# اضطراب طيف التوحد (ASD)

# Autism Spectrum Disorder (ASD)

**أ / مريم عيسى خليفة بوشهاب**

**طالبة باحثة في مركز الدكتوراه كلية علوم التربية**

**جامعة محمد الخامس بالرباط**

**2018-2017**

The second criterion includes the typical behavioral patterns, activities and concerns.

These symptoms appear in a period extending from early childhood until the age of 8 years including approximately (7) symptoms for the case diagnosis and determination of the extent of its severity together with the type of the service and qualification support for realization of the functional independency in life as much as possible.

Moreover, the characteristics of each type has been separately highlighted and how to distinguish between them in terms of the diagnosis time and the most stable symptoms .**Rett Syndrome** has been excluded from the ASD group due to the gene that causes its existence which is a developmental disorder and which is suffered only by females.

autism and dealing with them in a better manner.

We have urgently mentioned the biological and educational treatment methods as references that would help guardians and specialists concerned with this subject in understanding

**Summary**

Our aim in this article is to be acquainted with Autism Spectrum Disorder (ASD), particularly it has become an independent classification in the private education, besides perusal of the modern tendencies of this disorder in terms of nomenclature and diagnosis criteria.

Autism disorder is represented in Asperger syndrome, unlimited comprehensive growth disorders and childhood disintegration disorder. They have been combined in a single unit without separating them and its symptoms are obvious through only two (2) criteria.

The first of which, includes failure of social communication and interaction; and

**الملخص**

هدفنا في هذا المقال تعرف اضطراب طيف التوحد (ASD) وخاصة أنه أصبح تصنيفا مستقلا في التربية الخاصة. إلى جانب الاطلاع على التوجهات الحديثة لهذا الاضطراب من حيث المسمى ،والمعايير الخاصة بالتشخيص.

ويتمثل في اضطراب التوحد و متلازمة اسبرجر، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة واضطراب التفكك الطفولي، وقد تم تجميعها في وحدة واحدة دون الفصل بينها، وتتضح أعراضه من خلال معيارين فقط: المعيار الأول: يشمل القصور في التواصل والتفاعل الاجتماعي، والمعيار الثاني: يضم الصعوبات في الأنماط السلوكية النمطية ،والأنشطة والاهتمامات، وتظهر هذه الأعراض في فترة ممتدة من الطفولة المبكرة إلى (8)سنوات وبما يقارب ( 7 ) أعراض لتشخيص الحالة، وتحديد مستوى شدتها مع تحديد نوع الدعم الخدمي والتأهيلي لتحقيق الاستقلالية الوظيفية في الحياة ما أمكن ذلك. كما تم إلقاء الضوء على خصائص كل نوع على حدة، وكيفية التمييز بينهم من حيث زمن التشخيص وأكثر الأعراض ثباتا.. وقد تم استبعاد متلازمة ريت من مجموعة اضطراب طيف التوحد حديثا بسبب الجين الذي يتسبب في وجوده؛ وهو اضطراب تطوري يصيب الإناث فقط. وذكرنا على عجالة طرق العلاج البيولوجية والتربوية كمراجع تساعد أولياء الأمور، والمختصين والمهتمين بهذا الموضوع في فهم التوحديين، والتعامل معهم بصورة أفضل.

**المقدمة:**

إن البنين زينة الحياة الدنيا وبهجتها، وهما: سبب سعادة الوالدين فبهم تحلو الأوقات، وتهون الصعاب ،وتتحقق الأماني. إلا أنه قد يكون الأبناء مصدر قلق وحيرة لولي الأمر متى ما ألمَّ الخطب بالابن فلا يستطيع فهمه وكيفية التعامل معه وخاصة إن كان يعاني من خطب ما ،أو اضطراب ما.

- يبدو عليه التعب والإعياء؛ إلا أنه يمسك بلعبته بشكل غريب، ويطيل النظر فيها دون ملل وكأنه في عالم آخر، وعندما تقترب منه لا يشعر بك، وإذا وضعت يدك على جبهته فإذا بحرارته مرتفعة، وإذا فتحت فمه فإذا بضرسه ملتهب وقد انتفخ مكانه. كيف له أن يتحمل كل ذلك الألم بصمت ولا يشعر بمن حوله ويعيش في عالم خاص؟؟

- تقول الأم عن ابنتها التى لا يتجاوز عمرها الخامسة: هي هكذا تضع يدها على أذنيها عند سماعها للأنشودة، فقط هذه الأنشودة. وكم أشتاق أن أحضنها ولكن دون جدوى،

فهي دائما تبعدني عنها ولا تحب أن ألمسها؛ فقط تنظر إلى ساعة الحائط لساعات طوال دون أن تشعر بالملل وهي تحرك رأسها يمنة ويسرة. لا أعرف كيف أتصرف معها!!.

- لاحظت على ابني عند الرضاعة ينظر بعيدا ولو حاولت جذبه إلي. كما أنه يمشي على أطراف أصابعه وقد قارب السنتين، إلا أنه لم يتفوه بكلمة، ويستمر بضرب رأسه بالحائط. لقد أدمى فؤادي ولا أجد سببا لتصرفه!!!

