Ateka Fakhri Khairullah ALAADHAMI ¹

**AUTSIM SPECTRUM DISORDER COMPLEX AND COMPLEX
DISABILITY (CONCEPTUAL STUDY)**

<http://dx.doi.org/10.47832/2717-8293.3-3.4>

Research Article

Received:

22/12/2020

Accepted:

20/01/2021

Published:

01/03/2021

This article has been
scanned by iThenticate
No plagiarism detected

Copyright © Published
by Rimak Journal,
www.rimakjournal.com

Rimar Academy, Fatih,
Istanbul, 34093 Turkey
All rights reserved

Abstract:

The current research seeks to answer the most common questions posed by parents and those interested in the subject of autism spectrum disorder by employing theoretical scientific information based on a large amount of scientific studies and experiments in most general and sub-specialties - medical, pedagogical, psychological and behavioral - with the aim of increasing the ability of all segments of society to accurately understand what the disorder is and thus contribute to the mechanism of early detection and rehabilitation of cases.

The issue of autism has become "urgent", especially after the marked increase in the number of diagnosed cases worldwide, which according to a report by the World Health Organization (WHO) was a child for every 36 live births in 2017, after having been a child for every 10,000 births in 1970 and that increase is subject to many considerations and factors. In particular, he would like to see a great deal of interest by international and local institutions and non-formal and informal organizations in urging academic and scientific bodies to conduct further research, studies, seminars and conferences with a view to exchanging and elaborating information that would reach the causes of unrest and the extent. The efficacy of early detection and intervention methods and the reduction of the repercussions of the disorder, especially as it affects children in early childhood, i.e. in the stage of growth and development, which is the basic foundation for the building of any human being.

As a result of the above research tagged (Autism spectrum disorder complex complexity and compound) A conceptual study of highlights through the importance and objectives of the research on:

- 1- Define the concept of autism disorder and diagnostic criteria according to the DSM-IV and dsm-5 and the difference between the two diagnoses as well as some concepts circulating and developed.
- 2- Identify some of the causes that have made autism disorder the most complex and comprehensive growth disorder affecting children in early childhood.
- 3- Why autism disorder is described as a complex handicap.

¹ Researcher, Middle Technical University, Iraq, atekaf54@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4851-3337>

4- In the field, the most common questions were limited to being asked by parents of children and those interested in this field in order to answer them.

The historical and comparative approach has been used as a service for the goals and research.

Key words: Autism Spectrum, Disability, Complex Disability.

اضطراب طيف التوحد إعاقه معقدة ومركبة دراسة مفاهيمية

عائكة فخري خير الله²

الملخص

يسعى البحث الحالي إلى الإجابة على التساؤلات الأكثر شيوعاً والمطروحة من قبل الأباء والمهتمين بموضوع اضطراب طيف التوحد عبر توظيف المعلومات العلمية النظرية المبنية على كم كبير من الدراسات والتجارب العلمية في معظم التخصصات العامة والفرعية - الطبية، التربوية، النفسية والسلوكية - بهدف زيادة تمكين جميع شرائح المجتمع من فهم علمي دقيق لماهية الاضطراب ومن ثمّ المساهمة في الية الكشف والتأهيل المبكر للحالات.

فقد بات موضوع اضطراب التوحد أمراً ملحاً لاسيما بعد الزيادة الملحوظة في عدد الحالات المشخصة على مستوى العالم والتي شكلت النسبة بحسب تقرير لمنظمة الصحة العالمية طفل لكل 36 ولادة حية عام 2017م بعد أن كانت طفل لكل عشرة آلاف ولادة عام 1970م وتلك الزيادة تخضع لاعتبارات وعوامل كثيرة لعل في مقدمتها الاهتمام الكبير من قبل المؤسسات والمنظمات الرسمية وغير الرسمية الدولية والمحلية في حث الجهات الأكاديمية والعلمية على إجراء المزيد من البحوث والدراسات وعقد الندوات والمؤتمرات بهدف تبادل وبلورة المعلومات التي من شأنها الوصول إلى أسباب الاضطراب ومدى فاعلية طرائق الكشف والتدخل المبكرين والحد من تداعيات الإصابة بالاضطراب، لاسيما وأنه يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة أي في مرحلة النمو والتطور التي تمثل الركيزة الأساسية لبناء أي إنسان.

انطلاقاً من ما تقدم جاء البحث الموسوم (اضطراب التوحد إعاقه معقدة ومركبة) دراسة مفاهيمية ليلسط الضوء من خلال أهمية وأهداف البحث على:

1- نظرياً تم تحديد مفهوم اضطراب التوحد والمعايير التشخيصية وفقاً لـ DSM-IV و DSM-5 والاختلاف الذي طرأ بين التشخيصين فضلاً عن بعض المفاهيم المتداولة والمستحدثة.

2- تحديد بعض الأسباب التي جعلت من اضطراب التوحد أكثر اضطرابات النمو الشاملة تعقيداً التي تصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة.

3- لماذا يوصف اضطراب التوحد بأنه إعاقه مركبة.

4- ميدانياً تم حصر الأسئلة الأكثر شيوعاً وتكراراً في طرحها من قبل أولياء أمور الأطفال والمهتمين في هذا المجال بغية الإجابة عليها.

لقد تم توظيف المنهج التاريخي والمقارن فضلاً عن المنهج الميداني خدمتاً لأهداف ومحاورة البحث.

الكلمات المفتاحية: اضطراب طيف التوحد، الإعاقه، التعقيد والتركيب.

² الباحثة، الجامعة التقنية الوسطى، العراق، hum.hodoud.mohemad@uobabylon.edu.iq

المقدمة:

ربما لا يخفى على الكثير من المهتمين والمتخصصين و أولياء الأمور أن اضطراب التوحد تم تحديد خصائصه التشخيصية وإطلاق تسمية Autism لأول مرة عام 1943م من قبل الطبيب النفسي ليو كانر، وعلى الرغم من أن اضطراب التوحد قد تردد ذكره قبل ذلك من قبل الطبيب النفسي السويسري (ايجن لولر عام 1911) إلا أنه لم يعطى للاضطراب الصفات التشخيصية والتفريقية التي قدمها كانر، وهذا ما يجعله قيد الدراسة والبحث إلى يومنا هذا، لذا حرصت الكثير من الجامعات والمراكز البحثية على عقد الندوات والمؤتمرات اهتماما وسعيا منها في محاولة إلى إزالة الغموض الذي يحيط جوانب الاضطراب ابتداءً من تحديد مفهوم دقيق للاضطراب شاملاً للمعايير التشخيصية، وبناء مقاييس للتشخيص وأخرى للتقييم ووضع برامج تعليمية تربوية تأهيلية مناسبة لكل حالة تشخيصية، وبما أننا ننتمي إلى المجتمع الأكاديمي الصغير الذي يمتد إلى المجتمع الكبير واستشعاراً لما يعانيه أطفال التوحد وأسرهم، تقع على عاتقنا مسؤولية اجتماعية وأخلاقية تتمثل بالمشاركة في المحافل المحلية والدولية للاطلاع على أحدث مستجدات البحوث العلمية والتكنولوجيا العالمية في مجال الفحص والتشخيص والتأهيل والدفع إلى إجراء المزيد من البحوث العلمية في مختلف التخصصات العلمية والانسانية والتربوية لاسيما البحوث التطبيقية منها.

انطلاقاً من أهمية وحداثة المواضيع المتعلقة باضطراب التوحد جاء البحث الموسوم (اضطراب طيف التوحد إعاقه معقدة ومركبة) فقد حاولنا جاهدين تقديم صيغة دقيقة وواضحة قدر الامكان للمفاهيم المرتبطة بعنوان البحث مع تحديد الأسباب التي تجعل من اضطراب التوحد إعاقه معقدة ومركبة وذلك من خلال أهداف البحث التي تم إدراجها ضمن المحور الأول وتحت عنوان الإطار العام للدراسة إلى جانب الأهمية والمفاهيم والمصطلحات والدراسات السابقة، فيما تناولت المحاور الباقية الاجابة على أهداف وتساؤلات البحث من خلال العناوين التالية تتبع تسمية وتحديد مفهوم اضطراب التوحد تاريخياً والمعايير التشخيصية وفقاً لـ (5-DSM-IV&DSM) ضمن المحور الثاني فيما تناول المحور الثالث (الأسباب التي جعلت من اضطراب التوحد أكثر اضطرابات النمو الشاملة تعقيداً والتي تصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة) وتطرق المحور الرابع إلى (الإعاقات المصاحبة لاضطراب التوحد الذي تجعل منه إعاقه مركبة) كما تضمن المحور الخامس جانباً استطلاعياً تضمن حصر الأسئلة الأكثر تكراراً من قبل أولياء أمور الأطفال المصابين بالاضطراب والاجابة عليها. ومن ثم جاءت الخاتمة حيث تم إدراج أبرز استنتاجات البحث يليها استعراض لأهم المقترحات والتوصيات والمراجع التي تم الاستفادة منها في ترصين معلومات البحث.

المحور الأول – الإطار العام للدراسة:

- أهمية الدراسة.

لا يخفى على أحد أن "البحث العلمي هو استقصاء ذكي عن الحقائق ومعانيها ومضامينها في ما يتعلق بمشكلة معينة وأن نتائج هذا الاستقصاء يُعد مساهمة في المعرفة الانسانية في الميدان التي تجري فيه الدراسة". (النعيمي، 2015) فبشكل عام تكتسب الدراسة الحالية أهميتها كونها تتناول مشكلة تستهدف فئة الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة أخذة بالاتساع والانتشار بشكل ملفت جعلت منها مشكلة وظاهرة مثيرة لاهتمام المختصين والباحثين في جميع التخصصات العلمية والمهتمين من شركات الأدوية وشركات التأمين وبالتأكيد اصحاب العلاقة أولياء أمور الأطفال، من أجل الوصول إلى نتائج تخدم تلك الفئة، كما تكمن أهمية الدراسة الحالية فيما تسعى اليه من أهداف تم جمعها من المصادر العلمية وتنظيمها بشكل متسلسل ليتمكن القارئ الكريم من الالمام بأكبر قدر ممكن من المعلومات العلمية عن اضطراب التوحد والتي يمكن الاستفادة منها سواء للمربين أو العاملين مع الأطفال بهدف نشر الوعي المجتمعي بكل ما يتعلق بالنظريات المفسرة لأسباب التوحد والمعايير التشخيصية والتفريقية وسمات الكشف المبكر للاضطراب، إلى جانب تعزيز دور المجتمع في دعم البحوث العلمية في هذا المجال من خلال تعزيز ثقة افراد المجتمع بأهمية دقة نتائج البحوث التي يقدمونها في الوصول إلى تقديم أفضل برامج الرعاية والتأهيل للأطفال المصابين بالاضطراب.

- أهداف الدراسة.

غني عن البيان ان اهتمام الباحث وتخصصه هما اللذان يدفعانه إلى اختيار موضوع بحثه والهدف العام من إجراء البحث، فالهدف العام للبحث الحالي هو نشر الوعي الثقافي المجتمعي بخصائص وسمات اضطراب التوحد والمحاكاة التشخيصية المميزة له عن باقي اضطرابات النمو في مرحلة الطفولة المبكرة، عن طريق جمع وترتيب وتبويب المعلومات بشكل متسلسل ومفهوم للقارئ قدر الامكان بالاعتماد على عدد من المصادر العلمية الموثوقة، فضلاً عن تحديد أساليب الكشف المبكر للحالات التي يشته بانها مصابة بالاضطراب بغية تقديم الرعاية المناسبة وفي الوقت المناسب. هذا إلى جانب الأهداف الوسيطة التي من خلالها يتم تحقيق الهدف الرئيسي والعام من البحث وهي:

1- تتبع مفهوم اضطراب التوحد والمعايير التشخيصية وفقاً لـ DSM-5&DSM-IV والاختلاف الذي طرأ بين التشخيصين فضلاً عن بعض المفاهيم المتداولة والمستحدثة.

2- تحديد بعض الأسباب التي جعلت من اضطراب التوحد أكثر اضطرابات النمو الشاملة تعقيدا والتي تصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة.

3 - لماذا يوصف اضطراب التوحد بأنه إعاقه مركبة ؟

المفاهيم والمصطلحات.

اضطراب التوحد:

كثيرة هي التعاريف التي تناولت اضطراب التوحد تبعا لمنظور التخصص العلمي، وعليه سندرج عدد من تلك المفاهيم:-
تم تعريف التوحد في الـ DSM-III عام 1980م بأنه أحد اضطرابات مرحلة الطفولة مشيرا إلى 6 معايير تشخيصية هي (يبدأ قبل 30 شهر، انطواء على الذات، عجز واضح في نمو اللغة مع انماط غريبة للغة، مقاومة التغيير، عدم وجود هلوسات أو هذيان كما في الفصام).

ويعرف اورنتر Orntis عام 1989م التوحد بأنه أحد اضطرابات النمو الشديدة عند الأطفال دون وجود علامات عصبية واضحة أو خلل عصبي ثابت أو تغيرات بيوكيميائية أو ايفية أو علامات جينية وقد افترض هذا العالم ان العوامل المسببة للتوحد مايكون بعضها قبل الولادة وبعضها ولادي والبعض الآخر بعد الولادة وانها تحدث خلا في المخ والارجح ان أغلب الحالات ترجع لمثل هذه العوامل وأشار إلى ان المتلازمة السلوكية للتوحد فئات (اضطراب العلاقات، اضطراب في التواصل، اضطراب في الاستجابة للأشياء والموضوعات، اضطراب في السلوك الحسي والحركي). (د. عبد الحميد، د. محمد قاسم عبدالله، 2003: 13).

"اضطراب التوحد كما يعرفه الدكتور عادل عبد الله بأنه اضطراب معقد يمكن النظر اليه على انه اضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر سلبا على على العديد من جوانب شخصية الطفل، يظهر على شكل استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في الغالب تدفعه إلى التفوق حول الذات كما يتم النظر اليه على انه إعاقه عقلية أو إعاقه اجتماعية وانه إعاقه عقلية واجتماعية متزامنة". (أ.د. عبدالله، 2004: 142)

ويعرف التوحد كما جاء في (DSM- IV) الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية - الرابع - هو عبارة عن خلل عقلي واضطراب في النمو، لمدى الحياة، حيث يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل، وينتشر أكثر عند الذكور بنسبة 4-1 عن مثيلتها عند الإناث، ويوجد التوحد في جميع أنحاء العالم ومع مختلف العرقيات والخلفيات الاجتماعية.

