# الأطفال الأوتيستيك بين اضطراب الطيف والتوحد

**د.** بلخيري سليمة

جامعة العربي التبسي تـــبسة

**ملخص**

يعد مرض التوحد واحد من أكثر الأمراض دلالة على وجود اضطرابات نمائية لدى الأطفال في السنوات الثلاثة الأولى من العمر، وبالرغم من الغزارة والقوة الواضحة في البحوث التي تناولت مرض الأوتيزم في الفترة الأخيرة والاهتمام المتزايد لمنظمات الصحة العالمية به أرى بأن هذه القوة لا تضاهي التفاقم الكبير في عدد المصابين، بالمقارنة مع الغموض الذي يعانيه المجتمع عموما والوالدين خصوصا حينما يتعلق الأمر بمتطلبات التعامل مع الأبناء الذاتويين. ولما كان من مؤشرات نجاح وتطور الدول درجة الاهتمام المقدم لمثل هؤلاء الأفراد، فإن هذا الوضع يفرض أهمية التدخل المبكر لتأكيد الإحاطة بالمشكلة ثم اختراقها مع المثابرة لتحسين الخدمات، من أجل تخليصهم من انفصام يرمي بهم إلى المجهول، ويكلف المجتمع خسائر فادحة.

**الكلمات المفتاحية:** أطفال الأوتيستك- اضطراب الطيف- التوحد

**abstract**

There are a number of diseases spread among the segments of society called the modern diseases of the age, which includes a large number of diseases that affected all segments of the society young, and elderly, women and men, but at present the eye towards the outbreak of disease listed under this name, Children is autism. Autism is one of the most significant signs of developmental disorders in children in the first three years of life. Despite the apparent robustness and strength of recent autism research and the growing interest in WHO, I see this strength as incomparable. The number of injured, compared to the ambiguity experienced by society in general and parents, especially when it comes to the requirements of dealing with the children of the autistic. As indicators of the success and development of countries are linked to the attention given to such individuals, this situation imposes the importance of early intervention to confirm the awareness of the problem and then penetrate with perseverance to improve services in order to rid them of schizophrenia aimed at the unknown,

**Keywords:** children of autism, spectrum disorder, autism

## 1- مقدمة

يعد الزواج علاقة بين ذكر وأنثى تحكمها تشريعات وقوانين اجتماعية، ويترب على قيامها العديد من الحقوق كما تفرز مثلها من الواجبات، وهذه العلاقة في أصلها تفضي إلى إشباع غرائز، ومتطلبات بيولوجية عند الفرد، وهي في الآن نفسه تحقق أهدافا اجتماعية. ولا يمكن في أي حال من الأحوال أن نتحدث عن زواج يسوده التوافق بين الطرفين إلا إذا توفر شرط التماسك بينهما ومنه الاستمرارية، ولعل من أكثر العوامل التي تدفع بالاستمرارية وجود أبناء كأحد نواتج هذا الارتباط القائم على السكن والمودة.

ولو تأملنا من حولنا لوجدنا أن الزواج قد شرع في أصله لإشباع دافع الأمومة، والأبوة باعتبار أن الأبناء هم زهرة الحياة وزينتها، وهم الزاد الذي يدخره الآباء لسنوات الضعف والعجز، لأنهم سرعان ما قد يصبحون المنسأة التي يستندون عليها وقت الحاجة، لذلك نجدهم يعملون على إعداد الأبناء وتهيئتهم بما يتوافق والمتطلبات الاجتماعية والبيئة التي تسود مجتمعهم، حتى يتمكنوا من أن يراهنوا بهم على مستقبل يأملون أن يكون أفضل حال بوجود أبناء نشئوا تبعا لما تتطلبه الظروف وراهن الزمان، مما يساعدهم على إمكانية الانصهار فيه نزولا عند قاعدة الإنسان اجتماعي بطبعه.

إن من أساسيات التوافق النفسي والاجتماعي ومنه تحقق دافع الشعور بالأمن والانتماء هو إحساس الفرد بالقبول لدى جماعة معينة، تسري عليه قوانينها، وأحكامها، وينالـه منها الاحتواء والحماية، فالجماعة هي مجموعة متماسكة من الأفراد يسود بينهم تفاعل اجتماعي لتحقيق غايات وأهداف مشتركة، وعملية التفاعل الاجتماعي تضمن لأفراد الجماعة التواصل الدائم والمستمر وبالتالي فهي تنمي ثقتهم بنفسهم وتكسبهم الإصرار على المتابعة في الإنجاز والعطاء طالما يحسون بأن هذه الجماعة هي عالمهم، لكن ماذا لو لم تعن هذه الجماعة للفرد شيئا، ماذا لو كان الفرد يعيش في عالم مغاير ولا يجد وسيلة للتواصل مع الجماعة التي وجد فيها، فهو فيها دون أن يشارك أفرادها تفاعلا يكفل له مكانة ودورا بينهم، ماذا لو كان هذا الفرد واجدا من عينة الأطفال الأوتيستيك؟

## 2- في ماهية التوحد:

**2-1 الخلفية التاريخية لمرض التوحد:** بالرجوع للتأريخ الإنساني الذي خاض في بدايات مرض التوحد وسط المجتمع نجد أن هنالك عدم إجماع كلي على البداية الدقيقة لظهوره، فبالرغم من الاهتمام الذي حضي به هذا الاضطراب في أوساط الصحة العالمية في الآونة الأخيرة إلا أن هذا لا ينف أيضا وجود المرض من قبل، ذلك أن التطور الذي يشهده هذا الجانب في العالم حاليا لا يقارن بأي حال من الأحوال بما كان موجودا في أوقات سابقة.