هذه حالات يعجز فيها الوالدان عن فهم تصرفات أبنائهم، وقد يتوجهون بلوم أنفسهم، والشعور بالذنب لقلة حيلتهم للتصدي لهذه الحالات؛ مما يستدعي التدخل السريع من المختصين بنشر الوعي والمعرفة عن هذا الاضطراب، وكيفية التعامل معه وكيفية علاجه.

وفي هذا المقال سيكون الحديث عن اضطراب التوحد التطوري ،والذي عرف حديثا في الوطن العربي؛ وهو أكثر الاضطرابات النمائية تأثيرا على القدرات الوظيفية، مما جذب الكثير من اهتمام الاختصاصيين والباحثين النفسيين، ولا يزال هذا الاضطراب مثيرا للجدل بين المهتمين من حيث أسبابه وطرق علاجه.

ويهدف هذا المقال إلى تزويد المهتمين من الباحثين، وأولياء الأمور بكيفية اكتشاف التوحد وتعرفه من خلال خصائصه وأنواعه وطرق علاجه، وخاصة أنه أصبح تصنيفا مستقلا في التربية الخاصة. إلى جانب الاطلاع على التوجهات الحديثة لهذا الاضطراب من حيث المسمى والمعايير الخاصة بالتشخيص. الجابري (2014) [1]. فأصبح تعريفهم ضرورة ملحة؛ نظرا لوجود أعداد كبيرة من الحالات التي تفتقد للكثير من أنواع الخدمات اللازمة من اكتشاف وطريقة تعامل ودعم وتأهيل لهذه الفئة.

**نبذه تاريخية:**

بدأت معرفة هذا الاضطراب فى عام 1943 على يد الطبيب النفسي النمساوي ليوكانر Leo kanner من خلال دراسته لإحدى عشر حالة تظهر عليهم مواصفات ذلك الاضطراب، وكان آن ذاك يعمل بالولايات الأمريكية عندما نشر تقريره مفصلا لتلك الحالات، وقد وجد خصائص رئيسية تميز هؤلاء الأطفال:

- عجز في إقامة علاقات مع الآخرين .
- عزلة تامة عن العالم الخارجي.
- قصور في اللغة تتضمن المصاداة وترديد الكلام.
- رغبة عارمة في التكرار والاستمرار به .
- ممارسة اللعب النمطي .

ـ حركة جسمية غريبة كالدوران أو التأرجح .
وقد تشابهت أعراضهم مع أعراض الأطفال الفصاميين، إلا أن هناك فرقا بينهم وبين الأطفال الفصاميين بثلاث طرق:
ـ الفصاميون يميلون للانسحاب من العالم الخارجي؛ بينما التوحديون لا يقيمون أي علاقات اجتماعية يمكنهم البدء بها.
ـ لدى التوحديين أنماط لغوية غريبة أهمها قلب الضمائر وتكرار العبارات.
ـ لا يتدهور الأداء الوظيفي للأطفال التوحديين مع مـــرور الوقت كمـــــا يحدث للأطفال الفصـــاميينScheuermann&Weber,2002 [2].

ثم نشر تقرير آخر في عام 1944 على يد العالم Hans Sperger باللغة الألمانية ولم يحظَ بانتشار واسع إلى أن تمت ترجمته باللغة الانجليزية على يد إحدى السيدات التى التقت به في إحدى اللقاءات العلمية. واتفق اسبرجر وكانر على أن الاضطراب بيولوجي الأساس، وأنه موجود منذ الولادة، أما تسمية الاضطراب بالتوحد فقد جاءت من الطبيب النفسي Bleuler الذي أشار إلى أنه اضطراب في انفصام الشخصية، وانسحاب من الحياة الاجتماعية (autism) وهو لفظ يوناني يقصد به النفس
(sundberg,1998)؛myles,1999) [3].
في الخمسينيات والستينيات كان كانر أول من حدد الخصائص الرئيسية للاضطراب التوحدي والذي يظهر في ثلاث مجالات رئيسية؛ الفشل في تطوير علاقات اجتماعية، تأخر واضطراب لغوي، سلوكات استحواذية مرتبطة باللعب التكراري. ويظهر عيب اللغة من خلال التجريد والفهم واجراء التداخل التربوي (الزريقات،2004)[4].
أما كريك Creak ’ s Definition فقد نظرت للتوحد كإشارات مبكرة للفصام فمن خصائص الذهان في الطفولة المبكرة :
ـ مقاومة شديدة للتغيير.
ـ انشغال مرضي بأشياء غير محددة.
ـ عدم القدرة على إقامة علاقات انفعالية مع الآخرين.
ـ قلق حاد ومتكرر.
ـ خبرات إدراكية شاذة (الشامي،2004)[6].
وقد تم تشخيص هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي وفق ما ورد من القاموس الإحصائي للأمراض العقلية الطبعة الثانية (D.S.M.2) وتم الاعتراف بخطأ هذا التصنيف في الطبعة الثالثة. (البطاينة وآخرون،2009 )[7].

وترى الجمعية الأمريكية للطب النفسي أن التوحد هو إعاقة نمو شاملة، ويتسم بالانسحاب الاجتماعي والتأخر الفكري ومشاكل لغوية وعدائية نحو الآخرين قبل بلوغ الثلاثين شهرا من العمر (Willis,2003)[8].