ويعرف اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيص الخامس DSM-5 بأنه اضطراب نمائي واسع الانتشار يتسم بالقصور أو العجز في ناحيتين التواصل والتفاعل الاجتماعي، فضلا عن الصعوبات في الانماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة النمطية، إذ يحدث في مرحلة مبكرة من عمر الطفل. (الحمادي، 2015: 75)

وفي تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد بأنه نوع من الاضطرابات التطورية النمائية والتي تظهر في السنوات الثلاث الاولى من عمر الطفل ينتج هذا الاضطراب عن خلل في الجهاز العصبي يؤثر بدوره على وظائف المخ وبالتالي يؤثر على مختلف نواحي الجسم.

وترى الجمعية الأمريكية للطب النفسي ان التوحد اضطراب نمائي يؤدي إلى العجز في مجالات (الكفاية الاجتماعية، التواصل واللغة، السلوك النمطي والاهتمامات المقيدة).

مفهوم التوحد في قانون التربية الخاصة للأفراد المعوقين:

يعد قانون التربية الخاصة للأفراد المعوقين IDEA التوحد على أنه إعاقه نمائية تؤثر تأثيرا بالغا على التواصل اللفظي وغير اللفظي وعلى التفاعل الاجتماعي وتظهر قبل سن ثلاث سنوات مما يؤثر على انجاز الطفل التعليمي ومن الخصائص الأخرى وجود سلوكيات نمطية متكررة بشكل واضح والطفل هنا لا يقبل التغير خصوصا في الروتين اليومي كما ان ردود افعاله غير عادية بالنسبة للخبرات الحسية ومصطلح التوحد هنا لا ينطبق على الطفل إذ كان ادأؤه التعليمي قد تدنى بسبب معاناته من اضطرابات انفعالية شديدة.

مفهوم التوحد حسب الجمعية البريطانية للأطفال التوحدين:

لقد كان الهدف من المفهوم الذي قدمته الجمعية البريطانية للأطفال التوحدين في المملكة المتحدة هو رسم سياسة اجتماعية وقانونية بخصوص اضطراب التوحد وكذلك توعية الرأي العام بهذا الاضطراب وحسب هذا التعريف يشتمل اضطراب التوحد على المظاهر الآتية:

- 1- اضطراب في معدل النمو وسرعته.
- 2- اضطراب حسي عند الاستجابة للمثيرات.
- 3- اضطراب التعلق بالأشياء والموضوعات والأشخاص.
- 4- اضطراب في التحدث والكلام واللغة. (د. سليمان، 1999: 18)

كما تم تحديد مصطلح Autism في معجم علم النفس بأنه (تفكير محكوم بالحاجات الشخصية أو الذات، إدراك العالم من خلال الرغبات وليس الواقع، الانكباب على الذات والاهتمام بالأفكار والخيالات الذاتية) وتم تحديد الطفل المتوحد Autistic Child بأنه طفل منكب على ذاته منسحب من العالم، والأطفال المتوحدون قد يجلسون ويلعبون باصابعهم مثلاً، وبأنهم يبدون ضائعين في عالم الخيال الداخلي. (الحوامدة، 2019: 15)

وأخيراً حدد السيد والسيدة كوفمان من خلال تجربتهم مع طفلهم رون في كتاب سن رايز مفهوم التوحد على أنه ليس خلل سلوكي وإنما خلل تفاعلي تواصل، وفي بؤرته عبارة عن خلل عصبي يؤدي بالطفل إلى صعوبة في التواصل والتأقلم مع من حوله وإن غالبية السلوكيات ناتجة عن عدم القدرة على التواصل مع الآخرين.

الإعاقة:

العائق Obstacle اصطلاحاً عاقه عن الشيء منعه وشغله عنه، والعائق ما يعوق الفكر والإدارة عن شواغل داخلية أو خارجية. وعوائق النمو هي الأسباب التي تمنع الكائن الحي من بلوغ الكمال الخاص بنوعه، من هذه العوائق ما هو طبيعي كالنقص الجسمي أو المرضي ومنها ما هو نفسي كالخوف والقلق ومنها ما هو اجتماعي وسياسي.

ويطلق على الطفل المعاق اصطلاحاً عندما يكون الطفل متخلف عن مسابقة أقرانه لنقص جسمي أو عقلي أو سلوكي موروث أو مكتسب. صليبي (1982:39)

كما عرفت لائحة حقوق الأشخاص المعوقين الصادرة عن الجمعية العامة للأمم المتحدة عام (1975) بأنه كل شخص لا يمتلك القدرة على ان يضطلع بمفرده بكامل أو بعض متطلبات حياة شخصية أو اجتماعية طبيعية بسبب نقص خلقي أو غيره في قدراته الجسمية أو الذهنية. (د. عبد الأمير، 1996: 27)

كما يعرف المعوق بأنه الشخص الذي يعاني من محدودات أو نقص في جزء من طاقاته الفكرية أو الفلسفية، فالمعوق مصطلح مشتق لفظياً من الإعاقة أي التأخر أو التعويق، والمعوق هو كل فرد يختلف عن من يطلق عليه لفظ شخص سوي من النواحي الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية إلى الدرجة التي تستوجب عمليات التأهيل الخاصة حتى يصل إلى استخدام أقصى ما تسمح به قدراته ومواهبه. (عبد الصمد عبد الأمير، د. محمد (1991، 27)

التعقيد والتركيب:

إن مفهوم التعقيد هو إشارة لفظية لحالة الغموض والتشابك في طبيعة العوامل والتفاعلات والعلاقات المسببة للاضطراب، فقد أشار معجم اللغة العربية المعاصرة إلى مفردة تعقيد على أنها مشكلة صعبة ولا حل لها، أو أنها أمر غامض يتعسر فهمه ويصعب حله، والتعقيد اللفظي هو تأليف الكلام على وجه يتعسر فهمه لسوء ترتيب كلماته أو غموض معانيه، ويمكن استخدام مفردة معقد مجازاً أو كناية بعيدة وهو ما يطلق عليه التعقيد المعنوي. أما مفهوم التركيب عند الفيروز آبادي (ت 817) فيعني: ركه تركيباً وضع بعضه على بعض فتركب وتركب. (القاموس المحيط آبادي، ج1 ص91)

وجاء في المعجم الوسيط: التركيب تأليف الشيء من مكوناته البسيطة، ويقابله التحليل. (المعجم الوسيط لمجمع اللغة العربية بالقاهرة، ج 1 ص368) يتضح من التعريفين السابقين للتركيب - أو لفظ فعل ركب بمعناه اللغوي أنه ظم شيء إلى شيء أو وضع شيء على شيء بحيث يصبحان في إطار واحد ولحمة واحدة.

دراسات سابقة.

تعددت الدراسات التي تناولت موضوع اضطراب التوحد تبعاً لتنوع التخصصات الطبية والعلمية، إذ تنوعت الاتجاهات النظرية في تفسير أسباب الاضطراب والأعراض السلوكية المرتبطة به ما بين الاتجاه النفسي والاجتماعي والبيولوجي الأمر الذي زاد من الجدل بين المختصين والمهتمين والذي دعا لإجراء المزيد من البحوث العلمية سعياً منهم للوصول إلى تفسير دقيق وإيجاد معايير تشخيصية تفريقية علمية دقيقة تكشف عن أسباب الاضطراب، وعليه وعلى مدى سنوات عديدة أسهمت الأبحاث في تحديد مفهوم الاضطراب بصورة أكثر دقة مما سبق، حيث تم الاتفاق على تسميته AUTISM بدلاً من الفصام الطفولي، الذاتية، الاجترارية، التمرکز حول الذات. هذا وقدمت الأبحاث معايير دقيقة ومحددة للاضطراب إلى جانب السمات التشخيصية التفريقية عن باقي الاضطرابات النمائية الأخرى، كما اهتمت العديد من الدراسات بوضع برامج تعليمية تربوية تأهيلية للأطفال المصابين بالاضطراب تتناسب وما يمتلك كل طفل من قدرات ومهارات فردية. وفيما يلي عرض لبعض من الدراسات:

وتؤكد دراسة شاش وآخرون (Shash, et al., 1993) على أن أداء الأطفال التوحديين في بعض الاختبارات العقلية في مقياس وكسلر للذكاء يكون عادياً بل ويكون مرتفعاً في بعض الأحيان. ويضيف أيضاً (سليمان، 2000، 25) أن أطفال التوحد يعانون من اضطرابات في النمو العقلي وتظهر بعض الحالات تفوقاً ملحوظاً مع ظهور تفوق في مجالات معينة ويبدو على بعض الأطفال أحياناً مهارات ميكانيكية عالية، حيث يتوصلون تلقائياً إلى معرفة طرق تشغيل الإنارة، كما قد يجيدون عمليات حل وتركيب الأدوات والأجهزة بسرعة ومهارة فائقين وقد يبدى بعض الأطفال تفوقاً ومهارة موسيقية في العزف وفي استخدام الأدوات الموسيقية، وهذا ما أكدته دراسة كل من دافيز وآخرون

(1994) Davies, et al., ؛ وزوريك (1994) Wzorek فرغم وجود بعض من المهارات الاستثنائية لدى الأطفال التوحديين حيث تكون فوق العادية في بعض الأحيان وفوق العادي في أحيان أخرى، إلا أن لديهم عيوب إدراكية عامة ولديهم قصور في إدراك التعبيرات الخاصة بالوجه ولكن لا يمكن القول بأن لديهم جمود إدراكي. ويشير أيضا (سليمان، 2004، 145) إلى أن بعض الأطفال التوحديين يعانون من ضعف في الإدراك، والانتباه، والوظائف العصبية. وأكدت ذلك نتائج دراسة كل من بوراك (1994) Burack؛ لوى وآخرون؛ (1994) Lewy, et al. على أن الأطفال التوحديين لديهم قصور شديد في الانتباه وخاصة الانتباه الانتقائي، فهم لا يستطيعون تركيز انتباههم على شيء محدد ضمن أشياء متعددة. وفي دراسة تاريخية تتبعية حديثة تم إجراؤها على أكثر من 35000 خمسة وثلاثون ألف مشارك منهم 12000 مصاب بالتوحد حيث هدفت الدراسة إلى دراسة الجينات الموروثة وتحديد تلك الجينات التي حدثت عند تلقيح البويضة بالحيوانات المنوية، إذ يقول الباحثون أن من بين الجينات البالغ عددها 102 جين تم ربط 49 جين بتأخر نمو آخر ومع هذه الجينات التي تم تحديدها يمكن أن نبدأ في فهم تغييرات الدماغ التي تقوم عليها ASD والبداية في التفكير بطرق للعلاج جديدة (د. عبد الكريم، يناير 2018).

- منهج الدراسة:

هناك اتفاق عام بين العاملين في مجال البحث العلمي على أن المنهج هو الطريق الواضح والسلوك البين، وبأنه مجموع المواد والخبرات العلمية الموضوعة لتحقيق أهداف محددة. (د. صلبيا 435، ج2) ولتحقيق أهداف البحث الحالي تم اعتماد منهج وصفي تاريخي تتبعي لكل ما احاط بموضوع اضطراب التوحد ابتداءً من اكتشافه من قبل ليو كانر عام 1943م ومن سبقوه والتغيرات التي شملت تسمية الاضطراب والمعايير التشخيصية وأسباب الإصابة به انتهاءً بما جاء في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس عام 2013م. كما تم اعتماد منهج المقارنة لاسيما بين ما جاء في الدليل التشخيصي الرابع والدليل التشخيصي الخامس تحديداً.

ولابد من الإشارة إلى أنه تم صياغة عدد من الاستنتاجات الخاصة بالبحث المبني بعضها على ما جاء في الجانب النظري وأخرى على الجهد الاستطلاعي للباحث والممهدة لإجراء بحوث لاحقة والمبنية على مقابلة عدد من أولياء أمور الأطفال المشخصين باضطراب التوحد بهدف استطلاع وتسجيل ملاحظاتهم ومعاناتهم ومخاوفهم وتساؤلاتهم تمهيدا لإجراء دراسات أكثر تعمقا، حيث عبر أهالي الأطفال عن حجم الضغوط والمعاناة المترتبة على تشخيص الطفل بالاضطراب بعضها مرتبط بالجوانب النفسية وصدمة التشخيص، وأخرى اقتصادية تتعلق بغلاء كلفة الرعاية والتأهيل والعلاج، إلى جانب الضغوط الاجتماعية والمجتمعية المرتبطة بعدم فهم طبيعة وماهية الاضطراب، وفي أثناء إجراء المقابلات حرصت الباحثة على تقديم بعض المعلومات المتعلقة بأسئلة بعض المبحوثين ومساعدتهم بالاستعانة بالمراكز التي تقدم خدمات تدريب الأم على كيفية تطبيق بعض البرامج التدريبية في البيت كما أشارت عليهم بالإفادة من قراءة بعض الكتب الخاصة بالتوحد والتي تقدم المعلومات بشكل مبسط ومفهوم فضلا عن متابعة بعض التسجيلات الفديوية الموثوقة والتي تقدم معلومات وحلول لبعض المشاكل السلوكية لدى الطفل كذلك الإفادة من تجارب النجاح التي حققها أمهات أطفال التوحد مع اولادهم.

المحور الثاني: تحديد مفهوم اضطراب التوحد والمعايير التشخيصية وفقا لـ DSM-IV&DSM-5 والاختلاف الذي طرأ بين التشخيصين فضلا عن بعض المفاهيم المتداولة والمستحدثة.