هذا من ناحية أما من ناحية ثانية فإنه وعلى مر السنين تم وصف الأطفال المتوحدون بالعديد من الصفات التي تدل على حيرة عقول العاملين مع مثل هؤلاء الأفراد، وعدم قدرتهم على وعي طبيعة التوحد، فقد وصفتهم العديد من الدراسات بمصطلحات مثل: الأطفال الشرسون أو البريون، والمخلوقات الغريبة، وأطفال بدون طفولة، ونتيجة لهذا الوضع أدرك العاملين في الميدان بالإضافة إلى مطالبة وضغط أسر الأطفال المتوحدون الحاجة إلى وجود مراكز ومؤسسات تربوية وعلاجية خاصة، توفر الخدمات المختلفة والمناسبة لهم ولأبنائهم، والدعوة إلى وجود وتدريب الكوادر المختصة والمؤهلة والراغبة في تدريب وتعليم الأطفال المتوحدون على شكل برامج ونشاطات خاصة تقدم من خلال مراكز خاصة لتدريب وتأهيل المتوحدون لتشملهم منذ السنوات الأولى من عمرهم. (ماجدة السيد عبيد، 2009، ص: 329) إن هذا الوضع أفرز عدد من المجهودات التي كانت تبذل في مجال مساعدة مثل هؤلاء الأطفال، وهو ما أدى إلى تألق اسم لعالم يتفق أغلب المهتمون على أنه أول من اكتشف التوحد هو الأمريكي ليو كانر Leo Kanner.

ففي سياق اهتمامه بدراسة اضطراب التوحد كتب المختص النفسي والأستاذ الجامعي الأمريكي ليو كانر Leo Kanner عام 1938 واصفا سلوك طفل يدعى **دونلاد** بأنه:" ينظر بسرعة إلى الأعلى بابتسامة غريبة، يحرك رأسه بشكل غريب، يهز وأسه بسرعة، ويرفرف بيديه، يهمس ويهمهم بكلمات لا أفهمها، يتجاهل الناس جميعا، ويندفع اتجاه المجسمات الصلبة، حاولت إمساكه فغضب غضبا شديدا، إنه يصرخ صرخة مدوية". إلا أن

هذه الكلمات لم تر النور إلا في عام 1943 حينما قدم كانر مقالا يحمل مسمى: "اضطراب الأوتيستيك للاتصال العاطفي: Autistic disturbances of affective contact". ومنذ ذلك الوقت وحتى هذه اللحظة أصبح لفظ الأوتيزم مقرونا بالعالم كانر. (محمد كمال أبو الفتوح عمر، 2013، ص: 20)

**2-2- تعريف التوحد ومسبباته:** قبل أن نخوض في تحديد معنى الأطفال الأوتيستك، وجب أن نقف أولا على مفهوم التوحد.

- التوحد لغة: إن مصطلح التوحد Autism كلمة إنجليزية أصلها إغريقي ومشتقة من الجذر اليوناني Autes وتعني النفس أو الذات. (قحطان أحمد الظاهر، 2008، ص: 20)

**- التوحد اصطلاحا:** لقد تعددت وتنوعت التعريفات المعطاة لمفهوم التوحد بتعدد وتنوع المهتمين والدارسين لهذا الاضطراب لكننا في هذا الصدد لن نعنى بحصر التعاريف وسنقتصر على إيراد اثنين منها هما:

**- تعريف الجمعية الأمريكية للأوتيزم:** الأوتيزم كما عرفته الجمعية الأمريكية للأوتيزم Autism Society of America عام 1960 هو: اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكيا، وأن المظاهر الأساسية له لا بد أن تظهر قبل بلوغ الطفل 30 شهرا من العمر، وهو اضطراب في سرعة النمو، وكذلك اضطراب في الانتماء للآخرين، وهو اضطراب تتجلى أعراضه في:

- ضعف التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- ضعف التفاعل الاجتماعي.
- ضعف النمو الحسي.

**- تعريف جمعية الأوتيزم الوطنية ببريطانيا:** أما جمعية الأوتيزم الوطنية National Autistic Society في بريطانيا فقد عرفت الأوتيزم عام 1962 على أنه: صعوبة نمائية تؤثر على طريقة تواصل، وانتماء الطفل إلى الأشخاص من حوله، وتتبدى هذه الصعوبة في مجالات ثلاث هي:

- التفاعل الاجتماعي.
- التواصل الاجتماعي.
- القدرة على التخيل. (محمد كمال أبو الفتوح عمر، 2013، ص: 24)

**2-3 الأطفال الأوتيستك والتوحد الطفولي:** يعرف الطفل التوحدي بأنه ذلك الطفل الذي يهتم بنفسه فقط، وتتميز ردود فعله بالذاتية والمحدودية، ويعجز عن الاتصال بالآخرين مع تأخر واضح في تطور مفهوم الذات. (محمد كمال أبو الفتوح عمر، 2013، ص: 43)

وفي حدود المراجع التي عدت إليها للوقوف على مفهوم التوحد والطفل المتوحد وجدت أن معظم المهتمين بدراسة اضطراب التوحد يجمعون أن السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل كفيلة بإظهار هكذا اضطراب في حال وجوده، ولعل أكثر الأمور ترجمة له العجز الكبير الذي يعانيه الطفل فيما يتعلق بعملية التفاعل الاجتماعي والانسحاب الواضح له من المواقف الاجتماعية، فمهارات التواصل التي تتجلى خصوصا في إقامة العلاقات مع الأفراد، القدرة على حل المشكلات، القدرة على مشاركة الآخرين، اللعب وبلوغ إحساس الاستمتاع به كمسلمة يفرزها سنه، نميك عن قدرة التفاعل اللفظي وغير اللفظي، الذي يكشف بدوره عن تطور في النمو الذهني باعتبار أن تطور اللغة عند الفرد من الأدلة القوية على سلامة النمو الذهني، كلها قد تغيب عند هذا الطفل، وتغيب معها قدرته على الابتكار والإبداع، لأن الطفل الذاتوي تحكمه سمة الرتابة في السلوك الذي يأتيه، وهو لا يستطيع مسايرة التغيرات التي قد تحدث في عالمه، بل إنه لا يقبلها في أغلب الأحيان، إن هذا الاضطراب يكشف عن أزمة سلوكية لدى الطفل تدل دلالة واضحة عن عجز في التطور يمس مهارات التواصل الاجتماعية المشار إليها ما يجعلنا نتساءل إن كان لهذا الطفل عالم غير عالمنا مادام لا يستجيب لمتطلبات الانتماء.