كما عرفت وزارة التربية الأمريكية التوحد على أنه عجز تطويري في الاتصال اللفظي وغير اللفظي يؤثر بشكل كبير على التفاعل الاجتماعي ويحدث قبل عمر ثلاثة سنوات ويؤثر سلبا على الأداء التربوي للطفل (البطاينة وآخرون،2009).[7]

أما القانون الامريكي لتعليم الأفراد المعاقين فعرف التوحد على أنه "إعاقة تطورية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، وتظهر هذه الأعراض بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر، وتؤثر سلبا على الأداء التربوي ومن مظاهره انشغاله بنشاطات متكررة وحركات نمطية ومقاومة للتغيير البيئي( National Research Council,2001)[5].

والمتتبع لتعاريف اضطراب التوحد يجد أنه يسير وفق ثلاثة خطوط رئيسية تصف طفل التوحد؛ وقبل الدخول في

التفاصيل نتفق على أنه اضطراب نمائي تطوري شامل يحدث قبل السنة الثالثة من عمر الطفل، كما وضحها الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية الطبعة الرابعة (DSM1V) ويتمثل في:

1- صعوبة شديدة في كيفية سير الحياة الاجتماعية وفي فهم المحيطين والارتباط بهم.

2- عدم القدرة على استخدام اللغة بشكل صحيح مع تأخر ملحوظ في النمو اللغوي.

3 - الإصرار على أداء الأفعال على وتيرة واحدة، وعدم التغيير، وصعوبة التخيل أثناء التفكير واللعب.

وهذا مايعرف بثالوث الأعراض. ونص عليه الدليل التشخيصي والإحصائي الطبعة الرابعة (الشامي،2004)[6]. كفئة مستقلة تحت مسمى الاضطرابات النمائية الشاملة مع اضطرابات أخرى تتشابه معها في بعض الأعراض السلوكية، ووضحت المعايير التشخيصية التى يجب الاعتماد عليها عند التشخيص (TR,2000-DSM1V).

وقد تم تعريف اضطراب التوحد في الطبعة الرابعة على أنه "قصور نوعي يظهر في ثلاثة مجالات نمائية: التفاعل الاجتماعي، والقدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي، وجملة من الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية والتي يجب أن يكتمل ظهورها قبل الثالثة من العمر (DSM IV-TR, 2000).

إلا أن هناك علامات أو مظاهر نستدل من خلالها على وجود اضطراب طيف التوحد كمؤشرات أولية على سبيل المثال لا الحصر:

*صعوبة التعبير اللفظي عن احتياجاتهم، فإذا كان يرغب بشرب الماء (يقوم بسحب الشخص إلى البراد)

*لا يرغبون في معانقة الآخرين لهم أو حملهم لارتفاع عتبة الإحساس لديهم، أو يسد أذنيه عند سماع الأصوات، وبعضهم عتبة الإحساس لديه منخفضة فقد لا يشعر بالألم (كالتهاب عصب الضرس).

*الرتابة وعدم اللعب الابتكاري، ولا يملكون قدرة التخيل، ونلاحظ ذلك بعدم اللعب مع الدمى وتمثيل الأدوار كما يقوم به الطفل الطبيعي؛ بل يظهر على لعبه الرتابة والتكرار.

*التعلق بلعبة معينة أو ملمس أو قطعة قماش أو رائحة معينة ومن الصعب التخلي عنها.

*يفقدون المهارات التي يملكونها أو التي كانوا يتقنونها في الماضي.

*لديهم سلوك نمطي يكررونه باستمرار؛ كالدوران أو تحريك الرأس يمنة ويسرة أو التصفيق.

*تكرار الكلمات أو المصاداة أو تكون لهم لغة خاصة غير مفهومة.

*الاندفاعية وعدم تقدير المخاطر كعبور الشارع دون أخذ الحذر.

*الانعزال الاجتماعي فلا يتواصل مع أفراد عائلته أو المجتمع.

*حركة مستمره بدون هدف.

*الضحك من غير سبب أو الصراخ المستمر.

قصور في التواصل البصري، وتجنب النظر في وجوه الأشخاص.

هذه المؤشرات يستدل بها ولي الأمر على أن هناك خطبا قد ألمّ بطفله، فيبادر في معرفة المزيد عن طفله؛ ليتسنى له التعامل معه بشكل صحيح من خلال التواصل مع المراكز المتخصصة في هذه الحالات أو أطباء متخصصين في المجالات النمائية.

ومن هنا تأتي أهمية تعريف الأسر والمهتمين والمختصين على هذا النوع من الاضطراب من حيث الأعراض والأنواع وكيفية التشخيص وسبل العلاج.

**أنواع التوحد كما تراها اللجنة العلمية التي تولت إعداد الطبعة الرابعة:**

تشير التقديرات المستمدة من الاستعراضات إلى أن طفلا واحدا من بين كل 160 طفلاً يصاب باضطرابات طيف التوحد. وتمثل تلك التقديرات عدد الحالات في المتوسط، وتتباين معدلات انتشارها تبايناً كبيراً بحسب الدراسات، بيد أن بعض الدراسات الحديثة تفيد بمعدلات انتشار أعلى بكثير من ذلك.

