

التوحد كاضطراب سلوكي وبعض المفاهيم المرتبطة به

أ.د. اسماعيلي يامنة / 1 مخلوف سعاد
جامعة المسيلة - الجزائر

مقدمة:

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم مراحل نمو الإنسان والتي تثير اهتمام اغلب المنخفضين في كثير من المجالات العلمية ولأن اغلب ما يواجهه الطفل من مشكلات واضطرابات في مرحلة الطفولة قد تؤثر على نموه السوي في المستقبل، ومن هذه الاضطرابات والإعاقات التي تحظى بكثير من الاهتمام البحث في الآونة الأخيرة إعاقة التوحد حيث تعتبر من أكثر الإعاقات النائية صعوبة بالنسبة للطفل والأسرة وذلك بسبب الغموض الذي يحيط بها السواء في أساليب التشخيص أو أسباب الإصابة أو طرق العلاج.

ويعتبر التوحد (Autism) من المصطلحات التي تحمل الكثير من الغموض من حيث ماهية الإعاقة في حد ذاتها وكذلك من حيث معرفة سببها وخصائصها، حيث يعتبر التوحد من المفاهيم والمصطلحات الحديثة نسبيا ولا سيما في الدراسات العربية حيث بدأ الاهتمام بإعاقة التوحد في فترة التسعينات من أواخر القرن الماضي، على عكس الدراسات الأجنبية التي اهتمت بإعاقة التوحد منذ زمن بعيد ونتيجة لذلك نجد حدوث تحبط وتعد في تعريف التوحد من قبل الباحثين وعدم اتفاق الباحثين على ترجمة محددة وواضحة لمصطلح التوحد، وبدل ذلك على عدم وضوح معالم التوحد لدى الباحثين وأن كل باحث له وجهته الخاصة به في تفسير التوحد، مما يصعب على الدارسين عملية البحث والدراسة في فهم طبيعة التوحد.

ومنذ تسعة وستون عاما أشار العالم الأمريكي (كانر) إلى وجود اضطراب يمس الأطفال على وجه الخصوص. واعتقد - كنتيجة لملاحظاته - أن هذا الاضطراب يختلف من حيث أعراضه (العجز عن التفاعل والتواصل اللفظي وغير اللفظي) عن أي إعاقة أو اضطراب أو مرض قد تمت الإشارة إليه سابقا.

وقد ضمن ذلك الاضطراب في DSM2 تحت اسم "فصام الطفولة"، اعتباراً إلى أنه النمط الوحيد للذهان عند الأطفال، لكن ويتطور الدراسات والأبحاث في هذا المجال لاحظ الباحثون أن هناك فرقاً شاسعاً بين ما أطلقوا عليه اسم "فصام الطفولة" وبين الأمراض الكبرى (الذهانات) التي تصيب الكبار، ومن بين هذه المفارقات: أنه لا وجود للهلاوس والهذيان في النمط المرضي الأول، ونتيجة لذلك ظهر في DSM3 (1980) مصطلح اضطرابات النمو الشاملة كمحور لوصف مجموعة من الإعاقات من بينها تلك التي اكتشفها كانر والتي باتت تسمى بـ "التوحد"، هذه الأخيرة التي سيتم تناولها بشيء من التفصيل فيما يتقدم من هذا العرض .

1- التوحد:

هناك عدة مفاهيم للتوحد، وتهدف جميعها إلى وصف فئة معينة تحمل نفس الصفات وهي فئة أطفال التوحد.

يعرف بأنه مجموعة من الاضطرابات، تتميز بإختلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وفي أنماط التواصل، ومخزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات تمثل في مجموعها سمة شائعة في أداء الفرد في مختلف المواقف، كما يعرف التوحد بأنه حالة من القصور المزمن في النمو الارتقائي للطفل، يتميز بانحراف وتأخر في نمو الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة بنمو المهارات الاجتماعية واللغوية، تشمل كلا من الانتباه، الإدراك الحسي والنمو الحركي، وتبدأ هذه الأعراض خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل.

يعرفه "كانر" (Kanner) سنة (1943) التوحد بأنه حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم، ويوصف أطفال التوحد بأن لديهم اضطرابات لغوية حادة.