إن إصابة الطفل باضطراب التوحد في سن تسبق الثلاث سنوات من العمر عائق يحول دون اكتسابه القدرة على الأداء الوظيفي الفعال يرافقه اضطراب انفعالي يصور الطفل على أنه يعاني من حالة انفصام تغترب بها مشاعره عن مشاعر المحيطين به، بل إن كثيرين يرون أن الاستجابات التي يبديها هؤلاء الأطفال ترجمة لميكانيكية في السلوك تظهر عدم مشاركة الطفل الذاتوي لمشاعر وأحاسيس المحيطين من حوله وإن سلوكاته تعكس تصرفا تغيب عنه العاطفة الإنسانية.

أما فيما يتعلق بالأسباب المؤدية لحدوث هكذا اضطراب فهناك 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 توضيحها بالشكل الذي يعول عليه، وما زال العلماء حتى الآن لا يدركون بالتأكيد ما يسبب التوحد. (محمد عدنان عليوات، 2007، ص ص: 8-9) لذا سنحاول في هذا الإطار سرد عددا من العوامل التي يدرجها العلماء كأسباب محتملة لحدوثه مقسمين إياها إلى عوامل عضوية، وأخرى بيئة.

أما فيما يخص العوامل العضوية فإن عامل النمو هو أحد أكبر العوامل المؤدية لحدوث التوحد، إذ يعد الخلل في مراحل النمو سببا رئيسيا للإصابة بالأوتيزم، هذا الخلل قد يكون نتيجة لعوامل أخرى إما قبل الميلاد، أو بعده لكن يظل النمو ومعاييره سببا رئيسيا في ظهور تلك الأعراض المرضية من عدمها، ولا يقصد هنا النمو الجسدي فقط بل النمو النفسي أيضا، فالنمو النفسي البشري هو حصيلة نتائج عوامل تتداخل مع بعضها البعض لتؤثر على المظاهر الجسمية والنفسية والاجتماعية، حيث يظهر آثار هذه العوامل أثناء الحمل وبعد الميلاد، وفي امتداد حياة الإنسان. (محمد كمال أبو الفتوح عمر، 2013، ص: 85) هذا بالإضافة إلى عامل الاستعداد الجيني الذي يعد أيضا من أهم هذه العوامل باعتبار أن الآونة الأخيرة شهدت رواجا واسعا لتلك الأفكار التي حاولت ربط الإصابة بالأوتيزم بالوراثة، فقد أكد روجرز Rogers عام 2003 أن البحث العلمي الجاد منذ مطلع الألفية الثالثة قد أفاد بأربعة حقائق علمية هامة على النحو التالي:

-تزيد خطورة الإصابة بين الأطفال بنسبة تزيد على 06 % حينما يكون هناك أطفال آخرون في نفس الأسرة أو العائلة مصابون باضطراب الأوتيزم.

-في حالة إصابة أحد التوائم بالأوتيزم فإن احتمالية إصابة التوأم الآخر تصل إلى نسبة 60 %، وتزداد هذه النسبة لتصل إلى 90 % في حالة التوائم المماثلة وهذا دليل علمي مؤكد.

-أصبح من الممكن الآن في ظل التطور العلمي اكتشاف الإصابة بالأوتيزم قبل مرحلة الولادة، أي في أثناء فترة الحمل وذلك بنسبة 10 %.

-إن الغالبية العظمى من الأطفال المصابين بالأوتيزم تختلف أسرهم من الناحية الاجتماعية والتواصلية عن باقي الأسر الأخرى إذ تكون سمة هذه الأسر هي محدودية العلاقات التفاعلية مع الآخرين. (محمد كمال أبو الفتوح عمر، 2013، ص ص: 86-87)

ويضاف للعاملين السابقين العامل المناعي، إذ أشارت العديد من الدراسات إلى وجود خلل في الجهاز المناعي Immune System Abnormalities لدى الأطفال التوحديين، وكذلك شذوذات في منظومة المناعة المقررة لدى التوحديين. (أسامة فاروق مصطفى سالم، السيد كامل الشربيني منصور، 2013، ص: 30) نهيك عن الشذوذ الوظيفي والتركيبي للمخ فالأطفال المصابون بالتوحد لديهم خلل أو اختلاف مميز في رسم المخ الكهربائي، كما أشار بعض الباحثين إلى أن هناك انحرافات في شكل وإيقاع رسم المخ الكهربائي، وذلك في حوالي 50%، إلى 80% من العينة المستخدمة من الأطفال المصابين بالتوحد، ويحدث الخلل المخي للتوحد ما بين 20 إلى 24 يوما من الولادة، كما أن هناك براهين تدلل على أن الجينات المعنية في وضع الجسم الأساسي وبناء المخ التي تسمى هوكس Hox Genes هي متغيرة في التوحد. (أسامة فاروق مصطفى سالم، السيد كامل الشربيني منصور، 2013، ص: 30)

هذا فيما يخص بعض العوامل العضوية التي قد تتدخل لإحداث التوحد، أما فيما يتعلق بالعوامل البيئية فقد تكون التغذية إحدى هذه العوامل المساهمة في حدوثه، إذ إن تناول الطعام في العادة يكون لاستخلاص الطاقة المناسبة التي تضمن للفرد البقاء والاستمرار في الإنجاز والعطاء أو لتحقيق المزاج بما هو مباح منه وبميزان، ولكن حينما يؤدي ما نأكله إلى تحقيق أهداف عكس المطلوب يصبح تجنب النوع المزعج من الأطعمة أكثر فائدة للفرد.