ففي عام 2002 عقد المؤتمر الوطني لاضطراب التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية وانتهى هذا المؤتمر إلي أن حالات اضطراب التوحد يتم توزيعها كما يلي:
هناك (1) من كل (1000) حالة طفل صنف بأنه ذوي اضطراب توحد كلاسيكي.
هناك (1) من كل (500) حالة طفل مصابون بأعراض اضطراب التوحد.
هناك (1) من كل (200) حالة من أعراض اضطراب التوحد وأعراض اضطرابات النمو وأعراض مرض اسبرجر كما كشفت الدراسة الاستقصائية الوطنية عام 2009 عن نسبة انتشار اضطراب التوحد بما يقارب (1) من كل (91) طفل يتراوح أعمارهم من( 3إلى17) سنة. وأن نسبة انتشار اضطراب التوحد بين الذكور أعلى من الإناث بنسبة (4: 1).أما في البلاد العربية فلا توجد إحصائيات تحدد نسبة وجود اضطرابات التوحد. محمود، وآخرون(2015).[9]

**هناك أربع أنواع من التوحد:**

**أولا: اضطراب التوحد الكلاسيكي(AD):** يظهر قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره، ويظهر في ٧٠ % إلى ٨٠% من المصابين به خلال السنة الأولى، أما الباقون فينمون بصورة طبيعية أو شبه طبيعية ويتراجعون بين سن الثانية والثالثة ويفقدون بعض المهارات التي اكتسبوها.

وتختلف الأعراض من شخص لآخر حسب تفاوت القدرات الإدراكية فمنهم 77% لديهم تأخر ذهني من خفيف إلى شديد ويظهر لديهم ثالوث الأعراض المتمثلة في:

- عدم الاكتراث بمن حوله إلى جانب أنهم يفضلون الوحدة والانعزال.
- صعوبة في استخدام التواصل البصري، فيتجنب النظر في أعين الآخرين.
- القصور في التواصل اللغوي؛ فهم نادرا ما يتكلمون قبل أن يصلوا إلى سن الثالثة، وقد يتكلمون في سن الخامسة أو السادسة أو أكثر وتكون لديهم مشكلات لغوية ويخلطون بين الضمائر والمصاداة، ويكون فهمهم للكلام حرفيا مع محدودية استخدام اللغة.
- فقدان القدرة على التخيل والتعلق الشديد بالروتين والقيام بسلوك نمطي، مثلا بدلا من استخدام لعبة بشكل صحيح يقوم بترتيبها في صفوف منتظمة. ولا يشاركون في اللعب التمثيلي، ولديهم تعلق شديد بالروتين، وتنتابهم نوبة غضب شديدة في حال تغيير الروتين المعتاد، ويقومون ببعض الحركات الجسدية كرفرفة اليدين، أو الدوران حول الطاولة، أو تحريك رؤوسهم يمنة ويسرة، ولكن مع تقدم العمر تنخفض نسبة حدوث الحركات المتكررة مع التقدم في السن (الزريقات،2004) [4].

كما أن هناك مشكلات مصاحبة للتوحد:

- مشكلات في الأكل فهم لا يأكلون سوى نوعيات محددة من الأطعمة ويرفضون التنويع والتغيير.
- مهارات تفوق قدراتهم الإدراكية، فقد يجد الطفل صعوبة في الإشارة إلى صورة بسيطة؛ ولكنه يستطيع أن يظهر

قدرات فائقة في حل أحجية؛ وهذا ما يعرف بمصطلح جزر القدرات (البطاينه وآخرون،2009).[7]

- قد يتمتع البعض بقدرة فائقة على القراءة في سن مبكر كالثالثة من عمره، ويستطيع قراءة جميع الكلمات والإعلانات إلا أن هذه القراءة غير مصحوبة بفهم لمعاني الكلمات.
- هناك مواهب خاصة تعرف بالعالم التوحدي أو العالم المتغابي، وتظهر لدى ما يقارب 10 % من التوحديين أما غير التوحديين بنسبة 1 % وهناك أشكال عديدة تظهر بها مواهب العالم التوحدي، وأكثرها شيوعا القدرة في الرياضيات، والحفظ، والهندسة المعمارية، والرسم، والموسيقى، وتذكر الطرق؛ وقد يفقد بعضهم هذه القدرات في سن البلوغ أو عندما تتطور لديهم مهارة الكلام.

**ثانيا :متلازمة اسبرجر** :(Asperger Syndrome)

هو أكثر شيوعا من اضطراب التوحد الكلاسيكي، ويتمتعون بدرجة ذكاء طبيعية، وليس لديهم تأخر في اكتساب المقدرة الكلامية؛ إلا أنه يتمثل في العجز الشديد في التواصل الاجتماعي، والقيام بأعمال نمطية متكررة، وفقدان القدرة على التخيل، وقد لا يلاحظ الأهل وجود سلوكيات غير عادية في السنوات الثلاث الأولى؛ لارتفاع مهاراته الإدراكية، وعدم تأخره في اكتساب اللغة، إلى أن يدخل الحضانة تظهر الفروق، وتتضح في الجانب الاجتماعي، وهذا النوع من التوحد يعد جديد في الشرق الأوسط فالكثير من الأطباء ليسوا متمرسين في تشخيصه. (الزريقات،2004).[4]

**وتبدو أعراضه في :**

- قصور في الاستخدام العملي والاجتماعي للغة: وذلك من خلال العجز عن فهم مفردات اللغة؛ إلا أنه قادر على تكوين جمل طويلة ومعقدة، ويُظهر اهتماما في تكوين صداقات.
- صعوبات على صعيد العلاقات الاجتماعية:

رغم أنه أكثر إلماما وإحاطة بالوسط الاجتماعي المحيط به؛ إلا أنه يعجز عن فهم قواعد العلاقات الاجتماعية وتطبيقها، وكذلك يعجز عن تفسير الإشارات العاطفية الصادرة عن الغير.