تمثل إعاقة التوحد أحد الاضطرابات النمائية العصبية، وهي إعاقة ليست نادرة وتمثل نسبة لا يمكن تجاهلها، لكنها لم تزل حظها من الاهتمام على المستوى البحثي في الدول النامية، في حين أننا نجد اهتماماً متزايداً في الدول المتقدمة، وقد زاد الاهتمام نسبيا بهذه الفئة في البلاد العربية خلال السنوات العشرة الأخيرة، وتعد الكثير من المصادر أن ليوكانر (1943) (kanner)- أول من أشار إلى إعاقة التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة، وقد استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة لهذه الإعاقة مثل الذاتوية، والإجترارية، والتوحدية، والأوتيسية، والإنغلاق الذاتي (الإنشغال بالذات)، والذهان الذاتوي، وفصام الطفولة ذاتي التركيب، والإنغلاق الطفولي، وذهان الطفولة لنمو (الأنا غير السوي) محمد خطاب، (2005) ويرجع استخدام هذه التسميات إلى غموض وتعقد التشخيص الفارق للتوحد، وإلى صعوبة التمييز المبكر له حيث يعد التشخيص من أهم الصعوبات التي تواجه هذه الفئة نظرا لتشابهها مع صور لاضطرابات عديدة، إذ يؤكد معظم الباحثين المهتمين بالتوحد على قضية التشابه بين بعض السلوكيات المصاحبة للتوحد والسلوكيات المصاحبة للاضطرابات الأخرى مثل الإعاقة العقلية، وفصام الطفولة، والإعاقة السمعية، واضطرابات الانتباه، واضطرابات التواصل.، الاضطراب الحسي الحركي الوسواس القهري، الاكتئاب) (بخيت، 1999، 232) (إلهامي، 1999، 174) ونظرا لخطورة التشخيص لابد من التأكيد على ما يوصى به الكثير من المختصين والباحثين العاملين في ميدان الإعاقة عموما والتوحد خصوصا بأن من يقوم بعملية التشخيص يجب أن يكونوا أخصائيون مدربون ولديهم خبرات، وخلفيات كبيرة عن أشكال وأنواع الإعاقة، مع الاسترشاد بأراء المعلمين والوالدين، ونظرا لطبيعة إعاقة التوحد الفريدة فإن المتخصصين

فيها يقومون بالتقييم معتمدين بصورة أساسية على ملاحظة سلوك الطفل، فضلا عن الاعتماد على ملاحظات الوالدين، وتقارير المربين والمعلمين.

وهنا لابد من الإشارة إلى أهمية الالمام بالخلفية التاريخية لأي موضوع في تشكيل الصورة اللاحقة للموضوع وفهمه بشكل جيد، ولكي نفهم ما جاء به الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس (DSM-5) من وصف للمعايير التشخيصية وخصائص التشخيص الفارق لاضطراب التوحد لابد لنا من تعقب التغيرات التي طرأت على المفهوم والصفات التشخيصية للاضطراب تاريخيا ربما حتى المرحلة التي تسبق مرحلة تشخيص ليو كانر للتوحد عام 1943م، فقد سبقه إلى ذلك الطبيب النفسي الانكليزي (هنري مودزلي عام، 1867م) حيث وصف هذه الحالة ولكنه لم يسميها أو يعطي خاصية تميزها إنما فقط أشار إلى وجود حالة تختلف عن باقي الأمراض النفسية التي كان يعالجها.

عقبه الطبيب النفسي (ايجون بلولر) والذي وصف إحدى السمات الأولية بالانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي ويقصد بمفهوم (الانشغال بالذات) من وجهة نظره بأنه هو حركة العملية المعرفية في اتجاه اشباع الحاجة التي تجعله يفكر في اشباعها كما يفكر الجائع بالطعام وهنا تم اعتبار اضطراب التوحد كأحد الاضطرابات الذهانية التي تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة وهنا جاءت التسمية (الذهان الذاتي) أو الذاتية الطفلية المبكرة.

في العام 1943م وعندما كان الطبيب كانر يجري ابحاثه على مجموعة من الأطفال المصابين بالفصام والبالغ عددهم (11 طفلا) وجد أن بعضا منهم يختلف في بعض السمات والسلوكيات المعروفة لدى باقي الأطفال المصابين بالفصام (الشيزوفرنيا) إذ خلصت ملاحظاته تلك إلى مجموعة من الخصائص التي ميز بها أطفال التوحد حيث أشار إلى المظاهر الشكلية الجسمية الخارجية وبأنهم أطفال طبيعيين وعادة مايكونون جذابين الأمر الذي شجعه على افتراض ان جميع هؤلاء الأطفال أذكاء لاسيما بعد ظهور مجموعة من المهارات النوعية في نواحي معينة لديهم وان حالة الانطواء سببها اجتماعي وتحديد علاقة الطفل بوالديه مشيرا إلى الخصائص المميزة لهذا الطفل بما يلي:

- 1- عجز الطفل عن اقامة علاقات مع الآخرين.
- 2- التأخر في اكتساب اللغة حيث يبدأ (8) من (11) طفلا الكلام اما في الوقت المناسب أو بعد ذلك
- 3- المصاداة أو الايكولاليا (تكرار اصوات محددة).
- 4- يلتزم الطفل بالمعنى الحرفي للكلمات.
- 5- يبدي الطفل التوحدي ردود فعل غير عادية شاذة للمثيرات الحسية.
- 6- الانزعاج من التغير كما يبدي الطفل التوحدي رغبة جارفة في رؤية العالم من حوله ثابت
- 7- اللعب بطريقة تكرارية.
- 8- تستخدم الضمائر الشخصية على نحو غير دقيق (عكس الضمائر).
- 9- ينحدر كل الأطفال من أسر ذكية.

وجدير بالذكر أنه بالرغم من ما قدمه كانر من رصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال وقام بتصنيفهم على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الإعاقة واعراضها التي تميزها عن غيرها من الإعاقات في عقد الأربعينات إلا انه اخفق في عدة نقاط ومنها النقطة رقم 9- تحديد والتي كانت مثار جدل واسع في الاوساط العلمية والبحثية فقد أثبتت الدراسات عكس ما جاء به كانر بأن جميع الأطفال ينتمون إلى أسر ذكية وتتسم بالتنظيم العالي، فالدراسات اللاحقة جاءت مؤكدة على عدم التجانس في الخلفية الاجتماعية والثقافية وحتى الاقتصادية لأسر الأطفال المصابين باضطراب التوحد، كما أثبتت الدراسات ان ما يقارب 40% من الأطفال يعاني من مستوى ذكاء متدني وفقا لمقاييس الذكاء.

كما أخذ الباحثون على (كانر) وصفه للتوحد الذي يختلط في الواقع مع بعض حالات فصام الشخصية و غيره من الأمراض النفسية الأخرى، و ذلك ما حدا بالدراسات المنجزة خلال النصف الثاني من عقد الخمسينات من نفس القرن إلى التركيز على حالات ذهان الطفولة المبكرة، وكان الهدف من ذلك إيجاد وصف تفصيلي لسلوك حالات التوحد يميزه عن مرض الفصام، غير أن النتائج التي تم التوصل إليها لم تأت إلا بالقليل.

الا انه في أوائل الستينيات جاء تقرير الجماعة البريطانية العاملة في البحث ورصد الخصائص المميزة للأطفال الفصامين والذي اقترحت فيه قائمة من تسع نقاط عرفت باسم نقاط كريك التسعة Points Nine s'Creak عام 1960م كان الهدف منها أن تستخدم في تشخيص الأطفال الفصامين. شملت تلك النقاط ما يلي:

- 1- اضطراب في العلاقات الانفعالية مع الآخرين.
- 2- عدم الوعي بالهوية الشخصية لدرجة لا تتناسب مع العمر.
- 3- انخراط مرضي بموضوعات محددة ومقاومة التغير في البيئة والمحافظة على الروتين.
- 4- خبرات إدراكية شاذة وقلق حاد ومتكرر.
- 5- فقدان الكلام أو عدم اكتسابه أو الفشل في تطويره إلى مستوى مناسب للعمر.
- 6- اضطراب في الانماط الحركية.

- 7- تخلف واضح في بعض الجوانب أو وظائف عقلية غير عادية.
- لقد تمت الإشارة لأول مرة إلى اضطراب التوحد كأحد اضطرابات النمو الشاملة في الدليل التشخيصي الثالث DSM-3 عام 1980م بعده اضطراب وليس فصام طفولي Infantile Schizophrenia كما ورد في الدليل التشخيصي الثاني DSM-2 في الستينيات.
- لقد أشار الدليل التشخيصي الثالث إلى الشروط الواجب مراعاتها عند تشخيص اضطراب التوحد بما يأتي:
- 1- ظهور العوارض بعمر الـ 30 شهرا.
  - 2- اضطراب شامل في الاستجابة للمجتمع المحيط.
  - 3- قصور شديد في تطور اللغة.
  - 4- إذا ما استطاع الطفل النطق فسيكون هناك نمط خاص ومحدد كالترديد الالي المعروف بالمصاداة Ecolalia سواء كان التردد مبكرا أو متأخرا بالإضافة إلى خلط أو عكس الضمائر وغيرها من مشاكل الكلام.
  - 5- انفعال شديد غير متوازن لتغيرات الجو والمحيط والميل إلى التعلق بالأشياء.
  - 6- لوجود للتخيلات أو التصورات أو الهلاوس.
- هنا يمكننا القول بان هذا الشرط هو الذي دحض الاعتقاد بان اضطراب التوحد هو ذاته الفصام الطفولي. رفيق(1:2001).
- لقد كان للدراسات والنقاشات والاختلافات في وجهات النظر بين الباحثين حول النتائج التي تم التوصل إليها دافعا ومحركا لعجلة الفهم الاعمق والاكتشاف المضئ لمشكلة وطبيعة الاضطراب والانتباه إلى المشكلات المرافقة والمرتبطة والمتزامنة معه في كافة الجوانب النمائية والمرضية والإعاقات المصاحبة فلقد اسهمت تلك الدراسات والنتائج العلمية وعلى مدى يزيد عن العشر سنوات إلى اصدار الطبعة العاشرة من التصنيف الدولي للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية ICD-10 عام 1993م والدليل التشخيصي الرابع DSM-4 عام 1994م حيث تم التوافق فيما بينهما على تسميته Autism disorder وتحديد معايير تشخيصية تدحض جميع النظم التشخيصية المبنية على التخمين والافتراض الذي لاتستند إلى نتائج الدراسة العلمية حيث تم وضع معايير ذات صدق عالي وموضوعية مستنبطة من البحوث والدراسات الطولية حيث تلخصت تلك المعايير بثلاث جوانب أساسية وأخرى فرعية تقابل القصور في ثلاث مناطق تطويرية لدى الطفل وهي: حسون(2004)
- 1- خلل في القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي ولغة الجسد.
  - 2- خلل في تكوين العلاقات الاجتماعية أو الحفاظ عليها.
  - 3- قصور في التعلم من خلال اكتشاف البيئة من حوله والتفاعل معها كالطفل الطبيعي لهذا تكون شخصية الطفل مختلفة ومتأخرة، إلى جانب الحركات النمطية المتكررة.
- لقد تضمنت الطبعة الرابعة المعدلة من الدليل التشخيصي والاحصائي DSM-IV شمول اضطراب التوحد كصفة مستقلة ضمن مظلة ما يعرف باضطرابات النمو الشاملة (Pervasive Developmental Disorders-PDD)) إلى جانب اربعة فئات أخرى تشترك جميعها بخصائص معينة وتختلف عن بعضها بأخرى تعد تشخيصية تفريقية، وتلك الفئات هي:-
- "التوحد الكلاسيكي المستوفي لجميع الأعراض ASD.
  - متلازمة اسبرجر Asperger Syndrome: في هذا النوع يمتلك الطفل قدرات ذهنية وإدراكية عالية وعدم تأخر في اكتساب اللغة الأمر الذي قد تجعل الأهل لا يلاحظون وجود سلوكيات تدعو إلى القلق لاسيما في السنوات الثلاث الأولى، إلا ان الأمر يكون جليا عند دخول الطفل رياض الأطفال أو المدرسة، هنا ستظهر جوانب القصور في الاستخدام الاجتماعي للغة والتمسك بالروتين وضعف تكوين الصداقات والحفاظ عليها إذ يشار اليهم بانهم غريبين (who, 1992؛ عادل، 2007).
  - اضطراب النمو المتفشي غير المحدد PDD-NOS. يتم تشخيص هذا الاضطراب عند وجود بعض ملامح التوحد في الفرد، وليس جميع معايير التشخيص بالتوحد، وبالرغم مما يواجهه المصابون بالاضطراب النمائي الشامل-غير المحدد من صعوبات على صعيد التفاعل الاجتماعي، واللغوي والتواصل غير اللفظي واللعب، إلا أنها أعراض أقل شدة من أعراض التوحد، وتظل لديهم قدرة على التفاعل الاجتماعي بدرجة تحول دون تشخيصهم بالتوحد(who, 1992)
  - متلازمة ريت Rett Syndrome: متلازمة ريت هي اضطراب عصبي، لا يظهر إلا على الإناث، يتميز بنقص حاد في النمو والنطق، وفقدان المهارات في الحركة، واستخدام الأيدي، مع تباطؤ في نمو الرأس، ويبدأ بالظهور ما بين سبعة أشهر حتى 24 شهرا من العمر يتدهور أو يتوقف فيه النمو والتطور" (who, 1992؛ عادل، 2007)
  - اضطراب الانتكاس الطفولي CDD: الطفولي Disintegrative Disorder: Childhood من خصائص هذا النوع من الاضطراب هي ان الطفل المصاب باضطراب الانتكاس الطفولي ينمو بشكل طبيعي

لفترة زمنية طويلة، ذلك من حيث نمو القدرات الإدراكية ونمو المهارات الحركية والاجتماعية بالإضافة إلى قدرته على قضاء حاجاته الخاصة إلى أن يصل الطفل إلى العمر الواقع بين (3 و 5 سنوات) وأحياناً إلى أن يبلغ العاشرة من العمر. (من مقال للدكتور بهاء جلال من كتاب علامات الخطر)

لقد استمر العمل مع الأطفال المشخصين بهذا الاضطراب وفقاً للمعايير أنفة الذكر لاسيما في مجال تقديم العلاجات الطبية والتأهيلية مع استمرار الباحثين في إجراء البحوث والدراسات العلمية في جميع التخصصات المرتبطة بالاضطراب وخلال الفترة منذ صدور الدليل التشخيصي الرابع عام 2000م ولغاية صدور الدليل التشخيصي الخامس من قبل الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين APA في منتصف العام 2013م واستناداً لنتائج الأبحاث والدراسات، جاءت التعديلات لتجيب على العديد من الاعتراضات الواردة في الدليل التشخيصي الرابع وانتهاء الاختلاف في تسمية التشخيص ما بين توحيد كلاسيكي أو اسبرجر على سبيل المثال، كما أشار عدد من المختصين إلى أن سبب الزيادة التي حصلت في العقدين الأخيرين في معدل انتشار المشخصين باضطراب التوحد هو الصفات التشخيصية غير الدقيقة والواسعة التي وردت في الدليل التشخيصي الرابع وبأن الصفات التشخيصية السابقة لو اتبعت حرفياً سنجد أن أي شخص في العالم سيكون مصاباً بالاضطراب لمجرد أنهم لم يرغبوا بالتفاعل أو التواصل مع الآخرين.