كما يرى "كريك" (Krek) بأنّ التوحد حالة من الاضطراب تصيب الأطفال في السنوات الثلاثة الأولى من العمر، حيث يشمل الاضطراب عدم قدرة الطفل على إقامة علاقات اجتماعية ذات معنى، وأنه يعاني من اضطراب في الإدراك ومن ضعف الدافعية ولديه خلل في تطور الوظائف المعرفية وعدم القدرة على فهم المفاهيم الزمانية والمكانية ولديه عجز شديد في استعمال اللغة وتطورها وأنه يعاني من ما يوصف باللعب النمطي Mannerism Playing وضعف القدرة على التخيل ويقاوم حدوث تغيرات في بيئته. وللإلمام بجوانب هذه الإعاقة أو الاضطراب سنتناول مجموعة من التعاريف كالاتي:

يعرف التوحد على أنه: انطواء على الذات، وأنه اهتمام مرضي بالذات وانسحاب من العالم مع عدم المبالاة بالآخرين. وهو أيضا ضعف القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي مع الآخرين أو انعدامها مصحوبا بانعزال (انغلاق) على النفس. (وائل بيومي السباعي، 2009، ص. ص. 237 – 238)

كما ويعرف أيضا على أنه: إعاقة متعلقة بالنمو عادة ما تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي، مما يؤثر على وظائف المخ. (عبد اللطيف مهدي زمام، 2008، ص. 44)

أما الجمعية الأمريكية للتوحد فتعرفه على أنه: إعاقة تطويرية تلاحظ من خلال العجز في التواصل اللفظي وغير لفظي، وعجز في التفاعل الاجتماعي وتظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل. (رانيا قاسم ودينا مصطفى، 2010، ص. 25)

وتعرفه منظمة الصحة العالمية على أنه: اضطراب نمائي يظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل ويؤدي إلى عجز في التحصيل اللغوي واللعب والتواصل الاجتماعي. ونلاحظ أنه مما تعددت التعاريف حول التوحد إلا أنها تتفق أكثر مما تختلف حول أن:

- التوحد اضطراب نمائي.
- يظهر في السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل.
- من أسبابه اضطرابات في الجهاز العصبي.
- من أعراضه قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي، وقصور في التفاعل الاجتماعي.

2- مفاهيم مرتبطة بالتوحد:

في هذا العنصر سيتم التطرق إلى مفهومين أساسيين، ألا وهما: اضطرابات النمو الشاملة وكذا مفهوم الإعاقة. لا لشيء فقط لسببين رئيسيين هما:

أولاً: أن التوحد هو إعاقة ضمن مجموعة من الإعاقات يطلق عليها اسم: اضطرابات النمو الشاملة.

ثانياً: إزالة الغموض أمام القارئ أو المستمع، وإعطائه انطلاقة أو قاعدة قوية؛ تسمح له ببناء معلوماته بشكل منظم دون ترك ثغرات فيها، والاسترسال مع باقي عناصر العرض الأخرى واستدخالها.

2-1- اضطرابات النمو الشاملة:

استخدم مصطلح اضطرابات النمو الشاملة ابتداءً من عام 1980 ليكون مظلة لوصف مجموعة من الحالات، تجمعها عوامل مشتركة، وإن كان بينها اختلافات. وهي اضطرابات عصبية تؤثر على مجموعة من مناطق النمو الفكري والحسي، وعادة ما تظهر حوالي السنة الثالثة من العمر. وتتميز بما يلي: 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 نمطية متكررة، ... وهي: اضطراب التوحد، متلازمة الأسبرجر، متلازمة الريت، اضطراب الانتكاس الطفولي، الاضطراب النمائي الشامل وأخيراً الاضطراب النمائي غير المحدد. (راينا قاسم ودينا مصطفى، 2010، ص. 21)

2-2- الإعاقة:

عرفت منظمة الصحة العالمية الإعاقة على أنها: قصور أو خلل في القدرات الجسمية أو الذهنية، ترجع إلى عوامل وراثية أو بيئية وتعيق الفرد عن تعلم الأنشطة التي يقوم بها الفرد السليم المشابه في السن. (راينا قاسم ودينا مصطفى، 2010، ص. 11)

3- النظريات المفصلة لإعاقة التوحد:

إن من بين النظريات المفصلة لإعاقة التوحد؛ أي الموضحة لأسباب هذه الإعاقة ما يلي:

3-1- النظرية النفسية والسيكودينامية لإعاقة التوحد:

فسر بعض الأطباء النفسانيين المتأثرين بنظرية التحليل النفسي لفرويد التوحد على أنه ينبج من التربية الخاطئة خلال مراحل النمو الأولى من عمر الطفل وهذا يؤدي إلى اضطرابات ذهنية كثيرة عنده، وفسر العالم النفسي برونو بيتلهم (Bruno Bettelheim) أن سبب التوحد ناتج عن خلل تربوي من الوالدين ووضع اللوم بشكل أساسي على الأم حيث كان يطلق عليها سابقاً لقب الأم الثلجة (الكيسي، 2011، ص. 82).