**ـ اهتمامات خاصة – الالتزام بالعمل الروتيني:**
عادة ما يهتم الاسبرجر بموضوع أو اثنين ويكرر ذلك كل عامين، ويظهر اهتمامه على الإصرار لمعرفة حقائق كثيرة عن الحيوانات، كما أنه يستاء من تغيير روتينه، ويصر على أداء المهام اليومية بنفس الطريقة في كل مرة.

**ـ صعوبات في المهارات الحركية:**
يتأخر نمو المهارات الحركية لديه، وهو لا يتقن استخدام أدوات اللعب الخارجية؛ كالأرجوحة أو ركوب الدراجات، وقد تكون هيئة وقوفه أو جلوسه غريبة، كما أنه يبدو أكثر وسامة من إخوانه. والطفل الذي لا يكتسب كلمات فردية قبل نهاية السنة الثانية من عمره، ولا يستطيع تكوين جمل قبل نهاية السنة الثالثة لا يمكن تشخيصه بمتلازمة اسبرجر.

**ثالثا: متلازمة ريت Rett Syndrome**
هو اضطراب يظهر على الإناث، ويصيب مولودا واحدا من كل 15000 مولود. تنمو الطفلة بشكل طبيعي خلال 5-8 أشهر الأولى من عمرها ثم تبدأ الحالة بالتدهور :
**ففي المرحلة الأولى:** من 5 شهور- 12 شهر يقل الإلتقاء البصري واهتمامها بالألعاب والمحيطين بها، وتكون اليدين متشابكتين مع إغلاق القبضة، ويظهر العجز في تنمية المهارة الحركية الكبيرة المتمثلة في التوازن كالحبو، أو الوقوف، والمشي كما أن 60 % يتحركن بالزحف على الأرض. (الشامي،2004).[6]
ـ **المرحلة الثانية** من سنتين - أربع سنوات: نرى التدهور السريع في القدرات الذهنية، وتصل إلى التأخر الشديد والحاد، وتصبح المهارات الاجتماعية غير طبيعية، وتفقد القدرة على الكلام، وتنشأ حركات متكررة بوضع يدها في الفم أو لعقها أو التصفيق بها، وتزداد صعوبة الحركة، ويلاحظ لديها صك الأسنان، وصعوبة في التنفس والنوم.
ـ **المرحلة الثالثة:** خلال 10 سنوات يستمر التدهور في المهارات الحركية مع ظهور نوبات الصرع بنسبة 80% من الإناث، إلا أنهن في هذه الفترة يُظهرن تحسنا في الانتباه والتواصل والمهارات الاجتماعية.
ـ **المرحلة الرابعة** : من 10 سنوات وما فوق: يستمر التحسن وتزداد السيطرة على نوبات الصرع، إلا أن الطفلة تفقد القدرة على التنقل وتحتاج إلى كرسي متحرك للتنقل، وتصاب بالجنف وهو تقوس في العمود الفقري، كما تعاني من نحولة الجسم وسوء التغذية، وتعاني من مصاعب المضغ والبلع.

**رابعا: اضطراب الانتكاس الطفولي (CDD)**

هو من أندر الحالات بنسبة100000:1 مولود وهو يصيب الذكور أكثر مما يصيب الإناث كالتوحد الكلاسيكي وأسبرجر بنسبة 4 :1 للذكور، ينمو الطفل بشكل طبيعي ولفترة طويلة من حيث المهارات الحركية والاجتماعية، والقدرة على قضاء حاجاته الخاصة الى أن يصل لعمر بين 2 و5 سنوات وأحيانا إلى سن العاشرة يبدأ بعدها في التدهور بشكل ملحوظ؛ يفقد الطفل مهارات قد اكتسبها مسبقا كالكلام، والمهارات الاجتماعية، ويفقد السيطرة على التبول والتبرز، وقد يصاب بالبكم، وتنشأ بعض الحركات المتكررة بانتظام، وعندما تحدث الانتكاسة يظهر جانبان أساسيان من ثالوث الأعراض للتوحد.

تشخص حالات الانتكاس الطفولي بالمعرفة الدقيقة لتاريخ نموه في المرحلة الأولى من حياته؛ بمعنى إذا كان تطور الطفل طبيعيا لجميع الجوانب إلى أن تجاوز الثالثة من عمره ثم فقد بعدها مهاراته؛ كان تشخيص اضطراب الانتكاس الطفولي لهذه الحالات مناسبا.