لقد أعطى العلماء أهمية كبيرة لاحتمالية أن تكون المشكلات الغذائية والهضمية سببا في التوحد، فالأطفال المتوحدين غالبا ما تكون لديهم منفرات قوية من الطعام، أو حب وتفضيل لبعض الأطعمة، وربما يطورون اضطرابا في عملية الهضم، وهناك مؤشرات على أن الحامض

الأميني تريبتوفان Tryptophan في الغذاء لديه تأثيرات على كل من التمثيل الغذائي Metabolism المهمة لسيروتونين الناقلات العصبية Neurotransmiter Serotonin وعلى السلوك.

لقد أشارت الأدلة إلى أن الأطفال المتوحدين لديهم صعوبات في التمثيل الغذائي لـــــــــــ: كاسين Casein وهو بروتين حليب البقر، والجلوتين Gluten، وهذا يمكن أن يكون سببا للتوحد. (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2004، ص: 299) لذلك يجب على أولياء الأمور الاستعانة باختصاصي التغذية المعتمدين قبل تغيير قائمة طعام أبنائهم التوحديين، وذلك لعمل قوائم طعام تتناسب والحاجة الغذائية للفرد في اليوم. (أشرف سعد نخلة، 2013، ص: 175) ويضاف لهذا العامل البيئي عامل آخر متعلق بالحوادث التي يتعرض لها الجنين قبل، أثناء، وبعد الولادة، فالمضاعفات التي قد تتعرض لها الأم جراء إصابتها بأنواع من الحمات المصاحبة كالحصبة الألمانية، وتعرض الأم لجرعات إشعاعية، حدوث نزيف متكرر مصاحب بهبوط بعد الشهر الثالث، تناول الأم بعض العقاقير بدون إذن الطبيب، حدوث رشح شامل في الرحم Edema وكبر سن الأم، التلوث البيئي مثل الرصاص، الزئبق، والتدخين، نقص الأكسجين الواصل لمخ الجنين. (بطرس حافظ، 2011، ص: 58) كلها عوامل يرشح المهتمين بأن لها دورا في حدوث التوحد، لكن إلى يوم الناس هذا لم يكشف عن عامل واحد له الأثر المباشر في حدوثه وإلا لحسم الأمر عند العلماء و لم يعد الوضع يحتم إجراء بحوث أخرى في هذا المجال على اختلاف فئات الاختصاص لدراسة مختلف فئات التوحد.

إن التوحد كاضطراب ذاع صيته في العالم اليوم أكثر من أي وقت مضى كما سبقت الإشارة يبرز تأخرا لدى الأطفل الأوتيستك في التحصيل في أغلب الجوانب لبناء الشخصية، ولما كان من معايير الحكم على السواء والاضطراب في السلوك مقدار نجاح الفرد أو فشله في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه بالمقارنة مع أقرانه من نفس السن فرض الوضع تصنيف هؤلاء الأطفال ضمن إطار ذوي الاحتياجات الخاصة ممن يعوزهم التدخل بالمساعدة حتى يتمكنوا من تحقيق ذواتهم في الجوانب الجسمية والمعرفية والاجتماعية والانفعالية وذلك

حسب الحالة والدرجة التي تستدعي التدخل، لأن الأطفال التوحديين يخضعون في تصنيفهم كباقي الأطفال العاديين لمعيار الفروق الفردية وتفرد الشخصية نهيك عن التفرد البيولوجي الذي يكشف عن تعقيدا كبيرا في التركيبة البيولوجية للإنسان عموما.

إننا حينما نتحدث عن خصائص عامة يشترك بها أفراد النوع الإنساني نؤكد أيضا على وجود فروق خاصة في السمات التي تميز كل شخص على حدي، إن الدراسات العلمية التي أجريت على التركيبة البيولوجية للإنسان وأفضت إلى عدم وجود فردين متطابقين تماما في البرنامج البيولوجي، كشفت أيضا أن الأفراد لا يستجيبون بنفس الطريقة للمنبهات، هذا ما يدفع بنا للقول أن الأطفال الأوتيستك لا يخرجون عن قاعدة الاختلاف هذه في الصفات المتعددة والاجتماع في الخصائص العامة للتوحد بحد ذاته. هذه النقطة وغيرها تدفع بنا للوقوف على الدلالة العلمية لمفهوم لطالما ارتبط بمفهوم اضطراب التوحد هو اضطراب طيف التوحد.

**3- تعريف اضطراب طيف التوحد:** يستخدم مصطلح اضطراب الطيف الذاتوي كمرادف لمصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة. (يطرس حافظ بطرس، 2011، ص: 28) ويشير مصطلح الاضطراب النمائي العام أو الشامل Pervasive Developmental Disorers إلى تلك المشكلات النفسية الحادة التي يبدأ ظهورها خلال مرحلة المهد، ويتضمن مثل هذا الاضطراب قصورا حادا في نمو الطفل المعرفي، والاجتماعي، والانفعالي والسلوكي، مما يؤدي بطبيعة الحال إلى حدوث تأخر عام في العملية النمائية بأسرها، إذ يرجع تسمية هذا الاضطراب بالمنتشر إلى أنه يترك آثارا سلبية متعددة على الكثير من جوانب النمو المختلفة، ومن الجدير بالذكر أن مصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة والذي يختصر بـــ: PDD طبقا لتصنيف (The Diagnostic and Statistical Manual _ DSM_IV) تشتمل على: اضطراب الأوتيزم، ومتلازمة اسبرجر Asperger Syndrome، و كذلك متلازمة ريت Rett syndrome، وأخيرا الاضطراب التفككي Disintegrative Disorder.