ومن بين الأسباب السيكدينامية للإصابة بالتوحد كما وردت في دراسات (وينج، 1966)، (اوجرمان، 1970)، (كابلان وسادوق، 1985)، (جولدستين وآخرين، 1986)، (ميلر، 1990) ما يلي:

- رفض الأم للطفل وعدم توفير الحب والرعاية له منذ الشهور الأولى.
- انشغال الأولياء بمهام تستدعي التأمل والتفكير وانصرافهم عن الاهتمام بالطفل.
- فقدان الطفل الاحساس بالحب والحنان من المحيطين به.
- اضطراب في العلاقات الأسرية اللازمة للبناء الصحي السليم.
- فرض الالباء نوع من العزلة الاجتماعية على ابنائهم طبقا لطبيعة شخصياتهم.
- معاملة الطفل معاملة ميكانيكية آلية وليست إنسانية يترتب عليها عدم الشعور برغبات الطفل في الحب والعطف والحنان (القمش، 2010، ص 34).

3-2- النظرية البيولوجية:

والتي تقر بأن من بين الأسباب الرئيسية للإصابة بإعاقة التوحد وجود خلل في بعض أجزاء المخ نتيجة لعوامل بيولوجية، مثل: (الجينات، صعوبات فترة الحمل، والولادة أو الالتهابات الفيروسية) واثبتت نتائج الابحاث والدراسات الطبية في عدد من المعاهد الطبية في امريكا وانكلترا وكندا إلى أن مضاعفات ما قبل الولادة هي أكثر لدى اطفال التوحد منها في غيرهم من الاسوياء أو حتى المصابين باضطرابات اخرى. كما تمت ملاحظة شذوذات خلقية عضوية طفيفة لدى التوحدين أكثر منها لدى اشقائهم واقربانهم الاسوياء (الجلبي، 2007، ص. 36).

3-3- النظرية الصينية:

والتي تقر بان من بين الأسباب الرئيسية للإصابة بإعاقة التوحد وجود تلف في الجهاز الهضمي، هذا التلف هو عبارة عن مشكلة في الطحال والمعدة سويا، تمنع الجسم من امتصاص فيتامين B6 وغيرها من العناصر الغذائية التي تساعد على نمو وتطور المخ وصيائه. والكليتان والطحال التالفان أيضا يسببان تلفا في الجهاز المناعي.

3-4- النظرية الجينية:

يرى انصار هذا الاتجاه بأن العوامل الوراثية والاختلالات الجينية هي السبب في اضطراب التوحد، حيث يذكر سبنس (Spence, 2004) إلى أن اضطراب طيف التوحد من بين الأكثر الأمراض النفسية العصبية (neuropsychiatric) القابلة للتوريث، وأن هناك دراسات اشارت إلى أن هناك ما بين 10 إلى 20 مورثة ترتبط بالإصابة باضطراب طيف التوحد، ويشير إلى أن احتمال الإصابة لأخ شقيق هي بين 2 إلى 6 %، كما تشير دراسة (Spence, 2004) إلى أن نسبة الإصابة بالتوحد في حالة التوائم المتطابقة ترتفع إلى (60-90%)، ويؤكد على انها اشارة للدور الكبير الذي تلعبه العوامل الوراثية في الإصابة بالتوحد (Brenda & Audetv, 2014, p. 46). كما يذكر جورد واخرون (Jorde et al, 1992) ان نسبة إنجاب طفل آخر لديه توحد، عندما يكون لدى الأسرة طفل توحي تتراوح بين 3 إلى 6% .

4- أعراض التوحد:

إن من بين الأعراض الأكثر ظهوراً في إعاقة التوحد ما يلي:

4-1- ضعف التواصل الاجتماعي:

أي ضعف في العلاقات الاجتماعية، حتى مع أقرب الناس إليه. (وائل بيومي السباعي، 2009، ص. 238) فأمه وأبوه وإخوته وأقاربه وكل الأشخاص في العالم على حد سواء بالنسبة له. فهو لا يتفاعل مع أي منهم، ولا يتأثر بغياب أي أحد منهم حتى ولو كان أحد أفراد عائلته، وكأنه غير موجود معهم وبينهم؛ فلا يخاطبهم، ولا يضحك أو يفرح أو يحزن معهم، ولا يشاركونهم في أي نشاط حتى وإن كان ذلك النشاط هو اللعب.

