس الممارس.

- أداءات حركية لمطيبة وعشوائية متكررة ومتلازمة (كبر الأصابع ، أو التلويح بالكفين ، أو حركات متكررة متشابهة لكافة عماور الجسم)
 - التعلق الشديد بأحد أجزاء الأشياء.
 - يؤدي الإضطراب إلى خلل شديد في العلاقات الاجتماعية وغير ذلك من النشاطات الوظيفية المهمة.
 - ليس هناك من تأخر ثانوي ملحوظ في مجال اللغة (كاستعمال جملة من كلمة واحدة في السنة الثانية من العمر والتمكن من صياغة جمل في السنة الثالثة من العمر).
 - ليس هناك من تأخر ثانوي ملحوظ في مجال المعرفة او في إكتساب مهارات الحياة اليومية أو السلوكيات التكيفية (ما عدى تلك المتعلقة بالتبادل الاجتماعي) (إضافة إلى ما يتميز به الطفل من حب للأستطلاع لما حوله).
 - إنعدام المواصفات المتوفرة في الإضطراب الثنائي او تلك المتعلقة بانفصام الشخصية.
- [اضطرابات أخرى تشابه الإصابة بالتوحد]

إضافة إلى الإضطرابات النمائية النمطية هناك إضطرابات أخرى تشابه الإصابة بالتوحد مثل ما يسمى متلازمة الكروموسوم إكس المش Fragile X Syndrome ويعتبر هذا ثاني أثر مسبب للتتأخر الذهني بعد متلازمة التلث الصبغي، ويتسبب في هشاشة الكروموسوم إكس تعدد مكون عضوي Methylated على الكروموسوم إكس ويمكن التتحقق من ذلك عبر إجراء فحص على DNA المرتبط بهذا الكروموسوم.

وقد بيّنت الأبحاث التي أجريت على انتشار متلازمة كروموسوم إكس أن هناك ما بين 5 و10٪ من المصابين تتوفّر لديهم معايير تشخيص التوحد وبين من جهة أخرى أن 20٪ من مصابي التوحد مصابين لديهم كروموسوم إكس المش، وهناك تداخلاً في نسب الإصابة بالمتلازمة والتوحد إلى نسب عالية

يبدو أن هناك تشابهاً مع "طيف" كروموسومي آخر وهو متلازمة لاندو كليفز

Landau-Kleffner Syndrome

يمهدت خلال الإصابة بهذه المتلازمة-التاذر- بالعجز الكلامي Apasia بالترافق مع نوبات صرعية وذلك إنقر فترة تطور طبيعية في مجال النطق واللغة. عادة ما تبدأ عناصر المتلازمة بالظهور في السن الرابعة من العمر وهناك إحتمالات إمتداد بهذه الإصابة ما بين العام الواحد والستة الرابعة عشرة من العمر ينقد المصاب تدريجياً مهارات فهم وإدراك اللغة

لدرجة أن الأهل يعتقدون أن ابنهم أصيب بالصمم. لقد كان معتقداً أن متلازمة لأندو-كليفر هي مرض صرعي ولكن تبين من خلال العلاج أن التحسن اللاحق بنيات الصرع لا ينصح بالضرورة مع تحسن في مجال فقدان اللغة المتزايد.

وقد جرت الاستعana بفحص Magneto-Encephalography للحد من الخطأ المحيط بتشابه متلازمة - لأندو-كليفر وسائر أطياف التوحد، وتبيّن من نتائج الفحوصات تم إكتشاف أن نسبة مئوية ملحوظة من حالات الصرع الطفولية تصاحب التوحد وحالات الإضطراب النمائي النمطي PDD-NOS.

هناك عدة حالات تشابة بشكل أو باخر مع التوحد مثل إنفصام الشخصية ، والإضطرابات التواصلية، وحالة قصور البقم الخصري، وحالات القصور الحسي، ومتلازمة توريت، Tourette Syndrome والحرمان النفسي الاجتماعي، والتخلف العقلي .

ثانياً : المقصود بإعاقات النمو الشامل

يشير مصطلح الإعاقات النمائية إلى ظهور التأخير النمائي لدى الطفل خلال أول عامين من عمره في مجالين أو أكثر من مجالات النمو ، ويستخدم في ذلك القياس النفسي والمحك الأكلينيكي ، ويعتبر حصول الطفل على درجات تتراوح ما بين الغراف معياري واحد إلى الغرافين معياريين دون المتوسط دليلاً على وجود تأخير نمائي لدى الطفل.

وتشمل اضطرابات النمو الشاملة على خمس حالات مشابهة وهي:

1. التوحد وهو قصور شامل (قبل عمر ال 20 شهراً) في القدرة على التواصل ، إضافة إلى اضطرابات لغوية وذهنية وإدراكية وحسية .
2. متلازمة أسبرجر وهي اضطراب شامل (قبل ال 20 شهراً) نظوري محدد باضطراب اجتماعي وعاطفي وجسدي ، ولكن التطور اللغوي والذهني يبقى عادياً.
3. متلازمة ريت وهي تطور عادي حتى 5 أشهر وتدرج في تطور الدماغ حتى 48 شهراً يؤثر في التطور الجسدي الحركي ، وقصور شديد في التواصل . وكثيراً ما تزافق هذه الحالة مع حالات التأخير العقلي والصرع ، وهي تصيب البنات فقط وتشابه مع حالات الشلل الدماغي والتوحد .
4. اضطرابات الطفولة الأخلاقية وهي تطور عادي ، ثم فقدان لقدرات اجتماعية ولغوية و التواصلية (بعد الستين وقبل 10 سنوات).

5. اضطرابات النمو الشاملة غير المحددة وهي اضطراب شديد في العلاقات الاجتماعية ، وتصيرفات غريبة ، وقصور في التطور اللغوي . وهذه الحالات لا تلائم شروط الحالات الأخرى مثل العمر

وشكل الاضطراب الذاتي النسبة الأكبر من اضطرابات النمو الشاملة وهو يتميز بالعديد من الاضطرابات التي تختلف حسب الدرجة وال عمر . إذ يعاني بعض الأولاد الذاتيين تأثيراً عقلياً بنسبة تفوق 70% . لكن قد تظهر بعض القدرات النادرة عند الأطفال الذاتيين في مجال الرياضيات أو الفنون أو الموسيقى فيعرفون بذوي التوحد العاقل.

و هذه الاضطرابات وإن كانت غير متواجدة في المدرسة العادية إذ أنها تكتشف غالباً قبل عمر المدرسة إلا أنه يمدد بالمعلمين التعرُّف عليها وذلك لبيان:

- إن بعض الحالات الخفيفة من هذه الاضطرابات يتاخر اكتشافها بعض الشيء
- إن بعض هذه الحالات أيضاً قد يمكن دمجه في المدارس التي تحتوي على قسم للتنمية الخاصة.

ويستخدم مصطلح اضطراب العيف الذاتي كمرادف لمصطلح اضطرابات النمائية الشاملة ويمكن تعريفها على النحو التالي :

• الاضطراب الذاتي (Autistic disorder):

ويتسم بوجود خلل في التفاعلات الاجتماعية ، واللغة والقدرة على التخييل وذلك قبل أن يصل الطفل إلى سن الثلاث سنوات إلى جانب السلوكات النمطية.

• اضطراب اسبرجر (Asperger syndrome)

ويتسم بوجود خلل في التفاعلات الاجتماعية وجود اهتمامات مقيدة ومحددة جداً مع عدم وجود تأخر عام دال من الناحية الإكلينيكية في اللغة ، وتراوح نسبة ذكاء الفرد بين المتوسط إلى فوق المتوسط

• اضطراب ريت: Rett's disorder

وهو اضطراب نمائي يصيب البنات فقط وفيه يحدث النمو الطبيعي أولاً ثم تفقد البنات المهارات التي اكتسبتها من قبل ، كما تفقد الاستخدام الغرضي لليدين ويحدث بدلاً منه حركات متكررة لليدين وبدأ ذلك في سن من 1 - 4 سنوات وهذا الاضطراب نادر الحدوث ويصيب مولوداً واحداً من كل 15.000 مولود ، وتزداد احتمالات ظهور الصرع

لدى هذه الفتة تصل إلى نسبة 80% وتزداد الإصابة باضطرابات التنفس وصعوبات في المضغ وبلع الطعام وفي الترم وبعد سن العشر سنوات يتقوس العمود الفقري لدى كثير من الإناث وهو ما يسمى الجنف وقد تحتاج إلى كرسي متحرك بسبب التدهور الكبير في المهارات الحركية.

• اضطراب الطفوقة التفككي (التحليلي) (CDD)

(Childhood Disintegrative Disorders)

يتطور الطفل في هذا الاضطراب طوراً طبيعياً من جميع الجوانب من عمر ستين إلى عشر سنوات، ثم يتعذر ذلك فقدان ملحوظاً للمهارات التي تعلمها وتكون على الأقل في اثنين مما يأتي: اللغة الاستقبالية ، المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي ، عدم السيطرة على الأمعاء والمثانة ، اللعب ، المهارات الحركية .

وهذا الاضطراب من الاضطرابات النادرة الحدوث فهو يحدث لمولود واحد من كل 100,000.

• الاضطراب النمائي الشامل - غير المحدد. (PDD-NOS) :

(Pervasive Developmental Disorder- Not Otherwise Specified)

ويعتبر الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد أيضاً باسم التوحد غير النمطي (Atypical) وهو من أكثر الاضطرابات النمائية شيوعاً ويتم تشخيص هذا الاضطراب عند بعض ملامح التوحد التقليدي في الفرد وليس جميع معاير التشخيص ويمكن آخر وإن كان غير دقيق يكون الفرد توحدياً تقريباً، ولكن ليس لدرجة كافية لتشخيص حالته بالتوحد ، ومتنازع الأعراض في هذا الاضطراب بأنها أقل شدة من التوحد والاضطرابات النمائية الأخرى ، وتنظر لديهم قدرة على التفاعل الاجتماعي بدرجات تغول دون إصابتهم بالتوحد هذا بالإضافة إلى أن الأطفال المشخصين ضمن هذه الفتة هم من الفئات ذات الأداء العالي ، أي لديهم قدرات إدراكية شبه طبيعية .

وباختصار يتم تشخيص هذه الحالة على هذا النحو عندما لا تطبق على الطفل المكتبات الخاصة بتشخيص معين من الاضطرابات السابقة مع وجود خلل أو قصور شامل وشديد في سلوكيات محددة.

أصبح من الواضح بعد سنوات عديدة من البحث أن هناك عدة أنواع من التوحد ، وهو السبب الذي أدى بتسمية التوحد بأضطراب طيفي [إشارة إلى النطاق الواسع في

درجاته وشدة وظاهر الأشخاص المصاين به وتدل هذه التسمية أيضاً على أن الاختلافات الكائنة في التوحد تشبه الاختلافات الكائنة في الطيف ، ألوان مختلفة في نوعها ذات ظلال مختلفة الشدة والعامل المشترك لهذه الأنواع المتعددة هو العجز الشديد في القدرة على التفاعل الاجتماعي.

وما ينبغي ذكره أن اضطراب التوحد (Autistic disorder) هو وحده الذي تظهر فيه المجموعة الكاملة لثالث الأعراض وهي :

1. القصور في التفاعل الاجتماعي

2. قصور في اللغة

3. - قصور في القدرة على التخيل)

أما في الأنواع الأخرى فيكتفي وجود عنصرين للتشخيص تباين درجة شدتها .

ويستخدم مصطلح اضطراب الطيف التوحدى كمرادف لمصطلح اضطرابات النمائية الشاملة .

ثالثاً : أسباب اعاقات النمو الشامل

على الرغم من تحديد هذه الاضطرابات ما زالت أسبابها غير واضحة ؛ في بينما كان السبب في السبعينيات من القرن العشرين : اضطراب علاقة الأم مع طفلها ، أكدت الأبحاث الجديدة أن الأسباب عضوية ناتجة عن خلل وظيفي (نورولوجي) في الدماغ.

أسباب وراثية، أسباب بيئية وأسباب اجتماعية

كلها تتدخل بطريقة معقدة لتحدد نحو العقل ووظائفه.الوراثة بمفردها تشكل حوالي 50% مسئولة عن وظائف المخ في الأدراك والمعرفة والسلوك والصفات الشخصية للفرد. وبالنظر إلى العوامل الوراثية (الجينية)، فإنه من غير الشائع والنادر أن يحدث خلل في نور المخ من وجود خلل في جين واحد، مثل حالة مرض (فينوكتون يوريا) في هذا المرض تورث عدم المقدرة على التمييز الغذائي، الخضم الأميني (فينيل الانين) ويحدث في هذا المرض تخلف عقلي... إلا إذا تم التعرف على المرض وتشخيصه مبكراً جداً فور الولادة مباشرة وتم منع وحلف الـ(فينيل الانين) من أي طعام يتناوله الطفل. ولذلك كل طفل يولد في الولايات المتحدة الأمريكية يتم فحصه لهذا المرض لتشخيصه فور الولادة.

اما العوامل البيئية والاجتماعية

هي المسؤولة عن الـ 50% الباقي للتأثير على نمو وتطور المخ والسلوك بعد العوامل الوراثية التي تغطي الـ 50% الآخرى. وأحياناً يصعب التفريق بين الآسباب الوراثية الجينية والاجتماعية والبيئية التي أدت إلى أعاقة النمو العقلية والعصبية للطفل واستحالة تحديد أيهم بالضبط المسؤول. وأحياناً يشتراكوا جميعاً في احداث الضرر بتدخلهم جميعاً بطريقة معقّدة. بل أن دراسة هذه الاعاقات بالنمو وسلوك المخ لها تحديات وعقبات كثيرة لاحتمال وجود آسباب أخرى مختلفة. وما يزيد التحديات والعقبات في دراسة هذه المشكلة هو اختلاف تعريف الامراض وعدم الانفاق على تعريف عدد واضح يجعل من السهل تصنيف المرض الى مجموعات متشابهة. وأيضاً من ضمن التحديات والعقبات هو الاختلاف الشديد في شدة اعراض المرض ، مثل خلل السلوك يتراوح ما بين نقص بسيط في الانتباة الى خلل شديد في طريقة التواصل والاتصال والتفاهم مع الاخرين، وقد يكون لديه خلل بسيط في بعض المهارات الاجتماعية تصل الى مرض التوحد (الأوتيزم)

أما مشاكل التعلم فقد تتراوح ما بين بسيطة فقط إلى ارتباطها بخلل عقلي. إن دراسة تأثيرات الكيمياويات السامة الموجودة بالبيئة على اعاقات النمو والسلوك للمخ . جانب مهم جداً في هذا الصدد . خاصة اذا تعرض الجنين لهذه السموم اثناء الحمل. او اثناء أيامه الأولى من الولادة.

ولكن الآثار الضارة لهذه السموم قد لا تظهر إلا متأخر أو في النهاية أنه حتى لو ظهر او ثبت انه ترجم علاقه بين التعرض للسموم الموجودة في البيئة والاعاقة والخلل في نمو وسلوك المخ، فالباحثون غالباً ما لا يتفقون على العلاقة بين السبب والتأثير والكمية اللازمة من السموم لأحداث الضرر على المخ. والنتيجة أنه غالباً ما يوجد خلافات ومعارك حول دور العوامل البيئية في مشاكل النمو والوظائف الخاصة بالمخ. ان خبراء السموم مهتمون بدراسة تأثير السموم الكيميائية على نمو المخ كمحاولة لمعرفة وتحديد التأثيرات الخاصة على المخ اكبر من اهتمامهم بالامراض والظواهر الناتجة من هذا التأثير. هذه التأثيرات يمكن ان تشمل نقص الانتباة لدى الطفل او مشاكل بالتعلم او خلل بالذاكرة او مشاكل في السلوك محددة مثل السلوك المندفع او السلوك العدواني.

نحو المخ وتاثير بعض السموم عليه :

ان نمو المخ يبدأ مبكراً في حياة الجنين الأولى ويستمر النمو لفترة بعد الولادة الى مرحلة البلوغ. خلال مرحلة النمو، فإن الخلايا العصبية تقسم وتزداد وتهاجر من مكانها الى الجزء المناسب من المخ وتتخصص الخلايا الى خلايا خاصة مختلفة الانواع لاختلاف الوظيفة. ثم تبدأ في عمل وصلات او طرق اتصالات يiaci خلايا المخ المختلفة لعمل دائرة اتصالات تضم جميع الخلايا بالمخ.

وهذه الوصلات تسمى (سبابس) و يتم بواسطتها انتقال الاشارات الى جميع خلايا المخ عن طريق بعض المواد الكيميائية بالمخ، وتختفي خلايا المخ لبرامجه دقيق للخلص من الخلايا الغير مناسبة (برنامجه وفاة الخلية) الذي يمر بعدة خطوات دقيقة متالية تحت تأثير مواد كيميائية بالمخ. والخلية العصبية بالمخ الناضجة، مغلقة ومحاطة بطبقة دهنية تسمى (مايلين) والتي تساعد على انتقال الاشارات بسهولة عن طريق هذه الخلايا. وتنتقل الاشارات بين الخلايا على هيئة نبضات ويكون الانتقال بواسطة مواد كيميائية خاصة (الناقلات العصبية).

وهذه الناقلات العصبية لها وظيفة اخرى غير نقل الاشارات بين الخلايا العصبية. وهذه الوظيفة الاضافية هي ارشاد ومساعدة وتطور ونمو الخلايا العصبية بالمخ اثناء فترة الحمل اي والجنين داخل الرحم وايضاً اثناء كل من فترتي الرضاعة والطفولة.

ان آي خلل في اي مرحلة من مراحل نمو وتطور خلايا المخ التي سبق الاشارة اليها يسبب خلل في المراحل التالية مما يسبب خلل في وظائف المخ. وقد يكون الخلل في النمو بسيط ولفتره قصيرة ولكن تأثيره على المخ قد يكون كبيراً ولمدة طويلة، وقد يكون مدى الحياة. ولهذا فان توقيت التعرض للمواد الكيميائية السامة مهم جداً وايضاً مهم حجم التعرض لهذة المواد. لدرجة انه لو كمية بسيطة نسبياً من المادة الكيميائية السامة اصابت خلايا المخ اثناء وقت معين عدد او اثناء مرحلة معينة من نمو خلايا المخ وكانت نسبة المادة الكيميائية السامة بسيطة الكمية وفي وقت صغير جداً. فإن التأثير السيئ الضار على المخ وتطور المخ قد يكون تأثيراً كبيراً، والضرر فادح والخلل كبير وايضاً من هذا التأثير الضار قد يكون مدة طويلة واحياناً تكون الأصابة المخية دائمة مستمرة الى نهاية العمر.

وانه من المؤكد انه لو تعرض نفس الشخص لنفس المادة الكيميائية السامة وبين نفس الحجم ولكن في وقت اخر من مرحلة نمو المخ لكان التتجة مختلفة وقد تكون اخف كثيراً

ل ان تكون بلا اضرار ولذلك مؤكد ان توقيت التعرض للسموم مؤثر جداً. ان كثيراً حين درسوا الطرق المختلفة التي تم بها تدخل المواد الكيميائية السامة في عملية نمو المخ وكيفية التأثير عليه والأضرار به.

إن السموم قد تضر وتفسد عملية اقسام ونکاثر الخلايا العصبية بالمخ أو عملية نمو التي تهاجر فيها الخلايا العصبية المخية الى الاماكن المخصصة لها او تؤثر وتفسد عملية نص والتنوع حيث تقسم الخلايا الى انواع ، كل نوع منها يؤدي وظيفة معينة . ويمكنك ويسقر كل نوع في مكان محدد بالمخ .

فالسموم تؤثر وتفسد من عمليتي التخصص والتنوع او عملية الهجرة اي عملية توجه نوع من انواع الخلايا الى المكان المناسب بالمخ . وايضاً تؤثر السموم في عملية تكوين صلات العصبية (سينابس) التي تربط بين خلايا المخ جميعها في دائرة واحدة . وايضاً تؤثر السموم في عملية برمجة وفاة الخلايا المخية وعملية تكوين الناقلات العصبية التي تنقل (شارات) بين خلايا المخ .

اذا فالمواد الكيميائية السامة تؤثر على الخلايا المخية وتفسدها عن طريق التدخل والتأثير الضار من العمليات السابقة لنمو وتطور الخلايا المخية . واحياناً تؤثر على عدة عمليات في وقت واحد . على سبيل المثال كان الرصاص يتدخل ويفسد عملية التخصص والتوزيع في الخلايا العصبية بالمخ وكذلك يفسد عملية تكوين الغلاف الخارجي الذهني حول الخلايا (مايلين) وكذلك يفسد (برنامنج وفاة الخلية) وكذلك تفسد عملية الاتصالات بين الخلايا العصبية بالمخ . اما الكحول يتدخل ويفسد كل من العمليات الاتية : اقسام الخلايا وهجرة الخلايا وتكون وصلات الاتصال بين الخلايا الى (سينابس) .

ان الدراسات المكثفة لأسباب حدوث خلل أو فساد في وظيفة المخ في الأطفال أثبتت ان بعض العوامل البيئية هي المسئولة عن هذا الخلل، على سبيل المثال فإن الرصاص والكحوليات والنيكوتين تفسد وتحرر عملية نمو وتطور المخ الطبيعية. من المؤسف أن معظم الكيماويات التي تستخدم على مستوى متشر بين الناس لم تختر في مدى تأثيرها السبيء على نمو المخ .

وسوف نشير هنا الى بعض هذه السموم وتأثيرها على نمو المخ في مرحلة الجنين والطفولة.

الرصاص

ان تأثير الرصاص الفار على نمو المخ قد درست وبحثت منذ العديد من السنوات، ان التعرض للرصاص في مرحلة الرضاعة والطفولة يُسبب مرض نقص في الانتباه، الحركة الزائدة، السلوك المندفع ونقص معدل الذكاء ويقلل من الاداء الدراسي بالمدرسة، والعدوانية وسلوكه ضد القانون والشاغب.

التقارير القديمة التي افهمتنا بان التعرض للرصاص مرة واحدة قد تكون آمنة بالنسبة للطفل ولكن ثبت انه في الحقيقة تؤثر تأثيراً سيئاً لانه هذه المرة الوحيدة للتعرض للرصاص تحدث ضرراً وتتلف المخ للاطفال، فعندما تمت دراسة هؤلاء الاطفال دراسة متأنية وبعناية ، وان الخد الادنى للإصابة ليس 10 ميكروجرام رصاص لكل ديسيلتر من الدم لكلى 5 ميكروجرام فقط. ويجرب فحص الاطفال عند هذا المستوى المنخفض، لانه ثبت حدوث ضرر وتلف للمخ عند هذا المستوى البسيط.

الزئبق

ان الزئبق يعد من أقوى وأشد السموم المؤثرة على الجهاز العصبي وخاصة على خلايا المخ وحتى مستويات منخفضة من التعرض ، فالضرر مؤكد.

إن أكل السمك الملوث بالزئبق(في صورة ميشيل الزئبق) هو مصدر التلوث للعديد من الناس. ومن المعلوم أن الزئبق يعبر ويخترق المشيمة و يصل الى الجنين ويدخل إلى عه وينتداخل في عمليات نمو المخ الجديدة محدثاً الفرر، وهذاضرر يظهر على صورة أعراض مثل الشنجات وتخلف عقلي وخلل بالجهاز الحركي والفصي للطفل فيما بعد الولادة. ونسبة قليلة جداً من الزئبق يمكن ان تؤدي الى ضعف مستوى الذكاء عند الطفل وهذا مثل الرصاص فان معدلات او جرعات التعرض البسيطة المنخفضة تؤدي الى ضرر وتلف بالمخ على عكس ما كان معتقداً في الماضي بان هذه المستويات المنخفضة لا تسبب ضرراً.

أن وكالة حماية البيئة الامريكية قد اقرت حديثاً بان أقل جرعة للأصابة اكبر من واحد ميكروجرام زئبق لكل كيلو من الوزن للأم فإذا تعرضت الأم الحامل لهذا المستوى أو أكثر فان الضرر اكيد وتحقق بالنسبة لمخ الجنين. وتم تأكيد هذه الأرقام من عدة جهات علمية أخرى. وأقرت وكالة حماية البيئة بان من 52 الف الى 166 الف سيدة حامل في الولايات

المتحدة الأمريكية يستعمل أسماك ملوثة بالزئبق عند هذا المستوى أو أعلى. وفادت الدراسات أيضاً بأن أكثر من 10% من السيدات الأمريكيات اللاتي في سن الانجاب لديهم مستوى من الزئبق بدمهم عند هذا المستوى أو أكثر مما يزيد من نسبة الخطورة لدى اطفالهم في أن يصابوا بإعاقات في نمو عقهم.

المنجينيز

إن الإصابة بسموم المنجينيز في المخ ناتجة عن التعرض المباشر في مكان العمل ذو الصلة بالمنجينيز. وأعراض تسمم المخ بالمنجينيز هي خلل وإضطراب في طريقة خطوة المشي والحركة وكذلك إلى عدم تناول السلوك وكذلك ظاهرة نقص الانتباه وكثرة الحركة لدى الطفل ويتتأكد ذلك بوجود نسبة المنجينيز مرتفعة عند البحث عنه في شعر هؤلاء الأطفال.

وأيضاً عند التجارب المعملية وجد أن حيوانات التجارب التي تعرضت لسموم المنجينيز تزداد عندها الحركة. إن الطعام الصحي يجب أن يحتوي على كمية ضئيلة من المنجينيز. ولكن الأضرار تحدث عند زيادة هذه الكمية فتزداد نسبة بالدم. والحد من زيادة نسبة عند الرضيع والاطفال ذلك أن نسبة المنجينيز في لبن الأم حوالي 6 ميكروجرام منجينيز لكل لتر، أما لبن الاطفال الصناعي فنسبة من 77-100 ميكروجرام منجينيز لكل لتر واما التركيبات الصناعية للأطفال التي تحتوي على فول الصويا فالنسبة تزداد الى 200-300 ميكروجرام منجينيز لكل لتر، لأن فول الصويا يستخرج المنجينيز بسهولة من التربة. وفي الحدود المرتفعة لستوى المنجينيز يحدث ضرر بالمخ عند الاطفال. ولهذا يجب الحذر من الالبان الصناعية المخصصة للأطفال التي يتم دعمها بالمنجينيز وكذلك يجب الاحتياط من أغذية الأطفال المحتوية على فول الصويا ويجب الحذر أيضاً من بنزين السيارات المدعوم بمركبات عضوية من المنجينيز.

مادة بولي كلورينيد بايفينيلز

بولي كلورينيد بايفينيلز هي مجموعة كيماويات صناعية تستخدم منذ عقود في جميع أنحاء العالم في صناعة الأجهزة والأدوات الكهربائية والدهانات والزيوت والشحوم التي تُسلّن الحركة بين التروس.

إنتاج هذه المادة قد حُرم ومنْعَ في عام 1977 لأنها تسبب سرطان. ومنذ ذلك التاريخ قد حدث حالات تسمم أيضاً، لأن هذه وإن كانت قد أوقفت انتاجها صناعياً

ولكنها عازالت موجودة في البيئة سواء في المغولات الكهربائية والتربة والترسيبات المتراءكة بالارض وفي الانهار وترسيبات بالبحيرات.

وهذه المادة السامة سهلة الذوبان في الدهون وتقبل للتركيز في الطعام.. وهذه اهم مصادر التعرض لهذه السموم. وتستمر الاصابات نتيجة التعرض لهذه المادة باكل الاطعمة الملوثة مثل اللحوم ومنتجات الالبان والأسماك. ان تأثيرات مادة الـ (بولي كلورينيتيد بايفينيل) على نمو المخ قد اثبتت ودرست في دراسات كبيرة مهمة على الاشخاص الذين تعرضوا لهذه المادة اثناء فترات الحياة المختلفة مثل المرحلة الجنينية ومرحلة الرضاعة والطفولة والبلوغ.

وكذلك تم دراسة وفحص لبن الام اثناء الرضاعة وهو أحد مصادر التلوث للرضيع اذا كانت الام تتعرض لهذه السموم من خلال اكلها.

وأيضا دراسة وقياس المادة السامة في دم الام ودم الحبل السري للجنين عند الولادة. والاصابة بهذه السموم في حياة الجنين عن طريق الموجودات البيئية وبالمستويات العادلة الموجودة بها تؤدي الى تأخر المهارات الحركية للطفل وتاخر الادراك الذهني وزيادة في الحركة ونقص في مستوى الذكاء.

وفي التجارب على الحيوانات وجد ان الاصابة بهذه السموم تحدث خلل في عملية التعلم وخلل في السلوك والحركة الزائدة. وكثير من الدراسات فحصت كيفية تأثير مادة بولي كلورينيتيد بايفينيل على نمو المخ وأظهرت بعضها ان السبب هو تأثير المادة السامة على هرمون الثيرويد (هرمون الغدة الدرقية) وهو اساسي وحيوي في عملية نمو المخ.

وأظهرت دراسة حديثة ان المرأة الحامل التي تعاني من نقص هرمون الثيرويد اثناء الحمل يؤدي الى نقص واضح في عملية نمو المخ للجنين حتى لو كان نقص الهرمون بسبباً. وان الأطفال هذه الأمهات عندما يصلون الى عمر 7-9 سنة يكون أداءهم الدراسي اقل وابطا من الأطفال الذين كانت امهاتهم لديها هرمون الثيرويد طبيعي.

موانع الأشتعال

مادة الـ (بولي بروميتيد دايفنيل إيثير) يتشر استخدامها على مستوى واسع جداً كمانع للأشتعال في معظم المنتجات التي تصل للمستهلك. وهي مادة سامة وقد وجدت في الالبان الأمهات المرضعات وووجدت ايضاً في بعض الانسجة الدهنية وهي مادة متشابهة ومتطابقة في التركيب الكيميائي لمادة (بولي كلورينيتيد بايفينيل) المادة السابق ذكرها حيث

تدخل وتفسد الوظائف الطبيعية لهرمون التيرويد. وأيضاً من المعروف أن بعض المبيدات الخشبية مثل الـ (دايكوفول) والـ (ببا كلوروفينول) والـ (ديتوبسب) والـ (برومو اكتينيل) كل هذه الأنواع تدخل وتفسد عمل ووظائف هرمون التيرويد.

وقد أثبتت التجارب على الحيوانات التي تم تعرضها لمواد مانع الاستعمال أثناء نمو المخ قد حدث لها نشاط مركزي زائد وخلل في الذاكرة وضعف في القدرة على التعلم عندما تكبر هذه الحيوانات. ولكن مع إنتشار استخدام هذه الكيمياويات السامة إلا أنها لم تدرس ولم تبحث في مدى تأثيرها على صحة الإنسان.

المبيدات الخشبية

إن المعلومات المتاحة لدينا عن آثار وخطر المبيدات الخشبية على المخ أثناء نموه، قليلة ومحدودة ولكن في إحدى الدراسات على الضفادع قد وجد إنه لو تعرضت الضفادع لنوع معين من المبيدات (أورجانو فوسفيت) أو (بيريترويد) في اليوم العاشر من حياتها (مرحلة نمو المخ) وبعدها تختبر وتدرس هذه الضفادع في الشهر الرابع من عمرها وجد إنها تعاني من تغيرات ضارة مستمرة ودائمة بالمخ وتعزى بالحركة الزائدة وهذا الميدان هما الأكثر إنتشاراً واستعمالاً في المنازل وفي الحدائق وكذلك في الأنتاج الزراعي التجاري.

وفي دراسة على الأطفال المكسيكيون الذين تعرضوا للمبيدات الخشبية الزراعية ، فقد ظهر عليهم أعراض غير طبيعية مثل خلل في المهارات الحركية ، وخلل في الذاكرة والقدرة على الانتباه.

و بالرغم من أن المعلومات العامة حول مدى التأثير الضار والسام للمبيدات الخشبية الزراعية على نمو المخ والجهاز العصبي ، معلومات ناقصة وقليلة جداً ، فإن دراسة مُوسعة على السكان في الولايات المتحدة أظهرت أن 90.9% من الأطفال وجد في البول نسبة من آثار هذه المبيدات ووجد أيضاً عند دراسة وجود 30 نوع من المبيدات الخشبية ، في السكان الذين يخضعون للدراسة ، ان أكثر من 50% وجد أن لديهم 6 على الأقل من هذه المبيدات الثلاثة في جسمهم . وفي دراسة أخرى لفحص عينات من أول براز يخرج من الجنين فور ولادته. وقد وجد أنها تحتوي على آثار من الميد الخشري (أورجانو فوسفيت) وهذا يدل على أن الجنين قد تعرض لهذه السموم وهو جنين وفي مرحله تكون الجنين وهي مرحلة حرجه ومؤثرة عليه طوال حياة المولود.

الكحول وملبيات أخرى

الكحول وملبيات أخرى تُعبرُ الشيءَ وتصلُ إلى الجنين وهو في مراحل نمو المخ وتبثُ أزيدِيات النشاط الحركي، وتقص في القدرة على التعلم وكذلك تقص في نقص في مستوى الذكاء فيما بعد الولادة طوال حياته.

وتحدد الأسباب للمخ ونوعِي الخلل الذي تحدثه هذه السموم ، على الترتيب الذي تعرض فيه الجنين لهذه السموم . فأكثر وأخطر ما يكون الفرر عندما يصادف وقت نمو مخ الجنين وخاصة في مراحل معينة من النمو .

ومن أخطار الكحول وبعض المذيبات على الجنين قد تكون نمو غير كامل أو تشوهات بالوجه أو الرأس وأحياناً تختلف عقلياً .

و مادة الـ (توليبين) وهي مادة مذيبة وتأثيرها على الجنين وغير المخ مثلها بالضبط مثل الكحول في حالة ما إذا وصلت للجنين كما في حالة المرأة الحامل التي تشم (الكولا) وهي مادة ضمغيف لأثرها المخدر . موجودة في عوادم السيارات дизيل ومواد النظافة التي لم تختر جيداً بعد .

و بعض المذيبات الأخرى مثل الـ (زايلين) والـ (ستايرين) والـ (تراي كلورو إيثيلين) وأخرى ، معظمها مواد مذيبات لم تختر على الأنسان ولكنها تدخل في صناعات عديدة يستخدمها الأنسان مثل الكولا والدهانات والزبز و الجازولين ومواد النظافة وكثير من المنتجات المستخدمة في الحياة اليومية . ولا توجد دراسات لبيان تأثيرها على الأنسان ويوجد القليل من الدراسات لتأثيرها على الحيوانات حيث إنها تؤدي إلى خلل في نمو المخ ووظائفه للأجيال وتؤدي إلى خلل في المهارات الحركية والقدرة على التعلم وخلل في الذاكرة .

رابعاً : العوامل المؤثرة في سلوك ذوي إعاقات النمو الشامل

- العوامل الفيزيولوجية : المرض ، الحساسية ، التعب ، الجرع / العطش .
- العوامل البيئية : التغير في الرتابة (الروتين)، الصوت المرتفع ، الحرارة المنخفضة أو المرتفعة .
- العوامل التعليمية : النشاطات المعقّدة ، النشاطات غير الملائمة أو غير الضرورية ، النشاطات الطويلة ، النشاطات غير المرغوب فيها ، الإرشادات غير الواضحة ، النشاطات غير الواضحة ، المستوى غير الملائم للدعم والـ ، فرص التواصل القليلة .

خامساً التشخيص وتقديره ذوي اعاقات النمو الشامل

التشخيص هي العملية الأساسية لمعرفة طيف التوحد ومن ثم يمكن إجراء التدخل العلاجي المبكر، وأدوات التشخيص ما زالت قاصرة وغير قادرة على التشخيص الكامل وخصوصاً في الوقت المبكر.

هنا لا بد من التأكيد على أن التشخيص لا يتم بمفرد شكوى الأهل من أن الطفل يعاني من مشكلة التواصل أو أن الطفل لديه صعوبات في التعامل الاجتماعي أو عدم القدرة على الإبداع، فهناك أسباب متعددة لذلك، ولكن لا بد من وجود قصور في كل الجوانب الثلاثة بدرجة معينة.

ومهما كانت ثقافة الوالدين ودرجة تعليمهم ، فإن ملاحظة التغيرات في الطفل تكون مختلفة ومتعددة ، كما أن الثقافة العلمية والعملية عن طيف التوحد لدى الأطباء غير المتخصصين قاصرة، لذلك فإنه من الملاحظ ومن تجارب عائلات أطفال طيف التوحد أن الوصول إلى التشخيص كانت رحلة قاسية صعبة ومؤلمة ، وكانت هناك اختلافات قبل الوصول إلى التشخيص، وهنا لا بد من التركيز على أن التشخيص مسألة صعبة وخصوصاً في المراحل الأولى ولوجود اختلافات في الأعراض، ويجبأخذ ذلك التشخيص فقط من متخصصين لديهم الخبرة والدراية التامة عن تلك النوعية من الحالات.

وحتى الآن لا يوجد تحذيرات مخبرية أو أشعة يمكن أن تدلنا على الأسباب أو التشخيص لهذه الحالات ، فالتشخيص صعب للغاية ، كمن يحاول فك رموز لعبة المนาقة ، لعبة بلا لوان أو حدود ، لذلك نستطيع القول أن تشخيص الحالة يعكس احتمالات الطبيب المعالج ، وللوصول إلى تشخيص أقرب للحقيقة فإن الطفل يحتاج إلى تقييم من قبل مجموعة من المتخصصين ذوي الخبرة في هذا المجال (طبيب أطفال ، طبيب أطفال نفسى ، طبيب أطفال تطوري ، طبيب أطفال للأعصاب ، محلل نفسى ، وغيرهم) كلاماً في مجاله بتقييم الطفل من نواحي معينة ، وبطرق متعددة ، ومن ثم تجمع هذه المعلومات والتتابع لتحليلها ، لتقرير وجود إعاقة معينة ، ودرجتها ، وأساليب علاجها.

و هناك عدة طرق لتقييم ذو الطفل حركيًّا وسلوكيًّا، ومعرفة المشاكل التي يعانون منها، ومهما اختلفت تلك المراكز من بلد لآخر فإن المبادئ الأساسية واحدة، والمدف من التقييم هو:

- جمع وربط المعلومات للحصول على التشخيص الدقيق.

- تقديم هذه المعلومات للطاقم العلاجي لتكون قاعدة لوضع الخطة العلاجية وأسلوب تطبيقها.

ويبدأ التقييم من خلال عيادة طب الأطفال والأنصاري النفسي، ويحتاج الأمر إلى عيادات أخرى متخصصة لتطبيق بعض الاختبارات مثل اختبار الذكاء، اختبار اللغة، قياس السمع، وللوصول إلى التقييم الشامل يحتاج الأمر إلى ملاحظة الطفل في المنزل والمدرسة خلال فترات اللعب والتي تعطي صورة عن قدرة الطفل على التواصل والتفاعل مع الآخرين.

والطفل التوحيدي قد يظهر بعض القدرات والعلامات المرضية حسب حالته ووضعه ، وهذا ما نستطيع معرفته عن طريق إجراء حوار مع الوالدين والمدرسين ومن يعتني بالطفل ، أكثر مما نستطيع معرفته عن طريق الاختبارات الخاصة والكشف السريري.

وهناك نقاط أساسية تجعل التحصين والتقييم قبل سن الثانية من العمر صعباً ،
ومن أهمها:

- في هذا العمر لا تكون الأنماط السلوكية قد اتضحت وتشكلت بشكل يسمح بإجراء التشخيص.
 - المشاكل اللغوية ركن مهم للتشخيص، وفي هذا العمر لا تكون قد تشكلت ونضجت.
 - في بعض الأطفال التوتحيين يكون ثبو الطفل طبيعياً لفترة من الزمن ثم يبدأ التدهور في الخدوث.
 - عدم قدرة الوالدين على ملاحظة تطور النمو في طفليهم في تلك المرحلة المبكرة.
- يتم تقييم الحالة حادة ما يشمل النقاط التالية

- التقييم الطبي
- تقييم السلوك (مناقشة من يهتم بالطفل في المنزل والمدرسة ، المراقبة المباشرة للسلوكيات)
- التقييم النفسي
- التقييم التعليمي
- تقييم التواصل
- التقييم الوظيفي

النَّقِيمُ الْطَّيِّبُ

التقييم الطبي يبدأ بطرح العديد من الأمثلة عن الحمل والولادة ، التطور الجسمي والحركي للطفل ، حدوث أمراض سابقة ، السؤال عن العائلة وأمراضها ، ومن ثم القيام بالكشف السريري وخصوصاً الجهاز العصبي ، وإجراء بعض الفحوصات التي يقررها الطبيب عند الاحتياج لها ومنها:

- صورة صبغيات الخلية Chromosomal analysis لاكتشاف الصبغى الذكري المكسور Fragile-X syndrome
 - مخطط المخ EEG
 - أشعة مقطعة للمخ CT scan
 - أشعة بالرنين المغناطيسى للمخ MRI
 - قد يسأل الطبيب الوالدين عن حالات لا تؤدي إلى التوحد ، ولكن قد تكون مصاحبة له ، مثل : وجود الشنج ، وغباء .

نقطة السلوك: Behavior rating scale:

هناك نقاط عديدة يجب على الأهل ومن يهتم بالطفل الإجابة عليها لكي تستخدم لتقسيم السلوك ، وهذه النقاط تعليم ، تقسيماً عاماً وليس ، عدداً للتوحد كمرض يهدى ذاته.

المراقبة المباشرة للسلوكات:

القيام بتسجيل سلوكيات الطفل عن طريق مراقبته من قبل متخصصين في النزل والمدرسة أو إثناء اختبارات الذكاء.

التقييم النفسي:

الأخصائي النفسي يقوم باستخدام أدوات ونقاط قياسية لتقدير حالة الطفل، من نواحي الوظائف المعرفية والإدراكية ، الاجتماعية ، الانفعالية السلوكية ، التكيف، ومن هذا التقدير يستطيع الأهل والمدرسين معرفة مناطق القصور والتطور لدى طفلهم التقييم التعليمي

يمكن القيام بالتقدير التعليمي من خلال استخدام التقييم المنهجي Formal assessment باستخدام أدوات قياسية، والتقييم غير المنهجي Informal assessment باستخدام الملاحظة المباشرة ومناقشة الوالدين.

والغرض من ذلك تقدیر مهارات الطفل في النقاط التالية:

- مهارات قبل الدراسة (الأشكال ، الحروف ، الألوان)
- المهارات الدراسية (القراءة ، الحساب)
- مهارات الحياة اليومية (الأكل ، اللبس ، دخول الحمام)
- طريقة التعلم ومشاكلها وطرق حل هذه المشاكل

تقييم التواصل: Communication assessment

التجارب المنهجية، الملاحظة التقييمية، مناقشة الوالدين، كلها أدوات تستخدم للوصول إلى تقييم المهارات التواصلية، ومن المهم تقييم مدى مهارات التواصل ومنها رغبة الطفل في التواصل، وكيفية أداءه لهذا التواصل (التعبير بحركات على الوجه أو بحركات جسمية، أو بالإشارة)، كيفية معرفة الطفل لتواصل الآخرين معه، ونتائج هذا التقييم يجب استخدامها عند وضع البرنامج التدريسي لزيادة التواصل معه كاستخدام لغة الإشارة، أو الإشارة إلى الصورة، وغير ذلك

التقييم الوظيفي: Occupational assessment

المعالج الوظيفي Occupational therapist يقوم بتقييم الطفل لمعرفة طبيعة تكامل الوظائف الحسية Sensory integrative function ، وكيفية عمل الحواس الخمس (السمع، البصر، التذوق، الشم، اللمس)، كما أن هناك أدوات قياسية تستخدم لتقييم مهارات الحركة الصغرى (استخدام الأصابع لاحضار لعبة أو شيء صغير)، مهارات الحركة الكبيرة (المشي، الجري، القفز)، ومن المهم معرفة هل يفضل الطفل استخدام يده اليمنى أم اليسرى (جزء الدماغ المسيطر)، المهارات النظرية وعمق الوعي الحسي Depth perception.

ارشادات للوالدين للكشف عن أطفالهم ذوي طيف الذاتية

هناك ظواهر كثيرة لطيف الذاتية ولكن بعضها قد تكون أعراض لأمراض أخرى ، والوالدين هم الأكثر قدرة لاكتشاف حالة طفلهم .

ومن أهم الظواهر:

- صعوبة الاختلاط مع الأطفال الآخرين
- تجاهل الآخرين كأنه أصم
- رفض ومقاومة التعليم والتدريب

- عدم طلب المساعدة من الآخرين عند احتياجها
- غير ودود متحفظ وفارغ
- يطيل النظر إلى لعبه ، وعلاقة غير طبيعية مع لعبه
- عدم الخوف من الأشياء الخطرة كالنار والسيارات
- الروتين ورفض التغيير
- الضحك من غير سبب
- الصراخ الدائم من غير سبب
- الحركة المستمرة من غير هدف
- عدم التركيز بالنظر

سادساً: فن التعامل مع ذوي اضطرابات النمو الشامل

الادوار	الجرأات
<p>دور الوالدين</p> <p>التدريب تدريجياً مكثفاً لإتقان طرق مناسبة لتعليم ابناءهم.</p> <p>دور المعلم</p> <p>تعليم الطفل تعليماً فردياً خصاً ومكثفاً للوصول إلى تكوين مهارات أكاديمية لديه.</p> <p>دور المجتمع</p> <p>السعى إلى أن يكون أفراده أكثر اطلاعاً على خصائص ذوي اضطرابات النمو الشاملة</p>	الجرأات الاكاديمية
<p>دور الوالدين</p> <p>تدريب الطفل على التواصل بالطريقة التي تلائم حاجاته</p> <p>دور المعلم</p> <p>مساعدة الطفل على التواصل ومتابعته سلوكياً .</p> <p>دور المجتمع</p> <p>عدم عزل الطفل عن الآخرين على اعتبار أنه قد يؤذيهما وأن تصرفاته غريبة</p>	الجرأات الاجتماعية
<p>دور الوالدين</p> <p>تأمين جرس هادئ للطفل ، وعدم إحداث تغيير في النظام.</p> <p>دور المعلم</p> <p>تنظيم وقت الطفل ، وابناع جدول عدد ساعده على الاستقرار النفسي</p> <p>دور المجتمع</p> <p>مساعدة الطفل وعائلته بجعلهم لا يتظرون كثيراً في الأماكن العامة</p>	الجرأات النفسية

الفصل الثاني

اضطراب الذاتية Autism Disorder

تعريف

أولا ، لحنة تاريخية عن الطفل الذاتي
ثانيا ، انتشار اضطراب الذاتية (التوحد)
ثالثا ، المقصود بالتوحد
رابعا ، أشكال وأنواع التوحد
خامسا ، أسباب الاضطراب الذاتي والمعامل المسببة له
سادسا ، أعراض ومتغيرات الاضطراب الذاتي
سابعا ، تشخيص اضطراب الذاتية
ثامنا ، إعارات تصاحب التوحد والتوقعات المستقبلية للتوحد
ناسعا ، الفروق بين الذاتيين وذوي الاعاقة المقلية
عاشرًا ، التدخل العلاجي للأطفال الذاتيين
حادي عشر ، حالة طفل ذاتي

الفصل الثاني

اضطرابات الذاتية

Autism Disorder

تمهيد

يتصف الذاتيون بوجود تأخر في اكتساب اللغة لدى الطفل وضعف في العلاقات الاجتماعية مع من حوله ايضاً يكون للطفل حركات متكررة او اهتمامات محددة، وتنظر الاعراض عادةً اما واضحة في ضعف التواصل الاجتماعي واللغوي منذ السنة الاولى ، اما في حالات اخرى فيكون الطفل قد مر بمرحلة تطور طبيعية ، ولكن حصل له تراجع فقد المهارات اللغوية او الاجتماعية بعد بلوغه السنة والنصف او الستين.

اولاً : نكهة تاريخية عن الطفل الذاتي

ازداد الاهتمام بتوحد الطفل مع تطور الوضع الصحي عالمياً وتغير دراسات واجهات لمعرفة اسبابه وخصائصه وتشخيصه لما له من تأثير كبير على نمو وتطور الطفل ومستقبله ولا يجد طرق علاجية ناجحة تعتمد على التدخل المبكر في المعالجة لرفع كفاءة الطفل لتمكنه من مواجهة الحياة وتدرك نفسه بالقدر الممكن

ووصف الطفل الذي يعاني من هذا المرض التطورى بالتوحد لوجود العجز في الاتصال واللعب والارتباط مع الاخرين والقدرة على تعلم المهارات وينصعوا بالانغلاق والانسحاب وعدم التواصل مع العالم الخارجي . لكن مع تطور اساليب المعالجة وخاصة المبكرة تستطيع التخفيف من اثار المرض وتدریيهم على المهارات والمعرفة بحيث يستطيع التكيف كراشد في المجتمع مع امكانية الحصول على وظيفة او عمل.

في بداية الستينيات من هذا القرن عرف العالم .. كريك .. هذا المرض كاشارة للفحص والتوحد عند الطفل كاعاقة في العلاقات الانفعالية مع الاخرين وعدم القدرة على تكوين الشخصية عند الطفل ووضع 9 نقاط لتشخيص التوحد والفحص عند الطفل.

تعريف جلبر 1992

ان التوحد احد امراض الاضطرابات النمائية الشاملة على انه ازمة سلوكية تنتج عن اسباب عددة تسم بقصور اكتساب مهارات التواصل وال العلاقات الاجتماعية ، وسلوك نفطي وضعف في مهارات اللعب.

الجمعية الامريكية للتوحد

ترى ان التوحد عند الطفل اعاقه تطورية تلاحظ على العجز في التواصل اللغوي والغير لغفي، وعجز في التفاعل الاجتماعي وتظهر خلال السنوات الثلاث الاولى من عمر الطفل.

منظمة الصحة العالمية

ان اضطراب نمائي يظهر في السنوات الثلاث الاولى من عمر الطفل ويؤدي الى عجز في التحصيل اللغوي واللعب والتواصل الاجتماعي واعتمدت المراجع الطبية العالمية الدليل التشخيصي الدولي للتوحد. DSM

ثانياً: انتشار اضطراب الذاتوية (التوحد)

نسبة شائع اعاقه التوحد عالميا

تقدر نسبة شائع التوحد تقريبا 4 - 5 حالات توحد كلاسيكية في كل 10.000 مولود ومن 14 - 20 حالة (أسيجر) توحد ذات كفاءة أعلى كما انه أكثر شيوعا في الأولاد عن البنات أي بنسبة 1:4 . وللتوضيدين دورة حياة طبيعية كما أن بعض أنواع السلوك المرتبطة بالمحاصين قد تتغير أو تخفي بمروor الزمن ويوجد التوحد في جميع أنحاء العالم وفي جميع الطبقات العرقية والاجتماعية في العائلات .

وبناء على النسبة العالمية فانه ما لا يقل عن 30000 حالة توحد ولازيد في معظم الاحوال عن 42500 حالة في بعض الدول العربية وهي احصائية غير رسمية لتقدير حجم الخدمات المساعدة المطلوب تقديمها للتوحديين وأسرهم.

ووجد لارفينسون وأخرون في دراسة في عام 1997 م أن نسبة التوحد تصل إلى إحدى وثلاثين حالة لكل عشرةآلاف . وتشير آخر الدراسات أن نسبة التوحد في المجتمعات الإنسانية قد يصل إلى 1%. كما يوجد ما بين خمس مائة ألف إلى مليون ونصف فرد يعانون من التوحد بدرجاته المختلفة في أمريكا، وأكثر من خمس مائة ألف حالة في بريطانيا أي تسع

حالات لكل ألف. هذا وقد وجدت بعض الدراسات أن نسبة حدوث التوحد عند الذكور تصل من ثلاثة إلى أربعة أضعاف الإناث.

وأن نسبة المصابين به تصل إلى أربعة أضعاف المصابين بالشلل الدماغي وبسبعين عشر ضعفًا من المصابين بمتلازمة داون. ولقد أثبتت الدراسات الحديثة أن 75٪ من الأطفال التوحديين ذكاؤهم متدن وأن 10٪ ذكاؤهم عاليٌ في موضوعات عدده مثل القدرة الحسابية. يزداد معدل تشخيص مرض التوحد بشكل عام في المجتمعات حسب الدراسات المنشورة مع مرور الوقت.

- بعض الاحصائيات تتبّع نسبة الانتشار الى افراد المجتمع وبعضها الى عدد الاطفال في سن معين وهذا يؤدي الى اختلاف في الارقام.
- هناك ايضاً تباين في نسبة الانتشار بين دول العالم وذلك يرجع لعدة عوامل مثل اسس التشخيص ودقة التبليغ .
- في السبعينيات من القرن الماضي كانت الاحصائيات تدور حول الرقم 1 الى 2 لكل 3000 نسمة ، في الثمانينيات اعتمد الرقم 1 الى 1000 وفي بعض البلدان 2 الى 1000، بعد ذلك ، نسبة انتشار مرض التوحد بازدياد مع تباين في النتائج بين البلدان المختلفة.
- وفي دراسة أجريت في الصين في هونج كونج نشرت عام 2008 وكانت نسبة انتشار طيف التوحد 1.68 لكل 1000 من الاطفال تحت عمر 15 سنة وقريب من ذلك الرقم في استراليا .
- ونذكر دراسة اخرى أجريت في الدنمارك عام 2003 ان هناك ارتفاع في نسبة انتشار التوحد من عام 1990 وواصلت النمو بالرغم من سحب مادة اليوميرسال من المطاعيم المشتبه بها كمسبب لمرض التوحد منذ عام 1992 في عام 1990 كانت النسبة 0.5 حالة لكل 10,000 طفل في عام 2000 كانت النتيجة 4.5 حالة لكل 10,000 طفل.
- وأجريت دراسة اخرى في اليابان عام 2005 على مناطق من يوكوهاما تعداد سكانها 300,000 نسمة ، الاطفال منهم تحت 7 سنوات كانت نسبة طيف التوحد: 48 حالة لكل 10,000 طفل عام 1989، 96 حالة لكل 10,000 طفل عام 1990، 97 حالة لكل 10,000 طفل عام 1993، 61 حالة لكل 10,000 طفل عام 1994.

- و أجريت دراسة اخرى في المملكة المتحدة عام 2004 تفيد ان نسبة انتشار طيف التوحد من عام 1988 حتى عام 2001 كانت على التوالي من 0.11 الى 2.89
- و أجريت دراسة اخرى في الولايات المتحدة عام 1996 تشير الى تشخيص 21,669 حالة مرض توحد بين الاطفال من عمر 6 الى 11 سنة ، وفي عام 2001 تم تشخيص 64,096 حالة مرض توحد بين الاطفال من عمر 6 الى 11 سنة ، وفي عام 2005 تم تشخيص 110,529 حالة مرض توحد بين الاطفال من عمر 6 الى 11 سنة.
- وهذا يشير الى ان انتشار مرض التوحد بين الاطفال في ازدياد.

نسبة الذاتويون

- 75 حالة في كل 10000 طفل ، وهي في الذكور اكثر من الاناث بنسبة 4 الى 1.
- هناك حقائق جديدة ذكرها مركز بوتاها للتدخل الطبي الحيوي في امريكا نفلا عن Center of Disease Control (CDC) ان نسبة الذاتويون اصبحت حاليا حوالي 1 في كل 150 طفل.
- ذكر (ICDR) International Child Development Resource نسبة مقاربة هي 1 في كل 160 طفل في ولاية كاليفورنيا بأمريكا.
- ارتفاع نسبة الذاتوية وصل الى 110% في السنة مقارنة باضطرابات الاخرى مثل التخلف العقلي ارتفع بنسبة 17.5% ، الصرع ارتفع بنسبة 12.6% ، والشلل الرعاش بنسبة 12.4% ، اذن الاعداد في ازدياد مستمر سواء كان في الخارج او في بلادنا العربية ولكن للاسف لا توجد احصائيات رسمية الان.
- يتضح من التشخيص المبكر لمؤلفات الاطفال، تاخر اللغة من عمر 18 شهر ولكن قد يكون هناك مظاهر قبل ذلك العمر مثل:
 - عدم الانتباه لمناداة اسمه
 - لا يلتفت عندما يشير احد الوالدين باصبعه الى شيء ما .
 - لا يشير هو باصبعه ليظهر اهتمامه بشيء ما .
 - عدم وجود مناغاة.
 - الابتسامة المتأخرة .

- عدم النظر إلى العين

ثالثاً ، المقصود بالتوحد

اضطراب عصبي نظوري يتجزأ عن خلل في وظائف الدماغ يظهر كإعاقة تطورية أو ثمانية عند الطفل خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر.

ويعرف التوحد بأنه عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللغظي وغير اللغظي واللعب التخييلي والإبداعي وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسبباً مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد، وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ ، وعدم القدرة على التصور البناء والملازمة التخييلية.

أما مهارات التواصل فهي تكمن في عدم القدرة على التعبير عن الذات تلقائياً وبطريقة وظيفية ملائمة ، وعدم القدرة على فهم ما يقوله الآخرون ، عدم القدرة على استخدام مهارات أخرى بجانب المهارات اللغظية لمساعدة الفرد في القدرة على التواصل .

أما مشاكل التكيف مع البيئة فهي تكمن في عدم القدرة على القيام بعمل وأداء وظيفي بفاعلية في البيئة ، وعدم القدرة على معايرة وتحمل التغيرات في البيئة والتعامل معها بالإضافة إلى عدم القدرة على تحمل تدخلات الأفراد الآخرين .

ويقدر انتشار هذا الاضطراب مع الأعراض السلوكية المصاحبة له بنسبة 1 من بين 500 شخص . وتزداد نسبة الإصابة بين الأولاد عن البنات بنسبة 4:1 ، ولا يرتبط هذا الاضطراب بأية عوامل عرقية، أو اجتماعية، حيث لم يثبت أن لعرق الشخص أو للطبقة الاجتماعية أو الحالة التعليمية أو المادية للمعائمة أية علاقة بالإصابة بالتوحد.

ويؤثر التوحد على النمو الطبيعي للمنسخ في مجال الحياة الاجتماعية ومهارات التواصل communication skills حيث عادة ما يواجه الأطفال والأشخاص المصابون بالتوحد صعوبات في مجال التواصل غير اللغظي، والتفاعل الاجتماعي وكذلك صعوبات في الأنشطة الترفيهية. حيث تؤدي الإصابة بالتوحد إلى صعوبة في التواصل مع الآخرين وفي الارتباط بالعالم الخارجي. حيث يمكن أن يظهر المصابون بهذا الاضطراب سلوكاً متكرراً بصورة غير طبيعية، كأن يرفرفوا بأيديهم بشكل متكرر، أو أن يهزوا جسمهم بشكل متكرر، كما يمكن أن يظهروا ردوداً غير معتادة عند تعاملهم مع الناس، أو أن يرتبطوا ببعض الأشياء بصورة غير طبيعية، كأن يلعب الطفل بسيارة معينة بشكل متكرر وبصورة غير طبيعية، دون محاولة

التغيير إلى سيارة أو لعبة أخرى مثلاً، مع وجود مقاومة لمحاولة التغيير. وفي بعض الحالات، قد يظهر الطفل سلوكاً عدوانياً تجاه الغير، أو تجاه الذات.

كما أنه إعاقة نمائية معقدة تؤثر على وظائف الدماغ وتصاحب باضطراب في السلوك الاجتماعي والتواصل واللغة وتتطور مهارات اللعب ، وتنظر هذه الإعاقة قبل أن يصل عمر الطفل ثلاثة شهراً، مما يؤدي إلى انفلاق الطفل على نفسه واستغراقه في التفكير وضعف في قدرته على الانتباه والتواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع وجود نشاط حركي غير طبيعي.

فالتوحد Autism أو الإجترار أو الذاتية هي مصطلحات تستخدم في وصف حالة إعاقة من إعاقات النمو الشاملة . والتوحد نوع من الإعاقات التطورية سيها خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي (المخ) يتميز في توقف أو قصور في نمو الإدراك الحسي واللغوي وبالتالي القدرة على التواصل والتواصل والتواصل والتعلم والتفاعل الاجتماعي يصاحب هذه الأعراض نزعة إنطروانية تعزل الطفل الذي يعاني منها عن وسطه المحيط بحيث يعيش متلفقاً على نفسه لا يكاد يحس بما حوله وما يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر . ويصاحبه أيضاً اندماج في حركات غريبة أو ثورات غريبة كرد فعل لأي تغير في الروتين .

يمكن أن يحدث التوحد في مرحلة النمو بهذه من تكوين الجينين في رحم الأم وتبدأ ملامح ظهوره في الأشهر الثلاثة الأولى من عمر الطفل ، ويصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة 1/4 .

وتعتبر إعاقة التوحد Autism من أكثر الإعاقات العقلية صعوبة وشدة من حيث تأثيرها على سلوك الفرد الذي يعاني منها وقابلية للتعلم أو التطبيع مع المجتمع أو التدريب أو الإعداد المهني أو تحقيق درجة ولو بسيطة من الاستقلال الاجتماعي والاقتصادي والقدرة على حياة الذات إلا بدرجة محدودة وبالنسبة لعدد محدود من الأطفال .

والصعوبات الأخرى تتعلق بالتشخيص والتدخل لتعديل السلوك أو التأهيل الاجتماعي والمهني ، وربما ما زاد من صعوبة هذه المهمة أنه حتى الآن لم يصل المهتمون إلى اتفاق عام على العوامل المسيرة لهذا النوع من الإعاقة ، هل هي وراثية جينية أو بيئية اجتماعية أو بيوكيميائية أو هي نتيجة العاملين أو هي ليست هذا أو ذاك ولكنها نتيجة لعوامل مسيرة أخرى لا زلت نجهلها تماماً .

وترجع هذه الصعوبات أيضاً إلى ثلاثة عوامل:

1. العامل الأول هي أن أعراض إعاقة التوحد تتشترك أو تتشابه في أعراض إعاقات أو امراض أخرى مثل التخلف العقلي والإضطرابات العاطفية الانفعالية وحالات الفصام Schizophrenia لدرجة أن كثيرون من علماء النفس كانوا يعتبرونها حالة فصام مبكرة يبدأ ظهورها في مرحلة الطفولة.
2. والعامل الثاني هو أن البحوث التي تجري على إعاقة التوحد حديثة نسبياً لأن المعرفة بها بدأت بدرجة محدودة في الخمسينيات وبدرجة أكبر في السبعينيات.
3. أما العامل الثالث المسؤول عن صعوبات التشخيص والتأهيل فهو التخلف الشديد أو ربما الترقب الملاحوظ لنوع قدرات الاتصال بين الطفل الذي يعاني من إعاقة التوحد والبيئة المحيطة كما لو أن عائقاً أو قف الجهاز العصبي عن العمل وبالتالي يترب على ذلك توقف القدرة على تعلم اللغة أو النمو المعرفي وغير القدرات العقلية وفعالية عملية التطبيغ الاجتماعي ومن الطبيعي أن يترب على ذلك القصور في نمو قدرات الطفل وتعدل التفاعل والاتصال بين الطفل والبيئة المحيطة ببطء أو ربما في الحالات الشديدة استحالة تجاوز برامج التأهيل الاجتماعي.

وربما يضاف إلى هذه الصعوبات أن إعاقة التوحد إعاقة دائمة وتطورية وأكثر من 70% من حالات التوحد يصاحبها تخلف عقلي ، وعملية التأهيل والتربية والرعاية تكون دائمة ومدى الحياة ، وأن توقف كافة معاور النمو (الإداركي - الحسي - الاجتماعي اللغوري) تؤدي إلى كل ذلك فإن الطفل التوحيدي بحاجة إلى عدة اختصاصات للرعاية ومنها (الخصائني نفسي - اخصائني اجتماعي - اخصائني نطق)، طبيب (اعصاب - وراثة - أنف وأذن وحنجرة - عظام)، تعليم منظم (كواذر مؤهلة ومدارس مجهزة).

ويجب التفريق بين مرض التوحد وطيف التوحد حيث يتم تداوؤهم في المراجع الطبية مرض التوحد هو جزء من طيف التوحد والطيف يشمل امراض تطورية أخرى مثل متلازمة اسبرجر.

رابعاً : اشكال وأنواع التوحد

لا توجد أنواع للتوحد، ولكنه يعتبر أحد أنواع الإعاقة النمائية الشاملة (Pervasive Developmental Disorders)

والتي تصنف إلى الأنواع التالية:

- إعاقة التوحد وسبق تعريفه Autism.
- إعاقة اسبرجر Asperger وهي إعاقة تميز بضعف في التفاعلات الاجتماعية ونجد أن المريض ذكاءً متوسط أو فوق المتوسط ولا تصاحب بتأخر في اكتساب اللغة.
- الإعاقة النمائية الشاملة غير المحددة Pervasive Developmental Disorder NotOtherwise Specific وهي إعاقة تميز بضعف شديد وشامل في سلوكيات محددة لكن لا تتطابق مع إحدى الإعاقات المتعارف عليها.
- إعاقة ريت Rett وهي إعاقة مستمرة الأخذار تصيب الإناث بين السنة الأولى والرابعة، ويتميز المريض بفترة من النمو الطبيعي يتبع بفقدان ما تم اكتسابه ثم يليه فقدان قدرته على تحريك يديه بشكل هادف إلى حركة عشوائية متكررة.
- إعاقة الطفولة غير المتكاملة Childhood Disintegrative Disorder وهي إعاقة تميز بنمو طبيعي على الأقل في الستين الأوليين من عمر الطفل تتبع بفقدان لكل ما تم اكتسابه من قدرات.

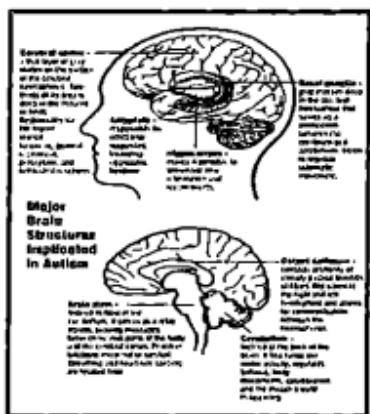
وعادة ما يتم تشخيص التوحد بناء على سلوك الشخص، ولذلك فإن هناك عدة أعراض للتوحد، ويختلف ظهور هذه الأعراض من شخص لآخر، فقد تظهر بعض الأعراض عند طفل، بينما لا تظهر هذه الأعراض عند طفل آخر، رغم أنه تم تشخيص كليهما على أنهما مصابان بالتوحد. كما تختلف حدة التوحد من شخص لآخر. هذا ويستخدم المتخصصون مرجعاً يسمى بالـ DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual الذي يصدره اتحاد علماء النفس الأمريكيين، للوصول إلى تشخيص علمي للتوحد. وفي هذا المرجع يتم تشخيص الأضطرابات المتعلقة بالتوحد تحت العناوين التالية: اضطرابات النمو الدائمة (PDD) Pervasive Developmental Disorder ، التوحد autism ، اضطرابات النمو الدائمة غير المحددة تحت مسمى آخر PDD-NOS (not otherwise specific) ، متلازمة ريت Rett's syndrome ، وأضطراب الطفولة .. Childhood Disintegrative Disorder التراجعي

ويتم استخدام هذه المصطلحات بشكل مختلف احياناً من قبل بعض المتخصصين للإشارة إلى بعض الأشخاص الذين يظهرون بعض، وليس كل، علامات التوحد. فمثلاً يتم تشخيص الشخص على أنه مصاب " بالتوحد" حينما يظهر عدداً معيناً من أعراض التوحد

المذكورة في DSM-IV ، بينما يتم مثلاً تشخيصه على أنه مصاب باضطراب النمو غير المحدد تحت مسمى آخر PDD-NOS حينما يظهر الشخص أعراضًا يقل عددها عن تلك الموجودة في التوحد، على الرغم من الأعراض الموجودة مطابقة لتلك الموجودة في التوحد. بينما يظهر الأطفال المصابون بمتلازمة أسلبرجر ورت أعراضًا مختلف بشكل واضح عن أعراض التوحد. لكن ذلك لا يعني وجود إجماع بين الاختصاصيين حول هذه المسميات، حيث يفضل البعض استخدام بعض المسميات بطريقة مختلفة عن الآخر.

خامساً: أسباب الاضطراب الذاتي والعوامل المساعدة له

لم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت حول التوحد إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد، رغم أن أكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقين (من بيضة واحدة) أكثر من التوائم الآخرين (من بيضتين مختلفتين)، ومن المعروف أن التوائم المتطابقين



يشتركان في نفس التركيبة الجينية. كما أظهرت بعض صور الأشعة الحديثة مثل تصوير التردد المغناطيسي MRI و PET وجود بعض العلامات غير الطبيعية في تركيبة المخ، مع وجود اختلافات واضحة في المخيخ، بما في ذلك في حجم المخ وفي عدد نوع معين من الخلايا المسماة "خلايا بيركنجي Purkinje cells". ونظراً لأن العامل الجيني هو المرشح الرئيس لأن يكون السبب المباشر للتوحد، فإنه تجري في الولايات المتحدة بحوثاً عددة للتوصل إلى الجين المسؤول لهذا الاضطراب.

ولكن من المؤكد أن هناك الكثير من النظريات التي أثبتت البحوث العلمية أنها ليست هي سبب التوحد، كقول بعض علماء التحليل النفسي وخاصة في السبعينيات أن التوحد سيه سوء معاملة الوالدين للطفل، وخاصة الأم، حيث إن ذلك عار عن الصحة تماماً ولنست له علاقة بالتوحد. كما أن التوحد ليساً مرضًا عقلياً، ولنست هناك عوامل مادية في البيئة المحيطة بالطفل يمكن أن تكون هي التي تؤدي إلى إصابته بالتوحد.

ترجع اسباب الذاوبي الى وجود عاملين اساسين لدى الطفل:



- اولاً: عوامل جينية وراثية حيث يتكون لدى الطفل من خلال جيناته قابلية للاصابة بالذاتية، ومازالت الاهمات قائمة في مجال الجينات بشكل مكثف .
- ثانياً: عوامل خارجية كملوثات البيئة مثل المعادن السامة كالزنبق والرصاص واستعمالات المضادات الحيوية بشكل مكثف او تعرض لالتهابات او الفيروسات ، والتغيرات الطبية الحيوية التي تحدث نتيجة زيادة تكاثر الكانديدا، والبكتيريا في الامعاء ، زيادة نفاذية الامعاء Leaky Gut نقص الفيتامينات والمعادن وضعف التغذية بشكل عام ، ضعف المناعة ، وزيادة الحساسية وتقصص مضادات الاكسدة ، نقص الاحاض الدهنية ونقص قدرة الجسم على التخلص من السموم والمعادن السامة.

النظريّة الصينيّة عن التوحد

عرف الصينيون إعاقة التوحد وقاموا ومايزالون يعالجون التوحد منذ أكثر من 2000 عام عن طريق تحسين الجهاز المضمي والمناعي للمصابين بالتوحد والذي كانت نتائجه تحسن اعراض التوحد والسلوكيات الشاذة المصاحبة له . وقد افترض الباحثون في مجال التوحد أن مسببات التوحد ربما تكون بعد الولادة أو أثناء فترة الحمل.

ويمقارنة المصطلحات الطبية الصينية بعلم التشريح في الطب الغربي الحديث فجد أن هناك اختلافات واضحة في تفسير المصطلحات الطبية الصينية ربما لا يتوافق مع الغرب .

ان الاختلافات ربما تكون مفيدة ومشيرة للجدل احيانا . نظرية الكلي التي وضعتها الباحثون الصينيون في مجال التوحد حيث تنص على أن الكلي هي عضو خلقي موجود منذ الولادة (congenital) بينما الطحال هو عضو وظيفي رئيسي بعد الولادة (postnatal) وبناء على هذه النظرية (والتي ذكرت سابقا أنها تختلف عن النظريات الغربية من ناحية تفسير المصطلحات) فإن سبب التوحد بعد الولادة غالبا ما يكون تلف في الجهاز المضمي وهو عبارة عن مشكلة في الطحال و/ أو المعدة سرياً عن الجسم من انتصاق فيتامين ب 6 وغيرها من العناصر الغذائية التي تساعد على نمو وتطور المخ وصيانته . والكلينتان والطحال التالقان أيضاً يبيان تلف الجهاز المناعي .

إن النظريات الطبية الصينية تشير إلى أن المخ هو عصب النخاع ، والكلبتين تهيمن وتمنع النخاع . بالنسبة للأطفال التوحديين واستنادا إلى النظريات الطبية الصينية فإن التوحد الذي يحدث أثناء الحمل يعزى إلى مشكلة في وظيفة الكلب لدى الوالدين والتي ربما تكون عن طريق الأم وأحياناً الأب . ويشير الأطباء الصينيين أنه عندما يكون لدى الأم كلية ضعيفة فإن الجسم لا يمتص فيتامين ب 6 بطريقة فعالة) هذه الحالة لا تعتبر مشكلة بالنسبة لمصطلحات الطب الغربي الحديث .

إن نقص فيتامين وبعض العناصر الحيوية يعرقل عمليات بناء ونمو المخ ونتيجة لذلك يولد الطفل ذو اضطراب وظيفي في المخ .

وقد توصل الباحثون الذين كرسوا جهودهم لدراسة التوحد إلى نتيجة متشابهة لنتائج الأطباء الصينيون وانهم بتطوير الجهاز المناعي والمداعي لدى المصابين بالتوحد تحسنت أعراض التوحد لديهم ، وقد وجدوا أيضاً أن التوحديين الذين يتبعون نظام الحمية الخالية من الكاكازين والغلوتين وبعض الملاحق الغذائي الأخرى قد تحسنت لديهم أعراض التوحد وبعض السلوكيات الشاذة قلصت بنسبة 90% .

بدأ العلماء في التركيز على أن سبب التوحد ربما يكون خللاً عضوياً ومهماً كانت الأسباب فإن التدخل المبكر يعتبر من أهم مراحل العلاج بالإضافة إلى برامج التربية الخاصة المرجحة، كما أن العلماء وحتى هذه اللحظة لم يتمكنوا من الوصول إلى علاج طبي يشفى المصابين بالتوحد تماماً ، حيث أن بعض أعراض التوحد تستمر مدى الحياة ولكن تتحسن بعض الباحثين في تقليل هذه الأعراض عن طريق الفناء والملاحق الغذائية المساعدة لمساعدة المصاب بالتوحد.

العوامل المسببة للأضطراب الذاتي

أولاً : العوامل الوراثية

ولازال هناك جدل كبير حول دور الوراثة في الاعاقة التوحيدية فالبعض يعتبر الوراثة عاملها عهداً والبعض الآخر يعتبرها عاملًا مساعدةً وأكددت الكثير من البحوث والدراسات في نتائجها أن الوراثة لها دور في إعاقة التوحد وفي نتائجها مؤشرات توحى بدور الوراثة كالتالي

- يتشر التوحد بنسبة (2.4 %) بين الأطفال وأباء توحديين
- يتشر التوحد بنسبة (36 %) بين التوائم المتشابهة
- يتشر التوحد بنسبة (2 %) من بين التوائم المتطابقة.

- يوجد (9.7%) من عينة أسر مماثلة لمجتمع بها أكثر من طفل توحدي وهناك إنتشار إعاقات مصاحبة مع التوحد مثل إعاقة (ريت) وهي إعاقة تصيب الإناث فقط

ثانياً : العوامل البيئية

أكدات بعض الدراسات والبحوث أن وجود خلل عضوي أو عصبي أو بيولوجي تحدث 92% منها أثناء فترة الحمل.

- إصابة الأم بأنواع من الحميات المصاحبة كالحصبة الألمانية.
- تعرض الأم لجرعات إشعاعية.
- حدوث تزيف متكرر مصاحب بهبوط بعد الشهر الثالث.
- تناول الأم بعض العقاقير بدون إذن من الطبيب.
- حدوث رشح شامل في الرحم - (Edema) وكثير من الأم الخامد
- التلوث البيئي مثل (الرصاص - الزئبق - التدخين).
- نقص الأكسجين الواصل لمخ الجنين

ذلك هي نسب ضئيلة ومن العوامل الميسية ومع ذلك لم يوجد تحديد دقيق للعوامل التي يمكن الجزم بأنها السبب المباشر ولكن ما يمكن تعميمه هو أن معظم العوامل الميسية تكمن في المخ والجهاز العصبي وأن معظم العوامل الميسية تحدث أثناء الحمل أو قبله ونسبة ضئيلة تحدث بعد الولادة .

ولقد جذب الكثير من الباحثين الانتباه وجود نوع من الخلل في وظيفة الأسرة والخبرات الأولى للحياة وأن العوامل المرتبطة بالتشتت النفسي قد تكون هي السبب في إصابة الطفل بهذا الإضطراب التوحدي حيث يسبب طفل توحدي في المنزل تغيراً في حياة الأسرة على عدة مستويات فهي تؤثر في الوالدين والأخوة والآخرين كأفراد يعيشون معه وكيف يفهمونه وتتأثر أيضاً العلاقات بين كل من أعضاء الأسرة وأثبات التفاعل الأسري كوحدة واحدة وتتأثر حركة الأسرة وأمكانياتها المالية وفرص الترويج وعلاقتها بما يحيطها من بيئة اجتماعية.

ويؤكد العلماء على أهمية الأسرة وأثرها العظيم في ارتفاع شخصية الطفل التوحدي وعلى أهمية دور كل فرد من أفراد الأسرة في عملية النمو النفسي والاجتماعي والعقلي للطفل وخاصة في سنواته الأولى.

وعلى الرغم من أن شخصية كل من الوالدين والتفاعلات بينهما وسلوكهما نحو الطفل التوحدي له أهمية الأولى والأساسية في تشكيل نمطه وعلاقته بإخوانه لها أيضاً تأثير في نمو شخصيته.

وتعمل العلاقات الأسرية على تطبيع الطفل وتنشئه على الخصائص الاجتماعية السائدة في الأسرة ولها دور هام في تكوين الشخصية وأسلوب حياته وترافقه النفسي والاجتماعي وتؤثر على قدراته وعلى تقديره لذاته والآخرين ويرتبط إحساس الوالدين بالرضا أو السعادة ارتباطاً وثيقاً بآهاسهما بأن طفلهما من الممكن أن يعيش بصورة طبيعية ومن الممكن أن يندمج مع المجتمع ويتفاعل معهم كما يجب أن يؤمن الوالدان بأن طفلهم لديه قدرات يمكن تهيئتها كما أن لديه الحق في الرعاية والتأهيل وله حقوقه مثل الطفل العادي كأي طفل في المجتمع.

و هناك دليل على أن التوحد هو مشكلة عصبية مع وجود أسباب متعددة مثل الاضطرابات الأيضية ، وإصابات الدماغ قبل أو بعد الولادة أو العدوى الفيروسية أو الأمراض ، وبالرغم من هذا فإن العوامل المحددة لم يتم تحديدها بشكل يمكن أن يعول عليه . وما زال العلماء حتى الآن لا يدركون بالتأكيد ما يسبب التوحد .

وأشارت بعض التقارير إلى إمكانية حدوث اضطراب الطيف التوحدي الذي يؤثر في نمو الدماغ قبل أو خلال أو بعد الولادة . ووريطت بعض الأبحاث التوحد بالاختلافات البيولوجية أو العصبية في الدماغ وبشكل عام ، فإنه لا يوجد سبب واحد معروف حتى الآن للتوحد .

الفروض العلمية العضوية المبنية للتوحد

- فرضية زيادة الأفيون المخدر
- فرضية نفاذية الأمعاء
- فرضية نقص هرمون السكريتين
- فرضية نقص أو زيادة السيروتونين
- فرضية الأوكسيتوسين والفالسوبيرسين
- فرضية التحصين / التطعيمات الثلاثية MMR/DPT
- فرضية عملية الكبرة

- فرضية عدم احتمال الكازين والغلوتين
 - فرضية التلوث البيئي
 - فرضية الأحاسن الأمينة
 - فرضية جاما انترفيرون
 - فرضية التمثيل
 - فرضية الجهد والمناعة
 - فرضية قصور فيتامين (A)
 - فرضية التعرض للأسبارتيك قبل الولادة
 - فرضية بروتين الأورفانيين
 - فرضية الاستعداد الجيني
- تفسير غموض التوحد**

يفسر العلماء غموض التوحد عن طريق الدراسات ووضع نظريات افتراضية لأسباب الإعاقة النمائية التي سميت باللغز . الاكتشافات الحديثة توضح بأن هناك تطورات تحدث لعقل الحيوانات قبل وبعد ميلادها . يطور العلماء نظريات حديثة ومثيرة لتوضيح التوحد والشذوذ الغامض والاضطرابات العقلية التي تمنع الأطفال الرضع من تطوير المهارات الاجتماعية والمعرفة الإدراكية ، يحاول العلماء بطريقة دراسة التركيبة الداخلية لمخ التوحديين معرفة متى وأين تحدث التفاعلات الجينية والبيئية التي تسبب الشذوذ (التصرفات التوحيدية) في المخ . وبحلول الزمن يتعلم العلماء أكثر عن مجموعة الدورات الكهربائية في المخ التي تزود وتتشكل خلاصة الطابع الإنسانية مثل : اللغة ، والعاطفة ، والإدراك ، ومعرفة أن الأشخاص الآخرين لهم متطلبات ومعتقدات مختلفة تماماً عما يعتقده ويريده التوحديون.

أشار دايفيد أخصائي الأعصاب بجامعة كاليفورنيا في دافيز إلى أن دورة المخ الناتمة متعددة (ابتدأ الباحثون بدراسة كيفية التفاعل الديناميكي لمناطق العقل لتشكل هذه الدوائر). وأوضح أيضاً أن الدراسة تضع التوحد في المقدمة لدى علم الأعصاب الحديث ، وأن التوحد يشهو حقائق عديدة من السلوك الإنساني بما في ذلك الحركة ، والانتباه ، والتعلم ، والذاكرة ، واللغة والمجاز ، والتفاعل الاجتماعي . ويمكن أن تكشف الحقائق التي تشهو السلوك الإنساني في حركة الأطفال الذين يتلقبون وبخسون وبخسون وبخسون وبخسون

غير متناسقة . فالطفل التوحدي ذو الثمانية عشر شهرا الذي يخطو خطوات غير متناسقة لن يستطيع التأثير ومشاركة الآخرين . ولفت الانتباه أو متابعة تغييرات الآخرين . ويستعرض أطفال التوحد التي تراوح أعمارهم ما بين ستين أو ثلاث نقاطاً يصعب فهمه في الاستجابة للآخرين . فالعديد من التوحديين لا يتكلمون وعواضاً عن ذلك ينخرطون في طقوس تمثل في رغفة اليدين والإستارة الذاتية .

وأشارت ناري بريستول بور منسقة أبحاث التوحد في المعهد الوطني لتطوير صحة الأطفال والانسان إلى أن التوحديين يكرهون ويقاومون التغيير بكل وسائله وطرقه كما أن تفاوت درجات اعراض التوحد من الخفيف إلى الشديد تجعل حقيقة الاضطراب صعبة التقويم ، فالتوحد الكلاسيكي وغاذجه الشديدة والتي ينتج عنها التخلف العقلي تحدث الواحد في 1000 مولود . وأوضحت أيضاً بأن التوحد الخفيف مثل : أسبجر يحدث لكل واحد في 500 مولود والصلة المشتركة بين التوحديين هي ضعف التواصل والتفاعل الاجتماعي . كما أشارت بور إلى التقارير التي توضح بأن هناك زيادة واضحة لحالات التوحد في بعض الولايات في أمريكا ولكن هذه التقارير لم توضح حتى الآن ما إذا كانت أسباب هذه الزيادة التشخيص الدقيق أم توفر علاجات أفضل . قبل خمسين عاماً كان الباحثون موقنون بأن التوحد يحدث بسبب الأم الباردة عاطفياً والأب الضعيف الغائب عن منزله أما اليوم فيركز العلماء والباحثون على الجينات ، وفي التوالي المطابقين إذا كان أحدهم توحدي 90٪ سيكون الآخر لديه توحد .

وأشار بيبنت ليفيتال من جامعة شيكاغو بأنه على الأقل خمس أو ست جينات تسهم في الإصابة بالتوحد وحتى الآن دراسة أخرى وأقارب التوحديين تقترح أن هذه الجينات في منطقة الكروموسوم 7 و 13 و 15 . وما تفعله هذه الجينات ما زال تخميناً من قبل الجميع . كما وأشارت دراسات ثناء وتطور عقول الحيوانات إلى نمو عدد من العوامل المورثة والبروتينيات التي ترشد خلايا المخ على عمل الاتصالات الملازمة . الجينات الأخرى تصنع عوامل تعمل كمحفظات رئيسة تفتح وتغلق الجينات الأخرى في نقاط معينة في النمو . وتجمع بعض الجينات النشاط الخلوي بينما تثير الأخرى وضع الموازنة الصحيحة للكيميائيات المائية في نقل إشارات المخ . تبدأ الجينات المختلفة بعد الولادة برعاية الاتصالات بينما الأخرى تسبب موت الخلايا بطريقة النمو . لكن النمو والتوصي في نظام الأعصاب هو عملية متواصلة وإذا حصل خطأ ما سيما مبكراً فستتعوق كل التطورات اللاحقة .

أوأوضحت باتريشا رودير أخصائية علم الأجنحة في المدرسة الطبية في جامعة روشيستر بأن الخلل المخي في التوحد يحدث ما بين 20 و24 يوم من الولادة كما أن لديها براهين بأن الجينات المعنية في وضع الجسم الأساسي وبناء المخ تسمى هوكس (HOX GENES) هي متغيرة في التوحد .

اما مارجريت بومان أخصائية الأعصاب في جامعة هارفارد فقد أشارت إلى أن الخلل ربما يحدث قبل منتصف الثلاثة الأشهر الأولى من الحمل حيث استندت في هذه النظرية الى معرفتها المكثفة عن متى وكيف تسلك الدارات المعنية ، فإذا حصل الخلل في منتصف الطريق في فترة نمو الجنين ستفقد بعض الخلايا فقط . وأوضح إريك كورتيشن عالم الأعصاب في جامعة كاليفورنيا في ساندياغو ذلك حيث قال " إن المشكلة تحدث بسهولة بعد الولادة حيث أن المخ يستمر في النمو "

حدد الأطباء في شهر أكتوبر 1999م تحدیداً قاطعاً الجينات المعطلة في إعادة متلازمة ريت (RETT SYNDROME) حيث كان شائعاً تشخيصها بالتوحد نتيجة لعدم دقة التشخيص . يولد الطفل وينموا طبيعياً من عمر 6 - 24 شهراً حتى يتراجع الجين جينات أخرى تخفق أن تقول مثلاً يجب ونتيجة لذلك لا تارجع الجينات الأخرى وتعمل ويقف غر الطفل ويصبح مختلف عقلياً .

وأوضح ذلك كورتيشن والباحثون الذين يؤمنون بأن هناك عملية مشابهة ربما تند في التوحد . وقد دهش الباحثون في مجال المخ والعلماء الذين يدرسون التوحد بالاكتشافات الحديثة التي تقول بأن المخ البشري مستمر في عمل خلايا جديدة ليس فقط ارتباطات جديدة كما كان يعتقد في السابق ولكن حتى سن الرشد . أشار أحد العلماء بأن لديه برهاناً على أن عدداً من الأعصاب في المخ البشري تتضاعف بين الولادة وحتى سن ست سنوات .

وأوضح كورتيشن بأنه لو كان هذا صحيحاً إذا المخ يمر تحت عمليات بناء كبيرة تخلق عن طريق تفاعل الجينات والبيئة ، وأشار إلى أن التعمير في عملية البناء هذه ربما تكون نشأة التوحد حيث أوضح بعض الباحثون أن هذه النظرية مدرومة

وأوضحت نانسي مينشيو أخصائية النفسية في جامعة بيسن بورج أن ربع أطفال التوحد يظهرون طبيعين من عمر 14 الى 22 شهراً ومن ثم يعانون من بداية مفاجئة لأعراض التوحد ربما تكون البداية قد تتجزء عن طريق قصور أو عجز جين واحد او أكثر او رئا عرضها عن شئ موجود في البيئة يتفاعل مع الطفل ذي الحساسية الجينية .

ومنذ عام 1983م تدرس بومان ورفاقها نسيج المخ الذين حصلوا عليه من تشريح الأطفال التوحيديين والكبار على الرغم من أن مناطق كبيرة في الـ11 مخ التي درست ظهرت طبيعية ، المخ عامة أكبر وأقل من الغالب . الأهم من ذلك أشارت دراساتهم إلى وجود شذوذ في المناطق الرئيسية الثلاث التي تساعد على التحكم في السلوك الاجتماعي وأجزاء من الفصوص الأمامية التي تمكن من اتخاذ القرار والتخطيط هي أكثر من الطبيعي كما وجدت الخلايا في النظام الحوفي Limbic System التي يتم عن طريقها صنع العواطف أصغر بمقدار الثالث عن الطبيعي وبأعداد كثيفة . كما أن الخلايا أيضا غير مكتملة مع توقف نحو الاتصالات والترابط . والخلايا الموجدة في المخيخ الذي يساعد على الت berk عما يستحدث فيما بعد في لغة المحرّكات والتأمل والعواطف أقل 0.50% .

وأوضح أميرالزبان أعراض التوحد يمكن أن تتفanni مشاكلها في كل من هذه المراحل على سبيل المثال : تستجيب الأعصاب في منطقة اللوزة في المخ إلى وجوه وزاوية التحديق ويجلب الأطفال التوحديون إلى تجاهل العباري الوجهية أو بالأحرى أنهم لا يقرؤون العباري الموجهة جداً .

وأظهرت تجارب عمل تقدير استخدام الأطفال التوحديين للمشيخ لنقل الانتباه عندما لا يكونوا متبعين إلى مهمة ما، أما عندما يطلب منهم تغيير الانتباه وهي المهمة التي تنشط الفصوص الأمامية فإنهم لا يستطيعون أداء المهمة ويعزى الباحثون ذلك إلى انشغال دائرة كهربيه أكبر.

سلطت دراسات الحيوانات الضوء على بيولوجية السلوك الاجتماعي المتعلق بالتوحد على سبيل المثال أشارت الدراسات إلى أن القردة لديهم خلايا في المخ تستجيب إلى تحريك اليدين والوجه ولكن لا تحرك شيئا آخر ، كما أن لديهم خلايا (Mirror Neurons) تدور ليس فقط عندما يقوم القرد بأداء حركة مثل التقاط مقبض حديد ولكن تدور أيضاً عندما يرى قردا آخرًا يعمل نفس العمل والحركة . ولديهم أيضاً خلايا تنشط بالأصوات التي يصدرها الآخرون ولكن ليس مثل الأصوات والأصوات التي يصدرونها بأنفسهم . ويعتقد العلماء بأن التشابه الإنساني في هذه الخلايا المخصصة لا يعمل كما ينبغي في التوحد .

يُخزن الناس معلومات جديدة كل 30 ثانية في التعليم العادي والذاكرة وذلك بعد الحصول على ذرورة الاستئنار ولكن ماذا لو لديك ستة أضعاف الذرورة؟! ربما تخزن عدداً

من المعلومات التي لا دخل لها وتركت على معلومات لا تخصك . وتقترن التجارب التي أجريت على الأطفال التوحديين بأن العناصر المحددة للسلوك الاجتماعي غير طبيعية ، فعلى سبيل المثال يتعلّم الأطفال التوحديون التخريب لمنع شخص آخر من التركيز على المهدف ولكن ليس بالحلية والخدعة . كما يستطيع الأطفال التوحديون استخدام الإيماءات للتواصل مثل : (تعال إلى هنا) للتأثير على سلوك الشخص الآخر ، ولكن ليس إيماءات تعبيرية مثل : أحينت صنعاً (لتأثير مزاجياً على الشخص الآخر . ويستطيع الأطفال التوحديون الشعور بالاستماع الأساسي في البراعة في مهمة ما ، ولكن ليس بالمفخرة .

وهذا ما أشارت إليه كريس فريث اختصاصية الأعصاب في جامعة لندن ، فالعاطفة مثل المفخرة تتطلب وضعها في حبان الآشخاص الآخرين .

وأوضحت بورشيا إيفريسون بأن هناك تجارب أخرى لم تنشر بعد تظهر بأن نظام الأعصاب المطر الخاص بالأطفال التوحد يجعلهم ذي حساسية للامستارة . وإذا وضعت شخصاً ما في مكيدة لتقيس بها مدى الاستمارة والتواصل البصري لديه فإنك سترى أربع ايماءات في الدقيقة إضافة إلى أن النزوة عالية جداً ومنخفضة وشاذة كأنك تشعر بأنك في زلزال ، لكن الأطفال التوحديون يشعرون بهذا الإحساس طوال اليوم .

يتفق الباحثون في مجال التوحد بأنهم يستغرقون سنتين عديدة قبل فهم الإعاقة من الناحية الجينية والكمياعصبية وفي الوقت الحالي ينجح المعالج بطريقة فرد إلى فرد من 30 - 50٪ في تعليم الأطفال التوحديين كيفية التحكم في حركاتهم والتفاعل الاجتماعي شريطة أن يبدأ في سن مبكرة والأرجح من عمر سنتين أو ثلاث سنوات والمهدف هو رصد الشبكة الكهربائية الفير مسلكة في مخ التوحديين ، وكلما ينمو المخ يساعد على نمو الاتصالات التي يحتاجها .

فقد أشارت بريستول بور إلى أنه مازالت الإعاقة لدى العديد من الأطفال التوحديين غير مشخصة حتى سن الخامسة وحتى سن السادسة عندما يبدأون في الذهاب إلى المدرسة . وما زال معظم أطباء الأطفال والأسر يعتقدون بأن التوحد يعتبر إعاقة نادرة . فكل طفل لا يتكلم أو يتغافل بعبارة قصيرة في سن الثانية .

أوضحت إيفريسون أن عقول الأطفال الديناميكية والمرنة هو ما نتمناه كما أن جوهر الإنسان هو التفاعل مع البيئة وإن لم يتم ذلك بطريقة صحيحة من أول مرة يمكن أن نعملها بطريقة العلاج الاسترجاعي والإنتاجي للمخ .

أما عن أحدث الدراسات فهي اكتشاف الجينات المترورة بأحداث التوحد في جامعة أكسفورد يوم الاثنين 6 / 8 / 2001 م حيث أن العلماء يركزون على الجينات التي تُعمل الأطفال عرضة للإصابة بالتوحد ويؤكد اكتشافهم هذا الذي يوضح أن اثنين من الكروموسومات مرتبطة بالإعاقة المقلية بحيث آخر يؤكد أن هناك مركبات وراثية ذات علاقة بالتوحد وتركيز العلماء على دراسة الجينات المرتبطة بالتوحد سوف يكون عملاً مساعداً لإيجاد علاج لهذه الاعاقة المريكة التي تبحث عن سبب واحد منذ أن عرفها الطبيب النفسي الأمريكي ليو كانر عام 1943 وقد استعرض العلماء الذين هم جزء من الاتحاد الدولي الداعم لدراسة الجينات الجزيئية للتوحد الحامض النووي DNA لأكثر من 150 زوجاً من الأخوان والأقرباء الحميمين للمصابين التوحديين ووجدوا بأن هناك منطقتين في الكروموسوم 2 والكروموسوم 17 ربما تختفي الجين الذي يجعل الأفراد أكثر قابلية للتوحد، وأكدت دراستهم هذه استدلالات سابقة تقترح بأن منطقتي الكروموسوم 7 و16 لها دور في التحديد مما إذا كان الطفل يصيب بالتوحد. كما أن عدداً من العلماء من فريق الأبحاث الدولي منهم علماء بريطانيون وأمريكيون سي Pursue دراستهم للتعرف مجدداً على الجين المسؤول عن التوحد.

سادساً: أعراض ومظاهر الاضطراب الذاتي



عادة لا يمكن ملاحظة التوحد بشكل واضح حتى سن 24-30 شهراً، حينما يلاحظ الوالدان تأخراً في اللغة أو اللعب أو التفاعل الاجتماعي.

وعادة ما تكون الأعراض واضحة في الجوانب التالية:

- التواصل: يكون تطور اللغة بطيناً، وقد لا تتطور بnat، يتم استخدام الكلمات بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين، حيث ترتبط الكلمات بمعانٍ غير معتادة لهذه الكلمات، يكون التواصل عن طريق الإشارات بدلاً من الكلمات، يكون الاتباه والتراكيز لمدة قصيرة.

- التفاعل الاجتماعي: يقضي وقتاً أقل مع الآخرين، يبدي اهتماماً أقل بكثير من صداقات مع الآخرين، تكون استجاباته أقل للإشارات الاجتماعية مثل الابتسامة أو النظر للعيون.
- المشكلات الحسية: استجابة غير معتادة للأحساس الجسدية، مثل أن يكون حساساً أكثر من المعتاد للمس، أو أن يكون أقل حساسية من المعتاد لل الألم، أو النظر، أو السمع، أو الشم.
- اللعب: هناك نقص في اللعب التلقائي أو الابتكاري، كما أنه لا يقلد حركات الآخرين، ولا يحاول أن يبدأ في عمل العاب خيالية أو مبتكرة.
- السلوك: قد يكون نشطاً أكثر من المعتاد، أو تكون حركته أقل من المعتاد، مع وجود نوبات من السلوك غير السوي (أن يضرب رأسه بالحائط، أو بعض) دون سبب واضح. قد يصر على الاحتفاظ بشيء ما، أو التفكير في فكرة بعينها، أو الارتباط بشخص واحد بعينه. هناك نقص واضح في تقدير الأمور المعتادة، وقد يظهر سلوكاً عنيفاً أو عدوانياً، أو مؤذياً للذات. وقد تختلف هذه الأعراض من شخص لأخر، وبددرجات متفاوتة. يوجد لدى الطفل التوحدي بعض القضايا النمائية والتربوية مثل افتقاد الوعي الذاتي بشكل واضح وضعف في الرابطة الوجدانية ، والتعاطف الانفعالي والميل الواضح لافتقاد مثيرات محدودة من البيئة او الانتباه إليها بشكل مفرط ومن أهم القضايا التربوية أن هذه الفتنة من الأطفال قابلون للتدريب على المهارات الاجتماعية .

ونجد أن الطفل التوحدي متعدد الصور مختلف أعراضه من فرد لأخر وتظهر تدريجياً من (1-30 شهراً) ومن أهم هذه الأعراض إضطراب العلاقات مع الناس واضطراب في الاستجابة للمواقف والموضوعات واضطراب في التعديل المثيرات الحسية والسلوك الحسي واضطراب في السلوك الحركي.

وتظهر أعراضه الرئيسية في:

- تأخر في تطور المهارات اللغوية والغير لغوية.
- اضطراب السلوك
- اضطراب التفاعل والتواصل الاجتماعي
- لا يرتبط بعامل عرقية او اجتماعية
- يصعب الذكور أكثر من الإناث بنسبة الاصابة عند الذكور (اربعة اضعاف الإناث تقريباً)

وبناءً عليه نلاحظ مرضى التوحد يعانون من نصف الأعراض التالية والتي تختلف في شدتها وحدوتها من مریض إلى آخر وتكون غير ملائمة لعمره:

- صعوبة الاختلاط مع الآخرين.
- الإصرار علىبقاء الأشياء في مكانها والروتين.
- الضحك غير الملائم.
- الخوف غير الطبيعي.
- الانبهال البصري الضعيف أو القليل.
- عدم نضوج مفهوم اللعب.
- عدم الإحساس بالألم.
- تردد بيغائي للكلمات أو الجمل.
- يفضل البقاء لوحده.
- لا يرغب في احتضانه أو ضمه أو القيام بذلك الدور.
- يقوم ببرم الأشياء.
- لا يستجيب لكلام الآخرين وكانه أصم.
- ارتباط غريب مع الأشياء.
- صعوبة التعبير عن رغباته.
- الإفراط أو الخمول الحركي بشكل غير طبيعي.