فهذه الاضطرابات لها معايير تشخيصية محددة يمكن الرجوع لها في عملية التشخيص، أما تلك الحالات من الاضطرابات والتي لا ينطبق عليها أي معيار من المعايير الخاصة بأحد

الاضطرابات السابقة بشكل كامل يطلق عليها الاضطرابات النمائية غير المحددة وتختصر في (NOS-PDD ) أي Developmental Disorder Not Specified Pervasive.
(محمد كمال أبو الفتوح عمر، 2013، ص ص: 70-71)

إن تشخيص اضطراب الأتيزم ليس بالعمل البسيط، وكثيرا ما يشوبه خلط بينه وبين اضطرابات الأخرى، نظرا لأن الأوتيزم ليس متلازمة حقيقية، بمعنى أنه قد يأتي في أكثر من صورة، وقد يظهر بعض الأطفال مظهر، أو مظهرين دون أن يظهروا جميع سماته بشكل كامل. (محمد كمال أبو الفتوح عمر، 2013، ص ص: 70-71) إذ أصبح من الواضح بعد سنوات عديدة من البحث أن هناك أنواعا من التوحد، وهو السبب الذي أدى بتسمية التوحد باضطراب طيفي إشارة إلى النطاق الواسع في درجاته وشدته، ومظهر الأشخاص المصابين به، وتدل هذه التسمية أيضا 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 في التفاعل الاجتماعي. (بطرس حافظ بطرس، 2011، ص ص: 29-30)

إن التمثيل البسيط لمصطلح الطيف التوحدي أن نراه على متصل خط مستقيم على بداياته ملامح لتوحد بسيط يكاد صاحبه لا يفرق عن الطفل العادي، وكلما توجهنا إلى النهاية لاحظنا تفاقما وتأزما في عمليات التفاعل الاجتماعي، التواصل، والتفكير، والوجدان، والإحساس، واللعب، وبالعموم غياب لفاعلية في الأداء الوظيفي. إننا وفي هذا المقام بالإمكان أن نشير إلى بعض من نقاط الاتفاق بين التوحد والاضطرابات المشابهة التي صنفت في إطار ما يسمى باضطراب الطيفي التوحدي التي ذكرنا إلا أننا سنبدأ بالاضطراب النمائي الشامل غير المحدد.

والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد يعرف أيضا باسم التوحد غير النمطي (Atypical)، وهو من أكثر الاضطرابات النمائية شيوعا، ويتم تشخيص هذا الاضطراب عند بعض ملامح التوحد التقليدي في الفرد، وليس جميع معايير التشخيص، وبمعنى آخر وإن كان غير دقيق يكون الفرد توحديا تقريبا، ولكن ليس بدرجة كافية لتشخيص حالته بالتوحد، وتمتاز الأعراض في

هذا الاضطراب بأنها أقل شدة من التوحد والاضطرابات النمائية الأخرى، وتظل لديهم القدرة على التفاعل الاجتماعي بدرجة تحول دون إصابتهم بالتوحد، هذا بالإضافة إلى أن الأطفال المشخصين ضمن هذه الفئة هم من الفئات ذات الأداء العالي، أي لديهم قدرات إدراكية شبه طبيعية. (يطرس حافظ بطرس، 2011، ص: 29)

أما فيما يخص اضطراب اسبرجر كواحد من اضطرابات الطيف الذاتوية المدرج تحت تصنيف اضطرابات النمائية الشاملة فيعود وصف هذا الاضطراب لأول مرة إلى الطبيب النمساوي هانز اسبرجر Hans Asperger عام 1944، ومؤخرا لقي هذا الاضطراب ذلك المستوى من الفحص والدراسة الذي حظيت به الاضطرابات النمائية العامة. (عبد الله فرج الزريقات، 2004، ص: 57)

ومتلازمة اسبرجر هي إحدى مجموعات اضطرابات النمو التوحدي التي تكون موجودة منذ الولادة ولكنها لا تكتشف مبكرا، بل بعد فترة نمو عادي على معظم محاور النمو، وكما يشير هندرسون (2001)، وليتل (2002) فإن معدلات الذكاء لدى الأطفال المصابين بالاسبرجر تتراوح ما بين الطبيعي وفوق الطبيعي، ونادرا ما يصاحب الاسبرجر تخلف عقلي، أو تأخر في النمو اللغوي، وأكثر ما يميز طفل الاسبرجر القصور الكيفي الواضح في القدرة على التواصل الاجتماعي، وتكوين صداقات مع سلوكيات واهتمامات محدودة وغير عادية، وغياب القدرة على التواصل غير اللفظي، وعدم القدرة على التعبير على العواطف، المشاعر والانفعالات، ونقص في التقمص العاطفي، ويطلق البعض على الاسبرجر مصطلح التوحد ذو الأداء العالي high functioninig autism أو إعاقة التوحد الخفيف mild autism لأن أعراضه ليست شديدة الحدة واستجابة المريض لبرامج التدخل العلاجي والتأهيل عادة ما تكون سريعة وإيجابية. (بطرس حافظ بطرس، 2011، ص: 155)

على العموم يمكن النظر لمتلازمة اسبرجر بأنها المتلازمة الأقل حدة على متصل سلسلة اضطرابات طيف التوحد بالمقارنة مع الاضطرابات النمائية الشاملة المحددة الأخرى، فعلى الرغم من الإعاقة الاجتماعية الملاحظة عند أطفال اسبرجر على مستوى عملية التفاعل الاجتماعي،

التي تبرز في صعوبة إقامة علاقات، مع ضعف في التبادل الانفعالي مع الآخرين يتجلى في عدم قدرة ذات المصاب على استيعاب مشاعر الآخرين ومشاطرتهم إياها، نهيك عن الشذوذ في الأداء الفردي وتكرار السلوك،كما أن التغيير فيه قد يجلب الانزعاج والغضب. إلا أن المتأمل لاختلاف الأعراض بين الطفلين يجد أن هنالك عددا من الإيجابيات في السلوك تسجل لحساب أطفال الاسبرجر، وإجمالا يمكن بيان الفرق بين الفئتين في النقاط التالية:

- من الممكن أن تظهر سمات وعلامات اضطراب الأوتيزم على الطفل المصاب به منذ الشهر الأول من ميلاده، وتظهر علامات اضطراب اسبرجر على الطفل المصاب به في عمر الثلاث أو الأربع سنوات ونادرا ما تظهر قبل هذا العمر.
- أطفال الأوتيزم دائما صامتون لا يتكلمون والقليل منهم عندما يتكلمون كلامهم يتميز بالببغاوية وضعف حصيلة المفردات اللغوية، أما أطفال الاسبرجر فيظهرون الكلام منذ مرحلة مبكرة جدا من حياتهم ومع مرور الوقت تزداد حصيلتهم اللغوية بالمفردات.
- طفل الأوتيزم يستطيع تعلم المشي بسرعة فهو منذ طفولته يمشي قبل أن يتكلم، وطفل الاسبرجر يتأخر في قدرته على تعلم المشي فهو منذ طفولته يتكلم قبل أن يمشي.
- يعجز طفل الأوتيزم عن التواصل بالعين مع المحيطين به، في حين يستطيع طفل اسبرجر التواصل بالعين مع المحيطين به لكنه يتجنب ذلك ويهرب منه.
- الأداء على مقاييس الذكاء يكون عند طفل الأوتيزم منخفض ويعكس قدرة ضعيفة على معالجة المعلومات، وأداء طفل اسبرجر على مقاييس الذكاء يكون بشكل أفضل نوعا ما من أداء أطفال الأوتيزم.
- الأوتيزم يظهر بين الذكور أكثر من الإناث وكذلك الحال في الاسبرجر.
- ينغلق طفل الأوتيزم على ذاته ليعيش في عالمه الخاص الذي قد لا نعرفه، ويستطيع طفل الاسبرجر التعايش مع عالم المحيطين به.
- طفل الأوتيزم يعاني من ضعف شديد في مستوى المهارات الاجتماعية، وكذلك طفل الاسبرجر ولكن بدرجة أقل. (محمد كمال أبو الفتوح عمر، 2013، ص: 78)

هذا عن اضطراب الاسبرجر، أما فيما يخص متلازمة ريت Rett Syndrome التي تدخل ضمن تصنيف اضطرابات الطيف التوحدي المحددة، فهي اضطراب عصبي تصاعدي يصيب الإناث بشكل أساسي، ويتميز بلوي اليدين المتشابكتين بشكل متواصل، والتخلف العقلي، وإعاقة في المهارات الحركية، وتظهر هذه الصعوبات بعد أن يكون الشخص قد تجاوز بداية طبيعية من النمو، ولقد عرف هذا الاضطراب منذ مدة قصيرة فقط، إذ تم وصفه لأول مرة من قبل أندرياس ريت Andreas Rett عام 1966، ومع ذلك لم يحظ هذا الاضطراب بالاهتمام إلا بعد مرور 17 عاما عندما نشر تقرير حوله بعد دراسة حالات 35 فتاة من فرنسا، والبرتغال والسويد. (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2004، ص: 68) ومتلازمة ريت ترتبط مباشرة بكروموسوم X وهي تحدث بالدرجة الأولى في الإناث، وأكدت الدراسات الحديثة أن هذه المتلازمة يمكن أن تصيب الذكور أيضا. (بطرس حافظ بطرس، 2011، ص: 191)

إن نمو الطفل المصاب بزملة ريت يتصف بالتطور الطبيعي من 06_18 شهرا، ثم يلاحظ الوالدان تغيرا في سلوكات طفلهم مع تراجع التطور، أو فقدان بعض القدرات المكتسبة خصوصا المهارات الحركية الكبيرة مثل المشي، ويتبع ذلك تراجع ملحوظ في القدرات مثل الكلام، التفكير، استخدام اليدين، كما أن الطفل يقوم بتكرار حركات وإشارات غير ذات معنى، وهي المفتاح في عملية تشخيص الحالة. (قحطان أحمد الظاهر، 2009، ص: 27)

هذا وتزداد احتمالات ظهور الصرع لدى هذه الفئة لتصل إلى نسبة 80 بالمائة، وتزداد الإصابة باضطرابات التنفس وصعوبات في المضغ وبلع الطعام، وفي النوم، وبعد سن العاشرة يتقوس العمود الفقري لدى كثير من الإناث، وهو ما يسمى الجنف، وقد تحتاج إلى كرسي متحرك بسبب التدهور في المهارات الحركية. (بطرس حافظ بطرس، 2011، ص ص: 28-29 ) ويختلف أطفال الأوتيزم عن أطفال ريت في العديد من المظاهر والسمات يمكن إيجازها فيما يلي:

- العجز الرئيس في المصابين بزملة ريت يتمثل في التخبط والترنح في المشي ataxia وفقدان الاتزان الحركي للأطراف والحركات اليدوية النمطية، وتتمثل في عصر اليدين، وتحريكهما لا إراديا أو لف اليد حول الأخرى مع وضع الذراعين في حالة انثناء أمام الذقن أو الصدر، وحدوث صعوبة في البلع أو التنفس، فشل دائم تقريبا في التحكم في عمليات التبول والتبرز، بروز ظاهر اللسان، وتتطور هذه الأعراض في منتصف فترة الطفولة فيحدث تخلع جذئي، وعمى حركي، يصاحبها أحيانا حركات رقص هستيري، بعكس حالات التوحد فلا تظهر هذه الأعراض.
- سلوك الإيذاء المتعمد والاهتمام بالأمور السطحية، والحركات النمطية غير الهادفة سمات بارزة لدى التوحديين ولكنها نادرة جدا في حالات الإصابة بزملة ريت.
- حالات الإصابة بزملة ريت مرتبطة دائما بالإعاقة العقلية الشديدة، أما في حالات التوحد فتصل إلي 40 % فقط ممن تقل نسبة ذكائهم عن 50 درجة ذكاء، أي تقع في فئة التخلف المتوسط، و30 % تقع في فئة التخلف البسيط، وبنسبة ضئيلة تقع في فئة التخلف الشديد، ونسبة أخرى حوالي 30 % أو أقل تقع في فئة العاديين أو العباقرة.
- العوامل المسببة للإصابة بزملة ريت تنحصر في تلف المخ، أو النخاع الشوكي، المخيخ، أو الجهاز العصبي بصفة عامة، أي عوامل عضوية، أما العوامل المسببة للإصابة بالتوحد غير محددة، فقد تكون وراثية أو عضوية أو نفسية. (نبيل السيد حسن وآخرون، 2013، ص ص: 224- 225)