4-2- التصور الحسي:

يبدوا الطفل الذي يعاني من حالة التوحد كما لو أن حواسه قد أصبحت عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى حمازه العصبي. (عبد اللطيف مهدي زمام، 2008، ص. 47)، فإذا ناديته مثلاً فلا تنتظر منه أن يرد عليك، أو أن يلتفت إليك. وقد تعتقد أنت حينها أنه مصاب بالصمم، رغم أن ذلك غير صحيح، وفس الملاحظة ستلاحظها على المتوحد إذا وجهت إليه أي مثير حسي آخر وهي أنه لا يستجيب إلى أي مثير حسي مهما كان نوعه.

4-3- التصور اللغوي وغياب القدرة على التواصل اللغوي:

تعتبر مشاكل الحديث والكلام واللغة شائعة بين الأطفال والشباب التوحدين، وفي الحقيقة فإن عددا من الخبراء يعتقدون أن اضطرابات اللغة هي من أهم مشاكل الأطفال التوحدين. (رانيا قاسم ودينا مصطفى، 2010، ص. 48)

وتظهر صعوبة الاتصال اللغوي لدى المتوحد من خلال (رانيا قاسم ودينا مصطفى، 2010، ص. 49 - 50): عدم قدرته على تفهم الرموز اللغوية وما هو مفروض أن تنتقله إليه من معاني، وبالتالي - كما هو الحال في معظم أطفال التوحد - لا يمكن أن يتقن الكلام للتعبير عن نفسه ورغباته بل يصدر أصواتا ليست ذات معنى أو مهمة غير مفهومة، وحتى بالنسبة لمن يتعلم منهم فهو كثيرا ما لا يفهم ما يقول، وإذا قال شيئا فإنه يكون إعادة أو صدى ما يوجه إليه من كلام فإذا سألته ما اسمك؟ فإنه يردد نفس السؤال ما اسمك؟ بشكل ترددي، وبنفس شدة الصوت والنعمة التي توجه بها السؤال. وفي بعض الأحيان قد يتأخر الرد على السؤال، أو يبدأ الطفل بتزديد العبارة أو السؤال بعد ساعات من سماعه أو حتى بعد مرور يوم أو أكثر.

4-4- الاندماج الطويل في تصرفات نمطية متكررة:

كثيرا ما يقوم الطفل التوحدي بأداء حركات معينة ويستمر في أداؤها بتكرار متواصل لفترات طويلة. كحز رجليه أو جسمه أو رأسه أو الطرق بإحدى يديه على كف اليد الأخرى، أو تكرار إصدار نغمة أو صوت قريب أو بعيد أو توجيه نظره نحو عقارب ساعة الحائط. ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين بل هي في واقع الأمر استنارة ذاتية تبدأ أو تنتهي بشكل مفاجئ وتلقائي ثم يعود إلى وحدته المفرطة وانغلاقه التام على نفسه وعالمه الخيالي الخاص به ورغبة قلقلة متسلطة في البقاء طويلا على نفس الحالة. (عبد اللطيف مهدي زمام، 2008، ص. 47)

4-5- نشاطه واهتماماته وألعابه متكررة ومحدودة:

إذ لا يوجد فيها تجديد، فهو يلعب بالسيارات فقط أو بالمكعبات، وطريقة لعبه لا تتأشى مع نوع اللعبة؛ فهو لا يجعل السيارات تسير وإنما يرصها في صف واحد، ولا يقوم بتركيب المكعبات فوق بعضها وإنما يضعها متراصة في صف واحد ويصر على ذلك إصرارا شديدا رافضا أية محاولة للتغيير أو التعديل، يحب الروتين في اللعب والملبس المائل والتعلق بأشياء معينة محددة، مثل: قميص محدد أو لعبة معينة ويرفض بشدة أي محاولة للتغيير. (وائل بيومي السباعي، 2009، ص. 239)

4-6- اضطراب الوجدان:

مثل التقلب الوجداني؛ الضحك والبكاء دون سبب واضح، والغياب الظاهري للتفاعلات العاطفية ونقص الخوف من المخاطر الحقيقية، مع - أو الخوف المفرط دون سبب واضح. التوحديون يقاومون بشدة التغيير في المكان أو العادات اليومية وقد يحدث عند التغيير هلع أو انفجارات مزاجية. (وائل بيومي السباعي، 2009، ص. 240)

4-7- الاكل والشرب والنوم:

اضطراب في عادات الاكل والشرب والنوم، مثل: اقتصار الرغبة في الطعام على أنواع قليلة معينة، أو شرب السوائل بكثرة صيفا وشتاء، والاستيقاظ ليلا مع هز الرأس وأرجحتها أو رطمها بالوسادة بشكل متكرر، ونادرا بالحائط.

5- التشخيص:

للحديث عن تشخيص التوحد هناك جملة من العناصر التي يجب التطرق إليها، وهي:

5-1- الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع للاضطرابات (DSM)

وللحكم من خلاله على أن الطفل يعاني من إعاقة شاملة تتمثل في التوحد يشترط ما يلي:

- المحك الأول: توفر ستة أعراض على الأقل من المجموعات الثلاث التالية، على أن تتكون هذه الأعراض الستة من (2 من المجموعة الأولى وواحدة من كل من المجموعتين الثانية والثالثة). (مصطفى نوري العمش و خليل عبد الرحمان المعايطه، 2007، ص. 181) وتشتمل المجموعات: 1، 2 و 3 على الأعراض التالية: (طارق عامر، 2008، ص. 111-112)

المجموعة الأولى: قصور كفي في التفاعل الاجتماعي في اثنين على الأقل من:

- قصور في استخدام اثنين من صور التواصل غير اللفظي.
- الفشل في تكوين علاقات مع الأقران.
- قصور القدرة على مشاركة الأطفال الآخرين في اللعب.
- غياب المشاركة الوجدانية والتعبير عن المشاعر.

المجموعة الثانية: قصور كفي في القدرة على الاتصال في واحد مما يلي:

- غياب القدرة على التواصل اللفظي بدون مساندة غير اللفظي.
- بالنسبة للقادرين على التخاطب يوجد قصور في المبادأة.
- التكرار والنمطية في استخدامهم للغة.
- غياب القدرة على المشاركة في اللعب الإيهامي والتقليد الاجتماعي.
- المجموعة الثالثة: الاقتصار على عدد محدود من الأنشطة والاهتمامات في واحد على الأقل من:
 - استغراق كلي في واحد أو أكثر من أنماط سلوكية غريبة من حيث النوع أو الشدة.
 - المرونة والاندماج في أعمال وطقوس روتينية.
 - عادات نمطية بتكرار مستمر.
 - تركيز الاهتمام على أشياء تافهة أو جزئيات منها.
- **المحك الثاني:** تأخير أو شذوذ وظيفي يظهر في واحد مما يلي:
 - التفاعل الاجتماعي.
 - استخدام اللغة في التواصل.
 - اللعب الرمزي أو الإيهامي التخيلي.
- **المحك الثالث:** غياب أعراض الريت أو غيرها من اضطرابات النمو.

5-2- قائمة تقدير التوحد الطفولي:

قام بتطوير هذه القائمة سكويلر وآخرون، وتتكون من 15 بعداً، منها: العلاقات مع الآخرين، التقليد، العاطفة، التكيف لتغيرات البيئة، الاستجابات البصرية، التواصل اللفظي وغير اللفظي، مستوى النشاط والوظائف المعرفية والانطباعات العامة. وتكون ملاحظة هذه السلوكيات بشكل مباشر ويتكون المقياس من سلم تقديري يحتوي على 7 درجات ويمكن من خلال هذه القائمة تحديد الأطفال غير التوحدين والأطفال الذين لديهم درجات خفيفة ومتوسطة وشديدة من التوحد.