**خامسا الاضطراب النمائي الشامل–غير محدد(PDD NOS)**

هو الأكثر انتشارا من الأنواع الأخرى، ويشخص عند وجود بعض ملامح التوحد؛ أي يكون الشخص توحديا تقريبا كما أنه يواجه صعوبة في التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، واللعب. وهي أعراض أقل شدة من التوحد الكلاسيكي، وتظل لديهم القدرة على التفاعل الاجتماعي

بدرجة تحول دون تشخيصهم بالتوحد، ولديهم قدرات إدراكية طبيعية، والإصدار الرابع المنقح من الدليل التشخيصي (TR-DSM-IV ) يذكر أن هذا التصنيف يجب استخدامه عند وجود قصور شديد وشامل في نمو القدرة على التواصل والتفاعل الاجتماعي، واقترانه بوجود قصور في مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي مع وجود أنماط سلوكية ونشاطات نمطية متكررة، ولكن معايير التشخيص لا تلتقي مع نوع محدد من الاضطرابات النمائية الشاملة. كما أننا نحتاج إلى 6 أشهر لنتأكد أو لنصل إلى التشخيص الصحيح لهذا النوع من التوحد.

**التوجهات الحديثة للمعايير التشخيصية الطبعة الخامسة**

**(DSM, V 2013)**

في هذه الطبعة تم تغيير مسمى الفئة، وكذلك معايير تشخيصها من قبل اللجنة العلمية المعدة لهذه الطبعة، ففي الطبعة الرابعة المعدلة Pervasive(DSM IV-TR, 2000 كان اضطراب التوحد تحت سقف الاضطرابات النمائية الشاملة Developmental

Disorders-PDD بالإضافة إلى أربعة اضطرابات أخرى تتفق معها في بعض السلوكيات .

*إلا أنه تم الاتفاق على أن متلازمة ريت لم تعد اضطرابا معرفا ضمن الفئة التى تندرج تحتها، فقد توصل العلماء إلى الجين المسبب لهذه المتلازمة. لذا استثنت الطبعة الخامسة متلازمة ريت كواحدة من فئات اضطراب طيف التوحد Machado, Caye, Frick&Rohde;2013 [10]

*الأمر الثاني تم تغيير مسمى هذه الفئة في الطبعة الخامسة بتغيير معايير تشخيصها، كانت تحت مسمى (AD) والذي كان يعرف سابقا باضطراب التوحد، فأصبح يعرف باضطراب طيف التوحد( ASD)

*الأمر الثالث أصبح اضطراب طيف التوحد تحت مظلة الاضطرابات النمائية العصبية **(Disorders Neurodevelopmental)**

وهي مجموعة من الاضطرابات أوردتها الطبعة الخامسة كالتالي**:**

فئة الاضطرابات العقلية : Intellectual Disabilities

فئة اضطرابات التواصل: Communication Disorders

اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد : (ADHD)

صعوبات التعلم المحددة Specific LD :

الاضطرابات الحركية Motor Disorders :

اضطرابات طيف التوحد: Machado, Caye, Frick, & Rohde, (2013) (ASD))[10]

*الأمر الرابع اقتصر اضطراب طيف التوحد (ASD) على اضطراب التوحد (AD) ومتلازمة اسبرجر (Asperger Syndrome) واضطراب التفكك الطفولي او الانتكاسي (CDD) والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (PDD NOS) تختلف بينها حسب شدة الأعراض وتواجدها وتم تجميعها في فئة واحدة.

*خامسا: اعتمد التشخيص على معيارين بعكس الطبعة الرابعة وهما القصور في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي كمعيار؛ والمعيار الآخر الصعوبات في الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية.

*سادسا: يتم التشخيص بناءا على (7) أعراض سلوكية. يكون منها (3) أعراض ضمن المعيار الأول و(4) أعراض للمعيار الثاني، بعكس ما كان معمولا عليه سابقا( 12) عرضا سلوكيا موزعة على ثلاثة أبعاد لكل بعد أربعة أعراض.

*سابعا: تحديد مستوى شدة الأعراض، وذلك لتحديد مستوى ونوع الدعم الخدمي والتأهيلي المعمول على تقديمه، ويكون ثلاث مستويات لكل معيار تشخيصي.
*ثامنا: المدى العمري فقد امتد المدى العمرى من 3 سنوات ليصل إلى (8) سنوات.
*تاسعا: الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية كواحدة من الأعراض السلوكية الأساسية في التشخيص بعدما كانت من الأعراض المساندة.
*عاشرا: تحديد مدى وجود اضطرابات مصاحبة لاضطراب طيف التوحد عند التشخيص.
كما تم اقتراح فئة اضطراب التواصل الاجتماعي كفئة جديدة في حال وجود المعيار الأول فقط، والتي تنطبق عليه الأعراض السلوكية في اضطراب طيف التوحد.
واعتماد التشخيص الذي يؤدي إلى تحديد الخدمات المراد تقديمها لربط التشخيص بالدعم المطلوب. الجابري (2014).[1]

**طرق واستراتيجيات العلاج:**

يرى حلواني (1996) [14] إن الدراسات حول التوحد تم إجراء أغلبها في بيئات أجنبية، أما في الوطن العربي فتعد حديثة نسبيا، وفيما يتعلق بالبرامج فلا يوجد سوى دراسات قليلة موجهة للأم أو للأب فقط. في حين أن الطفل يقضي معظم وقته في المنزل، ورغم ملاحظتهم لأي مشكلة تطرأ على طفلهم ومراقبة أي تغيير في سلوكه إلا أنهم يجهلون كيفية التعامل معها، أو معرفة كنه ما يمر به. وهنا يأتي دور المختص في الإرشاد والتوجيه والاستفادة من جميع المعلومات المقدمة من الأسرة فهي لها دور كبير في إنجاح البرامج العلاجية. ومن هنا تأتي أهمية مشاركة الوالدين الفاعلة بدأ من التشخيص وانتهاء بتطبيق البرامج وتقييمها.
فهناك عدة مناهج علاجية مساندة منها:

**أولا: الحمية الغذائية**

يقول بول شاتوكpaul shattock بجامعة سندرلاند ببريطانيا أن اضطراب التوحد قد يكون بسبب أيضي أي عدم اكتمال عملية الأيض (تحليل الطعام) أثناء الهضم نتيجة تأثير الببتايد peptide وهو ينشأ من بروتين الجلوتين من القمح ومشتقاته، وبروتين الكازيين casein من الحليب ومشتقاته فيحدث تأثير على الوصلة العصبية التي بدورها تؤثر على الجهاز العصبي من خلال اضطراب الجوانب الانفعالية، والمعرفية، والمناعة والقناة الهضمية، ولذا يتوجب نظام غذائي خاص بالطفل التوحدي بعد أخذ الفحوصات المختبرية للبول لمعرفة مستوى الببتايد وهذا يساعد على تحسن بعض المظاهر السلوكيه للطفل عسليه،(2006).**[11]**

وقد أشارت بعض تقارير الآباء1998) ،1997، Lisa Lewis ) [12]،[ 13] إلى أن بعض الأطفال التوحديين أظهروا تحسنا كبيرا في سلوكياتهم؛ كارتفاع في درجة الانتباه وزيادة في الالتقاء البصري، وانتظام النوم، والانتظام في دخول الحمام، وانخفاض نسبة السلوكيات غير المرغوبة (الشامي،2004).[6]

وهناك أغذية مسببة للحساسية لأكثر من ( 60 %) من المصابين بالتوحد وهي:

- منتجات الحليب الحيواني على أنواعه.
- منتجات القمح، والشعير، والشوفان.
- الشاي والقهوة.
- سكر القصب.
- الألوان الصناعية، والمواد الحافظة.
- الخميرة، والفول السوداني، والحمضيات، والكحول (البطاينة وآخرون،2009 ).[7]

**ثانيا:العلاج بالفيتامينات**

من أكثر الباحثين في معهد أبحاث التوحد بجامعة كاليفورنيا هو رملاند(Rimland) الذي استخدم الفيتامينات في العلاج، وخاصة المغنسيوم ومن خلال الأبحاث تبين أن أجسام التوحديين تحتاج إلى جرعات غذائية لا تتوافر في الأغذية العادية وتتكون من فيتامين B 6 (ما بين 300- 30 ملجرام) وجرعات إضافية من المغنسيوم (جرعات يومية ما بين 500-350 مليجرام) وتبين أن( 50-30% ) يتم لديهم التحسن (البطاينة وآخرون،2009 ).[7]

وقد اتضح أن التوحديين يتحسن لديهم التواصل البصري، وعادات النوم، والانتباه والتحدث (عسلية،2006 )[11]

إن هذه الفيتامينات تعمل على تصحيح بعض الاختلالات الكيماوية، ومن أكثر المواد التي يوصي بها عادة فيتامين B6 والمغنسيوم؛ وللمغنسيوم أهمية خاصة مع هذا الفيتامين؛ لأن الجسم لا يستطيع أن يستفيد بصورة صحيحة من هذا النوع من الفيتامين بدون المغنسيوم، واستخدم الدكتور ريملاند هذا العلاج في عام 1964 وفي 1978 أعطى 200 شخص توحدي أنواع مختلفة من الفيتامينات إلا أن (30-40 %) من الأطفال أبدوا تحسنا من فيتامين B6 مع المغنسيوم بعد مرور أربعة أشهر. وقد رأى أن الجرعة الصحيحة هي (17,6) ملغم من فيتامين B6 ومقدار (6,6-8,8) ملغم من المغنسيوم لكل كيلو جرام من وزن الشخص، مع أن الأمر يحتاج إلى مراقبة طبيب ماهر ليحدد الجرعة المناسبة (الشامي،2004).[16]

**ثالثا: طريقة لوفاس (Lovaas)**

يعرف العلاج بالتحليل السلوكي، وتقوم النظرية على أنه يمكن التحكم في السلوك بدراسة البيئة والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك، وتعتمد الطريقة على استخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف، بحيث لا تقل مدة العلاج السلوكي عن ٤٠ ساعة في الأسبوع، وقد تصل لعدة سنوات، ويتم مكافأة الطفل على كل سلوك جيد أو على عدم ارتكاب السلوك السيئ، وعقابه على كل سلوك سيئ (James,2004) .[ 14]

كما يقوم البرنامج على التدريب في التعليم المنظم، والفردي، بناء على نقاط القوة ونقاط الضعف وإشراك الأسرة في عملية التعليم، ويبدأ من سنتين ونصف إلى خمس سنوات، على أن تكون درجات الذكـاء أعلى من 40 %. ومن أهم ركائز البرنامج القياس المستمر لمدى تقدم الطفل

في كل مهارة من خلال التسجيل المستمر لمحاولات الطفل الناجحة والفاشلة، ويرتكز على الانتباه، والتقليد، ولغة الاستقبال، ولغة التعبير ما قبل الأكاديمي، والاعتماد على النفس، وتتراوح الجلسة الواحدة ما بين 90-60 دقيقة للمبتدئين تتخللها جلسات استراحة لمدة دقيقة أو دقيقتين لكل 15-10 دقيقة من التدريب (عسلية،2006).[11]