لقد صدر الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس DSM-5 عام 2013م ليطوي صفحة من الجدل والخلاف والاعتراض ليرز جوانب خلافية أخرى، لقد جاءت نتائج صورة التعديلات سواء على التسمية أو المعايير التشخيصية الخاصة باضطراب التوحد مع تعديل سبب التعديل وكما يلي:-

1- فيما يتعلق بتسمية الاضطراب: تم الاتفاق على تسميته (اضطراب طيف التوحد) إذ يشترك كل من متلازمة اسبرجر، التوحد الكلاسيكي، والاضطراب النمائي غير المحدد بمسمى واحد هو اضطراب طيف التوحد معللين ذلك بأن خصائص كل نوع متداخلة إلى حد كبير لاحتاج إلى العزل واعطائه تسمية خاصة.

2- فيما يخص مجالات التشخيص والمعايير المحددة لها: لقد تم تقليص تلك المجالات إلى اثنين بدلا من ثلاثة كما في الدليل التشخيصي الرابع هما (التفاعل والتواصل الاجتماعي و مجال الحركات النمطية) إذ تم دمج التفاعل والتواصل الاجتماعي معا على اعتبار أن التواصل الاجتماعي يشتمل على وجود لغة منطوقة او غير منطوقة إلى جانب التواصل البصري وفهم الايماءات وتعايير الوجه ولغة الجسد.

3- تسمية اضطراب جديد تحت مسمى (اضطراب التواصل الاجتماعي) في هذا النوع ينطبق عليه محك تشخيصي واحد فقط وهو خلل في التواصل والتفاعل الاجتماعي من دون وجود للحركات النمطية في حين يشترط في تشخيص اضطراب طيف التوحد وجود كلا المحكين.

4- الغاء وجود التسميات واستبدالها بدرجة شدة الاضطراب من البسيط إلى الشديد بناءً على مدى العجز في التواصل واكتساب اللغة والتفاعل الاجتماعي والقدرة على الانتباه والتركز والإدراك و تكرار الحركات النمطية والروتينية.

5- لم يتبنى الدليل التشخيصي الخامس أي بروتوكول علاجي كالعلاج بالأكسجين أو بالغذاء وغيرها وذلك لعدم تعميم النتائج على نسبة مرتفعة من الحالات يمكن اعتمادها.

هنا لابد من الإشارة إلى أن الدليل التشخيصي يعتمد على المظاهر السلوكية في تشخيص اضطراب طيف التوحد كون السبب مجهول لحد الآن وعليه تم استبعاد متلازمة ريت واضطراب الطفولة الانتكاسي كون نتائج الأبحاث توصلت إلى معرفة الجين المسبب للحالة.

جدير بالذكر أنه على الرغم من التغيرات التي جاء بها الدليل التشخيصي الخامس لاسيما في حصر الأنواع تحت مسمى واحد وهو اضطراب طيف التوحد إلا أنه لا يزال الكثير من الأطباء والمختصين ومراكز الرعاية وربما نتيجة لاصرار أهالي الأطفال يتم استخدام مصطلح بأن الطفل مصاب بمتلازمة اسبرجر كنوع من تخفيف الوطأة على الأهل وايضا لضمان استمرار مراجعة العيادات و بقاء الطفل في المركز. إن ما قدمه الدليل التشخيصي الخامس لا يعني نهاية عمل الباحثين في هذا المجال كما أنه لا يعني عدم تعرضه للانتقاد والرفض في بعض الجوانب لاسيما أن نتائج هذا الدليل يتم عليها بناء الكثير من السياسات الاجتماعية والضمانات الصحية والقوانين الخاصة برعاية هذه الفئة خصوصا وأنه يعد المرجع الأول الذي يتمتع بدرجة ثبات عالية في تصنيف وتشخيص الأمراض الذهنية والنفسية العصبية والتواصلية وبدرجة ثبات عالية والذي يشترك فيه أطباء مختصين وشركات تأمين وشركات ادوية ومؤسسات حكومية ومدنية أخرى.

المحور الثالث: تحديد بعض الأسباب التي جعلت من اضطراب التوحد أكثر اضطرابات النمو الشاملة تعقيداً والتي تصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة.

لا يزال اضطراب طيف التوحد من أعقد اضطرابات العصبية في مرحلة الطفولة المبكرة إذ لا يخفى على الكثير حداثة الموضوع إلى جانب تداخله مع عدد من الاضطرابات والأمراض والتسارع الكبير في أعداد الأطفال الذين يتم تشخيصهم بالاضطراب. إذ ربما يمكن تصنيف تلك الأسباب تبعاً للولوية وكما يلي :

- 1- تحديد مفهوم وخصائص الاضطراب والمعايير التشخيصية والتفريقية له.
لقد كان ولايزال تحديد مفهوم وخصائص ومعايير تشخيص اضطراب طيف التوحد سببا في جعله أكثر الاضطرابات العصبية في مرحلة الطفولة المبكرة تعقيدا، إذ لا يخفى على أحد تحديد تسمية الاضطراب ووقوعه تحت مظلة الاضطرابات العصبية وتقليص معايير التشخيص وفقا لل-DSM-5 يجعل المختصين والعاملين في هذا المجال يحصرون مجال عملهم ضمن هذا الإطار المحدد سواء فيما يتعلق بالتقييم والتشخيص واعتماد برامج التدريب والتأهيل المناسبة، وعليه لابد من إجراء تعديل على مفاهيم ومعلومات العاملين في هذا المجال تبعا لأخر المستجدات والتطورات العلمية المعتمدة، فمن خلال طبيعة عمل الباحثة وقيامها بزيارة ومقابلة العديد من العاملين في مراكز رعاية وتأهيل أطفال التوحد ومقابلة اهالي الأطفال والاستماع إلى معاناتهم وجدت ان الأغلب الاعم لا يتابعون ولا يعيرون اهتمام لتلك التغيرات بظمنهم اهالي الأطفال بل انهم يعتمدون على المبادئ العامة للتربية الخاصة وبعض المبادئ التي تخص تدريب الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وعليه فان النتائج غالبا ما تكون فاشلة ولا يوجد تحسن أو تطور ملحوظ لحالة الطفل لاسيما فيما يخص تعميم السلوك في المواقف المتنوعة.
- 2- الأسباب والعوامل المساعدة للإصابة بالاضطراب سواء جينية أو مرضية سابقة أو لاحقة لمرحلة الحمل والولادة وما تلاها.
لا يزال السبب وراء الإصابة باضطراب التوحد مجهول إلى يومنا هذا، فالبعض يرجعه إلى تلوث بيئي سواء من الجو أو الماء أو الطعام أو أي مواد مصدرها البيئة التي تؤثر وتصيب الدماغ أثناء الحمل، وما بعد الولادة، وأحيانا تذهب التفسيرات إلى الأعراض المصاحبة للتوحد فقط وهناك من يرجع السبب إلى اضطراب بايوكيميائي في بعض الافرازات المخية الشاذة تؤدي إلى فشل فطري في إنتاج الإنزيمات، كما أن وجود علة أو أمراض معينة عند الأم تؤدي إلى أحداث تلف أثناء نمو الجنين أو أثناء الولادة (جوردن، 2007).
وهناك اعتقادا بأن خللا وظيفيا في الجهاز العصبي المركزي من عوامل غير معروفة هو سبب الاضطراب، ويرى جوردن ويول (2007) إن من أسباب التوحد الاعتبار البيولوجي وخاصة تلك المرتبطة بالشلل المخي، حيث العديد من الأسباب التي تؤدي إلى خلل وظيفي في المخ، فالعوامل المرتبطة بالجينات تلعب دورا هاما في هذا الأمر ولكنها لا تملك الإجابة أو المسؤولية الكاملة وبين هذا وذاك لا يزال السبب الرئيسي غير واضح، وعليه ظهرت العديد من النظريات المفسرة لسبب الإصابة كنظرية الوراثة وارتباط الاضطراب ببعض الأمراض الوراثية كالصلب الدرني الذي يصاحبه إعاقة عقلية وصرع (د. عدنان غائب راشد: 2002).
- واضطرابات التمثيل الغذائي، وهناك أيضا نظرية المناعة ودراسة الفايروسات والاختبارات المناعية ونظرية الفطريات وزيادة قابلية التسرب في الامعاء بالإضافة إلى نظرية التلوث بالمواد الكيميائية والمعادن الثقيلة كالزئبق والرصاص، وفي ضوء تلك النظريات ظهرت العديد من البروتوكولات العلاجية إلا انها لم تحقق نتائجها صفة التعميم الذي ينعكس بالضرورة على إيجاد العلاج المجدي والنافع ولا يزال الباحثين في المجال يسعون إلى معرفة السبب وراء الإصابة باضطراب طيف التوحد.
- 3- طرائق وأساليب التشخيص المبكر وحصر المظاهر المؤشرة لاحتمالية الإصابة بالاضطراب الأمر الذي ينعكس على إيجاد العلاج المناسب.
بات من الواضح أن التغيير في تحديد المفهوم والمعايير التشخيصية ابتداء " من اكتشاف الاضطراب وإلى اليوم ينعكس بشكل مباشر على عملية وأساليب التشخيص والتقويم تبعا لتلك المتغيرات فبعد أن كانت هناك خمسة أنواع من الاضطراب وثلاثة معايير تشخيصية أصبحت ثلاث أنواع ومسمى واحد ومعايير تشخيصية الأمر الذي يجعل المختصين وأولياء أمور الأطفال المشخصين سابقا أمام خيارين أحدهما اصعب من الثاني لما يترتب عليهما من تبعات، فاما البقاء على التشخيص اوإعادة التشخيص وهناك العديد من الحالات تم إعادة تشخيصهم ليتحولوا من اضطراب طيف التوحد إلى اضطراب التواصل الاجتماعي الأمر الذي يترتب عليه إعادة النظر في فلسفة الرعاية والتأمين الصحي لهؤلاء الأشخاص.
- 4- عدم وصول الدراسات إلى نتائج معتمدة يمكن تعميمها لاسيما فيما يخص الفئات الأكثر عرضة للإصابة بالاضطراب من حيث تجانس خلفيتهم الاجتماعية والثقافية والتعليمية والاقتصادية وغيرها.
لقد أكدت الدراسات على عدم التجانس في خلفية الأسر الاجتماعية والثقافية والاقتصادية للمصابين بالاضطراب وليس كما كان يعتقد كثر بانهم ينتمون إلى أسر ذات مسوى تعليمي عالي وانها تتسم بالنظام وقلة الحوار المتبادل إلى جانب فرضية الأم الثلاثة أو ما يسمى بانهاية العلاقة ما بين الأم وطفلها، بسبب فشل الأم في تزويد طفلها بالحب والحنان، إلا أن البحث العلمي أثبت أن هذه الفرضية خاطئة ولا أساس لها من الصحة (الياس، 1989؛ عكاوي، 1996؛ مصطفى، 2008).
- 5- تزامن الاضطراب مع عدد من الاضطرابات الأخرى وبعض الأمراض الجسمية.

يعاني معظم الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد بأمراض عضوية تكون متزامنة مع الاضطراب بعضها يرتبط بالخلل العصبي الوظيفي للاضطراب كاضطراب التكامل الحسي، التخلف العقلي، الصرع، واضطراب ثنائي القطب وفرط الحركة والنشاط إلى جانب بعض الأمراض النفسية كالاكتئاب والوسواس القهري والقلق، هذا إلى جانب العديد من الأمراض العضوية التي قد تصيب أي طفل سوي بسبب التعرض للفيروسات والبكتيريا وطبيعة ونوعية الغذاء فضلاً عن تفاصيل أخرى مرتبطة بأسلوب الحياة اليومي، أن ما يزيد الأمر سوء هو ما يعانيه الطفل من قصور في التواصل والتفاعل وعدم القدرة على إيصال شكواه وما يعانيه من ألم وبالتالي عدم فهم الأم لمعاناته ومشاكله الصحية التي بدورها تؤثر وبشكل كبير ومباشر على أداء الطفل اليومي واكتسابه للمهارات.

6- عدم التمييز بين صور السلوك التابع لمرحلة النمو الطبيعي وبين نفس السلوك كمؤشر للاضطراب: إذ إن بعض السلوكيات تتشابه عند الطفل الطبيعي في مرحلة نمائية ما - كالرفرفة والسير على رؤس الأصابع وترديد الكلام وغيرها - لذلك تتطلب عملية الفهم إلى معرفة واسعة ودقيقة بمراحل النمو الطبيعي ومقارنتها بمشاكل السلوك المصاحبة للاضطراب وبالتالي الوصول إلى إدراك المرحلة التي حدث فيها الاضطراب إلى جانب فهم دوافع واحتياجات السلوك بغية العمل على إشباعها وتطوير أنواع واستخدامات أخرى للسلوك ومن ثم الانتقال إلى مرحلة نمو أخرى تلك العملية تكون بمثابة عملية تدريب وتأهيل للطفل وايضا تحفيز على النمو والتطور.