5-3- التشخيص الفارقي:

يتعامل الفاحص في تشخيصه لإعاقة التوحد مع مركب لأربعة جوانب؛ هي: الجانب الانفعالي، والاجتماعي، والبيولوجي، وحتى العقلي، وهذه الجوانب تتسم بالديناميكية والتفاعل المستمر مع بعضها البعض. مشكلة بذلك شبكة اتصال (تأثير وتأثر) معقدة للغاية، مفادها أن أي إصابة أو اضطراب سواء اكان نفسيا، أم اجتماعيا، أم عضويا، أم عقليا سينعكس على بعض، أو معظم، أو كل تلك الجوانب السابقة الذكر، مما يؤدي إلى احتمال تشابكه وتداخله مع بعض الاضطرابات الأخرى. لذا فإن الفاحص ملزم في هذه الحالة بإجراء تشخيص فريقي ليحدد بدقة الاضطراب الذي يعاني منه المفحوص، والأمر نفسه ينطبق على تشخيص التوحد، إذ يجب على الفاحص أن يستبعد ما يلي:

• التخلف العقلي:

فغالبا ما يتواجد مع اضطراب التوحد، ولكن المتخلفين عقليا حتى في الدرجات الشديدة لا تتوافر لديهم الملامح الإكلينيكية للاضطرابات مشوهة النمو؛ فالمتخلفين عقليا اجتماعيين، ويمكنهم التواصل حتى دون ألفاظ إذا لم تكن لديهم القدرة على الكلام، حيث يكون السرور والاهتمام بالاقتراب الاجتماعي واضحا خلال التواصل معهم بالعين، وتعايير الوجه وحركات الجسم. (عبد الرحمان سيد سليمان، 2007، ص. 319)

• الفصام:

وهو أحد الأمراض العقلية وفيه يتصف المريض بالابتعاد عن الحقيقة وفي أغلب الأحيان ما يتضمن هذا المرض الهلاوس، الأفكار الزائفة أو الهذيان والانسحاب، والاضطراب الحاد في الحياة الانفعالية عند المريض. (عبد الرحمان عيسوي، 1994، ص. 252) وهو نادر جدا في الطفولة، والمصابون بالتوحد قد تكون لديهم العديد من الأعراض السالبة للمرحلة المتبقية من الفصام، مثل: (العزلة الاجتماعية، والانسحاب، والسلوك مفرط الغرابة، والوجدان المتبدل غير المناسب، وغرابة اللغة، والالية المتكررة للأفعال)، وفي حالة وجود دلالات تشخيص الاضطراب التوحدي فإن تشخيص الفصام كصاحب يجب أن يتم فقط في حالات نادرة تتوفر فيها الضلالات والهلاوس البارزة مع باقي الدلالات التي تشخص الفصام. (عبد الرحمان سيد سليمان، 2007، ص. 319) ومن المهم الإشارة إلى أن الدليل التشخيصي DSM الثاني (1968) يحدد فصام الطفولة على أنه النمط الوحيد للذهان (المرض العقلي) عند الأطفال. أما الدليل التشخيصي الثالث DSM (1980) فيرفض مصطلحات ذهان وفصام كمئات تشخيصية لاضطرابات الأطفال، ويستخدم بدلا منها مسمى

الاضطرابات الارتقائية الشاملة والسبب في هذا التغيير في نظام التشخيص هو أن هذه الاضطرابات لا تشبه تلك الأمراض الذهانية عند الكبار، فهذا المسمى الجديد (الاضطرابات الارتقائية الشاملة) يصف جيدا المجالات الكثيرة من التوظيف النفسي الذي يتأثر بهذه الاضطرابات نتيجة لذلك ويستبعد في هذا الشأن مسمى فصام الطفولة الذي شاع استخدامه في الماضي. (حسام أحمد محمد أبو سيف، 2006، ص. 6)

• متلازمة الأسبرجر:

متلازمة الأسبرجر هي أحد الاضطرابات المصنفة ضمن اضطرابات النمو الشاملة، مثلها مثل التوحد، أول من أشار إليها هو العالم هانز أسبرجر سنة 1944. (عبد اللطيف محدي زمام، 2008، ص. 42) من خصائص اضطراب الأسبرجر أن الطفل يكون ذو ذكاء طبيعي أو ربما كان معدل ذكائه أعلى من المتوسط ولا توجد لديه مشاكل في النطق أو اللغة، ولكن لديه ضعف واضح في العلاقات الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين، هؤلاء الأطفال لا يحبون التغيير في أي شيء سواء في الأكل أو في الملابس وعادة ما تكون لهم طقوس معينة وروتين محدد لا يجيدون عنه، ويفضون دائما لعبة واحدة يمسكون بها لفترة طويلة قبل أن يتحول اهتمامهم لأخرى ... وهكذا؛ أي أن الفارق الرئيسي لاضطراب الأسبرجر عن التوحد هو الارتفاع النسبي في الذكاء بالنسبة للأول. (وائل بيومي السباعي، 2009، ص. 240-241) علاوة عن هذا كله فإن الأسبرجر يظهر في سن السادسة والمصاب به يحس بالآخرين ويتعرف عليهم لكنه يعجز عن تكوين علاقات معهم. (عبد اللطيف محدي زمام، 2008، ص. 43)