- يظهر عدم الارتياج الشديد لحب غير واضح.
 - عدم الاستجابة لأساليب التعليم العامة.
 - أداء غير ثابت للنشاطات الحركية الدقيقة وال العامة.
- وبالتالي تتلخص الأعراض فيما يلي :
- ضعف في العلاقات الاجتماعية.
 - ضعف في التواصل .
 - ضعف في قدرات التخيل.
 - مقاومة التغيير.
 - تظاهر من بعضهم قدرات إبداعية في الموسيقا والرسم والرياضيات والميكانيكا.

الأعراض السلوكية الثائعة للتوحد

إن الطفل المصاب بالتوحد هو طفل تصعب إدارته وذلك بسبب سلوكياته ذات التحدي وبالرغم من هذا فإن السلوكيات الصعبة التي يديها الطفل التوحيدي هي عقبة ثانوية للتوحد ، والتوحد ليس فقط مجموعة من السلوكيات العدبية المهدف والغربية والشاذة والفووضوية ولكنه مجموعة من نواقص خطيرة تجعل الطفل قلقلا ، غاضبا ، محبطا مربكا ، خائفًا ومفرط الحساسية ، وتحدث السلوكيات الصعبة لأنها هي الطريق الوحيد التي يستجيب عبرها الطفل للأحساس الغير السارة وهي نفس النواقص التي تجعل تلك الأحساس تمنع الطفل أيضًا من التعبير والتعامل معها بطريقة مناسبة .

وتحدث السلوكيات بسبب أن الطفل يحاول إيصال رسالة ما إلى الآخرين فيستخدم هذه السلوكيات الشاذة ليصل إلى إحتياجاته ورغباته أو ما يمسه وما يطلب منه تغيير فيما حوله أو كطريقة للمسايرة والتعامل مع الإيجاباط .

وتتلخص بعض هذه السلوكيات في :

- مقاومة التغير
- السلوك الاستحواذى والنقطي .
- السلوك العدواني وإيذاء الذات.
- سلوك العزلة والمقاطعة .

- نوبات الغضب .
- المناورة مع الأفراد والبيئة المحيطة .
- الفسح والقهر دون سبب .
- الاستارة الذاتية .
- عدم إدراك المخاطر .

السلوكيات الأساسية للتوحد



تظهر علاقات الطفل الاجتماعية ونمطه الاجتماعي غير سويه ويقتل الطفل في تنمية التواصل الطبيعي السوي وتكون اهتمامات الطفل ونشاطاته مقيدة وتكرارية أكثر من كونها مرنة وتحببية . أضاف إلى ذلك وفقا إلى منظمة الصحة العالمية في تصنيف الإضطرابات الصحية والذي يسمى التصنيف الدولي للإضطرابات فإنه يتطلب وجود كل الأعراض في عمر 36 شهرا كما أن النظام الأمريكي الذي يسمى الدليل التشخيصي (DSM) أيضا يتطلب أن يتم تسجيل العمر من نقطة البداية

الذكاء

أن الأطفال المصايبن بالتوحد لديهم ذكاء طبيعي إلا أنهما بساطة عاجزون عن توصيله للأخرين وذلك نتيجة للصعوبات الاجتماعية وصعوبات التواصل لديهم ، وعندما يتم اختبار الذكاء (IQ) لديهم وجد أن ثلثي التوحديين يحصلون على درجات أدنى من المتوسط أو أن لديهم عدم قدرة أو عجز في الذكاء وهذا يعني أنه لديهم عائق أو اعاقة عقلية بجانب التوحد حيث أن 70 % من التوحديين لديهم تخلف عقلي أما الثالث المتبقى له نسبة ذكاء في المدى العادي وال الطبيعي وحقيقة فان التوحد يمكن أن يحدث عند آية نقطة على طيف الذكاء .

(أي من عدم قدرة أو عجز حاد في الذكاء إلى الذكاء العادي وال الطبيعي).

السلوك الاجتماعي

إن أحد أبرز خصائص وأعراض التوحد هو السلبية في السلوك الاجتماعي . وقد شرحت الكثير من التقارير التي كتبها الوالدان والبحوث هذه المشكلة ورأي الكثيرون أن ذلك هو مفتاح تحديد خاصية التوحد .

ويمكن تصنيف المشكلات الاجتماعية إلى ثلاثة فئات :

• المنعزل اجتماعياً

يتجنب هؤلاء الأفراد فعلياً كل أنواع التفاعل الاجتماعي . والاستجابة الأكثر شيوعا هي الغضب أو الهروب بعيداً عندما يحاول أحد الناس التعامل معهم . وبعدهم مثل الأطفال يجنون ظهورهم من يقدم لهم المساعدة لتجنب الاختكاك ولسنين حديدة ظل الاعتقاد السائد بأن هذا النوع من رد الفعل ليشتمل عليهم الاجتماعية يشير إلى أن الأفراد التوحديين لا يحبون أو أنهم أناس مذعوروون . وتتصنف نظرية أخرى تعتمد على المقابلات الشخصية مع البالغين التوحديين أن المشكلة قد تكون بسبب فرط الحساسية لمؤثرات حسية معينة . فمثلاً يقول البعض أن صوت الآباء يؤلم أذنيه ، وبعدهم يصف رائحة عطر والديه أو الكولونيا التي يستعملانها بأنها كريهة والآخرون يقولون بأنهم يتسللون عندما يلامسهم أحد أو يمسكم .

• الغير مبالٍ اجتماعياً

إن الأفراد الذين يوصفون بأنهم وسط اجتماعي لا يسعون للتتفاعل الاجتماعي مع الآخرين (ما لم يريدوا شيئاً) ولا يتجنبون الواقع الاجتماعية بفعالية . فلا يبدو أنهم يكرهون الاختلاط مع الناس ولكن في نفس الوقت لا يجدون أساساً في الخلو مع أنفسهم ويعتقد بأن هذا النوع من السلوك الاجتماعي شائع لدى أغلبية الأفراد التوحديين . ويتقول إحدى النظريات بأن الأفراد التوحديين لا يجدون سعادة "كمائية حيوية" في الاختلاط مع الناس . وقد أوضح البحث الذي أجراه البروفيسور جاك بانكيب في جامعة بولنخ غرين بولاية أوهایو أن مادة بيتا - إندورفين "beta endorphins" وهي مادة في باطن الدماغ تشبه الأفيون تنتشر في الحيوان أثناء السلوك الاجتماعي إضافة لذلك ، هناك دليل على أن مستويات مادة بيتا - إندورفين عالية لدى الأفراد التوحديين لذلك فهم لا ينجذبون للجروء إلى التفاعل والاختلاط الاجتماعي من أجل المتعة . وأوضحت بحث أجري على دواء

نالتريكسون (naltrexone) الذي يوقف عمل مادة بيتا - اندورفين بأنه يزيد من السلوك الاجتماعي.

• المرتبك اجتماعيا

هؤلاء الأفراد قد يحاولون بشدة الحصول على الأصدقاء ولكنهم لا يستطيعون الاحتفاظ بهم . وهذه المشكلة شائعة لدى الأفراد الذين لديهم متلازمة اسبرجر (Asperger Syndrome) وهو أحد الأسباب في فشلهم في إقامة علاقات اجتماعية طويلة الأمد مع الآخرين قد يكون عدم وجود التبادل في تعاملاتهم حيث أن أحديهم تدور غالبا حول أنفسهم وأنهم أنانيون . إضافة لذلك فهم لا يتعلمون المهارات الاجتماعية والمخضررات الاجتماعية بمحلاحة الآخرين وأنهم عادة ما يفتقدون إلى الذوق العام عند اتخاذ القرارات الاجتماعية .

إضافة للأنواع الثلاثة أعلاه من القصور الاجتماعي فإن الإدراك الاجتماعي للأفراد التوحدين قد لا يكون فعالاً . وأوضح بحث حديث أن العديد من الأفراد التوحدين لا يدركون أن الناس الآخرين لديهم أفكارهم وخططهم ووجهات نظرهم الخاصة بهم . كما يبدو أنهم يجدون صعوبة في فهم معتقدات وأمزجة ومشاعر الآخرين . ونتيجة لذلك فقد لا يستطيعون أن يتصوروا ما سيقوله أو يفعله الآخرون في مختلف المواقف الاجتماعية . وقد فسر ذلك بفقدان الحصانة

و بذلك تمثل بعض مظاهر الاضطراب الذاتي فيما يلي:

- ضعف العلاقات الاجتماعية.
- ضعف الناحية اللغوية.
- الاهتمامات والنشاطات المتكررة و قد يصاحبه اضطرابات في السلوك مثل نشاط زائد وقلة تركيز او نوبات غضب شديدة او صعوبة في النوم وقد يظهر سلوكاً مؤذياً لنفسه وايضاً تبول لأرادى ، وهناك بعض الحالات يصاحبها تشنجات (صرع).
- ضعف التواصل الاجتماعي اي ضعف في العلاقات الاجتماعية مع امه وابه ومع افراد العائلة والغرباء . بمعنى ان الطفل لا يهتم بوجود الآخرين ، لا يفرح عندما يرى امه او ابوه ، لا ينظر الى الشخص الذي يكلمه ، لا يستمتع بوجود الآخرين ولا يشاركون اهتماماتهم ، ولا يحب ان يشاركونه العابه ، يحب ان يلعب لوحده ، ولا يحب ان يختلط بالاطفال الآخرين. ايضاً لا يستطيع ان يعرف مشاعر الآخرين او

يتعامل معها بصورة صحيحة (مثل ان يرى امه تبكي او حزينة فهو لا يتفاعل مع الموقف بصورة طبيعية مثل بقية الاطفال)

- ضعف في التواصل اللغوي ضعف في التعبير اللغوي او تاخر في الكلام ، احيانا استعمال كلمات غريبة من تاليف الطفل وتكرارها دائما، او اعادة اخر كلمة من الجملة التي سمعها، ايضا قد يكون هناك صعوبة في استعمال الضمائر فمثلا لا يقول "انا اريد ان اشرب" بل يستعمل اسمه فيقول "احد يريد ان يشرب"
- نشاطه واهتماماته والعباته متكررة ومحدودة: فلا يوجد فيها تجديد مثل ان يلعب بالسيارات فقط او المكعبات او طريقة لعبه لا تتعاشي مع اللعبة التي يلعب بها مثل ان يرتب السيارات الصغيرة بطريقة معينة بدل من ان يتخيّل انها تسير في الطريق . ايضا يحب الروتين ولا يحب التغيير في ملابسه او اطوار اكله او طريقة تنظيم غرفته .. التعلق بالأشياء مثل خدمة معينة او بطانية ويعملها معه دوما وقد يكون عنده ايضا حركات متكررة لليد والاصابع.

سابعا : تشخيص اضطراب الذاتوية

التشخيص هو عملية ينفذها متخصصون للتحقق من وجود التوحد، وتحديد أسبابه، واقتراح برنامج التدخل العلاجي المناسب.

ما زال تشخيص التوحد من اكبر المشكلات التي تواجه الباحثين والعاملين في هذا المجال. فخصائص هذا الاضطراب غالباً ما تتشابه وتتدخل مع اضطرابات اخرى. للتغلب على مشكلات تشخيص التوحد يجب أن يتضمن تدريب العاملين في هذا المجال معلومات كافية عن طبيعته، بالإضافة إلى إنشاء مراكز مختصة في تشخيصه وعلاجه.

ويتم تشخيص الذاتويين عن طريق دراسة تاريخ حالتهم مع الحصول على معلومات من الوالدين عن الحالة وكذلك الملاحظة الدقيقة لقدرات التخاطب والسلوك ومستوى التطور لديهم. وقد يتطلب التشخيص إجراء بعض الاختبارات الطبية للتأكد من عدم وجود إعاقات أو أمراض أخرى وذلك لتشابه الأعراض مع العديد من الاضطرابات الأخرى. ويتطلب التشخيص الجيد اشتراك فريق عمل متكامل من طبيب الأعصاب والخصائص النفسي وطبيب الأطفال والخصائصي أمراض التخاطب وغيرهم من أصحاب العلاقة وذلك لتدخل وتعدد خصائص التوحد.

لا توجد فحوصات طبية مثل التحاليل المخبرية أو الاشعاعية تثبت مرض التوحد أو تعتمد للتشخيص.

يتم تشخيص المرض من قبل المتخصصين باعتماد استلة تشخيصية حسب مقاييس **DSM4** المعتمد عالمياً.

المعاير الماسمة في تشخيص الطفل التوحد.

- يبدأ في الاضطراب قبل الشهر الثلاثين من العمر.
- تقصه الاستجابة للناس والآخرين.
- عجز واضح في النمو اللغوي.
- أنماط غريبة وشاذة من الكلمات إن وجدت (كان تكون آنية أو متأخرة أو تردد بيفاوي لما يقوله الآخرين).
- استجابات شاذة وغريبة نحو البيئة مثل مقاومة التغيير والارتباط الشديد بأشياء جامدة عدوة مثل (ورقة أو قطعة خشب).
- لا توجد هلوسات أو توهّمات كما في الفصام.

فريق التشخيص

يتم تشخيص التوحد من خلال فريق متكمال مكون من طبيب أطفال وطبيب أعصاب وأخصائي نفسي وأخصائي اجتماعي وأخصائي نطق ولغة وأخصائي تربية خاصة وغيرهم حسب الحاجة، بالإضافة إلى الوالدين.

مبررات التشخيص



- الآباء يريدون أن يعرفوا طبيعة مشكلة طفلهم، حيث يشعرون بعدم الأمن والارتباك.
- التشخيص الصحيح حالة التوحد يقلل احتمالات إساءةفهم المشكلات المترافقية التي يعاني منها الطفل.
- التشخيص المبكر يخفف مستوى الشعور بالذنب لدى أولياء الأمور.

- التخيص الصحيح والتقييم المناسب لحاجات الطفل يزيد احتمالات وضع البرامج التربوية والعلاجية الفعالة والتخطيط المناسب للمستقبل.

صعوبات التشخيص

- يعتبر تشخيص إعاقة التوحد وغيرها من اضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيداً وتتطلب تعاون فريق من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وأخصائيوا التخاطب والتحاليل الطبية وغيرهم.
- وترجع تلك الصعوبات إلى عوامل متعددة تستعرض البعض منها فيما يلي :
- التوحد إعاقة سلوكية تحدث في مرحلة النمو تنصيب الغالية العظمى من معاور النمو اللغوي والمعرفي والاجتماعي والانفعالي والعاطفي وبالتالي تعيق عمليات التواصل والتخاطب والتعلم أو باختصار تنصيب عمليات تكوين الشخصية في الصبيم.
 - تعدد وتتنوع أعراض التوحد وتختلف من فرد إلى آخر ومن النادر أن يجد طفلين مشابهين في الأعراض .
 - كما تعدد الأعراض وتتنوع العوامل المسببة للإعاقة سواء منها العوامل الجينية الوراثية أو العوامل البيئية المختلفة ومن هنا يمكن تفسير لعدد الأعراض واختلافها من فرد لأخر .
 - ان أكثر العوامل المسببة للتوحد واضطرابات النمو الشاملة الأخرى يحدث في المخ والجهاز العصبي الذي يسيطر على كافة الوظائف الجسمية والعقلية والنفسية والسلوكية للإنسان وحيث تنصيب المراكز العصبية المتشرة على قشرة المخ والتي تحكم في كافة تلك الوظائف ، والمخ بصفة خاصة والجهاز العصبي بصفة عامة من أكثر أجهزة الجسم الإنساني تعقيداً ويتفوق في تعقيده أكبر وأعمق أجهزة الكمبيوتر التي توصلت إلى صنعه أحدث التكنولوجيا المعاصرة فإن ما يعرفه علماء الطب والتشريح عن فسيولوجيا المخ ووظائفه لا تزيد عن قطرة في بحر الغسوض ولا زال أمام العلم الكثير اللازم معرفته عن العلاقة بين نوعية الإصابة وحجمها وعمقها ومكان حدوثها وتوقيت حدوثها في مراحل نمو الطفل وبين الخلل الوظيفي ونتائجها السلوكية وبالتالي الأعراض المرتبطة عليها ونوعية الإعاقة التي تسببها .

- كذلك تعدد وتتنوع أنواع الإصابات التي تؤثر على المخ والجهاز العصبي فقد تحدث الإصابة نتيجة تلوث كيميائي (مثل الرصاص والمعادن الثقيلة) أو التلوث الأشعاعي الطبيعي أو الصناعي أو نتيجة للتدخين أو ادمان المخدرات أو الكحوليات أو التعرض للمعديات الحشرية أو نتيجة الإصابة بالأمراض التنايسية والأمراض البكتيرية أو الفيروسية كالحصبة والخمسة الألمانية والحمى الشوكية أو نتيجة التهاب الغدد الصماء (الغدة الدرقية) أو التصلب الدرقي أو سرطان المخ أو الدم . وغير ذلك من عشرات الأمراض الممبة لإصابة المخ أثناء فترة الحمل أو بعد الولادة . وبالتالي تعدد وتتنوع أشكال الخلل الوظيفي والسلوكي المترتبة على الإصابة فقد تؤدي إلى تلف جزء معين من المخ وبالتالي ظهور أعراض التوحد كلها أو جزء معين من المخ كما تؤدي إصابة جزء آخر من المخ إلى ظهور مجموعة أخرى من الأعراض تشخيص على إعادة إسبرجر أو ريت أو إعادة تخطاب أو تعلم أو خلف عقلي أو غير ذلك من الإعاقات التي تتشابه مع أعراض التوحد .
- قد تحدث الإصابة أو الخلل بطريق غير مباشر لمحاجة الجنين نتيجة حدوث العامل المسبب قبل عملية الإخصاب لوبضة الأم التي تكون موجودة عيشه طوال مرحلة الطفولة بسبب عامل اشعاعي أو تلوث بيئي كيميائي أو غير ذلك .
- قد يصاحب إعادة التوحد واحدة أو أكثر من الإعاقات الذهنية مثل التخلف العقلي (الشديد أو المتوسط أو البسيط) والإسبرجر أو الريت أو فصام الطفولة أو أحد إعاقات التعلم كالنشاط الحركي الزائد أو قصور القدرة على الاتباع والتراكيز أو الديسلكيا أو الأنفيزيا أو غيرها فتشابك وتعقد الأعراض وتصبح عملية التشخيص أكثر صعوبة وتعقيداً وخاصة وإن بعض أعراض تلك الإعاقات تتشابه مع بعض أعراض إعادة التوحد .
- من العوامل التي تصنف من صعوبات التشخيص أن بعض الأعراض التي حددتها الدليل الإحصائي للإضطرابات العقلية DSM.4 لتشخيص التوحد لا تخضع للقياس الموضوعي بل تعتمد على الحكم أو التقدير الذاتي غير الموضوعي مثل القدرة على تكوين علاقات اجتماعية فإن أعراضه تتراوح بين العزوف الكلوي عن الاتصال بالآخرين وتدرج إلى التجاوب فقط مع المبدأ الذي نأتي من جانب الآخرين ثم المبادرات الجافة اذا وجدت من جانب الطفل التوحدى .

ومثال آخر هو الشرط الذي يتطلب ظهور أعراض التوحد قبل انتهاء الشهر الثالثين من عمر الطفل فمن الممكن أن يسير النمو طبيعيًا حتى عمر 3 شهور ثم يصاب الطفل بالحصى الشوكية أو غيرها من الأمراض الفيروسية التي تسبب تلفاً في أنسجة المخ فلا تظهر الأعراض إلا بعد ذلك ومن هنا يحدث الخطأ في التشخيص أو من الممكن أن تكون أعراض التوحد موجودة أثناء الشهر الأول ولكنها تكون خفيفة لا يدرك الأهل ماهيتها ، وخاصة إذا كانوا يجهلون معنى وجود تلك الأعراض وهذا ما قد يحدث للأبوين خاصة عند ولادة الطفل ومعرفة ما هل هو طبيعي أو شاذ.

وذلك بالإضافة إلى الصعوبات التالية :

- التوحديون ليسوا فئة متGANة في القدرات والخصائص.
- التوحد يؤثر على الجوانب الاجتماعية والتواصلية والذاتية.
- وجود أمراض وإعاقات مصاحبة للتوحد.
- يتشابه التوحد مع اضطرابات أخرى مثل أسبرجر واضطرابات اللغة والنطق والإعاقة العقلية والسمع ومتلازمة ريت وانتكاسة النمو ومتلازمة لاندو - كلينفر ومتلازمة الكروموسوم الجنسي المثـش ومتلازمة موباس ومتلازمة سوتوس ومتلازمة توريت ومتلازمة ولماز وصعوبات القراءة التكراري والفصام.
- نقص في أدوات القياس والتشخيص والاختبارات الموثوقة بها.
- عدم وجود قادر مؤهل يقوم بعملية التشخيص.
- حداثة البحث في مجال تشخيص التوحد الذي بدأ على يدي كابر في الأربعينيات من القرن الماضي.

التشخيص الفارقي

هو العملية التي يتم من خلالها إصدار الحكم على مظاهر السلوك ومدى قريباً أو بعيداً عن المعايير الخاصة بها، وذلك بعد تطبيق أدوات القياس المناسبة. ويشير الباحثون إلى قضية تشابه السلوك المرتبط بالتوحد باضطرابات أخرى.

وهذه الأضطرابات هي:

- إضطرابات طيف التوحد (متلازمة أسبرجر، متلازمة ريت، إضطراب الطفولة الانكليزي، الإضطراب النمائي الشامل غير المحدد).

- الإعاقة العقلية: حوالي 50% من لديهم توحد لديهم إعاقة عقلية أيضاً.
- فضام الطفولة: يتشابه مع التوحد في مظاهر الانسحاب والوحدة.
- إضطراب التواصل: إضطرابات اللغة والكلام من المظاهر الأساسية للتوحد.
- اضطرابات أخرى مثل (متلازمة الكروموسوم الجنسي المُش، متلازمة تورت، اضطرابات السمع والبصر، اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، الاكتئاب، الصرع).

أدوات قياس اضطراب التوحد

و بشكل تقريري تتألف الأسلحة التشخيصية حسب المقياس العالمي DSM4 كما يلي:

أولاً: ظهور مجموعة من الأعراض المرضية في مناطق التطور عند الطفل وهي:

(أ) ضعف نوعي في التفاعل الاجتماعي:

- ضعف ملحوظ في إستعمال المهارات الشفهية المتعددة مثل الحلقه بالعين ، التعبير بحركات الوجه، حركات جسمية، إيماءات لتنظيم التفاعل الاجتماعي.
- القليل في تطوير علاقات مع أقربائه من نفس العمر وفتور في المشاعر.
- لا يستمتع في التفاعل مع الأهل مثل عرض شيء أو جلب شيء أو الاشارة الى الاشياء لعرضها.
- لا يشارك في النشاطات مثل الالعاب الجماعية والمرح.

(ب) عجز في التحصل والتواصل اللغوي واستعمالاتها:

- تأخر في التحصل اللغوي وعدم استعمال البدائل اللالفظية مثل النظر بالعين او حركات الجسم او الاماء.
- ان كان قادرا على استعمال اللغة لا يبدأ الحوار او لا يكمله.
- الاستعمال النمطي والنكراري للكلام.
- اهتماماته اللغوية مقيدة وغير مرنة او تخيلية.

(ج) نعلية السلوك والاهتمامات:

- مقاومة التغيير واعتماد سلوك مقيد.
- تحمس صلب بالروتين وبعض الطقوس.

- حركات نمطية وتكرارية مثل رفرفة الابدبي ، فرك الاجسام أو هزة الجسم للامام والخلف.
- الانشغال الدائم بأجزاء الاجسام .

ثانياً: ظهور الاعراض قبل السنة الثالثة من عمر الطفل:

ثالثاً: يتم استثناء الامراض التطورية الاخرى والنفسية عند الطفل مثل متلازمة رت ومتلازمة اسبرجر

وتعتمد ملاحظة الاهل أو مربي الطفل أو المختصين ، ويتم اعتماد الاجابة على الاسئلة التشخيصية حيث تشمل مناطق التطور الثلاثة المذكورة اعلاه وعمر الطفل اقل من ثلاث سنوات وتم استثناء الامراض التطورية الاخرى .

1. نموذج الكشف عن التردد:

يتم التشخيص بناءً:

- على مجموعة من الاسئلة التالية تغطي مناطق ثلاثة من تطور الطفل
- تعتمد من قبل اخصائي النمو والتطور
- ان يكون عمر الطفل اقل من ثلاث سنوات
- تم استثناء متلازمة رت ومتلازمة اسبرجر

2. نموذج لأسئلة اختبار تشخيصي للكشف عن الطفل الذاتي

يطلب من المفحوص الاجابه بنعم او لا عن الاسئلة التالية:

- هل يحب طفلك العناق والجلوس في الحضن
- هل يهتم بالاطفال من سنه ونفس عمره
- هل يحب المرح والقفز على الالات
- هل يميل الى العناد (لا يرد على التلفون، لا يلبي النداء)
- هل يؤشر باصبعاه الى شيء يريده او يهمه مثل لعبة معينة
- هل يلعب بالعابه الصغيرة مثل سيارة دون رميها واحداث العطل بها
- هل ينظر بالعين لك للحظة او لحظات

- هل يظهر حساسية باللغة من بعض المثيرات مثل اصوات معينة (يضع اصابعه باذنه حتى لا يسمعها)
 - هل يتفاعل مع تعبيرات وجهك مثل الابتسامة أو الفحشك
 - هل يقلد بعض تصرفاتك مثل بعض التعبير بحركات الوجه
 - هل يستجيب لاسمه عند مناداته
 - اذا نظرت الى لعبة او شيء ما في الغرفة هل ينظر اليها ايضا ويركز عليها
 - هل اصبح يفضل العزلة والوحدة
 - هل يحاول جلب انتباحك لبعض نشاطاته واهتماماته
 - هل خطرك يالك ان يكون طفلك اصم او ابدهم
 - هل يفهم ما يقوله الاخرون ويتجاوب
 - هل يكون احيانا شارد الذهن او يتجلو دون هدف
 - هل يتفحص تعبيرات وجهك ان قمت مواجهته بشيء عمله او نقله
 - هل يحب الارتباط بلغة معينة او شيء آخر بشكل ملفت
 - هل يميل الى النظر الى شيء في الغرفة او لعبة لفترة طويلة
 - هل يظهر نوبات غضب
 - هل يمانع تغيير وضع العابه او الاغراض في غرفته
 - هل يميل الى تردد ما يقوله له بشكل ملفت
 - هل يظهر عليه علامات المتعة في اللعب مع اخوه او الاخرين
 - هل يستعمل كلمات مفهومة وها معنى
3. الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الإصدار الرابع - المفع. 4- TR/2000
4. الدليل العالمي لتصنيف الأمراض (ICD-10) المراجعة العاشرة 1999م.
5. قائمة تشخيص الأطفال المضطربين سلوكياً (استماراة إي-2) – قائمة رملاند Childhood Autism Rating Scale, (CARS)
6. قائمة تقدير التوحد الطفلى (ABC)
7. قائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC)

8. مقياس جيلiam للتوحد (GARS)
9. الملف النفسي تربوي / الإصدار الثالث (PEP-3) Third Edition
10. تقييم السلوك اللغوي للأطفال المصاين بالتوحد والأطفال ذوي الصعوبات النمائية Behavioral Language Assessment for Children with Autism or Other Disabilities Developmental
11. أداة تقييم السلوك للأطفال التوحدين وغير الأشخاص (Atypical Children) BRIAAC & for Autistic Behavior Observation Scale (BOS)
12. مقياس ملاحظة السلوك Autism Diagnostic Observation Schedule للتوحد (ADOS)
13. أدلة الملاحظات التشخيصية للتوحد - المعدلة (ADI/R) The Autism Diagnostic Interview, Revised,
14. أدلة المسحية حالات التوحد للتخطيط التربوي - الطبعة الثانية Autism Screening Instrument For Educational Planning
15. جدول المراقبة التشخيصية للتوحد ما قبل تطور اللغة Pre-Linguistic Autism Observation Schedule (PL-ADOS Diagnostic)
16. قائمة التوحد للأطفال دون السنين (CHAT) Checklist for Autism in Toddlers
17. أدلة مسح التوحد للأطفال في عمر سنتين Screening Test for Autism in 2 Years Olds (STAT)
18. مقياس الحياة الواقعية (PLRS) Real – Life Rating Scales –
19. التقويم المختصر لسلوك الرضيع (IBSE) Infant Behavior Summarized Evaluation
20. قائمة تقييم لأعراض توحد الطفولة المبكرة Checkkst of Symptoms of Early Autism Infantile
21. مقياس تقييم السلوك التوحيدي .
22. مقياس الطفل التوحيدي .
23. PLS-3 لتقدير الأداء التعليمي نهائياً .

نماذج لبعض أدوات التشخيص

النموذج الأول: الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الإصدار الرابع- المنشع (DSM-4-TR/2000)

الـ D.S.M هو الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية وبالرغم من ان بدايات تصنيف التوحد تعود إلى العام 1943 مع العالم ليو كانر إلا ان مصطلح التوحد الطفولي لم يذكر مع اهم صفاتة إلا في الطبعة الثالثة DSM-3 Infantile Autism عام 1980 . وفي ما يلي دليل تشخيص التوحد كما جاء في الـ DSM-4 .

أولاً: ظهور 6 اعراض على الأقل - او اكثر - من المجموعات الأولى والثانية شرط ان يكون فيها اثنان من اعراض المجموعة الأولى على الأقل بالإضافة إلى عرض واحد على الأقل من كل المجموعتين الثانية والثالثة .

المجموعة الأولى :

1. قصور كيفي في قدرات التفاعل الاجتماعي بواسطة اثنين على الأقل من الاعراض التالية :

- قصور واضح في استخدام صور متعددة من التواصل غير اللغوي مثل تلاقي العيون او تغييرات الوجه او حركات وأوضاع الجسم في الواقع الاجتماعي والاتصال مع الآخرين .

- الفشل في تكوين علاقات مع الأقران تناسب مع العمر او مرحلة النمو .

- قصور في القدرة على المشاركة مع الآخرين في الأنشطة الترفية او الموابات او إنجاز أعمال مشتركة بهم .

- غياب المشاركة الوجدانية او الانفعالية أو التعبير عن المشاعر .

المجموعة الثانية :

2. قصور كيفي في القدرة على الاتصال كما يكتشفها واحد على الأقل من الأمراض التالية :

- تأخير او غياب تام في ثو القدرة على التواصل بالكلام (التخاطب) وحده (بدون مساندة اي نوع من أنواع التواصل غير اللغوي للتعميق عن تصور اللغة) .

- بالنسبة للأطفال القادرين على التخاطب وجود قصور في القدرة على المبادأة بالحديث مع الشخص الآخر وعلى مواصلة هذا الحديث .
- التكرار والنمطية في استخدام اللغة .
- غياب القدرة على المشاركة في اللعب الإبهامي أو التقليد الاجتماعي الذي يتناسب مع العمر ومرحلة النمو.

المجموعة الثالثة :

أولاً: انتصار أنشطة الطفل على عدد محدود من السلوكيات النمطية كما تكشف عنها الأعراض واحد على الأقل من الأعراض التالية :

- استغراق أو اندماج كلي في واحد أو أكثر من الأنشطة أو الاهتمامات النمطية الشائدة من حيث طبيعتها أو شدتها .
- الجمود وعدم المرونة الواضح في الالتزام والانصاق بسلوكيات وأنشطة روتينية أو طقوس لا جدوى منها .

• حركات غريبة ثمارس بتكرار غير هادفة مثل طقطقة الأصابع أو ثني الجذع إلى الأمام والخلف أو حركة الأذرع أو الأيدي أو قفز الأقدام .

- انشغال طويل المدى بأجزاء أو أدوات أو أجسام مع استمرار اللعب بها لمدة طويلة .

ثانياً: تأخير أو شلادة وظيفي يمكن قد بدأ في الظهور قبل العام الثالث من عمر الطفل في واحد مما يلي :

- استخدام اللغة في التواصل أو الانصال .
- اللعب الرمزي أو الإبهامي التخييلي (لعب أدوار الكبار).
- التفاعل الاجتماعي .

ثالثاً : غياب أعراض متلازمة الريت Rett كما ان هناك مسميات كثيرة للتوحد منها

- الانشغال الذاتي
- الاجترار أو إعادة الكلام
- التمركز الذاتي
- أنيستيك

- الانغلاق الاطفولي
- الانغلاق النفسي
- ذوي الاوتزم
- الاحادية

النموذج الثاني: مقياس التوحد الاطفولي

Childhood Autism Rating Scale (CARS,1988)

ويهدف المقياس إلى التعرف على الأطفال التوحديين والتفرق بينهم وبين الأطفال ذوي الإعاقات النمائية الأخرى خاصةً ذوي التخلف العقلي.

يشتمل المقياس على خمسة عشر بعضاً ويستلزم تطبيقه ما بين 30، 45 دقيقة وهذه الأبعاد هي:

- الانتماء والتفاعل مع الآخرين.
- الاستجابة السمعية.
- التقليد.
- استجابة واستخدام حواس التذوق واللمس والشم.
- الاستجابة الانفعالية.
- الخطأ والقلق.
- استخدام الأشياء.
- التواصل اللفظي.
- استخدام الجسم.
- التواصل غير اللفظي.
- التكيف مع التغيير.
- مستوى النشاط.
- الاستجابة البصرية.
- مستوى وثبات الاستجابة العقلية.
- الانطباع العام.

النموذج الثالث: قائمة تشخيص الأطفال المضطربين سلوكيًا (قائمة E-2)

Behavior Disturbed Children (Rimland E-2) by Diagnostic Checklist For Rimland, 1971

الهدف الأساسي لهذا المقياس هو استخدامه كأداة مسحية لمساعدة الباحثين على تحديد أطفال التوحد كما يهدف إلى المساعدة في التعرف على أنواع التوحد الفرعية ودرجاتها المختلفة.

تشمل استماره (E2) على 80 سؤالاً متعدد الخيارات وهي مقسمة إلى الأبعاد

التالية:

- التفاعل الاجتماعي.
- خصائص أو نمط الكلام.
- نمو وتطور العرض. وتتراوح مجموعة الناطق التي يشمل عليها المقياس ما بين - 54 (الأقل) إلى 45+ (الأعلى) وهي مقسمة كالتالي:
 - التوحد التقليدي ودرجاته تراوح من (+20) فما فوق.
 - التوحد من (-15) إلى (+19).
 - شبه التوحد من (-16) فما دون.

النموذج الرابع: قائمة تقدير السلوك التوحدى

Checklist ABC, 1988 Autistic Behavior

تشمل القائمة (75) فقرة تصف أنماط السلوك التي يظهرها الأطفال التوحيديون وقد

وزع هذه الفقرات على خمسة أبعاد:

- الجانب الاجتماعي والاعتماد على الذات.
- الجانب اللغوي.
- الجانب الجسми واستعمال الأشياء.
- الجانب الاجتماعي.
- الجانب الحسي.

النموذج الخامس: قام نايف الزارع بإعداد بناء الصورة السعودية من القائمة والتي تألفت من (201) فقرة وزعت على سبعة أبعاد هي:

- العناية بالذات.
- البعد اللغوي والتواصل.
- البعد الأكاديمي.
- البعد السلوكى.
- البعد الجسمى والصحي.
- البعد الحسى.
- البعد الاجتماعى والانفعالي.

النموذج السادس: قائمة التوحد للأطفال دون السنين

Checklist for Autism in Toddlers (CHAT)

صممت للاحظة السلوكيات المبكرة لاضطراب التوحد للأطفال ابتداء من سن (18) شهراً وتعتبر أداة كشف أو مسح زلبيست أداة تشخيص وتحتوي المقاييس على (9) أسئلة موزعة على قسمين: قسم خاص بالوالدين، وقسم خاص بلاحظات الفاحص. السلوكيات التي غالباً ما تظهر لدى ذوي التوحد في سن مبكرة والتي تعتبر مؤشراً لوجود اضطراب التوحد هي:

- فشل في القدرة على اللعب التعميلي أو التخييلي.
- عدم الاهتمام بالأخرين.
- قصور في المشاركة في اللعب الجماعي.
- قصور في الانتباه المشترك.

النموذج السابع: مقاييس جيليان للتوحد

Gilliam Autism Rating Scales(GARS,1995)

يطبق على حالات التوحد من تراوح أعمارهم ما بين 3 - 22 سنة فقد يستخدم هذا المقاييس من قبل الأهل أو المختصين.

ويقين الجوانب التالية:

- التواصل والتفاعل الاجتماعي.
- السلوك النمطي المتكرر.
- الاضطرابات النظرية.

النموذج الثامن: مقياس تقييم السلوك التوحد يشمل على 33 عبارة موزعة على أربعة أبعاد وهي:

- مشكلات الاتصال الاجتماعي.
- المشكلات الانفعالية.
- مشكلات سمعية وبصرية.
- مشكلات في النشاط الحركي المفرط للطفل.

وقد قام غزال (1997) بتقدير هذا المقياس على مجموعة من الأطفال التوحديين في جمهورية مصر العربية.

النموذج التاسع: تقييم السلوك اللغوي للأطفال المصابين بالتوحد والأطفال ذوي الصعوبات النمائية

for Children with Autism or Other Developmental Disabilities,1998

ويقين الجوانب التالية:

- التعاون والاستجابة للآخرين.
- القدرة على الطلب.
- التقليد الحركي.
- اللعب اللغطي.
- التقليد اللغطي.
- المطابقة.

Psycho educational Profile (PEP-3) Third Edition

ويقيس الجوانب التالية:

- الإدراك اللغطي وغير اللغطي (CVP)
- اللغة التعبيرية (EL)
- اللغة الاستقبلية (RL)
- المهارات الحركية الدقيقة (FM)
- المهارات الحركية الكبيرة (GM)
- التقليد الحركي البصري (VMI)
- التعبير الفعال (AE)
- التجاوب الاجتماعي (SR)
- السمات السلوكية الحركية (CMB)
- السمات السلوكية اللغوية (CVB)

النموذج الحادي عشر: أداة تقدير السلوك للأطفال التوحديين والعاديين

Behavior Rating Instrument for Autistic and Atypical Children

BRIACC(1977)

هو عبارة عن ثمانية مقاييس يجبر عليها من الملاحظة مباشرة وتتطلب مقدرين مدربين وتم تعريف كل سلوك إجرائياً كنظام تسجيل.

النموذج الثاني عشر: القائمة التشخيصية للتوحد

القائمة التالية يمكن أن تساعد في الكشف عن وجود التوحد عند الأطفال ، علما أنه لا يوجد بند يمكن أن يكون حاسماً بشكل جوهري لوحده ، وفي حالة أن طفل ما أظهر 7 أو أكثر من هذه السمات ، فإن تشخيصاً للتوحد يجب أن يؤخذ في الاعتبار بصورة جادة.

وتشمل القائمة الجوانب التالية:

- الصعوبة في الإختلاط والتفاعل مع الآخرين
- يتصرف الطفل كأنه أصم

- يقاوم التعليم
 - يقاوم تغيير الروتين
 - ضحك وفهمة غير مناسبة
 - لا يدي خوفاً من المخاطر
 - يشير بالآباءات
 - لا يحب العناق
 - فرط الحركة
 - انعدام التواصل البشري
 - تدوير الأجسام واللعب بها
 - ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الأشياء
 - يطيل البقاء في اللعب الانفرادي
 - أسلوب متحفظ وفاتر المشاعر

دامتنا : اعاقات تصاحب التوحد والتوقعات المستقبلية للتوحد

إضافة إلى الإضطرابات النعائية النمطية هناك إضطرابات أخرى تشابه الإصابة بالتوحد مثل ما يسمى متلازمة الكروموسوم إكس المثني Fragile X Syndrome ويعتبر هذا ثاني أثر مسبب للتأخر الذهني بعد متلازمة الثالث الصبغي، ويسبب في هشاشة الكروموسوم إكس تعدد مكون عضوي Methylated على الكروموسوم إكس ويمكن التتحقق من ذلك عبر إجراء فحص على DNA المرتبط بهذا الكروموسوم.

وقد بيّنت الأبحاث التي أجريت على انتشار متلازمة كروموسوم إكس المثـن أن هناك مصابين 5 و 10٪ من المصابين توفر لديهم معايير تشخيص التوحد وتبين من جهة أخرى أن 20٪ من مصابي التوحد مصابين لديهم كرومـوسوم إكس المثـن، وهناك تداخلـا في نسب الإصابة بالمتلازمة والتوحد إلى نسب عالـية

يبدو أن هناك تشابهاً مع طيف كروموزومي آخر وهو متلازمة لاندو-كليفنر Landau-Kleffner Syndrome يحصل خلال الإصابة بهذه المتلازمة-التناذر- بالعجز

الكلامي Apasia بالتزافق مع نوبات صرعية وذلك إثر فتره تطور طبيعية في مجال النطق واللغة.

عادة ما تبدا عناصر الملازمة بالظهور في السن الرابعة من العمر وهنالك إحتمالات إمتداد بهذه الإصابة ما بين العام الواحد والستة الرابعة عشرة من العمر يفقد المصاب تدريجياً مهارات فهم وإدراك اللغة لدرجة أن الأهل يعتقدون أن إبنهم أصبح بالصمم. لقد كان معتقداً أن ملازمة لأندو كليفير هي مرض صرعي ولكن ثبت من خلال العلاج أن التحسن اللاحق بنوبات الصرع لا يصاحبه بالضرورة تحسن في مجال فقدان اللغة المتزايد.

وقد جرت الاستعana بفحص Magneto-Encephalography للحد من اللعنة الخبيث بتشابه ملازمة - لأندو- كليفير وسائر أطياف التوحد، وبين من نتائج الفحوصات [كتشاف أن نسبة مثيرة ملحوظة من حالات الصرع الطفولية تصاحب التوحد وحالات الإضطراب النمائي المنطبي PDD-NOS.

هناك عدة حالات تشبه بشكل أو باخر مع التوحد مثل إنفصام الشخصية ، والإضطرابات التواصلية، وحالة قصور الظم الحصري، وحالات القصور الحسي، وملازمة توريت، Tourette Syndrome والحرمان النفسي الاجتماعي، والتخلف العقلي. وبذلك يمكن إيجاز الاعاقات المصاحبة للتوحد فيما يلى :

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| Down's Syndrome | • ملازمة داون |
| Fragile -X Syndrome | • فراجايل اكس |
| Landou - Kleffner Syndrome | • ملازمة لأندو كليفير |
| William's Syndrome | • ملازمة ويليام |
| Prader - Willi Syndrome | • ملازمة بردر ويلي |

تاسعاً : الفروقات بين الذاتيين وذوي الاعاقة العقلية
التدقيق في ملاحظة سلوك التوحد ، يمكن تمييزه عن ذوي الاعاقة العقلية ، حيث تتشابه السمات السلوكية بينهما .

وفيما يلي يوضح للسمات الخاصة بكل منها :

خاصية التعلق بالآخرين

الطفل ذوي الاعاقة العقلية يتمي ويتعلق بالأخرين ، ولديه وعي اجتماعي نبي . بينما يفتقد الطفل التوحدى التعلق بالآخرين حتى عندما تكون نسبة الذكاء لديه مترسبة .

خاصية الاعاقة العقلية :

الطفل ذوي الاعاقة العقلية يفقد القدرة على التعبير اللغوي والادراكي الحركي والبصري بينما الطفل التوحدى غير قادر على التعبير اللغوي ولديه قدرة محدودة للادراك الحركي والبصري .

خاصية التواصل اللغوي

ذوي العوق لديهم التواصل اللغوي مع الآخرين محدود للغاية بينما التوحدى لديه صعوبة الاستخدام اللغوي وان وجدت اللغة فهي غير عادية وقد لا تكون مفهومة .

خاصية القدرات الجسمية

ذوي العوق لديهم العيوب والعجز الجسمي نسبه أعلى عند الاعاقة العقلية بينما التوحدى لديه العجز الجسمي أقل .

خاصية السلوك النمطي

ذوي العوق يختلف لديهم السلوك النمطي باختلاف العرق العقلي بينما لدى التوحديين السلوك النمطي ظاهر والحركات الكبيرة مثل التأرجح الذي يتم في صورة نمطية .

هذا بالإضافة إلى وجود فروق بين :

- التوحد وفصام الطفولة .
- التوحد واضطراب التواصل .
- التوحد واضطرابات السمع والبصر .

سرا : التدخل العلاجي للأطفال الذاتيين



لا يوجد علاج شاف للتوحد ولكن نتأمل المريض من خلال برامج تعليمية شاملة . ويتم الحصول على أفضل النتائج للمريض في عمر ما قبل الثالثة.

ن الأساليب العلاجية المستخدمة ما يلي :

- البرامج التعليمية الخاصة وهي من المحب البرامج إذا توفرت للمريض بشكل ملائم فهي تساعد على التخلص من الكثير من مشاكله.
- العلاج الشامل : وهو دمج الأساليب العلاجية عديدة مع بعضها بعضاً لتحقيق أهداف محددة.
- يجب أن تكون مدة الجلسة العلاجية من خمس عشرة إلى أربعين دقيقة في الأسبوع ولدورة عاشرى حتى يتم تعديل السلوكيات المختلفة والوقاية من الأخرى.
- التحليل السلوكي التطبيقي : وهو أسلوب يركز على التقليل من السلوكيات غير الطبيعية وتعليم مهارات جديدة.
- طريقة دعم السلوكيات الإيجابية.
- الأدوية التي تساعد على تعديل بعض السلوكيات أو تحسن القدرات: وهذه الأدوية تساعد في علاج بعض المشكلات المصاحبة للتوحد مثل اضطراب النوم والصرع والحساسية وسوء المفہم ، ولكن هذه الأدوية لا تعالج التوحد.
- العلاج التخاطي: وهذا النوع من العلاج يركز على تحسين القدرة على التواصل واستخدام اللغة وتعديل السلوكيات، والتي عدم النضج فيها تعيق القدرة على التواصل الطبيعي.
- برامج الحمية الغذائية الوقائية.
- العلاج بالموسيقى.
- العلاج المهيـ.

- العلاج الطبيعي.
 - التدريب الحسي التكاملي.
 - العلاج البصري.
- العلاج الدوالي

يعطي اطفال التوحد انواع مختلفة من العقاقير تتضمن الادوية المضادة لللصرع او لتخفيض الشاط المفرط او حالة سلوك تدمير الذات والعصبية الزائدة وضبط تارجع المزاج وزيادة الانتباه والتركيز ومع معرفتنا لانواع كثيرة من العقاقير لابد من الاخذ بعين الاعتبار انه لا توجد طريقة واحدة سحرية تناسب كل اطفال التوحد فكل حالة فريدة من نوعها تتطلب ما يناسبها من ادوية مع الحرص على عدم استخدامها الا بموافقة الطبيب المختص وتحت اشرافه علما بأنه لا يوجد حتى الان من تلك العقاقير ما فيه شفاء من التوحد ولكنها فقط تخفف من حدة الاعراض وتساعد في عملية التعليم.

العلاج بهرمون السكريتين *secretine*

السكريتين هو هرمون يوجد في البنكرياس والكبد والامعاء ويحفز السكريتين البنكرياس لتفرز البيكربيونات والانزيمات الماضمة في الامعاء كما يحفز الكبد على افراز العصارة الصفراوية والمعدة على انتاج اليدين ، تقول احدى النظريات ان هرمون السكريتين يحفز انتاج السيروتونين في المخ والذي يكون منخفضا عند اطفال التوحد، والسيروتونين مسؤول عن عدد من الوظائف في المخ بما في ذلك تنظيم الانارة والتركيز والتعلم، ولكن في النهاية لا توجد اي معلومات متوفرة حتى الان عن الانار الجانبيه وتوجد الان اكثر من دراسة يجري اعدادها عن فعالية السكريتين ولابد من ذكر ان هرمون السكريتين لم يجاز استخدامه في منظمة الادوية العالمية كعلاج للتوحد حتى الان ويعطي على مسؤولية الاهل

العلاج بالفيتامينات (فيتامين B6 + المغنيسيوم)

يحتاج اطفال التوحد بصفة خاصة الى عنصر الزنك والنحاس والمغنيسيوم بالإضافة إلى فيتامين B6 بنسبة أعلى من الاطفال الآخرين حيث له تأثير مباشر على اطفال التوحد كما ويشير برنار ريملاند مدير معهد ابحاث التوحد باستخدام *dimethylglycine* المعروف باسم DMG ل توفير احتياجات الطفل التوحد من العناصر الغذائية الفضورية من فيتامينات ومعادن وخلاصة بعض الاعشاب الخالية من المواد الكيميائية

علاج بالحمية الغذائية الخالية من الكازين والجلوتين

الجلوتين هو البروتين الموجود في القمح والشعير ، الكازين هو البروتين الموجود في حليب الحيواني ومشتقات الالبان، لقد ثبتت الدراسات ان 75٪ من اطفال التوحد لديهم مشاكل في الغذاء وفي فحص اجري على 500 طفل توحدي تبين ان لديهم مواد مورفينية في البول على سبيل المثال : يبيت الكازومورفين وهو بروتين غير مهضوم او مهضوم جزئيا ناتج عن عدم هضم الجزيئات الموجودة في الحليب ، يبيت الغيلو تومورفين وهو بروتين غير مهضوم ناتج عن عدم هضم الجزيئات الموجودة في القمح والشعير كما وجدت مواد اخرى وهي الديلتو مورفين و الدبيومورفين وهي مواد موجودة تحت جلد ضفدع سام موجود في اميركا الجنوبية وتعديل قوة هذه المواد مرات مضاعفة لقوة المواد المخدرة المعروفة وربما لهذا السبب يشبه البعض مدمى المخدرات بالطفل التوحدي ، وقد بيست الدراسات على حصول تغيرات ايجابية اثر الحمية منها ارتفاع معدل التركيز ، اكثر هدوء واستقرارا ، تحسن في نظام النوم ، تحسن في اساليب الاتصال ، تحسن التأثير الحركي البصري ، تحسن عادات الطعام.

AIT العلاج بالتدريب السمعي

هو تدريب لعملية السمع للمدخلات الحسية والغير طبيعية للأطفال الذين يعانون من التوحد ، تأخر ثانوي شامل ، ضعف الانتباه والتركيز ، صعوبات التعلم ، صعوبات في السمع ، الاكتتاب ، المصابون بمتلازمة داون.

ونظرية التدريب السمعي تقوم على فلترة الاصوات التي يسمعها الطفل من خلال جهاز audiotrakinetron وذلك بقصد التأثير على الجهاز السمعي للطفل.

العلاج بالتعليم المنظم

التعليم المنظم هو عملية متكاملة للتدخل العلاجي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وترتکز على جعل البيئة حول الطفل واضحة ومفهومة مما يقلل من المشاكل السلوكية للطفل وتدفعه نحو المزيد من الاستقلالية والثقة بالنفس عبر التنظيم المحسوس وعبر اماكن التعلم الحر والجماعي داخل الصف ولاشك بأن هذه الطريقة تؤمن للطفل كل حاجاته الحسية والجسدية

وهناك عدة طرق تدخل وعلاج تدرج تحت عملية التعليم المنظم وهذه الطرق هي :



العلاج بتعديل السلوك ، العلاج بالتكامل الحسي ، العلاج باللعبة ، العلاج بالموسيقي ، العلاج بالرسم ، العلاج بتنمية مجالات النطورة السبعة وتشمل التواصل ، تنمية المهارات الأكاديمية ، تنمية المضلات الكبيرة ، تنمية العضلات الدقيقة ، تنمية المهارات الاجتماعية ، تنمية المهارة المهنية ، تنمية العناية بالذات.

العلاج بالخلص من الزبقة من الجسم

- طفل كان ثوره الجسدي وتطوره حتى الـ 15 شهراً مقبولاً ، ينطق بباً وبعض الكلمات أخرى.
- عندما أصبح عمره 18 شهراً لم يطور تحصيله اللغوي بل تراجع وقد ما اكتسبه من كلمات قليلة.
- عندما أصبح عمره 36 شهراً (3 سنوات) ينطق كلمات بسيطة مثل (دي) ويكررها بشكل غطبي.
- أصبح يعاني من : نوبات غضب ، تراجع في التواصل البصري (يتجنب النظر بالعين) ، لا يستجيب لمناداتاته لاسمها (كانه اسم) لكن يستجيب لاصوات أخرى.

- أصبح يزعجه اصوات معينة بحيث يسد اذنيه باصابعه يراقب المروحة لساعات.
- تم تشخيصه من قبل الاختصاصيين حسب مقياس DSM4 كحالة توحد التحاليل المخبرية للبول والشعر والدم : نسبة الزئبق مرتفعة من 350% الى 400% اعلى من القيمة المأمونة عند الطفل في عدة عينات متالية.
- تمت معالجته بالادوية الناضحة للمعادن الثقيلة (الزئبق) تحت اشراف طبي وضمن برنامج علاجي.

، حدوث تحسني حالة الصحية: في الخمس سنوات من العمر أصبح عنده تحصيل لغوي مقبول، يقوم بعمليات حسابية في ذهنه، يقرأ كلمات بسيطة من ثلاثة إلى أربعة أحرف، يلعب الشطرنج، تحسن لديه في مدى التركيز والانتباه طبعاً هذا لا ينطبق على كل حالة توحد، لذا يرجى مراجعة الطبيب المختص.

ان أطفال التوحد لا يختلفون عن أي طفل آخر سوى أن سلوكياتهم الخاصة بهم هم يظهرون مختلفين عن غيرهم هذا إذا كانت سلوكيات الاستارة الذاتية مثل المزهaze الأصابع أيام أعينهم ورفقة اليدين واضحة.

وتحتاج معظم أطفال التوحد بصفة جيدة كما أن لديهم متوسط عمر متوقع عادي أن التوحد يمكن أن يرتبط بظروف أخرى بعض الأحيان فإن بعض أطفال التوحد لديهم ر في القدرات وعجز جساني.

نـة طفل ذاتي



(س) طفل عمره 4 سنوات ولد ولادة طبيعية وزنه كان 3 كيلو جرام وتلقى رضاعة طبيعية لمدة شهر، تقول أمها ان ابنتها كان هادئ جداً عندما طفل رضيعاً، لا تسمع له صوت ، ولا يوجد بل بالنظر بينها وبينه ، لم يستطع ان ينطق بكلمة الى سار عمره 3 سنوات ، بعد ذلك استطاع ان يقول ما ، بابا ، واحد ، اثنين ، ثلاثة) فقط مع اصوات

مفهومه ، عندما يريد شيئاً يسحبها من يدها الى الشيء الذي يريد ، كثير من الاحيان لا عليها عندما تناهيه باسمه مع أنها متأكدة من انه يسمع ، ينظر اليها احياناً عندما تتحدث ولكن ليس بشكل ثابت ، يقضي وقته بالجري والصرخ ، لا يهتم باخوته ولا يشاركون بهم . ولا يهتم بوجود احد من افراد العائلة ، يجب ان يلف الاشياء ويقضى وقت طويل ذلك، يجب ان يشاهد اشرطة الفيديو بشكل كبير وهناك اشرطة معينة يجب تكرارها سك بدمعية معينة يحملها معه دائماً ، له حركات بيده مثل الرفرفة ، تزيد عندما يكون نـ.

الفصل الثالث

الذاتوية وبعض مظاهر النمو

أولاً : الحواس والاضطرابات الحسية لدى الأطفال الذاتيين

ثانياً ، اللغة والتحدث لدى الذاتيين

ثالثاً ، التحكماء والموهبة لدى الأطفال الذاتيين

رابعاً «الذاتيون والنمو الجنسي

خامساً : برنامج لتعديل السلوك اللغظي - غير اللغظي لدى الأطفال
الذاتيين

سادساً: التوقعات المستقبلية للذاتيين

الفصل الثالث

الذاتية وبعض مظاهر النمو

اولاً: الحواس والاضطرابات الحسية لدى الأطفال الذاتيين

يتطور الإنسان وينمو ويُصبح له شخصية مميزة وكيان مستقل ووجهة نظر وقدرة على التعامل مع الحياة بكل صعوباتها من خلال العقل الذي وهبه له الله تعالى ولكن هذا العقل لا يعلم ولا يستطيع العمل إلا من خلال الحواس (السمع ، البصر ، الشم ، التذوق واللمس) التي هي مصدر المعلومات التي تدخل إلى المخ ولكن هذه المعلومات التي ترسلها الحواس لن يكون لها قيمة ولن تصل إلى المخ إلا من خلال الأعصاب التي تنقل هذه المعلومات من الحواس إلى المخ ، إذن فالمخ والحواس والأعصاب الناقلة للمعلومات الحسية مثلث لا بد أن تكتمل أضلاعه الثلاثة حتى يُصبح ما نراه أو نسمعه أو نشمّه أو نتذوقه أو نلمسه له قيمة حقيقة وواضحة بالنسبة لنا .

أما إذا كان أحد هذه الأضلاع به خلل فلن تكتب المعلومات بشكل سليم ولن تستطع الحياة بشكل طبيعي وسوف يتوقف أو يتاخر تطور النمو لدينا . وهذا الأمر هو ما نلحظه لدى العديد من الأطفال الذاتيين حيث تجد لديهم استجابات غير عادية وشاذة تجاه المثيرات الحسية المختلفة فاستجاباتهم تتميز إما بالبرود والتبلد الشديد وإما بالحساسية الزائدة بشكل لا يتناسب مع شدة أو ضعف المثير فتكون استجاباتهم أكثر أو أقل حدة من استجابة الأطفال الآسيوياء فيما يتعلق بالمثيرات الحسية مثل الأصوات ، الألوان ، الروائح واللامس .

أنواع الحواس

هناك ثلاثة أنواع من الحواس أو الحساسية وهي الحواس الباطنية العامة المتمثلة في الحاجات العضوية والحواس الباطنية الخاصة المتمثلة في التوتر العضلي والحركة والتوازن والنوع الثالث هو الحواس المستقبلة للمنبهات الخارجية وهي المتعلقة بالبصر ، السمع ، الشم ، اللمس والتذوق .

أ. الحواس الباطنية العامة

هذا النوع من الحواس يظهر في حالة الأحشاء من امتلاء وافراغ معدة ، أمعاء ، مثانة، وتنتقل هذه الحواس عن طريق الأعصاب الموجودة في الأجهزة الحشوية من الجهاز المضي الموصولة لقشرة المخ ومن مظاهر هذه الحواس الباطنية العامة الجوع ، العطش ، التعب ، الرعشة ، الضيق ، الارتياح ، الإثارة الجنسية الخ. وقد يتبع عن اختلال هذا النوع من الحواس أن يفقد الفرد تميز بين حالتي الجوع والشبع ، أو يفقد الشهية للطعام ، أو البرود والتبلد أو الشعور بالتعب عند القيام بمجهود بسيط جداً أو عدم الشعور بالتعب رغم بذل مجهود شديد جداً.

ب. الحواس الباطنية الخاصة

وهذا النوع من الحواس أكثر تغيراً من النوع السابق حيث أن له أعضاء خاصة لاستقبال التبيهات موجودة في العضلات والأوتار والمفاصل وكذلك موجودة في الجزء التوازني من الأذن الداخلية .

وهذا النوع من الحساسية يتأثر بالبيئات الميكانيكية كالضغط والشدة والاحتكاك والحركة وكل هذه الأمور تحد في حاسة الحركة والتوازن . ومن مظاهر هذا النوع من الحواس أو الحساسية الإحساس بالضغط العميق والجهد والمقاومة والإحساس بشغل الأجسام والإحساس بوضع الأطراف وحركاتها (المدى ، الاتجاه و السرعة) بالنسبة للجسم ، والإحساس بتوازن الرأس بوضع الجسم وتوازنه بالنسبة إلى قمة الحاجزية (وقوف ، المحنان ، جلوس ، استلقاء و ابطاع) وكذلك الإحساس بتحريك وانتقال الجسم بالنسبة إلى الاتجاهات المكانية فوق ، تحت ، يمين ، شمال ، أمام وخلف.

ج. الحواس المستقبلة للتبيهات الخارجية

هذا النوع من الحواس يتمثل في إحساسنا وإدراكنا للمؤثرات الخارجية والتي تعتمد على كفاءة أجهزة الحواس الخاصة بالسمع ، البصر ، اللمس ، التذوق والشم . ومن مظاهر هذا النوع من الحواس الإحساس باللمس ، البرودة ، السخونة الطعم المر والحلو ، المالح ، الحامض ، الروائح الذكية ، والكريهة ، روانح التراويل ، تميز الألوان، تميز الأماكن ، الأصوات المرتفعة ، الأصوات الضعيفة ، الموسيقي والغناء ، وغيرها من الكثير من المظاهر الحسية التي تعتمد على الحواس الخمسة.

وهذا النوع من الحواس وهي الحواس المتقبلة للنبهات الخارجية هو ما سوف نركز عليه ونوضحه بشكل مفصل.

المقصود بالاضطرابات الحسية لدى الذاتيين

الاضطراب الحسي هو الخلل أو القصور في أي عضو من أعضاء الحواس Sensory Organs) العين ، الأذن ، الأنف ، اللسان ، والجلد) في الخلايا العصبية الحسية Sensory Neurones المسئولة عن توصيل النبهات أو المثيرات الحسية الخارجية Stimulus إلى المخ .

وهذه الاضطرابات الحسية تنشر بصورة واسعة لدى نسبة كبيرة من الأشخاص الذاتيين حيث تجد لديهم استجابات حسية غير عادية وغير ثابتة للمثيرات العادلة والمولدة فقد يعتقد أن البعض من الأطفال الذاتيين لا يسمعون لأنهم لا يردون عندما ينادي عليهم، في حين تجد البعض منهم يبالغون في ردود أفعالهم تجاه أصوات معينة ، وكذلك الحال فيما يخص البصر حيث تجد بعضهم لا ينظرون إلى آبائهم أو إلى الأشياء التي تجذب الأشخاص العاديين في حين تجدتهم يحملقون في الأضواء أو الأشياء التي تلمع أو ذات البريق لفترات طويلة .

وكذلك بالنسبة لحس اللمس أو الشم فقد يتخد بعض الذاتيين اللمس والشم طريقة لاكتشاف وتفحص اليتة من حولهم فتجدهم يتعرفون على كل شيء عن طريق لمسه عدة مرات أو وضعه في الفم أو شمه .

كما أن البعض منهم لديه حساسية شديدة للتغيرات الجو (البرد والحر) أو للألم وقد يستجيبون لهذه التغيرات بردود أفعال تسم بالبرود والضعف وكذلك تجد بعضهم يقاوم اللمس والاتصال الجسدي وغير ذلك من العديد من مظاهر الاضطرابات الحسية لدى الذاتيين.

مظاهر الاضطرابات الحسية

تتجلى العديد من مظاهر الاضطرابات الحسية لدى الذاتيين في مظاهر الحس المختلفة السمعية ، البصرية ، اللمسية ، السمعية ، والتذوقية .

أولاً: مظاهر الاضطرابات الحسية السمعية

يظن الناس عادة أن الطفل الذاتي مصاب بالصمم لأنه يتجاهل أصوات مرتفعة جداً كالفرقة أو صوت انفجار ولا يُدي أي استجابة لتلك الأصوات ، ولكن في الغالب

يعلم الوالدين أن طفلهما ليس أصمًا بل هو يسمع كل شئ لأنه قد يلتفت عند فتحهم كيس شيء أو مخلف شيكولاتة أو أي شئ من الأشياء الفضلة لديه .

ومن أمثلة مظاهر الاضطرابات الحسية السمعية ما يلي:

- البكاء والصراخ في الأماكن المزدحمة والمخلفات وأعياد الميلاد.
- تغطية الأذنين باليدين أو وضع الأصابع فيها .
- الانتباه الشديد للأصوات الضعيفة والرتبة مثل بندول الساعة .
- سماع صوت الآلات والمفرادات
- صدي صوت تساقط الماء .
- فتح وغلق الأبواب بشكل متكرر
- حب سماع أغاني معينة ذات رقم ولابقاع مرتفع أو منخفض .
- التعلق بسماع الأذان أو موسيقى نشرات الأخبار .
- المهمة مع النفس كثيراً
- البكاء والصراخ عند استخدام الطباشير أو أقلام السبورة أمامه .
- الصراخ والفرغ عند سماع صوت مفاجئ .
- الرعب والهلع عند الاقتراب من شاطئ البحر .
- الصراخ والبكاء عند قص الشعر .

ثانياً : مظاهر الاضطرابات الحسية البصرية



ينطبق نفس الحال فيما يتعلق بالمشاكل الحسية البصرية كما هو الحال في المشاكل الحسية السمعية فقد يتتجاهل الطفل الذاتي الأشياء التي يفضل جميع الأطفال رؤيتها في حين قد يظل لفترات طويلة ينظر ويحملن في شيء يدور أو في جزء من لعبة خاصة به كعجلة السيارة مثلاً .

ومن الأشياء الغريبة والمثيرة أن بعض الذاتيين يجدون طريقهم في الظلام ويستطيعون الحصول على أغراضهم في الغرفة المظلمة بسهولة .

ومن أمثلة مظاهر الاختurbات الحسية البصرية ما يلي:

- النظر والحملة في الأضواء بشكل شديد .
- متابعة القل بشكل قهري
- تلمس أوجه الآخرين أو أجسادهم
- تقرير الأشياء من أيديهم بشكل مبالغ فيه .
- النظر إلى الأشياء بشكل جانبي .
- الخوف من التارجع أو ركوب الألعاب التي تدور بسرعة .
- الخوف من صب الماء أو العصير في الكوب .
- ضرب الأرجل بقوة أثناء المشي
- النظر إلى الماء وهو يتتساقط
- ذر الرمال أو الأشياء الدقيقة في الهواء والنظر إليها باهتمام .

ثالثاً : مظاهر الاختurbات الحسية اللسمية:

يلاحظ على بعض الذاتيين أنهم غير حاسين للبرد أو الألم فقد يخرج الطفل الذاتي في البرد القارس دون ملابس ولا يشعر بالألم إذا ما وقع على الأرض أثناء الجري أو اللعب ، وقد يضرب الطفل رأسه بالحائط أو الطاولة أو الكرسي ويظهر رغم ذلك وكأنه لا يشعر بالألم أثناء فعله ذلك .

ومن أمثلة مظاهر الاختurbات الحسية اللسمية ما يلي:

- رفض العناء
- رفض التلامس الجسدي
- التلذذ باللعب العنيف
- خلع الثياب أمام الناس .
- الشعور بالبرد في طقس دافئ .
- ضرب النفس وعض الأيدي
- كراهية غسل الأسنان
- خلع الملاء باستمرار

- الصراخ عند أخذ حام
 - صحن أو صرير الأسنان . Teeth Grinding
 - هز الأجسام إلى الأمام والخلف .
- رابعاً : الاختurbات الحسية الشمية**
- يلاحظ بعض الآباء على أطفالهم الذاتيين أنهم يفحوصون العالم من حولهم من خلال الشم نهم يشمون أجساد آبائهم أو العابهم الخاصة أو حتى الأجهزة الكهربائية بالمنزل . ومن أمثلة مظاهر الاختurbات الحسية الشمية ما يلي
- رفض استخدام الصابون
 - شم الأطعمة قبل أكلها
 - رفض بعض الأطعمة .
 - شم الأدوات والأشياء التي تطاها بيده
 - الاحتفاظ بالأشياء البالية
- خامساً : الاختurbات الحسية التذوقية**

يوجد لدى بعض الأطفال الذاتيين خصائص تتعلق بالذوق حيث لمجد لدى البعض منهم يفضل الأطعمة الحمضية أو العكس أو رفض بعض الأطعمة ذات طعم معين أو وضع كل شيء في الفم لفحصه سواء كان هذا الشيء لعبة أو أداة من الأدوات الموجودة حوله . ومن أمثلة مظاهر الاختurbات الحسية التذوقية ما يلي :

- وضع الأشياء في الفم
- تفضيل الأطعمة الحريفة
- كراهية بعض أنواع الأطعمة ذات القوام الملامي

تفسير الاختurbات الحسية

بعض الذاتيين لا يرون ولا يسمون الأشياء التي نراها نحن ونسمعها ولا يسمون و لا يتذوقون ويسمون كما تفعل نحن وهذا هو المبدأ الأساسي والرئيسي الذي يجعل العالم الحقيقي الذي نعيش فيه مربكاً بالنسبة لهم حيث يأخذون المعلومات من خلال حواسهم

بطريقة مختلفة عما نأخذها لمن . وسوف نحاول من خلال السطور القادمة تفسير كل نوع من الاضطرابات على حدى.

الاضطرابات الحسية السمعية

إن عملية السمع تم ليس بالأذن فحسب وإنما بكيفية ذهاب الصوت إلى الأذن ثم إلى المخ وقد اعتنينا على وصول الصوت إلى عقولنا بالطريقة الصحيحة ولا نفكر أبداً أن الصوت من الممكن أن يذهب إلى عقولنا بطريقة خاطئة ، إلا أن ما يحدث مع الذاتيين عكس ذلك فالصوت قد ينتقل إلى المخ بطريقة ناقصة أو بطريقة مبالغ فيها

لذلك لا يجب أن نعتقد أن الشخص الذاتي يحصل على نفس المعلومات عن طريق السمع كما نحصل عليها لمن فيها هي (غبل جراندن) وهي امرأة من الأشخاص الذاتيين الذين تقدموا في حياتهم العلمية والعملية بشكل كبير تقول "تعتبرني الدعابة مراراً وتكراراً مما يقول الناس أنهم سمعوه لأنه لا يكون هو نفس الشيء الذي سمعته أنا".

لذلك فإن ما تسمعه أنت هو الشيء الصحيح أما ما يسمعه الذاتي فهو الشيء الخاطئ أو الناقص ومع ذلك فهو لا يعتقد بأن ما يسمعه هو الشيء الخاطئ . والشخص العادي عندما يرى ويسمع شيئاً فإن الصوت والمصورة يمضيان معاً في ذات الوقت بشكل متوازن وهو يفعل الأمرين (السمع والرؤية) بصورة تلقائية دون جهد أما الذاتي فيدخل في غمه شيئاً واحداً فقط فإذا دخلت الرؤية أو الصورة أولاً فإن عليها أن تتلاشى خارجة حتى يدخل الصوت وعندما تتلاشى الرؤية يبقى الصوت فقط أو على العكس يدخل الصوت أولاً ثم يخرج لتدخل الصورة فقط وبذلك تكون هي الشيء الوجود الذي يحصل الشخص الذاتي عليه

الذاتيين ذوي الحساسية السمعية المفرطة

تنتشر مظاهر الاضطراب الحسي السمعي لدى الذاتيين بأشكال متنوعة فهذا طفل ذاتي يُنطلي أذنيه بيديه لأن أصواتاً معينة تؤديه وهذا طفل ذاتي آخر متزوج بدرجة تصمل إلى البكاء والصرخ حينما يسمع صوت المكنسة الكهربائية أو صوت مجف الشعر (سيشور) وذلك شخص آخر لا يستطيع التركيز في مكان به أشخاص آخرين يتكلمون فيصبح أصوات الناس حوله كصوت المطر النفاث في رأسه . ونذكر (غبل جراندن) أن مريتها كانت تعاقبها بتغيير كيس بلاستيكي أو ورقى أمامها وكان صوت هذا الانفجار بالنسبة لها كالتعذيب وهو لاء الأشخاص الذاتيين يواجهون صعوبة بالغة في معالجة ما

يسمعونه بشكل ملائم حيث تكون العصاب الذهاب من الأذن إلى الدماغ لديهم بها حاسة شديدة جداً بحيث أن هذه الأصوات المرتفعة أو المفاجئة تسب لهم المأ شديداً الأمر الذي يجعلهم يصرخون أو يحاولون الهرب من المكان الذي يحدث فيه هذا الصوت أو أنهم ينهمكون في القيام بحركات نمطية ليشغلوا أنفسهم بها حتى لا يسمعون تلك الأصوات لأنهم لا يستطيعون التركيز إلا على مثير واحد فقط أو حادة واحدة فقط.

وهناك من الأشخاص الذاتيين من لديهم حاسة سمعية مرتفعة جداً لدرجة أنهما يقضون وقتاً طويلاً وهم ينتصرون إلى نبضات قلوبهم وتفهمهم وقد يقللون رؤوسهم لسماع تدفق الدم بأذانهم أو يهمهمون بصوت ضعيف جداً يصل إلى حد الحمس مع أنفسهم.

الذاتيين ذوو الحساسية السمعية الضعيفة

وهم على النقيض من الذاتيين ذوو الحساسية السمعية المرتفعة أو المفرطة حيث نجد منهم من يحاول دائماً تقريب أذنه من الأشياء لسماع الأصوات بشكل قوي وهناك من يظل فترات طويلة داخل الحمام ليس بهدف النظافة وإنما بهدف الاستماع إلى صدى صوت المياه وهي ترتطم بالأرض أو بوعاء ، وهناك من يحب سماع أصوات الصافرات أو أصوات السيارات ذات الحركات الضخمة ، أو أصوات ارتطام الأمواج مع الصخور أو إغلاق الأبواب بعطف مرات عديدة بغية سماع صوتها القوي عند الإغلاق

وهذا النوع من الأشخاص الذاتيين تكون الأعصاب الذهاب من الأذن إلى الدماغ باللغة الفصحى في الحساسية السمعية لذلك فقد ترد الأصوات عبر الأعصاب بمتها الضغف وهم يحاولون بصيغة الحصول على المعلومات من تلك الأصوات الضعيفة.

وبشكل عام لا يستطيع الشخص الذاتي تحديد ما يجب أن يركز عليه ولذلك فعلبه إما أن يسمع كل الأصوات الدالة على أذنه وإما أن يغلق سمعه (من خلال شغل نفسه بحركات نمطية أو بالنظر إلى شيء) فلا يسمع أي شيء مما يدور حوله فيها هي (تقبل جرائد) تقول قد أكون مستمعة لأغنية مفضلة لدى في الراديو ثم اكتشف بعد ذلك أنني أضمنت نصفها حيث ينغلق سمعي في بعض الفترات

التشابه بين الذاتيين والصم

يظهر الأطفال الصُّم بعض الأعراض والسلوكيات مثل الانزعاج من تغيير الروتين ، لعصبية والعدوانية في بعض الأحيان ، والسلوك الإنسحابي وهذه الأعراض والسلوكيات

يتعلّمون يتّشابهون مع الذاتيين ويرجع هذا التّشابه بين الجنين إلى القصور أو الحرمان الحسيّ السمعي أو التّشوّش السمعي لديهم حيث يؤدي ذلك إلى فهم خاطئ للموقف وبالتالي سوء التّصرف ومن ثم قلة التواصل الاجتماعي والإحساس بالنّفّس أو الدّونية وعدم القدرة على توصيل ما يرغي فيه إلى الآخرين .

تفسير الأضطرابات الحسّية والبصرية

قد ترى حساناً جيلاً يسير أمامك فتسأله الشخص الذاتي ما رأيك في هذا الحصان ولكنه يتعجب لسؤالك لأنّه لم يري حساناً كما رأيته أنت لأنّ بصره كان مثبّتاً على ظل زيل الحصان أو على صوت وقع أقدام الحصان وهو بذلك لم يري حساناً كما رأيته أنت .

لذا ينبغي عليك الا تظن أن ما يدوك أو ما يجذبك انتبهك قد يجلب انتبه الشخص الذاتي لأنّه ينظر إلى جزء في الشيء ويركز على هذا الجزء ويراه بوضوح تام ولكن كل شيء حوله يكون باهتاً ومشوهاً

الذاتيين ذوي الحساسية البصرية المفرطة

بعض الذاتيين تشغّلهم الأشياء الدقيقة الصغيرة تتجدد أحدهم يظل ناظراً إلى ذرة غبار لساعات طويلة ، وقد تجد أحدهم يحب رؤية الأشياء من خلال إنعكاسها في الماء وبعضهم يكون بارع جداً في تركيب الأحجاج (Puzzles) وبعض منهم يستطيع الحصول على كثير من المعلومات وحفظها من خلال أعينهم لدرجة يستطيعون معها تذكر تفاصيل وصور كتاب كامل بمجرد رؤيته مرة واحدة

وبعض الذاتيين قد لا يتحملون بعض الأضواء والألوان الفسفورية فتجدهم يرفرفون بأيديهم أمام أعينهم أو يغمضون ويفتحون أعينهم بطريقة سريعة أو يضعون أيديهم عليها . مثل هؤلاء الأشخاص يكون مسار الرؤية لديهم عالي الحساسية حيث تكون الأعصاب الذهابية من العين إلى المخ شديد الحساسية

الذاتيين ذوي الحساسية البصرية المنخفضة

علي عكس النوع السابق بعض الذاتيين الذين لديهم حاسة بصرية منخفضة حيث تأتي بعض المشاهد عبر الأعصاب بشكل ضعيف جداً لذلك لم يجد بعضهم يذلون جهداً خارقاً لرؤية شيء واضح جداً ، وقد تجد بعضهم يتلمسون بأيديهم الأشخاص لأن الأشخاص والأجسام تظهر لهم كخطوط عريضة ذات حواف مشوّشة ولذلك يلجنّسون إلى تحسّن هذه الأجسام حتى يتبيّنوا ما هي .

وتجد هناك من يضع الأشياء بالقرب من عينيه أو يحركها باتجاهات متعددة أمام العين أو يقبل برأسه ليري ما إذا كانت الأشياء لاتزال كما تبدو عليه ذاتها . وبعض هؤلاء الأطفال يتمكن من تبین الارتفاعات لذا لا يكونوا متأكدين عند نزولهم السلم وقد يخافون من الأشياء التي تدور بسرعة لأن كل شيء يبدو لهم ضباباً غير واضح وقد يغشون صب الماء في الكوب لأنهم لا يستطيعون رؤية حواف الكوب .

وهناك بعض الأشخاص الذاتيين تجد لديهم الترعين السابقين من الحساسية البصرية (المفرطة والضعف) فقد تكون لديهم حساسة بصرية شديدة جداً في بعض الأحيان وتكون منخفضة في أحيان أخرى فتجد بعضهم يضع الأشياء بالقرب من عينه مباشرة لتفحصها (حساسة ضعيفة) في حين يكره رؤية الأشياء التي تدور بسرعة (حساسة مفرطة)

التشابه بين الذاتيين وفاقدي البصر

يتشابه فاقدي البصر مع الذاتيين في بعض اللزمات الحركية التي يقومون بها مثل هز الرأس أو لبي الأصابع أو تحريك الحواجب أثناء الكلام أو رفع الرأس لأعلى أو تحريك الرأس بشكل قهري أثناء الكلام

تفسير الأضطرابات اللمسية

من الأمور المشتركة لدى الذاتيين سوء معالجة اللمس فاما أن تجد بعضهم يكره اللمس وإما أن تجد بعضهم يفضل اللعب الجسدي العنف .

الذاتيين ذوي الحساسية اللمسية المفرطة

وهناك بعض الذاتيين الذين تكون أعصابهم الذهاب من جلودهم إلى الدماغ حساسة جداً الأمر الذي يؤدي أحياناً إلى أن بعضهم يقفزون هرباً من لمة رقيقة أو حضن من أحد ذويهم لأن هذا اللمس الجسدي يؤدي جلودهم وتري بعضهم يشعر بالبرد في جو حار والبعض الآخر قد يشعر بارتفاع درجة حرارة جسمه في جو شديد البرودة .

وبعضهم يسيء التصرف والسلوك ولا يعلم الآخرين سبباً لذلك إلا أنه قد يكون مرتدياً للملابس ضيقة أو ذات ملمس لا يريح جلدته وبعضهم يخشى ارتداء أنواع جديدة من الثياب بسبب ذلك ولذلك يكون هناك صعوبة لديهم في التأقلم مع الملابس الجديدة . ولذا تجد أن النبهات التي يكون لها تأثير بسيط على معظم الناس يكون تأثيرها سئ ويصل إلى حد التعذيب بالنسبة للذاتيين ذوي الحساسية اللمسية المفرطة ولذلك تجد تمبل جراندن

تثير إلى ذلك بقولها: لقد أردت أن أشعر بإحساس جيد لكنني محضنة لكتفي عندما كنت أحضرن من قبل الناس كانت المبهات تغرقني كموجة بحرية هائجة ، وقد استغرقت وقتاً طويلاً كي أتعلم قبول الإحساس بأن أظل مسوكة ولا أحارو المفروب. ”

ويقول براد براند وهو شخص من الذاتيين الذين وصلوا لمستوى متقدم من مراحل التعليم والعمل والحياة باستقلالية يقول: إني كنت أغار من بعض الناس عندما يلمسوني ليس لأنني لا أحبيهم وليس خوفاً من ملامسة هؤلاء الأشخاص وعندما خوفاً من عملية التلامس الجسدي نفسها.

الذاتيين ذوي الحساسية اللميسة المتخفة

مثل هؤلاء الأشخاص تكون المصاب الذهابية من جلودهم إلى الدماغ قليلة الحساسية وبذلك يأتي الحس باللمس عبر تلك الأعصاب ضعيفاً جداً لذا يجب عليهم أن يحاولوا جاهدين الحصول على المعلومات من تلك اللمسات الضعيفة ولذلك فقد تجد البعض منهم يضرب نفسه على رأسه أو يلطم وجهه ، وبعضهم يهزون أجسادهم للأمام وللخلف أو يضعون أنفسهم بين قطع الأثاث التجاويرة أو يضعون أنفسهم تحت وسائد الأريكة و يجعلوا شخص آخر يقف عليها.

تفسير الاضطرابات الحسية الشمية

هناك بعض الذاتيين الذين يتزجون من معاجلة الروائح النفاذة أو القوية وبعضهم يضع كل شيء على أنه وشم كل شيء تصل به إليه.

الذاتيين ذوي الحساسية الشمية المفرطة

هناك بعض الأشخاص الذاتيين الذين تكون الأعصاب الذهابية من أنوفهم إلى ادمغتهم حادة جداً ولذلك تأتي الروائح قوية جداً عبر تلك الأعصاب الأمر الذي يغضبهم ويعلمهم يكون أو يصرخون أحياناً فقد تجد بعض الذاتيين يكرهون الدخول للحمام وبعضهم يكره دخول المطبخ وبعضهم يكره الجلوس بجوار أي شخص يضع عطرأ فتجد أن بعض الأطفال يهربون عند اقتراب أبيائهم أو أمهاتهم منهم ليس لأنهم لا يحبونهم وإنما يرجع ذلك لأنهم لا يستطيعون تحمل رائحة الأب أو الأم وليس معنى ذلك أن رائحة الأب أو الأم نفاذة أو سبعة وإنما لأن أعصاب الشم لدى هؤلاء الذاتيين حادة جداً . وبعض هؤلاء الأطفال يكره بعض الأطعمة لأن لها رائحة نفاذة وحادة وقوية.

الذاتيين ذوي الحاسة الشمية الضعيفة

ومثل هؤلاء الأشخاص تجدهم يشمون كل شيء تقع عليه أيديهم أو يجرون بعض الأطعمة ذات الروائح النفاذة والقوية أو تجدهم يجرون الاقتراب من الأفراد الآخرين وشم أجسامهم وذلك لأن أعصاب الحس الشمي لديهم أي الأعصاب الظاهرة من الأنف إلى المخ ضعيفة جداً ولذلك فإن الروائح تصل بصعوبة وبشكل ضعيف .

تفسير الاختurbات الحسية التذوقية

الاختurbات الحسية التذوقية شأنها شأن الاختurbات الحسية الأخرى فينقسم المصابون بها إلى قسمين إما ذوي حساسية مفرطة أو مرتفعة وإما حساسة منخفضة أو ضعيفة .

الذاتيين ذوي الحاسة التذوقية المفرطة

بعض الذاتيين تكون العصاب الظاهرة من الفم إلى المخ حساسة جداً تجدهم يرفضون تناول بعض الأطعمة مثل الطعام الذي يصعب مضغه كاللحم أو الدجاج أو بعض الأطعمة الملامية كالجلي أو الأطعمة الملاعة كالبطاطس المهرولة لأن كل هذه الأطعمة تولد لديهم إحساس سئ في الفم واللسان والأستان

الذاتيين ذوي الحاسة التذوقية الضعيفة

هنا نجد أن بعض الذاتيين يفضلون أكل الأطعمة الحريرة وبعضهم يأكل بعض المواد والأشياء غير الصالحة للأكل مثل التراب أو الخشب وبعضهم يلتجأ إلى عرض أي شيء يطاله يده وهناك من هؤلاء الأطفال من يضع الأشياء في فمه كمحاولة لاستكشاف الشيء عن طريق طعمه وقوامه وسمكه وهؤلاء الأشخاص تكون الأعصاب الظاهرة من الفم إلى المخ ضعيفة جداً

أسباب الاختurbات الحسية

يتضح لنا من العرض السابق أن جميع الاختurbات الحسية السابقة السمعية ، البصرية ، اللمسية ، الشمية والتذوقية تحدث نتيجة لأحد الأسباب الثلاثة التالية :

- أعصاب حسية مفرطة أو شديدة تصل بين الحواس والمخ
- أعصاب حسية ضعيفة تصل بين الحواس والمخ .

• اعصاب حية سبعة في الاتجاهين فايجانًا تكون شديدة الحساسة وأحياناً تكون

ضعيفة الحساسية

علاج الاضطرابات الحسية

هناك طريقتان لعلاج أو للتعامل مع الاضطرابات الحسية:

الطريقة الأولى: هي أن تحاول تهيئة الواقع المحيط بالطفل الذاتي وفقاً لحالته: فمثلاً بالنسبة للذاتيين ذوي الحساسية السمعية المفرطة فمن الأفضل أن تقلل من حدوث المثيرات أو المنبهات الصوتية المرتفعة والمفاجئة وإذا كان يحدث صوتاً عالياً يمكنك أن تبه الذاتي إلى حدوثه ومن الممكن أن تحدث له صوتاً خفيناً يجل عمل الصوت العالى.

اما الأفراد ذوي الحساسية السمعية المخضضة فيمكن إشغالهم بمشاهدة مناظر وسماع أصوات وبذلك لا يجعلهم يحاولون سماع صوت واحد فقط ومن الممكن أن توجه انتباهم إلى الأشخاص أو الأشياء التي تصدر هذا الصوت ولا يجعلهم يوجهوا انتباهم فقط لتلك الأصوات وإنما إلى الناس والأجسام التي تصدر تلك الأصوات

اما بالنسبة لذوي الحساسية البصرية المفرطة يكون من الجدي عدم تعريضهم للأصوات البراقة المبهرة أو الأشياء ذات الألوان الفسفورية او تجاهل تحويل انتباهم عن رؤية تلك الأصوات أو الألوان لأن تعطيه أشياء تدور أو تنسج على عينيه نظارات شمية

وبالنسبة لذوي الحساسية البصرية الضعيفة فيكون الأمر عكس ذلك فيجب جعل الأصوات أكثر برقة أو تجعلهم يستخدمون عدسات مكبرة أو أن تعلمهم أن يحاولوا اكتشاف الشيء بأيديهم بدلاً من وضعه على العين مباشرة .

وفي حالة الأشخاص ذوي الحساسية اللسمية المفرطة فيجب عدم تعريضهم للملابس الخشنة وبدلاً من ذلك يتم إعطائهم أشياء ناعمة الملمس وإذا شعروا بالبرد في شهور الصيف فيجب أن تلبسهم ملابس نقيلة أو أن تعطيهم معاطف ولا يجب إلباسهم ملابس ضيقة.

وفي حالة الأشخاص ذوي الحساسية اللسمية الضعيفة فيكون العكس تماماً فيمكن تعريضهم للأشياء والملابس الخشنة واللعب العنيف معهم وتعريفهم دائمًا للضغط الجدي فتتميل جراند التي اخترعت آلة للضغط تقول "بعد استخدامي لآلة تعلمت أن المس القط بشكل أكثر لطافة بحيث قرر البقاء معى بعد أن كان يهرب مني وتعانى على أن تكون مرناحة قبل أن أوفر الراحة للقط وقد أعطتني الآلة هذه الراحة وكان للألة تأثير مهدئ على الجهاز لعصى لدى" وكذلك على السلوك المفرط في رد الفعل ".

اما ذوي الحساسية الشمية المفرطة فيحتاجون عدم تعرضهم للروائح النفاذة كالعطور والصابون او معجون الاسنان وإذا كانوا في غرف مغلقة فيجب فتح نوافذ الغرفة له لتجديد الهواء الجديد المعشش او تقوم بإخراجه من الغرفة .

والأشخاص ذوي الحساسية الشمية الضعيفة يحتاجون إلى روائح نفاذة وشديدة وقوية حتى يشعروا بمحاسة الشم لديهم ومن الأفضل أيضاً إن أنت جعلتهم يشغلوا بمحاسة أخرى غير الشم كأن تجعلهم ينظرون لشيء او يستمعون لم وسيقي او أي أصوات أخرى أثناء تناولهم أو تعرضهم للأشياء ذات الروائح الضعيفة بالنسبة لهم .

والأشخاص ذوي الحساسية التذوقية المفرطة يجب عليك تغيير ما قد يؤدي أهواهم ويعطى لهم شعوراً غير سار فقد يتناولون طعاماً ذات طبيعة هلامية او يحتاج مضغ فترة طويلة كاللحم او الدجاج فيكون من الأفضل ان انت اعطيتهم هذا النوع من الطعام في شكل قطع صغيرة جداً ورقية او تعطيهم ماء كي يشربوا او قطعاً من الشكولاتة .

اما الأشخاص ذوي الحساسية التذوقية المنخفضة والذي يضطرون كل شيء في أهواهم او لا يأكلون إلا الأطعمة الحريرة فيكون من الأفضل محاولة صرف اهواهم بفتح قنوات حس أخرى غير التلوك ومحاولة وضع الأشياء في أيديهم وأمام أعينهم ويجب تقليل تناولهم الأطعمة الحريرة بالتدريج .

الطريقة الثانية : تهيئة الشخص الذاتي للتعامل مع الواقع: ان هذه الطريقة هي الأجدى والأفعى والأكثر واقعية . وتتلخص هذه الطريقة في الإصرار على تعريف الطفل لكل المثيرات القوية والضعيفة وتهيئه للتعامل مع كل المثيرات المختلفة وقبلها كسراع الأصوات القوية والماقة وفى نفس الوقت الأصوات الخفيفة او الهاامة او تعريضهم بجميع أنواع الملابس المختلفة او الإصرار على أن يجعله يتعامل مع المثيرات التي ينفر منها .

وفي تصوري أن هذه الطريقة هي الأجدى والأفعى والأكثر واقعية فليس من الممكن تهيئة الواقع للشخص الذاتي ذوي الحساسية السمعية المفرطة بحيث لا تحدث أصوات قوية او لا تخيمه يتعرض لهذه الأصوات لأننا إذا أمكننا توفير ذلك في البيت وفي المدرسة فلا يمكننا توفير ذلك في الشارع ، النادي ، السوق ، الحفلات ... وغيرها من المناسبات الأخرى وبالمثل يمكن قياس ذلك على باقي الحواس الأخرى .

علاقة الحرمان الحسي بالذاتية

والحرمان الحسي هي عملية تتضمن حرمان الفرد من المؤثرات الخارجية والعزل الإدراكي والعزل الاجتماعي وهو ما يعرف أحياناً في الوقت الراهن بعملية غسل المخ. وقد قامت النظريات الفسيولوجية والنظريات المعرفية ونظرية التحليل النفسي بدراسة هذه الظاهرة.

وقد استخلصت الأبحاث المبنية عن هذه النظريات مجموعة من الخصائص التي يتم بها الأشخاص الذين مرروا بعملية الحرمان الحسي ومن هذه الخصائص.

- قلة القدرة على التركيز
- تفكك وخلال في التفكير (تفكير غير متربط)
- قلة القدرة على تفهم الموضوع
- عدم القدرة على التعامل مع المعادلات الحسابية .
- اضطراب في الإدراك ويشمل خداع ، أوهام وهلاوس
- قلق وخوف ومزاج الواقع بالخيال
- زيادة القدرة على الحفظ الصعب
- اختلال وظيفة الأنما (عدم القدرة على التعامل مع البيئة الخارجية)
- ظهور ظواهر نفسية بدائية مكبونة ورغبات طفالية .

وعند النظر بإمعان إلى الخصائص السابقة يتضح أن هذه الخصائص أو الظواهر يظهر أغلبها لدى الذاتيين الأمر الذي يُشير إلى أن الاختurbات الحسية قد يكون لها دوراً أساسياً ورئيسياً في إحداث أعراض الذاتية .

ثانياً: اللغة والتحدث لدى الذاتيين

بالرغم من أنه لا يوجد سبب واضح لهذه الإعاقة في الأوتیزم إلا أنه يوجد بعض الخبراء يفسرون هذه الصعوبات في اللغة والتحدث تحدث بسبب ظروف عديدة أثناء أو قبل أو بعد الولادة تؤثر على نمو المخ طبيعياً . وذلك يؤثر تباعاً على قدرة الطفل على التواصل والتعامل مع العالم .

بعض العلماء يفسرون هذه الصعوبات بأنها تحدث نتيجة لنظرية المخ أو عدم القدرة على تحويل قدرة الآخرين الدماغية وأفكارهم، وذلك يظهر أحياناً عند عدم القدرة على التعبير والاتصال خلال اللعب.

التواصل لدى النذلويين

- إن مشاكل التواصل في الأوتيزم تتفاوت طبقاً لمدى التطور العقلي والاجتماعي للفرد فبعضهم لا يقدر على الكلام وبعض الآخر يستطيع أن يمتلك القدرة على الكلام من خلال العديد من المرادفات والكلمات للتعبير عن المواضيع . وبالرغم من هذا التفاوت إلا أن الأوتيزم لا يوجد لديه مشكلة مع الفضائر وبعض قواعد اللغة .
- العديد منهم يجد صعوبة في استخدام اللغة وبعض الآخر لديهم مشكلة في تحديد معنى الكلام وكيفية التكلم .
- الأوتيزم الذين يتحدثون عادة ما يكون كلامهم غير ذي معنى أو معلومات . وعلى سبيل المثال فالأوتيزم يمكنه العد بتكرار لانهائي من 1 إلى 5 وبعض الآخر يردد ما يسمعه الإيكولايا على سبيل المثال : فجيناً سال الأوتيزم هل تريد أن تشرب فدلاً من نعم أو لا يردد السؤال حتى حينما أن يريد أن يشرب فعلاً .
- يبرز الأوتيزم أيضاً تكرار بعض المقاطع مثل "اسمي عمود" في بداية كلام حتى أفراد العائلة والأصدقاء ، كما يردد الأوتيزم بعض المشاهد السينمائية مثل ترديد بعض الإعلانات التجارية بالـ V.T .
- ويستطيع بعض الأوتيزم الأذكياء أن يتكلموا عن مواضيع ذات اهتمام خاص بهم مثل الديناصورات والقطارات ولكنهم لا يستطيعون التكلم بعمق وكفاءة في مواضيع أخرى
- معظم الأوتيزم لا يستخدمون التواصل البصري ويظهرون عدم اهتمام بالتحدين معهم . وذلك لعدم قدرتهم على استيعاب كيفية التواصل الكلامي والبصري معاً .
- بعض الأوتيزم يتحدثون بصوت عال النبرة أو صوت إلى التكرار كما أنهم لا يستجيبون لحديث الآخرين ولا أسمائهم . وكتيجة لذلك فإن البعض عن طريق الخطأ يعتقدون أنهم لديهم مشاكل بالسمع .
- أن الأوتيزم أيضاً لا يستطيع استخدام الفضائر جيداً فمثلاً عندما تسأله هل أنت ترتدي قميص آخر؟ يجيب أنت ترتدي قميص آخر بدلاً من نعم أو لا .

- إن تطور اللغة والكلام عند الأوتیزم لا يكون تطوراً متظماً يعني أنه يمكن أن يكون عند تطور سريع في الكلمات في المواضيع ذات الاهتمام الخاص به والعكس صحيح.
- الأوتیزم له قدرة هائلة على التذكر، تذكر الأشباء المسومة أو المفروءة وبعضاً لهم لديه القدرة على قراءة الكلمات قبل سن الخامسة من عمره بالرغم من عدم قدرته على فهم ما قرأه.
- بعض الأوتیزم لديهم مهارات موسيقية والأخرون لديهم قدرة على حل المسائل الحسابية. حوالي 10% من الأوتیزم يظهرون مهارات خاصة في بعض مجالات الموسيقى والحساب والعد.

علاج صعوبات اللغة والتحدث لدى الذاتيين

- عندما تظهر بعض صعوبات الأوتیزم أو النمو، يستعين طيب الطفل عادة بالعديد من المختصين منهم أخصائيين لغة وتواصل لعمل تطوير لغوي وتطوير الاتصال اللغوي وعلاجهم.
- لا يوجد طريق علاجي واحد ناجح لتحسين التواصل في الأطفال الأوتیزم.
- إن أحسن طرق العلاج تبدأ مبكراً خلال مرحلة ما قبل المدرسة حيث يمكن تشكيل الفرد في مهارات التواصل وذلك من خلال الآباء أو الأشخاص المسؤولين عن رعاية الطفل. ويجب أن يكون هدف العلاج أن يتحسن الطفل لغويًا وتواصلياً. من الممكن أن يكون العلاج من خلال التواصل الكلامي أو التواصل الرمزي
- يجب أن يكون العلاج بعمق من خلال متدربي مختصين في اللغة والتواصل كما إن المختصين العلاجيون والرياضيون المحركيون يجب أن يعملوا معًا بفريق واحد لتقليل الانفعالات الغير مرغوب فيها والتدخل بتشجيع قدرة التواصل. بعض الأوتیزم يستجيب جيداً لبرامج تحسين السلوك والتصرفات والبعض الآخر يستجيب جيداً للعلاج المترافق.
- كما إن استخدام بعض الوسائل المساعدة مثل استخدام الموسيقى في تنمية المهارات اللغوية من الممكن إن يكون لها فائدة في التعلم والنمو والتطور بالرغم من أنه لا يوجد بحث له تأثير قوي في هذه النقطة واستخداماتها.

• العلاج الكيميائي له فوائد أيضاً للتحكم في بعض الأعراض منها رعثة البدن بالرغم من ذلك لا ينصح باستخدام هذه الوسائل العلاجية لفترة طويلة لأنه يكون لها آثار جانبية عديدة. كما أنه لا يوجد علاج خصص للأوتیزم.

• الفيتامينات والأملاح وبعض الوجبات الخاصة والعلاج النفسي يمكن استخدامهم بالرغم من عدم وجود بحث يشير لفائدهم.

دور الأسرة في معالجة اضطرابات التواصل لدى الذاتويين

إن تواصلنا مع الخطيئين بنا يتم من خلال الكلام وهو ما يعرف بالتواصل اللغطي والذي يصاحب معركتات وإيماءات الجسد، والاتصال البصري وتعبيرات الوجه، بالإضافة إلى التغيير الصوتي وهو ما يعرف بالتواصل غير اللغطي.

ومن الجدير بالذكر أننا نستخدم مزيجاً من النمطين اللغطي وغير اللغطي للتواصل مع من حولنا، ومن هنا تبرز أهمية مساعدة الطفل التوحدي (المصاب بمرض التوحد) على التواصل بشكل فعال مع من حوله والذي يأتي في قمة أولويات برامج التأهيل المختلفة. وذلك لأن قصور المهارات التواصلية بشقيها اللغطي وغير اللغطي من السمات التشخيصية الأساسية لاضطرابات طيف التوحد.

يعرف التوحد بأنه اضطراب في النمو العصبي يؤثر على التطور في ثلاثة مجالات أساسية منها، قصور في نمو وتطور المهارات التواصلية بالإضافة إلى صعوبة التفاعل الاجتماعي وهو ما يعتبر ذا علاقة وثيقة بالمهارات التواصلية أيضاً.

والمجال الثالث يتمثل في التعلق الشديد بالأعمال الروتينية والمحافظة على أنماط وأداء الأفعال على وتيرة واحدة وصعوبة القدرة على اللعب.

ومن الجدير بالذكر أن فقد التدريجي للمهارات التواصلية والاجتماعية، بعد النمو الطبيعي حتى سن 18 شهراً، لا يمثل أكثر من 30% (الجمعية الأميركية للنطق والسمع ASHA, 2006) من أطفال التوحد، في حين أن التاخر منذ البداية يمثل أكثر من 70% (ASHA, 2006) من الأطفال التوحديين، حيث يشترط ظهور نمط الأعراض قبل سن 36 شهراً.