المحور الرابع: لماذا يوصف اضطراب التوحد بأنه إعاقة مركبة ؟

نحاول في هذا المحور الاجابة على أحد تساؤلات البحث وهو سبب وصف اضطراب التوحد بأنه إعاقة مركبة، فمن خلال اطلاع الباحث على العديد من الكتب والدراسات تبين ان اضطراب التوحد اشبه بالإطار أو البوتقة التي ينظوي بداخلها عدد من الاضطرابات متداخلة ومتزامنة تتشارك في بعض الصفات وتفتقر في أخرى و ان تواجدها بشكل متزامن غالبا ما يسبب تداخلاً يصعب فهمه وتفسيره، إذ يتطلب الأمر معرفة واسعة ودقيقة بمعايير تشخيص تلك الاضطرابات إلى جانب التشخيص الفارق بين كل اضطراب وآخر من جهة، وبين اضطراب التوحد من جهة أخرى، هذا إلى جانب انخفاض مستوى القدرات العقلية وإصابة نسبة منهم بالصرع.

إذ تؤكد الدراسات ومنها دراسة ليفي عام 2010م والتي أجريت على 2000 طفل مصاب باضطراب طيف التوحد على ان وجود الأمراض المشتركة هو قاعدة وليس استثناء مؤكدة على ان 80% من الأطفال يعانون من اضطراب آخر من اضطرابات النمو كالاضطراب اللغوي أو نقص الانتباه مع أو بدون فرط الحركة بالإضافة إلى الإعاقة الذهنية، كما خلصت الدراسة إلى ان 10% من الأطفال يعانون من اضطرابات نفسية مصاحبة لاضطراب طيف التوحد كالقلق واضطراب التحدي المعارض والاكتئاب وغيرها، إذ أكدت الدراسة على أهمية تشخيص تلك الأمراض المشتركة المصاحبة لاضطراب طيف التوحد والعمل على علاجها بغية الوصول إلى علاج الاضطراب وتحقيق أكبر قدر من التكيف في الحياة اليومية.

وعليه وبالاستناد إلى نتائج الدراسات يمكن تحديد الاضطرابات والأمراض والإعاقات المتزامنة والمتداخلة مع اضطراب طيف التوحد والتي تشكل إعاقة دائمة ومستمرة بما يلي:-

1- اضطراب الفصام المعروف بالشيزوفرينيا Shezophrina إذ يشير إلى فصم الشي وقطعه والفصام يعني تفكك الوظائف العقلية وهو اصطلاح أطلقه (بلولر Bleuler من علماء النفس في زيورخ الألمانية) على المرض النفسي الذي يتميز بضيق الاتصال بالواقع ويرادفه الجنون المبكر. (د. صليبيا، 1982، 147) لقد تمت الإشارة سابقاً بأن اضطراب التوحد اطلق عليه فصام الطفولة المبكر لما لهذا الاضطراب من خصائص تشخيصية متشابهة مع اضطراب التوحد فيما عدا الهالوس والاهام الأمر الذي على أساسه تم تغيير تسمية الاضطراب.

2- اضطراب القلق: يصعب تفريق القلق عند الأطفال عن حالة الخوف ولايصح اعتبار القلق في الطفولة المبكرة تحديداً على انها حالة غير طبيعية كونها تساعده على إدراك وتأمل عواقب الأشياء إذ يرى علماء النفس وجود القلق مهم وان لم يوجد فعلياً خلقه في حياة الطفل ليساعده على فهم وإدراك ماحوله وتعلم كيفية التعاطي مع المحيط غير أن زيادة القلق عن الحدود الطبيعية يخل بالتوازن النفسي للطفل، أن القلق في الطفولة لا يختلف عن الخوف الناجم عن شعور الطفل بالخوف أو التهديد الذي يظهر على شكل انفعال فسيولوجي حاد وارتجاف وتسارع في النبض واتساع في حدة العين. (د. كمال، 1988، 670) وهذا ما يفسر سلوك بعض الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد عندما يوضعون في مواقف أوفي بيئة فيها الكثير من المثيرات التي قد تكون غريبة عليهم وتثير مخاوفهم وقلقهم.

3- الاكتئاب: تأتي الكآبة النفسية عند الأطفال كجزء من انفعال اوسع من القلق وتثار معظم حالات الكآبة بسبب تجارب نفسية معينة وعليه تعتبر كآبة انفعالية أو تفاعلية وقلما تحدث الكآبة من دون سبب ظاهري حتى وان لم نستطيع الوصول اليه بسبب عدم قدرة الطفل على التعبير أو الافضاء عن السبب فربما يكون مخفي في ذهنه وشعوره، وقد تظهر علاماتها بشكل خمول وصعوبة في النوم وعدم الاكتراث وفقدان الشهية للطعام وغيرها من الأعراض الجسمية

- والسلوكية.(د.كمال،1988، 671) لذلك لابد من البحث في طبيعة البيئة الأسرية والظروف التي يحياها الطفل لتقييم الحالة ومن ثم وضع الخطة العلاجية المتكاملة.
- 4- الوسواس القهري والأفكار التسلطية والقسرية: يميل بعض الأطفال إلى القيام ببعض الطقوس السلوكية كوسيلة للتخلص من بعض المحتويات المكبوتة داخله والعمل على تخفيف حدة التوتر والقلق الذي خلقتة تلك المحتويات المكبوتة. وهنا لابد من الإشارة إلى أهمية التفريق بين الوسواس القهري والسلوك الروتيني المنظم لدى طفل التوحد والذي ربما يكون مرتبط بعدم معرفة وتعلم الطفل للعب التفاعلي سواء الفردي أو الجماعي، ولغرض التمييز بين التوحد واي اضطراب آخر يجب اخضاع الطفل إلى مقاييس تقييم خاصة فهناك مقياس بيل براون للوسواس القهري إذ يقيم فيه شدة ودرجة مايعانيه من تسلط الأفكار القهرية.
- 5- اضطراب ثنائي القطب: هو أحد الاضطرابات العصبية التي ربما ترافق اضطراب طيف التوحد، سمي بهذا الاسم كون أحد طرفيه اكتئاب والأخر هوس يصعب فيها تمييز الطرفين ولثنائي القطب علاج دوائي محدد.
- 6- اضطراب النوم:يعاني 80% من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد من اضطراب النوم المتمثل بقلة النوم أو الميل المفرط للنوم، إذ يعاني اباء الطفل الذي يعاني من صعوبة النوم كثيرا الأمر الذي يجعلهم يلجأون إلى العلاج الدوائي أو العشبي وهنا لابد من التأكيد على ضرورة ان يكون الأمر تحت اشراف طبي متخصص كي لا يكون الطفل تحت تأثير تلك الأدوية بالشكل الذي يجعله غير قادر على الاستفادة من ممارسة الأنشطة المتنوعة خلال اليوم.
- 7- اضطراب فرط الحركة والنشاط ADHD المصاحب بقلة التركيز: لقد أشارت رابطة الطب النفسي ABA في العام 1980 في وصف الطفل ذا الانتباه المضطرب والمصاحب بالنشاط الحركي الزائد بأنه الطفل الذي يتصف بالعجز في الانتباه والمتمثل في صعوبة التركيز وعدم انتهاء الاعمال التي توكل إليه إضافة إلى الحركة المفرطة دون هدف محدد وفي الغالب لا يصغي الطفل إلى مايقال له جيدا كما يتسم الطفل بعدم الدقة في أداء الأنشطة الموكلة لهم بالمقارنة مع اقرانهم الطبيعيين، كما ورد تعريف تلك الفئة في الدليل التشخيصي على انهم يعانون من عدم القدرة على الانتباه والقابلية للتشتت وعدم القدرة على اكمال اي نشاط بسبب عدم القدرة على ادارة الوقت وصعوبة تذكر الأشياء بسبب قلة التركيز، كما يتصف الأطفال بالاندفاعية وصعوبة الارضاء والاستثارة الزائدة هذا وتشير المصادر إلى ان الأطفال مانسبته 30% - 60% من الأطفال المصابين بطيف التوحد يصاحبه فرط حركة ونشاط. (د.عبد الرؤوف،د. ربيع محمد 2008) وهنا لابد من الإشارة إلى ان هذا الاضطراب يتم علاجه دوائيا إلى جانب العلاج السلوكي الذي ينعكس بدوره على تحسن حالة الطفل الكلية.
- 8- اضطراب الجهاز الهضمي واضطرابات التغذية: يعاني الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد من مشاكل في الجهاز الهضمي كزيادة القابلية للتسرب في جدار الامعاء الدقيقة والاضطراب في عملية الكبرتة والتخلص من سموم المعادن الثقيلة والتمثيل الصحيح لمادة السيروتونين التي تتحكم في الحالة المزاجية والاستقبال الحسي والنوم وغيرها (د.حكيم،2003) كما يعاني الطفل من وجود فطريات الكانديدا والتي تصيب الأغشية المخاطية المبطنة للفم والامعاء الدقيقة مسببة تقرحها (د.احمد،11) إذ يعاني الطفل من الأم البطن وانتفاخ، اسهال أو امساك وتبول لاارادي كما يعاني من اضطراب وانتقائية الطعام بسبب الخلل الحسي لديه كما يتناول بعض الأطفال موادا غير صالحة للأكل كتعويض عن النقص في بعض الاملاح والمعادن ويطلق عليها اضطراب البيكا، هذا و يعاني البعض منهم حساسية لروائح الاطعمة لذا نجدهم يميلون إلى شم الطعام قبل اكله ويعاني البعض من الحساسية لمادة الكلوتين والكازاين الموجودة في الحنطة والحليب، ولابد من التأكيد إلى أن هذا الأمر يتطلب إجراء فحوص طبية ومختبرية للتأكد من وجود هذا النوع من الحساسية قبل اعتماد اي نظام غذائي واستشارة المختصين في التغذية.
- 9-الصرع: تشير الدراسات إلى ان نسبة 33% من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد يعانون من الصرع بالمقارنة مع عامة الناس بنسبة 1% - 2% ويشمل حالات الصرع البسيط المتمثلة بالحركات اللاارادية، نوبات التحديق غير المبررة والتوهان، وارتباك غير مبرر) اما فيما يخص حالات الصرع الشديد فتتمثل (بالصداع الشديد، اضطراب النوم، النعاس المستمر، تعبيرات غير مبررة) (د. جندل 2016)
- 10- التخلف العقلي: على الرغم من ان التخلف العقلي إعاقاة منفصلة عن اضطراب طيف التوحد من حيث الخصائص التشخيصية، وخلافا لما طرحه كانر على ان الأطفال المصابين بالتوحد يمتلكون قدرات عقلية متوسطة أو أعلى من المتوسط، لقد أثبتت الدراسات لاحقا ان هناك نسبة تصل إلى 40% لديهم انخفاض في مستوى الذكاء يصل إلى الشديد (د.حكيم، 2003، 20) وفي دراسة أخرى لجانيت لنهارت عام 1999م أشارت إلى أن 70% من الأطفال يعانون من انخفاض في مستوى الأداء الوظيفي وان 30% يتمتعون بمستوى وظيفي مرتفع (د.عامر،2008، 67) وعليه يجب اخضاع الطفل إلى القياس التشخيصي والتكوييني ومن ثم تقييم وتقويم مستوى أداء الطفل الوظيفي والتكفي قبل وضع الخطة العلاجية والتربوية.

11- اضطراب الصمت الاختياري: قد يختلط الأمر على الكثير في التمييز بين اضطراب طيف التوحد وبين الصمت الاختياري الذي يمتنع فيه الطفل عن الكلام في المواقف الاجتماعية إذ يوصف بأنه نوع من أنواع الرهاب الاجتماعي إذ يبقى الطفل صامتاً لاسيما في مواجهة ضغوط نفسية أو بيئية، وللصمت الاختياري خصائص تشخيصية قد تقترب من اضطراب طيف التوحد إلا أنها تفتقر عنه بأخرى أهمها القدرة على التواصل البصري وإن صمتهم باختيارهم وليس ناتج عن عيب عضوي أو وظيفي وعليه يجب اخضاع الطفل للاختبارات الخاصة بتقييم وتشخيص كلا الاضطرابين قبل اصدار الحكم بالتشخيص.

12- إعاقات جسمية وحسية مثل كف البصر والصمم وهنا تصبح إعاقة مركبة تصعب معها عملية التأهيل إلا أنها ليست مستحيلة، فهناك الكثير ممن استطاع وبمساعدة والديه من التخلص من العديد من مظاهر الاضطراب، كالشباب الكفيف الذي تمكن بمساعدة والدته من تجاوز حالة الإعاقة البصرية وتحدي التوحد على الرغم من بقاء بعض بعض المشكلات السلوكية المرافقة للتوحد (كما يلاحظ في الفيديو المرافق) بتطوير قدرته السمعية وشغفه بالموسيقى والغناء والمشاركة في برنامج امريكي للموهب 2019م (فيديو لأم تؤمن وتشجع ابنها الكفيف والمصاب بالتوحد ليصبح نجم) من كل ماتقدم وأكثر استحق اضطراب طيف التوحد ان يكون إعاقة معقدة ومركبة بسبب اشتراك عدد من الاضطرابات والأمراض في تشكيل صورة الاضطراب الأمر الذي يتطلب عملية الفرز والتفريق بينه وبين باقي الاضطرابات وعلاج الأمراض المتزامنة سواء بالعلاج الدوائي ام السلوكي، وبهذا يشكل اضطراب طيف التوحد تحديا كبيرا للجهد الطبي بجميع تخصصاته العامة والدقيقة منها ولل عائلة في الوقت ذاته التي غالبا ما تسعى إلى الحصول على علاج دوائي سحري لجميع تلك الأعراض والأمراض، لذلك لابد من التأكيد على أهمية معرفة وفهم وإدراك الوالدين والأسرة والمجتمع لماهية الاضطراب وما يرافقه من مشاكل سلوكية وأمراض واضطرابات متزامنة كي يتمكنوا من السير بخطى علمية مدروسة في رسم برامج علاج وتأهيل الطفل بالتعاون مع المختصين في المجال وعدم الوقوع فريسة للأراء والأفكار والبرامج الغير مبنية على أسس علمية، وأخيرا لابد من التنويه إلى أنه ليس بالضرورة أن تكون جميع تلك الأمراض والاضطرابات موجودة في طفل واحد.