• الإعاقة السمعية والاضطرابات الخاصة بنمو اللغة والكلام والإعاقة البصرية:

تنج نقصا في التواصل بالعينين، ولكن جميعها يتميز بوجود تفاعل اجتماعي. (عبد الرحمان سيد سليمان، 2007، ص. 319)

• اضطرابات اللزمات والحركات الآلية:

هذه الاضطرابات لا يصاحبها اختلال التفاعل الاجتماعي. (عبد الرحمان سيد سليمان، 2007، ص. 319)

6- دور الأسرة في مواجهة إعاقة التوحد:

يلعب أولياء الأطفال المتوحدين أدواراً متعددة في حياة أطفالهم، فهم أول من يتعرف على المشكلات النائية ويواصلون الاهتمام بها حتى يحصلوا على تشخيص مناسب ويجدون أو يطورون الخدمات المناسبة لأطفالهم، وحال تحقيق البرنامج العلاجي المناسب، فإن الآباء يعتبرون مشاركين في عملية تعليم أطفالهم حتى يتأكدوا من أن المهارات المتعلمة في البرنامج التربوي تنتقل إلى الأوضاع المنزلية ليلعبوا دوراً في تعليم أطفالهم السلوكيات المناسبة في المنزل والمجتمع وباعتبارهم عضواً نشطاً في فريق الخطة التربوية الفردية (IDP) Plan، فإن الآباء يدافعون عن حقوق طفلهم لضمان أن العملية التربوية تسير وتتطور بشكل مناسب.

وتظهر هذه المتطلبات العديدة في سياق حياة الأسرة، بما في ذلك حاجات الأطفال الآخرين وحاجات الآباء كأفراد وكأزواج وحاجات الأسرة بشكل عام قد يواجه آباء الأطفال الحزن والغضب وخيبة الأمل وغيرها من ردود الفعل الانفعالية المعقدة التي تظهر لاكتشاف طفل متوحد في الأسرة والحاجة إلى التضحية لتحقيق أو لإشباع حاجات طفلهم، معظم الآباء يتعاملون بفاعلية مع هذه الحاجات كما وقد يواجهون ضغوطات نفسية خلال عملية التنشئة لطفلهم

تأثرت الاتجاهات نحو التوحد في الخمسينات والستينات من القرن الماضي بآراء التحليل النفسي ولكن في الوقت الحاضر اتجهت الدراسات إلى الأصول البيولوجية في التوحد وهذا كان له أثر كبير على التطبيقات العلاجية للتوحد أن هذا التطور أدى إلى نظرة مختلفة في دور الآباء في علاج التوحد أننا ننظر إلى الآباء كمشاركين فعالين في العملية التربوية والتي تتطلب تعاوناً بين المنزل والمدرسة

ولتقديم خدمات تربوية مناسبة للطفل الموحّد فإن الآباء يحتاجون إلى معلومات ومهارات علمية حول التوحد وطرق العلاج فهم يحتاجون إلى إتقان استراتيجيات تعليم محددة لتمكين كلهم من اكتساب سلوكيات جديدة وفهم طبيعة التوحدي وكيفية التأثير على أنماط طفلهم والسلوك أيضاً يحتاج الآباء إلى أن يكونوا على ألفة ومعرفة بقانون التربية الخاصة للدفاع عن حقوق طفلهم في الخدمات المتوفرة والمناسبة أيضاً يحتاج الآباء أيضاً إلى التعامل مع الضغوطات النفسية والانفعالية الناتجة عن وجود طفل موحّد في الأسرة بذلك يتضح بأن الآباء يلعبون دور المعلم والمدافع ودور المحب لأفراد أسرته لذلك فإن المساعدة المتخصصة والمناسبة للآباء هامة لتمكينهم من تحقيق أهدافهم وأدوارهم فبعض الآباء يتعاملون جيداً مع هذه التحديات ولازال البعض الآخر يرى بأن عملية تعليم الطفل المتوحد مصدر من مصادر الضغط النفسي.