ومن هنا تتبّع لنا الأهمية القصوى للقصور في النواحي التواصلية، حيث إنها لا تعتبر معياراً تشخيصياً مهماً فقط، بل تعتبر التحدى الأكبر للمختصين وأسر الأطفال التوحديين.

ومن المؤشرات الأساسية والأولية التي تساعد الآباء والأمهات من التواصي التواصية في تشخيص التوحد، تتمثل في أن المصايب:

- لا يناغي حتى سن 12 شهر.
 - لا يستخدم الإشارة (الإشارة إلى الأشياء وهز اليدين «ببأي ببأي») حتى سن 12 شهرا.
 - لا يستخدم كلمات مفردة حتى سن 16 شهرا.
 - ضعف مهارات الاتصال البصري.
 - تمازج ضعيف مع الآخرين أثناء اللعب.
 - لا يستخدم عبارات مكونة من كلمتين حتى سن 24 شهرا.
 - تكرار الكلمات، فعد سؤال الطفل: ما اسمك؟ فيقول «ما اسمك» بدل من أن يقول «أحمد» مثلاً.
 - فقد واضح لأي مهارات لغوية أو اجتماعية قد يكون اكتسبها قبل سن الستين.
- وحين يولد الطفل، فإن أول ما يراه في الوجود هو والداته، حيث يبدأ هذا الطفل في النمو والتطور وتبدأ حركاته الأولى وابتساماته وانفعالاته واستجاباته لما حوله داخل منزله مع والديه.

فالمنزل والوالدان هما البيئة الأولى التي يعيش بها الطفل ويتعلم وينشأ فيها فيكتب من خلال هذه البيئة ويتعلم المهارات المختلفة والتي يأتي على رأسها القدرة على الحوار والتواصل مع من حوله، وهنا تكمن أهمية الوالدين في حياة الطفل.

ولكن في بعض الأحيان قد يتعري هذه المهارات التي يكتسبها عادة الطفل بشكل تلقائي بعض الخلل كما هو الحال في الطفل التوحد، مما يكون له أكبر الأثر في تطورها بشكل سليم وهنا يختار الوالدان في الطريقة المثلثي لمواجهة وإصلاح هذا الخلل.

فيongan للمتخصصين في هذا المجال لمساعدتهم وتوجيههم لإيجاد الحل المناسب كما ورد في (2007, 199, p.179-199, Behavioral Interventions, Volume 22,) ومع الأهمية الكبيرة للتدخل العلاجي، فلا يمكن أبداً أن يقلل من شأن دور أولياء أمر الطفل التوسيع وبيته في علاج هذا الاختلاف.

فالدور الذي تلعبه أسرة الطفل التوحدى ومشاركتهم في البرنامج العلاجي له بالغ الأثر الإيجابي في تطوير هذه المهارات بشكل فعال أكثر.

وبالتالى فإن إعطاء الوالدين المعلومات والنصائح والتوجيه والأساليب والاستراتيجيات المناسبة الخاصة باضطراب طفلهم التوحدى سيساعدونهم في تطوير المهارات المناسبة لدى هذا الطفل.

إن أفضل علاقة تربط بين أخصائي النطق واللغة كمتخصص في تشخيص وعلاج الاضطرابات التواصلية وبين الوالدين كخبراء بطفلهم ومعرفتهم بيته الطبيعية وحياته اليومية والخبرات المختلفة التي يتعرض لها بالإضافة لاحتياجاته الخاصة وطبعاته، هي علاقة الشراكة وذلك للوصول لأفضل طريقة للتدخل لعلاج مشكلة الطفل.

والخطوة الأولى في تطبيق هذه الشراكة تكون بتدريب الوالدين وإعطائهم الأدوات المناسبة التي ستساعدهما في تطوير مهارات الطفل والذي انعكس بشكل واضح على كمية الدعم المادي الذي أولته الحكومة الأمريكية على الرغم من الأزمة الاقتصادية الحالية والذي وصل إلى 211 مليون دولار تبعاً لتقرير الجمعية الأمريكية للتوحد (مارس 2009)، حيث يعتبر تدريب الوالدين وخصوصاً أثناء المراحل المبكرة لحياة الطفل عنصراً مهماً في أي برنامج علاجي.

وكان تدريب الوالدين ومدى تأثيره على تقدم مهارات الطفل التواصلية ومهاراته الأخرى، محور وتركيز العديد من الأبحاث العلمية، حيث أثبتت الدراسات الحديثة أهمية دور آباء وأمهات الأطفال التوحديين في تنمية المهارات التواصلية لدى أطفالهم، وذلك لأن الآباء والأمهات يمثلون الجزء الأكبر في عالم الطفل والذي تتضامن أمامه كل الأدوار الأخرى من الناحية الكمية، حيث يقضى الطفل عدداً كبيراً من الساعات مع والديه في حين أنه يقضى عدداً محدوداً من الساعات مع أخصائي أمراض النطق واللغة.

ومن هنا تبلور أهمية تدريب الآباء والأمهات بهدف موازنة المعادلة، بحيث يصاحب التتفوق الكمي جودة نوعية تساعد الآباء والأمهات على تنمية مهارات الطفل التوحدى التواصلية والذي سينعكس على مستوى استخدامه للمهارات التواصلية كطلب الآباء وجذب الانتباه والرفق والتعبير عن المشاعر وغيرها من الصعوبات التي يعانيها أطفال التوحد على مستوى التواصل بشقيه اللغطي وغير اللغطي.

إن دور الأسرة يتمثل في ضرورة أن تتدرب بشكل مكثف حتى تتمكن من إتقان الأساليب والطرق المناسبة لتعليم طفليهم التوحيدي أكاديمياً والتعامل معه من الناحية النفسية - كما يجب هنا أن لا نغفل ضرورة أن يتدرّب الأهل على الطرق والأساليب التي تمكنهم من التواصل الاجتماعي مع الطفل التوحيدي كل تبعاً لمستوى أدائه.

أما دور المجتمع فيتجلّى بشكل كبير في بذل الكثير من الجهود حتى يزداد الوعي باضطرابات طيف التوحد والذي سينعكس بشكل كبير على نمط التقبل الاجتماعي لفئات التوحديين وأسرهم.

ثالثاً: الذكاء والموهبة لدى الأطفال الذاتيين

الذكاء هو مجموعة القدرات التي تقيسها اختبارات الذكاء عندما يتم قياس ذكاء شخص ما خلال فترات مختلفة من مراحل نموه، فعلى سبيل المثال الطفل الذي تكون درجة ذكائه أقل من 70 يتعرّق أن يواجه مشاكل تعليمية، وبالتالي فإنه يكون بحاجة لخدمات تربوية خاصة.



إن الاعتقاد القديم بأن الأطفال المصابين بالتوحد لا يمكن قياس ذكائهم هو اعتقاد لا يقوم على أساس، والواقع هو أن بعض الأطفال المصابين بالتوحد من تقلّ أعمارهم عن خمس سنوات لا يستطيعون إكمال بعض أجزاء اختبارات الذكاء بسبب حركتهم الدائمة وعدم استقرارهم ولكن حتى هؤلاء الأطفال يمكن تقدير مستويات ذكائهم اعتماداً إلى نتائج أجزاء الاختبار التي يتمكنون من إكمالها ولذلك لا بد أن يكون الأخصائي الذي يتولى قياس ذكاء المصابين بالتوحد صاحب تجربة وخبرة حتى تكون نتائج ذات معنى.

تعطي نتائج الأطفال المصابين بالتوحد في مقاييس الذكاء مؤشرات معقولة يمكن الاعتماد عليها في توقع ما سوف تكون عليه مستوياتهم التعليمية والاجتماعية، وقرابة الثلثين من الأطفال المصابين بالتوحد تكون درجات ذكائهم (أقل من 70) وأن الخفاض درجة ذكاء المصابين بالتوحد ليس نتيجة لتدني أو انعدام الدافعية أو عدم الرغبة في الاختبار، حيث ثبت أنه عندما تكون اختبارات المقدمة في مستوى قدراتهم فإنهم يقبلون على أخذها بدافعة عالية، كما أن الخفاض الدرجات ليس بسبب صعوبة اللغة أو تأخر اكتسابها.

حيث أوضحت نتائج بعض الأطفال المصابين بالتوحد أداءً ضعيفاً عندما تكون الأسئلة لفظية في حين يكون أداؤها عادياً عندما تكون الأسئلة غير لفظية، وأيًّا كانت نتائج اختبارات الذكاء فإنه يلزم التوضيح أن تلك الاختبارات تغادر قياس القدرات المنطقية والإدراكية لدى الأطفال المصابين بالتوحد ولا تقيس جوانب التفاعل الاجتماعي والتي يمكن أن تكون متدينة وحتى أن سجل الطفل درجة ذكاء عالية.

القدرات لدى الذاتيين

غالباً ما يكون أداء الأطفال المصابين بالتوحد جيداً في اختبارات القدرات البصرية المكانية مثل تركيب الألغاز المصورة وفي بعض الأحيان تكون تلك هي المهارة الوحيدة التي يجيدها الطفل وفي مثل هذه الحالة يطلق على هذا النوع من القدرات أو المهارات جزر الذكاء الصغيرة المنعزلة.

ويعتقد أن تلك سمة من سمات التوحد ويقصد أن هذا النوع من القدرات والمهارات شائع لدى المصابين بالتوحد على الرغم من عدم ظهورها عند كل المصابين بالتوحد وفي بعض الأحيان يتفرع الأطفال المصابون بالتوحد في هذا النوع من القدرات والمهارات على أقرانهم الذين يماثلونهم في العمر من غير المصابين بالتوحد وأفضل الأمثلة التي تم توثيقها لهذا النوع من القدرات كان في مجال الرسم والموسيقى وحسابات التقويم وهناك مهارات أخرى لوحظت عند بعض المصابين مثل مهارة التعرف على الأشكال الهندسية وتعلم القراءة في سن مبكرة.

ومن أهم القدرات الصغيرة المصاحبة للتوحد:

• قدرات رسم غير عادية:



أظهرت طفلة مصابة بالتوحد قدرة غير عادية على الرسم علمًا بأن الطفلة لم تكن قادرة على الكلام عندما تم التعرف على قدراتها، وكانت ترسم الأشياء التي تنظر لها عندما كان عمرها ثلاثة سنوات في حين الأطفال العاديين لا يبدأون في الغالب رسم الأشياء التي ينظرون إليها قبل سن المراهقة.

وأتسمت رسوماتها بالتكرار مجدة بذلك رغباتها الاستحواذية، إلا أن الملاحظ أنه على الرغم من تكرار الأشياء التي ترسمها مشبعة بالحيوية والدقة أي أنها ترسم ما تقع عليه العين بشكل حرفي وكانت تكتفي برسم الصور التي تراها بشكل عابر في كتب القصص التي تطلع عليها. وكانت تستبطئ منها الأوضاع المختلفة، والأمر الذي يثير الحيرة أن عدد رسومات الطفلة بدا يقل بشكل متدرج عندما تطورت قدرتها الكلامية.

• القدرة الموسيقية

يحب الكثير من الأطفال المصابين بالتوحد سماع الموسيقى ويستطيع بعضهم ترديد مقاطع بعض الأغاني حتى وإن كانت طويلة وبدقة متناهية. ويظهر بعض الأطفال المصابين بالتوحد موهبة موسيقية خاصة مثل العزف على بعض الآلات التي لم يسبق لهم تعلم العزف عليها، لدرجة أن باستطاعه بعضهم عزف الألحان التي يستمعون لها ملحة واحدة بشكل دقيق، وكذلك تسمية أي لحن يستمعون إليه.

كما أن البعض منهم يمتلك أذناً حاسمة تستطيع التمييز بين التراكيب الموسيقية التعرف على مقاطعها المتكررة وعزف المقاطع الموسيقية بطرق مختلفة، وكما هو الحال بالنسبة للقدرة على الرسم فإن القدرة الموسيقية لا تظهر إلا عند قليل من الأطفال المصابين التوحد.

مهارات الحفظ والحساب

يلاحظ على الأطفال المصابين بالتوحد قدرتهم على الحفظ فيما كان لهم تخزين قوائم معلومات في ذاكرتهم وحفظها لفترات طويلة بنفس التفاصيل دون أن يحدث لها أي تغير. كر. ومن الظواهر الفردية التي كان يعتقد أنها مؤشر على قدرة الحفظ ما يتعلق بحساب تقويم وهي القدرة على تسمية أي من أيام الأسبوع سبعة تاريجياً معيناً التي اتفض أنها ست مجرد قدرة على الحفظ لأن هناك تواريخ كثيرة حدثت في الماضي أو ستحدث في ستقبل، وكل هذه المعلومات لا تتوفر في تقويم محدد وبالتالي لا يمكن أن يكون الطفل قد نظر لها.

ولذلك فإن الأطفال المصابين بالتوحد الذين تكون لديهم قدرة حساب التقويم فمن القواعد الأساسية التي تعمل بموجتها التقاويم ويقومون بتطبيق هذه القواعد بشكل وسرعة فائقة، حتى وإن كانوا لا يعرفون كيف يقومون بذلك، وبالفعل يمكن أن يقوم به العمليات في بعض الأحيان بسرعة تفوق سرعة المختصين في الرياضيات. كما أن مهارة

الحساب هذه تظهر في بعض الأحيان بشكل آخر مثل القدرة على إجراء العمليات الحسابية (الجمع، الطرح، الضرب، القسمة) بسرعة فائقة.

• قدرات أخرى

من القدرات الأخرى لدى الأطفال المصابين بالتوحد القدرة على تجميع أجزاء الألغاز المصورة حتى وإن كانت تفوق العمر الزمني للطفل، وفي بعض الأحيان يستطيع الطفل المصاب بالتوحد تجميع هذه الألغاز وهي مقلوبة وهذا يدل على أنهم لا يعتمدون على الصورة بل إن بإمكانهم الاستعاضة بمושرات أخرى مثل شكل القطعة أو ملمسها، ومن جهة أخرى هناك الكثير من الروايات تشير إلى قدرة فائقة على إعادة تركيب أجزاء الأجهزة أو النماذج لدى بعض الأطفال المصابين بالتوحد مثل أجهزة الراديو والمسجل.

إن الأسباب التي تقف وراء هذه المواهب والقدرات الفائقة ليست معروفة، وقد يكون التدريب المكثف أحد الأسباب، إلا أن بعض الأطفال تظهر لديهم تلك القدرات في سن مبكرة ومن دون تدريب، لهذا لا يزال الاعتقاد قائماً بأن هناك علماً تظيمياً غير مالوف في عمليات المخ لدى المصابين بالتوحد.

ينصح الآباء والأمهات الذين يلاحظون موهبة معينة عند طفلهم المصاب بالتوحد أن يقوموا بتنميتها وتشجيع الطفل على تطويرها، لأنه لم يثبت أن تطوير مثل هذه المهارات يمكن أن يعطى نمو الطفل في جوانب أخرى، كما أن الاهتمام بتنمية المهارات الخاصة لا يعني إهمال جوانب النمو الأخرى.

رابعاً: الذاتيون والنمو الجنسي

Autism and Sexual Development at Puberty

يعتبر التوحد من الاضطرابات السلوكية وخاصة الاضطرابات الانفعالية التي يصاحها سوء التوافق بين الأفراد الذين يُصابون به.

والاضطرابات الانفعالية **Emotional Disturbances** هي اعاقات انفعالية تحدث للأفراد الذين يتكرر سلوكهم في صورة انماط منحرفة أو شاذة عن السلوك السوي والمتوقع.

ومن مظاهر الاضطرابات الانفعالية

- صعوبة القدرة على التعلم

- صعوبة القدرة على بناء علاقات اجتماعية ناجحة (سؤ التوافق الاجتماعي)
- صعوبة القدرة على السلوك الاجتماعي السليم
- تكرار السلوك الانفعالي غير المناسب وتكرار حدوث واظهار الاعراض الجسدية المرغبة أو المخاوف الشخصية .

ونتاج هذه الاعاقات يتمثل في الانسحاب من الواقع الحياتي ، والسلوك العدواني تجاه الذات ، والعناد والانطروائي ، وكل هذه المظاهر يتم بها سلوك أفراد التوحد .
تبر الجنس من الدوافع الأساسية أو ما تُعرف بالأولوية أو الوراثية أو الفطرية ، التي زرَك فيها عالم البشر وسائر المخلوقات . وبالنسبة لعالم البشر ، فإن الدافعية الجنسية Sexual Motivati ضرورة لكل البشر سواء كانوا من الأشخاص أو غير الأشخاص ، إذ أن ساعها يُمثل امرأً حيوياً للفرد ، حيث يتم عن طريق التزاوج ، النسل واستمرار بقاء الجنس نسري .

وحتى تدرك ما يتتبَّع أفراد التوحد من عوارض جنسية ، علينا أن نوضح التعريف وحدَّثَنَمَظَاهِرَالنَّمَوِالجَنْسِيِّ فِي كُلِّ مَرْجَلَيِّ الطَّفُولَةِ وَالْمَرَأَةَ ، ثُمَّ نَعْرِضُ مَا يَتَّصلُ بِالْحَيَاةِ نَسَّيَّةَ وَالنَّمَوِالجَنْسِيِّ عَنِ الْبُلوغِ لِأَفْرَادِ التَّوْهِدِ وَذَلِكَ مِنْ حِيثِ الْمَظَاهِرِ وَالْمُشَكَّلَاتِ مَلَاجِعِ.

لما يَتَّصَدِّقُ مَظَاهِرُ النَّمَوِالجَنْسِيِّ فِي مَرْجَلَةِ الطَّفُولَةِ

مثل مظاهر النمو الجنسي في مرحلة الطفولة بما يأتي :

- يُشاهَدُ الفضول وحب الاستطلاع الجنسي ، حيث يُصبح الاهتمام الجنسي مركزاً في الجهاز التناسلي خاصَّة عند الذكر ، ولذا يُطلق على النمو الجنسي في هذه المرحلة اسم **المرحلة القضيبية Phallic stage** .
- يُلاحظ كثرة الاستهلاك الجنسي حول الفروق بين الجنسين (البنين والبنات والرجال والنساء في الشكل العام وفي أعضاء التناول ، وكيف يولد الأطفال ومن أين يأتون .
- ويكثر الطفل من اللعب الجنسي Sexual Playing خاصة وأن تناول الأعضاء التناسلية يبعث على اللذة . ويُلاحظ أن الأطفال الذين يُكثرون من اللعب الجنسي هم الذين يفتقرُون إلى الراحة والاطفال والحب ، ويشعرُون بعدم الأمان والملل ونقص اللعب وضيق دائرة التفاعل الاجتماعي Social Interaction . ويلجأ هؤلاء الأطفال

إلى اللعب الجنسي في فترات الفيقي والأرق والخمول والانطواء وأحلام اليقظة أو في وقت الأزمات وخلال الحياة اليومية الريتية .

• قد يشترك الأطفال في اللعب الجنسي خاصة بعد سن الرابعة حيث يقوم أحد الأطفال بدور الأب أو العريس أو الطبيب والآخر بدور الأم أو العروس أو المريض، والهدف هو الاهتمام بفحص أجسام بعضهم البعض وملاحظة الاختلاف بينهما، واستعراض الأعضاء التناسلية .

مظاهر الفروق بين الجنسين في مرحلة الطفولة

يرى علماء التحليل النفسي أنه في حوالي سن الثالثة يفضل الابن أمه وبعها بدرجة قوية ويتعلق بها انتفعاً ، يجري إليها عندما يصبه أذى ويهمن في أذنها بأسراه ويريد أن مجلس بجوارها على المائدة وفي الأتوبيس ويريد منها آخر قبلة في المساء قبل النوم وتسمع منه أحياناً عندما أكبر سائزوج ماماً ، وهو يرى أن أباه ينافسه في حب أمه ويعارضه ويكرهه ، وفي نفس الوقت يشعر بالإثم لأن يحب أباه ويتنقص شخصيته ، وهذه هي ما تسمى "عقدة Electra Oedipus Complex" . ومثل هذا يحدث بين الفتاة وأبيها عقدة الكترا Oedipus Complex حيث تحب الفتاة أبيها وتكره أمها مع الشعور بالذنب نتيجة لذلك . والتزية السليمة كفيلة بمح هذه العقد ومح آثارها .

أما إذا لم يحصل ، فإنها تظل توجه سلوك الفرد إلى أساليب شادة مثل الإمتاع عن الزواج أو الزواج من امرأة أو رجل في سن الوالدين والعجز الجنسي أو التختت والغيرة الشديدة على الزوج أو الخوف الشديد من فقدانه او الصدام المستمر مع الوالد من الجنس الآخر .

وقد تشعر الفتاة بنوع من الغيرة عند مشاهدتها الاختلاف بينها وبين الولد بالنسبة لأعضاء التناسل . وهذا ما يُعرف باسم "حدس القضيب" أو عقدة الخصاء Castration complex حيث تعتقد الفتاة أنه كان لها قضيب وقد فقدته . وقد تلاحظ عقدة الخصاء أيضاً عند الولد في شكل خوف مكبوت من أن يفقد قضيبه كما هو الحال عند الفتاة . وبلاحظ أن عملية الختان - كما يجمع الأطباء - تعتبر ضرورية ومفيدة عند الأولاد ، وتعتبر غير ضرورية وضاربة عن الفتاة .

ومن الملاحظ أنه قد يرجع عدم تسائل الطفل عن الأمور الجنسية في هذه المرحلة إلى أنه سأل فلم يحصل على إجابات أو زجر ، أو ادرك كراهية والديه للحديث في مثل هذه

الموضوعات فسأل شخصاً آخر فحصل على معلومات أرضته مؤقاً ، أو أنه شعر بالخجل من جهله ، أو قد يكون عضواً في أسرة كبيرة العدد فيجمع من هنا وهناك ما يكفي لسد حاجت من المعرفة .

ويؤدي نقص المعلومات أو المعلومات الخاطئة إلى نتائج غير محمودة منها :

- الربط بين العملية الجنسية وبين الإثم والذنب والخطيئة .
- السعي الحثيث للحصول على أي معلومات ومن أي مصدر - فالمنع مرغوب .
- سوء التوافق الجنسي متقبلاً .
- التلذذ من سماع الأغاني والتكت الجنسية ومشاهدة الصور والأفلام الجنسية .

لتوجيه التربوي للنمو الجنسي في مرحلة الطفولة :

يجب على الآباء والمربين مراعاة ما يلي :

- القيام بالتربيـة الجنسـية ، وتعريف الطفل أسماء أجزاء الجسم بما في ذلك الأعضاء التناسلية الخارجية لكل من الجنسين مع استخدام المصطلحات العلمية . ويجـب الصراحة فيما يختص بالجسم في حدود الأسرة مع بعض التحفظ في المجتمع العام .
- الإجابة الموضوعـية على أسئلة الطـفل حول الجنس حين يـسأل بما يـتناسب مع مستوى فـهمـه ويدون تفصـيل زـائد وبدون اـفعالـ .
- تعـريف الطـفل الفـروقـ بين الجنسـين ، والعمل على أن يـقبل دورـه الجنـسي وكـونـه ذـكرـاً أو اـنثـى ، وتقـبـل الفـروقـ بين الجنسـين خـاصـة عند البنـات ، ولا يـقلـلـ من شأن الجنسـ الآخر لما لـذلكـ من أهمـيةـ في تـطـورـه الجنـسيـ فيما بـعدـ .
- عـلاجـ مواقـفـ العـبـتـ الجنـسـيـ بمـكـمـنةـ ، وصرفـ الطـفلـ وتحـويلـ نـشـاطـهـ إـلـىـ نـشـاطـ بنـاءـ آخرـ كالـلـعـبـ والـجـرـيـ والـتـفـاعـلـ الـاجـتمـاعـيـ ، وـعـلاجـ أيـ توـتـرـ انـفعـاليـ يـعـانـيـ منهـ الطـفلـ .. إـلـخـ ، كلـ هـذـاـ أـجـدـىـ منـ العـقـابـ وـماـ يـجـرـهـ منـ أـضـرـارـ بـالـنـسـبةـ لـصـحةـ الطـفلـ النـفـسـيـ .
- تـدـريـبـ الطـفـلـ عـلـىـ ضـبـطـ النـفـسـ بـدـرـجـةـ مـنـاسـبـةـ وـتـعـلـيمـهـ المـعاـيـرـ الـخـلـقـيـةـ الـخـاصـةـ بـالـسـلـوكـ الجنـسـيـ .

مظاهر النمو الجنسي في مرحلة المراهقة

الجنس له أهمية بلا جدال في حياة الفرد ويرتبط بسائر مظاهر النمو النفسي جسماً وفسيولوجياً واجتماعياً وانفعالياً. ويلسون الجنس معظم سلوك المراهق . وفي المراهقة يكون الفرد قد مر بخبرات استكشاف خلافاً الفروق التشريحية بين الجنسين وعرف بعض المعلومات عن وظائف أعضاء التناسل وعن السلوك الجنسي والتکاثر. وفي هذه المرحلة تتفتح الميول والاتجاهات الجنسية ، وقد يمر المراهق ببعض الممارسات.

وفي أوائل هذه المرحلة يشعر المراهق بالدافع الجنسي ، ولكن في أول الأمر يعبر عنه في شكل إخلاص وولاء وإعجاب وإعزاز وحب لشخص أكبر سناً من نفس الجنس غالباً كالمدرس أو المدرسة . وتلاحظ الجنسية المثلية Homosexuality حيث يتوجه المراهق انفعالياً ويبيل عاطفياً بدرجة تزيد عما هو مألف لمحو أفراد جنسه . وطبعي أن أقصى درجات الجنسية المثلية تزداد في بعض المجتمعات والبيئات دون الآخر . ويمتد ذلك أن زيادة الجنسية المثلية في المجتمع ترتبط بقلة فرص الاختلاط الاجتماعي البري بين الجنسين . ثم يتحول الميل الجنسي تدريجياً إلى الجنس الآخر ، فيتعلق الفتى بإحدى الجبارات أو صديقات الأسرة أو إحدى نجمات السينما أو إحدى المدرسات ، وتفعل الفتاة مثل ذلك مع أفراد الجنس الآخر .

وبعد ذلك يأخذ الشعور الجنسي مجرأه الطبيعي فيحب الفتى فتاة أو أكثر في مثل سنها، وتتفعل الفتاة مثل ذلك مع أفراد من الجنس الآخر .

وتنماز العلاقات الجنسية بين الجنسين في هذه المرحلة بسيطرة الروح الرومانтикаية الخالية من أي إثارة جنسية جائحة حيث يوصف الحبيب بالأخ أو الأخوات أو الملوك أو الملوك أو الروح ، ويقول صموئيل مغاريوس (1957) أن مثل هذا الحب العذري لا يزيد عن كونه تأثيرات جنسية لم تخلص بعد من آثار العلاقات العاطفية في الأسرة (محو أفراد الأسرة من الجنس الآخر) . وتنماز هذه التأثيرات كذلك بالتأثيرات الدينية وبالتحريم الجنسي في المجتمع . فإذا بهالة من التقديس تخلف شعور الفرد نحو الجنس الآخر .

وليس من غير المألوف أن المراهق الذي يخف من التوتر الجنسي لديه فإنه يزاول النشاط الجنسي الذاتي أو ما يسمى الاستمناء أو العادة السرية masturbation . وقد دلت البحوث التي اجريت في هذا الصدد أن حوالي 10% من البنين يتعلمون العادة السرية سواء من تلقائهم أنفسهم أو من أقرانهم في سن التاسعة حين يعمدون إلى تناول أعضائهم التناسلية

هم بغية الحصول على الاستمتاع الجنسي . وتزداد النسبة كل سنة بعد هذه السن حتى 15 حيث وجد أن حوالي 98% من البنين قد زاولوا العادة السرية في وقت من نات، وأن حوالي 62% من البنات قد مارسنها في وقت من الأوقات . ويذهب بعض شين إلى أن هذه العادة ما دامت منتشرة بهذه النسبة فإنها تكاد تكون مظهراً عادياً من بر التمو الجنسي يتوقع حدوثه أثناء فترة المراهقة أن لم يكن قبلها .

هذا وهناك بعض الأفكار الخاطئة التي تشيع بين المراهقين بخصوص الاستمناء أو اط الجنسي الذاتي منها أنه يؤدي إلى الإصابة بالأمراض الخطيرة مثل العمى والسل إل ، وأنه يعادل العمل الشاق عدة أيام ، أو يعادل مجهد الجماع عشرات المرات ، وأنه ينبع إلى الضعف الجنسي والعقم واضطراب العلاقات الجنسية عند الزواج ، وأنه يضعف العقلية ويتقصى القدرة على التذكر ويؤدي في النهاية إلى المرض العقلي . وإن معظم وث توضح أن الخطير في الأمر ليس ما هو شائع من هذه الأفكار الخاطئة ، ولكن حيج والثابت هو أن الإفراط في مثل هذا النشاط وإدامنه وما يصاحه من مشاعر الإثم نب والخطيئة والصراع النفسي مضافاً إليه الاعتقاد في هذه الأفكار الخاطئة وخوف اعفاف والقلق النفسي هو الأخطر . إن المراهق قد يدخل في حلقة مفرغة من ممارسة السرية - الشعور بالإثم - فقدان اعتبار الذات - الخوف - العودة إلى ممارسة العادة ية . ومن ناحية أخرى يعتقد بعض المراهقين أن العادة السرية تحقق بعض المزايا مثل ج بثور الشباب وعلاج السمنة والإشباع الجنسي والتوكيل في الاستذكار .

وقد الفردية في المظاهر الجنسية عند البلوغ والمراهقة

توجد فروق فردية واسعة في سن البلوغ وشدة الدافع الجنسي لدى كل من المراهقين اهقات .

الفرق بين الجنسين

يلاحظ شعور البنات بالخجل في جماعات البنين ، واهتمامهن واستمتاعهن بالاتصال سي في الرقص (إذا وجد) .

ومن الملاحظ أن بعض علماء النفس يعتقدون أن التمو الجنسي يسبق الرغبة الجنسية تراوحاً بين سنة وثلاث سنوات .

ويلاحظ أن الظروف المثيرة جنسياً أو التي تبدو كذلك بالنسبة للراغبين ، أو تتبع صفة للنشاط الجنسي نادراً ما يدركها البنات والبنون في المراهقة المبكرة على هذا التحول .

ويكون الاهتمام الجنسي عند البنين موجهاً أكثر نحو الاتصال الجسدي ، بينما عند البنات يكون موجهاً أكثر نحو الاتصال الانفعالي .

ويلاحظ سيادة التفكير الجنسي والسعى الحثيث وراء الجنس الآخر .

ويشاهد الفضول الجنسي ، وشدة الشغف بالتعرف على حقيقة الحياة الجنسية وكثرة الأسئلة إلى الكبار ومن سبقوه إلى مرحلة المراهقة والرفاق . ويلاحظ الإكثار من الأحاديث والقراءات الجنسية ، ويلاحظ أيضاً تلهف المراهقين على معرفة أخبار السلوك الجنسي لرفاقهم ، ويشاهد ذلك بصفة خاصة في خلوات المراهقين وجلساتهم المغلقة .

ويشغل الكثير من المراهقين بمجم وشكل اعضائهم التناسلية ويتابهم الفلق مخصوص أي المراوف حقيقي أو متخيلاً مما يجعلهم يحاولون استكشاف الأمر بالمقارنة بأقرانهم وكثرة الأسئلة حول هذا الموضوع او التجربة . ومن النماذج ما تقرره على صفحات المجالس الطبية والنفسيّة (مثل مجلة طبيك الخاص وغيرها) .

ويلاحظ أهمية التواصي الانفعالية والاجتماعية المرتبطة بالجنس . فالسلوك الجنسي لا يقتصر أثره على القائم به ، ولكنه في الغالب يشمل شريكه آخر . وهو مما قد يؤدي إليه من نسل بين المجتمع ككل . وتعرض التعاليم الدينية والمعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية قيوداً كبيرة على السلوك الجنسي للمراهقين والمراهقات وتطالبهم بضبط النفس حتى تناح لهم فرصة حرية التعبير المباح عن هذا الدافع في الزواج . وهذا يثير الصراع في نفس المراهق . ويقول علماء التحليل النفسي أن الصراع بين الأنماط والهو يستند ، فإذا انتصر الهو كانت النتيجة هي الانغماس في إشباع الغرائز ، وإذا انتصر الأنماط الدوافع والغرائز في حدود ضيق . ولذلك فإن من تناح له فرصة الممارسة الجنسية في غفلة من ضميره الاجتماعي وفي إطار من اللامبالاة بالمعايير الاجتماعية وفي تغاض عن التعاليم الدينية ، أو من يقع فيها كاستجابة للدافع الجنسي القوي ، يشعر بالإثم وتأنيب الضمير وإن شعر بالذلة والإشباع المؤقت .

التوجيه التربوي للنمو الجنسي عند المراهقة

يجب على الوالدين والمربين مراعاة ما يلي :

- الاهتمام بال التربية الجنسية حسب أصولها بهدف مساعدة المراهق في توافقه الجنسي .
- إعطاء المزيد من المعلومات عن الوراثة ، ومعلومات أولية عن الأمراض التناسلية (فيما يختص بالمرض لا بالجنس) .

إتاحة فرصة الاختلاط الاجتماعي العادي بين افراد الجنس الواحد .

فهم العلاقات السليمة بين الفتى والفتاة ، وتنمية اتجاه رعاية الجنس الآخر واحترامه وتأكيد أهمية التفاعل السوي بين الجنسين كقاعدة وأساس لإقامة وتنمية اتجاهات سليمة خارج الجنس .

تشجيع المراهقين على ضبط النفس والتحكم في رغباته الجنسية . والتمسك بالتعاليم الدينية والمعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية .

تعريف المراهقين أن من يهتم فقط بإشباع الدافع الجنسي عن أي طريقة وبأي وسيلة دون تبصر ودون تحمل للمسئولية ، مثله كمثل من يهتم بإشباع جوعه فيما بطنه بأي غذاء بصرف النظر عن كونه حلالا أم حراما ، صحيا أم غير صحى .

شغل وقت الفراغ بانواع النشاط البناء الصارف عن الجنس ، وغرس الاعتقاد بأن الاستقامة رأس النجاح .

تنمية الميلول والاهتمامات الأدبية والعملية والرياضية والفنية .

الاهتمام بالنشاط الرياضي والاجتماعي والترويجي وقضاء وقت الفراغ .

توجيه وإرشاد المراهقين بما يكفل ضمان عدم تحول العلاقة العاطفية بين أفراد الجنس الواحد إلى نشاط جنسي .

تزويد المراهقين بأفكار بسيطة عن الحياة العائلية .

تنمية اتجاه الاعتزاز بالاقراب من الرشد .

وايقاظ الجنسية Puberty and the Awakening of Sexuality

بانيس ادامز) Janice Adams (

يعتقد البعض ان تآخر النمو عند الأفراد المصايبين بالتوحد ، قد يعني بأنه، او أنها بفقد النشاط والحفز الجنسي Sexual Stirring وهذا ليس هو الواقع ، ذلك لأن الجنسية Sexual arousal تحدث في اطفال التوحد ، والذين لديهم القدرة على مثل الأطفال الصم Non Verbal . ذلك لأن الجنسية تعد من خصائص الجنس

١٠

هناك بعض الاطفال الذاتيون في سن الثامنة ، كان لديهم الانتصاب والاستمناء باليد **Erection and masturbating** (الانتصاب واتيان العادة السرية) .
كما ان هناك اطفال آخرون الايقاظ الجنسي لهم حدث في وقت متأخر ووصل الى سن العشرين .

وال الموضوعات التي كانت توقف الجنس كانت متابة : الجنس الآخر ، صور النساء في الملابس التحتية ، الاقدام . وهذه الاشياء لا تثير الأفراد العاديين ، ولكنها تُعد من المثيرات الجنسية عند أفراد التوحد . ومن الأهمية بالنسبة لذلك هو التركيز على الوقت والمكان ، وما هو المناسب الذي يجب اتباعه مع مراعاة الجانب الأمني .

وهذا ما يجب اتباعه وخاصة في الأعمال المبكرة . مثلاً فإن الصغير التوحد ، يُنظر إليه على أنه جذاب أو بارع ، إذا كان يقوم باحتضان الآخرين ، أو يقوم بالجلوس معهم . وهذا السلوك غير مرغوب فيه - كلية - إذا استمر عندما يصل طفل التوحد إلى مرحلة البلوغ أو الرشد ، خشية قيامه بالاستمناء البدوي ، بل أنه يتبع التبشير باكتساب الطفل المهارات الاجتماعية المناسبة ، عندما يقف وهو صغير بجانب شخص آخر ، وحتى يعتاد الأمر لا يحتاج منه إلى اكتساب عادات غير مقبولة .

ومن حيث كانت التربية المبكرة الخاصة بهذه الجوانب ، تُعد ذات أهمية كبيرة ، فإنه يتبعن ان يكون هناك علاقة والجة Rapport بين العائلات والأفراد من ذوات الصلة بتربية الصغار (كالمربيين) ، إذ ان ذلك له اهمية الحاسمة Crucial ، عندما تحدث أمور تتصل بالجنسية عند تقدم العمر ، حيث يمكن مداركة ذلك في الوقت المناسب فهناك أمور يجب أن يتعلّمها الطفل ، حتى يكتسب القواعد والقيم الاجتماعية المناسبة والتي تتعلق بالجنسية ، مثال ذلك عليه أن يتعلم إلا يقوم بذلك ازواجه قبل أن يدخل إلى المرحاض .

والصورة الخادعة للآخراف الجنسي مرجعها اليئة التي يعيش فيها الفرد . مثال ذلك الموقف الذي يقوم به رجل مصاب بالتوحد ، حيث يتبع الفتيات الصغار . وحيث تبين أن هذا الشخص - ببساطة - ليس له اصدقاء ورفاق من نفس عمره يمكنه ان يتواصل معهم اجتماعياً . كما انه من المعروف بان افراد التوحد ، لا يتعلّمون بصرياً . ولكن تعلم فرد التوحد المناسب والسلوك الغير مناسب اجتماعياً ، مثل البدء في الاستمناء البدوي في مكان عام ، يحتاج إلى إعادة عمل مباشر للتوجيه بدون اعتراض أو احتجاج . ويتم التوجيه عبر انشطة بدنية أي يتم إعادة توجيه الفرد التوحد عن كيفية اختيار المكان والوقت المناسب

عندما تم الآثار الذاتية (الشيء الذاتي) Self – Stimulation مع مراعاة أن يتم ذلك بصورة فردية لكل فرد متوحد .

والقدرة لتحقيق ما يتم من استراتيجية صحيحة لذلك ، تقوم على إدراك وكشف النتائج عبر ملاحظة سلوك الصغير خلال فترة زمنية معينة . مثال ذلك : هل تحدث الآثار الذاتية خلال فترة معينة أثناء النهار ؟ وهل يتم ذلك عندما يكون الصغير قلق Anxions فعدم القلق – مثلاً – يمكن تقليل السبب الذي يحدث القلق وجذب انتباذه لموضوع آخر .

كما أنه من الأهمية القيام باختيار نظام ووسائل الفرد عند اتصاله بالآخرين وال التواصل معهم ، للتحقق من أنه أو إنها ، يتم اختيار المريضات الصحيحة ، والفرص التي تُعبر عن الحاجات الصحيحة للفرد . الواقع إن هناك موضوعات كثيرة تتصل بالجنسية والرشد بصفة عامة ، وحيث يصعب مناقشتها في مجال ضيق ، مثل تعليم الصحة الشخصية ، المنهج المناسب للتربية الصحية ، التغيرات الصحية مثل الاكتتاب والتوبات المرضية Seizures ، إضافة إلى الصراع للقوى الطبيعية للاستقلالية التي تحدث داخل معظم البيوت والتي يقوم بها المراهقون . هذا وليس هناك اجابات سحرية لحل هذه المشكلات ، قدر ما يمكن أن تكون هناك محاولات وخطاء Trial and error في علاج مثل هذه المشكلات .

فالمرأهقون والذكور من المصابين بالتوحد ، يواجهون تغيرات حياتية كثيرة . وهم يحتاجون من حزفهم فرص الاعتناق (تقمص العطف) Empathy والقبول غير المشروط Unconditional acceptance فليس معقولاً أن يواجه الإنسان ابنًا أو ابنة أو طفل أو راشد من المصابين بالتوحد ، دون أن يتأثر بهما . ذلك لأن الموضوعات المتعلقة بالجنسية ، تُعتبر أساسية لنا جميعاً كطبيعة بشرية Nature Human وكلما كان الفرد مفتوح الذهن – Open minded فإنه يكون قادرًا على الاقتراب من الفرد المتوحد ، وقدرًا على المخاذل الإيجابية ، والنماء الشخصي ، لمعالجة مشكلات الفرد المتوحد .

النمو الاجتماعي الجنسي بين أفراد التوحد ، وال العلاقة ببعضويات التعلم

The Socio – Sexual development of People With Autism And related Learning disabilities

المواهبة الجنسية بين البالغين والذين يعانون من صعوبات التعلم فإنه :

- الحق في الحصول على تدريب في السلوك الاجتماعي الجنسي Social – Sexual behavior ، ليتم فتح منافذ للتواصل الاجتماعي مع الأفراد في المجتمع .
- الحق في الحصول على المعارف الخاصة بالجنس والتي يمكنه إدراكها .

- الحق في التمتع بان يحب وان يُحب من الجنس الآخر .
- الحق في ائحة فرص بالتعبير عن الدافعية الجنسية بنفس الشكل الذي يتم بها القبول من الناحية الاجتماعية من الآخر .
- الحق في خدمات ضبط النسل والتي تقابل احتياجاتهم .
- الحق في الزواج .
- الحق في أن يكون لهم صوت في الانجاب .

المراقة Adolescence

لفهم قدرة افراد التوحد لتحقيق المحقق التي نادت بها آن كرافت *Ann Craft* ، فإنه من المفيد مقارنة نحو أفراد التوحد خلال فترة المراقة ، مع الأفراد الآسيوبياء بالنسبة للمرأهقين العاديين (الآسيوبياء) في فترة مرحلة المراقة ، حيث يبدأ البلوغ ويستمر النمو حتى يصبح المراهق لديه القدرة على ممارسة أعماله باستقلالية في الحياة الاجتماعية ، ويتتحمل هو / أو هي مسئولية ما يقوم به من أعمال . ومن حيث النمو السري ، فإن هذه المرحلة تمتد حتى 18 سنة .

ومجالات النمو خلال مرحلة المراقة تمثل في الآتي :

• النمو الجنسي (البدني / الفيزيائي) Physical Development

خلال مرحلة البلوغ ، يبدأ الطفل في نمو سريع ، حيث تظهر تغيرات بدنية تمثل في طول القامة وظهور السمات الجنسية الثانوية ويتم البلوغ خلال المرحلة العمرية 10-14 سنة . وقد لاحظ بعض الباحثين ان هناك تأخير بسيط Slight delay في نمو الهيكل العظمي لاطفال التوحد . ومن ثم يتبع ذلك تأخر البلوغ في حال التوحد .

• النمو المعرفي Cognitive Development

ان العمليات العقلية التي تصاحب المراقة ، تمكن المراهق من فهم البيئة التي يعيش فيها ، وتمثل مرحلة هامة في النمو خلال البلوغ . وقد اشار بياجي *Piaget* إلى أن النمو المعرفي في عالم البشر اثناء فترة البلوغ يتربّب عند بداية نمو التفكير المجرد Abstract thinking وهو من مراتب التفكير العالية التي تُعد أساساً لنشاط عقلي خصّب . وقبل البلوغ يكون الطفل العادي قادرًا على التفكير العياني (الحسي / المادي / الملموس) Concrete ، حيث يعتمد على الحواس الفيزيائية ليفهم ما يُفكّر فيه . بينما في فترة البلوغ

يُمتد النشاط العقلي إلى عمليات معرفية حيث يكون للمرأة أن تفهم الأفكار المجردة : (من مستوى أعلى من التفكير الحسي).

وقد وجد رويتter Rutter في عام 1970 أن 10% من الأفراد المصابين بالتوحد في دراسة قام بها ، أن هناك تدهور واضح في القوى العقلية لأفراد التوحد خلال فترة المراهقة . إضافة إلى 33٪ يتبعهم نوبات تشنجية Seizures وقد محمد نوبات تشنجية صرعية Epileptic Seizures في هذه الفترة لأفراد التوحد .

• النمو الاجتماعي Social Development

ان المهارات المعرفية Cognitive Skills المرتبطة بالنمو البدني (الفيزيائي) ، تمنع المراهق العادي (السوي) يقطنة الذات او الوعي بالذات Self – awarness والقدرة على الفهم والتعرف على الخبرات والمشاعر الخاصة بالآخرين ، حيث يتقلل المراهق من العائلة التي ينشأ فيها إلى مجموعة الرفاق Peer groups ، وعند يبدأ الوعي بالذات ، عن طريق الرفاق وروابط الاندماج والتقارب معهم ، حيث تمثل ذلك المعبر من حياة الطفولة ، والاعتمادية على القبط الابوي والأسرى ، ليصبح – اثذ – فرداً بالغاً مستقلاً ، وكعضو في المجتمع .

والكثير من أفراد التوحد يفتقرن القدرة Inability على إقامة علاقات اجتماعية ، إذ أن ذلك ظهر تشخيصي معياري للمصابين بالعرق ، وينطبق ذلك على علاقاتهم الأولية داخل الأسرة وعلى العلاقات ذات المدى الشع مع الآخرين ، ونتيجة لذلك نجد أن افراد التوحد في علاقاتهم بالآخرين ، يقفون موقف الملاحظين Observers ، وليسوا من المساهمين والمتفعين بالعلاقات المتداخلة مع الآخرين .

• النمو الجنسي Sexual Development

مع بداية البلوغ ، تجد أن المراهق العادي يتعلم كيف يتعامل مع عفزات جنسية قوية متزايدة . وقد اشارت دراسات سورنسن 1972 Sorenson ، إلى أنه في نهاية فترة المراهقة ، تبين أن أغلب الذكور بنية تصل إلى 50٪ والإناث قرروا انهم كانوا يمارسون الاستمناء البدوري . اضافة إلى وجود حالات من الجنسية المثلبة في هذه المرحلة العمرية Homosexuality وايضاً الممارسة الفعلية للجنس .

ولقد كانت هناك بعض الدراسات القليلة عن أفراد التوحد . ففي 1979 وجد ديمير Demyer بان المراهقين من افراد التوحد لم يكن لديهم الدافعية لممارسة الجنس . وأنه كانت

هناك مشكلات جنسية بين مجموعة من الأفراد البالغين المصايبين بالتوحد . فقد أوضح ذيير¹ بأن 63% من افراد التوحد كانوا يمارسون الاستمناء اليدوي ، وان 60% من هذه المجموعة كانوا يمارسون العادة السرية بصفة مستمرة واحياناً كل الوقت .

وبصفة عامة يتبيّن ان افراد التوحد لديهم دافعية جنسية ، ويعبّرون عن اشباعها ، بالاستمناء الفردي Solo masturbation ، بوسيلة مشابهة لسبة أكبر من المراهقين . وفيما يتعلق بالعلاقات الجنسية مع الجنس الآخر ، فان افراد التوحد يختلفون عن الافراد العاديين ، إذ ان هناك قلة نادرة فهم لديهم خبرات في هذا الشأن . حيث ان الكثير من افراد التوحد خلال فترة المراهقة يبقون منهمكين في ذواتهم Self – absorbed ومن ثم فانهم يعزفون عن ايجاد علاقات مع الآخرين .

لذلك فإن الأمر يحتاج إلى ايجاد علاقات اجتماعية للنمو الاجتماعي عن الجنس بين افراد التوحد .

واقع مجموعة الرفاق لأفراد التوحد

Reality of the Peer group for the People of Autism The

يعاني افراد التوحد من ضعف المهارات المعرفة (المشدة / المؤكدة) Empathic Skills حيث يجدون صعوبة في التوقيت الاجتماعي المناسب ، والتواصل الاجتماعي ، وما يتبع ذلك من مشكلات ، تجعلهم في معزل عن مصاحبة الرفاق . بل هناك عدم القدرة للتفاعل مع الآخرين والذين - عادة - مع يلفظونهم بل دائماً ما يرفض الاسویاء التعامل معهم .

بل أنه من المعروف انهم قد لا يجدون مكاناً أو تعاملأً مع من يمثلهم ، إضافة إلى انهم لا يجدون مكاناً لهم بين أفراد المجتمع والذين قد يكون لديهم - أيضاً - صعوبات في التعلم .

وإذا اراد افراد التوحد الحصول على عوائد ترد اليهم من التعاضد الاجتماعي ، كرغبة في الانتماء Belonging ، وإنهم افراد لهم قيمة اجتماعية ، فإنهم قد يحصلون على هذه العوائد من مجموعات الأفراد الذين يتعاملون معهم ، كأفراد العائلة ، والأشخاص المهنيين ، والمتطوعين العاملين في ميادين العوق .

وعلينا أن نقر ما تقدمه من عون يختص بقبول واقع التعبير عن الحاجات الجنسية لأفراد التوحد ، بل علينا أن نقر حقهم في ممارسة الجنس عن طريق الاستمناء اليدوي مثل

غيرهم ، مع احقيتهم في خصوصية ذلك الأمر ومع تعويذهم في اختيار الوقت والمكان المناسب .

اضافة إلى تعليمهم أن يكون سلوكهم مناسباً في المجتمع الذي تحكمه قواعد غير منطقية ، تحكم سلوك الناس الذين ابدا لهم ناضجة جنسياً .

لذلك فأفراد التوحد يحتاجون مهارات كافية لتمكنهم من السلوك في مجتمعات مفتوحة ، وحتى لا يواجهون استجابات غير مقبولة من الآخرين .

ولذلك فان مسئولية من يهتمون بأمور أفراد التوحد ، ان يجدوا ويستخدموا طرائق التدريب المناسبة لمعاونتهم ، والواقعية والتي تختص بفهم اعمق لأحوالهم .

طرائق التدريب Training Methods

هناك برنامج **بينهافن Benhaven Programme** والذي صمم لمساعدة المراهقين من افراد التوحد ، لفهم وظائف اجسامهم عند المراهقة ، ولمساعدةهم للسلوك المناسب المقبول والاجتماعي لاغاثة السلوك الجنسي .

وفي 1979 وجد كل من **ميلون ولتيك Melone and Lettick** بان القائم باعمال التربية الجنسية الذين طلبوا منه اعداد برنامج للمراهقين من افراد التوحد في **بينهافن** ، حكم بسرعة بان اتجاهاته الأساسية نحو المتخلفين عقلياً غير ذات جدوى حيث اشار : بان المتأخرین من حيث انهم تخضعون قدراتهم العقلية ، عادة لديهم تواصل اجتماعي ومهارات اتصال جيدة ، وانهم قادرون على بناء علاقات دائنة والتي يمكن ان تكون عادلة ومقبولة بارتباط من الآخرين . ولقد كان البرنامج مؤسساً على توقعات تعليم و التربية ذوي الوظائف المنخفضة من المراهقين ، وليسوا من الذين يصعب عليهم التواصل الكامل . ولذلك لم يؤخذ بهذا البرنامج حيث ان القائمين على تطبيقه كانوا غير مقتنيين بمشاعر المتعلمين ، إضافة إلى ان افراد التوحد لم يكونوا مهتمين بهذا البرنامج .

فالعلاقات الخاصة بال المتعلمين مع الآخرين ، كانت في صورة مبسطة قائمة على اساس أنها اداة لاشياع حاجاتهم . في حين أن العلاقات الاجتماعية للبرنامج كانت تمثل لأن تكون صورة ظاهرية لما يقوم به المراهقون الآخرون . وفي ضوء هذا الواقع فان **برنامجه بنهافن** تبني خططاً للتربية الجنسية ، وقام بوضعها في إطار تدريسي مقبول للسلوك الاجتماعي للمراهقين . بل ان البرنامج تضمن عدداً من وحدات قياسية Modules يمكن استخدامها على افراد التوحد عندما تكون مناسبة لهم ، من ناحية الرعاية الصحية .

القيم الشخصية لدى الذاتيون

تعتبر الجنسية امراً شخصياً للدرجة عالية . والجنسية تحتاج منا لأن تختبر القيم الشخصية الخاصة بنا ، وهل يمكن أو لا يمكن تطبيقها على افراد التوحد . وذلك على أساس انهم يشكلون الجوانب النفسية الجنسي للمجتمع معاً ، من حيث زواجهم وتكوينهم أسر ، ومن ثم علينا أن نقوم بعمل تقويم للقيم الخاصة بـ مشاعرنا وما يقابلها من بدائل ، وأن تعمل على وزن حاجات افراد التوحد ، بالنسبة للقيم والأخلاق الخاصة بالمجتمع . مسحوف Mesibov . 1982

المندبة والتدريب على السلوك الاجتماعي الجنسي

Modelling Training Socio Sexual Behaviou

يتم ذلك عندما يصل فرد التوحد إلى مرحلة البلوغ ، ويصبح مراهقاً ، بل ويصبح ناضجاً جنسياً وحيث تبدأ المشكلات وعادة ما يتم تجاهل الجنسية بين افراد التوحد ، حتى تظهر اسباب الضغوط Stress Causes for المرتبطة بذلك .

والراهقون من افراد التوحد ، لديهم وقت أقل في تغيير سلوكهم ، عما هو الحال بالنسبة لوقت ادراك التغيرات التي تحدث لهم ، من القائمين على رعايتهم فظاهر النضج الجنسي لهم يدركها القائمون على رعايتهم ، كما أنه مقبول بدرجة تعلم عالية ان الكثير من افراد التوحد ، يفقدون مرحلة التفكير والفهم وعادة ما يقومون بتعلمها فيقي في عقولهم ، فإنه يصعب تغييره . فإذا حاولنا أن نعلم افراد التوحد ، كيف يسلكون كالكبار ، فإنه يجب أن يؤخذ في الاعتبار اننا كيف نعلمهم ليسلكون مثل الصغار ، كما أنه اذا اعتقדنا بأن سلوكاً مثالياً اجتماعياً مقبولاً لاتباعه من طفل في المجتمع ، وان ذات السلوك يجب طبيعياً لتغييره عندئو الطفل ووصوله إلى مرحلة المراهقة ، وقمنا في ذات الوقت بتعليم طفل التوحد نفس السلوك ، لمجد أن عمليات التعلم يصاحبها اختفاقات Deficiencies في نحو اطفال التوحد عند وصولهم إلى سن المراهقة .

وإذا وجد اطفال التوحد صعوبة في اتباع ونقل المعارف ذات الصلة بمرحلة المراهقة ، وإذا ما تعرضوا لمعاناة شديدة في انكارهم ، وإذا لم يجدوا العون من مجموعة رفاقهم ، وإذا ما استمرروا في الاعتماد على دور العائلة ، فإنهم - انتذ - يدخلون إلى مرحلة المراهقة بنفس الفهم والسلوك الذي تم اكتسابه لهم في مرحلة الطفولة .

ورغم القيم التي يحددها المجتمع للخبرات والمسارات الخاصة بهذه المرحلة العمرية ، فإن هذه المرحلة ليست هي أهم المراحل في أعمارنا . فإذا تعرض الطفل خلال العشر

سنوات الأول من حياته إلى احتجاجات Frustration واحفافات وعجز اجتماعي Social Disability ، فإن هذا النمط من التنشئة قد يستمر إلى عمر 70 سنة . وفي هذا ما يؤكّد عدم صلاحية هذا النمط من التنشئة ، وإذا أخفق أفراد التوحد والذين يعانون من صعوبات التعلم في أن يصبحوا أكثر تواافقاً في حياتهم وخاصة في نهاية مرحلة المراهقة ، فإنه يجب أن يتعلّموا أن إشكال السلوك الطرفية ، لا تعد مناسبة عندما يصلون إلى مرحلة النضج ، وإن هذه الأشكال يجب لا يعاد تعليمها Re - Learnt .

Contact Acceptable Physical : الاتصال البدني المقبول

بالنسبة لأولئك الذين يتعاملون مع الطفل قبل البلوغ ، يجب عليهم أن يأخذوا في الحسبان إلى الاتصال البدني بالطفل ، فإنهم يمهدون Initiate قبول الطفل لهذا النمط من السلوك حتى وصوله لسن الرشد . فليس هناك من ضرورة للأباء أو الذين يقومون برعاية طفل التوحد ، ان يستمروا في احتضانه او اعطائه قبلات ، حيث أن مثل هذا السلوك يجب أن يتوقف عند الوصول إلى المراهقة ، إلا فيما ندر من موافق حياتية .

وهذا النمط من سلوك الاتصال البدني من افراد خارج العائلة يجب أن يتوقف ويتغير . ويكتفي بتصافح الايدي بحرارة ، أو التعبير اللفظي ، وخاصة مع الراشدين .

Sex Grouping : التجمع الجنسي

تعليم الطفل إلى أي جنس هو يتعمى إليه ، بعد امراً حيوياً للغاية ، لكي تكون استجاباته مع الجنس الآخر في الواقع الاجتماعية آمنة وليس مضطربة . وهذا الجانب من التنشئة ضروري لمساعدة الطفل في أن ينبعج في حياته الاجتماعية ويحدث له تجمّع مع الذكور او مع الإناث ، قبل أن يقوم المجتمع ذاته بالفصل في حال التجمّع الجنسي .

والتدريب على ذلك يُعد ضرورة من ضرورات يفرض على المجتمع عند المساواة بين افراد الجنس الواحد ، وبالنسبة لأطفال التوحد قد يختلط عليهم الأمر في تحديد خصائص الرجلة أو الأنوثة Masculine or Feminine .

Modesty : الحياء

أطفال التوحد ليسوا أنفس الناس للسماح لهم بالجري عرايا على السواحل الدائمة خلال عطلات فصل الصيف . إذ أنهم على فهم ضئيل بالنسبة للقواعد المقدمة الاجتماعية التي تمنع هذا السلوك إذ عليهم أن يقوموا بديثار أجسامهم ولا يكونوا عرايا . والجلوس باعتدال ، وتعلم متى وابن ان يسمع بلمس أجسام الآخرين واجسامهم ، و اختيار

من المناسب واغلاق الابواب عند الدخول اليها ، تعد من الأمور المأمة التي يتعلمها بن قبل الاطفال. ومثل هذا السلوب يجب ان يتعلمها طفل التوحد قبل أن يصل إلى شد .

اجزاء الجسم Parts Naming of Body

تسمية اجزاء الجسم تظل المسميات كما هي في الطفولة وفي الرشد . وبالنسبة لطفل يجب أن يتعلم اجزاء الجسم . وفي العادة لا نعلم الطفل الاجزاء الجنسية في جسمه تخدم الفاظ دارجة لسميات الاجزاء الجنسية .

وطالما أن المسميات لا تستخدم بطريقة صحيحة فان الطفل قد يستخدم الفاظ غريبة حبحة ، إذ أن طفل التوحد يجد صعوبة في المفاهيم بل صعوبة في ربط الكلمة عندما مع الفكرة من ورائها واستخدام مسميات مختلفة للمناطق الجنسية عند اطفال امر مرغوب فيه .

Problems of the General

من المشكلات الاستمناء البذوي الغير مناسب Inappropriate Masturbation و المأمور الغير مناسب التي تخلق القلق ، وقمع السلوك Suppressing behaviour قد يترك الفرد دون التخلص من الطاقة الجنسية والخطورة الأولى التي يجب التأكد منها الفرد لا يتعاني من مشكلات صحية . فقد تكون هناك معاناة من عدوى في الجهاز ي ما يؤدي إلى الاستمناء . وإذا كان الفحص الطبي يوضح أنه ليس هناك معاناة او به فإنه عندئذ يجب تعليم الطفل لبرنامج لتعديل السلوك . وإذا كان السلوك يمثل حادة ، فإن الأمر قد يستدعي تدخل اخصائي نفسي ، لاستخدام برنامج تعديل : والبرنامج الذي يستخدم لا يقوم على ايقاف الاستمناء ، ولكن لتعليم الفرد اين يمارس هذه العادة بطريقة لا تؤديه وتضره .

، البلوغ ، واحتمالية النوبات الصرعية

Autism , Puberty , and the Possibility of Seizures

ن واحداً من كل أربعة من اطفال التوحد ، يُصاب بنوبات صرعية خلال مرحلة السبب الرئيسي لذلك لم يعرف بعد ، ولكن ربما يكون السبب مرجعه تغيرات Hormonal Changes في الجسم وحياناً قد لا تظهر هذه النوبات الصرعية : مثلاً : ذات صلة بالتشنجات Convulsions ، ولكن في العديد ، تكون صغيرة ، وخاصة

لات النوبات الصرعية (دون السريرية / أي غير بادبة الأعراض) Subclinical ، قد يصعب تحديدها بالعلامات البسيطة (غير الدقيقة) .
من النوبات الصرعية غير بادبة الأعراض (دون السريرية) ما يأتي من أنشطة :
اعراض مشكلات سلوكية مثل العدوانية Aggression ، جرح الذات - Self injury وشراسة بقسوة Severe tantruming .

تقدم بسيط للغاية لمكافحة (تحصيل اكاديمي) ، بعد أن كان هناك مكافحة جيدة خلال فترة الطفولة ، وقبل سنوات المراهقة .

فقد لبعض المكافحة السلوكية المعرفية Cognitive gains - Behavioural وقد عرفت بعض الأفراد من التوحديين الذين كانوا من مستوى أداء عالي - High Functioning قبل البلوغ . بينما عند البلوغ فإنهم كانوا يعانون من نوبات صرعية ، وكانوا يعالجون منها . وعندما وصلوا إلى المراهقة المتأخرة Late teens ، بدأ أدائهم العالي ينخفض .

وبعض الآباء كانوا حريصين لراقبة ابنائهم حال حدوث نوبات صرعية لهم عبر دامهم بجهاز EEG Electro Encephalogram (مخطط الدماغ الكهربائي) . هنا إن هذا الجهاز قد لا يكشف النشاط الغير سوي Abnormal activity خلال فترة بار ، كما قد لا يؤشر بأن الفرد لا يعاني من نوبة صرعية . وللتأكد دائمًا من وجود صرعية ، بعض الأفراد يقيّمون Qssesed نت جهاز مخطط الدماغ الكهربائي لمدة 2 - 48 ساعة .

ومن الناحية الطبية ، فإن فيتامين ب6 Vitamin B6 ، والماغنيسيوم Magnesium بـ ديميلجلين DMG (Dimethylglycine) ، فإن تعاطي هذه العقاقير يقلل من نشاط الصرعية عند بعض الأفراد ، وخاصة عندما تكون العقاقير التي تستخدم لعلاج الصرعية غير مجده .

هذا مع مراعاة أن معظم أفراد التوحد ، لا يعانون من نوبات صرعية خلال البلوغ . في ذلك من الواقع ، يدل على أن الكثير من الآباء يصرحون بأن ابنائهم من الذكور أو عادة ما يكتسبون خبرات غائية غريبة Dramatic development قبل هذه المرحلة .

هر .

هذا ويجب على آباء الأطفال التوحدين أن يدركونوا بأن التغيرات المختللة والسلالية التي قد تحدث خلال فترة البلوغ ، تُعد بالغة الأهمية ، وإن على الآباء أن يدركون الواقع المتشكل في أن 25٪ من أفراد التوحد ، قد يصابون بنزوات صرعية إكلينيكية أو غير بادحة الأعراض ، وكلاهما إذا لم يتم العلاج بالنسبة لهما ، فإن ماك ذلك آثاراً ضارة .

خامساً : برنامج لتعديل السلوك اللفظي - غير اللفظي لدى الأطفال الذاتويين



يتعلم الطفل الطبيعي التأديب والتهذيب من خلال التواصل غير اللفظي في البداية ومن ثم التواصل اللغوي ، فالطفل في سنته الثانية من العمر قادر على معرفة معنى رفع الصوت والنهي وتحميرات الوجه وتأشيره الأصبع للنهي أو الوعيد ، يتعلم هذه الإشارات ومغزاها ، وأسلوب التعامل معها.

الطفل التوحيدي لديه ضعف في التواصل

اللفظي وغير اللفظي ، كما قد لا يدرك معنى الإشارة لعدم وجود القدرة التخيلية ، لذلك فمن الصعوبة عليه معرفة الأوامر والتواهي ، وهنا تكمن أهمية التدريب على الإشارة ومعناها ، وإذا كان الطفل قادراً على الكلام فيمكن دمج الإشارة مع الكلام لتوضيحه وتريسيخه ، ويعتقد بعض الأهل أن العقاب هو الطريق إلى التأديب والتهذيب وأنه سيجعله قادراً على فهم الإشارة أو الكلمة ولكن ذلك غير صحيح ، فالطفل لديه قدرات عديدة تحتاج إلى التدريب ، وقد يستمر في سلوكيات معيية ، وبالتدريب يمكن تغييرها ، ومن المهم إيجاد أسلوب لكي يقوم الطفل بالتعبير عن نفسه من خلاله.

الخطوة الأولى : البدء في حل المشكلة خطوة خطوة Smallsteps

لكيفية التعامل مع الطفل يجب معرفة قدراته وما يقوم به من سلوكيات غير مرغوب فيها ، وذلك على النحو التالي :

- إذا كان الطفل يقوم ببعض الآخرين فيمكن استخدام قطعة من اللدان (المطاط) لغضها.
- إذا كان الطفل في عمر متقدم فيمكن استخدام اللبان لشغل أسنانه.
- حتى وقت اللعب لا تسمح له بالبعض (بعض اللعبة).
- ليس كل البعض ناتج عن الغضب فالبعض يستمتع بالإحساس عن طريق الفم.

- يمكن عمل بعض التدريبات لزيادة قوة العضلات والأحاسيس مثل تفريش الأسنان. قد لا يعرف طفلك طريق غرفته بعد اللعب فيمكنك مساعدته ، وبالتدريج يمكنك القول للعبة مع السلامة ثم تأسه أن يأخذها إلى غرفته وإذا رفضت نظيف الغرفة مثلاً فيمكن وضع جدول أسبوعي لتنظيفها مساعدته ، ثم يمكن زيارته إلى مرتين أسبوعياً.

الخطوة الثانية : وقت التدريب Training Time

كلما زاد عمر الطفل كلما زادت الحدود الموضوعة له ، فيزداد قلقه وغضبه ، لذلك يحتاج المزيد من الوقت للتدريب ، ولإعطاءه المزيد من الوقت لإظهار أحاسيسه وانفعالاته ، وإذا لم يكن الطفل غرياً فاعطه الفرصة للتغيير من خلال اللعب.

الخطوة الثالثة، استخدام الرمزية واللعب

الدمى يمكن أن تكون في موضع التأديب والتهذيب كما الحالات الأخرى التي تواجه طفلك:

- ماذا يحدث عندما تقول دمية الأم لدببة الطفل بعدم العرض ؟
- ما هو شعور الدمية ؟
- ماذا تستطيع الدمية فعله غير العرض ؟
- ماذا يحدث عندما تقوم الدمية بالعرض ؟
- ماذا تستطيع دمية الأم عمله ؟
- ماذا تستطيع دمية الأم عمله لكي لا يكون لدى الطفل رغبة في العرض ؟ يمكن عمل تمثيلية أبطالها الدمى للوصول إلى حل مشكلة ما ، وإذا لم يكن الطفل قادرًا على الكلام فيجب الاعتماد على الإشارة في اللعب ، مستخدماً نبرات الصوت وتغييرات الوجه لمشاركة الشعور والانفعال ، ومع التدريب يمكن تعليم طفلك الكثير من السلوكيات الجديدة.

الخطوة الرابعة : التفافهم العاطفي Empathizing

اجعل الطفل يعرف أنك تعرف كم هو صعباً التحكم في بعض السلوكيات ، وأنك تعرف كم هو غاضب وما هو شعوره الداخلي ، وإنك معه وتسانده على كل حال.

الخطوة الخامسة ، بناء التوقعات والحدود Creating expectation & limits

يجب أن تجعل هدفك واسعاً ليضم الكثير من السلوكات ، فإذا كان هدفك عدم الضرب فقد يتحول طفلك إلى الرفس مثلاً ، لذلك يجب أن يكون هدفك عدم إيذاء الآخرين ، ويضم عدم الضرب أو الرفس أوأخذ حاجياتهم وغيرها ، وإذا بدأ طفلك في احترام الآخرين فستقل صور الإيذاء ، كن واضحاً مع طفلك عن توقعاتك لما سيقوم به من خلال الكلام والإشارة ، فلتفترض أن طفلك رمى اللعبة على أخيه بعد فترة من لمجاه التدريب ، فذلك هو الوقت لثبت ما تعلم.

- ضع الطفل في حضنك حتى يهدأ.

- كن ثابتاً صارماً ولكن بمنان .

- لا تفعل أو تصور (فذلك سيجذب الطفل وستزيد من السلوك المسيء)
الهدف هي إيصال رسالة له أنه قادر على التحكم في نفسه والهدوء ، وإن بإمكانك مساعدته على ذلك ، وبعد هدوءه يمكن مناقشه عن الموضوع لكي يعرف خطأه ، كما يمكن استخدام الواقع بالثواب والعقاب معتمدًا على معرفة الطفل وقدراته الفكرية ، مثلاً من رؤية التلفزيون ، ولكن العقاب البدني والضرب منع ، وإذا كان الطفل غير قادر على الكلام فيمكن استخدام الإشارة لتوضيح العقاب.

الخطوة السادسة ، القاعدة الذهبية Golden roles

مع التحديات في التدريب على التهذيب فإن الطفل يحتاج إلى الكثير من وقت التدريب والعواطف ، فالطفل يقابل بازدياد تحديات وموانع جديدة، ... مما يؤدي إلى زيادة الانفعالات والغضب ، فزيادة وقت التدريب تعطيه الفرصة للسيطرة على هذه العواطف ويقلل من تأثيراتها عليه ، وزيادة وقت اللعب ستكون مناسبة لإظهار مكتنوات نفسه كما ستكون فرصة لزيادة الترابط معك والثقة بك ، وهو ذي أهمية كبيرة لزيادة محتسباته لارضائه وإرضاء نفسه.

سادساً: التوقعات المستقبلية للذات/آهرين

أن شبح الخوف من المستقبل هو المشكلة الرئيسية وهو ما يمكن التغلب عليه من خلال العمل الجاد منذ البداية وبشكل مستمر على كل الأصعدة بهدف تحقيق أكبر قدر من الاستقلالية والاعتماد على الذات لأشخاص التوحديين بالإضافة للعمل على سن القوانين

التي من شأنها أن تدعم توفير البرامج والخدمات ذات العلاقة باحتياجات التوحدين المتأمرة
بعاً للمراحل العمرية ومستوى الأداء.

ومن ناحية أخرى

ليس هناك علاج ناجح للتوحد، وهذا لا يعني إحباط الوالدين، ولكن مع التعليم
والتدريب يمكنهم إكتساب الكثير من المهارات الفكرية والنفسية والسلوكية مما ينعكس على
حالتهم، وبعض الأطفال تستقر لديهم بعض الأعراض المرضية طوال حياتهم مهما قلت
درجتها. لا تستطيع توقع المستقبل وما سيكون عليه الطفل، ولكن بعض الشواهد قد تنبئ
بالمستقبل ، ومنها :

- الأطفال طبيعي الذكاء وليس لديهم إضطرابات لغوية يمكن تحسنهم بشكل كبير.
- الأطفال الذين تلقوا التدريب والتعليم في معاهد ذات برامج جيدة يمكن تحسنهم
بشكل كبير.

الفصل الرابع

متلازمة اسبرجر Asperger Disorder

تمهيد

اولا : نبذة تاريخية عن متلازمة اسبرجر

ثانيا : اكتشاف متلازمة الاسبرجر

ثالثا : نسبة الانتشار

رابعا : الجوانب الثقافية المتعلقة بالاسبرجر

خامسا ، المقصود بمتلازمة الاسبرجر

سادسا ، خصائص و مظاهر وأعراض الاسبرجر

سابعا ، مسببات متلازمة الاسبرجر

ثامنا : الفرق بين متلازمة اسبرجر والتوحد

ناسما ، تشخيص متلازمة الاسبرجر

عاشرًا ، التشخيص الفارقي بين الاسبرجر والتوحد

الحادي عشر ، التدخل العلاجي لذوي متلازمة اسبرجر

الثاني عشر ، متلازمة الاسبرجر وطرق التعامل معها في المدرسة الاعدادية

الثالث عشر ، التوقعات المستقبلية لذوي متلازمة الاسبرجر

الفصل الرابع

متلازمة اسبرجر

Asperger Disorder

تمهيد

يتميز اعטال اسبرجر Asperger's disease بوجود صفات وسلوكيات تشبه الطفل المصاب بالتوحد ولكن بدرجة خفيفة ، أي بدون تأخير في النمو العقلي والمهاري يشكل ملحوظ ، ولكن يمكن أن يتأثر تأثير بسيط غير ظاهر.

اعطال اسبرجر يتميز بوجود صفات توحيدية لدى الطفل ، هو أحد 5 أنواع من المشاكل التي تصيب الطفل و تؤثر في نموه العقلي والسلوكي وتسمى Developmental . Disorder Pervasive

وهي :

- التوحد Autism
- اعتلال ريت Rett's disorder
- اعتلال اسبرجر Asperger's disorder
- اعتلال الإنفصال الطفولي Disintegrative Childhood Disorder
- مشاكل النمو الواسعة الإنتشار والغير محددة PDD NOS

اولا : نبذة تاريخية عن متلازمة اسبرجر

History of Asperger syndrome

سميت المتلازمة على اسم طبيب الأطفال النمساوي هائز اسبرجر (1906- 1980) " وتمثل متلازمة اسبرجر تشخيصاً جديداً نسبياً في مجال التوحد Autism. وفي طفولته، يبدو أن اسبرجر قد أبدى بعض خصائص العرض Condition الذي حل اسمه فيما بعد، من تلك الخصائص: البعد عن الناس، والموهبة اللغوية. وأفاد أوضحت صوراً التقاطت له أثناء عمله البارز أن له وجهًا يجدون عليه نظره عدقة. وفي عام 1944، وصف اسبرجر أربعة أطفال

كان يعمل على حالاتهم من كان لديهم صعوبات في الاندماج الاجتماعي. افتقر هؤلاء الأطفال إلى مهارات التواصل غير اللغطي، وفشلوا في إظهار تعاطفاً مع أقرانهم، وكانوا مرتبيين جديداً Clumsy وقد أطلق أسبيرجر على هذه الحالة اسم "سيكوباتيا التوحد" Autistic Psychopathy وقد وصفها الحالة بشكل رئيسي أنها تسم بالعزلة الاجتماعية. وعلى عكس الأسبيرجر المعروف اليوم، يمكن لسيكوباتيا التوحد أن توجد في أشخاص من جميع مستويات الذكاء، بما في ذلك أولئك الذين يعانون من خلل عقلي. وفي الفترة التي دعت فيها السياسة النازية لتحسين النسل النازي عبر تعقيم وقتل المحرفين اجتماعياً والمعاقين ذهنياً، دافع أسبيرجر عن قيمة الأفراد الذين يعانون من التوحد، وكتب تحن على اقتداء، إذن، أن الأشخاص الذين يعانون من التوحد لهم مكانهم في الكبان الاجتماعي للمجتمع إنهم يؤدون دورهم بشكل جيد، ربما بشكل أفضل من أي شخص آخر، وعند تحدث عن أشخاص عانوا في طفولتهم ومرروا بصعوبات بالغة وتبسوا في أشكال لا توصف من القلق لأولئك الذين قاموا برعايتهم. كما أطلق أسبيرجر على مرضه الصغار اسم "الأساتذة الصغار Little Professors" وكان يعتقد أن بعضهم سيكون قادرًا على تحقيق الإنجازات استثنائية وأن يقدم أفكاراً أصلية في أوقات لاحقة من حياتهم. وقد نشرت ورقة في زمن الحرب، وباللغة الألمانية، لذلك لم تقتصر على نطاق واسع في أماكن أخرى.

وقد قامت لورنا وينج Lorna Wing بنشر مصطلح "متلازمة أسبيرجر" في المجتمع الطي الناطق باللغة الإنجليزية في مطبوعتها التي نشرت عام 1981، وتشمل سلسلة من دراسات الحالة للأطفال يظهرون أعراضًا مشابهة لما وصفه أسبيرجر، وقادت أوتا فريست Ota Frith إلى ترجمة ورقة هائز أسبيرجر إلى الإنجليزية عام 1991 وقد تم تحديد مجموعة من المعايير التشخيصية للمتلازمة من قبل جيلبرج وجيلبرج "في عام 1989، وقام al Szatmari et al التصنيفية للمتلازمة من قبل جيلبرج وجيلبرج" (سيزاناري وأخرون) بعمل مجموعة أخرى من المعايير في العام نفسه. وقد أصبح الأسبيرجر تشخيصاً قابساً في عام 1992، عندما تم إدراجها في الطبعة العاشرة من الدليل التشخيصي لمنظمة الصحة العالمية، والتصنيف الدولي للأمراض ICD-10؛ وفي عام 1994، تم إضافتها إلى الطبعة الرابعة من المرجع التشخيصي لجمعيات الطب النفسي الأمريكية والصادرة تحت العنوان: "الدليل التشخيصي والإحصائي للأضطرابات العقلية DSM-IV".

والآن يمكنك أن تجد مئات الكتب والمقالات ومواقع الإنترنت تتحدث عن الأسبيرجر، وقد زادت تقدیرات انتشار أمراض ASD بشكل غير عادي، مع وصف مرض

اسبرجر كمجموعة فرعية من ASD أما بالنسبة لمسألة اعتبار الأسبرجر شكلًا مختلفاً للتوحد عالي الأداء من عدمه، فإن تلك مسألة أساسية تتطلب مزيداً من الدراسة. كما أن هناك تساؤلات حول التحقق التجريبي من معايير الطبعة الرابعة للدليل التشخيصي والإحصائي للأضطرابات العقلية DSM-IV ومعايير الطبعة العاشرة من التصنيف الدولي للأمراض ICD-10.

و متلازمة اسبرجر Asperger Syndrome هي اضطراب طيف التوحد Autism، ويظهر المصابون بهذا المرض صعوبات كبيرة في تفاعلهم الاجتماعي مع الآخرين، مع رغبات وأغاث سلوكيّة مقيدة ومكررة. والمريض مختلف عن غيره من اضطرابات طيف التوحد من ناحية الحفاظ النسي على استمرارية تطوير الجوانب اللغوية والإدراكية لدى المريض. وعلى الرغم من أن التشخص لا يعتمد على وجودها، فإن براعة المريض الجسدية واستخدامه للغة غير نطقية غالباً ما يذكران في التشخص.

وتسمى متلازمة اسبرجر أيضاً Asperger's Syndrome أو اضطراب اسبرجر Asperger's Disoder، وأحياناً يطلق على المرض لفظة's فقط.

وقد سمي هذا المرض على اسم طبيب الأطفال النمساوي هائز اسبرجر "الذي قام عام 1944 بعمل توصيف الأطفال الذين يفتقرن لمهارات التواصل غير النظفي، والذين يظهرون تعاطفاً محدوداً مع أقرانهم، ويتحركون -جسدياً- بشكل مرتبك Clumsy. وبعد مرور خمسين سنة، تم تسجيل وتشخيص المرض بشكل معياري، لكن هناك أسئلة حول جوانب كثيرة من المرض لا تزال قائمة حتى الآن وعلى سبيل المثال، فهناك شك عالق حول ما إذا كان المرض مختلف عن التوحد ذو الأداء العالمي HFA و بسبب ذلك -جزئياً- فإن انتشار الأسبرجر ليس راسخاً تماماً. والسبب الدقيق للمرض ليس معروفاً، وعلى الرغم من أن الدراسات والأبحاث تدعم احتمال وجود أنس جينية للمرض، فإن تقييمات التصوير الدماغي لم تعرف بعد على أمراض واضحة مشتركة مع اسبرجر.

ولا يوجد علاج واحد للمتلازمة، كما أن فاعلية بعض التدخلات الخاصة لا يزال مدعوماً عبر مجموعة محدودة من البيانات ويهدف التدخل Intervention إلى تحفيز الأعراض والوظيفة. ويشكل العلاج السلوكي الركيزة الأساسية لإدارة المرض، بحيث يتم التركيز على معالجة العجز في خصائص محددة مثل فقر مهارات التواصل، الموس أو الأفعال الروتينية المتكررة، ومدى البراعة الجسدية. معظم الأشخاص يتحسنون بمرور الوقت، لكن صعوبات التواصل، والتكيف الاجتماعي والعيش المستقل تستمر حتى مرحلة البلوغ. وقد

دعى بعض الباحثين وبعض الأشخاص المصابون بالأسبرجر إلى التحول في الموقف تجاه المرض، فائلين بأنه عبارة عن فرق Difference " بين شخص وأخر، أكثر من كونه إعابة " يجب التعامل معها أو علاجها.

ثانية، اكتشاف متلازمة الأسبرجر

من المصادفات العجيبة التي من النادر حدوثها أنه في نفس الفترة الزمنية التي اكتشف فيها العالم الأمريكي (كانز) ظاهرة التوحد عام 1943 في أحد عشر طفلاً من الأطفال الذين كان يتعامل معهم في الولايات المتحدة، كان العالم النساوي (هايز أسبرجر) الذي لم يكن له أي معرفة بالعالم الأمريكي ولا يوجد أي اتصال بينهم قد اكتشف في ضاحية من ضواحي فيينا حالات لا تختلف كثيراً عن حالات كائز لم يسبق أن عرفت في تاريخ طيب الطفولة أو علم النفس أو الطب النفسي، عندما اكتشف كل من كائز وأسبرجر حالاتهما التي كان بينهما الكثير من نواحي الشبه من جهة والاختلاف من جهة أخرى.

وبالرغم من أن ما كتبه كائز عن حالات التوحد التي اكتشفها عام 1943 قد تعدد وتكرر نشرة في معظم الدوريات العلمية وعقدت لمناقشتها الندوات والمؤتمرات في الدوائر العلمية والجامعات الأمريكية، إلا أن بحوث أسبرجر وأخبار حالاته ظلت حبيسة مكتبه في فيينا وبعض الدوائر العلمية الضيقية الخبيطة، ولم تصل أخبارها حتى إلى خارج النمسا في دول أوروبا وبالتالي لم يسمع عنها في الولايات المتحدة أو غيرها لأسباب عدة أهمها:

أن أبحاث أسبرجر تمت في أوائل الأربعينيات عندما كانت النمسا كغيرها من دول القارة الأوروبية غارقة في نيران الحرب العالمية الثانية، وكانت النمسا نفسها محظوظة ب بواسطة الألمان وكانت مع دول أوروبا معزولة تماماً ولا يوجد أي اتصال بينها وبين أمريكا، ومن جهة أخرى كانت تقاريرها مكتوبة باللغة النمساوية التي لم تكن بطبيعة الحال متشرة كاللغة الإنجليزية التي نشرت بها أبحاث كائز عن التوحد وهذه الأسباب لم تنشر أخبارها ولا حتى في الدوائر العلمية إلى أن التقى أسبرجر نفسه بإحدى طبيبات الأطفال الإنجليزية loma wing (والتي تعاني ابتها من حالات التوحد) عام 1981 في أحد اللقاءات العلمية في فيينا، وقامت بتلخيص محتوى سلسلة من دراسة الحالات كانت تقوم بإصدار تقارير دورية عنها.

وفي شهر يونيو من عام 1991 أصدر العالم البريطاني u.frith كتابه عن التوحد والأسبرجر الذي نشر فيه لأول مرة نتائج بحث أسبرجر باللغة الإنجليزية، ومن هنا جاءت

المعرفة بهذه الإعاقة في أوروبا كما كان ينتشر مفهوم التوحد في أمريكا، وأكد هذه المعرفة ورود اسم اسبرجر كأحد إعاقات النمو الشائعة في الدليل الإحصائي للأضطرابات النفسية في إصداره الرابع عام 1994، لأول مرة كما وجد في نفس العام الدليل الدولي لتصنيف الأمراض الذي تصدره هيئة الصحة العالمية International Classification of Diseases في إصداره العاشر-10, isd، وقد تم ذلك على أساس دراسات تناولت ما يقرب من ألف حالة من حالات الأطفال والراهقين الذين ظهرت عليهم الأعراض المشتركة لاسبرجر كما سوردتها فيما بعد.

ما برب اعتباره إعاقة مستقلة بالإضافة إلى التوحد تحت مظلة اضطرابات النمو الشائعة، ومن هنا جاء انتشار أعمال اسبرجر ومفهوم إعاقته في العالم أجمع وكانت الحالات التي تشخيص الأن على أنها إعاقة اسبرجر يطلق عليها أسماء مختلفة فمنها ما كان يعتبر نوعاً من أنواع التوحد بسبب الشابه الكبير بين أعراض الإعاقتين وسميت أحياناً باسم توحد الكبار adult autism حيث أن أعراضه لا تظهر مبكرة كما يحدث في حالة التوحد ولكنها تبدأ في الظهور في سن متاخر، وكان يطلق عليه البعض الآخر مصطلح التوحد ذو الأداء الوظيفي العالي high functioning autism أو إعاقة التوحد الخفيف mild autism لبساطة أعراضه وسرعة استجابته لبرامج التدخل العلاجي والتأهيلي.

وذلك لأن إعاقة اسبرجر لا تصيب المتخلفين عقلياً، بعكس حالات التوحد حيث يعني أكثر من 70٪ من حالات التوحد من مختلف عقلي متوسط أو شديد يعرقل برامج التأهيل والتدريب.

وفي مرحلة أخرى خلال السبعينيات والثمانينيات كان يطلق على حالة إعاقة اسبرجر مصطلح الشخصية الفاصامية schizoid personality وكان يستتبع هذا التقلب في تعريف تلك الحالات بطبيعة الحال قصور في تشخيصها، وبالتالي في إمكانات وبرامج ووسائل التدخل العلاجي والتأهيل سواء على المستوى الطبي أو التربوي أو الاجتماعي بل وفي توجيه آباء وأمهات وأسر الأطفال المصابين لأساليب التعامل معهم وتنشتهم.

ومع تعدد البحوث التي تناول إعاقات النمو الشاملة المختلفة فلازال هناك الكثير من الغموض الذي يحيط ببعض جوانب اسبرجر فلا نعرف حتى الأن بدقة درجة انتشاره ولا نسبة الإصابة بين الإناث والذكور ولا العوامل المسببة هل هي جينية أم بيئية؟ أو كلاهما.

ومع أن إعاقة الاسبرجر تعتبر إعاقة عميزة ولم يُستَّ باي حال نوعاً من أنواع إعاقات الاوتيزم بناءً على ما أكده الدليل الدولي لتشخيص الإعاقات والأمراض النفسية في الطبعة الأخيرة المعدلة D.S.M. 4 فإنه لا زال هناك قلة من بين دوائر المختصين في هذا المجال تجادل بين ماهية إعاقة الاسبرجر هل هو نوع مستقل من أنواع الإعاقات، أو أنه نوع أو فئة أو صورة أخرى من صور إعاقة التوحد.

كما يعتبر البعض من جهة أخرى طالما أنه لا يوجد حتى الآن وسائل أو أدوات عملية أو فحوصات عضوية للكشف عن الاوتيزم أو الاسبرجر فإنه من الصعب الحكم على الحالة هل هي اوتيسزام أم اسبرجر أو أنها إعاقة واحدة بصورةتين أو درجتي شدة مختلفتين.

بالنسبة للفريق من المختصين الذين يرفضون أن فكرة أن الاسبرجر هو نوع من أنواع الاوتيزم فإنهم يبررون ذلك بأن الاسبرجر إعاقة محددة بذاتها ولم يُستَّ نوعاً من أنواع الاوتيزم وأن المرجع الدولي الإحصائي للإعاقات والأمراض النفسية D.S.M. 4 يؤكد تلك الحقيقة، ويعتبرون أن التحديد الدقيق للفرق الفاصلية بين الإعاقتين يهدى الطريق إلى تحديد أدق الأساليب للتدخل العلاجي ورسم برامج التأهيل الناجح للرعاية والتدريب والتعليم، ويؤكد البعض أن هذه الفروق بين الإعاقتين أكثر وضوحاً في المراحل الأولى لظهورها واكتشاف الإعاقة والأعراض الفارقة بين كلاً من الاوتيزم والاسبرجر.

وعلى العموم فإننا نعتقد أنه طالما لا زال العلم عاجزاً عن التحديد الدقيق للعوامل المسببة لكل من الاوتيزم والاسبرجر فسيظل الخلاف قائماً على ماهية كل منها وكيفية التشخيص الدقيق لكل من الإعاقتين والتفرقة والتعريف الصحيح الذي لا يسمح بالخلط بينهما وتحديد إذا ما كان كل منها نوعاً مستقلاً أو أنهما صورتين لإعاقة واحدة.

ثالثاً، نسبة الانتشار

من حيث مدى انتشارها فإنه بسبب حداثة اكتشافها وغموض بعض جوانبها مثل العوامل المسببة وصعوبات تشخيصها والتشابه الكبير بينها وبين بعض الإعاقات الأخرى من اضطرابات النمو لا توجد حتى الآن إحصاءات دقيقة عن مدى انتشارها لكن التقديرات المبدية تشير إلى أنها تتراوح بين (3، 4) حالات من بين كل ألف ولادة حية كما أنها تنتشر أكثر بين الذكور منها بين الإناث بنسبة 10:1.

ولكن تختلف تقديرات انتشار المرض اختلافاً كبيراً. فقد وجد تقرير عن دراسات الأولية لدى الأطفال عام 2003 أن معدلات انتشار الأسبرجر تتراوح بين 0.03 إلى 4.84 في كل 1,000 طفل، وذكر التقرير أن نسبة التوحد إلى متلازمة أسبرجر تتراوح بين 1:1.5 إلى 1:16؛ وبذلك يكون متوسط النسبة هو 5:1. وجدت بالذكر أن النسبة المتفق عليها لانتشار مرض التوحد بلغ 1.3 لكل 1,000 طفل، مما يشير بشكل غير مباشر أن انتشار الأسبرجر قد يتراوح بين 0.26 لكل 1000 طفل. ويرجع جزء من أسباب التفاوت في التقديرات إلى الاختلاف في معايير التشخيص. وعلى سبيل المثال، وجدت دراسة أجريت عام 2007 على مجموعة صغيرة نسبياً مكونة من 5,484 طفل في الثامنة من عمرهم بفنلندا، وجدت أن 2.9 من 1000 طفل يقابلون معيار ICD-10 لتشخيص الأسبرجر، وووجدت الدراسة أن 2.7 من 1000 طفل يقابلون معيار جيلبرج وجيلبرج، 2.5 يقابلون معيار DSM-IV، و 1.6 يقابلون معيار Szatmari et al. و 4.3 من كل 1000 طفل يقابلون المعايير التي ذكرت كلها - بشكل مجتمع-. ويبدو أن الأولاد أكثر عرضة للإصابة بالمرض من الفتيات، وتشير تقديرات الإصابة بحسب الجنس إلى أن النسبة تتراوح بين 1:1.6 و 1:4 - الأولاد:الفتيات-، مع استخدام معايير جيلبرج وجيلبرج "Gillberg and Gillberg".

ويشكل كلاً من أضطرابات القلق وأضطرابات الاكتتاب الأقصى العرضان الأكثر شيوعاً واللذان يظهران في الوقت ذاته مع الأسبرجر، فحوالي 65% من مصابي الأسبرجر يعانون من تلك الأضطرابات. ويشيع مرض الاكتتاب عند المراهقين والبالغين؛ ويعتمل أن يصاب الأطفال بالـ ADHD وقد ربطت التقارير بين متلازمة أسبرجر وبين أمراض طيبة مثل الـ Aminoaciduria والتسيب الفكري، لكن تلك التقارير اقتصرت على تقارير حالات أو دراسات صغيرة، ولم توجد عوامل ارتبطت مع الأسبرجر عبر تلك الدراسات. وقد وجدت دراسة أجريت على الذكور المصابين بالمرض أن لديهم زيادة في الإصابة بالصرع، وأن معدل اضطراب التعلم الشفهي لديهم يبلغ 51% من العينة-نسبة عالية عن المعدلات في الذكور الطبيعيين-. ويرتبط الأسبرجر بـ التشنج، متلازمة توربيت، والاضطراب ثنائي القطب، وتتشابه السلوكيات المتكررة لمرضى الأسبرجر مع أمراض اضطرابات الوسواس القهري Obsessive-Compulsive، وأضطرابات الشخصية ذات الوسواس القهري. وعلى الرغم من أن العديد من تلك الدراسات مبنية على عينات العيادات النفسية، ودون استخدام تدابير معايير محددة، فإنه يبدو من المعقول أن تستنتج أن الظروف المرضية تلك شائعة نسبياً.

رابعاً: الجوانب الثقافية المتعلقة بالأُسبرجر

قد يشير المصابون مثلاً مُنْزَهُونَ (Aspies) إلى أنفسهم أبناء الحديث العارض كـ "آسي / Aspies" والتي صيغت من قبل ليان هوليداي ويلي عام 1999، كما تشير الكلمة Neurotypical وتختصر إلى (NT) إلى الشخص الذي تتطابق حالته ونمطه العصبي مع مريض الأُسبرجر، غالباً ما تطلق على الأشخاص الغير مصابين بالتوحد. وقد سمحت شبكة الانترنت للأفراد المصابين بالأُسبرجر أن يتواصلوا مع بعضهم وبشكل لم تكن ممكنة سابقاً، بسبب ندرتهم، ويسهل توزيعهم الجغرافي. لقد ظهرت ثقافة فرعية كاملة خاصة بالأُسيز Subculture كاملة خاصة بالأُسيز Wrong Planet للأفراد المصابين بالأُسبرجر أن يتواصلوا بشكل سهل.

دعا الأشخاص المصابون بالتوحد إلى تحويل النظرة إلى اضطرابات طيف التوحد من "أمراض" يجب علاجها إلى متلازمات معقدة. ويرفض أصحاب هذا الرأي الفكر القائلة بأن هناك تكوين مثالي للمنخن، ويُنكر أي المحراف عن معايير هذا التكوين يعتبر مرضياً؛ بل يدعون إلى تعزيز التسامح من أجل ما يسمونه "تنوع النظام العصبي". Neurodiversity وتعتبر هذه الآراء هي الأساس لحقوق المصابين بالتوحد، ولحركات الفخر بالتوحد Autistic Pride. ويوجد تناقض في الموقف بين البالغين الذين يدركون إصابتهم بالأُسبرجر والذين لا يريدون عادة أن يشفوا من مرضهم بل ويشعرُون بالفخر من هوبيهم، وبين الآباء الذين أصبحوا أولاً داهم بالمرض، ويبحثون عن المساعدة والدعم من أجل شفاء أبنائهم.

وقد جادل بعض الباحثين في مسألة النظر إلى الأُسبرجر كأسلوب معرفي مختلف، وعدم النظر إليه كخلل أو إعاقة، ويررون أنه يجب إزالته من دليل التشخيص والإحصاءات، مثلما تم إسقاط الشذوذ الجنسي Homosexuality. وفي ورقة نشرت عام 2002، كتب سايمون بارون كوهين يقول عن المصابين بالأُسبرجر: لا توجد مصلحة في العالم الاجتماعي تدعو إلى تدقّق النظر من أجل التفاصيل Precise Eye for Detail -، يقصد بعض سلوك المصابين بالأُسبرجر -، لكن في عوالم الرياضيات، المروبة، الفهرسة، الموسيقى، اللغويات، الهندسة، والعلوم، يمكن لمثل هذه العناية بأدق التفاصيل أن تؤدي إلى النجاح وليس إلى الفشل. وقد أوضح بارون كوهين سببين حول فائدة أن يتم اعتبار الأُسبرجر إعاقة Disability لضمان توفير الدعم الخاص قانونياً، ولكي يقوم الشخص السليم بالتفرقة بين الصعوبات العاطفية وبين البرود في اظهار التعاطف. وقد قيل أن جينات الأُسبرجر والتي تسببت في هذا

ربع من القدرات، قامت بالعمل أثناء تطور الإنسان الحالي، وكان لها إسهامات هامة في تاريخ البشرى.

ناماًسا، المقصود بمتلازمة الأسبرجر



متلازمة الأسبرجر هي إحدى جموعات ضطربات النمو التوحدي التي تكون موجودة منذ ولادة ولكنها لا تكتشف مبكراً بل بعد فترة غير عادي على معظم حماور النمو. وكما يشير هندرسون (2001) و يتل (2002) فإن معدلات الذكاء لدى الأطفال المصابين بالأسبرجر تتراوح ما بين الطبيعي وفوق الطبيعي، ونادراً ما يصاحب الأسبرجر خلف عقلي أو تأخر في النمو اللغوي أو المعرفي. وأكثر ما يميز طفل الأسبرجر القصور

الكيفي الواضح في القدرة على التواصل الاجتماعي وتكون صداقات مع سلوكيات واهتمامات محدودة وغير عادية، وغياب القدرة على التواصل غير اللفظي، وعدم القدرة على التعبير عن العواطف والمشاعر والانفعالات ونقص في التقمص العاطفي.

يطلق البعض على الأسبرجر مصطلح التوحد ذو الاداء الوظيفي العالي (high functioning autism) أو أعاقة التوحد الخفيف (mild autism) لأن اعراضه ليست شديدة الحدة وأستجابة المريض لبرامج التدخل العلاجي والتأهيل عادة ما تكون سريعة واجهاية. تعود تسمية الأسبرجر بهذا الاسم نسبة إلى مكتشفها هانز أسبرجر الذي صنفه في عام 1944 على أنه اضطراب عقلي و نفسى توحدي، على أن تسمية متلازمة الأسبرجر لم تبدأ بالظهور حتى عام 1981 عندما قامت لورنا وينج بالكتابة عنه كاضطراب محدد ذاته، موضحة أوجه التشابه والفرق بينه وبين اضطراب التوحد (وينج 1999). بدأ بعد ذلك العديد من الأخصائيين بتطوير سلسلة من أدوات القياس والتخيص لمتلازمة الأسبرجر والذي يصيب 1 من كل 250 طفل ويصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة تتراوح ما بين 9 إلى 2.

ومتلازمة أسبرجر AS هي واحدة من اضطرابات طيف التوحد ASD أو اضطرابات التطور المختلية PDD والتي تشكل طيفاً من الحالات النفسية التي تتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين والأداء الفردي، وبالرغبات والأغطاث السلوكية المقيدة والمتكررة. ومثل غيره من اضطرابات النمو النفسي، يبدأ المرض في سن الرضاعة أو

الطفولة، ويسلك مسارا ثابتا دون كسل أو انتكاس، وله عاهات تجم عن تغيرات في نظم مختلفة داخل المخ، وتكون متعلقة بالتصوّر. وبدوره، فإن الـ ASD يشكل مجموعة فرعية من نمط أوسع من التوحد يسمى BAP، والذي يصف أفرادا قد لا يكونون مصابين بالـ ASD لكنهم مصابون بصفات مماثلة للتوحد، مثل العجز الاجتماعي. ومن الأشكال الأربعية الأخرى لـ ASD يكون التوحد هو الأكثر شبها بعلامات متلازمة أسبيرجر، AS، وأسبابه هي الأكثر شبها بأسباب AS. لكن تشخيصه يتضمن إعاقة في التواصل، وتأخر في النمو الإدراكي، فمتلازمة ريت Rett "والاضطراب النمائي المفتشي لم ينصا على خلاف ذلك (PDD-NOS) ويتم تشخيصهما عندما يتم تقديم معايير أكثر تحديدا للمرض.