**رابعا: طريقة تيتش(Teacch)**

هي طريقة تعليمية شاملة، وتقدم تأهيلا متكاملا للطفل، ومصممة بشكل فردي حسب احتياجات الطفل (James,2004).[15]

طور هذا البرنامج الدكتور أريك شوبلر عام 1972 في جامعة كارولينا، وهو أول برنامج مختص بتعليم التوحديين، ويقوم البرنامج على استثمار نقاط القوة لدى الطفل، كما أنه برنامج متكامل من عمر 18-3 سنة، والبيئة التعليمية لبرنامج تيتش بيئة تعليمية منظمة، تقوم على المعينات والدلائل البصرية، فيتمكن من التكيف مع البيئة وتكوين روتين محدد، وتنظيم المساحات، والجداول اليومية، وتنظيم العمل، والتعليم البصري. ويرتكز منهج تيتش التربوي على تعليم مهارات التواصل، والمهارات الاجتماعية، واللعب، ومهارات الاعتماد على النفس، والمهارات الإدراكية، ومهارات التكيف ومهارات حركية، وأكاديمية (عسلية،2006).[11]

**الخلاصة**

لا يزال البحث في هذا المجال حديثا ويحتاج إلى المزيد من التنقيب والدراسات لإثبات الطرق الناجحة، وترجيح النظريات الأكثر واقعية في تفسير هذا الاضطراب؛ مما يسهل

طرق علاجه، ويفتح آفاق واسعة أمام التوحديين للانخراط في المحيط الاجتماعي، واكتساب مهارات التواصل، ويتطلب ذلك التدخل المبكر للحد من درجة حدوث الاضطراب وشدته، ويعتمد بالدرجة الأولى على دور الأسرة في تدريب الطفل على الممارسات الصحيحة، وإنشاء مراكز تأهيلية، وتدريبية، كما يتطلب فريقا متعدد التخصصات لتشخيص وعلاج هذه الفئة من الأطفال. وللدولة الدور الأكبر في تخريج الدارسين، والباحثين في هذا المجال. فالوطن العربي حديث عهد في هذا المجال، والحالات في تزايد مستمر، ونحن بحاجة إلى كتب، ومراجع علمية باللغة العربية تتيح للمهتمين الحصول على معلومات شاملة ووافية عن هذا الاضطراب.

**المراجع العربية**

[1] الجابري، محمد.(2014): *التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة*. ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة: الرؤى والتطلعات المستقبلية. المملكة السعودية . جامعة تبوك.

[4]. الزريقات، إبراهيم .(2004):*التوحد الخصائص والعلاج*. عمان : دار وائل.

[6]. الشامي، وفاء. (2004).*خفايا التوحد أشكاله وأسبابه وتشخيصه*. الكتاب الأول .الرياض:مكتبة الملك فهد الوطنية .

[7]. البطاينة، أسامه و آخرون.(2009) :*علم نفس الطفل غير العادي*. (ط.2). عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع والإعلان.

[9]. محمود، الفرحاتي،و السيد، وآخرون.(2015). *اضطراب التوحد دليل المعلم والأسرة في التشخيص والتدخل*: وحدة الاختبارات النفسية والتربوية بقسم البحوث.

[11]. عسلية، كوثر حسن.(2006). *التوحد*. (ط.1). عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

[14].حلواني، حسني إحسان .(1996):*المؤشرات الشخصية الفارقة للاطفال ذوى اضطراب التوحد من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية* .رسالة ماجستير .كلية التربية جامعة أم القرى بمكة المكرمة .

[16]. الشامي، وفاء. (2004):*علاج التوحد الطرق التربوية والنفسية والطبية*. (ط.1). الأول . الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.

References

2.Scheuermann, B, & Webber, J.(2002) Autism : Teaching does make a difference Stamford, CT: wadsworth Group.

3.Myles, Brenda Smith. (1999).Asperger syndrome and difficult moments: practical solution for tantrums, rage and meltdowns, Autism Asperger publishing.

5.National Research Council .(2001). Educating children with autism Committee on Educational Interventions for Children with autism Division of Behavioral and Social Sciences and Education .Washington, DC: National Academy press

8.Willis, S.L.(2003).A Comprehensive Guide to Managing Autism: http://www.cocertutor.com/And School Systems For Blind Students-1976.Louisville.Ky:American Printing House for The Blind.

10.Machado, J., D., Caye A., Frick P., J., & Rohde L., A. (2013). DSM-5: Major changes for child and adolescent disorders. In J.M. Rey (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

12.Lewis, L.(1998). Understanding and implementing a gluten and casein free diet. In W. Shaw (Ed.), Biological treatments for autism and PDD. Kansas: Shaw.

13.Lewis,L.(1997).Understanding and implementing a gluten and casein free diet. Retrieved from the world wide web at www. Princeton.edu ~/ serge/II/gfpak.html.

15.James B.A. Stephen M.E, Temple G., Rimland B. (2004).Advise for Parents of Young Autistic Children: Working paper :Greater phoenix Chapter of the Autism Society of American: autism_overview_03_08_04%20 with /. Orgwww.phxautism//http: %20 AZ%20 addendum.doc