وآخرا نجد بعد هذين الطيفين النمائيين المحددين طيف آخر للتوحد هو اضطراب الطفولة التفككي Childhood Disintegrative Disorders فالطفل هنا ينمو ويتطور تطورا طبيعيا من جميع الجوانب من عمر السنتين إلى عشر سنوات، ثم يتبع ذلك فقدانا ملحوظا للمهارات التي تعلمها وتكون على الأقل في اثنين من: اللغة الاستقبالية، المهارات الاجتماعية والسلوك التكيفي، عدم السيطرة على الأمعاء، والمثانة، واللعب، والمهارات الحركية. (بطرس حافظ بطرس، 2011، ص: 29) وقد اكتشف هذا الاضطراب في بدايات القرن الماضي عام 1908، حيث أعلنت ثيودور هيلر Theodor Heller نتائج مراقبة لستة أطفال تعرضوا لتراجع شديد بعد نمو طبيعي لعدة سنوات، مع تدهور جاء أكثر تأخرا مما كان مع اضطراب

ريت، وقد كان للاضطراب الذي اكتشفته هيلر عدة أسماء عبر السنين منها الخرف الطفولي Dementia Infantile، ومتلازمة هيلر Hellers Syndrome، الذهان التفككي Disintegrative Psychosis، والاسم الحالي هو اضطراب الطفولة التفككي، وهذا الاضطراب جديد أيضا بالنسبة لـــــــــــ: DSM_IV، وتدل توقعات انتشاره بأنه نادر، ويحدث مرة واحدة بين 10000 ألاف ولادة تقريبا، وهو يحدث عند الذكور أكثر من الإناث. (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2004، ص: 73)

إن ما ينبغي ذكره كملاحظة أساسية بعد هذا العرض لاضطراب طيف التوحد أن اضطراب التوحد هو وحده الذي تظهر فيه المجموعة الكاملة لثالوث الأعراض المذكورة آنفا وهي:

- القصور في التفاعل الاجتماعي.
- قصور في اللغة.
- قصور في القدرة على التخيل، أما في الأنواع الأخرى فيكفي وجود عنصرين للتشخيص تتباين درجة شدتهما. (بطرس حافظ بطرس: 2011، ص: 30)

**4- الإعاقة العقلية والتوحد:** تعرف الإعاقة العقلية بأنها نقص جوهري في الأداء الوظيفي الراهن، يتصف بأداء ذهني وظيفي دون المتوسط يكون متلازما مع جوانب قصور في اثنين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل، العناية الشخصية، والحياة اليومية المنزلية، والمهارات الاجتماعية، والاستفادة من مصادر المجتمع، والتوجيه الذاتي، والصحة والسلامة، والجوانب الأكاديمية الوظيفية، وقضاء وقت الفراغ، ومهارات العمل وحياة الاستقلالية، ويظهر ذلك قبل سن الثامنة عشر. (ماجدة السيد عبيد، 2013، ص: 33) ويمكن تبيان أوجه الاختلاف بين المعاقين عقليا والتوحديين في النقاط التالية:

- الطفل المتخلف عقليا يعاني من اضطرابات في عمليات الذاكرة، إذ لا يستطيع تخزين المعلومات وبالتالي لا يستطيع استدعاء المعلومات التي قد يحتاج إليها في الحياة العملية، بينما طفل التوحد قد يتمتع بذاكرة آلية جيدة للمكان والزمان، ولكن يكون لديه اضطراب واضح في عملية الإدراك، فقد يستجيب لمنبهات بعينها ولا يستجيب لمنبهات أخرى.

- الطفل المتخلف عقليا يتواصل مع الآخرين بشكل مقبول بطريقة لفظية أو بالعين، وتعبيرات الوجه، بينما طفل التوحد فلديه قصور في كل هذه المهارات.
- الطفل المتخلف عقليا يستطيع تقليد ومحاكاة الآخرين بعكس طفل التوحد فلديه قصور في عملية التقليد والمحاكاة.
- الطفل المتخلف عقليا بإمكانه تكوين علاقات اجتماعية كما أنه يقبل على الآخرين ويكون معهم صداقات على عكس طفل التوحد الذي لا يمكنه بناء أية علاقات اجتماعية. (نبيل السيد حسن وآخرون، 2013، ص ص: 222-223)

**5- علاج التوحد:** يروج عبر العالم اليوم أكثر من 450 علاجا مختلفا للتوحد، وفي كل عام تظهر أنواعا جديدة من العلاج، وتتداخل بعض مفاهيم المعالجات وتتشابك فيما بينها لتنتج متواليات هندسية في عدد المعالجات المطردة، وقد يتوصل بعض أولياء الأمور إلى أساليب مريحة لهم ولأطفالهم ويكتشفون في هذه الأساليب التحسن والارتقاء في حالة أبنائهم، وقد يعزى ذلك إلى قبول حالة الطفل ووضعه والرضا بما رزق، والوعي والثقافة وغير ذلك من الأساليب الاجتماعية المريحة المنبثقة من المجتمع والبيئة.