والحقيقة أن مدى التداخل بين متلازمة أسبيرجر والتوحد على الأداء (وهو التوحد الغير مصحوب بالتأخر العقلي) غير واضح. والتصنيف الحالي لـ ASD هو ناتج إلى حد ما عن كيفية اكتشاف مرض التوحد، وربما لا يعكس الطبيعة الحقيقة لطيف الأمراض. وقد لاحظ فريق من الخبراء عام 2008 في أثناء انعقاد مؤتمر خاص بالتحفيظ لبحوث متعلقة بتشخيص التوحد، لاحظوا صعوبات في تصنيف متلازمة أسبيرجر كمجموعة فرعية من ASD (اضطرابات طيف التوحد)، وقد أوصت جموعتين من الباحثين أن يتم حذف متلازمة أسبيرجر، كمجموعة فرعية -واعتباره ذو تشخيص منفصل، في الإصدارات القادمة من الدليل الإحصائي للإضطرابات العقلية ومن التصنيف الإحصائي العالمي للأمراض وللمشاكل المتعلقة بالصحة.

وتسمى متلازمة أسبيرجر أيضا بـ Asperger's Syndrome (AS) وتسمى باضطراب أسبيرجر، Asperger's Disorder (AD)، أو فقط يطلق عليها اللقبة Asperger's. وهناك توافق كبير بين الباحثين العاملين في المجال الإكلينيكي حول إذا ما كان يجب أن يوصف الأسبيرجر بالمتلازمة أو بالاضطراب.

سادساً: خصائص ومظاهر واعراض الأسبيرجر

كما هو الواضح في إعاقة التوحد فإن أعراض إعاقة الأسبيرجر متعددة ومتعددة وتختلف من فرد إلى آخر، ومن النادر أن يجد طفلين من أطفال الأسبيرجر متشابهين تماماً.

- وقد لاحظنا أن كافة الأعراض المختلفة التالية يمكن أن توجد في حالات مختلفة وليس فرد واحد :
- غرابة أو شذوذ في العلاقات الاجتماعية التي غالباً ما تكون فجة غلطة سمعة خرقاً إذا ما قورنت بعلاقات الأطفال العاديين .
 - السذاجة وسلامة النيّة .
 - عادة ما يكون الفرد المصاب غير مدرك أو متفهم لمشاعر الآخرين .
 - العجز عن البدء والاستمرار في حديث متبادل بشكل طبيعي متصف بالأخذ والعطاء مع الآخرين .
 - سرعة الانزعاج بسبب أي تغير في الحياة أو الأعمال الروتينية أو التقلب أو التحول أو الانفعال بتغيير المكان أو برامج النشاط اليومي .
 - الانطلاق في الحديث مع التمسك بالمعنى اللغوي الحرفي المباشر للكلمة أو الجملة في الحديث مع الآخرين .
 - غالباً ما تدور الأحاديث والاهتمامات حول موضوعات محدودة .
 - فائق الحساسية للأصوات العالية والضوء القوي والروائح النفاذة .
 - شذوذ في الحركات والتحرّكات في مزاولة الأنشطة الرياضية .
 - ذاكرة قوية لأدق التفاصيل .
 - الممانعة من صعوبات في النوم وتناول الطعام .
 - صعوبة في فهم ما يقرأ أو يسمع .
 - استخدام تواصل غير لغوي أو معايير غير مناسبة أو مستاغفة .
 - استخدام أسلاط لغوية غير عادية تميّز بالتكرار الممل أو تعليقات عنيفة أو غير مناسبة للموقف .
 - المط أو التطويل في نطق الألفاظ مع لهجة متكلفة رسمية .
 - التحدث بصوت مرتفع مطرد النغم أو النسق monotonous على وتيرة واحدة .

- أثناء الحديث لا يوجد هدوء في الجسم عن الحركة، فتجد المصايب بالمرض كثیر التململ والاهتزاز والقلق واستعمال يديه أو الخطو إلى الأمام أو الخلف أو الجانب وخاصة عندما يكون في حالة اهتمام وتركيز.
- غياب القدرة على تفهم الآخرين أو وضع نفسه مكانهم.
- استحالة تكوين صداقات وإذا تكونت تكون لفترة قصيرة ولذلك فالإصابة دائمًا ما يعاني من الوحدة أو العزلة.
- الاستغراف في الحديث في موضوعات محدودة تدور في إطار ضيق مع عدم محاولة تجاوزها (مثل الطقس - قنوات التلفزيون - الخرائط الجغرافية).
- المعاناة من صعوبات في الإدراك اللسني والتآزر النفس حرکي والإدراك المكاني والتخييل الفراغي أو التفكير المجرد.
- قصور في القدرة على التواصل الاجتماعي واستخدام لغة الحوار والمحادثة وفهم التلميحات ذات الدلالات الإجتماعية أو ما يسمى بـ(المنهج الخفي)
- صعوبة شديدة في تكوين صداقات وإذا تكونت تكون لفترة قصيرة جداً ولذلك دائمًا ما يعاني مريض الأسبيرجر من الوحدة أو العزلة وقد يكون هذا جزء من عدم قدرته على اكتساب مهارات اجتماعية.
- دائمًا ما يتحدث طفل الأسبيرجر مع الآخرين بدون النظر مباشرة إليهم. ولا يعبأ كثيراً باهتمامات الآخرين وأحاسيسهم حيث يتعذر على مريض الأسبيرجر وضع نفسه مكان الآخرين أو فهم مشاعرهم.
- عدم المقدرة على البداء والاستمرار في حديث متبادل بشكل طبيعي متصرف بالأأخذ والعطاء حيث يتسم الحديث مع الآخرين بالرد القصير والتمسك بالمعنى الحرفي المباشر للكلمة أو الجملة.
- استخدام أنماط لفظية غير عادية لمن هم في مثل سنّه تميز بالتكرار الممل أو تعليقات غير مناسبة للموقف.
- التحدث بصوت مرتفع وعلى وتيرة واحدة وتطويل في نطق الألفاظ مع لهجة متكلفة ورسمية.

- الإتباه لأدق التفاصيل والتي قد لا تكون لها تلك الأهمية لدى الآخرين مما يسبب للطفل صعوبة بالغة في فهمه لما يقرأ أو يسمع.
- التمسك بالروتين وعدم الرغبة في التغيير ويشمل ذلك طريقة التفكير والسلوك حيث يصر طفل الأسبرجر على القيام بالأعمال بطريقه تكراريه ملء فيتحدث بإسهاب في موضوع محدد دون غيره ويحاول معرفة كل ما يخص هذا الموضوع بالتحديد. كما يشعر بالإزعاج الشديد والانفعال بسبب أي تغير في نمط الحياة اليومية أو الأعمال الروتينية مثل تغيير المكان أو برامج النشاط اليومي.
- عدم تناسق في الحركة الوظيفية سواء عند المشي أو الركض أو اللعب أو الكتابة.
- كثرة التململ والاهتزاز وعدم هدوء الجسم عن الحركة (اللإرادية)، خاصة عندما يكون في حالة اهتمام أو تركيز أو توتر.
- المظهر العام الذي قد يوحى بالغرابة.
- عدم الاهتمام بالنظافة الشخصية كعدم الرغبة بالاستحمام وتغيير الملابس أو استخدام الروائح العطرية.
- الفرط الحسي، حيث يتميز طفل الأسبرجر بتفصيل الحواس الذي من شأنه أن يسبب له الإزعاج الشديد من الأصوات والألوان والروائح التي قد تبدوا عادلة للغير أو الإحساس بالألم من أبسط المivities مثل تقليل الأضافر أو عدم الإحساس أحياناً أخرى بالألم.
- صعوبات في النوم.
- مشاكل سلوكية وأكثرها شيوعاً العنف وسرعة الانفعال والعناد. كما أن طفل الأسبرجر قد يعاني من أمراض نفسيه أو عصبيه أخرى مصاحبه لهذا المرض مثل الإكتئاب والوسواس القهري. والبعض أيضاً قد يعاني من قلة التركيز وتشتت الانتباه وزيادة الحركة. ومع هذه الأعراض المصاجحة تتضاعف المشاكل والمتابعة لطفل الأسبرجر. كما أن العنف الزائد لديه يزيد من انعزاليته ومشاكله الاجتماعية والشخصية.
- وهذه المؤشرات لا تظهر جيئاً في فرد واحد، ولكنها تختلف من فرد لأخر ونتيجة للتشابه بين الأسبرجر والتوحد نسجت نوضح التشخيص الفارق بينهم فيما بعد.

المظاهر السلوكية متلازمة الأسبيرجر

الأسبيرجر هو اضطراب تنموي متفشي، ويتميز بنمط من الأعراض بدلاً من عرض واحد محدد. ويتميز بضعف نوعي في التفاعل الاجتماعي، من خلال أنماط عدودة ومقولة من السلوك والأنشطة والرغبات، ولا يميزه أي تأثير هام في نمو الإدراك أو تأثير عام في الناحية اللغوية. بعض الأعراض الأخرى لحالة مريض الأسبيرجر هي: الانشغال المكثف بموضوع واحد ضيق، الإسهاب من جانب واحد، والتصرف الأخرق جسدياً لكن تلك الأعراض ليست بالضرورة مطلوبة ليتم تشخيص المرض.

١. التفاعل الاجتماعي

ربما يكون نقص تعاطف المصاب مع الآخرين هو الجانب الأكثر اختلالاً عند مريض الأسبيرجر. ويعاني الأفراد المصابون بالأسبيرجر من صعوبات في القيام بعناد التفاعل الاجتماعي الأساسية، مما قد يؤدي إلى فشل في تكوين صداقات جديدة أو السعي للحصول على المتعة أو عمل إنجازات مع آخرين (على سبيل المثال، يصعب عليه التعبير عن الأشياء التي يحبها للأخرين)، كذلك فهو يعاني من نقص في تقديم المعاملة بالمثل اجتماعياً وعاطفياً، ويعاني من ضعف في السلوكيات اللاحظية مثل التواصل بالعين، التعبيرات عن طريق الوجه، أو وضع الجلوس، والإيماءات.

وعلى عكس أولئك المصابين بمرض التوحد، لا ينسحب مرضي الأسبيرجر من حول الآخرين، بل إنهم يقتربون من الآخرين، حتى ولو على نحو مرتبك. وعلى سبيل المثال، فإن شخصاً مصاباً بالأسبيرجر قد يشارك في خطاب من جانب واحد مع شخص آخر، ويفدأ في الحديث المطول عن موضوع مفضل، دون أن يتبهَّ إلى مشاعر المستمع أو إلى ردود فعله، مثل حاجة الآخر إلى الخصوصية أو إلى تعجله للرحيل من المكان. هذا الارتباط الاجتماعي يطلق عليه اسم "نشط لكن غريب Active but Odd" لهذا الفشل في الرد بشكل مناسب مع التفاعلات الاجتماعية، قد يظهر على أنه عدم احترام لمشاعر الآخرين، ويمكن أن يفهمها الآخرون على أنه تبلد شعورٍ من قبل المريض.

وتتيح القدرة الإدراكية للأطفال المصابين بالأسبيرجر أن يعبروا عن المعاير الاجتماعية في بيئة اختبارية، حيث يمكن أن يكونوا قادرين على توضيح فهمهم النظري لمشاعر الآخرين، وعلى الرغم من ذلك، فإنهم عادة ما يواجهون صعوبات في تطبيق تلك المعرفة أثناء مواقف الحياة الفعلية. وقد يحلل ويستخلص الأشخاص المصابون بالمرض

حظاهم حول التفاعل الاجتماعي إلى توجيهات سلوكيّة جامدة، ثم يقومون بتطبيق تلك رجيهات بشكل مرتبك، وعلى سبيل المثال: إجبار المريض على استخدام تواصل بصري ، ي إلى تصرفات قد تبدو جامدة أو ساذجة اجتماعياً. ويمكن أن تحول الرغبة الظرفية في قة، إلى شيء فاقد للإحساس، عبر مجموعة متعاقبة من اللقاءات الاجتماعية.

أما الفرضية القائلة بأن الأفراد الذين يعانون من الأسبرجر هم أكثر ميلاً إلى السلوك بف أو السلوك الإجرامي. فقد تم البحث فيها لكنها غير مدروسة ببيانات يمكن الاعتماد بها. بل أن العديد من الشواهد تشير إلى أن الأطفال الذي يعانون من المرض يمكنونوا ضحايا أكثر منهم كمؤذين للأخرين. وقد وجد تقريراً نشر عام 2008 أن عدد كبير من المجرمين ذوي الطبيعة العنيفة والمصابين بالأسبرجر يعانون أيضاً من اضطرابات ية تمنعهم من التعايش مع الآخرين مثل اضطراب الفحص العاطفي.

الرغبات والسلوك المقيد والتكرر

غالباً ما يبدي مرضى الأسبرجر سلوكيات، رغبات وأنشطة تميز بالتقيد والتكرار، وأحياناً تكون تلك الأمور مكتفة أو مركزة بشكل غير طبيعي. وقد مررنا في القيام بإجراءات معينة، يتحركون في أشكال مقولبة ومتكررة، أو قد يشغلوا هم مع أجزاء من بعض الأشياء.

ويعد السعي نحو مناطق معينة من الرغبات، هو واحد من أبرز سمات سبرجر. وقد يجمع الأشخاص المصابون بالمرض مجلدات من المعلومات التفصيلية عن نوع واحد ضيق محدد، مثل الديناصورات أو أعضاء الكوكتيل، بدون أن يكون لديهم حقيقي حول الطبيعة الأشمل للموضوع. وعلى سبيل المثال، يمكن لطفل أن يختزن أرقام كاميرات فوتغرافية مختلفة في ذاكرته، دون أن يكون لديه أي اهتمام بالتصوير. توغرافي. ويظهر هذا السلوك بشكل واضح عادة قبل سن المدرسة الابتدائية، أي: سن مسة أو السادسة في الولايات المتحدة. وعلى الرغم من أن أوجه الاهتمام هذه Interests تتغير من وقت لآخر، فإنها غالباً ما تتطور ليصبح أكثر غرابة وأضيق نطاقاً من ذي قبل، غالباً ما تهيمن على تفاعل الطفل الاجتماعي بدرجة كبيرة، لدرجة أن الأسرة بأكملها قد يبح خارج دائرة اهتمامه. ولأن الموضوعات الضيقة غالباً ما تستحوذ على اهتمام الأطفال كل عام، فإن ذلك العرض يمكن إلا يلاحظ عند التشخيص.

ونعتبر التصرفات النمطية والتكرارات الحركية جزئين أساسين في تشخيص الأسبيرجر والأنواع المختلفة من ASD. تتضمن تلك الحركات بعض الحركات باليد مثل لوي اليدين أو خفقهما، بجانب حركات معقدة تشمل الجسم كله. وعادة ما تكرر هذه الحركات في اندفاعات سريعة وتبدو أكثر غفرة منها كتشنجات، التي عادة ما تكون أسرع، وبإيقاع أقل، ويتناول Symmetry أقل.

3. التعلق واللغة

وعلى الرغم من الأفراد المصابين بالأسبيرجر يستطيعون اكتساب المهارات اللغوية بدون تأخير كبير وعادة لا يعيّب كلامهم أي تشوّهات، إلا أن اكتساب اللغة واستخدامها يكون "غير طبيعي" في كثير من الأحيان. وتشمل حالات الشلود كلاً من: الإسهاب، التحولات المفاجئة، التفسيرات الحرفية، عدم الشمولية (بشكل بسيط)، استخدام الجمازات فقط من يخاطبه، عجز عن إدراك المستمعين، تخلق غير عادي، الكلام بشكل رسمي، شلود في مستوى الصوت والحدة والتنبّه والإيقاع.

وهناك ثلاثة أوجه من أنماط الاتصال تهم البحث الإكلينيكي: الحديث بشكل بالغ الإيجاز، عرضية وظرفية الخطاب، ومدى أهمية الحديث المذهب. وعلى الرغم من أن تنفييم الصوت ومقام الصوت يكونا أقل حدة أو أقل رتابة مما هو عليه الحال في التوحد، إلا أن المصابين بالأسبيرجر غالباً ما يكونون لديهم نطاق محدد من تنفييم الصوت؛ لذلك قد تجد الكلام سريعاً على نحو غير عادي، أو متتشنج أو يخرج بصوت عالي. وقد ينقل الكلام شعوراً بالنفور، وغالباً ما يحتوي الكلام - ذو الطبيعة الحوارية - مونولوجات عن مواضيع تثير ضجر المستمع، مع فشل في خلق جوأ للتعليق - لسماع تعليقات المستمع -، أو فشل في التحكم بالأفكار الداخلية ومنعها من التحول إلى كلام مستمر. وقد يفشل الأفراد المصابون بالأسبيرجر في تحديد إذا ما كان المستمع مهتم فعلاً بالمحادثة ومشاركة فيها. وقد يفشل المتكلم - المصاب بالمرض - في توضيح هدفه من الحديث، وغالباً ما يفشل محاولات المستمع للتعليق على محتوى أو مطلع الحديث، أو للتحول لموضوعات أخرى.

ويمكن أن يتمتع الأطفال المصابون بالأسبيرجر بشروء لغوية معقدة على نحو غير عادي وفي سن مبكرة، وغالباً ما يطلق عليهم "الأساتذة صغار السن" Little Professors، لكنهم غالباً ما يجدوا صعوبة في فهم اللغة التصويرية، ويصلوا إلى استخدام اللغة الحرفية. وكذلك فإن أطفال مرضى الأسبيرجر لديهم نقاط ضعف في مجالات اللغة غير اللفظية، تشمل هذه

النقطات: الدعاية، الفكاهة، السخرية، وإثارة ضيق الغير. وعلى الرغم من أن غالبية الأفراد المصابون بالاسبرجر يستطيعون فهم مسألة الفكاهة إلا أنه ينقصهم فهم مغزى الفكاهة، مما يمنعهم من مشاركة الاستمتاع بها مع الآخرين. ورغم وجود أدلة قوية توضح على ضعف تقدير الفكاهة لدى المصابين، فإن تقارير نادرة تتحدث عن أفراد مصابون بالمرض ولديهم الحس الفكاهي، مما دفع بعض أصحاب النظريات في مجال الأسبرجر والتوحد لمحاولة فك هذا اللغز.

4. اختلافات في الإدراك

قد تكون لدى الأشخاص الذين يعانون من الأسبرجر علامات أو أعراض تكون غير معتمدة على التشخيص، لكنها قد تؤثر على الفرد أو على أسرته. تشمل تلك الأعراض: اختلافات في الإدراك ومشكلات مع المهارات الحركية، النوع، والعواطف.

وغالباً ما يتمتع الأفراد المصابون بالاسبرجر بإدراك سمعي وبصري ممتازين. وكذلك يدي الأطفال المصابون إدراكاً تميزاً للتغيرات البسيطة التي تحدث لأنماط Patterns مثل ترتيب بعض الأغراض، أو ترتيب صور معلومة جيداً لديهم، عادةً ما يكون ذلك في نطاق عدد ويتضمن معالجة لأجزاء دقيقة للغاية. وعلى العكس، فإن بالمقارنة مع الأفراد المصابين بالتوحد عالي الأداء، يعجز الأفراد المصابون بالاسبرجر عن أداء بعض المهام والتي تتطلب إدراكاً بصرياً ومكانياً، إدراكاً سمعياً، أو ذاكرة بصرية. وقد أخبر العديد من تعاملوا مع أفراد مصابين بالاسبرجر والتوحد عن مهارات حسية غير عادية، ومهارات إدراكية وخبرات غير عادية لدى هؤلاء الأفراد. قد يكونون حساسين أو غير حساسين للصوت، الضوء، اللمس، اللمس، الطعم، الرائحة، الألم، درجة الحرارة، وغيرها من المحفزات، وقد يقمون بإبداء حساً متزامناً، وتوجد هذه الاستجابات الحسية في أنواع أخرى من اضطرابات النمو، وليس فقط مقصورة على مرض الأسبرجر أو الـ ASD. وهناك دعم بسيط لرد الفعل الخاص بـ Fight-Or-Flight الزائد، أو فشل في الترويض لدى التوحد، وهناك أدلة أكثر لقلة الاستجابة لمحفز حسي، على الرغم من أن العديد من الدراسات تبين عدم وجود اختلافات.

وتشير ملاحظات هائز أسبرجر الأولى وكذلك خططات التشخيص الأخرى إلى وصفاً للارتباط الجسدي. وقد يتاخر الأطفال المصابون بالاسبرجر في اكتساب المهارات الحركية التي تتطلب مهارة، مثل ركوب دراجة أو فتح غطاء زجاجة، وقد تبدو حركتهم ذات شكل "مرتبك Awkward" وقد يبدون كمن يشعر بأنه غير منتاح داخل ملابسه. ويمكن أن يتصرفوا

بطريقة ضعيفة تنتهي، أو يقومون بالجلوس أو العدو بشكل غريب أو قلق الحركة، ويمكن أن يكون خط يدهم غير واضح، ويمكن أن يكون لديهم مشاكل في التكامل بين الحركة والرؤية. وقد تظهر لهم مشاكل مع الإحساس بوضع الأجسام proprioception ، - كنوع من أنواع العمى الحركي Apraxia، حيث يفقد المريض القدرة على القيام بحركات معقدة بشكل متناسق، ومشاكل مع التوازن، الشيء جنبا إلى جنب، وتوجيه إصبع الإبهام. ولا يوجد أي دليل على أن المشكلات المصاحبة لهذه المهارات الحركية تعتبر فارقاً بين الأسبيرجر والأنواع الأخرى من الـ ASD عالي الأداء.

وغالباً ما يواجه الأطفال المصابون بالمرض مشكلات مع النوم، بما في ذلك صعوبة في الخلود للنوم، كثرة الاستيقاظ الليلي، والاستيقاظ في وقت مبكر من صباح اليوم. كما يرتبط الأسبيرجر بمستويات عالية من الـ Alexithymia، وهو صعوبة في تحديد ووصف عواطف الشخص الداخلية.

سابعاً : مسببات متلازمة الأسبيرجر

على الرغم من كثرة البحوث التي تناولت إعاقات النمو الشاملة والمختلفة فلايزال هناك الكثير من الغموض الذي يحيط ببعض جوانب الأسبيرجر من ناحية العوامل المساعدة له. فقد يرجع سبب الإصابة بالأسبيرجر إلى عوامل جينية، على أن البحوث ما زالت جارية في مجال الجينات وإمكانية تسببها بالأسبيرجر . كما أن العوامل الخارجية من ملوثات للبيئة مثل المعادن السامة كالزئبق والرصاص (كذلك الموجودة في مصل التعليم الثلاثي) واستعمال المضادات الحيوية بشكل مكثف أو التعرض للالتهابات أو الفيروسات قد يكون لها دور في إمكانية الإصابة بالأسبيرجر وقد يحدث نتيجة للإصابة بالأسبيرجر زيادة تفاذية الاعماق ، نقص الفيتامينات والمعادن، ضعف المناعة، وزيادة الحساسية ونقص مضادات الأكسدة ، هذا من شأنه أن يزيد من حدة الأعراض المصاحبة للأسبيرجر كزيادة العنف والإكتتاب لدى الأطفال المصابين.

وصف هانز أسبيرجر مجموعة أعراض منتشرة بين أفراد أسر مرضاه، وخصوصاً الآباء، وقد قامت البحوث بدعم ملاحظة هانز أسبيرجر . واستدللت أنه هناك أسباب وراثية مرتبطة بمرض الأسبيرجر. وعلى الرغم أنه لم يتم تحديد جينات بعينها مسؤولة عن المرض، فإنه من المعتقد أن هناك مجموعة عوامل تلعب دوراً في التعبير عن مرض التوحد، بالنظر إلى

البيان المظاهري الملحوظ على هذه الفتة من الأطفال. الدليل على وجود علاقة جينية، هو ما يرجع انتشار متلازمة اسبرجر في بعض العائلات، ويلاحظ ارتفاع عدد حالات أفراد الأسرة الذين لديهم أعراض سلوكية مشابهة للأسبرجر ولكن في شكل محدود (على سبيل المثال، صعوبات طفيفة في التفاعل الاجتماعي، أو اللغوي، أو القراءة). وتشير معظم الأبحاث إلى أن جميع اضطرابات طيف التوحد تمتلك آليات جينية مشتركة، ولكن قد يكون لدى الأسبرجر مكون وراثي أقوى من مرض التوحد. وبهذا تكون هناك مجموعة معينة من الجينات حيث تقوم الجينات Alleles بالعمل على الأشخاص ذوي القابلية للإصابة بالأسبرجر، وفي هذه الحالة، تقوم مجموعة مشتركة من الجينات بتحديد مدى جسامته المرض وشكل أعراضه لكل شخص مصاب بالأسبرجر.

وقد تم ربط حالات عدة مرضى مصابين بالأسبرجر وبين تعرضهم للـ Tetragens عوامل مسية في عيوب خلقية) خلال الأسبوع الثمانية الأولى من الحمل. وعلى الرغم من أن ذلك لا يستبعد احتمال الإصابة بهمris الأسبرجر في وقت لاحق، فإنه دليل قوي على أن المرض ينشأ في وقت مبكر جداً من مرحلة النمو. وهناك العديد من العوامل البيئية التي افترض أن تؤثر في الطفل المريض بعد الولادة، ولكن أيها من تلك العوامل لم تأكدها أبحاث علمية بعد.

ثامناً: الفرق بين متلازمة اسبرجر والتوحد

هناك فرقان رئيسيان وهما:

- أن المصابون بمتلازمة اسبرجر لا يعانون من اعاقة ذهنية بل يتمتعون بقدرات ذكاء طبيعية أو ما يفوق ذلك في حين أن 75٪ من التوحديين يعانون من تأخر ذهني.
- أن أطفال التوحد جيئاً يعانون تاخر ملحوظ في التطور اللغوي وهي لا تواجه المصابين بمتلازمة اسبرجر.

وهنالك فروق أخرى تتضمن:

- الاختلالات العصبية أقل شيوعاً لدى المصابين بالأسبرجر.
- صعوبات التواصل والتفاعل الاجتماعي أكثر شدة لدى المصابين بالتوحد.
- مستوى الذكاء اللغوي يكون عادة أعلى من مستوى الذكاء العملي عند المصابين بالأسبرجر بينما العكس صحيح لدى المصابين بالتوحد.

- يظهر الفرق الحركي عند المصابين بالاسبرجر اكثر مما يظهر لدى التوحدين.
- الناتج المتوقع تحقيقها مع الاسبرجر اكثر ايجابية.
- نظهر الاعراض في مرحلة اكتر تاخرا عن ظهورها في حالات التوحد(بعد سن الثالثة)

تاسعا: تشخيص متلازمة الاسبرجر

متلازمة الاسبرجر هي أحدى إعاقات مجموعة اضطرابات النمو ذات الأصول التكرونية أو الخلقية بالولادة (أي تكون موجودة عند الميلاد) ولكنها لا تكتشف مبكراً بل بعد فترة غير عادي على معظم حماور النمو قد تتدنى إلى عمر (6 سنوات) وتصيب الأطفال ذوي الذكاء العادي أو العالي - ونادرًا ما يصاحبها خلف عقلي.

وتميز بقصور كيفي واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي إلى جانب ذخيرة محدودة للأنشطة والاهتمامات غير عادية وغياب القدرة على التواصل غير اللغطي وعلى التعبير عن العواطف والانفعالات أو المشاركة الوجدانية، ولا يوجد تأخر ملحوظ في النمو اللغوي أو الوظيفة المعرفية .

على أن طفل الاسبرجر يمر في السنوات الأربع الأولى من عمره بمراحل غير تشبه إلى حد كبير مراحل غير الطفل الطبيعي - من حيث المشي والتكلم والتخطاب والتجاوب مع الغير والتخلص من الخفافيش إلا أنه قد يلاحظ على الطفل في هذه المرحلة المبكرة كثرة البكاء بدون سبب واضح والشراهة في الأكل وصعوبة في النوم. بعد السنة الرابعة عادة ما تبدأ بعض علامات الاسبرجر بالظهور وقد تأخذ صورا مختلفة، منها عدم الرغبة في اللعب مع الأطفال وانعدام اللعب التخييلي والإتكاري والإلتصاق الدائم بالأم وعدم النظر مباشرة إلى الآخرين عند التحدث وعدم الإشارة إلى الأشياء .

يتم التشخيص عن طريق تقييم شامل للنواحي البيولوجية والتطورية للطفل التي تشمل النواحي الذهنية والعصبية واللغوية، الجانب النفسي والسلوكي، والتناسق الحركي الوظيفي (النقطاط الكثرة، استخدام المقص، الكتابة). هذا بالإضافة إلى تقييم المهارات اللغوية، وغير اللغوية (الإشارة إلى الأشياء، النظر إلى المتحدث)، ونقطاط الضعف والقوة في أساليب التعلم، المهارات الاجتماعية، مدى استيعاب اللغة الإيمائية (النكت، المزاح، السخرية) ومهارات الحوار (الإجابة عند السؤال، إعطاء الدور للأخرين للتحدث، موضوعة الحوار، وضوح المعنى، وترتبط الحديث في الحوار).

اولا : الفحوصات

هناك العديد من الفحوصات التي يجب إجرائها ليس لتشخيص المرض ولكن لفني وجود أي أسباب عضوية لحدوث الأعراض ، أما المرض نفسه فيتم تشخيصه عن طريق التاريخ المرضي والأعراض الظاهرة على الطفل ، ومن هذه الفحوصات:

الفحوصات المعملية:

- قياس نسبة الهرمونات المفرزة لإفراز هرمونات الغدة الدرقية Thyroid - stimulating hormones (TSH) وذلك لبني وجود انخفاض في إفراز هرمونات الغدة الدرقية أدى إلى التأخر الفكري .
 - قياس نسبة الرصاص بالدم Lead level ; حيث يؤدي التسمم بالرصاص إلى حدوث إضطراب بالسلوك.
 - قياس نسبة الكرياتين فوسفر كاينيز Creatine phosphokinase (CPK) لبني وجود اعتلال ضمور العضلات Muscular dystrophy ، والذي يصاحب وجوده إضطرابات سلوكية.
 - قياس نسبة بعض الأحماض الأمينية في الدم Plasma amino acid ، ونسبة الأمونيا في الدم Serum ammonia لبني وجود خلل في أيض المواد الغذائية حيث تؤدي معظم أمراض خلل أيض المواد الغذائية إلى إضطرابات سلوكية نظراً لقصور غلو المخ نتيجة نقص المواد الغذائية.
 - قياس نسبة بعض الأحماض الدهنية في الدم Fatty acids ، واللاكتات والبيروفات Lactate / Pyruvate لبني وجود خلل في أيض المواد الغذائية حيث تؤدي معظم أمراض خلل أيض المواد الغذائية إلى إضطرابات سلوكية نظراً لقصور غلو المخ نتيجة نقص المواد الغذائية.
 - عمل تحليل كروموزومي للمادة الوراثية DNA و ذلك للكشف عن وجود أي خلل كروموزومي أو متلازمة سببت وجود هذه الأعراض.
- الأشعات:**
- عمل أشعة بالربين المغناطيسي على المخ MRI
 - عمل أشعة مقطعة على المخ CT

- عمل اختبار بالمجاالت المستفزة (PET - emission topography) و ذلك عن طريق مؤثر سمعي أو بصري و تسجيل استجابة المخ للمؤثر عن طريق رسم المخ
- عمل أشعة مقطعة مع وجود الموجات المستفزة
- عمل Single photon computerized tomography (sPECT) هي من الطرق الحديثة لتشخيص الإصابة بالمخ.
- عمل رسم مخ حيث تزداد نسبة الأطفال المصابين ببؤرة نشاط كهربائي زائد بالمخ بين 100٪ من الأطفال اعتلال ريت.
- عمل مقياس سمع للتأكد من أن التأثير في الكلام ليس نتيجة ضعف في السمع.
- عمل إختبارات نفسية و ذلك لتحديد أعراض المرض بدقة و التأكد من أن هذه الأعراض ليست فصام
- عمل أشعة بالمجاالت الصوتية على القلب ووظائف تنفس وأشعة سينية على الصدر للإطمئنان على باقي أجهزة الجسم .

ثانياً : معايير تشخيص متلازمة اسبرجر حكماً نص عليها: DSM4 TR فيما يلي نص تلك المعايير التي وضعتها الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين بهذا الدليل عام 1994:

1. عدم ظهور أي قصور أو تأخير في النمو اللغوي أو المعرفي وأن يكون الطفل قد بدأ يستخدم كلمات مفردة للتعبير قبل أن يصل إلى عمر ستين .. ويستطيع تكوين جمل من كلمتين أو أكثر قبل الوصول إلى عمر 3 سنوات على الأكثر، وفي خلال تلك السنوات الثلاث الأولى يجب أن تكون مهارات رعاية الذات وحب الاستطلاع لظواهر وأحداث البيئة الغريبة ومتطلبات النمو وفق قواعد السلوك التراوقي لهذه المهارات قد تم اكتسابها بما يتناسب مع مراحل نموه ومعدل غر ذكائه على مدى تلك السنوات الثلاث إلا أن نموه الحركي قد يعاني من تأخر أو سلوك فظ وغليظ كثيراً ما يلاحظ أطفال الاسبرجر فهو شيء عادي ولكنه ليس من شروط التشخيص.
- بـ. قصور كيفي في نمو القدرة على التواصل والتفاعل الاجتماعي المتبادل وينتطلب تشخيص الحالة على أنها اسبرجر وجود هذا القصور في ثلاث على الأقل من خمس نواحي القصور التالية:

- الفشل أو العجز عن التواصل غير اللفظي عن طريق التعبير بالعين (تبادل النظرات) أو بتعابير الوجه أو أوضاع أو حركات الجسم أو الأبدى أو الأصوات أو الرأس .. الخ في إثراء التواصل و التفاعل الاجتماعي.
 - الفشل في تكوين وتنمية علاقات مع الآخرين تناسب مع العمر وتتوفر الفرص المعاشرة لذلك والتي تؤدي إلى الاشتراك المتبادل في الاهتمامات والأنشطة المشاركة الوجدانية أو العاطفية والأفععالية.
 - من النادر أن يلجأ إلى الآخرين طلبا للراحة أو حل مشكلة أو تخفيف همومه الشخصية أو استجداء الحب أو العطف من الآخرين .
 - غياب اهتمام الطفل أو الشاب المصايب المشاكل أو متاعب أو أحزان أو أفراح الآخرين أو الأحساس بالاستمتعان بمشاركةهم أو الرغبة في تلك المشاركة.
 - الفشل في المشاركة والتبادل الاجتماعي والوجداني كما يتمثل في شذوذ أو قصور الاستجابة لعواطف وانفعالات الآخرين مع أو غياب القدرة على تطوير السلوك ليتناسب مع ظروف وطبيعة المواقف الاجتماعية أو ربما يعني آخر غياب القدرة على تحقيق تكامل سلوكيات التواصل الاجتماعية الانفعالية.
- ج. الاندماج في سلوكيات وأنشطة محدودة غطية أو طقوس تكرر لفترات طويلة دون ملل مع عدم الاهتمام بما يدور حوله أثناءها، أو الاهتمام بأشياء تافهة والتعامل معها بشكل غير هادف (مثل فحص أجزاء زهرة أو جهاز أو حلقة مفاتيح أو جزء يدور مثل ريش المروحة أو الغسالة أو غيرها أو بشكل التصاق بعادات حركية فيها تكلف أو غرابة).
- ونلاحظ أن عادات تشخيص متلازمة اسبرجر تشير إلى نفس عادات تشخيص التوحد بدون الاختلال اللغوي، وسوف نتناول فيما بعد التشخيص الفارق بين الاسبرجر والتوحد.
- ولكن ما نستطيع الإشارة إليه الآن كفرق يميز متلازمة اسبرجر عن التوحد هو عمر البداية والنمو اللغوي.

يتطلب معيار التشخيص وجود ضعف في التفاعل الاجتماعي، انماط مكررة ومقولة من السلوك، الأنثسطة والرغبات، دون تأخير كبير في الجانب اللغوي أو النمو الإدراكي. وعلى عكس المعايير الدولية، فإن المعايير المعتمد بها في الولايات المتحدة تتطلب

أيضاً وجود ضعف في الوظائف اليومية Day-to-Day. وهناك مجموعة أخرى من معايير التشخيص اقترحها "Szatmári" وأخرون، واقتراحتها "Gillberg وجيلبرج وجيلبرج Gillberg.

وتم التشخيص عادة ما بين سن الرابعة والحادية عشرة. ويتم التقييم الشامل على مجموعة أنشطة يقوم بها فريق متعدد التخصصات يلاحظ المريض عبر مجموعة متعددة من البيانات Settings، ويتم أيضاً عمل فحوصات عصبية ووراثية، بجانب اختبارات للإدراك، الوظائف النفسية، نقاط الضعف ونقاط القوة في التعبير اللغوي وغير اللغوي، أسلوب التعلم، والمهارات الالازمة للعيش بشكل مستقل. ويعتبر المعيار الذهني حالياً لتشخيص أمراض ASD هو ذلك الذي يجمع بين الحكم الإكلينيكي وبين تشخيص التوحد المعتمد على مقاولة تشخيصية منقحة - ADI-R وهي مقاولة شخصية نصف مهيكلة مع والد المريض - وجدول ملاحظة تشخيص التوحد - ADOS - ويعتمد على المحادثة واللعب مع الطفل. ويمكن أن يسبب تأخير التشخيص أو خطأ التشخيص في مشكلات للأفراد وللأسر، فعلى سبيل المثال، يمكن لتشخيص خاطئ أن يؤدي لاستخدام أدوية تزيد من تدهور سلوك المريض. وكثيراً ما يتم تشخيص حالة الأطفال المصابين بالأسبيرجر على أنها اضطراب عجز الانتباه الفائق ADHD "ويعتبر تشخيص البالغين مهمة أكثر صعوبة، لأن التشخيص المعياري تم تصسيمه من أجل الأطفال ومن أجل التعبير عن التغيرات في مرض الأسبيرجر عبر التقدم في السن؛ ويطلب تشخيص مرض البالغين فحوص إكلينيكية شاقة، ويطلب مراجعة التاريخ الطبي الخاص بالمريض وبالأشخاص الآخرين الذين يعرفون المريض، ويتم التركيز أيضاً على سلوك المريض أثناء مرحلة الطفولة. والحالات التي يجب مراعاتها أثناء التشخيص التفريقي Differential تشمل: الأنواع الأخرى لـ ASD، طيف أمراض انفصام الشخصية Schizophrenia، مرض ADHD، اضطراب الوسوس القهري، اضطراب الكتاب الأقصى، الاضطرابات الدلالية الواقعية، اضطرابات التعلم غير الشفهي، متلازمة توريت Tourette، اضطرابات الحركة النمطية، والاضطرابات ثنائية القطب Bipolar وتشكل الـ Overdiagnosis وUnderdiagnosis مشكلات في حالات هامشية. وقد تؤدي ارتفاع كلفة الفحص والتشخيص إلى منع أو تأخير ذهاب أهل المريض إلى الفحص الطبي. وعلى العكس من ذلك، ساهمت زيادة شعبية العلاج من تعاطي المخدرات وتوسيع نطاق الرعاية الصحية إلى تشجيع المؤسسات الطبية على زيادة تشخيص Overdiagnose أمراض ASD. وهناك مؤشرات تدل على زيادة تشخيص مرض الأسبيرجر في السنوات القليلة.

الأخيرة، ويرجع ذلك جزئياً إلى زيادة تشخيص الأطفال ذوي الذكاء العادي والغير مصابين بالتوحد لكنهم يواجهون صعوبات في التفاعل الاجتماعي. وقد ظهر تقرير عام 2006 يظهر أن مرض الأسبرجر هو الأسرع نمواً من حيث التشخيص لدى الأطفال في وادي السيليكون-Silicon Valley, California-. وهناك ميل لدى البالغين في تشخيص حالات أطفالهم تحت هذا المرض. وهناك العديد من التساؤلات حول الصلاحية الخارجية لتشخيص الأسبرجر. وهذا يعني، أنه من غير الواضح ما إذا كان هناك فائدة عملية في تمييز متلازمة اسبرجر عن أمراض HFA و PDD-NOS حيث أن الطفل ذاته يمكن أن يتلقى تشخيصات مختلفة اعتماداً على أداة الفرز المستخدمة Screening Tool. ويرجع الجدل حول تمييز الأسبرجر عن المرض HFA جزئياً إلى معضلة متكررة Tautological حيث يتم تعريف الأضطرابات بناءً على شدتها، لذلك فإنه من المتوقع ظهور دراسات تؤكد على وجود الفرق على أساس الشدة.

يبدو مرض الأسبرجر وكأنه يظهر نتيجة لعوامل لم تؤثر في العديد من أو في كل النظم الوظيفية في المخ، خلافاً للآثار الموضعية. وعلى الرغم من أن الأسس المحددة لمرض أسبرجر أو العوامل التي تميزه عن أمراض ASD الأخرى غير معروفة، ولم يتم معرفة أمراض مشتركة واضحة بين الأشخاص المصابين بالمرض، فإنه لا يزال من الممكن أن تكون آلية الأسبرجر منفصلة عن آلية أمراض ASD الأخرى. وتشير دراسات الـ Neuroanatomical والأعمال المرتبطة بالـ teratogens، أن الآلية تشمل تعديلات في تطور المخ في وقت مبكر من تكون الجنين. وال مجرة الغير طبيعية للخلايا الجنينية أثناء التطور الجنيني قد تؤثر على البناء النهائي للمخ وللتوصيل بين أجزاءه، مما يؤدي إلى إحداث تغيرات في الدوائر العصبية التي تحكم في الفكر والسلوك.



وهناك العديد من النظريات لأآلية المرض، لكن أي منها لم يقدم تفسيراً كاملاً بعد.

وهذا الشكل يوضح صورة ربرين مغناطيسي أحادية اللون مأخوذة لقطاع أفقي من مخ بشري، وقد تم تسلیط ضوء برتقالي وأصفر على مناطق قليلة عيقة من الصورة. يوفر التصوير بالربرين المغناطيسي بعض الأدلة لنظريات التوصيل الأدنى Underconnectivity ونظرية النظام العصبي الانعكاسي.

وتفترض نظرية ألتخت-توصيلية UnderConnectivity "إلى أن هناك وصلات عصبية رفيعة المستوى تعمل بشكل أقل كفاءة UnderFunctuning، وأقل تزامناً، مما يسبب في وجدد وفائض من عمليات ذات مستوى منخفض". وذلك يتماشى بشكل جيد مع نظريات المعالجة العامة مثل نظرية التماسكة الضعيفة للمركز Weak Central Coherence، والتي تفترض أن قدرة مريض الأسبرجر المحدودة على رؤية الصورة الكبيرة تكمن وراء اضطرابات المركز Central، وتتركز نظرية ذات صلة -تسمى: الأداء الإدراكي المعزز- بشكل أكبر على التفوق في العمليات الموجهة علياً والعمليات الإدراكية عند الأشخاص الذين يعانون من التوحد.

وتفترض نظرية النظام العصبي الإنعكاسي MNS "أن التعديلات التي تحدث لنمو النظام العصبي الإنعكاسي Mirror Neuron System قد تداخل مع المحاكاة Imitation، وتؤدي إلى الخلل الاجتماعي الرئيسي الذي يميز مرض أسبرجر، وعلى سبيل المثال، تظهر إحدى الدراسات أن هناك تأخراً في تنشيط الدائرة الرئيسية للمحاكاة Imitation عند الأشخاص المصاين بالأسبرجر، وتتفق هذا النظرية بشكل جيد مع نظريات الإدراك الاجتماعي مثل نظرية العقل، والتي تفترض أن السلوك التوحدي ينشأ من عيوب عقلية تسب إلى الذات وإلى الآخرين، وكذلك نظرية الـ Hyper-Systemizing، والتي تفترض أن الأفراد المتزودون بهم منهمجة Systematize عملياتهم الداخلية لتعالج أحاديث داخلية، لكن ذلك يتم بشكل أقل كفاءة من التعرض الطبيعي لمحفزات من الآخرين ينبع عنها عمليات داخلية طبيعية.

وهناك آليات أخرى ممكنة مثل اختلال السير وتنزين الوظيفي وخلل في المخيخ.

يمكن لأباء وأمهات الأطفال المصاين بمرض أسبرجر أن يتبعوا اختلافات في نمو أطفالهم بدءاً من عمر 30 شهراً، وقد يحدد فرز النمو خلال الفحص الروتيني - على بدء طبيب عام أو طبيب الأطفال - علامات تنبه الطبيب من أجل إجراء المزيد من الفحوصات. وبعد تشخيص متلازمة أسبرجر، أمراً معقداً يستخدم فيه العديد من أجهزة الفرز المختلفة، والتي تتضمن: مقياس تشخيص متلازمة أسبرجر ASDS، الاشتباك الخاص بفرز طيف التوحد ASSQ، اختبار متلازمة أسبرجر عند الأطفال CAST، مقياس جيليان لاضطراب الأسبرجر GADS، مؤشر كروج لاضطراب الأسبرجر KADI، و(طيف التوحد AQ مع إصدارات مختلفة للأطفال، المراهقين، والبالغين). ولم يثبت أن يمكن الاعتماد على أي من تلك الأجهزة للتفرق بين الأسبرجر وبين باقي أمراض ASD .

عاشرًا: التشخيص الفارقى بين الاسبرجر والتوحد

يقصد بالتشخيص الفارقى هنا أحد عناصر تشخيص الاسبرجر التي تحدد الفرق بينة وبين التوحد (أو بينة وبين اعاقات أخرى).

وقد ورد أسم الاعاقتين كما ذكرنا في الدليل الاحصائى D.S.M.4 تحت أسم اعاقات النمو الشائعة وبعفي ذلك بأن الاعاقتين ينتميا جوانب تشابه كما أن بينهما اختلافات تميز كل منهما عن الآخر.

وتدور أوجه التشابه حول نواحي القصور في القدرة على التفاعل الاجتماعي والاتصال والتواصل وفي عدودية الاهتمامات وأوجه النشاط أما الاختلافات بينها فأنها تتعلق فيما يلي:

درجة القصور والاعاقة

فيما طفل الاوتزم يعاني من توقف تام أو تأخر تام في نمورة اللغوي والقدرة على التخاطب والاتصال فإن طفل الاسبرجر لا يدي مثل هذه الاعراض حيث لا يحدث توقف أو تأخر في نمورة في هذه القدرات ولو أنه قد يعاني من صعوبة في تفهم كلام الآخرين وخاصة بالنسبة لما قد يحتويه الحديث من توربية أو تشبيهات غير مباشرة أو معانٍ مجردة أو أدراك العلاقات بين السب والنتيجة أو الجزء بالكلل والقدرة على التعميم وادراك التشابه والاختلاف والتحليل والتاليف والمفاهيم التي ليس لها مرجع عحسوس (مثل الديمقراطية والأمانة والشرف)

اما الاختلاف الثاني فإنه يتمثل في القدرات المعرفية فيما تجد حالات اوتيزم تجمع بينه وبين التخلف العقلي تجد أنه من النادر وجود حالات تعاني من قصور معرفي في حالات الاسبرجر التي تكون معدلات الذكاء بها عاديه تسمح بالنمو المعرفي لندرجه مناسبة له وللبنيه الثقافية التي يعيش فيها طفل الاسبرجر.

بينما تجد ان أكثر من 70% من حالات التوحد تعاني من التخلف العقلي مما يزيد من صعوبة وشدة هذه الاعاقة ويقلل من احتمال نجاح برامج التدخل العلاجي والتأهيل تجد ان حالات الاسبرجر قليلاً ما تكون مصحوبة بالخلف العقلي مما يخفف من شدة الاعراض ويزيد من احتمالية نجاح برامج التدخل العلاجي والتأهيل.

طفل الاسبرجر لا يتتجنب الاخرين من الكبار او الاقران كما يفعل طفل التوحد بل يقبل على التفاعل معهم بنشاط ولو ان تكون أنشطة ضيقة الحدود تعبر دائمًا عن احتياجاته

وأهتمامات الشخصية التي قد تبدو غالباً غريبة وغير مألوفة للطفل العادي والواقع أن لكل طفل من أطفال الاسبرجر ميول زائد لغير مهارة أو فن أو رياضة معينة (كرة موسقى المسرح)

وإذا قارنا إعاقات الاسبرجر بإعاقات التوحد فإننا نستطيع اعتبار حالات الاول من حيث الشدة أخف بدرجة كبيرة من الثاني وذلك بالنسبة للأعراض المشتركة المشابهة في الحالتين مثل القصور الشديد في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللغوي لدرجات مختلفة جعلت بعض العاملين في المجال يعتبرون ان الاسبرجر هو حالة من حالات التوحد الخفيف هذا بالإضافة الى ان بعض الدوائر العلمية تعتبر حالات الاسبرجر الخفيفة على انها سمة من سمات الشخصية نقطتين A و B أحد اطراقة إعاقات الاسبرجر والطرف الآخر بسمة الشخصية الاسبرجية مما يكون متغير متقل متواصل continuum ثم فحصنا بدقة حالات أطفال مصابون او يشك في أصحابهم بالاسبرجر لمجد ان اي فرد منهم يمكن ان يقع على نقطة معينة من هنا المحنى عند A او B او عند اي نقطة بينهما. وبهذا المناسبة وجدت العالمة كلين في بحث مسحى أجرته على اسر مجموعة من أطفال التوحد والاسبرجر أن نسبة تتعدي 4.5 من اخوة وأباء الأطفال الذين يعانون من التوحد والاسبرجر يعانون من اعراض بسيطة من اعراض الاسبرجر مما يمكن ان يطلق عليهم حالات الشخصية الاسبرجية مما يشير الى نتيجة اولها ان الاسبرجر حالة حقيقة إذا قورنت بالتوحد وثانيها ان العامل الجيني غالباً يمكن اعتباره يلعب دوراً كعامل مسبب في وراثة التوحد او الاسبرجر او غيرهم من اضطرابات النمو.

ملحوظة هامة

في دراسة حديثة أجريت على الأطفال المصابين باعتلال اسبرجر وجد أن معظمهم لديه أحد أفراد العائلة من أقارب الدرجة الأولى من الفحاص ، الإكتاب او التوحد مما يدل على أن للمرض خلقتية وراثية .

وجد أن هناك بعض المصابين باعتلال اسبرجر يعانون من مشاكل في الشخصية مثل Gender identity disorder ، و قد وجد أن العلاج السلوكي والنفسي في هذه الحالات يأتى بنتائج جيدة جداً

ثبت ان العلاج باستخدام تقنية EEG Biofeedback ، قلل من التوتر والقلق النفسي Anxiety عند الكثير من المرضى مما أدى إلى تحسين الحالة كثيراً عند المرضى بشكل كبير وإن كان المرض موجوداً في الدراسة.

الحادي عشر «التدخل العلاجي للذوي متلازمة اسبر جر»

أ. التدخل التربوي

تناول الطرق العلاجية متلازمة اسبر جر أن تعامل مع الأعراض المؤلمة Distressing وأن تعلم المريض -وفقاً لسلته- مهارات اجتماعية، تواصلية، ومهنية والتي لا يتم اكتسابها خلال عملية النمو، ويعتني العلاج أيضاً بعض التدخلات الخاصة التي تختلف من طفل لطفل بناءً على تقييم فريق متعدد التخصصات. وعلى الرغم من التقدم الذي تم إحرازه، فإن البيانات التي تثبت فاعلية تلك التدخلات الخاصة لا تزال محدودة.

والعلاج الأمثل متلازمة اسبر جر يجمع بين طرق علاجية تتناول الأعراض الأساسية للاضطراب، بما في ذلك ضعف مهارات التواصل، والأعمال الروتينية Routines المتكررة بهوس. وفي حين أن معظم المعالجين المهنيين يتفقون على أن كلما كان التدخل العلاجي في وقت مبكر، كلما كان ذلك أفضل، فإنه ليس هناك حزمة علاجية معينة يعتبرونها كأفضل علاج موجود. ويتشابه علاج متلازمة اسبر جر مع علاج أمراض ASD عالية الأداء، إلا أن العلاج يأخذ في الاعتبار قدرات المريض اللغوية، نقاط القوة في المهارات اللغوية، ومواطن الضعف في المهارات الشفهية.

ويعتني برنامج العلاج التمودجي على:

- التدريب على مهارات اجتماعية، من أجل تحسين مهارات التفاعل بين المريض وبين الآخرين .
- علاج السلوك الإدراكي، لتحسين تعامل المريض مع الإجهاد الناتج عن القلق أو المشاعر المتفجرة، ولكي يتم إيقاف السلوك الروتيني المتكرر والمتصرف بالهوس .
- علاج دوائي من أجل حالات العيش المشتركة مثل: اضطراب الاكتئاب الأقصى، واضطرابات القلق .
- علاج رياضي ومهني من أجل المساعدة في تحسين التكامل الضعيف بين الحواس ، ومن أجل التناسق الحركي .
- إدخال المريض في تواصل اجتماعي، عن طريق علاج خاص بالネット لمساعدة المريض على اكتساب براجماتية الأخذ والعطاء في المحادثة العادلة .

- التدريب والدعم المقدم من الآباء والأمهات، ولا سيما عبر تقنيات سلوكية تستخدم في المنزل.

في العديد من الدراسات الخاصة ببرامج التدخل المبكر المعتمد على السلوك، تكون معظمها دراسات حالة على مجموعة مكونة من خمسة مشاركين، وغالباً ما تخبر مجموعة مشكلات قليلة تختص أنواع السلوك مثل: إيذاء الذات، السلوك العدواني، عدم الالتزام - stereotypes مفهوم مختلف عن النمطية ، أو اللغة العقوبة، ويتم تجاهل الآثار الجانبية غير المقصودة. وعلى الرغم من شروع تدريبات المهارات الاجتماعية، إلا أن فعاليتها ليست مؤكدة 100%. وقد أظهرت دراسة تحكمية أجريت على عينة عشوائية وعلى نموذج لتدريب الوالدين من أجل مشكلات السلوك عند الأطفال المصابين بالأسبرجر، أظهرت أن الآباء الذين حضروا ورشة عمل تستغرق يوماً واحداً أو مجموعة من 6 دروس فردية قد أبلغوا عن مشكلات سلوكية قليلة لدى أطفالهم، بينما أبلغ الآباء الذي يحضرون الدروس الفردية فقط عن مشكلات أقل كثافة عند أطفالهم المصابين بالمرض. والتدريب المهني مهم جداً لتعليم المريض قواعد وأداب المقابلة الوظيفية Interview ، وتعليم مرضى الأسبرجر من الأطفال الكبار والبالغين كيف يسلكون في مكان العمل، كما أن تعليمهم كيفية استخدام برامج التنظيم Software واجهزه مساعد البيانات الشخصي " PDA من أجل تحصين نوعية العمل والحياة يعد أمراً مفيداً جداً.

هناك بعض الدلائل التي تشير إلى أن نحو 20% من الأطفال المصابين بالأسبرجر يتضجرون وقد تخلصوا منه، وعند وصولهم مرحلة البلوغ لا تطبق عليهم معايير تشخيص المرض. وحتى عام 2006، لم توجد دراسات على المدى الطويل تتبع نتئور حالات الأشخاص المصابين بالأسبرجر، ولا يوجد دراسات منهاجية طويلة الأجل دراسات متتابعة للأطفال الذين يعانون من المرض. كما أن الأشخاص المصابين بالمرض لديهم متوسط عمر طبيعي جداً، لكن لديهم استعداد أكثر من غيرهم لإبداء أعراض نفسية مرضية مثل اضطراب الكتاب الأقصى، واضطرابات القلق، عادة يؤثر بشكل كبير على التطور ببطول أعمارهم. وعلى الرغم من أن إصابتهم بالاحتلال الاجتماعي تدوم مدى الحياة، إلا أن حياتهم تكون أكثر إيجابية من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد مع اخفاض الأداء؛ وعلى سبيل المثال، غالباً ما تختلف اعراض الـ ASD مع الوقت عند الأطفال المصابين بمتلازمة أسبرجر أو الـ HFA وبالرغم من أن معظم الطلاب المصابين بالأسبرجر أو الـ HFA يمتلكون قدرات رياضية متوسطة ونتائجهم في الرياضيات أقل قليلاً من نتائج

طلبة الطبيعين - الطلبة عاديو الذكاء، فإن بعض الطلاب المصابين بالمرض يبدون مواهبة في الرياضيات، ولم يستطع الأسبرجر من أن يمنع بعض البالغين من تحقيق إنجازات كبيرة مثل الفوز بجائزة نوبل.

وقد يحتاج الأطفال المصابون إلى خدمات تعليمية خاصة، بسبب الصعوبات الاجتماعية والسلوكية التي يعانون منها، وبالرغم من ذلك فإن العديد من الأطفال المرضى يستطيعون حضور فصول التعليم العادي مع أقرانهم الطبيعيين. وقد يظهر المراهقين المصابين بالمرض صعوبات في رعاية أنفسهم Self Care، ويفظرون صعوبات في الاتخراط بعلاقات جماعية ورومانسية؛ وعلى الرغم من إمكاناتهم الإدراكية العالية، يبقى معظم الشباب المصابين بالمرض في المترهل، رغم أن بعضهم يقوم بالزواج وبالعمل بشكل مستقل. وأحياناً يشكل التجربة المختلفة التي يعيشها المراهقون المصابون، جانباً مؤثراً من حياتهم. وقد ينجم القلق من انتهاكات مختللة لروتين وطقوس الحياة، بدءاً من وضع المريض في موقف ما دون أن يتوقع ذلك أو دون جدول زمني واضح، أو من القلق أن يفشل في اللقاءات الاجتماعية؛ قد يظهر ذلك القلق - الناتج - في صورة غفلة، انتحاب، اعتماد على المهاجمين، نشاط الملل، أو سلوك عدواني أو سلوك معارض. وعادة ما يكون الكتاب ناجماً عن الإيجاب الشديد من الناتج عن الفشل المتكرر في التراصيل مع الآخرين اجتماعياً، وقد يؤدي إلى تطور ضطربات المزاج التي تحتاج لعلاج. وتشير التجارب الإكلينيكية إلى أن معدل الانتحار بين الأشخاص قد يكون أعلى بين أولئك المصابين بالأسبرجر، ولكن ذلك لم يتم تأكيده عبر راسات تجريبية متظاهرة.

ويعد تعليم الأسر أمراً حاسماً في تطوير استراتيجيات تساعدهم على معرفة نقاط القوة والضعف الخاصة بأطفالهم المصابين، كما يساعدتهم التعليم على تحسين نتائج Outcomes أطفالهم باستمرار. وقد يتم تحسين التشخيص عبر التشخيص في سن أصغر سمح بإجراء تدخلات مبكرة، في حين أن التدخلات في مرحلة البلوغ تكون أقل فائدـة - لكنها لا تزال هامة بالطبع. وهناك العديد من المسائل القانونية تخص الأشخاص المصابين بالأسبرجر، حيث أنهم عرضة لخطر الاستغلال من قبل الآخرين، وربما يكونوا غير قادرين على استيعاب الآثار الاجتماعية المرتبطة على تصرفاتهم الخاصة.

بـ. التدخل العطبي

العلاج الدوائي : Pharmacological

بالنسبة لأعراض فرط الحركة ، العنف والإندفاع ، المياج والعصبية ، فإن مضادات الفصام مثل : الهالوپيريدول Haloperidol ، الريسبيريدون (Resperidal) Resperidal والأولزپين (Olanzepine) Zyprexa ، تؤدي إلى تهدة حركة و سلوكيات الطفل بصورة فعالة .

- إستخدام مضادات الاكتئاب من النوعية التي تزيد من نسبة السيروتونين بالدم SSRIs مثل الفلوكستين Fluoxetine و البروزاك Prozac تحسن الحالة كثيراً
- بالنسبة لعدم التركيز و نقص الانتباه فإن الميثيل فينيدات Methylphenidate مثل الريتالين Ritalin تزيد من نسبة تركيز الطفل وإن كانت تزيد من أعراض العنف قليلاً
- إستخدام الليثيوم ، و مغلقات القنوات بيتا Beta blockers و مضادات التشنج تحسن من الحالة المزاجية المضطربة للطفل
- يرى البعض أن إستخدام الريفيا [naltrexone] Revia (Opioid antagonists) تهدئ من السلوك العدواني وإذاء النفس كما تقلل من الأعراض التوحيدة للطفل ، وإن كان الموضع مازال قيد التجربة .

العلاج النفسي

دور العلاج الفردي للطفل يكون ضئيل ، أما العلاج النفسي الفعال فهو العلاج الجماعي و العلاج الأسري :

- العلاج الأسري : Family therapy حيث تقوم الأسرة بدور المعالج بالتعاون مع الطبيب والأخصائي النفسي لمحاولة تعليم الطفل
- العلاج الجماعي : Group therapy حيث تقوم مجموعة من الأطفال المعاقين ذهنياً بعمل نشاطات إجتماعية من رسم وموسيقى و تمثيل و أعمال فنية مما يقوي الترابط الاجتماعي و القدرة على التواصل مع الآخرين.

الثاني عشر: متلازمة الأسبرجر وطرق التعامل معها في المدرسة العادية

أ. الصعوبات التي يواجهها الطالب المصاب بالأسبرجر

1. التمسك بالروتين وكيفية التعامل معه

إن سبب التمسك بالروتين هو التوتر والانفعال القهري الذي يشعر به طفل الأسبرجر كما هو نتيجة لاحساسه بالخوف وعدم المقدرة على افتراض التوقعات . وعادة ما يصاحب ذلك الإحساس بالإرهاق كلما زادت الضغوط فقد الطفل الإحساس بالسيطرة على الموقف.

وقد يكون إتباع البرنامج التالي في التعامل مع الطالب المصاب بالأسبرجر مساعدا له في التغلب على الرتابة التي أساسها الخوف وذلك عن طريق:

- توفير بيئة تعليمية واضحة الأهداف وآمنة للطفل.

- التقليل من التغييرات المفاجئة.

- تزويد الطفل ببرنامج للروتين اليومي المتوقع.

- تحبيب الطفل المفاجآت بحيث يتم إخباره بوضوح عن البرنامج الدراسي المتوقع أو أي تغيير قد يطرأ على الجدول الدراسي (مثل الامتحانات والنشاطات)

- محاولة معرفة هوايات الطفل واهتماماته للتمكن من ادراجه ضمن النشاطات التي يطلب منه القيام بها.

2. عدم القدرة على التواصل مع الآخرين وكيفية التعامل معه

يتميز حديث طفل الأسبرجر بالتأتأة أو البطء بلفظ الكلمات و باستخدام عبارات مختصرة وخارجية بعض الشئ عن نطاق المحادثة مما يحد من مقدرته على الأخذ والرد مع الآخرين . وكثيرا ما يسمى طفل الأسبرجر بالفيلسوف الصغير . وذلك لاستخدامه عبارات ذات معانٍ تسم بالعمق لمن هم في مثل سنه . كما أن عدم القدرة على التواصل مع الغير وفهم القراءين التي تحكم العلاقة مع الآخرين تعد من أبرز المشكلات الأساسية التي تواجه طالب الأسبرجر الذي يتتصف بالتركيز المطلق على الذات . هذا بالإضافة إلى عجزه عن تقدير المسافة الفعلية بينه وبين الغير مما يسبب له الشعور بعدم الارتباط من وجود شخص بالقرب منه . وقد يكون هذا السبب في تجنبه النظر إلى من يتحدث معه أو أن ينظر إليه بطريقة غير معتبرة . كما يتعذر على المصاب التحدث أو التصرف بلادة مع الآخرين أو فهم

النكت وعبارات السخرية والتلميحات والخدع لاعتقاده الصدق في كل ما يقال مما يجعله عرضة لاستهزاء وأذى الأطفال الآخرين.

ولمساعدة طفل الأسبيرجر في المدرسة على التواصل لذلك يفضل اتباع التالي :

- حماية الطفل من السخرية والأذى من قبل الأطفال الآخرين.
- تتفيف الأطفال الآخرين بعاهة الأسبيرجر وبأنها مشكلة تتطلب مساعدة الجميع للطالب المصاب كما يجب الإثناء على الطلبة التعاونيين و تشجيعهم على الإستمرار في تقديم الدعم لهذا الطفل.
- تخفيف طفل الأسبيرجر على زيادة التحصيل العلمي عن طريق خلق فرص للتعلم التعاوني و تعليم الأقران يستطيع الطفل من خلالها اكتساب مهاراته من الزملاء في جو ودي ليشعر الطفل بتقبل الآخرين له .
- توجد لدى طفل الأسبيرجر الرغبة الشديدة بتكونين أصدقاء . وعلى أن الصدقة تحدث بشكل طبيعي وتلقائي للكثير من الأطفال إلا أن طفل الأسبيرجر يفقد المهارة الفطرية والبدائية للتواصل مع الغير . لذلك يجب تدريتهم على مهارات التواصل الاجتماعي عن طريق إعطائهم مجموعة من العبارات والمواقف والشرح لهم عن طريقة استخدام العبارة المناسبة في الموقف المناسب ومن ثم القيام بمشاهد تمثيلي عن أحد هذه المواقف ويطلب منهم التدرب عليها ومن ثم تطبيقها .
- يتميز طفل الأسبيرجر بالإنسانية والإنسانية من المجتمع لذلك من الجبدي أن يقوم المعلم بدمج الطالب المصاب بالأسبيرجر مع مجموعة من الطلبة الآخرين في أوقات الفسح أو النشاط وذلك للتتحدث في مواضيع يتناقشون حولها سوية ويطلب المعلم من كل طالب إبداء الرأي .
- قد لا يستوعب أو يأبه طفل الأسبيرجر لشاعر الغير إلا أنه بالإمكان تدريسه على التقمص العاطفي عن طريق الشرح المباشر والدقيق له عن المشاعر السلبية التي تنتج عند إزدائه لشاعر الآخرين عن غير قصد منه لفظاظته بالحديث أو عدم لباته وشرح المشاعر الإيجابية التي يجب أن يتتصف بها الإنسان الطبيعي.
- قد يستفيد طفل الأسبيرجر كثيراً من وجود أو ما يعرف بالصحة المنظمة أو المرتب لها وذلك عن طريق اختيار أحد الأطفال في الفصل من يتولى منهم المعلم القيام

بعض المسؤوليات تجاه طفل الأسبرجر مثل الجلوس إلى جانبه في الفصل وقضاء جزءاً من وقت الفحصة وأوقات الشاط معه ومساعدته في بعض الأنشطة التعليمية.

3. اهتمامات طفل الأسبرجر وكيفية التعامل معها

يعاني طفل الأسبرجر من تعلقه باهتمامات محدودة واقتاء أشياء غريبة والتركيز عليها دون غيرها، مثل جمعألعاب غريبة أو اقتاء حيوانات نادرة تكون محور اهتمامه وحديثه فيسأل عنها بإسهاب وتكرار غير آخذ برأي الآخرين، كما ينصرف عن تعلم أي شيء ليس له علاقة بموضوعات اهتمامه.

وللتعامل مع هذه المشكلة قد يكون من المجدى اتباع ما يلى:

- عدم السماح للطفل بالإسهاب وتكرار الحديث في الموضوعات المحددة التي تهمه وذلك بتحديد وقت معين ليتنسى له التحدث وطرح جميع تساؤلاته حول موضوعه المفضل.
- تعزيز السلوك الإيجابي لدى طالب الأسبرجر عن طريق المدح والثناء على ابسط الأشياء الإيجابية التي يقوم بها حتى وإن بدت تلقائية وبدائية للغير.
- قد يرفض طفل الأسبرجر القيام بعمل واجباته المدرسية خارج نطاق اهتماماته ولكن من المهم أن لا يكون زمام الأمور بيده في هذا المجال وأن يكون واضحاً لديه ما هو متوقع منه أداءه وضرورة إتباعه للتعليمات. كما أنه من المهم أيضاً أن نعطي لهذا الطالب مساحة حرية يستطيع من خلالها الإطلاع وإطلاع الآخرين على معلوماته في المواضيع التي تستهويه. مثال على ذلك أن يطلب منه كتابة مواضيع إنشائية من اختياره أو أن تشتمل مسائل الرياضيات التي تعطى له على مفردات ذات صلة باهتماماته.
- توسيع دائرة الموضوعات المراد تعريف طالب الأسبرجر بها عن طريق التشويب وربطها بمعلومات تهمه. مثال على ذلك خلال حصص الجغرافيا قد يطلب منه أن يبحث عن أهم الحيوانات التي تعيش في بيئته معينة ومن ثم يطلب منه معرفة سبب عيشها في تلك البيئة بالتحديد كطبيعة المناخ والتضاريس ومقارنة ذلك مع بيئات أخرى تعيش فيها حيوانات مختلفة.

4. صعوبة الانتباه وكيفية التعامل معه

غالباً ما تسبب المحفزات الداخلية (internal stimuli) لطفل الأسبرجر بالشتت والغلوص في عملية التفكير وعدم القدرة على الانتباه أثناء الحصة الدراسية. وهذا لا يعني فقدان القدرة على التركيز ولكنه تركيز من نوع مختلف يؤثر على قدرة الطفل على التمييز بين ما هو مهم ويجيب الانتباه له وما هو غير مهم، فيصرفه ذلك إلى ملاحظة أشياء لا صلة لها بالدرس. ومثال على ذلك أن ينشغل المصاب بالأسبرجر بالحذاء الجديد الذي يلبسه أحد الطلاب أو بقصة شعر طالب آخر أو بقلمه الجديد أو بحركة يد المعلم ثم يدخل في حالة من الإنفصال التدريجي عن محطة المدرسية والدخول في حالة أكثر تعقيداً من الشروق الطبيعية.

وقد تفيد النقاط التالية في التخفيف من هذه المشكلة:

- إن لفت إنتباه هذا الطالب إلى الدرس يتطلب الكثير من الجهد والمحفزات الخارجية كأن يقوم المعلم مثلاً بتقسيم الدرس إلى وحدات صغيرة وقصيرة حتى لا يشعر الطالب بالملل ويقوم بالتوجيه والتبيه وتشجيع هذا الطالب على المشاركة.
- لفت انتباه الطالب عن طريق التزييت على كتفه أو وضعه بالقرب من أحد الطلاب النبีهين لذكره بضرورة الانتباه للدرس.
- قد يكون من المفيد وضع الطالب في مقدمة الصف الدراسي و توجيه بعض الأسئلة إليه ليقى متتها للدرس.
- قد يستفيد الطالب من التدريبات الصافية التي يعين المعلم وقت محدد لإنجازها وحين لا يتمكن الطالب من ذلك يعطي وقتاً إضافياً بعد انتهاء الحصة لإكمال التدريب. قد يكون المصاب بالأسبرجر أكثر عناداً من غيره من الأشخاص العاديين لذلك من المهم التعامل معه بشيء من الحزم والنظام ليعرف المطلوب منه عمله وبيان ذلك سيكون له مردوداً إيجابياً عليه. هذا من شأنه أن يختلف من حدة التوتر لدى هذا الطالب ويزيد من ثقته بنفسه وبقدراته.
- من المهم أن يشجع المعلم الطالب المصاب بالأسبرجر بأن يخرج تدريجياً من عالمه الداخلي بما فيه من خيالات وأفكار وأحساس وأن يركز على ما في العالم الحقيقي. إن العالم الداخلي للشخص المصاب بالأسبرجر أكثر قوة وتأثيراً عليه مما حوله في

عيشه الخارجي، وهذا يشكل صراعا مستمراً بداخله فكلما واجهه مشكلة يلجأ إلى ذلك المكان الخذاب الذي يشعر فيه بالراحة والأمان.

- إن صعوبة التركيز والإلتباء والبطء في الكتابة والتشتت الفكري لدى طالب الأسبيرجر يجعل من إنجاز الواجبات الدراسية في المنزل مهمة شاقة على الوالدين اللذين قد يقضون ساعات طويلة لإنهاه الواجب. لذلك قد يكون من المفيد تخفيف عبأ الفروض الدراسية ومحاولة مساعدة الطالب أثناء حرصه النشاط أو أوقات الفراغ في المدرسة لإنعام جزاً من الفروض بمساعدة المعلم أو أحد التلاميذ ليتسنى للوالدين قضاء الوقت للإهتمام بالجوانب الأخرى من معاناة هذا الطالب.

5. عدم الانساق الحركي و كيفية التعامل معه

يعاني المصاب بالأسبرجر من عدم التناست الحركي (poor coordination) وتنصلب في الحركة الوظيفية مما يعيق حسن أدائهم عند اللعب خاصة اللعب الذي يتطلب تناست الحركة (مثل كرة القدم، كرة الطائرة، الجري وغيرها). عدم الاتساق الحركي هذا قد يعيق مقدرة طفل الأسبرجر أيضاً على الرسم والرسمة في الكتابة.

وقد تفيد الإرشادات التالية في تحفيز شعور طفل الأسرّاج بقدرته وتطوير مهاراته الحركية :

- أن يكون التركيز في حصص الرياضة على تمارين اللياقة البدنية بعيداً عن أنواع الرياضة ذات الطابع التنافسي.

- تجنب الطالب اللعب ضمن فريق ضد فريق آخر حيث أن عدم الإنفاق الحركي لطفل الأسر يزيد من توتره ومن سخرية الآخرين منه. كما تنسق هذا الطفل فهم المهارات الاجتماعية اللازمة لتنبيه حركته وفقاً لحركة أفراد الفريق.

- الأخذ بعين الاعتبار أن طفل الأسرجر قد يحتاج إلى مزيد من الوقت لإنتهاء كتابة ما يطلب منه بسبب ضعف التناقض الحركي لديه مما يعيق سرعته في الكتابة.

- يعنى طفل الأسرى جر إلى وقت أطول من الطلاب العاديين أثناء أداء الامتحانات. لذلك يكون من الجيد أداة للإمتحان في غرفة المصادر Resource Room ليس فقط من أجل إعطاء المزيد من الوقت ولكن لتزويده بالدعم والتوجيه الضروريين ليتمكن من التركيز على أداء ما هو مطلوب منه بالتحديد.

* قد يكون من الجدي وضع طالب الأسرجر في فصل خاص مع مجموعة صغيرة من الطلاب المتعاونين ومن مستويات مختلفة من التحصيل العلمي لكن يتسكن هنا

الطالب من التغلب على توتره من وجوده في مجموعة كبيرة من الطلاب وليسهل عليه الانتباه والتركيز وأداء التدريبات الصحفية الجماعية .

6. صعوبات التعلم وكيفية التعامل معها

على الرغم من أن مستويات الذكاء لدى أطفال الأسرجر تقع في المستوى الطبيعي أو ما فوق الطبيعي إلا أنه تقصهم مهارات التحليل والاستيعاب المتقدمة بسبب تركيزهم على المعنى الحرفي المباشر (literal) والتصور الملموس (images concrete) بينما يجدون صعوبة بالغة في التفكير الإدراكي المجرد (abstraction). ولتميز أسلوبه في الحديث المتمس بالفلسفية واختيارات المدهش لعباراته فقد يعطي المصايب بالأسرجر الانطباع بأنه يعي ما يقول بينما يكون في الواقع مرددا فقط لما يقرأ ويسمع. كما يتمتع طفل الأسرجر بذاكرة قوية ولكنها تعمل بطريقة ميكانيكية مبرمجة فيتعذر عليه بسبب ذلك التفكير الاستباطي والاستاجي . وقد تزيد النقاط التالية في تغلب هذا الطفل على بعض صعوبات التعلم التي تواجهه أو التعامل معها بطريقة أكثر إيجابية :

- تزويد الطالب بخطة فردية للدراسة مصممة لتضمن له النجاح المستمر. ذلك لأن طالب الأسرجر بحاجة إلى محفزات قوية لكي يتغلب على دوافعه الداخلية وليكون للتعليم مردودا إيجابيا عليه وليس مصدرا لإثارة توتره وغمديا لقدراته.
- عواولة شرح وتبسيط المعانى المجردة ليسهل على هذا الطالب فهمها.
- عواولة استثمار الذاكرة القوية التي يتمتع بها طالب الأسرجر وذلك بتعزيز حجم المعلومات الترتيبية التي يستطيع الطالب أن يضيفها إلى ذاكرته . كما أن نقاط القوة في أسلوبه للتعلم تتركز في أسلوب النظر وليس في أسلوب السمع لذا من الأفضل تعزيز المعلومة المرئية من خلال الصور وأفلام الفيديو التعليمية بدلا من الاعتماد الكامل على أسلوب الشرح والتلقين .
- الانتباه إلى أن طالب الأسرجر قد يجد صعوبة في استيعاب وفهم المشاعر والمعانى التي تحمل أكثر من تفاصير وكذلك العلاقات الإنسانية المختلفة لذا يجب التركيز على إيضاح هذه المعانى وإعطاء أمثلة تصويرية ليسهل عليه فهمها.
- عادة ما تتميز كتابات طالب الأسرجر بالتكرار والانتقال المفاجئ من موضوع لأخر واستخدام كلمات بعيدة عن المعنى المقصود حيث لا يمكن طفل الأسرجر من

فصل المعلومات العامة عن أفكاره الخاصة ويتوقع من المعلم أن يفهم المصطلحات الغامضة التي يكتبها.

• يتميز الطالب الأسبرجر بمهارات عالية في القراءة ولكن استيعابه لما يقرأ عادة ما يكون ضعيف.

• غالباً ما يكون الأداء الأكاديمي لطالب الأسبرجر دون المستوى (مثل ترتيب الدفتر، الكتابة بخط واضح، النقل الصحيح من على السبورة، الانتهاء من حل التدريبات الصافية، نظافة الدفتر) وذلك بسبب عدم وجود الدافع والحماس ببذل الجهد في مواضيع لا تثنى له أي أهمية. في هذه الحالة يجب على المعلم أن يوضح للطالب أنه يتوقع منه محاولة بذل المزيد من الاهتمام في أداء هذه المهام ويطلب منه إعادة كتابة التدريبات بطريقة أفضل خلال حضور النشاط أو الفراغ ويتوجيه منه.

7. العجز العاطفي وكيفية التعامل معها

بينما يتمتع طالب الأسبرجر بالذكاء الذي يمكنه من مواصلة دراسته في فصول التعليم العام إلا أن نقص تطوره العاطفي النفسي قد يحد من مقدرته على التكيف داخل الفصل الدراسي حيث يكون دائم الشعور بالتوتر والقلق كما يجد صعوبة في التكيف والمرورنة مع المستجدات ويفتقده إلى الحماس وينقصه الاعتزاز والثقة بالنفس ويلجأ إلى نقد الذات. وفي سن المراهقة قد يعاني مريض الأسبرجر من الاكتئاب وتقلب المزاج الحاد والغضب والعنف كردة فعل عن شعوره بالضيق والتوتر والعزلة. ونادرًا ما يشعر مريض الأسبرجر بالاسترخاء، بل على العكس قد يشعر بهول الأشياء عندما لا تتطابق مع ما يملئه عليه شعوره الداخلي الرافض للتغيير. وبشكل التعامل مع الآخرين وروتين الحياة اليومية بالنسبة لطفل الأسبرجر معاناة كبيرة وتستنفذ الكثير من جهده وطاقته

والأسلوب التالي للتعامل مع هذا الطفل قد تكون له إيجابياته في تعزيز الجانب العاطفي النفسي لطفل الأسبرجر و ذلك على النحو التالي:

• محاولة تخفيف هذا الطفل حالات التوتر بسبب التغير المفاجئ وذلك عن طريق خلق جو من الانفباط المائي من التقلبات ولكن بإعداده تدريجياً لمواجهة بعض التغييرات في يومه الدراسي .

- تدريب الطالب على كيفية التعامل مع التوتر حينما يشعر بأنه غير قادر على مواصلة التحكم وحتى لا يتحول التوتر إلى نوبة خارجية عن السيطرة. يتم ذلك بأن يطلب من الطفل كتابة قائمة بما يجب عليه فعله إذا أحس بالتوتر
- مثال: أ. التنفس بعمق ثلاث مرات
- ب. عد أصابع اليد اليمنى ثلاث مرات ثم اليسرى ثلاث مرات،
- ج. الذهاب للتحدث مع المرشد النفسي، و ما شابه
- مع أهمية تضمين القائمة أحد الطقوس التي يعتاد الطفل أن يشعر بها بالاطمئنان والراحة. توضع هذه القائمة بحقيقة الطفل بحيث تكون في متناول يده متى ما دعت الحاجة إليها.
- يجب خفض التعبيرات الدالة على الإنفعال في صوت المدرس لأدنى مستوى وأن يتحلى المعلم بالمدوه والصبر والتعاطف الواضح أثناء تعامله مع طالب الأسباجر حتى لا يسبب له التوتر.
- ويشير هانز أسباجر(1991) فيقول بأن المعلم قد يشعر بالغبيق والعصبية حين لا يستطيع أن يدرك أن عليه أن يقوم بتعليم طفل الأسباجر أشياء قد تبدوا واضحة وبديهية وسهلة للطلاب العاديين.
- وكما لا يدرك طفل الأسباجر مشاعر الغير فإنه يجد صعوبة كذلك في فهم مشاعره الخاصة فليجأ إلى إخفاء معاناته وينكر عوارضها أمام الآخرين. لذا يجب على المعلم أن يتبعه لأي تغير قد يطرأ على الطفل مما يدل على اكتابه مثل الانعزالية، والشروع الذهني، واحتلاط الأمور عليه، والشعور بالتشويب، وزيادة الشعور بالتوتر والإرهاق، والبكاء، والتفكير في الانتحار كما يجب عدم الاعتماد على تقييم الطفل لنفسه في مثل هذه الأمور.
- يجب تبليغ المختصين عن حالة الطفل إذا ما لوحظ عليه علامات الإكتتاب الشديد ليتمكن للمختصين ملاحظة حالته وعلاجها لأن طفل الأسباجر غير قادر على تقدير حالته النفسية بنفسه ولا يستطيع أن يطلب من الآخرين مواساته ومساعدته.
- تشكل العلاقات الاجتماعية للمرأهقين العاديين أهمية كبيرة في هذه المرحلة العمرية ولهذا يكون مراهق الأسباجر أكثر عرضة من غيره للاكتتاب لإدراكه بأنه مختلف عن غيره وبيان من الصعوبة عليه تكوين علاقات عادية مع الغير. كما أن المواد الدراسية

تصبح أكثر تعقيداً وصعوبة في هذه المرحلة ممیة لطالب الأسبرجر الكثیر من التحدی. لذلك من الضروري جداً أن يجد مريض الأسبرجر المراهق الدعم الكافی من أحد أعضاء الكادر التدريسي في المدرسة حيث يتلقى معه مره واحدة على الأقل يومياً ليتأكد من أن الطالب لا يواجه مصاعب لا يمكن تحملها أو التعامل معها. كما يجب الأخذ بلاحظات ومرئيات المدرسين الآخرين حول هذا الطالب. ولأن طالب الأسبرجر شديد التأثر من الفشل وبنسبة أكبر مقارنة بغيره من الطلاب العاديين فإنه من الضروري جداً أن يجد طالب الأسبرجر الدعم الكافی مني ما لوحظ عليه أنه يعاني من صعوبات في التعلم والدراسة.

الثالث عشر : التوقعات المستقبلية لذوي متلازمة الأسبرجر

يؤكد كل من باورز وبولند (2005) في كتابهم دليل الآباء عن طفلك و متلازمة الأسبرجر، بوجوب تذکیر طفل الأسپرجر بان الأمور ستحسن للأفضل بعد رحلة المعاشرة والتي تبلغ ذروتها في فترة المراهقة بسبب تخرش الزملاء واستغرازاتهم وتهكمهم. ذلك بان المصاب بالأسپرجر يبدأ بالتضirog وكذلك زملاؤه فيقل الإستفزاز والتحدي وتعدد كذلك الخيارات المتاحة أمامه ليقضي وقته مع من يشاء ويتابع دراسته في التخصص الذي يرغب. ويفضل جهود الآباء والمدرسين في ترسیخ المهارات الاجتماعية في وقت مبكر لدى المصاب بالأسپرجر فقد يتمكن المصاب من تخطي زملائه في مهاراتهم الاجتماعية ويتمكن من التعامل مع الصعوبات التي كان يعاني منها في الصغر ويشعر بالفخر والاعتزاز عند الشاء على الموهبة الخاصة به والتي عادة ما يتميز بها المصاب بالأسپرجر. كما سيجد عند تخطييه مرحلة المراهقة الكثير من التقدير والاحترام من الآخرين وذلك للصفات النيلة التي غالباً ما يتمتع بها المصاب بالأسپرجر مثل الذكاء والحكمة والصدق والأمانة والولاء".

الفصل الخامس

متلازمة ريت Rett Disorder

تمهيد

أولاً : نسبة الانتشار

ثانياً : المقصود بمتلازمة ريت

ثالثاً : المظاهر والأعراض الملازمة للرث

رابعاً : مراحل تطور حالات الرث المختلفة

خامساً : الأسباب الجينية لمتلازمة ريت

سادساً : الفرق بين متلازمة ريت والتوحد

سابعاً : تشخيص متلازمة الرث

ثامناً : التدخل العلاجي لمتلازمة الرث

الفصل الخامس

متلازمة ريت

Rett Disorder

تمهيد

زملة الرت هي اضطراب عصبي غالباً ما يكون في البنات لأن الأولاد الذين يصابون بها يموتون في الرحم قبل الولادة.

ومتلازمة ريت Rett Syndrome ترتبط مباشرة بـ كروموسوم X والتي تحدث بالدرجة الأولى في الإناث ، أكدت الدراسات الحديثة أن هذه المتلازمة يمكن أن تصيب الذكور أيضاً . فيوجد حالياً عدد قليل جداً من الذكور شخصوا بأن لديهم متلازمة ريت وتتراوح الحالات في الشدة من حيث الاعتنال الدماغي المبكر منذ الولادة إلى التأخير العقلي والاشارات العصبية .

ففي عام 1990 تم وصف ذكورين في الثلاثينيات بأن لديهم خصائص متلازمة ريت ، لكن لم يتم تأكيد ذلك وراثياً ، وفي تقرير آخر تم وصف ذكورين لديهم خصائص متلازمة ريت حملت على كروموسوم X .

وفي عام 1999 ذكر آخر كان ينطبق عليه كل المعاير الخاصة بمتلازمة ريت لكن دون تأكيدات وراثية .

وهناك أوصاف أكثر حداثة خاصة خاصة للجين MECP2 المسبب لمتلازمة ريت لدى الذكور وكذلك معلومات الأكلينيكية ومعلومات إضافية للنمط الظاهري لمتلازمة ريت لدى الذكور .

وهذا يزيد أهمية التقييم العصبي الشامل للإناث المصابة بالتوحد لتمييز الاشكال الشاذة أو المعتدلة لمتلازمة ريت عن التوحد .

وتشدد الدراسات الحديثة على فائدة اختبار MECP2 في الذكور المصابة بالاعاقة العقلية الغير محددة والمشاكل العصبية التقدمية الحادة ، وقرباً مما يكون فحص واختبار

MECP2 متشر بشكل واسع كما حدث لتلازمة اكس المث حيث اصبح فحص الكروموسوم في بريطانيا امر ضروري وايضا ترى الدراسات الحاجة ايضا لتقدير عصبي لكل الاناث المصابة بالتوحد واحداً للحد من تحليل اختبار MECP2 متلازمة ريت Syndrome والتي ترتبط مباشرة بكروموسوم X والتي تحدث بالدرجة الاولى في الاناث ، أكدت الدراسات الحديثة ان هذه المتلازمة يمكن ان تصيب الذكور ايضا.

فيوجد حالياً عدد قليل جداً من الذكور شخصوا بأن لديهم متلازمة ريت وتتراوح الحالات في الشدة من حيث الاعتنال الدماغي المبكر منذ الولادة الى التأخير العقلي والاشارات العصبية

ففي عام 1990 تم وصف ذكرين في الثلاثينيات بأن لديهم خصائص متلازمة ريت ، لكن لم يتم تأكيد ذلك ورائياً ، وفي تقرير آخر تم وصف ذكرين لديهم خصائص متلازمة ريت حملت على كروموسوم X

وفي عام 1999 ذكر آخر كان ينطبق عليه كل المعايير الخاصة بتلازمة ريت لكن دون تأكيدات ورائية .

وتلازمة ريت موجودة بشكل واسع في جميع الأجناس والأعراق وكان أول من وصف هذه الحالة هو إندريرا ريت ثم تطور تعريفها عن طريق الدكتور بن هامبرج وزملاؤه، الطفلة الرت غالباً ما تكون طفلة طبيعية في مراحل النمو المبكرة حتى 6 شهور إلى 18 شهراً، ثم تبدأ الطفلة في فقدان المهارات التواصلية مع الآخرين وفقدان استخدام يديها للأغراض الطبيعية وانثناء هذا التدهور تحدث فترة تراجع فيها ثم تحدث حركات لا إرادية تكرارية في اليد واضطراب في المشي والخطوة وبطء واضح في نمو الرأس ومشاكل أخرى منها:

- اضطرابات نقص الانتباه مع فرط الحركة
- نوبات من التشنج واضطراب في التنفس خاصة عند الاستيقاظ من النوم
- Dyspraxia Apraxia ومعناها عدم القدرة على برجمة الجسم لأداء الوظائف الحركية وهذه من أصعب الأشياء الموجودة في زمرة الرت ، والتي تجعل الطفلة غير قادرة على النظر بعينيها وتحريكها أو الكلام أو القيام بأي شيء تزيد أن تفعله

- كتيبة هذه الحالة (Apraxia) وتقص التواصل المعرفي تكون اختبارات الذكاء غير دقيقة بالمرة لأن أغلب اختبارات الذكاء تعتمد على استخدام اليد أو الكلام وهذا مستحبيل بالنسبة للرت Rett Case

- الرت غالباً: ينطوي في تشخيصه ومحبه غالباً أوتیزم أو شلل دماغي، ولكنها كثيرة جداً كاهم سبب للأمراض العصبية في البنات

ولا: نسبة الانتشار

- النسبة الاحصائية: 1 : 10.000 إلى 1 : 23.000 من كل بنت مولودة
- أغلب الأجيال هذه الأيام تعتبر الرت مرض نسوي أكثر من كونه مرض تدهور عقلي على ما كان يعتقد في الماضي
- توجد دلائل قوية على أن سببه وراثي ولكن سببه حتى الآن غير معروف على وجه الدقة

وهي إعاقة تصيب الإناث فقط وتبدأ أعراضها في الظهور بعد الشهور الستة أو السنة الأولى من عمرها ، ويعتقد العديد من الباحثين أنها ذات أساس وراثي له علاقة بالكريزوموزم، وتحدث بمعدل حالة واحدة من كل 10,000 ولادة حية ولو أن المعتقد أنها أكثر من ذلك انتشارا.

وفي البداية كان كثيراً ما يتم تشخيص هذه الإعاقة بصورة خاطئة فقد كانت تشخيص أحياناً على أنها توحد وأحياناً أخرى على أنها شلل دماغي أو إعاقة عقلية من النوع الشديد.

ثانياً: المقصود بمتلازمة ريت



هي إحدى اضطرابات النمو الشاملة بل وتعتبر من أشد إعاقات تلك المجموعة من حيث تأثيرها على مخ الفرد المصاب وقداته القدرة على الاحتفاظ بما اكتسبه من خبرات ، وما تعلمه من مهارات (كاللشي والكلام .. الخ) وكثيراً ما يصاحبه درجة من درجات التخلف العقلي بالإضافة إلى ما تسببه له من إعاقات حركية أو إعاقة وتوسائل ونوبات صرعية تزيد من إعاقته صعوبة.

تمر الفتاة المصابة بهذه الاعاقة باربع مراحل متتالية:

- تأخر وبطء تدريجي خفيف في التطور بعد مرحلة تطور طبيعي قد تستمر 6 او 8 الى 18 شهر بعد الولادة.
- تدهور متسرع في فقدان الطفلة معظم ما كانت قد اكتبه وكذلك نبان ما تعلمه من خلال عملية التطبيع الاجتماعي او التفاعل مع المحيطين بها، كما تفقد حصيلتها اللغوية وقدرتها على التخاطب وتستمر هذه المرحلة لحوالي عشر شهرا.
- مرحلة الكمون مع ظهور تحسن طفيف في العلاقات الاجتماعية وتلاقي العيون ولكن يزداد القصور في حركة الابدي والتنفس والقدرات الحركية وتستغرق هذه المرحلة بين 10-20 شهرا.
- استمرار في تدهور كل ما كانت الفتاة قد اكتبه من قدرات حركية وبالتالي العجز عن اداء الاشطة المختلفة وتزداد العضلات اضطرابا فتحول الى وضع تشنجي ثم حالة تصلب.

ثالثاً :المظاهر والأعراض الملائمة للرت

1. انحناء الظهر والممود الفقرى

غالباً ما يكون غالبية الطفلة مصحوباً بالحانه في الظهر سريعاً في سن 8 - 14 سنة ويزداد انحناء الظهر في البنات الذين لا يمشون، لكي تجنب ذلك يجب أن تقوم بتمرينات باوزان وعلاج طبيعي مستمر

2. تشنجات seizures

- التشنجات - لوحظ كثيراً في الرت ولكن.. هناك نشاط حركي يكون من الخطأ تفسيره على أنه تشنجات
- التشنجات قد تحدث أثناء النوم
- لكي تحدد التشنجات يجب عمل رسم مخ

3. النمو Growth

- طفل الرت غالباً نموه بطيء وغالباً ما يكون أصغر من عمره الحقيقي.
- يصابون كثيراً بسوء التغذية الشديد رغم شهيتهم التي تبدو طبيعية وذلك لصعوبة البلع وعدم وصول كميات كافية من الطعام

• فقدان الطاقة

• الطرد المعدني العكسي

• لذلك أحياناً يأخذون طعاماً عن غير طريق الفم

4. كسور العظام

غالباً وكثيراً تحدث في الرت ذلك لنقص الكالسيوم ويكون العلاج بعذاء غني بالكالسيوم... وغرينات رياضية بأوزان.

5. العدواية Agitation

- العدواية غالباً تكون نتيجة للاجحاط في عدم التواصل والقدرة على التعبير
- لعلاج العدواية يجب أن تتيح خطة لتحديد السلوك والأسباب التي تفجر العدواية سواء تصرفات من المحبطين أو أسباب عضلية
- عندما تفجر العدواية ويكون أسبابها جسدية عضلية تقوم بالأآتي

- مساج

- حمام دافئ

- موسيقى أو هدوء تام

- كربوهيدرات

- العدواية قبل النوم يجب أن تأخذ لها أدوية طبية

6. الإمساك

الإمساك شائع جداً ويسبب كثيراً من المشاكل والصعوبات.

علاجه

- تناول كميات كافية من السوائل
- تناول كميات من الألياف الطبيعية
- التمرинات الرياضية

من المفضل عدم استخدام أدوية لعلاج الإمساك مثل اللبوس والحقنة الشرجية ولكن من المفضل علاج الإمساك بالزيوت أو الدين الغني بالماغنيسيوم

7. العينات

لا توجد علاقة وراثية واضحة. غالباً ما تكون الاصابة نتيجة طفرة في الجين.

8. التواصل

أغلب الاطفال يعلووننا اطبعاً بالرغبة في التواصل من خلال عيونهم المبردة وحركات جسمهن، ولكن غالباً ما يكونوا متأخرين في الإجابة على المؤشرات الخارجية، يجب أن يكون مدرب التخاطب واعياً بتعقيم الطفل باللاحظة الكاملة لكل إنفعالاتها من خلال تعرفها على الأشياء والناس، وقد أثبتت الدراسات أن الفتيات الصغيرات التي يتم التعامل معهن عن طريق الأسلوب الغير كلامي للتواصل (الإشارة) فإن ذلك يتم بطريقة جيدة.

طرق التواصل المختلفة

• حركة العين

• الصور

• مكعبات الكلام

• اللمس (الألعاب التي تصدر أصواتاً عن طريق اللمس)

وهذه الطرق المختلفة يجب أن تعطى وفقاً لقدرات الطفل.

الطفولة أو الفتاة الكبيرة الرت غالباً ما تكون ذات ذكاء عادي مثل الأشخاص الطبيعيين، ويجب أن نتكلم معهن من هذا المنطلق، على الرغم من أن استجابتهن لا تتم عن ذلك.

9. التعلم

التعرف المبكر للكتب والألعاب والموسيقى مهم جداً على الرغم من أن الطفلة الرت قد تبدو غير سعيدة في أن تعطي استجابة لهذه الأشياء ولكن يجب عندما نعطيها هذه الأشياء أن ننتظر بضعة دقائق ونصبر لبعض الوقت لكي تأخذ منها استجابة غالباً ما تكون بالطريقة المتوقعة أو المتظرة من الطفلة العادية ويجب أن نعطيها الوقت الكافي لكي تعبر فيها بطريقتها الخاصة.

هناك اختلاف واضح ومتغير ومتباين الشدة في قدراتهن الحركية والانتباهة في المدة

وال لدى والسلوكيات حتى في الفترات (يوم بعد يوم أو ساعة أي أزمنة متقاربة)

Apraxia .10

تجعل من الصعب على الطفلة الريت ان تؤدي الحركات نحو المدف، كلما أعطينا الطفلة الريت أنكراً كثيرة و مختلفة لتجديها كلما كان صعباً عليها اداء هذه الأشياء، بينما الأشياء التي تكون فيها اشباح لغزيرة أو عاطفة أو ألم يكون ادائها تلقائياً ولا يكمن في تنفيذها صعوبة.

ولذلك من المهم جداً تهيئة المكان والظروف المناسبة لكي نعطي الطفل الريت الدافع القوية لكي تعطيها مجازات باهرة ومرضية.

الطفلة الريت تتعلم في فصل دراسي متظم دراسياً وتتعلم في وحدة تعليمية منكاملة

رابعاً : مراحل تطور حالات الريت المختلفة

المراحل الأولى

- مرحلة مبكرة من العمر في سن 6 شهور إلى سنة ونصف
- الأعراض لا تظهر بوضوح .. واذا ظهرت فغالباً تكون اعراضًا شائعة
- المدة: شهور

الأعراض

- العين لا تثبت على شيء
- يكون الطفل غير مهتم باللعبة واللعبة التي في يده
- الطفلة هادئة جداً لدرجة أنها توصف بأنها طفلة طيبة ومتأنة
- تأخر في النمو العصبي الحركي للطفلة
- حركات عصر باليد غير مفسرة
- بطء في ثغر الرأس

المراحل الثانية

سمى بمرحلة التغير السريع للطفلة السن من 1 - 4 سنوات

- في هذه المرحلة تكون الأعراض المرضية سريعة الظهور ولكن قد تكون بطيئة ومتدرجة.
- تدهور اللغة عند الطفلة وتدهور حركات اليدين ومهاراتها في استخدام يدها .