خاتمة:

يحتاج الأطفال المتوحدون إلى دعم افغالي وادي اكثر من إخوتهم العاديين، وعندما يكبر الأطفال فإنه من المهم أن نحاول تجنب المشاعر الغير العادلة بسبب أن الطفل التوحيدي يسمح له بالتخلص من السلوكات غير المقبولة أو غير المحتملة من قبل الأسرة ويكون من المناسب شرح ذلك للأطفال الاخرين وأن يكون قواعد سلوكية للطفل التوحيدي في الأسرة ومع التقدم في العمر فإنه من المناسب للأسرة أن تبحث عن مكان إقامة داخلية قبل أن يصبح الالباء كبارا في العمر والتخطيط لزيارات قصيرة يمكن أن يساعد أفراد الأسرة على تقبل ذلك والتعود عليه . بعد كل ما تم عرضه من عناصر، نصل إلى خلاصة مفادها أن: التوحد إعاقة من الإعاقات التي تظهر في مرحلة الطفولة، إذ لا يمكن أن نتحدث عن ظهور لإعاقة اسمها التوحد بعد هذه المرحلة. وتحدث تلك الإعاقة كنتيجة لاضطراب في الجهاز العصبي المركزي (المخ)، ونظرا للإصابة المبكرة لجهاز التنظيم والتحكم لمختلف أجزاء العضوية من جهة، والخصوصية النائية التي تتميز بها مرحلة الطفولة عموما من جهة أخرى، فإن إعاقة التوحد تمتد لتشمل جميع جوانب النمو في شخصية الطفل. وفيما يتعلق بعلاج هذه الإعاقة فإنه لا يوجد حتى الان علاج يمكن بمقتضاه التخلص من هذه الإعاقة نهائيا، ومع ذلك فإن العلاج السلوكي قد أثبت فعاليته في التخفيف إلى حد ما من أعراض إعاقة التوحد، وفي خضم ذكرنا للأعراض فإنه يمكن أن نتطلع إلى الكشف عن جانب آخر من جوانب الإعاقة للغز مستقبلا وذلك بالبحث المععمق في الأبعاد النفسية، والاجتماعية، والعقلية، وحتى البيولوجية للمفاهيم التالية: (التكرار، النمطية، التجميع، الاستقامة وأخيرا النظام أو الرتبة) التي نردها كثيرا في وصفنا للتوحد والمتوحد.

قائمة المراجع:

1. الجبلي، سوسن شاكر. (2007)، التوحد الطفولي اسبابه خصائصه تشخيصه علاجه، سلسلة الكتاب الالكتروني، عدد 6، اصدارات شبكة العلوم النفسية العربية
2. الكيكي، محسن محمود أحمد. (2011)، المظاهر السلوكية لأطفال التوحد في معهدي الغسق وسارة من وجهة نظر أبائهم وأمهاتهم، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، المجلد 11، العدد 1، ص ص 72-99.
3. سليمان، الرحمان سيد. (2000)، الذاتوية إعاقة التوحد لدى الأطفال، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر

4. القمش، مصطفى نوري.(2011)، اضطراب التوحد الاسباب التشخيص العلاج دراسات عملية، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
5. وائل بيومي السباعي (2009): الاضطرابات السلوكية والعصبية عند الأطفال (الوقاية والعلاج)، ط.1، القاهرة. مصر: دار العربي.
6. حسام أحمد محمد أبو يوسف (2006): الطفل التوحدي، ط.1، القاهرة. مصر: دار إيتراك.
7. طارق عامر (2008): الطفل التوحدي، ط1
8. عبد الرحمان سيد سليمان (2001): سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة، ط.1، الجزء الثاني، القاهرة. مصر: مكتبة زهراء الشرق.
9. عبد الرحمان عيسوي (1994): الأعصاب النفسية والذهانات العقلية (بحث ميداني في الأمراض النفسية والعقلية الشائعة)، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
10. عبد اللطيف مهدي زمام (2008): التوحد الذاتي عند الأطفال، عمان. الأردن: دار زهران.
11. مصطفى نوري العمش وخبيل عبد الرحمان المعاينة (2007): الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط.1، عمان. الأردن، دار المسيرة.
12. رانيا قاسم ودينا مصطفى (2010): اضطرابات النمو الشاملة والمتلازمات لدى الأطفال، القاهرة: دار الجامعة الجديدة.
13. BeaBrenda Williams & Lisa R. Audet.(2014) DSM-V changes in the diagnosis of Autism Spectrum Disorders & Implications for the Speech-Language Pathologist ، eHearsay: Issue 4 , Volume 2