ولا شك أن التدخل العلاجي والتأهيلي لمن يعاني إعاقة يعتمد أساسا على التحديد الدقيق للعامل أو العوامل المسببة لحالته، ولما كان العلم برغم البحوث المستفيضة التي أجريت على التوحد لم يصل بعد إلى تحديد دقيق للعوامل المسببة لتلك الإعاقة سواء كانت عوامل وراثية جينية أو عوامل بيئية، فإنه من الطبيعي أن لا يحدث تطور كبير في أساليب وبرامج التدخل العلاجي أو الوقاية من التوحد. (أسامة فاروق مصطفى سالم، السيد كامل الشربيني منصور، 2013، ص: 35)

وباعتبار أن التوحد اضطراب نمائي يتميز بالغموض وهو مسمى ملخص لمجموعة من السلوكيات المحددة غير المرغوب فيها، وغير القابلة للعلاج ولكنها قابلة للتغيير، ولذلك نكون بصدد مسمى آخر بدبل لكلمة علاج هو تحسين الحالة، ولقد حظي هذا الجانب البحثي بالعديد من الدراسات والمحاولات المختلفة والتي كان هدف الباحثين تحسين حالة هؤلاء الأطفال بالدرجة ما وفقا لمدخلات إرشادية وتدريبية وعلاجية متعددة،. (محمد كمال أبو

الفتوح عمر، 2013، ص: 183) وهنالك أساسيات يمكن إتباعها في كل المداخل والخطط العلاجية للتوحد على اختلاف أنواعها نذكر منها:

- الكشف الطبي الشامل للطفل التوحدي مع مراعاة الفروق الفردية بينهم.
- الكشف النفسي الشامل له، مع دراسة البيئات التي يعيش فيها: الأسرة، الروضة، المدرسة.
- محاولة اختراق العزلة التي يعيش فيها بالتربيت الخفيف على كتفه، والتواصل البصري غير المطول معه، وبالتحدث إليه بعبارات قصيرة، وبلفت رأسه ناحية المتكلم معه دون عنف، ثم تركه عند الشعور بأنه على وشك التصرف بطريقة ضارة به، أو بالآخرين.
- عدم إحداث تغييرات تؤدي إلى توتر عصبي لديه.
- دراسة سلوكياته لتحديد أي منها ينبغي تعديله.
- استخدام التعزيز والتشريط في تعديل ذلك السلوك.
- تشجيعه على الملاحظة ثم التقليد مبتدئين بالحركات الرياضية وبالتلوين وبعمل المجسمات.
- تشجيعه على التواصل مع الغير حركيا ولفظيا ورمزيا.
- الاستعانة بأخصائي تخاطب لتعميق التدريبات على الكلام.
- تنمية مهاراته وبالتالي قدراته الاجتماعية كالتلويح باليد للترحيب بالقادم، ولتوديع المغادر، وهي أصعب خطوة في البرنامج العلاجي السلوكي.
- ضرورة تعاون الأسرة مع الروضة ومع المعالجين في تنفيذ أي برنامج يتم وضعه حتى يكتمل تنفيذه.
- الدخول ببطء في برنامج لتنمية البناء المعرفي الموجود لديه.
- تنشيط استجابته للمثيرات ليمكنه تكوين خبرات متكاملة مما يأتيه من البيئة عن طريق حواسه المختلفة، فنقدم له قصة تتضمن مرئيات وسمعيات ومثيرات لمسية وشمية وذوقية ما أمكن ذلك.
- بمساعدة الموسيقى الهادئة يمكن تحقيق الاسترخاء له خلال تدريبه على التواصل مع الغير لتقليل احتمال ظهور نوبات العدوانية بسبب ما يحدث عليه من ضغوط خلال تلك التدريبات. (نبيل السيد حسن، وآخرون، 2013، ص ص: 233-34).

**خاتمة**

يعتبر وجود فرد من أعضاء الأسرة ممن يعانون من اضطراب التوحد، وخاصة اضطراب التوحد الطفولي من أكثر الأزمات حدة قد تواجهها الأسرة يوما، ففي الوقت الذي نجد فيه غالبية العائلات تسعى لاحتواء أبناءها من كافة الجوانب النفسية والاجتماعية والمادية قد يظهر بين أفرادها شخص تحكمه ثقافة سلوكية خاصة تجعله يعيش في انعزال نفسي واجتماعي عن باقي أفرادها، ومخدر تجاه المنبهات التي تصله فلا نجده يشاركهم المواقف والمشاعر والأحاسيس.

إن جمال الحياة هو في مدى مشاركتنا للآخرين أفراحهم وأتراحم، وفي مدى معايشتنا للمواقف الاجتماعية، وفي مدى استمتاعنا بإنجازاتنا، غير أن غياب عمليات التواصل والتفاعل عند الأطفال الأوتيستك يجعلهم في نظري منفيون مع وقف التنفيذ، إنهم أشخاص يعيشون في عالم تحكمه قيود النمطية السلوكية، والجفاء الحسي، لذلك فإن هكذا وضع يحتم التوحد لمساعدة هؤلاء ليس للتخلص من التوحد بصورة نهائية وإن كان هذا هدف نبيل نتمنى بلوغه يوما ولكن على الأقل لجعل الحياة تبدوا أحسن بتقديم بعض المساعدة التي تحررهم جزئيا وتدريجيا من ظلمة التوحد.

قائمة المراجع


1- عبيد ماجدة، السيد: مدخل إلى التربية الخاصة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان_ الأردن، طبعة 1، سنة 2009.

2- عمر محمد كمال، أبو الفتوح: الأطفال الأوتيستك ماذا تعرف عن اضطراب الأوتيزم، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان_ الأردن، طبعة 1، سنة 2013.

3- الظاهر قحطان، أحمد: التوحد، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان_ الأردن، طبعة 1، سنة 2009.

4- عليوات، محمد عدنان: الأطفال التوحديون، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان- الأردن، طبعة 1، سنة 2007.

5- سالم أسامة فاروق، مصطفى، ومنصور السيد، كامل الشربيني: علاج التوحد، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان- الأردن، طبعة 1، سنة 2013.

6- الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج: التوحد الخصائص والعلاج، دار وائل للطباعة والنشر، عمان_ الأردن، دون طبعة، سنة 2004.
7- نخلة، أشرف سعد: سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية_ مصر، طبعة 1، سنة 2013.
8- بطرس بطرس، حافظ: إعاقات النمو الشاملة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان_ الأردن، طبعة 1، سنة 2011.
9- حسن نبيل، السيد، وآخرون: علم نفس الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان_ الأردن، طبعة 1، سنة 2013.
10- عبيد ماجدة، السيد: الإعاقة العقلية، دار صفاء للنشر، عمان-الأردن طبعة 3، سنة 2013.