- تدهور الحركات اللاإرادية تبدأ في الظهور عند الطفل على هيئة اليد تتحرك، عصر اليد في الوسط- الغسل - كأنها تغسل شيئاً.
- هذه الحركات تظهر عند الاستيقاظ من النوم وتستمر ثم تخفي عند النوم.
- اليدان متماشتان من الخلف أو تمسك بوضع خاص أو تمسك بشكل عشوائي أي شيء أو كأنها تمسك شيئاً أو تقبض على شيء وتركه.
- التنفس يكون غير منتظم وهذا ملحوظ في بعض الأحيان أو كأنها تشفط الهواء للداخل أو تنفس بسرعة عالية ولكن التنفس غالباً يكون طبيعياً أثناء النوم.
- لكن غالباً الطفلة تشبه الأوتیزم في عدم القدرة على التواصل الاجتماعي واللغوي.
- يحدث أحياناً هياج أو تكون الطفلة مضطربة وكذلك إضطراب الطفلة في النوم وعدم إنتظام نوبات النوم والاستيقاظ.
- فترات من الارتعاش تأتي للطفلة تكون كثيرة خاصة عندما تكون الطفلة منهيجهة ومضطربة.
- الطفلة تكون مثبتتها غير ثابتة وصعوبة كبيرة في بدء الحركة.
- ثغر الرأس يكون بطيئاً وملحوظاً من سن 3 شهور حتى سن 4 سنوات.
- يكون منحنى ثغر الرأس للطفلة أقل من منحنى ثغر الأطفال الآخرين في نفس عمرها

المرحلة الثالثة

وهي مرحلة الثبات

العمر: عمر ما قبل مرحلة المدرسة إلى مرحلة المدرسة الابتدائية

هذه المرحلة تأتي بعد المرحلة التي فيها تدهور عصبي حركي

عيوب هذه المرحلة

- وجود Apraxia أي عدم القدرة على ترجمة الجسم لأداء الحركات
- وجود المشاكل الحركية والتشنجات
- وهدان العيان يظلان متواجدان ويلاحظان بشدة
- ميزاتها
- تحسن في السلوك وقلة في العصبية والصراخ والبكاء

- تحسن في اعراض الاوتیزم
- تكون الطفلة مهتمة ومتتبة إلى ما حولها
- الانتباه يزداد في المدى والمدة
- مهارات التواصل تزداد

ملحوظة هامة

كثير من البنات يظلون فترة طويلة في هذه المرحلة ومن الممكن أن تتدلى إلى بقية الحياة

المرحلة الرابعة

وينقسم الأطفال فيها إلى مرحلتين أو نوعين

- المرحلة الرابعة (A) وتخص الأطفال الذين قاموا بالمشي والحركة في المرحلة السابقة
- المرحلة الرابعة (B) وتخص الأطفال الذين لم يمشوا قبل ذلك

تسمى المرحلة المتأخرة من التدهور الحركي

السن: عندما تتوقف المرحلة الثالثة في أي عمر عندما تأتي بعدها هذه المرحلة، وقد يكون توقف المرحلة الثالثة في عمر 5 سنوات - 15 سنة - 25 سنة

المدة: عشرات السنين

خصائص المرحلة

• تبدأ غالباً بعد سن عشرة سنوات وعميزة بأن الحركة تقل إلى درجة عدم القدرة على الحركة والمشي لدرجة أن من كان منهم قادرًا على المشي يتوقف

عميزياتها

- الادراك والتواصل ومهارات اليد المكتسبة لا تقل
- الحركات اللاإرادية التكرارية في اليد تقل
- الانحناء في العمود الفقري يكون في وضع ثابت
- حركة العين تتحسن

- العضلات متصلة وجامدة
- أوضاع شاذة للجلع والأطراف

ملحوظة

البالغ يكون في سن طبيعية كأي طفلة وبالغة

بروفيل للرت

الطفلة الرت ذات عيون ثاقبة وكانتها تخترق ما أمامها... مجلس جلسة طبيعية جداً غير معتمدة على أحد ونظم نفسها بنفسها ي sidew في الوقت العادي، الأطفال الرت لا يحبون كما يحبون الطفل العادي... لكن يزحفون أو كانوا يسبحون أو يصارعون الأمواج بدون استخدام أيديهم.

بعض الأطفال في البداية يتكلمون كلمة واحدة أو مجموعة كلمات قبل أن يفقدوا القدرة على الكلام، التباو بشدة مرض الرت صعبة فبعضهم لديه القدرة على المشي الطبيعي والآخرون غير قادرون على المشي حتى مرحلة البلوغ والراهقة، التشنجات تتراوح بين شديدة وعادية ولكن لا تقل أو تتجه نحو النقص كلما كبرت الطفلة، التنفس وإضطرابه يقل مع تقدم العمر والاختناق في العمود الفقري يتراوح بين شديد وضعيف

ورغم كل المعوقات والصعوبات تصبح الطفلة الرت في مرحلة متتصف بالعمر وتكون طفلة قادرة على التواصل والاستماع والتعلم والمرح مع من حولها، وتستطيع أن تأخذ مكانها في المجتمع من حيث التعليم والتواصل وتكوين الشخصية والعواطف لاسوء من المجتمع أو الأسرة.

خامساً: الأسباب الجينية لمتلازمة ريت

تأتي متلازمة ريت نتيجة طفرة في الجين McCP-2 الواقع على الذراع الأطول للكروموسوم X ، وجدير بالذكر أن مكتشف دور هذا الجين في إحداث المتلازمة هي الباحثة اللبنانيّة د. هدى الرزги الأستاذة بكلية الطب بجامعة باليور، وكان هذا الجين معروفاً من قبل وقام بوصفه العالم لويس عام 1992 ، لكنه لم تكن يعلم أنه الجين المسبب لاضطراب ريت

حيث ثبّحت د. هدى الزغبي في إثبات دوره كعامل مسبّب لهذه الإعاقة. وهذا الجين يكون تأثيره محدوداً للغاية على الجينات الأخرى من سلسلة الجينين في المراحل المبكرة من الحمل ، وتزايد قدرته تدريجياً مع تقدم الحمل حتى تصل إلى أقصاها في منطقة قرن آمون Hippocampus في مرحلة تكامل النمو الفارقي للدماغ ، مما يعني تأكيد أهمية هذا الجين في تحرير الجينات المسؤولة عن النمو في الجنين من عقاهمـا إن العطـب الذي يصيب هذا الجـين نتيجة الطفرـة الوراثـية يعيـق قيـامـه بـوظـائفـه الأـسـاسـية عنـ كـبـتـ أوـ تـحـرـيرـ جـينـاتـ النـمـوـ الأـخـرـىـ ، لـتـقـومـ بـوـظـائـفـهـاـ منـ دـفـعـ وـاسـتـمـارـيـةـ دـفعـهاـ لـعـوـافـعـ النـمـوـ الـمـخـلـفـةـ ، وـمـنـ هـاـ يـتـوقـفـ نـمـوـ الطـفـلـ الـمـصـابـ فـيـ عـاـمـوـهـ الـمـخـلـفـةـ كـافـةـ مـنـ نـمـوـ حـرـكيـ ولـغـويـ وـعـمـرـيـ وـاجـتمـاعـيـ يـظـهـرـ فـيـ صـورـةـ الـأـعـرـاضـ الـسـابـقـةـ . إنـ خـلـلـاـ أوـ اـضـطـرـابـاـ فـيـ توـقـيـتـ عـلـمـ الـجـينـاتـ مـنـ حـبـتـ كـبـتهاـ أوـ تـحـرـيرـ نـشـاطـهـاـ لـتـادـيـةـ وـظـائـفـهـاـ (ـفـيـ النـمـوـ مـثـلـاـ)ـ فـيـ الـوقـتـ الـمـنـاسـبـ وـحـتـىـ مـعـ تـادـيـةـ وـظـائـفـهـاـ بـعـدـ فـوـاتـ الـوقـتـ الـمـنـاسـبـ الـذـيـ هـوـ أـصـلـاـ مـبـرـجـعـ فـيـ الطـفـلـ السـلـيمـ مـسـبـقاـ فـيـ الـحـمـضـ الـنـوـرـيـ (ـD~N~A~)ـ (ـفـإـنـ اـخـتـالـلـ وـاـخـتـالـفـ التـوـقـيـتـ الصـحـيـعـ يـؤـديـانـ إـلـىـ اـضـطـرـابـ فـيـ النـمـوـ عـلـىـ الـمـاـوـرـ الـمـخـلـفـةـ ، لـذـاـ تـحدـثـ الإـعـاقـةـ .

وـحـتـىـ الـآنـ لاـ يـعـرـفـ الـعـلـمـاءـ بـدـقـةـ كـافـيـةـ الـجـينـاتـ الـقـيـاسـيـةـ الـتـحـكـمـ فـيـ النـمـوـ ، وـالـأـهـمـ إـنـ الـعـلـمـاءـ لـاـ يـعـرـفـونـ التـوـقـيـتـ الدـيـقـيـ لـاـنـفـاتـ اوـ اـنـفـاقـ تـلـكـ الـجـينـاتـ ، وـبـالـتـالـيـ لـاـ يـسـتـطـعـونـ التـحـكـمـ فـيـهـاـ ، وـفـيـ كـبـتـ اوـ تـحـرـيرـ نـشـاطـهـاـ ، وـلـكـنـ الغـالـبـ أـنـ ذـلـكـ يـعـدـتـ فـيـ المـراـحلـ الـمـبـكـرـةـ مـنـ عـمـرـ الطـفـلـ . (ـعـثـمـانـ لـيبـ فـراجـ ، 2002 ، 145ـ147ـ).

وـمـنـ الـعـجـيبـ أـنـ نـسـبةـ 1ـ%ـ مـنـ حـالـاتـ الـرـيـتـ تـكـوـنـ نـتـيـجـةـ مـباـشـرـةـ لـلـوـرـاثـةـ مـنـ الـأـبـ اوـ الـأـمـ الـذـيـ يـكـوـنـ مـصـابـاـ اوـ مـصـابـةـ بـرـيـتـ اوـ حـامـلاـ لـلـجـينـ الـمـطـبـوـرـ 2ـ MeCp-2ـ ، وـأـنـ نـسـبةـ 99ـ%ـ مـنـ الـحـالـاتـ كـانـ كـلـ مـنـ الـأـبـ وـالـأـمـ خـالـيـنـ مـنـ الـإـصـابـةـ وـلـبـسـاـ حـامـلـيـنـ هـذـاـ الـجـينـ . وـمـنـ تـفسـيرـ ذـلـكـ فـيـ ضـوءـ أـنـ أـحـيـاناـ مـاـ تـحدـثـ طـفـرـةـ أـثـنـاءـ تـكـوـنـ بـوـيـضـةـ وـاحـدـةـ مـنـ بـوـيـضـاتـ الـأـمـ اوـ حـيـوانـ مـنـوـيـ مـنـ الـأـبـ ، بـيـنـمـاـ بـقـيـةـ الـبـوـيـضـاتـ اوـ الـحـيـوانـاتـ الـمـوـرـةـ سـلـيـمةـ ، وـبـذـلـكـ تـكـوـنـ جـمـعـ خـلـاـيـاـ جـسـمـ الـأـمـ وـالـأـبـ سـلـيـمةـ مـنـ تـلـكـ الطـفـرـاتـ ، وـإـذـاـ مـاـ تـلـقـيـعـ قـبـلـ الـحملـ بـوـاسـطـةـ إـحـدـيـ الـبـوـيـضـاتـ اوـ الـحـيـوانـاتـ الـمـوـرـةـ الـمـصـابـةـ بـالـطـفـرـةـ فـيـ الـجـينـ 2ـ MeCp-2ـ فـيـ هـذـهـ الـحـالـةـ فـقـطـ تـصـابـ الـفـتـاةـ الـتـيـ تـكـوـنـ قـدـ تـخـلـقـتـ نـتـيـجـةـ هـذـاـ التـلـقـيـعـ بـالـبـوـيـضـةـ اوـ الـحـيـوانـ الـمـوـرـيـ الـمـصـابـ .

سادساً «الفرق بين متلازمة ريت والتوحد**متلازمة ريت**

- تبدي المضاعفة تدهوراً واضحاً تدريجياً في التطور مع تقدم العمر
- اضطراب التوازن-ترنح المشي
- غياب التناسق الحركي
- فقدان تام للوظائف اللغوية
- اضطرابات التنفس أحد الاعراض الرئيسية
- التدهور في معاور التطور
- نوبات الصرع تظهر مبكراً في 75% من الحالات.

التوحد

- فشل التطور موجودة ظواهره بعد الميلاد مبكراً
- غالباً لا تزداد وان وجدت نتيجة عادات مكتبة
- الوظائف المضلية الكبيرة سليمة
- قد لا يوجد اضطراب في استخدام اللغة ولا تفقد حصيلتها
- اضطرابات التنفس نادرة ولا تزداد
- ثبات في مهارات معاور التطور دون تدهور
- نوبات الصرع قليلة او نادرة واذا ظهرت في مرحلة المراهقة غالباً.

سابعاً: تشخيص متلازمة الريت

حتى وقتنا هذا لا يوجد اختبار علمي كي نكشف زمرة الريت ولكن الشخص ينفي
أن يعتمد على الآتي:

- الحرص على ضرورة دراسة نمو الطفل العقلي والجسمي معاً
- التقييم المستمر للطفل لتاريخه المرضي والجسمي العصبي

تشخيص حالات الريت في ضوء معايير الدليل الإحصائي D.S.M فيما يلي نص تلك المعايير التي وضعتها الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين بهذا الدليل عام 1994م

أ. توفر الحالات التالية جميعها:

- غلو طبعي أثناء الحمل (قبل الولادة) وبعدها.
- غلو نفس حركي طبيعي خلال الشهور الخمسة الأولى بعد الميلاد.
- عبط الرأس طبيعي عند الميلاد.

ب. بهذه ظهور جميع الأعراض التالية بعد مرحلة النمو الطبيعي السابقة

- نقص في سرعة غلو الرأس بين عمر 5-48 شهراً بعد الميلاد.

• فقد مهارات استخدام الأيدي التي سبق وكانت قد اكتسبت ما بين 5 شهور و 30 شهرًا (مثل السلام بالأيدي أو غسلها)

- فقد مهارات التواصل أو التفاعل الاجتماعي.
- ظهور تدهور في تناسق الجزع أو في المشي.

قصور شديد في تقدرات التعبير اللغوي أو فهم كلام الآخرين مع تخلف واضح في غلو الجانب السبيكري.

معايير مستحدثة لتشخيص إعاقة الريت

في غاب أعراض أخرى يجب وجود جميع الأعراض التسعة الآتية للحكم على الحالة بأنها حالة ريت وهي:

- مرور فترة من 6-18 شهراً من النمو الطبيعي بعد ميلاد الطفل ولادة طبيعية وفترة حمل طبيعية.
- أن يكون عبط رأس الطفل عند الميلاد مساوياً للمعايير المعروفة.
- بطء ملحوظ بعد ذلك في سرعة غلو الرأس ابتداء من الشهر السادس حتى عشر سنوات.
- فقدان أو قصور شديد فيما يكون الطفل قد اكتسب من القدرة اللغوية على التعبير والاتصال والاتصال والتواصل الرغبة في التفاعل مع الآخرين إلى حد الانطواء على الذات مع هبوط في معدل غلو الذكاء.

- فقدان تام لمهارات الاستخدام الهدف للأيدي بدءاً من الشهر الخامس حتى عامين ونصف مما يعرقل محاولات قياس الذكاء أو القدرة على الفهم اللغوي والأداء العملي.
- اندماج الفتاه في حركات غطية للأيدي قد تمثل في واحدة أو أكثر مما يلي (مص الأصابع أو الرفرفة والطرقة بها أو التصفيف بالأيدي واتخاذ وضع لليدين يشبه حركة غسليدي بالصابون أو حركة العزف على العود أو الجيتار أو استمرار ضغط الأصابع والتي تحدث بشكل مستمر تقريباً ولا تتوقف إلا عند النوم).
- في حالة استطاعته المشي يكون مشوباً بالترنح وصعوبة حفظ التوازن مع خطوات واسعة نوعاً بحركات تشنجية تسم بالجمود في الأرجل وربما يتميز المشي على أطراف أصابع القدم.
- اهتزاز أو رعشة في الجذع أو ربما في الأطراف وخاصة في حالات الغضب أو الفيف.
- التشخيص المتكامل لا يقرر إلا بين أعمار 3 - 5 سنوات من العمر

هذا ويوجد بالإضافة إلى تلك المعايير الأساسية جميعاً عدد من المعايير المساعدة المختلطة التي ليس من الضروري توافرها كلها في حالة واحدة ولكنها ليست أساسية في أعراض الشخص ولكنها عوامل مساعدة قد لا تظهر في الطفولة المبكرة ولكن احتمال ظهور البعض منها تتضح مع التقدم في العمر وهي :-
- اضطراب النفس بشكل توقف أو تقطيع أو سرعة زائدة في الشهيق والزفير (نهجان) أو ابتلاء جرعات من الماء الشهيق مما يؤدي إلى انتفاخ في البطن أو تكرار حدوث الزغطة.
- شذوذ أو خلل في رسم المخ وبطء ملحوظ في انباث الموجات الكهربية الطبيعية وظهور بؤرات صرعية تظهر في الرسم وغياب الأنماط الطبيعية لها أثناء النوم.
- نوبات صرعية تشنجية تصيب أكثر من ثلثي الحالات
- جود وتصلب في العضلات مع رعشة تشنجية ومع انتفاخات فجائية تزداد حدة وتكراراً مع التقدم في العمر.
- تشوهات في شكل تقوسات أو الحناء أو اعوجاج في العمود الفقري.
- الطحن بالأستان.

- صغر حجم الأقدام بالنسبة إلى حجم الجسم.
- بطء عام في النمو.
- نقص كبير في الأنسجة الدهنية وفي حجم العضلات.
- سمنة أو بدانة مفرطة أحياناً في مرحلة البلوغ.
- اضطراب في النوم قد يتعزز تهيج أو حركه زائدة.
- صعوبات أو اضطرابات في عضلات المضغ والبلع والكلام.
- قصور الدورة الدموية وخاصة في الأرجل والأقدام التي قد تؤدي إلى اكتسابها لوناً أحمر مزرقاً.
- إمساك مزمن.
- خمول وقصور في الحركة يزداد مع التقدم في العمر.

التقييم

يعتمد على تقسيمها إلى أنواع كلاسيك RS رت

وهي الطفلة التي تظهر بها جميع العلامات التشخيصية all the Criteria تكون الطفلة عمرها من 1 - 3 سنوات مع بعض الأعراض الاكليلية للرت في هذه الحالة لا تظهر الأعراض كاملة مثل الكلاسيك ولكن التشخيص عادة ما يتأخر حتى تصل الطفلة إلى 10 سنوات ثم تظهر الأعراض

ولكي نشخصه يجب أن تتوافر فيه 3 أعراض أولية ، و5 أعراض مساعدة

الأعراض التشخيصية الأولية

- فتره يكون فيها النمو طبيعياً حتى 6 - 18 شهراً.
- حجم الرأس وقطرها يكون طبيعياً ثم يحدث بطء في النمو 3 شهور 4 سنين.
- فقدان شديد للتعبير اللغوي وفقدان القدرة على استخدام اليد في أغراض الحياة وهذا العاملان يؤديان إلى أن يصبح تقييم الذكاء صعباً جداً.
- حركات لإرادية تكرارية لليد تأخذ تأخذ طابع أو أكثر من طابع من الآتي غسل، تسلق، تعصر.
- تحريك أصابعها- يلعب أصابعه

- إهتزاز وارتجاف في الجذع والذراع والرجل وخاصة عند الوقوف أو القلق أو المياج
 - لو استطاعت المشي ف تكون المشية كالأثني
 - المشية مزعجة مقلقة
 - واسعة القاعدة
 - صارمة الخطورة على اصبع القدم
- التشخيص الفارق للتلازمة الربت**
- هذه الأعراض ليست ضرورية للتشخيص، ولكن من الممكن أن توجد وتساعد على التشخيص.
- هذه الأعراض لا تلاحظ في السن الصغيرة ولكن تظهر أكثر كلما تقدم العمر، وهي كالأتي:
- التنفس توجد به مشاكل صحية وهذه المشاكل تشمل
 - صعوبة في التنفس - شهقة
 - سرعة في التنفس
 - يلع الهواء
 - رسم المخ به إضطراب ويتمثل في:
 - بطء في الصور الكهربية
 - ظهور صور صرعية في رسم المخ
 - فقدان الصورة المميزة للنرم الطبيعي
 - نوبات صرعية
 - العضلات مشدودة وصلبة وعيوب في التركيب العظمي تظهر كلما تقدم العمر
 - انحناء تشوهي للعمود الفقري على أحد الجانبين
 - صرير وطحون بالأسنان
 - صغر القدم بالنسبة لطول الجسم
 - تأخر في النمو

- نقص في الدهون وحجم العضلات.. ولكن الغريب هناك ميل لبعض الكبار منهم للسمنة
- النوم مضطرب وهناك عصبية وهياج عند الطفلة
- البلع والقough في صعوبة
- اضطراب في الدورة الدموية الطرفية... لذلك ثجد زرقة في الرجل وببرودة في الأطراف
- صعوبة في الحركة تزداد كلما كبرت الطفلة
- إمساك

ثامنا : التدخل العلاجي متلازمة الرت

الهدف التعليمي

- الهدف التعليمي يجب أن يهدى الطفلة الرت بأكثر البرامج التعليمية اثارة وأقلها تعقيداً (أي بسيطة).

◦ يُؤخذ في الاعتبار كل طفلة رت واحتياجاتها الخاصة (مراقبة الفروق الفردية)

- الخط الزمني لزملة الرت يتحسن بالعلاج: المهارات التواصلية والمهارات الحركية

العلاج الطبيعي

يهدف العلاج الطبيعي لتحسين التوازن الحركي للأطراف لمنع التشوهات التي تظهر

في البيئة الجسمية للرت

العلاج الوظيفي

يجب أن يكون العلاج وتحسين مهارات استخدام اليدين.

أثبتت الدراسات أن العلاج الروظيفي يخفف من الحركات الالإرادية التكرارية لليد، وهذا يؤدي أيضاً إلى تقليل العدواية للطفل الرت، ويقلل أيضاً من ايزدائه لنفسه، وأيضاً أثبتت الدراسات أن استخدام عليقات اليد والذراع تقلل من الحركات الإرادية التكرارية، وتساعد أيضاً يد الطفل وكذلك عدم تحريك أحد اليدين بالتبادل مع اليد الأخرى يساعد أيضاً كعلاج أثبتت أنها حسن من القدرات التواصلية، ولعبة ركوب الحصان والعلاج المائي تساعد على التوازن وتساعد أيضاً على تنمية ردود الفعل الوقائية، كما تساعد على الإرتجاه والاستمتعان بالحياة.

الفصل السادس

اضطراب الانتكاس الظفوري Childhood Disintegrative Disorder

تمهيد

أولاً : مدى الانتشار

ثانياً : المقصود باضطراب الانتكاس الظفوري

ثالثاً : أسباب اضطراب الانتكاس الظفوري

رابعاً : اعراض اضطراب الانتكاس الظفوري

خامساً : تشخيص الأطفال ذوي اضطراب الانتكاس الظفوري

سادساً : الفروق بين اضطراب الانتكاس الظفوري واضطراب التوحد

سابعاً : التدخل العلاجي لذوي اضطراب الانتكاس الظفوري

الفصل السادس

اضطراب الانتكاس الطفولي

Childhood Disintegrative Disorder

تمهيد

بعد اضطراب الانتكاس الطفولي لدى الأطفال من اندر الحالات ، فهو يحدث لمولود من كل 100.00 مولود . وهو يشبه اضطراب الأسبيرجر والتوحد من حيث أنه يصيب الذكور أكثر مما يصيب الإناث .

وسمى أيضاً متلازمة هيلير Heller's syndrome ، وتميز بأن أول عارفين من حياة الطفل ينمو خلاها نحو طبيعي تماماً ، ثم تبدأ الأعراض في الظهور بعد ذلك (بعد العام الثاني من عمره) حيث يتحول إلى الصفات التوحيدية بعد ما كان طفل طبيعي .

هو أحد 5 أنواع من المشاكل التي تصيب الطفل و تسمى اعاقات النمو الشامل هو أحد 5 أنواع من المشاكل التي تصيب الطفل و تسمى اعاقات النمو الشامل Pervasive Developmental Disorder (PDD) (autism spectrum disorder) وهذه الانواع هي :

1. التوحد
2. اعتلال ريت Rett's disorder
3. اعتلال أسبيرجر Asperger's disorder
4. اعتلال الانفصال الاطفولي Disintegrative Childhood disorder
5. مشاكل النمو الواسعة الإنتشار والغير محددة

(Developmental Disorder, Not Otherwise Specified Pervasive) PDD NOS

أولاً : مدى الانتشار

بعد اضطراب الانتكاس الطفولي أقل انتشاراً من التوحد ، فيما التوحد من 5 - 15 من كل 10.000 مولود يصاب باضطراب الانتكاس الطفولي مولود واحد من كل 100.000 مولود.

ثانياً : المقصود باضطراب الانتكاس الطفولي

إن هذه الحالة نادرة فهو يحدث لمولود واحد من كل 10.000 مولود ويمكن تشخيصها إذا ظهرت الأعراض بعد تطور ونمو طبيعيان في الستين الأولين من العمر وأحياناً بين الثالثة والخامسة من العمر وتبدأ الأعراض قبل سن العاشرة من العمر حيث يلاحظ تراجع الكثير من الوظائف (كالقدرة على الحركة ، التحكم في البول والتبرز و المهارات اللغوية و الاجتماعية).



وتبدأ صفات وخصائص الفرد المصابة باضطراب الانتكاس الطفولي بالتشابه مع خصائص وصفات الأفراد المصايين بالتوحد وقد يقف الفرد عن التحدث أي أنه يفقد اللغة التعبيرية.

ثالثاً :أسباب اضطراب الانتكاس الطفولي

سبب حدوث المرض غير معروف ، ولكن وجد أن الأطفال الأكثر عرضه للإصابة به هم من يعانون من مشاكل في الجهاز العصبي مثل : التشنجات Seizure ، خلل في أيض الماء الغذائي Metabolic disorder .

رابعاً :اعراض اضطراب الانتكاس الطفولي

ينمو الطفل المصابة باضطراب الانتكاس الطفولي بشكل طبيعي لفترة زمنية طويلة وذلك من حيث ثبو القدرات الإدراكية وغو المهارات الحركية والاجتماعية لديه وقدرته على قضاء حاجاته الخاصة إلى أن يصل الطفل إلى العمر الواقع بين 3 و 5 سنوات وأحياناً إلى أن يبلغ العاشرة . يبدأ بعدها الطفل في التدهور بشكل ملحوظ ، ويأخذ سلوكه مظهراً شبيهاً بسلوك الطفل التوحيدي . وقد تتدحر حالته خلال أشهر أو حتى بضعة أسابيع . يفقد الطفل خلال هذه المرحلة مهارات سبق له اكتسابها مثل الكلام والمهارات الاجتماعية ، بل يفقد السيطرة على التبول والتبرز . وقد يصاب الطفل كذلك بالبلغم ويفقد الرغبة في اللعب، وتنشأ لديه بعض الحركات المتكررة بانتظام على غرار ما يحدث للأطفال التوحديين . وهكذا ، خلال فترة زمنية لا تتجاوز بضعة أسابيع أو أشهر قليلة ، قد يتحول الطفل من

طبيعي إلى طفل لا يتكلم ولا يهتم بأي تفاعل عاطفي من حوله . وعندما تحدث الانتكاسة يظهر على الطفل جانبان أساسيان من ثالوث أعراض التوحد .

وبناءً عليه يمكن حصر أعراض الأطفال ذوي اضطراب الانتكاس الطفولي فيما يلي :

أ. يمر أول عامين من حياة الطفل بصورة طبيعية حيث ينمو نحو طبيعي من حيث الكلام، التواصل الاجتماعي ، اللعب والسلوك و لاظهور عليه أي أعراض غير طبيعية .

ب. يبدأ الطفل في فقدان المهارات التي اكتسبها في السابق و ذلك في المجالات الآتية :

- الكلام و القدرة على استخدام اللغة .
- المهارات الاجتماعية .
- التحكم في البول والبراز .
- اللعب والتخيل .
- المهارات الحركية .

ج. ظهور سلوكيات غير طبيعية في أثنين من الأشياء الآتية :

- عدم القدرة على إقامة علاقات إجتماعية سليمة مع الآخرين مثل :
- عدم القدرة على فهم الآخرين بدون كلام مثل فهم مشاعر الغضب والفرح والإنفعالات الغير طبيعية.
- فقدان القدرة على الحوار والكلام و استخدام اللغة استخدام سليم مع تكرار كلمة معينة بدون هدف. Stereotyping
- الاهتمام بشيء واحد وتكراره مرات عديدة Repetitive ، وتكرار Mannerisms
- حركة واحدة مرات عديدة .

د. الأعراض التي تظهر على الطفل لا تتفق مع أي من أمراض خلل النمو الأخرى Pervasive developmental disorder

خامساً : تشخيص الأطفال ذوي اضطراب الانتكاس العطوفى

أ. الفحوصات

هناك العديد من الفحوصات التي يجب إجرائها لتشخيص المرض ولكن لنفي وجود أي أسباب عضوية لحدوث الأعراض ، أما المرض نفسه فيتم تشخيصه عن طريق التاريخ المرضي والأعراض الظاهرة على الطفل ، ومن هذه الفحوصات :

الفحوصات المعملية

- قياس نسبة الهرمونات المحفزة لإفراز هرمونات الغدة الدرقية Thyroid - stimulating hormones (TSH) وذلك لنفي وجود إلتحاف في إفراز هرمونات الغدة الدرقية أدلى إلى التأثير الفكري . Hypothyroidism .
- قياس نسبة الرصاص بالدم Lead level حيث يؤدي التسمم بالرصاص إلى حدوث إضطراب بالسلوك .
- قياس نسبة الكرياتين فوسفو كاينيز Creatine phosphokinase لنفي وجود مرض ضمور العضلات Muscular dystrophy ، والذي يصاحب وجوده إضطرابات سلوكية .
- قياس نسبة بعض الأحماض الأمينية في الدم Plasma amino acid ، ونسبة الأمونيا في الدم Serum ammonia لنفي وجود خلل في أيض المواد الغذائية حيث تؤدي معظم أمراض خلل أيض المواد الغذائية إلى إضطرابات سلوكية نظراً لقصور نمو المخ نتيجة نقص المواد الغذائية .
- قياس نسبة بعض الأحماض الدهنية في الدم Fatty acids ، واللاكتات والبيروفات Lactate / Pyruvate لنفي وجود خلل في أيض المواد الغذائية حيث تؤدي معظم أمراض خلل أيض المواد الغذائية إلى إضطرابات سلوكية نظراً لقصور نمو المخ نتيجة نقص المواد الغذائية .
- عمل تحليل كروموسومي للمادة الوراثية DNA وذلك للكشف عن وجود أي خلل كروموسومي أو متلازمة سيت وجود هذه الأعراض .

الأشعة :

- عمل أشعة بالرنين المغناطيسي على المخ . MRI .
- عمل أشعة مقطعة على المخ . CT .

- عمل اختبار بالمرجات المستفزة (PET - emission topography) وذلك عن طريق مؤثر سمعي أو بصري وتسجيل استجابة المخ للمؤثر عن طريق رسم المخ
- عمل أشعة مقطعة مع وجود المرجات المستفزة Single - photon computerized tomography (sPECT) وهي من الطرق الحديثة لتشخيص الإصابة بالمخ.
- عمل رسم مخ (EEG - Electroencephalography) حيث تزداد نسبة الأطفال المصابين ببؤرة نشاط كهربائي زائد بالمخ بين هؤلاء الأطفال أكثر من الطبيعي.
- عمل مقياس سمع Hearing test للتأكد من أن التأخر في الكلام ليس نتيجة ضعف في السمع.
- عمل إختبارات نفسية Psychological & neuropsychological testing و ذلك لتحديد اعراض المرض بدقة و التاكد من أن هذه الأعراض ليست فصام او اضطرابات في الشخصية حيث ان مرض PDD NOS مختلف اعراضه بشكل كبير بين طفل و آخر.

ب. باستخدام مقياس للتشخيص

1. تطور وهو طبيعان في السنين الأولين من العمر مع وجود نحو طبيعي يتوافق مع:
عمر الطفل:
 - للتواصل اللغطي وغير اللغطي
 - العلاقات الاجتماعية
 - اللعب
 - سلوكيات التكيف
2. فقد المهارات المكتسبة التالية قبل سن العاشرة من العمر على الأقل بتدبر ما يلي:
 - اللغة الاستقبالية والتعبيرية
 - المهارات الاجتماعية أو سلوكيات التكيف
 - التحكم في البول أو البراز
 - اللعب
 - المهارات الحركية

3. عمل غير طبيعي (بندين على الأقل مما يليه):

أ. ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي

- ضعف السلوكات غير الفظوية

- عدم القدرة على بناء الصداقات مع أقرانه

- ضعف التواصل الانفعالي والاجتماعي

ب. ضعف نوعي وكيفي في التواصل الاجتماعي

- تأخر أو نقص اللغة الكلامية

- عدم القدرة على ابتداء الحديث وإستمراره

- نمطية ونكرار الحديث

- نقص القدرة على تنوع اللعب

- سلوكيات نمطية مكررة في نطاق ضيق من الاهتمامات والنشاطات ، بما فيها نمطية الحركات الجسمية المتكررة.

4. مجموعة اضطرابات غير مخصصة كأنفصال الشخصية ، أو أحد أسباب اضطرابات التطور العامة الأخرى

садسا : الفروق بين اضطراب الانتكاس الطفولي واضطراب التوحد

هناك فروقا تميز اضطراب الانتكاس الطفولي عن اضطراب التوحد وهي تشمل

التالي :

1. عمر ظهور الإعاقة

• في معظم الأحيان ، يظهر اضطراب التوحد على الطفل قبل بلوغه الثالثة

• بينما يظهر اضطراب الانتكاس الطفولي في سن متأخرة من 3 - 5 سنوات أو حتى

بعدما يبلغ الطفل العاشرة ، حيث أن متوسط عمر البداية هو 3 - 4 سنوات .

2. التراجع

• في اضطراب التوحد يفقد الطفل التوحد الكلمات التي كان يستخدمها. لكن عدد الكلمات التي كان يستخدمها الطفل لم تكن تتجاوز 10 كلمات أو أقل ، ويكون قد استخدمها لبضعة أشهر فقط .

- أما بالنسبة للمصاب باضطراب الانتكاس الطفولي ، فقد يتراجع بعد اكتساب القدرة على استخدام جل طويلة إلى فقدان تام للقدرة على التحدث .

3. النتائج (التوقعات)

- غالباً ما تكون النتائج الإيجابية التي يمكن أن تتحقق مع الطفل المصاب باضطراب الانتكاس الطفولي أقل بكثير مما يمكن أن يتحقق مع الطفل المصاب باضطراب التوحد ، حيث يعزز معظمهم عن استعادة المقدرة على الكلام ويظلون بحاجة إلى رقابة مستمرة .

سابعاً : التدخل العلاجي لنوعي اضطراب الانتكاس الطفولي

1. التعليم الخاص Special education

أتفقت الآراء على أن التعليم في وقت مبكر وبصورة صحيحة مناسبة لحالة الطفل من خلال المدارس ذات الطبيعة الخاصة من أهم الأشياء التي تساعد على تحسن الحالة ، لذا فإن التشخيص والتدخل المبكر يعد أهم الأشياء على الإطلاق .

2. العلاج الدوائي Pharmacological

- بالنسبة لأعراض فرط الحركة ، العنف والإندفاع ، الهياج والعصبية ، فإن مضادات الفصام مثل : المالوبيريدول Haloperidol ، الريسبيريدون Resperidone ، أولانزيبين Olanzepine (Zyprexa) ، Resperidal ، تؤدي إلى تهدئة حركة وسلوكيات الطفل بصورة فعالة .

- إستخدام مضادات الاكتاب من النوعية التي تزيد من نسبة السيروتونين بالدم مثل الفلوكستين Fluoxetine و البروزاك Prozac تحسن الحالة كثيراً .

- بالنسبة لعدم التركيز ونقص الانتباه فإن الميثيل فينيدات Methylphenidate مثل الريتالين Ritalin تزيد من نسبة تركيز الطفل وإن كانت تزيد من أعراض العنف قليلاً .

- إستخدام الليثيوم ، ومنقلات القنوات بيتا Beta blockers و مضادات التشنج تحسن من الحالة المزاجية المسيطرة للطفل .

- يرى البعض أن استخدام الريفيما [Opioid antagonists (eg naltrexone)] تهدىء من السلوك العدواني وإذاء النفس كما تقلل من الأعراض التوحدية للطفل ، وإن كان الموضوع ما زال قيد التجربة.

3. العلاج النفسي Psychological

دور العلاج الفردي للطفل يكون ضئيل ، أما العلاج النفسي الفعال فهو العلاج الجماعي و العلاج الأسري :

- العلاج الأسري : Family therapy حيث تقوم الأسرة بدور المعالج بالتعاون مع الطيب والأخصائي النفسي لمحاولة تعليم الطفل.
- العلاج الجماعي : Group Therapy حيث تقوم مجموعة من الأطفال المعاينين ذهنياً بعمل نشاطات إجتماعية من رسم وموسيقى وتمثيل وأعمال فنية مما يقوی الترابط الاجتماعي و القدرة على التواصل مع الآخرين.

ملحوظة

- ثبت إنتشار PDD بين الأطفال والبالغين والمصابين بالخلف العقلي بنسبة كبيرة تصل إلى 16,7 % ، لذا يجبأخذ هذا في الاعتبار حيث تشخيص العديد من الحالات على أنها فحص بينما هي PDD.
- العقاقير النشطة للمخ Brain stimulant التي تساعد على التعب مثل : الريتالين Retalin تزيد من القدرة على التركيز ، كما أنها تقلل من النشاط الزائد والعنف عند هؤلاء الأطفال ، وإن كانت ما زالت تحت الدراسة .
- التشخيص والتدخل المبكر من أهم العوامل في علاج هذه الحالات و ذلك عن طريق العلاج السلوكي و التعليمي ، بالإضافة إلى العلاج الدوائي في نفس الوقت وذلك مثبت بالدليل . Evidence - Based medicine .

الفصل السابع

الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد

Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified(PDD -NOS)

اولا ، المقصود بالاضطراب النمائي الشامل غير المحدد

ثانيا ، التطور لدى الاطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد

ثالثا : الاصراض المرضية للأطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد

رابعا : التحكم لدى الاطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد

خامسا : القدرات اللغوية لدى الاطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد

سادسا : الفروق بين التوحد والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد

سابعا : تشخيص الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد

ثامنا ، التدخل الصالجي للأطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد

تاسعا : دور المجتمع والوالدين تجاه الاطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد

عاشرًا : برنامج لتخفيف حدة الحركات الفريبة لدى الاطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (PDD-NOS)

الفصل السابع

الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد

Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified (PDD -NOS)

أولاً : المقصود بالاضطراب النمائي الشامل غير المحدد

يعرف الاضطراب النمائي الشامل - غير المحدد أيضاً بالتوحد غير النمطي ، وهو يمثل عادة الاضطراب الأكثر تشخيصاً بين الاضطرابات النمائية الشاملة . ونظراً لغموض وصعوبة هذا التشخيص ، لم تتمكن الدراسات العديدة السابقة من توفير معلومات ثابتة محددة عن مدى انتشار هذا الاضطراب.

استخدم مصطلح "اضطرابات التطور العامة" ابتداءً من عام 1980 م ليكون مظلة لوصف مجموعة من الحالات تجمعها عوامل مشتركة ، وليس وصفاً تشخيصياً وإن كان بينها اختلافات ، وهي اضطرابات عصبية تؤثر على مجموعة من مناطق النمو الفكري والحسي ، وعادة ما تظهر حوالي السنة الثالثة من العمر .

ويمجمع بينها العوامل المشتركة التالية :

- نقص في التفاعل والتواصل الاجتماعي
- نقص المقدرات الإبداعية
- نقص في التواصل اللغوي وغير اللغوي
- وجود نسبة ضئيلة من النشاطات والاهتمامات التي عادة ما تكون نشاطات نمطية مكررة.

ثانياً : التطور لدى الأطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد

١. التطور الفكري والحركي

التطور الفكري والحركي لكل الأطفال يندرج تحت جموعات من المهارات، والطفل ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد لديه تأخر في اكتساب بعضًا من تلك المهارات بالمقارنة مع أقرانه، قد توقف بعض هذه المهارات عند حد معين، والبعض يفقد بعض المهارات بعد اكتسابها.

ومن أهم تلك المهارات ما يلي:

- المهارات الحركية : وتعتمد على المضلات الصغيرة والكبيرة ، وفي هؤلاء الأطفال يقل وجود اضطرابات حركية بالمقارنة مع اضطرابات الأخرى.
- مهارات الفهم والإدراك : نقص الذكاء والتعلم ومشاكلها من أهم صفات طيف التوحد، وهذا لا يعني أن جميعهم مختلفين، بل مجرد بعضهم يتمتع بذكاء فوق العادي، ومع ذلك فإن الغالبية منهم لديهم صعوبات تعليمية ونقص في القدرات الفكرية.
- المهارات اللغوية : لديهم اضطرابات لغوية بشكل أو آخر.
- المهارات الاجتماعية والنفسية : وهي أهم الركائز في الطفل ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد ، فهناك جفاء وإنزال عن مجتمعه ، وانطواء على النفس.

٢. التطور النفسي

التأثيرات النفسية عادة ما تظهر مجمعة منها في نفس الوقت وبدرجة كبيرة وشديدة ، وتلك علامة مميزة لهؤلاء الأطفال، فهؤلاء الأطفال يظهرون علامات تأخر النمو وبطء اكتساب المهارات ، بالإضافة إلى بطء التطور الحركي والفكري ، ومن مشاكل التطور النفسي والسلوكي

- صعوبة الارتباط الطبيعي مع المجتمع والمكان
- عدم القدرة على استخدام اللغة والكلام للتواصل مع الآخرين.
- القيام بحركات مكررة غير ذات معنى أو جدوى
- القيام بحركات مميزة وفريدة

3. النقص في السلوكيات الاجتماعية

عدم القدرة على التفاعل الاجتماعي يعتبر من أهم الخصائص السلوكية كمؤشر على الإصابة بالاضطراب النمائي الشامل غير المحدد، وتلك الخصائص يمكن ملاحظتها في جميع المراحل العمرية، بعض الرضع والأطفال المصابين

بالاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (PDD-NOS) يميل إلى تجنب التماس النظري، كما يظهر القليل من الاهتمام بالصور البشري ، وعادة لا يرتفعون أيديهم لوالديهم من أجل حلهم كما يفعل أقرانهم ، يظهرون غير مبالين وبدون عاطفة ، وقليلًا ما يظهرون أي تعبيرات على الوجه ، ونتيجة لذلك يعتقد الوالدين أن طفلهم أصم ، والأطفال الذين لديهم القليل من نقص التفاعل الاجتماعي قد لا تكون حالتهم واضحة حتى سن الثانية أو الثالثة من العمر.

في مراحل الطفولة المبكرة قد يستمر الأطفال (PDD-NOS) في تجنب التلامس النظري ولكن يستمتع بالمداعبة أو يتقبل الاختتاك الجسيمي بسلية ، لا ينمو لديهم سلوك المرودة والترابط ، كما أنهم لا يتعلمون والديهم في المنزل ، ولا يحسنون بالانفصال عند ابعاد والديهم عنهم ، كما أنهم لا يخافون من الغرباء

الكثير منهم لا يبدون اهتمامًا بأقرانهم أو اللعب معهم وقد ينعزلون عنهم في مرحلة الطفولة المتوسطة ، تظهر لديهم المودة والاهتمام بالوالدين وبقية أفراد العائلة ، مع استمرار المشاكل الاجتماعية ، مثل مشاكل اللعب الجماعي وبناء الصداقات مع أقرانهم ، إلا أن البعض من ذوي الإصابة الخفيفة قد يتجدون في اللعب الجماعي.

مع تقدم هؤلاء الأطفال في العمر يصبحون عاطفين ودودين مع والديهم وإخوانهم ، ولكن مازال لديهم صعوبة في فهم تعقيدات العلاقات الاجتماعية ، والذين إصابتهم خفيفة قد يرغبون في بناء صداقات ولكن مع ضعف التفاعل باهتمام الآخرين ، مع عدم فهم السخرية والمزاح مما يؤثر على صداقاتهم

4. ضعف التواصل غير اللغوي

في الطفولة المبكرة ، قد يشيرون للآخرين أو يجنّبونهم باليد إلى الأشياء التي يرغبونها بدون أي تعبيرات على الوجه ، وقد يحركون رؤوسهم أو أيديهم عند الحديث ، وعادة لا يشاركون في الألعاب التي تحتاج إلى تقليد ومحاكاة ، كما أنهم لا يقلدون ما يعلمه والديهم كأقرانهم.

في المرحلة الوسطى والتقدمة من الطفولة ، لا يستخدم هؤلاء الأطفال عادة الإشارة حتى عندما يفهمون إشارة الآخرين ، البعض منهم قد يستخدم الإشارة ولكن عادة ما تكون متكررة.

هؤلاء الأطفال عادة ما يظهرون المتعة والخوف كما الغضب ، ولكن قد لا يظهرون سوى طرف الانفعالات ، كما أنهم لا يظهرون التعبيرات الانفعالية على الوجه التي تظهر الانفعالات الدقيقة.

5. التواصل البصري

الاعتقاد السائد أن هؤلاء الأطفال يتحاشون التواصل البصري مع الآخرين ، ولكن لوحظ أنهم لا يطيلون التركيز على أي شيء وليس على الآخرين ، وفي الحقيقة فإنهم لا يستطيعون فك رموز التعبيرات على الوجه أو الإشارات.

6. الروتين ومقاومة تغيير البيئة

الكثير من الأطفال المصابين بـ (PDD-NOS) يتضايقون من تغيير البيئة المحيطة بهم حتى أدنى تغيير ، ويرفضون تغيير رتابة اللعب ، هذا الرفض قد يؤدي إلى الشورة والغضب ، كما أنهم يرتبون العابهم وأدواتهم في وضع معين ويضطربون عند تغييره ، هذا بالإضافة إلى أنهم يقاومون تعلم أي نشاط أو مهارة جديدة.

يظهر الطفل اهتماما بشيء معين ، كعملية فارغة مثلاً ، موجودة في مكان معين ويوضع معين ، قد يتبع إليها أو يكلملها أو يلعب بها بطريقة معينة وبشكل متكرر ، وعند تغيير وضعها أو اختفائتها فإن الطفل الم-addict قد يتتحول إلى شعلة من الغضب والصراس ، وقد يتغير الوضع بإعادة العلبة إلى وضعها مرة أخرى.

بعض الأهل يلاحظون أن طفلهم التوحد يعود على كوب وصحن معين ، ويرفض تغييره ، بل أنه يفعل عند عدم وجوده ، كما أن بعض الأطفال يظهر عليهم الغضب عند تغيير حافلة المدرسة مسارها لظروف طارئة ، وهذا فإن الروتين في جميع السلوكيات اليومية هي السمة البارزة في الطفل (PDD-NOS).

بعض الأطفال يظهرون ارتباطاً شديداً مع بعض الأشياء غير العادية ، ويرغبون بالاحتكاك به طوال الوقت كقطعة سلك أو ورقة شجر ، ويقاومون إعادة عنه. بعض الأطفال الأسيوياء يظهرون عاطفة وإرتباط تجاه بعض الألعاب والأشياء

(لعبة ، عروس ، سيارة) ، ولكن الأطفال التوحديون يرتبطون ببعض الأشياء ذات لالات الرمزية (اللعبة التي تشبه الإنسان ، البطانية للدفة) ، كما أن هذا الارتباط لف في شدته وتنوعه ووقت حدوثه عن الأطفال العاديين.

السلوكيات والطقوس التي لا تقاصم

الحرص على القيام ببعض النشاطات على وتيرة واحدة مكررة وبطريقة صارمة ، ل ذلك الحرص على أكل نوع معين من الغذاء دائمًا ، القيام بحركات نمطية مكررة كرفرقة دين ، أو حركات مميزة للأصابع (اللتواه ، الرفرفة) ، وبعض الأطفال يشغلون الكثير ، الوقت في تذكر حالة الطقس أو تاريخ ميلاد أفراد العائلة.

الحركات الجسمية المكررة

من الأشياء الملاحظة والغريبة قيام أطفال (PDD-NOS) بعمل حركات متكررة شكل متواصل بدون غرض أو هدف معين ، وقد تستمر هذه الحركات طوال فترة البقظة ، نادة ما تخفي مع النوم ، مما يؤثر على إكتساب المهارات ، كما يقلل من فرص التواصل الآخرين ، ومن أمثلتها : اهتزاز الجسم ، رفرفة اليدين ، فرك اليدين ، ترجح الأصابع ، يبرها.

الاضطرابات الحركية

قد يكون هناك تأثير في علامات النمو الحركي الطبيعية ، وقد يكون هناك صعوبة في بعض المهارات ، وأطفال (PDD-NOS) عادة ما يكونون كثيري الحركة ، ونقل هذه بركة مع التقدم في العمر ، وقد يكون لديهم حركات مميزة متكررة (مثل لوي قسمات وجه ، رفرفة اليدين والأصابع ، التواه اليدين ، المشي على أطراف الأصابع ، الوئب ، غز ، اهتزاز الجسم ، التفاف الرأس ، ضرب الرأس) ، في بعض الحالات فإن بعض سلوكيات تظهر ، ولكن في البعض الآخر تكون تلك السلوكيات مستمرة.

ـ التعبيرات الانفعالية

التعبيرات الانفعالية (الصمت النام ، الصراخ بدون سبب ، الفضحك من غير سبب) في بعض أطفال (PDD-NOS) تكون حادة وشديدة ، ولسبب غير معروف يمكن أن يمر أو يتثنّج في وقت ، ويضحك بدون سبب في وقت آخر ، الخطر الحقيقي يمكن عند اتجاهة الحركة المروية أو الارتفاعات العالية التي قد لا تخفيفه ، وفي نفس الوقت قد ينما ، أشياء عادية كفرو الحيوان أو صوت جرس المنزل .

11. الخوف وعدم الخوف

أطفال التوحد مختلفون عن الأطفال العاديين في تقدير خطرة الأشياء والمواضف ، فقد لوحظ أنهم يخافون من أشياء عادية كصوت الجرس مثلاً ، وفي نفس الوقت نراهم يمشون في الشارع غير مبالين بأبواق السيارات وصوت الكابح.

12. سلوكيات وارتباط غير طبيعي

بعض الأطفال يكون لديهم ارتباط غير طبيعي بشيء غريب كعلبة صغيرة أو حجر ، كما أن بعضهم يركز على جزء معين كالطعم أو اللون أو الراحة.

13. التفاعل غير الطبيعي للتجارب الحسية

يظهر لدى الكثير من الأطفال تفاعل غير طبيعي للمثيرات الحسية Sensory stimuli بالزيادة والتقصان ، لذلك يعتقد بأنهم فاقدون السمع والنظر ، والبعض يتعد عن أفل اللمسات وفي نفس الوقت يتمتع باللعبة العنيفة ، عدم الإحساس بالبرد أو الحر الشديد ، البعض يأكل كمية قليلة والأخر كأنه لا يشع.

14. ضعف التطوير اللغوي

الرضع لا يستطيعون النغمة ، أو أنهم يبذلون بها في ستهما الأولى ثم يتوقفون ، وعندما تظهر لغة الطفل يكون شكل هذه اللغة غير طبيعي وبها الكثير من العيوب كالترددية في الحديث (وهي تردد الكلمات والجمل بطريقة غير ذات معنى) وقد تكون الكلمات والجمل مفيدة كتردد إعلانات التلفزيون ، (في السابق كان الاعتقاد أن التردد المرضي بدون فائدة أو عمل ، ولكن الدرamas ثبتت أنها مرحلة بين التواصل اللغوي وغير اللغوي ويمكن استخدامها في تنشيط الفعاليات) ، وبعض الأطفال يكون لديهم عكس الضمائر انت بدلاً من أنا (ونسخ ما يقوله الآخرون (كالبياء)

قد يكون هناك اضطراب في إخراج الصوت واللغة ، وبعض الأطفال يتحدثون بنبرة بطيئة ثابتة بدون تغير حدة الصوت أو إظهار أي انفعالات ، وقد يكون هناك مشاكل في المحادثة والتي غالباً ما تحسن مع النمو ، آخرون قد يكون لديهم الحديث المتقطع Staccato speech.

15. المشاكل اللغوية

مشاكل اللغة والكلام كثيرة في أطفال (PDD-NOS) ، ويعتقد الكثير من المختصين أنها من أكثر وأعم المشاكل ، وهناك 50 % من (PDD-NOS) لا يستطيعون التعبير

اللغوي المفهوم ، وعندما يستطيعون الكلام تكون لديهم بعض المشاكل في التواصل اللغوي، وهذه المشاكل العامة هي التي تحدد تطور الطفل التوحدى وتحسن ، ونوجز هنا أمثلة عليها :

- "تأخر النطق وانعدامه"
- التردد لما يقوله الآخرون كالبالغاء
- سوء التعبير الحركي
- كلمات وجمل بدون معنى
- عكس الفضائل (أنا بدلاً من أنت)
- عدم القدرة على تسمية الأشياء
- عدم القدرة على التواصل اللغوي مع الآخرين

16. ضعف فهم اللغة

الإدراك اللغوي لدى هؤلاء الأطفال فيه اضطراب بدرجات مختلفة، فإذا كان لديه خلف فكري فعادة ما يكون لديه كمية ضئيلة من اللغة المفهومة، والآخرون الذين لديهم اضطراب أقل قد يتبعون التعليمات المصحوبة بالإشارة ، أما من كانت إصابتهم طفيفة فقد يكون لديهم صعوبة في الاختصارات واللغة الدقيقة ، كما أنهم لا يستطيعون فهم تعبيرات المزاح والسخرية.

ثالثاً : الأعراض المرضية للأطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد يولد الطفل سليماً معايناً ، وغالباً لا يكون هناك مشاكل خلال الحمل أو عند الولادة، وعادة ما يكون الطفل وسيماً وذي تقاطع جنابية، ينمو هذا الطفل جسماً وفكرياً بصورة طبيعية سليمة حتى بلوغه سن الثانية أو الثالثة من العمر (عادة ثلاثون شهراً) ثم فجأة تبدأ الأعراض في الظهور كالغيريات السلوكية (الصمت الثام أو الصراخ المستمر)، ونادراً ما تظهر الأعراض من الولادة أو بعد سن الخامسة من العمر، وظهور الأعراض الفجائي يتركز في اضطراب المهارات المعرفية واللغوية ونقص التواصل مع المجتمع بالإضافة إلى عدم القدرة على الإبداع والتخيل .

قد يبلغ الطفل الثالثة أو الرابعة من العمر قبل أن تظهر أعراض كافية تجعل الوالدين يطلبون المساعدة الطبية والتشخيص، فليس هناك تموج واضح من الأعراض والعلامات خاص بالتوحد (Autistic disorders) أو (اضطرابات التطور العامة غير المحددة PDD)

NOS، ومن المهم الإدراك أن هناك مجال واسع في تنوع العلامات المرضية ، فكل البندو السلوكيّة المذكورة في هذا القسم يمكن أن توجد في الطفل ، ولكن من النادر أن تجد جميع هذه الأعراض في طفل واحد في نفس الوقت

وبشكل أكثر وضوحاً فإن الأطفال التوحديون ليس لديهم نفس الدرجة والشدة من الأضطرابات ، فالتوحد قد يكون بعلامات بسيطة ، وقد يكون شديداً بأضطراب في كل مجالات التطور العامة ، وعلىه نستطيع القول أن أنواع التوحد هي درجات متراصة لا اضطرابات التطور.

عادة ما تظهر الأعراض المرضية بعد إكمال الطفل السنة الثانية من العمر وبشكل تدريجي ومتتابع ، ويقل بهذه حدوثه بعد الخامسة من العمر ، ولكن بعض العائلات لاحظت وجود تغيرات سلوكية لدى أطفالهم في عمر مبكر بعد الولادة .
وهناك العديد من الأعراض التي تواجد في ذوي الأضطراب النمائي الشامل غير المحدد ، ومن أهمها :

- الصمت التام
- الصراخ الدائم المستمر بدون مسببات
- الفحشك من غير سبب
- الخمول التام ، أو الحركة المستمرة بدون هدف
- عدم التركيز بالنظر (بالعين) لما حوله
- صعوبة فهم الإشارة ، ومشاكل في فهم الأشياء المرئية
- تأخر الحواس (اللمس ، الشم ، التذوق)
- عدم الإحساس بالحر والبرد
- المثابرة على اللعب وحده ، وعدم الرغبة في اللعب مع أقرانه
- الروتين
- عدم اللعب الإبتكاري ، فاللعبة يعتمد على التكرار والرتابة والنمطية
- مقاومة التغيير ، فعند عاولة تغيير اللعب النمطي أو توجيهه فإنه يثور بشدة

- تجاهل الآخرين حتى يظلون أنه مصاب بالصمم ، فقد ينكسر كأس بالقرب منه فلا يعيشه أي انباء
- الخوف من بعض الأشياء (كالخوف من صوت طائرة أو نباح كلب) وعدم الخوف من أشياء أخرى قد تكون خطيرة عليه (كالجلجي في الشارع مع مرور السيارات وأبراقها العالية)
- الانعزال الاجتماعي ، فهناك رفض للفاعل والتعامل مع أسرته والمجتمع ، عدم اللعب مع أقرانه ، عدم طلب المساعدة من الآخرين ، عدم التجاوب مع الإشارة أو الصوت.
- مشاكل عاطفية ، ومشاكل في التعامل مع الآخرين

رابعا : **الذكاء لدى الأطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد**
الأطفال الذين لديهم اضطرابات التطور العامة غير المحددة (PDD-NOS) يعانون بنجاح اختبارات الذكاء التي تحتاج إلى استخدام البصر واليدين أو الذاكرة القرية ولكنهم يكونون سعيدين في الأشياء التي بها تفكير أو لها رموز منطقية ، فهناك اضطراب في عملية التعليم والتفكير ، وخصوصاً في مواقيع الحاكاة والتقليد مثل الحادثة والإشارة ، المرونة والإبداعية ، تعلم القراءتين وتطبيقاتها ، واستخدام المعلومات المكتبة ، والقليل منهم تكون لديه ذاكرة قوية ومهارات خاصة في الموسيقى والحساب والرياضيات.

وهما أن الكثير من هؤلاء الأطفال يفتقدون الكلام المزن الطبيعي فإن بعض المختصين بشكوا في القدرة على تطبيق اختبارات الذكاء عليهم والتأكد على مدى صحتها، فلقد لوحظ أن عدداً منهم أثبتوا تحسنهم في مجالات أخرى بعد متابعتهم بدون تغير درجة الذكاء لديهم، لذلك يعتقد البعض باستمرار درجة التخلف مدى الحياة، والأطفال الذين لديهم تخلف شديد يكون اضطراب العلاقات الاجتماعية لديهم شديد، ويظهر لديهم رد فعل اجتماعي غير عادي مثل اللمس، شم الأشخاص، حركات نمطية، أو إيذاء النفس.

خامسا : **القدرات اللغوية لدى الأطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد**

الإنسان هو الوحيدة من المخلوقات الذي يتميز بهذه القدرة ، اللغة والكلام أداة تعبير واتصال بالآخرين، أداة تعبير عن الذكاء والسلوك ، وهذه القدرات اللغوية مرتبطة مع نمو

ال طفل العقلي ، وتحتاج إلى صقل وتدريب لترفع من مستواها، وهي وسيلة من وسائل النمو العقلي والمعرفي والانفعالي، واللغة نظام من الرموز تُمثل المعاني المختلفة والتي تسير وفق قواعد معينة لكل مجتمع.

مفاهيم اللغة

- اللغة الاستقبلية: وهي اللغة غير اللفظية Receptive language
- اللغة التعبيرية: وهي اللغة التعبيرية Expressive language
- الكلام : وهو القدرة على تشكيل وتنظيم الأصوات
- النطق : وهو الحركات التي تقوم بها الحبال الصوتية وجهاز النطق أثناء إصدار الأصوات.

والقدرة اللغوية كامنة في الإنسان ، ولكن يكتمل ظهورها فإنها تحتاج إلى أعضاء سليمة وتدريب سليم، فالأعضاء هي الأذنين وأعصاب السمع والدماغ واللسان، فالطفل الذي لا يسمع لا يتكلم، وكذلك المصاب في أعصابه أو دماغه (المختلف فكريًا)، وعندما نقول أنها كامنة لنؤكد أهمية التدريب والتعليم وأهمية احتكاك الطفل مع المجتمع ، فالطفل المولود في الغابة (كما في الحكايات) تظهر عليه لغة من دربه وعلمه، عبارة عن أصوات غير معروفة أو مفهومة، والطفل (PDD-NOS) منعزل عن مجتمعه لذلك تكون لديه صعوبات لغوية.

تنمية القدرات اللغوية

في الأسابيع الأولى بعد الولادة لا يستطيع الطفل السمع أو قد يسمع الأصوات العالية فقط ، ففي هذه المرحلة يبدأ بالتعبير عن احتياجاته بالصرخ والبكاء ، ومع نهاية الشهر الثالث من العمر يبدأ بإخراج أصوات مميزة من الحنجرة ، ثم يتطور الأمر فيما يليه عن شعوره بأصوات مميزة تدل على الرضا (التفنقة) وأخرى تدل على الألم ، وابتداء من الشهر السابع تبدأ الكلمات الواضحة والمميزة في الظهور مثل (بابا ، ماما) ، وتزداد في الشهر التاسع لتكون هذه الكلمات مصحوبة بالإشارة (تعالى) ، وفي هذه المرحلة تبدأ أهمية التعليم والتدريب، فمع الحب والحنان، وقيام الوالدين بإعطاء طفلهم الوقت اللازم والحديث معه، وتكرار الكلمات البسيطة وترسيخها في ذهنه بزداد البناء ، وتطور المهارات والقدرات اللغوية. ومن الشهر التاسع والعشر يبدأ الطفل في معرفة الكلمات التي يسمعها، وقد لا يستطيع ترديدها، يستجيب للمتكلم أو يلتفت له عند سماع صوته، ويتتطور

الأمر في السنة الثانية من العمر ليزيد مخصوص الكلمات الواضحة والمفهومة، ويستطيع بالربط بينهما أن يعبر عن نفسه لغويًا ويطلب من أمه الأشياء، ويعبر عن نفسه بالكلام والحركة معاً.

مراحل اللغة

- مرحلة البكاء : من الولادة حتى تسعه أشهر ، وفيها يعبر الطفل عن حاجاته وانفعالاته بالبكاء
- مرحلة المتابعة : من أربعة إلى تسعه أشهر ، وفيها يصدر الطفل أصواتاً أو مقاطع مكررة
- مرحلة التقليد Imitation : وتبداً مع نهاية السنة الأولى حتى الرابعة من العمر ، وفيها يقلد الطفل الأصوات أو الكلمات تقليداً خاطئاً ، يبدل الأحرف أو يحذفها ، قد يكون السبب في حدوثها ضعف الإدراك السمعي وقلة التدريب أو عيوب في جهاز النطق
- مرحلة المعاني : وتبداً من نهاية السنة الأولى حتى الخامسة من العمر ، وفيها يربط الطفل بين الرموز اللغوية ومعناها.

ضعف التطور اللغوي

الرضع لا يستطيعون النغمة ، أو أنهم يبدؤون بها في سنتهما الأولى ثم يتوقفون ، وعندما تظهر لغة الطفل يكون شكل هذه اللغة غير طبيعي وبها الكثير من العيوب كالترددية في الحديث (وهي ترديد الكلمات والجمل بطريقة غير ذات معنى) وقد تكون الكلمات والجمل مفيدة كترديد إعلانات التلفزيون ، (في السابق كان الاعتقاد أن التردد المرضي بدون فائدة أو عمل ، ولكن الدراسات ثبتت أنها مرحلة بين التواصل اللغوي وغير اللغوي ويمكن استخدامها في تنشيط الفعاليات) ، وبعض الأطفال يكون لديهم عكس الضمائر (أنت بدلاً من أنا) ونسخ ما يقوله الآخرون (كالبيغاء)

قد يكون هناك اضطراب في إخراج الصوت واللغة ، بعض الأطفال يتحدثون ببرة بطيئة ثابتة بدون تغيير حدة الصوت أو إظهار أي انفعالات ، وقد يكون هناك مشاكل في الحادة والتي غالباً ما تتحسن مع النمو ، آخرون قد يكون لديهم الحديث المتقطع .

طفل (PDD-NOS) والقدرات اللغوية

طفل PDD-NOS قد يكون مبتدأً في اكتساب مهارات لغوية ، ومع تدهور الحالة يفقد ما أكتبه ، وبالرغم من عدم وجود أي مشاكل في السمع إلا أن عدم تواصله مع مجتمعه يفقده الكثير ، وقد تظهر عليه بعض الأعراض اللغوية، ومن هنا تبرز أهمية المتابعة والعلاج في وقت مبكر ، فقياس السمع دوريًا ، وعلاج التهاب الأذن الوسطى مهمان، ثم يأتي دور البناء وهو دور الأسرة ، فالبناء يكون بوضعيه في المجتمع وعدم عزله عنه لأنّه المدرسة الكبرى .

المشاكل اللغوية لدى طفل (PDD-NOS)

مشاكل اللغة والكلام كثيرة في أطفال (PDD-NOS) ، ويعتقد الكثير من المختصين أنها من أكثر وأهم المشاكل ، وهناك 50 % من (PDD-NOS) لا يستطيعون التعبير اللغوی المفهوم ، وعندما يستطيعون الكلام تكون لديهم بعض المشاكل في التواصل اللغوي، وهذه المشاكل العامة هي التي تحدد تطور الطفل التوحدى وتختنه، ونوجز هنا أمثلة عليها

- قد لا ينطق أبداً
- تأخر النطق
- فقد المكتسبات اللغوية
- تكرار الكلام والتَّرْدِيدُ لما يقوله الآخرون كالبيغاء
- سوء التعبير الحركي
- كلمات وجمل بدون معنى
- عكس الفضائل (أنا بدلاً من أنت)
- عدم القدرة على تسمية الأشياء
- عدم القدرة على التواصل اللغوي مع الآخرين
- عدم غلو لغة مفهومة حتى لو استطاع النطق
- إعادة الكلمة أو الجملة عدة مرات
- الإسقاط : وهي نطق الجمل والعبارات ناقصة
- عدم القدرة على تحديد الفضائل (أنا بدلاً عن أنت)

مشاكل التواصل اللغوي

التواصل اللغوي يحتاج إلى المقدرة على إرسال واستقبال رسائل لغوية مفهومة ، وفي الطفل المتوحد يكون هناك اضطراب في التواصل اللغوي مما يؤدي إلى مشاكل عديدة ، كعدم القدرة على التعبير عن نفسه ، التواصل مع الآخرين ، عدم القدرة على التعلم والتدريب ، وعادة عند عدم مقدرة الطفل على اكتساب اللغة حتى سن السادسة من العمر فتستمر لديه عدم المقدرة على التواصل.

ضعف فهم اللغة

الإدراك اللغوي لدى هؤلاء الأطفال فيه اضطراب بدرجات مختلفة ، فإذا كان لديه تخلف فكري فعادة ما يكون لديه كمية ضئيلة من اللغة المفهومة ، والآخرون الذين لديهم اضطراب أقل قد يتبعون التعليمات المصورية بالإشارة ، أما من كانت إصابتهم طفيفة فقد يكون لديهم صعوبة في الاختصارات واللغة الدقيقة ، كما أنهم لا يستطيعون فهم عبارات المزاح والسخرية.

سادساً : الفروق بين التوحد والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد

يتم تشخيص هذا الاضطراب عند وجود بعض ملامح التوحد في الفرد وليس جميع معايير الشخص بالتوحد . ويعنى آخر ، يكون الفرد توحيداً تقريباً ، ولكن ليس بالدرجة الكافية لتشخيص حالته بالتوحد . بالرغم مما يواجهه المصابون بالاضطراب النمائي الشامل - غير المحدد من صعوبات على صعيد التفاعل الاجتماعي واللغوي والتواصل غير اللغطي واللعبة ، إلا أنها أعراضه أقل شدة من أعراض التوحد ، ونظل لديهم قدرة على التفاعل الاجتماعي بدرجة تغول دون تشخيصهم بالتوحد . هذا بالإضافة إلى أن الأطفال المصابين بالاضطراب النمائي الشامل - غير المحدد هم في معظم الأحيان من الفئات ذات الأداء العالمي ، أي لديهم قدرات إدراكية طبيعية.

قد يصعب في بعض الأحيان التمييز بين الاضطراب النمائي الشامل - غير المحدد واضطراب قصور الانتباه والنشاط المفرط : Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) .
الاضطراب النمائي الشامل هو عبارة عن مزيج من العوامل التي تميز بين الاضطراب النمائي الشامل - غير المحدد (ADHD) وبين اضطراب المفرط (PDD-NOS) .
الاضطراب النمائي الشامل هو عبارة عن مزيج من العوامل التي تميز بين الاضطراب النمائي الشامل - غير المحدد (ADHD) وبين اضطراب المفرط (PDD-NOS) .

ولكن من أهم العوامل التي تميز بين الاضطرابين وجود النشاط المفرط في اضطراب (ADHD) منذ الأشهر الأولى من الحياة ، بينما في اضطراب (PDD-NOS) يصبح نشاط الأطفال فائقاً في سن ما بين الثالثة والرابعة . هذا بالإضافة إلى أن هناك قصورة

اجتماعياً واضحاً لدى كل الأطفال ، وحركات غريبة متكررة في حوالي 65٪ من يعانون اضطراب الـ (PDD - NOS) بينما لا تظهر هذه السلوكيات على الأطفال الذين يعانون قصور الانتباه والنشاط المفرط . (AD / HD) .

سابعاً : تشخيص اضطراب النمو الشامل غير المحدد

(Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified PDD -NOS)

قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بإصدار كتيب تشخيصي بعد مراجعته وتقيمه في طبعته الرابعة عام 1994م DSM - IV Diagnostic and Statistical Manual ليكون دليلاً يستخدمه الأطباء والمحترفين بالإعاقات الفكرية والسلوكية ، لتقدير الحالات المرضية التي يتعاملون معها ، وقد قسمت اضطرابات التطور العامة إلى خمس "مجموعات" ، لكل مجموعة مقاييسها الخاصة وشروطها ، هذه الشروط يجب تقديرها ولاحظتها من طرف مجموعة من المتخصصين في هذا المجال ، للخروج بالتشخيص المناسب

صعوبة التشخيص

ليس هناك مقاييس واضحة لتقدير درجة الأعراض المرضية وحدتها ، لذلك فإن التفريق بين أحد المجموعات والأخر صعباً جداً ، فالطفل التوحدي Autistic child يمكن أن تحسن حالته ويدخل مجموعة اضطرابات التطور العامة غير المحددة (PDD - NOS) ، كما أن طفلاً آخر يبدأ تشخيصه كحالة اضطرابات التطور العامة غير المحددة (PDD- NOS) وبعد مدة تظهر عليه أعراض تمثل تشخيصه اضطراب التوحد Autistic disorders لا بد أن نذكر ، أنه مهما كان التشخيص لأي من الأنواع والجماعات السابق ذكرها فإن العلاج مشابه .

ولكي يشخص الطفل في هذه المجموعة:

- لا تتطبق عليها المقاييس الطبية لتشخيص أي من الأنواع السابقة
- ليس فيها درجة اضطراب الموضوعة لأي من الأنواع السابقة

وبحسب الكتيب التشخيصي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM - IV) ، فإن هذه المجموعة تستخدم في حالات معينة ، عندما يكون هناك اضطراب شديد في تطور التفاعل الاجتماعي ، أو مهارات التواصل اللغوي وغير اللغوي ، أو سلوكيات واهتمامات

ونشاطات غريبة متكررة ، وأن لا تكون المقاييس تتطابق على اضطرابات معينة في التطور (السابق ذكرها) ، إنفصام الشخصية (الفصام) ، اضطراب حب النفس .
وهنالك عدة طرق لتقدير نمو الطفل حركيًا وسلوكيًا، ومعرفة المشاكل التي يعانون منها، ومهمًا اختلقت تلك المراكز من بلد لأخر فإن المبادئ الأساسية واحدة، والمهدف من التقييم هو:

- جمع وربط المعلومات للحصول على التشخيص الدقيق
- تقديم هذه المعلومات للطاقم العلاجي لتكون قاعدة لوضع الخطة العلاجية وأسلوب تطبيقها.

ويبدأ التقييم من خلال عيادة طب الأطفال والأخصائي النفسي، ويحتاج الأمر إلى عيادات أخرى متخصصة لتطبيق بعض الاختبارات مثل اختبار الذكاء، اختبار اللغة، قياس السمع، وللوصول إلى التقييم الشامل يحتاج الأمر إلى ملاحظة الطفل في المنزل والمدرسة خلال فترات اللعب والتي تعطي صورة عن قدرة الطفل على التواصل والتفاعل مع الآخرين.

ال طفل (PDD-NOS) قد يظهر بعض القدرات والعلامات المرضية حسب حالته ووضعه ، وهذا ما نستطيع معرفته عن طريق إجراء حوار مع الوالدين والمدرسين ومن يعني بالطفل ، أكثر مما نستطيع معرفته عن طريق الاختبارات الخاصة والكشف السريري
هناك نقاط أساسية تجعل التشخيص والتقييم قبل من الثانية من العمر صعباً ، ومن أهمها:

- في هذا العمر لا تكون الأنماط السلوكية قد اتضحت وتشكلت بشكل يسمح بإجراء التشخيص.
- المشاكل اللغوية ركن مهم للتشخيص، وفي هذا العمر لا تكون قد تشكلت ونضجت.
- في بعض الأطفال التوحديين يكون نمو الطفل طبيعياً لفترة من الزمن ثم يبدأ التدهور في الخدوث.
- عدم قدرة الوالدين على ملاحظة تطور النمو في طفلهم في تلك المرحلة المبكرة.

نقاط التقييم

تقييم الحالة عادة ما يشمل النقاط التالية

- التقييم الطبي
- تقييم السلوك
- التقييم النفسي
- التقييم التعليمي
- تقييم التواصل
- التقييم الوظيفي
- التقييم الطبي

التقييم الطبي يبدأ بطرح العديد من الأسئلة عن الحمل والولادة ، التطور الجسمي والحركي للطفل ، حدوث أمراض سابقة ، السؤال عن العائلة وأمراضها ، ومن ثم القيام بالكشف السريري وخصوصاً الجهاز العصبي ، وإجراء بعض الفحوصات التي يقررها الطبيب عند الاحتياج لها ومنها

- صورة صبغيات الخلية لاكتشاف الصبغي الذكري المذكر Fragile-X syndrome
- تخطيط المخ EEG
- أشعة مقطعة للمخ CT scan
- أشعة بالرنين المغناطيسي للمخ MRI

قد يسأل الطبيب الوالدين عن حالات لا تؤدي إلى (PDD-NOS) ، ولكن قد تكون مصاحبة له ، مثل وجود التشنج وغيرها.

• تقييم السلوك: Behavior rating scale:

هناك نقاط عديدة يجب على الأهل ومن يهتم بالطفل الإجابة عليها لكي تستخدم لتقدير السلوك ، وهذه النقاط تعطي تقريباً عاماً وليس محدداً للتوجه كمرض بحد ذاته.

- المراقبة المباشرة للسلوكيات: Direct behavioral observation القيام بتسجيل سلوكيات الطفل عن طريق مراقبته من قبل متخصصين في المنزل والمدرسة أو أثناء اختبارات الذكاء.

• التقييم النفسي

الأخصائي النفسي يقوم باستخدام أدوات ونقاط قياسية لتقييم حالة الطفل، من نواحي الوظائف المعرفية والإدراكية ، الاجتماعية ، الانفعالية السلوكية ، التكيف ، ومن هذا التقييم يستطيع الأهل والمدرسين معرفة مناطق القصور والتطور لدى طفلهم.

• التقييم التعليمي

يمكن القيام بالتقييم التعليمي من خلال استخدام التقييم النهجي Formal assessment (باستخدام أدوات قياسية)، والتقييم غير النهجي Informal assessment (باستخدام الملاحظة المباشرة ومناقشة الوالدين).

والغرض من ذلك تقدير مهارات الطفل في النقاط التالية:

• مهارات ما قبل المدرسة (الأشكال ، الحروف ، الألوان)

• المهارات الدراسية (القراءة ، الحساب)

• مهارات الحياة اليومية (الأكل ، اللبس ، دخول الحمام)

• طريقة التعلم ومشاكلها وطرق حل هذه المشاكل.

• تقييم التواصل: Communication assessment

التجارب المنهجية، الملاحظة التقييمية، مناقشة الوالدين، كلها أدوات تستخدم للوصول إلى تقييم المهارات التواصلية، ومن المهم تقييم مدى مهارات التواصل ومنها رغبة الطفل في التواصل، وكيفية أداءه لهذا التواصل (التعبير بحركات على الوجه أو بحركات جسمية، أو بالإشارة)، كيفية معرفة الطفل لتواصل الآخرين معه، ونتائج هذا التقييم يجب استخدامها عند وضع البرنامج التدريسي لزيادة التواصل معه كاستخدام لغة الإشارة، أو الإشارة إلى الصورة، وغير ذلك.

• التقييم الوظيفي: Occupational assessment

المعالج الوظيفي Occupational therapist يقوم بتقييم الطفل لمعرفة طبيعة تكامل الوظائف الحسية Sensory integrative function ، وكيفية عمل الحواس الخمس (السمع، البصر، التذوق، الشم، اللمس)، كما أن هناك أدوات قياسية تستخدم لتقييم مهارات الحركة الصغرى (استخدام الأصابع لاحضار لعبة أو شيء صغير)، مهارات الحركة الكبرى

(المشي، الجري، القفز)، ومن المهم معرفة هل يفضل الطفل استخدام يده اليمنى أم اليسرى (جزء الدماغ المسيطر)، المهارات النظرية وعمق الوعي الحسي. Depth perception.

الظواهر التي تدل الوالدين ان طفلهم (PDD-NOS)

هناك ظواهر كثيرة للـ (PDD-NOS) ولكن بعضها قد تكون أعراض لأمراض أخرى ، والوالدين هم الأكثر قدرة لاكتشاف حالة طفلهم ، ومن هنا حاولنا إيجاز بعض العلامات التي تساعد الوالدين على الكشف المبكر ، أما التخمين فهو ما يقرره الطبيب المعالج ، الطبيب النفسي ، والمتخصصين في هذا المجال .

ومن أهم الظواهر

- ضعوبة الاختلاط مع الأطفال الآخرين
- تجاهل الآخرين كأنه أصم
- رفض ومقاومة التعليم والتدريب
- عدم طلب المساعدة من الآخرين عند احتياجها
- غير ودود متحفظ وفائز
- يطيل النظر إلى لعبته ، وعلاقة غير طبيعية مع لعبه
- عدم الخوف من الأشياء الخطرة كالنار والسيارات
- الرتابة ورفض التغيير
- الفحش من غير سبب
- الصراخ الدائم من غير سبب
- الحركة المستمرة من غير هدف
- عدم التركيز بالنظر

ثامناً: **التدخل العلاجي للأطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد**

(PDD-NOS)

ليس هناك علاج أو طريقة علاجية يمكن تعبيتها على جميع الأطفال المصابين بـ (PDD-NOS).

ولكن المختصين في هذا المجال وعائلات الأطفال يستخدمون طرقاً متنوعة للعلاج

منها:

- تغيير السلوك Behavior Modifications
- طرق البناء التعليمي Structure Educational Approaches
- الأدوية
- علاج النطق
- العلاج الوظيفي

هذه الطرق العلاجية قد تؤدي إلى تحسن السلوكيات الاجتماعية والتواصلية ، وتقليل من السلوكيات السلبية (زيادة الحركة والنشاط ، عدم وجود هدف للنشاط ، التكرار والنمطية ، إزياء الذات ، الحلقة) والتي تؤدي إلى التأثير على عمل الطفل ونشاطاته وتعلمه. دائماً هناك حرص على أهمية العلاج وتركيزه قبل سن المدرسة ، بالعمل سوياً مع العائلة من أجل مساعدة الطفل ليتعاطش مع مشاكله في المنزل قبل دخول المدرسة ، وفي الكثير من الأوقات نجد أنه مع البدء المبكر في العلاج تكون النتائج أفضل .

واستخدام الإستراتيجية الموجة لدعم السلوك لدى هؤلاء الأطفال غالباً ما تنجح ،

ومن المهم تذكر ما يلي :

- البرنامج يجب وضعه للفرد نفسه لأن الأطفال مختلفون في قدراتهم ومعوقاتهم ، وطريقة العلاج التي تنجح مع أحد الأطفال قد لا تجدي مع الآخر
- هؤلاء الأطفال قد تظهر عليهم الصعوبات حسب الوضع والحالة ، كما أن السلوكيات التي تعلموها في المدرسة قد لا يمكن نقلها للمنزل والشارع
- من المهم المثابرة على علاج المشاكل عبر حياة الطفل في المنزل والمدرسة والمجتمع، وهذا يؤدي إلى التغيير العام في السلوك.
- الاعتماد على تدريب الوالدين والمدرسین لعمل الإستراتيجية الموجة لدعم السلوك ، والتي عن طريقها يمكن الحصول على أفضل النتائج
- عندما تحاول استكشاف الخيارات العلاجية لمساعدة هؤلاء الأطفال ، فإن الأهل والآخرون يمرون عبر عدة خيارات علاجية بالإضافة إلى العلاجات النمطية العادمة .

وعندما نفك في أحدى تلك الطرق ، يجب الاستفصال عن البرنامج العلاجي

- تقييمه
- طلب وصف كتابي عنه
- مده ، مقدار تكرار الجلسات
- التكاليف
- منطقية وحكمة البرنامج
- الغرض منه وأهدافه
- هل هناك دلائل تثبت نجاح البرنامج ؟
- وما هي سلبياته ؟.

العلاج الطبيعي

المبدأ الأساسي من العلاج الطبي لأطفال التوحد هو ضمان الحد الأدنى من الصحة الجسمية والنفسية ، وبرنامج الرعاية الصحية الجيد يجب أن يحتوي على زيارات دورية منتظمة للطبيب لتابعة النمو ، النظر ، السمع ، ضغط الدم ، التطعيمات الأساسية والطارئة ، زيارات منتظمة لطبيب الأسنان ، الاهتمام بال營غذية والنظافة العامة ، كما أن العلاج الطبي الجيد يبدأ بتقدير الحالة العامة للطفل لاكتشاف وجود أي مشاكل طبية أخرى مصاحبة كالتشنج مثلاً.

العلاج بالأدوية

ليس هناك دواء معين لعلاج (PDD-NOS) ، ولكن بعض الأدوية قد تساعد المريض ، إلا أن هذه الأدوية تحتاج إلى متابعة خاصة من حيث معرفة مستوى الدواء في الدم ، معرفة فعاليته على الطفل نفسه ، مقدار الجرعة المناسبة ، ونتائج العلاج يجب أن تتابع من خلال استرجاع ما حدث للطفل وملحوظات الوالدين والمدرسين ، كل ذلك يختلف من طفل لأخر مما يجعل استخدام الأدوية قرار فردي ، كما يجب استخدام الأدوية مع الطرق العلاجية الأخرى ، وقد تتفق الأدوية في حالات معينة مثل : اضطرابات نقص التركيز Obsessive Compulsive Disorders ، اضطرابات الانتباه الانتهادي Attention Deficit Disorders ولكن ليس في حالة التوحد.

العلاج النفسي

إذا كان الطفل في برنامج مدرسي فعلى الأهل والمدرسين معرفة أعراض التوحد ومدى تأثيرها على قدرات الطفل وفعالياته في المنزل والمدرسة والمجتمع المحيط به ، والأخصائي النفسي يستطيع أن يتابع تقييم حالة الطفل ويعطي الإرشادات والتوجيهات والتدريبات السلوكية الالزامية.

بعض الأطفال (PDD-NOS) يستفيدون من التوجيهات والإرشادات المقدمة من المتخصصين في هذا المجال ، والذين يعرفون التوحد ونقطات الاضطراب وطريقة التعامل معها، ومساعدة العائلة تكمن في وجود مجموعة مساندة تجعل العناية بالطفل في المنزل أسهل ، وتحل حياة الأسرة مستقرة .

برامج التعليم المناسب

التعليم والتدريب هما أساس العملية العلاجية لأطفال التوحد ، حيث أنهما يواجهون الكثير من الصعوبات في المنزل والمدرسة ، بالإضافة إلى الصعوبات السلوكية التي تمنع بعض الأطفال من التكيف مع المجتمع من حولهم ، ولذلك يلزم وضع برنامج للتعليم خاص ومدروس ومناسب للطفل ، والذي يؤدي إلى النجاح في المدرسة والحياة المفرومة الرئيسي لنوعية البرنامج التعليمي هو المدرس الفاهم ، كما أن هناك أمور أخرى تتحكم في نوعية البرنامج التعليمي ومنها :

- فصول منظمة بجداروں ومهماں عددہ
- المعلومات يجب إبرازها وتوضيحها بالطريقة البصرية والشفوية
- الفرصة للتفاعل مع أطفال غير معاين ليكونوا النموذج في التعليم اللغوي والاجتماعي والمهارات السلوكية.
- التركيز على تحسين مهارات الطفل التواصلية باستخدام أدوات مثل أجهزة الاتصال
- الإقلال من عدد طلاب الفصل مع تعديل وضع الجلوس ليناسب الطفل التوحدى والابتعاد عن ما يربكه.
- تعديل المنهج التعليمي ليناسب الطفل نفسه ، معتمدًا على نقاط الضعف والقدرة لديه.
- استخدام مجموعة من مساعدات السلوك الموجبة والتدخلات التعليمية الأخرى.

- أن يكون هناك تواصل متكرر ويقدر كاف بين المدرس والأهل والطبيب.

Sensory integration therapy

الدمج الحسي هو عملية تنظيم الجهاز العصبي للمعلومات الحسية لاستخدامها وظيفياً ، وهو ما يعني العملية الطبيعية التي تجري في الدماغ والتي تسمح للناس باستخدام النظر ، الصوت ، اللمس ، التذوق ، الشم ، والحركة مجتمعة لفهم والتفاعل مع العالم من حولهم .

على ضوء تقييم الطفل ، يستطيع المعالج الوظيفي المدرب على استخدام العلاج الحسي بقيادة وتوجيه الطفل من خلال نشاطات معينة لاختبار قدرته على التفاعل مع المؤثرات الحسية ، هذا النوع من العلاج موجه مباشرة لتحسين مقدرة المؤثرات الحسية والعمل سويا ليكون رد الفعل مناسباً ، وكما في العلاجات الأخرى ، لا توجد نتائج ظاهرة بوضوح التطور والنجاحات الحاصلة من خلال العلاج بالدمج الحسي ، ومع ذلك فهي تستخدم في مراكز متعددة.

Facilitated communication

هذه النظرية تشجع الأشخاص الذين لديهم اضطراب في التواصل على إظهار أنفسهم ، بمساعدتهم جدياً وتدربياً ، حيث يقوم المدرب "المهيل" بمساعدة الطفل على نطق الكلمات من خلال استخدام السبورة ، أو الآلة الكاتبة أو الكمبيوتر ، أو أي طريقة أخرى لطرح الكلمات ، والتسهيل قد يحتوي على وضع اليد فوق اليد للمساعدة ، اللمس على الكتف للتشجيع . فالشخص المصابة باضطرابات معينة قد يبدأ الحركة ، والمساعدين يقدمون المسند والمساعدة الجسدية له ، وهذا العلاج ينبع عادة من الأطفال الذين عندما مقدرة القراءة ولكن لديهم صعوبة في مهارات التعبير اللغوي.

Auditory integration therapy

يتم ذلك عن طريق الاختيار العشوائي لموسيقى ذات ترددات عالية ومنخفضة واستعمالها للطفل باستخدام سماعات الأذن ، ومن ثم دراسة تجاوبه معها، وقد لوحظ من بعض الدراسات أن هذه الطريقة قد أدت إلى انخفاض الحساسية للصوت لدى بعض الأطفال وزيادة قدرتهم على الكلام ، زيادة تفاعلهم مع أقرانهم ، وتحسين سلوكهم الاجتماعي .

تاسعاً : دور المجتمع والوالدين تجاه الأطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (PDD-NOS)

من اللحظة الأولى لانتكاسة طفلهم تحتاج العائلة إلى الكثير من الجهد للوصول إلى التشخيص، فاهذا الاضطراب مجال واسع وصور متعددة، قد يكون الوصول إلى الحقيقة صعباً، وعند الوصول إليها تكون أكثر إيلاماً وقسوة، يحتاج الوالدين إلى المساعدة الطبية لإنصافهم بحالة افتعالية تخد من تفكيرهم، وهنا تكمن أهمية وجود الطاقم الطبي المترصد لاعطائهم الراحة النفسية ومساعدتهم على تحفيز الأزمة، وشرح الأمر لهم بطريقة سهلة وبسيطة، والإجابة على جميع تساؤلاتهم، ثم يكون هناك الاحتياج للتدريب والتعليم، وهنا يمكن أهمية وجود مراكز متخصصة في هذا المجال لمساعدة الوالدين ، وهذا لن تنتهي المشكلة فالعائلة تستمر معاناتها وتزداد احتياجاتها، وهنا يأتي دور المجتمع بكل جعباته الخيرية والاجتماعية لمساعدة الأسرة مادياً ومعنوياً .

الصدمة:

كم هي مؤلمة تلك اللحظات التي يتلقى فيها الوالدين الخبر بأن طفلهم مصاب بـ (PDD-NOS)، وتأخذهم الصدمة بعيداً، وتطاير الأنفاس هنا وهناك كففاغات الصابون، جميع العواطف يمكن توقعها وهو رد فعل طبيعي لدى الجميع ، من الغضب إلى الحزن، الإحساس بالذنب، التجلل واليأس، وحتى عدم تقبل الحقيقة أو الطفل. وتقبّل الأسئلة في خواطر الوالدين :

- لماذا تحن ؟
- ما هي الأسباب ؟
- هل كان بالإمكان منع حدوثه ؟
- ما هو مستقبله ؟
- ماذا نستطيع أن نعمل له ؟
- هل من علاج ؟

في لحظة الصدمة ، قد يسيطر على الوالدين أو أحدهما شعور خاص ، شعور سلي ، يكون عقبة في الطريق إلى تقبل الطفل ، ولكن مع وقوف الوالدين كلاً يشد أزر الآخر ، ومساعدة الطاقم الطبي المترصد ، والإيمان بالله وعطائه ، والتبصر حول عطاء الله لكل خير

سابق ، كل ذلك سيقلل من شدة الصدمة ، ويجعل قبوله كفرد من العائلة أمراً مقبولاً.

الطفولة والعائلة

الأسرة كان لكل فرد فيه مهامه ومسؤولياته ، وقد لوحظ أن الأم هي الملامة فيأغلب المجتمعات على مثاكل الطفل وما يحدث له من عيوب خلقية أو أمراض ، وذلك ليس له أساس من الحقيقة ، كما أن العناية بالطفل تفرض عليها وحدها وفي ذلك صعوبة كبيرة، كما أن اهتمام الأم بطفلها المصابة بهذا الاضطراب قد يقلل من اهتمامها ورعايتها لزوجها وأطفالها الآخرين ، كل ذلك ينعكس على الأسرة ، وهنا الاحتياج لتعاون وتفاهم الوالدين سورياً ، ومساعدة الأب للأم على تحفيظ الصعب ، وعدم تحملها فوق قدراتها البدنية والنفسية.

العائلة والمجتمع

سيكون للأهل والأقرباء دوراً مهماً في العلاقة بين الطفل والوالديه، وأسلوب حياتهم اليومية والاجتماعية، يؤثر سلباً وإيجاباً على هذه العلاقة، فكلمات الرثاء وعندما يقال عنه كلمات غير سوية قد تؤدي إلى إحباط الوالدين وانزعالهم عن الآخرين، يخفون طفلهم، والطريق السليم هو تجاهل ما يقول الآخرين وإخبار الأصدقاء بأنه طفل كغيره، له مقداره الخاصة، وان رعايتكم له ستتجمله في وضع أفضل، لا تجعلوه مدار الحديث مع الآخرين، ولا تبحثوا عن طريقه المواصلة من الآخرين، اجعلوا حباتكم طبيعية ما أمكن بالخروج للمنتزهات والأسواق، ولا تجعلوه عنراً للتقوّع والانعزال عن الآخرين.

عاشرًا : برنامج لتحفيظ حدة الحركات الغريبة لدى الأطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (PDD-NOS)

- لدى بعض الأطفال (PDD-NOS) حركات غريبة لا إرادية ومتكررة بدون هدف معين ، وقد تكون بشكل متواصل ، أو أن تحدث في أوقات الانفعال والتهيج مما يؤثر على اكتساب المهارات أو فرص التواصل مع الآخرين ، وقد يكون لها رد فعل سلي على الطفل.

- هذه الحركات ليست أعراضًا تشخيصية لـ (PDD-NOS) أو التأخير الفكري ومن أمثلتها :

- اهتزاز الجسم
- رفرفة اليدين

- نموج الأصابع
- تعبيرات الوجه

قد يكون لدى الطفل حركات غريبة على الوجه ، تزداد عندما يكون الطفل متورأً ، وتحتفي عندما يبتسم ، ومن هذه النقطة يمكن معرفة أسلوب التعامل بزيادة درجة الابتسام ومن ثم التحكم في هذه الحركات غير الإرادية.

عند وجود حركة بدون هدف في أي جزء من الجسم فإن إشغال هذه العضلة بحركة إرادية سوف يمنع الحركة غير الإرادية ، فإذا كان الطفل يرفرف بيده فإن مصافحته سوف تمنع الرفرفة ، كما مسك اليدين واللعبة بهما ، وعندما يقوم الطفل بالتفاعل معك فإن الحركة الإرادية تسيطر عليها ، ومع التدريب يمكن القضاء عليها تدريجياً. يمكن الاستعانة بأخصائي العلاج الطبيعي على الكيفية التي تستطيع من خلالها السيطرة على أي حركة غير إرادية ، وتنمية التواصل النظري الحركي ، وعندما يستطيع الطفل السيطرة على هذه الحركات فإن الاحتياج لها سوف يضعف ثم يختفي ، وقد تأخذ العملية الكثير من الوقت والجهد ، وقد لا تختفي نهائياً ، ولكن تكون قد دربنا الطفل على السيطرة عليها في أوقات الانفعالات.

هذه الحركات مزعجة للوالدين والطفل ، وإن كانت لا تؤثر على بقى الحياة اليومية للطفل فقد تكون عرجة في المدرسة والمجتمع ، ويمكن التدريب على السيطرة على الحركات الغريبة من خلال الخطوات التالية:

الخطوة الأولى : البدء في حل المشكلة خطوة خطوة Small steps

إذا كانت هذه الحركات تحيل الراحة للطفل فمن الصعبه السيطرة عليها ليس للسبب الحركي وحده ولكن للأسباب النفسية والعاطفية ، لذلك فإن احترامك لاحتياجات الطفل سوف تساعد على التحكم في هذه الحركات عن طريق تحزتها ومن ثم التعامل معها، وعادة ما يتم البدء في الحركات التي تؤدي إلى مشاكل وقت حدوثها ، ويمكن استخدام اللعب والتعامل المباشر مع الطفل للسيطرة عليها ، فالطفل يقوم بعمل ما يريد من حركات، ومن خلال اللعب يمكن السيطرة عليها تدريجياً ، وفي النهاية سيفضل التعامل واللعب معك بدون وجود أو ظهور لهذه الحركات.

خطوة الثانية : وقت التدريب Training Time

يمكن استخدام وقت اللعب والتدريب للتعامل مع هذه الحركات ، فعند قيام الطفل الحركات غير الإرادية فيمكن تحويل الحركة ذاتها إلى حركة إرادية مفيدة ومن ثم إلغاء الأولى.

- إذا كان الطفل يحرك جسمه ويدور به ، فيمكنك الإمساك به وجعل هذه الحركة كجزء من الرقص
- إذا كان يمتص إصبعه مثلاً فضع إصبعك في فمه وأطلب منه مصه لإشباع رغبته
- إذا كان يهز جسمه إلى الأمام والخلف فضع دمية في حضنه وغني له أغنية الأرجوحة لجعل الاهتزاز عملية إرادية .

قد نرى الطفل ينظر إلى اللعبة ويديرها من كل النواحي ، وتلك استارة بصرية أو أنه يحاول الاندماج معها للابتعاد عنك وعن المؤثرات الأخرى ، فأخذ هذه اللعبة منه قد تثير التهيج لديه ، لذلك فعليك النظر معه على نفس الجسم والتركيز مثله ، وإذا لم يوافقك النظر معه فحاول إعطاءه مجسم آخر لينظر له ، كما يمكن استثارته بإعطائه عدسة مكبرة لكي ينظر من خلالها أو نظارات شمية لتغيير حدة التأثير البصري ، كما يمكن استخدام اللعب جلب التوافق الحركي البصري .

وكمثال على ذلك

- يمكن باستخدام المصباح للبحث في الظلام عن اللعبة المفضلة لديه
- ثم البحث في الظلام بالمصابح عن الأثاث
- استخدام الألعاب المتحركة لتقليل التركيز .
- تعليق الألعاب المفضلة لدى الطفل وجعلها متولدة من السقف.

الخطوة الثالثة : استخدام الرمزية واللعب

إذا كان الطفل قادر على الكلام فتكلم معه عن الحركة غير الطبيعية التي يقوم بها وكيفية التحكم فيها ، ولكن يجب التركيز على نقاط معينة :

- كيف تحدث هذه الحركات ؟
- هل هناك موافق أو مؤثرات تؤدي لحدوثها ؟
- هل تحدث في وقت محدد يومياً ؟

- هل تحدث في المنزل أم خارجه ؟
- ما هي أحاسيس الطفل قبل حدوثها ؟
- ما هي أحاسيسه وقت حدوثها ؟
- ما هي أحاسيسه عندما يقوم الآخرين بمضاييقه ؟
- هل هناك طريق يمكن أتباعه لجعل هذا السلوك مقبولاً من المجتمع ؟
- قد لا يكون هناك جواباً ، وقد يمل رأسه ، وقد تظهر عليه الحركة نفسها ، وهناك أشياء تساعد الطفل على إفراج افعالاته ومن ثم تغيير السلوك غير المرغوب فيه ، فمثلاً :
- إذا كانت الحركة هي لس الأشياء أو نقرها ، فإنطاء ، كرة صغيرة تكون معه طوال الوقت ، ليستخدمها عند إحساسه بالرغبة في الحركة المذكورة
- إذا كان يرحب في وضع شيئاً في فمه ، فيمكنه استخدام اللبان المدف من التدريب هو جعل الطفل قادراً على الإحساس بنفسه وما يقوم به ، والنقاش السهل الواضح يجعل الخل أسهل ، حتى وإن لم يكن الطفل قادراً على إزالة المشكلة فهو قادر على تخفيف حدتها ، وقد لوحظ أن بعض الأهل يحاولون إزالة الحركة نهائياً ، آملين في منع ما يحدث للطفل عند مواجهة أفراده ، ولكن لوحظ فشلها ، فبناء القوة الداخلية للطفل هي الأساس في منعها.

الخطوة الرابعة : التفاهم العاطفي Empathizing

ملامضة الطفل ومجاراته في افعالاته وأحاسيسه عند الحديث عن الحركة التي يقوم بها ستكون هي الرافد للوصول للنجاح ، كما أن مضاييق الآخرين له تأثيره وتزيد من افعالاته ومن ثم ظهور الحركة بشدة ، لذلك يحتاج إلى الكثير من الدعم في المنزل.

الخطوة الخامسة : بناء التوقعات والحدود Creating expectation & limits

من المهم التحكم في افعالات الطفل ومحوبيها إلى الكلام وليس المهم تغيير الحركات نفسها ، فالانفعال شعور مهم للإنسان ويجب� احترام الطفل ورغباته ، كما يجب أن يعرف الطفل عدم حدوث العقاب إذا حدثت الحركة وأن هناك مكافأة عند عدم حدوثها . فالتشجيع يجب أن يكون مستمراً ، وأن يكافي الطفل عند مواجهة في تحدي أحدى العقبات ، كما من المهم أن يجد الطفل طريقة للتعبير عن مشاعره وانفعالاته.

الخطوة السادسة : القاعدة الذهبية Golden roles

من المهم إعطاء الطفل الكثير من الوقت خلال اللعب والتدريب لتخطئي العقبات ،
كما يجب إظهار الفرح والتشجيع عند مواجهة في تحطئي أحد العقبات ، كما الاستمرارية
والصبر.