المحور الخامس: الجانب الاستطلاعي للبحث

لقد كان للجانب الاستطلاعي وعلى غير العادة الدافع الأساس لكتابة البحث الحالي، فمن خلال عمل الباحثة وتواصلها مع عدد من أمهات الأطفال المشخصين باضطراب التوحد بمختلف مسمياته ودرجاته والمساهمة في إقامة العديد من الندوات والمحاضرات على المستوى المحلي أو من خلال المشاركة في المؤتمرات الدولية الهادفة إلى نشر الوعي والتعريف بماهية الاضطراب سواء لاهالي الأطفال أو للعاملين في مجال رعاية الأطفال وايضا من خلال الاطلاع على الكثير من الكتب والفيديوهات الخاصة بالتوحد والأسئلة الأكثر شيوعا التي تطرحها الأمهات جاء حرص الباحثة على جمع وتحليل وتعليل بعض الجوانب الخاصة بالاضطراب التي قد تسهل على الكثير فهم اعمق للاضطراب وبالتالي مقدرة أفضل على التعامل معه والسعي إلى وضع خطة علاجية وتأهيلية ناجحة مستثمرة للوقت والجهد بدلا من التخبط والسعي وراء العلاجات الدوائية السريعة التي ربما تعرقل عملية التحسن لاسيما اذا لم تكن تحت اشراف طبي متخصص.

لقد تم تسجيل تساؤلات الأمهات كأكثر الأسئلة شيوعا والتي معظمها تعبر عن مخاوفهم نحو مستقبل الطفل ومستقبل اشقاء الطفل الموجودين أو الذين ربما سيولدون لاحقا حيث تمت الاجابة على بعض منها في الجانب النظري للبحث لاسيما التي تخص التعريف بالاضطراب والمشاكل السلوكية والمرضية المصاحبة، فيما سيتم الاجابة على البعض الآخر من الأسئلة ضمن الجانب الميداني والتي هي في الغالب تدعم الوضع النفسي للاهل والأم تحديدا من خلال اعطائهم معلومات وأساليب تساعد في تخطي ازمة التشخيص وجعل توقعات الأهل وما يطلبوه من الطفل بالمستوى المقبول والمناسب لحالة وامكانيات الطفل من دون ارهاقه والضغط عليه الذي ينعكس سلبا على الأهل والأسرة عبر تطبيق برامج التدريب المعقدة والصعبة، ومن هذه الأسئلة:

الأسئلة المطروحة غالبا في مرحلة صدمة ما بعد التشخيص:

1- هل سيشفى طفلي؟ وهل هناك علاج شافي؟ وما هو هذا العلاج؟

تدل الأسئلة المطروحة على عدم معرفة السائل عن ماهية وطبيعة الاضطراب وما هو الفرق بين الاضطراب والمرض لذلك نجد السائل دائم البحث عن علاج محدد وواضح لانه لا يميز بين مفهوم الاضطراب ومعنى المرض، لذلك فان اولى الخطوات التي يجب ان يفهمها الأباء هي ان اضطراب التوحد ليس مرض بحد ذاته انما قد يكون مجموعة أمراض في اضطراب واحد وعليه يجب علاج كل مرض دوائيا على حدة لنتمكن بعدها من علاج وتعديل السمات السلوكية المرافقة للتوحد وهنا يحتاج الأهل إلى معرفة المزيد عن هذا الاضطراب سواء من خلال قراءة الكتب أو حضور الندوات واللقاءات العلمية التعريفية بطبيعة وخصائص الاضطراب وسبل الكشف المبكر

- لمشاكل تأخر النمو بشكل عام واضطراب التوحد بشكل خاص، ولابد من التأكيد على عدم اتباع الوسائل الغير العلمية والعيبية منها في علاج الطفل الأمر الذي قد يلحق الضرر بالطفل وبأمكانية تطويره وتأهيله لاحقا.
- 2- هل سيدخل ابني المدرسة ؟ وهل ادخله في مدرسة اعتيادية أفضل ؟
- قد تستعجل بعض الأمهات وتستبق الأحداث وان كان ذلك حق مشروع وحلم لكل ام واب وهو التفكير في كيف تتم تهيئة الطفل للمدرسة متجاوزين كم المؤشرات والمعوقات لذلك، فبحكم اطلاع الباحثة وزيارة العديد من معاهد ومراكز تعليم الأطفال نجد ان معظمها تتسابق في تلقين الطفل بشتى وسائل الحفظ والترديد للمواد الأكاديمية كنوع من الانجاز والحصول على رضا الأباء وضمان استمرار بقاء الطفل في المركز، إلا ان الأمر لا يتجاوز التلقين الببغائي الذي يفتقد إلى تعميم تلك المعارف في المواقف المتنوعة والمتغيرة، فالأولى من ذلك تعليم الطفل القدرة على التكيف البيئي والتواصل والتفاعل الاجتماعي وتعميمه مع وفي مختلف البيئات والظروف هذا هو بداية الدمج الحقيقي الذي يُمكن الطفل من التعرف وإدراك المحيط والتكيف والتفاعل معه إلى جانب أهمية تعليم الطفل مهارات السلوك التكيفي والعناية الذاتية التي تمكنه من الاستقلالية الذاتية وعدم الاعتماد على الآخرين في تلبية احتياجاته الأساسية تلك المهارات التي من الضروري ان يتعلمها الطفل والتي تسبق تعلمه المهارات الأكاديمية.
- 3- هل سيكون طفلي انسان طبيعي عندما يكبر وهل يستطيع ان يتزوج ويحيا حياة طبيعية ؟
- ان جواب السؤال هذا يعتمد على درجة التشخيص وحاجة الطفل لنوع الخدمات فقد قام منشئوا الادلة التشخيصية الرسمية في ال DSM-5 بتطوير ثلاث مستويات للدعم تعتمد على مدى امكانية وقدرة الطفل على التواصل والتكيف مع المواقف الجديدة والتوسع خارج المصالح المحدودة وادارة الحياة اليومية وهنا يحتاج الأشخاص أو الأطفال في المستوى الثالث إلى دعم كبير جدا عن ما يحتاجه من هم في المسويين الأول والثاني، وهنا لابد من الإشارة إلى ان هناك حالات تطورت بشكل ملحوظ مع استمرار علاج الأمراض المصاحبة والتي ربما كانت السبب في بعض المظاهر السلوكية المتداخلة مع التوحد وايضا التأهيل المستمر، من هؤلاء على سبيل المثال -ستيفن شور، رون كوفمان، تمبل جرانندن وبيل غيت - جميعهم اصبحوا شخصيات ناجحة في مجال تخصصهم وايضا في حياتهم الاجتماعية والأسرية إلا انهم لازالو يعانون من بعض الخصائص المرافقة لهم والمرتبطة بالاضطراب والتي من السهل إيجاد البدائل لها وتجاوزها لاسيما تلك المرتبطة بالتواصل والتفاعل الاجتماعي المباشر والتواجد في الاماكن الصاخبة والمكتظة وغيرها من الخصائص المميزة والمرافقة لهم.
- 4- اذا انجبت طفل آخر هل سيكون مصاب بالتوحد ؟
- لم تؤكد اي من الدراسات والأبحاث على ان اضطراب طيف التوحد ينتقل بالوراثة على الرغم من وجود لحالات متكررة في بعض العوائل سواء من الاخوة أو الاقارب وحتى التوائم وعليه فالأمر مرهون بما سيحدث وليس هناك مجال للتكهن أو التأكيد كما هو الحال بالأمراض والاضطرابات الجينية المنقولة وراثيا والتي توصل العلم بشكل نهائي من تحديدها كمتلازمة داون ومتلازمة اكس الهش وغيرها.
- 5- هل انا ام سيئة ؟
- تنتاب الأم مشاعر الحزن الشديد والاكتئاب ولوم الذات لاسيما بعد صدمة التشخيص الأمر الذي يتطلب تقديم برامج الدعم النفسي الأسري إذ ربما يصل الأمر في بعض الحالات إلى الدعم الطبي والنفسي معا لتجاوز تلك الازمة والبدء بالعمل على رعاية وتأهيل الطفل، وهنا لابد من التأكيد على أهمية وجود برامج ومصادر للتوعية بأساليب الكشف المبكر للحالات وكيفية التعامل مع الطفل كون الأم وتأكيد جميع المختصين على انها الداعم الأساسي لنجاح اي عملية تأهيل وتدريب يخضع لها الطفل، كما ان اشتراك الأمهات بتجمعات يتم تبادل التجارب بما فيها من قصص نجاح اوحتى تجارب الفشل الأمر الذي يعزز من قدرة الأم على مواجهة الصعوبات والمشكلات بوجود أشخاص داعمين سابقين لهم في تجاربهم مع الاضطراب.
- في المرحلة التالية لصدمة التشخيص تبدأ الأم بالبحث عن اجابات وهي الأسئلة الواجب البحث عن الاجابة عليها من مصادر علمية كي تساعد على الخروج من حالة التخبط وضيق الوقت والجهد المنعكس سلبا عليها وعلى الطفل، كما تطرح تلك الأسئلة من قبل الأمهات الجدد والمهتمين من العاملين في رعاية الأطفال:
- 6- كيف كان لي ان اعرف ان طفلي لديه توحد ؟
- تحتاج كل ام إلى معرفة جيدة حول مراحل نمو الطفل بالاسبوع والاشهر وما يميز كل مرحلة من مراحل النمو كي تتمكن من إجراء تقييم اولي لتلك المراحل ومنها النمو الحسي، الحركي، اللغوي من هنا تستطيع معرفة ما اذا كان الطفل يسير في نموه وتطوره بشكل سليم ام ان هناك خلل ما، وهنا عليها ان تفرق بين مفهوم التأخر في نمو المهارة وبين الاضطراب.
- 7- متى علي ان اقلق وابداً بالبحث عن العلاج ؟

على الأم ان تقلق اذا ما تجاوز الطفل الحد الأعلى لاكتساب المهارة وعليه سوف يحتاج الطفل إلى التدخل من أجل مساعدته على تحقيق ذلك النمو لكي ينتقل إلى مرحلة لاحقة أخرى وهنا تتمكن الأم من الاكتشاف المبكر لأي خلل أو اضطراب لدى الطفل.

8- كيف ابدا ومن استشير ومن هو المختص الذي يمكن الاعتماد عليه ؟

من المؤكد ان أفضل شخص يمكن استشارته هو الطبيب المتخصص في طب الأطفال والنمو وهو من ينصح بعرض الطفل على مختص آخر أن استلزم الأمر، إذ إن عملية تشخيص التوحد تتطلب اشتراك فريق طبي من عدة تخصصات بالإضافة إلى مختصين في مجال القياس التشخيصي والتقييم. وهنا لابد من الإشارة إلى أن هناك الكثير من الأمهات ينتقلن من طبيب إلى آخر لمجرد ان أحدهم قال انه طبيب جيد الأمر الذي يزيد من التخبط وعدم الالتزام بخطوات العلاج الصحيحة، كما ولاحظت ان بعض الأمهات تسأل عن ما اذا جرب الدواء الفلاني وهل هناك فائدة منه ام لا، هنا علينا القول بان الأطفال ليسوا حقل تجارب لمن هم من غير المتخصصين كما ان كل طفل هو حالة فريدة وان كانت هناك بعض التشابهات بين الأطفال.

9- ماهو المطلوب مني ؟

قد يكون من الصعب الطلب من الأم ان تقرأ وتفهم الكثير عن طبيعة وماهية اضطراب التوحد والاضطرابات المصاحبة له في ظل ما تواجهه من صعوبات في رعاية الطفل مع الالتزامات الأسرية والاجتماعية الأخرى، إلا ان جميع التجارب الناجحة مع التوحد كانت بداياتها هي معرفة وفهم وملاحظة كل ما يتعلق بهذا الاضطراب الغامض المعقد والمركب، ومن أشهر هذه التجارب تجربة السيد والسيدة كوفمان مع طفلهم رون وايضا تجربة تمبل جراندين ودونا وليامز وهالي موس الذين قدموا شرحا وافيا عن معاناتهم مع التوحد وكيف تغلبوا على الكثير من خصائصه والتكيف مع المتبقي منها، وعليه فبالإمكان الاستفادة والانطلاق من حيث انتهى الآخرون بتجاربهم الناجحة فتلك التجارب تمنح القائمين بها ممارسة واقعية ملموسة ودفعاً معنوياً لتحقيق الأفضل.

10- ماهو التوحد وما فرقه عن طيف التوحد ؟

لقد تم تناول الفرق بين التوحد وطيف التوحد في الجانب النظري ابتداء من المفهوم تبعاً لما جاء في الـ DSM-4 و DSM-5 وهو انه تم تغيير المسمى من اضطراب التوحد إلى اضطراب طيف التوحد وإدراج جميع السمات السابقة تحت هذا المسمى كما تم حصر معايير التشخيص في معيارين بدل ثلاثة وهي خلل في التفاعل والتواصل الاجتماعي والحركات والاهتمامات النمطية المقيدة، أي ان الفرق بينهما ليس في الدرجة كما يعتقد البعض خطأً.

11- ماهو الصمت الاختياري وما علاقته بالتوحد ؟

لقد عرف الباحث والمحاضر جورج ادوارد في بروجرس أكاديمي الصمت الاختياري بأنه حالة تنتاب الطفل في مواقف اجتماعية معينة بينما يتحدث الطفل بطلاقة في مواقف أخرى، إذ يصنف على إنه نوع من الرهاب الاجتماعي فمعظم الأطفال يبقون صامتين أو ينطقون بكلمات محددة في حالة مواجهتهم لضغوط نفسية وهناك عدة أنواع من الصمت الاختياري تختلف بحسب شدة الفعل كالإيماءات والأشعار أو الكلمات المحددة أو همس منخفض أو صمت تام وللصمت الاختياري أسباب منها الخوف الشديد المرافق للتعرض للإساءة والتعرض للصدمة بفقد أحد أو كلا الابوين كذلك تغيير البيئة والقلق وغيرها. <https://m.facebook.com>

12- ماهو الحرمان البيئي وما علاقته بالتوحد ؟

ربما يحدث خلط بين الحرمان البيئي واضطراب طيف التوحد لمجرد وجود بعض المظاهر السلوكية المشتركة كما هو الحال مع اضطراب التأخر اللغوي وكلاهما تم استبعادهم من تصنيف التوحد في الـ DSM-5 وإدراجهم تحت مسمى اضطراب التواصل الاجتماعي وهذا يفسر لنا خروج عدد ممن كانوا مشخصين باضطراب التوحد بعد استبعاد الحركات النمطية والتكرارية عنهم باعتبارها سمة تشخيصية أساسية للتوحد. ان مفهوم الحرمان أو الفقر البيئي هو عدم قدرة البيئة المحيطة (جامدة أو حية) على تلبية احتياجات النمو الطبيعي للطفل شريطة ان لا يعاني الطفل من أي مشاكل عضوية أو عصبية وظيفية تعرقل عملية النمو الطبيعي. وعليه فالحرمان البيئي قد يؤدي إلى اضطراب في التواصل والتفاعل ولكنه ليس سبباً في حدوث اضطراب التوحد كما كان يعتقد سابقاً قبل 2013 وصودر DSM-5.