الفصل الثامن

التدخل التربوي والتعليمي لتأهيل الأطفال ذوي اعاقات النمو الشاملة

تمهيد

المحور الأول: التدخل التعليمي لذوي اعاقات النمو الشامل

**المحور الثاني : تحسين بعض الجوانب اللغوية والمهنية لدى ذوي اعاقات
النمو الشاملة**

**المحور الثالث : تحسين بعض الجوانب الاجتماعية لدى ذوي اعاقات النمو
الشاملة**

الفصل الثامن

التدخل التربوي والتعليمي لتأهيل الاطفال ذوي اعاقات النمو الشاملة

تمهيد

بسبب طبيعة التوحد، الذي مختلف اعراضه وتحف وتخد من طفل آخر، ونظراً للاختلاف الطبيعي بين كل طفل وأخر، فإنه ليست هناك طريقة معينة بذاتها تصلح للتخفيف من أعراض التوحد في كل الحالات.

وقد أظهرت البحوث والدراسات أن معظم الأشخاص المصاين بالتوحد يستجيبون بشكل جيد للبرامج القائمة على البُنى الثابتة والمتورقة(مثل الأعمال اليومية المكررة والتي تعود عليها الطفل)، والتعليم المصمم بناء على الاحتياجات الفردية لكل طفل، وبرامج العلاج السلوكي، و البرامج التي تشمل علاج اللغة، وتنمية المهارات الاجتماعية، والتغلب على آية مشكلات حسية. على أن تدار هذه البرامج من قبل أخصائيين مدربين بشكل جيد، وبطريقة متناسبة، و شاملة.

كما يجب أن تكون الخدمة مرنة بتغير حالة الطفل، وأن تعتمد على تشجيع الطفل وتحفيزه، كما يجب تقييمها بشكل منتظم من أجل محاولة الانتقال بها من البيت إلى المدرسة إلى المجتمع. كما لا يجب إغفال دور الوالدين وضرورة تدريبيهما للمساعدة في البرنامج، وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي لهما.

المحور الأول

التدخل التعليمي لذوي اعاقات النمو الشامل

اولاً : الأهداف التعليمية العامة

- أن يتعرف التلميذ على مفهوم الذات
- أن يتعرف التلميذ على مفهوم الأسرة
- أن يتعرف التلميذ على مفهوم الأقارب
- أن يتعرف التلميذ على مفهوم الأقران
- أن يتعرف التلميذ على مفهوم الجيران
- أن يتعرف التلميذ على مفهوم المدرسة

وفيما يلي توضيح لهذه الأهداف

1. ان يتعرف التلميذ على مفهوم الذات.

الأهداف السلوكية:

- أن يتعرف التلميذ على صورته
- أن يتعرف التلميذ على صورته من بين مجموعة من الصور
- أن يشير التلميذ الى صورته من بين الصور
- أن يشير التلميذ الى نفسه عندما يطلب منه ذلك
- أن يتعرف التلميذ على اسمه
- أن ينطق التلميذ اسمه - إن أمكن
- أن يلتفت التلميذ عند سماع اسمه
- أن يقول التلميذ نعم عندما ينادي اسمه - إن أمكن
- أن يكتب التلميذ اسمه
- أن يعرف التلميذ جنسه (ذكر ، أنثى)
- أن يعرف التلميذ عمره

- أن يعرف التلميذ فصله

• أن يتعرف التلميذ على ممتلكاته الخاصة (حقيبة ، أدواته ، ... الخ)

• أن يتعرف التلميذ على هواياته (السباحة ، كرة ، كمبيوتر ، ... الخ)

2. ان يتعرف التلميذ على مفهوم الأسرة

الأهداف السلوكية

- أن يتعرف التلميذ على صور أفراد أسرته عند عرضها عليه

• أن يتعرف التلميذ على صور بعض أفراد أسرته من بين مجموعة من الصور

• أن يشير التلميذ إلى صورة أحد أفراد أسرته عندما يطلب منه ذلك

• أن يتعرف التلميذ على الأسماء المكتوبة لبعض أفراد أسرته

• أن ينطق التلميذ أسماء بعض أفراد أسرته - إن أمكن

• أن يتعرف التلميذ على جنس (ذكر ، أنثى) بعض أفراد أسرته

• أن يتعرف التلميذ على بعض مهام أفراد أسرته

• أن يتعرف التلميذ على المحتويات المادية لمنزل أسرته (مجلس ، مطبخ ، حام ، الخ)

• أن يربط التلميذ بين المحتويات المادية لمنزل أسرته وطبيعة الأنشطة المرتبطة بها (إعداد

ال الطعام في المطبخ ، النوم في غرفة النوم ، اللعب في ساحة المنزل)

• أن يتعرف التلميذ على عنوان منزله

• أن يتعرف التلميذ على رقم هاتف منزله

• أن يتعرف التلميذ على بعض الأنشطة التي يمكن أن يشارك فيها مع أفراد أسرته

(الوجبات ، تنظيف المنزل ، التزه ، التسوق)

• أن يتعرف التلميذ على ممتلكات أفراد أسرته

• أن يستاذن التلميذ قبل الدخول على أفراد أسرته

• أن يلقي التحية على أفراد أسرته

3. ان يتعرف التلميذ على مفهوم الأقارب

الأهداف السلوكية

- أن يتعرف التلميذ على صور بعض أقاربه (العم ، الخال ، الخ)

- أن يتعرف التلميذ على صور بعض أقاربه من بين مجموعة من الصور
- أن يشير التلميذ إلى صور بعض أقاربه إن طلب منه ذلك
- أن يتعرف التلميذ على الأسماء المكتوبة لبعض أقاربه
- أن ينطق التلميذ أسماء بعض أقاربه إن أمكن

4. ان يتعرف التلميذ على مفهوم الأقران

الأهداف السلوكية

- أن يتعرف التلميذ على أسماء أقرانه داخل الفصل
- أن يشير التلميذ إلى زملائه عندما يطلب منه ذلك
- أن ينطق التلميذ أسماء زملائه عندما يطلب منه ذلك - إن أمكن
- أن يتعرف التلميذ على ممتلكات زملائه داخل الفصل
- أن يفرق التلميذ بين ممتلكاته وممتلكات زملائه
- أن يقلد التلميذ تصرفات زملائه الإيجابية
- أن يتبع التلميذ تعليمات صادرة من زملائه
- أن يحبب التلميذ على تسلولات زملائه - إن أمكن
- أن يشارك التلميذ زملاءه في الأنشطة الصيفية أو اللاصفية
- أن ينادر التلميذ باللعب الاجتماعي مع زملائه
- أن يتبادل التلميذ معلومات مع زملائه
- أن يطلب التلميذ المساعدة من زملائه عندما يحتاج ذلك
- أن يقوم التلميذ بمساعدة زملائه عندما يطلب منه ذلك

5. ان يتعرف التلميذ على مفهوم الجيران

الأهداف السلوكية

- أن يتعرف التلميذ على شكل كلمة - جار
- أن يشير التلميذ إلى كلمة - جار
- أن يتعرف التلميذ على كلمة - جار - من بين مجموعة من الكلمات

- أن ينطق التلميذ كلمة - جار - إن أمكن
 - أن يتعرف التلميذ على بعض أسماء جيرانه
 - أن ينطق التلميذ أسماء بعض جيرانه إن أمكن
 - أن يدرك التلميذ أن منزل الجار يقع بجانب منزله
 - أن يتعرف التلميذ على بعض حقوق الجار مثل (عدم إذاء الجار أو ازعاجه أو رمي التفاسيات أمام منزله)
 - أن يتعرف التلميذ على بعض ممتلكات جيرانه مثل سيارة الجار
6. ان يتعرف التلميذ على مفهوم المدرسة
- ### الأهداف السلوكية
- أن يتعرف التلميذ على صورة مدرسته
 - أن يتعرف التلميذ على شكل كلمة مدرسه
 - أن يتعرف التلميذ على صورة مدرسته من بين مجموعة من الصور مثل (شجرة ، مدرسة ، سيارة)
 - أن يشير التلميذ الى كلمة مدرسة
 - أن يشير التلميذ الى كلمة مدرسة من بين مجموعة كلمات
 - أن يكتب التلميذ كلمة مدرسة
 - أن ينطق التلميذ كلمة مدرسة - إن أمكن
 - أن يتعرف التلميذ على صورة معلم
 - أن يتعرف التلميذ على شكل كلمة معلم
 - أن يشير التلميذ إلى صورة معلم
 - أن يشير التلميذ الى صورة معلم من بين مجموعة من الصور
 - أن يشير التلميذ الى كلمة - معلم
 - أن يشير التلميذ الى كلمة معلم من بين مجموعة من الكلمات
 - أن يكتب التلميذ كلمة معلم
 - أن ينطق التلميذ كلمة معلم - إن أمكن

- أن يتعرف التلميذ على اسم معلم
- أن يكتب التلميذ اسم معلم
- أن ينطق التلميذ اسم معلم - إن أمكن
- أن يتعرف التلميذ على غرفة فصله
- أن يتعرف التلميذ على بعض مراافق المدرسة الأخرى مثل (المسجد ، المكتبة ، مكتب الادارة ، موقف الحافلات ، الحمام الخ)
- أن يتعرف التلميذ على بعض الأشخاص المهين في المجتمع المدرسي مثل (عامل النظافة ، سائق الحافلة ، المدير ، المشرف ، اخصائي النطق).

ثانياً : أساليب التعلم لذوي اعاقات النمو الشاملة

هناك ثلاثة أساليب مختلفة يمكن التعلم من خلالها:

1. التعلم البصري: و يتعلم صاحبه من خلال القراءة أو المشاهدة.
2. التعلم السمعي: ويتعلم صاحبه من خلال المحاضرات أو إتباع التعليمات أو من الموسيقى.
3. التعلم الحركي: و يتعلم صاحبه بسرعة من الأنشطة الحركية. فيفضلون على سبيل المثال تقليد أداء عمل ما بدلاً من مجرد المشاهدة.

يستخدم معظم الأشخاص اثنين أو ثلاثة من هذه الأساليب في التعلم. وهناك أشخاص يتعلموا بصريا بشكل أفضل ، ولكن ما زال باستطاعتهم التعلم من الأساليب السمعية أو الحركية.

لكتاب نجد أن أطفال التوحد غالباً ما يرتكزون على واحد فقط من هذه الأساليب مع الاستبعاد الكامل للأساليب الأخرى في بعض الأحيان. مثلاً قد يتجرأ أحد الأطفال داخل الفصل الدراسي عند إلقاء احدى الدروس وذلك لأنّه لا يستطيع فهم الدرس بالأسلوب الملقى في وقت من الأوقات كان يعتقد أن الكثير من الأطفال الذين يعانون من التوحد بكل بساطة لا يمكن لهم التعلم. اليوم أصبح من المفهوم أن تعليم الأطفال الذين يعانون من التوحد يتطلب بعض التعديل في أساليب التعليم، ليس ذلك فقط بل يمكن لهم التعلم في صنوف التعليم العام.

هذه بعض الارشادات حول تعليم أطفال التوحد . ولكن سينتطلب تطبيق أيها منها الملاحظة الدقيقة والتجريب لمعرفة أيها أكثر فعالية :

- تحديد الأسلوب الأنسب لتعليم الطفل وتأكد من أنها الطريقة المثلى للتعلم والتواصل مع الطفل . فإذا أخذنا على سبيل المثال الطفل الذي تجاهل الدرس ، إذا كان الطفل يتعلم بصرياً فيمكننا أن نريه مقعده أو صورة ل الكرسي لمساعدته على فهم أن الوقت قد حان للجلوس . أما إذا كان الطفل يتعلم حركياً فيمكننا أن نقوم بتوجيهه إلى مقعده مع الضغط الخفيف على كفيه .
- من الشائع أن الأطفال المصاين بالتوحد غير قادرين على معالجة المدخلات الحسية المتعددة في نفس الوقت . ففي حال ما إذا كان من الصعب على الطفل معالجة المدخلات البصرية والسمعية في نفس الوقت وحب التركيز في هذه الحالة أسلوب واحد فقط من أساليب التعلم في المرة الواحدة .
- الأطفال الذين يتعلمون بصرياً عادة ما تكون لديهم حساسية تجاه الأصوات مثل إضاءة الفلورست أو شاشات الكمبيوتر ، فهي قد تبدو لهم مثل الأصوات الروهاجة . ولذا يفضل استخدام الإضاءة الطبيعية من النوافذ واستخدام الشاشات المسطحة في أجهزة الكمبيوتر أثناء تعليمهم .
- الأطفال اللذين يتعلمون سمعياً تكون لديهم حساسية تجاه الأصوات . فمثلاً صوت الجرس أقوى من صوت المعلم ، فقد تبدو لديهم كأصوات انفجار . لذا ، عند وجود الطفل في الفصل الدراسي يفضل القيام بتنقية الجرس فقد يساعد ذلك الطفل على التركيز . أيضاً من الضروري أن يتكلم المعلم بهدوء أكثر وخصوصاً عند إعطاء الطالب تعليمات مباشرة . ومن المفيد تقليل حساسية الأطفال تجاه الضجيج والأصوات المرتفعة ، مثل صوت إنذار الحريق ، بإعطائهم تسجيل لهذا الصوت الذي يمكن أن يستخدمه كما يشاء . مثل هذا الاجراء يسمح للطفل باستعادة السيطرة على نفسه عند سماعه للضجيج .
- في كثير من الأحيان يجد أطفال التوحد صعوبة في التعلم ، والتي يمكن أن تؤثر على الطريقة التي يتعلم بها المهارات . فمثلاً عند تعليم الطفل النظر في الاتجاهين قبل عبور الشارع ، قد يكون من الضروري أن يتم تدريتهم على ذلك في عدة مواقع ، إذا لم

نفعل ذلك فقد يعتقدون أنهم بحاجة إلى النظر في الاتجاهين فقط عندما يعبرون في ذلك المكان على وجه الخصوص.

- هذا النقص في التعميم يمكن أن ينطبق على الأشياء أيضاً. على سبيل المثال طفل من بلجيكا كان يستطيع أن يستخدم دورة المياه في المنزل لكنه لا يستخدم المرحاض في أي مكان آخر. في النهاية تبين أن مقعد المرحاض في البيت أسود وكان لا يستطيع ربط مفهوم « حام » لتلك التي لديها مقاعد بيضاء، ثم تمكنوا من تدريسه على التعميم عن طريق وضع شريط أسود على مقعد المدرسة ومن ثم إزالة قطعة من الشريط بالتدريج وفي النهاية تتمكن من التعميم لتشمل الكلمة حام مقاعد بيضاء أيضاً

- يشد انتباه أطفال التوحد الأشياء التي يستمتعون بها مثل القطارات، ويمكن استخدام هذه الخاصية كحافظ لهم على التعلم. كإدراج القطار مثلاً في القصص أو عند تعليمهم حل المشكلات الرياضية وهكذا

- ومن الشائع عند أطفال التوحد صعوبة الربط بين حدثان حتى لو كانت قريبة جداً. على سبيل المثال ، إذا كان يتم تعليم الأطفال القراءة باستخدام البطاقات، فيجب استخدام بطاقات متماثلة تماماً لأن وجود أي اختلاف في البطاقات قد يجعل الطفل لا يفهم أنها تمثل نفس الفكرة

هذه الارشادات هي ملاحظات بسيطة لتعليم الأطفال الذين يعانون من التوحد سواء كان الطفل يدرس في المنزل أو في فصول دراسية ، ومن المهم التدرج في التحضير للخطة التعليمية للأطفال ومعرفة الطرق التي من خلالها يتعلم الطفل بشكل أفضل لأن ذلك يعطي أفضل التأثير للتعليم في المستقبل.

ثالثاً : طرق تعزيز التعلم عند الأطفال التوحديين

1. التحفيز

أطفال التوحد وغيرهم من الأطفال هم في حاجة إلى التعزيز وإثارة المهم لديهم حتى قبلوا الجلوس الجديد، إذ لا بد من تقديم معززات مادية أو معنوية ، لأن قلة المعززات والمشوقات تسبب لهم الإحباط ، حتى أيضاً بالنسبة للأطفال العاديين، والحوافز ليست فقط تقديم المكافآت وغيرها من الأمور بل جذب انتباهه ورغباته، إنما هي:

- يجب أن نقدم للطفل التوحيدي أي شيء يرغب به مثل الأكل

- يجب عدم المبالغة في إعطائه المكافآت في بداية التعليم.
- تذكر له أن تصرفنا حول ضبط وتحديد التحفيز الاستثنائي بأن لا يجعله يظن أن هذا التحفيز للعمل السابق وإنما للعمل الجديد.
- إذا فشل في عمل ما يجب عدم عقابه على فعله، لكن يكفي أنه سرف يعاقب نفسه بنفسه عندما تكتشف أنت أو المدرس أمره.
- مرة أخرى يجب عدم المبالغة في التحفيز خصوصاً في البداية، وإنما يجب أن يكون هذا التحفيز بالتدريج معهم.

b. التدريب على الانتباه والاتصال البصري

لا ينكر أحد أن مسألة الانتباه والاتصال البصري مهمة جداً للأطفال التوحديين فهم يفتقدون هذه الحقيقة.

لذا هناك خطوات يجب أن تقوم بها من أجل تعليم الطفل القدرة على الانتباه على النحو التالي :

1. اجعل هذا الطفل يجلس على الكرسي مواجه لك.
2. بعد ذلك أعطيه الأمر بأن ينظر إليك، وكرر كلمة (انظر إلى) كل خمس ثوانٍ أو عشر ثوانٍ.
3. من حيث المكافأة والمدح .. يجب العمل بتقديم المكافأة والمدح لكل نظرة صحيحة من قبل الطفل إليك.
4. إذا لم يعط الطفل التحددي استجابة بصرية بالنظر إلى وجهك خلال ثابتين، أعطه فرصة أكثر في خلال خمس ثوانٍ، وحاول إصدار الأمر مرات من أجل أن ينظر إليك بعينيه، لأن هذا الجهد الذي تقوم به نوع من بناء الانتباه لديه.
5. بعض الأطفال لا ينظرون عندما تقول له : انظر لي، لذا عليك حثه على الإجابة، ويعكّنك حتى عيوبه للتواصل بواسطة مكّ قطعة من الطعام أو أي شيء يجب انتباذه مباشرة على خط الرؤية وكرر الأمر بكلمة: انظر إلى .
6. عندما يظهر اتصال العين في خلال ثابتين ضاعف الأمر إلى عشر ثوانٍ، وبالتدريج.
7. ضاعف بقاء اتصال عين الطفل بالدرج، أعط الطعام عندما تلاحظ أن هناك تقدم من الطفل في تركيز مع المدح؛ كذلك ضاعف الوقت للتدريب على اتصال العين،

ويجب أن قبل أن تعطيه الطعام كمكافأة له، ولكن أعد الأمر مرتين قبل أن تعطيه المكافأة، ثم عده إلى أن تصل إلى خمسة أو أكثر، ومع زيادة الفترة الزمتبة للتدريب يظهر لك أنه أتقن وبدأ بالنظر إلى وجهك.

إذا كان الاتصال البصري والانتباه مهمين لتكوين التركيز لدى الطفل التوحدى، فهناك أمور أخرى مرادفة للاتصال البصري وشد الانتباه، هناك عنانق الطفل، ومعانقة طفل التوحد مهمة جداً، لها انعكاسات نفسية جيدة عليه والمعانقة لها خطوات، ولكن قبل أن نبدأ بهذه الخطوات علينا أن ننظر إلى أن خطوات التعليم تبدأ بعملية الجلوس الصحيح والمدروء واسترخاء اليدين من قبل الطفل، ثم أمره بأن يتذكر إلى الشخص الذي يتعامل معه، وكذلك اختيار المهد المناسب من البيئة التي يجلس ويتعلم فيها، وهذه كلها أسس سلوكية مهمة.

ج. التدريب على المحاكاة اللغوية بالصوت والكلمة

إن من الحكمة أن تدرس هذين الأسلوبين مبكراً للطفل التوحدى وتكرس هذا يومياً عند كل فترة تدريب للمحاكاة اللغوية يعتمد على كيف تشعر الطفل بأهمية الحديث، ويجب أن ندرك أنه لن تصل إلى نتيجة إيجابية إن لم يكن تقضي حوالي ساعة من كل يوم لتعليم الطفل التوحدى، إن الأطفال من التوحدين الذين يصبحون بارعين في المحاكاة اللغوية ليس في مقدورهم تعلم لفظ ومعنى الصوت معاً، ربعاً يتعلم تقليد الكلمات فقط.
رابعاً : **مقومات نجاح البرامج التأهيلية للطفل التوحدى**

لكي تكون هناك برامج خدمات فعالة وناجحة ومناسبة للأطفال التوحدين وأسرهم فلا بد لها أن تقوم على أساس وضوابط ومبادئ أساسية مستمدة من الأهميات العلمية والتطبيقات الميدانية ، ومن أهم هذه الأسس والمقومات ما يلي:

- الاكتشاف والتدخل المبكر لتقديم الخدمات المناسبة للطفل التوحدى (تشخيص وقياس).
- تقديم الخدمات في أقل البيئات عزلأ قدر المستطاع مع مراعاة درجة وطبيعة الإعاقة لدى الطفل .
- تبني مبدأ الخطة التربوية الفردية وتفعيله من خلال إعداد برنامج خدمات فردي لكل طفل على حدة .

- استخدام تطبيق برامج تعديل السلوك المستمدة من التحليل السلوكي التطبيقي ، من خلال إعداد وتنفيذ برنامج تعديل سلوك فردي حسب احتياج الطفل وطبيعة السلوك لديه .
- تقييم مستوى أداء الطفل قبل وأثناء التحاقه بالبرنامج لمعرفة مستوى أدائه الحالي ، والذي على ضوئه يتم تصميم البرنامج التربوي والتدرسي الفردي للطفل .
- أن يقوم على البرنامج التربوي أشخاص متخصصون ، ويفضل من لديه درجة البكالوريوس تربية خاصة (متخصص توحد أو اضطرابات سلوكية) أو دبلوم بعد البكالوريوس في هذا المجال على الأقل .
- توفر الخدمات المساعدة في البرنامج مثل علاج النطق والعلاج الوظيفي والعلاج الطبيعي والإرشاد النفسي والتربية الفنية والبدنية ، وغيرها .
- العمل كفريق متعدد التخصصات ، مع تحمل مسؤولية مشتركة .
- إعطاء الأولوية لتدريب الطفل على المهارات الاستقلالية والاجتماعية وال التواصلية ومهارات التروبيح واستثمار وقت الفراغ مع مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال .
- تنظيم بيئة التعلم واستخدام المثيرات البصرية بشكل مكثف أثناء عملية التدريس ، وتصميم الجداول المنظمة للمهام التعليمية والتوفيقية للطفل تنظيمياً جيداً (التدريس المنظم) .
- دمج الطفل في مجتمعه المحلي من خلال الأنشطة المختلفة كالزيارات الميدانية لبعض المنشآت والجهات والمؤسسات العامة والخاصة وتقديم الخدمات التربوية والتدرية له في البيئة الطبيعية قدر المستطاع .
- تدريب معلمي ومعلمات الطفل التوحدي والمخصصين الآخرين العاملين معه قبل وأثناء الخدمة (مع التركيز على التدريب أثناء الخدمة) .
- تدريب آباء وأمهات الأطفال التوحديين وإخوانهم وأخواتهم وإطلاعهم أولًا بأول على ما يحدث للطفل في البرنامج ، وتشجيعهم على تدريب طفلهم في المنزل .
- التقييم المستمر لأداء الأطفال في البرنامج لمعرفة مدى فعاليته وإجراء التعديلات والتطوير اللازم على ضوء ذلك .

- التخطيط المنظم للحفظ على ما أكتبه الطفل من مهارات وتعظيمها بهدف زيادة فعاليتها واستخداماتها الوظيفية .
- استمرار الخدمات الخاصة المقدمة للأطفال التوحديين وعدم توقفها عند سن معينة أو انتهاء مرحلة تعليمية أو تدريبية معينة .
- ربط الخدمات الخاصة المقدمة في برنامج الطفل التوحيدي بمستجدات الدراسات والبحوث العلمية في مجال التوحد .
- أن يكون لكل طفل معلم أو لكل طفلين معلم (مع مراعاة الفروق الفردية بين الأطفال التوحديين من حيث درجة الإعاقة ومستوى الأداء) .
- أن يكون معدل ساعات التعليم والتدريب التي يتلقاها الطفل التوحيدي (25) ساعة أسبوعياً.

المحور الثاني

تحسين بعض الجوانب اللغوية والمعرفية لدى

ذوي إعاقة النمو الشاملة

أولاً : برنامج لتنمية اللغة لدى الأطفال ذوي اعاقات النمو الشاملة
طريقة (SMILE)

تم تصميم هذا الاسلوب من قبل (Enid,w.1999) بهدف تنمية مكونات اللغة للطفل التوحدي وهذا المنهج لا يحتاج لتكليف باهظة الثمن ويمكن تطبيقه من قبل الآباء والمربيون بشكل جماعي.

الفئة المستهدفة

يقدم هذا البرنامج للأطفال الذاتيين من تطبق عليهم الشروط التالية:

- عمرهم من (8-12) سنة
- مستوى ذكاء الطفل لا يقل عن (50 - 75)
- نسبة توحد متوسطة

ويكتوي على خمس وحدات أساسية لتدريس المكون اللغوي وهي:
الوحدة الأولى (جذب الانتباه والتقليد)

الهدف من هذه الوحدة:

تعظيم السلوك الانتباهي للطفل التوحدي في كل موقف تعليمي
خطوات الوحدة الأولى:

- بداية نبدأ بتدريبات جذب الانتباه وتستمر إلى تدريس الأصوات المفردة والمحروق ثم تركيبات المحروف المترسبة والثابتة.
 - لابد من تعليم مهارات التلقى والانتباه من خلال انشطة تقردهم إليها المعلمة
- تدريبات جذب انتباه:
- يجلس الطفل على كرسي في مواجهة المعلمة
 - يتم النداء عليه باسمه

- يأتي الطفل ويقف في الطابور امام المعلمة
 - اعطاء اوامر بسيطة وان لم يقم بالسلوك نقدم اليه مساعدة جسدية لمساعدته على القيام به
- الوحدة الثانية**

تعلن هذه الوحدة بقول وكتابة 50 اسماء عندما يرى الطفل صور او اشياء تشير اليها هذه الاسماء وتنطوي هذه الوحدة دمج الاوصوات لتكوين الاسماء وربط المعاني بالاسماء التي ترى او تسمع وتشمل ايضا كتابة مثباتات السرعة والاسماء.

الوحدة الثالثة

- تختص هذه الوحدة بتعليم الافعال والارقام والالوان وعملية الجمع

الوحدة الرابعة

وهي لتعليم الجمل البسيطة مثل:

انا ااري.....
هذا.....
انا اريد.....

• ويتم تعليم الاستلة فورا بعد تعليم كل جملة وذلك للتشجيع على الاستماع والمهارات المعتمدة على الدور.

• ويتم تقديم ضمير الملكة (لي) وذلك بالسؤال عن صور الاباء والاخوة وعائلات الطفل الشخصية.

• ويتم تعليم حروف الجر بدءا (في ، على ، تحت) وفور تعلمهم تلك الحروف تنتقل ل (اين ؟

الوحدة الخامسة

وتحتخص (بالقصص الوصفية)

ونقدم هذه الوحدة القصص الوصفية وتبدأ بالقصص عن الحيوانات و في البداية تختبر هذه القصص على جمل لا تزيد عن اربعة جمل ومطلوب معرفة هذه القصص عن ظهر قلب بما في ذلك قراءتها وكتابتها وتدريس الضمائر من (هي ، هو ، هم) عند تريض اوصاف الناس.

الأنشطة التي يقدم من خلالها البرنامج:

أولاً: أنشطة حركية :

من مثل (القفز ، الوثب ، لمس اصابع القدمين ، حركات الرجلين والاذرع ، الرمي ، المسك)

ومن اهداف الأنشطة الحركية:

- تساعد على تقویة الانتباہ والتراكیز لم
- تساعد على تقویة مهارة التقليد
- تساعد في تمية المدرکات العقلیة للطفل التوحیدي والتي من خلال تجربتها تتمیز
- مهارات الاتصال اللغوي مثل (الفهم ، الربط ، التسمیة ، الالوان)
- تساعد في تفريغ الطاقة الكامنة لدى الاطفال التوحیديين
- تساعد في دمج الطفل اجتماعيا
- تتمیز السلوکات الابیاھیة مثل (التعاون ، احترام الطابور ، الاستذان)

ثانياً: انشطة ذهنية :

تهدف هذه الأنشطة لتنمية الكثير من المفاهیم المختلفة والتي من خلالها يتم الاتصال اللغوی مع الآخرين

ومن اهداف الأنشطة الذهنية:

- تتمیز الانتباہ والتراكیز
- تتمیز المفاهیم المكانیة (فوق ، تحت ، يمين ، شمال ، امام ، خلف)
- تتمیز مفاهیم الالوان والاشکال والاحجام ومهارات التصنيف والتسلسل
- تتمیز المهارات اللغویة (الفهم / التقليد / الربط / التعریف)

ثالثاً : الأنشطة الفنية:

ومن اهداف الأنشطة الفنية:

- تتمیز مهارات الانتباہ والتراكیز
- تتمیز مهارات التعبیر عما يقومون به
- تتمیز القدرة على التقليد والنسخ

- تربية مهارات التواصل
 - تربية مهارات التعبير عن الذات
 - الاحساس بالثقة من خلال الانتاج الفني
- المبادئ الاساسية التي يجب اتباعها عند تطبيق البرنامج مع الاطفال التوحيديين:
- التدريب المتكرر لثبت المهارات عند الاطفال التوحدي
 - عمل جدول يومي روتيني يومي مع هؤلاء الاطفال
 - لا بد من الجمع بين اعطاء التعليمات وتنفيذ الحركات المناسبة وذلك عند طلب تنفيذ مهمة ما.
 - اثارة الدافعية عند هؤلاء الاطفال لتحسين الانتباه وتعلم مهارات جديدة
 - توفير الوقت المناسب لتنفيذ المهمة
 - وضع المهمة في خطوات صغيرة
 - لا بد من وضع نموذج يقلده الطفل في كل خطوات تعليم مهمة ما
 - توفير المكان المناسب لتطبيق البرنامج على ان يكون بعيدا عن الموضوعات
 - استخدام اساليب التعزيز المناسبة
 - مراعاة الفروق الفردية بين هؤلاء الاطفال

ثانياً: برنامج لتعليم القراءة للطفل التوحدي

هناك طريقتان لتدريس مهارات القراءة للأطفال التوحيديين :

- الطريقة التركيبية: وهي التي تعتمد على هجاء أصوات الحروف وتركيبها لنطق الكلمة.
- الطريقة التحليلية: وهي تعتمد على قراءة الكلمات مباشرة ثم دارسة أجزائها ويتوقف اخبارنا لاحدى الطريقتين على حالة الطفل واستعداداته وإمكانياته وأسلوبه في التعلم.
- وفي الطريقة التحليلية وكذلك التركيبية يجب أن تبع نهج القراءة الوظيفية حيث ندرب الطفل على :
- اسمه، واسم والده، ووالدته، وأسماء أخوته وأصحابه، واسم مدرسته، وعنوانه.

- قراءة بعض الكلمات البسيطة مثل: ماكولات، وفاكهه، حضرارات، وأشياء يستخدمها في حياته اليومية

ونعرض فيما يلي بشيء من التفصيل الطريقة التحليلية والتركيبة:
الطريقة التحليلية:

لتوضيح هذه الطريقة نعرض اجراءات تدريب الطفل على قراءة كلمة بالطريقة التحليلية، فعند إعطاء كلمة مثل أحد الأطفال لكي يعرف اسمه، فإننا ندربه عليها كالتالي :-

• نكتب الكلمة في صفحة كاملة وبخط واضح ثم نقرؤها بصوت يجذب انتباه الطفل مع الإشارة إليها، على أن نكررها ثلاث مرات (أو أربع مرات) متالية مع ترك ثانية بين كل مرة تنطق فيها الكلمة، ثم نجعل الطفل يشير إلى الكلمة مع تكرار نطقها.

• نضع صورة للطفل في أعلى الصفحة ناحية اليسار، ونقوم بنفس الإجراء السابق، حيث نكتب الاسم في صفحة بيضاء ويكون حجمه كبيراً ويمكن أن يقوم الطفل بأكثر من نشاط، مثل :

- تلوين الاسم بلون فلوما ستر .

- تلوين بلون الشمع .

- لصق جبوب على الاسم .

- لصق أسطوانات رفيعة أو شرائط من الصلصال .

• نكتب الاسم في صفحة مع كلمتين لم يدرسهما الطفل، ونجعله يضع علامه عليه .

• نكتب الاسم أعلى الصفحة، وغلا الصفحة بكلمات من بينها كلمة سامي مكررة عدة مرات، ونجعل الطفل يضع علامه على كل كلمة سامي تقابلها

• نحضر مجلة أو جريدة، ونجعل الطفل يستخرج كلمة من الصفحة على أن تكون خط واضح .

• في هذه الطريقة يتم تدريس الحروف المجائية للطفل منفصلة، ثم تركيزها لنطق الكلمات على أن يتم دراسة صوت الحرف وليس اسمه، مثل : حرف الف، وهكذا في جميع حروف المجاء الباقية .

- عند اتباع هذه الطريقة فليس شرطاً أن ندرس للطفل الحروف المجانية بالترتيب، وإنما نقوم باختيار الحروف السهلة، وبعد أن ندرس للطفل ثلاثة حروف أو أربعة، نبدأ بتكوين كلمة من هذه الحروف ويقوم الطفل بهجاتها.

الطريقة التركيبية:

إذا أردت تدريس فكرة الهجاء للطفل فابداً بكلمة حروفها سهلة، مثل: كلمة ولد أو علم ونقوم بالأأتي :

- أكتب حرف (و) مع نطقه بشكل واضح .
- اصنع حرف (و) والصقه على ورقة واجعل الطفل يمر بيده على الحرف ويفرس فيه ساميرو، على أن يتبع في غرس المسامير اتجاه رسم الحرف .
- رسم الحرف على ورقة وحدده بمجل أو بخيط سميك واجعل الطفل يلونه .
- رسم الحرف على ورقة واجعل الطفل يلونها ويلصق عليه جبوباً أو خرزأ .
- بعد أن يكون الطفل قد حفظ شكل الحرف ونطقه، كرر معه الإجراءات التي سبق ذكرها في الطريقة التحليلية .
- بعد ذلك كرر الإجراءات السابقة مع حرف (ل) وحرف (د) ثم ركبتها معاً واجعل الطفل يقرأها بالترتيب، ويتعلم كلمة ولد عن طريق هجاء حروفها بالترتيب .
- بعد أن يدرس الطفل كلمة ولد مثلاً أعطيه حرفآ آخر أو حرفين، ثم كون من حروف كلمة ولد، والحرفين الآخرين، كلمة جديدة، مثل: تدريس حرف (ع) وحزم (م)، وأعطي الطفل كلمة (علم) بنفس الطريقة . وهذه الطريقة تجعل الطفل متمنكاً من هجاء أي كلمة بعد أن يكون قد درس جميع الحروف، كما أنها تحتاج إلى تدريب مستمر ودرجة تكرار كبيرة لكل تدريب وهذا ينطبق على باني أطفال الاعاقة .

ثالثاً: تنمية التفكير لدى الأطفال ذوي اعاقات النمو الشاملة

- التفكير بالصور، وليس الكلمات.
- عرض الأفكار على شكل شريط فيديو في خيالهم، الأمر الذي يتيح إلى بعض الوقت لاستعادة الأفكار.
- صعوبة في معالجة سلسلة طويلة من المعلومات اللغوية.

- صعوبة الاحتفاظ بملوحة واحدة في تفكيرهم، أثناء محاولة معالجة معلومة أخرى.
 - يتميزوا باستخدام قناة واحدة فقط من قنوات الاحساس في الوقت الواحد.
 - لديهم صعوبة في تعميم الأشياء التي يدرسونها أو يعترفون بها.
 - لديهم صعوبات في عدم اتساق أو انتظام إدراكيهم لبعض الأحساس.
- وتبين المعلومات المتوفرة حول التواصل الاجتماعي لدى هؤلاء الأفراد أنه من المعتدل أن:
1. تكون لديهم صعوبات في فهم دافع الآخرين وتصوراتهم حول المواقف الاجتماعية.
- ب. يواجهون صعوبة في معالجة المعلومات الحسية التي تصل إليهم، مما يؤدي إلى وجود عباء حسي
- ج. يستخدموا العقل بدلاً من المشاعر في عمليات التفاعل الاجتماعي. ولذلك، وبناء على افتراض أن التلاميذ التوحديين يكتسبوا المعلومات بطريقة مختلفة، فإنه يجب أن يكون هناك توافق بين أساليب التعلم عند هؤلاء التلاميذ، وطرق عرض المواد لهم. حيث يجب أن يبدأ المعلمنون بالعمل على الاستفادة من نقاط القوة عند التلاميذ التوحديين. ويجب على المعلمين أن يقوموا بوضع بنية ثابتة *structure* أثناء التدريس.

البنية الثابتة Structure

- تعتبر البنية الثابتة من الأمور الحيوية عند تدريس الأطفال المصابين بالتوحد، ويمكن تعزيز الأنشطة بنية ثابتة تعتمد على:
- تنظيم المواد المطلوبة للدرس.
 - وجود تعليمات واضحة.
- وجود نظام هيكلى لتقديم التلميحات المساعدة للطفل، بحيث لا يتم تقديم الإجابة أو الاستجابة المطلوبة مباشرة، بل يتم مساعدة الطفل على الوصول إلى الاستجابة المناسبة بتقديم تلميحات تنتقل بالطفل من درجة إلى أخرى (من السهولة) حتى يصل إلى الاستجابة المطلوبة.
- كما يتم تعزيز البنية الثابتة باستخدام أعمال روتينية وأدوات مرئية مساعدة لا تعتمد على اللغة. فالروتينيات المتكررة تسمح له بتوقع الأحداث، مما يساعد على زيادة التحكم في

النفس والاعتماد عليها. فالسلسل المتعدد للأحداث : يوفر الانتظام وسهولة التوقع بالأحداث، يساعد على إنشاء نسق ثابت لكثير من الأمور، كما يوفر الاستقرار والبساطة، ويجعل الفرد يتظر الأمور ويتوقعها، الأمر الذي يساعد على زيادة الاستقلالية.
وهناك ثلاثة أنواع للروتينات:

أولاً: الروتينات المكانية: التي تعمل على ربط موقع معينة بأنشطة معينة، والتي يمكن أن تكون على شكل جدول مرنٍ تُستخدم كجدول يومي للأنشطة.

ثانياً: الروتينات الزمانية التي تربط الوقت بالنشاط وتعدد بداية ونهاية النشاط بشكل مرنٍ وواضح.

ثالثاً: هناك الروتينات الإرشادية، التي توضح بعض السلوكيات الاجتماعية والتواصلية المطلوبة.

وتعمل الأدوات المرئية المساعدة على إضافة بنية ثابتة للتدريس، حيث إنها ثابتة زمنياً ومكانياً ويمكنها أن تعبّر عن أنواع متعددة من المواد، كالمواد المطبوعة، والأشياء الحية الملموسة، والصور. وعادة ما نفترض أن الكلمات المطبوعة تعتبر أصعب، فال أدوات المرئية تمتاز بما يلي:

- تساعد الطفل على التركيز على المعلومات.
- تعمل على تسهيل التنظيم والبنية الثابتة.
- توضح المعلومات وتبيّن الأمور المطلوبة.
- تساعد الطفل في عملية التفضيل بين أكثر من خيار.
- تقلل من الاعتماد على الكبار.
- تساعد على الاستقلال والاعتماد على النفس.

كما أن الأنشطة المرئية مثل تجميع قطع الألغاز puzzles، وحرف المجاء، والطباعة، والكتابة، وقراءة الكتب، واستخدام الكمبيوتر كلها تتميز بوجود بداية ونهاية واضحين مما يساعد على وضع تلك المهام.

رابعاً: برنامج لتنمية بعض المهارات المعرفية لدى الأطفال ذوي اعاقات النمو الشامل

تنمية مهارات الاستعداد

أن مهارة الاستعداد هي الأساس اللازم لمهارات العناية بالنفس ومهارات اللعب.... وتشمل مهارات الاستعداد: الإمساك بالأشياء، الجلوس، القيام، المشي، اتباع التعليمات البسيطة، التنسيق بين عمل كل من الأعين والأصابع واليدين والأرجل للعمل معاً في توافق وهذه المهارات يتعلّمها الأطفال العاديين بشكل تلقائي لذلك لا تخطر على بال البعض إنها مهارات يجب أن يتعلّمها الطفل.

ومهارات الاستعداد (مثل: الوقوف، الإمساك بالكوب، الاستجابة للنداء) تعتبر بداية للعديد من المهارات الأخرى، وكثير من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لا يكتسبون مهارات الاستعداد بسهولة، ومن المعروف أنه أثناء نمو الطفل توجد مهارات تسبق الأخرى زمنياً فمن الطبيعي أن يتّعلم الطفل مهارة الوقوف قبل المشي

تنمية القدرة على ترتكيز الانتباه

يعتبر ترتكيز الانتباه من أهم المهارات على الإطلاق فانت الآن وأنت تقرأ تركز كل حواسك على هذه الكلمات ولا تعطي أي اهتمام للمؤثرات الأخرى .

أما بالنسبة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة فإن ترتكيزهم على شيء لفترة طويلة من الزمن يعد أمر صعب عليهم فالطفل الذي يتّعلّم في مقعده والذي يهيم ببصرة أو بتفكيره أو الذي لا يستجيب لمن يناديه باسمه هم جيئاً أطفال ليس لديهم استعداد للتعلم. فلذلك يبدأ الطفل فعلياً التعلم يجب أن يتبّعه للشيء الذي سيتعلّمه ولا يلتقط لأي شيء آخر.

تعليم الانتباه

مثال

ام كانت تعلم طفلها أن يشرب من الكوب ولكن كل جهودها جاءت بالفشل والإحباط فـ دائماً زانع العينين لا يستجيب لندائها يلعب بالكوب ويرميه فقامت إلام بما يلي:

- تحديد مهارة معينة من مهارات الاستعداد: هو أن ينظر إليها عندما تناديه
- إعداد ظروف التعليم. خمس دقائق في كل ظهرية

- تخصيص مكان للتدريب وإخلائه من المشتات
- اختبار المعزز. اختبار نوع الطعام المفضل لدى الطفل
- التشكيل : قامت بمراقبته إلى أن اقترب من الكرسي وبتوجيه جسدي ولفظي قالت: أجلس بكل هدوء وما إن جلس حتى قامت بتعزيزه
- الانتظام في التعلم مع تقليل المساعدة
- ملاحظة التقدم

تعليم طفل مهارة الانتباه:

- نصف بالقرب من الطفل.
- النظر في مستوى نظر لطفل.
- مناداته باسمه
- النظر في عين الطفل
- اختبار الكلمات المناسبة
- تثبيت الكلمات المستخدمة
- استخدام الإشارات والإيماءات

مهارات الانتباه الأساسية

- نظر الطفل لمن يناديه
- حضور الطفل لمن يناديه
- التعرف على الأشياء بأسمائها
- اتباع التعليمات البسيطة
- التقليد

مهارات استخدام العضلات الكبيرة

- الجلوس
- القيام من على الكرسي
- المشي
- الصعود والهبوط من على السلم

مهارات استخدام العضلات الدقيقة
الدفع ، الجذب ، الإمساك ، الاستدارة .
الإمساك بالأشياء وتركها .
الألعاب المائية .

وضع الأشياء داخل ثقب في صندوق .
مسك الأشياء الدقيقة بين السبابية والإبهام
أسماء الألوان أو تسمية الألوان

هدف عام : تربية استخدام الصفات وإثبات فهمه للألوان .

هدف خاص : تسمية أربعة ألوان أساسية أو مبدئية بصورة تعبيرية .

الأدوات : مكعبات ملونة (أحمر - أصفر - أخضر - أزرق)



الإجراءات : أجلس على المنضدة بحيث تكون
لطفلي ثم ضع أربع مكعبات ملونة بالألوان
 أمامه ، وعندما يستطيع الطفل أن يستجيب
 صحيحة ول يكن بنسبة 90 % من وقت طلبي
 ، فنقول له أعطني الأزرق .

ملحوظة

قبل بداية العمل يجب أن يبدأ أولاً في معرفة الطفل وإكسابه هذه الألوان ، وأنت في صدد العمل مع الطفل أتيت وردد تسمية هذه الألوان معه ، يجب أن تتأكد أنك تلقى تعليماتك بطرق وبطريقة ثابتة في رنين القول ، كما يجب أن تتأكد من أن الطفل يسمع صوتك جيداً ويشاهد حركات فمك في الكلام أو النطق ، في هذا النشاط أبداً في المعاونة على اللون ثم اسأل : ما اسم ذلك اللون ؟ كما يجب أن تتح على أن يهمس باسم ذلك اللون لنفسه ، وإذا حاول الطفل أن يسمي اللون أعيد له على الفور اسم ذلك اللون ثم كافة بكلمة (شاطر يا) أنه اللون الأزرق صحيح .

استمر في النشاط ، حاول أن تزيد من فرص الطفل لكي يجرب بطريقة ترميمية تعبيرية ، يجب الا تقل على الطفل في البداية وذلك بسبب أنه يكون أكثر ارتياحاً في استقبال النشاط (ووجهة النظر في ذلك أنك عندما تقل عليه يداً في الملل من هذا النشاط) ، يجب أن يستخدم الطفل بترنيمه في تسمية الألوان بصورة أكثر وأكثر وذلك لكي يزيد من فهمه للإجراءات .

رواية القصة

- إدراك الألفاظ والصفات - والمحادثة - عمر عقلي من (4 إلى 5 سنوات)
- إدراك الأداء - اللغة الاستقبالية - عمر عقلي من (3 إلى 4 سنوات)
- التفاعل الاجتماعي والتفاعل الفردي - عمر عقلي من (2 إلى 3 سنوات)
- الأداء المعرفي
- هدف عام : لإثبات القدرة على اللغة التعبيرية بالإضافة إلى الذاكرة .
- هدف خاص : لكي يعيد أحداث قصة مرتبة حدثاً فاصلة فقط على حدة على شيء .
- الأدوات : التلفزيون .
- الاجرامات
- الطفلة تحتاج إلى استخدام مهارات تربية اللغة ، حيث غالباً من الممكن أن تستولى عليها ، وذلك بسبب أنها تعمل جيداً عندما لا تظن أنها تعمل وأيضاً جبها للتلفزيون .
- استخدم عروض التلفزيون كوسيلة لإظهار القدرة على الكلام والتحدث . بعد أن شاهد الطفلة الشي المفضل لها من عروض في التلفزيون اختار عرض يكون قصير وسهل ، ثم أسلماً أسللة بسيطة وسهلة عن ما شاهدته حالاً في ذلك العرض ، حاول أن تجعلها أن تقضي الحدث كاماً لك : على سبيل المثال : إذا شاهدت شارع سمس ، يجب أن تسأله عن ماذا حدث للأوسكار ؟ وبعد أن تعطي لك مجموعة اجابات يمكنك السؤال : وبعدين ماذا حدث ؟
- حاول أن تجعلها أن تتحدث عن العرض على قدر المستطاع .
- الطفلة سوف تتعلم أسهل بواسطة الكلام عن طريق شيء هي تحبه أو مهتم به أو من شأنه أن يسعدها ، ومن الممكن لهذا النشاط أن تكرره في أوقات فراغها أيضاً .

رواية القصة (الجلسة الثانية)

- إدراك الألفاظ والصفات - والمحادثة - عمر عقلي من (5 إلى 6 سنوات)
- إدراك الأداء - اللغة الاستقبالية - عمر عقلي من (3 إلى 4 سنوات)
- الأداء المعرفي

- هدف عام: لإثبات مهارات المخادنة وإظهار القدرات الاجتماعية .
 - هدف خاص: لوصف أربع أو خمس شخصيات موجودة في الصور بدون أي اختفاء
 - الأدوات : بعض الصور البيطة لقصص .
 - الإجراءات
- أجلس مع الطفل في المكان الذي تفضله سريرًا ، والذي يمكنكم من مشاهدة صور القصص بوضوح ، إبدأ في عرض الصورة عليه وحاول أن تحصل منه على شرح ماذا يحدث في الصورة ؟
- وذلك بأكبر قدر ممكن من التفاصيل حيث يستطيع .
- سوف يحتمل في البداية أن توجه انتباه الطفل للأجزاء المتعددة في الصورة ، وذكره دائمًا بوصفيها أو شرح ما في الصورة ، ولكن حاول بأن تتركه بمفرده يفهمهم مع نفسه وبأصعبه من خارج الصورة لوصف ما يوجد بها من أحداث .
- ومن أنواع الأسئلة التي يحتمل أن تسلمها له في البداية تشمل علي
- ماذا يرتدي الطفل ؟
 - لماذا يشعر ؟ وهل هو سعيد أم حزين ؟
 - هل يوجد أي حيوانات في الصورة ؟
- حاول أن تتركه يبدأ بمفردة ثم بعد ذلك أسمح له بأن يصف ما في الصورة بكل تفاصيلها إن أمكن ذلك أو على قدر المستطاع الإجراءات
- مفهوم الوقت

- إدراك الألفاظ والصفات - والتعبير - عمر عقلي من (5 إلى 6 سنوات)
 - إدراك الأداء - اللغة الاستقبالية - عمر عقلي من (3 إلى 4 سنوات)
 - الأداء المعرفي
- هدف عام: لإثبات القدرة على معرفة المفردات والمعاني و القدرة على معرفة مفاهيم الوقت .
- هدف خاص: للقدرة على استخدام الكلمات مثل (أمس - اليوم - وغداً) مع استخدامهم في غرض معين .

- الأدوات: ورق (شبات كبيرة) أو ورق مقروي - قلم ماجيك - صور غشل أو تصور أحداث الحياة الروتينية للطفل .
- الاجراءات
 - قم بعمل خطط يوضح او يصور او يمثل أيام الأسبوع (انظر في الشكل الموجود في الورق) .
 - استخدم الصور التي تصور او غشل ماذا سوف يفعل الطفل أثناء كل يوم . كل صباح خذ الطفل إلى هذا الخطط وأبدأ في شرح هذا الخطط له ، ابدأ أولاً : ماذا سوف يفعل أثناء اليوم .
 - وقل أنظر يا ... اليوم سوف نذهب إلى المدرسة ثم بعد ذلك سوف نتناول وجبة الغذاء ثم مشاهد التلفزيون ، أكمل أو شدد على كلمة اليوم ثم أسأله لكي يكرر أو يعيد ماذا سوف يفعل ؟ ، كما يجب عليك أيضاً أثناء ذلك النشاط أن تحدّف واحدة من صور النشاط التي توضح أحداث اليوم والتي سبق لك وأن شرحتها له ثم تأسأله : ماذا بعد أنت سوف تفعله أثناء اليوم ؟ بعد أن أصبح الطفل متقدّماً لمفهوم اليوم أعيد له الإجراءات أو التعليمات ولكن أيضاً أبدأ بتعليمه مفهوم الكلمة (الأمس) و بعد أن يذهب اليوم أرجع يوم واحد من على التبعة وأري الطفل ماذا هو فعل في اليوم السابق ، وقل له أنظر يا أمس ذهبنا إلى المدرسة واتغديت كذا ... ولعبت بالخارج ، ثم أسأله : أنت عملت أي أمبارح ؟ أرجع به إلى الخطط إذا ظهر عليه علامات الخبرة بعد المعرفة ، كما يجب أيضاً أن تكون مبتسماً الوجه لكي توضح للطفل ما هذا اليوم ، وبعد أن يتعلم الطفل أن يستخدم مفهوم (اليوم) (والأمس) بإتقان ، أبدأ في إعادة التعليمات عليه على مفهوم (الغد) .

أيام الأسبوع

- إدراك الأنفاس والصفات - والتعبير - عمر عقلي من (5 إلى 6 سنوات)
- إدراك الأداء - اللغة الاستقبالية - عمر عقلي من (3 إلى 4 سنوات)
- الأداء المعرفي
- هدف عام: لإثبات القدرة على اللغة التعبيرية ولمعرفة مفهوم الوقت .

- هدف خاص: لمعرفة أسماء أيام الأسبوع .
 - الأدوات: مخطط موضح عليه أيام الأسبوع .
 - الاجراءات
- عندما يستطيع الطفل أن يستعمل مفهوم (اليوم) و (الغد) و (الأمس) باتفاقه أبداً في تعليميه أسماء أيام الأسبوع .
- استمر بنفس النشاط الذي استخدمته لتعلم المعاني والكلمات (الأمس - وغداً) ولكن أبداً بدمج أسماء الأيام ، على سبيل المثال : خذ الطفل إلى المخطط الموضح عليه أيام الأسبوع .
- وقل له : انظر يا اليوم الاثنين وسرف يجيب أن تذهب إلى المدرسة وبعد ذلك تناول الغداء ويكون كذا وبعد ذلك تقوم بالسباحة ، حبه على تكرار ما قولته حالاً متضمناً ذلك اليوم ، إذا هو حذف يوم من الأيام قل له انظر يا .. اليوم هو الاثنين - النهاردة أيه ؟ فنقول النهاردة الاثنين مرة أخرى ، حاول أن تجعله يستخدم أسماء الأيام في كل جزء من أجزاء النشاط .
- أعد إلقاء التعليمات مستخدماً النشاطات بقولك أمس كان الأحد (أنت ذهبت إلى الملاهي وأكلت بيتراد في الغداء . وعندما سأله سؤال عن المخطط ، أسأله سؤال مستخدماً فقط أسم اليوم .
- على سبيل المثال : استبدل سؤالك (منا فعلت أمس ؟) ثم قل : أمس كان الأحد : ماذا فعلت يوم الأحد ؟ بعد كل إعادة من النشاط نقول له أسماء السبع أيام في الأسبوع في أمر مناسب .
- حاول أن تجعل الطفل أن يقول الأسماء معك ، في البداية يجب أن تحفظ أزواج الأيام عن طريق مفهوم أنت تعرفه مثل (أمس - اليوم - وغداً) ولكن كما تزداد قدراته أو مهاراته .
- أترك يوم من أيام الأسبوع ثم أسأله : ماذا سوف يفعل في أي يوم يذكر له أو أنت تقوله له في أيام الأسبوع ؟

المحور الثالث

تحسين بعض الجوانب الاجتماعية لدى ذوي اعاقات النمو الشاملة

اولاً : تنمية التفاعل الاجتماعي

عند تنمية التفاعل الاجتماعي يجب استخدام ما يلي:

- سلسلة متعددة من المواقف الاجتماعية.
- مجموعة معدة مسبقاً من المحادثات الشفهية المتزنة.
- رسائل شفهية تتمشى مع النشاط الحالى.
- الاستخدام الآنى للكلام والأدوات المرئية المساعدة.
- الوقفة كاستراتيجية من استراتيجيات التعلم، أي توقف بين فترة وأخرى.
- البالغة (في إظهار العواطف مثلاً...).

ويختصار أنه من الفضولي جداً تطابق طرق التدريس مع طرق التعلم الإدراكي (الذهني) والاجتماعي للشخص المصاب بالتوحد. كما أن استخدام البنية الثانية على شكل روتينات وأدوات مرئية مساعدة يعمل على تعزيز التعلم عند هؤلاء الأطفال.

ارشاد الوالدين ومعلمي ذوي طيف التوحد

- يفكر كثيراً الأشخاص المصاين بالتوحد باستخدام التفكير المرئي، وذلك باستخدام الصور، بدلاً من اللغة أو الكلمات. حيث تبدو أفكاره كشريط فيديو يراه في خيله. فالصور هي لغته الأولى، والكلمات لغته الثانية. كما أن تعلم الأسماء أكثر سهولة من تعلم

الأفعال، حيث يمكنه من أن يكون صورة في خيلته للأسم، بينما من الصعب عمل ذلك بالنسبة لغير الأسماء. كما تنصع المعلمة أو المعلم بعرض الكلمات بصورة واضحة للطفل، وذلك باستخدام الألعاب مثلاً.



- حاول تجنب استخدام كلمات كثيرة وأوامر أو تعليمات طويلة. حيث يواجه الأشخاص المصابين بالتوحد مشكلات في تذكر تسلسل الكلمات. وذلك يمكن كتابة التعليمات على الورق إذا كان الطفل أو الشخص يستطيع القراءة.
- لدى كثير من الأطفال المصابين بالتوحد موهبة في الرسم، والفن، أو الكمبيوتر. حاول تشجيع هذه المواهب وتطويرها.
- قد يركز الأطفال المصابين بالتوحد على شيء ما يرفضون التخلص عنه، كلعب القطارات أو الخرائط. وأفضل طريقة للتعامل مع ذلك هي استغلال ذلك من أجل الدراسة، حيث يمكن استخدام القطارات، مثلاً، لتعليم القراءة والحساب. أو يمكن قراءة كتاب عن القطارات والقيام بعمل بعض المسائل الحسابية استخدام القطارات، كعد مثلاً كم كيلومتر يفصل بين محطة وأخرى.
- استخدم طرق مرئية واضحة لتعليم مفهوم الأرقام.
- يواجه كثير من الأطفال المصابين بالتوحد صعوبات في الكتابة، بسبب صعوبات في التحكم بحركة اليد. للتغلب على شعور الطفل بالإحباط بسبب سوء خطه، شجعه على الاستمتاع بالكتابة، واستخدم الكمبيوتر في الطباعة إذا أمكن ذلك.
- بعض الأطفال المصابين بالتوحد يتعلمون القراءة بسهولة أكبر إذا استخدمو طريقة تعلم الحروف أولاً، بينما يتعلم البعض الآخر باستخدام الكلمات دون تعلم الحروف أولاً.
- بعض الأطفال لديهم حساسية ضد الأصوات المرتفعة، ولذلك يجب حمايتهم من الأصوات المرتفعة (كصوت جرس المدرسة مثلاً)، أو صوت تحرير الكراسي بمكحها في الأرضية. ويمكن التقليل من صوت تحرير الكراسي بوضع سجادة فوق أرضية الفصل.
- تسب الأضواء العاكسة (الوهابجة) (fluorescent lights) بعض الإزعاج لبعض الأطفال المصابين بالتوحد. ولتجنب هذه المشكلة، ضع طاولة الطفل قرب النافذة، أو تجنب استخدام الأضواء العاكسة.
- بعض الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من فرط الحركة أيضاً (hyperactivity)، حيث يتحركون كثيراً، ويمكن التغلب على ذلك إذا تم إلباهم معطف ثقيل يقلل من حركتهم (بوضع أكياس رز أو فول مثلاً لتزيد من وزن المعطف). كما أن الضغط

ارتداء الملابس (السوبر)

- مساعدة النفس في ارتداء الملابس -
- عمر عقلي من (2 إلى 3 سنوات)
- الأداء المعرفي
- هدف عام: هو ارتداء الملابس باستقلالية و بدون مساعدة
- هدف خاص: لارتداء سوپير أو تي شيرت بدون مساعدة .
- الأدوات: سوپير أو تي شيرت .
- الإجراءات
- أعد الإجراءات السابقة كل وقت أنت تساعد الطفلة فيه ، ضع التبشيرت أو السوپير ، ضع ذراعها الشمال في الكم الشمال ، ثم ضع الكم اليمين على كتفها اليمين ، قل لها : يا إلبي السوپير.
- أرشدها لكي تدخل ذراعها اليمين في الكم ، قدم لها بعد ذلك الإجراء التدعيم فوراً .
- أعد هذه الخطوة لوحدها مرات عديدة ، بالتدريج قلل من مساعدتك لها حتى تستطع أن تضع ذراع واحد خلال أو في الكم المناسب ، ويكون الذراع الآخر جاهزاً في الكم الآخر ، عندما تستطع أن تنبعج في إكمال هذه الخطوة بدون مساعدتك ، حاول أن تنقل إلى المرحلة التي تليها .
- أريها كيف لها أن تمسك السوپير وفتحه بنفس الطريقة في كل مرة .
- ثم علق الكم الثاني على كتفها مثلما فعلت من قبل . عندما تستطع أن تثال إنجاز كلاً من الخطوتين مع إدخال الكمين ، إذا ترددت في جعل الكم الثاني على كتفها لكي ترى إذا حاولت أن تكتشف مكان الكم بنفسها ، ذكرها بقولك (ارتدي السوپير) في كل وقت تدريجياً قلل من مساعدتك لها حتى تستطع بيساطة عندما تعطي لها السوپير أن تقول لها (أرتدي السوپير) وأجعلها تبدأ إذا كان من الضروري
- من المهم أن تأخذ وقت طويل قبل أن تتعلم مهارة ارتداء السوپير .

ثالثاً: برنامج لتنمية القدرة على التواصل الاجتماعي من خلال أنشطة اللعب

من الثابت أن اللعب يكتب أطفال التوحد قيمة بارزة في ثورهم الاجتماعي بل ينحهم بالإضافة إلى ذلك الثقة بالنفس ويعدهم بعمليات التواصل الاجتماعي social communication مع الآخرين سواء كان ذلك في محبي الأسرة ، أو المدرسة ، أو الملعب، فذلك المحيط هو الذي يكتب الطفل المصاب بمرض التوحد من خلاله الإستقلال الذاتي.



وتشكل جموعة الألعاب والأنشطة الرياضية الحركية والجسمية جميعها فائدة كبيرة في إزالة ظاهرة الإنطواء والإحجام التي تشهده عن الأطفال العاديين فإذا حرصنا على ذلك من خلال ما وفرناه من ألعاب هادفة ف تكون قد حققنا له نوعاً من التوافق الاجتماعي مع أسرته ومع أقرانه من أفراد مدرسته.

وحرص الأسرة على مشاركة طفلهم المصاب بالتوحد ، و إختلاطه مع الآخرين الآخرين في نفس المنزل و مشاركتهم اللعب أمر جيد يُماثل تماماً حرص الأسرة المدرسية على مشاركة التوحدى مع أقرانه الطبيعيين في الألعاب التي يمارسونها و مجمل هذه النشاطات الرياضية والألعاب المستهدفة تساعد هؤلاء الأطفال على التفاعل مع الآخرين و تعكس التأثير المستهدفة من علاجهم مستقبلاً.

وهناك جموعة من النقاط الرئيسية من الأفضل للأسرة التعرف عليها قبل البدء في عمليات اللعب هي:

أولاً: التعرف على قدرات و ميول الطفل التوحدى حتى تستطيع أن تهيأ له اللعبة المادفة التي يستطيع من خلالها أن يمارس نشاطه الاجتماعي باللعب بعيداً عن التوتر و العقد والصعوبات التي تعرقل عملية العلاج باللعب.

وأفضل مثال على ذلك الأسرة التي تعرف طبيعة شخصية طفلهم المصاب بالتوحد و مدى تأثيره بعض المثيرات التي تثيره فتراعي فيه هذه الأمور عند اختيار اللعبة المادفة و توازن بيته للعب في العلاج.

ثانياً: عدم إغفال الإعاقة الجسمية إذ أن هناك بعض الأسر التي تغفل الإعاقة الجسمية و القصعف أثناء التعامل مع اللعبة و لا تتبه لأنها في نفسه و تفكير الطفل التوحدى ،

وهذه كلها أمور مهمة لا بد من مراعاتها لأن هناك من لديه إعاقات سمعية أو بصرية أو لسنية ولهذا يجب مراعاة هذه الظواهر المعاينة وخاصة لدى التوحدين لأن جميع هذه الملاحظات الدقيقة التي يغفل عنها بعض أولياء أمور الأطفال التوحدين يجب أن تؤخذ جيداً بعين الاعتبار ، لأن ظروفهم الصحية لا تساعدهم على التواصل والتفاعل اللهي مع الآخرين بحكم الإضطراب العصبي الموجود في كيانهم فيؤدي إلى إنعكاسات سلبية وحركات عشوائية غير مفهومة الدلالة أو المغزى.

ثالثاً: ضرورة استقرار العوامل الإيجابية ، حيث يجب أن تستقر العوامل الإيجابية والمعززات المساعدة أثناء اللعب لصالح التوحدين ، لأن هذا الأمر سوف يجنبهم الدوافع السلبية في الألعاب ، وخاصة أثناء غضبهم وتوترهم وقلفهم من الألعاب التي قد تكون خط تقدير وعلاج جسمي واجتماعي ونفسى لهم ، فمثلاً هناك ألعاب ذات آثار خاصة ، مثل تمارين رياضية خاصة للعضلات الرخوة في الأصابع أو في اليدين أو الرجلين وهذه الألعاب خاصة بتلك العضلات مثل عملية قذف الكرة أو الضغط على المجنات الطينية أو لعبة شد الجبل أو الفك والتركيب وهذه الألعاب لها تمارين رياضية ذات أثر عدوء ، يستهدف من ورائها تقويم عيب بدني أو الحد من إعاقة جسدية معينة للطفل المصابة بالتوحد ، أو تخفيف قصور ثباتي يعاني منه.

ومن الأهمية يمكن أن تراعي الأسرة والمدرسة من خلال اللعب والعمل الجماعي الأهداف والبرامج العلاجية للطفل التوحيدي مع ملاحظة تسجيل عدد المرات التي تكرر فيها الاستجابات و مدتها و ثباتها.

ويعتبر هذه الملاحظات العلمية تحتاج من أسرة الطفل التوحيدي والأسرة التعليمية ، التدريب والمارسة في مجال العمل وكذلك تحتاج إلى إطلاع واسع على إضطراب التوحد (تقيف الأهل) بالقراءة والمحاضرات والندوات والمؤتمرات والكتابات في الصحف والمجلات بشكل دوري للمجتمع.

وهكذا نستطيع أن نبرز جوانب القصور وأن نركز على الجوانب السلبية لدى الأطفال و أن نعمل مرة أخرى على تطوير و تصحيح الجوانب السلبية في اللعب والإنتقال إلى التمارين الرياضية المادفة والاستفادة من الإغراءات الرياضية عن طريق المرح والألعاب المنشورة التي تدفعهم للجد والإهتمام .

وهذه جميعها مسائل هامة تتطلب:

1. **معززات و تدعيمات إجتماعية (Social Reinforcers)**

وتنقسم هذه المعززات إلى قسمين:

- لفظية كالدح و الثناء.

• غير لفظية ، كالابتسامة و الإحتضان و النظر إليه بإعجاب بشكل يشعر معه بتقدير عمله و تجاهه في أداء الوظيفة الموكلة إليه .

2. عقود سلوكية (Contingency Contracting) وقد سبقت الإشارة إليها و هي عبارة عن اتفاقية بين الطفل التوحدي و المعلمة أو الوالدين حول المهمة التي سوف يؤذيها و من ثم حصوله على المكافأة حسب الإنفاق.

3. مكافآت مادية (Tangible reinforcers) وهي معززات ملموسة تعبّر عن الرضا و التفرق بتقديم رموز مادية من إشارات النجوم الورقية و وضع علامات أو تعبير نقود أو إعطائه ألوان و بجلات و ألعاب وكلها أساليب مختلفة تهدف إلى إثبات التواصل الجسدي و النفسي و تهيئة الجو النفسي و العقلي و إتمام الراحة الوجدانية مع الآخرين.

رابعاً : برنامج لتخفيف حدة الانفعالات لدى الأطفال ذوي اعاقات النمو الشاملة

و علاج المشاعر السلبية لوالديهم

يهدف البرنامج إلى الكشف عن القدرات الذاتية للطفل و توجيهها الوجهة الإيجابية بدلاً من الحركات الروتينية و ثورات الغضب أو العزلة والسكون وإكتسابه بعض المهارات الاجتماعية والحركية .

والاهتمام هنا بالطفل المصاب بالاضطراب التوحدي لأنه من أكثر الإعاقات المشوهة لنمو الطفل وللقائمين على رعايته ، فالطفل المريض يعاني من الانفصال الشديد عن الواقع والاخفاق في تطوير وتنمية علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين ، ومن النمطية والتقولب والاصرار على طقوس معينة ، مع ردود فعل عنيفة تجاه أي تغيير في الروتين ، وحركات آلية بلا هدف مثل الرأس أو تغريبك اليدين أو الأصابع ، مصحوباً في الغالب باضطرابات حادة في السلوك ، تسبب العديد من المشكلات للقائمين على رعايته ، وتهتم الدراسة بالتدخل المبكر في بداية الإصابة بمحاولة فك الحصار الذي يفرضه الاضطراب حول الطفل ويعزله عن الجميع به وعن كل مصادر التعليم والارتباط ، في حين يتعامل ويرتبط

بالأشياء ، ولديه حلقة ولا ينظر إلى الآخرين ، وهذه الحملة وذاك الحاجز مجاهدة إلى تحطيمها للوصول إلى داخل الطفل والأخذ بيده إلى عالمنا فيشارك ويتعلم ويفاعل وينمو نمواً سريعاً إن العلاج المعرفي السلوكي يعتمد في تناوله السلوك المضطرب للطفل التوحد على نظرية التعلم ، فالإنسان يتعلم من خلال تفاعلاتنه وخبراته بالعالم وبالأخرين ، ويتعلم السلوك السوي كما يتعلم السلوك الشاذ ، ورغم أن الوراثة تتدخل في السلوك البشري ، فإن هذا لا يعني استحالة تعديله ، ويتميز العلاج المعرفي السلوكي بأنه دمج بين العلاج المعرفي والإستراتيجيات السلوكية ، حيث يعتمد على تغيير المعارف غير المرغوب فيها ، والتي تكون قد أدت إلى المشكلة والاضطراب ، مستخدماً مبادئ تعديل السلوك واقتراح مبادئ وطرق تفكير جديدة لا يدأفع عن نفسه

من الممكن تحديد المشكلات الأكثر شيوعاً لدى أطفال التوحد عينة الدراسة على النحو التالي : قصور التفاعل الاجتماعي ، وعزلة الطفل ، وعدم القدرة على التعامل مع الآخرين ، فقدان اللغة ، وعدم وجود اتصال باستخدام العين ، ولا يتلقى التعليمات ، ويصدر أصواتاً مزعجة ، وهو كثير البكاء والصرارخ ، يؤذني نفسه أو يؤذني آخره ، ولا يدافع عن نفسه إذا اعتدى عليه أحد ، ويعاني نقصاً في مهارات رعاية الذات ، ومن الارتباط المبالغ فيه بشيء معين : كحروف الصحف والمراوح والغسالات أو الزجاجات الفارغة وغير ذلك من الأشياء ، ونرمه متقطع أثناء الليل مع الصراخ والبكاء ، وهو يشم الأشياء بصورة مبالغ فيها ، ويرفض أن يلمسه أحد ، ويلجأ للجلوس أو الوقوف في أركان الغرفة ويتعلق بشدة بالأشياء التي تصدر أصواتاً تكرارية أو حركات اهتزازية

وبالنسبة للوالدين فقد تحددت المشكلات الأكثر شيوعاً على النحو التالي : نقص المعلومات عن هذا الاضطراب وقدقان الأمل في الشفاء والعجز عن فهم احتياجات الطفل بسبب بكته وصرارخه ، والتجاهل من تصرفات الطفل أمام الآخرين ، والعزلة التي يفرضها الطفل على الأسرة ، والقلق على مستقبله و الرغبة الملحة في سماعه ينطق كلمات مثل " بابا و ماما " عدم تبادل الطفل التوحيدي العواطف والانفعالات مع الأم وإحساسه بعدم الثقة في النفس ونقص الكفاءة ، الأماكن والمؤسسات التي ترعى هؤلاء الأطفال بأهمية التكاليف وترهن الأسرة اقتصادياً

أن الاجتهادات والدراسات تعددت في مجال علاج الأطفال التوحديين بقدر تعدد الاختلالات المتعلقة بأسباب الاضطراب التوحدى ، ومازالت التساؤلات قائمة عن مدى تأثير العوامل البيئية والبيولوجية وخلل الجينات وكيفية المخ ومشاكل الحمل والولادة ، هذا التعدد في احتمالات أسباب الإصابة أدى إلى تعدد طرق وسائل علاج الأعراض : علاج دوائي ، نفسى ، سلوكي معرفي ، تعليمي ، بالموسيقى ، باللعب ، الدمج الكلى أو الجزئي ، النظام الغذائي والتدريرات الرياضية . كما أن تفاوت الأعراض من طفل إلى آخر من حيث الكم والكيف والدرجة يجعل وضع برنامج عددي للعلاج أمرا بالغ الصعوبة ، وكما أصبح التدخل المبكر ركيزة أساسية للبرامج بطريقة إيجابية أمرا مهما من خلال الحياة اليومية للأسرة وبهدف الارتقاء بنمو الطفل وتخفيف ضغوط الوالدين وتسهيل مهتمها في التعامل مع الطفل التوحدى وفهم احتياجاته تحقيق تفاعلات إيجابية تحقق الإشاع له ولوالديه

تدريب الآباء

ويتضمن برنامج العلاج المعرفي السلوكي شقين : الأول خاص بوالدي الطفل التوحدى وأخواته والمعاملين معه في المنزل ، وبهدف إلى تعديل الأفكار والمعارف المتعلقة بالاضطراب التوحدى والطفل المصاب ، وأساليب التعامل معه وكيف يمكن مشاركتهم عليهم والتعرض للمهارات وللمشكلات الخاصة به ، وكيفية مواجهة الاضطراب في السلوك وتدريب هؤلاء الأطفال على مهارات رعاية الذات والتواصل والتفاعل الاجتماعي وتدريب الوالدين على أساليب التعامل مع الطفل

أما الشق الثاني من البرنامج فهو خاص بالطفل التوحدى ، فنظرًا إلى أن كل طفل من الأطفال المصابين هو حالة فردية خاصة سواء في مظاهر الاضطراب السلوكي أو درجة الانعزال والاضطراب في التفاعل الاجتماعي ومشكلات اللغة والتواصل ، فإن البرنامج تم تصميمه بشكل فردي ليتناسب مع قدرات كل طفل ومع درجة التوحد وطبيعة المشكلات المصاحبة ، مع التركيز على مهارات رعاية الذات (تنظيف نفسه مثلاً وتنمية التفاعلات والعواطف لدى الطفل التوحدى والوالدين)

وأظهرت نتائج الدراسة اختلافاً في درجات الانفعالات السلبية للوالدين تجاه الطفل التوحدى وأنخفاض درجات الأطفال التوحديين فيما يتعلق بالانفعالات السلبية ، واضطراب التفاعل الاجتماعي والعزلة العاطفية والمشكلات السلوكية ، كما حقق البرنامج تفاعلاً أفضل بين الوالدين وطفلهما التوحدى وتواصلًا غير لفظي أفضل لأطفال العينة

التجريبية ، وتدريب الأمهات على مهارات حل مشكلات أطفالهن ، واكتساب الطفل بعض المهارات الاجتماعية ، ورعاية الذات والمهارات الحية والحركية ، وساهم اشتراك الوالدين في البرنامج في رفع درجة الاستفادة وتؤكد نتائج البرنامج الإيجابية أن العامل النفسي سبب رئيسي للأضطراب التوحدي وأساس لعلاج ناجع

العوامل النفسية

ويطلق البعض على الأضطراب التوحدي لفظ "أوتزم" وهي كلمة إنجليزية في علم النفس يعني "العزل" والبعض يطلق عليه الطفل "الذاتي" أي يعيش في ذاته ولا يتفاعل مع الآخرين ولا يهتم بهم ، وفريق آخر يطلق عليه "التوحد" "أي أنه متوحد مع نفسه ولا يدرك ولا يتفاعل مع الآخرين واختلفت الأعراض بين طفل وآخر بدرجة حيرت العلماء والباحثين ، واختلفت نتائج الدراسات أيضاً فيما يتعلق بالأساليب ، ففي البداية كانت تشير إلى أن التوحد يظهر عادة على أساس نفسي ، وأنه اضطراب عاطفي أسبابه النفسية من الوالدين ، ومع ذلك فهناك دليل على وجود خلل بيولوجي لدى بعض الأطفال التوحديين، وإن كان لم يتم تحديده .. فاضطراب الكرموزومات والمعدوى الوراثية والعلاقة بالوالدين وعوامل أخرى قد تلعب بمنفرد أو مجتمعة دوراً مؤثراً في الجهاز العصبي

ويختلف العلماء والباحثون حول أسباب الإصابة بالأمراض النفسية بين مؤيد للوراثة والجينات كسبب رئيسي وفريق آخر يرجع أسباب الإصابة إلى العوامل البيئية ، وما يتعرض له الفرد من ضغوط وأزمات وحرمان خاصة في المرحلة الطفولية المبكرة ، وفريق ثالث يؤكّد أن الوراثة والبيئة معاً يسببان المرض النفسي ، ولكنّ هناك اتفاقاً على أهمية التكوين الأول لشخصية الطفل ، واحتياجه لبيئة آمنة ومرحبة يعيش فيها خبرات إيجابية من خلال تفاعلاته مع الأشخاص الذين يكفلون له الحماية ويشبعون احتياجاته ، وعلى أن الرعاية الصحية والنفسية والحالة الجسمانية التي تكون عليها الأم أثناء الحمل تؤثر بدرجة كبيرة في نمو الجنين ، وأن الافعالات الحادة التي تتعرض لها تؤثر على الجنين داخل الرحم وبعد ولادته أيضاً الخوف والغضب والتوتر والقلق كلها انفعالات تؤثر في الجهاز العصبي للأم ، ويؤثر ذلك في النواحي الفسيولوجية ، مما يؤدي إلى اضطراب في إفراز الغدد ، وتحفيز التركيب الكيماوي للدم ، وهذا يؤثر بدوره في نمو الجنين ، كما أن اتجاهات الأم نحو الحمل تؤثر على توفير شروط مناسبة للجنين . وقد توصلت الأبحاث الحديثة إلى وجود اتصال عاطفي بين الأم الحامل والجنين ، حيث يتم ربط بينهما عن طريق فرحة الأم بانتظاره فترسل إليه العاطف الغامرة ، فيعبر عن ابتهاجه بحركات لطيفة في بطنها و لها تأثير طيب جداً في الأم

السنوات الحرجة

ويعتمد علماء النفس على أن السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل من أهم وأخطر مراحل النمو ، فهي فترة حرجة تحدث خلالها أسرع تغيرات في النمو النفسي والعقلي والمعرفي وتؤثر فيها بالدرجة الأولى في علاقة الأم بالطفل فهي أول إنسان يتعامل معه ويتوقع منها أن تشبع كل احتياجاته ، وهو لا يحتاج فقط إلى الطعام والشراب والماء ، وإنما يحتاج بدرجة كبيرة إلى غذاء نفسي من الحب والحنان والاهتمام والحماية والأمان ، وكل الخبرات التي تمر بها ، وهذا التفاعل والعلاقة الفريدة هيكلان أساسا لعلاقاته بالآخرين وينعكسان على شخصيته وعلى صحته النفسية . وكل لمسة من أمه تبه مشاعره ، فالمواقف الأولية لإشباع احتياجاته إما أن تكون مليئة بالإشاع والسرور والارتياح ، فيرتبط ذلك بشخص الأم ثم يعمم ذلك على الآخرين ، ويصبح الطفل اجتماعيا لا يخشى التواصل الاجتماعي وإما أن تعامل الأم الطفل بعصبية أو شدة أو إهمال أو فتور فتصبح خبرته مؤلة تعكس على نموده النفسي والعقلي والجسمي ، وتشكل فيما بعد علاقاته بالآخرين ، وينعكس هذا على حياته في المستقبل ، وعلى شخصيته لأن الطفل يرسى أساس فهمه للعالم خلال السنوات الثلاث الأولى من حياته ، فإذا كانت الأم متورطة يضطرط الطفل وقد يرفض ثديها أو يتوقف عن الرضاعة من آن إلى آخر ، كما أن تأثير علاقة الوالد بالطفل ينعكس أيضا على اتجاهاته نحو نفسه و نحو الآخرين .

وترجع المشكلات النفسية والانفعالية والسلوكية للأطفال إلى ثلاثة عوامل هي مشكلة في الطفل نفسه أو في والديه أو إلى نوعية العلاقات بينهم ، وقد أثبتت الدراسات أن تعرض الأطفال في بداية خبراتهم بعالمها لصدمات أو ضغوط أو حرمان يسبب اضطرابات سلوكية ونفسية وشخصية

قوقة الطفل التوحدي

هناك تشابه بين سلوك الجنين وظروف حياته داخل الرحم ، وبين سلوك الطفل التوحدي وظروف حياته داخل القوقة التي يحبس نفسه فيها.

- وهذه بعض خصائص حياة الجنين داخل رحم أمه ، مقابل سلوكيات الطفل التوحدي التي لا تتفق مع متطلبات وخصائص المرحلة العمرية للطفل :
- العزلة : فالجنين يكون مخاطاً بفتحاء من كل جهة ، والطفل التوحدي يبدو كأنه في عالم له وحده ، وكان هناك حاجزاً بينه وبين ما حوله من العالم الخارجي حيث يفوت في الانطواء والانزوال ، وأغلبهم لا يخشون الجلوس في الظلام لفترات طويلة
 - التغذية : يحتوي سائل الأمniotic "المحيط بالجنين على مواد زلالية وسكرية وأملاح غير عضوية يمتصها الجنين كما يشرب من هذا السائل ، والطفل التوحدي يجدث عنده خلل في المأكل والشراب مثل الاكتفاء بأنواع قليلة من الطعام أو شراب السوائل بكثرة
 - الاستجابة للمنبهات الحسية : إحساس الجنين بالألم ضعيف جداً لأن غشاء "السلي" يحيط بكل جهة ، وهذه البة المعقمة المكيفة تسمح للجنين بأن يحافظ بحرارة ثابتة ، والطفل التوحدي لديه زيادة الحساسية لجميع أنواع المداخل الحسية خاصة الصوت وقد يبدون غير مدركين للألم أو السخونة أو البرودة
 - الحركة : كيس "السلي" المحيط بالجنين يسمح له بالحركة الطليقة داخل هذه البة المعقمة ، وتؤدي حركة الجنين وتكون حركته حول نفسه أنه عدد المكان ، والطفل التوحدي يتحرك بحرية ويغير عن الحالات الانفعالية مجده ، فهو يدور حول نفسه لمدة طويلة دون أن يصاب بالدوار ، وينتظر كثيراً ولا يستقر في مكانه ، فيلف في الحجر حركة دائمة بالقرب من الجدران أو يلف ويدور حول نفسه وهيئتي على أطراف الأصابع .
 - لحظات التوتر : في لحظة الميلاد يتحرك الجنين حول نفسه ويأخذ أوضاعاً عديدة حتى يأخذ الوضع المناسب الذي تهدأ بعده تقلصات الرحم ، والطفل التوحدي يأخذ أوضاعاً غريبة عندما يتوتر وينتظر كثيراً ويصدر أصواتاً مزعجة
 - التواصل : لا يوجد أفراد يتواصل الجنين معهم داخل الرحم ، والطفل التوحدي عنده خلل ملحوظ في التواصل اللغطي وغير اللغطي ، وغياب الرغبة في التواصل مع الآخرين وافتقار الكلام بعد ظهوره أو عدم الكلام إطلاقاً.
 - الإثارة الدانية : أظهرت الدراسات الحديثة أن الجنين يبدأ من الشهر السادس في ترصد الأصوات بأذنه وبشكل متواصل ، وذلك من خلال بطن الأم وما يحيطه من

الأمعاء وخفقان قلبه ، ومادام الصوت محفظاً بانتظامه فإنه يحس بالطمأنينة ، والطفل التوحدي يبدو وكأنه يبحث عن المثيرات بإحداث جروح سطحية ويضرب ذراعيه والدوران السريع والاهتزاز وإيذاء النفس وقد يكون ذلك محاولة لاسترجاع الخبرة السابقة التي تمثل له الأمان والاطمئنان.

- وضع اليد : في الأسبوع الثامن تكون كل الأعضاء الأساسية في الجنين قد تكونت ويظهر الذراعان والساقان وتظهر الأصابع أمام وجهه ، والطفل التوحدي يضع يده على رأسه أثناء المشي أو يضع اليد في الأذن أو أمام الوجه مع هز الأصابع
- التلامس : يمنع السائل الأمniotic غشاء الأمniotic من الالتصاق بالجنين ، والطفل التوحدي يكره التلامس الجسمني ولا يوجد عنده دفء العانق
- الارتباط المبالغ فيه بشيء : الجبل السري يصل ويربط بين الجنين والأم عن طريق المشيمة وهذا الرباط يحقق له احتياجات من الغذاء والهواء ، والطفل التوحدي عنده الارتباط المبالغ فيه بالأشياء مثل الاحتفاظ بقطع الورق
- البصر : تبدأ عين الجنين في الحركة في الأسبوع الثاني عشر من بداية الحمل وتظل تقوم بهذه الحركات في اتجاهات مختلفة في ظلام البطن حتى تصبح قادرة على الرؤية بعد الولادة ، والطفل التوحدي ينظر للأطعمة نظرة شاردة ويتجنب النظر في عيون الآخرين
- الروتين واستقرار الأشياء : يكون الجنين مستقراً في الرحم بدون تغيير للمكان ، والطفل التوحدي يتسم بمقاومة التغيير في الروتين والشورة والصراخ إذا حدث أي تغير طفيف في البيئة المحيطة به
- التفاعل مع الأشخاص : لا تردد تفاعلات الجنين داخل الرحم ، والطفل التوحدي يتصرف وكان الآخرين غير موجودين
- السمع : قد يعيق امتلاء أذن الجنين بالسائل الأمniotic سماعه للأصوات المختلفة ، والطفل التوحدي يتصرف وكأنه لا يسمع الأصوات من حوله وقد يتذبذب للصوت الرقيق
- تجنب المخاطر : كيس السلي المحيط بالجنين يوفر له الحماية ، والطفل التوحدي يتسم بعدم الخوف من الخطر الحقيقي
- الانفعال : يتأثر الجنين بالألة الانفعالية بالأم والطفل التوحدي يتوتر لأنفه الأسباب.

خامساً: برنامج تدريسي على استخدام الحمام لتنمية اعاقات النمو الشامل

الطفل الطبيعي يكون جاهزاً للتدريب على قضاء الحاجة في الحمام *حوالي السنة الثالثة من العمر* ، والطفل التوحدي يمكن تدريبه كذلك في نفس العمر أو بعد ذلك بسنة أو سنتين ، والبداية يجب أن تكون سهلة بسيطة بدون أن تفقد الطفل الاهتمام ، فالاهتمام بالحمام ليس من الأولويات في هذا العمر ، فالمشاكل السلوكية الأخرى أهم ، وعند مجاهاها فإن نجاح البرنامج التدريسي على الحمام يكون أسهل .

ومع ذلك فإن التدريب على الحمام ضروري نفسياً واجتماعياً وخصوصاً عند ذهاب الطفل للمدرسة.

- إذا كان لدى طفلك مشاكل حركية فقد تكون لديه صعوبة في الجلوس على المرحاض والتحكم في البول والبراز .
- إذا كان لديه نقص في الأحاسيس Under reactive فقد لا يحس بأنه يتبول
- إذا كان لديه زيادة في الأحاسيس Over reactive فقد يؤدي خروج البول والبراز إلى تهيج الطفل وأضطرابه ، وتخيله أن جزءاً من جسمه قد خرج منه .
- بعض الأطفال لا يحس بالارتباط للحمام بعد أن تعود على ملمس ورطوبة ودفء الماء .
- بعض الأطفال يخاف دخول الحمام أو استخدام الماء ، أو الخوف من السقوط في المرحاض .
- التدريب على دخول الحمام هي الخطوة الأولى قبل التدريب على البول ، وذلك تجدي يحتاج إلى الصبر والوقت ، وإذا لوحظ أن الطفل مهتم بالحمام ولاحظته لأخوه وأقر أنه فإنها الفرصة المناسبة للبداية ، أما إذا كان الطفل خائفاً أو لديه ضعف الأحاسيس أو صعوبة التحكم فذلك يحتاج إلى الصبر ، وإذا كان الطفل لا يمكن ملاحظته أنه رطب مثل فإنه غير جاهز للتدريب .

النقطة الأولى : البدء في حل المشكلة خطوة خطوة Small steps

بعض الأطفال يتعلمون بسرعة التبرز والتبول من المراولة الأولى أو الثانية ، وآخرون يواجهون الكثير من العقبات مما يؤدي إلى صعوبة التدريب ، وهنا تتجه الخطوات الصغيرة وتقسيم التدريب إلى أجزاء أصغر

- أجعل الحمام هو المكان الوحيد لتغيير الحفاض ، لتعود على أنه مكان التبول والتبرز
- تغيير الحفاض عند إبلاله ، مهما كان عدد المرات لكي لا يتعود على الرطوبة والدفء والبلل
- أخذ الطفل للحمام بعد كل وجبة رئيسية ويانظام خطوة رئيسية للتعمود
- إذا رفض الجلوس على المرحاض فلا تخبره على ذلك
- بعد أن يتعمد على الحمام بعد كل وجبة ستقوم بالطلب من الطفل خلع الحفاض
- إذا كان لا يستطيع خلع الحفاض فيجب مساعدته ، ثم الطلب منه التبول في المرحاض، ويمكن المساعدة بإعطائه الماء ، فتح صنبور المياه ، الصوت الناعم والمداعنة والغناء، وقد يحتاج إلى وجود لعبته معه ، والتجربة والتكرار سوف تكشف الطريقة الأفضل للتدريب.
- جعل جلوس الطفل على المرحاض مريحاً ومرغوباً وذلك باستخدام مرحاض الأطفال، ويستحسن استخدام صندوق لرفع القدمين واستخدامه عند الضغط عليها
- الإحساس بالأمان وعدم الخوف من السقوط في المرحاض مهم جداً

النقطة الثانية : وقت التدريب Training Time

استخدم وقت التدريب لبناء الإحساس بالأمان والمشاركة في عملية التبول والتبرز ، وكلما أحس الطفل بتضاربك معه فسوف يدفعه ذلك إلى محاولة إرضائك وتلبية رغباتك ، ومن ثم النجاح في التدريب.

النقطة الثالثة : استخدام الرمزية واللعب

أشرطة الفيديو والصور التي تشرح عملية التبول والتبرز قد تكون الوسيلة التعليمية وإيصال المعلومة للطفل ، سوف تعطيه الفرصة للملاحظة ومن ثم طرح الأسئلة والمخاوف، وبعد ذلك المشاركة.

يمكن اللعب مع الدمى بطريقة مدرورة ، وجعل الدمى تتكلم ليقوم الطفل بالتأثير عن مخاوفه، كما يمكن وخلال اللعب إيقافه حيث تطلب الدمى الذهاب إلى الحمام لوجود الرغبة في التبول ، وكجزء من اللعب يمكن استخدام الحفاضات للدمى وتغييرها للوصول إلى هدف معين.

- أجعل الطفل يقود عملية اللعب

- أجعل الدمى طریقاً للتعبير عن مكتوناته إذا كان قادراً على الكلام ، ،إذا لم يكن قادراً على الكلام فيكون من خلال الإشارة.

النقطة الرابعة : التفاهم العاطفي Empathizing

عندما يغرس الطفل مكتوناته من خلال الدمية وحديثها ، فقم بإظهار عواطفك نحو أحاسيس ورغبات الدمية وطفلك وانك تساندهم ، وعندما يقوم طفلك لاحقاً بالجلوس على المرحاض فاظهر عواطفك نحوه وانك تقدر شعوره ومخاوفه وإن ما يعلمه صعب وقاس ، كما أظهر تقديرك لما يعلمه من مجهد ونجاح.

النقطة الخامسة : بناء التوقعات والحدود Creating expectation & limits

الإحساس بالصيغة المكررة (الروتين) والتوقعات جزء مهم من عملية التدريب على الحمام، ويجب ملاحظة أن العقاب أسلوب غير مناسب لأن الطفل غير قادر على القيام بالعملية أو تغيير السلوك ، ولكن عند القيام بالتدريب ونجاح إحدى الخطوات فالتشجيع مهم ، والتزييز على نجاح الخطوة لتكون سندأ وطريقاً للخطوة التالية ، وإبلاغ الطفل أن المدف أن تكون كبيرة ، وأن الملائس الداخلية وبدون الخفاض مهم جداً

النقطة السادسة : القاعدة الذهبية Golden roles

اعط الطفل المزيد من الوقت بعد كل نجاح في كل خطوة من الخطوات التدريبية ، فإذا أحسن الطفل أن التدريب على الحمام مهم لك فسوف يخاف أن بذلك ، وإذا كان الطفل يشارك الشعور لبناء الإحساس فسوف يخاف أن يدخل نفسه ، كما يجب إعطاء الطفل المجال للتعبير عن نفسه وعن مخاوفه من خلال اللعب أو من خلال أداء التبول والتبرز ، فلخروج المخاوف سوف يزيل الكثير من المعوقات والعقبات ، وإظهار مساندتك وعواطفك سوف يجعله أقوى في تحدي المخاوف والعقبات.

الفصل التاسع

التدخل المسلوكي لعلاج الاطفال ذوي اعاقات النمو الشاملة

- اولا : مبادئ في تعديل سلوك الاطفال ذوي اعاقات النمو الشاملة
- ثانيا : برنامج تيتش لعلاج وتعليم الاطفال الذاتيين
- ثالثا : برنامج هاست فورورد: FastForWord
- رابعا : برنامج لوفاس (Ivar Lovaas)
- خامسا : علاج السلوك الاستحواذى والسلوك النمطى
- سادسا : العلاج بالتكامل الحسى
- القاموس الذاتوى

الفصل التاسع

التدخل السلوكي لعلاج الأطفال ذوي اعاقات النمو الشاملة

اولا : مبادئ في تعديل سلوك الأطفال ذوي اعاقات النمو الشاملة

أن عملية تعديل السلوك من أهم الفنون التي تستخدم لعلاج المشكلات السلوكية لدى الأطفال بوجه عام سواء كانوا طبيعين أو كانوا ذوي احتياجات خاصة وذلك من أجل توفير فرص جيدة للتكيف مع مجتمعهم بصورة طبيعية وحيث لا يكون هناك غرابة في تصرفاتهم أمام الآخرين.

كما أن تعديل السلوك الإنساني يهدف إلى تغيير السلوك للأحسن وذلك من خلال زيادة السلوك المقبول أو تشكيل السلوك الجديد المراد تعلمه أو إضعاف للسلوك الغير مقبول حيث يتم ذلك في البيئة الطبيعية ومن خلال تنظيم الظروف أو المتغيرات البيئية وخاصة ما يحدث منها بعد السلوك لأن السلوك محكم بنتائجها، وتعديل السلوك يركز على الحاضر وليس على الماضي، كما أنه يركز على السلوك الظاهر وليس على السلوك الخفي، ويعتمد على القياس الموضوعي المباشر، والمتكرر، ويستخدم التحليل الوظيفي التجاري في تفسير السلوك وتعديلاته، وهو يستخدم المنهج العلمي الذي يركز على استخدام الأساليب القابلة للتنفيذ، والتي يمكن التتحقق من فاعليتها بشكل مباشر وكذلك فهو منهج تربوي أكثر منه علاجي، لأنه يركز على استخدام الأساليب الإيجابية.

وتعد جذور تعديل السلوك إلى المدرسة السلوكية وإلى العالم الفسيولوجي الروسي أيفان بافلوف وتلاميذه ثورندياك وجون واطسون و سكينر والبرت باندورا. وترى النظرية السلوكية أن معظم سلوكيات الإنسان متعلمة وهي بمثابة استجابات لمثيرات عديدة في البيئة فالإنسان يولد محايدا فلا هو خير ولا هو شرير وإنما يولد صفحة بيضاء ومن خلال علاقته بالبيئة يتعلم أنماط الاستجابات المختلفة سواء أكانت هذه الاستجابات سلوكيات صحية أم خطأة وبالتالي فإن هذه النظرية تنظر إلى السلوك الجائع على أنه سلوك متعلم وهو عبارة عن عادات سلوكية سالبة اكتسبها الفرد للحصول على التعزيز أو الرغبات وتعلمتها الفرد من البيئة فاما ان يكون قد تعلمها بواسطة ملاحظة غاذج سالبة في حياته، أو يكون قد سلك

بطريقة سالبة وحصل على التعزيز، أو يكون قد سلك كرد فعل انتفالي وحصل على تغريغ بعض شحثات نفسية سالبة أو يكون قد سلك هذا السلوك تحت ضغط عوامل مرضية معينة وهنا نلاحظ أن معظم سلوكيات أطفال التوحد هي تحت ضغوط مرضية غير معروفة الأسباب ولكن لو حدث تغيير في البيئة المحيطة لا بد أن يحدث نوع من التغير في السلوك.

وتعتمد نظرية التعلم السلوكي على أن التعلم يحدث نتيجة مثير ما دون أن يكون للتفكير الوعي أثر كبير في حدوث التعلم مثل تعليم الحيوانات بعض الحركات والاستجابة لثيرات معينة مثل رؤية الطعام أو تقديمها لها ، فيحدث التعلم ويحفز هذا التعلم بتقديم حفزات تشجعية أو رضى داخلي وشعور بالسرور والابتهاج لدى المتعلم نتيجة والسلوك الإنساني لا يحدث في فراغ وإنما في بيئه ما أو بوجود مثير معين، وهو نتاج تفاعل الفرد مع بيئته، ولأن البيئة تتغير فالسلوك أيضاً يتغير والعلاقة بين السلوك الإنساني وبين علاقة تبادلية فهو يتأثر بها ويؤثر فيها.

محكمات تمييز السلوك السوي والغير سوي

وحتى تستطيع الحكم على السلوك لابد من توافر مجموعة من المحكمات والتي من خلالها يمكن تمييز السلوكيات المرغوبة والسلوكيات غير المرغوبة.

ومن هذه المحكمات:

عدد مرات تكرار السلوك

تكرار السلوك يعني عدد المرات التي يحدث بها السلوك، في فترة زمنية محددة، فمعظم الأطفال يتشارجون من حين إلى آخر. لكن البعض يتشارج بشكل متكرر. وتعديل السلوك يهتم بالسلوك الذي يتكرر بانتظام فلا يعني أن طفل معين أظهر سلوك عدواني في وقت معين أن هذا الطفل عدواني ولكن قد يتصرف الطفل بطريقه غير ملائمة تحت ظروف منفردة. فمثلاً قد يكون الطفل متعباً، أو قد يوجد وضع مرهق في البيت، أو قد يشار الطفل من قبل أحد زملائه في الفصل. ففي حالات معينة لا بد يتم تحايل السلوك أو يخبر الطفل بهدوء بأن مثل هذا السلوك غير مقبول ، ويشرح له في نفس الوقت السبب. ويجب قدر المستطاع معالجة الرضيع ،فمثلاً، تستطيع جعل الطفل المتعب يستريح في مكان هادئ أما في حالة إذا تكرر السلوك النير ملائم بانتظام لفترة طويلة فان هناك شيئاً في البيئة يعزز هذا السلوك أو قد يعزز هذا السلوك شيء داخلي لدى الطفل لذلك يجب على الأخصائي أو الأب أو الأم دراسة ظروف المواقف المختلفة التي يتعرض لها الطفل ثم اتخاذ خطوات

منتظمة لتعديل السلوك وهنا يمكن تطبيق ذلك على أطفال التوحد فأطفال التوحد في أوقات كثيرة يصدرون بعض السلوكيات الغير مقصودة ونتيجة أن الأهل والعاملين في بعض المراكز يضعون في اعتبارهم أن هؤلاء الأطفال توحديون فعند صدور السلوك وربما للمرة الأولى يبدواون في لفت انتباه الطفل إلى ضرورة عدم تكرار السلوك أو في محاولة افقاء الاستجابة عن طريق العقاب او حرمان الطفل من بعض المتعززات وهنا تقتضي مبادئ تعديل السلوك الصحيح بضرورة الانتظار حتى يتم تكرار السلوك من الطفل ويعتبر هذا الانتظار احدى التكتيكات العلاجية وهو ما يعرف بالتجاهل.

فترة حدوث السلوك

بعض السلوكيات تعد غير عادية لأن المدة الزمنية لحدوثها غير عادية، فهي قد تستمر مدة أطول بكثير أو أقل بكثير مما هو عادي. فعلى سبيل المثال عند وفاة شخص عزيز يصينا جميعا الحزن ولكن هذا الحزن يتلاشى تدريجيا فإذا استمر لفترات طويلة عن المعتاد فهنا بدأ في البحث عن المشكلة التي يعاني منها هذا الشخص وجيئنا غير بفترات تشتت في الانتباه نتيجة لعوامل معينة مثل الارهاق أو فلة فترات النوم ولكن إذا استمر هذا التشتت لفترات طويلة فهو علامة مرضية ويمكن ملاحظة ذلك لدى أطفال التوحد ففرط النشاط الحركي على سبيل المثال قد يصيب الطفل حتى العادي ولكن لفترة طبيعية نتيجة تناوله بعض الأطعمة في أوقات معينة ولكن لدى طفل التوحد نلاحظ أنه في العديد من الحالات يكون إحدى سمات التوحد لدى الطفل فرط النشاط الحركي ويلاحظ ذلك من خلال استمرار هذه السمة لفترات طويلة وهنا يبدأ أخصائي تعديل السلوك في العمل على تعديل سلوك الطفل.

شكل السلوك

يعني ذلك الشكل الذي يأخذه الفرد أثناء قيامه بالسلوك. مثل شكل الجسم، الحركات والانفعالات المصاحبة للسلوك. فكل سلوك له مجموعة من التعبيرات التي يقوم بها الجسد للتعبير عن هذا السلوك فلو تناقضت هذه الحركات الجسمية مع السلوك نفسه فلا بد ان هناك مشكلة لدى الفرد وهنا يمكن لنا أن نتحدث عن مقارنة بين سلوك الرفقة لدى طفل التوحد وبين الطفل العادي الذي قد يصدر هذا السلوك في مرحلة عمرية معينة فشكل السلوك عند الطفل وهو الرفقة التي تكون تعبير عن موقف فالرفقة هنا تكون متوافقة مع السلوك الكلي للطفل أما في حالة طفل التوحد تكون غير متوافقة مع السلوك الكلي للطفل.

شدة السلوك

يعتبر السلوك شاداً إذا كانت شدته غير عادية، فالسلوك غير العادي قد يكون سلوكاً قوياً جداً أو ضعيفاً جداً. فعند عقاب طفل بصورة لفظية ترتفع أن السلوك الصادر عنه هو الغضب أو البكاء لفترة محددة ولكن إذا صدر عنه سلوك لامبالاة أو سلوك الضحك فهنا نبحث عن المشكلة التي قد يكون يعاني منها الطفل فقد تكون هناك مشكلة في الانفعالات لدى الطفل كما في طفل التوحد.

كمون السلوك

يشير كمون السلوك إلى الفترة الزمنية التي تمر بين المثير وحدوث السلوك (الاستجابة). ونلاحظ بأن بعض الحالات تزيد الفترة الزمنية لديهم حتى يستجيبون للمثير، وهذا الأمر يزيد لدى الأفراد المتأخرین عقلیاً بزيادة شدة الإعاقة وبعض اطفال التوحد. بعض أطفال التوحد والداون في الحالات الشديدة وبعض المتأخرین عقلیاً يتأخر لديهم الانفعال فنجد الطفل عندما يعاقب على فعل معين يقوم بالبكاء بعد فترات طويلة.

المعايير المساعدة في الحكم على السلوك

هناك بعض المعايير الأخرى المساعدة في الحكم على السلوك منها:

المعيار الاجتماعي

أحد المعايير المستخدمة للتمييز بين السلوك الشاذ والسلوك السوي هو المعيار المرتبط بالعادات والتقاليد السائدة بالمجتمع. فلكل مجتمع عادات وتقاليده وقيمها وهذه العادات والقيم تضع الحد بين ما هو مقبول وغير مقبول في ذلك المجتمع من سلوكيات.

ارتباط السلوك بالتطور النهائي للفرد

يعني ذلك مدى اتفاقه أو الخلاف عن معدلات النمو الطبيعي ويرتبط ذلك بـ:

- عمر الفرد الزمني وهو العمر الذي يتم حسابه من تاريخ ميلاد الفرد حتى يوم اجراء الاختبارات .
- عمر الفرد العقلي وهو العمر الذي يتم استخراجه من تطبيق احدى اختبارات الذكاء .
- المشكلات الصحية التي يعاني منها حيث قد تؤثر المشكلات السلوكية على نمو وارتقاء الفرد.

السلوك المستهدف Target Behavior

وسمى السلوك المراد تغييره في برامج تعديل السلوك بالسلوك المستهدف (Target Behavior) وقد يكون سلوكاً اجتماعياً أو معرفياً أو في الخبرات الحياتية أو غير ذلك وقد يكون المهدى تشكيله أو تقويته أو أضعافه وفي برامج تعديل السلوك يتم التركيز على الاستجابة (Responses) وهي الوحدات السلوكية القابلة للقياس المباشر.

ثانياً : برنامج تيتش لعلاج وتعليم الأطفال الذاتيين

يهدف إلى علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل الشابهة له). ويتم تقديم هذه الخدمة عن طريق مراكز تيتش في ولاية نورث كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تدار هذه المراكز بوساطة مركز متخصص في جامعة نورث كارولينا يسمى بـ Division TEACCH ، وبديره الأساتذة Gary Mesibov Eric Schopler ، وهما من كبار الباحثين في مجال التوحد. ومتنازع طريقة تيتش بأنها طريقة تعليمية شاملة لا تعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك، بل تقدم تأهيلاً متكاملاً للطفل عن طريق مراكز تيتش المتشرة في الولاية، كما أنها متنازع بأن طريقة العلاج مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل. حيث لا يتجاوز عدد الأطفال في الفصل الواحد 7-5 أطفال مقابل مدرسة ومساعدة مدرسة، ويتم تصميم برنامج تعليمي متفصل لكل طفل بحيث يلي احتياجات هذا الطفل.

سياسة قبول التلاميذ

يقبل برنامج تيتش جميع الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 8 أشهر و55 سنة بشرط أن تكون حالاتهم شخصت بأي من الأضطرابات النمائية الشاملة ، بما في ذلك التوحد والأسبرجر والاضطرابات النمائية الشاملة - غير المحددة ومتلازمة ريت واضطراب الإنكماش الطفولي . ولا يحدد مركز تيتش شرطاً لدرجات الذكاء بل يقبل الأشخاص الذين يعانون أيًا من الأضطرابات النمائية الشاملة دون النظر إلى درجات الذكاء لديهم إلا أن معدل درجات ذكاء التلاميذ لدى المركز تتراوح بين 55-65 ، مما يعتبر ضمن نطاق التأخر الذهني الخفيف .

مؤهلات وخصالص المعلمين

تطلب مراكز تيتش من المعلمين والمختصين أن يكونوا من حاملي شهادة الماجستير في تخصص علم النفس أو التربية الخاصة أو اللغة والاتصال أو علم الاجتماع . هذا

بالإضافة إلى خبرة ستين في مجال التوحد كحد أدنى . ولكن هناك بعض المدرسين من لديهم شهادة بكالوريوس فقط ما دامت لديهم خبرة مكثفة في تعليم الأشخاص التوحديين.

يعتبر كل معلم ومتخصص في مراكز تيش كمعلم شامل لأن المتوقع من كل واحد أن يعمل في شتى المجالات المتعلقة بتعليم التلميذ بما في ذلك التقويم واللغة والاتصال وتدریب الأسر ودعمها ، إضافة إلى تعليم التلميذ في المجالات التعليمية المعتادة كالإدراك والاعتماد على النفس والمهارات الاجتماعية والحركية والأكادémie بناء على قدراته ومستواه العام .

وهكذا فإن دور المربى في فلسفة تيش كمعلم شامل عوضا عن أن يكون معلما متخصصا في عدد محدد من المجالات التربوية يعتبر أمرا لا بد منه ليتمكن من تزويد التلميذ ببرنامج تربوي شامل ومتراoط قبل التوظيف ، يطلب من المتقدمين للعمل في مراكز تيش أن يعملوا مع تلميذ من تلاميذ المركز أو تلميذ جديد لفترة وجيزة تتراوح بين نصف الساعة والساعة ، كما يطلب منهم إجراء مقابلة مع أسرة أحد التلاميذ .

ويقوم المسؤولون في المركز بمراقبة هؤلاء المتقدمين من خلال مرأة مراقبة عند عملهم مع الطفل ومقابلتهم لأحدى أسر التلاميذ ويتجه على المتقدمين كتابة تقرير موجز يتضمن انتبااعاتهم عن التلميذ الذي عملوا معه إضافة إلى برامج تدريب متعددة تتراوح مدة كل منها بين 1-7 أيام قبل أن يتمكن من الاستقلال بذاته.

والجدير بالذكر أن طلاب الجامعات دورهم في فصول تيش حيث يعملون فيها كمساعدين أو متدربين أو أكثر . وتحتختلف مدة التدريب الالزمة للتخرج من جامعة إلى أخرى إلا أن الجامعات تلزم باستمرار الحضور لأن الاخلاص بالمواظبة قد يحول دون اكمال عدد الساعات التي تفرضها الجامعة للتخرج ومثل هذا الإجراء يعود بالفائدة على الطرفين : يتلقى طلاب الجامعات تدريبيا عمليا يستخدم في اكتساب خبرة عملية وإيجاد وظائف بعد التخرج ويستفيد المركز من عمل هؤلاء الطلاب ، لأن مثل هذه الترتيبات تعرض عن توظيف مساعدين بأجور مادية .

نسبة المعلمين إلى التلاميذ

تحتختلف نسبة المعلمين إلى التلاميذ باختلاف احتياجات التلاميذ بإفسهم في بداية مراحل التدريب ، قد يعين معلم واحد أو معلمان اثنان لكل تلميذ . ومع تطور التلاميذ ، ترتفع هذه النسبة إلى أن تصرير بمعدل معلم واحد إلى كل ثلاثة تلاميذ . وقد يشمل الفصل ستة تلاميذ ومعلما شاملا ومساعدا أو أكثر من مساعد واحد .

عدد ساعات التعليم

يختلف عدد ساعات التعليم من تلميذ إلى آخر ، ويتوقف تحديد عدد الساعات على الاحتياجات الفردية لكل تلميذ .

موقع التعليم

يتم تعليم التلميذ في مراكز تطبق برامج تبشن إضافة إلى برامج منزلية . وليس من الضروري أن تكون هذه المراكز تابعة لبرنامج تبشن الأساسي ، بل قد يكون المعلمون فيها تلقوا تدريباً مكثفاً حول تطبيق هذا البرنامج من قبل المختصين لدى مراكز تبشن الأساسية في ولاية نورث كارولينا .

دور الأسرة

يشدد مركز تبشن على التعاون والتواصل المستمر بين أسر التلاميذ ومعلموهم باعتبار ذلك عنصراً أساسياً يؤثر بدرجة كبيرة على نجاح التلميذ ومدى تقدمه وهكذا ، يعتبر ذوي التلاميذ معلمين مشاركين لأنهم يعملون على مقربة من المعلم الشامل لطفلهم ومشاركة في عملية التعليم . الأشخاص الذين يعاونون التوحد يتعاونون صعوبات خاصة (أي ناتجة عن إصابتهم بالتوحد) في تعميم المهارات التي يتعلمونها فقد يتعلمون مهارة معينة في المدرسة ويقومون باستخدامها بجدارة ، إلا أنهم قد لا يستخدمونها في المنزل أو عند الأقارب أو في الأماكن العامة ، والعكس هو أيضاً صحيح . وبالتالي ، تتحفظ فائدة تعلم الماهارة إن لم يتمكن الشخص من استخدامها إلا في وضع واحد ومع شخص واحد . ولذلك كان من الضروري أن يكون للأسرة دور نشط وفعال في مساعدة طفلها على تعميم المهارات التي يتعلمونها واستخدامها في جميع الأوضاع ومع كل الناس . ولا يعني هذا أنه ليس للمعلم دوراً أساسياً في تدريب التلميذ على تعميم ، بل يعني أن للأسرة دوراً مساوياً للدور المعلم في ذلك .

هذا لأن التلميذ يقضي معظم وقته في المنزل ويعرض إلى بيئات أكثر تعداداً من البيئات التي قد يواجهها في المدرسة . وتكون الحاجة مثل هذا التعاون في أوج شدتها في بداية مراحل تدريب التلميذ وعندما يكون صغيراً في السن .

ولكي تتمكن الأسرة من المشاركة الفعالة في تعليم ابنها أو ابنتها ، تقدم مراكز تبشن عدة خدمات للأسر ، وتشمل التالي :

- حضور ورش عمل ومحاضرات يقدمها اختصاصيون في برامج تيتشن حول موضوعات مختلفة عن التوحد.
- الحضور إلى المراكز ومراقبة وتلقي التدريب على طرق التدخل المستخدمة مع التلميذ لتعليم مهارة معينة بناء على اختيار الأسرة . فقد تطلب أسرة على سبيل المثال، تدريباً على أفضل طرق التعامل مع سلوك معين يصدره التلميذ ، أو تدريباً على طرق تعليمه على قضاء الحاجة في الحمام أو الاستحمام ، أو التعبير عن موضوعات معينة مثل احتياجاته في الأكل والشرب وغير ذلك وعندما تحدد الأسرة المهارة المراد تعليمها لابنها أو ابنتها ، يجدد المعلم الشامل مواعيد للزيارة بحيث تزامن مع الوقت الذي يتعلم فيه التلميذ المهارة المحددة في المركز وتحصص 6-8 ساعات (أو أكثر) للأسرة لمراقبة كيفية تعليم طفلها المهارة المستهدفة حيث أن المهارة محددة وبالتالي يتضمن حجم المعلومات التي يتوجب على الأسرة تذكرها وتطبيقها ، ترتفع إمكانات نجاح الأسرة في تطبيق ما نعلمه في المركز عما لو كانت المعلومات عامة وغير ذات أهمية بالنسبة لها ويتكرر هذا الإجراء عدة مرات خلال السنة بناء على احتياجات الأسرة .
- زيارات منزلية يتم ترتيبها بين الأسرة والمركز وغالباً ما يحضر الاخصائي الاجتماعي ومعلم التلميذ ويتم خلال هذه الزيارات تحديد وتصميم البيئة المنزلية المثلى ومساعدة الأسرة على التعامل مع طفلها بشكل عام .
- التواصل اليومي من خلال الكتابة في دفتر يختص التلميذ وإرساله إلى أسرته كما يطلب من الأسرة الإجابة وتدوين ملاحظاتها على هذا الدفتر .

مبادئ وطرق التعليم
التعليم المنظم

تسم البيئة التعليمية لبرامج تباعي ميز، فهي ملية مهارات ودلائل بصرية مثل الصور والكلمات الكتيبة والمواد، بهدف تحفيز الطالب من التكيف مع البيئة فالشخص الذي يعاني التوحد قد يبدي السلوكيات التالية :-

- القلق والتوتر في بيئه تعليمية اعتيادية مما يعيق تعلم التلميذ وتقدمه
- التعلق بالبروتين
- صعوبات في فهم بداية ونهاية الأنشطة وتسلسل الأحداث اليومية بشكل عام
- صعوبات في الانتقال من نشاط إلى آخر أو من مكان لأخر
- صعوبات في فهم الكلام
- صعوبات في فهم الأماكن والمساحات في البيئة
- تفضيل التعلم من خلال الإدراك البصري

ولمعالجة مثل هذه الصعوبات التي يغلب ظهورها في بيئات تعليمية اعتيادية أشار آريل شوبلر إلى مفهوم التعليم المنظم للأشخاص التوحديين .

وتم ذلك بعد دراسة أجراها في عام 1971 أثبتت نتائجها أن الأداء العام للأشخاص التوحديين ودرجة تقدمهم يرتفعان ويتحسنان عندما يكونون في بيئات منظمة والعكس هو أيضاً صحيح وكما أشار شوبلر فإن درجة تنظيم البيئة التي يحتاجها التلميذ تختلف باختلاف العمر الزمني والعقلي لديه فكلما انخفض العمر الزمني والعقلي لدى التلميذ ، ازدادت الحاجة إلى درجة مرتفعة من التنظيم . وكلما أزداد التطور الإدراكي واللغوي لديه ، انخفضت درجة التنظيم التي يحتاجها وبناء على هذه الدراسة ، أصبح التعليم المنظم طابعاً مميزاً لبرنامج تباعي.

وهناك خمس ركائز للتعليم المنظم وهي :

- تكون روتين محدد
- تنظيم المساحات
- الجداول اليومية

- تنظيم العمل
- التعليم البصري

وفيما يلي ، نستعرض كل ركيزة على حدة أخذين بعين الاعتبار الأسباب وراء تطبيقها وكيفية تطبيقها .

الركيزة الأولى : تكوين روتين محدد .

يشمل الروتين الجوانب التالية وما إلى ذلك :

- تسلسل الأحداث خلال اليوم
- تسلسل الأحداث خلال الأسبوع
- كيفية البدء بنشاط ما
- خطوات النشاط
- الانتقال إلى النشاط التالي
- متى سيقع النشاط
- مقدار المدة التي يستغرقها كل نشاط
- ما يتعلّق بالنشاط من مواد وأشخاص وكيفية عرضه
- الأمكانات التي ستمارس فيها النشاطات

كما أسلفنا يجد الشخص التوحدي صعوبة في فهم تسلسل الأحداث البرمية والوقت . وبالرغم من أنه قد يفهم موعداً معدداً مثل برامج تلفزيوني ، أو موعد حضور والده إلى المنزل إلا أنه يجد صعوبة في فهم تسلسل الأحداث خلال اليوم بأكمله . وبالتالي، يقوم المسؤولون عن تعليم الأشخاص ذوي التوحد بتوضيح الأحداث اليومية في المنزل أو المدرسة للطلاب من خلال اتباع روتين معين يشمل العناصر التي ذكرت أعلاه . إلا أن هذا لا يعني أن تكوين روتين يشمل هذه الأمور ينبغي أن يطبق بشكل حازم وبدون تغيير ، بل إنه في حال تغيير أوضاع معينة على التلميذ ، يجب تحضيره لهذا التغيير من خلال عرض صور عليه تدل على التغيير ، على أن تكون هذه التغييرات محدودة من حيث عددها ، ولا ينبغي تغيير عدّة أمور في وقت واحد .

الركيزة الثانية : تنظيم المساحات

حيث أن بعض الأشخاص التوحديين يجدون صعوبة في فهم المساحات في البيئة ، ينبغي تنظيمها بشكل يفهمها التلميذ من خلال تحديد بداية ونهاية المسارات مثل مساحة اللعب الحر ، ومساحة الانتظار ، ومساحة الكرسي ، والمساحة الخاصة بالتلميذ نفسه . وينبغي التدرب هنا إلى أنه ليس جميع الأشخاص التوحديين يواجهون مثل هذه الصعوبة ، إلا أن هناك دلائل تشير إلى وجود مثل هذه الصعوبات التي تحتاج لتنظيم المساحات في البيئة :

- يكثر غوله دون اتجاه معين فيبدو وكأنه في حالة ضباب
- يكثر تعثره على الأشياء ، والوقوع على الأرض
- يعاني تأخراً ذهنياً شديداً أو أنه لا زال صغير السن
- يصعب عليه التنقل من مكان نشاط إلى آخر فقد يتوقف في مكانه أو يتجه إلى مكان غير المطلوب
- يستمر في غلق وفتح الأبواب بشكل متكرر

وللتعامل مع هؤلاء التلاميذ ، يمكن تحديد مساحة العمل من خلال تنظيم الأثاث وأرفف الكتب أو العمل ، والمlbs ، والسجاجيد ، وعلى سبيل المثال :

- يمكن وضع شريط لاصق على الأرض لتحديد مساحة أماكن الأنشطة كاللعب الحر أو الحلقة الصباحية وغير ذلك وبالإضافة إلى ذلك ، يمكن وضع سجادة بمجم 50x50 سم على وجه التقرير ليجلس عليها التلميذ في حلقة النشاط أما في حالة استخدام نفس المساحة لأكثر من نشاط واحد ، فيفضل استخدام إشارة لتدل التلميذ على النشاط الذي سيقوم بأدائه . وعلى سبيل المثال إذا كانت مساحة اللعب الحر ستستخدم أيضاً لنشاط الحلقة الصباحية ، فقد يضع المعلم سجاجيد صغيرة بمجم 50x50 سم على وجه التقرير ليجعل من هذه السجاجيد إشارة تساعد التلميذ على التمييز بين أنشطة اللعب الحر .
- يمكن وضع أرفف أو حواجز لتحديد باقي أماكن الأنشطة .
- يمكن مساعدة التلميذ على التمييز بين نشاط واخر من خلال ألوان عناصر الأثاث ، على سبيل المثال . قد يتم اختيار كرسي وطاولة باللون الأزرق لإكمال الأنشطة الفردية (التي يقوم بها التلميذ مع معلمه)، وباللون الأصفر لإكمال الأنشطة المستقلة

(التي يقوم بها التلميذ بانفراد وبدون مساعدة وفي مثل هذه الأحوال ، ينبغي أن تعكس صور الجدول الوان الأدوات المستخدمة لكل نشاط . وهكذا ستكون صورة النشاط المستقل في الجدول عبارة عن كرسي وطاولة باللون الأصفر ، وصورة النشاط الفردي في الجدول عبارة عن كرسي وطاولة باللون الأزرق.

الركيزة الثالثة: الجداول اليومية

نظراً للصعوبات التي يواجهها الأشخاص الذين يعانون التوحد في فهم الوقت وتسلل الأحداث اليومية ، كان من الضروري استخدام جداول جداول فردية تد frem على تسلل الأحداث اليومية . هذه الجداول تساعدهم على تنظيم وقتهم ، وفهم البيئة ، ومعرفة الأحداث اليومية ، الأسبوعية ، والشهرية ، والسنوية . وحين يعرفون تسلل الأحداث وينتكرن من التنبؤ بما سيحدث لهم خلال يومهم ، تتحفظ درجة التوتر لديهم مما يساعد إلى حد كبير على التعلم .

الركيزة الرابعة: تنظيم العمل

يصعب على الأطفال التوحد فهم بداية ونهاية كل نشاط . ولماجحة مثل هذه الصعوبة ، ينبغي تنظيم العمل بشكل يوضح للتلميذ ما يلي :

- ماهو المطلوب؟
- كم هي كمية العمل؟
- كيف يعرف الطفل أن العمل انتهى؟
- ما هو النشاط الذي سيلي؟

هناك عدة طرق للقيام بمثل هذا التنظيم من بينها استخدام السلاط ويكون التلميذ جالساً على كرسي وأمامه طاولة العمل .

ويضع المعلم أرفقا من السلاط على يمين التلميذ ، وأرفقا أخرى من السلاط على يساره (بمقدمة من طاولة) ، على أن يكون التلميذ قادراً على رؤية هذه السلاط وما في داخلها .

ويوضع المعلم في كل سلة على يمين التلميذ نشاطاً ينبغي على التلميذ أن يعمل عليه وعند الانتهاء من النشاط يطلب المعلم من التلميذ أن يضعه في إحدى السلاط التي على يساره .

مثل هذا الإجراء يوجه التلميذ إلى كمية العمل التي ينبغي إنجازها (من خلال رؤية الأنشطة الموضوعة في السلاسل التي على يمينه)، ويوجهه كذلك إلى وقت الانتهاء منها (فهو يضعها في السلاسل التي على يساره عندما يتنهى منها).

ويمكن كذلك تنظيم هذه العملية بشكل أدق من خلال وضع كروت بألوان مختلفة على الطاولة التي يستعد التلميذ لأن يعمل عليها. قد يطرح عدد هذه الكروت من 2-5 بعد سلات العمل.

يلبي هذه الكروت كرت يوجه التلميذ إلى ما سيقوم به بعد أن يتنهى من الأنشطة.

في معظم الأحيان يكون المطلوب من التلاميذ التوجه إلى جدواهم وبالتالي، يوضع المعلم صورة الجدول كدلالة للتلميذ على أن عليه التوجه إلى جدوله بعد الانتهاء من النشاط.

نقدم فيما يلي خطوات توضح إحدى طرق تدريب التلميذ على اتباع روتين تنظيم العمل.

• نلخص جميع البطاقات على طاولة العمل ، بما في ذلك الكروت الملونة وصورة جدول التلميذ وعلى سبيل المثال ، نفترض أن عدد السلاسل على يمين التلميذ هو ثلاثة سلاسل . قد تضع كرتا مجمعاً 3×5 أو أكبر باللون الأصفر في أعلى طاولة العمل ، يلي ذلك بطاقة باللون الأحمر ، وتحتها أخرى باللون الأزرق ، ويليها ذلك بطاقة صورة الجدول

• تضع كروتنا مطابقة لها في سلات العمل على يمين التلميذ ويسفل الترتيب ، فنضع على طرف السلة الأولى (وليس بداخلها) كيسا بلاستيكيا فيه كرت أصفر في السلة الثانية كيسا بلاستيكيا فيه كرت أحمر ، وفي السلة الثالثة والأخيرة كيسا بلاستيكيا فيه كرت أزرق.

• يقوم التلميذ بأخذ أول كرت من طاولة العمل ويضعه في الكيس البلاستيكي الذي فيه الكرت المطابق الذي في السلة الأولى (أي الكرت الأصفر في هذا المثال).

• يقوم التلميذ بإنجاز النشاط الذي في السلة الأولى ، وعند الانتهاء منه ، يضعه في السلة التي على يساره .

• يقوم التلميذ بأخذ الكرت الثاني من طاولة العمل ويضعه على الكرت المطابق له (أي في السلة الثانية من سلاسل العمل).

- يقوم بإلخاز النشاط الذي في السلة ، وعند الانتهاء منه يضعه في السلة التي على بساده . ويستمر في العمل هكذا إلى أن يتم الأنشطة .
- يأخذ كرت الجدول ويتجه به إلى جدوله

الركيزة الخامسة: التعليمات البصرية

المقصود بالتعليمات البصرية اعطاء التلميذ ارشادات من خلال استخدام دلائل بصرية كالصور والكلمات المكتوبة . وعلى سبيل المثال ، كي يتعلم التلميذ خطوات غسل اليدين ، يقوم المعلم بعرض عدد من الصور ، تدل كل صورة منها على خطوة من خطوات العمل . تلخص هذه الصور فوق المنسقة التي يقوم التلميذ باستخدامها .

الجمع بين المدخل السلوكي والمدخل الإدراكي في التعليم

تفسر فلسفة برنامج تيش أن المشاكل السلوكية التي يظهرها الأشخاص التوحديون إنما هي ناتجة عن صعوبات إدراكية في فهم وتفسير المعلومات المتلقاة من البيئة . وعلى سبيل المثال ، فإن مشكلات الإدراك الحسي بالإحساس بالأذى من سماع صوت المكنسة الكهربائية من شأنها أن تؤدي إلى ظهور اضطرابات سلوكية ، ولا سيما في حال عدم مقدرة الطفل على التعبير عن نفسه . بالإضافة إلى ما سبق ، يعتبر برنامج تيش جميع سلوكيات التلميذ ، بما في ذلك السلوكيات السلبية ، هادفة وبالتالي يقوم المعلم الشامل بتحديد هدف السلوك وإيجاد البديل المناسب لذلك وتعليمه للطفل . كما أن البرنامج يعلم التلاميذ مهارات إدراكية مثل كيفية التعلم والعمل باستقلالية . هذا بالإضافة إلى تبني بعض الطرق النابعة من المدخل السلوكي للتعليم مثل التلقين والإفشاء والتشكيل والتعزيز .

المنهج

يركز المنهج التربوي على تعليم مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية واللعب ومهارات الاعتماد على النفس والمهارات الادراكية ومهارات تمكّن الطالب من التكيف في المجتمع والمهارات الحركية هذا بالإضافة إلى تعليم التلاميذ مهارات عمل جيدة (مثل إلخاز مهمة معينة في وقت محدد و العمل بهدوء) و العمل باستقلالية و مهارات أكاديمية لمن يظهرون استعداد لتعلمها .

الملحوظات

يتقد بعض المختصون برامج تيش معتقدين انه كان من الافضل للاشخاص التوحديين التعلم و التكيف في بيئات اشبه ببيئات الطبيعية وغير المنظمة عوضا عن بيئه

التعليم الاصطناعية التي تعطي برنامج تبشن طابعها المميز و مثل هذه الانتقادات درجة لاباس بها من المصداقية الا ان الواقع قد يدحض مثل هذه النظريات و الاعتقادات ولا سيما في المراحل المبكرة من عمر الطفل

فالطفل الذي يعاني التوحد يواجه صعوبات شديدة في فهم البيئة الاعتيادية و بما تالي قد يشعر بدرجة مرتفعة من الامان و التوتر و اللذين من شأنهما يعيقا عملية تعليم التلميذ الى حد كبير جدا وعلى التقى من ذلك فان استخدام المعينات البصرية في تعليم التلميذ الذي يعاني التوحد و تنظيم البيئة التعليمية له يحسن من ادائه في عدة جوانب ومنها مدى تقدمه و سلوكياته العامة اضافة الى شعوره بالامان وعلى الرغم من ذلك هناك نقطة غاية في الأهمية يجب التربوه اليها وهي ان ليس جميع الاشخاص التوحديين محتاجة الى نفس درجة التنظيم بل انها تختلف من شخص الى اخر مع تفاوت العمر الزمني و العمر العقلي للتلبيب والقدرة اللغوية لديه فالاطفال و البالغون من لديهم درجة ذكاء منخفضة او من هم صغار في السن يحتاجون الى اكبر قدر من التنظيم ومع تقدم العمر الزمني و العقلي والمهارات اللغوية تتحسن تدريجيا احتياجات التلميذ للتنظيم فعلى سبيل المثال قد يحتاج طفل توحدى الى دلائل بصرية تعييه على معرفة وقت الانتقال من نشاط الى اخر او مكان الى اخر (مثل كرت فيه صورة جدول التلميذ) يعطي له ذلك الكرت حين يتهمي وقت نشاط معين ليعرف ان ذلك النشاط قد انتهى و انه قد حان وقت النشاط الذي يليه وان عليه التوجه الى جدوله لمعرفة ما هو النشاط التالي الا انه قد لا يحتاج مثل هذه المعينات طوال حياته فانه مع تقدم عمره وادائه العام قد يكتفي بكلمة من المعلم او المعلمة تعلن له انتهاء النشاط او قد لا يحتاج الى اي مساعدة من الاخرين و با لتالي من الواجب علينا كاسر و مخضبين قياس مدى احتياجات التلميذ مثل هذا التنظيم من خلال مراقبة سلوكياته و استجاباته للدرجات متباينة من التنظيم و العمل على تقليص اعتماده عليها تدريجيا الى ان يصل الى اقل ما يمكن من درجات التنظيم و اقرب ما يمكن من بيات طبيعية

ثالثا : برنامج فاست فورورد FastForWord:

وهو عبارة عن برنامج إلكتروني يعمل بالحاسوب (الكمبيوتر)، ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصابة بالتوحد.

وقد تم تصميم برنامج الحاسوب بناء على البحوث العلمية التي قامت بها بولا طلال Paula Tallal على مدى 30 سنة تقريباً، حتى قامت بتصميم هذا البرنامج سنة 1996 ونشرت نتائج بحوثها في مجلة *Science* *العلم*.

حيث بيت في محتواها المنشور أن الأطفال الذين استخدمو البرنامج الذي قامت بتصميمه قد اكتسبوا ما يعادل ستين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة.

وتقوم فكرة هذا البرنامج على وضع ساعات على أذني الطفل، بينما هو يجلس أمام شاشة الحاسوب ويلعب ويستمع للأصوات الصادرة من هذه اللعب.

وهذا البرنامج يركز على جانب واحد هو جانب اللغة والاستماع والانتباه، وبالتالي يفترض أن الطفل قادر على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية.

رابعاً : برنامج لوفاس (Ivar Lovaas)

وتسمى كذلك بالعلاج السلوكي Behaviour Therapy ، أو علاج التحليل السلوكي Behaviour Analysis Therapy . وتعتبر واحدة من طرق العلاج السلوكي، ولعلها تكون الأشهر، حيث تقوم النظرية السلوكية على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك، حيث يعتبر كل سلوك عبارة عن استجابة لمؤثر ما.

يهدف برنامج لوفاس (Ivar Lovaas) إلى اختبار فعالية أسلوب تخليل السلوك التطبيقي مع الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية والسلوكية الشديدة بما فيها سلوك إزياء الذات . ولقد تمحج في وقف سلوك إزياء الذات عندما فشل الآخرون. (Siegle, 2003).

ولأن النتائج كانت مشجعة عمل لوفاس و تلاميذه على إعداد برنامج (منهاج) يعتمد على فكرة التدريب على المهارات المحددة مع التكرار للوصول إلى درجة الإتقان وكانت المهارة التي يريد تعليمها تجيئا إلى مهارات جزئية يتغلق من مرحلة إلى أخرى تدريجياً وهذا كان ميلاد ما عرف بالتدريب من خلال المحاولات المنفصلة (Siegle, 2003)

وبعد ستة من التدريب اكتسب الأطفال المهارات المستهدفة ولكن وبعد عودتهم إلى البيئات الطبيعية خسروا كل ما تعلموه لأن التعليم كان في بيئه مغلقة تختلف عن البيئة الطبيعية لذا أصبح هدف التدريب هو إيجاد بيئه قريبة من البيئة الحقيقية لتدريب الأطفال .

تم تدريب الأهل للعمل مع أطفالهم أيضاً مع ان الفكره كانت ان يعمـل الأخـصـائـين فقط مع الأطفـال وـان يقتـصـر دور الآباء عـلـى التـغـذـية وـالـبـاسـ الطـفـلـ مـلـابـسـهـ .

اما هنا فـانـهـ يتمـ التـاكـيدـ عـلـىـ اـنـكـاسـ الـطـفـلـ إـذـاـ لمـ يتمـ تـدـربـ الآـبـاءـ فـالـآـبـاءـ يـعـطـونـ

عـمـقاـ وـعـنـيـ لـعـمـلـ الـأـخـصـائـينـ(Catherine Johnson 1994 Lambe, 2005)

اسلوب لوفاس في التدخل

تـقـومـ فـكـرـةـ لـوـفـاسـ عـلـىـ التـدـخـلـ السـلـوكـيـ منـ خـلـالـ منـهـجـ تـعـيلـ السـلـوكـ التـطـيـفيـ "Applied Behavioral Analysis" (ABA) وهـنـاكـ عـدـدـ مـنـ المصـطـلـحـاتـ الـتيـ استـخدـمـتـ للـإـشـارـةـ إـلـىـ بـرـنـامـجـ اوـ اـسـلـوبـ لـوـفـاسـ مـثـلـ الاـشـراـطـ الإـجـرـائـيـ (ـنـظـرـيـةـ سـكـنـرـ)ـ وـالـقـيـ تـسـتـخـدـمـ تـعـزـيزـ الـأـيجـابـيـ فـيـ تـعـدـيلـ السـلـوكـ وـ مـصـطـلـحـ عـاـوـلـاتـ التـدـربـ المـفـصـلـةـ (ـD~TT~ Discrete Trial Trainingـ)ـ وـعـلـاجـ لـوـفـاسـ 'Lovaas Therapy'ـ وـ الـاسمـ الـأـكـثـرـ شـهـرـةـ هوـ (DTIـ)ـ والـتـدـخـلـ السـلـوكـيـ المـكـثـفـ (ـC~onsequence~ B~ehavior~ A~ntecedent~)ـ "ABCـ"ـ وـاـسـتـخـدـمـ تـعـبـيرـ نـسـوـذـ (IBIـ)ـ وـالـعـالـجـ السـلـوكـيـ الـكـثـفـةـ IBTـ"ـ وـالـعـالـجـ السـلـوكـيـ الـكـثـفـةـ 'Intensive Behavioral Treatment'ـ

وـقـدـ وـصـفـ اـسـلـوبـ لـوـفـاسـ فـيـ التـدـخـلـ الـبـكـرـ فـيـ اـكـثـرـ مـكـانـ مـنـهـ كتابـ Let Me Hear Voiceـ والـذـيـ فـيـ وـصـفـ حـالـةـ طـفـلـينـ توـحدـيـنـ تمـ عـلاـجـهـمـ باـسـتـخـدـامـ اـسـلـوبـ لـوـفـاسـ وـالـذـيـ وـصـفـهـ فـيـ كـتـابـ The Me Bookـ وـ كـتـابـ Maurice Mauriceـ التـدـخـلـ السـلـوكـيـ لـلـاطـفـالـ الصـغـارـ ذـرـيـ اـضـطـرـابـ التـرـددـ Behavioral Intervention for Young Children With Autismـ

انـ بـرـنـامـجـ لـوـفـاسـ يـرـكـزـ عـلـىـ السـلـوكـ الـحـالـيـ (ـالـسلـوكـ الـذـيـ يـوـصـفـ اـنـهـ سـلـوكـ توـحدـيـ)ـ لـلـطـفـلـ اـكـثـرـ مـنـ التـرـكـيزـ عـلـىـ القـضـاياـ التـشـخـصـيـةـ كـمـاـ اـنـهـ يـرـكـزـ عـلـىـ الـوـضـعـ الـراـهنـ للـطـفـلـ وـ لـاـ يـهـتـمـ بـتـارـيخـ الـحـالـةـ اوـ اـسـبـابـهاـ وـ هـذـهـ هـيـ اـهـمـ اـسـسـ تـعـدـيلـ السـلـوكـ (ـمـحمدـ إـسـمـاعـيلـ،ـ 2009ـ)

وـيعـتـمـدـ بـرـنـامـجـ لـوـفـاسـ عـلـىـ :

- اـمـكـانـيـةـ الطـفـلـ مـنـ الـاسـتـفـادـةـ مـنـ طـرـقـ التـعـلـيمـ العـادـيـةـ وـ انـ الـخـفـضـتـ قـدـرـانـهـ بـشـكـلـ اـقـلـ مـنـ الـمـوـسـطـ
- انـ بـيـةـ الطـفـلـ العـادـيـةـ تـسـاعـدـ الطـفـلـ عـلـىـ التـعـلـمـ ضـمـنـ الـمـوـسـطـ وـلـزـيـادـهـ تـعـلـيمـ الطـفـلـ يـجـبـ تـعـدـيلـ وـ تـطـوـرـ الـبيـةـ الـتـعـلـيمـيـةـ

- ان اخصائى التربية الخاصة و علم النفس قادر على مساعدة الطفل الذى ينحرف عن المتوسط من خلال بيئه منظمة للتعلم
 - كما البيئة يجب ان تمثل البيئة الطبيعية (البيئة الاقل تقيدا) للطفل قدر الامكان
 - علاج سلوك معين لا يعني بالضرورة علاج سلوك اخر فمثلا اذا اردنا تطوير سلوك الاتباع عند الطفل فهذا لا يعني تحسين السلوك النمطي مثل سلوك هز الجسم
 - العلاج يجب ان يكون متمرا (40) ساعة اسبوعيا تشمل المدرسة (كل اليوم الدراسي دون حساب فترات راحة) بالإضافة الى التدريب في البيت باقى ساعات اليوم .
 - يجب التخطيط لتعلم المهارات منذ البداية كما يتم التخطيط لتعليم اتقان المهارة لانه لا يتوقع من الطفل التوحدي تعلم المهارة تلقائيا دون التدريب عليها.
- (محمد إسماعيل ، 2009)

اهداف برنامج توظاف

اراد لوفاس تحقيق الاهداف التالية كما يلي :

- في السنة الاولى تقليل الاثارة الذاتية و العدوان و الاستجابة للاوامر اللغوية و التقليد و تأسيس استخدام الالعاب (الدمي) بشكل مناسب و توسيع مدى العلاج ليتضمن مشاركة الاسرة .
- في السنة الثانية التأكيد على اللغة التعبيرية و الجردة و اللعب الفعال مع الاقران و توسيع مدى المعالجة ليضمن الاوضاع في المجتمع المدرسي .
- و في السنة الثالثة التركيز على التعبير عن العواطف و المهارات قبل اكاديمية (القراءة كتابة حساب) والتعلم من خلال الملاحظة .

تحليل السلوك التطبيقي Applied Behavioral Analysis

ان التغير في السلوك ناتج عن الاجراءات التي استخدمت لمساعدة الفرد على تطوير مهاراته و قيمه الاجتماعية وقد بنيت على هذا العلم عدة برامج للتدخل مع لاطفال التوحديين . ان اسلوب ABA يعتمد على كمية التعليم المباشر و التعزيز الكبير و المكثف .
ان تحليل السلوك التطبيقي هو المظلة الاوسع لكل برامج تعديل السلوك ، ان هناك كم هائل من البيانات و الدراسات التي تبين فعالية تحليل السلوك التطبيقي في علاج بعض

السلوكيات مثل مهارات العناية بالذات و تقليل سلوكيات مثل ايلاء الذات و اللعب مع الأقران و التكيف المدرسي و التطور اللغوي و غيرها . (محمد إسماعيل، 2009)

المفاهيم الاساسية في تخليل السلوك التطبيقي (ABC)

هناك ثلاث مفاهيم اساسية :

• المثيرات القبلية : متطلبات او مثيرات تدفع الطفل للقيام بالفعل (السلوك)

• السلوك Behavior: وهي الاستجابات (اي فعل يقوم به الطفل)

• النتائج Consequences التعزيز او العقاب

وظيفة السلوك المضطرب

يحدث السلوك المضطرب بسبب النتائج المبنية على هذه المثيرات ومن هنا فهو يحقق وظيفة او هدف للفرد وهو غالبا الحصول على التعزيز او تجنب العقاب و السلوك المضطرب سلوك متعلم بنفس الطريقة التي يحدث فيها السلوك السوي و وبالتالي فهو يتضمن لنفس القوانين اي ان السلوك الذي يعزز يزيد احتمال تكراره مستقبلا و السلوك الذي يعاقب يقل احتمال تكراره مستقبلا بغض النظر كونه سوي او مضطرب (Laraway, Snyderski, Michael,

ان المفتاح الاساسي لهذا البرنامج (برنامج لوفاس) هو التدريب المكثف (40 ساعة أسبوعيا) ويقوم على اسلوب واحد لواحد .

ان هذا الاسلوب يهدف الى تقليل فشل الطفل الى ابعد مدى ممكن كما يهدف الى زيادة نجاح الطفل الى ابعد مدى ممكن وذلك من خلال زيادة قدرة الطفل على فهم ما يريدته المعالج وما هو مطلوب منه وهذا يكون بعدة اشكال وقد تستخدم هنا التقنيات الجسمية من خلال مسك اليدين للوصول الى شيء معين .

ثم تخليل المهارات المطلوبة الى مهارات اصغر (تخليل المهمة) وتقديم التعزيز (كمية كبيرة منه) عند القيام باي مستوى من هذه المهارات الجزئية ، ويجب ان يقدم العلاج خطوة تضمن خطوات صغيرة فعلى سبيل المثال نبدأ بتدريب الطفل على الجلوس على الكرسي حيث تقوم بإجلام الطفل بالشكل الصحيح و تقوم مباشرة بتعزيز الطفل وبكميات كبيرة . و يجب التركيز على المهارات السابقة لتعلم اللغة بشكل اساسي مثل مهارات الانتباه ، التعاون ، والتقليد فكيف نستطيع الانتقال من خطوة الى اخرى اذا لم تكن قادرا على جذب انتباه الطفل او تعاونه معك ان الامر يصبح مستحيلا لتعليم الطفل اللغة .

ان استخدام التحليل التطبيقي للسلوك يساعد بشكل كبير في تحديد حاجات الطفل ويتضمن مشاركة الاسرة و تقديم تدخل مبكر و تكون نسبة المعلم الى الطفل قليلة . في هذا البرنامج نعتمد على التجاهل المخطط له مع السلوك غير المرغوب فيه .

وحتى يكون التعزيز فاعلا يجب ان يتم اختيار المعزز بطريقة صحيحة و مراعاة اسس العوامل التي تجعله فعالا ويجب مراقبة تحسن الطالب من خلال مراقبة البيانات التي يتم تسجيلها . ان اتقان مهارة ما (باتفاق 80% بين مدربين على الاقل) يجب ان يتبعه تدريب على تعليمها حتى لا يحدث تراجع او انتكاس(Julie A. Donnelly , 1996)

و يتم تعديل اسلوب التدريس اذ لاحظنا من البيانات ان هناك حاجة الى ذلك اما البديل التربوي فبتم تحديده بناء على الحاجة و العمر و من خلال برنامج ABA حيث ان البديل التربوي تمت من الدمج الى التربية الخاصة او الخدمات المترتبة .

وبالنسبة لجميع الاطفال فإنه يفضل التعليم في المدرسة في بداية البرنامج لأن اعتماد البرنامج في بدايته على الاسرة بشكل كامل صعب جدا ، وفيما بعد يكون الجزء الاكبر من التدريب عادة في البيت (البيئة الطبيعية للطفل) ثم ينتقل تدريجيا الى البيئة التعليمية والمجتمع ليتعلم مهارات التواصل .

وهذه البرامج تعتبر التدريب في البيئة المدرسية فعالة للأطفال اذا تم تطبيقه بدقة . وبغض النظر عن الاسلوب الذي يتم اختياره فإنه يجب ان يكون هناك مشاركة للوالدين وتطبيق في البيت.

ان البرنامج المبني على استراتيجية ABA منظم بشكل كبير و لا يوجد فيه فترات راحة و لذلك فإنه يجب ان يحتوي على انشطة للاستماع تناسب مع عمر الطفل .

ولأن الطفل التوحدي يعاني من مشكلة التقليد فان اول ما يبدأ به معالج التوحد تدريب الطفل على التقليد الاشياء و صولا الى تقليد الافراد ، ولقد تم تعليم الطفل كل شيء تقريبا لأن الطفل التوحدي يحتاج الى كل شيء مثل القراءة و الكتابة ، ان لوفاس لم يتعامل مع الاطفال الذين يعانون من مشكلات بسيطة فهؤلاء يكتفي بهم التدريب الجزئي واحد لواحد لكن التدريب المكثف بطريقة لوفاس يساعد في المشكلات الشديدة .

مبادئ تحليل السلوك التطبيقي

لقد تم تطوير تحليل السلوك التطبيقي ليكون ذو قيمة في معالجة سلوك الاطفال التوحديين والاضطرابات ذات العلاقة (Larsson, Riedesel Peterson , 2003)

ويعتمد على التدريب اليومي الطويل و المكثف وقد بنت العديد من الدراسات أهمية التدريس الطويل منها دراسة (Sandall , McBride, Boulwar Schwartz 2004) والتي اعتمد اسلوب (معلم- طفل) و يسمى هنا التدخل السلوكي المبكر المكثف .

لقد بنت العديد من الدراسات فعالية اسلوب لوفاس منها دراسة لوفاس نفسه ودراسات اخرى مثل دراسة سيجل وشينكوف (Sheinkopf & Siegel 1998) . (Connor,2003)

فهو يتطلب تكثيف انتباه عدد من المتخصصين بالإضافة الى الاباء و افراد الاسرة وكل من له علاقة .

وهنا فان المشاركين في البرنامج يجب ان يكونوا قادرين على استخدام الكلمات الشائعة والتي تستخدم في التواصل الواضح و الفعال فمثلا يجب ان يحفظ اقل عدد من الارقام ليستخدمها باكبر قدر ممكن كما يجب ان تستخدم بشكل منظم و هادئ قدر الامكان .

وهنا يجب التعاون بين الاباء و المساعدين الآخرين و الذي وجد انه مهم في عمل الاسرة و المعلمين و تحليل برنامج التعليم و تصميمها لمساعدة الطفل التحدى لتعلم الكلام و فهم اللغة .

ان الاساس النظري يعود الى افكار سكرن التقليدية و من وجده نظر هذا البرنامج فان تعليم اللغة يتم بطريقه الاشراط الاجرائي من خلال مساعدة الآخرين .

وهدف استخدام مشروع النطق المدرك انه يقدم نظاما مصغرا للمفاهيم التي يمكن ان تفهم او تتذكر و التي يمكن ان تطبق بشكل مناسب من قبل الاشخاص الذين لا يوجد لديهم معلومات عن علم النفس السلوكي .

مبادئ و مفاصيح المعالجة السلوكيه المكثفة

- تعريف اجرائي للسلوك الملاحظ(المستهدف)
- تعريف للشيرات القبلية و التائج المترقبة و التي تووضح العلاقة بين السلوك المستهدف و المعالجة التي تمت .
- تحليل المهمة الى مهام فرعية صغيرة .
- نظام قياس لاستمرار و تعميم السلوك المستهدف (Bodfish,2004)

مراجعة عامة على منهج ABA

المستوى الاول

يعتمد المستوى الاول من البرنامج على المهارات التالية :

- مهارات الانتباه : الجلوس بشكل مستقل ، التواصل البصري.
- مهارات التقليد: للحركات الدقيقة و الكبيرة.
- مهارات اللغة التعبيرية : تقليد الصوت ، تعبير نعم - لا ، اجابات بسيطة للاسئلة .
- المهارات ما قبل اكاديمية : المقابلة، و اكمال الانشطة بشكل مستقل، الاستمرارية ، تحديد الاشكال، الالوان، الحروف .
- مهارات العناية بالذات : مثل خلع الملابس باستقلال ، الاكل المستقل ،مهارات الحمام .

المستوى الثاني من البرنامج

- مهارات الانتباه : تأكيد التواصل البصري، الاستجابة لنهاية الاسم
- مهارة التقليد : تقليد التابع ،نسخ الصور البسيطة، ربط الحركة بالصور
- مهارات اللغة الاستقبالية : تتبع اوامر من مرحلتين، معرفة الخواص ،التصنيف، تعرف على الظروف العواطف الجنس، يستطيع ان يسأل لماذا ، متابعة الصور .
- اللغة التعبيرية : يكون عبارات من كلمتين او ثلاثة ، يطلب حاجاته ورغباته، يسمى بناء على الاداء ، يتبادل المعلومات مع الاخرين. يسأل لماذا .
- المهارات ما قبل اكاديمية : المقابلة ،و التصنيف، يعطي عدد محدد من العناصر ، يتعرف على الحروف الاستهلالية الكبيرة و الصغيرة، يستخدم مفهوم اكثر و اقل، يعد ورقة بسيطة بنسخ الحروف و الارقام، يكتب الاسماء، يستخدم المقص، يلون داخل الاطار .

- مهارات العناية بالذات : يرتدي الملابس باستقلالية ،يرتدي الخلاء و المعطف، استخدام الحمام

المستوى الثالث من البرنامج :

- مهارات الانتباه : استمرار التواصل البصري اثناء النقاش و الانشطة الجماعية .

- مهارة التقليد : متابعة الاوامر المعقدة و اللعب مع الاقران و الاستجابة اللغوية للاقران .
- مهارات اللغة الاستقبالية : تتبع اوامر من ثلاث خطوات التعرف على أوجه الشبه و الاختلاف و التعرف على الملكية الشخصية .
- التعبيرية : يعبر باستخدام انا لا اعرف يقول قصة سمعها يستدعي الاحداث الماضية يطلب ايفاچ . ويعرف الفضائل و الاعمال و يؤكّد على المعرفة .
- اللغة المختصر : يتباً بالنتائج يأخذ موقف خاص يقدم توضيح لموقفه .
- المهارات الاكاديمية : يكمل النماذج ، يقرأ الاسماء و يسمى الحروف و الاصوات يحدد معنى الكلمة و يقدم تحليلاً بسيطاً يربط بين الارقام و يتعرف على الكلمات ذات الوزن و القافية و النغم يكتب كلمات بسيطة من الذاكرة .
- المهارات الاجتماعية : يتبع التوجيهات من زملائه يجيب اسئلة زملائه يستجيب لمبادرات اللعب مع زملائه يعرض و يتقبل مساعدة الزملاء .
- الاستعداد المدرسي : يتظر الدور يوضح الاستجابات يتبع مجموعة من التعليمات يستجيب عندما ينادي باسمه يرفع يده للمشاركة يستمع و يقول قصة .
- مهارة العناية باللادات : ينظف الاسنان يغسل الملابس (Iwata, Worsdell, 1996)
ويتم في هذا البرنامج استخدام اساليب تعزيز السلوك المتعدد و المتزوعة نذكر منها على سبيل المثال :

التعزيز الايجابي Positive Reinforcement

قدم لو fas و Saimon 1969 ادلة على ان التعزيز الايجابي زيادة الانتباه اثناء رعاية الذات عند الاطفال مما يقلل سلوك ايذاء الذات self-injurious behavior (SIB),
ان سلوكيات مثل ايذاء الذات و العدوان ومنه العدوان على الممتلكات تفسر من قبل المعاملين معها على انها ردود افعال مختلفة . ولهذا فان التربیخ او أي محاولة لتقليل او ايقاف السلوك غالباً لا تكون فعالة على اعتبار ان السلوك ذاته مؤقت و ليس دائماً . لكن الحقيقة ان هذه السلوكيات تزداد بسبب التعزيز الاجتماعي . (Iwata, 2005).

التعزيز السلي

ان بعض المشكلات تتج عن عدم الاستمرار في النشاط فعلى سبيل المثال فان بعض الافراد لا يطلب منهم اكمال المهام الاكاديمية ولا حتى حضور الدرس بسبب سلوكهم الخطير و احيانا يتم اقصاءهم باستخدام اسلوب "time out,""الاقصاء نوع المشاهدة social-negative reinforcement المشروطة وهي هنا نوع من التعزيز السلي الاجتماعي

التعزيز التفاضلي

وهو عدة اشكال هي تعزيز السلوك البديل و تعزيز السلوك النقيض و تعزيز الخفاض السلوك غير المرغوب

منهجية التحليل الوظيفي Functional Analysis Methodology

ان المدف من التحليل الوظيفي للسلوك ،(الذي يسمى احيانا التقويم السلوكي الوظيفي) هو معرفة ما هي السلوكيات التي تحتاج الى تعديل سلوك طارئ عند الفرد وهو مرتبط بالبيانات التي تجمع كما او نوعا من خلال الملاحظة في البيئة الطبيعية بطريقة مباشرة (IWATA, 2005)

اما اذا اردنا جمع معلومات بطريقة غير مباشرة فاننا نستخدم عدد من الادوات التي طورت لهذه الغاية مثل منها مقياس تقييم الدافعية MAS (Motivation Assessment Scale) وهو مقياس واسع الشهرة و يتضمن 16 فقرة والتي تحدد الظروف التي تسبب حدوث او عدم حدوث السلوك و يتم اجابتها من خلال مقياس متدرج من 0 (عدم الحدوث) الى 6 (الحدوث بشغل مستمر) وبناء عليها تحدد ما يمكن ان تقوم به تجاه هذا السلوك وذلك باستخدام تعزيز ايجابي من خلال الانتباه او اعطائه بعض الاشياء او استخدام التعزيز السلي .

ومن ميزات هذه الطريقة انها تعطي نتائج ايجابية في وقت قصير وبساطة وفعالية . (IWATA, 2005)

التحليل الوصفي (الارتباطي)

ويعتمد على الملاحظة المباشرة للسلوك في البيئة الطبيعية و اشهر نموذج لوصف السلوك هو ما يعرف بنموذج A-B-C (Antecedent, Behavior, Consequence) وهذا يتم تسجيل البيانات اثناء حدوث المشكلة والبيانات هنا هي :

ظروف حدوث المشكلة الوقت والسلوك والاحاديث التي تسبق او تبع السلوك مباشرة واسلوب الملاحظة المستخدم هو اسلوب الفقرات الزمنية حيث يتم تسجيل حدوث او عدم حدوث السلوك المتهدف خلال فترة زمنية معينة (10 ثواني مثلا) اذا كان معدل حدوث السلوك مرتفعا لان الاصحاء الوصفي يعتمد على الملاحظة المباشرة فانه اكبر الاساليب المستخدمة في التقييم .

ان تقليل السلوك الوظيفي يحدد مصادر التعزيز التي تحافظ على السلوك المطلوب وتحدد خصائص البيئة التي تساعد على تقليل المشكلة السلوكية.

التدخل السلوكي المكثف

ويتم استخدام التعليم المنظم والاعادة لتعليم التقليد والمهارات الاولية واللعب كما يتم التدريب في خطوات صغيرة متزايدة وباسلوب فردي و المنهج يعتمد على نقاط القوة والضعف لكل طفل ويهدف البرنامج الى مساعدة الطفل على تعلم مهارات جديدة وبالسرعة الكافية لكي يتطور بالمقارنة مع تطور اقرانه.

التعليم الايجابي

يتم مكافأة الطفل على الجهد الايجابية والاستجابات الصحيحة والسلوك المناسب والمكافأة تشمل على الطعام المحب والألعاب والأنشطة المرغوبة ان التعليم الفردي والادوات المعدة له تهدف الى جعل التعليم ممتعا لزيادة دافعية الطفل وتركيزه واظهرت الدراسات فعالية اسلوب ABA في تقليل السلوكيات غير المناسبة وزيادة القدرة على التواصل والتعلم والسلوك الاجتماعي المناسب .

لقد تم استخدام التشكيل وهو احدى استراتيجيات العلاج السلوكي في تكوين السلوكيات المرغوبة وغير المرغبة عند الاطفال التوحديين (Catherine, Johnson, 1994) ان كل طفل بامكانه التعلم اذا وجد الصبر من القائمين على تعليمه كما انهم يجب ان يكونوا على درجة من الابداع في معرفة المعززات الالازمة للطفل .

في احدى المرات تعب المدربون في معرفة المعزز لاحد الاطفال فهو لا يريد الطعام ولا يريد المعنقة او اي شيء وبالصدفة اكتشف المعالجون ان المعزز لهذا الطفل ان يسمح له بصب الماء من كاس لآخر .

الادلة على نجاح اسلوب ABA في علاج التوحد

ان تجربة لوفاس الطويلة على الاطفال التوحديين تعطي ادلة قوية على فعالية هذا الاسلوب و ذلك من خلال تطبيق عدد من المقاييس للمقارنة بين المجموعة التجريبية والضابطة في تجربة لوفاس حيث استطاع الاطفال الذين تلقوا تدریبا مكثفا (المجموعة التجريبية) من الاندماج في الصنف العادي دون الحاجة الى المساعدة ، كما مستوى الذكاء ارتفع بمعدل 30-50 درجة وقد اصبح اداءه قريب من اداء الاطفال العاديين.

دراسة لوفاس Lovas

لقد اشتملت التجربة الاساسية على 38 طفل وكانوا من الاطفال الصغار اقل من 40 شهرا اذا كان لا ينطق Mute chilled و اقل من 46 شهر اذا كان هناك صيدى صوتي Echolalic و الذين تم تشخيصهم على انهم اطفال توحديين وتم تقسيم المشاركون الى تجربة 19 طفل بناء على توفر اعضاء الفريق المشارك في المعالجة . فإذا كان هناك عضو من اعضاء فريق المعالجة ضمن المجموعة التي يتواجد فيها منزل الطفل يتم وضعه في المجموعة التجريبية والآخر وضع في المجموعة الضابطة وتكون هذه المجموعة من (المجموعة الاولى 19 طفل اعطيت 10 ساعات تدريب أسبوعيا ، و الثانية 21 اعطوا البرنامج العادي).

وقد تم معالجة الطفل مدة 40 ساعة أسبوعيا باسلوب واحد لواحد (معلم لطفل) لمدة زادت على السنتين وملدة 4000 ساعة بشكل مكثف اما المجموعة الضابطة فقد تلقت تدریبا اقل كثافة مقداره 10 ساعات أسبوعية ولم يكن التدريب على صورة واحد لواحد دائما وكان التدريب يتم من خلال الوالدين او الصف الخاص كما تضمنت الدراسة مجموعة ضابطة ثانية مكونة من 21 طفل توحدي و الذين تم متابعتهم من خلال الجمعيات المحلية وهذه المجموعة لم يتم متابعتها في الدراسة التبعية التي اجرتها لوفاس فيما بعد.

لم يكن هناك اختلاف على المقاييس المقترنة بين المجموعة التجريبية و الضابطة الاولى والثانية قبل بداية التجربة كما انه لا يوجد فرق بين المجموعة الضابطة الاولى و الثانية عندما اصبح عمر المشاركون 7 سنوات وهذا اعطى مؤشر على ان المعالجة البيطئية لم تكن فعالة في المجموعة الضابطة الاولى

لقد كان معدل العمر الزمني للمجموعة التجريبية 32 شهرا عند بداية التجربة، ومتوسط معامل الذكاء كان $IQ=53$ اما المجموعة الضابطة فقد كان معدل العمر الزمني لم 35 شهرا اما متوسط الذكاء فكان $IQ=46$ و معظم الافراد من الافراد الذي لا يوجد عندهم

نطق Mute والذين يتعلمون بالطرق البصرية (غط تعليم بصري) وخلل في اللغة الاستقبالية و لا يوجد مشاركة في اللعب مع الاقران و لا يوجد لعب مناسب في الدمى وعندهم انسحاب اجتماعي ونوبات غضب شديدة سلوك غطي (اثارة الذات) وهذه المظاهر التي اعتبرها لوفاس مظاهر توحد لقد كان العلاج يتم من خلال الافراد المشاركين في المشروع والذين عملوا مع الاطفال في بيوتهم ، بالإضافة الى اولياء امور الاطفال (ابائهم) والذين تم تدريبهم بشكل مكثف على اساليب التدريب المكثفة والمناسبة لاطفالهم و كان علهم تحت اشراف المدربين في المشروع وفي حالة كونه يستحيل مشاركة الاباء فقد تم دمج الطلاب في مرحلة ما قبل المدرسة (الروضة) .

لقد ركز التدريب اساسا على تطوير اللغة الاستقبالية ثم زيادة السلوكيات الاجتماعية، وتطوير اللعب التعاوني مع الاقران والاستقلالية و اللعب المناسب في الدمى وفي نفس الوقت التركيز على تقليل السلوك الغضب والعدوان والسلوك الطقوسي تسعه منهم أصبح تحصيلهم اليوم طبيعيا و نستطيع ان نقول ان 47% من العينة (في المجموعة التجريبية) شفوا من التوحد

التقييم قبل المعالجة : لقد تم تقييم اداء الافراد قبل المعالجة كما يلى :
العمر العقلي :

استخدمت المقاييس التالية في تحديد العمر العقلي لافراد الدراسة وهي : مقاييس بايلي لنمو الاطفال (Bayley of infant development scale) ، مقاييس كاتيل للذكاء Stanford Binet Intelligence scale (Cartell intelligence scale) ، ومقاييس ستانفورد بىيه (Gesell infant development scale) وفي حالتين لم يكن هناك امكانية لتطبيق الاختبار على الطفل نفسه تم استخدام مقاييس فايلند للنجاح الاجتماعي (Viland Social Maturity Scale) و الذي تم اخذ البيانات من قبل الام لتقدير العمر العقلي للطفل

الجانب السلوكي :

وفي هذه التجربة ثبت ملاحظة ثلاثة سلوكيات اساسية وهي :

- الاثارة الذاتية و الذي عرف على انه : سلوك طقوسي مستمر ومكرر و غطي مثل هز الجسم او التحديق المستمر في الضوء او التلويع باليد او استدارة الجسم او تحرير الاشياء بسرعة او لعن و شم الاشياء .

- سلوك اللعب غير المناسب والذى عرف على انه نقص في الاستخدام المناسب للدمى او غرفة الالعاب لتحقيق اهدافهم مثل دفع السيارة على الارض كي تسير .
 - التعرف على الكلمات وعرف على انه التعرف على الكلمة بغض النظر عن الاستخدام الصحيح او الخطأ لها .
- لقد تم التوصل الى اتفاق بين الملاحظين على مدة حدوث السلوكيات المستهدفة كما يلي :

91% للاحارة الذاتية ، 85% للعب غير المناسب ، 100% التعرف على الكلمات
التقييم بعد المعالجة

اما المقاييس التي استخدمت بعد المعالجة فقد كانت مختلفة وهذا احد الاختقادات التي وجهت الى الدراسة فيما بعد حيث استخدمت المقاييس التالية اختبار وكسل (WISC-R) او اختبار بنية للاطفال الموجودون في صنوف عادبة ، اما الاطفال الموجودون في صنوف خاصة للتوحد والاعاقة العقلية فقد تم استخدام مقياس (Merrill-Palmer Pre-school Performance Test) وهو مقياس غير لفظي ومقياس المفردات المصور PPVT و مقياس بايلي و مقياس كاتل و مقياس ليتر (Leiter International Performance scale

عند متابعة الاختبارات التي استخدمنها لوفايس في دراسته وجد ما يلي :

- لقد تم استخدام 29 متغير من اداء الاطفال او ثورهم و تم استخدام 17 اداة تقييم ولم يتم استخدام اي من هذه الادوات اكثر من اربع حالات
- ان الدرجات التي تم الحصول عليها في كل مرة لم تكن محددة وانما كان يتم وصف الحالة عجز او اعاقة شديدة في اللغة التعبيرية
- كان هناك عدد قليل من المختصين الذين شاركوا في عملية القياس والتقويم .
- ان بعض الاوراق كانت ممتلئة موئنة وغيرها كانت اقل توثيقا ومن هنا كان هناك تباين في مستويات الافراد المشاركين كما يلي بعض الاطفال تم تدريبهم مسبقا على برنامج لوفايس وبعضهم كان قد التحق بالحضانة او برنامج اخر وهناك طفل بدأ البرنامج مع لوفايس بعمر 7 سنوات (محمد إسماعيل، 2009).

التالي

نسبة من الافراد في المجموعة التجريبية شفوا (عرف لوفاس الشفاء من التوحد هنا انه النجاح في الصف الاول العادي في المدرسة العادية و حصل على معامل ذكاء حول الطبيعي او اعلى من الطبيعي) من التوحد و 8 منهم بقي عندهم مشكلات في اللغة الاستبدالية او التعبيرية (Aphasic) افيزيا وبقي اثنان منهم توحدين او معاقين عقليا .

في المجموعة الضابطة الاولى بقي عندها 8 افراد افيزيا و 10 توحدين وفي المجموعة الضابطة الثانية 10 حالات افيزيا و 10 توحد (Cheryl Thacker, 1996), (E. Sund, 2003)

الانتقادات التي وجهت الى دراسة لوفاس

لقد تم توجيه العديد من الانتقادات منها :

- اعتمد في اختيار افراد العينة على وجود المعالجين في الترتيب وهذا يطرح تساؤلا حول مدى تكافؤ المجموعتين الضابطة و التجريبية حيث ان الدراسة لم تقارن بين المعالجين المختلفين و لكن بين درجات مختلفة من التدخل المكثف كما انه لم يتم توثيق اليه تطبيق المعالجة .

ان المجموعة التجريبية في الدراسة ذات اداء اعلى من البداية

- اختلاف في حدود (القدرات) النطق و الصمت (الصدى الصوتي الى الصمت) حيث لم يوضح الباحث كيف فرق بينهم وكيف تم الاختيار وقد بينت المجموعة التجريبية قدرات ادائية (سريريا) اعلى مما هو متوقع من المجموعة الضابطة حيث بينت ان ما نسبته 20-30% من افرادها ذو اداء اعلى وخدمات اكبر مما هو متوقع
- لقد تم تقييم اداء الاطفال بطرق مختلفة
- ان معامل الذكاء متباينة .

- كما ان القياس المتباع كان مقصورا على معدل الذكاء في الصف و اهمل معدل الذكاء في مراكز الاقامة .

من هنا دراسة لوفاس لم تلتزم بالمعايير التجريبية العلمية ولهذا فان تفسير التائج يجب ان يكون بحذر شديد .

- اتنا مع ذلك لم نجد اي اشارة الى ان التدريب ادى وصول الطفل الى مستوى الاداء الطبيعي و لا حتى القريب منه .

- استخدام بعض الحالات.
- مع تحسن ما نسبته 47٪ فإنه لا يزال هناك 53٪ لم يشفوا.
- هناك افراداً توحديين لم يتضمنوا لهذا البرنامج يتميزون ببعض مجالات الاداء المرتفعة.
- وواجه لوفاقاً هذه الانتقادات كما يلي:
- لقد تم تصميم التجربة للمقارنة بين الافراد في المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على اساس معامل الذكاء وال عمر الزمني بعد اختيار الافراد تم توزيعهم على المجموعتين الضابطة والتجريبية .
- اعطاء الافراد في المجموعة الضابطة شيئاً من العلاج (اقل من 10 ساعات أسبوعيا
- تم توزيع الافراد بناء على مكان وجود المدربين قبل ان تصل الاسرة بالفريق حيث يذهب الفرد الى المجموعة التجريبية بناء على توفر عضو من الفريق الذي سيقدم الخدمة في منطقة و الا فإنه يكون من المجموعة الضابطة
- اجراء تكافؤ للمجموعتين قبل بداية التجربة من خلال عدد المتغيرات الكبير (20 متغير) منها: الطبقة الاقتصادية الاجتماعية ، عدد الاحوة ، العمر عند التشخيص ، القدرة على التعرف على الكلمات ، اللعب ، وهذا يجعل المجموعتين متكافتين كما انه تم وضع مجموعة ضابطة ثانية لمزيد من المقارنة. بالإضافة الى ان معدل معامل الذكاء IQ و متوسط العمر الزمني كان متقارباً لكل المجموعات مع وجود افراد قلة هم معامل ذكاء اعلى في المجموعة التجريبية اما في المجموعة الضابطة فكان هناك فرد واحد له معامل ذكاء مرتفع .
- بالنسبة لاستخدام العقاب : ان العقاب استخدم في بعض الحالات القليلة منها العذوان و ايذاء الذات و التبيجة كانت ايقاف هذه. (Catherine, Johnson, 1994).
- اختصار التحسن على نسبة 47٪ وبقاء 53٪ لم يشفوا ، يرجع ذلك الى ان الذين لم يظهروا تحسناً هم اثنان من اصل 19 بعد 4000 ساعة تدريب لكن الاخرين (53٪) اظهروا تحسناً متفاوتاً وبقوا ضمن فئة التوحد (Catherine, Johnson, 1994) ولأن الاختراضات السلوكية متعددة فهذا يعني ان برامج تعديل السلوك مختلفة لتناسب مع الحالة التي يصمد لها و بالتالي يجب ان يستجيب البرنامج للحاجات الخاصة لكل طفل توحد حتى يحقق البرنامج افضل النتائج فيجل ان يبدأ مباشرة بعد تشخيص الحالة على انها توحد . (Peterson., Larsson., Riedesel 2003) .

ان التدخل المبكر المكثف يحتاج الى فريق متكامل من الاب و المعلم و كل من يحتاج اليه و على الفريق ان يوظف المصطلحات المهمة للتواصل و ان يطبقها في التدريب.

شروط العاملين في البرنامج

- ان تطبيق برنامج ABA يتطلب درجة الماجستير من جامعة UCLA الذي يمتد على 9 شهور بـ 30 ساعة تدريب اسبوعيا ويشمل المنهج على التدريب 500 مهارة فردية يجب تعليمها للطفل التوحدي .
- ان برنامج لوفاس الذي يمتد اكثر من عامين يبدأ بعمر 6-12 شهر قبل المدرسة ويعتقد ان افضل عمر لبداية البرنامج هو 3-5 . ان معظم الافراد الذين يشتكون في البرنامج هم من الاعمار 2-6 سنوات و عموماً فإنه يمكن تطبيق التدخل السلوكي المكثف في أي عمر .
- ان الدراسات تشير الى ان استخدام هذه الطريقة يساعد على دمج الطفل في المدرسة

(Julie A. Donnelly , 1996)

دور الاباء في برنامج لوفاس

ان مشاركة الاباء مهمة جداً في البرنامج حيث يرى الباحثين انه لا يمكن تعميم المهارات التي يتم تعليمها للطفل في المدرسة اذا لم يتم مشاركة الاباء في برنامج معالجة الاطفال ، ومن هنا كانت مشاركة الاباء جزء مهم من البرنامج حيث يعلم المعالجون جزء من اليوم ويقوم الاباء باكمال باقي اليوم حيث يرى لوفاس ان البرنامج يجب ان يتواصل طيلة الأربع والعشرين ساعة يومياً و لمدة 365 يوماً في السنة (lovaass, 1988) .

كما ان مشاركة الاباء الفعلية في تدريب ابنائهم تخفف النفقات المالية بشكل كبير (Johnson, Catherine, 1994).

ومن الامور التي يمكن ان يشارك فيها الاباء هي تقديم الععزازات مثل الطعام والألعاب و التعزيز الاجتماعي مثل العناد و عبارات الثناء و الدمى المفضلة ، كما يمكنهم المشاركة في عملية تجاهل بعض السلوكيات غير المرغوبة مثل الاثارة الذاتية او من خلال تقديم تعزيز او تقديم مزيد من النماذج السلوكية المرغوبة .

كما يساعد الاهل في تحديد السلوكيات التي يجب تعديليها (ذات الاولوية) والمهارة التي يجب تعليمها لاطفالهم . و الاهل هنا اول معلم للطفل و هم المستندون عن متابعة التعليم للطفل و تنظيم البيئة للطفل

يقول بعض الاهل : ان التوحد لعنة اصابتنا لقد توجها الى المحامين و الى الاعلام والمدارس والحكومة وجمعيات حقوق الانسان لقد ذهبتنا الى كل مكان و الكل لم يساعدنا ، لقد كان التوحد لعنه على اسرنا و اطفالنا و لكن املنا الوحيد كان استخدام اسلوب ABA (Michelle Dawson,2004)

معوقات استخدام برنامج لوفاس

هناك عدد من الدراسات التي اشارت الى معوقات استخدام برنامج لوفاس حيث اشار هاستنج و ريمجتون (1993) Hastings & Remington الى هذه الحاجز وقد تم التعرف على هذه المعوقات من خلال التطبيق الفعلي لاسلوب تحليل السلوك التطبيقي ABA والدراسات التطبيقية وتمثل هذه المعيقات فيما يلي :

- مفهوم الخدمات او المؤسسة حيث يوجد نقص في المصادر والقوانين والتنظيم و نقص في التواصل بين اعضاء فريق العمل مع الطفل
- طبيعة البرنامج نفسه من حيث كون السلوك يتغير ببطء و لا يوجد ثبات في التطور كما ان تطبيق البرنامج عادة يتم من قبل اخرين غير الذين يعدونه
- مشكلات في فهم العاملين في البرنامج لتقنيات تعديل السلوك والجوانب الفلسفية البرنامج .
- العوامل الخارجية مثل تفاعل افراد الاسرة والمجتمع والجوانب القانونية والتشريعية (Johnson ,Hastings 2001)

دراسة لوفاس التبعية

قام لوفاس و زملائه باجراء دراسته التبعية 1993 على افراد الدراسة الاولى وذلك بتحديد البديل التربوي وذلك من خلال المكان الذي التحق به الطفل هل هو مع التوحديون ام مع ذوي الاضطرابات السلوكية، او المعاين عقليا او التاخر اللغوي او متعدد الاعاقات او صعوبات التعلم او في التعليم العام .
وتم تطبيق ثلاثة اختبارات مقتنة على كل الافراد كما يلي

- اختبارات الذكاء وقد طبق على الافراد اختبار (WISC-R) على الافراد الذين لديهم قدرة على الاستجابة اللغوية ، اما الاطفال الذين لا يوجد لديهم قدرات

لفظية فقد تم استخدام مقياس PPVT وهي اختبارات واسعة الاستخدام مع الاطفال التوحديين .

• اختبار السلوك التكيفي : وقد استخدم مقياس فايلند للتكيف الاجتماعي وذلك من خلال سؤال الاهل عن السلوكيات التكيفية عند الاطفال .

• مقاييس تقدير الذات : وقد استخدم مقياس تقدير الذات مكون من 600 فقرة يتم الاجابة عليها بـ (صح او خطأ) من قبل الاباء عن خصائص و سلوك ابنائهم (مثل الغضب ، الاحباط ، النشاط ، الااضطرابات النفسية)

البديل التربوي الذي وضع فيه الطفل

لقد تم جمع البيانات عن جميع الافراد باستثناء طفلة من المجموعة الضابطة و التي تقيم في مؤسسات الرعاية الداخلية و التي يعرف بان اداءها ضعيف جدا .

وقد كان هناك 9 حالات وصفت بانها افضل نتائج تجربة لوفاس الاول بسبب وصولهم الى مستوى الاداء الطبيعي فقد تم تقييمهم بشكل مكثف للتأكد من النتائج كما ان 11 شخص تم تقييمهم من خارج البرنامج (جهات خاردة)

نتائج التجربة

المجموعة التجريبية مقابل المجموعة الضابطة

• جمعت النتائج على قائمة تقدير السلوك عند 12 من المجموعة التجريبية و 15 من المجموعة الضابطة ، كما جمعت النتائج على مقياس فايلند على 18 شخص في المجموعة التجريبية و 15 من المجموعة الضابطة كما تم معرفة معامل الذكاء لجميع المشاركين

• كان هناك طفل من المجموعة التجريبية من الذين انتقلوا الى الصف العادي اصبح الان في صف خاص مرة اخرى و انتقل واحد من الطلاب من ذوي المستوى الاقل في المجموعة التجريبية الى الصف العادي (9 من 19 اي نسبة 47%).

• بينما الافراد في المجموعة الضابطة (طفل 19) لم يتغيرا ولم ينضم اي منهم الى الصف العادي .

- اما معامل الذكاء (القدرة العقلية) فقد تطور بشكل ملحوظ عند المجموعة التجريبية اكثر منه عند المجموعة الضابطة حيث ان المجموعة التجريبية حصلت على متوسط معامل ذكاء اكبر من 83 بينما ذلك لم يتتوفر الا عند ثلاثة افراد في المجموعة الضابطة.
- اما على مقياس فايلند للسلوك التكيفي فقد كان متوسط المجموعة التجريبية 2 والضابطة 48 مما يشير الى ان المجموعة التجريبية حافظت على التكيف اكبر من المجموعة الضابطة .(Lovaas,Smith,McEachin,John,1993)

برنامح لوفاس التعليمي لأطفال التوحد (المستوى الاول) (تعريب هيروز هورست)
الاهداف

- الحضور والانتباه التقليد
- فهم اللغة التعبيرية والغبرده

برنامح تقليد حركات انشطة باستخدام الاشياء

- الادوات : اشياء لعمل الحركات

• اجراء البرنامج : ضع شيئاً متماثلاً على المنضدة، اجلس في مواجهة الطفله ، تأكد من حضور الطفله (اتباهها) قدم له الأمر "أفعل هذا" ، وفي نفس الوقت تقوم انت بتقديم غرذج للفعل بأحد الاشياء ، حث الطفله على اداء الحركة بالشيء الآخر، ودعم استجابته ، قلل الحث تدريجياً حتى يزول ، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث ، في النهاية دعم الاستجابات الصحيحة.

- الخطوات الاجرائية
 - يجلس الطفل على الكرسي
 - أرشد الطفل جسماً لكي يؤدي الاستجابة

الأمر "أفعل هذا"

- ضع المكعب في العلبة
- رن الجرس
- ادفع العربة اللعبه
- لوح بالعلم

- أضرب على طلة
- البس القبعة
- شخط
- جفف فمك
- أضرب بلعبة الشاكوش
- هز الشخشيخة
- أطعم العروسة
- ضع التليفون على أذنك
- أشرب من الكوب
- أنفخ في الزمارة
- سرح شعرك
- قم بحركات بالعروسة
- دحرج اللعبة
- ضع العملة في الحصالة
- قبل العروسة
- الصن العروسة

برنامح تقليد حركات شفهية (فعية)

- أجراء البرنامج: أجلس على كرسي في مواجهة الطفل، تأكد من الحضور قدم الأمر آفعلن هذا بينما في نفس الوقت قلد الحركة أمام الطفل، حتى الطفل لكي يؤدي الحركة ودعم الاستجابة، قلل الحث تدريجيا حتى يزول ، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث ، دعم فقط الاستجابات الصحيحة.
- الأدوات: بوق أو أداة نفخ ، مصاحنة لكي يخرج لسانه ويلعثها.
- الخطوات الاجرائية
 - يجلس الطفل على الكرسي ويطلب منه أن يتصل ببصره و ان يقلد حركات الجسم الكبرى والصغرى .

- أرشد الطفل جسماً لكي يؤدي الاستجابة
الأمر "أفعل هذا"

- فتح الفم
 - العق باللسان خارجاً
 - ضم الشفتان
 - اخبط أسنانك بعض
 - انفع
 - ابته
 - كثر
 - قبل
 - ارفع لسانك لأعلى
 - ضع أسنانك العليا على اللثة السفلية
- برنامجه اتباع تعليمات من خطوة واحدة

- إجراء البرنامج: أجلس على كرسي في مواجهة الطفل، تأكد من حضوره (إصحابه) قدم الأمر ، حت الطفل لأداء الحركة ودعم الاستجابة، قلل الحث تدريجياً حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث ، في النهاية دعم الاستجابات الصحيحة.
- الأدوات : عناصر تحتاجها للأوامر.

- الخطوات الاجرائية
- اطلب من الطفل ان يجلس على الكرسي
- أرشد الطفل جسماً ل يؤدي الاستجابة.
- اجلس
- قف
- تعال هنا

- ضع يديك لاسفل
- حرك يديك لعمل (باي باي)
- أعطني حضن
- ضع يديك لاعلى
- صفق يديك
- لف
- اقفر
- أعطني قبلة
- أرمي هذا بعيدا
- اغلق الباب
- أعطني قبلة من على بعد
- لف يمينا بهدوء (لف تجاه الضوء)
- احضر ورق توالبت
- لف على أنغام الموسيقى
- ضع على الرف
- أعطني خمسة
- دب بقدمك على الأرض

برنامج تقليد الحركات الدقيقة:

- أجراء البرنامج: أجلس على كرسي في مواجهة الطفل، تأكد من حضور الطفل (تأكد من إصغائه) قدم الأمر أفعل ذلك بينما قم بتقليد الحركة في نفس الوقت ، حتى الطفل لأداء الحركة ودعم الاستجابة، قلل الحث تدريجيا حتى يزول ، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث ، في النهاية دعم الاستجابات الصحيحة.
- الخطوات الاجرائية
 - اطلب من الطفل ان يجلس على الكرسي ويقلد الحركات الكبرى

- شب يديك ببعض
- افتح وأغلق يديك
- انقر (اضرب) إصبعي السبابة
- انقر (اضرب) إصبعي الإبهام
- طرقع أصابعك
- ادعك يديك ببعضها
- اضرب إصبع السبابة بالإبهام
- اشر إلى أجزاء الجسم
- اشر بإصبع السبابة إلى باطن اليد
- مد إصبع السبابة
- ضع إصبع الإبهام لأعلى
- قم بعمل علامة السلام

برنامجه الصور (إدراك وتعبير)

• أجراء البرنامج:

- أن يعرف الصور: ضع صور على المنضدة أمام الطفل، تأكد من حضور الطفل وانتباذه وقدم له الأمر (شير إلى) (اسم العنصر في الصورة) حتى الطفل بكى يشير إلى الصورة ودعم الاستجابة. قلل الحث تدريجيا حتى يزول ، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث ، في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة
- تحديد أسماء الأشياء: اجلس على كرسي في مواجهة الطفل، تأكد من حضور الطفل وقدم الصورة للطفل لكي يراها، قل (ما هذا؟) ، حتى الطفل لكي يحدد اسم الصورة ودعم الاستجابة ، قلل الحث تدريجيا حتى يزول. دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث ، في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة

• الأدوات : صور فوتوغرافية لأشياء وصور في كروت.

• الخطوات الاجرائية

- ان يطابق صور متماثلة
- ان يتبع 10 إلى 15 خطوة في التعليمات
- ان يعدد أسماء الأشياء
- أرشد الطفل جدياً لكي يشير إلى الصورة
- قلد تسمية الشيء أمام الطفل
- أشر إلى الصورة الصحيحة
- اذكر اسم الصورة

برنامجه أن يعرف الأشخاص المألوفين

• اجراء البرنامج

- ان يعرف الصور: وضع صور على المنضدة أمام الطفل، تأكيد من حضور الطفل وانتباذه وقدم له الأمر (شير إلى) (اسم العنصر في الصورة) حتى الطفل بكى يشير إلى الصورة ودعم الاستجابة ، قلل الحث تدريجياً حتى يزول ، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث ، في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.

- التعريف بالأشخاص مع الأشخاص المألوفين في الحجرة ، ، أجلس على كرسي في مواجهة الطفل، تأكيد من الحضور واذكر الأمر (أذهب إلى)(اسم الشخص المألوف)، حتى الطفل لكي يمشي إلى الشخص المألوف، دعم الاستجابة. قلل الحث تدريجياً حتى يزول. قلل الحث تدريجياً حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة .

• الادوات: صور فوتوغرافية لأنواع الأشياء وصور في كروت.

• الخطوات الاجرائية

- ان يطابق صور متماثلة
- ان يتبع 10 تعليمات من خطوة واحدة ويعرف الأشياء التي في الصور

برنامج الأفعال (تعليم وتعريف الصورة)

• أجراء البرنامج:

- أن يتبع التعليمات الشفهية (أفعل) ، أجلس على كرسي في مواجهة الطفل، ضع مواد ضرورية (هامة) على المنضدة (الأشياء الأساسية التي يعرفها الطفل) في متناول يد الطفل ، تأكد من حضور وانتباه الطفل وأذكّر الأمر (اظهر لي - وضع لي - أفعل) حتّى الطفل لكي يؤدي الحركة) (أفعل) دعم الاستجابة ، قلل الحث تدريجياً حتى يزول دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث ، في النهاية دعم فقط الاستجابة الصحيحة

- أن يتعرف على الأفعال في الصورة: ضع صورة على المنضدة أمام الطفل، تأكد من حضور وإصفائه وأذكّر الأمر (اشر إلـ) (أفعل) حتّى الطفل لكي يشير إلى الصورة الصحيحة ودعم الاستجابة. قلل الحث تدريجياً حتى يزول ، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث ، في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.

• الأدوات: أشياء يحتاجها لكي يتبع الحركات ولكي يتبع الفعل في الصورة

• الخطوات الاجرامية

- أن يتبع 10 تعليمات من خطوة واحدة

- أن يعرف الصور

- قم بعمل نموذج (بذكر أو تحديد اسم الحركة)

- الوقوف - الجلوس - التصفيف - التلويع (بإي)

- الطعام - الشراب - اللف - القفز

- الاحتضان - التقبيل - النفع - النوم

- الطرق - القراءة - الرسم - الصياغ

- الغسل - الرمي - المشي - الشوط

برنامـج أشياء بيـتـية (موجـودـةـ فـيـ الـبيـتـةـ) فـهمـ وـتـعبـيرـ

• أجراء البرنامج:

- أن يعرف الطفل شئ يبني ، أجلس على كرسي في مواجهة الطفل، تأكيد من الحضور، قدم الأمر المس (الشيء في البيئة) حث الطفل لكي يبني ويلمس الشيء، ودعم الاستجابة قلل الحث تدريجيا حتى يزول ، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث ، في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.
- أن يحدد أسماء الأشياء التي في البيئة ، أذهب بالطفل إلى الشيء الذي، تأكيد من الحضور، وأشار إلى الشيء وقل (ما هذا؟) حث الطفل لكي يحدد اسم الشيء. ودعم الاستجابة. قلل الحث تدريجيا حتى يزول ، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث ، في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.
- أن يتبع تعليمات من خطوة واحدة ويعرف الأشياء
- أن يحدد أسماء الأشياء
- ارشد الطفل جسما لكي يؤدي الاستجابة
- قم بالمنزلة أمام الطفل بتحديد اسم الشيء
- ما هذا؟
 1. منضدة
 2. كرسي
 3. شباك
 4. أرض
 5. حائط
 6. باب
 7. سجاد
 8. مصباح
 9. سلام (درجات)
 10. رف
 11. ستارة

12. ثلاثة
 13. موقد
 14. بالوعة
 15. تواليت
 16. حوض
 17. سرير
 18. دولاب

برنامج الإشارة إلى صورة في كتاب

- إجراء البرنامج: قدم للطفل صفحة في كتاب مصور، اذكر الأمر أشار إلى (اسم العنصر) حتى الطفل لكي يشير إلى الصورة الصحيحة، ودعم الاستجابة قلل الحث تدريجيا حتى يزول. دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث ، في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.
 - الادوات :كتب مصورة.
 - الخطوات الاجرائية
 - أرشد الطفل جسماً لكي يستجيب بالإشارة، ابدأ بكتب مصورة والتي تحتوي على عدد محدود من العناصر بكل صفحة.
 - أن يشير إلى الصورة الصحيحة
 - رتب صور الأشياء التي يعرفها طفلك في اليوم صور خاص به لكي يشير إليها ، دعم المهارة .
 - مثال: (أثناء النظر إلى الكتب وقت النوم).

برنامج وظائف الأشياء (فهم وتعبير)

- أجراء البرنامج:**

 - تعريف الشيء بوظيفته
 - ضع الشيء أو الصورة على منضدة أمام الطفل، تأكيد من الحضور ونقدم الأمر :

- مثال: (ماذا تكن؟) حث الطفل لكي يشير إلى الشيء أو الصورة الصحيحة دعم الاستجابة. قلل الحث تدريجيا حتى يزول ، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة .
 - تحديد اسم الشيء بوظيفته.
- أجلس على كرسي في مواجهة الطفل، تأكد من الحضور، قل للطفل (ماذا أنت ؟) مثال: (ماذا تلون ؟)
- حث الطفل لكي يحدد اسم الشيء مثال: (أقلام الفحم) أو (أداء الوان بالوان الفحم) ، دعم الاستجابة. قلل الحث تدريجيا حتى يزول. دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.
- أن يحدد وظيفة الشيء أجلس على كرسي في مواجهة الطفل وتأكيد من الحضور، قل للطفل (ماذا تفعل بـ (القلم).
- حث الطفل لكي يسمى وظيفة الشيء مثال: اكتب بالقلم الرصاص دعم الاستجابة. قلل الحث تدريجيا حتى يزول. دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.
 - الأدوات :أشياء
 - الخطوات الاجرائية
- أن يتبع تعليمات ذات خطوة واحدة
- أن يعرف الأشياء ويتبع التعليمات الشفهية
- أن يعرف الشيء بوظيفته ويحدد الأشياء والأفعال
- ماذا تفعل ب ...
- (اكتب ب قلم رصاص)
- (اشرب من الكوب)
- (أكل ب الشوكة)
- (أقص ب المقص)

- (أثرا الكتاب)

- (أنا في السرير)

- (جلس على كرسي)

- (اتكلم في التليفون)

- (الوان ب قلم الفحم)

- (اغسل ب الصابون)

- (اكنس ب المكينة)

- (انف (امسح آنفي ب المناديل)

- (ارمي الكرة)

- (اسرح شعرى ب المشط)

برنامج الملكية (ادراك وتعبير)

• أجزاء البرنامج:

- أن يعرف الملكية - مع شخص معروف للطفل واقف أمامه، قدم الأمر المنس -
(للشخص)

- (جزء من الجسم أو الملابس)

- مثال: المنس قميص (س) حث الطفل لي يلمس الجزء الصحيح من الجسم أو
الملابس ودعم الاستجابة، قلل الحث تدريجيا حتى يزول، دعم الاستجابات
المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث.

- أن يحدد الملكية - أشر إلى جزء من جسم أو ملابس شخص مألوف بالنسبة
للطفل وقل (جزء الجسم أو الملابس) خاص من أو مين؟ حث الطفل لكي يذكر
أسم الشخص واليء الخاص به.

- مثال: قميص (س)، دعم الاستجابة، قلل الحث تدريجيا حتى يزول، دعم
الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط
الاستجابات الصحيحة.

- يعرف أجزاء الجسم أو الملابس وأشخاص معروفيون له (شخصيا)

- أن يحدد أسماء أجزاء الجسم أو الملابس وأشخاص معروفين (مالوفين)
- ارشد الطفل جسماً لكي يشير إلى الجزء الصحيح من الجسم أو الملابس
- (غسل الاستجابة) قلل الاستجابة أمام الطفل
- المس (جزء من ملابس الجسم الخاص بشخص ما)
- أن يلصق الجزء الصحيح من الجسم والملابس
- أن يحدد الشخص أو جزء من الجسم أو الملابس

برنامج أن يعرف أدوات في البيئة

• أجراء البرنامج

- أن يشير إلى صورة شيء يسمع صوته - ضع صورة أو عدة صور على المنضدة أما الطفل، شغل صوت على شريط كاسيت، أسؤال الطفل ماذا تسمع؟، حتى الطفل لكي يشير إلى الصورة المطابقة للصوت ، قلل الحث تدريجيا حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة
- أن يحدد اسم الصوت - شغل صوت على شريط كاسيت ، اطرح السؤال ماذا تسمع؟ حتى الطفل لكي يحدد اسم الصورة، قلل الحث تدريجيا حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.

• الأدوات: أصوات بيئية، شريط كاسيت

- أن يعرف الصورة والحركات
- أن يحدد أسماء الصور والحركات
- قلل الاستجابة أمام الطفل أو حتى الطفل لكي يشير إلى الصورة الصحيحة
- قلل الاستجابة الصحيحة أمام الطفل

ماذا تسمع

- أن يشير إلى الصورة المطابقة للصفات
- أن يحدد اسم الصوت

- جرس التليفون
- جرس المبه
- ضفدع
- العطر
- نباح الكلب
- بططة البط
- بكاء الطفل
- مواء القط
- عزف البيانو
- عربة اطفاء الحريق
- تغريد الطيور
- تنطيط كرة
- فرملة سيارة

برنامجه: الأشارة الى الأشياء

• أجراء البرنامج:

- أن يشير الى عنصر مفرد - اجلس على كرسي مقابل للطفل، امسك عنصر مفضل للطفل (طعام أو لعبه) قل "ماذا تريده؟". حث الطفل لكي يشير باليد التي يستخدمها وارشد الطفل لكي يلمس العنصر بالأصبع الذي يشير به على الفور أعطي الطفل العنصر المرغوب، اسمح للطفل أن يلعب أو يأكل الشيء الذي يريده، كرر هذا الاجراء وتقلل الحث تدريجيا حتى يزول.
- دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر باقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة
- أن يشير الى عنصر في وجود شيء آخر غير مفضل يلهي أو يصرف ذهنه.
- اجلس على كرسي في مواجهة الطفل، امسك شيء مفضل للطفل وآخر غير مفضل قل "ماذا تريده؟" حث الطفل لكي يشير الى العنصر المفضل على

الفور أعطي للطفل الشيء المفضل، قلل الحث تدريجياً حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة

- أن يشير إلى عنصر على المنضدة - ضع شيء مفضل للطفل وشيء آخر غير مفضل على المنضدة أبعد قليلاً عن متناول يد الطفل. قل: ماذا تريدين؟ حث الطفل لكي يشير إلى اتجاه العنصر المرغوب، وعلى الفور اعطيه للطفل، قلل الحث تدريجياً حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.

- أن يشير إلى عنصر بدون سماع أمر شفهي - ضع عناصر مفضلة للطفل وأخر غير مفضل على منضدة بحيث يكاد يصل الطفل إليه. انتظر بضع ثوان، اعط الطفل العنصر المرغوب.

برنامج الاشارة إلى عناصر مرغوبة

• إجراء البرنامج

- أن يشير إلى عنصر منعزل - اجلس على كرسي مواجه للطفل - امسك شيء مفضل بالنسبة للطفل (طعام أو لعبة) قل ماذا تريدين؟ حث استجابة الاشارة لدى الطفل باليد المستعملة لديه (اليمين أو اليسرى) ثم ارشد الطفل لكي يلمس العنصر بالاصبع الذي يشير به. وعلى الفور اعط للطفل الشيء المرغوب واسمع له أن يلعب باللعبة أو يتناول العنصر الغذائي الذي يرغبه كرر هذا الإجراء وقل الحث تدريجياً حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.

- أن يشير إلى عنصر في وجود أشياء غير مفضلة لديه تشتت ذهنه - اجلس على كرسي مواجه للطفل - امسك شيئاً أحدهما مفضل والآخر غير مفضل، قل ماذا تريدين؟ حث الطفل لكي يشير إلى الشيء المفضل لديه. وعلى الفور اعطي الطفل الشيء. قلل الحث تدريجياً حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة

- أن يشير إلى عنصر على المنضدة - ضع شيئاً أحدهما مفضل لدى الطفل والأخر غير مفضل بحيث يكاد يصل الطفل إليها. قل ماذا تريدين؟ اجلس على

كرسي مواجه للطفل - امسك شيء مفضل بالنسبة للطفل (طعام أو لعبة) قل "ماذا تريده؟" حتى يشير إلى المواجه الشيء المرغوب وعلى الفور اعطيه له. وقلل الحث تدريجيا حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر باقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.

- أن يشير إلى عنصر بدون ان يسمع امر شفهي - ضع مجموعة من الاشياء المفضلة لدى الطفل وبمجموعه أخرى غير مفضلة على المنضدة على ان يكونوا في متناول يد الطفل وانتظر بعض ثوان فإذا وصل الطفل لمواجه الشيء الذي يرغبه. حث استجابة الاشار لديه. وعلى الفور اعط الطفل الشيء الذي يرغبه اذا لم يتوجه الطفل نحو الشيء المرغوب وأشار اليه، في نفس الوقت حرر الطفل وذلك بأخذ الشيء المرغوب كنموذج امام الطفل ثم تبديه مرة أخرى على المنضدة او يمكنك السماح للطفل بأن يمسك العنصر بضع ثوان ثم تبديه مرة أخرى على المنضدة. وقلل الحث تدريجيا حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر باقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة

• الادوات: اشياء مفضلة (طعام ولعب) وعناصر أخرى غير مفضلة

• الخطوات الاجرامية

- ان يشير الى العنصر المفضل

ماذا تريده؟

- عنصر واحد مفضل

- عنصر مفضل وأخر غير مفضل

- عنصر مفضل وأخر غير مفضل على منضدة

- بدون امر شفهي

برنامج ان يطلب عناصر يرغبه شفاهة

• اجراء البرنامج

- اطلب في كلمة واحدة - ضع شيء مفضل لطفل وأخر غير مفضل على منضدة امام الطفل، بحيث يكونان في متناول يد الطفل. قل "ماذا تريده؟" حتى الطفل لكي يشير الى العنصر المفضل وأن يجدد أسمه(مثال: بسكويت) وعلى الفور اعط

- ال طفل الشيء ». قلل الحث تدريجيا حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة
- أطلب في كلمتان - ضع شيئاً على المنضدة امام الطفل أحدهما مفضل والأخر غير مفضل بحيث يكونان في متناول يده. قل « ماذا تريده؟ » ثم الطفل لكي يشير الى العنصر المفضل ويطلبه شفاهة (مثال: بسكويت) وعلى الفور اعط الطفل الشيء الذي يرغبه. قلل الحث تدريجيا حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة
 - أطلب في 3 كلمات - ضع شيئاً على المنضدة امام الطفل أحدهما مفضل والأخر غير مفضل بحيث يكونان في متناول يده. قل « ماذا تريده؟ » ثم الطفل لكي يشير الى العنصر المفضل ويطلبه شفاهة (مثال: بسكويت) وعلى الفور اعط الطفل الشيء الذي يرغبه. قلل الحث تدريجيا حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.
 - استعمال اسم الشخص الراشد - ضع على المنضدة شيء مفضل والأخر غير مفضل بحيث تكون في متناول يده. قل « ماذا تريده؟ » ثم الطفل لكي يشير الى العنصر المفضل ويطلبه شفاهة (مثال: مني أنا أريد بسكويت) وعلى الفور اعط الطفل الشيء الذي يرغبه. قلل الحث تدريجيا حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة .
- الادوات: اشياء مفضلة (طعام ولعب) وعناصر أخرى غير مفضل
- الخطوات الاجرائية
- ان يشير الى العناصر التي يرغبها ويحدد اسمها
 - ان يطلب في جمل وبعدد اسماء الاشخاص
 - ارشد الطفل جسميا لكي يشير وأيضا قلد جملة الطلب امام الطفل
 - ان يشير ويطلب شفاهة
 - ان يستعمل اسماء الكبار

- ماذا تريده؟

- إشارة + تحديد اسم

- إشارة + أريد (تحديد اسم)

- شارة + أنا أريد

- تحديد اسم

برنامج نعم / لا (أفضل ولا أفضل)

• أجراء البرنامج

- للعناصر الغير مفضلة - اجلس على كرسي مواجه للطفل - امسك شيء مفضل بالنسبة للطفل (طعام أو لعبه) ثم قل هل تريده - اسم الشيء؟ حث الطفل لكي يحرك رأسه بالرفض أو حثه لكي يقول (لا) على الفور اتبع الاستجابة ابعد الشيء غير المفضل عن نظره وقدم الدعم. وقل الحث تدريجيا حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة

- للعناصر المفضلة - اجلس على كرسي مواجه للطفل - قدم الشيء المفضل (طعام أو لعبه) ثم قل هل تريده - اسم الشيء؟ حث الطفل لكي يحرك رأسه أو يقول (نعم) على الفور اتبع الاستجابة اعطيه الشيء المفضل. وقلل الحث تدريجيا حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة

- اجلس على كرسي مواجه للطفل - قدم للطفل أي من الأشياء المفضلة أو الغير مفضلة ثم قل هل تريده - اسم الشيء؟ حث الطفل لكي يحرك رأسه بالرفض أو يقول (لا) وذلك في حالة اذا ما كان الشيء غير مفضل لديه. اما في حالة الشيء المفضل فحثه لكي يحرك رأسه بالإيجاب أو يقول نعم. في حالة الاجابة بلا على الفور ابعد الشيء النير مرغوب عن الطفل وقدم الدعم وفي حالة الاجابة بنعم اعط الطفل الشيء المفضل. وقلل الحث تدريجيا حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.