13- هل العلاج مفيد مع طفل التوحد ؟

يعتمد العلاج على نوع المرض المصاحب للتوحد فقد سبق وأن ذكرنا بان الطفل التوحدي كأي طفل قد يعاني من أمراض جسمية ونفسية متزامنة تتطلب العلاج الدوائي كأمراض الجهاز الهضمي والبولي والأمراض الجلدية والحساسية وحالات الاكتئاب والقلق والصرع وأمراض فقر الدم وتسمم المعادن وحالات نقص الفيتامينات وقصور الغدة الدرقية بالإضافة إلى أمراض الاسنان واللثة وغيرها كلها تحتاج إلى علاج دوائي لكي يتمكن الطفل من استعادة صحته العامة وبالتالي تقبل برامج التدريب والتأهيل السلوكي، بمعنى انه لا يوجد علاج بعينه للتوحد كما

قد يروج لذلك، طالما لم يعرف السبب حاليا لكن معظم العلاجات الدوائية هي لعلاج الأمراض والأعراض المصاحبة وبعضها علاجات تكميلية لسد النقص لدى الطفل مثل فيتامين 3D وبعض منشطات الذاكرة والمقويات والفيتامينات.

14 - هل هناك ما يسمى بتوحد الشاشات ؟

هناك مقولة لاشهر جراحي دماغ الأطفال في العالم بن كارسون "ان نقطة التحول في حياتي كانت يوم اغلقت ابي التلفاز واجبرتني على القراءة"

لقد ازداد الاهتمام بمفهوم التوحد الافتراضي وتوحد الشاشات وتحديدا في العام 2006م وبعد ازدياد اعداد الأطفال المشخصين بالتوحد فقد أشار البروفسور مايكل والدان في شريط مصور <https://www.bing.com/videos/search> بأنه قضى وقتا طويلا في قراءة معظم ما يخص اضطراب طيف التوحد فضلا عما قرأه في طب الطفل ومراحل نمو الطفل وجد ان الكثير من الدراسات تؤكد على ان مشاهدة التلفاز في مرحلة النمو ما بين 3-5 سنوات من عمر الطفل تؤثر بشكل كبير على نمو الانتباه والإدراك وتطور وثبات اللغة لدى الطفل. الأمر الذي دعا الجمعية الأمريكية إلى نشر تحديد لعدد الساعات التي يستخدم أو يشاهد فيها الطفل التلفاز والأجهزة الذكية (اقل من 2 سنة لايسمح بالاستخدام، من 3-5 سنة ساعة باليوم، من 6-18 ساعتين في اليوم فقط). وهنا لابد من الإشارة إلى ان ليس كل طفل يشاهد التلفاز يصاب بالتوحد على الرغم من تأكيد الكثير من الأمهات بانهم كُن يتركن أطفالهن أمام شاشات التلفاز لساعات حتى ينهين اعمالهن في المنزل أو اثناء ذهابهم إلى العمل فقد أشارت الأمهات إلى برنامج طيور الجنة وكراميش وغيرها، الأمر الذي دعا بعض المختصين إلى وضع برامج تدريبية تهدف إلى الحد من استخدام الأجهزة الذكية ومشاهدة التلفاز والعمل على دمج الطفل بالمحيط الأسري والاجتماعي ومن هذه البرامج التي أخذت شهرة واسعة (برنامج اندلسية لريمة درويش)، وهناك الكثير من من طبقن هذا البرنامج ووجدن نتائج مرضية وتغير في سلوك الطفل ولكن لايمكن الاعتماد في تعميم نتائج البرنامج إذ ربما يصح على الأطفال الذين لديهم ادمان الشاشات وليس اضطراب طيف التوحد والفرق كبير بين الاثنين لانه بالمقابل هناك أطفال مصابين بالتوحد لم يكونوا مدمنين على مشاهدة التلفازوا استخدام الأجهزة الذكية.

15- هل طفل التوحد يشفى تماما ؟

كثيرا ما نسمع عن حالات تم شفائها بشكل نهائي من التوحد بعد استعمال الوسائل العلاجية المختلفة والمتنوعة فتبعاً لكل المعطيات التي تؤكد على ان سبب الاضطراب غير معروف إلى الان الأمر الذي لم يتمكن العلماء بموجبه من تحديد علاج بعينه، إلا ان هناك من يرى والباحث منهم ان في شفاء تلك الحالات تأكيد على ما جاء به التصنيف الجديد الوارد في DSM-5 والذي يشير إلى اضطراب التواصل الاجتماعي حيث يتمكن الطفل من الارتقاء في سلم الحياة الأكاديمية والمهنية إلا انه يبقى يعاني من خلل قد يكون بسيط وربما غير منظور في مجال التفاعل الاجتماعي فقط هذا لايعني ان الطفل التوحدي لا يتطور ويتحسن بفعل تقديم العلاج الطبي والتأهيلي إلا ان حجم الإعاقة يكون اكبر وواضح لديه عن ماهو في اضطراب التواصل الاجتماعي، فضلا عن شدة الاضطراب ومستوى الذكاء وما يحتاجه من برامج مساندة، إلى جانب تأكيد تمبل جرانندن على انها تخلصت من الكثير من سمات التوحد إلا انها لازالت تعاني من بعضها وتتعايش معها.

16- هل العلاج بالأعشاب يشفي الطفل ؟، هل هناك فائدة من جلسات الاوكسجين؟، هل الحماية الغذائية مفيدة وهل تشفى الطفل ؟

للإجابة على الأسئلة اعلاه نؤكد على ما جاء في ال DSM-5 وهو عدم تبني الدليل لاي بروتوكول علاجي للتوحد سواء بالحماية الغذائية أو العلاج بالاكسجين المضغوط كون الدراسات لم تثبت نتائج تلك البروتوكولات، على الرغم من تطبيق بعضها على الأطفال وتأكيد ذويهم على ملاحظة بعض النتائج الجيدة لاسيما الخاصة ببعض السلوكيات أو الانتباه إلا انها لم تعمم، وفي جانب آخر عبر عن آراء الكثير من الأمهات اللاتي طبقن تلك البروتوكولات إذ يؤكدن على عدم جدواها حتى وان استجاب بعض الأطفال لفترة وجيزة ومن ثم حدثت انتكاسة وعلى حد قول إحدى الأمهات اللاتي طبقن بعض الوصفات الشعبية ايضا بانها تسببت لطفلها الاذى باعطائه أعشاب ذات طعم لايطاق، إذ لابد من إجراء اختبار الحساسية ان اقتضى الأمر قبل تطبيق لاي برنامج غذائي كون بعض الأطفال يعاني من أنواع الحساسية لبعض المواد سواء غذائية أو دوائية بغية تجنب حدوث اي نوع من التحسس أو الشعور بالانزعاج الناتج عن الإصابة بالحساسية سواء جلدية، تنفسية، اوغذائية.

17- ماهو الفرق بين التوحد والشلل الدماغي ؟

كلاهما يعرف على انه خلل عصبي وظيفي إلا أن الشلل الدماغي يوصف على أنه مجموعة من الاضطرابات المستديمة في تطور حركة الجسم ووضعه مما يسبب عجزاً في النشاط يرجع إلى اضطرابات لا تتطور إلى الأسوأ تعرض لها دماغ الجنين قبل أن يخرج إلى الدنيا أو دماغ الطفل الصغير وهو في سنوات عمره الأولى. وعادةً ما

يصاحب اضطرابات الحركة التي تحدث لمريض الشلل الدماغي اضطرابات في الإحساس والإدراك الحسي والإدراك المعرفي والتواصل والسلوك. كذلك، يصاحب هذه الاضطرابات مرض الصرع وبعض المشكلات العضلية الهيكلية الثانوية. (Anonymus, 2007)

18- ماهو الفرق بين التوحد ومتلازمة اسبرغر وهل هناك فرق في العلاج ؟
لقد تم دمج المسميات السابقة والواردة في 4-DSM تحت مسمى اضطراب طيف التوحد في 5-DSM ويبقى الاختلاف بين حالة وأخرى في شدة المظاهر السلوكية ومستوى الدعم الذي يحتاجه الطفل بين البسيط، المتوسط، الشديد - إذ يتم تشخيص وتقييم مسوى الطفل الذي يعكس قدرته على التواصل واستخدام اللغة الاستقبالية والتعبيرية وفهم لغة الجسد والقدرة على التكيف مع المواقف الجديدة والتوسع بها عندها يتم تحديد كمية ونوع الدعم الذي يحتاجه الطفل.

19- هل الطفل العنيد يشخص على انه توحد؟
قد يوصف بعض الأطفال المصابين بالتوحد بانهم شديدي العناد لاسيما في تنفيذ الاوامر وذلك ربما يعود بالدرجة الأساس إلى عدم فهم وإدراك الطفل لما مطلوب منه، هذا من جانب اما من جانب آخر فلا يمكن اعتبار ان كل طفل عنيد مصاب بالتوحد متناسين بقية الخصائص والمعايير التشخيصية والتي في مقدمتها التواصل والتفاعل الاجتماعي إلى جانب الحركات النمطية المقيدة.

20- لماذا ابني دائم الصراخ ؟
بالعودة إلى خصائص الطفل التوحدي وما يعانيه من عدم القدرة على الكلام أو التعبير عن مايريد أو ما يعانيه من ألم فإن وسيلته الوحيدة للتعبير عن احتياجاته الذاتية ولفت الانتباه هي الصراخ لذا على الأم أو الشخص القائم برعاية الطفل ان يراقب الفترات التي تحدث فيها نوبات الصراخ وربطها بما يسبقه من أحداث وعليه يجب ان يبحث عن السبب وإيجاد الحل وربما يتطلب منه ابتكار أساليب متنوعة لانهاء نوبة الصراخ لاسيما اذا كانت لمجرد الفات النظر وغير مرتبطة بحاجة أساسية أو مرضية.

21- هل التوحد مرض عقلي ام نفسي ؟
هو ليس مرض عقلي ولا مرض نفسي وأن كانت ترافقه مشاكل عقلية كالتخلف العقلي ومشاكل نفسية كالقلق والاكتئاب والوسواس القهري وغيرها، إلا ان التوحد هو اضطراب عصبي وظيفي غير منظور يصيب خلايا الدماغ وتحديدا جانب الأداء الوظيفي، لذا علينا التعامل معه وفق تلك المعطيات والعمل على تطوير الأداء الوظيفي للمهارات التي تعاني من القصور سواء مهارات الانتباه والتواصل واللغة بشقيها الاستقبالي والتعبيري وباقي المهارات الأخرى.

الاستنتاجات:

1- لايزال اضطراب التوحد أحدث أعقد الاضطرابات النمائية وأكثرها تأثيرا في القدرات النمائية المتباينة للطفل والمتمثلة بالعجز الاجتماعي الشديد الذي يظهر خلال السنوات الثلاث الاولى من عمر الطفل، وان نسبة الأطفال الذين يعانون من الاضطراب في تزايد مستمر مقارنة مع باقي الاضطرابات النمائية والإعاقات العقلية الأخرى، ولايزال سبب حدوث الاضطراب والعوامل المهيمنة لحدوثه غير معروفة إلى الان والبحوث مستمرة لاماطة اللثام عن الغموض الذي يحيط بالاضطراب.

2- أطلق على الاضطراب تسميات عدة منذ ان قام (كانر 1943) بوصفه لأول مرة من هذه التسميات الذاتية، الاجترارية، التوحدية، الاوتيسية، الانغلاق الذاتي (الانشغال بالذات)، الذهان الذاتي، وأخيرا فصام الطفولة المبكرة Infantile Schizophrenia وهي التسمية التي تم إدراجها ضمن الدليل التشخيصي الثاني 2-DSM في الستينيات، ولابد من الإشارة إلى انه تم استبعاد التسمية عام 1980 بعد أن أثبتت الأبحاث العلمية عدم وجود الخاصية التشخيصية للفصام والمتمثلة بوجود هلاوس وأوهام والابقاء على الخصائص التشخيصية الأخرى، وبهذا تم دحض اعتقاد كانر بان الاضطراب سببه نفسي مرتبط بطبيعة العلاقة بين الأم والطفل والذي اطلق عليه الأم الثلاثية.

3- هناك تغيير واضح مبني على نتائج كم البحوث والدراسات العلمية في الوصول إلى تحديد تسمية للاضطراب متطابقة مع المعايير التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي الرابع DSM-IV عام 1994 والذي تم إدراج خمسة اضطرابات فرعية هي (اضطراب التوحد الكلاسيكي، اسبركر، متلازمة ريت، التفككي التراجعي، والاضطراب غير المحدد) كما تم تحديد ثلاث محكات تشخيصية للاضطراب، فيما تم إدراج ثلاث اضطرابات فرعية وهي (التوحد الكلاسيكي، اسبركر، والاضطراب غير المحدد) تحت مسمى اضطراب طيف التوحد كما تم حصر محكات التشخيص في مجالين بدل ثلاثة في الدليل التشخيصي الخامس 5-DSM عام 2013 كما تم إدراج اضطراب جديد تحت مسمى الاضطراب السلوكي.