- الادوات: عناصر غذائية أو شيء مفضلة بالنسبة للطفل وأخرى غير مفضلة
- الخطوات الاجرائية.
 - أن يقلد حركة الرأس بالرفض أو الاماء بلاигاب أو يقلد اللفظ نعم واللفظ لا .
 - قلد ثموج حركة الرأس بالرفض او قل امام الطفل نعم ولا .
ماذا تريده؟

- الشيء غير المفضل
- الشيء المفضل
- عشوائياً نعم ولا

برنامج أن يحدد أسماء أشخاص مألوفين

• أجراء البرنامج

- أن يحدد اسم الشخص من صوره
- اجلس على كرسي مواجه للطفل - تأكد من الحضور - قدم صورة فوتوغرافية لشخص مألوف وقلل من هذا؟ حث الطفل لكي يسمى الشخص الموجود في الصورة ودعم الاستجابة. وقل الحث تدريجياً حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة .
- ان يحدد اسم الشخص في وجوده مع شخص مألوف في الحجرة. اجلس على كرسي مواجه للطفل - تأكد من الحضور - قدم بالاشارة الى الشخص المألوف وقل من هذا؟ " حث الطفل لكي يسمى الشخص. دعم الاستجابة. وقلل الحث تدريجياً حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.

- الادوات: عناصر غذائية أو شيء مفضلة بالنسبة للطفل وأخرى غير مفضلة
- الخطوات الاجرائية.
 - أن يعرف أشخاص مألوفين في الصور وفي وجودهم.
 - أن يحدد أسماء الأشياء

- نموذج (قلد) اسم الشخص أمام الطفل
 - يسمى الشخص
 - ان يسمى الشخص من هذا؟
 - في الصور
 - مع الشخص نفسه

برنامج أن يقوم بالأخبار

 - أجراء البرنامج
 - اجلس على كرسي مقابل للطفل - امسك شيئاً محياناً للطفل بحيث يمكنه رؤيتهم بوضوح قبل هل تريده .. او ..؟ حتى الطفل لكي يشير الى الشيء الأكثر رغبة لديه وحده أيضاً لكي يسمى العنصر وعلى الفور أعطه العنصر الذي اختاره .
 - وقلل الحث تدريجياً حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة .

الخطوات الاجرامية

 - أني يشير الى عناصر مرغوبة، أن يطلب الأشياء التي يرغبها شفاهة، أن يحدد - أسماء الأشياء.
 - أرشد الطفل جسماً لكي يشير الى العنصر المرغوب ثم مد الطفل بنموذج شفهي لأسم الشيء. أي أذكر اسم الشيء أمام الطفل.
 - أن يشير الى العنصر الذي يرغب به وبحدد أسمه

برنامج الأسئلة الاجتماعية

 - أجراء البرنامج
 - اجلس على كرسة مقابل للطفل، تأكد من الحضور ثم أسأل سؤال اجتماعي. حتى الطفل لكي يجيب على السؤال ودعم الاستجابة. قلل الحث تدريجياً حتى

يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر باقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.

• الخطوات الاجرائية

- أن ينبع أوامر من خطوة واحدة. وأن يقل الكلمات.
- استخدم وقت أطول لتأخير الحث. على الفور غلّق الاستجابة الصحيحة وبعد ذلك آخر هذه النملجة لمدة ثانية تزداد تدريجيا حتى تزول عملية النملجة.

• مثال لسؤال اجتماعي

الاجابة

- ما أسمك؟
- عندك كام سنة؟
- كيف حاللك اليوم؟
- أين تعيش (تسكن)؟
- من هو أخوك/أختك؟
- لماذا تحب أن تلعب؟
- ما اسم والدك/والدتك؟
- ملما تحب أن تأكل؟
- متى تذهب إلى المدرسة؟
- من هو صديقك؟
- ما هي برامج التلفزيون التي تفضلها؟
- ما هو عنوانك؟
- ما رقم تليفونك؟
- لماذا تحب أن تشرب؟
- ما هي لعبتك المفضلة؟
- متى يوم عيد ميلادك؟
- ما هو اسم مدرسك؟

برنامجه: أن يقوم

• أجراء البرنامج:

- أن يحدد أسماء الأفعال في الصور - اجلس على كرسي في مواجهة الطفل تأكيد من الحضور وقدم صورة لشخص يؤدي حركة وقل "ماذا يفعل / تفعل / يفعلوا؟" ، حث الطفل لكي يحدد اسم الحركة. قلل الحث تدريجيا حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.
 - أن يحدد لأفعال التي يقوم بها الآخرين - اجلس على كرسي مقابل للطفل تأكيد من الحضور ثم قم بداء الحركة وقل "ماذا أفعل؟" ، حث الطفل لكي يحدد اسم الحركة. قلل الحث تدريجيا حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.
 - أن يحدد أسماء الأفعال التي يقوم بها بنفسه.
 - حث الطفل لكي يؤدي حركة معينة (ارشد جديا أو قم بداء حركة اسم طفل لكي يقلدها) قل "ماذا تفعل؟" حث الطفل لكي يحدد اسم الحركة. قلل الحث تدريجيا حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.
 - الأدوات: أشياء تحتاجها لعمل الحركات وكروت مصور بها حركات.
 - الخطوات الاجرائية
 - ان يتبع أفعال شفهية ويحدد أسماء الصور.
 - قم بتحديد اسم الحركة أمام الطفل.
- السؤال**
- ماذا (هو/هي/هم) يفعل؟
 - ماذا أفعل؟
 - ماذا تفعل؟
- أن يحدد اسم الحركة**
- الوقوف

- الجلوس
- التصفق
- التلويح
- تناول الطعام
- الشرب
- اللف
- القفز
- الاحضان
- التقبيل
- الفخ
- النوم
- الطرق
- القراءة
- الرسم

برنامِج المطابقة

• أجزاء البرنامج:

- وضع على المنضدة عناصر أو عنصر واحد أمام الطفل.
- قدم للطفل عنصر يكون مطابق لأحد العناصر الموجودة على المنضدة، واذكر الأمر
- طابقَ حث الطفل لكي يضع العنصر فوق أو أمام العنصر المطابق له ودعم الاستجابة الصحيحة. قلل الحث تدريجياً حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة الغير مُحْشَّة.
- بداية، أبدأ بتقديم عنصر واحد على المنضدة، وبالتدريج أدخل عناصر إضافية.

- الادوات: أشياء متماثلة وصور، كروت بها الحروف المجانية، أشياء ملونة، كروت بها أرقام وأشكال
- الخطوات الاجرائية
 - اجلس على كرسي
 - ارشد الطفل جسماً لكي يؤدي الاستجابة
 - وضع العنصر فوق أو أمام العنصر المطابق "طابق"
 - أشياء متماثلة
 - صور متماثلة
 - أشياء مع صور
 - صور مع أشياء
 - ألوان
 - أشكال
 - حروف
 - أرقام
 - أشياء غير متماثلة

برنامح تقليد حركات كبرى للجسم أثناء الوقوف (من وضع الوقوف)

• أجراء البرنامج

- قف أمام الطفل، تأكيد من الحضور ثم قل أفعل هذا بينما قم أنت على الفور بعمل الحركة الجسمية أمام الطفل. حت الطفل لكي يؤدي الحركة ودعم الاستجابة. قل الحث تدريجياً حتى يزول. دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم الاستجابات الصحيحة.

• الخطوات الاجرائية

- أن يقلد الحركات الجسمية الكبيرة أثناء الجلوس على الكرسي .
- ارشد الطفل جسماً لكي يؤدي الاستجابة

- اقفز لأعلى ولأسفل

- لف

- افرد يديك

- امشي

- اجلس على الأرض

- اضرب يديك على الأرض

- اطرق الباب

- ازحف

- امشي حول الكرسي

- استلقي على الأرض

- ضع يديك في فخذيك

- لف وسطك

- المس بأطراف أصابعك قدميك

- اجري ثم قف

- ارفع قدم واحدة لأعلى

- نط / احجل

- فلد حركة طيران الطائرة

- ازحف تحت المنضدة

- ارفع الكرسي لأعلى

- شوط الكرة

برنامجه ان يقلد تابع (حركات الجسم وحركات باستعمال الأشياء)

• اجراء البرنامج

- حركات الجسم ؛ اجلس على كرسي في مواجهة الطفل. قل أفعل هذاؤم فلد
نموذج امام الطفل لحركتان للجسم (مثال: صفق ثم اخطب على رأسك). حتى

- الطفل لكي يؤدي الحركتان اللتان قدمتهما في الأمر. دعم الاستجابة، قلل الحث تدريجياً حتى يزول.
- دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث.
 - في النهاية دعم الاستجابات الصحيحة الغير مشوشه.
 - الحركات باستعمال الأشياء : ضع مجموعة من الأشياء المعروفة للطفل على المنضدة (مثال:) اجلس على كرسي في مواجهة الطفل وتأكد من الحضور. قل أفعل هذان ثم قم بعمل حركة للأشياء. حت الطفل لكي يؤدي الحركتان بالأمر الذي قدم له. دعم الاستجابة، قلل الحث تدريجياً حتى يزول. دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم الاستجابات الصحيحة.

• الادوات : أشياء

• الخطوات الاجرائية

- أرشد الطفل جسماً لكي يؤدي الاستجابة.
- قم بعمل نموذج لحركة الجسم الثانية وذلك كبداية كلي يؤدي الطفل حركة الجسم الأولى، وبالتدريج قم بعمل نموذج لكلا الحركتين معاً.
- اذكر الحركة التي تظهرها، مثال : اذا كنت تقلد حركة سك انفك ثم خبط على رأسك قل المس الأنف المس الرأس أثناء قيامك بعمل الحركة، وبالتدريج ابدأ بتقليل الحث اللفظي.

برنامح أن يقلد حركات مقتنة بأصوات

• اجراء البرنامج

- ضع مجموعة من الأشياء على المنضدة.. اجلس على كرسي في مواجهة الطفل وتأكد من الحضور. قدم الأمر (التي على الطفل) لأمر أفعل هذان قلد الحركة بالشيء مع اصدار الصوت المناسب للحركة مثال (ادفع سيارة ثم قل زووم). قلل الحث تدريجياً حتى يزول. دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم الاستجابات الصحيحة

• الادوات : أشياء

• الخطوات الاجرائية

- أن ينبع أوامر ذات خطورة وأن يقلد حركات بالأشياء
- أرشد الطفل جسماً لكي يؤدي الاستجابة.
- كرر الأداء الصوتي أمام الطفل أثناء تأدية الطفل للحركة بواسطة الشيء.
- ادفع عربة وقل "زوم"
- ضع مجسم للعبة على سطح المنحدر
- دق بالشاكونش
- اشرب من الكوب
- ضع سماعة التليفون على الأذن وقل "لو"
- التقط أسد لعبة ثم قل زواز"
- اضرب على مفاتيح بيانو لعبة ثم قل "لا، لا، لا"
- اجعل الصندوق تتطاير ثم قل زبيب، ربيت"
- حرك الثعبان اللعبة على المنضدة ثم قل "شن، شن، شن"
- تظاهر بأنك تأكل ساندوتش لعبة ثم قل هام"

برنامج أن يقلد نماذج بالمكعبات

• إجراء البرنامج

- ضع مجموعة متشابهة من المكعبات على المنضدة. اجلس على كرسي في مواجهة الطفل وتأكد من الحضور. أبي بالمكعبات شكل معين وقدم الأمر أبي هذا حيث الطفل لكي يبني نفس البناء من المكعبات التي معه. دعم الاستجابة وقلل الحث تدريجياً حتى يزول. دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم الاستجابات الصحيحة .

• الأدوات: أشياء

• الخطوات الاجرائية

- أن ينبع أوامر من خطورة واحدة
- أن يقلد حركات بالأشياء

- أرشد الطفل جسمياً لكي يبني البناء
- أن يضع مكعب واحد
- أن يبني مكعبات فوق بعض
- أن يبني ثلاث مكعبات فوق بعض
- أن يبني أربع مكعبات فوق بعض
- أن يبني خمس مكعبات فوق بعض

برنامج أن ينسخ (يقلد) رسوم بسيطة

• أجزاء البرنامج

- ضع أدوات الكتابة (ورق وأقلام صاص أو أقلام التحديد) على المنضدة. وقدم الأمر أمامه أو أرسم ----- وعلى الفور ارسم الشكل على الورقة (مثال: دائرة) لكي يقلد الطفل. حتى الطفل الذي يلتفت إداة الرسم ويرسم الشكل. دعم الاستجابة وقلل الحث تدريجياً حتى يزول. دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم الاستجابات الصحيحة

• الخطوات الإجرائية

- أن يقلد حركة دقة وأشار بالمكعبات
- أن يكمل أنشطة حركة دقة كان يضع أوتاد في أووجه الأوتاد
- أرشد الطفل جسمياً لكي يؤدي الاستجابة
- استخدم الأدلة بصرية على الورقة كالنقطة مثلاً وهذا مفيد كمحاثات لك ندل الطفل ابن يكون الرسم.
- خط رأسي
- خط أفقي
- دائرة
- خط
- حروف مستقيمة الخطوط ب، أ
- حروف منحنية الخطوط ع، ي

- أرقام

- أشكال

- وجه صاحك

- زهرة

- منزل

- سيارة

- شخص

- قوس قزح

برنامجه الحجرات (ادراك وتعبير)

• اجراء البرنامج

- ان يعين مكان الحجرات ،اجلس او قف في مواجهة الطفل وتتأكد من الحضور.
قدم الأمر آذهب الى ، (اسم الحجرة). حث الطفل لكي يمشي في الحجرة
الصحيحة ثم دعم الاستجابة وقلل الحث تدريجيا حتى يزول. دعم الاستجابات
المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم الاستجابات
الصحيحة.

- ان يحدد اسم الحجرة: خذ الطفل الى الحجرة، تأكد من الحضور.ثم قل أين لحن؟
حث الطفل لكي يقول اسم الحجرة. ثم دعم الاستجابة وقلل الحث تدريجيا حتى
يزول. دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية
دعم الاستجابات الصحيحة

• الخطوات الاجرائية

- ان ينفذ الأوامر، ان يتعرف على الصور والأشياء البيئية.

- ان يحدد اسماء الأشياء والأشياء البيئية وأن يعين مكان الحجرات

- أحضر الطفل للحجرة

- قم بعمل الاستجابة أمام الطفل

- بسیر الى الحجرة الصحيحة

- يذكر اسم الحجرة

- اذهب إلى

- "أين من؟"

- المطبخ

- حجرة النوم

- الحمام

- حجرة العائلة

- غرفة الطعام / السفرة

- الصالة / القاعة

- حجرة الأخ / الأخت

- الجراج

- حجرة المعيشة

- حجرة اللعب

برنامِج الأماكن (ادراك وتعبير)

• أجزاء البرنامج

- أن يعرف الأماكن ، ضع صور لأماكن على المنضدة أمام الطفل ، تأكِّد من الحضور ثم قل آشر إلى ... حث الطفل لكي يشير إلى الصورة الصحيحة ودعم الاستجابة.

- قلل الحث تدريجياً حتى يزول ، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث . في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة

- أن يحدد أسماء الأماكن - اجلس على كرسي في مواجهة الطفل تأكِّد من الحضور ثم قدم صورة لمكان ما وقل لأي مكان تكون هذه الصورة حث الطفل لكي يسمى المكان قلل الحث تدريجياً حتى يزول ، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث . في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة الغير عشوائية.

• الأدوات : صور فوتوغرافية لأماكن .

• الخطوات الاجرائية

- أن يعرف الصور والأشياء البيئية والحجارات.
- أن يحدد أسماء الصور والأشياء البيئية والحجارات.
- قم بأداء الاستجابة أمام الطفل أو أرشد الطفل جسدياً لكي يشير إلى الصورة .
 - حدد اسم المكان أمام الطفل.

أشير إلى

- لأي مكان تكون هذه الصورة
- موقف سيارات
- حدائق الحيوان
- مكتبة
- شاطئ
- مزرعة
- مدرسة
- سيرك
- مطار
- مدينة
- مطعم
- محل بقالة
- غابة
- عبطة مائي
- مستشفى
- فصل
- ملعب
- محطة قطار

- حفل عبد ميلادك

- متحف

- عيادة طيب الأسنان

برنامجه أن ينفذ أوامر من خطوتان

• أجراء البرنامج

- اجلس على كرسي في مواجهة الطفل، تأكد من الحضور قدم امر للطفل من خطوتان حتى الطفل لكي ينفذ التعليمات في الأمر المقدم دعم الاستجابة.

- قلل الحث تدريجيا حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.

• الأدوات: عناصر لتجاهها لتنفيذ الأوامر.

• الخطوات الإجرائية

- أن ينفذ أوامر من خطوة واحدة، ويقلل حركات للجسم متالية.

- أرشد الطفل جسما لكي يؤدي الاستجابة أو قم بعمل الاستجابة أمام الطفل.

- أذكر الجزء الثاني من الامر عندما يتنهى من تنفيذ الجزء الأول وبالتدريج ابدأ بذكر الجزءان معا.

- حدد كلامك عند تقديم الامر على سبيل المثال أذكر المس الرأس، المس الأنف بدلا من أن تقول المس رأسك وأنفك "وبالتدرج ابدأ بأضافي كلام لتحسين الانقان والدقة.

برنامجه أن يعطي شيئا

• أجراء البرنامج

- ضع أشياء متعددة على المنضدة. تأكد من الحضور ثم قدم الأمر أعطي إل و إل مثال (اعطني الكرة والعربة) حتى الطفل لكي يتناولك كلا الشترين، دعم الاستجابة. قلل الحث تدريجيا حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.

• الأدوات: أشياء

• الخطوات الاجرائية

- أن ينفلد أوامر من خطوتان وأن يعرف الأشياء.
- أرشد الطفل جسدياً لكي يتناول كلا الشيئين، قل اسم الشيء الآخر عندما يصل طفلك إلى الشيء الأول بالتدرج أبداً بطلب الشيئين معاً في نفس الوقت.
- أن يتناولك الطفل كلا الشيئين

برنامج أن يصف (ادراك وتعبير)

• أجراء البرنامج

- أن يعرف الوصف - ضع على المنضدة أمام الطفل شيتان متشابهان في كل شيء ما عدا شيء واحد واضح في الوصف (مثال: عربتان نصف نقل، واحدة كبيرة والآخر صغيرة) تأكد من الحضور ثم اذكر الأمر أشر إلى .. (الصفة) الشيء.
- (مثال أشر إلى العربة الكبيرة)

- حت الطفل لكي يشير إلى الشيء الصحيح ثم دعم الاستجابة. قلل الحث تدريجياً حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة

- أن يحدد أسماء الصفات - ضع على المنضدة أمام الطفل شيتان متشابهان تماماً إلا في فرق واحد واضح في الوصف (مثال: عربتان نصف نقل واحدة كبيرة والآخر صغيرة) تأكد من الحضور ثم أشر إلى أحد الأشياء وقل ما هذا؟ حت الطفل لكي يحدد اسم الشيء وصفته (مثال: هذه عربة كبيرة) قلل الحث تدريجياً حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.

• الأدوات: أشياء مختلف في صفة وصور توضح أشياء مختلفة في صفة

• الخطوات الاجرائية

- أن يعرف أشياء وصور أشخاص مالوفين وأشياء بيئية والوان وانفعالات.
- أن يعرف الصفات، أن ويحدد أسماء الصور وأشخاص مالوفين وأشياء بيئية والوان وانفعالات.
- أرشد الطفل جسدياً لكي يشير إلى الصورة.

- قم بذكر الصفة امام الطفل وكذلك حدد الاسم
- أن يشير الى الصفة الصحيحة
- أن يحدد اسم الشيء بصفته
- أشر الى "....."
- ما هذه؟"
- كبير / صغير
- مبلل / جاف
- ساخن / بارد
- نظيف / قذر
- طريل / قصير
- ثقيل / خفيف
- فارغ / مملوء
- خشن / ناعم
- صغير السن / عجوز
- قديم / جديد
- طريل / قصير
- بدین / الخفيف
- مفتوح / مغلق

برنامج جماعة المساعدين (الذين يقدمون خدمات للمجتمع) (ادراك وتعبير)

• اجراء البرنامج

- أن يعرف الأشخاص المساعدين، ضع صورة أو عدة صور لأشخاص على المنضدة أمام الطفل تأكيد من الخصوص ثم اذكر الأمر أشر الى ، ((اسم الشخص المساعد)).

- حث الطفل لكي يشير الى الصورة الصحيحة. دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث وقلل الحث تدريجيا حتى يزول، في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة
- أن يحدد أسماء الأشخاص المساعدين - اجلس على كرسي في مواجهة الطفل وتأكد من الحضور ثم قدم صورة لأحد الأشخاص المساعدين وقل من هذا؟ حث الطفل لكي يحدد اسم الشخص المساعد قلل الحث تدريجيا حتى يزول، دعم الاستجابات المختلفة التي تظهر بأقل مستوى من الحث. في النهاية دعم فقط الاستجابات الصحيحة.

• الادوات: صور لأشخاص مساعدين في المجتمع

• الخطوات الاجرائية

- أن يعرف الصور والأشخاص المساعدين وأشياء بيئية ومنظار
 - أن يحدد أسماء الصور والأشخاص المألفون وأشياء بيئية ومنظار
 - قم بعمل الاستجابة أمام الطفل وارشد الطفل جسديا لكي يشير الى الصورة
 - قم بتحديد اسم الشخص المساعد أمام الطفل
 - أن يشير الى الصورة الصحيحة
 - أن يحدد اسم الشخص المساعد في المجتمع
- أن يشير الى
- ما هذا؟"
 - رجل المطافي
 - رجل البوليس
 - المدرس
 - الفلاح
 - الحلاق
 - السائق
 - سائق لانتوبيس

- الطيار

- الطيب

- المرضة

- سائق الشاحنة

- طيب الأسنان

- الطباخ / الطاهي

برنامج أن يتظاهر

• أجراء البرنامج

- اجلس على كرسي مواجه للطفل وتأكد من الحضور. قدم الأمر " ظاهر بأنك (حركة، حيوان، شخص مساعد في المجتمع)

- حد الطفل لكي يقلد الحركة مثال: (تقليد حركة الشرب، طفل يقرب يده وهي مضبوطة على شكل فنجان نحو فمه ثم يصدر صوت الشرب).

- دعم لاستجابة وقلل الحث تدريجيا حتى يزول. في النهاية فقط الاستجابات الصحيحة.

• الأدوات : أغراض تحتاجها لكي تظاهر بأننا شخص مساعد في المجتمع (مثال: قبعة رجل المطافى، أدوات طيب)

• الخطوات الإجرائية

- أن ينفذ أوامر من خطة واحدة، أن يقلد حركات باستعمال الأشياء، أن ينفذ أوامر شفافة وان يحدد أسماء الأشياء والحيوانات والأشخاص المساعدين في المجتمع

- أرشد لطفل جسديا لكي يؤدي الاستجابة أو قم بأداء الاستجابة أمام الطفل

- الطفل يمكنه أو يقلد الحركة أو أن يتظاهر بأنه حيوان أو شخص مساعد في المجتمع

" ظاهر بأنك" ..

- تشرب

- تسريح الشعر

- غسل الوجه

- غسيل الاسنان

- لعق آيس كريم

- قيادة لسيارات

- النعاس

- لبس قبعة

- ثعبان

- أسد

- كلب

- قرد

- ضفدع

- أرنب

- قطة

- طائرة

- رجل المطافي

- طبيب

- رجل بوليس

- حلاق

خامساً : علاج السلوك الاستحواذى والسلوك النمطي

إن تقليل السلوك النمطي للأطفال التوحديين ضروري ليس فقط للإزعاج الذي يسببونه للأسر بل أيضاً لأن استمرار هذا السلوك يتداخل مع تعلم الطفل مهارات أخرى لنا فإن إيجاد وسائل فعالة لتقليل هذا السلوك مهم للأسرة وتنمية المقدرات الأخرى للطفل. كان معظم العلاج الذي يستخدم في السابق يرمي للتفور ورغم أن هناك تقليلاً بسيطاً في السلوك النمطي لفترة قصيرة الأجل إلا أن التحسن العام كان قليلاً نوعاً ما في

بعض الحالات أو الظروف الطارئة يمكن تبرير استخدام الأسلوب التأديبي ، إلا أن لهذا الأسلوب مساوئه وهذا أوجدت وسائل علاجية أخرى متعدة.

أحد الأهداف الأولية للعلاج هو زيادة قدرات الطفل في الاختلاط واللعب بطريقة تقلل من السلوك الاستحواذى ، وفي كثير من الحالات يلاحظ أنه عندما تحسن مهارات اللعب والكلام يقل السلوك النمطي تلقائياً . مثال لذلك : تعليم الطفل كيفية اللعب بألعابه بطريقة وظيفية يتجزء عنه نقصان السلوك اليدوي النمطي مثل المغزل أو نشاطات غطية مثل رفع الألعاب في خط مستقيم رغم أن البدائل التعليمية والوسائل المناسبة المتعلقة بالأدوات يتيح عنه تحسن ملحوظ إلا أنه ظلت الحاجة لوسائل مباشرة لتقليل السلوك النمطي لستوى مقبول.

وسائل التغيير التدريجي

إن السلوك الاستحواذى لدى الأطفال التوحديين يبدأ غالباً بمشاكل بيئية في مهد الطفولة ولأن للأطفال مقدرات ونشاطات بيئية أخرى فتجد الوالدين لا يذلون جهداً كثير لوقفها وعندما يكبر الأطفال يزداد النشاط ويصبح ملحوظاً وأكثر عنفاً ويصبح السلوك النمطي المتكرر أكثر إزعاجاً ويطابع فوضوي ومن النادر جداً أن تكون المحاولات المباشرة لمنع أو كبت هذا السلوك ذو أثر فعال وبديلأ عن ذلك يفضل اتباع طريقة تدريجية حيث إن هذا السلوك قد تطور عند الطفل على مدار سنوات وفي بعض الحالات تقلل هذه الطريقة من فرص الطفل في الانتماس في السلوك النمطي وفي حالات أخرى تنظم السلوك نفسه.

النشاطات النمطية المتكررة

هناك كثير من الأطفال يقضون كل يومهم في تكرار نشاطات نمطية ملزمة من نوع واحد . وتتضمن هذه النشاطات اللمس المتكرر لأشياء معينة أو وضعها في خط لانهائي .

وهدفنا هو تقليل التأثير السلي الذي يعكسه هذا السلوك على الأسرة وذلك بتقليل حددة وتكرار هذا السلوك على الأسرة تدريجياً مثال : (س) كان يتفضي معظم وقته في وضع العملات المعدنية في صفين واحد ، هنالك خطوط طريله من العملات ملأت غرفة المعيشة والمطبخ وفي السلم ومدخل الحمام وغرف النوم وأية عاولة من الوالدين لإزالة هذه الصنوف أو تخريبيها بالخطأ تؤدي لمضايقته الشديدة ، في البداية حاول والداته حصر المساحة التي يمكنه أن يمارس نشاطه فيها ومن ثم سمحوا له بعمل صنوف العملات في جميع الغرف ما عدا غرفة واحدة وكان هذا المكان المعين الذي يختاره هو الحمام لأنه كان يجب الاستحمام

كثيراً ولم يكن يسمح له بالاستحمام كثيراً إذا كانت هناك صنوف عملات في الحمام ثم بدأ والديه في تقييد سلوكه تدريجياً وكان إذا سمح له بالجلوس بسرير والديه في الصباح لن يسمح له بوضع عملات وإذا أراد أن يتناول طعاماً مفضلاً لديه يجب أن لا تكون هناك عملات في المطبخ وكذلك لا يسمح له مشاهدة التلفاز إذا كانت عملات في غرفة المعيشة وبهذه الطريقة التدريجية تم الحد من حرية في وضع العمليات المعدنية حتى الم忽رة المكان المسموح به فقط في غرفة الصالة والسلام التي عادة ما تكون باردة خاصة في الشتاء وفي غرفه الخاصة وحيث أنه يستمتع بمصاحبة والديه فإن الوقت الذي كان يقضيه بمفرده كان قصيراً. كما استخدمت طريقة مختلفة اختلافاً بسيط مع أطفال آخرين.

كانت إحدى استحوذات (ص) هي وضع السيارات في صنوف وتم تقليل هذه الممارسة بالإلاعاع عليه بتخفيف عدد السيارات وبالفعل نقص العدد إلى 20 سيارة بدلاً عن 50 سيارة . ثم نقص إلى 10 ثم إلى 5 سيارات ثم سارتين رغم أن هذه الطريقة نجع عنها وجود أزواج من السيارات حول المنزل إلا أنها قللت بشكل كبير من الإزعاج الذي كان يجده في السابق إذا تم تخريب صنوف سياراته بأي شكل .

تم التعامل مع سلوك (ع) بنفس الطريقة بدأ سلوكه تدريجياً بإيماء رأسه وحركات سريعة لعينيه إلا أنه عند التدخل في سلوكه هذا أصبح أكثر تعقيداً مع إضافة تغيير تعبير وجهه (تكثير الوجه) وتحريك يديه باستمرار وفي هذه الحالة كان تقييده في الوقت الذي يقضيه في ممارسة هذا السلوك ، أو لأنّه منعه من أداء هذا السلوك في أوقات الواجبات حيث كان يستمتع بادانها في هذا الوقت بالتحديد وكان يؤخذ منه الطعام إذا بدأ بتحريك يده أو تكثير وجهه ، وثانياً منع من هذه التصرفات في وقت الاستحمام لأنه كان يجب الاستحمام وكذلك عند اللعب مع ولديه أو عندما يقرأ له والداه القصص .

وفي وقت لاحق منع من هذا السلوك عند مشاهدة التلفاز أو الاستماع لجهاز التسجيل وبهذه الطريقة توقف عن هذا السلوك في هذه الأوقات إلا أنها لم تنتهي تماماً وأنه ليس يقدر الوالدين مقدرة كل وقتهم مع طفلهم ولأن الطفل لا يستطيع أن يستمتع بالنشاطات العادية لهذا وجد أنه من غير المجد أن يخدع تماماً من استمتعتهم بالنشاطات الطقوسية ، لذلك إذا تم تقليل هذه النشاطات لمستوى مقبول ولم تتدخل في حياة بقية أفراد الأسرة أو في مقدرات الطفل للمشاركة في نشاطات خاصة يمكن تحمل هذه النشاطات خاصة في الأوقات التي يختلي فيها الطفل بنفسه .

الروتين النفطي

هناك كثير من الأطفال الكبار في سن التحدث يتبعون روتين لفظي محدد .

مثال :

كان لـ (س) طريقة غريبة في طرح أسئلة معينة بشكل يومي وطريقة واحدة للإجابات وكانت والدته مضطرة لل التجاوب معه ، كانت تقوم بسؤاله أسئلة مهنية وكان يجاوبها بطريقة محددة يومياً ، وإذا حدث تغير بسيط جداً في طريقة طرحها للأسئلة ستحدث نوبة غضب حادة وطويلة وكان أيضاً عيناً في فرضه للقيود على طريقة تحدث الآخرين . ورغم أنه لا يلح أن يشاركه الغرب في حديثه إلا أنه يهيج إذا كان حديث الآخرين غير مطابق للنحو المطلوب إذا أخطأ أي شخص مثلاً في استخدامه للفم أو ترتيب خوري أو ترتيب خطأ سيظل يصبح ويصرخ حتى يتم تصحيح الخطأ وكان ذلك يزعج والديه ويجدون صعوبة في اصطحابه أمام الناس .

لهذه الحالة ثم وضع طريقة مكونة من جزئين للتدخل أولًا تواصل الأم طريقة الأسئلة والإجابات فقط في حالة تقبّل للأخطاء النحوية للآخرين دون صرخ وانفعال تدريجياً ستقوم الأم بالتمدد باستخدام لغة غير صحيحة تماماً وسيتحمل (س) ذلك مادام حديثه الروتيني مستمراً .

وعندما يصبح أكثر تقبلاً للأخطاء الآخرين ستبدأ الأم بإدخال اختلافات بسيطة في طريقة الإلقاء اليومي للأسئلة والأجوبة . وعند تقبل(ص) هذه الاختلافات ستقوم الأم بتقليل تكرار جلسات إلقاء الأسئلة والإجابات وفي البدء كانت الجلسات تتراوح بين 10 - 15 جلسة يومياً وتكون هذه الجلسات في فترات غير متتظمة عندما يبدأ (ص) بفتح هذه الجلسات تصر الأم أن تكون هذه الجلسات في أوقات محددة من اليوم .

في البدء كانت هناك جلسة قبل وبعد الفطور ثم قبل وبعد الغذاء ثم قبل وبعد العشاء وواحدة عند النوم، وتدرجياً حذفت جلسات قبل الوجبات ولن تقدم الوجبات ما لم يقبل (ص) ذلك وتم تقليل جلسات بعد الوجبات حتى انتصرت على جلسة النوم فقط . وكان (ص) سعيداً تماماً ما دام أن هناك فرصة واحدة لممارسة روتين الأسئلة والإجابات وكذلك وكان والداته سعيدتين بالمشاركة في هذه الفترة القصيرة من اليوم .

وتعامل بعض الناس مع الروتين النفطي بطرق مختلفة فيضمهم يسمح للطفل أن يطرح أسئلته الاستحواذية في أوقات معينة من اليوم ثم تقل تدريجياً وأخرون يتعاملون مع

ذلك بتقليل عدد الأسئلة في كل مرة ويتفق البعض بالإجابة على خمسة أسئلة في المرة ولا يزيد على ذلك حتى ينقضي الوقت المحدد ثم يتناقص عدد الأسئلة تدريجياً مثال : كان (س) يقوم باستمرار بطرح أسئلة حول مواضيع معينة باستمرار تتعلق بالاتجاهات وطرق السيارات . رغم أن والديه حاولا تجاهل أسئلته إلا أن ذلك نتج عنه مستويات غير مقبولة من الفيقي والقلق وبعدها استسلموا وبدأ في التجاوب معه بالشكل الذي يرضيه وتم تحديد عدد الأسئلة المسروحة في المرة الواحدة ووضح له أن الأسئلة لن يجاوب عليها مرة أخرى لفترة معينة من الزمن وفي خلال هذه الفترة يمتنع الوالدان تماماً عن الإجابة على الأسئلة الاستحواذية وبدلاً عن ذلك يشجع على الحديث عن مواضيع أخرى وتدريجياً تند فتة عدم الإجابة على الأسئلة المتنوعة وتقتصر إلى جلسة أو اثنين في اليوم وبهذه الطريقة يقل سخط الوالدين من الالتزام بالإجابة على الأسئلة المتكررة ويقل قلق(س) عن عدم الإجابة على أسئلته.

مقاومة التغيير

يمكن التعامل مع مقاومة التغيير في عبيطهم باستخدام الطريقة التدريجية، يصاب معظم الأطفال بسخط شديد عند حدوث تغير بسيط في عبيطهم مثل أن يترك الباب في وضع مختلف اختلافاً بسيطاً جداً أو تزاح الطاولة عن مكانها المعتاد أو أي تغير بسيط في أي أثاث في البيت. مثال مطابق لذلك هو ت سابق(ع) عندما قام والداه بإخراج خزانة كبيرة من المطبخ أثناء فترة غيابه بالمدرسة وعند عودته بدأ يصبح ويصرح لدته يومين وفي الليلة الثالثة بدا هادئاً وارتاح الوالدان ولكن عندما استيقظوا في اليوم التالي وجدوا أن الدهان الجديد بهدار المطبخ قد شوه تماماً برسم كبير شبيه المخازنة الأصلية! في مثل هذه الحالات من المقاومة فإن إدراك التغيير لمكان الأشياء هو المرحلة الأولى في تعديل السلوك .

عندما يتحمل الطفل التغيير البسيط عندها يمكن تشجيعه تدريجياً بقبول تغيرات أكبر وأوضاع وقدر الإمكان يفضل أن تكون التغيرات متوقعة أو متبايناً بها لدى الطفل ولدى الأطفال الأكبر سنًا . وعند تقبلهم التغيرات البسيطة يمكن في الغالب أن يوضح لهم التغيرات المتوقع حدوثها في المستقبل إذا كان التغيير في السلوك الروتيني متوقع فإنه سيكون أكثر استعداداً لتحمل التغيرات التي تحدث وبالطبع فإن كثيراً من الأطفال يهدرون بالاستماع بالاختلاف في حياتهم اليومية .

سلوك التجمیع الاستحوذی

لمجد عدداً من الأطفال يقومون ب تخزين عدد وافر من الأشياء بدلاً عن الانغماس في نشاطات طقوسية بوضع الأشياء في صنوف لانهاية لها مثل : مشعل بالإضافة للكمية المائلة من العملات أيضاً مجمع لعب السيارات بشكل علب الكبريت.

قام (ص) لأكثر من سنة بتجمیع جميع الدمى على شكل دب التي استطاع الحصول عليها وبعدها قام والديه بشرائها واستلف بعضها من الأطفال وعند التدخل وصل العدد إلى 18 دباً ووضعهم في كرسي والده بفرقة المعيشة وكان بدر يدرك تماماً إذا ما أخذ أي دب من بيته أو تم تحريكه من مكانه في الكرسي في البدء قام والده باخذ دب صغير جداً ووضعاه داخل دبة أخرى ولم يسمح له (ص) بوضعه في الكرسي وذلك بربطه في كرسي آخر بخطير صغير وفي خلال الأسبوع التالي أخذ الدب تدريجياً لغرفة (ص) وفي هذه الفترة تم أخذ دب آخر من الكرسي وتم تشجيع (ص) على اللعب بهذه الديبة في أوقات أخرى من اليوم وبين والديه مجهاً كيراً لجعل (ص) يمارس نشاطات تمثيلية مثل غسل أو إطعام الديبة . وتدرجياً وملأة أكثر من خمسة أسابيع تم سحب جميع الديبة من الكرسي ولأول مرة استطاع والده الجلوس على الكرسي بعد أكثر من سنة ، و مازال (ص) يشجع على التعامل مع لعبه إلا أنه لا يسمح بتجمیعها ، وبعد سنة مازال متعلقاً بديبه وكان يعلم مكان كل دب منهم لكنه لا يقوم بتجمیعها ولا يصر على بقائها في مكان معين في البيت.

سوء التكيف عند الارتباط بالأشياء

يتشر الارتباط الوثيق بأدوات الأمان مثل البطانية عند الأطفال الطبيعيين ويكون الارتباط بأشياء معينة (بطانية معينة ولست أية بطانية) ويشعرن بالراحة بها في حالة المرض أو التعب أو القلق أو عدم الاستقرار وهم جداً للطفل أن يكون لديه أدوات الأمان في مثل هذه الحالات ويسخط إذا لم تتوفر هذه الأدوات ، إن هذه الظاهرة طبيعية وتكميفية وليس سبباً للتدخل، ومن الطبيعي أن يقوم الطفل الصغير جداً بحمل الأشياء معه باستمرار، لكن من غير الطبيعي أن يظل يحملها حتى سن ما قبل المدرسة أو أن الالتصاق بها يمنعه من أداء النشاطات الأخرى.



إن ارتباط الأطفال التوحيدية شبيه بخطفهم عند فقدان آلة أداة من أدواتهم إلا أنه مختلف في نقاط هامة . أن الارتباط لا يبدأ في الناقص عندما يكبر الطفل ولا يستخدم الأدوات كمصدر للراحة في المقام الأول وعادة يكون الطفل كارها التخلص عن أدواته لأداء نشاط آخر ، وطبيعة الشيء الذي يرتبط به الطفل أيضاً يكون غير عاد قد تستخدم البطانية كاداة إلا أن العنصر قد يكون مقطعاً أو جذع لعبة أو غطاء علبة يتعامل بعض أولياء الأمور مع المشكلة بتأمين عدد كافٍ من الأدوات البديلة كمخزن في حالة فقدان آلة أداة يقوم والد (ص) على شراء أي ملف أزرق يراه ليكون بديلاً في حالة قزق الملف الأول هنالك بعض الأطفال لا يتقبلون استبدال القديم بأخر ، وقد يتضايق ويستخط عند محاولة الاستبدال تكون هناك حاجة للتدخل لأن الطفل يصر على حمل أدواته طوال اليوم عند اللعب والعمل أو أداء أي نشاط . يمكن استخدام نظام التغيير التدريجي في حل هذه المشكلة وفقاً للزمن الذي يقضيه الطفل في حل الأشياء معه وحجم الشيء نفسه وتأثيره في القيام بنشاطات أخرى.

(ص) طفل صغير جداً عمره خمس سنوات كان مرتبطاً ببطانية منذ أن كان عمره بضعة أشهر لا يمكن نزعها منه ما لم يكن نائماً ويتداخل حجمها مع كثير من النشاطات الأخرى وعندما رفض نزع البطانية أثناء النهار فرق والدته إنقاوص حجمها وتدربياً قامت الأم بقص قليل من البروصات ولم يلاحظ (ص) إنكماش البطانية بل كان سعيداً يحمل الخيط الذي في أطرافها وتدربياً بدأ يقل اهتمامه بها والمثير في حالة (ص) أنه كان يحمل بطاقات بريدية باستمرار في نفس وقت ارتباطه ببطانية K وعندما تناقص ارتباطه بالبطانية كذلك تناقص اهتمامه ببطاقات البريد رغم أنه لم يتم التعامل مع العادة الثانية مباشرة.

الأهداف البديلة

غالباً عندما يتم التعديل بنجاح لكل حالة ارتباط بأداة يحمل عمله أغراض بديلة أي أنه عندما يتم التخلص عن الشيء الأول نهائياً يحمل عمله شيء آخر يقوم الطفل بحمله في بعض الأحيان تحمل الأغراض البديلة مختلف الدلالات النظرية وغالباً ذات طبيعة تحويلية ، أما استخدام الأغراض البديلة يرجع ببساطة للتكيف مع سلوك جديد يحمل عمل السلوك القديم الذي تخلى عنه بعد العلاج ليست هنالك دلالة مهمة للاعتدال المتصمم أن أسباب الارتباط بالأشياء عند الأطفال التوحيديين غير معروفة .

مثلاً نجد أنه غير واضح إذا كانت هذه الارتباطات بالأشياء تلعب نفس الدور عند الأطفال الطبيعيين . قد يحدث الارتباط الممحوظ والدائم بالأشياء لأن الطفل التوحدي لا يستطيع تكوين ارتباطات اجتماعية طبيعية رماً أن يكون القلق هو السبب الرئيس لبعض الارتباطات بالأشياء . إن حقيقة الأعراض البديلة في شكل أداة بديلة توضح أيضاً أن الارتباط له هدف آخر بعيداً عن الأداة نفسها وقد تكون مجرد عادة لحمل أي شيء إلا أن هذا الافتراض غير كاف لتوضيح أن يكون الارتباط بشيء أو أداة معينة لا يمكن استبدالها بغيرها وعلى كل حال مهما كانت الدلالات النظرية للارتباط بالأشياء فإنه من وجهة النظر العملية وجد أنه يمكن معالجة هذا الارتباط بشكل فاعل بوسائل التغيير التدريجي ومن المهم أن تحدث الأعراض البديلة إلا أنها تخضع للعلاج بسهولة ، وبالطبع فإن الارتباطات المعاقة لا يمكن أن تكون أقوى عملاً منها وأكثر سهولة على الوالدين لتغييرها . -

مثال :

بعد أن تخلى (ص) عن البطانية وعن البطاقات البريدية بدأ يحمل لعبة أتوبيس بلاستيكي أحمر ، وبدأ والده بتقييم الأتوبيس لقطع صغيرة حتى يقوم بحمل قطعة صغيرة في كل مرة وفجأة أدركوا الفائدة الكامنة في هذا الاهتمام الجديد . في السابق لم يكن ييدي أي اهتمام بالألعاب إلا أن اهتمامه بالبعض ثم السيارات زادت من لعبه مع الآخرين وذلك يدفع السيارة للخلف وللأمام مع والديه وتتأكد والده من أنه لم تعد سيارة واحدة فقط هي التي تسيطر على اهتمامه ، وإذا لاحظوا اهتمامه بسيارة قاموا باستبدالها بأخرى . وبهذه الطريقة تمكنوا ليس فقط من تقليل الارتباط بالأشياء لمستوى يمكن معالجته بل أيضاً تمكنوا من تشجيعه على غارات اجتماعية وهكذا فإنه يمكن باستخدام أسلوب التغيير التدريجي لإبعاد الطفل من التعلق بالأشياء بشكل يتداخل في نشاطاته الأخرى أو مقدراته على التعلم وأيضاً لفائدة التطور العام للطفل .

مشاكل الأكل والتغذية

رغم أنه ليس من العادة أن ينظر لها كمشاكل وسواسية إلا أن صعوبات الأكل والتغذية لدى عدد من الأطفال تكون مرتبطة بمقارنتهم للتغيير . (ص) يعتمد على تناول الأكل ليس فقط في نفس الوقت من كل يوم بل أيضاً في نفس المكان والطاولة وينسى السكاكيين والأطباق . استخدام وسائل التغيير التدريجي تغيير سبط جداً في أول الأمر مثل أوقات الوجبات أو وضع الطاولة ، أثبتت نتائج فاعلة وسريعة وفي وقت وجيز كان بالإمكان إجراء

تغير واضح في أوقات الوجبات . وكان لتعليميه كيفية الطبع أثر جيد في ادراكه أن الطبيع ليس بعلم ثابت وأنه ليس من القصوري أن يكون الطعام جاهزا في وقت محدد.

أثبتت وسائل التغيير التدريجي ففعاليتها في علاج أطفال توحديين آخرين نتجت مشاكل الطعام لديهم من مقاومة التغيير . كمية قليلة من طعام جديد غير مقبول لدى الطفل يمكن خلطه ودسه داخل الوجبة المعتادة لدى الطفل فإذا تقبل هذا الطعام دون مشاكل يمكن زيادة كمية الطعام الجديد تدريجياً . أما في حالة عدم إمكانية خلط طعام جديد دون علم الطفل يمكن تقديم كمية قليلة جداً من الطعام الجديد (علقة صغيرة) للطفل ويُشجع الطفل على تناوله مع طعامه المفضل . وعندما يتقبل الطفل هذه الكميات القليلة يتم زيادة الكمية من الطعام الجديد بشكل يومي حتى يتم تحقيق نظام غذائي منوع . استخدمت هذه الطريقة لعدد من الحالات وحققت نجاحاً سريعاً : في حالة (من) تم تقديم الطعام الجديد بمذر في أول الأمر وبعدها تقبل التغيير وبدأ يتناول نفس الوجبات التي يتناولها بقية أفراد الأسرة وتم إلغاء البرنامج السابق .

وفي حالة أكثر تعقيداً هي حالة لطفل يبلغ من العمر 4 سنوات وما زال يأكل بأصابعه فقط ويشرب حلياً أو أطعمة الأطفال المذابة بالرضااعة . ورغم أنه اخْلَذَت معه خطوات دقيقة لتعليميه استخدام الملعة والشوكة في أكل الأطعمة الجافة إلا أنه ما زال رافضاً التخلص عن الرضااعة ورفض تماماً الشرب بوعاء آخر . ومرة أخرى اتبعت معه طريقة التغيير التدريجي ، وفي هذه المرة استخدمت معدات أخرى للتغيير حيث تم استبدال الرضااعة بآخرى أصغر بفتحة واسعة وحلمه واسعة . وتم استبدالها بكأس بلاستيكي بصنور (أنوب) شبيه محلمه الرضااعة وتدربيجاً تم إجراء فتحة في أعلى صنور الكأس حتى تم عمل ثقب كبير واسع .

وأخيراً تم إزالة أعلى الكأس وعند تقبيله للذلك استبدل الكأس ببابيرين بلاستيكي للتسييل . وكذلك تم التعامل مع مشكلة النوم بطريقة التغيير التدريجي . بدأت مشكلة (من) تدريجياً بإصراره على أن تقضي والدته معه وقت طويل في غرفة نومه حتى ينام وبذلك بدأت والدته تقضي طوال الليل معه ، وبعد أول محاولة لتجاهل اعتراضه عند تركها لغرفة نومه تنازلت عن أيه محاولة أخرى بسبب الإزعاج الذي صدر منه مما دعا الجيران يقدمون شكواهـ . وخلال السنة أشهر الأولى قبل تدخلها حل المشكلة كانت تناـم معه في سريره كل

ليلة وكان وجودها معه يجعله مرتاحاً عندما يصحو من نومه إلا أنها كانت تعاني من عدم النوم الكافي وكانت نادراً ما تجد فرصة لمشاركة زوجها في فراشه .

بدأ العلاج التدريجي لهذه الحالة بانسحاب الأم تدريجياً من غرفة نوم طفلها. أولأ تم وضع مرتبة قابلة للنفخ في غرفة (ص) (وكانت غرفة صغيرة بحيث لا يمكن وضع سرير آخر فيها). وضعت المرتبة بجوار سريره حتى تستطيع الأم القيام باحتضانه بمجرد استيقاظه كالعادة. وتدرجياً بدأت تزيل المرتبة بوصة ثم بوصة أخرى حتى تستطيع الأم أن تتحدث معه وتلمسه عندما يستيقظ لكن لا تستطيع أن تختضنه بسهولة وتدرجياً بدأت الأم تبعد المرتبة عن سريره في اتجاه الباب . وعند استيقاظه تستطيع إرضاعه بالحدث فقط ولا تستطيع لمسه. وفي فترة وجيزة تقبل (ص) هذه التغيرات ، وفي الشهر الثاني من العلاج قامت الأم بوضع فراشها في الصالة بين غرفة (ص) وغرفتها . وفي نهاية الشهر الثاني استطاعت الأم أن تعود لغرفتها ، ورغم أن (ص) ما زال يستيقظ من نومه أحياناً إلا أنه يمكن التعامل معه بسهولة مهتماته عن بعد وتشجيعه للنوم مرة أخرى لم يقم (ص) بيدل أي مجده في العودة لفراش والديه ليلأ ، وهذا التغيير في طريقة نومه لا يعني فقط أن والديه يستطيعان النوم في فراشهما الخاص بهما بل أيضاً يستطيعان الخروج سوية في المساء تاركين (ص) مع المربية. كذلك كان بإمكانهما اتباع برنامج علاج التبول في الفراش بنجاح الذي لم يكن ممكناً في السابق لما كان يعانيه من صعوبات في القدم.

آلية تمثيل الدور

وسيلة أخرى استخدمت لتقليل السلوك الوسواسي لدى الأشخاص الكبار التوحدين ، وهي آلية لعب الدور . يمكن أن تكون هذه الوسيلة فاعلة جداً في مساعدة الأشخاص في إيجاد طرق أخرى مناسبة للتعامل مع الوسواس.

(ص) كان مقاوِماً لأي نوع من التغيير بشدة وكذلك كانت لديه انكار ثابتة جداً حول كيفية أداء الناس لأعمالهم رغم أنه كان يميل لصالحة الناس إلا أنه كانت لديه مشاكل متكررة في الحالات وكان كثير الجدال إذا لم يقم البائع بعمله كما يرى (ص) بالضبط ، أو تغير السعر عن آخر زيارة له للمحل ، وكان يميل للتوجه بما في يديه على الأشخاص الأبراء الذين لم يعيشوا بالطريقة الصحيحة وكان يميل للتوجه بما في يديه على الأشخاص الأبراء الذين لم يعيشوا على توقعاته . وأحدث سخط شديد عندما وصل إلى الحاسب في السوبر ماركت ووجد نفسه في طابور طويل، وفي إحدى المرات ثار وهدد بسبب مشكلة بسيطة عندما قام موظف

الذacker باعطائه تذكرة خطأ . كان لمساعدته في تكرار هذه المواقف كسيد الموقف (صاحب الدور) وتدريبه لمواكبه الأخطاء والخلط والعنف بطريقة مناسبة اثبتت فائدة كبيرة في مساعدته في التعامل مع هذه الصعوبات وعندما واجهته مشاكل مشابهة في وقت لاحق استطاع أن يطبق المهارات التي تعلمها .

وعيب هذه الوسيلة هي أنها تكون ناجحة فقط بعد وقوع مشاكل معينة ، ومن الممكن جداً استخدام وسيلة لعب الدور لتجنب مشاكل مشابهة تحدث في المستقبل . ولكن من الصعوبة التنبؤ بأن أنواع أخرى من المشاكل يستطيع الأشخاص التوحديين التعامل معها بوسائل مناسبة . إن استمرار والحراف السلوك النمطي المتكرر لحالات متعددة توضح أنها ليست مشاكل ثانوية ، لكنها في الحقيقة عيب أساسية لدى الأشخاص التوحديين فغالباً ما تجد أن معظم الأشخاص التوحديين لديهم درجة من العنف والروتين خلال فترة حياتهم ومن الواضح أن الوسائل السلوكية غير ناجحة في حل هذه المشاكل كلباً إلا أنه متى ما أدت لتقليلها مستوى لا يجعلها تتدخل مع النشاطات الأخرى فهذا يوضح فائدتها . او لا : يمكن استخدام الاهتمامات الاستحواذية كدعم لنشاطات مناسبة أكثر وسيتم وصف هذه الطريقة بتفاصيل أكثر .

ثانياً: يمكن تبني هذه الاهتمامات بطريقة لتكوين سلوك أكثر قبولاً اجتماعياً، كماً لوحظ استخدام العقل بالأشياء مثل سيارات اللعب والأتوبيسات استخدمت لتطوير طريقة اللعب العادي . أيضاً وجد عند مراقبة الأشخاص التوحديين الأكبر سنًا أن الاستحواذ قبل الانهماك والمعرفة التفصيلية للمواضيع مثل الموسيقى والرياضيات والتاريخ والنقل واللغات الأجنبية أدى لمشاركةهم النشاطات مع مجموعة من الأشخاص الطبيعيين الذين لديهم نفس الاهتمامات وقد تظل العلاقات الاجتماعية على مستوى سطحي جداً مع أن المقدرة على مشاركة المزاحيات والاهتمامات مع الآخرين بها انر كبيـر في تقليل الشعور بالعزلة وبالطبع لوحظ أن وجود بعض الاهتمامات الاستحواذية من النوع المقبول اجتماعياً يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالتألم الاجتماعي الناجح، وهذا فإن إزالة الاهتمامات الاستحواذية تماماً إذا كان يمكنـاً هي ليست مرغوبة كما أن مهارة إيجاد برنامج علاج ناجح لمجدها في تحديد السلوك المختل الفائدـة وكيفية تعديـلها للوصول لأعظم وأـفيد نـتيـجة أكثر من محاولة إـزالـتها تمامـاً. مـثـلاً تـجدـ أنـ اـهـتمـامـ (ـصـ)ـ المـبـكـرـ بـالـمسـافـاتـ وـالـاتـجـاهـاتـ تمـ تشـجـيـهـ منـ قـبـلـ والـدـهـ بـطـرـيـقـةـ تـدعـمـ اـهـتمـامـ بـالـجـنـرـافـيـاـ قـامـ بـاـذـخـارـ كـمـ هـائلـ مـنـ الـمـعـلـومـاتـ وـالـمـرـفـعـاتـ حـولـ هـذـهـ المـادـةـ

وكذلك أصبح مهتماً باللغات التي تتحدثها شعوب الدول الأخرى وبعدها أثبتت معرفته بالجغرافيا والمعرفة الطنجية لبعض اللغات المختلفة فائتها خلال رحلات الأسرة للخارج. استخدم والدا (ص) اهتمامه بالطائرات في زيادة معرفته العامة بمختلف أنحاء العالم وأصبح مصدراً موثقاً بالمعلومات حول الرحلات من دولة لأخرى.

أوضح (ص) اهتمام مبكر بالأعداد حتى تحصل في وقت لاحق على دبلوم في الحاسوب وكان يقوم بعمل العمليات الحسابية بسرعة تفوق الآلة الحاسوب يستطيع أن يحسب أيام وتاريخ ميلاد الناس (يفيد الناس الذين ينسون يوم وتاريخ ميلادهم) وكذلك إذا أطلع على رقم رخصة القيادة لشخص ما ولو مرة واحدة يستطيع أن غيره برقمه في حالة نسيان الآخر له، أيضاً يمكن تعديل استحواذ الأطفال الأصغر سنًا لتحسين الارتباط الاجتماعي وطبقت هذه الوسيلة كاملة في الأطفال بعد انتهاء هذا المشروع استطاع (ص) أن يكتب وضع عيوب بسبب مهاراته المميزة في لف الأشياء ليكسنوا صداقته ويقربوا منه وأثبت اهتمام (ص) بالأرقام قاعدة مفيدة للتشجيع على اللعب الجماعي مع الأطفال الآخرين مثل السلالم والسبعين وكان تشجيعه في اهتماماته المبكرة بالألعاب الإلكترونية لمدة جعله الآن وهو في الثامنة من عمره أن يكون لديه مهارات متعددة في الحاسب الآلي وبالمثل كان (ص) مهارة في التهجمة تفوق كل الأطفال في المدرسة العادية التي التحق بها رغم أن سلوكه كان شاذًا في مواقف كثيرة إلا أنه حقق لمحاحاً وشهرة في مقدورته في التهجمة ورواج كمراقب التهجمة في الفصل وبذلك تناقض انزعاله وازدادت ثقته بنفسه.

إن الاهتمام أو معرفة مواضيع محددة أيضاً مفيد في تقليل الشعور بالعزلة عند الأشخاص الكبار المصابين بالتوحد . مثلاً لمجد أن الكثير من المراهقين لديهم رغبات طاغية لتقليد زملائهم في أن يكون لديهم صداقات كما أن لقصتهم في التقمص العاطفي والتجارب الاجتماعية دليلاً على عدم استطاعتهم تكوين علاقات قوية ، إلا أن تشجيعهم لمشاركة أصحاب آخرين في اهتماماتهم مثل الموسيقى أو التاريخ تكونهم من تكوين علاقات اجتماعية واسعة تكسبهم القدرة على التحدث مع أصدقائه في سنهم ويكون ذلك كافياً لأن يشعرون أنهم مقبولين اجتماعياً وبهذه الطريقة تكون لديهم الرغبة في أن يكون لديهم صديق معين.

ورغم أن السلوك الاستحواذى والطفوسي يدو من الصعب إزالته تماماً إلا أنه يمكن تعديله بنجاح حتى يصبح إزعاجه أقل بالنسبة لحياة الطفل ولحياة أسرته وينبع من المهارة والبراعة يمكنهم التأقلم بأية طريقة لتحسين كيفية حياتهم والمنصر لهم في علاج السلوك الاستحواذى هو التأكيد من أن هذا السلوك لا يسيطر سيطرة تامة على لوعة وظائفه

الأخرى. وعموماً فإنه عندما يستمر السلوك الوسواسي لفترة أطول يحتاج أيضاً لفترة أطول لتعديلها وهذا فلن مجرد أن يتم تعديل المشاكل الأولية فإن على الولدين أن يتبعها لأية نشاطات استحواذية أخرى قد تخل عمل الأصلية وخل مشاكل هذه النشاطات الاستحواذية بجزم فإنه لا بد أن تكون البداية صحيحة.

رد الفعل العاطفية للوالدين

الوالدان غالباً ما يتباهمون برد فعل عاطفية عندما يعلمون أن طفلهم لديه التوحد وتكتن ردة الفعل في الأساس والإحباط المترافق بقلفهم حول مستقبل طفلهم كون طفله قد يكون خالفاً ومرفوضاً وبعطاً. ونصيحتي لأولياء الأمور أن يتأقلموا ويسبّحوا قادرين على تكوين صورة حقيقة عن المشكلة ويدلّوا في التركيز على طرق عملية للتغلب على الصعاب والمشكلات.

سادساً : العلاج بالتكامل الحسي Sensory Integration Therapy

وهو مأخوذ من علم آخر هو العلاج المهي، ويقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحساس الصادرة من الجسم، وبالتالي فإن خللأ في ربط أو تجانس هذه الأحساس (مثل حواس الشم، السمع، البصر، اللمس، التوازن، الذوق) قد يؤدي إلى أعراض توحدية. ويقوم العلاج على تحليل هذه الأحساس ومن ثم العمل على توازتها. ولكن في الحقيقة ليس كل الأطفال التوحديين يظهرون أعراضًا تدل على خلل في التوازن الحسي، كما أنه ليس هناك علاقة واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسي ومشكلات اللغة عند الأطفال التوحديين. ولكن ذلك لا يعني تجاهل المشكلات الحسية التي يعاني منها بعض الأطفال التوحديين، حيث يجب مراعاة ذلك أثناء وضع برنامج العلاج الخاص بكل طفل. ورغم أن العلاج بالتكامل الحسي يعتبر أكثر علميةً من التدريب السمعي والتواصل الميسر حيث يمكن بالتأكيد الاستفادة من بعض الطرق المستخدمة فيه، إلا أنني أرى أن هناك مبالغة في التركيز على هذا النوع من العلاج على حساب عوامل أخرى أكثر أهمية.

القاموس الدناتوي

- نوبة مصحوبة بالغيبة (Absence Seizure)، انظر نوبات (Seizures).
- قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (Americans with Disabilities Act - ADA)، هو قانون الولايات المتحدة الأمريكية يكفل حقوق المعوقين فيما يتعلق بالتوظيف وغيرها من القضايا.

- متلازمة آنجلمان (Angelman Syndrome)، هو اضطراب وراثي يسبب تأخير إلحادي ومشاكل عصبية، غالباً ما يصاحبه نوبات شرود. غالباً ما يعاني الأطفال نشاط مفرط، وصغرأ في حجم الرأس، واضطرابات في النوم، واضطرابات في الحركة والتوازن.
- مضاد للتشنجات (Anticonvulsant)، وهو نوع من الأدوية المخدرة يستخدم لمنع أو إيقاف النوبات أو التشنجات. والمسى أيضاً مضاد الصرع (antiepileptic).
- الحبسة الكلامية - النطق (Aphasia)، وهو فقد القدرة الكلية أو الجزئي على استخدام أو فهم اللغة.
- أبراكسيا (Apraxia)، وهو اضطراب فقد القدرة الكلية أو الجزئية على إيان حركات مقصودة، دون الإضرار بالقوة والتناسق العضلي. ويواجه الشخص صعوبة في تسلسل الحركات، وترتبط الأبراكسيا (Apraxia) بالنطق بشكل أكبر.
- تحليل السلوك التطبيقي (Applied Behavior analysis)، هو أسلوب تدريس يستخدم سلسلة من المخارات لتشكيل السلوك أو الاستجابة المرغوب فيها. تقسم المهارات إلى عناصر صغيرة لتدريس للأطفال باستخدام نظام التعزيز.
- متلازمة أasperger (Asperger Syndrome)، هو اضطراب نظوري في طيف التوحد ويعرف بالعجز عن التواصل والت漠 الاجتماعي وكذلك بالسلوكيات والاهتمامات المتكررة، بدون تأخير واضح في اللغة والتطور المعرفي.
- نوبة مصحوبة بتعثر الوقوف (Astatic Seizures)، انظر نوبات (Seizures).
- نوبة مصحوبة بالارتجاه العضلي (Atonic Seizures)، انظر نوبات (Seizures).
- متخصص السمعيات (Audiologist)، وهو في مختص بتشخيص وعلاج الأشخاص فاقدون السمع أو من لديهم مشاكل في التوازن.
- جدول الملاحظة لتشخيص التوحد (Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) -، وهو اختبار ينظر إليه على أنه المقياس الذهبي لتشخيص اضطرابات

طيف التوحد (ASD) بالغضافة إلى المعلومات المستقة من الوالدين والذي يجب أن يكون جزءاً من تقييم الطفل.

- اضطرابات طيف التوحد - ASD - (Autism Spectrum Disorders)، وهي تشمل على الاضطرابات التالية المدرجة في الدليل التشخيصي والإحصائي - الطبعة الرابعة (DSM-IV): الاضطراب التوحدي (Autistic Disorder)، اضطراب أسبيرجر (Asperger's Disorder)، الاضطرابات النمائية الشمولية غير المحددة، واضطراب الطفولة التراجعي (Childhood Disintegrated disorder)، واضطراب رت.
- الكازين (Casein) وهو بروتين موجود في الحليب، ويستخدم في تصنيع الجبن ويعتبر من المواد المضافة للأغذية.
- مرض الاضطرابات الخضمية (Celiac Disease)، وهو رد فعل مناعي للجلوتين داخل البطانة الداخلية للأمعاء الدقيقة، مما يسبب التهاباً ينافس البطانة الداخلية ويقلل من امتصاص العناصر الغذائية، ويمكن أن تؤدي إلى أعراض نقص التغذية والفيتامينات والمعادن.
- الشلل الدماغي (Cerebral Palsy)، وهو خلل في الوظيفة الحركية (في مقابل الوظيفة العقلية) والذي يكتسب في سن مبكر، كجنين أو خلال السنة الأولى من العمر، ويتجزئ عن تزق دماغي غير متظر.
- اضطراب الطفولة التراجعي (Childhood Disintegrative Disorder) وهو اضطراب الذي يبدأ في النطورة الثاني طبيعياً في كل المجالات البدنية أو العقلية. وفي مرحلة ما بين سن الثانية والعشرة يفقد الطفل المهارات المكتسبة مبكراً. قد يفقد الطفل المهارات اللغوية والاجتماعية وغيرها من الوظائف، بما فيها التحكم في المثانة والأمعاء.
- متلازمة ازدواج كروموسوم 15 (Chromosome 15 Duplication Syndrome)، وهو اضطراب كروموسومي نادر. وقد تتشابه أعراضه مع أعراض متلازمة بريذر ويلي ومتلازمة انجلمان (Prader-Willi & Angelman Syndrome) وتتراوح بين حالات لا تظهر عليها آية أعراض وحالات مع أعراض متنوعة من عظمية وعصبية ومعوية ونفسية وغيرها من التشوهات المترتبة بتأخر النطورة النمائي.
- الإمساك المزمن (Chronic Constipation)، وهي حالة مستمرة من التعرض إلى أقل من ثلاث حركات معوية في الأسبوع.

- **السمات الإكلينيكية (Clinical Features)**، والتي تلاحظ بشكل مباشر خلال الفحص؛ بناءً على أعراض المرض القابلة للملاحظة والتشخيص.
- **المعرفة (Cognition)**، وهي العملية العقلية للمعرفة، والتي تشمل جوانب كالوعي والإدراك، والتحليل والحكم.
- **المهارات المعرفية (Cognitive Skills)**، هي أي مهارات عقلية تستخدم في عملية اكتساب المعرفة، وتشمل هذه المهارات التحليل والإدراك والحكم.
- **التهاب القولون (Colitis)** وهو التهاب الأمعاء الغليظة. خليل وتعداد الدم الكامل (Complete Blood Count)، واختبار معملي بين عدد كرات الدم البيضاء وكرات الدم الحمراء والصفائح والميوجلوبين وبعض القيم الأخرى التي تعكس الحالة الصحية العامة للدم.
- **السلوكيات التلطية القهقرية (Compulsions)** وهي سلوكيات متكررة متعمدة والتي تتبع قواعد محددة، كال المتعلقة بالتنظيف أو التدقيق أو العد. وعند الأطفال الصغار قد تكون بعض الأنماط المحددة من الاهتمامات هي إشارة مبكرة للضواط.
- **التصوير بالأشعة المقطعة (CT - Computed Axial Tomography)**، فحص الأعضاء عن طريق المسح الضوئي باستخدام أشعة أكس واستخدام الكمبيوتر لبناء سلسلة من مسوحات الأشعة المقطعة. يطلق عليها ("CAT" scan).
- **الفيروس المضخم للخلية (CMV - Cytomegalovirus)**، وهو فيروس شائع من عائلة أفيروز (الحلاء أو العقبو). وقد لا تظهر الأعراض في الأشخاص الأصحاء. وقد يكون خطيراً في مرضى ضعف نظام المناعة. اصابة الجنين بهذا الفيروس قد تسبب اضطرابات تطورية ثانوية.
- **اللغة التصريحية (Declarative language)** وهي تستخدم في توصيل ما يتتجه العقل، وهي الأكثر شيوعاً في المحادثة، في حين تستخدم لغة الأمر لطرح الأسئلة أو إصدار الأوامر أو إعطاء التعليمات.
- **اضطراب التطور النمائي (Developmental Disorder)** وهي تشير إلى العديد من الاضطرابات التي تؤثر على التطور الطبيعي، وقد تؤثر في مجال واحد للتطور (اضطرابات تطورية ثنائية محددة) أو في عدة مجالات (اضطرابات تطورية ثنائية شاملة).

- علاقة الاختلاف الفردي التطوري (Relationship Developmental Individual Difference) وهو علاج معروف باسم (وقت الأرضية – Floor time)، وهو يسعى إلى دفع الطفل نحو تفاعلات متزايدة التعقيد من خلال تفاعل مشترك متبادل.
- معالم نظرية ثمانية (Developmental Milestones) وهي مهارات أو سلوكيات يستطيع معظم الأطفال القيام بها في سن معينة والتي تمكن من مراقبة التعلم والسلوك والتطور النمائي.
- طبيب أطفال متخصص في التطور النمائي (Developmental Pediatrician) وهو طبيب معتمد وحاصل على تدريب متخصص فرعي في طب الأطفال السلوكي التطوري النمائي.
- الدليل التخريسي والإحصائي (Diagnostic and Statistical Manual) وهو النظام الرسمي لتصنيف الاضطرابات النفسية الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي.
- التدريبات الترابطية الجزاء (Discrete Trial Teaching)، وهو تقنية تشمل على مبادئ تحليل السلوك التطبيقي، بما فيها التعزيز الإيجابي. وهي ليست تحليلاً للسلوك التطبيقي نفسه، ويستخدم في تدريس السلوكيات في جلسات منفردة حيث تم تقسيم المفاهيم إلى أجزاء صغيرة.
- ديسبراكيا، وهو عدم قدرة الدماغ على تنظيم حركات العضلات وتنفيذها. أما في النطق فيستخدم هذا المصطلح لوصف الأبراكيَا.
- التدخل المبكر (Early Intervention) هو برنامج عول من الدولة ويهدف إلى تحديد ومعالجة المشكلات التطورية النمائية أو غيرها من الاعاقات في ابكر وقت ممكن، وينحصر القبول في هذا البرنامج الأطفال من الولادة إلى عمر ثلاثة سنوات.
- المصادة (Echolalia) هو تكرار الكلمات أو العبارات المسموعة مسبقاً، إما فور سماع الكلمة أو العبارة، أو لاحقاً، فالصادفة المتأخرة تحدث بعد أيام أو أسابيع. تستخدم المصادة الوظيفية عبارات معروفة بطريقة تحمل معانٍ مشتركة، على سبيل المثال قول أحلك لطلب أن يحمل.
- تخطيط الدماغ الكهربائي (Electroencephalogram)، هو اختبار يتم باستخدام أقطاب كهربائية على الرأس لتسجيل النشاط الكهربائي للدماغ، وهو يستخدم لتشخيص اضطراب النوبات أو انماط موجات دماغية غير الطبيعية.

- الصرع (Epilepsy) اضطراب نوبات - هو غلط من النوبات المتكررة وترجع أسبابها إلى إصابة في الرأس أو ورم في الدماغ أو تسمم ب المادة الرصاص أو أمراض معدية أو وراثية. و 50% من الحالات غير معروفة السبب.
- التهاب المري (Esophagitis) هو التهاب في المري، هو جزءٌ أنبوبيٌّ لينٌ من الجهاز الهضمي يربط البلعوم مع المعدة.
- التسمية التعبيرية (Expressive Labelling)، وهي التواصل بسمية شيءٍ أو شخصٍ، انظر اللغة التعبيرية (Expressive Language).
- اللغة التعبيرية (Expressive Language)، هي إيصال التوابيا أو الرغبات أو الأفكار للآخرين من خلال الكلام أو الكلمات المطبوعة، ويشمل الإيماءات أو الإشارات أو لوحات التواصل وأي شكل من أشكال التعبير الأخرى.
- خدمات العام الدراسي المتعددة (Extended School Year Services) وتقدم هذه الخدمات خلال الإجازات المدرسية، مثل الأجازة الصيفية، للطلبة الذين يعانون من تراجع كبير في المهارات خلال الإجازات المدرسية.
- التعليم العام المناسب الحر، (Free Appropriate Public Education) يعني أن التعليم يجب أن يقدم لجميع الأطفال من عمر الثالثة حتى الواحد والعشرين على نفقه الدولة.
- وقت الأرضية، (Floortime) هو تدخل تطوري ثمائي للأطفال ذوي التوحد، وبدأ مع الطفل من مستوى تطوره الشماني الحالي ويتدرج معه بناءً على مجموعة محددة من نقاط القوة.
- متلازمة اكس المشن (Fragile X)، هو اضطراب وراثي يشترك مع التوحد في سمات عديدة. يمكن اختبار الأفراد متلازمة اكس المشن.
- التهاب المعدة (Gastritis) هو التهاب في المعدة
- اختصاصي أمراض الجهاز الهضمي (Gastroenterologist doctor) هو طبيب متخصص في تشخيص وعلاج الأضطرابات المعاوية التي تشمل المري والمعدة والأمعاء الدقيقة والأمعاء الغليظة والبنكرياس والكبد والمرارة ونظام العصارة الصفراوية.
- الارتجاد المعدي وهو (Gastroesophageal Reflux) هو ارتجاد حميات المعدة إلى المري والتي كثيراً ما تسبب في حرقة بسبب تهيج المري نتيجة لأحاسيس المعدة.

- معدني معوي (Gastrointestinal) وهو ما يرتبط بالسار المخضمي بما في ذلك الفم والحلق والمرئ والمعدة والأمعاء الدقيقة والأمعاء الغليظة، والمستقيم.
- التعليم العام (General Education) التعليم العام هو غط من دورات لمواد متعددة تدرس لنفس مستوى الصف الدراسي لتوفير تعليم متوازن.
- اختصاصي علم الوراثة (Geneticist) وهو يشير إلى طبيب متخصص في المشاكل الوراثية. والجينات هي وحدة في الكروموسوم تحوي على صيغة انتقال الخصائص الموروثة.
- الإيماءات (Gestures) وهي حركات اليد والرأس، وتستخدم للإشارة إلى شخص آخر مثل يعطي أو يصل أو يلوح أو يشير أو يهز الرأس. فهي تقوم بتوصيل المعلومة أو بالتعبير عن المشاعر بدون استخدام الكلمات.
- تأخر عام في التطور النسائي (Global Developmental Delay) هو تشخيص في الأطفال الأصغر من خمس سنوات، وينتشر بالتأخر في اثنان أو أكثر من المجالات التطورية النسائية والمصحوب أحياناً بإعاقة عقلية.
- الجلوتين (Gluten) وهو بروتين يوجد في القمح والجاودار والشعير.
- نوبة كبيرة للضرر (Grand mal Seizure) انظر نوبات (Seizures).
- هايبرلكتيا (Hyperlexia) وهي القدرة على القراءة في سن مبكرة. وليس بالضرورة أن يفهم الطفل الذي يعاني من الهايبرلكتيا ما يقرؤه.
- الحساسية المفرطة (Hyperresponsiveness) الحساسية المفرطة، انظر الموقف الدفاعية الحية.
- نقص الحساسية، (Hyposensitivity)، هي حالة غير عادية من عدم الإحساس بأي مدخل حسي، فالطفل الذي قد يبدو أصم، في حين أن حاسة سمعه طبيعية، هو يعاني من ضعف في رد الفعل. إن لدى الطفل الذي يعاني من ضعف في رد الفعل تميّز أي مدخل حسي قدرة عالية على تحمل الألم، وقد يبدو متخبطاً ويبحث عن الإنارة الحسية وقد يتصرف بعدوانية.
- هايپوتونیا (Hypotonia) هو مصطلح يعني المخاضن المقوية العضلية.

- التدريس العرضي (Incidental Teaching)، يعلم الطفل مهارات جديدة وهم في منازلهم أو مجتمعهم بالبيئة الطبيعية أو في حينه لإعطاء معنى ملموس لما يتعلمونه من خلال التعليمات الصادرة لهم وتعظيم المهارات الجديدة.
- الخطة الفردية لخدمة الأسرة (Individual Family Service Plan) يتم إعدادها من قبل فريق متعدد التخصصات بما في ذلك الأسرة كمشارك رئيسي، وهي تصف مستوى النمو والتطور النطوي لدى الطفل في جميع المجالات وموارد وأولويات واهتمامات الأسرة والخدمات المتقدمة ومقدارها ومدىتها وطريقة إيصالها. يجب ذكر البيئات الطبيعية تقديم الخدمات.
- الخطة التربوية الفردية (Individual Educational Plan) تعرف بتوقعات التعلم المحددة للطالب وكيف ستتناول المدرسة هذه التوقعات من خلال الخدمات الملائمة والطرق لمراجعة التقدم. للطلاب الذين تبلغ أعمارهم 14 سنة فما فوق يجب أن تتضمن خططهم الانتقال إلى مرحلة التعليم لما بعد المرحلة الثانوية أو المرحلة بيضة العمل. أو لتمكن الطالب من العيش بأكبر قدر من الاستقلالية في المجتمع.
- قانون تعليم الأشخاص ذوي الإعاقة (Individuals with Disabilities Education Act) هو قانون أمريكي ينص على أن التعليم العام والحرج لجميع ذوي الإعاقة الذين تتراوح أعمارهم بين 3 إلى 21 عاماً.
- العوامل المعدية (Infectious Agents) وهي الكائنات التي تسبب العدوى، ومنها الفيروسات والبكتيريا والفطريات والطفيليات.
- الدمج (Inclusion) ويقوم على تعليم جميع الأطفال في الفصول الدراسية العادية بغض النظر عن درجة أو شدة الإعاقة. ويتيح الدمج الفعال عن نظام خطط له من التدريب والدعم ويشمل تعاون فريق متعدد التخصصات بما فيهم مدرسي التربية الخاصة ومدرسي التعليم العام.
- الاهتمام المشترك (Joint Attention) وهو عملية مشاركة شخص ما في تجربة شيء أو حدث من خلال التحديق أو الإيماءات التي تشير إلى شيء ما. وهذا مهم للتطور الاجتماعي واكتساب اللغة والتطور المعرفي. يعد الضعف في الاهتمام المشترك عجزاً أساسياً في اضطرابات طيف التوحد.

- **البيئة الأقل تقييداً (Least Restrictive Environment)** هو الوضع الذي يجتذب على الفرص الأقل تقييداً للطفل ذى الإعاقة للتواجد مع رفقاء العاديين. وينص القانون على تعليم كل طفل ذو إعاقة في بيئه أقل تقييداً.
- التصوير بالرنين المغناطيسي (Magnetic Resonance Imaging) هو تقنية تشخيص باستخدام قوى مغناطيسية ومجسات راديو ترددية وحاسوب للحصول على صور دقيقة لأجهزة الجسم الداخلية.
- مشاركة ذوى الإعاقة في الفصول الدراسية العاديه (Mainstreaming) وفهه يتربع من الطلبة المشاركه في الفصول الدراسية العاديه المترفرفة، حيث تكون فصول برامج الدمج مصممه لجميع الطلبه. وقد يتم ذلك بطريقه تدريجيه او جزئي او بعض من الوقت (مثل: قد يحضر الطلبه بعض الفصول الدراسية المنفصله في المدارس العاديه، او أن يشاركون في الرياضه في الصاله الرياضيه ووقت الوجيه).
- الحصبة الأمانيه (Maternal Rubella) فيروس بسيط، شديد العدوى وهو يتنتقل عبر المشيمة من الأم المصابة ويؤدي إلى آثار تطورية نهائية رئيسية في الجنين النامي.
- الميلاتونين (Melatonin) هو هرمون تفرزه الغدة الصنوبرية التي تساهم في تنظيم دورات النوم واليقظة. ويستخدم أحياناً في حالات الأرق المزمن. عليك باستشارة طبيب طفلك قبل ان تعطيه الميلاتونين، فهو غير موصى به للكل المرضى الذين يعانون من مشاكل النوم.
- الاعاقة العقلية (Mental Retardation) وهي وصف للشخص الذي يعاني من قصور في الوظائف العقلية والتي تتسبب في بطء نموه بشكل أكبر من الطفل العادي. وقد يأخذون وقتاً أطول في تعلم النطق والكلام والمشي والاهتمام باحتياجاتهم الشخصية مثل إرتداء الملابس أو الأكل وعلى الأغلب أنهم سيواجهون مشكلات في التعلم في المدرسة. وقد تكون هذه المشكلات إما بسيطة أو شديدة.
- القائمه المعدلة للتوحد لدى الأطفال الصغار (Modified Checklist of Autism in Toddlers) وهي أداة مسح للتعرف على الأطفال الصغار الذين يمكن [ي]عاملهم إلى متخصص لمزيد من التقييم والتشخيص المختتم لاضطرابات طيف التوحد.
- العجز الحركي (Motor Deficits) وهي المهارات البدنية التي لا يستطيع الشخص أداءها أو لديه صعوبة في ذلك.

- الوظيفة الحركية (Motor Function) أو المهارات الحركية وهي القدرة على الحركة والسيطرة على الحركات.
- اضطرابات عصبية جلدية (Neurocutaneous) وهي اضطرابات وراثية تؤدي إلى نمو غير طبيعي للأورام. عادة ما تظهر في أول الأمر كآفات جلدية تشبه الورحات، والتي قد تؤدي في النهاية إلى أورام تؤثر على الجهاز العصبي المركزي وبعض أجزاء أخرى من الجسم.
- طبيب الأمراض العصبية (Neurologist) وهو طبيب متخصص في المشاكل الطبية المرتبطة بالجهاز العصبي، وبالتحديد في الدماغ والخليل الشوكي.
- السلوكيات غير اللفظية (Nonverbal Behaviors) وهي أمور يقوم بها الناس لا يصال المعلومات أو التعبير عن الانفعالات بدون كلمات، بما في ذلك تحديق العينين وتعبيرات الوجه ووضعيات الجسم والإيماءات.
- الوساوس القهقرية (Obsessions) وهي أفكار مستمرة ومتقطعة ومتكررة. ويمكن أن يدل الانشغال بأنواع معينة من الأشياء أو الأفعال على علامات مبكرة للرساوس القهقرية.
- توقف التنفس المعيق للنوم (Obstructive Sleep Apnea) هو اضطراب يعيق التنفس أثناء النوم حيث يتوقف سريان الهواء من خلال الأنف أو الفم بالرغم من المحاولات المستمرة للتنفس. هبوط الحلق أثناء النوم يسبب الشخير أو اللهاث للتنفس. وقد يزيد من خطورة ارتفاع ضغط الدم ومشاكل القلب.
- العلاج الوظيفي (Occupational Therapy) يساعد في تطوير المهارات الحركية الدقيقة والتي تساعد في الحياة اليومية، وقد تركز على الأمور الحسية وتناسق الحركة والتوازن ومهارات الاعتماد على النفس مثل ارتداء الملابس وتناول الطعام بالشوكة والاعتناء بالملوهر الخ. وقد يتناول الإدراك البصري والتأثر البصري الحركي.
- أخصائي العلاج الوظيفي (Occupational Therapist) يساعد في تقليل آثار الاعاقة على الاستقلالية في الحياة اليومية عن طريق تكيف بيضة الطفل وتعليميه مهارات فرعية للعناصر التطورية النهائية المفقودة.
- السلوك الاجرائي (Operant Conditioning) وهو تعديل السلوك من خلال التعزيز السلي / أو الإيجابي.

- تعديل السلوك Behavior Modification هو العلم الذي يشمل على التطبيق المنظم للأساليب التي ابنت عن القوانيين السلوكية ، وذلك بغية إحداث تغير جوهري ومفيد في السلوك الأكاديمي والاجتماعي ، وهذا العلم يشتمل على تقديم الأدلة التجريبية التي توضح مسؤولية الأساليب التي تم استخدامها عن التغير الذي حدث في السلوك .
- التعزيز الإيجابي Positive Reinforcement هو إضافة أو حدوث مثير بعد ظهور السلوك الأمر الذي ينجم عنه زيادة احتمالات تكرار السلوك في المواقف والأوضاع المشابهة في المستقبل .
- التعزيز السلبي Negative Reinforcement هو إزالة أو اختفاء مثير بعد ظهور السلوك الأمر الذي ينجم عنه تقليل احتمالات تكرار ذلك السلوك في المواقف والأوضاع المشابهة في المستقبل .
- مبدأ برماك Principle Premack استخدام النشاط أو السلوك المحب للشخص أو الذي يحدث لديه بشكل متكرر لتقوية وتدعم النشاط أو السلوك غير المحب له أو قليل الحدوث
- التغذية الراجعة Feedback تقديم معلومات بطريقة إيجابية للفرد عن السلوك الذي قام به مما يؤدي إلى توجيه السلوك المتقبلي ويستثير الدافعية .
- التحاقد السلوكي Contingency Contracting جعل إمكانية حصول الفرد على التعزيز متوقفاً على تأدبه المهمة المطلوبة حسب معايير إتفاق يتم الاتفاق عليها .
- الاقتصاد الرمزي Token Economy استخدام أشياء رمزية أو مادية قابلة للاستبدال والصرف بمعززات أخرى في أوقات لاحقة .
- الإطفاء Extinction (عدم تعزيز) الاستجابة وعدم الانتهاء إليها عاينه إلى توقيتها
- تعزيز السلوك التناقض Reinforcement of Incompatibile Behavior خفض السلوك غير المرغوب عن طريق تعزيز الشخص عند إظهار سلوك بديل له أو غير متوافق معه .
- تعزيز غياب السلوك Omission Training خفض السلوك غير المناسب عن طريق تعزيز الشخص إذا امتنع عن القيام به .
- تعزيز انخفاض السلوك Rates Reinforcement of low خفض السلوك غير المناسب عن طريق تعزيز الشخص إذا قام بتأديته بمعدل أقل من المعدلات السابقة .

- الاقصاء عن التعزيز الاجماعي Time - Out حرمان الشخص من فرصة الحصول على التعزيز وذلك بنقله من وضع أو موقف يتتوفر فيه التعزيز إلى وضع أو موقف يخلو من التعزيز وذلك عند قيامه بالسلوك غير المناسب .
- تكلفة الاستجابة Response Cost خفض السلوك غير المناسب عن طريق انتطاع كمية من المعززات التي يموزها الشخص حال قيامه بذلك السلوك .
- التوبخ Reprimanding التعبير عن عدم الرضا عن سلوك الشخص غير المناسب .
- التصحيف الزائد Overcorrection إيقاف السلوك غير المناسب عن طريق إرغام الشخص حال تأدبه لذلك السلوك على تصحيح النتائج السلبية لسلوكه أو إزالتها ، أو عن طريق إرغامه على تعلم سلوك منافق للسلوك غير المناسب .
- التشكيل Shaping تعزيز الاستجابات التي تقترب من السلوك أو للأداء النهائي الشود وتحاول (عدم تعزيز) الاستجابات التي لا تؤدي إلى السلوك أو الأداء النهائي الشود .
- التلقين Prompting استخدام إيماءات أو تلميحات أو توجيهات جسدية أو تعليمات لفظية أو كتابية لهيئة فرص كافية للشخص ل القيام بالسلوك المناسب المتوقع منه .
- الإخفاء Fading التوقف التدريجي عن استخدام المثيرات التلقينية ليتعلم الشخص تأدبة السلوك المطلوب دون الاعتماد على المساعدة الخارجية .
- النماذجة Modeling تعلم الفرد سلوكيات جديدة عبر ملاحظة سلوك الآخرين وتقلدهم .
- التسلسل Chaining تحليل السلوك إلى الاستجابات المترتبة التي يتكون منها وتدريب الشخص على تأدبة كل استجابة إلى أن يتمكن من تأدبة السلسلة السلوكية كلها .
- القواعد السلوكية Behavioral Rules تحديد القواعد التي ينبغي احترامها لتأدبة السلوك بشكل واضح وتعزيز الامتثال لها وعدم تعزيز خالفتها .
- الممارسة السلبية Negative Practice طريقة تشمل على إرغام الشخص على الاستمرار بتأدبة السلوك المراد خفضه لفترة معينة لكي يصبح ذلك السلوك منفلراً ومتعباً فيتم التوقف عنه .
- الإشاع Satiation طريقة لخفض السلوك غير المناسب تشمل على توفير المعزز الذي يحافظ على استمرارية السلوك بكميات كبيرة لكي لا يفقد المعزز معناه .

المراجع

المراجع العربية

- الزريقات، ابراهيم ، التوحد الخصائص والعلاج. autism-society.org.
- عكاشة، أحد (1982) : علم النفس الفسيولوجي ، دار المعارف ، الطبعة السادسة.
- الغبان، باسم، أنواع التوحد دراسة تفصيلية. autism-society.org.
- أوتود توني، لماذا يتصرف طارق هكذا؟ الطبعة الأولى. autism-society.org.
- زهران، حامد عبد السلام : علم نفس النمو - الطفولة والراهقة ، القاهرة ، عالم الكتب 2009
- حكيم، رأبة ، 2007: مثلازمة الأسبيرجر. autism-society.org.
- السرطاوي، زيدان وسيالم، كتاب: المعاونون اكاديميا وسلوكيا ، خصائصهم وأساليب ترتيبهم ، الرياض ، دار عالم الكتب للنشر والتوزيع ، 1987م .
- السعد، سميره عبد اللطيف (1992) : معاناتي والتوحد ، دار النشر المؤلفة ، الطبعة الأولى.
- الخميسي، السيد سعد. autism-society.org.
- الوزنة، طلعتن، التوحد بين التشخيص والعلاج. autism-society.org.
- منصور، عبد المجيد سيد أحد. autism-society.org.
- عبدالحليم، عبدالحليم محمد (2004) : الذاكرة لدى المصابين بالذاتوية Autism والمصابين بالتأخر العقلي ، رسالة ماجستير غير منشورة ، قسم علم النفس ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس
- فراج ، عثمان ليوب (2002) : الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة ، المجلس العربي للطفولة والأمومة ، الطبعة الأولى
- شibli، فادي رفيق، اعاقات التوحد المعلوم المجهول. autism-society.org.
- وينج، لورنا (1996) : الأطفال التوحديون ، ترجمة هناء المسلم ، الطبعة الأولى ، غير مبين دار النشر .

- مركز الكويت للتوحد: رسائل من عالم التوحد لألغز الذي لم يوجد له حل حتى الآن .
مركز الكويت للتوحد .
- شعراوي، محمد اسماعيل . autism-society.org.
- الخطيب، موفق، وسهيل تامر ، فبراير 2010 . autism-society.org.
- الزارع، نايف، قائمة تقدير السلوك التوحدى . autism-society.org.
- الشامي، وفاء خفافيا التوحد . autism-society.org.
- الفهد، ياسر 1999 مجال المهارات الاجتماعية. مركز الكويت للتوحد. ص 27
- القربيتي، يوسف والسرطاوي، عبد العزيز والصادري، جبل : المدخل الى التربية الخاصة ، دبي ، ط 2 ، الامارات العربية المتحدة ، دار القلم للنشر والتوزيع ، 1418هـ ، 1988م .

المراجع العربية

- Abanilla PK, Hannahs GA, Wechsler R, et al. The use of psychostimulants in pervasive developmental disorders. Psychiatr Q (United States), Fall 2005, 76(3) p271-81
- American psychiatric association , diagnostic and statistical manual of mental disorders , text revised , 4th edn , Washington DC , American psychiatric association ,2000
- Autism Web - Educating Children with Autism and PDD. htm AutismWeb 2000-2005.
- Benneto, L. Rogers, S. (1996); Autism spectrum disorders. In James Jacolison, A.M (Eds.) Psychiatric Secrets. New York, Hanly and Belfast, Inc.
- Beth, A. (1998); the Development of tools for earlier diagnosis of autism is moving quickly. American Psychological Association (APA), Nov. Vol. (11) 29.
- Brian A. Iwata, April S. Worsdell, 2005) Implications of Functional Analysis Methodology for the Design of Intervention Programs, EXCEPTIONALITY, 13(1), 35-44 Copyright © 2005, Lawrence Erlbaum Associates,
- Bryson, Susan, Landry, Reginald, 2004), Impaired disengagement of attention young children with autism Journal of Child Psychology and Psychiatry.
- Center of autism & related disabilities , fact sheet 7 , revised 9 / 2003
- CONNOR MICHAEL, 2003), Monitoring and Reviewing Early Behavioural Intervention in Autism (Lovaas),Educational Psychology in Practice, Vol. 19, No.1, 2003
- De Bildt A, Sytema S, Kraijer D, et al. Prevalence of pervasive developmental disorders in children and adolescents with mental retardation.

- Donnelly , Julie A1996 .: CPS Position Statement Early intervention for children young children still need "down-time"and the chance to be a kid. with autism htm www.autism-society.org
- Ellis, K.. & Wing, L. (1990); What is autism? Family Services, The National Autistic Society.
- Fitzgerald M, Bellgrove MA (2006). "The overlap between alexithymia and Asperger's syndrome". *J Autism Dev Disord* 36 (4): 573–6
- Fred, R. Volkmar, (1999); Autism and pervasive developmental disorders. Cambridge Monographs in Child and Adolescent Psychiatry, Cambridge University Press.
- Gail B. Peterson, Eric V. Larsson, Kara L. Riedesel,2003) A Conceptual Toolkit for Intensive Early Behavioral Intervention Teachers, *Journal of Behavioral Education*, Vol. 12, No. 2, June 2003 (C° 2003), pp. 131–146
- Gary B. Mesibov,2003),(Connor,2003) CPS Position Statement Early intervention for children with autism.htm,www.autism-society.org
- Ghaziuddin MA family history study of Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord* (United States), Apr 2005, 35(2) p177-82
- Hill E, Berthoz S (2006) "Response" *J Autism Dev Disord* 36 (8): 1143–5
- Ivar Lovaas, , 2000), CLARIFYING COMMENTS ON THE UCLA YOUNG AUTISM PROJECT<http://www.lovaas.com>
- J. Sodack , Virginia A Sodack , Kaplan & sodack's pocket handbook of clinical psychiatry , 3rd edn , 2002 , pervasive developmental disorder , P:290 -291
- J Child Psychol Psychiatry (England), Mar 2005, 46(3) p275-86
- James W. Bodfish,2004), TREATING THE CORE FEATURES OF AUTISM:ARE WE THERE YET,UNC
- Julie A. Donnelly, 1996),The Pros and Cons of Discrete Trial Training: Is the "Lovaas" behavior modification method appropriate for my student? Autism Society of America
- Kraemer B, Delsignore A, Gundelfinger R, et al. Comorbidity of Asperger syndrome and gender identity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (Germany), Aug 2005, 14(5) p292-6
- Lovaas, Nina Watthen, Smith, Lovaas, O. Ivar,1998) BEHAVIORS OF CHILDREN WITH HIGH-FUNCTIONING AUTISM WHEN PAIREDWITH TYPICALLY DEVELOPING VERSUS DELAYED PEERS: PRELIMINARY STUDY
- Michelle Dawson 2004) | THE MISBEHAVIOUR OF BEHAVIOURISTS Ethical Challenges to the Autism-ABA Industry
- Naimerow LB, Mangini LM Targeting symptom domains: a strategy for pharmacotherapy in childhood pervasive developmental disorders [In Process Citation]. Center of autism & related disabilities , fact sheet 7 , revised 9 / 2003
- Peterson ,Larsson, Riedesel ONNOR,2005 Autism/PDD,(Austin , Laitinen Competent Learner Model for Individuals With ,Hersh ,Tucc.

- Philip, C. (1995); *Abnormal Psychology*. Los Angeles, University of California.
- Richard M. Kubina, Jr. Pamela Wolfe, 2005) Potential Applications of Behavioral Fluency for Students With Autism *EXCEPTIONALITY*, 13(1), 35–44 Copyright © 2005, Lawrence Erlbaum Associates
- Robert, B.; Andrew, J.; Philip, K; Preston, V.; Gordan, D. (1992); *The Merck manual of diagnosis and therapy*. Merck Research Laboratories, Merck & Co. Inc
- Sarojn S. Buddena,, Heather C. Dorseyb, Robert D. Stenerc
Bran & Development 27 (2005) S69–S71.
- Schwartz, Ilene S, Sandall, Susan, McBride, Gusty-Lee,2004) Project DATA (Developmentally Appropriate Treatment for Autism)
- Scolnick BEffects of electroencephalogram biofeedback with Asperger's syndrome. *Int J Rehabil Res (England)*, Jun 2005, 28(2) p159-63
- Siegel , Bryana, 2003),*Helping Children with Autism Learn ,Treatment Approaches for Parents and Professionals*,Oxford
- Smith, T. & Lovaas, O. I. (1998).Infants and Young Children, January, 67-78.Psychosocial Paediatrics Committee, Canadian Paediatric Society (CPS)*Paediatrics & Child Health* 2004; 9(4): 267-270Effective Treatment for Autism.htm
- Square, Cross Lanes, Guildford, Surrey, 2002) Behavioral Interventions Published online in Wiley Inter Science (www.interscience.wiley.com
DOI: 10.1002/bin.114, Published online in Wiley Inter Science
- Sufen Chiu, MD, Pervasive Developmental Disorder , work up , eMedicine Specialties > Pediatrics > Developmental & Behavioral Last Updated: May 20, 2005
- Sufen Chiu, MD, Pervasive Developmental Disorder , work up , eMedicine Specialties > Pediatrics > Developmental & Behavioral Last Updated: May 20, 2005.
- Tatsuo suyaa,, Muneak tsuoa, Jn J. Jngc, Yasuharu Tabarac, Kyoko Ktsuka,*Bran & Development* 27 (2005) 439–442
- Tucci, Dan Hursh, Richard Laitinen, Austin Lambe,2005), Competent Learner Model for Individuals With Autism/PDD, Copyright © 2005, Lawrence Erlbaum Associates, Inc
- William, H. & Michael, O. (1993); *Exceptional children*. New York, Merrill, an Imprint of MacMillan Publishing Company

الموقع الالكتروني

- <http://www.caihand.com/images/aer.jpg>
www.autism-society.org
<http://www.caihand.com/images/baby012t.jpg>
<http://www.m5znk.com/uploads/images/..0d7cf4f867.gif>
[www. autism-society.org](http://www.autism-society.org)
[www autism-society.org "Intensive Behavioral Intervention"](http://www.autism-society.org)