- 4- يتصف اضطراب طيف التوحد بعدم التجانس والتباين في شدة ونوع الأعراض والسمات السلوكية المميزة لكل طفل ويمتد هذا التباين عبر المراحل العمرية للمصاب الأمر الذي يزيد من صعوبة التشخيص.
- 5- يعد اضطراب التوحد من أعقد اضطرابات النمو بسبب مزمنة عدد من المشاكل الصحية والأمراض الجسمية والعصبية كالصرع، اضطرابات الأكل واضراب الجهاز الهضمي، القلق، الاكتئاب، الوسواس القهري، اضطراب النوم، فرط الحركة ونقص الانتباه، كما قد ترافق الاضطراب اعاقات متنوعة ومتعددة كالصمم، فقدان البصر، والتخلف العقلي الذي يتراوح ما بين البسيط والمتوسط إلى الشديد، فقد أثبتت البحوث والدراسات بان هناك نسبة تصل إلى حوالي 75% من الأطفال يعانون من تخلف عقلي مصاحب للاضطراب والتي دحضت اعتقاد كانر للمرة الثانية حول امتلاك الأطفال المصابين باضطراب التوحد قدرات عقلية طبيعية.
- 6- التشخيص كان ولا يزال يعتمد على الفحص الكلينيكي الظاهري وملاحظة السلوك المضطرب ومدى تكراره، في ظل ظروف بيئية متنوعة ومع مثيرات حسية متعددة بمعنى انه قد تخضع نتائج التشخيص للمعايير الذاتية للقائم بالتشخيص ومدى المهارة ومستوى التدريب الحاصل عليه للقيام بمثل هكذا تقييم، فعلى الرغم من وجود مقاييس عالمية مترجمة تتصف بدرجة عالية من الثقة والثبات لتشخيص الاضطراب وتقويم نقاط القوة والضعف لدى المفحوص إلا ان عدد الأشخاص المدربين على تطبيقها لا يزال قليل جدا كما انها تحتاج إلى وقت كافى للجابة على فقرات المقياس من قبل الفاحص والقائم على رعاية الطفل.
- 7- إن عدم وجود أساس بايولوجي إلى الان يفسر سبب الاضطراب وما يرافقه من عجز وفقدان للمهارات المعرفية كالانتباه، التذكر، التقليد والاستخدام الوظيفي للغة، لا بد ان يتبعه اجماع على عدم وجود علاج دوائي محدد للاضطراب وان ما موجود وما يتم تداوله من علاجات هي خاصة بالاضطرابات والأمراض المترافقة مع اضطراب التوحد والتي من شأنها التخفيف من حدة بعض المظاهر السلوكية التي ربما تكون عائقا أمام تطور الطفل والاستفادة من برامج التدريب المقدمة على اختلاف أنواعها.
- 8- أخيرا بالامكان تلخيص مجموعة استنتاجات وملاحظات مبنية على مقابلة عدد من أولياء أمور الأطفال المشخصين باضطراب التوحد تعبر عن حجم الضغوط والمعانات المترتبة على تشخيص الطفل بالاضطراب بعضها مرتبط بالجوانب النفسية، الاقتصادية، الاجتماعية، لاسيما في البلدان العربية مع قلة الخدمات المقدمة لفئة ذوي الاحتياجات الخاصة واضطراب التوحد إلى جانب قلة المتخصصين في المجال، اصف إلى ذلك عدم وجود قوانين تكفل حقهم في الرعاية.
- فقدان الثقة بسبب فوضى المعلومات مع قلة المعرفة بالاضطراب وتعقيداته ومتطلباته التشخيصية التي تحتاج إلى كلفة مالية عالية نسبيا والتي تعود إلى حداثة المعرفة بخصائص الاضطراب وتداخلاته مع اعاقات واضطرابات أخرى.
- معظم الأباء يرفضون قبول الواقع ثم يبدأون بالبحث عن حلول سحرية وغالبا ما يكون طلبهم دواء ينهي متاعبهم لهذا نجدهم دائمي السؤال عن وجود علاج دوائي الأمر الذي يجعلهم فريسة سهلة لتجار الاوهام، كما ان الاضطراب اصبح وسيلة للكسب المادي بالنسبة للكثير سواء مراكز رعاية أو متخصصين كما فسح المجال للبعض من غير المتخصصين من اصدار احكام بعضها تشخيصي كأن يكون الطفل مصاب باضطراب اسبركراو توحد خفيف لمجرد ان الطفل يحفظ بعض المقاطع الغنائية أو الجمل أو بعض آيات القرآن الكريم متناسين الاهم من الحفاظ توظيف ما يحفظ وتعميمه، وأخرى وصف لعلاجات معينة سواء طبية او غذائية أو عشبية لمجرد انها جاءت بنتائج جيدة لحالة ما.
- اصرار أولياء الأمور على معرفة نوع التشخيص رغبة منهم في ان يكون اسبركراو لكثرة ما سمعوا وما تم الترويج له على انه اضطراب العاقرة، كما ان اهتمامهم يصب في قدرة الطفل على الدخول إلى المدرسة لتلقي التعليم الأكاديمي دون التفكير بأساليب التهئية لذلك واحتياج الطفل إلى ان يعيش بشكل مستقل ومتكيف مع البيئة، والعمل على اكتشاف القدرات الخاصة للطفل تبعا لنظرية الذكاءات المتعددة.

التوصيات والمقترحات:

- 1- رفع درجة الوعي المجتمعي بخصائص وسمات الأطفال المصابين باضطراب التوحد لغرض الكشف المبكر للحالات المشتبه بانها مصابة بأي نوع من اضطرابات النمو المبكرة بضمنها اضطراب التوحد لاتخاذ مايلزم ابتداءً من التشخيص الدقيق وانتهاءً بالرعاية والتأهيل، إلى جانب نشر الوعي بسبل التعامل مع الطفل في المواقف والظروف المثيرة له، لما للتثقيف المجتمعي من أثر في صياغة الأفكار والتصورات وتوجيه السلوك الانساني نحو تقبل الاختلاف بشكل انساني.
- 2- توشي الحذر إلى جانب الدقة قبل اصدار احكام تشخيصية تسبق اخضاع الطفل إلى عدد من الاختبارات التقييمية والتشخيصية بما لا يقل عن مقياسين لتشخيص الاضطراب على أن تكون نتائج كلا المقياسين متطابقة، إلى جانب إجراء فحص طبي شامل لاستبعاد الحالات المرضية والإعاقات الأخرى وعلاج ما يمكن علاجه.

- 3- تحديد رغباتنا في الحصول على نتائج علاجية سهلة وسريعة يجنبنا الوقوع فريسة للوثوق بتجارب وأساليب علاجية وهمية.
- 4- الحاجة إلى فهم أعمق للاضطراب من خلال الاطلاع على ما يقدمه أشخاص مصابين بالاضطراب من تفسيرات للمظاهر السلوكية التي يعاني منها تبعاً للمواقف والظروف المختلفة ومعاناتهم في التغلب على تلك المشاكل والكيفية التي يفهم بها سلوك وتعابير وكلام الآخرين.
- 5- إجراء البحوث التتبعية التقويمية على عدد من الأطفال المصابين بالاضطراب من الذين خضعوا لبرامج تدريبية لمعرفة وقياس مستوى التقدم والتطور الحاصل عليه الطفل وتراكم وتعميم تلك المهارات عبر المراحل العمرية.
- 6- تسهم الملاحظة والمراقبة الدقيقة والطويلة نسبياً للطفل لاسيما من قبل أهالي الأطفال في فهم وظيفة ودوافع السلوك لنتمكن من إيجاد علاقة ارتباطية بين الاستثارة والسلوك للعمل على الحد من السلوك غير المرغوب بتقليل أو حجب عوامل الاستثارة وفق خطة محددة ومدروسة.
- 7- الابتعاد عن تعميم النتائج إلا بعد إجراء دراسة معمقة مبنية على التجريب وظبط العوامل المؤثرة في النتائج.
- 8- تبني نظرية الذكاءات المتعددة في اكتشاف مواهب وقدرات كل طفل على حدة وعدم التركيز على الذكاء المنطقي والأكاديمي فقط.
- 9- إشراك العاملين في مجال التربية الخاصة في دورات تدريبية متخصصة على كيفية إجراء وتطبيق مقاييس التشخيص والتقويم الخاصة باضطراب التوحد ومقاييس الذكاء والمقاييس التفرقية للاضطرابات الأخرى.

المصادر والمراجع

- أمام، الهامي عبد العزيز، 1999، سيكولوجية الفئات الخاصة/ دراسة في حالة الذاتوية، ط1، القاهرة، دار الكتب. وليد عبد الكريم، يناير 2018
- بخيت، عبد الرحيم، الطفل التوحدي الذاتي الاجتراري (القياس والتشخيص الفارق) المؤتمر الدولي السادس، مركز الارشاد النفسي للفترة من 10-12 نوفمبر، جامعة عين شمس.
- جلال، بهاء الدين، مدير مركز الشرق الاوسط وجنوب افريقيا للتوحد، مقال من كتاب علامات الخطر
- جندل، جاسم محمد، 2016، المتلازمات الاعاقية، المملكة الاردنية الهاشمية، دار المستقبل للنشر.
- حسون، تيسير، 2004، المرجع السريع في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية، دمشق، بدون دار نشر
- حكيم، رابية ابراهيم، 2003، دليلك للتعامل مع التوحد، المملكة العربية السعودية - جدة، مكتبة جريز.
- الحماضي، انور، 2015، خلاصة الدليل التشخيصي والاحصائي DSM-5، بيروت، الدار العربية للعلوم.
- الحوامدة، احمد محمود، 2019، الأساليب التربوية والتعليمية للتعامل مع اضطراب التوحد، عمان، دار ابن النفيس للنشر.
- راشد، عدنان غائب، 2002، سيكولوجية الأطفال ذوي الصعوبات التعليمية (بطى التعلم)، ط1، عمان، دار وائل للنشر.
- ريتا جوردن، ستيوارت بيول، 2007، الأطفال التوحديون-جوانب النمو وطرق التدريب، ط1، القاهرة، عالم الكتاب.
- سليمان، عبد الرحمن سيد، 1999، الذاتوية إعاقه التوحد عند الأطفال، القاهرة، مكتبة الزهراء الشرقية.
- سليمان، عبد الرحمن سيد، 2002، إعاقه التوحد، القاهرة، مكتبة الزهراء الشرقية.
- سليمان، عبد الرحمن سيد، 2004، اضطراب التوحد، ط3، القاهرة، مكتبة الزهراء الشرقية.
- السيد، عبد الحميد سليمان، محمد قاسم عبدالله، 2003، الدليل التشخيصي للتوحيدين (العيادي)، القاهرة، دار الفكر العربي.
- شبلي، فادي رفيق، مدرب ميداني لأطفال التوحد، 2001، إعاقه التوحد المعلوم المجهول، مراجعة د. سميرة عبد اللطيف السعد، الكويت،
- صلبيا، جميل، 1982، لمعجم الفلسفي بالالفاظ العربية، الفرنسية، الانكليزية، واللاتينية ج2، بيروت، دار الكتاب اللبناني -بيروت.
- عامر، طارق عبد الرؤوف، 2008، الطفل التوحدي، عملن، دار اليازوردي للنشر.
- عامر، طارق عبد الرؤوف، ربيع محمد، 2008، تدريب الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، عمان، دار اليازوردي للنشر.
- عبد الامير، عبد الصمد، 1996، المعوقون، العراق، مطابع دار الشؤون الثقافية.
- عبد الامير، عبد الصمد، عبد الرزاق فاضل محمد، 1991، الطب الاجتماعي وعلم النفس، العراق، مطبعة جامعة الموصل.

- عبد الله، عادل، 1999، دراسات في سيكولوجية طفل الروضة، القاهرة، دار الرشاد للنشر
- عبد الله، عادل، 2004، الإعاقة العقلية، القاهرة، دار الرشاد.
- عكاوي، ن. (1996). أمراض الأطفال – الأسباب – الوقاية – العلاج. ط2. لبنان: عالم الكتب للطباعة والنشر.
- علي كمال، 1988 النفس انفعالاتها وأمراضها وعلاجها، ط4، عمان – الاردن، دار واسط للنشر.
- الفيروز ابادي، القاموس المحيط ج1.
- كتاب علامات الخطر للدكتور / بهاء الدين جلال. مدير مركز هيلب للشرق الاوسط وشمال افريقيا
- محمد خطاب، 2005، سيكولوجية الطفل التوحيدي، تعريفها – تصنيفها – اعراضها – تشخيصها – أسبابها – التدخل العلاجي – ط1، عمان، دار الثقافة.
- مصطفى، ج. (2008). التوحد. القاهرة: دار أخبار اليوم.
- المعجم الوسيط، ج1، مجمع اللغة العربية، القاهرة.
- النعمي، محمد عبد العال، وآخرون، 2015، طرق وأساليب البحث العلمي، ط2، عمان، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.
- الياس، ع. (1989). الطفل التوحيدي. مجلة دارنا. ص. 70-71 – مجموعة تربوية وأدبية. حيفا: إصدار كلية إعداد المعلمين العرب.
- <https://ncws.yahoo.com/mor-100-genes-tid-autsim-1735083.html>,
- Johnson cp, myers sm, council on children with disabilities (2007). "identification and evaluation of children with autism spectrum
- <https://ar.wikipedia.org/wiki>
- anonymus (2007). "definition and classification of cerebral palsy, <https://ar.wikipedia.org>)
- <https://news.yahoo.com/mor-100-genes-tid-autsim-1735083.html>
- <https://www.bing.com/videos/search> 2006 مايكل وايلد مان،
- <https://www.youtube.com/watch?v=kqnbldgm2rm>
- يوتيوب خاص بالفرق بين الدليل التشخيصي الـ 4 و 5 لدكتور بهاء جلا لرباط الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس -D5
- DSM الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA
- <HTTP://WWW.MEDIAFIRE.COM/DOWNLOAD/IA0K8NYW2XRX69I/DSM-5.PDF>
- <HTTP://PSYCHIATRYONLINE.ORG/.../10.1.../APPI.BOOKS.9780890425596>
- عادل، م. (2007). اضطراب طيف التوحد. منتدى المحترف <WWW.MOHTREV.COM>
- وليد عبد الكريم، يناير 2018،
- <https://news.yahoo.com/mor-100-genes-tid-autsim-1735083.htm>